



CARE

costi dell'assistenza e risorse economiche

1

GLI STRUMENTI PER FAVORIRE IL DIALOGO TRA RICERCATORI E DECISORI

A colloquio con **Rodolfo Saracci**

Visiting Scientist, International Agency for Research on Cancer
Past President, International Epidemiological Association

La ricerca dovrebbe orientare le scelte politiche in campo sanitario. Come mai, allora, i decisori sanitari sono così impreparati a leggere le evidenze?

Penso che due siano le componenti da considerare.

Una riguarda la preparazione di base di chi deve prendere delle decisioni, che spesso non è adeguata alla capacità di assimilare le evidenze. E questo vale non solo per i clinici, ma anche per chi ha una formazione che sembrerebbe più idonea, ad esempio in campo legale. Gli stessi economisti, che dovrebbero avere una formazione più vicina a questo obiettivo, utilizzano in realtà standard di evidenza a livello sia micro sia macro che in epidemiologia verrebbero guardati con estremo sospetto. Bisogna riconoscere che lo stato di avanzamento delle diverse scienze non è uniforme. Nell'Ottocento lo stato dell'arte in medicina era molto meno sviluppato di quello della fisica e che un fisico dell'Ottocento guardasse con un certo sospetto il collega medico era perfettamente legittimo. Se non si vuole essere ciechi e limitarsi a una visione a tunnel rispetto al proprio operato bisogna prendere atto di questo. Esistono comunque delle eccezioni. In campo economico, per esempio, Esther Duflo, una giovane economista francese che insegna al MIT di Boston ed è consulente economica del presidente Obama nel suo secondo mandato, sostiene che i cambiamenti economico-sociali e la battaglia contro la povertà nei Paesi sviluppati e in via di sviluppo vadano affrontati con un approccio *evidence-based*, una sorta di 'Cochrane approach' in economia. Il suo obiettivo è

segue a pag 2

Anno 15 Gennaio-febbraio 2013

Care nasce per offrire a medici, amministratori e operatori sanitari un'opportunità in più di riflessione sulle prospettive dell'assistenza al cittadino, nel tentativo di coniugare – entro severi limiti economici ed etici – autonomia decisionale di chi opera in Sanità, responsabilità collettiva e dignità della persona.

- **Dalla letteratura internazionale** 4
- **Dossier**
OSTEOPOROSI: SFIDE, OPPORTUNITÀ DI CURA E STRATEGIE DI INTERVENTO 16
- **FOCUS ANESTESIA: INNOVAZIONE E PROBLEMI DI ACCESSO** 23
- **LEAN SIX SIGMA IN SANITÀ** 26
- **Parola chiave**
SOSTENIBILITÀ 28
- **L'angolo della SIF** 30
- **L'angolo della SITECS** 32
- **Confronti** 34
- **In libreria** 39



Il Pensiero Scientifico Editore

www.careonline.it



Rodolfo Saracci è stato nel decennio 1965-1975 uno degli iniziatori in Italia della 'nuova epidemiologia' delle malattie croniche come Direttore di ricerca in epidemiologia nell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR a Pisa. Ha lavorato per molti anni presso l'International Agency for Research on Cancer a Lione, dove ha diretto l'Unità di Epidemiologia e dove è attualmente 'Visiting Scientist'. Fondatore dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, è stato Presidente dell'International Epidemiological Association.

quello di testare i programmi di intervento su piccola e media scala attraverso progetti pilota i cui risultati siano studiati secondo il modello delle sperimentazioni cliniche randomizzate, là dove possibile. Si tratta ancora di una mosca bianca nell'universo prevalente della cultura in campo economico.

La seconda componente da considerare è che i soggetti che devono fare delle scelte si trovano molto spesso di fronte a un prodotto servito in una forma non tanto facilmente assimilabile, perché preparata in termini tecnici, spesso per di più di natura specialistica. Se posso fare un appunto a noi stessi epidemiologi, direi che spesso riteniamo il nostro compito finito nel momento in cui abbiamo steso un completo rapporto riguardo a una ricerca, senza cercare di esprimerne i punti essenziali in modi che ne facilitino la comprensione da parte di chi con la ricerca non è familiare: e 'punti essenziali' non vuol dire solo saper essere concisi, vuol dire saper sintetizzare chiaramente cosa è stato fatto, cosa si è trovato e come viene interpretato (e perché) ciò che si è trovato. È un esercizio non banale, che richiede riflessione e la comparazione di diverse possibili versioni del testo.

A questo proposito si parla di tradurre le evidenze in apposite 'guidance', cioè in sintesi che traducono le evidenze in specifici interventi che i direttori generali e gli amministratori dovrebbero poi poter applicare nella propria attività. Alcuni però ritengono che non ci sia tanto bisogno di guidance quanto di formulare in modo diverso le domande che sono alla base degli studi...

Credo che proprio questo secondo aspetto sia particolarmente importante: sarebbe necessario, in parte, un riorientamento o un completamento di quanto viene fatto da chi valuta nelle forme attuali le evidenze.

Inanzitutto occorre osservare che, ad esempio, il GRADE, come tutti i sistemi formalizzati attuali di valutazione delle evidenze e di attribuzione della forza delle raccomandazioni, si presta a delle riserve (che non ne diminuiscono il valore, ma inducono a non farne uno strumento puramente meccanico). Secondo me i sistemi di valutazione delle evidenze non possono essere assolutamente rigidi.

In secondo luogo ci vorrebbero effettivamente, come ho appena sottolineato, studi di natura pragmatica piuttosto che esplicitiva, per capire perché un certo tipo di intervento funziona, o cosa dell'intervento funzioni, nel contesto in cui una procedura deve essere applicata.

