



# L'appropriatezza nell'attività professionale medica: la sfida di “Slow Medicine”

a cura di Antonio Bonaldi

Direttore sanitario AO San Gerardo di Monza - Presidente di Slow medicine

Corso di management sanitario per medici di assistenza primaria  
associati-organizzati in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Padova, 5 maggio 2012

# Che cos' è Slow Medicine?

Slow medicine è una rete di professionisti che si riconoscono nei principi di una medicina sobria, rispettosa, giusta.

**Sobria** *Fare di più non vuol dire fare meglio*

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

**Giusta** *Cure appropriate e di buona qualità per tutti*

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



# Quali messaggi vogliamo diffondere?

## Promuovere un approccio sistemico alla salute

- Agire con moderazione, equilibrio e senso del limite
- Tener conto delle esigenze e dei valori della persona, nonché del contesto di riferimento
- Curare la comunicazione e il linguaggio
- Promuovere cure efficaci e appropriate
- Evitare abusi e sprechi



# I sette veleni della “fast” medicine

## Luoghi comuni non suffragati dalle conoscenze scientifiche

1. Nuovo è meglio.
2. Tutte le procedure utilizzate nella pratica clinica sono efficaci e sicure.
3. Le nuove tecnologie risolveranno ogni problema di salute.
4. Fare di più aiuta a guarire e migliora la qualità della vita.
5. Scoprire una “malattia” prima dei sintomi è sempre utile.
6. I “fattori di rischio” devono essere trattati con i farmaci.
7. Per controllare emozioni e stati d’animo è utile affidarsi alle cure mediche.



## Dieci criteri per orientarsi tra fast a slow medicine

	FAST - Disease oriented	SLOW - Health oriented
Metodo	Riduzionista, basato sui principi della scienza classica, newtoniana	Sistemico, basato sui principi dei sistemi complessi
Medico	Osserva e decide.	Informa, guida e consiglia
Paziente	Un corpo da indagare, che funziona come una macchina.	Una risorsa, unica e irripetibile che pensa, produce conoscenza, prova emozioni e sentimenti.
Obiettivi	Orientati verso la ricerca e il controllo dei sintomi.	Basati su priorità, aspettative e preferenze del paziente.
Trattamenti	Centrati sulla correzione dei meccanismi fisiopatologici delle malattie.	Centrati sull'insieme dei fattori che influiscono sulla salute.

# Dieci criteri per orientarsi tra fast a slow medicine

## FAST - Disease oriented

## SLOW - Health oriented

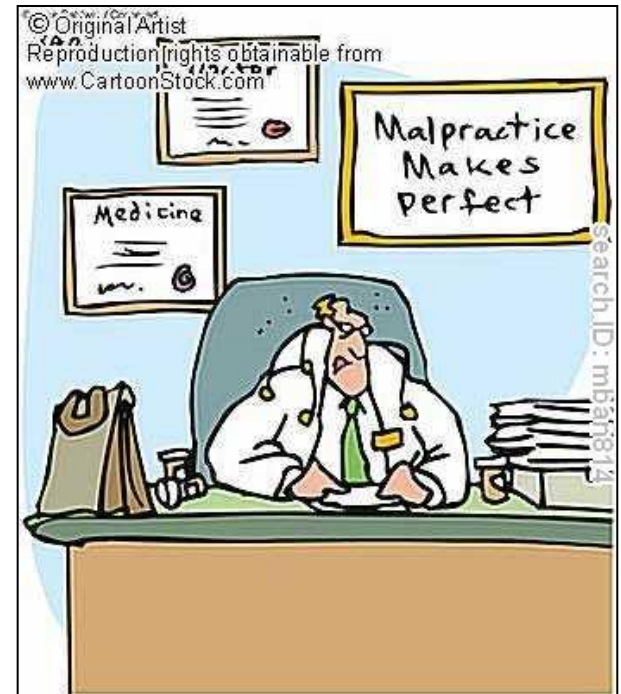
Cure	Affidate a specialisti che lavorano, per lo più, in modo isolato.	Affidate a professionisti che lavorano in team e si scambiano informazioni.
Decisioni	Stabilite da procedure e protocolli standardizzati.	Personalizzate, mediate dalle conoscenze scientifiche e dal contesto di riferimento.
Risultati	Dipendono da relazioni lineari di causa-effetto, statiche, isolate, ripetibili e riproducibili.	Dipendono da sistemi dinamici, instabili, interconnessi, multidimensionali, aperti al cambiamento.
Conclusioni	Analisi quantitative centrate sulla media, perseguono l' omologazione.	Analisi qualitative che tengono conto della varianza, valorizzano la diversità.
Salute	Intesa come completo stato di benessere, fisico, psichico e sociale.	Intesa come capacità dell' individuo di adattarsi all' ambiente fisico e sociale.

