

Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al

The Lancet 2010; doi 10.1016/S0140-6736(10):61854-5

In questo articolo vengono riportati i risultati del lavoro svolto dalla 'Commission on education of health professionals for the 21st century', composta da 20 professionisti di diverse nazioni, che ha fatto il punto sulla formazione nelle professioni sanitarie. Lo studio, avviato a gennaio 2010, ha cercato di definire raccomandazioni pratiche per implementare le future innovazioni in questo campo ed è stato condotto attraverso una revisione della analisi quantitative e qualitative pubblicate sul tema e con la consultazioni di esperti e professionisti. Si è stimato che la spesa mondiale per la formazione degli operatori sanitari si aggiri intorno ai 100 miliardi di dollari per anno, pari al 2% della spesa sanitaria globale. Il costo medio di un medico è di 113.000 dollari e di 46.000 dollari per un infermiere. A livello mondiale sono presenti 2420 scuole di medicina e 467 di sanità pubblica, che ogni anno formano circa un milione di nuovi medici, infermieri e altri operatori sanitari con una forte variabilità da una nazione all'altra. Per esempio, in 4 nazioni (Cina, India, Brasile e Usa) sono presenti 150 scuole di medicina, mentre in 36 paesi (26 in Africa sub-sahariana) non ne esiste nessuna. Il lavoro della Commissione è strutturato in quattro sezioni e parte dalla storia delle diverse riforme che si sono succedute nel corso dell'ultimo secolo per affrontare poi l'analisi del problema da diversi punti di vista sino alla formulazione di proposte per il futuro.

A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice

Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A, Terry RF

Health Research Policy and Systems 2010, 8: 36

La definizione delle priorità nel processo della ricerca sanitaria ha l'obiettivo di aiutare i ricercatori e i decisori sanitari a definire in modo efficace la tipologia di ricerca con il massimo potenziale in termini di benefici per la salute delle persone. Esistono diversi approcci, ma non vi è accordo su quali siano i migliori. Visti però i diversi contesti in cui le priorità possono essere definite, cercare di definire un'unica pratica ot-

timale potrebbe non essere appropriato. Facendo seguito ad una revisione della letteratura e a un'analisi del problema coordinate dall'Organizzazione mondiale della sanità, in questo lavoro viene proposta una specifica *checklist*, con l'obiettivo di fornire una guida generale per pianificare la prioritizzazione della ricerca. Nella prima fase del lavoro i punti da seguire riguardano la definizione del contesto, l'uso di un approccio globale, la valutazione delle figure da includere, le informazioni da raccogliere e la pianificazione dell'implementazione delle priorità definite. Nella fase decisionale delle priorità, devono essere chiariti i criteri impiegati per la definizione delle stesse e quali metodi usare. Una volta stabilite le priorità, va esplicitato come procedere alla loro valutazione. Ultimo, e da non trascurare, è il tema della trasparenza dell'intero percorso.

Manifesto per un welfare del XXI secolo

<http://www.ediesseonline.it/riviste/rps/eventi/manifesto-un-welfare-del-xxi-secolo>

Il *Manifesto per un welfare del XXI secolo* è stato lanciato, promosso e sostenuto da un gruppo di intellettuali e studiosi che hanno contribuito alla sua ideazione e formulazione. Per favorire la riduzione delle disuguaglianze e il benessere delle persone, il Manifesto suggerisce che il nostro sistema di welfare partecipi in modo compiuto ai processi comunitari volti allo sviluppo di politiche di inclusione sociale e di promozione delle capacità, eviti l'esclusione dal mercato del lavoro regolare delle donne e dei giovani, combatta il sovraccarico delle reti familiari attraverso un forte investimento nei servizi per infanzia e per le persone non autosufficienti e nelle politiche della conciliazione. Altri elementi proposti riguardano il contrasto alla dequalificazione dei sistemi pubblici di istruzione, all'indebolimento del Servizio sanitario nazionale e ai processi di crescente fragilità e di isolamento della popolazione anziana, e la correzione della frammentazione del sistema territoriale di welfare.

