



APPROPRIATEZZA. UNA GUIDA PRATICA

A CURA DI
STEFANIA RODELLA
DAVIDE BOTTURI



Ministero della Salute

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Regione Emilia-Romagna



Grazie a un finanziamento del Ministero della Salute
nell'ambito dell'Azione A del settore
"Programma nazionale per lo sviluppo del governo clinico
e della qualità del Servizio sanitario nazionale"
"Produzione di un manuale di riferimento per il governo clinico
e la qualità in forma integrata nonché la sperimentazione dello stesso"



**Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento
del Servizio sanitario nazionale**
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
EX UFFICIO III

In collaborazione con l'Azienda USL di Imola



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

CONTRIBUTI PER IL GOVERNO CLINICO

Collana a cura di Roberto Grilli

**A cura di
Stefania
Rodella
Davide
Botturi**

APPROPRIATEZZA

Una guida pratica

Volume 3



Il Pensiero Scientifico Editore

Stefania Rodella

Area Valutazione e sviluppo dell'assistenza e dei servizi
Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna

Davide Botturi

Area Valutazione e sviluppo dell'assistenza e dei servizi
Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna

Contributi di

Luciana Ballini

Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI)
Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna

Vittorio Maio

Jefferson School of Population Health
Thomas Jefferson University, Philadelphia (PA) USA

Lucia Nobilio

Area Valutazione e sviluppo dell'assistenza e dei servizi
Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna

Luca Vignatelli

Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI)
Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna

Progetto editoriale realizzato da Il Pensiero Scientifico Editore
per conto dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
della Regione Emilia-Romagna,
grazie a un finanziamento del Ministero della Salute
e in collaborazione con l'Azienda USL di Imola

Prima edizione: dicembre 2014
© 2014 Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale,
Ministero della Salute e Azienda USL di Imola

Prodotto editoriale liberamente fruibile per fini non commerciali;
chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici,
a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione,
purché ne venga citata la fonte

Progetto editoriale: Il Pensiero Scientifico Editore,
Via San Giovanni Valdarno 8, 00138 Roma
Tel. (+39) 06 862821 - Fax: (+39) 06 86282250
pensiero@pensiero.it - www.pensiero.it
www.facebook.com/PensieroScientifico

Impaginazione: Doppiosegno, Roma
Progetto grafico: Studio Rosa Pantone, Roma
Illustrazione di copertina: Josef Albers, *Omaggio al Quadrato*
Coordinamento redazionale: Silvana Guida

ISBN 978-88-490-0511-0

INDICE

INTRODUZIONE	V
<i>P a r t e p r i m a</i> DALLA DEFINIZIONE ALLA VALUTAZIONE	1
1 • BACKGROUND, DEFINIZIONI, MODELLI CONCETTUALI <i>Stefania Rodella, Davide Botturi</i>	3
2 • VARIAZIONI DELLA PRATICA CLINICA: CONCETTI, METODI ED ESEMPI <i>Stefania Rodella, Davide Botturi</i>	19
3 • LA MISURA DELL'APPROPRIATEZZA <i>Stefania Rodella, Davide Botturi</i>	39
<i>P a r t e s e c o n d a</i> APPROFONDIMENTO	63
4 • THE NHS ATLAS OF VARIATION IN HEALTHCARE: IL PROGRAMMA RIGHT CARE DEL DEPARTMENT OF HEALTH (UK) <i>Davide Botturi</i>	65
5 • THE DARTMOUTH ATLAS PROJECT <i>Davide Botturi</i>	79
6 • L'APPROPRIATEZZA D'USO DELLE TECNOLOGIE SANITARIE: IL CASO DELLA FDG-PET IN AMBITO ONCOLOGICO <i>Luciana Ballini, Luca Vignatelli</i>	93
7 • L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NELLA POPOLAZIONE ANZIANA <i>Vittorio Maio, Davide Botturi</i>	103

