

The dynamics of frailty and change in socio-economic conditions: evidence for the 65+ in Europe

Sirven N, Dumontet M, Rapp T
Eur J Public Health 2020; 30 (4): 715-719

Dal punto di vista clinico, la fragilità (*frailty*) per le persone anziane è definita come un'elevata vulnerabilità ai fattori di stress, che porta a esiti negativi per la salute. È riconosciuta come un precursore specifico della disabilità al pari delle malattie croniche, che consente però – a differenza delle patologie croniche – una certa reversibilità nella perdita di autonomia. Offre quindi, dal punto di vista delle politiche pubbliche, buone opportunità per la diagnosi precoce e la prevenzione.

Sebbene la letteratura relativa al rapporto tra determinanti socioeconomici e fragilità stia emergendo in contesti trasversali, si hanno ancora poche informazioni sulla dinamica di questa relazione nel tempo. L'articolo di Sirven et al. esamina l'evoluzione congiunta della fragilità e del cambiamento delle condizioni economiche negli over 65 in Europa, utilizzando i dati individuali e longitudinali di SHARE (Survey on Health, Aging and Retirement in Europe) nel periodo 2004-2012. Il campione esaminato contiene 31.044 rilevazioni di 12.002 individui intervistati di età pari o superiore a 65 anni. Viene stimato un modello di Poisson a effetti fissi per controllare l'eterogeneità individuale non osservata. Sono stati considerati a loro volta tre tipi di variabili economiche esplicative: il reddito, la ricchezza e una variabile soggettiva di deprivazione.

Gli individui con peggioramento delle condizioni economiche (ricchezza e deprivazione soggettiva) nel tempo manifestano un rapido aumento dei sintomi di fragilità. I risultati mostrano anche che la natura della variabile economica non influisce allo stesso modo sul processo di fragilità. La misura soggettiva della privazione sembra valutare meglio le difficoltà finanziarie della famiglia rispetto alla misura oggettiva.

Dal punto di vista delle politiche pubbliche, questi risultati evidenziano che azioni che promuovono le condizioni economiche degli anziani potrebbero avere un impatto significativo sulla fragilità, riducendo i rischi di disabilità.

'Catching the new': exploring the impact of professional networks on innovative work behavior in healthcare

Di Vincenzo F, Iacopino V
Creat Innov Manag 2022; 31 (1): 141-151

Lo studio indaga l'impatto dei network professionali sulla capacità di assumere un comportamento lavorativo innovativo in ambito sanitario,

prendendo in considerazione una comunità di 181 medici di base in Italia. Sono stati utilizzati il modello di regressione logistica ordinale e tecniche di analisi dei social network per comprendere fino a che punto la collaborazione e la consultazione tra i medici influisca sulla loro propensione ad adottare trattamenti innovativi nella pratica clinica.

L'analisi ha rivelato che esiste una proporzionalità diretta tra la posizione di centralità del medico nella rete professionale che si crea con i colleghi e l'assunzione di un comportamento innovativo. Inoltre, maggiore è la connessione tra medici di base e colleghi impiegati in ambito ospedaliero, più alta è la probabilità che i medici di base assumano un comportamento innovativo. Infine, il livello di centralità occupato dal medico di base nella rete professionale tra pari regola a sua volta la relazione tra la centralità che il medico può avere entrando in relazione con la rete dei colleghi ospedalieri e la propensione a comportamenti innovativi. Questo studio fornisce ai manager nuove conoscenze sui determinanti relazionali che influenzano i comportamenti innovativi sul posto di lavoro e suggerisce l'uso di strumenti analitici per formalizzare e integrare le relazioni professionali di diversi individui.

Methodology for restarting hospital activities after a pandemic: covid-19 experience

Dehanne F, Lejeune K, Libert B
Health Policy 2022; 126 (11): 1075-1080

Durante l'emergenza covid-19, i dirigenti ospedalieri hanno dovuto garantire la sostenibilità finanziaria delle strutture sanitarie, oltre ad assumersi la responsabilità sanitaria di tali strutture nella gestione della crisi. Con l'uscita dal lockdown, i manager devono individuare scenari di ripresa delle attività ospedaliere, considerando anche l'impatto che tali scenari avranno sul personale e sui pazienti nel breve e medio termine.

Lo studio di Dehanne et al. propone quindi una metodologia per la ripresa delle attività mediche, economiche e sociali di una rete sanitaria o di un ospedale.

Vengono identificate 6 fasi successive al picco di covid-19: valutazione della situazione, previsione di ulteriori ondate e consolidamento dei comportamenti efficaci (per esempio, screening dei lavoratori), sviluppo di scenari-criteri-condizioni, ripartenza, miglioramento continuo, attività trasversali.

