

1978. Ad Alma Ata, nella allora Unione sovietica, si tiene la conferenza dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che sancisce la centralità delle cure primarie per il raggiungimento dell'obiettivo "Salute per tutti" entro il 2000.

1987. Coby Howard, un bambino di sette anni dell'Oregon che ha bisogno di un trapianto di midollo, muore senza ottenerlo perché la procedura non è più coperta da Medicaid. Il caso scuote l'opinione pubblica negli Stati Uniti.

1992. Costituzione della Health services commission dell'Oregon incaricata di redigere una lista di servizi sanitari che possano prioritariamente essere garantiti alla popolazione dello stato.

1993. *Health services prioritization list*: viene pubblicata la prima lista in Oregon, successivamente aggiornata ogni due anni.

1997. Thomas Bodenheimer scrive sul *Nejm*: "The Oregon plan provides important lessons to a nation striving to expand health care coverage in an era of shrinking budgets". Bodenheimer T. *The Oregon health plan - lessons for the nation. First of two parts. N Engl J Med 1997; 337:651-6.*

1999. Philip Musgrove della World bank di segna un diagramma a ragnatela per sintetizzare i nove criteri per indirizzare la spesa pubblica in sanità. Musgrove P. *Public spending on health care: how are different criteria related? Health policy 1999; 47:207-23.*

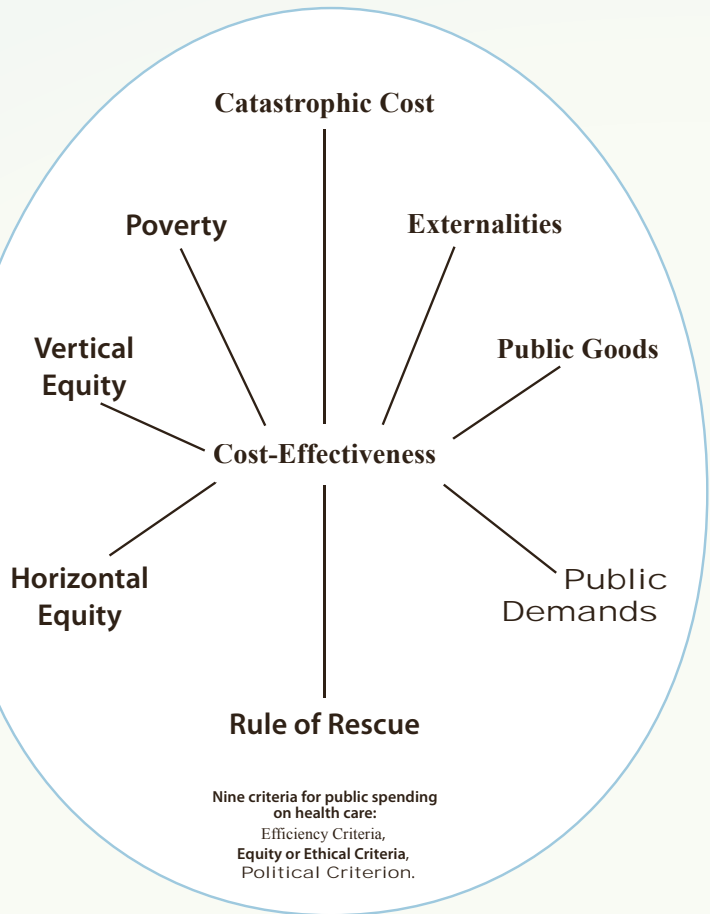
2002. Il governo dell'Oregon incarica una commissione ad hoc di preparare una seconda e più ampia lista di servizi e prestazioni, stabilendo anche i livelli di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

2003. L'Oms pubblica la *Who guide to cost-effectiveness analysis* con l'obiettivo di orientare la determinazione delle priorità da parte dei sistemi sanitari.

