- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.141.100.120 Sat, 27 Apr 2024, 22:11:53

Anno 2020, Vol. 21, N. 3: 129-131



**Waiting time information in the Italian Nhs: a citizen perspective**
De Rosis S, Guidotti E, Zuccarino S et al
*Health Policy 2020; 124: 796-804*

Il ruolo del settore pubblico nella gestione e nella comunicazione dei tempi di attesa consiste nel supportare iniziative per la riduzione degli stessi, per aumentare l'equità dei cittadini nell'accesso e per promuovere la trasparenza e la responsabilità degli erogatori.

Al fine di migliorare la trasparenza e la comunicazione ai cittadini, l'Italia ha recentemente aggiornato il Piano nazionale per le liste di attesa (2019-2021), che prevede la divulgazione delle informazioni sui tempi di attesa sulle pagine web delle strutture sanitarie. Lo studio analizza le informazioni sui tempi di attesa per le visite ambulatoriali e i servizi digitali disponibili sulle pagine dei siti istituzionali di 144 organizzazioni sanitarie pubbliche in nove regioni e due province autonome d'Italia. Le pagine web sono state analizzate sia in termini di disponibilità di informazioni e servizi, utilizzando una griglia, sia in termini di qualità del testo, utilizzando uno strumento avanzato di valutazione della leggibilità (READ-IT). Queste informazioni sono state integrate e convalidate da referenti regionali durante seminari specifici di ricerca. Gli autori hanno riscontrato che il livello di divulgazione dei tempi di attesa, la qualità dei servizi digitali e la leggibilità del testo variano sia all'interno degli stessi sistemi sanitari regionali sia tra i sistemi sanitari regionali e le organizzazioni.

Il tipo e le caratteristiche delle informazioni e delle statistiche sui tempi di attesa variano notevolmente con un impatto negativo sulla loro stessa utilizzabilità per confrontare le strutture e prenotare le prestazioni. Complessivamente, le debolezze della comunicazione dovute alla scarsa armonizzazione e alla chiarezza delle informazioni possono minare gli sforzi nell'informare e nel coinvolgere efficacemente il pubblico attraverso la diffusione dei dati sui tempi di attesa online.

**A Mea is a Mea is a Mea? Sequential decision making and the impact of different managed entry agreements at the manufacturer and payer level, using a case study for an oncology drug in England**
Buyukkaramikli NC, Wigfeld P, Hoang MT
*Eur J Health Econ* 2020; *124 (2020) 164-173*

Nei sistemi sanitari con un unico terzo pagante che utilizza una soglia più o meno esplicita di costo-efficacia (Ce) nel processo decisionale, il pagatore mira a massimizzare il beneficio monetario netto (Nmb) data la propria soglia di accettabilità del rapporto costo-efficacia, mentre il produttore mira a massimizzare il *discounted-cash-flow* (Dcf) atteso, derivante dalle vendite della tecnologia in esame. Gli accordi di rimborso condizionato (*Managed entry agreements*, Mea) sono strumenti utilizzati per migliorare l'accesso a tecnologie costose che altrimenti non sarebbero considerate costo-efficaci per i pagatori. Il semplice sconto sul prezzo di listino è il tipo di Mea più comunemente applicato, ma ne esistono diverse altre forme, ognuna con un impatto diverso sul rapporto costo-efficacia della tecnologia, sul Dcf a vita per paziente e sull'incertezza decisionale. Lo studio analizza il processo decisionale sequenziale (Sdm) di diversi Mea: sconto semplice, inizio trattamento gratuito, acquisizione del trattamento a vita, limitazione dei costi (Lttacc), garanzia di rimborso basata sulle prestazioni (Mbg).

In una prima fase viene modellato l'Sdm del produttore e del pagatore come un gioco sequenziale il cui equilibrio viene trovato analiticamente. Quindi viene proposto un metodo computazionale euristico da seguire per ciascuno dei tipi di Mea.

Come caso di studio si fa riferimento a un'analisi costi-utilità condotta nel Regno Unito relativa a regorafenib rispetto alla migliore terapia di supporto per il trattamento di seconda linea del carcinoma epatocellulare. I termini di accordo ottimali che massimizzerebbero il Dcf a vita per paziente per ogni Mea, pur rimanendo al di sotto della soglia Ce (£ 50.000/Qaly guadagnato) sono stati ottenuti in un caso base deterministico, poi testato nell'analisi di sensibilità probabilistica.

L'introduzione di tutti i Mea ha migliorato i valori probabilistici di Icer e Nmb fino a renderli (quasi) accettabili, rispetto al caso 'no-Mea' (Icer ~ £ 78.000/Qaly guadagnato). I Dcf attesi nei Mea esplorati erano tutti simili, mentre l'onere dell'incertezza per regorafenib è diminuito in tutti i Mea. L'intensità della dose media e il tempo di trattamento di regorafenib si sono rivelati i parametri più incerti.