## Efficacia attesa

La mia pratica professionale è coerente con le migliori conoscenze scientifiche?

## Appropriatezza clinica

Ciò che è efficace lo faccio solo a chi ne può trarre vantaggio?



# Appropriatezza e variabilità



La variabilità è parte integrante delle persone, della natura e dei suoi fenomeni.



# Variabilità buona



Espressione dell' adattamento di prestazioni e servizi alla diversità delle persone e del contesto organizzativo.

## In medicina, un' alta variabilità può celare prestazioni di cattiva qualità

- **Sovrautilizzo di prestazioni non efficaci o eseguite in modo non appropriato**

parto cesareo, endoarteriectomia, angioplastica, isterectomia, antibiotici, check-up, screening per cancro della prostata o per scoliosi ...

- **Sottoutilizzo di prestazioni utili**

prevenzione secondaria dell' ictus, trattamento della depressione, ipertensione, incontinenza urinaria, dolore, complicanze del diabete, screening per cancro della cervice uterina, vaccinazioni, ...

*Goodman: The Lewin Group, 1998*  
([www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov))



# Which rate is right?

## Rapporto tra tasso massimo e minimo di alcune procedure mediche

• Revisione chirurgica del ginocchio	14,9
• Angioplastica coronarica	9,6
• Interventi invasivi sulla colonna	8,0
• Isteroscopia	7,9
• Tonsillectomia	7,3
• Bypass delle coronarie	5,9
• Artroprotesi di ginocchio	5,3
• Cataratta	3,9
• Artroprotesi dell' anca	3,7
• Colecistectomia	3,5



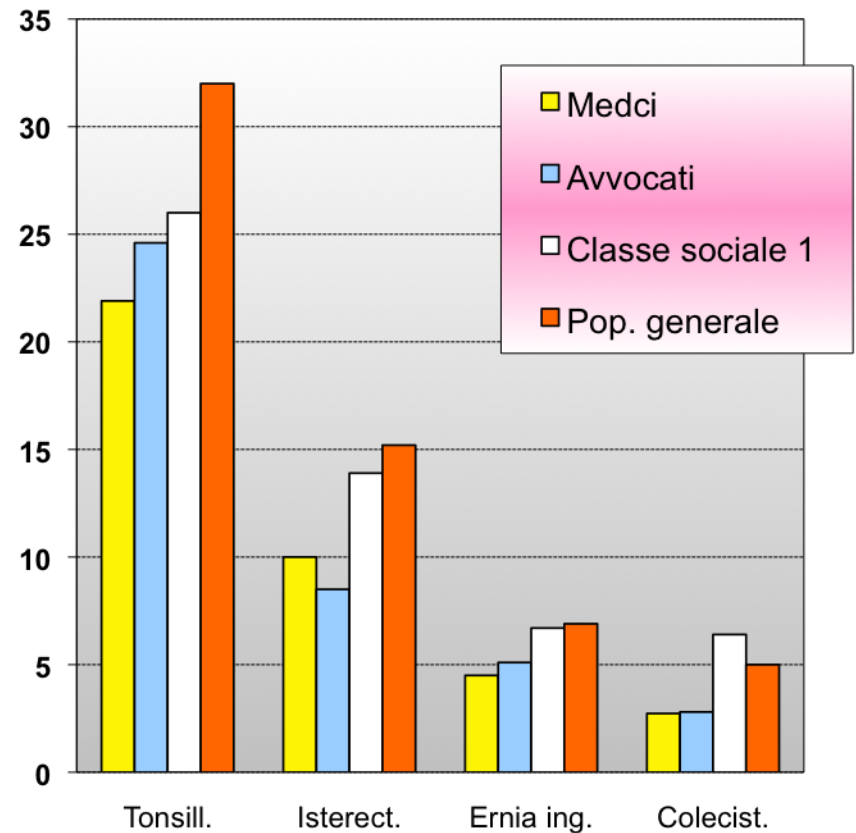
*The King's Fund 2011 - Variations in Health Care: the good, the bad and the inexplicable.*

