

---

### **Centralizing and decentralizing governance in the covid-19 pandemic: the politics of credit and blame**

**GREER SL, ROZENBLUM S, FALKENBACH M ET AL**

*Health Policy 2022; <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.004>*

Il covid-19 ha portato cambiamenti significativi nelle relazioni di potere all'interno e tra i governi, mostrando che, sebbene siano i governi a determinare le politiche sanitarie, le crisi sanitarie influiscono su di essi. Questo studio si focalizza su centralizzazione e decentramento all'interno del governo (il capo del governo controlla la politica) e tra i governi (il governo centrale anticipa o controlla il governo locale e regionale).

La letteratura di scienza politica suggerisce che le specifiche configurazioni di centralizzazione e decentramento possono essere spiegate a partire dagli sforzi da parte dei principali politici di guadagnare credito grazie ad azioni e risultati popolari, e di deviare la colpa per scelte impopolari. Gli autori testano questa ipotesi in due modi: codificando i dati dell'*Health System Response Monitor* sulle risposte del governo e attraverso casi di studio sulla governance del covid-19 in Austria, Repubblica Ceca e Francia.

Il credito e la colpa spiegano sostanzialmente i tempi e la direzione dei cambiamenti nella centralizzazione e nel decentramento. Nella prima ondata, nella primavera del 2020, i capi di governo hanno centralizzato e innalzato il proprio profilo per ottenere il merito di un'azione decisiva, ma successivamente hanno cercato di decentralizzare, per non accollarsi la responsabilità di ripetute restrizioni alla vita o di nuove ondate di infezione.

---

### **Qualitative review on domains of quality of life important for patients, social care users, and informal carers to inform the development of the EQ-HWB**

**MUKURIA C, CONNELL J, CARLTON J ET AL**

*Value Health 2022; 25 (4): 492-511*

Il presente studio ha l'obiettivo di identificare i temi che connotano l'EQ-HWB (EQ Health and Wellbeing), una nuova misura di valutazione della salute e più genericamente dello 'star bene' che può essere utilizzata nella valutazione economica di interventi sanitari, sociali e di salute pubblica sulla base delle opinioni degli utenti e dei beneficiari dei servizi, compresi i *caregiver* informali.

È stata intrapresa una revisione qualitativa della letteratura attraverso ricerche sistematiche incentrate sull'evidenza qualitativa dell'impatto sulla

qualità della vita valutato sulla base di condizioni sanitarie selezionate, opinioni dei *caregiver*, utenti di interventi di assistenza sociale e studi qualitativi primari utilizzati nello sviluppo delle misure selezionate. Un sottoinsieme di studi è stato incluso nella revisione. L'analisi e la sintesi delle evidenze selezionate sono state effettuate sulla base di un modello concettuale.

Quarantadue revisioni e 24 studi primari sono stati inclusi nella revisione. Dalla revisione sono emersi 7 temi principali (con sottotemi): 1. sentimenti ed emozioni (tristezza, ansia, speranza, frustrazione, sicurezza, senso di colpa/vergogna); 2. cognizione (concentrazione, memoria, confusione, pensiero chiaro); 3. identità di sé (dignità/rispetto, autostima); 4. rapporti di 'coping, autonomia e controllo'; 5. connessioni sociali (solitudine, impegno sociale, stigma, sostegno, amicizia, appartenenza, onere); 6. sensazioni fisiche (dolore, disagio, sonno, affaticamento); 7. attività (cura di sé, attività significative, mobilità, comunicazione, udito, vista).

I risultati di questa ampia rassegna hanno identificato temi che vanno oltre la salute e che sono rilevanti per i pazienti, gli assistenti informali e gli utenti dell'assistenza sociale. Questi temi e sottotemi hanno alimentato i domini dell'EQ-HWB.

---

### **Financing and reimbursement models for personalised medicine: a systematic review to identify current models and future options**

**KOLEVA-KOLAROVA R, BUCHANAN J, VELLEKOOP H ET AL**

*Appl Health Econ Health Policy 2022; <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00714-9>*

Il numero di interventi sanitari descritti come 'medicina personalizzata' (Pm) è in rapido aumento. Poiché i sistemi sanitari faticano a decidere se finanziare queste innovazioni, non è chiaro quali modelli di finanziamento e rimborso siano appropriati da applicare in questo contesto.

Lo studio mira a rivedere i modelli di finanziamento e rimborso della medicina personalizzata, riassumerne le caratteristiche chiave e descrivere se possono influenzare lo sviluppo e l'adozione di queste tecnologie. Gli autori hanno condotto una revisione della letteratura su *Medline*, *Embase*, *Web of Science* ed *Econlit* per identificare gli studi pubblicati in inglese tra il 2009 e il 2021 e le revisioni pubblicate prima del 2009. La letteratura grigia è stata identificata tramite Google Scholar, Google e pagine Web specifiche per argomento. Sono stati inclusi articoli che descrivono il finanziamento e il rimborso di interventi di medicina personalizzata e il finanziamento degli interventi non personalizzati. I dati sono stati estratti e sintetizzati in modo narra-

tivo per riferire sui modelli, nonché su facilitazioni, incentivi, barriere e disincentivi che potrebbero influenzare lo sviluppo e l'adozione degli interventi di medicina personalizzata.

