

Malattie croniche, Health technology assessment, processi decisionali e dispositivi medici in Europa

Massimo Brunetti

Azienda Usl di Modena

Managing chronic conditions: experience in eight countries

Nolte E, Knai C, McKee M

European Observatory on Health Systems and Policies - Studies series No 15, 2008

www.euro.who.int/Document/E92058.pdf

Il futuro dei sistemi sanitari sarà sempre più dominato dalla sfida alle malattie croniche. Si stima infatti che due terzi delle persone anziane in pensione avranno malattie croniche e sarà proprio la coesistenza di più patologie uno dei problemi più difficili da affrontare. Questa pubblicazione esamina la risposta dei sistemi sanitari di otto diverse nazioni (Danimarca, Inghilterra, Francia, Germania, Olanda, Svezia, Australia e Canada) a questa problematica, fornendo una descrizione della situazione esistente e degli scenari futuri. Attraverso un ipotetico viaggio all'interno dei diversi sistemi sanitari di uno stesso paziente con le stesse patologie croniche e caratteristiche sociali, il lavoro mostra le strategie implementate, i modelli di intervento, il finanziamento dei servizi e le modalità di incentivazione dei professionisti.

Il messaggio chiave è che i pazienti e le loro famiglie devono essere visti come partner piuttosto che come attori passivi. Inoltre tutti gli operatori, e non solo i medici, sono parte della soluzione al problema e vanno incoraggiati a innovare e ricercare la migliore soluzione per giungere a cure appropriate. Infine, grande spazio deve essere dato alla prevenzione piuttosto che alla cura.

In generale, nei paesi dove l'assistenza primaria si basa su gruppi multiprofessionali, vi è stato un progressivo incremento del ruolo degli infermieri nella gestione delle malattie croniche. Questo è vero in particolare in Svezia, Inghilterra e Olanda e prende forma attraverso diverse forme di intervento. Al contrario in paesi come la Germania, che offrono la possibilità di scelta di cura fra il medico di medicina generale e lo specialista, i medici tendono maggiormente a lavorare in modo individuale.

In questo caso, al fine di favorire un maggiore coordinamento fra assistenza territoriale ed ospedaliera, il governo ha eliminato alcune barriere di tipo normativo e finanziario, favorendo il sostegno da

parte delle casse mutua di specifici accordi con singoli o network di professionisti.

Anche in Francia vi sono preoccupazioni riguardo alla mancanza di coordinamento fra ospedale e territorio.

Il sistema sanitario canadese, in cui le diverse province hanno piena responsabilità dell'assistenza sanitaria, offre esempi interessanti.

In Ontario per i pazienti oncologici (Cancer Care Ontario) si è passati da un'assistenza frammentata ad un sistema di cure integrato, capace di rispondere ai diversi bisogni dei pazienti, considerati ormai come cronici.

Sempre in Ontario infatti sono stati prima introdotti i *Family Health Teams*, per favorire il coordinamento dell'assistenza, e poi dal 2005 i *Local Health Integration Networks*, strutture governative locali con il compito di pianificare, coordinare e finanziare servizi specifici. In Quebec invece sono stati creati dei network che prevedono un coordinamento fra il sistema sociale e quello sanitario (Health and social services centres).

Evidence-based decision making: when should we wait for more information?

Chalkidou K, Lord J, Fischer A et al

Health Aff 2008; 27: 1642-1653

Il problema dei decisori in sanità è quello di trovare una soluzione alla richiesta di adottare in tempi sempre più rapidi le nuove tecnologie, ben sapendo che spesso le innovazioni non rappresentano scelte costo-efficaci rispetto a quanto già in circolazione.

In questo contesto, da un lato le prove disponibili sono spesso insufficienti per giudicare i benefici e i costi di lungo periodo, dall'altro vi sono pressioni molto forti da parte dei produttori, dei pazienti e dei clinici per aver accesso alle tecnologie il prima possibile (anche prima che queste vengano registrate). In questo lavoro, a partire dall'esperienza del NICE, gli autori affrontano il problema superando la tradizionale risposta dicotomica e indagando il bilanciamento fra il costo dell'attendere migliori e più affidabili prove scientifiche, e quello di adottare un intervento in modo prematuro. Infatti, se l'adozione

viene rimandata, ai pazienti può essere negato l'accesso ad interventi efficaci o addirittura costo-efficaci. Al contrario, un'adozione prematura può comportare uno spreco di risorse in interventi dannosi e non costo-efficaci, e che una volta introdotti è molto difficile eliminare.

