- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.169 Fri, 11 Sep 2026, 03:36:26

Vol. 13, N. 4, Ottobre-Dicembre 2012

L'iniziativa *Choosing Wisely®* rilancia la scelta ragionata di medici e pazienti

Luciana Ballini

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna

Il sovrautilizzo di prestazioni è una costante preoccupazione dei sistemi sanitari in quanto concorre al rialzo della spesa, agli sprechi di risorse e alla non equità di accesso alle prestazioni necessarie.

Il sovrautilizzo, definito come l'uso di un intervento anche quando i benefici non ne giustificano i potenziali rischi o il costo, non è facilmente tracciabile. Strumenti di rilevazione immediati ma poco sofisticati, come il confronto tra volumi di attività, si sono rivelati poco adeguati e l'alta intensità di utilizzo di una prestazione non è un indice affidabile del suo sovrautilizzo. Sistemi più affidabili, ma più complessi e dispendiosi da sviluppare, misurano il sovrautilizzo valutando la prestazione sanitaria in funzione della sua efficacia e appropriatezza clinica per una determinata condizione.

Le soluzioni ipotizzate per contrastare il sovrautilizzo sono di diversa natura e si possono distinguere in due macrocategorie: quelle che cercano di disincentivare l'uso delle prestazioni sanitarie (come i sistemi di *co-payment* o l'introduzione di tetti di spesa) e quelle che cercano di intercettare e correggere l'inappropriatezza d'uso, attraverso strumenti prescrittivi vincolanti.

Le prime agiscono in maniera 'indiscriminata', confidando sul fatto che l'adesione a principi e standard di qualità dell'assistenza da sola sia in grado di orientare verso la scelta di prestazioni sanitarie necessarie, evitando quelle superflue. Le seconde si basano sull'elaborazione di standard e criteri di appropriatezza a cui professionisti e pazienti sono chiamati ad aderire per poter prescrivere o accedere alle prestazioni.

Definire criteri di appropriatezza di trattamenti, test diagnostici, percorsi assistenziali, etc è un processo composito che richiede sia gli strumenti della *evidence-based medicine*, quali le revisioni sistematiche dei trial di efficacia clinica, sia processi di consenso multidisciplinare per lo sviluppo di linee guida e raccomandazioni basate sulle prove scientifiche.

Come è stato più volte documentato, sviluppare e diffondere linee guida non è tuttavia sufficiente ad assicurarne l'adesione e sistemi incentivanti, disincentivanti o vincolanti sono spesso ritenuti necessari.

In questo contesto si inserisce l'interessante tentativo di un approccio innovativo sviluppato 'dal basso' per contrastare il sovrautilizzo, che è stato realizzato negli Stati Uniti dall'American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM) in collaborazione con *Consumer Reports* e nove autorevoli società scientifiche americane. L'iniziativa – denominata *Choosing Wisely* – aspira a promuovere un'alleanza tra medici e pazienti nel contrastare l'idea che la salute si possa assicurare con un sempre crescente numero di prestazioni e interventi che – anche se si rivelassero inutili – non sarebbero comunque dannosi. In realtà ogni intervento comporta dei rischi e per quelli inutili o inappropriati il rapporto rischio-beneficio è altamente sfavorevole. Conoscere e comunicare in maniera efficace questo tipo di rischi e contrastare le crescenti richieste di esami e trattamenti da parte dei pazienti non è cosa semplice. L'obiettivo a lungo termine di questa iniziativa consiste nel mettere le basi per questo tipo di dialogo tra il medico e il proprio paziente.

Alle società scientifiche è stato chiesto di produrre una lista di 5 prestazioni ritenute obsolete o inappropriate. Il numero non è casuale in quanto sufficientemente piccolo da garantire la possibilità per ogni disciplina medica di individuare 5 pratiche obsolete altamente condivisibili senza addentrarsi in terreni controversi; sufficientemente grande, una volta moltiplicato per 9, da assicurare un considerevole risparmio.

