



**CHOOSING WISELY ITALY**

Fare di più non significa fare meglio

## Finanziabilità e risorse

**SLOW MEDICINE**



LANDESETHIKKOMITEE

COMITATO ETICO PROVINCIALE

**TAGUNG**

**Ethik und Onkologie**

Ethische Aspekte bei Aufklärung,  
Betreuung und Behandlung  
onkologischer Patientinnen und  
Patienten

**CONVEGNO**

**Etica e oncologia**

Aspetti etici  
nell'informazione, cura e nel  
trattamento di pazienti  
oncologici

**29. November 2019**

08.30–17.00 Uhr  
Palais Widmann  
(Innenhof, Landhaus I)  
Bozen

**29 novembre 2019**

ore 08:30–17:00  
Palais Widmann  
(Cortile interno, Palazzo I)  
Bolzano

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL  
Ressort Gesundheit, Breitband und Genossenschaften



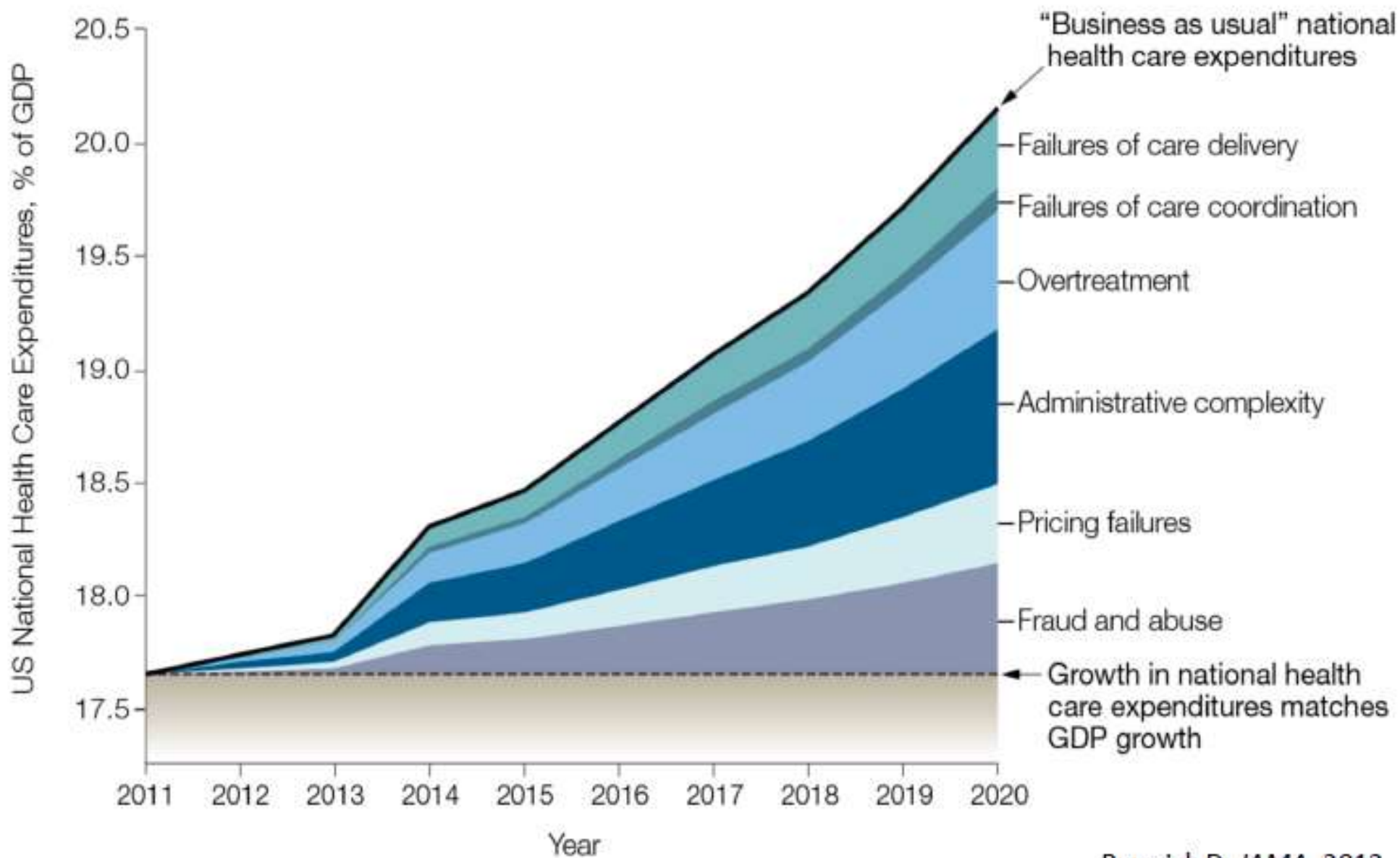
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE  
Dipartimento Salute, Sanità larga e Cooperative

**Sandra Venero – MD**

Cofondatore e Vicepresidente di Slow Medicine

Coordinatore del Progetto “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO – CHOOSING WISELY ITALY”

[s.vernero@slowmedicine.it](mailto:s.vernero@slowmedicine.it)



Berwick D. *JAMA*. 2012.