2005. Un contributo sul bollettino dell'Oms mette in risalto la facilità di implementazione come elementi chiave nella determinazione delle priorità tra gli interventi sanitari da garantire. Gericke CA, Kurowski C, Ranson MK, Mills A. *Intervention complexity - a conceptual framework to inform priority-setting in health. Bull World Health Org 2005; 83: 285-93.*

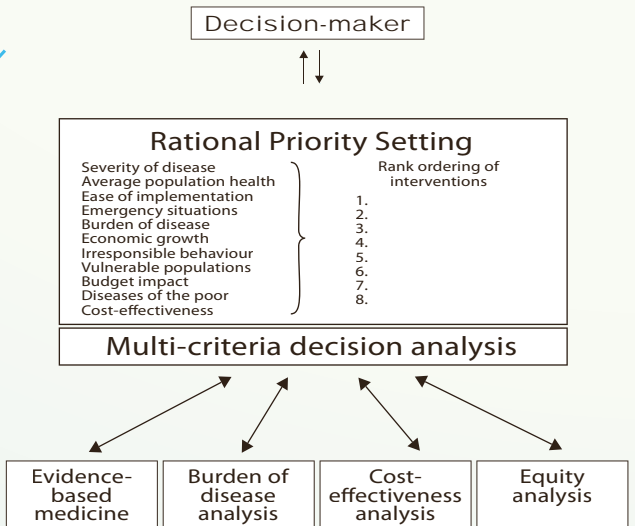
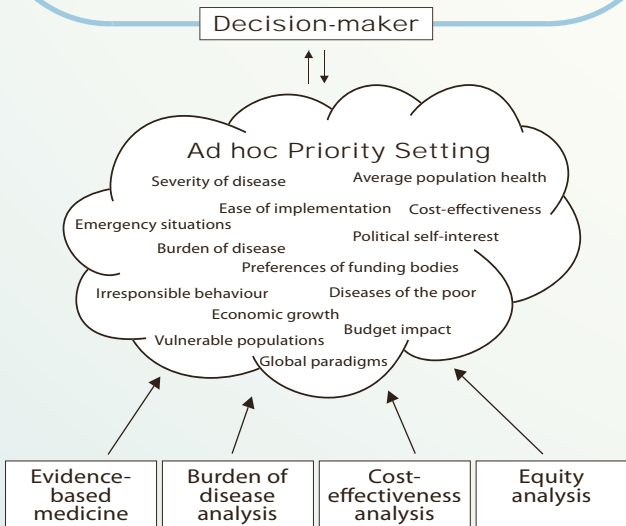
2006. L'accettabilità politica entra nel novero delle dimensioni utili a determinare le priorità in sanità. Goddard M, Hauck K, Smith PC. *Priority setting in health - a political economy perspective. Health Econ Policy Law 2006; 1: 79-90.*

Rob Baltussen e Louis Niessen dell'ErasmusMC di Rotterdam inseriscono in un articolo la "nuvola dei criteri" per rimarcare la difficoltà di categorizzare le dimensioni della prioritizzazione. Baltussen R, Niessen L. *Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. Cost Eff Resour Alloc 2006; 4: 14.*



2007. L'Oms pubblica un importante documento per indirizzare l'opera dei decisori sanitari. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: Who's framework for action.*

La Deutschen Forschungsgemeinschaft avvia il progetto "Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung" ("Decidere le priorità in medicina") che nel 2010 pubblica un rapporto con una figura emblematica. Di quanti mesi una terapia dovrebbe prolungare la vita di un malato per essere garantita prioritariamente?



Parole nuove per un problema antico

Definire le priorità obbliga a tornare su percorsi già esplorati da Forward: la complessità del prendere decisioni e la centralità dell'interrogarsi sui valori

Un neologismo che ha avuto fortuna - prioritizzazione - tanto difficile da pronunciare, quanto rischioso per la tendenza a essere usato eccessivamente o a sproposito. Determinare le priorità in sanità dovrebbe andare di pari passo con l'attenzione alla sintesi, con l'impegno per una valutazione misurata e precisa della realtà e dei possibili correttivi: al contrario, la diffusione dell'attività di prioritizzazione ha portato alla moltiplicazione delle questioni *fondamentali*, dei problemi *essenziali*, delle preoccupazioni *sostanziali*.