8 • I RICOVERI OSPEDALIERI IN EMILIA-ROMAGNA 2001-2008. ATLANTE DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	115
<i>Lucia Nobile</i>	
9 • L'INIZIATIVA AMERICANA CHOOSING WISELY E IL PROGETTO ITALIANO	133
<i>Luciana Ballini, Davide Botturi</i>	
APPENDICE NORMATIVA	143
<i>Davide Botturi</i>	
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	155

9 • L'INIZIATIVA AMERICANA CHOOSING WISELY E IL PROGETTO ITALIANO

Luciana Ballini, Davide Botturi

L'INIZIATIVA AMERICANA CHOOSING WISELY E IL PROGETTO ITALIANO

Da alcuni anni si assiste, a livello internazionale, allo sviluppo di iniziative intese a fronteggiare il fenomeno del sovrautilizzo (*over-use*) di prestazioni sanitarie,¹ possibile fattore di rischio per la salute delle persone – in termini di esposizione a prestazioni sanitarie che, oltre a non offrire alcun beneficio, possono addirittura risultare dannose – e, in secondo luogo, fattore concorrente all'incremento della spesa sanitaria e all'uso non efficiente delle risorse.

Le soluzioni per contrastare il sovrautilizzo possono essere classificate 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 la definizione di criteri di appropriatezza (riferiti, ad esempio, a trattamenti, test diagnostici, percorsi assistenziali, altro) e lo sviluppo di line-guida e raccomandazioni a cui professionisti e pazienti sarebbero chiamati ad aderire (Ballini, 2012).

¹ Per un breve approfondimento della definizione di sovrautilizzo, si rimanda, tra le diverse fonti, al capitolo 3, box 3.1, del presente volume. Per approfondire, invece, le metodologie e gli strumenti di rilevazione si rimanda, tra le diverse fonti, a Chan et al. (2013). Tra i concetti strettamente connessi a quello di *over-use* vi è quello di *over-diagnosis*, recentemente oggetto di una pubblicazione tradotta in lingua italiana (Welch et al., 2013).

Le iniziative, di seguito descritte, appartengono a questa seconda macrocategoria. Il tratto distintivo di queste esperienze consiste nell'aver adottato un approccio "dal basso" (*bottom-up*) alla definizione dei criteri di appropriatezza. In altri termini, si tratta di iniziative promosse e coordinate da associazioni, società scientifiche, organizzazioni dei professionisti sanitari e dei cittadini o pazienti.

A livello internazionale, una delle più celebri iniziative è quella statunitense denominata "Choosing Wisely",² la quale ha rappresentato un esempio per lo sviluppo di iniziative simili in altri Paesi, come ad esempio in Canada³ e in Italia. L'iniziativa americana attinge ad un più ampio dibattito politico e scientifico, avviato qualche tempo prima, i cui aspetti più rilevanti sono stati sintetizzati nel box 9.1.

Choosing Wisely è stata avviata nel corso dell'anno 2012 dalla fondazione statunitense American Board of Internal Medicine (ABIM), in collaborazione con Consumer Reports, organizzazione no profit e indipendente di consumatori. Nove società scientifiche americane hanno aderito, fin dall'inizio, al progetto, in rappresentanza di circa 375.000 medici.⁴ A ciascuna società scientifica è stato affidato l'incarico di redigere un elenco delle 5 prestazioni più in uso nella propria disciplina medica ("Top five list") che possono essere ritenute a più alto rischio di inappropriatezza, in determinate situazioni. Ogni elenco cerca di offrire informazioni riguardanti le condizioni cliniche in cui un determinato test o una determinata prestazione potrebbero risultare maggiormente appropriati (cfr. le tabelle 9.1 e 9.2), e rappresenta una base informativa a supporto della discussione tra medico e paziente per la scelta del trattamento più appropriato.⁵

² Indirizzo web: <http://www.choosingwisely.org/>

³ L'iniziativa Choosing Wisely Canada è stata avviata ufficialmente nell'aprile 2014, ed organizzata dalla Canadian Medical Association e dall'University of Toronto. Per approfondimenti consultare l'indirizzo web: <http://www.choosingwiselycanada.org/>

⁴ American Academy of Allergy, Asthma & Immunology; American Academy of Family Physicians; American College of Cardiology; American College of Physicians; American College of Radiology; American Gastroenterological Association; American Society of Clinical Oncology; American Society of Nephrology; American Society of Nuclear Cardiology.