- 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)

Domenighetti-Venero © SIMI 2014



LESS IS MORE

# Overuse of Health Care Services in the United States

*An Understudied Problem*

*Arch Intern Med. 2012;172(2):171-178*

Deborah Korenstein, MD; Raphael Falk, MD, MPH; Elizabeth A. Howell, MD, MPP;  
Tara Bishop, MD, MPH; Salomeh Keyhani, MD, MPH

**Table 2. Most Commonly Evaluated Health Care Services: Overuse Rates Over Time<sup>a</sup>**

Service	Condition(s)	No. of Studies	Range of Overuse Rates, % (2000-2009)
Therapeutic procedures			
Coronary angiography <sup>b</sup>	Myocardial infarction, coronary artery disease	17	8.0-21.8
Coronary revascularization <sup>c</sup>	Coronary artery disease	16	1.4-14.0
Carotid endarterectomy	Carotid stenosis	13	8.6-10.6
Diagnostic tests			
Upper endoscopy <sup>d</sup>	Bleeding (upper), peptic ulcer disease	7	19.0-23.0
Radiographs in acute respiratory illnesses	Bronchiolitis or croup, asthma	5	32.0-72.0
Colonoscopy <sup>d</sup>	Colon cancer screening and follow-up	4	23.0-60.8
Imaging in low back pain	Low back pain	5	4.5-28.0
Prostate-specific antigen	Prostate cancer screening and follow-up	4	16.1-80.0
Medications			
Antibiotics	Upper respiratory tract infection, acute bronchitis	59	2.0-89.0
Bronchodilators	Bronchiolitis obstructive diseases	6	30.0-81.0





# Health Care Costs in the Last Week of Life

## Associations With End-of-Life Conversations

Baohui Zhang, MS; Alexi A. Wright, MD; Haiden A. Huskamp, PhD;  
Matthew E. Nilsson, BS; Matthew L. Maciejewski, PhD; Craig C. Earle, MD;  
Susan D. Block, MD; Paul K. Maciejewski, PhD; Holly G. Prigerson, PhD

**Background:** Life-sustaining medical care of patients with advanced cancer at the end of life (EOL) is costly. Patient-physician discussions about EOL wishes are associated with lower rates of intensive interventions.

**Methods:** Funded by the National Institute of Mental Health and the National Cancer Institute, Coping With Cancer is a longitudinal multi-institutional study of 627 patients with advanced cancer. Patients were interviewed at baseline and were followed up through death. Costs for intensive care unit and hospital stays, hospice care, and life-sustaining procedures (eg, mechanical ventilator use and resuscitation) received in the last week of life were aggregated. Generalized linear models were applied to test for cost differences in EOL care. Propensity score matching was used to reduce selection biases.

**Results:** Of 603 participants, 188 (31.2%) reported EOL discussions at baseline. After propensity score matching, the remaining 415 patients did not differ in socio-

demographic characteristics, recruitment sites, illness acknowledgment, or treatment preferences. Further analyses, adjusted by quintiles of propensity scores and significant confounders, revealed that the mean (SE) aggregate costs of care (in 2008 US dollars) were \$1876 (\$177) for patients who reported EOL discussions compared with \$2917 (\$285) for patients who did not, a cost difference of \$1041 (35.7% lower among patients who reported EOL discussions) ( $P=.002$ ). Patients with higher costs had worse quality of death in their final week (Pearson production moment correlation partial  $r=-0.17$ ,  $P=.006$ ).

**Conclusions:** Patients with advanced cancer who reported having EOL conversations with physicians had significantly lower health care costs in their final week of life. Higher costs were associated with worse quality of death.

*Arch Intern Med.* 2009;169(5):480-488

**I pazienti affetti da tumore avanzato che hanno avuto dialoghi di fine vita con i medici hanno avuto costi sanitari significativamente più bassi nella loro ultima settimana di vita. Costi più alti erano associati con una peggiore qualità di vita**



---

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

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

Early in 2009, members of major health care-related industries such as insurance companies, pharmaceutical manufacturers, medical device makers, and hospitals all agreed to forgo some future profits to show support for the Obama administration's health care reform efforts. Skeptics have questioned the value of these promises, regarding at least some of them as more cosmetic than substantive. Nonetheless, these industries made a gesture and scored some public-relations points.

n engl j med 362;4 nejm.org january 28, 2010

---

EDITORIAL

---

LESS IS MORE

## Less Is More

*Deborah Grady, MD, MPH*

ARCH INTERN MED/VOL 170 (NO. 9), MAY 10, 2010

*How Less Health Care Can Result in Better Health*

**I**F SOME MEDICAL CARE IS GOOD, MORE CARE IS BETTER. Right? Unfortunately, this is often not the case. Across the United States, the rate of use of common medical services varies markedly, but measures of health are not better in areas where more services are provided.<sup>1</sup> In fact, the opposite is true—some measures of health are worse in areas where people receive more health services.<sup>2</sup>

How can more health care lead to worse health outcomes? Almost all tests, imaging procedures, drugs, surgery, and preventive interventions have some risk of ad-

ample, repeated computed tomographic scanning to “follow” documented renal stones has no clear clinical purpose but is associated with a significant risk of radiation-induced cancers.<sup>7</sup>

