

Balancing health and industrial policy objectives in the pharmaceutical sector:

lessons from Australia

Morgan S, McMahon M, Greyson D

Australia Health Policy 2008; 87: 133-145

In tutto il mondo si cerca di bilanciare gli interessi dell'industria farmaceutica con quelli legati alla sostenibilità dei sistemi sanitari e alla salute delle persone. Le aree di maggior dibattito sembrano quelle della definizione del prezzo delle diverse molecole e della loro rimborsabilità. Quello che i sistemi sanitari vedono come necessario per mantenere un accesso equo ai farmaci è visto dall'industria farmaceutica come un nemico dell'innovazione, della ricerca e del libero mercato. Anche l'Australia ha affrontato questo problema per anni, incorporando l'obiettivo di mantenere un'industria del farmaco viva e responsabile all'interno del sistema. Il lavoro è uno studio di casi, condotto attraverso una revisione narrativa che ha esaminato l'esperienza australiana nel settore del farmaco, nel tentativo di bilanciare gli interessi di salute e quelli di politica industriale. La revisione è stata condotta su database elettronici, letteratura grigia e documenti governativi relativi alle politiche adottate in questo settore e pubblicati nel periodo 1985-2007.

Il lavoro è stato suddiviso in tre parti: la prima ha analizzato gli obiettivi di salute ottenuti attraverso le politiche del *pharmaceutical benefits scheme* (Pbs), la seconda gli sforzi messi in campo per sostenere l'industria a livello locale attraverso le politiche governative e la terza ha analizzato la visione industriale del Pbs, insieme ai dati emersi dagli audit nazionali. I risultati del lavoro indicano come secondo l'industria le politiche di prezzo e rimborso australiane abbassino i prezzi dei farmaci e riducano i profitti, mentre gli audit a livello nazionale indicano che queste preoccupazioni sono fuorvianti. In Australia infatti vi sono prezzi bassi per i farmaci generici e per quelli copia, mentre vi sono prezzi competitivi per quelli innovativi. Nello stesso tempo sono stati compiuti sforzi per investire sull'industria farmaceutica a livello locale attraverso una serie di iniziative di sostegno alla ricerca e all'innovazione. In generale il lavoro mostra come l'Australia abbia raggiunto lo scopo di bilanciare gli obiettivi di salute e di sostenibilità del sistema sanitario con obiettivi industriali. Tuttavia il paese continua ad essere critica-

to dall'industria in quanto queste politiche creano problemi all'innovazione e alla ricerca e sviluppo. Il lavoro termina descrivendo le recenti riforme del settore, ponendo il problema della loro capacità a continuare a sostenere il bilanciamento fra queste due diverse visioni.

Focusing on obesity through a health equity lens. A collection of innovative approaches and promising practices by health promotion bodies in Europe to counteract obesity and improve health equity

Kulpers MY

http://www.eurohealthnet.eu/images/stories/DocumentFolder/kuipers_ym_focusing_on_obesity_through_a_health_equity_lens.pdf
July 2009

Le politiche legate alla prevenzione dell'obesità sono spesso mirate a cambiare gli stili di vita degli individui, modificare l'ambiente circostante e adottare nuove leggi sul tema. Non è chiaro tuttavia il loro impatto in termini di riduzione delle disuguaglianze fra i diversi gruppi di popolazione. Questo rapporto, prodotto dalla rete EuroHealthNet e sostenuto dal Governo inglese, ha come obiettivo di produrre idee e aprire il dibattito fra gli operatori e i decisori sul tema della lotta all'obesità. Il rapporto descrive gli approcci europei più innovativi e promettenti nella lotta all'obesità a livello locale, nazionale ed europeo, e focalizza l'attenzione sulle politiche mirate a ridurre le disuguaglianze fra i diversi gruppi socioeconomici, migliorando in particolare la condizione di quelli più svantaggiati. Le scelte negli stili di vita legati alla nutrizione e all'attività fisica sono i determinanti diretti dell'obesità. Gli autori hanno cercato comunque di includere ogni possibile azione mirata al suo contrasto, derivata dai membri di EuroHealthNet, dalle istituzioni locali, regionali e nazionali e da fonti accademiche e non governative.

