

REVISIONI SISTEMATICHE E VALUTAZIONI ECONOMICHE IN AMBITO SANITARIO

A colloquio con **Tom Jefferson**

Health Reviews Ltd, Roma; Cochrane collaboration

Dottor Jefferson, quanto ritiene che le valutazioni economiche realizzate in ambito sanitario abbiano utilizzato opportunamente le revisioni sistematiche di letteratura disponibili?

Poco o niente è la risposta, per una serie di motivi. Il termine revisioni sistematiche è un po' generale. Bisogna distinguere tra revisioni sistematiche di buona e cattiva qualità, e occorre precisare che il parlare di revisioni sistematiche non sempre costituisce di per sé una garanzia di attendibilità.

Le revisioni sistematiche sono a disposizione dei ricercatori solo da una decina di anni perché prima si utilizzavano delle revisioni non standardizzate, eseguite con metodi non ancora evoluti. Questa preistoria predata la disponibilità della biblioteca Cochrane, che è la fonte maggiore di revisioni sistematiche in nostro possesso. In ogni caso il mondo dell'economia e dell'epidemiologia applicate non si sono mai guardati di buon occhio; l'economia sanitaria per molti anni ha risentito dell'"effetto serra" della medicina clinica e poi di quello delle industrie farmaceutiche. Si è comunque avviato un percorso grazie al quale è possibile avvalersi oggi anche di ottime revisioni sistematiche.

Quali potrebbero essere i vantaggi di un pieno utilizzo delle revisioni sistematiche nel momento in cui si effettuano delle valutazioni economiche?

I vantaggi fondamentali sono due, uno di natura prettamente tecnica e cioè che le stime di effetto sono le più attendibili possibile se la revisione sistematica viene condotta seguendo la metodologia esatta. Queste stime sono, dunque, la risposta alle problematiche dell'efficacia e della sicurezza.

Tecnicamente una buona valutazione economica deriva anche dall'utilizzo di stime di effetto di ottima qualità. Il secondo vantaggio sta nel fatto che, da un punto di vista logico-filosofico, il loro utilizzo vorrebbe dire che gli economisti si accostano al mondo delle revisioni sistematiche e viceversa.

Se invece provassimo a rovesciare i termini della questione, quanto sono praticabili e affidabili

delle revisioni sugli studi di valutazione economica in campo sanitario?

Nel 2002 con Demicheli e Vale abbiamo pubblicato su *JAMA* (Jefferson et al; 287: 2809-2812) una revisione di 40 lavori di valutazioni economiche. Alcuni di questi lavori erano stati condotti con metodi ottimi, altri con metodi scadenti, la maggior parte era una via di mezzo. Le conclusioni però erano sempre le stesse indipendentemente da chi aveva compiuto la revisione sistematica, dai metodi impiegati o dall'oggetto degli studi economici, cioè dall'argomento e da chi aveva finanziato la revisione. Le conclusioni erano che la maggior parte delle valutazioni economiche, di qualsiasi disegno, era di una qualità insufficiente per poter rispondere ai rispettivi quesiti di ricerca.

Le valutazioni economiche hanno sostanzialmente tre potenziali punti deboli: il primo è rappresentato dall'uso di dati epidemiologici scadenti o altamente selettivi (che esaltano cioè il peso epidemiologico della patologia in questione). Il secondo problema è costituito dal fatto che le stime dei risultati, cioè efficacia e sicurezza degli interventi, spesso si basano, anche in presenza di grossi trial, sullo studio piccolo, osservazionale, che generalmente non riesce a fornire risposte ai quesiti di ricerca. La terza pecca fondamentale è rappresentata dall'utilizzo di metodi di valutazione economica spesso inadeguati.

Quindi forse è giunto il momento di cercare un riallineamento tra questi due indirizzi di ricerca, di effettuare un confronto che passi anche per una condivisione di linguaggi, di background culturali. Sembra di capire che agli economisti farebbe bene avere delle basi più solide di tipo epidemiologico e agli epidemiologi delle basi più solide di tipo economico...

