

Dalla Letteratura

A CURA DI NATANGELO R.

VALUTARE LE TECNOLOGIE SANITARIE AL FINE DI UNA LORO UTILIZZAZIONE OTTIMALE

(Fronsdal KB, Facey K, Klemp M, Norderhaug I N, Morland B, Rottingen JA. Health technology assessment to optimize health technology utilization: using implementation initiatives and monitoring processes. *Intl J Health Technology Assessment in Health Care* 2010;26:309-316)

Attività correlate a *Health Technology Assessment* (HTA) sono utilizzate in ogni stadio del ciclo vitale di una tecnologia sanitaria: dal suo sviluppo fino alla fine del suo impiego. Chi decide le politiche sanitarie presta molta attenzione all'impiego del HTA per gestire i rimborsi, ma questo non garantisce l'uso ottimale di una tecnologia sanitaria. Ecco perché è necessario valutare quanta influenza abbia la HTA per adottare una tecnologia e rendersi conto di come la HTA può informare al meglio un "impiego ottimale" delle tecnologie. Secondo le direttive della *Veterans Administration Americana*, per uso "ottimale" si deve intendere un appropriato e perfezionato impiego delle tecnologie allo scopo di raggiungere i migliori risultati sul paziente con costi sostenibili: questo è il concetto che fa da guida al loro *Technology Assessment Program*.

In molti sistemi sanitari, l'introduzione di nuove tecnologie interessa un insieme di soggetti (*decision makers*) frammentato, gerarchico e mal allineato. Ad esempio, una decisione a livello nazionale come la raccomandazione per l'uso di una medicina basata sul costo/efficacia può essere trasferito ad un sistema locale che permette un limitato numero di scelte e alla fine viene impiegato dal singolo clinico in una particolare situazione. In conclusione i processi decisionali riguardanti fondi, investimenti, pianificazione delle tecnologie sanitarie non sono affatto chiari. Di conseguenza, per raggiungere l'uso ottimale di tali tecnologie è necessario studiare sia i processi decisionali in un sistema organizzativo sia tutti gli altri fattori che influiscono sull'acquisizione di tecnologie. Il modello organizzativo di Leavitt considera un sistema sanitario come sistema complesso e dinamico ove interagiscono quattro variabili: struttura, funzione, risorse umane e tecnologia. Di contorno, si pongono la cultura organizzativa, il contesto finanziario e legale del sistema e altri fattori considerati altrettanto essenziali, come il punto di vista di tutti i soggetti interessati (gli *stakeholders*). Variazioni nell'uso di una tecnologia influenzeranno tutte le altre variabili, il contorno e di conseguenza l'intero sistema complesso.

A questo punto gli Autori si sono chiesti: una HTA prende in adeguata considerazione tutti questi "componenti organizzativi" e ciò può migliorare l'impatto di una HTA al fine di ottimizzare l'uso di una tecnologia sanitaria?

Per rispondere, l'articolo si riferisce alla discussione tenutasi durante l'*HTAi Policy Forum Meeting* tenutosi nel 2009. Il *forum* è composto da dodici membri *Not-For-Profit* (Pagatori/fornitori dei Servizi sanitari o Agenzie di HTA), dieci membri *For-Profit* (industrie farmaceutiche o di *devices*) e in questa occasione anche da un Direttore di una organizzazione di pazienti. Alla fine si sono identificate le revisioni sistematiche delle: *iniziative di implementazione e *delle attività di monitoraggio della tecnologia (che deve partire dall'osservazione delle tecnologia nell'ambiente reale, per vedere quando e come viene usata - per giungere a studi più sperimentali su una specifica popolazione o ambiente).

La relazione finale di consenso è stata preparata per un *meeting*

da tenersi dopo il *workshop*. In generale, si sono identificate le barriere all'applicazione di direttive *evidence-based* circa servizi sanitari efficaci. Esse sono di quattro tipi: professionali (ignoranza, disinteresse, mancanza di educazione, disapprovazione del servizio, basso volume d'impiego), finanziarie (mancanza di risorse specifiche), regolatorie/politiche (tempestività, mancanza di allineamento di strutture, frammentazione delle responsabilità decisionali), organizzative (esperienza dello staff, infrastrutture inadeguate).

Le prove raccolte suggeriscono che l'impatto e l'impiego della HTA può essere incrementato assicurando una tempestiva consegna dei rapporti più importanti a punti ben determinati di accoglienza di regole (cioè punti dove si prendono le decisioni). Per raggiungere questo intento, va presa in considerazione l'ampiezza della valutazione, le iniziative di applicazione (come gli incentivi) e un'intelligente disseminazione del risultato della HTA. Tutti i soggetti interessati dalla HTA devono intraprendere una varietà di attività di monitoraggio che può portare all'uso ottimale di una tecnologia. Nella realtà, la quantità di questi dati è variabile e spesso non è sottoposta ad un HTA.

