



soggetti di entrambi i sessi e hanno dimostrato di correlare con diversi profili di rischio CV. Oggi si sa che le alterazioni metaboliche glucidiche e lipidiche legate alla comparsa di malattie CV e diabete mellito sono più frequentemente associate all'obesità androide e correlano positivamente con l'entità dell'accumulo viscerale di grasso. Questo a sua volta appare legato ad una incrementata deposizione di grasso sia nel tessuto epatico, con conseguente deficit funzionale del fegato ed aggravamento dello squilibrio metabolico, sia nel tessuto epipericardico. L'esito prevedibile, in entrambi i casi, è quello di un netto incremento del rischio CV.

Le nuove conoscenze sull'obesità spiegano come mai l'obiettivo primario di qualunque percorso terapeutico debba diventare la riduzione del grasso viscerale (in misura superiore rispetto alla perdita contemporanea di grasso sottocutaneo) senza alterare contemporaneamente in maniera significativa la massa magra. Tale obiettivo appare teoricamente raggiungibile grazie ad una modificazione equilibrata dello stile alimentare accoppiata però ad un incremento graduale dell'attività fisica tale da consentire un aumento compensatorio della massa magra. Se quindi l'entità della perdita di peso resta un target legittimo di ogni tentativo terapeutico, la ricerca più recente suggerisce di attribuire maggiore importanza ad altri parametri, peraltro assai semplici da misurare, come la variazione della circonferenza della vita e la riduzione del livello di trigliceridi. In base ad essi, i cardiologi, i dietologi e i medici di medicina generale possono oggi meglio valutare (e modificare) il rischio CV del paziente in sovrappeso o obeso. ■ GB

## Politica sanitaria e evidenza scientifica

Humpreys K, Piot P

*Scientific evidence alone is not sufficient basis for health policy*

BMJ 2012; 344: e1316

**L**a ricerca scientifica ha la facoltà e il compito di informare i decisori in vari modi così da essere un valido strumento per indagare sull'efficacia di un intervento o di un programma sanitario nonché per l'identificazione di problemi emergenti. Ad esempio, la scoperta di nuovi tipi di virus influenzali o la documentazione dei primi casi di AIDS ha fatto sì che i decisori fossero il più possibile consapevoli di quanto stesse accadendo.

Non solo, negli ultimi anni la scienza ha prodotto evidenze utili a supportare decisioni in ambito politico-sanitario permettendo di individuare problemi di grave entità per la salute e mettendo a disposizione dei decisori gli strumenti più appropriati per fronteggiare tali problemi. Inoltre ha spesso consentito di prevedere l'effetto di differenti scelte politiche. Pensiamo, per esempio, al vaccino per il *Papilloma virus*, alla terapia di mantenimento per la dipendenza dagli oppiacei o alla circoncisione maschile come forma di prevenzione da HIV. Inoltre i decisori hanno anche la possibilità, tramite le valutazioni economiche, di poter valutare non solo l'efficacia di un programma sanitario o di una tecnologia, ma anche il relativo costo.

La scienza, tuttavia, presenta il limite (non trascurabile) di non poter sempre rappresentare una solida base per le scelte politiche, poiché sussistono altri fattori che possono incidere sulle scelte. Si pensi, per esempio, alla campagna di sensibilizzazione contro il fumo: una politica efficace non dovrebbe solo ribadire che il fumo è la causa principale del tumore al polmone o di altre patologie, ma agire sulla cittadinanza, rendendola attiva e partecipe al problema visto che la potente industria del tabacco ha per decenni denigrato i risultati provenienti da studi e ricerche. I fattori che possono influenzare le decisioni non sono necessariamente sanitari: l'evidenza scientifica può stabilire se la pena di morte sia un metodo costo-ef-

ficace o rappresenti un deterrente a commettere crimini, ma non riuscirà mai ad affermare che tale strumento è accettabile da un punto di vista morale.

Un altro limite è relativo al fatto che gli scienziati sono comunque degli esseri umani e pertanto possono sbagliare: è il caso, per esempio, di ricerche su alcuni farmaci che, in prima analisi, sembravano supportati da una buona evidenza, ma che in un secondo tempo si sono dimostrati inefficaci se non addirittura dannosi.

Infine, l'innovazione in campo sanitario non è stata guidata solo dalla scienza ma anche dalla politica. Le leggi sul lavoro minorile o sul controllo dell'alcol, per esempio, sono state prima attuate e solo successivamente sono state fornite evidenze in merito alla loro efficacia.

Il problema nel rapporto scienza-politica è che i ricercatori tendono a fornire una risposta certa su un determinato problema, mentre i decisori spesso seguono criteri di scelta molto più complessi e a volte meno trasparenti. La risoluzione dei problemi tramite un approccio che tenga in considerazione entrambi gli aspetti potrebbe consentire delle scelte di politica sanitaria supportate da una buona evidenza scientifica: "affermare che un decisore va oltre le sole scelte di tipo tecnocratico è un complimento e non un insulto".

**Letizia Orzella**

## Una checklist per evitare che gli incentivi ci facciano più male che bene

*Glasziou PP, Buchan H, Del Mar C et al*

*When financial incentives do more good than harm: a checklist*

BMJ 2012 Aug 13; 345: e5047. doi: 10.1136/bmj.e5047

**R**ecentemente *BMJ*, *JAMA* e altre riviste internazionali di settore (come, ad esempio, quelle di Biomed Central, *BMC*) hanno pubblicato diversi articoli sul *pay for performance* (P4P) e l'uso degli incentivi economici per migliorare la *performance*.

Le varie rassegne della letteratura apparse su questi temi (si veda, per esempio, Van Herck et al 2010) non fornivano risposte univoche alla domanda 'quali sono gli effetti dei programmi di P4P?': gli articoli presenti in letteratura riportano risultati discordanti. In alcuni casi l'applicazione di programmi P4P ha avuto successo, in altri ha fallito o non ha cambiato nulla, e in pochi articoli erano segnalati gli effetti indesiderati (*unintended effect*) derivanti dall'introduzione di incentivi monetari.

Forse è per questo che nei mesi estivi del 2012 sia il *JAMA* sia il *BMJ* hanno riportato, tramite editoriali ed articoli, le critiche del mondo professionale. Fra queste, è interessante l'analisi del gruppo di ricercatori e professori australiani (Glasziou, Buchan, Del Mar, Harris, Knight, Scott, Scott e Stockwell) apparsa sul *BMJ* del 13 agosto 2012.

Gli autori traducono le loro perplessità sull'adozione di sistemi di incentivazione in una lista di domande da porsi prima di introdurre questi meccanismi. L'articolo fornisce una critica costruttiva volta a guidare i decisori politici o i manager attraverso una serie di interrogativi che aiutano ad affrontare, in modo consapevole, una serie di questioni (e rischi) da valutare nel momento in cui si decida di implementare programmi di *pay for performance*.

Glasziou e i suoi colleghi sono dell'idea che gli incentivi economici per i medici possono migliorare la qualità avvicinando, in un'ottica di *total quality management*, la routine alle migliori evidenze, ma possono anche essere fonte di 'distrazione'. A questo proposito gli autori ri-