La proposta, concretizzata dalla ABIM nel corso del 2012, nasce dal dibattito suscitato dalla riforma sanitaria di Obama che esige una profonda revisione dei costi della sanità, al fine di estenderne la copertura alla maggior parte dei cittadini americani. I medici americani hanno espresso il loro appoggio alla riforma a patto che i loro 'proventi' non venissero intaccati.

Questa presa di posizione ha contribuito ad inasprire il dibattito, all'interno del quale hanno cominciato a pesare i dati che riconducono alle scelte prescrittive dei professionisti l'80% della spesa sanitaria e il 30% delle prestazioni inutili e degli sprechi. Tutto ciò comincia a mettere in discussione il ruolo dei medici come 'innocenti spettatori' di un gioco gestito da industrie e assicurazioni. Da qui l'invito del 2010 alle società scientifiche di indicare le 5 prestazioni inutili più frequentemente prescritte all'interno della propria disciplina, che i propri affiliati dovrebbero cessare di prescrivere, contribuendo co-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.169 Fri, 11 Sep 2026, 03:36:26

sì alla riduzione dello spreco di risorse ormai sempre più esigue.

Come viene enfaticamente sottolineato da Howard Brody in un suo editoriale a cavallo tra il 2009 e il 2010 (N Engl J Med 362; 4), anche se *ulteriore ricerca è sempre necessaria,* vi sono evidenze più che sufficienti ad individuare pratiche inappropriate ed obsolete di largo utilizzo. Infatti la lista di prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza riporta un considerevole numero di 'raccomandazioni negative' diffuse già da tempo.

Per togliere respiro all'usurata rimostranza verso la politica che si intromette tra il medico e il suo paziente, al medico viene chiesto di prendere l'iniziativa e soprattutto il comando del taglio agli sprechi.

Le società scientifiche interpellate che hanno aderito a questo progetto sono:

- l'Accademia americana dell'allergia, asma e immunologia,
- l'Accademia americana dei medici di famiglia,
- la Società americana di cardiologia,
- la Società americana dei medici,
- la Società americana di radiologia,
- la Società americana di gastroenterologia,
- la Società americana di oncologia clinica,
- la Società americana di nefrologia,
- la Società americana di cardiologia nucleare.

Queste società rappresentano più di 370.000 medici e le loro rispettive liste elencano le 5 prestazioni che medici e pazienti dovrebbero discutere (vedi riquadro). La metodologia, le informazioni e le evidenze che accompagnano le singole voci sono finalizzate ad aiutare il rapporto medico-paziente nell'intraprendere la decisione più appropriata per la situazione specifica.

Trentaquattro delle 45 prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza e considerate più in uso sono test diagnostici. Questo dato non sorprende dal momento che un recente rapporto di Medicare documenta un tasso di aumento dell'utilizzo dei test diagnostici maggiore di qualsiasi altro tipo di prestazione e un aumento della spesa per la diagnostica per immagini dai 3,6 miliardi di dollari del 2000 ai 7,6 miliardi nel 2006. Il sospetto è che una considerevole quota di questo incremento sia dovuta al sovrautilizzo. Considerando che il sistema statunitense consente ai medici di acquisire tecnologie diagnostiche e prevede che essi siano al contempo prescrittori ed esecutori dei test, è probabile che la richiesta di riduzione di questi esami diagnostici andrà in effetti a pesare sui 'proventi' di alcuni medici.

Associato a questo incremento di esami c'è anche l'aumento negli investimenti in tecnologie diagnostiche ad alto costo che in pochi anni si sono triplicati e in alcuni paesi quintuplicati. Del resto la diagnostica è un ambito in cui si immettono con grande facilità innovazioni tecnologiche poco regolamentate e raramente sottoposte a rigorosi processi di valutazione che ne determinino la validità tecnica, l'utilità clinica e il ruolo nei processi assistenziali.

Le nove '*Top five lists*' sono al momento altamente pubblicizzate nelle maggiori riviste scientifiche, dove viene reiterato l'impegno delle singole società a farsi carico della loro diffusione e implementazione nella pratica clinica, per dimostrare che i medici sono in grado di autoregolamentarsi.

Se l'entusiasmo non si esaurisce dovremmo – in tempi brevi – assistere al rientro di considerevoli cifre di denaro.