# Interventi chirurgici e classe sociale

Medici, avvocati e loro congiunti subiscono meno interventi chirurgici (dal 19 all' 84%) rispetto alla popolazione generale e ad altri gruppi scelti di professionisti.

Nel Canton Ticino, a seguito di una campagna di informazione realizzata tramite i media locali si è registrata una riduzione del 26% degli interventi di isterectomia, rimasti stabili nel resto del Paese.

*Domenighetti G. Il mercato della salute 1994*



# Tipologia d' interventi e variabilità

- **Effective care**

Interventi basati su solide evidenze scientifiche: dovrebbero essere assicurati al 100% dei pazienti.

- **Preference sensitive care**

Interventi per i quali esistono diverse alternative con differenti rischi e benefici: dipendono dalle preferenze del paziente (informato).

- **Supply sensitive care**

Prestazioni che dipendono dall'offerta locale di servizi: visite, test diagnostici, tassi di ricovero.



*Wennberg J. BMJ 2011*

## EXPERTS' GUIDE TO SAVING MONEY IN HEALTH

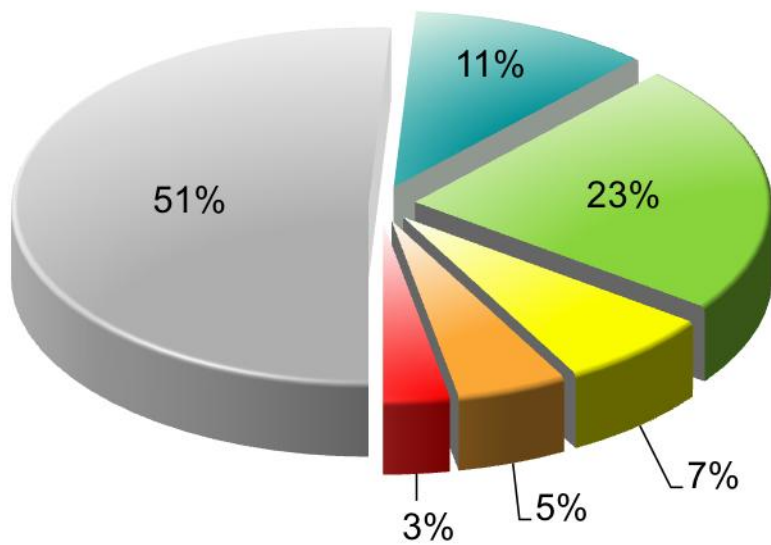
Academics and politicians have recently argued that NICE should pay more attention to disinvestment to help the NHS to save money. But what can be done at an individual specialty level? **Sophie Cook** asks some experts

### Prestazioni da non fare

- Angioplastica in pazienti con angina stabile prima di un trattamento medico ottimale;
- Chirurgia delle metastasi polmonari nel cancro avanzato del colon-retto;
- Esami di routine al momento del ricovero;
- Radiografie per dolori alla schiena;
- Parti cesarei senza indicazioni cliniche.

