

## Metodi per la conduzione di valutazioni economiche in sanità: un'indagine Delphi

Frew E, Breheny K

*Methods for public health economic evaluation: a Delphi survey of decision makers in English and Welsh local government*

Health Econ 2019; 28: 1052-1063

### INTRODUZIONE

In tempi recenti, in risposta alle misure di austerità nazionali nel Regno Unito, i bilanci delle autorità locali si sono drasticamente ridotti e ciò ha causato una pressione finanziaria senza precedenti. L'imperativo è quindi quello di allocare le risorse nel miglior modo possibile con il supporto di valutazioni economiche anche se è opportuno un ulteriore livello di comprensione dei meccanismi attraverso i quali le prove economiche informino e definiscano il processo decisionale. Le autorità locali sono organizzazioni complesse e le evidenze costituiscono solo una parte, spesso molto piccola, del processo decisionale, che è fortemente influenzato dalle interazioni del comportamento umano con il contesto politico e finanziario. Il questionario Delphi è una tecnica di ricerca sociale partecipata che consiste nel consultare un gruppo di esperti e trasformare l'opinione individuale in un valore di gruppo, in cui gli esperti interagiscono fra loro, argomentano attivamente su un problema complesso e creano un'opinione convergente, facilitando il flusso di idee e di informazioni e permettendo ad ogni partecipante di avere uno stesso peso decisionale. La procedura si articola generalmente in tre fasi:

- 1) al panel viene sottoposto un questionario contenente domande su argomenti specifici e ciascuno dei partecipanti viene invitato ad esprimere la propria valutazione;
- 2) attraverso un'altra serie di domande, personalizzate in modo che ciascuno possa confrontare la propria posizione con la risposta statistica del panel, i partecipanti hanno la possibilità di rivedere le proprie valutazioni iniziali;
- 3) questo schema viene ripetuto per un certo numero di volte, fino a quando le valutazioni del panel non raggiungono un grado di convergenza ritenuto soddisfacente.

Obiettivo del presente lavoro è quello di misurare, con un'indagine Delphi, il livello di accordo sui diversi elementi metodologici della valutazione economica dal punto di vista dei decisori locali di salute pubblica.

### METODI

I partecipanti (in totale 38, noti al ricercatore principale) sono stati contattati via mail in maniera mirata, in considerazione della loro esperienza e conoscenza del processo decisionale. Sono state poi interpellate 195 persone tra coloro che lavorano in un contesto locale con un ruolo decisionale nella salute pubblica, individuate tramite una ricerca sul web.

A tutti gli invitati è stato chiesto di inoltrare l'invito ricevuto ai colleghi che ritenevano potessero fornire un parere sulle valutazioni

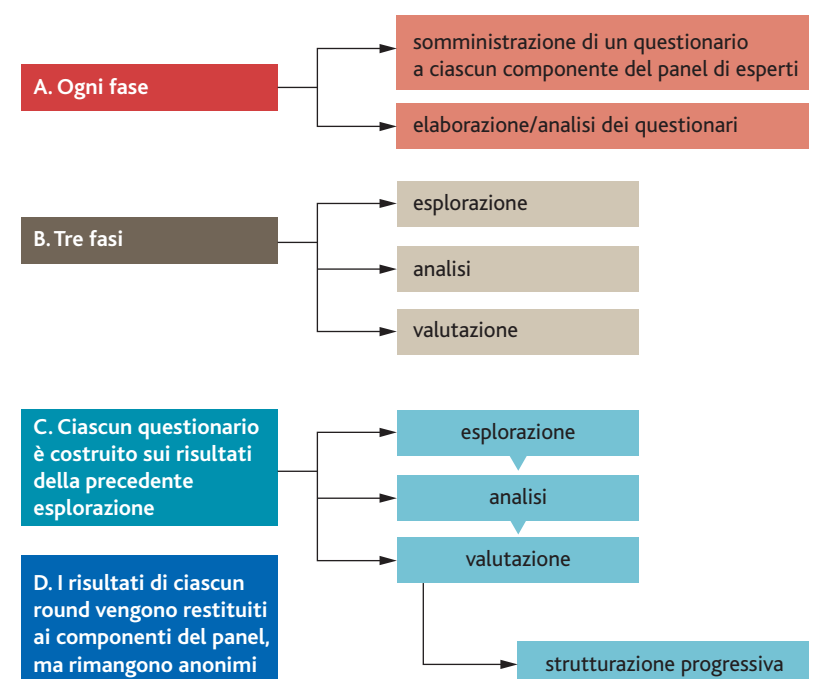
economiche (17 persone). In totale, 250 potenziali esperti hanno ricevuto l'invito di partecipazione al panel.