⁵ Un aspetto meritevole di riflessione è rappresentato dal fatto che 34 delle 45 prestazioni elencate (5 prestazioni per 9 società scientifiche) sono test diagnostici.

BOX 9.1 - L'INIZIATIVA CHOOSING WISELY: GLI ASPETTI PIÙ RILEVANTI DEL DIBATTITO

I fatti più salienti dell'ampio dibattito politico e scientifico che ha preceduto l'iniziativa americana sono:

- Il dibattito suscitato dalla riforma sanitaria del presidente Obama che esigeva una profonda revisione dei costi della sanità, al fine di estenderne la copertura alla maggior parte dei cittadini americani.
- La Carta della professionalità medica per il nuovo millennio, proposta nel 2002 dalla fondazione American Board of Internal Medicine, dalla fondazione American College of Physicians e dalla Federazione Europea di Medicina Interna. La Carta invita i medici ad assumersi la responsabilità dell'allocazione appropriata delle risorse e dell'evitare scrupolosamente test e procedure definibili come superflue, in quanto fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili ma riduce anche le risorse disponibili per gli altri.
- L'appello lanciato nel 2010 da Howard Brody, attraverso le pagine del *New England Journal of Medicine*, a medici e società scientifiche, affinché predisponessero un elenco di cinque procedure diagnostiche o terapeutiche comunemente utilizzate nella pratica clinica, e particolarmente costose, per le quali vi fosse la dimostrazione che non determinavano alcun beneficio significativo per la salute della persona ("Top five list").
- La serie "Less is more", avviata nel 2010 dagli *Archives of Internal Medicine*, nella quale sono pubblicati articoli scientifici che documentano casi in cui meno (*less*) assistenza sanitaria può equivalere a più (*more*) salute.
- Il progetto della National Physician Alliance, denominato "Promoting Good Stewardship in Clinical Practice", che ha portato alla definizione e pubblicazione nel 2011 negli *Archives of Internal Medicine* di un elenco di dodici attività cliniche, riferite alla medicina generale, alla medicina interna e alla pediatria, che potevano essere ritenute *over-used*. In una successiva analisi, pubblicata sempre sugli *Archives of Internal Medicine* con l'evocativo titolo "Top 5 Lists Top \$5 Billion", è stato, inoltre, stimato che se tali pratiche fossero state eliminate, il risparmio sarebbe consistito in almeno 5 miliardi di dollari all'anno.*

* Le fonti bibliografiche degli elementi sopra sintetizzati sono consultabili in Ballini (2012), Zuppiroli (2012). Inoltre La storia di *Choosing Wisely* è consultabile nel sito di *Slow Medicine* all'indirizzo web: <http://www.slowmedicine.it/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/la-storia-di-choosing-wisely.html>

TABELLA 9.1 - LA "TOP FIVE LIST" DELL'AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS (MODIFICATA DA GOOD STEWARDSHIP WORKING GROUP, 2011; BALLINI, 2012)

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

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.

TABELLA 9.2 - LA "TOP FIVE LIST" DELL'AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY (MODIFICATA DA ACR, 2012 - [HTTP://WWW.CHOOSINGWISELY.ORG](http://www.choosingwisely.org); BALLINI, 2012)

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY

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 Rx torace toracici all'ammissione o come esame pre-operatorio in pazienti ambulatoriali con anamnesi ed 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.

A fine febbraio 2014, 52 società scientifiche statunitensi hanno pubblicato le loro liste (alcune anche più di una); complessivamente, sono stati individuati 280 test e trattamenti ad alto rischio d'inappropriatezza.

