



# NO GRAZIE

## Lettera di informazione non periodica

Esce quando può; le notizie più significative sono pubblicate anche sul sito [www.nograzie.eu](http://www.nograzie.eu)  
e su facebook <https://facebook.com/pages/NoGraziePagoIo/180764791950999>

### Lettera n. 106 – Settembre 2022

#### Perché un numero monografico su Choosing Wisely?

Il sistema sanitario statunitense è il più costoso del mondo (15,3% del PIL, 7% in Italia quest'anno) e anche quello che spreca di più. Si stima uno spreco attorno al 25% della spesa totale, una cifra vertiginosa, [compresa fra i 760 e 935 miliardi di dollari](#). La spesa sanitaria è arrivata negli USA a 6.714 \$ per abitante e, caso unico nei paesi occidentali, quella privata ha superato quella pubblica. In Italia, la spesa privata arriva a 524 \$, con una media OCSE di 440 \$.

*Segue a pagina 2*

Indice	
<b>Perché un numero monografico su Choosing Wisely?</b>	<b>1</b>
<b>Choosing Wisely Italy: cosa è stato fatto in dieci anni</b>	<b>3</b>
<b>Dieci anni di Choosing Wisely: due articoli interessanti</b>	<b>7</b>
<b>Dieci anni di Choosing Wisely per ridurre le cure di basso valore</b>	<b>10</b>
<b>Choosing Wisely: è tempo di bilanci?</b>	<b>11</b>
<b>Perché Choosing Wisely e CW Italy incidono ben poco sulle pratiche professionali? Non fanno i conti con il convitato di pietra</b>	<b>14</b>
<b>Anche la salute inquina</b>	<b>17</b>
<b>La decarbonizzazione del sistema sanitario: un'impresa possibile</b>	<b>17</b>



Tutto il materiale originale dei NoGrazie è disponibile secondo la licenza Creative Commons 3.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it>), e può essere liberamente riprodotto citando la fonte; materiali di diversa provenienza (citazioni, traduzioni o riproduzioni di testi o immagini appartenenti a terze persone) non vi sono compresi e l'autorizzazione alla riproduzione va richiesta ai rispettivi proprietari.

## Perché un numero monografico su Choosing Wisely?

*Segue da pagina 1*

Proprio per migliorare l'uso delle risorse in sanità, nel 2010 Howard Brody, [dalle pagine del New England Journal of Medicine](#), lanciava una provocazione al mondo accademico: ogni società scientifica avrebbe dovuto indicare una lista di 5 pratiche (*top five*), non sorrette da prove scientifiche, da abolire, discutendone con i pazienti. Due anni dopo nasceva Choosing Wisely (CW), iniziativa della fondazione ABIM (American Board of Internal Medicine) successivamente esportata in tutto il mondo e approdata anche in Italia 10 anni fa con la creazione di CW Italy. Ce ne scrive estesamente Sandra Venero, attuale presidente di Slow Medicine (SM). CW nasceva negli anni dell'Affordable Care Act di Obama e più di qualche attrito politico era nato dal fatto che i repubblicani vedevano nel *less is more* un sistema per razionare l'offerta terapeutica (Sarah Palin aveva coniato per le liste *top five* il termine di *death panels*, liste della morte). CW prendeva così un colore politico non cercato né desiderato, che forse non ha giovato alla sua incisività.

In occasione del [convegno di CW Italy per il decennale 2012-2022](#), tenutosi in giugno presso l'Istituto Mario Negri di Milano, era iniziato un nostro dibattito via mail. Avevamo notato la novità della svolta green, che tiene conto dell'impronta carbonica dei servizi sanitari, come traspare dalla relazione di Antonio Bonaldi. Sull'argomento trovate in questa lettera anche il link a un articolo di Francesco Barone Adesi, apparso su [scienza in rete](#).

Per alcuni di noi il punto debole di CW sta nell'efficacia dell'iniziativa, difficilmente quantificabile da un lato e in parte inficiata dall'eccesso di ottimismo con cui gli umani sono soggetti a sovrastimare l'efficacia dei propri interventi. Si tratta in sostanza del fenomeno che gli psicologi chiamano "l'illusione del controllo", un poco come succede ai giocatori d'azzardo, quando sovrastimano le loro probabilità di vincere. Ne ha scritto [David Casarett](#), docente alla Philadelphia University, sostenendo che l'inappropriatezza rimarrà tale finché non si andrà alla radice del problema e la discussione delle sue cause e rimedi non sarà inserita come materia di studio nel percorso di formazione dei medici. Dallo scambio di articoli è venuta fuori un'altra voce critica, quella di [Elisabeth Rourke](#). Anche qui si pone l'accento sull'illusione terapeutica che porta a sovrastimare i benefici delle proprie azioni. La Rourke si dice scettica sul fatto che in una società capitalistica, dove il più è in ogni caso meglio, possa far breccia la parsimonia del *less is more*. Ne parla Adriano Cattaneo, commentando estesamente l'articolo. Di questo articolo e di una revisione sistematica sull'impatto di CW abbiamo chiesto una recensione ad Antonio Bonaldi, già presidente di SM.

Un altro punto venuto a galla nella discussione è l'eccessivo affidamento da parte di CW sulle associazioni professionali, all'interno delle quali non mancano i conflitti di interessi (CdI), di cui scriviamo spesso nella nostra lettera. Queste associazioni sono state accusate di inserire tra le pratiche da eliminare quelle oramai obsolete, di scarso rientro economico o di competenza di altre specialità. Ne scrive estesamente Alberto Donzelli.

Mariolina Congedo riferisce la sua esperienza personale in CW e ci ricorda l'ironia con cui il compianto Gianfranco Domenighetti aveva definito l'iniziativa "una foglia di fico" delle associazioni professionali che fanno *withewashing* attraverso l'eliminazione di pratiche marginali e di scarso interesse strategico. Domenighetti aveva espresso questo parere *tranchant* anche durante il convegno di Bologna nel dicembre 2012, in memoria di Alessandro Liberati. L'aveva riferito [Richard Smith nel suo blog](#). Non serve più mettere vino vecchio in bottiglie nuove, è venuto il momento di diffondere tra il pubblico uno scetticismo salutare (*healthy skepticism*), bisogna rompere l'abbraccio mortale fra salute e mercato, smitizzando la medicina come scienza esatta. Bisogna far capire che la salute dipende da elementi esterni alla sanità e che i cittadini devono poter usufruire in prima persona di informazioni realmente basate su prove scientifiche. Concludendo, alla domanda espressa nel titolo di questo editoriale rispondiamo: perché CW è comunque un'iniziativa importante che si batte contro lo spreco in sanità tentando di eliminare

l'uso di pratiche di basso valore. Pensiamo però che in questa iniziativa siano presenti più di una criticità e lasciamo il giudizio ultimo ai lettori sperando di avere offerto un panorama variegato di commenti e opinioni.

## **Choosing Wisely Italy: cosa è stato fatto in dieci anni**

Nell'aprile 2012 la fondazione ABIM, con la collaborazione di Consumer Reports, organizzazione non profit e indipendente di consumatori, ha promosso negli USA l'iniziativa CW,[1,2] invitando le associazioni professionali a individuare ognuna una lista di cinque esami o trattamenti sanitari comunemente usati nella propria specialità, il cui impiego debba essere messo in discussione da clinici e pazienti. L'iniziativa si collegava esplicitamente a un documento internazionale del 2002: la "Carta della Professionalità Medica per il nuovo millennio", [3] redatta dalla stessa fondazione ABIM, da quella dell'ACP (American College of Physicians) e dalla Federazione Europea di Medicina Interna. La Carta, una sorta di codice deontologico per i medici di tutto il mondo, ha come suoi principi fondamentali il primato del benessere del paziente, la sua autonomia e la giustizia sociale. In particolare, per la prima volta nella storia della medicina, la Carta chiama in causa i medici perché si assumano la responsabilità dell'allocazione appropriata delle risorse, che sono limitate, e dell'evitare esami e procedure superflue, dato che "fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili, ma anche riduce le risorse disponibili per gli altri".

