

La rincorsa lenta nelle scelte

Il decisore pubblico tra l'incertezza delle prove e la consapevolezza del rischio

Come vengono prese le decisioni che riguardano la salute della popolazione e in quali tempi?

Queste decisioni devono essere basate su prove scientifiche solide e di qualità e non certo su ipotesi, opinioni o pressioni interessate. Tuttavia la razionalità decisionale si scontra spesso con la scarsità di informazioni e prove la cui raccolta (epidemiologia) e costruzione (sperimentazione clinica) richiedono tempi spesso incompatibili con quelli che decisori e istituzioni necessiterebbero. Ne consegue che spesso occorre decidere in un contesto di incertezza.

Ci può fare un esempio?

Quello dell'incertezza è un problema che caratterizza tutte le politiche pubbliche, in campo sanitario come in altri. Facciamo l'esempio delle politiche vaccinali, di cui mi sono spesso occupato. Disporre di un vaccino in grado di stimolare le difese immunitarie è solo il primo passaggio; per capire se quel vaccino sarà utile alla prevenzione e poterlo inserire nei calendari vaccinali serve prima metterlo alla prova con la malattia e sperimentarlo su intere popolazioni, e poi proseguire la sorveglianza anche "post marketing" per aumentare la probabilità di catturare eventi avversi, anche rari, che potrebbero modificarne il profilo di rischio. Ci si trova di fronte a un "paradosso della sicurezza" per cui si può affermare qualcosa di ragionevolmente sicuro solo dopo che il vaccino è già in uso e quindi solo dopo che la decisione è stata presa.



Intervista a
Vittorio Demicheli

Epidemiologo
Agenzia di tutela
della salute,
Pavia

Una ragionevole incertezza che però può generare sfiducia nelle prove scientifiche, soprattutto in un ambito così importante e controverso come quello dei vaccini...

Purtroppo sì. Soprattutto in questa epoca storica in cui i cittadini sono più critici nei confronti dei decisori pubblici. Alla tradizionale incertezza oggettiva originata dalla intempestività delle prove scientifiche disponibili si aggiunge, oggi, il problema di dover rispondere a richieste irrazionali dei destinatari delle scelte; richieste che derivano da sfiducia nei confronti dei decisori e che portano a criticare le evidenze anche quando esistono. Questa crisi di autorevolezza delle istituzioni si genera, anche, per responsabilità delle istituzioni stesse: quando adottano politiche sbagliate senza poi riconoscerlo o quando assumono comportamenti contraddittori su decisioni importanti. Ricordiamo, per esempio, che ancora pochi anni fa, nel nostro paese, un tribunale aveva condannato lo stato a risarcire un soggetto affetto da autismo imputandone le responsabilità alla vaccinazione antimorbillosa nonostante le prove scientifiche disponibili escludano, da anni, ogni legame tra vaccino trivalente e autismo. Un altro esempio è lo storico caso

Di Bella: qui i tribunali ordinavano alle Asl di fornire gratuitamente la multiterapia per i tumori in assenza di qualsiasi riscontro scientifico. A distanza di poco tempo arrivò la bocciatura da parte del Ministero della salute, prima, e del Consiglio superiore di sanità, poi, alla luce delle evidenze raccolte nelle sperimentazioni: i pazienti non avevano avuto alcun beneficio né terapeutico né in termini di allungamento della sopravvivenza con la multiterapia Di Bella.

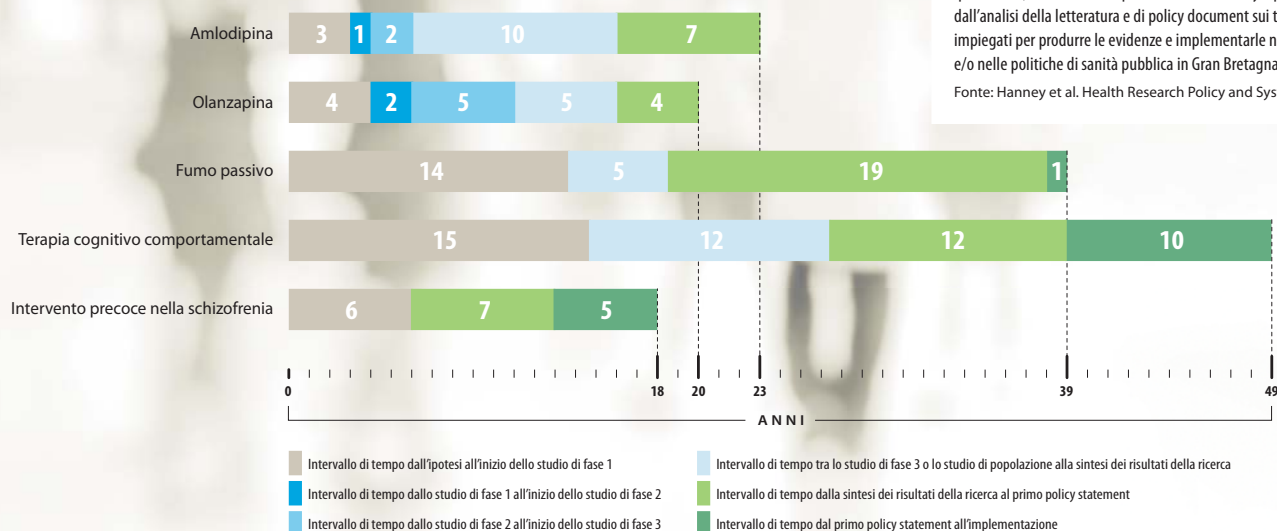
Questa scarsa linearità del comportamento istituzionale complica il processo decisionale e ostacola la sua comprensione da parte dei cittadini. La recente questione sull'obbligo vaccinale e il dibattito sollevato ne sono una dimostrazione.