In Italia, in analogia all'iniziativa americana, il movimento Slow Medicine⁶ ha lanciato in dicembre 2012 il progetto "Fare di più non significa fare meglio".⁷

Il presupposto è che, come è avvenuto negli Stati Uniti, la spinta all'utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili non possa che partire da una assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e in primo luogo dei medici, in alleanza con pazienti e cittadini. Lo scopo del progetto è di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte, ma possono, al contrario, esporli a rischi.⁸

Il progetto, a differenza di *Choosing Wisely*, intende coinvolgere non solo i medici ma anche gli altri professionisti della salute, in una prospettiva multidisciplinare. È inoltre prevista la partecipazione attiva dei cittadini e dei pazienti. Dall'avvio del progetto a marzo 2014 hanno aderito più di 20 società scientifiche mediche e infermieristiche e organizzazioni di professionisti⁹ e numerose associazioni, enti e istituti di ricerca.¹⁰ Le società scientifiche e le organizzazioni aderenti

⁶ Il movimento italiano Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini, è stato fondato nel 2011 a Torino da parte di alcuni membri del direttivo della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS), alcuni dei fondatori dell'Istituto CHANGE, agenzia formativa specializzata nella formazione alla comunicazione e al counseling sistemico in ambito sanitario, educativo e sociale, e altri professionisti.

⁷ Per approfondimenti consultare l'indirizzo: <http://www.slowmedicine.it/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/48-fare-di-piu-non-significa-fare-meglio.html>

⁸ Citazione testuale da "Il disegno del progetto – Sintesi" disponibile all'indirizzo <http://www.slowmedicine.it/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/il-disegno-del-progetto.html>

⁹ Ad esempio: Società Italiana di Radiologia Medica, Associazione Italiana di Neuroradiologia, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, Associazione Medici Diabetologi, Società Italiana di Cure Palliative.

¹⁰ Un elenco esemplificativo, e non esaustivo, è il seguente: Federazione Nazionale degli Ordini

hanno il compito di definire, con la collaborazione di esperti e di pazienti/cittadini e a partire dalle pratiche già individuate nell'iniziativa Choosing Wisely, una lista di cinque pratiche (esami diagnostici o trattamenti) che:

- sono effettuate molto comunemente in Italia;
- non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali vengono generalmente prescritte;
- possono esporre i pazienti al rischio di subire effetti dannosi.

Come nell'iniziativa Choosing Wisely questi test e trattamenti ad alto rischio d'inappropriatezza dovranno essere oggetto di aperto dialogo nella relazione tra medico e paziente, per facilitare scelte informate e condivise.

A giugno 2014 otto società scientifiche hanno pubblicato le prime liste di cinque esami diagnostici e trattamenti a rischio d'inappropriatezza:

- Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica;
- Associazione italiana di radioterapia oncologica;
- Cochrane Neurological Field;
- Collegio italiano dei primari medici oncologi ospedalieri;
- Società italiana di radiologia medica (tabella 9.3);
- Società italiana di medicina generale (tabella 9.4);
- Società scientifiche di IPASVI (AICO, AIOSS, AIUC, ANIMO).
- Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (tabella 9.5).

dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FMOMCeO); Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI), Progetto PartecipaSalute (promosso dall'IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, dal Centro Cochrane Italiano e dall'agenzia Zadig di editoria scientifica), Altroconsumo (associazione di consumatori indipendente e senza fini di lucro).

TABELLA 9.3 - SOCIETÀ ITALIANA DI RADIOLOGIA MEDICA (SIRM):
LE CINQUE PRATICHE A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA
(MODIFICATA DA [HTTP://WWW.SLOWMEDICINE.IT](http://www.slowmedicine.it))

1. Non eseguire risonanza magnetica (RM) del rachide lombosacrale in caso di lombalgia nelle prime sei settimane in assenza di segni/sintomi di allarme (semafori rossi o *red flags*).
2. Non eseguire di routine risonanza magnetica (RM) del ginocchio in caso di dolore acuto da trauma o di dolore cronico.
3. Non eseguire risonanza magnetica (RM) dell'encefalo per cefalea non traumatica in assenza di segni clinici di allarme.
4. Non eseguire radiografie del torace preoperatorie in assenza di sintomi e segni clinici che facciano sospettare patologie capaci di influire sull'esito dell'intervento.
5. Non eseguire di routine radiografia del cranio nel trauma cranico lieve.