Vengono descritti 71 diversi progetti ritenuti innovativi in 20 nazioni, condotti ai diversi livelli del sistema sociale. Il lavoro ha cercato di mettere in luce i progetti anche in termini di loro efficacia nel ridurre le disuguaglianze fra i diversi gruppi di popolazione. I progetti a livello locale sembrano quelli più capaci di impattare sulle popolazioni svantaggiate, che generalmente rispondono meno alle campagne nazionali, a quelle dei mass media e di educazione sanitaria.

È inoltre importante coinvolgere le comunità vulnerabili nello sviluppo, implementazione e valutazione dei diversi progetti. Anche lo sviluppo di partnership è un punto cruciale nella prevenzione dell'obesità, anche al di fuori del sistema sanitario. Solo alcuni dei 71 progetti sono stati tuttavia valutati in modo appropriato per un periodo di tempo medio-lungo sull'impatto in termini di riduzione delle disuguaglianze. Essi riescono a migliorare esiti intermedi, ma meno noti sono i risultati in termini di esiti di salute. Infine viene rimarcata l'importanza del monitoraggio e dell'accessibilità alle diverse esperienze, in particolare di quelle locali, con la creazione di organizzazioni 'ombrello', come la Community food and health organisation in Scozia.

Market failure, policy failure and other distortions in chronic disease markets

Watts JJ, Segal L

BMC Health Services Research 2009

doi: 10.1186/1472-6963-9-102

L'aumento della prevalenza delle malattie croniche rappresenta una voce importante in molti sistemi sanitari. Nonostante si stimi che la maggior parte della spesa sia legata a queste malattie, i sistemi sanitari hanno una preferenza nel trovare risposte alle malattie di tipo acuto, piuttosto che per la prevenzione di quelle croniche. Se è ormai noto che il mercato sanitario presenta caratteristiche che lo allontanano dalle condizioni di perfezione, vi sono ulteriori differenze fra i diversi mercati sanitari, in particolare tra quello delle patologie acute e croniche, sulle quali si sono focalizzati gli autori nella loro disamina.

Queste imperfezioni includono, ad esempio, l'asimmetria informativa fra fornitore e consumatore di prestazioni, l'effetto delle esternalità sul comportamento del consumatore, la divergenza nel tasso di preferenza temporale sociale e privato e i problemi derivanti da un finanziamento a prestazione. Prendendo il caso dell'asimmetria informativa, questa è molto più presente nelle patologie di tipo acuto, piuttosto che in quelle di tipo cronico, dove il paziente è più informato e conosce molto di più la malattia. In alcuni casi, come nelle politiche di *disease management*, l'informazione al paziente viene anche considerata parte della cura, al fine di avere una maggiore partecipazione del paziente stesso al percorso terapeutico. L'incapacità dei mercati privati di raggiungere una distribuzione delle risorse efficiente ed equa ha portato a interventi di politica sanitaria, che hanno introdotto una serie di problemi nelle diverse modalità assistenziali. Questo, ad esempio, favorisce l'assistenza ad episodi acuti di patologie piuttosto che la prevenzione primaria e secondaria delle stesse. Gli autori presentano infine alcune proposte per superare queste problematiche.

Out-of-hours care in Western countries: assessment of different organizational models

Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R

BMC Health Services Research 2009

doi:10.1186/1472-6963-9-105

A livello internazionale, diversi modelli vengono utilizzati per assistenza fuori orario, ossia al di fuori dei normali orari di attività. L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di valutare i modelli internazionali più utilizzati, identificando i punti di forza e di debolezza. Il lavoro è stato condotto nel 2007 attraverso una indagine web su un campione di operatori di 25 nazioni. Le domande erano relative ai modelli organizzativi esistenti, ai problemi percepiti e agli sviluppi futuri in ogni paese. Sono stati contattati 71 esperti di 25 paesi, identificando 9 diversi modelli organizzativi. Il Dipartimento di emergenza e urgenza è quello più utilizzato e la problematica evidenziata è legata al coordinamento e alla continuità dell'assistenza, alla sua efficienza e accessibilità. In un terzo dei paesi il modello a rotazione è l'organizzazione più usata, con un problema di bassa soddisfazione lavorativa da parte dei medici. Per quanto riguarda le cooperative dei medici di medicina generale, che esistono nella maggioranza dei paesi analizzati, non sono state segnalate particolari problematiche. Nella maggior parte dei paesi vi sono inoltre progetti per modificare questo tipo di assistenza che prevedono organizzazioni di maggiori dimensioni. Gli autori concludono sostenendo che le cooperative dei medici sembrano quelle che permettono una sufficiente dimensione organizzativa associata ai vantaggi dell'assistenza primaria, come l'accessibilità, la continuità e il coordinamento delle cure.

