

QALY e SAVE

Quando nella valutazione economica degli interventi sanitari è necessario prendere in considerazione la qualità della vita, viene utilizzata una metodologia definita analisi costi utilità (che alcuni considerano un caso particolare dell'analisi costi efficacia). Questa analisi è particolarmente utile nella valutazione delle affezioni croniche, per esempio nel confronto dei diversi trattamenti dell'artrite o dei trattamenti di patologie neonatali con conseguenze quoad vitam et valetudinem, oppure quando i risultati attesi che si vogliono confrontare riguardano patologie diverse in popolazioni differenti (per esempio, trattamento dell'artrite negli anziani rispetto al trattamento delle patologie neonatali).

Una delle unità di misura più utilizzate nell'ambito dell'analisi costi utilità è il QALY (quality-adjusted life-year), che tiene conto non solo del numero di anni di vita guadagnati, ma anche della qualità della vita (meno malattia e disabilità, etc.).

In pratica, l'utilità di un intervento espressa in QALY deriva dagli anni di vita di un soggetto moltiplicati per un coefficiente che sintetizza lo stato di salute del medesimo soggetto: $QALY = n. \text{anni} \times \text{coefficiente qualità della vita}$. I QALY possono essere utilizzati per confrontare i risultati di interventi/trattamenti sanitari diversi, ma aventi il medesimo fine: per esempio, per confrontare un trattamento chirurgico rispetto a uno farmacologico di una stessa patologia.

I QALY, secondo alcuni autori, possono essere impiegati anche come strumento per distribuire le risorse disponibili tra diverse 'coppie' trattamento/patologia, in altri termini per decidere quali prestazioni vanno erogate e per quali categorie di pazienti.

Difficoltà nell'utilizzo dei QALY

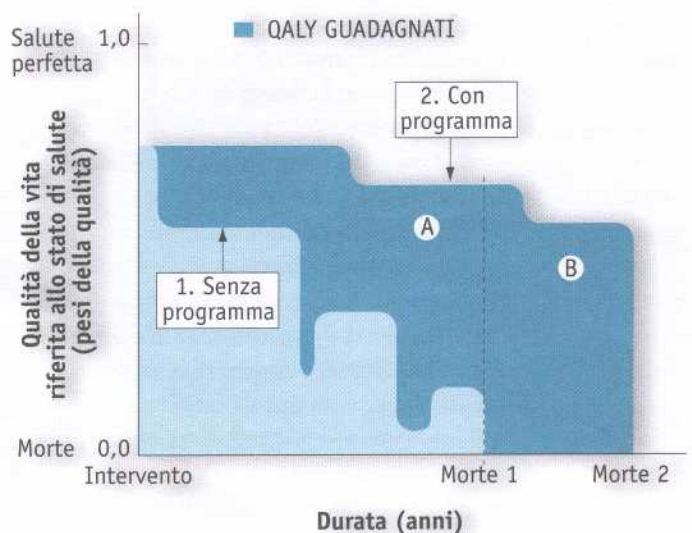
L'utilizzo dei QALY come unità di misura è tuttavia legato a una serie di difficoltà. A volte i risultati attesi (per esempio, la remissione della sintomatologia) a seguito di un trattamento possono manifestarsi solo in alcuni dei pazienti trattati: nella formula bisognerà considerare la probabilità di ottenere quel risultato. In altri casi (si pensi, per esempio, ai trattamenti chemioterapici) le condizioni di salute possono non essere costanti, ma presentare oscillazioni nel tempo. In questo caso è necessario modificare la formula nel

modo seguente: $QALY = (n. \text{anni del periodo A} \times \text{coefficiente qualità della vita A}) + (n. \text{anni del periodo B} \times \text{coefficiente qualità della vita B})$.

Le difficoltà maggiori tuttavia risiedono nella determinazione del coefficiente ovvero del 'peso' da dare agli anni di vita dei pazienti. Diverse tecniche sono state utilizzate per questa valutazione, dalle quali si ottengono risultati finali diversi. Un passaggio comune a molte di queste tecniche consiste nella valutazione da parte di un gruppo di persone di uno stato di salute (che in genere non è il proprio) assegnando un valore o punteggio che viene riportato successivamente in una scala predefinita dove la morte corrisponde a '0' e la condizione di perfetto stato di salute a '1'.