Tale metodologia è supportata da un approccio pragmatico che prevede la creazione di strumenti specifici per ogni fase del processo. Sia la strategia sia gli strumenti sono stati creati in collaborazione con gli attori interessati, e adattati alle specificità di ciascun ospedale, nel rispetto della coerenza delle decisioni della rete sanitaria.

Questo approccio può essere esportato su scala più ampia ed essere impiegato da altre reti sanitarie e altri ospedali.

Consensus among clinicians on referrals' priority and use of digital decision-making support systems

Mariotti G, Siciliani L, Rebba V et al
Health Policy 2022; 126 (9): 906-914

La crescente domanda di prestazioni specialistiche è una delle principali preoccupazioni per i sistemi sanitari. Un approccio per fronteggiare tale situazione prevede lo sviluppo di strumenti di gestione della domanda che definiscano le priorità cliniche per regolare l'invio dei pazienti dalle cure primarie alle cure specialistiche. Il progressivo sviluppo di strumenti informatici nella pratica clinica, in particolare di sistemi elettronici di supporto per l'invio del paziente dal medico di base allo specialista (*electronic referrals support systems* - e-RSS), può facilitare la definizione di tali priorità.

Questo studio mira a verificare in che modo il maggiore utilizzo di e-RSS oppure l'inserimento delle categorie ad alta priorità nella prescrizione della visita specialistica da parte del medico di base fossero associati al grado di accordo, e quindi al consenso, tra medici di base e specialisti sulla priorità clinica da attribuire alla visita specialistica stessa. È emerso che un maggiore utilizzo da parte dei medici di base dello strumento e-RSS era positivamente associato a un maggiore grado di accordo tra medici di base e specialisti sulla priorità clinica da attribuire alle visite specialistiche, mentre un maggiore utilizzo delle categorie ad alta priorità era associato a un minor grado di accordo tra medici di base e specialisti su tale priorità. Inoltre, i medici di base donne, i medici di base che lavorano in associazione con altri medici di base, i medici di base che utilizzano una specifica cartella clinica elettronica hanno mostrato un maggiore accordo con gli specialisti. I risultati dello studio sono a favore dell'impiego di sistemi di *referral* elettronici per migliorare la definizione delle priorità cliniche e gestire la domanda di visite specialistiche e test diagnostici e dimostrano che c'è spazio per ridurre il ricorso eccessivo alle categorie ad alta priorità nella richiesta di visite specialistiche da parte dei medici di base.

Moving beyond quality-adjusted life-years in elderly care: how can multicriteria decision analysis complement cost-effectiveness analysis in local-level decision making

Maaiké H, Tsiachristas A, Rutten-van Mölken M
Value Health 2022; 25 (10): 1717-1725

Questo studio analizza come l'Analisi multicriterio a scopo decisionale (MCDA) potrebbe integrare l'Analisi costo-efficacia (CEA) per supportare le politiche di investimento nell'assistenza agli anziani a livello locale.

Gli autori utilizzano un programma integrato di assistenza agli anziani nei Paesi Bassi come caso di studio per dimostrare l'applicazione di entrambi i metodi. In uno studio quasi sperimentale di 12 mesi sono stati raccolti i dati sulle seguenti misure di esito: per la CEA, anni di vita aggiustati per la qualità; per la MCDA, benessere fisico e psicologico, relazioni sociali e partecipazione, godimento della vita, resilienza, centralità della persona, continuità delle cure e costi. È stata eseguita un'analisi di regressione su dati ponderati per probabilità inversa controllando per potenziali fattori confondenti per ottenere una stima doppiamente robusta dei risultati. Le analisi di sensibilità probabilistica hanno appurato l'incertezza per entrambi i metodi.

Il programma integrato di assistenza agli anziani ha dimostrato di non avere un'elevata probabilità di essere costo-efficace (36%), utilizzando la soglia di disponibilità a pagare olandese. Il rapporto costo-efficacia incrementale era di 88.249 € dal punto di vista sociale. La MCDA ha evidenziato che i caregiver e i professionisti informali hanno manifestato una leggera predilezione per l'intervento integrato rispetto alle cure abituali, i pazienti non hanno espresso preferenze né per l'intervento integrato né per l'assistenza sanitaria abituale, mentre i contribuenti e i responsabili politici hanno mostrato una leggera preferenza per l'assistenza ordinaria, principalmente a causa dei maggiori costi dell'intervento integrato.

L'MCDA potrebbe fornire ai decisori a livello locale una misurazione più ampia dell'efficacia di un intervento, includendo risultati che vanno al di là degli esiti di salute e della longevità degli assistiti, nonché delle preferenze di molteplici stakeholder. Queste informazioni aggiuntive potrebbero promuovere l'accettabilità e l'attuazione di innovazioni economicamente vantaggiose nell'assistenza agli anziani.

A cura di Silvia Coretti