In the United States, the debate about decreasing the overuse of medical services has focused on the expense of unneeded care. And in fact, reducing the use of medical services in high-use regions of the United States has been estimated to reduce the overall cost of care about 20%.<sup>8</sup> Cost cutting as a justification for reducing the use of medical services is met with suspicion by many people

<http://choosingwisely.org/>



*An initiative of the ABIM Foundation*

**EMBARGOED FOR RELEASE**

April 4, 2012, 12:01 a.m. ET

**Contact:** Nick Ferreyros

(202) 745-5102

[nferreyros@gymr.com](mailto:nferreyros@gymr.com)

## **U.S. PHYSICIAN GROUPS IDENTIFY COMMONLY USED TESTS OR PROCEDURES THEY SAY ARE OFTEN NOT NECESSARY**

*Nine Physician Organizations Each Identify Five Tests or Procedures in their  
Respective Fields That May Be Overused or Unnecessary*

*Choosing Wisely™ Campaign Led by ABIM Foundation, with Consumer Reports, to  
Improve Health Care Quality and Patient Safety*

Washington, D.C. – Nine leading physician specialty societies have identified specific tests or procedures that they say are commonly used but not always necessary in their respective fields. Patient advocates are calling the move a significant step toward improving the quality and safety of health care.

**ABIM FOUNDATION : the American Board of Internal Medicine Foundation**

**CONSUMER REPORTS: magazine americano pubblicato mensilmente da Consumers Union**



# The *Choosing Wisely*<sup>®</sup> Campaign

Choosing Wisely is an initiative of the ABIM Foundation to help physicians and patients engage in **conversations** about the overuse of tests and procedures and support physician efforts to help patients make smart and effective care choices.





# Choosing Wisely®

An initiative of the ABIM Foundation

CR ConsumerReports



American Society of Clinical Oncology



## Care at the end of life for advanced cancer patients

### When to stop cancer treatment

**W**hen you have cancer and you have tried many treatments without success, it's hard to know when to stop treatment. Sometimes, even with the best care, cancer continues to spread. It is hard to accept, but the best thing for you at that point may be to stop the cancer treatment. Instead, you could focus on getting care to keep you comfortable and out of pain.

This fact sheet explains how to know when it is time to stop treatment and focus on end-of-life care. You can use this information to talk with your doctor about your options and choose the best care for you.

#### Cancer responds best to treatment the first time.

When you treat a tumor for the first time, there is hope that the treatment will destroy the cancer cells and keep them from returning. But if your tumor keeps growing, even with treatment, there is a lower chance that more treatment will help.

This is especially true for solid-tumor cancers, like breast, colon, and lung cancer, and sarcoma. Doctors know a lot about how these cancers grow or shrink over time and how they respond to treatment. They have found that treatment after treatment offers little or no benefit.



#### When is it time to think about stopping cancer treatment?

If you have had three different treatments and your cancer has grown or spread, more treatment usually will not help you feel better or increase your chance of living longer. Instead, more treatment could cause serious side effects that shorten your life and reduce the quality of the time you have left.

Still, almost half of people with advanced cancer keep getting chemotherapy—even when it has almost no chance of helping them. They end up suffering when they should not have to.

#### How do you know when to stop treatment?

It can be hard for both the patient and the doctor to talk about stopping treatment for the cancer and focus on end-of-life care. You may need to start the discussion. Your doctor should give you clear answers to any questions you ask.

You need to understand how advanced your cancer is. Ask your doctor about the stage of your cancer and how much it has spread. Ask about your prognosis, or how long you have to live. No one can know exactly, but your doctor should be able to tell you a range of months or years.

And you need to know if more treatment for cancer will help you live longer. Ask your doctor to explain the risks and benefits of any treatment. Fighting the cancer may no longer be the best thing for you.

Sometimes, if there are no more known treatments and you want to continue trying, you can join a clinical trial. Clinical trials offer new, experimental treatments. Ask your doctor if you are eligible for a clinical trial. Or check [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov).

At any time during your treatment you can get help to relieve your symptoms and improve your quality of life. It's called palliative care. If you decide that you don't want more cancer treatment, then it's time to focus on a kind of palliative care called hospice care.

#### Hospice care improves your quality of life.

Care near the end of life is called hospice care. Hospice is care for your physical, mental, and spiritual needs at the end of life. It does not treat your cancer, but it helps keep you free of pain and other symptoms. And it helps you and your family get the most out of the time you have left together.

Hospice care can be in your home, in a hospice facility, or at a hospital. Services include:

- Doctor and nursing care
- Pain management

This report is for you to use when talking with your healthcare provider. It is not a substitute for medical advice and treatment. Use of this report is at your own risk.

© 2016 Consumer Reports. Developed in cooperation with the American Society of Clinical Oncology. To learn more about the sources used in this report and terms and conditions of use, visit [ConsumerHealthChoices.org/about-us/](http://ConsumerHealthChoices.org/about-us/).

- Medical equipment and medicines to ease symptoms
- Grief counseling for family and friends
- Social worker services
- Respite care, to give your caregivers a break

#### When is the right time for hospice care?

You may reach a point when there are no more effective cancer treatments for you. This is when you should seek hospice care, according to the American Society of Clinical Oncology (ASCO). You may have reached that point if:

- Your doctor does not think you will live for more than six months.
- There are no other treatments with more benefits than risks.
- You want to focus on quality of life for the time you have left.

