

Urgent measures for an old problem

Dentzer S

Health Aff 2011, 30 (9): 1626

L'editoriale di *Health Affairs* presenta una serie di lavori che affrontano il problema del contenimento dei costi in sanità a partire dalle ipotesi dei Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), secondo le quali un terzo della spesa sanitaria è inutile oppure legato ad un sovratrattamento, a mancanza di coordinamento, a cure non prestate in modo adeguato e a costi amministrativi inutili.

Fra i lavori presentati vi è quello di Thorpe, che esamina l'effetto sulla spesa sanitaria della riduzione del sovrappeso dei *baby boomer*, considerando che questo è uno degli interventi più efficaci per prevenire il diabete di tipo 2. Laugesen e Glied trattano il tema del compenso dei medici, confrontando quello dei medici dell'assistenza primaria e degli ortopedici statunitensi con quello di altri colleghi di cinque paesi industrializzati. Il lavoro di Baker invece presenta i possibili risparmi derivanti dalla telemedicina nei confronti dei pazienti cronici. Infine Auerbach ha calcolato che gran parte dei maggiori guadagni delle famiglie di questi ultimi anni sono stati impiegati per far fronte alle spese sanitarie, mentre Ketsche mostra come questo problema ricada soprattutto sulle famiglie di basso livello socioeconomico.

Reducing spending on low clinical value treatments

Audit Commission

Health briefing, April 2011

Questo documento si occupa delle politiche messe in atto dai Primary Care Trusts' (PCTs) inglesi per ridurre la spesa per gli interventi 'con un basso valore clinico', ossia quelli non efficaci o non costo-efficaci. Molte di queste politiche sono state sviluppate all'interno dell'iniziativa Quality, Innovation, Productivity and Prevention (QIPP), con l'obiettivo di trovare risorse da dedicare a interventi che presentino i migliori esiti di tipo clinico. In questo lavoro viene presentato lo strumento utilizzato per identificare gli interventi efficaci, ma che hanno alternative più costo-efficaci che dovrebbero essere utilizzate in prima istanza, interventi che presentano un profilo rischio-beneficio dubbio nei casi moderati, quelli che sono potenzialmente solo di tipo estetico e gli interventi inefficaci. In questo processo i medici di medicina generale e gli specialisti ospedalieri e am-

bulatoriali devono avere un ruolo primario e devono essere intraprese azioni comunicative chiare sia nei confronti dei professionisti sia del pubblico in generale. Anche il coinvolgimento delle direzioni aziendali e amministrative rientra fra i fattori di successo dell'applicazione di questo strumento.

The demand for long-term care for older people

EuroHealth 2011; 17: n. 2-3

In questo documento vengono presentati alcuni lavori sul tema dell'assistenza alle persone non autosufficienti, discussi in un seminario organizzato dalla London School of Economics. Si prevede che la popolazione europea con più di 80 anni raddoppierà entro il 2050, con un conseguente aumento della domanda di servizi di assistenza per la non autosufficienza. Questo cambiamento demografico sarà accompagnato da trasformazioni sociali che coinvolgeranno le famiglie, diventate meno numerose, con implicazioni sia nelle tipologie residenziali sia nella partecipazione femminile al mondo del lavoro, essendo le donne in genere più predisposte a offrire assistenza.

Fra i diversi lavori presentati ricordiamo quello di Comas-Herrera, che discute le diverse ipotesi sulla disabilità e sulla demenza, utilizzate per effettuare le previsioni di spesa nell'assistenza per la non autosufficienza. Hanson and Magnusson illustrano il sistema informativo utilizzato in Svezia dalle persone anziane a livello domiciliare, che mette in contatto ogni famiglia con un centro di supporto attraverso l'utilizzo di un semplice collegamento internet e webcam. Infine Colombo and Mercier presentano un documento dell'Oecd, con alcune proiezioni sulla spesa per la non autosufficienza e considerazioni per la sua sostenibilità nel lungo periodo.

Fair London, healthy Londoners?

London Health Commission 2011

Un anno dopo la pubblicazione del rapporto *Fair society, healthy lives*, elaborato dal gruppo di lavoro sulle disuguaglianze presieduto dal Professor Sir Michael Marmot, la London Health Commission ha pubblicato un rapporto che descrive le disuguaglianze londinesi prendendo in considerazione sia gli esiti di salute sia gli indicatori dei determinanti sociali che ne sono alla base. L'approccio è quello di responsabilizzare le autorità locali nell'affrontare il problema delle disuguaglianze, che rappresentano

uno spreco di opportunità di vita e di salute e comportano un costo enorme in termini di produttività persa e di costi per il sistema sanitario. Le prove del fatto che la migliore soluzione sia quella di investire sui bambini negli anni prescolari sono molto forti. I principali indicatori a livello locale sono l'aspettativa di vita alla nascita, il livello di sviluppo dei bambini a 5 anni, i giovani senza occupazione o formazione e le persone che ricevono un sussidio.