TABELLA 9.4 - SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE (SIMG):
LE CINQUE PRATICHE A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA
(MODIFICATA DA [HTTP://WWW.SLOWMEDICINE.IT](http://www.slowmedicine.it))

1. Non richiedere di routine esami di diagnostica per immagini in caso di lombalgia senza segni o sintomi di allarme (bandierine rosse o *red flags*).
2. Non prescrivere di routine antibiotici a pazienti affetti da infezioni acute delle vie aeree superiori. Valutarne l'opportunità nei pazienti a rischio di infezioni delle vie aeree inferiori o in caso di peggioramento del quadro clinico dopo qualche giorno.
3. Non prescrivere di routine inibitori di pompa protonica (IPP) a pazienti senza fattori di rischio per malattia ulcerosa. Nella malattia da reflusso gastroesofageo prescriverli alla più bassa dose in grado di controllare i sintomi, educando il paziente ad auspicabili periodi di sospensione.
4. Non prescrivere terapie con antinfiammatori non steroidei (FANS) senza valutare inizialmente e riconsiderare periodicamente la reale indicazione clinica e il rischio di effetti collaterali in quel momento e in quello specifico paziente.
5. Non prescrivere di routine in prima istanza benzodiazepine o farmaci Z* nei pazienti anziani in caso di insonnia. Raccomandarne comunque l'uso intermittente e non continuare cronicamente la terapia senza rivalutare periodicamente l'indicazione e l'eventuale comparsa di effetti indesiderati.

* I farmaci-Z (così denominati per le iniziali dei principi attivi, zaleplon, zolpidem e zopiclone) sono una classe di farmaci chimicamente diversi dalle benzodiazepine, ma che presentano un meccanismo d'azione simile.

TABELLA 9.5 - ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO):
LE CINQUE PRATICHE A RISCHIO DI IN APPROPRIATEZZA
(MODIFICATA DA BOBBIO ET AL., 2014)¹¹

1. Non richiedere ecocardiografia di controllo in pazienti con valvulopatia lieve-moderata o con disfunzione ventricolare sinistra, in assenza di nuovi sintomi, segni o eventi clinici.
2. Non richiedere di routine prova elettrocardiografica da sforzo di controllo in pazienti asintomatici dopo rivascolarizzazione chirurgica o percutanea.
3. Non richiedere registrazione Holter in pazienti con dolore toracico da sforzo che siano in grado di eseguire prova da sforzo, a meno che non vi sia anche il sospetto di aritmie.
4. Non richiedere test di imaging associato a test provocativo in fase di valutazione iniziale di sospetta cardiopatia ischemica.
5. Non richiedere prova elettrocardiografica da sforzo per screening di cardiopatia ischemica in pazienti asintomatici a basso rischio cardiovascolare.

Per lo sviluppo futuro del progetto alcune azioni sono da considerarsi prioritarie:¹²

- il coinvolgimento dei professionisti e la loro formazione, particolarmente centrata sull'EBM e sulla relazione medico-paziente;
- lo sviluppo di metodologie appropriate per l'identificazione delle prestazioni dismissibili e la misurabilità delle rispettive proporzioni di disinvestment realisticamente perseguibili;
- la messa a punto di strumenti di supporto alle decisioni cliniche relativi alle diverse pratiche, anche per contrastare l'esecuzione di prestazioni a scopo di "medicina difensiva";

¹¹ Per approfondimenti si invita a consultare anche Cherubini et al. (2014).

¹² Fonte: Documento congiunto elaborato a seguito dell'incontro, tenutosi il 4 marzo 2014 a Roma, tra Slow Medicine e il Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza delle cure, centrato su Choosing Wisely e il progetto italiano "Fare di più non significa fare meglio". Il documento è consultabile all'indirizzo: <http://www.slowmedicine.it/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/l-evoluzione-del-progetto/210-documento-congiunto-4-marzo-2014.html>

- l'attivazione di strumenti e progetti che si propongono di valutare l'impatto economico della riduzione delle pratiche ad alto rischio di inappropriatezza;
- l'adeguata informazione di cittadini e pazienti anche attraverso specifico materiale informativo, preparato in collaborazione tra professionisti e cittadini.

