

Desideri e considerazioni di Sanità pubblica

“Per aspera ad astra”

Frase latina che significa letteralmente
“attraverso le asperità sino alle stelle”.

A credere nell’Astrologia la pandemia da COVID-19 poteva essere agevolmente prevista in quanto era già scritta nelle stelle (per la congiunzione di Saturno e Plutone in Capricorno!!!)¹. Ma desideri e considerazioni riprendono etimologicamente il termine latino *sidus, sideris* (plurale *sidera*). “Desiderare”, composto dalla particella privativa “de-” significherebbe, letteralmente, condizione in cui sono assenti le stelle e quindi le loro influenze e i loro presagi. “Considerare” è il suo naturale opposto al positivo, ovvero parafrasando “stare con le stelle”, in condizioni cioè di prevedere e giudicare. L’assenza di “stelle” – ovvero di punti di riferimento (nautici) – produce insicurezza e suscita voglia di orientamento; considerare è il termine abusato con cui inizia ogni atto legislativo per elencare i riferimenti che motivano la decisione (pur affidandosi etimologicamente alla sorte).

Non vi è dubbio che il “disastro” prodotto dalla pandemia da COVID-19 (dis-astro fa riferimento alle negative influenze astrali) abbia suscitato desideri e considerazioni da parte di tutti coloro che si interessano di Sanità pubblica.

Facendo seguito al precedente editoriale (Editoriale. Ancora sulla pandemia da COVID 19: apologia della Sanità pubblica. Igiene e Sanità Pubblica 2021; 77: 486-491) che cercava «di rispondere a due fondamentali quesiti: cosa ha insegnato una così protratta pandemia al fine di non ripetere gli errori commessi, e cosa fare per ripristinare e possibilmente migliorare le condizioni di salute alterate dalla pandemia stessa? (tra l’altro in presenza di un Piano nazionale di ripresa e resilienza, PNRR)», si può ora constatare che in tutti i Paesi, ognuno con le proprie particolarità e capacità, sono stati preparati programmi o messi in atto azioni per riparare i danni apportati al loro sistema sanitario dalla pandemia e soprattutto per renderlo capace di affrontare eventuali ulteriori episodi pandemici².

Il Gruppo indipendente per la preparazione e la risposta alle pandemie (The Independent Panel for pandemic preparedness & response) (<https://theindependentpanel.org>), costituito presso la World Health Organization (WHO), fornisce ai paesi e organizzazioni internazionali documenti, scientificamente validi, basati sulle passate e attuali esperienze, per preparare i sistemi sanitari ad affrontare ipotetiche pandemie. In Italia questo obiettivo viene perseguito col contributo del Piano nazionale di ripresa e resilienza, PNRR che, oltre a prevedere un grandioso insieme di riforme e investimenti, dedica a questo scopo la “Missione 6: Salute”, articolata in una prima³ e seconda componente⁴.

Tutti questi suggerimenti e “componenti” sono dettati dal ‘desiderio’ che l’attuale pandemia sia l’ultima a verificarsi con così devastanti conseguenze e si accompagnano a ‘considerazioni’ sulle enormi difficoltà (aspra) da prendere in esame e superare. Secondo alcuni potrebbe essere l’occasione favorevole di trasformazione non solo della Sanità ma addirittura dell’intera società in quanto sono annunciati programmi su molteplici fronti: l’istruzione, l’innovazione e la competitività delle imprese, le politiche attive del lavoro, la sicurezza sociale, il contrasto alla povertà, l’ambiente e così via. Non dimenticando tuttavia che «la Scienza medica, è sempre stata un’antesignana, ponendosi in posizione di avanguardia, tanto da venire spesso considerata la “badessa” delle scienze umane» (Nijhuis HGJ, Van der Maesen LJJG. *The philosophical foundations of public health: an invitation to debate. Journal of Epidemiology and Community Health* 1994; 48:1-3).

La prima considerazione fin troppo ovvia è che tutti gli investimenti infrastrutturali previsti dal PNRR dovrebbero tener conto di un mondo in rapida evoluzione nel quale il clima, le tecnologie, l’ambiente socio-politico/socio-culturale/socio-economico, e le stesse necessità assistenziali saranno molto diversi da quelli attuali. I decisori politici e tecnici dovranno possedere una lungimirante visione per garantire che le modifiche dei sistemi infrastrutturali saranno in grado di corrispondere all’incerto futuro.