### Advice from Consumer Reports

#### Questions to ask your doctor

Let your doctor know how much you want to know about your cancer, and when you are ready to talk about end-of-life care.

#### Ask your doctor:

- How long do I have to live if I have more treatment? What will happen if I do not have more treatment?
- What is the goal of more treatment? Will treatment stop or slow my cancer, or will it help with the symptoms?
- What is the best way to manage my symptoms and side effects?
- Are there things I can do to make my quality of life better?
- Should I meet with someone who knows about hospice care?

If you would like to know more about hospice care:

- Ask your doctor for a referral to hospice. Or to learn more go to [www.cancer.net/coping/end-of-life-care/hospice-care](http://www.cancer.net/coping/end-of-life-care/hospice-care).
- You can talk to hospice without having to sign up. And, even if you decide to be on hospice care, you can always change your mind.





Gennaio 2011

## SLOW MEDICINE

### **SOBRIA**

*Fare di più non vuol dire fare meglio*

### **RISPETTOSA**

*Valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili*

### **GIUSTA**

*Cure appropriate e di buona qualità per tutti*



## Progetto lanciato da Slow Medicine a dicembre 2012

### **Pratiche a rischio d'inappropriatezza in Italia di cui medici, altri professionisti e pazienti dovrebbero parlare**

Ogni società scientifica/associazione di professionisti che aderisce al progetto individuerà **una lista di cinque test diagnostici o trattamenti**, a partire da quelli già indicati negli USA in Choosing Wisely, che:

- sono effettuati molto comunemente in Italia
- non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti
- possono al contrario esporre i pazienti a rischi

Questi test e trattamenti ad alto rischio di inappropriatezza dovranno essere **oggetto di aperto dialogo** nella relazione tra medico e paziente per facilitare scelte sagge e consapevoli.





Il progetto “**FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO – CHOOSING WISELY ITALY**”, promosso da Slow Medicine, ha l’obiettivo di ***favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini*** su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriata in Italia, per giungere a scelte informate e condivise.

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

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





# SOVRAUTILIZZO di test e trattamenti



- SPRECO di RISORSE

- **ERRORE CLINICO**



-danni **diretti** da test e trattamenti inappropriati (radiazioni ionizzanti, effetti collaterali farmaci, interazioni tra farmaci)

- danni da **falsi positivi e sovradiagnosi** da test inappropriati >> ansia e stress, ulteriori test anche invasivi, trattamenti interventistici e chirurgici inappropriati (**sovratrattamento**)



## PARTNER del Progetto, lanciato da Slow Medicine

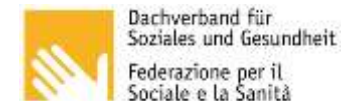
- Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri -**FNOMCeO**
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche – **FNOPI**
- Accademia Scienze Infermieristiche – **ASI**
- Sindacato Nazionale di Area Radiologica – **SNR**
- **Agenzia Regionale di Sanità Regione Toscana**
- **Partecipa Salute**, promosso dall'IRCCS-Mario Negri, dal Centro Cochrane Italiano e da Zadig