Anche se alcune tipologie di pazienti possono richiedere specifici modelli organizzativi, la coesistenza di più modelli all'interno della stessa area può essere inefficiente per il sistema sanitario.

Funding health technologies in decentralized systems: a comparison between Italy and Spain

Cappellaro G, Fattore G, Torbica A

Health Policy 2009

doi:10.1016/j.healthpol.2009.05.004

Le politiche di contenimento dei costi si stanno sempre più focalizzando sui dispositivi medici e risulta interessante analizzare l'impatto di queste politiche con un confronto fra le diverse nazioni. In questo lavoro sono stati valutati la copertura, l'approvvigionamento e il rimborso di tre diversi dispositivi medici, come gli stent coronarici, le endoprotesi del ginocchio e i defibrillatori cardiaci impiantabili (nel sistema sanitario italiano e in quello spagnolo). Questi dispositi-

vi rappresentano un esempio di tecnologie costose ed efficaci che pongono problematiche ai sistemi sanitari per la loro adozione e utilizzazione. Sono stati intervistati 19 esperti che operavano in ospedale e nell'industria, ed è stata anche analizzata la letteratura primaria e grigia, così come i documenti normativi.

In generale, nel sistema sanitario di entrambe le nazioni si è assistito ad un passaggio di potere dal livello nazionale a quello regionale e per ognuno dei tre temi trattati vi sono differenze che riflettono quelle del sistema sanitario. Per esempio, nel caso della rimborsabilità, dove le differenze sono maggiori, in Italia vengono usati i Drg a livello ospedaliero, mentre in Spagna sono previsti budget globali. Anche le differenze nel sistema di approvvigionamento e di finanziamento creano diversi incentivi che possono avere un impatto nell'uso e nella diffusione delle tecnologie. Tuttavia questi meccanismi spiegano solo in parte i percorsi professionali ed organizzativi: i comportamenti dei professionisti e i sistemi di management a livello locale hanno infatti un forte impatto sull'adozione di queste tecnologie. Attualmente vi sono limitate indicazioni da parte delle autorità nazionali e regionali sull'uso di queste tecnologie. È tuttavia possibile che la difficile ricerca di un bilanciamento fra la necessità di introdurre le innovazioni, il contenimento dei costi e il mantenimento del principio di equità richiederanno nel futuro un'azione di regolazione del sistema più ampia. La funzione di technology assessment potrà avere un ruolo più importante in futuro, anche se attualmente entrambe le agenzie nazionali di Hta hanno un peso limitato nel sistema.

Micro grants as a stimulus for community action in residential health programmes: a case study

M Schmidt, T Ploch, J Harting J et al
J Clin Pathol 2009; 62: 593-597

Negli ultimi venti anni le azioni a livello di comunità sono divenute un approccio popolare per migliorare la salute delle persone. Obiettivo centrale di queste azioni è quello di stimolare un'azione comunitaria, in modo che i cittadini e le organizzazioni vengano a conoscenza dei problemi, identificando quelle azioni come una priorità e definendo i passaggi per la loro soluzione. Vi sono attualmente alcune modalità per realizzare azioni comunitarie che tuttavia mostrano risultati molto variabili. In questo lavoro, condotto in Olanda, viene analizzato il contributo di schemi di microcredito ad azioni di tipo comunitario, come quelle legate ad iniziative di promozione della salute in strutture residenziali. Lo schema si basa su due aspetti: il primo è quello dei microcrediti di 500-3500 euro, facilmente ottenibili da organizzazioni locali; il secondo è quello del meccanismo di distribuzione delle risorse legato a gruppi di vicinato e di operatori

sanitari. I materiali del lavoro sono stati raccolti attraverso le osservazioni di questi gruppi, interviste a professionisti e decisori sanitari, e l'analisi della documentazione prodotta. Le azioni di microcredito riguardavano, per esempio, il sostegno ad attività fisica o corsi per imparare a cucinare. Il lavoro mette in luce come i microcrediti possano essere un mezzo utile per aumentare l'azione comunitaria, favorendo la partecipazione di soggetti considerati difficili da raggiungere. Molto importante è il ruolo dei panel nel meccanismo di distribuzione delle risorse. Gli autori evidenziano anche alcuni fattori che potrebbero migliorare questo interessante meccanismo di miglioramento della salute delle persone.