Il sistema di limitazione dei costi è stato quello associato a stime più solide in condizioni di incertezza parametrica. Per scenari che assumono un aumento del tempo di trattamento di regorafenib o dell'intensità della dose media, tale sistema ha fornito ancora risultati accettabili in termini di costo-efficacia, mentre per scenari che ipotizzavano una diminuzione dell'efficacia misurata come sopravvivenza libera da progressione e totale di regorafenib, solo il rimborso basato sulla performance ha prodotto un Icer accettabile. Negli scenari in cui la fonte di in-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.141.100.120 Sat, 27 Apr 2024, 22:11:53



certezza non è incentrata sui parametri dei Mea, tutti i tipi di Mea studiati hanno prodotto risultati inaccettabili in termini di rapporto costo-efficacia.

Ogni tipo di Mea ha un'implicazione diversa. I pagatori beneficeranno della partecipazione anticipata alla progettazione del Mea. Mentre uno sconto semplice potrebbe essere pratico ai fini dell'implementazione, altri Mea possono fornire ulteriori vantaggi al pagatore in termini di aumento dell'Nmb, riduzione del rischio decisionale e dell'incertezza.

Le prestazioni dei Mea dovrebbero essere studiate non solo in condizioni di incertezza parametrica, ma anche di incertezza strutturale, e le barriere di implementazione dovrebbero essere attentamente considerate prima di scegliere il tipo di Mea più appropriato.

**Constrained optimization for the selection of influenza vaccines to maximize the population beneft: a demonstration project**

Standaert B, Van Vlaenderen I, Van Bellinghen L et al

*Appl Health Econ Health Policy 2020; 18: 519-531*

L'influenza è una malattia infettiva che causa un elevato onere economico e sanitario ogni anno. Il più efficiente metodo di gestione della malattia è notoriamente la prevenzione tramite la vaccinazione. Sono disponibili molti vaccini per l'influenza, con vari livelli di efficacia e costo, rivolti, per di più, a fasce di età diverse. Pertanto, il processo decisionale cruciale concerne la scelta di quale vaccino somministrare per migliorare l'efficienza complessiva del sistema. In quest'ottica lo studio propone un modello di ottimizzazione vincolata per valutare strategie mirate per fornire vaccini contro l'influenza a tre gruppi di individui di età adulta negli Stati Uniti.

Il modello è disegnato per identificare una strategia di fornitura di vaccini contro l'influenza che massimizzi i benefici, sotto il vincolo di budget annuali, dando priorità ai vaccini in base al ritorno sull'investimento. L'approccio ottimizza una serie di risultati predefiniti, misurati nell'arco di diversi anni e derivanti da un crescente investimento, utilizzando la migliore combinazione possibile di vaccini. I risultati enfatizzano l'importanza di comprendere le differenze nei benefici tra i vari tipi di vaccino all'interno e tra gruppi diversi di età. Le analisi di scenario e di soglia verificano l'impatto della modifica nella distribuzione del budget nel tempo, della definizione del prezzo per ogni tipo di vaccino e della scelta della misura di esito che si intende ottimizzare.

L'utilizzo sistematico di strumenti come questo può produrre significativi guadagni di efficienza, soprattutto nel caso di malattie con molte opzioni di vaccino, come l'influenza. Inoltre, testare il modello in diversi scenari offre importanti spunti di riflessione sul massimo beneficio conseguibile per specifici sottogruppi di pazienti, dati determinati vincoli di budget.

**Cured today, ill tomorrow: a method for including future unrelated medical costs in economic evaluation in England and Wales**

Perry-Duxbury M, Asaria M et al

*Value Health 2020; 23: 1027-1033*

In molti paesi, i costi sanitari futuri indiretti – quelli cioè non direttamente imputabili alla patologia o al trattamento oggetto di valutazione – che si verificano durante gli anni di vita guadagnata sono esclusi dal computo dei costi considerati nella valutazione economica dei programmi sanitari, mentre i benefici sono implicitamente inclusi. Questo porta a favorire interventi che prolungano la vita in modo sproporzionato rispetto agli interventi per migliorare la qualità della vita. Questo articolo, che contribuisce al dibattito sull'includibilità dei costi indiretti futuri nelle valutazioni economiche, fornisce un framework standardizzato per l'inclusione di future spese mediche indirette e dimostra come questo possa essere applicato in Inghilterra e Galles.

Diverse fonti di dati vengono combinate per costruire stime della spesa pro capite del Ssn per età, sesso e sopravvivenza e viene sviluppato un sistema per adeguare queste stime ai i relativi costi di malattia. Vengono utilizzate delle curve di sopravvivenza tratte da esempi empirici per illustrare come inserire queste stime aggiustate dei costi indiretti futuri nella stima della costo-efficacia dei trattamenti, tenendo conto dell'età della popolazione target. I risultati mostrano che l'inclusione dei costi sanitari futuri è fattibile e standardizzabile. Gli esempi empirici dimostrano che ciò comporterebbe un aumento dell'Icer compreso tra il 7% e il 13%.