- **Altroconsumo**



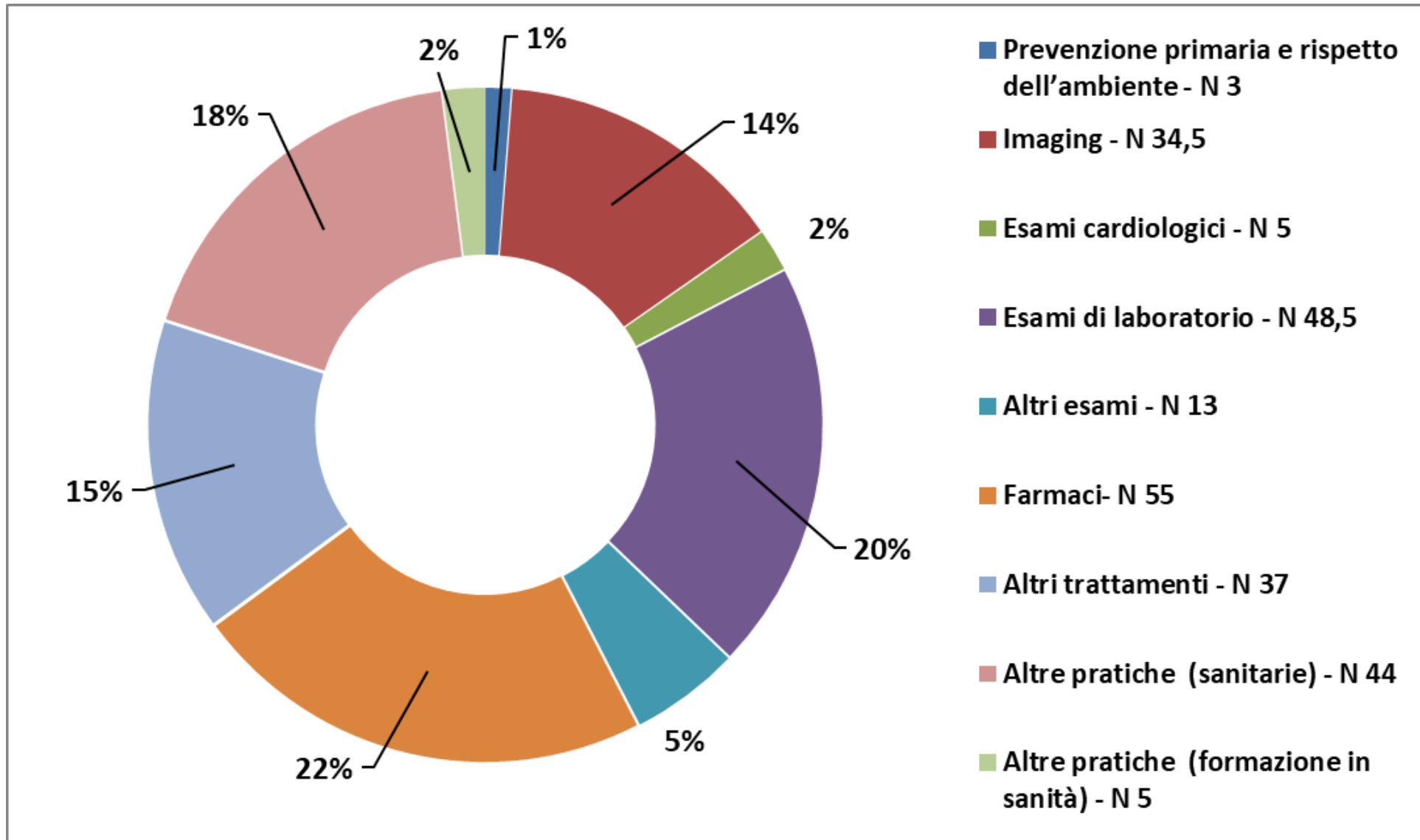
- **Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano**



- **Zadig**, società editoriale e giornalistica



# Novembre 2019- 49 liste italiane per 245 raccomandazioni [www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org)



*Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui professionisti e pazienti dovrebbero parlare*  
**Le cinque raccomandazioni del Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica  
– Green Oncology**

1. Non prescrivere **antibiotici** allo scopo di prevenire le complicanze infettive da neutropenia, in pazienti neoplastici trattati con chemioterapia a dosi standard.
2. Di norma non prescrivere **markers tumorali sierici** 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 né la **chemioterapia** né la **radioterapia** nel trattamento del carcinoma duttale in situ della mammella





*Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare*  
**Le cinque raccomandazioni della Società Italiana di Cure Palliative (SICP)**

1. Non omettere e non posticipare di prescrivere, nei pazienti con patologie croniche inguaribili con limitata aspettativa di vita, **l'uso di oppioidi** per via orale o sistemica per il trattamento palliativo della dispnea.
2. Non iniziare e non proseguire una **Nutrizione Artificiale (per via parenterale o enterale)** nei pazienti oncologici con malattia inguaribile in fase avanzata, aspettativa di vita inferiore a poche settimane e un PS < 50.
3. Non utilizzare, nelle apparecchiature per l'infusione continua di farmaci per via sottocutanea o endovenosa (ad es. elastomeri), **miscele di farmaci** per le quali non esistono evidenze documentate di compatibilità e stabilità chimico-fisica.
4. Nell'organizzazione di una Rete Locale di Cure Palliative, non omettere l'attivazione di un **II° livello di assistenza domiciliare caratterizzato da personale dedicato alle cure palliative** (medici e infermieri) con competenze di livello specialistico e con una organizzazione del lavoro in équipe.
5. Non implementare **strumenti di miglioramento della qualità delle cure di fine vita di non provata efficacia e/o al di fuori di specifici programmi di ricerca**, salvo che non siano supportati e monitorati da professionisti facenti parte di Strutture Organizzative Specialistiche di Cure Palliative.



### ***Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI)***

Evitare la **Nutrizione Artificiale (NA)** nelle situazioni cliniche in cui un approccio evidence-based non ha dimostrato beneficio, come nei pazienti con demenza in fase avanzata o oncologici in fase terminale.

### ***Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO)***

Non utilizzare, per quanto possibile, **trattamenti radioterapici prolungati** quando la finalità della radioterapia è quella sintomatico-paliativa ed in persone malate con aspettativa di vita ridotta.

### ***Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia***

Non proporre la **chemioterapia** a scopo paliativo al termine della vita.

### ***Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI)***

**Non ritardare l'inizio delle cure palliative** nei malati terminali.

### ***Associazione Nazionale Infermieri di Medicina Ospedaliera (ANIMO)***

Non seguire protocolli di **mobilizzazione e di cura delle lesioni da pressione (LDP)** secondo protocolli "standard" nel paziente morente.