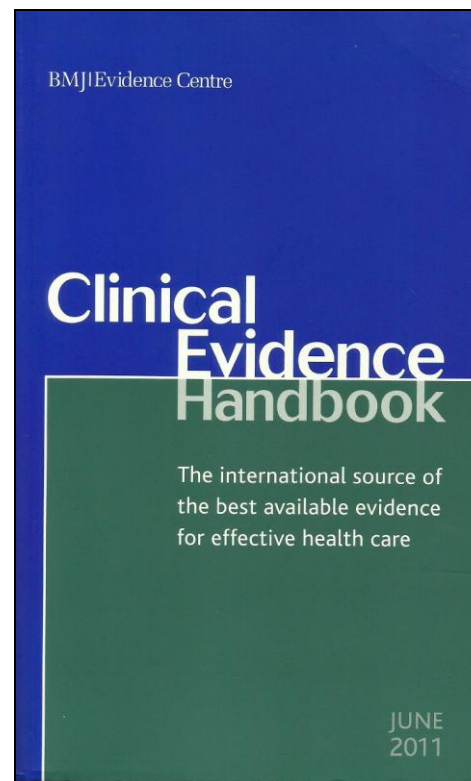
BMJ marzo 2010

# Evitare i trattamenti non efficaci



- Efficacia non dimostrata
- Efficace
- Probabilmente efficace
- Equilibrio tra benefici e rischi
- Probabilmente non efficace
- Non efficace o dannoso

Oltre 3.000 interventi di uso corrente in medicina, classificati in relazione alle prove di efficacia disponibili.



## 5 prestazioni da evitare in base alle evidenze scientifiche

**Choosing Wisely**<sup>®</sup>

An initiative of the ABIM Foundation

American Academy of Family Physicians



**Five Things Physicians and Patients Should Question**

- 1 Rx per il mal di schiena prima di 6 settimane dall' esordio, senza il concreto sospetto di gravi patologie.
- 2 Antibiotici per la sinusite prima di 7 giorni dai sintomi o da un peggioramento.
- 3 Densitometria ossea per donne < di 65 anni o uomini < di 70 anni, senza fattori di rischio.
- 4 ECG o altri esami cardiologici in pazienti asintomatici, a basso rischio.
- 5 Pap-test alle donne < di 21 anni o isterectomizzate per patologie non tumorali.

### Societies released lists - April 2012

Am. Academy of Allergy, Asthma & Immunology  
Am. Academy of Family Physicians  
Am. College of Cardiology  
Am. College of Physicians  
Am. College of Radiology  
Am. Gastroenterological Association  
Am. Society of Clinical Oncology  
Am. Society of Nephrology  
Am. Society of Nuclear Cardiology



# Do not do recommendations

Oltre 800 prestazioni, suddivise per specialità, da non utilizzare nella pratica clinica.

The screenshot shows the NHS website interface. At the top left is the NHS logo with the text 'National Institute for Health and Clinical Excellence'. To the right are links for 'Sign In | Register' and a navigation menu with 'Home | News | Get Involved | About NICE'. Below this is a secondary navigation bar with 'Find guidance', 'NICE Pathways', 'Quality standards', 'Into practice' (highlighted in orange), and 'QOF'. A search bar is on the right. The breadcrumb trail reads 'Home > Into practice > 'Do not do' recommendations'. The main content area has a left sidebar with a list of links: 'Benefits of implementation', 'NICE implementation programme', 'Commissioning guides supporting clinical service redesign', 'Implementation tools', 'Help implement NICE guidance', 'Education', 'Measuring the use of NICE guidance', 'Shared learning implementing NICE guidance', and the selected item, ''Do not do' recommendations'. The main content area has the heading 'NICE 'do not do' recommendations' followed by the sub-heading 'What are the NICE 'do not do' recommendations?'. The text explains that these recommendations are for practices that should be discontinued or not used routinely. It also mentions the creation and maintenance of the database by the Research and Development team. Another sub-heading asks 'What is in the NICE 'do not do' recommendations database?', followed by text stating that the database contains all such recommendations since 2007, abstracted from various guidance documents. A final paragraph explains that each record includes details about the intervention, health topic, and the clinical setting where it may be initiated.