**The scale of Covid-19 graphs affects understanding, attitudes, and policy preferences**

Romano A, Sotis C, Dominioni G, Guidi S

*Health Economics 2020; doi: 10.1002/hec.4143*

I mass media presentano regolarmente dati sulla diffusione della malattia da coronavirus 2019 (Covid-19) con grafici che utilizzano una scala logaritmica o una scala lineare. Lo studio dimostra come la scelta della scala adottata su questi grafici abbia importanti conseguenze su come le persone comprendano e reagiscano alle informazioni trasmesse. In particolare, secondo gli autori, quando viene mostra-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.141.100.120 Sat, 27 Apr 2024, 22:11:53



to il numero di decessi correlati alla Covid-19 su scala logaritmica, le persone hanno una comprensione meno accurata di come si è sviluppata la pandemia, fanno previsioni meno accurate sulla sua evoluzione e hanno preferenze politiche diverse rispetto a quando i dati sono esposti su una scala lineare.

Di conseguenza, la semplice modifica della scala su cui sono presentati i dati può alterare le preferenze di politica pubblica e il livello di preoccupazione per la pandemia, nonostante il fatto che le persone siano regolarmente esposte alle informazioni relative alla Covid-19.

Fornire al pubblico informazioni in modo più comprensibile può aiutare a migliorare la risposta degli individui alla pandemia, anche in termini di adesione a determinati comportamenti. I mass media e i responsabili politici nel comunicare con il grande pubblico dovrebbero sempre descrivere l'evoluzione della pandemia utilizzando grafici su scala lineare, almeno come opzione predefinita.

**Documenting the financialisation of the pharmaceutical industry**
Busfield J
*Social Science & Medicine 2020; 258: 113096*

Il paper mira ad esplorare la crescente finanziarizzazione del settore farmaceutico, dall'inizio degli anni Ottanta in poi, e a considerarne le implicazioni. In particolare vengono esaminate varie caratteristiche del settore che dimostrano la crescente influenza del sistema finanziario sul settore farmaceutico, tra cui la variabilità del pattern dei detentori di quote, l'importanza di massimizzare il valore prodotto per gli stessi, le opzioni di acquisto e detenzione di quote offerte ai direttori esecutivi e ad altre figure apicali dell'azienda, il riacquisto delle azioni, l'esternalizzazione della produzione e delle attività di ricerca e sviluppo (R&S), insieme a un sempre più frequente ricorso alle fusioni e alle acquisizioni e a nuove forme di prestito per il finanziamento dell'azienda.

Nel complesso i risultati della finanziarizzazione possono essere positivi dal punto di vista delle aziende stesse, dei dirigenti e dei loro azionisti, ma l'articolo rende chiare anche alcune delle conseguenze negative di questo fenomeno. In primo luogo vengono fissati prezzi molto alti per i farmaci nuovi o esistenti, compresi quelli acquisiti da società biotecnologiche più piccole. Questo ha importanti implicazioni sia per i pazienti che per i sistemi sanitari. Negli Stati Uniti, per esempio, questo può significare addirittura che il prezzo di un farmaco sia proibitivo per gli individui con assicurazione sanitaria o coperti da Medicare e Medicaid, dato l'alto livello di franchigie, partecipazioni ai costi o coassicurazione che possono essere richiesti. E i prezzi elevati dei farmaci spingono verso l'alto i costi sanitari. In secondo luogo, costi di finanziarizzazione inferiori rendono certamente disponibile denaro da spendere per aumentare gli investimenti in R&S, che potrebbero generare nuovi farmaci. Le principali fonti di innovazione si trovano però nelle aziende più piccole. L'ampio uso di fusioni e acquisizioni può addirittura contribuire al declino dell'innovazione farmaceutica, quando due società vengono combinate. Infine, le aziende leader tentano di ridurre i costi, esternalizzando sempre più la produzione, la sperimentazione e persino le attività di R&S in paesi in cui il costo del lavoro è più basso. Sebbene questo sia ritenuto necessario dalle aziende, le conseguenze per chi perde il lavoro sono molto diverse e finiscono per aumentare le diseguaglianze.

**Hardening subnational budget constraints via administrative subordination: the Italian experience of recovery plans in regional health services**
Bordignon M, Coretti S, Piacenza M, Turati G
*Health Economics 2020; doi:*10.1002/*hec.4138*

A partire dal 2007, diverse regioni italiane sono state progressivamente arruolare in piani di rientro sulla base dell'entità dei loro deficit finanziari. La sottoscrizione del piano di rientro era imposta dal governo centrale e poteva determinare la nomina di un commissario in caso di mancata implementazione o di mancato funzionamento del piano. L'obiettivo per le regioni sottoposte a piano era duplice: da una parte recuperare l'equilibrio finanziario; dall'altra continuare a garantire i livelli essenziali di assistenza come richiesto dalla Costituzione. Ad oltre 10 anni dall'avvio dei piani, lo studio tenta di stabilire se questi abbiano effettivamente raggiunto gli obiettivi per cui erano stati pensati. L'evidenza prodotta dagli autori suggerisce che i piani di rientro abbiano rappresentato uno strumento efficace per eliminare o ridurre i disavanzi a livello regionale. Questo risultato è stato ottenuto soprattutto tramite la razionalizzazione del sistema di offerta. D'altro canto, i piani di rientro non sembrano aver compromesso l'utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini, né determinato deterioramenti dello stato di salute.

*A cura di Silvia Coretti*