Concludendo, il monitoraggio dei dati dovrebbe essere sufficientemente ampio, così che essi possano essere impiegati nell'HTA per ispirare l'uso ottimale della tecnologia. Per presentare migliori informazioni ai soggetti che prendono le decisioni a tutti i livelli nell'ambito dei sistemi sanitari, si dovrebbero sviluppare nel campo dell'HTA iniziative di applicazione basate sulle prove (*evidence based*).

In un clima economico di recessione, è chiaro che si tenderà a dare sempre minor spazio agli investimenti per le nuove tecnologie mentre si promuoveranno disinvestimenti per tecnologie già in uso. L'impiego dell'HTA andrà considerato non solo in termini di ottimizzazione di utilizzazione di una singola tecnologia, ma anche per aiutare a stabilire priorità tra tecnologie.

UN'INCHIESTA SULLA "MANIPOLAZIONE" DI UNA LISTA DI ATTESA PER I RICOVERI IN UN OSPEDALE BRITANNICO

(Buchanan DA, Storey J. Don't stop the clock: manipulating hospital waiting lists. *J Health Organization Management* 2010;24:343-360)

Nel dicembre 2006, in un ospedale britannico non nominato, due pazienti contattarono il *Patient Advice and Liaison Service* (PALS) - un servizio simile agli URP - per chiedere chiarimenti sul tempo di attesa per il loro intervento ortopedico di elezione. Entrambi avevano aspettato per oltre sei mesi, tempo massimo stabilito dal NHS. Quando l'amministrazione avviò un'inchiesta, apparve chiaro che le cifre delle liste di attesa in quell'ospedale erano state alterate, per fare apparire l'ospedale stesso nei limiti imposti per legge. Si appurò che i pazienti in questa situazione erano oltre 600. L'inchiesta fu proseguita da una componente esterna. Ben 31 reclami sull'argomento erano stati insabbiati. Diversi membri dello staff erano a conoscenza che i tempi nel reparto ortopedico venivano alterati.

L'inchiesta si concentrò sui seguenti punti: *l'accuratezza dei dati elaborati dal PAS (*Patient Administration System*) per quanto si riferiva ai tempi di attesa; *le alterazioni (legittime o illegittime) dei dati del PAS; *come e perché si erano manifestate tali altera-

zioni, da chi erano state eseguite, e con quale autorità; *lezioni e raccomandazioni per la direzione dell'ospedale.

La commissione revisionò molti documenti riguardanti l'argomento e intervistò ben 56 persone. Si scoprì che tra il giugno 2004 e il dicembre 2006, tre primari ortopedici comunicavano tempi di attesa per gli interventi ben oltre quello che era il massimo consentito. I malati ne erano a conoscenza e dovevano apparire nel sistema amministrativo come "eccezioni", anche se ciò era falso. I loro dati figuravano "sospesi" e riclassificati con l'inserimento di codici non corrispondenti. La sospensione temporanea poteva passare come conseguenza di attesa per supplementi di indagini, altri problemi clinici soprasseduti, ecc. che però erano inesistenti. Ciò "fermava l'orologio" del tempo di attesa. Si appurò infine che una "senior manager" aveva incoraggiato queste procedure. Ella aveva sottovalutato l'importanza di queste falsificazioni; andò in pensione poco dopo che questo incidente venne alla luce e non si procedette contro di lei con sanzioni. I primari ricevettero soltanto una menzione nel rapporto, ma rimasero al loro posto.

L'incidente è stato il risultato di un ostinato modo di agire individuale in assenza di adeguati controlli gestionali? Che cosa ci guadagnavano i responsabili della manipolazione dei dati? Probabilmente la prima spiegazione è il desiderio da parte loro di mostrare che si avevano buoni risultati, si poteva fare una migliore figura come gestione dell'ospedale, e quindi quanto è accaduto si spiega tutto a livello di personalità individuale.

In realtà, se si pensa che i benefici derivanti dal raggiungimento dei target nazionali debbano essere realizzati in un modo che comporti una collaborazione da parte dallo staff ad ogni livello, allora va prestata una maggior attenzione da parte dei *managers* e dei dirigenti ai problemi di trasparenza, responsabilità ed onestà. Per una buona *governance*, i *managers* devono essere ritenuti i responsabili per aiutare a raggiungere gli obiettivi, e poi indicare come sono raggiunti questi obiettivi, assicurandosi che le risorse siano rese disponibili e i problemi venuti alla luce vengano prontamente ed efficacemente risolti.

EQUITÀ DI ACCESSO ALLE CURE IN ITALIA

(Domenighetti G, Vineis P, De Pietro C, Tomada A. Ability to pay and equity in access to Italian and British National Health Services. *European J Public Health* 2010;20:500-3. Masseria C, Giannoni M. Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach. *European J Public Health* 2010;20:504-10)

La prima ricerca prende in considerazione le risposte ad un questionario proposto a 1000 cittadini italiani ed inglesi, di età tra 20 e 74 anni, condotto nel 2006. Ad essi veniva richiesto se avevano mai pagato totalmente una prestazione medica che avrebbero potuto ottenere gratuitamente dal loro Servizio Sanitario Nazionale. Il 78 % degli italiani avevano pagato di tasca propria l'accesso ad una prestazione sanitaria nella propria vita, il 45% di loro per più di cinque accessi. Tenendo in considerazione soltanto gli ultimi due anni, oltre il 60% degli italiani aveva interamente pagato per una prestazione sanitaria. Le corrispondenti cifre per gli inglesi erano nettamente inferiori: 20% e 4% rispettivamente per tutto il corso della loro vita, il 10% per gli ultimi due anni.