# Coinvolgere i pazienti nelle decisioni

- Spiega al paziente i motivi che inducono a richiedere un test diagnostico o avviare un trattamento.
- Concedi il tempo necessario per decidere.
- Ricorda che il paziente ha il diritto di decidere e che può avere percezioni e punti di vista diversi circa benefici, rischi e conseguenze delle differenti opzioni.
- Verifica che il paziente abbia compreso le informazioni.
- Adatta le prescrizioni ai bisogni, alle preferenze del paziente e al contesto di riferimento.

LE DECISIONI DEVONO ESSERE PARTECIPATE E  
CONDIVISE: SCELGA, TESTA O CROCE?



## Less is more

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

*Wennberg BMJ 2011*

I pazienti terminali a cui viene data l'opportunità di scegliere secondo le loro preferenze, utilizzano interventi meno invasivi.

*Baohui Arch Int. Med 2009*



# Dieci consigli per prescrivere un test

1. Tieni conto delle prove di efficacia.
2. Non trattare acriticamente i risultati.
3. Se esiste un test più economico e altrettanto utile, usa quello.
4. I valori di normalità non indicano la presenza o meno di una malattia.
5. Aiuta i pazienti a comprendere i limiti dei test.
6. Rispetta le persone anziane: sono quelle a cui si prescrivono più test inutili o pericolosi.
7. Non ripetere un test se il risultato è già disponibile.
8. Non prescrivere test per motivi medico-legali o come placebo.
9. Aiuta i colleghi più giovani a prescrivere test in base alle reali esigenze dei pazienti.
10. Non pensare che tutti i risultati anormali siano importanti.

*Power M. Ten Commandments for testing. Richard Lehman's journal review, January 2012.*

# Tutto ciò che si conosce è applicato?

## Colmare il divario tra conoscenze e pratica clinica



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Uno studio condotto su 12.000 americani, residenti in 12 aree metropolitane, ha valutato la qualità dell'assistenza ricevuta attraverso **439 indicatori** per **30** condizioni acute, croniche e di prevenzione: asma, cancro del seno, scompenso cardiaco, diabete, mal di testa, ipertensione, frattura del femore, interventi di prevenzione, .....

I partecipanti avevano ricevuto circa il **55%** dell'assistenza raccomandata da linee guida nazionali.

*McGlynn E. 2003*



# Adesione a linee guida raccomandate

Patologia	N. di indicatori	N. di partecipanti	% di cure raccomandate
Cancro al seno	9	192	75.7
Mal di schiena	6	489	68.5
Ipertensione	27	1973	64.7
Scompenso cardiaco	36	104	63.9
Depressione	14	770	57.7
Cancro del colon-retto	12	231	53.9
Asma	25	260	53.5
Iperplasia prostatica benigna	5	138	53.0
Diabete mellito	13	488	45.4
Mal di testa	21	712	45.2
Infezione delle vie urinarie	13	459	40.7
Dispepsia e ulcera peptica	8	278	32.7
Frattura dell' anca	9	110	22.8