La ricerca e lo sviluppo di interventi di medicina personalizzata sono stati finanziati attraverso fonti pubbliche e private e rimborsati in gran parte attraverso modelli tradizionali quali tariffe uniche, raggruppamenti omogenei di diagnosi (Drg), gruppi di diagnosi e pagamenti cumulativi. Il rimborso basato su accordi di natura finanziaria, inclusi sconti e accordi prezzo-volume, è stato applicato principalmente alle terapie mirate. Il rimborso basato sulle prestazioni è stato identificato principalmente per le terapie geniche e mirate e per alcuni strumenti diagnostici complementari. I produttori di terapie geniche hanno spesso concordato, per l'accesso al mercato, sconti da applicare in caso di fallimento del trattamento, oppure altri meccanismi di rimborso condizionato in virtù dei quali la copertura dei primi cicli di terapia era basata sulla generazione di ulteriori evidenze e sul riconoscimento del valore. I principali ostacoli e disincentivi al finanziamento e al rimborso degli interventi di medicina personalizzata sono stati la mancanza di forti rapporti di collaborazione tra le parti interessate e l'assenza di benefici dimostrabili.

Gli accordi di finanziamento pubblico-privato e i modelli di rimborso basati sulle prestazioni potrebbero aiutare a facilitare lo sviluppo e l'adozione di interventi di medicina personalizzata con comprovati benefici clinici.

---

### **Differences in access to virtual and in-person primary care by race/ethnicity and community social vulnerability among adults diagnosed with covid-19 in a large, multi-state health system**

**GOVIER DJ, COHEN-CLINE H, MARSJ K ET AL**

*BMC Health Serv Res* 2022; 22 (511)

I gruppi maggiormente colpiti da covid-19 sperimentano anche un accesso peggiore alla telemedicina. Gli studi disponibili sono però trasversali, di breve durata, geograficamente limitati e non tengono conto delle disparità di accesso preesistenti. Questo studio esamina l'uso dell'assistenza primaria virtuale in rapporto alla razza/etnia e vulnerabilità sociale tra gli adulti con diagnosi di covid-19. Gli autori cercano anche di comprendere se le disparità di accesso all'assistenza virtuale possano essere state compensate da un migliore accesso di persona.

È stato condotto uno studio di coorte, sulla base di cartelle cliniche elettroniche, ed è stato valutato il cambiamento nell'uso delle cure primarie virtuali e di persona per razza/etnia e vulnerabilità sociale

della comunità nell'anno precedente e successivo alla diagnosi di covid-19. La popolazione di studio includeva 11.326 pazienti adulti con diagnosi di covid-19 tra marzo e luglio 2020. Sono stati stimati modelli di regressione logistica per esaminare la probabilità di utilizzo dell'assistenza primaria.

Nell'arco di un anno (dall'anno precedente all'anno successivo alla diagnosi di covid-19), in una popolazione di pazienti composta principalmente da individui ispanici/latini e bianchi non ispanici, e in cui oltre la metà viveva in aree socialmente vulnerabili, la probabilità di ricorrere all'assistenza primaria virtuale è aumentata dal 3,6% al 10,3%, mentre l'accesso di persona è rimasto stabile, dal 21,0% al 20,7%. Rispetto ai pazienti bianchi, i pazienti ispanici/latini e di altra razza/etnia avevano una probabilità significativamente inferiore di utilizzare l'assistenza virtuale, prima e dopo la diagnosi di covid-19; anche i pazienti ispanici/latini, nativi hawaiani/isolani del Pacifico e pazienti di altra razza/etnia che vivevano in aree socialmente vulnerabili avevano una probabilità significativamente inferiore di accedere di persona all'assistenza durante questi periodi di tempo. Il ricorso più ampio all'assistenza primaria virtuale non ha coinvolto in modo equo gli individui provenienti da gruppi razziali diversi e le disparità di accesso all'assistenza virtuale non sono state compensate da un migliore accesso di persona. I sistemi sanitari dovrebbero impiegare strategie basate sull'evidenza per garantire un'assistenza equa.

---

### **Preferences for covid-19 epidemic control measures among French adults: a discrete choice experiment**

**SICSIC J, BLONDEL S, CHYDERIOTIS S ET AL**

*Eur J Health Econ* 2022;

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01458-6>

Questo studio descrive le preferenze dei cittadini francesi riguardo alle varie misure di controllo adottate durante l'epidemia di covid-19, per orientare le strategie a lungo termine nelle future epidemie. È stato analizzato un campione rappresentativo di 908 adulti nel novembre 2020, prima dell'introduzione dei vaccini, per capire quale compromesso fossero disposti ad accettare tra restrizioni alla vita sociale, culturale ed economica, chiusura delle scuole, blocco mirato di aree ad alta incidenza di infezione, vincoli per proteggere direttamente le persone vulnerabili (ad esempio, autoisolamento) e misure per superare il rischio di sovraccarico ospedaliero. Le restrizioni sono state accettate in larga misura tra i sottogruppi - creati in base all'età, al sesso, all'istruzione, alla vulnerabilità rispetto all'epidemia di covid-19 e ad altre variabili sociodemografiche o economiche -, e in particolare dalle persone più a

rischio di contagio e da quelle con un'elevata fiducia nella gestione governativa della crisi sanitaria ed economica. Infine, è stato confrontato l'impatto sul benessere di strategie alternative che combinano diverse misure di controllo dell'epidemia. I blocchi mirati o l'autoisolamento prescritto dal medico hanno soddisfatto la quota più ampia della popolazio-

ne, producendo un elevato aumento del benessere medio, che è stato, però, massimizzato dalla combinazione di tutte le misure altamente restrittive. Lo studio sottolinea la difficoltà di prendere decisioni basate sulle preferenze dei cittadini.

*A cura di Silvia Coretti*