Should the capability approach be applied in health economics?

Coast J, Smith R, Lorgelly P
Health Econ 2008; 17: 667-670

L'approccio delle capacità', elaborato dall'economista premio Nobel Amartya Sen, è tra le più importanti teorie economiche sviluppata negli ultimi trent'anni e si occupa dei diritti delle persone e del loro benessere.

In questo articolo viene discussa l'applicazione di questa teoria all'economia sanitaria. La teoria si basa su due diversi tipi di definizione: le capacità e i funzionamenti. Un esempio per descriverli è quello di considerare due persone, la prima affamata e la seconda invece sceglie di digiunare. Per entrambe il funzionamento è il 'non mangiare', ma quello che le differenzia è la capacità nello scegliere di non mangiare.

Oltre alla descrizione dell'approccio delle capacità, vengono approfonditi due aspetti di questa teoria: lo spazio valutativo dell'approccio delle capacità e la relazione con il principio di massimizzazione da parte dei decisori sanitari. Dal punto di vista valutativo, l'approccio di Sen ha maggiori potenzialità perché coglie meglio gli aspetti legati all'equità degli interventi, ricercando più che la massimizzazione dei risultati, il raggiungimento di uno standard minimo di capacità. Interessante come questo approccio cerchi di tener conto del fatto che gli individui si adattano alle situazioni e quindi non riconoscano di non poter avere le capacità, essendosi adattati alla loro situazione.

Gli autori concludono sostenendo che questo approccio sarà utilizzato in futuro nell'economia sanitaria per due ragioni: la prima riguarda la maggiore capacità valutativa rispetto ai tradizionali approcci e la seconda che permette di considerare in modo più ampio gli aspetti etici.

Evidence and value: impact on decision making The Evidem framework and potential applications

Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H et al
BMC Health Serv Res 2008, 8: 270

Il processo decisionale in sanità è complesso e si basa su diverse tipologie di prove e di giudizi di va-

lore. In questo studio si è cercato di sviluppare uno strumento pratico per facilitare e supportare il processo decisionale in sanità, fornendo accesso alle prove e favorendo la comunicazione delle decisioni.

È stata dapprima condotta un'analisi estensiva della letteratura dei processi decisionali a livello internazionale per vedere quali fasi venivano utilizzate per prendere le decisioni. È stato così sviluppato uno strumento suddiviso in sette diversi moduli, legato al ciclo di vita di un intervento sanitario. Le componenti che possono essere quantificate, come ad esempio il valore intrinseco di un intervento sanitario e la qualità delle prove disponibili, sono stati organizzati in una matrice. La *Multicriteria decision analysis* (Mcd) *Value matrix* (Vm) è stata sviluppata per includere le 15 componenti considerate nel processo decisionale. Una *Quality matrix* è stata inoltre disegnata per quantificare tre criteri di qualità per i 12 tipi di prove richiesti dai decisori. Un sistema integrato è stato sviluppato per ottimizzare l'analisi dei dati, la sintesi e la validazione degli esperti. Il framework Evidem, sostengono gli autori, favorisce un processo decisionale trasparente ed efficiente attraverso una valutazione sistematica e una disseminazione delle prove e dei valori su cui le decisioni sono basate. Esso fornisce inoltre una struttura collaborativa che può mettere in comunicazione tutti gli stakeholder ed essere utile alle comunità a livello locale, nazionale e internazionale attraverso la condivisione di dati, risorse e valori.

The remuneration of general practitioners and specialists in 14 Oecd countries: what are the factors influencing variations across countries?

Fujisawa R, Lafortune JG

Organisation for Economic Co-operation and Development - Working papers No. 41, 2008
www.oecd.org/dataoecd/51/48/41925333.pdf

Questo lavoro fornisce un'analisi descrittiva della remunerazione dei medici in 14 paesi appartenenti all'Oecd. I dati dell'Oecd Health Data 2007 sono stati elaborati per i medici di medicina generale (Mmg) e gli specialisti, confrontando la loro remunerazione fra i diversi paesi sulla base dello stesso potere di acquisto. Lo studio mostra una grande variabilità nella remunerazione sia dei Mmg che degli specialisti: rispetto alla media degli stipendi di ogni singola nazione, la remunerazione dei Mmg varia da essere due volte maggiore in Finlandia e Repubblica Ceca, a tre volte e mezza negli Stati Uniti e Islanda.

