- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.33.41 Mon, 29 Apr 2024, 12:43:50

Spunti di riflessione su technology assessment, assistenza territoriale e disuguaglianze

Massimo Brunetti

Azienda Usl di Modena

Rapid review versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in health technology assessment
Watt A, Cameron A, Sturm L et al
Int J Technol Assess Health Care 2008; 24: 133-139

Chi si occupa di *technology assessment* in sanità (HTA) deve affrontare quotidianamente il problema della tempestività nel rispondere ai quesiti dei decisori sanitari. Questo generalmente si contrappone alla metodologia tradizionale di HTA, che prevede un periodo abbastanza lungo di tempo per raccogliere, analizzare, interpretare, rivedere e pubblicare i risultati. Si crea così una costante tensione fra la domanda di HTA e gli imperativi del processo decisionale dei decisori sanitari, dove le risposte devono essere tempestive per poter influenzare il percorso decisionale. Le 'revisioni rapide' della letteratura vorrebbero rispondere a questo problema. Il lavoro di Watt e colleghi ha valutato i metodi attualmente usati nella loro preparazione attraverso un questionario inviato alle organizzazioni che si occupano di HTA e attraverso una revisione della letteratura. Dai risultati delle 18 agenzie di HTA che hanno risposto indagando 36 revisioni rapide si è visto che esiste molta eterogeneità nelle metodologie per condurre tali analisi. Nella metà dei casi i lavori sono stati condotti in un periodo compreso fra 1 e 3 mesi e nell'altra metà fra 3 e 6 mesi. Il richiedente era generalmente un decisore di alto livello, come i governi e i ministeri della salute. Nella metà dei casi la ricerca bibliografica era condotta in modo sistematico, mentre nei restanti casi solo su un numero limitato di database: le revisioni condotte in minor tempo indagavano in maggior misura un numero limitato di database, usando anche meno frequentemente l'*hand search* e la letteratura grigia. Nessuna delle revisioni rapide ha escluso le revisioni sistematiche, il 6% gli RCTs, il 17% i non-RCT e l'83% le serie di casi. Un terzo delle revisioni rapide non prevede l'uso di esperti esterni nella preparazione delle stesse. Le principali differenze metodologiche che distinguono una revisione rapida da un HTA completo riguardano la definizione di domande molto mirate rispetto al tradizionale HTA e una ricerca bibliografica più specifica. I risultati del lavoro indicano come non vi siano standard definiti per condurre revisioni rapide e vi siano differenze nelle metodologie usate fra le diverse agenzie. Inoltre, maggiore attenzione dovrebbe essere data alla valutazione della qualità degli studi e alla trasparenza dei metodi. Le conclusioni del lavoro suggeriscono di lavorare su un approccio comune al problema fra le diverse agenzie di HTA al fine di aumentare la trasparenza di questi studi.

Systematic reviews and economic evaluations conducted for the National Institute for Health and Clinical Excellence in the United Kingdom: a game of two halves?
Drummond MF, Iglesias CP, Cooper NJ
Int J Technol Assess Health Care 2008; 24: 146-150

Sempre rimanendo in tema di *technology assessment*, Drummond e colleghi hanno esaminato il rapporto che esiste fra le revisioni sistematiche della letteratura e le valutazioni economiche prodotte in tutti gli HTA dal National Institute for Clinical Excellence (NICE) fra il gennaio 2003 e il luglio 2006: ogni valutazione economica dovrebbe basarsi sui migliori dati di efficacia disponibili e quindi anche sulle revisioni sistematiche degli stessi. Dei 41 HTA esaminati, tutti contenevano una revisione sistematica e l'85% era rappresentato da analisi costi utilità così come previsto dal NICE. Tuttavia, spesso i risultati delle revisioni sistematiche non vengono usati direttamente nelle analisi costi utilità, in quanto la misurazione delle utilità per calcolare i QALY non viene quasi mai calcolata nei trial clinici. Invece il risultato della revisione sistematica è sempre utilizzato, quando questo corrisponde all'esito clinico usato nella valutazione economica (per esempio, la sopravvivenza). Problemi vi sono anche quando la revisione non produce una sintesi dei dati clinici: in 17 casi su 41 i dati di efficacia non sono stati sintetizzati a causa dell'eterogeneità dei risultati o del numero limitato di studi. Tuttavia, anche in questi casi, gli economisti generano una sintesi dei dati a partire da un sottoinsieme di studi clinici, usando anche opinioni di esperti. Ognuna di queste strategie può por-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.33.41 Mon, 29 Apr 2024, 12:43:50

tare a introdurre dei bias nella valutazione. La presenza di una revisione sistematica quindi non sembra essere garanzia sufficiente della qualità dell'analisi economica: è importante anche vedere come i dati clinici vengono estrapolati.