Dato che la campagna CW era del tutto coerente con i principi dell'associazione SM,[4] che promuove una cura sobria, rispettosa e giusta, e considerato che anche in Italia esistono molte aree di uso eccessivo di esami e trattamenti insieme ad altre di sottoutilizzo, SM ha lanciato in Italia a fine 2012 il progetto "Fare di più non significa fare meglio - CW Italy".[5,6] Ha pertanto rivolto l'invito alle associazioni professionali a individuare pratiche a rischio di inappropriatazza, che possano essere oggetto di dialogo nella relazione tra i professionisti e i pazienti e i cittadini. Non è stato volutamente incluso tra i criteri di scelta quello dell'alto costo, perché il progetto non fosse considerato come un mero "razionamento" di risorse. È stato invece evidenziato il rischio di danni, diretti come nel caso delle radiazioni ionizzanti in eccesso, di molte procedure invasive, degli effetti collaterali dei farmaci, e indiretti come falsi positivi e sovradiagnosi. Si sono associati come partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, PartecipaSalute, Altroconsumo, la Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano, Zadig.

Anche in Italia, come negli USA, l'adesione delle associazioni professionali negli anni è stata alta: a settembre 2022 avevano aderito più di 50 associazioni professionali di medici, infermieri, farmacisti e fisioterapisti e sono state finora pubblicate 56 liste *top five* per un totale di 280 raccomandazioni. [7,8]. Oltre che nel sito CW Italy [9] e nella App, le raccomandazioni di CW Italy sono pubblicate tra le Buone Pratiche clinico-assistenziali nel Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità e, nella versione inglese, nel supporto decisionale internazionale per medici DynaMed.[10,11] La collaborazione con Altroconsumo ha permesso di mettere a punto 30 schede informative per i cittadini redatte a partire dalle raccomandazioni in collaborazione con i professionisti.

Dopo il lancio negli USA nel 2012, in molti altri Paesi oltre l'Italia si sono costituiti movimenti analoghi: campagne di CW sono al momento presenti in 25 paesi di 5 continenti, tra cui Australia, Nuova Zelanda, Giappone, molte nazioni europee, India, Israele, Sud Africa e Brasile, e si è costituito un movimento CW internazionale con il coordinamento di CW Canada. [12]. L'Italia ha partecipato attivamente a questo movimento prendendo parte agli incontri annuali a cominciare da quello di Amsterdam del 2014 in cui si sono definiti i principi di CW International. Nel 2016 ha organizzato un incontro internazionale in Italia, a Roma.

A seguito di una iniziativa di CW Canada del 2015, il movimento STARS (Students and Trainees Advocating for Resource Stewardship), che mira a introdurre nella formazione medica i temi dell'uso eccessivo di esami, trattamenti e procedure, e della responsabilità nella gestione delle risorse, movimenti analoghi di studenti e giovani medici si sono costituiti negli Stati Uniti, Giappone, Nuova Zelanda e Olanda. Anche in Italia, a seguito del workshop con Wendy Levinson, leader di CW Canada e International, in occasione del I° Congresso Nazionale di CW Italy nel 2018, è stato lanciato il movimento CW Italy di studenti e giovani medici composto da: SISM (Segretariato Italiano Studenti in Medicina), Federspecializzandi e Movimento Giotto (movimento strutturato di giovani medici di medicina generale). SISM ha redatto una lista di 5 raccomandazioni sulla formazione medica.

All'interno del progetto CW Italy si è gradualmente costituita, accanto al gruppo di regia, una rete formata dai presidenti e dai referenti delle associazioni professionali partecipanti al progetto e dei partner, con regolari comunicazioni di notizie da parte del coordinatore del progetto e scambi di mail, incontri almeno annuali presso l'istituto Mario Negri di Milano, un Congresso Nazionale di due giorni nel 2018 e un recente convegno il 15 giugno 2022. Si tratta di importanti occasioni non solo di aggiornamento e lancio di nuove iniziative, ma anche di confronto e scambio di esperienze tra diverse professioni e discipline.

Numerose sono poi state in questi anni le attività di comunicazione del progetto CW Italy e delle raccomandazioni nell'ambito dei congressi delle associazioni professionali aderenti al progetto e di incontri organizzati da Ordini provinciali dei medici. FNOPI ha organizzato nel 2016 e 2017 numerosi eventi in diversi Ordini provinciali in tutta Italia in collaborazione con SM-CW Italy e le sue associazioni professionali per diffondere la conoscenza di CW e delle 30 raccomandazioni infermieristiche. Nella primavera del 2019 il Centro per la Formazione continua e per l'aggiornamento del Personale delle Aziende sanitarie della Sicilia (CEFPAS) ha progettato un Corso Executive Master su SM e CW Italy con il supporto dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina e la collaborazione dell'Associazione SM ETS, con la partecipazione di un professionista per ogni azienda sanitaria della Regione. Il corso prevedeva 20 giornate di formazione suddivise in 10 moduli. Dopo le prime giornate in presenza, le successive, dal 2020, sono state effettuate online e ora è in corso la redazione dei *project work*.

Sono state effettuate negli anni numerose indagini sulle opinioni e sui comportamenti dei professionisti nei confronti di esami, trattamenti e procedure non necessari:

- La prima, a fine 2015, è stata condotta in collaborazione tra SM e FNOMCeO, [13] sulla base di un questionario impiegato dalla fondazione ABIM presso i medici USA. Hanno iniziato il questionario, su base volontaria, 4.263 medici, e 3.688 l'hanno completato. Dai risultati emerge che i medici italiani sono in generale molto consapevoli del fenomeno dell'eccesso di esami diagnostici e trattamenti. Tra le maggiori motivazioni di prescrizioni non necessarie, il 51% indica la necessità di sicurezza, il timore di sequele legali rappresenta una motivazione maggiore per il 33% dei rispondenti e il desiderio di assecondare il paziente è chiamato in causa da percentuali inferiori. I medici rispondenti indicano tra gli strumenti utili a ridurre la prescrizione di esami e trattamenti non necessari: avere più tempo a disposizione per discutere con il paziente le varie opzioni, poter disporre di materiale informativo evidence-based preparato per i pazienti, e a seguire la riforma della legge sulla responsabilità del medico (promulgata in seguito la legge Gelli) e la modifica del sistema di remunerazione/sanzione.
- Diverse associazioni professionali (ACP, AIRO, AME, SIGU, ANIMO, ANIPIO), con il coordinamento di CW Italy, hanno eseguito indagini sulla condivisione e sull'applicazione delle rispettive raccomandazioni da parte dei loro soci, con la partecipazione complessiva di 1.444 professionisti. I risultati sono stati presentati nel Congresso CW Italy del 2018. Condivisione e grado di applicazione mostravano un alto grado di variabilità tra le diverse raccomandazioni, la difficoltà di modificare pratiche consolidate era attribuita in gran parte a questioni organizzative.

- Parimenti, FNOPI ha offerto ai propri iscritti nel 2019 la possibilità di aderire a un'indagine analoga riguardante 6 raccomandazioni infermieristiche, circa il livello di accordo, quello di applicazione e i fattori ostacolanti l'applicazione. [14] Hanno aderito 1.244 infermieri. Dai risultati emerge un alto accordo alle raccomandazioni, cui non corrisponde un alto livello di applicazione nella pratica clinica. Sono evocate come principali motivazioni: difficoltà di modificare pratiche consolidate, mancata condivisione nell'équipe del piano di cura, scarsa competenza, eccessivo carico di lavoro. Nel commento l'indagine è vista come possibile punto di partenza per progetti di miglioramento dell'organizzazione e della qualità dell'assistenza, riguardanti anche il lavoro d'équipe e l'autonomia professionale.
- Infine, un'indagine è stata effettuata dall'ARS Toscana a maggio 2022 in collaborazione con SM-CW Italy, proposta dalla Finlandia nella rete CW International. L'indagine, che riguardava le cure a basso valore clinico e la loro de-implementazione, era rivolta ai medici di medicina generale della Toscana, dei quali hanno aderito in 255. I risultati, in fase di analisi, evidenziano una discreta conoscenza delle raccomandazioni, ma una scarsa applicazione pratica, citando tra le principali cause la mancanza di tempo e lo scarso sostegno da parte dei colleghi e della direzione.

