

Anche le aspettative del paziente possono incidere sui costi della terapia

Kleinmann L, McIntosh E, Ryan M et al

Willingness to pay for complete symptom relief of gastroesophageal reflux disease

Arch Intern Med 2002; 162: 1361-1366

Circa 10 miliardi di dollari si spendono ogni anno negli Stati Uniti per la cura della malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) e, di questi, sono almeno 6 quelli impiegati per l'acquisto di farmaci. La cifra, straordinariamente elevata, rispecchia anche l'elevato costo delle medicine nell'America del Nord, che si stima pari a circa il doppio di quello vigente sul mercato italiano. Pur con le debite proporzioni, si può tranquillamente affermare che anche in Italia i costi diretti per la cura di questo disturbo assai diffuso sono elevatissimi, non solo per la voce rappresentata dalla spesa farmaceutica, ma anche per l'uso probabilmente eccessivo di analisi ed esami endoscopici per pervenire alla diagnosi.

La diffusione del disturbo, ancora non completamente definita in termini epidemiologici, e soprattutto la sua cronicità, ne fanno un problema di Sanità pubblica: le limitazioni, peraltro assai controverse, formulate recentemente dalla CUF con la nota 48 sulla prescrizione dei farmaci antisecretori sono comunque un segnale eloquente della preoccupazione delle autorità sanitarie riguardo al problema.

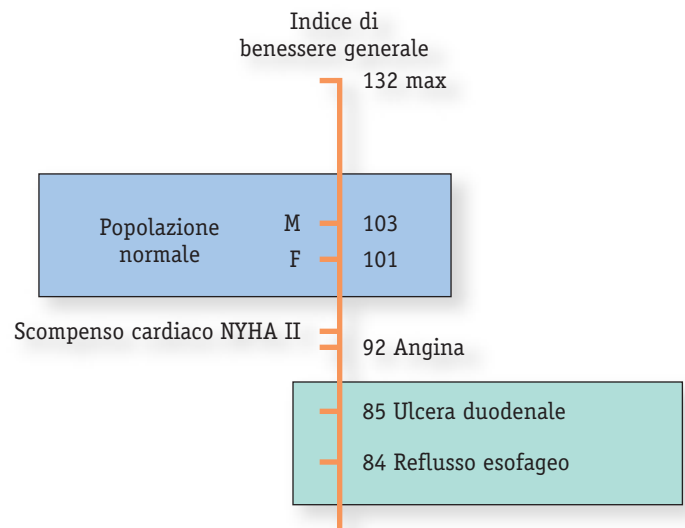
Il trattamento della MRGE, essenzialmente mirato alla risoluzione di una sintomatologia che, come detto, è tipicamente cronica e recidivante, prevede l'impiego degli H₂-antagonisti e degli inibitori della pompa protonica (PPI). I PPI sono universalmente considerati i farmaci più efficaci nella terapia della MRGE, tuttavia il loro costo sensibilmente superiore agli H₂-antagonisti ha suggerito di elaborare una strategia di trattamento (step up treatment) in base alla quale sarebbe preferibile iniziare con il farmaco meno efficace (ma più economico) e quindi, in caso di risposta insoddisfacente, passare ai PPI. Altri esperti ritengono invece pre-

feribile iniziare dal farmaco più potente, sostenendo fra l'altro che l'impiego di medicinali più costosi, ma anche più efficaci, consente in ultima analisi un risparmio di risorse poiché il paziente sarà meno incline a consumare in associazione antiacidi o altri farmaci consimili "da banco" per aumentare l'efficacia del trattamento e si sottoporrà meno spesso a visite mediche di controllo.

La presenza di MRGE è d'altra parte associata a un peggioramento marcato della qualità di vita dei pazienti, inaspettatamente superiore a quello di molte altre malattie fra cui angina pectoris e scompenso cardiaco, e questo spiega l'importanza di ottenere un sollievo sensibile e duraturo della sintomatologia.