È l’occasione di dimostrare la preparazione e le capacità professionali dei competenti in Igiene e Sanità pubblica, candidati ideali a diventare “gestori di progetti” (project manager)⁵, in quanto “abituati” a:

- A. prestare attenzione alla intersectorialità della tutela della salute nelle sue tre parti costitutive (promozione, conservazione e recupero);
- B. fornire, data la modalità propria nei paesi tecnologicamente avanzati di prendere decisioni solo se basate su prove scientifiche, il supporto informativo alle decisioni stesse accompagnato dalla consuetudine di fare previsioni (anche se l’attuale episodio epidemico non è stato incoraggiante);
- C. applicare le nozioni della “scienza della attuazione” (implementation science), usuale nelle attività cliniche, in modo che la realizzazione dei programmi/progetti⁶ non soffra di un palese divario tra risultati desiderati e obiettivi realizzati, sfatando il noto detto popolare che «tra il dire e il fare c’è di mezzo il mare»;
- D. contribuire infine, come naturale conseguenza del precedente punto, alla valutazione dei miglioramenti osservati, o dei peggioramenti evitati, nella situazione che si intende modificare.

Per quanto riguarda il primo punto, la stessa pandemia da COVID19, esemplare modello di malattia infettivo-contagiosa, non ha fatto che ribadire l’importanza dei determinanti socio-culturali⁷, ancora più evidenti nelle patologie cronico-degenerative, come causa distale di salute e di malattia. Questo è il motivo per indicare la “Intersectorialità” come il meccanismo idoneo ad agire sui determinanti, eliminando quelli patogeni e/o trasformandoli in salutogeni. Meccanismo che è il perno della “Salute in tutte le Politiche” (Health in All Policies) una pratica tecnico-politica che tiene in debito conto, includendo e integrando i determinanti, nelle decisioni che coinvolgono più settori quali ad esempio politiche occupazionali, agricole, dei trasporti, delle abitazioni, della tassazione solo per citarne alcuni. Non vi è dubbio che queste politiche vengono trattate a livello nazionale, regionale, locale o disperse nei meandri deliberativi burocratici ma resta vivo l’impegno dei tutori della salute pubblica affinché i responsabili delle decisioni, sia quelli interni che esterni del settore sanitario, siano informati sui determinanti di salute, sulle conseguenze di sostenibilità delle varie opzioni e sull’equità dei processi di realizzazione.

Sul secondo punto, la raccolta, elaborazione e utilizzazione di dati è diventata una pratica così diffusa e pervasiva da non richiedere superflue spiegazioni⁸. Ma la quantità, la varietà, e la velocità con cui vengono processati i dati (big data) è tale da generare una reazione a catena, simile a un processo di fissione nucleare, che ha bisogno di nuove tecnologie, come l'intelligenza artificiale, per divenire informazioni "digeribili". Tutto ciò consente comunque di assumere decisioni informate (data-driven decision-making), un primo passo verso le decisioni basate su prove scientifiche (evidence-based decision-making) qualora quest'ultime non siano ancora disponibili, e comunque sempre meglio di quelle basate su osservazioni o peggio ancora su opinioni.

La Sanità, insieme all'Economia, per far fronte a future ed incerte situazioni (non ricorrendo all'Astrologia)⁹ ha sviluppato l'arte della previsione. Il sistema di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello nazionale, regionale e locale è il modo ordinario di governo del Servizio sanitario nazionale¹⁰. Da millenni l'Epidemiologia, prima empirica e poi scientifica, ha fornito risposte alle domande sulle cause dei fenomeni morbosi e sulle possibilità di reagire; in tal modo ha tentato di descrivere eventi futuri sulla base della conoscenza di simili casi passati e di suggerire un insieme di ipotesi da sottoporre a verifica. La corrente pandemia ad esempio ha stimolato le capacità degli epidemiologi i quali, usando sofisticati modelli matematici di proiezioni e simulazioni, hanno cercato di rispondere alle consuete domande, sostanzialmente per conoscere il futuro. Molto utile si dimostra la capacità di formulare "scenari", più complessi delle previsioni, predizioni e proiezioni, trattandosi di un metodo fondamentale per riunire ed elaborare proposte diverse e multidisciplinari; gli scenari forniscono un compendio per riflettere sui diversi modi in cui il futuro si potrebbe sviluppare dal presente e come si potrebbe agire per modellare le tendenze più ambite.