Ai fini dell'implementazione delle raccomandazioni, un passo fondamentale è rappresentato dalla misurazione del livello di adesione da parte dei professionisti. Da citare il lavoro dell'Agenzia Regionale di Sanità della regione Toscana del maggio 2019 che ha individuato, in collaborazione con i professionisti, degli indicatori per verificare, laddove possibile, il grado di adesione alle raccomandazioni di CW sia a livello regionale toscano sia a livelli più dettagliati.[15] Il passo successivo è identificare eventuali aree di criticità, con l'obiettivo finale di promuovere, tramite strumenti quali l'audit, delle azioni di miglioramento in collaborazione con le aziende sanitarie e le associazioni dei pazienti. Sono anche monitorati alcuni indicatori di CW per l'assistenza territoriale.

Un recente sviluppo del progetto è rappresentato dal Green CW Italy, in collaborazione con ISDE-Medici per l'Ambiente. Considerato che il 4-6% delle emissioni globali di gas serra proviene dal settore sanitario, [16] abbiamo ritenuto necessario sensibilizzare i medici e gli altri professionisti sulle conseguenze che esami, trattamenti e procedure sanitarie determinano sull'ecosistema, come ulteriore motivazione per la riduzione di quelli non necessari. Inoltre, le associazioni professionali sono incoraggiate a:

- sviluppare raccomandazioni su pratiche che provocano danni all'ambiente, come le 5 raccomandazioni di ISDE, quella di ADI-Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica sui regimi dietetici a impronta occidentale, e quelle di ANIPIO e altre associazioni sull'uso dei guanti;
- descrivere le conseguenze ambientali delle pratiche inappropriate (antibiotici, altri farmaci, imaging ecc).

## **Le prossime sfide**

Che cosa sarebbe da fare in un prossimo futuro? In primo luogo sarebbe necessaria una maggiore attività di diffusione delle raccomandazioni da parte delle associazioni professionali e dei partner del progetto, e iniziative di formazione strutturate, come corsi FAD da realizzare in collaborazione con FNM CeO, FNOPI e con le associazioni professionali. Una formazione diffusa permetterebbe anche di divulgare i principi su cui si basa CW, in particolare l'appropriatezza come assunzione di responsabilità dei professionisti e il dialogo tra professionisti, pazienti e cittadini, a dimostrazione che CW non rappresenta certo una "medicina amministrata" com'è stata accusata di essere. In secondo luogo c'è bisogno di misurazione: anche a partire dall'iniziativa della regione Toscana, sarebbe opportuno il confronto tra Regioni sulla base di indicatori comuni costruiti a partire dalle raccomandazioni, per individuare le aree dove è più frequente l'uso di pratiche di basso valore clinico e monitorarne il trend nel tempo.



L'implementazione delle raccomandazioni rappresenta la sfida maggiore, non solo in Italia, ma in tutto il mondo. Dai risultati di tutte le indagini sui professionisti effettuate in CW Italy emerge da un lato la condivisione di gran parte delle raccomandazioni, dall'altro la loro insufficiente applicazione anche per fattori organizzativi. CW deve certamente partire dai professionisti, ma il supporto delle direzioni è necessario per attuare, in condivisione con i professionisti stessi, le modifiche organizzative che possono rendere più agevole l'applicazione delle raccomandazioni, a cominciare da una migliore comunicazione tra i diversi professionisti e un migliore uso del loro tempo. Dopo le prime Aziende sanitarie che hanno definito e applicato raccomandazioni negli anni passati, come quelle di Cuneo e di Arezzo, sarebbe ora molto opportuno costituire una rete di Aziende sanitarie che intendano applicare le raccomandazioni di CW a partire da alcune raccomandazioni condivise, e che si confrontino periodicamente.

Circa la metodologia di implementazione, è dimostrato che la formazione è necessaria ma non sufficiente: gli approcci che hanno dato risultati hanno componenti multiple, sono rivolti sia ai clinici sia ai pazienti e includono la formazione dei professionisti, audit e feedback, informazione e formazione dei pazienti, ridisegno dei sistemi di routine.[17] Si sono dimostrati efficaci anche sistemi di supporto decisionale clinico, con *alert* che si attivano al momento della prescrizione informatizzata. È stato recentemente messo a punto un Modello CW per la de-implementazione che si basa su prove scientifiche e teorie dalla scienza comportamentale e psicologiche, da cui sono tratti i metodi per identificare i fattori che spiegano e influenzano il comportamento, le tecniche per affrontare gli ostacoli e gli interventi per cambiare i comportamenti. [19]

Infine, la comunicazione: oltre a iniziative di formazione dei professionisti per migliorare la loro relazione con i pazienti e la condivisione delle decisioni, sarebbe anche necessaria un'adeguata comunicazione istituzionale nei confronti dei cittadini, per contrastare informazioni basate su CdI e diffondere nel pubblico la consapevolezza che sottoporsi a più esami, farmaci e altri trattamenti non sempre è utile, ma anzi può arrecare danni.

In conclusione, come abbiamo sottolineato nel corso del convegno CW del 15 giugno 2022, in questo momento di difficoltà per il sistema sanitario anche a seguito della pandemia, oltre a mettere in atto misure del tutto condivisibili per incrementare il numero di professionisti, migliorare le loro condizioni di lavoro e l'organizzazione dei servizi, è anche fondamentale ridurre esami e trattamenti che non sono necessari e possono provocare danni: prescrivere ed eseguire gli esami giusti nei tempi giusti può aiutare ad affrontare la grave questione delle lunghe liste d'attesa e, insieme con la prescrizione degli appropriati trattamenti, può migliorare gli esiti di salute dei pazienti, tutelare l'ambiente e, grazie a un uso più appropriato delle risorse, contribuire a salvare il Servizio Sanitario Nazionale.

Sandra Venero  
presidente di SM ETS  
coordinatrice del progetto "Fare di più non significa fare meglio" di CW Italy

1. Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. JAMA 2012;307:1801-2
2. <http://www.choosingwisely.org/>
3. American 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;136:243-6
4. Bonaldi A, Venero S. Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina. Recenti Prog Med 2015;106:85-91
5. Domenighetti G, Venero S. Looking for waste and inappropriateness: if not now, when? Intern Emerg Med 2014; 9(Suppl):S1-S7
6. Venero S, Domenighetti G, Bonaldi A. Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign. BMJ 2014;349:g4703
7. Bobbio M, Venero S. Choosing Wisely, the reason for its success. Monaldi Archives for Chest Disease 2019;89:1104
8. Bobbio M, Venero S, Colimberti D, Gardini A. Slow Medicine and Choosing Wisely: a synergistic alliance. J Evid-

Based Healthc 2021;4:e4222

9. <https://choosingwiselyitaly.org/>

10. <https://snlg.iss.it/?p=123>

11. <https://www.dynamed.com/quality-improvement/choosing-wisely-italy>

12. Levinson 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;24:167-74

13. Vernerio S, Giustetto G. Esami diagnostici, trattamenti e procedure non necessari: risultati e considerazioni da un'indagine sui medici italiani. *Recenti Prog Med* 2017;108:324-32

14. "Fare di più non significa fare meglio": a che punto siamo? *Rivista L'infermiere* N.1 2021

<https://www.infermiereonline.org/2021/03/06/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/>

15. [https://www.ars.toscana.it/images/pubblicazioni/Rapporti/2019/rapporto\\_choosing\\_wisely\\_maggio-2019.pdf](https://www.ars.toscana.it/images/pubblicazioni/Rapporti/2019/rapporto_choosing_wisely_maggio-2019.pdf)

16. The 2020 report of the Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet* 2021;397:129-70

17. Born K, Kool T, Levinson W. Reducing overuse in healthcare: advancing Choosing Wisely. *BMJ* 2019;367:l6317

19. Grimshaw JM, Patey AM, Kirkham KR, et al. De-implementing wisely: developing the evidence base to reduce low value care. *BMJ Qual Saf* 2020;29:409-17

## **Dieci anni di Choosing Wisely: due articoli interessanti**

### **Un cammino di 1.000 miglia inizia con il primo passo**

Stati Uniti, Aprile 2012. La fondazione ABIM lancia CW: un'iniziativa che si propone di promuovere il dialogo tra medici e pazienti allo scopo di ridurre l'uso di prestazioni sanitarie di dubbia efficacia. Per l'occasione, nove associazioni professionali pubblicano le prime liste *top five*: un elenco di 45 procedure sanitarie di comune riscontro nella pratica clinica ma che nella maggior parte dei casi non portano alcun beneficio al paziente e possono essere potenzialmente dannose. [1].