Importanti indicazioni, sia per il medico sia per le autorità sanitarie incaricate della sorveglianza dei costi, provengono da uno studio anglosassone che ha valutato la cosiddetta "willingness to pay", cioè la disponibilità del paziente a pagare di tasca propria per curare una determinata malattia, nel caso specifico per ottenere la risoluzione dei sintomi della MRGE. Le informazioni sono state ricavate da un questionario somministrato a 205 pazienti affetti da MRGE di grado lieve-moderato, ai quali veniva sostanzialmente richiesto di indicare quali fossero i principali requisiti di una terapia ottimale e quindi gli obiettivi attesi dalla cura, valutati sulla base del denaro che ognuno era disposto a spendere.

Impatto della malattia sull'indice di benessere generale: confronto fra pazienti affetti da patologie diverse (Dimenas et al, Scand J Gastroenterol; 30: 1046-1052)



È stato così possibile stabilire che i pazienti erano generalmente propensi a un esborso anche significativo (quasi 200 dollari al mese) pur di ottenere un miglioramento sostanziale dei sintomi, in tempi rapidi e senza effetti collaterali. Tuttavia, era l'entità del miglioramento, fra tutte le opzioni, quella più desiderata a testimonianza che la disponibilità di un farmaco potente ed efficace si trova in cima alle attese del malato.

Le informazioni ricavate da questo studio possono essere utili al medico, per poter interagire in maniera ottimale con il paziente al fine di individuare la migliore strategia di trattamento, ma anche agli amministratori della salute, perché le attese e i bisogni del malato sono una guida insostituibile per la pianificazione di decisioni corrette e costo-efficaci. ■ GB

For profit o not-for-profit? Risultati di una metanalisi condotta sugli ospedali americani

Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C et al
A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals
CMAJ 2002; 166: 1399-1406

Il ruolo del privato nell'erogazione di assistenza ospedaliera è oggetto di dibattito da lungo tempo sia in Italia sia all'estero. Devereaux e collaboratori hanno compiuto un'analisi incentrata su vari aspetti: gli effetti sulla salute, l'appropriatezza e la qualità delle cure, i costi. In questo lavoro presentano un confronto relativo alla mortalità dei pazienti ricoverati in ospedali privati for profit e not-for-profit.

Lo studio consiste in una metanalisi di 14 lavori che hanno analizzato la mortalità (durante la degenza ed entro 30 giorni dalla dimissione) di 36.402.558 pazienti ricoverati dal 1982 al 1995 in 26.399 ospedali. Questi lavori sono stati identificati mediante una ricerca compiuta attraverso 11 database bibliografici dai quali si è ottenuta una prima selezione di 8665 articoli. Sono stati poi considerati solo gli studi condotti secondo criteri di qualità soddisfacenti e che avessero tenuto conto della complessità del case-mix e della gravità dei pazienti ricoverati. Il ri-

sultato ottenuto, anche se con una differenza modesta, mostra il verificarsi di una maggiore mortalità tra i pazienti ricoverati negli ospedali privati for profit (RR: 1,020; IC 95%: 1,003-1,038; p: 0,02). Secondo gli autori, questo si spiega con il fatto che la preoccupazione della ricerca del profitto può determinare limitazioni nelle cure erogate ai pazienti ricoverati: gli ospedali for profit hanno meno dipendenti esperti per ogni letto di degenza (aggiustato per il rischio) ed è dimostrato che la mortalità intraospedaliera è correlata al numero di tali dipendenti. I dati considerati dallo studio si riferiscono ad un lungo periodo di tempo durante il quale il sistema sanitario statunitense è stato sottoposto a cambiamenti anche molto incisivi. Proprio per questo i ricercatori ritengono che i risultati ottenuti siano rapportabili anche alla situazione canadese.

Il problema della trasferibilità di dati di questo genere a sistemi sanitari profondamente diversi, come quello italiano, è di rilevante importanza. In questa prospettiva si possono fare due annotazioni: lo studio propone un approccio essenzialmente quantitativo ad un dibattito che in Italia è svolto troppo spesso in modo prevalentemente ideologico; riflettere, invece, sugli esiti quantitativi di scelte basate su motivazioni economiche (auspicabilmente solide dal punto di vista scientifico) è particolarmente utile. D'altra parte se è ipotizzabile che, a causa delle più recenti scelte nel campo della programmazione sanitaria, le differenze tra il nostro sistema sanitario e quello americano diminuiscano, i risultati di questo studio saranno sempre più trasferibili. ■ AF