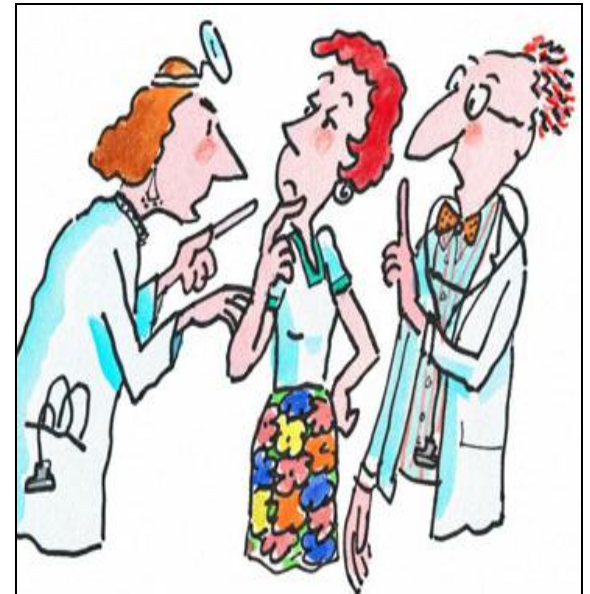
# Perché non si applicano le conoscenze?

Durante gli studi ci hanno abituato a pensare che le decisioni adottate durante l'assistenza siano il risultato di un **processo lineare/razionale**, legato alla disponibilità di informazioni e all'abilità tecnica acquisita.

## Teorie cognitive

I professionisti tendono a valutare le diverse alternative disponibili per poi adottare le decisioni che meglio bilanciano vantaggi e svantaggi.

Secondo questi principi per adeguare la pratica alle conoscenze occorre semplicemente definire linee-guida di buona qualità e informare i professionisti circa la loro corretta applicazione (formazione).



# Quali fattori influenzano le decisioni?

## Fattori che influenzano le decisioni

### Pazienti

Natura e gravità del problema, caratteristiche individuali, variabilità biologica, aspettative, ...

### Professionisti

Incertezza delle conoscenze, caratteristiche personali, competenze, interessi economici, influenza dei colleghi, ...

### Organizzazioni

Risorse disponibili, priorità, organizzazione del lavoro, incentivi e sanzioni, ...

### Contesto sociale

Modalità di finanziamento, norme legislative, valori sociali dominanti, conseguenze medico-legali, ...