Non ultimo, nell'ambito del progetto viene anche curata la traduzione in lingua italiana dei vari elenchi di test e trattamenti ad alto rischio d'inappropriatezza costantemente proposti dall'iniziativa *Choosing Wisely*.¹³

Nel momento in cui questo volume viene pubblicato, il dibattito internazionale e nazionale sull'iniziativa *Choosing Wisely* è vivace e in continua evoluzione; si raccomanda quindi al lettore di esplorare autonomamente la letteratura per i necessari aggiornamenti. Nell'intento di offrire alcuni spunti per riflessioni necessariamente critiche e caute sulle potenzialità e sulle possibili ricadute concrete e future delle iniziative in corso, può essere utile tuttavia citare alcune posizioni recenti e autorevoli.

In particolare, nell'aprile 2014, sulla rivista *Academic Medicine*, Daniel Wolfson e John Santa, rispettivamente *executive vice-president* dell'American Board of Internal Medicine Foundation e *medical director* di Consumer Reports Health, con Lorie Slass, affermano che il fine ultimo dell'iniziativa *Choosing Wisely* consiste nel favorire il confronto tra medici e pazienti rispetto alle cure "realmente necessarie" (Wolfson et al., 2014). Ancora, nel giugno 2014 si è tenuta ad Amsterdam l'International Roundtable on *Choosing Wisely*, con la partecipazione di 12 Paesi, europei (tra gli altri Germania, Italia, Olanda, Regno Unito) ed extra-europei (tra gli altri Australia, Canada, Giappone, Stati Uniti). In questa occasione è stata posta l'enfasi sugli obiettivi principali delle campagne in atto, riconducibili soprattutto al miglioramento dei processi di *shared decision making* tra medici e pazienti. Secondo Daniel Wolfson le *top five list* non sono impor-

¹³ Per approfondimenti consultare l'indirizzo: <http://www.slowmedicine.it/fare-di-piu-non-significare-meglio/la-traduzione-della-pratiche.html>

tanti di per sé, ma solo come strumento per sostenere il ragionamento (Hurley, 2014). Durante la tavola rotonda è stata anche ribadita l'opportunità, per le nuove campagne, di concentrarsi prevalentemente su appropriatezza e sicurezza dell'assistenza, piuttosto che sui costi, pur meritevoli di attenzione (Hurley, 2014).

È evidente la molteplicità e la complessità dei temi (ad esempio, che cosa si intende per cure “realmente necessarie”?) e delle prospettive di analisi (etica, politica, economica, *evidence-based*) sottese alla cornice Choosing Wisely. Una loro trattazione rigorosa ed esaustiva esula dagli obiettivi di questo volume.

A chiusura di questo approfondimento si propongono alcuni interrogativi tuttora aperti, tra gli innumerevoli che sarebbe possibile elencare (Domenighetti e Venero, 2013):

- “...al di là dell’adesione dichiarata dalle società scientifiche (...) quanti saranno poi i medici realmente disposti a ridurre/evitare, laddove sia effettivamente necessario, le pratiche identificate come inappropriate?”;
- “...in che misura i cittadini-pazienti, che non possiedono competenze tecniche specifiche, saranno in grado di esprimere preferenze circa l’utilità o la futilità di tali prestazioni, quando direttamente interessati? E in che misura saranno in grado di non percepire l’invito a limitare l’uso di una prestazione inappropriata come un ‘razionamento implicito’?”.
- “Quali risultati dimostrabili è possibile ottenere?” e “in quanto tempo?”, “con quali strumenti organizzativi e professionali?”.

Quesiti, questi, a cui non è semplice rispondere nell’ambito di iniziative intese a modificare cultura e comportamenti e quindi inevitabilmente proiettabili su medio-lungo termine.