Allora SM era nata da poco e quel progetto sembrava collimare perfettamente con uno dei suoi principi fondativi: la sobrietà. Prendiamo contatto con Daniel Wolfson (vicepresidente esecutivo della fondazione ABIM), gli esprimiamo il nostro interesse per il progetto e pochi mesi dopo lo lanciamo in Italia con il nome: "Fare di più non significa fare meglio". Da lì a poco si attivano altri paesi e nel 2014, su iniziativa del Canada, i rappresentanti di 12 Nazioni, tra i quali Sandra Vernerio per SM, si riuniscono per la prima volta ad Amsterdam. Lì si costituisce CW International, il cui coordinamento è affidato a Wendy Levinson (Canada). Il progetto italiano prende il nome di CW Italy. [2]

Oggi, a distanza di 10 anni, CW è presente in 25 paesi e ne parlano i media e le riviste scientifiche internazionali più accreditate. Le raccomandazioni sono spesso oggetto di ricerca e sono state inserite nei maggiori database elettronici per il supporto decisionale del medico. Centinaia di associazioni professionali in diversi paesi del mondo hanno definito e diffuso le rispettive *top five*. In Italia più di 50 associazioni professionali hanno aderito al progetto, definendo 280 raccomandazioni facilmente consultabili mediante una specifica App.

### **Luci e ombre di un progetto in continua evoluzione**

Fin dalla sua presentazione CW è stato oggetto di molta attenzione da parte della letteratura scientifica internazionale e recentemente due interessanti articoli hanno ripreso alcuni dei temi già oggetto di un nutrito confronto. Nel primo articolo, apparso sul *New England Journal of Medicine*, Elizabeth Rourke ritorna su alcuni rilievi critici relativi al disegno e alla gestione del progetto. [3] Nell'altro articolo, pubblicato su *Milbank Quarterly*, Betsy Cliff riporta invece i risultati di una revisione sistematica della letteratura relativa agli interventi finalizzati a ridurre le prestazioni a basso valore clinico individuate da CW. [4] Vediamo di cosa si tratta.

Innanzitutto è necessario premettere che entrambi gli articoli si riferiscono agli Stati Uniti e pertanto rilievi e giudizi non sono completamente generalizzabili a iniziative simili intraprese in altri paesi (come Canada, Italia e Regno Unito) con sistemi sanitari e contesti economici del tutto diversi. Nel primo articolo, Rourke ci ricorda che per modificare i comportamenti prescrittivi dei medici non basta definire e diffondere una lista di prestazioni di basso valore clinico. Questo è vero, ma è evidente che se vogliamo modificare qualcosa dobbiamo prima di tutto dichiarare, in modo esplicito, che cosa vorremmo cambiare o, come in questo caso, che cosa non dovremmo fare. In altre parole, definire e diffondere le *top five* non è sufficiente per ridurre l'uso eccessivo di prestazioni, ma è comunque un passo necessario. Le *top five*, infatti, costituiscono un autorevole punto di riferimento per avviare e valutare progetti di miglioramento della qualità delle cure.

Uno dei temi spesso oggetto di discussione riguarda gli obiettivi di CW. In particolare se esso sia da considerare uno strumento di contenimento dei costi o addirittura se sia un nuovo espediente per introdurre qualche forma di controllo o di razionamento dei servizi sanitari. Nulla di tutto ciò. L'obiettivo dichiarato di CW è migliorare la comunicazione tra medici e pazienti relativamente ad alcune prestazioni di dubbia efficacia. Proprio per questo e per evitare ogni equivoco, la campagna volutamente non prende in considerazione i costi delle procedure oggetto delle raccomandazioni. Va detto, comunque, che l'aspetto economico non è del tutto trascurabile, dato che le risorse impiegate per erogare prestazioni inutili non sono più disponibili per garantire i servizi essenziali. Per lo stesso motivo CW esclude in modo esplicito che le raccomandazioni siano utilizzabili dalle compagnie assicurative per definire le polizze, ma questo vale soprattutto per gli Stati Uniti.

Un'altra delle questioni molto dibattute riguarda la gestione del progetto e soprattutto le modalità d'individuazione delle procedure. Su questo punto, come ben ci ricorda Rourke, CW è poco direttivo, lasciando in capo alle associazioni professionali la piena responsabilità delle scelte. Le raccomandazioni devono essere definite sulla base delle migliori conoscenze disponibili (riportate in una breve bibliografia), ma CW non richiede di indicare in modo esplicito i criteri attraverso i quali tali prove scientifiche sono valutate. Questo può certamente costituire un limite dal punto di vista metodologico. Molti, infatti, sostengono che solo un piccolo numero di raccomandazioni è basato su dati derivati da studi clinici randomizzati. Questo, però, è un problema generale che riguarda l'intero ambito della medicina. Ricordo in proposito che solo l'11% di oltre 3.000 prestazioni che costituiscono la pratica clinica corrente sono di provata efficacia. [5]

Qualcuno fa notare, inoltre, che molte delle procedure selezionate sono poco usate nella pratica clinica e raramente sono scelte tra quelle più remunerative per i medici. Alcune raccomandazioni, poi, generano ricadute economiche negative su medici afferenti a specialità diverse da quella dell'associazione professionale che le propone, come nel caso delle richieste di indagini radiologiche. Questo è vero, ma in linea generale, le scelte delle procedure trascendono le questioni economiche legate alle modalità di pagamento delle prestazioni. Ciò anche perché CW è presente in paesi come l'Italia, il Canada o il Regno Unito, con sistemi sanitari nazionali universali che si avvalgono di sistemi di pagamento centralizzati, molto diversi da quello vigente negli USA.

Rourke, infine, descrive alcuni dei principali fattori che alimentano il perdurare nella pratica clinica di prestazioni ad alto rischio d'inappropriatezza. Tra questi il disagio dei medici, costretti a gestire contemporaneamente l'incertezza insita nella medicina e le sollecitazioni dei pazienti che esigono risposte pronte e sicure per ogni tipo di problema; il timore dei sanitari di essere implicati in contenziosi medico-legali; la tendenza dei medici e dei pazienti a sovrastimare i benefici e a sottostimare i danni attribuiti agli interventi sanitari; il modello culturale prevalente, orientato al consumo, alla crescita senza limiti, alla fede nella tecnologia, all'idea che fare di più sia sempre meglio; la mancanza di tempo da dedicare alla comunicazione, all'ascolto e alla personalizzazione delle cure e soprattutto la pressione dei pazienti che chiedono di eseguire test diagnostici e trattamenti sanitari anche quando il medico non li ritiene necessari.



Tutto ciò ci fa capire che siamo di fronte a un problema molto complesso, dove le variabili in gioco sono tante e interdipendenti. Pare quindi molto improbabile che le cure di scarso valore clinico possano essere completamente estirpate dalla pratica corrente. Tuttavia possiamo certamente fare qualcosa di più e anche a me, come a Rourke, piacerebbe vivere in un mondo dove CW fosse veramente usato come strumento di cambiamento, un mondo dove medici e pazienti fossero davvero nelle condizioni di poter scegliere con saggezza.

### L'impatto di CW sulle prestazioni di basso valore clinico

L'uso di prestazioni sanitarie di scarso valore clinico, inappropriate, inutili e perfino dannose è un problema molto ben documentato in medicina. Secondo un recente rapporto dell'OCSE tali prestazioni rappresentano una delle voci più significative degli sprechi in ambito sanitario, pari al 20-30% della spesa complessiva. [6] Benché se ne parli da molto tempo non si può certo dire che sia un fenomeno scomparso dopo l'avvio di CW. Allora? Tutto inutile? È meglio lasciar perdere e dedicarsi a qualcosa di più proficuo? Quali conclusioni possiamo trarre dopo dieci anni dall'avvio di CW? È servito a qualcosa?

A questi interrogativi cerca di rispondere la revisione sistematica della letteratura effettuata da Betsy Cliff: ad oggi la sintesi più completa degli interventi che si richiamano a CW, realizzati tra il 2012 e il 2019.[4] Tale revisione si basa su 131 studi che soddisfano tre requisiti: riferirsi a pazienti degli Stati Uniti; misurare il tasso di utilizzazione di almeno una delle procedure incluse nelle liste *top five* di CW; aver avviato almeno un intervento per ridurre l'impiego nella pratica clinica.