Alcune difficoltà sono di ordine puramente tecnico (per esempio, riguardano la capacità degli intervistati di utilizzare i numeri per esprimere la loro valutazione), altre sono di tipo metodologico. Tra queste ultime è opportuno sottolineare la variabilità nella valutazione tra gruppi diversi (per esempio, tra medici e studenti) e tra la popolazione in generale e gli affetti dalla specifica malattia: si è visto, infatti, che un campione di pazienti dializzati esprime su se stesso un giudizio di gran lunga migliore rispetto a quello espresso dalla popolazione in generale.

Infine vale la pena ricordare alcune perplessità da un punto di



QALY guadagnati in seguito a un intervento sanitario.
Da Drummond et al., *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2000.

vista etico. In primo luogo assegnare un valore a una condizione di salute porta anche a dare un valore (inferiore a 1) alla vita degli individui affetti da quella condizione. In secondo luogo la definizione di condizioni peggiori della morte (valori inferiori a '0'), anche se limitate nel tempo, pone una serie di problemi di cui è difficile definire la portata. Un altro aspetto da non trascurare è che i QALY esprimono l'utilità in termini di anni complessivi senza considerare il numero delle persone coinvolte. Per spiegare concretamente questo concetto ci si può rifare all'esempio riportato da Palazzo che confronta attraverso l'uso dei QALY due interventi nell'ambito della realtà italiana: la vaccinazione per il morbillo dei bambini e il trattamento farmacologico della tubercolosi. Nel caso del morbillo, in Italia, la vaccinazione generalizzata eviterebbe 71 morti e 170 casi di invalidità permanente con un QALY pari a 13.455. Nel caso del trattamento della tubercolosi il numero di nuovi casi si ridurrebbe del 70% (2806 casi in meno) e il numero di morti del 20% (213 morti in meno), ma il numero di QALY è di 8644. Da questi dati emerge una discrepanza tra il numero di vite salvabili (71 e 213) e quello di QALY ottenibili (13.455 rispetto a 8644). Un ruolo importante nel determinare questa mancata correlazione è dato dalla differente speranza di vita dei gruppi presi in considerazione: utilizzando i QALY (e tutti i sistemi basati sulla speranza di vita) la vita di un giovane 'vale', infatti, più della vita di un anziano. Un altro gruppo di riflessioni è collegato al fatto che il numero di QALY esprime un guadagno della qualità di vita 'cumulativo' e di fatto non considera i punti di partenza dei diversi individui: un importante guadagno nella qualità di vita di un singolo individuo, a volte la vita stessa di un singolo individuo, vale come m guadagni minimi di n individui.

SAVE

Queste difficoltà hanno portato alcuni autori a proporre sistemi basati su unità di misura diverse, tra cui il SAVE (Saved young life equivalent). Questo sistema parte dalla premessa che il salvare la vita di un giovane e recuperare la sua salute in modo completo possa essere considerato come il massimo risultato possibile. Agli intervistati è chiesto di valutare un programma con un risultato X confrontandolo con questa unità di misura.

Nel calcolo dei QALY il partecipante esprime un giudizio di valore per sé stesso, mentre nell'approccio SAVE l'intervistato esprime un giudizio per gli altri. Di conseguenza i risultati derivanti dai diversi approcci non sono simili. L'utilizzo dei SAVE permetterebbe di calcolare in modo diretto il valore sociale di un programma, superando anche alcuni dei limiti del sistema basato sui QALY prima ricordati (l'affidabilità di una valutazione espressa come numeri, il considerare il risultato non correlato con il numero degli individui e con la loro condizione di salute iniziale). Anche il SAVE tuttavia presenta dei limiti derivanti in parte dalla sua premessa, ovvero che il salvare la vita a un giovane (di cui non si specifica l'età) e recuperare la sua salute in modo completo sia il massimo risultato raggiungibile, e in parte dallo scarso sviluppo delle tecniche di misurazione.

Michele Lojudice

BIBLIOGRAFIA

Bucci R

Etica e mercato nella sanità
Ediesse, Roma 1996

Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW

Methods for the economic evaluation of health care programmes
Oxford University Press, Oxford 1997

(trad. ital.: *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2000)

Evans JG

Health care rationing in elderly people

In: M Tunbridge (Ed), *Rationing of health care in medicine*
Royal College of Physicians, London 1993

Nord E

Cost-value analysis in health care: making sense out of QALYs
Cambridge University Press, Cambridge 1999

Nord E

An alternative to QALYs: the saved young life equivalent (SAVE)
BMJ 1992; 305: 805-807

Nord E

Methods for quality adjustment of life years
Social Sci Med 1992, 34: 559-569

Palazzo F

Le implicazioni allocative ed etiche nell'uso dei QALY

In: G. France, E. Attanasio (a cura di), *Economia sanitaria*
Giuffrè, Milano 1993