

(Articolo comparso su 'Il Sole 24 Ore - Sanità' del 28 gennaio 2003)

Regioni a scuola di Ebm per sconfiggere la burocrazia

Massimo Valsecchi, direttore del Dipartimento di Prevenzione, ULSS n.20, Verona

La consapevolezza che l'errore è un dato ineliminabile nel sistema di ricerca e pratica utilizzato dalla medicina (e, più estesamente, dalla scienza) risale molto addietro nel tempo.

Socrate è, sicuramente, il punto di consolidamento di una corrente di pensiero antico già sviluppata.

Ippocrate nell' "Antica medicina" sosteneva che : "Perciò il compito è di acquisire una scienza così esatta che permetta di sbagliare poco qua e là: e io molto loderei quel medico che poco sbagliasse"

Da allora la scienza e la medicina hanno tentato sistematicamente di darsi strumenti efficaci per individuare e correggere gli errori ed, anzi, per utilizzare gli errori come materia prima di costruzione di nuovi spunti di ricerca.

In questo campo Karl Popper ha fornito gli strumenti teorici di analisi, finora , più maturi.

In ambito medico, sulla base dei lavori di Archibald Cochrane, un medico scozzese, si è sviluppato, nella seconda metà del secolo scorso, un sistema di verifica dell' efficacia dei procedimenti sanitari conosciuto sotto la sigla di *Evidence Based Medicine* (EBM).

Si tratta di una modalità di revisione sistematica dei risultati dei programmi di ricerca, su singoli problemi, pubblicati nella letteratura internazionale, di cui viene valutata l'attendibilità metodologica.

Lo sforzo di analisi dell'EBM si è, finora, concentrata sugli aspetti diagnostici e terapeutici della medicina trattando solo parzialmente le attività di prevenzione.

Questo fatto lascia particolarmente squarriti gli ambiti di decisione programmatica del nostro Paese in ambito di prevenzione.

Quest'area, infatti, a differenza degli altri ambiti di intervento della medicina, è sempre stata caratterizzata da un'estesa produzione di normativa statale che, consolidatasi nel tempo, non ha mai subito un serio processo di revisione critica della sua utilità.

Abbiamo così, tuttora, un insieme di leggi e regolamenti che continuano a restare in uso benchè siano manifeste la loro inutilità, lo spreco di risorse che comportano per gli utenti e per il SSN ed, in alcuni casi, anche la loro pericolosità.

Quanti sono gli italiani sottoposti a procedure di prevenzione, rese obbligatorie per legge, di cui non è mai stata valutata l'efficacia?

Credo che nessuno lo sappia: nel 1990 io avevo stimato che fossero un milione l'anno i cittadini oggetto di interventi che erano manifestamente non efficaci. ⁽¹⁾

Mi riferivo, però, alle sole attività inerenti al settore di igiene pubblica e medicina legale senza neanche tentare stime sui provvedimenti manifestamente inutili nelle aree della tutela della salute nei luoghi di lavoro e della medicina veterinaria, altro campo poco esplorato ma sicuramente ricco di sorprese in merito.

Nell'ambito degli scorsi tre anni, sono stati espletati diversi tentativi di far abolire da parte del Ministero della Sanità (ora Salute) almeno i provvedimenti più incongrui e su questo fronte si sono mosse con attenzione anche alcune società scientifiche nazionali quali la *SITI* (Società Italiana di Igiene) e la *SNOP* (Società Nazionale degli Operatori della Prevenzione).

¹ Massimo Valsecchi, "Considerazioni sul rapporto costi/benefici degli screenings obbligatori per la ricerca dei casi di tubercolosi polmonare" L'Igiene Moderna, vol.94, n.5, novembre 1990.

La tabella seguente elenca una serie di otto interventi di cui è stata chiesta l'abolizione o la modifica al Ministero della Sanità nel 1999 e l'esito che questa richiesta ha ottenuto. (2)
 Come si può osservare, gran parte dei provvedimenti inutili sono stati disattivati ricorrendo all'istituto atipico, per un intervento di modifica in ambito sanitario, di una Legge Finanziaria.