La remunerazione degli specialisti varia ancora di più: da una volta e mezzo a due volte dell'Ungheria e della Repubblica Ceca, fino a cinque-sette

volte in Olanda, Stati Uniti e Austria. Alcune delle variazioni possono essere spiegate dal diverso metodo di remunerazione (ad esempio, a salario e per prestazione per i medici non dipendenti), dal ruolo dei Mmg nell'accesso ai servizi sanitari, dalle differenze nella quantità di lavoro in termini di ore lavorate e dal numero di medici pro capite. Tuttavia i fattori di tipo istituzionale e quelli legati all'offerta dei servizi non riescono a spiegare tutta la variabilità. Inoltre negli ultimi dieci anni la remunerazione degli specialisti è aumentata in modo più rapido di quella dei Mmg, ampliando le differenze fra le due categorie. Questo può aver contribuito all'aumento del numero di specialisti nella maggior parte delle nazioni, causando anche problemi legati al reperimento dei Mmg.

Financing medical devices in Europe: current trends and perspectives for research

Borgonovi E, Busse R, Kanavos P

Eurohealth 2008, 14 (3): 1-3

http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_26

Il tema dei dispositivi medici sta diventando sempre più interessante per le aziende sanitarie ed è sicuramente meno noto rispetto a quello della farmaceutica. In questo lavoro gli autori esaminano le differenze di questo mercato rispetto a quello dei farmaci: fra queste, ad esempio, il processo di sviluppo incrementale dei dispositivi medici; le diverse tipologie di studi a disposizione per una loro valutazione; la minore dimensione delle aziende produttrici, che influisce anche nel processo di ricerca e sviluppo stesso.

Gli autori presentano anche il progetto dell'European health technology institute for socio-economic research (Ehti), che unisce le competenze di tre Università (la Bocconi di Milano, la Technical University - TU - di Berlino, e la London School of Economics and Political Science di Londra) per approfondire le tematiche legate al finanziamento, alla regolazione e alla valutazione dei dispositivi medici nei diversi paesi europei e a livello internazionale.

Il volume presenta anche tre esperienze sullo stesso argomento. La prima esamina i defibrillatori impiantabili e gli stent coronarici in Italia, la seconda la Vac therapy e il tema delle ulcere cutanee in Inghilterra e la terza l'uso del prezzo di riferimento in Germania. Interessante, nella parte che descrive l'esperienza inglese, è l'introduzione del concetto di Evidence based purchasing, che cerca di mettere insieme considerazioni legate ai costi, agli esiti sui pazienti e alle esperienze cliniche.

Health technology assessment and health policy-making in Europe: current status, challenges and potential

Garrido MV, Kristensen FB, Nielsen CP, Busse R
Observatory Studies Series No 14, 2008

European Observatory on Health Systems and Policies

www.euro.who.int/Document/E91922.pdf

Il tema del technology assessment in sanità (Hta) e delle relative implicazioni in termini di politica sanitaria è presentato nell'ambito di un progetto europeo condotto dall'European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) e dall'European Observatory on Health Systems and Policies.

Gli autori descrivono per prima cosa le politiche e i progetti europei per far divenire il technology assessment una priorità di politica sanitaria. Il ruolo dell'Hta, definito come lo studio multidisciplinare delle implicazioni cliniche, sociali, etiche ed economiche dello sviluppo, diffusione e uso delle tecnologie sanitarie, viene visto come un ponte fra la ricerca e i decisori sanitari.

Nei paesi europei vi è molta variabilità nell'interpretazione di questa funzione: interessante, ad esempio, la chiara separazione fra il ruolo del programma dell'Hta inglese e il NICE, dove il primo fornisce le informazioni per produrre raccomandazioni al secondo.