L'incontro internazionale del G20 svolto a Buenos Aires ai primi di dicembre 2018 ha dichiarato che la priorità è l'attenzione allo sviluppo precoce dell'infanzia. Nello stesso giorno, lo European brain council ha presentato al Parlamento europeo la proposta per rendere le politiche di controllo e cura della depressione *prioritarie* nelle agende dei paesi membri dell'Unione europea. Contemporaneamente, la Water research foundation ha dichiarato che la priorità è la ricerca dei nuovi contaminanti nelle acque utilizzate dalla popolazione e i social media raccomandano di considerare con urgenza la neutralità della rete, gli effetti negativi dei cambiamenti climatici, l'abbandono dell'approccio assicu-

rativo alla sanità statunitense e si potrebbe continuare (quasi) all'infinito.

Se tutto diventa una priorità, nulla finisce con l'esserlo.

Difficilmente, nella storia recente della sanità pubblica, ritroviamo episodi che possano candidarsi a pietre miliari nella prioritizzazione. Un esercizio meno difficile e forse più utile si è rivelato il ricostruire alcuni dei passaggi chiave sulla riflessione metodologica del priority setting ed è quello che proponiamo in queste pagine. Intenzionalmente abbiamo voluto conservare le grafiche originali degli schemi che via via sono stati proposti dai ricercatori che si sono interessati a questo argomento. Diventa più intensa la discussione sui criteri utili a informare la determinazione delle priorità, aumentano le dimensioni che contribuiscono a definirla, cresce la complessità del percorso. Noor Tromp e Rob Baltussen hanno analizzato la letteratura esistente sulla determinazione delle priorità in sanità identificando 31 criteri che hanno ordinato in sei principali aree corrispondenti a specifici obiettivi di sanità pubblica (vedi figura pag. 4). Categorizzare i criteri è importante per fornire ai decisori un supporto concreto, proponendo loro una sorta di griglia utile a verificare la

2018. La dichiarazione di Astana rinnova l'impegno dell'Oms per la prioritaria importanza delle cure primarie.

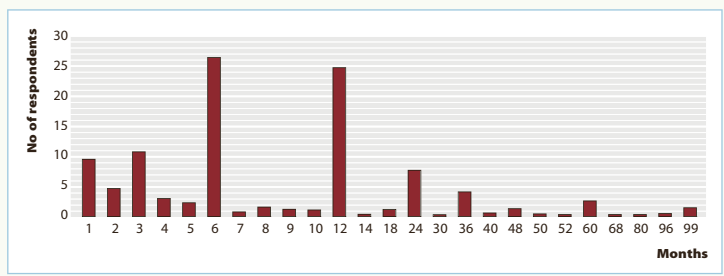
2017. Esce una serie di articoli che si riferiscono al progetto australiano Share con l'obiettivo di legare la prioritizzazione degli interventi alle pratiche di disinvestment. Harris C, Green S, Ramsey W, et al. Sustainability in health care by allocating resources effectively (Share) 1: introducing a series of papers reporting an investigation of disinvestment in a local healthcare setting. BMC Health Serv Res 2017; 17: 323.

2015. Le Nazioni Unite approvano l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile globale e i relativi 17 obiettivi di sviluppo sostenibile, articolati in 169 target da raggiungere entro il 2030. Un evento storico, sotto diversi punti di vista. www.un.org/sustainabledevelopment

2014. La *Guidance on priority setting in health care* avviata dall'Oms offre una mappa completa dei criteri di equità rilevanti per l'impostazione dell'assistenza sanitaria da integrare all'analisi costo-efficacia. La guida, sotto forma di una lista di controllo, si rivolge ai decisori che stabiliscono priorità a livello nazionale e subnazionale e a coloro che interpretano i risultati dell'analisi costo-efficacia. Norheim OF, Baltussen R, Johri M, et al. Guidance on priority setting in health care (Gps-Health): the inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. Cost Eff Resour Alloc 2014; 12: 18.