Il terzo e quarto punto sono tra loro collegati ed espressi da uno spettro di attività che hanno per oggetto le osservazioni riguardanti il passaggio dalla fase propositiva a quella realizzativa, seguita dalla fase di valutazione degli effetti/risultati.

Proprio la diffusione del movimento delle decisioni basate su conoscenze scientifiche in tutti i campi ha destato molta preoccupazione in campo clinico laddove viene attentamente registrato il divario tra conoscenze scientifiche ben collaudate e loro applicazione nella pratica clinica. Le ricerche per studiare questa materia hanno preso varie denominazioni ma forse si potrebbe proporre di denominare Ricerca traslazionale (Translation Science) quella riferibile agli interventi di Medicina clinica e Ricerca attuativa (Implementation Science) quella riferibile alle strategie (programmi/progetti) di Medicina di sanità pubblica¹¹. Queste ricerche assumendo un significato più ampio e più comprensivo costituiscono la Scienza del miglioramento (Improvement Science) che riguarda l'esplorazione di come migliorare gli interventi ma anche come apportare modifiche nel modo più efficace. Lo stesso significato ha la Ricerca sulla diffusione e attuazione (Dissemination and implementation Science) che mira anch'essa a migliorare l'adozione, l'adattamento appropriato, l'erogazione e il supporto di interventi efficaci da parte di fornitori, strutture, organizzazioni, comunità e sistemi di assistenza¹².

Il passaggio dalla fase propositiva a quella realizzativa, è quella più critica in quanto si tratta di mettere in atto le indicazioni fornite, nel rispetto di regole e direttive, nei tempi previsti, da parte dei numerosi soggetti che hanno il compito di attuarle. Da qui nasce l'esigenza di monitorare il processo di attuazione, provvedendo a supervisionare tutte le attività di progetto per assicurarsi che questo si svolga come pianificato, e che si completa e termina con la fase di valutazione degli effetti/risultati.

Gli operatori di Sanità pubblica sono ben edotti che l'ostacolo maggiore da superare nella valutazione degli effetti di un programma/progetto è l'attribuzione causale.

Si tratta di imputare a una specifica azione il merito – o meglio, la parte di merito che essa ha determinato – nei miglioramenti osservati, o nei peggioramenti evitati, del fenomeno che si intende modificare. Un'impresa eroica nel caso di indicazioni politiche, e per giunta intersettoriali – connesse all'aggregazione di politiche eterogenee – ma assolutamente rilevante nel caso di riforme, cioè a dire di discontinuità nell'entità e/o nelle modalità di conduzione delle attività. In campo clinico si è soddisfacentemente risolto il problema con l'introduzione degli esperimenti clinici randomizzati (con l'assegnazione casuale dei casi a “cieco” e a “doppio cieco”);

per le politiche il processo è molto meno lineare e razionale e si dà per scontato che a contesti diversi ed a protocolli applicativi diversi corrispondano in generale esiti diversi. È dunque evidente che una definizione ingenua di effetto di un programma/progetto come “differenza tra prima e dopo” ha un'altissima probabilità di fornire una risposta fallace. A fronte di una modifica introdotta, l'obiezione è che gli effetti/risultati si sarebbero potuti verificare comunque, per cause diverse dalla modifica. Seguendo la stessa logica, nel caso opposto di una assenza di differenza, l'obiezione è che i risultati avrebbero potuto peggiorare senza le modifiche apportate.