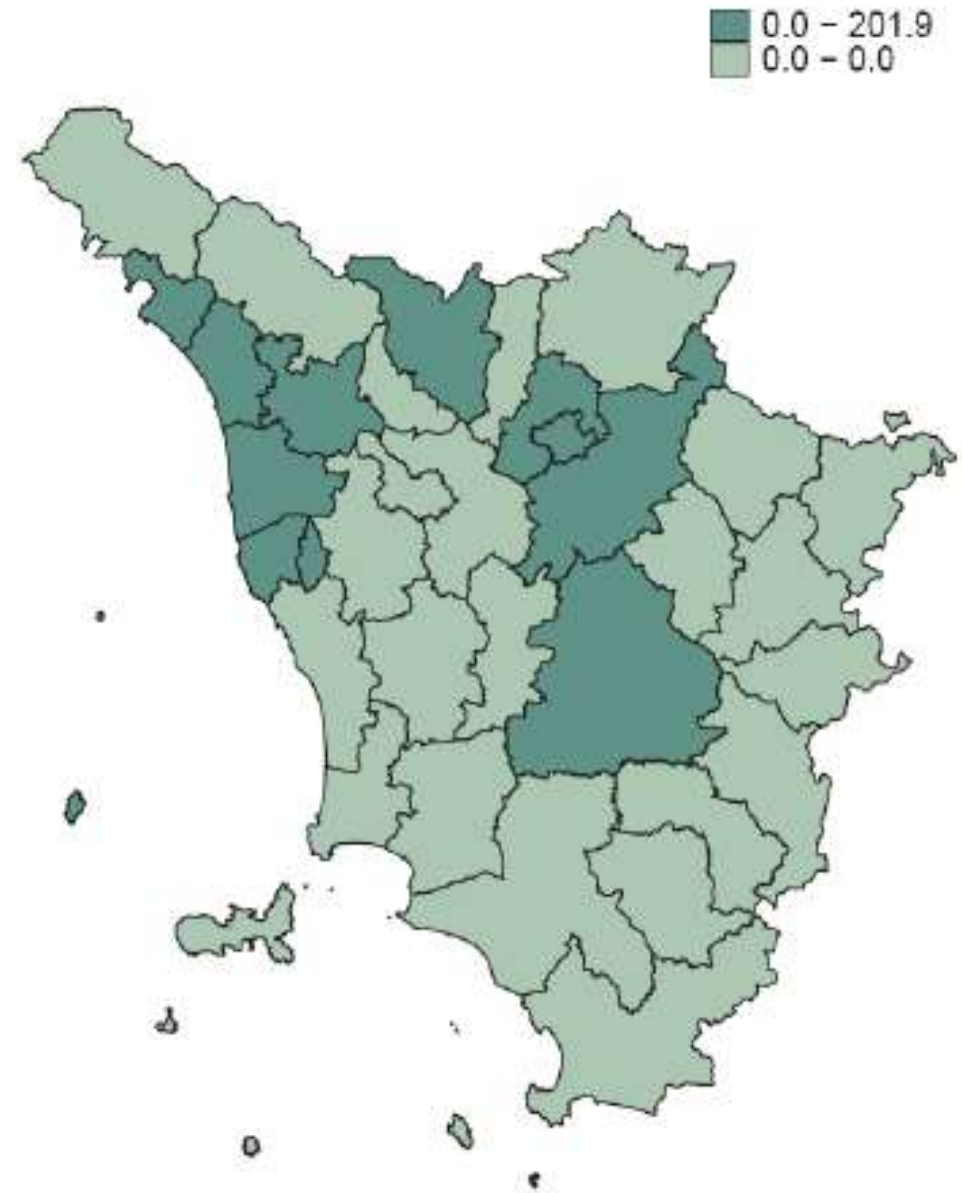
*Choosing Wisely - Italy:*  
il livello di adesione in Toscana  
alle raccomandazioni di area medica

Rapporto  
Maggio 2019

**Non richiedere la determinazione di marcatori come CEA, CA-125, HE4, CA-15.3, alfa-fetoproteina o CA-19.9 per la diagnosi di patologie neoplastiche in soggetti asintomatici.**

**Mappa con tassi per ZD di convenzione del MMG, per 1000 assistiti, anno 2017**

Figura 44. Mappa con tassi per ZD di convenzione del MMG, per 1000 assistiti, anno 2017



## Schede già predisposte

1. imaging nella lombalgia – SIMG e SIRM
2. antibiotici per infezioni vie aeree superiori – SIMG (+ ACP + SIPPS)
3. inibitori di pompa protonica – SIMG (+ FADOI + ACP + GICR – IACPR + AIGO)
4. antiinfiammatori non steroidei – SIMG (+ FADOI + SIN)
5. benzodiazepine agli anziani – SIMG e CNF (+ FADOI)
6. Rx torace preoperatorio – SIRM
7. RMN del ginocchio – SIRM
8. test allergometrici per farmaci e/o alimenti – SIAAIC
9. test per le intolleranze alimentari – ADI e SIAAIC
10. aerosol al cortisone – ACP
11. latte artificiale per i neonati – ACP
12. monitoraggio della glicemia nel paziente diabetico – AMD
13. radiografie ai bambini in caso di polmonite – ACP (+ SIMRI)
14. Cinque mosse per noi e per l'ambiente - ISDE
15. ecografia della tiroide – AME
16. Farmaci equivalenti – SIFACT
17. **Prevenzione e diagnosi precoce del tumore del colon – AIGO**
18. Controlli prima della pillola - ANDRIA
19. Test genetici senza prescrizione – SIGU
20. Acqua: dal rubinetto è meglio (ISDE)
21. Integratori: aspettative senza basi (ADI)





# COLON E PREVENZIONE LA CADENZA GIUSTA

Pratica indicata a rischio di inappropriatazza da: AIGO, Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri

Per prevenire il tumore al colon, oltre a seguire regole di vita corrette (vedi i consigli che sono elencati nel riquadro a lato), è utile sottoporsi periodicamente allo screening del sangue occulto nelle feci, che in caso di risultato positivo porta alla necessità di effettuare una colonscopia di controllo. La presenza di sangue nelle feci può infatti segnalare una lesione tumorale, prima che questa dia sintomi, o di una lesione benigna, che però potrebbe trasformarsi in maligna col passare del tempo.