Lo scorso ottobre la Commissione indipendente ad alto livello dell'Oms sulle malattie non trasmissibili ha sollecitato un'azione urgente - "time to deliver" - per affrontare le malattie croniche che richiede un impegno politico di alto livello sulle quali però registriamo ancora enormi ritardi sia istituzionali che locali.

Contrastare le malattie croniche legate allo stile di vita richiede da un lato la presa in cura globale del malato cronico e dall'altra un atteggiamento anticipatorio. Alcune regioni italiane, quali per esempio la Lombardia, il Veneto, la Toscana, hanno già adottato il *chronic care model*, un modello di assistenza sviluppato negli Stati Uniti che classifica e stratifica i bisogni dei malati cronici. a p.24 →

La razionalità decisionale si scontra spesso con la scarsità di informazioni e prove la cui raccolta e costruzione richiedono tempi spesso incompatibili con quelli che decisori e istituzioni necessiterebbero.

Quanto tempo dall'ipotesi di ricerca alle linee guida e alle politiche sanitarie



Time lag e salute pubblica. Ridurre il tempo impiegato dalla ricerca biomedica e sanitaria alla traduzione delle evidenze in miglioramenti della salute aumenta i tassi di rendimento ottenuti dalle risorse investite. Diversi studi sono incentrati proprio sulla definizione di modelli teorici e approcci empirici da applicare per misurare il cosiddetto "time lag" e per comprendere le ragioni dei ritardi e come accorciarli. Le stime dei tempi, qui a fianco, sono stati estrapolati da un case study a partire dall'analisi della letteratura e di policy document sui tempi impiegati per produrre le evidenze e implementarle nella pratica e/o nelle politiche di sanità pubblica in Gran Bretagna.

Fonte: Hanney et al. Health Research Policy and Systems 2015.

da p.23 → ci basandosi sui loro consumi sanitari (ricoveri, diagnostica, farmaci, ecc.). Al vertice della piramide del *chronic care model* si trovano i soggetti più fragili che sono quelli che “consumano” di più, pertanto a maggior carico assistenziale e da trattarsi con maggior impegno. Per affrontare la sfida della cronicità servirebbe, anche, poter intervenire in anticipo, ovvero fare prevenzione per ridurre non solo l'impatto e i costi delle malattie croniche attuali ma per ridurre l'incidenza futura di queste malattie. Per fare prevenzione non basta conoscere i consumi sanitari di un malato, occorrerebbe conoscere i comportamenti a rischio dei sani: se fumano o se fanno vita sedentaria, per esempio. Questa informazione non è però normalmente disponibile nelle banche dati che usiamo per organizzare la cura dei malati cronici. Questo sarà un altro dei disallineamenti temporali con cui, probabilmente, ci troveremo a lottare nel corso dei prossimi mesi.

Come garantire l'affidabilità del processo decisionale?

Non c'è una soluzione tecnica univoca. Sicuramente un approccio strettamente connesso alle decisioni sulle politiche pubbliche, ancora poco diffuso nel nostro paese, è quello del *priority setting*. Soprattutto in condizioni di incertezza, o di limitatezza di risorse, le decisioni andrebbero prese assumendosi la responsabilità di aver operato scelte di priorità. Priorità che andrebbero definite tenendo in considerazione anche i valori, i principi e le preferenze che una società esprime. Inoltre è fondamentale la comunicazione del rischio: i decisori dovrebbero esplicitare in modo chiaro e corretto i margini di incertezza entro i quali la decisione viene presa e anche le conseguenze di una scelta presa anticipatamente. Per esempio, si sta dibattendo di accelerare i processi di approvazione di nuovi farmaci o dispositivi diagnostici attraverso una corsia preferenziale più rapida (*fast track*) al fine di fornirli rapidamente ai pazienti che hanno una malattia grave. La decisione viene condizionata dalle preferenze dei singoli

