

ritale. Alcuni fattori predisponenti considerati sono stati l'istruzione, il reddito familiare e la lingua con cui si è condotta l'intervista.

Risultati. In generale, sulle cinque variabili considerate, la probabilità di non avere un'assicurazione ha mostrato un calo in tutti i gruppi etnici (media ponderata) in un trend che va dal 2011 al 2014. La percentuale di soggetti non possessori di alcuna assicurazione sanitaria si è, infatti, ridotta, comparando i dati del 2014 con quelli del 2011, del 7% per gli afroamericani e per gli ispanoamericani, del 5% per altri gruppi etnici e del 3% per i bianchi. Le popolazioni di origine ispanica, tra tutti i gruppi etnici analizzati, sono quelle che nel 2014 conservano il numero più alto di soggetti che non usufruiscono di alcuna assicurazione.

I dati mostrano anche un trend di diminuzione generale della probabilità di rimandare o cancellare visite mediche dal 2011 al 2014, anche in questo caso per tutte le etnie, ma con una riduzione della distanza tra bianchi e altre etnie. La riduzione nella probabilità di non poter accedere a visite mediche o di doverle rimandare per motivi economici varia dall'1% per la popolazione bianca di origine non ispanica al 6% per

i Latinos. Sul ritardo della visita con un medico gli afroamericani hanno mostrato una performance peggiore rispetto agli altri gruppi etnici. I risultati mostrano l'aumento delle probabilità di accedere ad una visita per tutti i gruppi: in particolare la popolazione di origine ispano-americana, gli afroamericani e i bianchi hanno avuto rispettivamente il 5%, il 3% e il 2% in più di probabilità di poter effettuare una visita medica nel 2014 rispetto al 2011.

Conclusioni. I risultati della ricerca dimostrano che le minoranze etniche, che storicamente hanno incontrato più disparità nella copertura e nell'accesso ai servizi sanitari, hanno ottenuto miglioramenti, rispetto agli *outcome* considerati, maggiori nella popolazione bianca non latina, dopo l'introduzione dell'ACA. Ciò dimostra, sottolineano gli autori, che le disegualianze etniche nell'accesso all'assistenza e nell'utilizzo dei servizi sanitari sono diminuite nei primi anni di implementazione della riforma.

Alessandra Lo Scalzo

Area Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas

Scelte politiche basate sull'evidenza: eterne incomprensioni

Bédard PO, Ouimet M
Persistent misunderstandings about evidence-based (sorry: informed!) policy-making
Arch Public Health 2016; 74: 31

INTRODUZIONE

In letteratura si leggono innumerevoli articoli sulle scelte di politica sanitaria basate sulle evidenze: le pubblicazioni sono di carattere teorico, empirico e normativo, senza contare tutti quei lavori volti a definire cosa è (o non è) la politica basata sulle prove di evidenza, quali traguardi si sono (o meno) raggiunti e quali barriere devono essere rimosse affinché sia possibile implementare questa metodologia in maniera unanime e condivisa. Nonostante ciò, le incomprensioni su questo tipo di approc-

cio ancora sussistono, anche perché questa metodologia non è comunque immune da rischi.

L'obiettivo del lavoro è proprio questo: gli autori non vogliono scrivere una 'tesi difensiva' a favore delle politiche *evidence-based*, ma solo tentare di risolvere alcuni equivoci e fraintendimenti sollevati dagli scettici del settore.

Quello che ci si aspetta dall'evidenza è un ruolo di supporto alle scelte di politica sanitaria; l'obiettivo sarà sostanzialmente quello di esaminare l'adeguatezza di tale approccio in relazione a bisogni specifici, più che fornire risposte valide e rilevanti.

DISCUSSIONE

Come ha sostenuto Nick Black, professore di Ricerca sui Servizi Sanitari presso la London School of Hygiene & Tropical Medicine in un articolo pubblicato sul *BMJ* (Evidence based policy: proceed with care commentary: research must be taken seriously, *BMJ* 2001; 323: 275-9):

Più potassio e meno sodio

Cook NR, Appel LJ, Whelton PK

Sodium intake and all-cause mortality over 20 years in the trials of hypertension prevention

J Am Coll Cardiol 2016; 68: 1609-1617

Il beneficio di una riduzione dell'assunzione di sodio nell'alimentazione soprattutto in soggetti con ipertensione arteriosa e cardiopatici, con insufficienza cardiaca anche non conclamata, è tuttora argomento di qualche controversia nell'ambito scientifico.

Secondo alcuni i vantaggi sarebbero modesti, secondo altri il rischio di un'eventuale iposodiemia, in maniera particolare in soggetti di età avanzata, potrebbero superare gli eventuali benefici. Partendo comunque dal presupposto fondato che nella dieta della popolazione dei Paesi più sviluppati l'introito medio di sodio è sicuramente più elevato rispetto a quello raccomandato, ed in progressivo incremento, la comunità medica deve porre un'attenzione particolare al problema.

In passato alcuni autorevoli studi (il più noto tra questi è il DASH Sodium Trial¹) e importanti me-



analisi^{2,3} hanno ben dimostrato come un'appropriata riduzione di assunzione di sodio porti ad una significativa diminuzione dei valori di pressione arteriosa sia in soggetti normotesi che in ipertesi. Si è quindi dedotto che una diminuita assunzione di sodio sia in grado di determinare una riduzione degli eventi cardiovascolari successivi correlati e che il beneficio possa risultare non solo e semplicemente in un più facile ottenimento dei target terapeutici ma anche in un miglioramento della prognosi.

Per confermare questo dato sono stati condotti altri studi. Sul *Journal of American College of*

"I ricercatori devono avere una maggiore comprensione dei processi politici, i finanziatori devono cambiare la loro concezione su come la ricerca influenzi la politica e i decisori dovrebbero essere maggiormente coinvolti nella definizione e nella conduzione della ricerca".

Cosa comporta tutto ciò? Molte cose, prevalentemente riassumibili in due concetti:

1. un cambiamento dei decisori verso le politiche basate sull'evidenza;
2. un cambiamento dei ricercatori nel modo in cui comunicano tale evidenza.

Un singolo disegno di studio non può rispondere a tutte le domande, neanche se si tratta di uno studio randomizzato e controllato (RCT). Spostare l'evidenza da un contesto ad un altro non è automatico, anche se fatto tramite un RCT eseguito alla perfezione, poiché un RCT può risultare contraddittorio o addirittura irriproducibile in altri contesti. Se si è interessati a stabilire l'efficacia di un potenziale trattamento, non c'è dubbio che lo stu-

dio randomizzato e controllato sia la risposta migliore, ma se si è interessati a qualcosa d'altro, il disegno della ricerca molto probabilmente deve essere modificato. In altre parole, ogni tipo di quesito può essere legato ad uno specifico disegno di ricerca, dopo avere effettuato le debite scelte e stabilito le priorità. Fare questo significa offrire una valida alternativa alla gerarchia tradizionale delle evidenze anche perché significa al tempo stesso fornire più dettagli e specifiche informazioni sia agli utilizzatori finali che ai decisori.

La chiave di volta, quindi, è quella di non essere rigidi sul disegno da adottare e di accettare il fatto che alcuni approcci sono più appropriati di altri per rispondere a specifici quesiti.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Agenas