Una seconda considerazione, anch'essa ovvia in quanto corollario della precedente, è che le modifiche infrastrutturali programmate e progettate difficilmente potranno essere realizzate in carenza di risorse umane, quantitativamente e qualitativamente “adatte allo scopo”. Questo argomento ha fatto oggetto del citato precedente editoriale in quanto «in questa situazione si può facilmente immaginare il carico di lavoro e di responsabilità che investe, per quanto riguarda la nostra disciplina, le 34 Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva delle Università italiane ed i loro componenti ... in termini di urgenza di formazione, in primis dei docenti, di adeguamento dei programmi didattici, di perfezionamento delle modalità di apprendimento, di modulazione dell'istruzione in base alle categorie professionali ecc.».

Ultima considerazione, quanto finora esposto non solo rende difficile esprimere desideri, ma illustra ed avvalorava le inquietanti domande di Gabriel M. Leung e Selena Gray: «Chi siamo? Chi dovremmo essere? Tecnocrate? Burocrate? Avvocato? Attivista? o Politico? Che ruolo dobbiamo, potremmo e dovremmo svolgere? Dov'è la nostra nicchia nel panorama sanitario e politico di oggi?» (Journal of Public Health 2012; 34: 475 –476). È forse opportuno aggiungere un ulteriore quesito: chi potrebbe compilare un attendibile scenario del futuro dei professionisti di Sanità pubblica?

Armando Muzzi – Augusto Panà

¹ Senza ricorrere alle conquiste del pensiero illuminista già Tommaso d'Aquino (1225-1274) affermava che “astra inclinans, non necessitans” vale a dire che gli astri potevano solo segnalare e favorire ma non certo determinare gli accadimenti.

² Ad esempio cfr. “Bipartisan Policy Center. Positioning America's Public Health System for the Next Pandemic. June 2021” dove, dopo aver constatato che «la pandemia da COVID-19 ha reso manifesto che sicurezza, stato di salute e prosperità economica della nazione dipendono da un solido sistema di sanità pubblica», vengono indicate dieci ampie e

convincenti Raccomandazioni per «dotare il sistema sanitario pubblico di una “forza lavoro” adeguata e preparata, di sistemi informativi e di assetti sanitari che consentiranno al paese di resistere meglio non solo a una pandemia, ma a qualsiasi altra emergenza sanitaria pubblica» in quanto «la nazione resta vulnerabile a una miriade di minacce, tra cui un'altra pericolosa malattia infettiva, un disastro naturale disseminato o un potenziale attacco bioterroristico, ognuno dei quali potrebbe avere una ricaduta su quasi tutti i settori dell'economia, arrestare i rapporti sociali e avere effetti significativi e di lunga durata sulla salute collettiva».

³ La prima componente riguarda le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: in modo da rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

⁴ La seconda componente concerne l'innovazione, la ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

⁵ La gestione per progetti (project management) viene definita come l'applicazione di conoscenze, abilità, strumenti e tecniche alle attività (activity) di progetto volte alla corretta impostazione, esecuzione e controllo del progetto stesso. In pratica il gestore di progetti deve rispettare tre vincoli principali: il tempo che indica i termini entro i quali il progetto deve essere completato; il budget che indica il costo che non deve essere superato; e l'ambito che descrive il lavoro richiesto per il completamento del progetto.

⁶ Semplificando il tema, un programma è l'azione di concepire e definire un progetto. Il progetto ha tre caratteristiche fondamentali: è temporaneo, ossia ha una data di inizio e una di fine, solitamente inferiore a tre anni; ha per oggetto la realizzazione di qualcosa di particolare perché deve tener conto della volontà del cliente/utente, delle risorse disponibili, del contesto ecc.; prevede un'elaborazione e realizzazione progressiva, per fasi successive che devono essere monitorate.

⁷ A fronte di una diffusa infezione dimostrata dalla positività ai test sierologici nella popolazione (un'indagine di sieroprevalenza effettuata dall'Istat nell'agosto 2020 è arrivata alla conclusione che circa il 2,5% della popolazione italiana ha sviluppato anticorpi (IgG o IgM) contro il virus SARS-CoV-2), morbosità e soprattutto mortalità attribuibile alla infezione virale hanno mostrato una distribuzione differenziata per età e condizioni di salute dei soggetti che sarà facile mettere in relazione diretta ai determinanti socio-culturali, segnalando evidenti iniquità presenti nel nostro sistema paese. Il lavoro della Commissione sui determinanti sociali della salute (CSDH) dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e la sua relazione finale “ridurre il divario in una generazione” ha messo un punto fermo nella lunga storia sull'azione dei determinanti sociali nel produrre salute e malattia nelle popolazioni, rivelando chiaramente la loro correlazione con l'equità e la giustizia sociale (Commission on Social Determinants of Health, CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, Geneva, 2008).