Infine il problema della trasmissione del messaggio risultante da una ricerca è spesso messo nei termini di una semplice traduzione. Esiste sicuramente un aspetto legato alla terminologia, nel senso di termini che devono essere chiariti passando da un linguaggio a un altro, ma il problema non si limita a questo. In realtà chi fornisce l'evidenza e la vuole provvedere in modo che sia utilizzabile da chi deve prendere decisioni, molto spesso deve trasmettere qualcosa di più di quello che si trasmetterebbe con una semplice traduzione, perché dietro a ogni valutazione dell'evidenza sono state fatte delle assunzioni che dovrebbero essere esplicitate. Ad esempio, nella valutazione di esposizioni potenzialmente nocive, tipicamente quelle cancerogene, i risultati disponibili — sperimentali e epidemiologici — spesso presentano un margine

CARE

Costi dell'assistenza e risorse economiche

Direttore Responsabile
Giovanni Luca De Fiore

Redazione
Antonio Federici (editor in chief),
Cesare Albanese, Giancarlo Bausano,
Mara Losi, Maurizio Marceca,
Fabio Palazzo

Stampa
Arti Grafiche TRIS - Roma

Progetto grafico ed impaginazione
Doppiosegno - Roma

Fotografie: ©2013Photos.com
©2013Dreamstime.com
Disegni: Daniela Violi

Registrazione del Tribunale di Roma
n. 00472/99 del 19 ottobre 1999
Periodicità bimestrale.
Finito di stampare marzo 2013

Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 8
00138 Roma

E-mail: info@careonline.it
Internet://www.careonline.it

Abbonamenti 2013
Individuale: euro 90,00
Istituzionale: euro 120,00

L'editore garantisce la massima riservatezza dei dati relativi agli abbonati e la possibilità di richiedere gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a:
Il Pensiero Scientifico Editore
Ufficio Promozione
Via San Giovanni Valdarno 8
00138 Roma
(legge 675/96 tutela dati personali)

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice penale.



di incertezza che genera uno spazio per interpretazioni diverse: se io preferisco inclinare dalla parte di chi vuole offrire un margine di sicurezza maggiore alle persone che sono esposte tenderò a interpretare i risultati in questo modo. È vero che c'è chi sostiene con grande convinzione che queste due fasi debbano essere strettamente separate: da una parte i ricercatori, che elaborano le evidenze, e dall'altra i decisori che, tenendo in considerazione gli elementi etici, economici e tecnici, utilizzano queste evidenze. Per quella che è la mia esperienza penso che le due fasi non possano essere completamente separate, perché troppe volte mi sono reso conto che il modo in cui vengono trasmesse le evidenze non è di fatto neutro. Credo che nel punto di giunzione, sul ponte in cui ricercatore e decisore si incontrano e il primo trasmette l'evidenza al secondo, ci sia già una commistione, che è inevitabile e che sarebbe meglio riconoscere rendendo esplicite le assunzioni che il ricercatore fa nello strutturare l'evidenza emergente dai suoi studi.

Sempre a proposito di trasmissione del messaggio, Trisha Greenhalgh in un breve intervento sul British Journal of General Practice si è chiesta perché le revisioni sistematiche siano così noiose. Secondo lei, la categoria della noia è applicabile a un caso del genere?

Al di là delle questioni di stile, penso sia effettivamente difficile 'romanzare' una revisione si-

stematica. Penso che la noia sia in un certo modo insita nel concetto stesso di sistematicità. Anche la tendenza a spostare in appendice elementi 'noiosi' ma cruciali di uno studio come i metodi è discutibile, perché le appendici servono solo se vengono lette. Il web offre in questo senso una maggiore flessibilità e potenziale ricchezza di informazioni, per cui oggi si può indulgere nell'inserire tutto un apparato di informazioni a integrazione dell'articolo. La speranza è che vengano lette, perché quello che è scritto nei risultati, magari brillanti, si regge solo nella misura in cui i metodi sono validi. Se i metodi non stanno in piedi, anche i risultati perdono il loro valore.

Secondo lei, una maggiore equità e una maggiore attenzione alle strategie di politica sanitaria basate sulle prove sono un 'driver' di contenimento della spesa o di razionalizzazione anche a costo di spendere di più?

Credo che a priori si possano portare buoni argomenti nell'una e nell'altra direzione. Se ci si pone l'obiettivo dell'equità nella sanità lo si fa perché lo si inquadra come una parte importante dell'obiettivo più generale dell'equità nella società: e questo ha chiaramente dei costi che non so se siano sempre più alti o più bassi o circa eguali a quelli di altre soluzioni. So però che se ci si fa guidare solo dal criterio dei costi, questo viene a condizionare tutto il resto: è un aspetto del discorso economico generale su quali debbano essere i vincoli prioritari rispetto a quelli subordinati. Detto questo, uno slogan generale come quello ben noto "meglio un'oncia di prevenzione che una libbra di cura" non è detto contribuisca automaticamente all'equità perché certi interventi preventivi sono meglio attuati da chi ne avrebbe in realtà meno bisogno. Quindi le evidenze vanno giudicate, non sulla base degli slogan o anche di criteri assoluti, ma molto più empiricamente in base al contesto in cui si inseriscono ed in funzione del quale possono acquisire significati diversi. Quello che funziona nel senso di aumentare l'equità in Italia o in Francia, non necessariamente funziona nella stessa direzione anche in Egitto o Zimbabwe. ■ ML