The use of economic evaluations in NHS decision-making: a review and empirical investigation
Williams I, McIver S, Moore D et al
Health Technol Assess 2008; 12: 1-196

Uno dei paesi in cui la valutazione economica sembra avere il maggior livello di utilizzo è la Gran Bretagna, dove la presenza del NICE può aver giocato un ruolo importante in termini di utilizzo di questo tipo di valutazione. Williams e colleghi hanno indagato come gli aspetti economici degli interventi sanitari siano tenuti in considerazione in Gran Bretagna nei diversi livelli del sistema sanitario. Il lavoro è stato condotto attraverso una revisione sistematica degli studi esistenti e con 5 casi di studio, di cui 4 a livello locale e uno a livello nazionale, il NICE. La prima non ha messo in evidenza risultati significativi, mentre sono emersi spunti interessanti dai casi di studio. Va subito detto che a livello nazionale nell'esperienza del NICE le valutazioni economiche sono molto integrate nel processo decisionale. A livello locale invece la situazione è ben diversa. Per prima cosa vi sono molti comitati locali che decidono sull'uso dei farmaci con forti differenze fra loro in termini di organizzazione e capacità di analisi. Le decisioni vengono prese sulla base dei dati di efficacia, di costo degli interventi e anche dell'implementazione degli stessi: le informazioni sulla costo-efficacia degli interventi vengono scarsamente considerate. Uno dei problemi messi in luce riguarda il fatto che questi comitati locali operano senza un controllo diretto sull'allocazione delle risorse, anche se alcuni dei loro membri tengono conto degli aspetti del controllo della spesa. Tuttavia, la maggior parte dei membri dispone di una limitata capacità di interpretare le valutazioni economiche. A livello locale quindi la situazione sembra simile a quella italiana.

Exploring policy-makers' perspectives on disinvestment from ineffective healthcare practices
Elshaug AG, Hiller JE, Moss JR
Int J Technol Assess Health Care 2008; 24: 1-9

Nella maggior parte dei casi il *technology assessment* valuta le tecnologie da introdurre nel sistema sanitario. Ma qualcuno si preoccupa di eliminare le procedure inutili? Nell'analisi qualitativa di Elsaugh e colleghi è stata indagata la percezione di decisori sanitari australiani relativamente al tema dei disinvestimenti in sanità per interventi considerati inefficaci o applicati in modo inappropriato. L'indagine si è basata sull'analisi di un potenziale caso di disinvestimento. Dai risultati del lavoro è emerso che nella realtà australiana siano avvenuti casi di disinvestimenti, ma solo basati su dati di sicurezza (in particolare farmaci), mentre molto meno frequenti sono stati i casi basati su dimostrazioni di mancanza di efficacia. In alcuni casi si sono verificati esempi di parziale limitazione dell'uso come nella chirurgia dell'ernia o nella terapia iperbarica con ossigeno. Il lavoro ha messo in evidenza alcune problematiche:

- da un punto di vista politico questo tema ha una priorità molto bassa;
- la differente considerazione di prove legate alla mancanza di efficacia di un intervento e la mancanza stessa di prove di efficacia;
- l'importanza nel considerare tutte le forme di evidenza in questo tipo di decisione, inclusa la letteratura grigia, tenendo anche conto dei molteplici punti di vista sul problema;
- del tema dei disinvestimenti non si dovrebbe occupare lo stesso organismo che si occupa della valutazione delle tecnologie o dei farmaci, ma ci dovrebbe essere un organismo specifico.

Understanding the work of general practitioners: a social science perspective on the context of medical decision making in primary care
Geneau R, Lehoux P, Pineault R et al
BMC Family Practice 2008; 9: 12

Lasciando il tema della valutazione degli interventi, la letteratura offre alcuni spunti interessanti sull'assistenza territoriale. Il primo riguarda la medicina generale, che sta assumendo in tutti i sistemi sanitari un ruolo sempre più importante sia in termini di qualità dell'assistenza sia di sostenibilità degli stessi. Geneau e colleghi hanno condotto uno studio fra il 2001 e il 2003 al fine di identificare i fattori organizzativi che influenzano il lavoro dei medici di medicina generale nella provincia canadese del Quebec. L'indagine è stata condotta su due diverse tipologie di medici: quelli pagati a prestazione, che lavorano singolarmente, e quelli stipendiati, che lavorano in modo più aggregato con i loro colleghi in centri sanitari. L'analisi qualitativa ha messo in evidenza almeno quattro fattori che influenzano il lavoro di questi medici: la modalità di remunerazione, l'interazione con i colleghi, i quesiti posti dai pazienti e la disponibilità di usare altri interventi sanitari nell'ambiente circostante. Secondo questi autori i medici pagati a prestazione preferiscono trat-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.33.41 Mon, 29 Apr 2024, 12:43:50