Nel suo editoriale del 2010 Brody cita Mark Twain: *Always do right. This will gratify some people and astonish the rest*. Il commento stupefatto, che non intende essere scettico, è pertanto: se era così facile, come mai non è stato fatto molto prima?

'Top five lists' delle nove società scientifiche americane

Accademia americana dell'allergia, asma e immunologia

1. Nel valutare una allergia, non eseguire test diagnostici di non provata efficacia, come test per IgG o batterie indiscriminate di test.
2. Non eseguire TAC per la rinosinusite acuta non complicata e non prescrivere antibiotici indiscriminatamente.
3. Non eseguire routinariamente test diagnostici nei pazienti con orticaria cronica.
4. Non raccomandare terapia con gammaglobuline per infezioni ricorrenti, salvo in caso di mancata risposta immunitaria ai vaccini.
5. Non diagnosticare o trattare asma in assenza di spirometria.

Accademia americana dei medici di famiglia

1. Non eseguire diagnostica per immagini nella lombalgia per le prime sei settimane, salvo in caso di concomitante grave sintomatologia.
2. Non prescrivere routinariamente antibiotici nella sinusite lieve o moderata, a meno che i sintomi non siano presenti da sette o più giorni o peggiorino dopo un iniziale miglioramento clinico.
3. Non eseguire test di screening DEXA per l'osteoporosi nelle donne al di sotto dei 65 anni di età e negli uomini al di sotto dei 70 anni in assenza di fattori di rischio.
4. Non eseguire elettrocardiogramma annualmente né altri test cardiaci di screening in pazienti asintomatici a basso rischio.
5. Non eseguire Pap Test nelle donne di età inferiore ai 21 anni o che hanno avuto un'isterectomia per malattia non oncologica.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.169 Fri, 11 Sep 2026, 03:36:26

Società americana di cardiologia

1. Non eseguire test da sforzo cardiaco o test di diagnostica non invasiva avanzata nella valutazione iniziale di pazienti privi di sintomatologia cardiaca, salvo in presenza di marcatori che indicano un alto rischio.
2. Non eseguire annualmente test da sforzo cardiaco o test di diagnostica non invasiva avanzata come parte di follow-up routinario in pazienti asintomatici.
3. Non eseguire test da sforzo cardiaco o test di diagnostica non invasiva avanzata come valutazione preoperatoria in pazienti con intervento chirurgico a basso rischio non cardiaco programmato.
4. Non eseguire ecocardiografie come parte di follow-up routinario in pazienti adulti asintomatici affetti da lievi disfunzioni valvolari congenite che non presentano cambiamenti nei sintomi e segni.
5. Non eseguire stent di lesioni *non-culprit* durante PCI per STEMI non complicato e emodinamicamente stabile.

Società americana dei medici

1. Non richiedere elettrocardiogrammi da sforzo di screening in individui asintomatici e a basso rischio di malattie coronariche cardiache.
2. Non richiedere valutazioni diagnostiche in pazienti con lombalgie non specifiche.
3. Nella valutazione di sincopi semplici e durante una normale valutazione neurologica, non richiedere diagnostica per immagini cerebrale (TAC o RM).
4. In pazienti con bassa probabilità pre-test di tromboembolismo venoso (VTE), richiedere la misurazione del D-dimer ad alta sensibilità come test diagnostico; non richiedere diagnostica per immagini come esame iniziale.
5. Non richiedere radiografie toraciche preoperatorie in assenza di sospetti clinici di patologie intratoraciche.

Società americana di radiologia

1. Non eseguire test diagnostici per emicranie non complicate.
2. Non eseguire diagnostica per immagini per sospetta embolia polmonare (PE) in assenza di moderata o elevata probabilità pre-test di PE.
3. Evitare raggi X toracici all'ammissione o come esame pre-operatorio in pazienti ambulatoriali con anamnesi e esami fisici nella norma.
4. Non effettuare tomografia computerizzata (TAC) per la valutazione di sospetta appendicite in bambini prima di aver considerato l'opzione dell'esame ecografico.
5. Non raccomandare diagnostica di follow-up per cisti ovariche clinicamente irrilevanti.