**Making shared decision-making a reality.
No decision about me, without me**

Coulter A, Collins A
The King's Fund 2011

Questo documento si occupa del processo decisionale condiviso fra medici e pazienti al fine di selezionare trattamenti ed esami sulla base delle prove disponibili e delle preferenze dei pazienti stessi. Implica l'utilizzo di informazioni *evidence-based* sulle alternative, sugli esiti e sulle incertezze insieme a strumenti in grado di registrare le preferenze dei pazienti. Il governo inglese ritiene importante che questo tipo di strumento sia utilizzato in modo costante all'interno del NHS, ma esiste poca chiarezza su di esso e su quali siano le implicazioni per i pazienti, i clinici e il sistema. In generale si tratta di un processo importante, in quanto alcuni studi dimostrano come i pazienti coinvolti nelle decisioni raggiungano migliori esiti clinici. Tra le azioni nelle quali è importante coinvolgere i pazienti ricordiamo quella di sottoporsi a screening o a procedure chirurgiche, di assumere farmaci o adottare cambiamenti negli stili di vita. Nel lavoro vengono presentate diverse indicazioni al fine di favorire questo tipo di approccio nella pratica clinica.

Data strategies for policymaking. Identifying international good practice. Final report

Brutscher PB, Tiessen J, Shehabi A et al
RAND Europe Corporation, 2010

In questo rapporto della RAND Europe vengono descritti alcuni casi presentati dal Directorate General for Health and Consumer Policy (DG SANCO) della Commissione Europea sulle strategie di raccolta e utilizzo delle informazioni. Negli ultimi anni la Commissione Europea ha cercato sempre di più di utilizzare un approccio *policymaking* basato sulle prove, in quanto produce migliori esiti rispetto alle scelte effettuate. L'obiettivo del DG SANCO, e di molte altre istituzioni sanitarie, è quello di avviare un processo maggiormente integrato per trasferire le informazioni che derivano dalla ricerca nell'attuazio-

ne delle politiche sanitarie. Il percorso identificato comprende cinque diversi elementi:

- a. l'identificazione e la prioritizzazione del bisogno informativo;
- b. la raccolta dei dati;
- c. il management delle informazioni;
- d. l'analisi dei dati e la loro comunicazione;
- e. l'utilizzo dei dati.

Report by the Commission on the measurement of economic performance and social progress 2011

Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi JP
Paris 2011

Questo rapporto, richiesto dal presidente francese Sarkozy ad una specifica commissione di esperti di livello mondiale, si è posto l'obiettivo di identificare i limiti della misurazione del benessere sociale e della ricchezza di una nazione attraverso il prodotto interno lordo e l'identificazione di possibili nuovi indicatori che consentano di prendere le migliori decisioni possibili per lo sviluppo e il benessere futuro delle persone.

Gli autori sono convinti che l'attuale crisi sia giunta inaspettata anche perché i tradizionali indicatori di benessere non misurano in modo adeguato la realtà. Anche le performance positive sarebbero state valutate in modo diverso se si fossero tenuti in considerazione gli aspetti legati alla sostenibilità del sistema, come ad esempio l'indebitamento. Fra i messaggi chiave del rapporto vi è proprio la distinzione fra benessere e sostenibilità, legata quest'ultima a quello che verrà lasciato in eredità alle future generazioni. Altri elementi sottolineano l'importanza di misurare il miglioramento della qualità dei prodotti e di passare a una misurazione del benessere che tenga conto anche dell'equità nella distribuzione dei beni. Riguardo a questi ultimi poi, bisogna considerare che beni prima erogati in famiglia e ora acquistati sul mercato danno una scorretta rappresentazione di un miglioramento del benessere, essendo questo legato solo ad un cambio nelle modalità di erogazione. La valutazione del benessere deve comunque essere multidimensionale e includere contemporaneamente le condizioni di vita materiali, la salute, l'educazione e le attività personali.

Psychosocial working conditions and the utilization of health care services

Azagba S, Sharaf[†] MF
BMC Public Health 2011, 11: 642

Numerose sono le prove di quanto lo stress lavorativo incida sulla salute fisica e mentale, mentre

pochi sono gli studi che mostrano la relazione fra stress lavorativo e utilizzo di risorse sanitarie. Servendosi di un'indagine canadese svolta dal 2000 al 2008, Azagba e Sharaf hanno valutato questo aspetto separandolo per i due sessi.

Il modello di regressione ha mostrato come i lavoratori con un livello medio o alto di stress presentano un'associazione positiva con il numero di visi-

te dal medico di medicina generale (+26%) e dallo specialista ambulatoriale (27%), con dati comparabili fra maschi e femmine.

Questi risultati sottolineano l'importanza di creare all'interno dei luoghi di lavoro meccanismi di supporto in grado di prevenire queste problematiche.

Massimo Brunetti