“Una buona comunicazione può salvare il decisore da un'incertezza ineliminabile e preservarne la reputazione.

attori coinvolti e dalle pressioni politiche che vanno in questa direzione. Il decisore tecnico dovrebbe quantificare l'incertezza e rendere esplicito il rischio a cui si espone anticipando i tempi, per esempio, simulando in uno scenario decisionale le conseguenze che potrebbe avere la presenza di errori. L'unica ricetta che mi sento di sostenere è la costruzione di un rapporto di fiducia tra i decisori e i destinatari della decisione che non si raggiunge travasando le informazioni nella testa degli altri ma solo comunicando correttamente. La comunicazione, cioè la messa in comunione di idee e di valori, impone di capire anche le ragioni degli altri: le associazioni di malati quando premono per anticipare l'immissione in commercio di un farmaco avranno le loro ragioni, le aziende farmaceutiche quando dicono di accelerare il percorso di registrazione avranno le loro ragioni. È dalla comprensione e dalla esplicazione di queste ragioni che può nascere una buona comunicazione – la sola che può salvare il decisore da un'incertezza ineliminabile e preservarne la reputazione. ■

VEDI ANCHE

Ridurre i tempi di attesa: il piano dell'Emilia-Romagna

Quando agli italiani viene chiesto di valutare l'operato del Servizio sanitario nazionale, l'aspetto di cui essi si lamentano maggiormente riguarda i lunghi tempi d'attesa. Di fronte a tali tempi d'attesa, è comprensibile che molti pazienti preferiscano pagare la prestazione di tasca propria e rivolgersi al settore privato oppure all'offerta in regime di intramoenia. Va infatti tenuto presente che nel nostro paese il problema delle liste d'attesa riguarda quasi esclusivamente le strutture pubbliche: quelle private hanno solitamente tempi di risposta molto inferiori. Come conferma anche una recente ricerca del Censis, oltre la metà di coloro che si rivolgono a fornitori privati, pagando l'intero costo della prestazione, dichiara di farlo a causa delle lunghe liste d'attesa nelle strutture pubbliche.

Per far fronte al problema la regione Emilia-Romagna sta sperimentando un piano per la riduzione dei tempi d'attesa nella specialistica ambulatoriale che suscita particolare interesse perché include una pluralità di azioni: alcune mirano ad aumentare l'offerta di prestazioni specialistiche; altre intervengono invece sulla domanda, cercando soprattutto di ridurre la richiesta di cure inappropriate e di scoraggiare il fenomeno dei *no-show patient*; altre misure ancora puntano a riaccordare domanda ed offerta, e a neutralizzare l'effetto di alcuni incentivi perversi. Questo piano sembra essere efficace: nei primi due anni di attuazione l'obiettivo inizialmente prefissato non solo è stato centrato ma è stato anche ampiamente superato da tutte le otto aziende sanitarie coinvolte. A decretare il successo è stato soprattutto il potenziamento del

sistema di offerta. Il piano non sembra invece aver inciso particolarmente sulla domanda – pertanto l'inappropriatezza delle prescrizioni, che gonfia inutilmente la domanda, rappresenta un elemento di criticità persistente.

Dai contesti analizzati emerge che la forza del piano, oltre alle misure concrete, sta anche nella volontà decisa e vincolante di contrastare quotidianamente i tempi d'attesa. All'interno delle aziende sanitarie, il problema viene affrontato come qualcosa di complesso ma risolvibile, e non più come un inconveniente intrinseco al servizio sanitario universalistico. Ogni giorno si monitorano le agende, si fanno analisi, ci si avvicina proattivamente alle criticità per impegnare le risorse nel modo più efficiente possibile.

Va infine tenuto presente che l'obiettivo dichiarato della Regione Emilia-Romagna è stato fissato in corrispondenza di almeno il 90 per cento delle visite e degli esami specialistici effettuati entro rispettivamente 30 e 60 giorni. Ma l'asticella potrebbe essere ulteriormente alzata, arrivando al 100 per cento delle prestazioni erogate. Se infatti il tempo massimo di attesa si configura come un diritto del paziente (o anche solo come uno standard qualitativo che la regione vuole comunque garantire), allora ad essere forniti nei limiti massimi dovrebbe essere la totalità delle prestazioni.

I risultati conseguiti sono stati finora certamente positivi, ma – in futuro – si potrebbe fare ancora meglio. •

Testo tratto da: Rio A, Toth F. Il piano dell'Emilia-Romagna per ridurre le liste d'attesa in sanità. Politiche sanitarie 2018;19:80-90.

I tempi di attesa per esami e visite specialistiche