Interessante anche la descrizione, all'interno dei diversi paesi europei, delle tipologie di strategia adottate dalle agenzie a livello nazionale o regionale. Gli autori inoltre hanno indagato quali effetti abbia l'Hta sul sistema sanitario attraverso l'analisi di diversi elementi: dalla conoscenza degli Hta, all'accettazione dei risultati, all'influenza sulle politiche sanitarie, sulla pratica e infine sugli esiti sui pazienti. Infine, sono stati indagati anche i bisogni e le domande dei *policy-maker* e l'uso di questo strumento da parte dei decisori sanitari.

Variability in healthcare treatment costs amongst nine EU countries: results from the Healthbasket project

Busse R, Schreyogg J, Smith PC

Health Econ 2008; 17: S1-S8

In questo lavoro vengono riportati i risultati del progetto europeo Healthbasket, coordinato dall'European health management association, che aveva l'obiettivo di indagare le differenze nei costi dei servizi sanitari. La mobilità dei pazienti fra i diversi sistemi sanitari europei renderà sempre più importanti infatti il confronto dei diversi servizi offerti nei di-

versi paesi, il loro utilizzo e i costi. Infine il confronto internazionale è utile per cercare di cogliere le diverse *best practice* all'interno e fra i diversi sistemi sanitari.

Questo studio è stato condotto sia attraverso l'analisi di alcuni servizi offerti in nove paesi europei sia attraverso la revisione delle metodologie per l'analisi dei costi. A questo riguardo è stato sviluppato un approccio innovativo a livello internazionale, attraverso la definizione di casi specifici, come ad esempio un'appendicectomia fatta in un uomo di 14-25 anni.

Ad oggi non esistono confronti internazionali sui costi e sulla qualità degli interventi sanitari: esistono esempi di confronto a livello macro, meno a livello micro. Nel lavoro si mette in luce come i costi differenti fra diversi paesi di uno stesso servizio possano essere legati a diversi fattori come la definizione dell'inizio e della fine del servizio (ad esempio, se la riabilitazione è inclusa o meno nella sostituzione protesica d'anca), la tecnologia usata (ad esempio, diversi tipi di protesi utilizzate) e l'inclusione o meno di eventuali servizi aggiuntivi (come l'anestesia nell'intervento chirurgico). Oppure anche per gli stessi servizi, possono essere inclusi diversi fattori nel calcolo dei costi/prezzi, come ad esempio i costi generali, gli ammortamenti, eventuali sussidi locali.

I risultati del lavoro hanno mostrato una certa variabilità nei risultati: il minor costo del personale spiegava spesso i minori costi degli interventi, così come l'uso di tecnologie innovative, mentre le variabili strutturali come il numero di posti letto o i medici per posto letto risultavano rilevanti solo in casi specifici.

A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente

Frolich A, Schiotz ML, Strandberg-Larsen M et al
BMC Health Services Research 2008, 8: 252

In questo lavoro è stato fatto un confronto fra il sistema sanitario danese e quello dello schema assicurativo Kaiser Permanente (KP) della California dal punto di vista delle risorse impiegate e della performance del sistema. L'analisi è stata condotta a livello macro attraverso un'analisi retrospettiva dei dati relativi alle caratteristiche della popolazione, del personale impiegato, dei servizi offerti, degli indicatori di utilizzo e qualità e dei costi.

Il primo dato di confronto presentato riguarda il fatto che Kaiser Permanente (KP) ha più malati cronici (ad esempio, 6,3% vs 2,8% diabetici e 19% vs 8,5% ipertesi), con tassi di ospedalizzazione e di durata di degenza più bassi: anche i tassi di adesione agli screening sono a favore di KP (ad esempio, il 93% dei pazienti diabetici riceve uno screening per la retina contro il 46% di quelli danesi). KP ha meno medici e personale rispetto al sistema danese (con 134 medici per 100.000 assistiti, rispetto ai 311 della Danimarca) e i loro medici sono tutti dipendenti: i medici di medicina generale danesi hanno un sistema misto a capitazione e fee-for-service e gli specialisti sono per la maggior parte dipendenti ospedalieri. La spesa pro capite è più alta per KP rispetto alla Danimarca (1951 vs 1845 dollari). In generale, nonostante la popolazione sia più malata, KP presenta migliori indicatori di qualità. Il lavoro qui presentato è di tipo macro, tuttavia può essere uno spunto per andare a verificare le motivazioni alla base delle differenze dei diversi indicatori ed eventuali possibili interventi migliorativi per il sistema danese.