

### **Impact of formal care consumption on informal care use in Europe: what is happening at the beginning of dependency?**

Rapp T, Ronchetti J, Sicsic J

*Health Policy* 2022; 126 (7): 632-642

Dall'inizio degli anni Novanta nella maggior parte dei paesi europei le politiche di assistenza a lungo termine (long term care) hanno incoraggiato il ricorso all'assistenza informale per cercare di contenere la spesa. Attualmente il 13% delle persone di età superiore ai 50 anni fornisce assistenza a lungo termine a un parente anziano disabile nei paesi Ocse. Nella maggior parte dei paesi i caregiver informali sono diventati attori centrali nel processo di erogazione dell'assistenza a lungo termine tanto che in Svezia e in Francia si stima forniscano oltre il 70% dell'assistenza totale ricevuta dai pazienti con malattia di Alzheimer. Tuttavia, l'offerta di assistenza informale è destinata a diminuire in futuro per diversi motivi: l'invecchiamento dei caregiver (di solito rappresentati dal coniuge dell'anziano non più autosufficiente), la maggiore mobilità delle famiglie e la crescente partecipazione delle donne, che spesso sono le principali fornitrici di assistenza informale, al mercato del lavoro.

Poco si sa sul processo decisionale relativo l'impiego di assistenza formale e informale all'esordio della disabilità, quando le persone anziane diventano vulnerabili. L'articolo dei ricercatori dell'Università di Parigi e di Lione esamina proprio l'impatto del ricorso a cure formali sulle cure informali in una popolazione europea di anziani fragili. Gli autori utilizzano i dati dello studio SPRINTT, che coinvolge un campione di 1515 anziani (70+) intervistati in 11 paesi europei, ed esplorano l'impatto del ricorso all'assistenza formale da casa su quella informale, riproducendo i criteri di ammissibilità ai programmi pubblici di assistenza formale domestica in ogni paese esaminato. Lo studio dimostra che ricevere assistenza formale domiciliare influisce positivamente e significativamente sulla probabilità di utilizzare assistenza informale. Assistenza formale e informale sono complementari all'inizio del processo di non autosufficienza.

### **How do treatment preferences of patients with cancer compare with those of oncologists and family members? Evidence from a discrete choice experiment in China**

Zhang M, He X, Wu J, et al

*Value Health* 2022). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.05.003>

Lo studio mira a confrontare le preferenze di trattamento tra oncologi, pazienti con cancro ai polmoni e membri della loro famiglia in Cina.

È stato condotto un esperimento di scelta discreta faccia a faccia tra oncologi, pazienti e loro familiari. I partecipanti hanno completato la compilazione di 13 set di scelta che descrivono 6 attributi chiave: tempo di sopravvivenza globale, rischio di gravi effetti avversi, gravità del dolore, appetito, stato di funzionamento fisico e costo mensile. Il modello logit misto e l'analisi della classe latente sono stati utilizzati per stimare i pesi delle preferenze a livello di attributo e l'importanza relativa (IR) degli attributi. Sono state inoltre stimate la disponibilità a pagare (WTP) e il rischio massimo accettabile (MAR). Sono stati confrontati IR, WTP e MAR di oncologi, pazienti e familiari.

Un totale di 121 oncologi e 161 diadi di pazienti e familiari hanno completato l'indagine. Il tempo di sopravvivenza globale, lo stato di funzionamento fisico e il dolore si sono rivelati i 3 attributi più importanti in tutti e 3 i gruppi. Oncologi e familiari hanno attribuito un'IR più alta al tempo di sopravvivenza globale rispetto ai pazienti (48% e 51% vs 38%). I pazienti hanno attribuito un'IR più alta allo stato di funzionamento fisico e al dolore (23% e 14%) rispetto agli oncologi (13% e 12%) e ai familiari (16% e 11%). Rispetto alla possibilità di prolungare la sopravvivenza, è risultata una WTP minore da parte dei pazienti e un MAR più alto da parte dei familiari.

Lo studio ha evidenziato differenze sulle preferenze relative alla sopravvivenza, sull'accettazione del rischio di effetti collaterali, sulla qualità della vita e sulla disponibilità ad affrontare i costi associati alle terapie oncologiche tra pazienti, oncologi e familiari. Questi risultati sottolineano l'importanza di coinvolgere sempre di più i pazienti nel processo decisionale terapeutico.

### **Supply-side cost-effectiveness thresholds: questions for evidence-based policy**

Sampson C, Zamora B, Watson S et al.