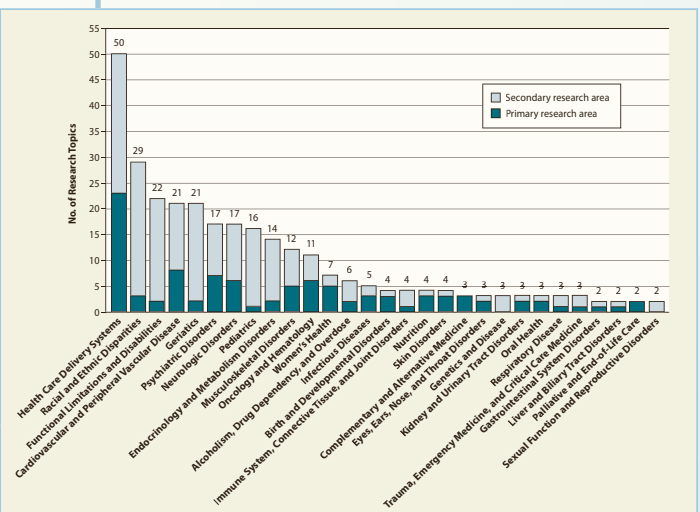
2012. Su *BMC Health Services Research* due ricercatori dell'università di Nijmegen propongono una mappa concettuale (vedi figura pag. 4) dei criteri di prioritizzazione basata sul framework "Health and systems building blocks performance" elaborato dall'Oms per aiutare i decisori nell'individuazione dei criteri pertinenti per l'impostazione della priorità. L'obiettivo è definire un singolo quadro concettuale che incorpori tutti i criteri, quali per esempio: malattia, stato socioeconomico, genere, facilità di attuazione o accettabilità politica. Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. BMC Health Serv Res 2012; 12: 454.

Mira Johri e Ole Fritthjof Norheim dell'università di Montreal sottolineano l'importanza dell'equità come criterio guida della prioritizzazione. Can cost-effectiveness analysis integrate concerns for equity? Systematic review. Int J Technol Assess Health Care 2012; 28: 2.



2009. L'Institute of medicine statunitense pubblica sul *Nejm* il documento *Initial national priorities for comparative effectiveness research*, in cui afferma che la principale priorità per il sistema sanitario è la costituzione di un'efficiente infrastruttura che conduca ricerca comparativa di efficacia. Iglehart JK. Prioritizing comparative-effectiveness research - IOM Recommendations. N Engl J Med 2009; 361: 325-328. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMop0904133>

2011. I principi di giustizia allocativa trovano spazio nella proposta di criteri di prioritizzazione pubblica su *Health policy*. Golan O, Hansen P, Kaplan G, Tal O. Health technology priorities: which criteria for prioritizing new technologies and what are their relative weights? Health policy 2011; 102: 126-35.



da p.3 → rispondenza delle alternative alle principali dimensioni considerate nel fare scelte di sanità pubblica. I due autori hanno voluto precisare che, oltre a quelli riportati, c'è un criterio di valutazione più generale e trasversale a tutti gli altri: la qualità delle prove di efficacia. Un inventario come quello elaborato da Tromp e Baltussen può servire da sostegno in un processo di decision-making necessariamente orientato a specifici contesti. Il limite principale segnalato anche dagli au-

tori è nella difficoltà di categorizzare aspetti molto rilevanti come quelli etici.

Volendo anticipare una prima conclusione – che speriamo non riduca l'interesse per farsi coinvolgere da questo nuovo approfondimento del progetto Forward – potremmo dire che ragionando di prioritizzazione è inevitabile ripercorrere almeno due dei sentieri che abbiamo già esplorato nei mesi precedenti: quello delle scelte e delle decisioni, sicuramente. Ma forse soprattutto quello dei valori. F

Mappa dei criteri per il priority setting sanitario