La maggior parte degli articoli presi in considerazione riguardava progetti di miglioramento della qualità delle cure con un disegno dello studio pre-post, senza gruppo di controllo. La tipologia degli studi non era ottimale, ma nonostante le conclusioni sembrano abbastanza solide, dato che gli studi che prevedevano un gruppo di controllo (17% del campione) erano di alta qualità e ottenevano risposte sovrapponibili a quelle degli studi senza gruppo di controllo. Le raccomandazioni prendevano in considerazione soprattutto le indagini radiologiche, i test di laboratorio e le procedure sanitarie (per es. cateteri urinari). I progetti, per modificare le modalità prescrittive dei medici, si avvalevano di almeno una delle tipologie d'intervento di seguito descritte ma, più spesso, erano costituiti da interventi multipli. Nella tabella che segue è riportata una breve sintesi dei risultati della revisione.

Tipo di intervento realizzato	% di studi con risultati favorevoli	
	Intervento singolo	Interventi multipli
<b>Behavioral nudges:</b> piccoli interventi che agiscono sul contesto organizzativo o sociale e che in modo non coercitivo incentivano le persone a modificare il comportamento nella direzione desiderata.		100
<b>Interventi organizzativi:</b> per esempio, modificare i moduli correnti per le richieste di esami diagnostici o procedure sanitarie.	50	79
<b>Strumenti di supporto decisionale:</b> progetti che usano strumenti informatici per segnalare al medico le richieste potenzialmente inappropriate o che prevedono la preventiva approvazione da parte di un secondo professionista.	50	65
<b>Opinion leader:</b> coinvolgimento diretto di autorevoli clinici locali a sostegno del progetto di miglioramento.		71
<b>Interventi educativi:</b> iniziative di formazione finalizzate a spiegare il rationale e gli obiettivi del progetto.	57	78
<b>Nuovi percorsi di diagnosi e cura:</b> sono particolarmente efficaci se accompagnati da strumenti di supporto decisionale e da interventi educativi.		86
<b>Feedback clinici:</b> rapporti periodici inviati ai professionisti che descrivono il loro comportamento prescrittivo e il loro progressivo allineamento a indicatori predefiniti di buona assistenza.	25	80
<b>Interventi focalizzati sui pazienti:</b> per esempio, diffusione di materiale educativo che invita i pazienti a non usare servizi a basso valore clinico (il numero degli studi è troppo esiguo per trarre indicazioni conclusive).	50	60

## Allora cosa fare?

Alla luce dei risultati sopradescritti si può desumere che gli interventi a componente multipla che si richiamano a CW sono per lo più capaci di ridurre le prestazioni a basso valore clinico, anche se la generalizzabilità dei risultati è limitata dal fatto che tutti i progetti sono stati realizzati nel contesto sanitario statunitense. Va segnalato inoltre che i dati indicano in quale percentuale i vari interventi sono in grado di ottenere risultati favorevoli, ma non riportano il valore dell'efficacia dei singoli progetti. In altre parole, un intervento potrebbe essere efficace perché il 10% o l'80% dei partecipanti modifica il proprio comportamento prescrittivo nel senso desiderato. Entrambi gli interventi si possono considerare efficaci, ma è evidente che le ricadute pratiche sono alquanto differenti.

Abbiamo visto che i progetti di miglioramento più efficaci agiscono contemporaneamente su più fronti: organizzativo, educativo, normativo. Ciò per il fatto che l'erogazione di prestazioni di basso valore clinico è influenzata da una miriade di variabili interdipendenti che agiscono su più fronti e che sono l'espressione dell'ambiente organizzativo e sociale di riferimento. È per questo motivo che per affrontare questo fenomeno è necessario intraprendere iniziative di varia natura che usano diversi strumenti e che coinvolgono contemporaneamente amministratori, clinici, media, pazienti e cittadini.

Insomma, anche se ulteriori ricerche sono sempre utili, la revisione di Cliff sembra confermare che le energie dedicate alla diffusione di CW non sono sprecate e che gli amministratori dovrebbero prendere in seria considerazione l'opportunità di migliorare la qualità delle cure incoraggiando i professionisti a muoversi in questa direzione e adottando interventi che si richiamano esplicitamente agli obiettivi e alle liste *top five* di CW. Certo, si tratta di un percorso complesso su cui agiscono enormi interessi economici. Un percorso difficile che implica profondi cambiamenti culturali e soprattutto la consapevolezza che per riconquistare la fiducia dei pazienti bisogna coinvolgerli nelle scelte mediante l'ascolto, il dialogo e la personalizzazione delle cure. Un percorso tortuoso, sicuramente impegnativo, ma certamente non inutile.

Antonio Bonaldi, past president di SM. Bergamo, 22 agosto 2022

1. Choosing Wisely, an initiative of the ABIM Foundation: <https://www.choosingwisely.org>
2. Choosing Wisely Italy, Fare di più non significa fare meglio, un'iniziativa di Slow Medicine: <https://choosingwiselyitaly.org>
3. Rourke EJ. Ten years of Choosing Wisely to reduce low-value care. *N Engl J Med* 2022;386:1293-5
4. Cliff BQ, Avanceña ALV, Hirth RA, Lee SD. The impact of Choosing Wisely interventions on low-value medical services: a systematic review. *Milbank Q* 2021;99:1024-58
5. BMJ Evidence Center. Clinical Evidence Handbook 2012
6. Organisation for Economic Co-operation and Development. Tackling wasteful spending on Health. Jan 2017. [www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm](http://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm)

## Dieci anni di Choosing Wisely per ridurre le cure di basso valore

L'articolo di Elizabeth Rourke sul *New England Journal of Medicine* citato e commentato da Antonio Bonaldi mi è sembrato molto utile, non essendo io un clinico, a capire luci e ombre di CW. [1] Vale la pena, a mio parere, riassumerlo estesamente. Dopo aver confessato, proprio all'inizio del suo commento, di essere una che nella sua pratica clinica di medico di medicina generale prescrive esami e cure di basso valore almeno una volta la settimana, nonostante conosca a fondo le liste *top five* di CW, Elizabeth Rourke fa questa affermazione: "10 anni dopo, tuttavia, è evidente che produrre e pubblicizzare liste non è sufficiente a ridurre le cure di basso valore." Il resto del suo commento è un tentativo di spiegare questa affermazione, per andare oltre.

Guardando indietro, scrive, sembra ovvio pensare che la semplice etichettatura di alcune pratiche assistenziali come di basso valore non potesse portare alla loro eliminazione. Del resto, non era questo l'obiettivo di CW, che voleva solo promuovere la professionalità medica e il dialogo tra medici e pazienti. È parte del talento politico di CW aver scelto degli obiettivi non facilmente misurabili. Come si quantifica la professionalità medica? Chi può provare che il dialogo abbia luogo? Questo compromesso politico è ciò che ha permesso a CW di prosperare, ma l'ha resa anche inoffensiva. Questa inoffensività è rafforzata dall'esclusione del costo tra i fattori che determinano il valore di una prestazione: CW respinge esplicitamente la possibilità di usare le sue liste per determinare le coperture assicurative, un tema molto caldo negli USA. In maniera simile, e per rispetto nei confronti delle associazioni professionali che aderiscono all'iniziativa, CW non mette il naso sul controllo di qualità delle liste *top five*. Le liste devono essere sostenute da prove scientifiche, ma non esiste alcuna definizione sulla natura di queste prove. Alcuni ricercatori hanno notato che negli USA le liste *top five* includono raramente prestazioni che generano reddito per i medici delle associazioni professionali che le hanno redatte. Al contrario, tendono a focalizzarsi su prestazioni che hanno un impatto sul reddito di altri professionisti, come i radiologi. Per farla breve, CW ha permesso ai medici e alle loro associazioni di fingere di occuparsi delle cure di basso valore senza essere obbligati a effettuare cambiamenti sostanziali.