Società americana di gastroenterologia

1. Per il trattamento farmacologico di pazienti affetti da patologia del reflusso gastroesofageo (GERD), la terapia antiacido a lungo termine (inibitori di pompa o antagonisti dell'istamina) dovrebbe essere portata alla dose minima efficace necessaria per lo scopo terapeutico.
2. Non ripetere test di screening (di qualsiasi tipo) per il cancro del colon-retto per 10 anni dopo un risultato negativo di una colonscopia di alta qualità in pazienti con rischio nella media.
3. Non ripetere la colonscopia per almeno 5 anni in pazienti che hanno 1 o 2 piccoli (>1cm) polipi adenomatosi, senza displasia di altro grado, completamente rimossi tramite colonscopia di alta qualità.
4. Per un paziente diagnosticato con esofago di Barrett's, che ha eseguito una seconda endoscopia confermante l'assenza di displasia alla biopsia, un esame di controllo nel follow-up non dovrebbe essere eseguito prima del trascorrere dei tre anni, come stabilito dalle linee-guida pubblicate.
5. In pazienti con sindrome da dolori addominali funzionali (secondo il criterio ROME III), la tomografia computerizzata (TAC) non dovrebbe essere ripetuta, a meno di riscontro di importanti cambiamenti negli esami clinici o nei sintomi.

Società americana di oncologia clinica

1. Non utilizzare terapia antitumorale in pazienti con tumori solidi che hanno le seguenti caratteristiche: *low performance status* (3 o 4), nessun beneficio ottenuto da precedenti interventi supportati da evidenze, non eleggibilità a studio clinico e nessuna evidenza robusta in supporto del valore clinico di ulteriore trattamento antitumorale.
2. Non eseguire PET, TAC e scintigrafia ossea nella stadiazione del tumore primitivo della prostata a basso rischio di metastasi.
3. Non eseguire PET, TAC e scintigrafia ossea nella stadiazione del tumore primitivo della mammella a basso rischio di metastasi.
4. Non eseguire esami di controllo (biomarcatori) o diagnostica per immagini (PET, TAC e scintigrafia ossea) per pazienti asintomatiche precedentemente trattate per tumore alla mammella con intento curativo.
5. Non usare fattori stimolanti i globuli bianchi per la prevenzione primaria della neutropenia febbrile in pazienti con meno del 20% di rischio di questa complicanza.

Società americana di nefrologia

1. Non eseguire screening di routine per il cancro in pazienti in dialisi con limitate prospettive di vita in assenza di segni o sintomi.
2. Non somministrare agenti stimolanti eritropoiesi (ESAs) a pazienti affetti da patologie renali croniche (CDK) con un livello di emoglobina uguale o maggiore a 10 g/dl e privi di sintomi di anemia.
3. Evitare l'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei (NSAIDS) in individui affetti da ipertensione, scompenso cardiaco o CDK di qualsiasi origine, incluso il diabete.
4. Non eseguire cateterismo centrale in pazienti in stadio III-V di CKD senza consultare la nefrologia.
5. Non iniziare la dialisi permanente senza accertarsi di un processo decisionale condiviso tra pazienti, familiari e i loro medici curanti.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.169 Fri, 11 Sep 2026, 03:36:26

Società americana di cardiologia nucleare

1. Non eseguire test da sforzo cardiaco o angiografia coronarica in pazienti asintomatici salvo in presenza di marcatori che indicano un alto rischio.
2. Non eseguire diagnostica per immagini cardiaca in pazienti a basso rischio.
3. Non eseguire diagnostica con radionuclidi in programmi routinari di follow-up.
4. Non utilizzare diagnostica per immagini cardiaca nella valutazione pre-operatoria in pazienti da sottoporre a chirurgia programmata non cardiaca a rischio basso o intermedio.
5. Utilizzare metodi per ridurre l'esposizione alle radiazioni nella diagnostica cardiaca, ogni qualvolta è possibile, evitando questi esami quando sono probabili i benefici limitati.