Senza dubbio, ma il problema veramente grande è quello generale della qualità della ricerca, della qualità della metodologia della ricerca e della sua onestà. Prendiamo come esempio l'applicazione di tecniche statistiche alle stime di costo-efficacia. Bisogna ricordare che si possono applicare tutti i test statistici che si vuole alle stime di costo-efficacia, ma se tali stime sono derivate da metodi inattendibili, l'analisi statistica che si ottiene non dice niente. Il problema è notevole, perché la valutazione economica è una tecnica di natura qualitativa, nata in Inghilterra dopo la seconda guerra mondiale, in un contesto ideologico e sociale molto particolare, quello del *welfare state*, che si è andata evolvendo



in
una
disciplina
economica,
neoparetiana, dai
cui principi si è poi
allontanata a causa di
motivi che poco hanno a che
fare con l'origine di questa
metodologia e che hanno creato
delle vere e proprie distorsioni,
cosicché alcune parti della

valutazione economica si sono evolute, mentre altre sono rimaste ipotrofiche. Gli esempi più lampanti sono il graduale abbandono dell'analisi costo-beneficio, che rappresenta un disegno di studio importante per prendere decisioni di sanità pubblica a tutto vantaggio di disegni di tipo costo-efficacia, che valutano costi e conseguenze di una o più alternative assumendo punti di vista ristretti, che riflettono gli interessi di una sola parte di decisori.

È possibile immaginare che la disciplina che va sotto il nome di Health Technology Assessment possa rappresentare il contenitore in cui ricomporre queste difficoltà e, se sì, come giudica lo stato della ricerca a livello internazionale e nazionale in questo ambito?

Il programma inglese del Technology Assessment è avviato da 10 anni, ha visto la pubblicazione di più di 200 volumi, con molte revisioni sistematiche delle valutazioni economiche. La procedura prevalentemente seguita consiste nel redigere una revisione delle valutazioni economiche ed elaborarla per poi creare dei modelli. Questo è il filone che ha dato più risultati. Gli americani ancora non hanno accettato la revisione sistematica come uno strumento decisionale, il che è veramente strano perché è una loro invenzione. I canadesi sono a metà strada, sebbene siano tra quelli che hanno sviluppato maggiormente sia la revisione sistematica sia la valutazione economica, mentre gli inglesi, gli olandesi e i norvegesi, in generale i nordeuropei (ad eccezione della Germania) ne sono i grandi promotori. Comunque l'Health Technology Assessment inglese è l'unico programma che seriamente cerca di riconciliare queste due tendenze. Bisogna ovviamente tenere presenti tutti i problemi della ricerca, sia

quelli connessi con la revisione sistematica e le valutazioni economiche, sia quelli più generali, che a mio avviso hanno superato ogni limite di guardia.

Immedesimandosi nell'operatore sanitario medio, nel professionista che ritiene di avere una scarsa disponibilità di tempo, ma che nutre un'ambizione di approfondimento relativa ad una determinata condizione sanitaria o ad una specifica patologia, è possibile fornire delle indicazioni pratiche in modo che questo operatore sia in grado di combinare le informazioni relative alle prove di efficacia dei diversi trattamenti praticabili con quelle relative alla migliore sostenibilità economica degli stessi?

Non esiste un ricettario immediato. Direi che tutti gli operatori sanitari dovrebbero fare un corso base di epidemiologia, o meglio, di lettura critica delle evidenze, anche breve (due o tre giorni): occorre semplicemente appropriarsi della mentalità corretta, che non viene mai istillata durante la formazione e quasi mai dopo la laurea. Premesso questo, bisogna ricordare che esistono delle fonti di informazione importanti e prioritarie. Il *BMJ* è una di queste. Il sito del *BMJ* è al momento gratuito, ma non è detto lo rimanga. Poi ci sono la Cochrane Library e il programma del Technology Assessment inglese. Questi strumenti dovrebbero essere resi pubblici e coloro che lavorano nel servizio sanitario italiano dovrebbero essere abbonati. Dovrebbe esserci un accesso unico o comunque un accesso gratuito. Sicuramente servirebbe anche un servizio di traduzione per facilitare l'approccio ai contenuti. In ogni caso non siamo ancora riusciti a fornire uno strumento di facile consultazione. Quelli appena citati presentano tutti limiti notevoli. Per esempio, Clinical Evidence è di qualità variabilissima, *BMJ* è una rivista e quindi non ha necessariamente risposte al quesito che stiamo cercando. La Cochrane Library è una banca dati di risposte, invece dovrebbe essere una banca dati di quesiti con risposte. La banca dati del programma di Health Technology Assessment è una banca dati di quesiti piuttosto lunghi e di risposte lunghissime, tratta di problemi più o meno complessi che sono di attualità in Inghilterra e che potrebbero non esserlo in Italia. Quindi l'auspicio è che qualcuno si metta dalla parte dell'utente, del destinatario delle informazioni, cercando di comporre una rete di referenze, di interlocuzioni scientifiche che possano fornire un'informazione di base e un aggiornamento continuo sulle tematiche che più interessano il professionista.