Anche alcuni fattori culturali giocano un ruolo importante. In un'economia capitalista orientata alla crescita, più è sempre stato più e nuovo è sempre stato meglio. In tale contesto, non è facile vendere la parsimonia. Inoltre, distorsioni cognitive come l'illusione terapeutica, che porta a sovrastimare i benefici e a sottostimare i danni, sono presenti sia tra i medici sia tra i pazienti. Alcune inchieste su campioni di medici hanno evidenziato altri fattori associati al perdurare di cure di basso valore: disagio per l'incertezza, timore di essere accusati di imperizia, mancanza di tempo per dialogare con i pazienti, e soprattutto preferenze e richieste pressanti di questi ultimi. Elizabeth Rourke si riconosce in queste difficoltà, le sperimenta in continuazione. Di fronte a un paziente timoroso per la sua vita, chi decide il valore di una prestazione? Questa complessa rete di fattori diventa più facile da superare solo con l'aumentare della conoscenza e della fiducia reciproca tra medico e paziente. Un'inchiesta comprendente interviste e focus group con campioni di pazienti USA mostra che questi sono in maggioranza disposti a scambiare esami e cure di basso valore con un aumento del tempo a disposizione per dialogare e comunicare con il proprio medico.

Per farla breve, pazienti e medici dovrebbero dialogare di più, ma dopo 10 anni di CW è difficile vedere progressi in questa direzione, per lo meno negli USA. Date le sue limitazioni, CW corre il pericolo di accettare nuovamente le cure di basso valore che vorrebbe ridurre, offrendo pochi benefici e forse causando danni. Le associazioni professionali che hanno aderito a CW dovrebbero celebrare il 10° anniversario ripensando e reinventando l'iniziativa. Cosa abbiamo imparato in 10 anni? Come possiamo valutare più profondamente se stiamo raggiungendo i nostri obiettivi? Quali delle nostre attività e strategie dovremmo estendere? Solo così CW potrebbe intraprendere la transizione da strumento e gesto per sentirsi bene a catalizzatore di vero cambiamento. Se è estremamente improbabile che si possano eliminare tutte le cure di basso valore, si può sicuramente fare meglio.

A cura di Adriano Cattaneo

1. Rourke EJ. Ten years of Choosing Wisely to reduce low-value care. *N Engl J Med* 2022;386:1293-5

## **Choosing Wisely: è tempo di bilanci?**

La campagna CW, portata avanti in Italia con dedizione ed entusiasmo da SM, al suo esordio ha suscitato molte speranze, specialmente quella di sviluppare degli strumenti d'immediato uso clinico, le liste *top five*, che favorissero l'appropriatezza. A 10 anni dall'avvio di CW è possibile fare un bilancio?

## Raccomandazioni come “foglia di fico” delle società scientifiche?

Nel 2014 avevo avuto l'opportunità di intervistare sulla campagna di CW il compianto prof. Gianfranco Domenighetti (economista, Università di Lugano), cofondatore di SM. L'intervista era avvenuta a Trieste nel contesto di una serie di incontri organizzati dal prof. Tullio Giraldi presso la Clinica Psichiatrica. Domenighetti riconosceva all'iniziativa statunitense una valenza prevalentemente politica nell'ambito della riforma sanitaria di Obama, percependo però il rischio che il coinvolgimento delle associazioni professionali mediante le liste *top five* favorisse la scelta di pratiche da evitare tra quelle meno rilevanti per aspetti economici, fungendo da “foglia di fico”, un modo per partecipare alla campagna senza rinunciare a fonti di reddito e senza ledere gli interessi degli associati. Nel 2019 Zadro e collaboratori hanno analizzato il contenuto di 1293 raccomandazioni di CW dal punto di vista dell'introito per i membri dell'associazione professionale che produce la lista.[1] Delle 552 raccomandazioni sui trattamenti, solo 98 (17,8%) fanno riferimento a trattamenti che generano introiti (pagamenti a prestazione, al di fuori delle abituali procedure rimborsate) e in questi casi è apparso significativamente meno frequente il riferimento alle pratiche che riguardano i membri dell'associazione (15,6%) piuttosto che gli altri (40,4%).

## Conversazioni paziente-medico: obiettivo non misurabile?

CW e SM hanno investito sulla comunicazione, considerandola l'antidoto naturale all'uso eccessivo di esami e farmaci che diventano i sostituti di una relazione medico-paziente insoddisfacente, e ritenendo che l'informazione corretta possa collocare le procedure sanitarie nella loro realistica efficacia. Nel 2015, SM, in collaborazione con la FNOMCeO, ha raccolto le opinioni dei medici italiani su questo: [2] il 77% ha riportato che spiega al paziente perché un esame o un farmaco non siano necessari, il 54% che discute dei costi delle diverse pratiche. A fronte di una spiccata consapevolezza sull'uso eccessivo di farmaci ed esami (93% dei medici che hanno partecipato lo considera un problema importante), il 66% riporta che con adeguate informazioni, i pazienti recedono dalle loro richieste inappropriate, ma il 36% ammette di prescrivere comunque in caso d'insistenza del paziente, per maggiore sicurezza o per timore di sequele legali. Un dato di particolare interesse è che l'88% dei medici indica nella maggiore disponibilità di tempo da dedicare al paziente lo strumento più importante per ridurre le prescrizioni non necessarie.

Personalmente ho partecipato all'indagine che ha fornito un'immagine dei 3.688 medici che hanno compilato il questionario in modo completo. Ma nel 2015 quanti erano i medici italiani? Solo i medici di medicina generale erano 53.610, ben di più gli specialisti (che nel 2016 erano 185.650), senza contare i pediatri di libera scelta (17.722). [3] I dati riportati sono quindi rappresentativi di un campione “virtuoso”, che probabilmente ha partecipato perché sensibile al problema. Non sappiamo se e quanto i medici interessati a “conversare” abbiano ottenuto dei risultati rispetto ai medici di poche parole. La comunicazione può essere misurata in termini di tempo dedicato e di obiettivi raggiunti, ma presenta comunque aspetti difficili da quantificare. L'inevitabile indeterminatezza è stata essenziale e funzionale alla valenza politica della campagna originaria. [4] La raccolta delle opinioni dei medici non può sostituire i dati sull'efficacia del loro operato, e la consapevolezza di una minoranza non è apparsa trascinate nella mia esperienza in Italia.

## Raccomandazioni con quale forza?

Come Cochrane Neurological Sciences ho contribuito nel 2014 a due liste *top five*, [5] e nella mia attività clinica ho distribuito per anni la copia cartacea, specialmente di quella dedicata alla transitoria perdita di coscienza, volta a evitare EEG, Eco-Doppler TSA ed esami neuroradiologici in presenza di anamnesi esplicative. La composizione delle liste, per quanto mi ha riguardata, è partita dall'osservazione clinica, seguita dalla ricerca di linee guida che offrirono risposte autorevoli e quindi motivassero il rifiuto a effettuare un certo esame. Il contenuto della raccomandazione e la

sua formulazione sono stati oggetto di discussione all'interno di un piccolo gruppo di neurologi. Ma le prove su cui si basano le raccomandazioni pesano tutte alla stessa maniera o vi sono gradi diversi che andrebbero evidenziati? Per quanto la maggior parte delle raccomandazioni si basino su linee guida, la forza di queste può essere molto varia. [6] Inoltre, alcune raccomandazioni possono essere legate al buon senso o alle conoscenze accademiche, senza essere il risultato di trial. Quale valore attribuire, dunque, ai vari contesti da cui originano le raccomandazioni? Come comunicarlo a pazienti e medici senza favorire incertezza?