In conclusione, questo è il risultato del fatto che la Gran Bretagna da anni ha creato incentivi e concorrenza per i medici e le istituzioni sanitarie, senza farne un mercato vero e proprio. In Italia invece si è concessa la possibilità di svolgere attività libero professionale ("*intramoenia*") a tutti i medici ospedalieri, privilegiando indirettamente i pazienti che ricorrono all'attività privata, anche per ottenere un ricovero, e allungando probabilmente le liste di attesa. Ciò alla fine è fonte di iniquità sociale.

Abbiamo visto che per il nostro sistema sanitario vi sono già prove di differenze di opportunità di accesso ai servizi legate alle

possibilità finanziarie degli utenti. Quest'ultima ricerca approfondisce l'argomento partendo da alcuni indici di non equità legati al censo. Questi indici sono stati posti in correlazione con la probabilità di assistenza da parte del medico di famiglia, degli specialisti, delle cure ospedaliere e del pronto soccorso. È stata poi stimata quanto influisca la residenza in una determinata Regione della penisola sull'equità di accesso alle cure. Infine le misure di utilizzazione delle cure sono state calcolate separatamente per i soggetti che presentavano quattro diverse patologie croniche: ipertensione arteriosa, artrite, tumori e malattie cardiache.

Si è rilevata ancora una non equità a favore dei soggetti più ricchi nell'uso del medico di base, degli specialisti e delle cure di emergenza. Non vi è stata invece differenza nell'impiego dei ricoveri ospedalieri. Per quanto si riferisce alle quattro malattie croniche considerate, per tre di esse si è rilevata una non equità di assistenza specialistica a favore dei più ricchi, con invece una non equità a favore dei più poveri evidente nell'uso del medico di base. Le variazioni sono determinate soprattutto dal censo e dal fatto di risiedere in una determinata Regione e non in un'altra.

Le implicazioni sono che il contesto regionale abbia la sua importanza e che anche un miglioramento delle politiche a questo livello abbia la possibilità di ridurre le disparità nel campo dell'assistenza sanitaria.

SEGUIRE LINEE GUIDA CONDIVISE È UTILE, ALMENO NEL CASO DEL DOLORE LOMBARO ACUTO

(Fleuren M, Dusseldorp E, Van den Bergh S, Vlek H, Wildschut J, Van den Akker E, Wijkkel D. Implementation of a shared care guideline for back pain: effect on unnecessary referrals. *Int J Qual Health Care* 2010;22:415-20)

Per quanto riguarda la sindrome radicolare lombosacrale, l'introduzione di una linea guida condivisa per tutti i fornitori di assistenza di due regioni olandesi ha portato ad una riduzione statisticamente significativa di visite specialistiche premature non necessarie.

Questa la conclusione di una ricerca condotta a partire dal novembre 2005. Il periodo *pre-test* era localizzato da aprile a ottobre 2005. Per misurare l'effetto delle linee guida fu introdotto un primo periodo *post-test* da aprile a ottobre 2006 e un secondo periodo nel 2007, da aprile ad ottobre. Le linee guida riguardavano medici di base, fisioterapisti e neurologi; in più i radiologi di due ospedali generali. La caratteristica essenziale della linea guida era un accordo di questo tipo: se il medico di base concordava per un trattamento conservativo (antidolorifici e mobilitazione del paziente) nelle prime sei settimane dall'inizio dei sintomi, l'ospedale garantiva la priorità di un appuntamento con un neurologo dopo sei settimane, quando questo risultava necessario. I neurologi di entrambi gli ospedali controllarono se un paziente era stato indirizzato senza che vi fosse la necessità durante le prime sei settimane. Criteri per una visita specialistica immediata sono stati una sindrome della *cauda equina* o paresi progressiva in pochi giorni. Criteri per una visita nelle prime sei settimane sono stati: dolore severo malgrado trattamento antidolorifico adeguato, paresi severa o progressiva o sospetta altra sindrome severa. La durata della intera procedura diagnostica veniva calcolata con il numero dei giorni tra la richiesta di consulto specialistico del medico di base e la visita in cui il neurologo pronunciava la diagnosi finale.

Il totale dei pazienti registrati nel periodo 2005 - 2007 sono stati 7238 metà dei quali arruolati nella "*fast track procedure*".

La percentuale di pazienti inviati senza necessità entro le prime sei settimane si ridusse significativamente dal 15% nel 2005 al 9% nel 2006 e all'8% nel secondo periodo, cioè il 2007. Il tempo di durata della procedura diagnostica nel suo totale si ridusse sempre significativamente.