

Appropriatezza e teorema di Bayes

Su "quotidianosanità.it" di giovedì 23 maggio 2011 è comparso un articolo a cura di Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe dal titolo "*Senza dati di appropriatezza i tagli indiscriminati sono inevitabili*". Cartabellotta richiama uno "...studio di David Eddy (JAMA 1993;270:520-26), secondo cui l'aumento della spesa sanitaria dipende da quattro variabili:

- l'aumento della vita media delle popolazioni
- l'inflazione generale
- l'inflazione dei costi sanitari
- il volume di prestazioni e servizi sanitari erogati

Di fatto, le prime tre variabili sono fuori dal controllo del sistema sanitario, che può limitarsi a "contenere" esclusivamente il volume di servizi e prestazioni sanitarie erogate. Tale contenimento, tuttavia, continua ad essere non evidence-based, ma guidato da logiche esclusivamente finanziarie che mettono sempre più in crisi le scelte dei professionisti e le aspettative dei pazienti. Oggi infatti, la gestione delle innovazioni tecnologiche riguarda un numero estremamente limitato di interventi sanitari dal costo molto elevato (PET, farmaci biologici, etc), mentre secondo Eddy l'introduzione/rimozione di qualsiasi innovazione deve essere gestita molta cautela dal sistema sanitario, soprattutto se la sua applicazione riguarda una malattia molto comune. Tuttavia, se da un lato "la scure della Finanziaria" si abbatte indiscriminatamente sulla sanità, il mondo professionale non riesce a fornire risposte concrete per l'attuazione del governo clinico. Infatti, se i numeri forniti dai sistemi informativi sono indiscutibili (spesa farmaceutica, liste di attesa, giornate di degenza, etc), pochissime aziende sanitarie dispongono di dati di appropriatezza in grado di documentare che tali costi conseguono a prestazioni sanitarie prescritte ed erogate "al paziente giusto, nel momento giusto, nel posto giusto e per la giusta durata". In altri termini, il sistema sanitario sa bene quanto spende e per cosa spende, ma i professionisti non riescono a documentare se la spesa generata dalle loro prescrizioni è appropriata. In assenza di queste informazioni, in un sistema di risorse finite è assolutamente inevitabile che invece del governo clinico, sia il governo finanziario a decidere quali innovazioni introdurre e quali negare ai pazienti." Vediamo l'affermazione centrale di Cartabellotta "...i professionisti non riescono a documentare se la spesa generata dalle loro prescrizioni è appropriata...".

Concordo pienamente con tutta l'analisi di Cartabellotta, e ovviamente anche con quest'ultima cruciale osservazione. Mi permetto solo di sottolineare, e con un certo orgoglio, visto che è da molti anni che lo vado ripetendo, fino a farci un sito web, che mediante il teorema di Bayes la diagnostica di laboratorio è in grado di documentare l'appropriatezza dei costi. Se andate alla sezione del mio sito dedicata al teorema di Bayes, trovate tra l'altro il documento http://www.bayes.it/pdf/6b_Esempi.pdf nel quale si dimostra che:

- il teorema di Bayes consente di fornire una misura quantitativa, e quindi oggettiva, del valore aggiunto in termini di informazione fornito da un test diagnostico (per esempio un'analisi di laboratorio);
- l'analisi bayesiana fornisce gli indicatori necessari per effettuare una valutazione oggettiva del rapporto costi/benefici di una strategia diagnostica, e quindi di valutarne la razionalità nei confronti di strategie diagnostiche alternative.

Il laboratorio clinico è stato antesignano nell'applicare in sanità la teoria e la prassi della qualità: partendo dal controllo di qualità con le carte di Walter A. Shewhart negli anni '50 del secolo scorso, fino ad arrivare alla fine degli anni'90 ad essere tra i primi in assoluto ad applicare in sanità la normativa ISO relativa al Sistema di Gestione per la Qualità. Direi che oggi il laboratorio clinico si

presenta ancora con un lavoro pionieristico: la messo a punto, a partire dalla riflessione critica sulla "misurabilità" dell'informazione fornita dai test di laboratorio iniziata negli anni '80 [1], di uno strumento concettuale di importanza cruciale. Il teorema di Bayes ne è il fulcro, con i concetti di sensibilità, di specificità, di prevalenza, con il valore predittivo, con le curve ROC, con il rapporto di verosimiglianza (likelihood ratio). E la teoria può essere trasformata in pratica, cioè in comportamenti e interventi valutabili quantitativamente, misurabili. Esattamente quello che serve per "...documentare se la spesa generata dalle loro [NdA: dei professionisti sanitari] prescrizioni è appropriata...". Nelle pagine del mio sito ne trovate le evidenze.

[1] Gerhardt W, Keller H. *"Evaluation of Test Data from Clinical Studies. I. Terminology, Graphic Interpretation, Diagnostic Strategies, and Selection of Sample Groups. II. Critical Review of the Concept of Efficiency, Receiver Operated Characteristics (ROC), and Likelihood Ratios"*. Scand J Clin Lab Invest, 1986, vol 46, suppl 181.