In occasione del convegno tenuto a Trieste da SM nel gennaio 2016 avevo rivisto le raccomandazioni secondo una classificazione che nel 1993 il Gruppo di Studio in Bioetica della Società Italiana di Neurologia aveva proposto sui vari tipi di eccesso diagnostico (riportata di seguito in corsivo). [7]

*a) in un senso «debole», in cui si fa riferimento all'uso improprio (abuso) di strumenti di diagnosi, per esempio in situazioni ovvie, in cui essi **non sono necessari o indicati**. Sostanzialmente si tratta di errori che vanno corretti con una più adeguata conoscenza medica, evitando comportamenti prescrittivi acritici, legati più a consuetudini che a un ragionamento clinico.*

Esempio

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare  
Cinque raccomandazioni del Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare

**Non richiedere ecocolordoppler dei tronchi sopra-aortici per vertigini, acufeni, cefalea, cervicalgia se non in presenza di segni neurologici.**

**Novembre 2015 [5]**

*b) nel senso di un esame che presenta rischi di indurre **danni non controbilanciati dal beneficio** derivante dalla diagnosi. Un esame può dare un risultato d'improbabile efficacia a fronte di un danno documentato oppure effettuare un esame di scarsa utilità può ritardare l'esame appropriato e quindi danneggiare il paziente. Probabilmente questo è il contesto in cui le linee guida delle società possono svolgere una funzione prevalente.*

Esempio

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare  
Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica (SIRM)

**Non eseguire di routine radiografia del cranio nel trauma cranico lieve.**

**Marzo 2014 [5]**

*c) nel senso «forte» della ricerca consapevole di una diagnosi che di per sé non ha alcun **rilievo pratico**, per lo meno attuale. Questo ambito è quello più controverso, nel quale è richiesta la continua revisione della letteratura e le richieste dei pazienti possono farsi pressanti per il ruolo dei mass media che celebrano avanzamenti tecnologici.*

Esempio

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare  
Cinque raccomandazioni del Cochrane Neurological Sciences Field (CNF) – Lista 1

**Non sottoporre a PET (tomografia a emissione di positroni) con i traccianti dell'amiloide soggetti asintomatici per deterioramento cognitivo, neanche in presenza di familiarità, nonché soggetti che lamentino disturbi di memoria non confermati dalla valutazione neuropsicologica.**

**Marzo 2014 – ultima revisione Giugno 2021 [5]**



A distanza di 29 anni dall'articolo e di 6 dal convegno, a me questa distinzione sembra ancora significativa, perché gli strumenti per il cambiamento credo siano diversi per le 3 categorie identificate, non potendosi mettere sullo stesso piano un intervento volto a scardinare consuetudini prescrittive non motivate rispetto a uno che invece richieda vigilanza e aggiornamento per collocare correttamente esami di recente introduzione.

Per concludere, lo stile di CW è stato certamente quello di favorire la conversazione più che la forza degli argomenti. E questa è una rispettabile scelta di campo. Nella mia personale esperienza, l'invio al singolo collega della lista *top five* in occasione della richiesta di esami inappropriati apparentemente non ha modificato nulla: mai un commento, mai una discussione, neanche una critica, richieste d'indagini e visite specialistiche sempre uguali. Certamente la conversazione non si è sviluppata in questa direzione. Peccato.

Mariolina Congedo, neurologa

1. Zadro JR et al. Do Choosing Wisely recommendations about low-value care target income-generating treatments provided by members? A content analysis of 1293 recommendations. BMC Health Services Research 2019;19:707
2. Vernero S, Giustetto G. Esami diagnostici, trattamenti e procedure non necessari: risultati e considerazioni da un'indagine sui medici italiani. Recenti Prog Med 2017;108:324-32
3. <https://www.infodata.ilsole24ore.com/2018/02/21/medici-italiani-quanti-oggi-quanti-saranno-fra-10-anni/>
4. Rourke EJ. Ten years of Choosing Wisely to reduce low-value care. N Engl J Med 2022;386:1293-5
5. <https://choosingwiselyitaly.org/raccomandazioni/>
6. Admon AJ et al. Appraising the evidence supporting Choosing Wisely® recommendations. J Hosp Med 2018;13:688-91
7. Bonito V et Al. Ethical considerations regarding overinvestigation in neurology. Ital J Neurol Sci 1993;14:97-100

## **Perché Choosing Wisely e CW Italy incidono ben poco sulle pratiche professionali? Non fanno i conti con il convitato di pietra**

La presidente di SM ETS, coordinatrice del progetto “Fare di più non significa fare meglio” di CW Italy dichiara su questa lettera che “Dai risultati di tutte le indagini sui professionisti effettuate in CW Italy emerge da un lato la condivisione di gran parte delle raccomandazioni, dall'altro la loro insufficiente applicazione”. Le indagini che cita rafforzano la sua deludente conclusione.

Un'analisi di popolazione relativa a sette raccomandazioni di CW aveva mostrato già nel 2015 cambiamenti minimi equamente distribuiti tra diminuzioni desiderabili, aumenti indesiderati deludenti, o effetti nulli. [1] Un nostro contributo di allora, accettato da JAMA Internal Medicine, aveva analizzato e cercato di spiegare che cosa non stava funzionando nella strategia di CW. [2] Anticipo qualche esempio specifico, prima di una valutazione generale. In alcuni casi non poteva funzionare la formulazione della raccomandazione in se stessa. Ad esempio: “Non prescrivere abitualmente antibiotici per sinusite acuta lieve o moderata, a meno che i sintomi non durino 7 giorni o più” non può funzionare, perché la stessa “motivazione” fornita dall'associazione professionale affermava: “La rinosinusite acuta si risolve senza trattamento... in 2 settimane”. Dunque, i medici che si attennero alla raccomandazione inizierebbero un trattamento antibiotico nella maggior parte dei casi, senza assumersi la responsabilità sia di evitare una prassi diffusa, sia di disattendere quanto raccomanda la propria associazione professionale tramite CW. La raccomandazione “Non fare l'imaging per il mal di schiena entro le prime 6 settimane, a meno che non siano presenti semafori rossi” e il suo razionale “La diagnostica per immagini prima di 6 settimane non migliora i risultati” sono ancor più in contraddizione. Infatti, implicano che dopo 6 settimane l'imaging possa di fatto migliorare gli esiti. Invece, le prove mostrano che, salvo in casi di semafori rossi, l'imaging non migliora il dolore e la funzione, neppure dopo 3, 6, o 12 mesi,[3,4] e si dovrebbe riservare dopo considerevole attesa, quando il quadro non si risolve ed è ragionevole passare a prendere in considerazione interventi invasivi.[5] Anche in molti altri casi le

raccomandazioni non sono nette, e lasciano vie d'uscita a chi intenda continuare con prassi differenti (con abuso anche dell'espressione "non praticare di routine...", che lascia aperta a chiunque l'autogiustificazione: "certo, non lo faccio di routine, a tutti quanti!").

La principale ragione strutturale della mancata implementazione delle raccomandazioni, pure spesso dichiaratamente "condivise" dai destinatari rispondenti, risiede nel sistema di remunerazione, e più in generale nel sistema premiante, dei medici e del personale sanitario negli Stati Uniti, così come in sostanza in tutti i paesi. Nella maggior parte dei casi, le convenienze dei medici, al di là delle buone intenzioni, vanno nella direzione di prescrivere trattamenti o di erogare prestazioni diagnostiche e servizi sanitari. I pagamenti a prestazione (o assimilabili) da parte delle organizzazioni "acquirenti" e di quelle erogatrici, a loro volta finanziate in base agli output (prestazioni o loro raggruppamenti/DRG), si traducono in incentivi finanziari e alla carriera di chi prescrive/eroga di più. Analoga distorsione è impressa dalla medicina difensiva, indotta da aspettative e pressioni di pazienti o clienti, portati fuori strada dai miti tecnologici promossi sia dai produttori di farmaci, dispositivi e diagnostica, sia da assicurazioni con gli stessi collusi, sia dai medici stessi, spinti dai propri interessi di fondo.

Se i sistemi di assistenza sanitaria seguono modelli che "pagano per la malattia" (cioè: pagano per prestazioni in risposta a una malattia, per far diagnosi di una malattia, o gestire una malattia) non c'è da meravigliarsi del fatto che i medici, e in generale i prescrittori e gli erogatori in sanità, adattino il loro comportamento e "vendano la malattia". Dunque si prodigano per anticiparla con screening (anche quando il risultato non cambia), esagerarla con sovradiagnosi, sfruttare la malattia con eccessi di trattamenti per quantità e costi... Si badi che chi agisce così nella gran parte dei casi è inconsapevole di fare in tal modo i propri interessi, ed è convinto di agire solo per il bene del paziente. Quest'ultima dispercezione delle proprie motivazioni profonde è favorita da linee guida servite dalle proprie associazioni professionali, a loro volta condizionate da produttori-sponsor, che mettono a disposizione dei professionisti quanto occorre per giustificare eccessi di diagnosi e trattamenti ammantandoli di "etica", per assicurare a chi fa i propri e i loro interessi una nobile percezione di "integrità". Pagare per la malattia mette i medici, le loro organizzazioni, e l'intero sistema sanitario in CdI strutturale con la salute e il benessere sociale. [6,7]

Per disincentivare le pratiche *low-value* (che intanto si dovrebbe avere il coraggio di chiamare più semplicemente *no-value*, per evitare messaggi ambigui), istituzioni e decisori in sanità dovrebbero intraprendere due azioni principali:

A) agire con più coraggio ed emettere raccomandazioni esplicite, senza omettere rischi per la salute sia per l'individuo che per la comunità, delle tecnologie sanitarie *low/no-value*, anziché limitarsi a sostenere che "non ci sono prove sufficienti" per raccomandare e/o pagare tali tecnologie.