Come avviene per tutti gli screening, è importante che sia l'esame del sangue fecale sia le eventuali coloscopie di controllo successive siano eseguiti con la cadenza giusta e coinvolgano le persone giuste.

## L'ESAME DEL SANGUE OCCULTO

La ricerca del sangue nelle feci è consigliata e proposta a tutta la popolazione senza fattori di rischio specifici - con programmi dedicati in quasi tutte le regioni - tra i 50 e i 69 anni ogni due anni.

Dato che si tratta di un test di screening, deve essere riservato alle persone prive di sintomi, che rientrino nella fascia di rischio stabilita. Si stima invece che una quota importante di questi test (26-35%) sia eseguita in maniera inappropriata, perché al di fuori dei tempi stabiliti oppure al posto della colonscopia

In presenza di alcuni sintomi o esami alterati (anemia e/o carenza di ferro, sanguinamenti rettali, diarrea o stitichezza insorta di recente) può infatti essere indicato eseguire direttamente l'esame endoscopico e non del sangue occulto.

L'esame del sangue occulto, se eseguito impropriamente, non è privo di conseguenze: intanto può portare ad aumentare il numero di coloscopie inutili, con conseguente esposizione al rischio di complicazioni. Nei pazienti che presentano sintomi invece



può portare a ritardare l'approfondimento endoscopico (cioè la colonscopia), causando un possibile ritardo della diagnosi.

## LA COLONSCOPIA

Se l'esame del sangue occulto dà un risultato positivo (ovvero se del sangue c'è), bisogna eseguire una colonscopia, che potrà essere in seguito ripetuta a seconda del risultato.

La colonscopia successiva, detta di sorveglianza, andrà effettuata nei tempi indicati dal medico gastroenterologo che ha eseguito la prima. Sarà quindi il medico che stila il referto della prima colonscopia a indicare l'intervallo di tempo più appropriato per la successiva, se prevista.

In sintesi, secondo le indicazioni delle linee guida europee, il medico indicherà un intervallo diverso a seconda che sia o meno stato trovato un adenoma (comunemente detto polipo benigno), delle sue dimensioni, della quantità di adenomi trovati, del loro tipo determinato dall'esame istologico. Non è opportuno richiedere controlli più frequenti.

In caso di fattori di rischio specifici (in particolare familiarità per poliposi o per tumore al colon) sarà il medico a prescrivere il percorso preventivo più adatto.

## I CONSIGLI DI ALTROCONSUMO



➤ Molti studi dimostrano che una dieta ad alto contenuto di calorie, ricca di carni rosse e povera di fibre, è associata a un aumento dei tumori intestinali. Viceversa, diete caratterizzate da un alto consumo di frutta e vegetali sembrano avere un ruolo protettivo.

➤ Consigli per la dieta sono: ridurre l'assunzione di carni rosse, in particolare conservate, consumare quotidianamente almeno tre porzioni di verdura e due di frutta, limitare il più possibile il consumo di cibi conservati (salumi inclusi) o affumicati, limitare l'alcol a non più di un bicchiere di vino a pasto.

➤ Se si è sovrappeso è bene dimagrire.

➤ L'attività fisica ha un importante effetto preventivo: è consigliabile farne almeno 30 minuti al giorno.

➤ Infine, per favorire una diagnosi precoce del tumore, è importante seguire gli screening proposti nelle linee guida, a partire dall'esame del sangue occulto nelle feci.



Per saperne di più: "Esami medici - Volume 2",  
Guida Pratiche di Altroconsumo  
[www.altroconsumo.it/guidepratiche](http://www.altroconsumo.it/guidepratiche).  
Progetto "Fare di più non significa fare meglio"  
[www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)  
[www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org)  
[www.webaigo.it](http://www.webaigo.it)





 > Buone pratiche > Choosing Wisely edizione italiana

## Choosing Wisely edizione italiana

 4 settembre 2017  Buone pratiche

### Il progetto

Il progetto "Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy", promosso da Slow Medicine, ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise.

Il progetto si basa sull'assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini.

### Le raccomandazioni

Pratiche a rischio di inappropriately in Italia di cui medici, altri professionisti, pazienti e cittadini devono parlare.

Le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni professionali italiane.

