

ARS Toscana e Choosing Wisely: l'esperienza regionale nella riduzione delle prestazioni sanitarie a basso valore

A cura di:

Francesca Ierardi, Margherita Marchi, Giacomo Galletti e Paolo Francesconi

Le prestazioni sanitarie a basso valore rappresentano **una sfida chiave** per i sistemi sanitari, perché non apportano benefici ai pazienti, possono comportare rischi evitabili e generano spreco di risorse, compromettendo appropriatezza, sostenibilità e gestione delle liste d'attesa.

In risposta a questa sfida si colloca la campagna *Choosing Wisely*, avviata nel 2012 e oggi diffusa a livello internazionale, con l'obiettivo di promuovere un uso più appropriato delle risorse sanitarie, identificando e riducendo le pratiche cliniche a basso valore.

In Italia, l'iniziativa **Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy**, promossa da **Slow Medicine ETS**, rappresenta il principale riferimento nazionale sul tema. A oggi, il programma raccoglie oltre **340 raccomandazioni “do not do”**, elaborate da più di **50 società scientifiche**, con l'obiettivo di contrastare l'uso di prestazioni cliniche non appropriate e favorire cure più **sobrie, sicure e rispettose dei pazienti**.

Spostandoci sulla pratica quotidiana, qual è oggi la sfida concreta?

La **sfida concreta** oggi consiste nel **tradurre le raccomandazioni in azioni reali** nella pratica clinica quotidiana.

Se da tempo è consolidata l'identificazione delle prestazioni a basso valore clinico, come evidenziato durante il **Choosing Wisely International Roundtable** svoltosi a Firenze il 21 e 22 ottobre 2025 – organizzato grazie alla collaborazione tra Choosing Wisely Canada, Slow Medicine ETS/ Choosing Wisely Italy e ARS Toscana e che ha visto la partecipazione di referenti della rete internazionale da 20 Paesi, rappresentanti dell'OECD e numerose società scientifiche italiane – il vero obiettivo adesso è far sì che queste raccomandazioni vengano effettivamente applicate nella pratica quotidiana.

In altri termini, è necessario passare dalla teoria alla pratica, trasformando la conoscenza in comportamenti clinici appropriati e sostenibili.

E allora, come passare dalla raccomandazione all'azione? cioè, come tradurre concretamente le raccomandazioni “do not do” in cambiamenti reali, sostenibili e duraturi nella quotidianità clinico-assistenziale?

A questo interrogativo **ARS** intende dare una risposta effettiva, avviando – in collaborazione con i **Dipartimenti di Medicina generale delle tre Aziende USL della Toscana** – un **progetto di de-implementazione** basato sull'applicazione del *Choosing Wisely De-Implementation Framework* (CWDIF), sviluppato da Jeremy Grimshaw e collaboratori^[1].

Il progetto mira a superare l'approccio puramente teorico, ponendo **al centro i professionisti** coinvolti e il **contesto reale in cui operano**. La raccolta e l'analisi dei dati, che nella fase attuale interessano le ASL Toscane Nord-Ovest e Sud-Est, hanno l'obiettivo di tradurre le raccomandazioni “do not do” in cambiamenti concreti e sostenibili nella pratica quotidiana.

In questo approfondimento vengono presentati i **risultati** relativi **all'esperienza dell'ASL Toscana Nord-ovest**, che rappresentano lo stato di avanzamento del progetto a fine 2025 e costituiscono una base conoscitiva essenziale per le successive fasi di progettazione degli interventi.

Chi ha partecipato e con quali numeri?

Coerentemente con il metodo elaborato da Grimshaw, il percorso di de-implementazione progettato da ARS valorizza in modo esplicito l'esperienza e il punto di vista dei medici di medicina generale (MMG), coinvolti attivamente in **due distinte fasi** di lavoro:

- **Fase 1 – Prioritizzazione delle raccomandazioni:** ai MMG è stato chiesto, attraverso un questionario costruito ad hoc, di indicare su quali prestazioni – organizzate in tre categorie^[2] - ritenessero più importante concentrare la successiva fase di approfondimento.
- **Fase 2 – Analisi di barriere e facilitatori:** per le tre prestazioni emerse come prioritarie (una per ognuna delle tre categorie), ai MMG è stato richiesto di identificare, attraverso il Theoretical Domains Framework (TDF)^[3], i principali fattori che ostacolano o facilitano la de-implementazione.

Nell'Area vasta Toscana Nord-ovest il progetto ha coinvolto complessivamente **45 Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)**.

In particolare:

- **206 MMG** hanno partecipato alla fase di **prioritizzazione**, individuando tre prestazioni su cui concentrare il lavoro:
 - imaging per lombalgia in assenza di *red flags*;
 - dosaggio dei marcatori tumorali (CEA, CA-125, HE4, CA-15.3, α -fetoproteina, CA-19.9) in pazienti asintomatici;
 - prescrizione di FANS in pazienti con ipertensione, scompenso cardiaco o malattia renale cronica.
- **79 MMG** hanno partecipato alla successiva fase di **analisi di barriere e facilitatori** mediante TDF, scegliendo una o più prestazioni su cui rispondere al questionario.