B) Cosa più importante, dovrebbero riformare i sistemi di finanziamento delle organizzazioni sanitarie e i sistemi retributivi dei professionisti in modo che siano allineati alla salute dei pazienti e a quella della comunità (espressa con indicatori di esito inequivocabili, come la longevità), piuttosto che alla diagnosi e cura delle loro malattie.

In coerenza con ciò, sistemi premianti basati sul pagamento a prestazione o assimilabili dovrebbero essere evitati, perché fanno aumentare l'abuso tecnologico e i servizi redditizi in modo indipendente dalla loro efficacia, a dispetto delle raccomandazioni altisonanti. Rileggendo quanto avevo scritto nel 2015, avrei ben poco da aggiungere, se non la consapevolezza che una riforma strutturale come quella di un "Modello che paga la Salute", [7] benché concettualmente semplice, richiede un cambio di paradigma così profondo che la maggior parte delle persone evita persino di approfondire la proposta, benché questa con la Fondazione Allineare Sanità e Salute sia in campo da prima della nascita di SM. Al momento, tuttavia, non riesco a intravedere scorciatoie; e comunque penso che la strategia di SM e CW Italy non sia idonea a conseguire gli obiettivi che si prefigge.

Pur con lo scetticismo sopra espresso rispetto alla strategia adottata da SM e alla filosofia che la sottende,

*(... parlando del cultore di una disciplina specialistica) “è difficile far capire qualcosa a qualcuno se il suo stipendio [inteso come sistema premiante in generale] dipende dal fatto che non capisca”*  
(Upton Sinclair)

vorrei tornare ai suoi condivisibili obiettivi, declinati in CW Italy, per segnalare anche alcuni rischi del progetto, facendo riferimento agli interessi di salute della comunità, di sostenibilità del SSN, e alla necessità di non offrire qualche involontario appiglio alla medicina difensiva.

## Due principali rischi

1. *Whitewashing*. Se un’iniziativa ha successo, come è stato per CW Italy anni fa, c’è la tentazione di molti a salire su quel carro, gattopardi inclusi. Le cinque pratiche indicate da molte associazioni professionali sono spesso lontane dal loro *core business* e fanno una concessione limitata, che però ottiene ricadute di credibilità anche per tutte le pratiche non incluse nella lista, comprese tante altre che le prove scientifiche richiederebbero di mettere in discussione.

2. Formulare raccomandazioni di compromesso (non dichiarato) tra quanto dimostrano le prove e quanto accade nella pratica, accreditandole come un nuovo standard doppiamente autorevole per i medici, perché formulato dall’associazione professionale di appartenenza e avvalorato da SM. Questo standard non evidence-based rischia di diventare vincolante anche per chi alle prove vorrebbe attenersi (si pensi alla responsabilità medica dopo la “Legge Gelli” e al riferimento assolutorio a linee guida/buone pratiche; queste si caratterizzano non per il fatto di essere evidence-based, che consentirebbe a chiunque di discuterne con riferimenti oggettivi a prove, a prescindere dal “principio di autorità”; ma per il fatto di essere “accreditate dalla comunità scientifica”). Alcuni esempi di questo rischio:

- (SIMG) “Non prescrivere antibiotici per infezioni acute delle vie aeree superiori. Valutarne l’opportunità in pazienti a rischio di infezioni delle vie aeree inferiori”. Ma chi mai sarebbe esente dal rischio di tosse/bronchite?
- “Non prescrivere di routine inibitori di pompa protonica (IPP) a pazienti senza ulteriori fattori di rischio per malattia ulcerosa”. Ma pochi sono senza tali fattori: per AIFA hanno fattori di rischio gli ultra65enni, maggiori consumatori di IPP; noto fattore di rischio è l’essere portatore di *Helicobacter pylori*, come metà degli italiani; o l’essere fumatore: un altro 20% degli italiani.

Queste formulazioni legittimano anche prescrizioni indiscriminate. Altre schede presentano problemi simili.

## Proposte

Anni fa avevo proposto a SM-CW Italy diverse strategie complementari per scongiurare i rischi evidenziati. Anche se adottate solo in parte, avrebbero potuto essere un progresso rispetto alla situazione attuale.

1. Intervenire con competenza e rigore evidence-based, esercitando una funzione di filtro dialettico rispetto alle pratiche proposte.
2. Chiarire che le pratiche indicate da ogni disciplina non devono per forza essere le più importanti/inappropriate in uso, accettare che possano essere anche meno di cinque e meno centrali, purché evidence-based e senza i compromessi e le ambiguità che ne interessano molte.
3. Fare ampio uso del termine “almeno”, per distinguere soglie d’inaccettabilità da altro, di cui è legittimo continuare a discutere, chiarendo che la raccomandazione non va confusa con un “nuovo standard cui adeguarsi”.
4. Aggiungere alle schede commenti o posizioni di SM (che però teorizza una interferenza minima con le raccomandazioni delle associazioni professionali), o di altre organizzazioni qualificate e indipendenti (varie riviste mediche lo fanno, con un sintetico paragrafo dedicato alle “posizioni di altri”). Ciò darebbe il triplo beneficio di: a) concorrere a orientare i destinatari dei messaggi;

- b) aumentare la qualità delle pratiche indicate, perché le associazioni professionali proponenti saprebbero che le loro indicazioni possono essere messe in discussione; c) non alimentare la convinzione distortiva che gli unici titolari a esprimersi siano gli specialisti della disciplina in causa (spesso portatori di importanti CdI).
5. Non sollecitare approvazioni nazionali di soglie/raccomandazioni discutibili (in base allo stato delle prove) formulate da una disciplina medica (condizionata dai propri CdI), che rischiano di essere identificate come standard da colleghi e magistrati, favorendo la medicina difensiva e frenando realtà più evolute.

Alberto Donzelli

1. Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, et al. Early trends among seven recommendations from the Choosing Wisely Campaign. *JAMA Intern Med* 2015;175:1913-20
2. Donzelli A, Lafranconi A. Letter to: Wolfson DB. Choosing Wisely recommendations using administrative claims data. *JAMA Intern Med* 2016;176:565-6
3. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009;373:463-72
4. Chou R, Deyo RA, Jarvik JG. Appropriate use of lumbar imaging for evaluation of low back pain. *Radiol Clin North Am* 2012;50:569-85
5. National Institute for Health Care and Excellence (NICE). Low back pain (early management): overview. <http://pathways.nice.org.uk/pathways/low-back-pain-early-management>. Last updated January 29, 2014. Accessed February 3, 2016
6. Donzelli A. A reform of rewarding systems to fight against disease mongering [comment posted March 31, 2009 to Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action]. *PLoS Med* 2006;3:e191
7. Donzelli A. Una riforma strutturale per la Sanità: pagare la salute, non la malattia. Allineare le convenienze dei diversi attori all'etica e alla salute della comunità dei cittadini. *Epidemiol Prev* 2017;41:312-3

## **Anche la salute inquina**

Una macchina per la risonanza magnetica in un anno produce tanta anidride carbonica quanto un'auto che viaggia per 500mila Km.

Continua a leggere: <https://portale.fnomceo.it/anche-la-salute-inquina-una-macchina-per-la-risonanza-magnetica-in-un-anno-produce-tanta-anidride-carbonica-quanto-unauto-che-viaggia-per-500mila-km/?fbclid=IwAR1xgXPLrFm6lMwrTYNygZMGmlRaJPjNC5a0tbAawyt8k9cpqJu6GvjRj14>

## **La decarbonizzazione del sistema sanitario: un'impresa possibile**

Negli ultimi anni diversi studi scientifici hanno mostrato come il settore della salute sia responsabile di una quota non indifferente delle emissioni di gas climalteranti.

Continua a leggere: <https://www.scienzainrete.it/articolo/decarbonizzazione-del-sistema-sanitario-impresa-possibile/francesco-barone-adesi/2022-08-19>