 [Raccomandazioni \(gennaio 2017\)](#)





# DynaMed Plus

## Choosing Wisely Italy

### Description

- Choosing Wisely Italy (CWI) is a campaign to help physicians and patients engage in conversations about unnecessary tests, treatments, and procedures, and to help physicians and patients make smart and effective choices to ensure high-quality care.
- CWI recommendations are the result of Italian medical colleges and professional societies identifying tests, treatments, or procedures that are commonly used but not supported by evidence and/or could expose patients to unnecessary harm.
- CWI is modeled after the [Choosing Wisely](#) campaign in the United States, an initiative of the American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation.



10/10/2016

Icon: App



## **APP delle raccomandazioni Choosing Wisely Italy e delle schede per i cittadini con Altroconsumo**

**Versioni in italiano e in inglese**

**La APP è disponibile gratuitamente  
sui sistemi android tramite Play Store  
e su IOS (iphone e Ipad Apple)  
attraverso App Store.**



# CHOOSING WISELY INTERNATIONAL ROUNDTABLE

## November 5 & 6, 2019

### Berlin, Germany - Unter den Linden1





## Prossimi obiettivi

- **Diffondere** le raccomandazioni di Choosing Wisely
- **Applicare** le raccomandazioni (**implementazione**)
- **Misurare e valutare** le raccomandazioni tramite indicatori
- **Coinvolgere pazienti e cittadini** e migliorare la relazione tra professionisti e pazienti e le decisioni condivise
- Promuovere movimenti Choosing Wisely di **studenti, specializzandi e giovani medici** e influire nella **formazione** dei medici e degli altri professionisti





Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



## Shared decision making in Italy: An updated revision of the current situation

*Partizipative Entscheidungsfindung in Italien: die aktuelle Situation im Überblick*

Alessandro Bottacini<sup>1,\*</sup>, Peter Scalia<sup>2</sup>, Claudia Goss<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Neurosciences, Biomedicine and Movement Sciences, Section of Clinical Psychology, University of Verona, Verona, Italy

<sup>2</sup> The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, Dartmouth College, 1 Medical Center Drive, Lebanon, USA

### ARTICLE INFO

Available online: xxx

### ABSTRACT

The aim of this paper is to update the previous review on the state of patient and public participation in healthcare in Italy.

Policymakers consider patient involvement an important aspect in health care decisions and encourage



In conclusione, **SLOW MEDICINE** sostiene la promozione di un cambiamento nella gestione del paziente oncologico

- che tenga in maggiore considerazione **l'appropriatezza** di esami e trattamenti
- **le preferenze del paziente e la sua qualità di vita**
- che favorisca una maggiore **integrazione** delle diverse figure professionali in ottica di rete
- e che metta al centro **le cure palliative**, non riservandole all'ultima fase della vita

Inoltre sollecita maggiore attenzione alla **prevenzione primaria (ambiente e abitudini di vita)**



IMPEGNI PER I MEDICI

# Antibiotici, meno e meglio

Gli antibiotici stanno perdendo la loro efficacia di fronte a batteri sempre più resistenti alla loro azione. La causa è un utilizzo eccessivo e spesso non appropriato di questi farmaci, che mette a rischio la salute nostra e dei nostri figli. È urgente cambiare strada, ricorrendo agli antibiotici solo quando sono necessari.

## 1 Informerò sul grave problema dell'antibioticoresistenza

A causa della diffusione di batteri resistenti agli antibiotici, pazienti affetti da malattie anche banali diventano incurabili. È dovere di ogni professionista della salute informare i cittadini su questo problema.

## 2 Come regola, non prescriverò gli antibiotici in questi casi:

- per le comuni infezioni respiratorie, che sono prevalentemente virali (raffreddore, tosse, rinosinusiti, sindromi influenzali, bronchite);
- in caso di batteri nelle urine senza sintomi;
- per la profilassi in caso di estrazioni dentarie;
- per la profilassi peri-operatoria prima dei 60 minuti precedenti all'intervento e oltre le 24 ore dopo l'intervento.

## 3 Farò ai miei pazienti queste raccomandazioni:

- assumere gli antibiotici SOLO dietro prescrizione medica. MAI in autonomia;
- attenersi ai tempi e alle dosi indicate dal medico;
- di fronte a una comune infezione respiratoria non aspettarsi la prescrizione di un antibiotico;
- avere aspettative realistiche sui tempi di guarigione delle malattie.



*Guido Giustetto*

Guido Giustetto, medico di Medicina Generale e Presidente OMCeO di Torino



[www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org)  
#menoemeglio

Supportano l'iniziativa:



ACP  
AICPR  
AMGE  
ANIPIO  
ANMDO  
CIPOMO  
FADOI  
FIMP  
ISDE  
SIdCO  
SIMG  
SIMPIOS  
SItI  
SIMEVeP  
RIMSA  
SIFACT



[www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)  
[www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org)

App CHOOSING WISELY ITALY

info@slowmedicine.it

Facebook: [Slow Medicine Italia](https://www.facebook.com/slowmedicineitalia)

**GRAZIE!**

Giorgio Bert, Marco Bobbio, Antonio Bonaldi,  
Gianfranco Domenighetti, Andrea Gardini,  
Silvana Quadrino, Sandra Venero



**PERCHÈ  
UNA MEDICINA  
SOBRIA  
RISPETTOSA  
e GIUSTA  
È POSSIBILE**

Prefazione di Carlo Petrini