I dati presentati di seguito derivano dall'analisi dei questionari TDF, somministrati tramite piattaforma REDCap^{[4],[5]}.

Il profilo demografico dei partecipanti al TDF, per ciascuna delle tre prestazioni analizzate, mostra una buona rappresentanza sia delle fasce di età più giovani sia di quelle più anziane, con una distribuzione di genere sostanzialmente equilibrata.

Inoltre, due specifici quesiti posti in apertura del TDF hanno permesso di rilevare, per ogni categoria, due informazioni ulteriori: la partecipazione alla fase di prioritizzazione della maggioranza dei rispondenti, che conferma la percezione di un percorso coerente e progressivo; e l'elevato livello di accordo con l'identificazione delle tre pratiche cliniche prioritarie da de-implementare, che rafforza la validità del processo di selezione condivisa.

Quali sono le barriere percepite per ognuna delle tre prestazioni oggetto del TDF?

Vediamole una per una nel dettaglio, tenendo presente che, all'interno di ogni dimensione del TDF, sono state identificate come barriere quegli item che hanno ricevuto più del 50% di risposte del tipo "parzialmente vero" o "completamente vero"; al contrario i facilitatori fanno riferimento agli item che hanno ricevuto più del 50% di risposte del tipo "parzialmente falso" o "completamente falso"^[6].

Di seguito sono riportati, per ciascuna prestazione, gli item-barriera; tra parentesi è indicata la dimensione del TDF di riferimento.

A) Imaging per la lombalgia senza "red flags"

Per questa prestazione hanno partecipato 21 MMG, appartenenti a 11 AFT.

In particolare 6 item sono risultati di ostacolo al processo di de-implementazione della prestazione in oggetto:

1. Quando è suggerito da uno specialista, trovo difficile non prescrivere Imaging per la lombalgia senza “red flags” – 90% (Ruolo e identità sociale/professionale)
2. È difficile non prescrivere Imaging per la lombalgia senza “red flags” – 62% (Convinzioni sulle proprie capacità)
3. “Non eseguo regolarmente un’autovalutazione del mio comportamento prescrittivo clinico per Imaging per la lombalgia senza “red flags” – 62% (Regolazione del comportamento)
4. “Non ho incentivi finanziari per non prescrivere Imaging per la lombalgia senza “red flags” – 57% (Incentivi)
5. “Temo di turbare i miei pazienti se non prescrivo Imaging per la lombalgia senza “red flags” – 52% (Emozioni)
6. “Non ho abbastanza tempo per spiegare ai miei pazienti perché l’Imaging per la lombalgia senza “red flags” non dovrebbe essere prescritto” – 52% (Contesto ambientale e risorse)

Al contrario, i domini relativi a **conoscenze, competenze, intenzioni e convinzioni** sulle conseguenze cliniche della non prescrizione **non** emergono come **problematici**. I MMG dichiarano di conoscere le raccomandazioni, di condividerne il razionale, di essere motivati a ridurre le prescrizioni inappropriate. Nel complesso, la de-implementazione dell’imaging nella lombalgia appare **ostacolata** principalmente da **dinamiche organizzative e relazionali**, più che da resistenze individuali o carenze formative.

B) Dosaggio dei marcatori tumorali (CEA, CA-125, HE4, CA-15.3, α -fetoproteina, CA-19.9) in pazienti asintomatici

Per il dosaggio dei marcatori tumorali hanno partecipato 28 MMG, appartenenti a 12 AFT.

Le **principali barriere** individuate riguardano **3 questioni**:

1. Quando è suggerito da uno specialista, trovo difficile non prescrivere marcatori tumorali in pazienti asintomatici – 86% (Ruolo e identità sociale/professionale)
2. Non ho incentivi economici per non prescrivere marcatori tumorali in pazienti asintomatici – 71% (Incentivi)
3. Non esistono obiettivi organizzativi specifici per ridurre la prescrizione di marcatori tumorali in pazienti asintomatici – 57% (Obiettivi)

Non emergono invece **criticità** nei domini legati a **conoscenze, competenze, convinzioni** sulle conseguenze, intenzioni o capacità decisionali. I MMG si percepiscono adeguatamente formati, motivati e in grado di spiegare ai pazienti le ragioni cliniche della non prescrizione, pur riconoscendo che tale spiegazione richiede tempo e supporto organizzativo.

Questi risultati suggeriscono che la riduzione dell’uso inappropriato dei marcatori tumorali non può essere affidata esclusivamente alla responsabilità individuale del medico, ma **richiede** un chiaro **allineamento tra medicina generale, specialistica e Governance aziendale**.