Nel primo round, ai partecipanti sono state poste domande relative al loro attuale ruolo lavorativo, al numero di anni di esperienza lavorativa, al livello di istruzione e alla loro formazione in economia sanitaria nonché al loro effettivo utilizzo di evidenze economiche per il processo decisionale con particolare riguardo alle fonti più spesso consultate e alla frequenza d'uso. Altro elemento oggetto di valutazione è stata l'importanza che i partecipanti attribuiscono ai diversi tipi di evidenze economiche quando devono prendere decisioni legate agli investimenti/disinvestimenti.

Successivamente, ai partecipanti è stata posta una domanda a risposta aperta per ottenere le loro opinioni sui principali ostacoli all'uso delle prove di valutazione economica quando si prendono decisioni di finanziamento. Altri fattori presi in considerazione hanno riguardato la generalizzabilità dei risultati, i criteri decisionali, l'orizzonte temporale da considerare, quali costi includere, quali risultati considerare e come riportarli e l'impatto sul patrimonio. Le scale di valutazione formulate vanno da 1 = 'molto importante' a 5 = 'non importante' oppure da 1 = 'fortemente d'accordo' a 5 = 'fortemente in disaccordo'.

Alla fine del primo round, ai partecipanti è stato chiesto se fossero disposti a completare un secondo round dal quale hanno poi ricevuto riscontri sulle statistiche descrittive (mediana di gruppo) per ciascun elemento del primo round. I round sono stati condotti tra aprile e luglio 2018. Il livello di accordo per ciascun elemento metodologico è misurato dalla mediana del gruppo e la 'forza' dell'accordo dalla deviazione assoluta dalla mediana. Le dichiarazioni sono state quindi classificate in base ai punteggi che, con mediane da 1 a 2, indicano 'accordo'; con mediana pari a 3 indicano 'nessun accordo'; mediana 4-5 'totale disaccordo'. La forza dell'accordo (in termini di deviazione assoluta) è alta (<0,46), moderata (da 0,46 a 0,57) e bassa (>0,57).

### IN CHE COSA CONSISTE IL DELPHI



## RISULTATI

Sessantasei partecipanti hanno completato il primo round con un tasso di rispondenza del 26%; 39 soggetti hanno dichiarato di voler partecipare al secondo round e, tra questi, 29 lo hanno effettivamente completato (tasso di rispondenza del 74%). Il 64% del campione ha una formazione in economia sanitaria anche se limitato a moduli specifici di corsi di laurea superiore o corsi brevi di un giorno. Per quanto concerne le decisioni di investimento, il panel ha indicato un livello elevato e una forza di accordo consistente per i costi, i risultati relativi alla salute, i risultati di benessere e l'impatto sulla produttività (mediana 1 o 2, deviazione <0,42). Riguardo alle scelte di disinvestimento, il gruppo ha mostrato un livello elevato e una forza di accordo rilevante solo per informazioni sui costi e sui risultati relativi alla salute (mediana 1, deviazione <0,35); il benessere è considerato importante ma c'è stata una variabilità ampia nella risposta (deviazione = 0,50). Per la generalizzabilità, il panel ha messo in evidenza risultati contrastanti poiché singolarmente le affermazioni "le prove economiche dovrebbero tener conto del contesto locale" e "le prove economiche dovrebbero essere generalizzabili in diversi contesti" avevano un livello elevato di forza e di accordo (mediana 2, deviazione <0,42), ma quando queste due affermazioni sono state combinate per formare una terza ("le prove economiche dovrebbero essere generalizzabili ma tenere conto del contesto locale"), è stata ottenuta solo una moderata forza di accordo in tutto il panel.

Il panel non è stato concorde (mediana 4) sul fatto che le evidenze economiche dovrebbero concentrarsi esclusivamente sulla massimizzazione del risultato e sulla riduzione delle disuguaglianze, e la deviazione è stata moderata (0,53) ad indicare che vi erano alcune opinioni contrastanti in tutto il gruppo. Allo stesso modo, c'era solo una moderata forza di accordo sul concentrarsi in egual misura sulla massimizzazione del risultato e sulla minimizzazione delle disuguaglianze (mediana 2, deviazione = 0,57). Per quanto concerne l'orizzonte temporale di riferimento, il panel era coeso nell'adottare un orizzonte temporale di durata sufficiente a catturare tutti i costi e i benefici nel breve e nel lungo periodo (mediana 2, deviazione <0,46).