Reducing waiting times for hospital treatment: lessons from the English NHS

Harrison A, Appleby J
J Health Serv Res Policy 2009; 14: 168-173

Il tema delle liste di attesa è uno degli aspetti per i quali la maggior parte dei sistemi sanitari è in difficoltà. Negli ultimi anni il sistema sanitario inglese sembra avere ottenuto importanti riduzioni dei tempi di attesa a livello ospedaliero. In questo lavoro vengono esaminati i dati usati dal Governo inglese per descrivere il fenomeno, identificando anche alcuni limiti di questi indicatori. Nel lavoro vengono anche discussi i metodi con cui questi risultati sono stati conseguiti. Alcune delle azioni adottate a livello centrale, come la definizione dei target, sono state importanti, mentre altre, come l'introduzione del nuovo settore privato, non lo sono state. Questo lavoro mostra inoltre come i cambiamenti a livello locale abbiano avuto un peso nel raggiungimento dei risultati osservati, anche se il loro impatto rimane difficile da quantificare.

The Australian health care system: the potential for efficiency gains. A review of the literature. Background paper prepared for the National Health and Hospitals Reform Commission Australia

Hurley E, McRae I, Bigg I et al
<http://bit.ly/qcUEM>; June 2009

Un fattore chiave della performance di un sistema sanitario riguarda l'efficienza, mentre altre dimensioni includono la qualità, l'efficacia misurata in termini di *effectiveness* e l'equità. Si parla di efficienza economica quando non si possono ottenere ulteriori risultati con le risorse disponibili, oppure quando non si riesce ad aumentare gli esiti senza aumentare le risorse. In questo lavoro viene fatta una revisione della letteratura disponibile sull'efficienza del sistema sanitario e sulle aree dove si possono potenzialmente ottenere dei miglioramenti.

Le proposte di riforma contenute nel report Nhhrc riguardano miglioramenti dell'efficienza in diversi modi, fra cui:

1. l'uso del finanziamento basato sulle attività per ottenere un'efficiente fornitura di servizi nel sistema sanitario, inclusa la formazione clinica;
2. l'uso della valutazione economica degli interventi per ottenere che il finanziamento sia destinato agli interventi che forniranno i migliori esiti per un certo livello di risorse;
3. un sistema di finanziamento basato sulle performance per incoraggiare il raggiungimento di esiti di alta qualità;
4. una revisione dei servizi offerti in modo da migliorare l'appropriatezza di tali servizi nel momento del bisogno di cura.

Famiglie sole. Sopravvivere con un welfare inefficiente

Del Boca D, Rosina A
Collana 'Contemporanea'
Bologna 2009, Il Mulino

Le grandi democrazie europee da tempo aiutano le famiglie a crescere i giovani, ad assistere gli an-

ziani e a creare ricchezza sostenendo il lavoro delle madri e di tutte le donne. Una tradizione che non esiste in Italia dove le famiglie sono sempre più sole, prive di quel sostegno che migliorerebbe la qualità della vita e favorirebbe lo sviluppo. Del resto, rispetto agli altri paesi europei, in Italia sono maggiori le disuguaglianze tra uomini e donne e più rilevanti le ingiustizie nei rapporti tra le generazioni; anche le disparità territoriali si sono recentemente acuite. Nell'attuale periodo di crisi economica tali problemi si amplificano e assumono un carattere di urgenza. Gli autori sostengono che occorre adottare politiche lungimiranti, che non si limitino a mettere semplici toppe alle falle più evidenti, ma piuttosto precorrano le esigenze dei cittadini, promuovendo l'autonomia dei giovani, aiutando le scelte delle coppie, favorendo l'integrazione degli immigrati e delle seconde generazioni. È solo con un'azione chiara e incisiva su questi fronti che si riuscirà a trasformare quelli che oggi vengono visti come potenziali ostacoli alla crescita in risorse da valorizzare e in opportunità di sviluppo.

*A cura di Massimo Brunetti
Azienda Usl di Modena*