C) FANS nei pazienti con ipertensione, scompenso cardiaco o malattia renale cronica

Per la prescrizione di FANS in pazienti con ipertensione, scompenso cardiaco o malattia renale cronica hanno risposto 30 MMG, appartenenti a 12 AFT.

Anche per questa prestazione, **le barriere più rilevanti** si concentrano su **3 item**:

- Quando è suggerito da uno specialista, trovo difficile non prescrivere FANS nei pazienti fragili – 63% (Ruolo e identità sociale/professionale)
- Non ho incentivi finanziari per non prescrivere FANS nei pazienti fragili – 67% (Incentivi)
- Non eseguo regolarmente un'autovalutazione del mio comportamento prescrittivo clinico per FANS nei pazienti fragili - 57% (Regolazione del comportamento)

Le dimensioni emotive e motivazionali risultano meno critiche rispetto alle altre prestazioni, mentre rimangono **centrali gli aspetti di regolazione del comportamento e di supporto organizzativo**.

Anche in questo caso, **conoscenze, intenzioni e consapevolezza** del rischio clinico **non** rappresentano un **ostacolo**: i MMG riconoscono chiaramente il potenziale danno nei pazienti fragili e condividono la necessità di ridurre le prescrizioni inappropriate.

E ora, quali sono i prossimi passi per rendere possibile il cambiamento?

Una volta identificate le barriere, il progetto si orienta verso la definizione di **strategie di cambiamento** mirate, basate sulle **Behavior Change Techniques** (BCT)⁴. L'evidenza emersa conferma che non è sufficiente "informare" o ribadire le raccomandazioni: è necessario **abilitare** concretamente **il cambiamento**, agendo sui fattori organizzativi, relazionali e di **contesto** che influenzano i comportamenti clinici.

Ancora una volta, l'elemento centrale del progetto è il **coinvolgimento degli attori** del cambiamento, senza i quali non è possibile progettare interventi realistici ed efficaci. In questa prospettiva, sono in fase di preparazione una serie di **focus group** che coinvolgeranno **MMG, rappresentanti della Governance aziendale, specialisti e utenti dell'Area Vasta Toscana Nord-Ovest**.

L'obiettivo è comprendere, **a partire dall'esperienza concreta** dei diversi attori, quali siano le **leve di cambiamento** realmente attivabili **nei contesti di pratica quotidiana** e cosa renda realistico e sostenibile pensare di de-implementare le pratiche inappropriate, andando oltre la semplice enunciazione delle raccomandazioni.

Note bibliografiche

[1] Grimshaw JM, et al. *De-implementing wisely: developing the evidence base to reduce low-value care*. BMJ Quality & Safety. 2020;29(5):409–417. doi:10.1136/bmjqs-2019-010060.

[2] Le prestazioni oggetto di analisi sono state suddivise in tre categorie principali: test diagnostici e di imaging, esami di laboratorio e trattamenti farmacologici.

[3] Lo strumento è stato sviluppato sulla base della letteratura metodologica (Huijg, J. M., et al. (2014). Measuring determinants of implementation behavior: psychometric properties of a questionnaire based on the theoretical domains framework. Implementation Science, 9:33. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-33>), che ha elaborato e validato un questionario TDF (inglese/olandese) con validità discriminante del contenuto e item formulati secondo il principio TACT (Target, Action, Context, Time). Il questionario è stato tradotto e adattato in italiano, preservando la coerenza tra i domini TDF e i loro costrutti, la formulazione TACT e la scala di risposta Likert (Completamente falso, Parzialmente falso, Né vero né falso, Parzialmente vero, Completamente vero, Non so rispondere). È stata utilizzata la versione a 14 domini del TDF: Conoscenza; Abilità; Ruolo e Identità Sociale/Professionale; Convinzioni sulle proprie capacità; Ottimismo; Convinzioni sulle conseguenze; Incentivi; Intenzioni; Obiettivi; Memoria, Attenzione e Processi decisionali; Contesto ambientale e risorse; Influenze sociali; Emozioni; Regolazione del comportamento.

[4] PA Harris, et al. Conde, Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support, J Biomed Inform. 2009 Apr;42(2):377-81.

[5] PA Harris, et al., The REDCap consortium: Building an international community of software partners, J Biomed Inform. 2019 May 9 [doi: 10.1016/j.jbi.2019.103208]

[6] Era presente una terza categoria “Conflittuali”, se non emergeva una chiara maggioranza.

[7] Le *Behavior Change Techniques* (tecniche di modifica del comportamento) sono interventi basati sulle scienze comportamentali volti a promuovere cambiamenti positivi, sostenibili e duraturi nelle azioni e abitudini delle persone. Agiscono sull'ambiente fisico e digitale per influenzare le scelte in modo persuasivo, mantenendo inalterata la libertà d'azione.