La sezione che ha raggiunto il massimo livello di accordo è stata quella relativa alla scelta dei costi da includere, cioè presentare i costi per sottogruppo di popolazione e per settore (mediana 2, deviazione <0,42). Di contro, la sezione che ha rivelato la più grande variabilità nella risposta è stata quella relativa agli esiti di salute: per nessun risultato è stato possibile formulare una raccomandazione condivisa.

## CONCLUSIONI

Il panel ha convenuto che le valutazioni economiche dovrebbero essere pertinenti al contesto locale e includere costi e conseguenze nel breve e nel lungo periodo. È stata evidenziata la necessità di report trasparenti sui costi e sugli esiti, per sottogruppi di popolazione. Nel complesso, il panel ha mostrato una preferenza per un approccio flessibile, comprendendo che l'evidenza economica è un elemento dinamico del processo decisionale.

Letizia Orzella

Agenas, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## Meglio insieme: la collaborazione con il paziente nelle riviste mediche e l'esperienza del *BMJ*

Richards T, Schroter S, Price A, Godlee F

*Better together: patient partnership in medical journals. The BMJ's experience can be a springboard for others*

BMJ 2018; doi: 10.1136/bmj.k3798

## INTRODUZIONE

Il principio dell'assistenza costruita a partire dalle esigenze del paziente e quello della condivisione delle decisioni sono due concetti alla base dei sistemi sanitari occidentali, ma spesso pazienti e operatori osservano come vi sia ancora un divario tra l'enunciazione teorica e la piena realizzazione di tali principi. Le autrici, editor del *BMJ* con vari ruoli, sottolineano come le riviste mediche abbiano un ruolo importante nell'aiutare a diminuire tale divario e descrivono alcune delle importanti iniziative che il *BMJ* ha preso per includere sempre di più i pazienti e i loro rappresentanti.

## METODO

Per oltre 20 anni il *BMJ* ha avuto alcuni pazienti tra i suoi revisori scientifici. Il loro punto di vista ha aperto nuove prospettive al lavoro e al modo di pensare del periodico. Richards e colleghe ricordano, a questo proposito, alcune figure di grande rilievo come Rosamund Snow o Peter Lapsley, il quale già 10 anni fa sottolineava che "i pazienti possono dare un contributo al *BMJ* che va ben oltre il semplice racconto della propria malattia e della propria esperienza con i trattamenti" (Lapsley P et al, 2007). Oggi il *BMJ* ha attuato una sua strategia di partenariato con i pazienti che si basa proprio su questa idea di Lapsley e si articola in varie aree di partecipazione.

Esiste una collaborazione con un panel internazionale composto da pazienti: i pazienti che entro il *BMJ* hanno ruoli editoriali moderano le interazioni tra il panel e lo staff della rivista, tra i quali vi è uno scambio di idee vivace e fitto. I membri del panel sono poi spesso tra i primi a commentare gli articoli pubblicati sulla rivista e molti dei pazienti legati alle loro community seguono e rispondono ai feed di Twitter e ai dibattiti proposti dal *BMJ*.

La rivista ha anche implementato un database per la revisione da parte dei pazienti degli articoli proposti per la pubblicazione. È uno strumento che si è rivelato importante accanto alla revisione tra pari, ed è sempre più utilizzato. Inoltre, da 4 anni gli autori che propongono un loro studio per la pubblicazione devono specificare sempre se e come hanno coinvolto i pazienti. Oggi questo PPI statement, cioè una dichiarazione relativa al coinvolgimento del pubblico e dei pazienti, è richiesto da *BMJ Open*, *BJOG*, *Research Involvement and Engagement*, e da altre riviste di punta tra quelle specializzate afferenti al *BMJ*. La conseguenza di questa apertura è che oggi il mondo della ricerca pone globalmente più attenzione a ogni forma di inclusione del punto di vista dei pazienti.

Articoli e contributi di varia natura, scritti o co-scritti da pazienti, come per esempio la *BMJ Opinion* o la serie *What Your Patient is Thinking*, forniscono informazioni preziose e idee su come miglio-