⁸ Gli operatori di Sanità pubblica dovrebbero essere già al corrente della crescente importanza e del sovrabbondante uso di tecnologie e piattaforme informatiche (web-based) per trasmettere, diffondere e comunicare informazioni relative a programmi di assistenza.

⁹ Come non fare un confronto con l'evoluzione delle previsioni meteorologiche, affidate all'inizio del secolo scorso all'Ufficio “Presagi” del Servizio Meteorologico Nazionale per passare man mano che aumentavano i dati messi a disposizione dai progressi tecnologici a previsioni sempre più precise ed aggiornate. In ogni caso le previsioni non si spingono al di là di 15-30 giorni in quanto oltre tale termine la previsione risulta inaffidabile. Le previsioni a più lunga scadenza sono resi possibili grazie all'esame in termini probabilistici di complessi modelli fisico-matematici e con l'impiego di potenti calcolatori elettronici, sempre accompagnata all'esperienza e all'interpretazione dell'uomo.

¹⁰ All'atto della Istituzione del Servizio sanitario nazionale è stato deciso che «le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio sanitario nazionale sono stabilite con il piano sanitario nazionale in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale» e «Ai fini della programmazione sanitaria, il Ministro della sanità è autorizzato ad avvalersi di un gruppo di persone particolarmente competenti in materia economica e sanitaria, per la formulazione delle analisi tecniche, economiche e sanitarie necessarie alla predisposizione del piano sanitario nazionale» (art. 53. Piano sanitario nazionale). Inoltre «il Ministro della sanità, con proprio decreto, costituisce, ... l'Ufficio centrale della programmazione sanitaria» (art. 59. Riordinamento del Ministero della sanità).

¹¹ «In sanità pubblica la ricerca traslazionale presenta una lunga storia. Decenni fa, la ricerca che ha identificato comportamenti salutari basati su prove scientifiche (ad esempio, smettere di fumare, attività fisica), utilità di test di screening (ad esempio, mammografia) e vaccinazioni, ha dato luogo ad una propria forma di scienza della attuazione (implementation science) come la ricerca scientifica comportamentale su come aiutare le persone ad adottare comportamenti più sani; la ricerca sui servizi sanitari su come i sistemi sanitari possono migliorare l'adozione dei servizi di prevenzione clinica; e la ricerca politica su come aiutare le comunità ad adottare politiche basate sulle prove scientifiche» (Woolf SH, Purnell JQ, Simon SM, Zimmerman EB, Camberos GJ, Haley A, Fields RP. Translating Evidence into Population Health Improvement: Strategies and Barriers. Annu. Rev. Public Health 2015; 36: 21.1–20).

¹² Brown CH, Curran G, Palinkas LA, Aarons GA, Wells KB, Jones L, Collins LM, Duan N, Mittman BS, Wallace A, Tabak RG, Ducharme L, Chambers DA, Neta G, Wiley T, Landsverk J, Cheung K, Cruden G. An Overview of Research and Evaluation Designs for Dissemination and Implementation. *Annu. Rev. Public Health* 2017; 38: 1–22. Da notare che nell'articolo viene sostenuto che «In Sanità pubblica, la Ricerca sulla diffusione e attuazione (Dissemination and implementation Science) è intimamente connessa alla comprensione di come i seguenti sette tipi di interventi possono essere erogati e funzionare efficacemente in diversi contesti: programmi (ad esempio, terapia cognitivo-comportamentale), pratiche (ad esempio, come far diventare i giovani “mansueti”), principi (ad esempio, prevenzione prima del trattamento), procedure (ad esempio, test per la depressione), prodotti (ad esempio, strumenti mobili per l'esercizio fisico), farmaci (ad esempio, preparati per prevenire l'infezione da HIV) e politiche (ad esempio, limitare le prescrizioni per i narcotici). Questi interventi vengono indicati come le 7 P».