*Appl Health Econ Health Policy* 2022. doi: <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00730-3>

Vi è un crescente interesse verso i valori soglia di costo-efficacia come strumento per prendere decisioni informate sull'allocazione delle risorse nel settore sanitario. Studi condotti in diversi paesi hanno cercato di stimare i costi opportunità del sistema sanitario, che le soglie del rapporto costo-efficacia dal lato dell'offerta intendono rappresentare. Nell'articolo di Sampson et al si considera il ruolo delle stime empiriche delle soglie dal lato dell'offerta nel processo decisionale. Studi recenti stimano il costo per unità di salute in base allo spostamento medio di risorse necessario per produrre un'unità di salute in più o all'elasticità del risultato. Utilizzando questa classificazione, si riassumono i limiti degli attuali approcci alla stima della soglia in termini di teoria,

metodi e dati. Si evidenziano le domande che sorgono da interpretazioni alternative delle soglie e si forniscono raccomandazioni ai responsabili politici che cercano di utilizzare una soglia dal lato dell'offerta quando le prove di efficacia sono ancora incomplete: (1) i responsabili politici devono definire chiaramente l'ambito di applicazione di una soglia e la base teorica per le stime empiriche dovrebbe essere coerente con tale scopo; (2) dovrebbe essere definito un processo per la valutazione di nuove evidenze e per determinare i cambiamenti della soglia da applicare nel processo decisionale; (3) i processi decisionali dovrebbero mantenere la flessibilità nell'applicazione di una soglia; (4) i responsabili politici dovrebbero fornire supporto ai decisori in relazione all'uso delle soglie e all'attuazione delle decisioni derivanti dalla loro applicazione.

### **Providers' perspectives on implementing resilience coaching for healthcare workers during the covid-19 pandemic**

Rosen B, Preisman M, Read H et al.  
*BMC Health Serv Res* 2022; 22 (1): 780

La pandemia di covid-19 ha gravemente esacerbato lo stress vissuto dagli operatori sanitari in tutto il mondo, amplificando la necessità di strumenti a sostegno del loro benessere psicologico. Lo studio di Rosen et al è un'indagine qualitativa sull'attuazione di un programma di supporto per gli operatori sanitari chiamato 'Resilience coaching.' Tale programma è stato erogato da un team interdisciplinare composto da psichiatri, infermieri di salute mentale e un bioeticista senior. Lo studio si è concentrato in particolare sulle esperienze di chi ha fornito l'intervento terapeutico.

Il Resilience coaching è stato introdotto nell'aprile 2020 in un ospedale universitario di Toronto, in Canada, ed è attualmente ancora utilizzato. Nell'ambito di una più ampia valutazione qualitativa svolta all'interno dell'ospedale, 13 resilience coach sono stati intervistati sulla loro esperienza di supporto psicosociale ai colleghi. Le interviste, condotte tra febbraio e giugno 2021, sono state registrate, trascritte e analizzate per temi dal gruppo di ricerca.

I coach si sono rivelati motivati dall'opportunità di supportare i colleghi e di contribuire alla risposta complessiva data dal sistema sanitario alla covid-19. Le sfide che hanno dovuto affrontare hanno riguardato in particolare la difficoltà di trovare il tempo necessario per l'attività di coaching all'interno di programmi di lavoro impegnativi, la necessità

di bilanciare tensioni legate al ruolo professionale ricoperto, la fatica di svolgere questa attività sperimentando essi stessi il burnout.

Lo svolgimento dell'attività di coaching in coppia e il supporto tra pari all'interno dello stesso gruppo di coaching possono contribuire a mitigare alcune di queste sfide. Prendere in considerazione l'esperienza diretta di chi svolge attività di supporto destinata agli operatori sanitari è importante per valutare le prospettive future di questi interventi, tanto più quando si attuano programmi di supporto che sfruttano i team interni.

### **Adoption of large-scale medical equipment: the impact of competition in the German inpatient sector**

Dreger M, Langhoff H, Henschke C  
*Eur J Health Econ* 2022; 23: 791-805

La disponibilità di apparecchiature mediche su larga scala, come la tomografia computerizzata (Tc), la risonanza magnetica per immagini (Rmi) e gli scanner per tomografia a emissione di positroni (Pet), è aumentata rapidamente in tutto il mondo negli ultimi decenni.

Nonostante tra i paesi dell'Ocse la Germania sia ai primi posti in base al numero di tecnologie di imaging e alla loro applicazione per abitante, a differenza di altri paesi non presenta una pianificazione governativa di adozione delle apparecchiature mediche su larga scala.

Gli autori dello studio pubblicato su *The European Journal of Health Economics* hanno quindi analizzato se e in che modo l'adozione e la distribuzione di Tc, Rmi e Pet nel settore ospedaliero tedesco sia soggetta a concorrenza. Utilizzando un modello di probabilità lineare, hanno inoltre esaminato l'impatto di fattori regionali, ospedalieri e basati sulla popolazione. I risultati indicano che il tasso di adozione di un'apparecchiatura di imaging da parte dei centri ospedalieri tedeschi diminuisce nel momento in cui sono presenti nelle vicinanze altri centri già dotati dello stesso dispositivo. Non è stata individuata alcuna influenza legata all'importo dei sussidi statali che potrebbero essere utilizzati per l'adozione o meno di una delle tecnologie prese in considerazione dallo studio. Le dimensioni dell'ospedale e il fatto che costituisca un polo universitario influiscono invece fortemente sulla loro eventuale adozione.

*A cura di Silvia Coretti*