tare un numero maggiore di casi semplici (per esempio, un raffreddore) piuttosto che pazienti complicati. La tipologia di remunerazione del medico influenza anche il tempo della visita: il medico pagato a prestazione impiega 10-15 minuti per visita, mentre quello salariato 20-45 minuti. I medici pagati a prestazione tendono a partecipare meno alle attività di educazione medica continua. Tutti descrivono come importante il rapporto con i loro colleghi. Tuttavia alcune volte esso non è molto sviluppato, soprattutto nel caso dei medici pagati a prestazione che hanno molte meno occasioni di discutere i casi clinici rispetti ai loro colleghi che lavorano nei centri sanitari. I quesiti dei pazienti costituiscono per tutti i medici un aspetto importante: in particolare i medici pagati a prestazione spesso non hanno il tempo e l'energia per spiegare i motivi per cui alcuni farmaci o test non sono utili. I medici che operano in un contesto rurale, con difficoltà di accesso a risorse tecnologiche e specialistiche, adottano generalmente un approccio più clinico: il che a volte è interpretato come una opportunità per avere un approccio più evidence-based. Uno degli aspetti più importanti nel momento in cui è necessario prendere decisioni è il fattore 'tempo'. In alcuni casi i medici, proprio per far fronte alla 'mancanza' di tempo, preferiscono gestire un problema clinico alla volta per ogni visita. Secondo questi medici, i colleghi con un approccio aperto hanno pazienti che pongono più domande, vedendosi così sottoporre più di un problema clinico a visita. Infine, visite più brevi influenzano la capacità di raccogliere l'anamnesi del paziente, determinando una maggiore incertezza sulla sua storia naturale e un maggiore ricorso a esami, visite specialistiche, farmaci, etc. Alla luce di tutte queste considerazioni, gli autori suggeriscono di indagare se avere più medici con meno pazienti potrebbe essere un buon investimento per il sistema sanitario in generale.

Long-term care in the European Union
European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG
ttp://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf

Rimanendo a livello territoriale, uno studio della Commissione Europea sull'incremento della domanda e dei costi per la fornitura di servizi di cura agli anziani indica che la popolazione di anziani con più di 80 anni, che nel 2004 era pari a circa 18 milioni, aumenterà fino a circa 50 milioni nel 2050. Ciò comporterà da un lato la creazione di posti di lavoro, dall'altro un forte aumento di spesa pubblica. Secondo le proiezioni, la spesa pubblica dell'UE 25 in materia di cura degli anziani passerà dallo 0,9% del PIL nel 2004, all'1,6% nel 2050, ma potrebbe raggiungere quota 2,3%. Le principali sfide che gli Stati membri si troveranno ad affrontare nell'ambito della cura degli anziani sono: 1. assicurare un accesso generalizzato e universale ai servizi di cura; 2. assicurare un finanziamento sicuro per i servizi di cura, attraverso un mix di risorse pubbliche e private; 3. migliorare il coordinamento tra i servizi sociali e medici; 4. promuovere un'assistenza 'in comunità', aiutando gli anziani non autosufficienti a rimanere il più a lungo possibile nelle loro case; 5. migliorare la preparazione e le condizioni di lavoro delle persone impiegate nel settore e sostenere coloro che si prendono cura degli anziani informalmente, come i loro familiari.

Can you pay people to be healthy?
Wilkinson E
Lancet 2008; 371: 1325-1326

I sistemi sanitari in questi ultimi anni hanno messo in campo iniziative al fine di sostenere stili di vita corretti da parte delle persone come l'aumento delle limitazioni sulle pubblicità dei cibi spazzatura o la limitazione del fumo nei locali pubblici. Non sembra, però, che queste iniziative diano grandi risultati e le disuguaglianze in termini di salute aumentano. Diversi sistemi sanitari usano incentivi finanziari per incoraggiare le persone ad adottare stili di vita salutari, procedura che è stata suggerita anche all'interno del NHS. Ad esempio, in un caso il NICE raccomanda di pagare i tossicodipendenti per partecipare a programmi di disintossicazione. In un altro caso un documento nazionale inglese sull'obesità suggerisce che gli incentivi finanziari potrebbero favorire l'adozione di stili di vita più salutari come il perdere peso, mangiare sano e aumentare l'attività fisica. Vi sono anche esempi in cui anche assicurazioni sanitarie incentivano finanziariamente comportamenti salubri. Tuttavia, un recente lavoro del King Funds, come commenta Wilkinson nel suo articolo, ha mostrato che questi incentivi funzionano solo per interventi semplici e di breve periodo, quali favorire la vaccinazione dei bambini o offrire voucher da spendere a donne che devono smettere di fumare in gravidanza. Non funzionano invece nel lungo periodo, con interventi volti a contrastare l'obesità, perché le persone tendono a riprendere le loro abitudini.

Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries
The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health
NEJM 2008; 358: 2468-2481

Diamo ora uno sguardo alle disuguaglianze nella salute. Il confronto fra le diverse nazioni può aiutare

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.33.41 Mon, 29 Apr 2024, 12:43:50

ad identificare le azioni per la loro riduzione: uno dei più grandi studi pubblicati, prodotto dall'European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, ha confrontato i dati di mortalità e di salute soggettiva, fumo e obesità di 22 paesi europei. In quasi tutti la mortalità e una cattiva salute sono maggiori nei gruppi di popolazione a più basso livello socioeconomico, ma il livello di disuguaglianza fra un gruppo e l'altro di popolazione cambia in modo importante fra un paese e l'altro. Le disuguaglianze nella mortalità sono basse in alcuni paesi dell'Europa meridionale e molto ampie nella maggior parte delle nazioni dell'Est e dell'Europa balcanica. Anche i paesi dell'Europa settentrionale presentano differenziali di disuguaglianza peggiori rispetto ai paesi dell'Europa del sud nonostante le politiche di welfare dei primi. Queste differenze sono da attribuirsi principalmente al fumo e al consumo di alcol. Anche nel caso della salute percepita esistono differenze fra i diversi paesi. In generale le disuguaglianze sono maggiori per gli uomini nel caso del fumo e per le donne per quanto riguarda l'obesità. Per l'Italia, considerata utilizzando i dati dello studio sulle disuguaglianze condotto nell'area torinese, il dato sulle disuguaglianze è molto più ampio nel caso dell'obesità che nel fumo. Questo studio mette in evidenza come vi siano forti differenze fra i diversi paesi e anche che, dove esistano politiche di sicurezza sociale come nei paesi scandinavi, il problema delle disuguaglianze nella salute permane.

Options for slowing the growth of health care costs
Mongan JJ, Ferris TG, Lee TH
NEJM 2008; 1509-1514

Infine uno spunto dal sistema sanitario statunitense. L'elevata spesa sanitaria statunitense continua a rappresentare un problema, per cui Mongan e colleghi hanno avanzato una serie di proposte valutandole in funzione della probabilità di ottenere un risultato positivo in termini di contenimento della spesa sanitaria. Fra gli interventi con maggiore probabilità di successo nel contesto statunitense, gli autori pongono al primo posto la revisione del sistema a pagamento a prestazione dei medici verso sistemi che prevedono un pagamento per singolo paziente. Un secondo punto riguarda il rafforzamento della valutazione dell'efficacia dei nuovi farmaci e delle altre tecnologie, sostenendo anche la necessità di un nuovo ente a livello nazionale che si occupi di questo. Un terzo elemento riguarda il maggior uso di sistemi inerenti la gestione informatizzata delle informazioni sanitarie, che potrebbero portare ad un maggiore coordinamento dei diversi professionisti e anche ad una riduzione nella variabilità nei loro comportamenti. Un ulteriore elemento concerne la riduzione dei costi amministrativi del sistema sanitario. L'ultimo intervento efficace proposto riguarda la focalizzazione su patologie croniche come il diabete e le malattie coronariche. Tuttavia questi autori sottolineano che se da un lato è vero che il 70% dei costi è legato al 10% dei pazienti, molti dei quali con più patologie, non tutti gli interventi efficaci portano ad una riduzione dei costi. Questo è vero nel caso del *disease management* dello scompenso cardiaco, ma non in altri casi. Interventi che hanno un moderato potenziale di contenimento dei costi riguardano le attività sanitarie svolte nell'ultimo periodo di vita delle persone, con un maggior uso degli hospice e delle cure palliative. Esistono, infatti, dati dalla letteratura che mostrano come l'uso dell'ospedale nell'ultimo mese di vita può essere diminuito senza compromettere l'assistenza ai pazienti e alle loro famiglie. Infine, fra le opzioni con minori probabilità di cambiare lo scenario vi sono il miglioramento delle malpractice in campo sanitario e la revisione del sistema di definizione del prezzo dei farmaci. Infine, secondo questi autori, anche la prevenzione delle patologie sembrerebbbe portare a scarsi risultati in termini di contenimento della spesa sanitaria.