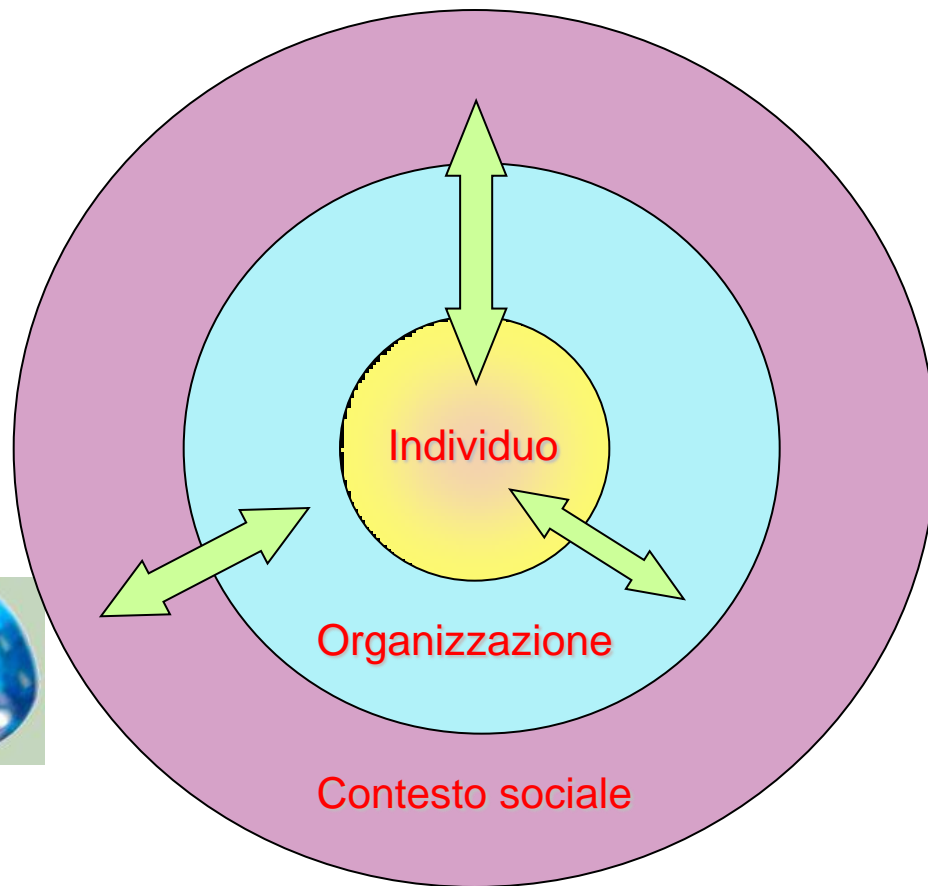


*BMJ 31 maggio 2003*



# Come migliorare l'appropriatezza?

Migliorare l'appropriatezza (cioè promuovere il cambiamento) è un compito complesso che si può avvalere di approcci e strumenti diversi, in parte sovrapponibili, indirizzati su tre principali ambiti d'intervento.



## Fattori che agiscono sul contesto sociale

- **Modalità di finanziamento:** libero mercato, quota capitaria, tariffa per servizio reso, pagamenti per performance.
- **Articolazione organizzativa:** modalità di gestione di ospedali e servizi territoriali (Aziende ospedaliere, Aziende sanitarie, Distretti).
- **Accessibilità:** LEA, note prescrittive per farmaci, dispositivi medici e nuove tecnologie.
- **Formazione e ricerca:** accesso all'università, nuove professioni, crediti formativi, finanziamenti.
- **Coinvolgimento dei pazienti:** campagne di informazione, carta dei servizi, informazioni, questionari di gradimento.



## Fattori che agiscono sull' organizzazione

- **Budget:** allocazione di risorse (personale, strutture, attrezzature) verso risultati attesi.
- **Processi organizzativi e gestionali:** distribuzione di responsabilità e competenze, sistemi di monitoraggio, procedure.
- **Incentivi e sanzioni:** economici, di carriera, ...
- **Sistemi esterni di valutazione della qualità:** Accredimento istituzionale, ISO 9000, EFQM, Joint Commission International.



## Fattori che agiscono sui professionisti

- **Caratteristiche individuali:** età, sesso, specialità, affiliazione a Società scientifiche, propensione al rischio.
- **Attitudine al cambiamento:** innovatori e conservatori.
- **Competenza professionale:** conoscenze e abilità.
- **Opinioni dei colleghi:** opinion leaders.
- **Fattori organizzativi e di contesto:** risorse, tempo, procedure.

*Grol: Improving patient care 2005*



# Come modificare i comportamenti?

## Knowledge translation strategies

Generalmente efficaci	Effetto variabile	Generalmente inefficaci
Feed-back e promemoria Visite formative di educatori Workshop interattivi Collaborazione multiprofessionale Campagne mass media locali Interventi combinati	Clinical audit Opinion leaders Coinvolgimento dei pazienti	Materiale informativo Corsi e conferenze
<i>Bero BMJ 1998; Grol, Grimshaw Lancet 2003</i>		



**E P O C**  
 Effective Practice and Organisation of Care Group  
[www.epoc.cochrane.org](http://www.epoc.cochrane.org)

International network of individuals who prepare, maintain and promote the accessibility of systematic reviews of the effects of healthcare interventions.

## Cosa fare per migliorare la qualità dell' assistenza?

Attività	Strumenti
Individuare ciò che è efficace	Evidence-based medicine
Definire che cosa fare, a chi e come	Linee guida, protocolli e percorsi di cura
Misurare e valutare ciò che è stato fatto	Indicatori di processo e di esito, audit clinico
Coinvolgere i pazienti nelle decisioni che li riguardano	Comunicazione interpersonale, Counselling
Favorire l' innovazione e la collaborazione con altri professionisti.	Tecniche di leadership e di lavoro di gruppo