Norma	Esito
1 Usò del vaccino vivo nella vaccinazione contro la poliomielite.	Nuovo calendario Vaccinazione antipolio: D.M. 7 aprile 1999 – D. M. 18 giugno 2002
2 Controllo sanitario biennale per il personale della scuola.	Abolizione: "Finanziaria 2001", L. 388/2000
3 Ricerca di casi di sifilide ignorata.	Abolizione: "Finanziaria 2001", L. 388/2000
4 Controllo sanitario per barbieri, parrucchieri ed affini.	"Finanziaria 2001", L. 388/2000: Ridotto a interventi di educazione sanitaria
5 Controllo sanitario per addetti alla preparazione di sostanze alimentari.	"Finanziaria 2001", L. 388/2000: Obbligo abolito solo per il personale con impiego saltuario
6 Obbligo di vaccinazione contro la T.B.C.	Abolizione: "Finanziaria 2001", L. 388/2000; DPR 7 novembre 2001 n. 465 Regolamento di attuazione.
7 Obbligo di vaccinazione contro il tifo.	Abolizione solo per alimentaristi con "Finanziaria 1998", L.449\1997 Abolizione generalizzata con "Finanziaria 2001", L. 388/2000
8 Obbligo di richiamo della vaccinazione contro il tetano.	Abolizione obbligo di richiami, con Legge 388/2000, "Finanziaria 2001"; DPR 7 novembre 2001 n.464 Regolamento di attuazione.

La parzialità dei risultati ottenuti e la necessità di ricorrere all'inserimento nelle Leggi Finanziarie, per sbloccare la situazione di stallo normativo, evidenziano lo scarso livello di attenzione politico e culturale alla necessità che sia attivato un meccanismo periodico di verifica dell'efficacia dei provvedimenti che lo Stato impone per legge.

L'accelerazione della spinta di decentramento alle Regioni di tutto quanto riguarda la sanità apre ora nuovi scenari tanto che già la Provincia di Trento ha, autonomamente, deciso di disattivare l'obbligo dei libretti sanitari per gli alimentaristi che non si è, finora, riusciti a far modificare a livello centrale.

Le Regioni sono, di fatto, l'entità programmatrice al momento più interessata a qualificare la spesa sanitaria semplificando la normativa vigente in particolare dove questa risulti non sostenibile scientificamente.

Sulla base di queste considerazioni, la Regione Veneto sta impostando il nuovo Piano Sanitario Regionale ed il Piano Triennale dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica con l'obiettivo di

² Massimo Valsecchi, Sandro Cinquetti. "Otto norme da abrogare: Lettera aperta al Ministro della Sanità", Dialogo sui Farmaci n.2, 1999.

mantenere ed introdurre nei suoi programmi solo interventi sanitari dotati di prova di efficacia. Altre regioni, fra cui la Lombardia stanno orientando in questo senso la loro programmazione.

A livello nazionale è attivo dal 1999 un gruppo di lavoro, denominato gruppo per l'*Evidence Based Prevention*, che si prefigge di mettere a punto modalità periodiche di verifica dei provvedimenti di prevenzione in atto o in fase di programma.

Il primo ed il secondo incontro nazionale del gruppo di lavoro sulla *Evidence Based Prevention* si sono tenuti a Firenze nel 2000 e nel 2001. Il terzo si terrà a Verona, il 14 e il 15 aprile 2003.

Nell'ambito di questo incontro verrà fatto il punto sulle esperienze di valutazione di efficacia in atto in Italia e le Regioni si confronteranno sul problema di costruire i nuovi Piani sanitari Regionali introducendo solo interventi che siano dotati di solide prove di efficacia.

Nell'ambito del convegno verranno discussi anche i risultati del Dossier SALEM il primo tentativo compiuto dal gruppo, di valutare l'efficacia del programma di sanità pubblica di sorveglianza di apprendisti e minori avviati al lavoro in settori lavorativi non a rischio sulla base dell'art.9, comma 3 ed 8 del D.Lvo 345\99.

Sulla base di questa normativa vengono effettuate ogni anno, in Italia, circa 180.000 visite con costi stimati in 10,5 milioni di euro per il solo costo degli accertamenti sanitari

L'intero Dossier (che conclude consigliando l'abbandono del programma esaminato) è consultabile nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità (**www.epicentro.iss.it**).

Il convegno di Verona dedicherà una sessione per mettere a punto tre liste di provvedimenti di prevenzione:

la prima conterrà l'elenco dei provvedimenti di prevenzione collettiva che dispongono di documentazione di sicura efficacia e che devono, quindi, essere promossi dai Dipartimenti di prevenzione. All'interno di questa lista saranno privilegiati gli interventi scarsamente diffusi.

la seconda elencherà i provvedimenti di dubbia efficacia sui quali è opportuno operare un intervento di verifica.

la terza comprenderà provvedimenti in atto che sono già stati valutati come inutili o la cui inutilità è talmente manifesta da non richiedere ulteriori approfondimenti.

La discussione di preparazione al convegno su queste liste è già iniziata ed è stato aperto uno specifico forum di discussione elettronico nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità già citato in modo che non solo gli operatori sanitari ma anche (e spero si possa dire soprattutto) le associazioni professionali e di categoria intervengano con loro proposte e suggerimenti.