Keep it complex

Stirling A

Nature 2010; 468: 1029-1031

L'articolo espone le modalità con le quali i *policy maker* prendono le decisioni, in particolare quando

vi sia incertezza sul problema indagato. Spesso si preferisce che gli scienziati e i ricercatori offrano risposte uniche e definitive in modo che i *policy-maker* decidano sulla base di quanto da loro elaborato. In realtà, come argomenta in modo molto interessante l'autore dell'articolo, spesso questa unicità di risposte non esiste. Per esempio, una revisione di studi sugli effetti delle varie forme energetiche sulla salute e sull'ambiente mette in luce la grande incertezza degli studiosi su questo argomento. Un altro problema riguarda la presentazione di una forma di consenso anche quando questo non esiste fra gli esperti. Molto più utile risulta invece presentare i diversi punti di vista, documentandone le motivazioni. Alcuni metodi, utili a questo scopo, sono il *multicriteria mapping*, gli *interactive modelling*, i *scenario workshop*, i *Q.methods* e i *dissensus methods*.

Who global status report on alcohol and health
World Health Organisation
Geneva 2011

Il rapporto presenta una fotografia dell'abuso di alcol e del conseguente impatto sulla salute a livello mondiale. Esso costituisce una causa importante di mortalità, malattie e incidenti sia a livello individuale (dipendenza, cirrosi epatica, cancro e incidenti) sia sui familiari e sul resto della comunità (guida in stato di ubriachezza, violenza, impatto sulla gravidanza e sullo sviluppo dei bambini). Oltre alla mortalità e morbilità molto elevate, il consumo eccessivo di alcol ha anche un impatto considerevole in termini economici. Il documento parte da una descrizione del consumo a livello mondiale (Italia compresa) per descrivere poi le conseguenze del suo abuso, analizzando le politiche da attuare per limitarne gli effetti negativi: aumento dei prezzi degli alcolici, politiche legate alla guida, marketing e promozione delle bevande alcoliche.

Research synthesis on cost drivers in the health sector and proposed policy options

Constant A, Petersen S, Mallory CD, Major J
Ottawa, Canadian Health Service Research Foundation 2011

Questo lavoro presenta una sintesi degli elementi che spiegano l'incremento della spesa nel sistema sanitario canadese. Accanto ai fattori tradizionali, come l'aumento del numero di persone da assistere, l'invecchiamento, l'aumento del reddito e l'inflazione, lo studio fa anche una stima degli *enrichment factor*, intesi come l'evoluzione dell'innovazione tecnologica, un diverso *pattern* delle malattie croni-

che e di quelle mentali, i comportamenti dei pazienti, il trattamento di nuove patologie prima non diagnosticate, la medicina personalizzata e la pubblicità diretta verso test diagnostici e genetici. Nell'ultima parte vengono presentate diverse opzioni per far fronte a tale problematica come il maggior uso del *technology assessment*, lo spostamento verso l'assistenza territoriale, l'uso di sistemi informativi coordinati fra loro, lo sviluppo di metodi per il contenimento dell'incremento della spesa farmaceutica.

Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato

Pelissero G e Alberto Mingardi (a cura di)
Milano, IBL Libri 2010

In questo libro vengono inquadrati le origini politico-economiche dei modelli sanitari che hanno prevalso nel continente europeo nel corso dell'ultimo secolo e mezzo aventi in comune, secondo gli autori, un impianto paternalistico. Vengono confrontati cinque sistemi sanitari: italiano, svizzero, tedesco, olandese e francese. I numeri mostrano che il sistema sanitario italiano (limitatamente ad alcune Regioni) e quello olandese sono caratterizzati dalla maggiore dinamicità. In Francia, Germania e Svizzera l'attenzione a regolamentare nei minimi dettagli i rapporti tra gli attori della scena sanitaria ha prodotto e sta producendo lievitazioni dei costi o insoddisfazioni, mentre in Olanda è stato realizzato un sistema efficiente e soddisfacente che esclude la politica e la pubblica amministrazione dalla sanità. Per quanto riguarda il sistema sanitario italiano, sono sempre i numeri a mostrare che il problema non «è quello di una spesa pubblica sanitaria eccessiva, bensì di una spesa sanitaria pubblica moderata in uno Stato con una spesa pubblica complessiva troppo alta». In generale, il modello italiano appare caratterizzato da una diffusa competizione tra offerte sanitarie e le sue disfunzioni non dipendono, ancora una volta, da rapporto pubblico versus privato, ma verosimilmente dalla mancanza di un'adeguata informazione ai cittadini.

Health promotion – achieving good health for all
Norwegian Directorate of Health
Oslo 2010

Questo studio norvegese presenta un'analisi delle azioni da intraprendere e delle politiche da promuovere a favore della sanità pubblica. In Norvegia, anche se l'aspettativa di vita è aumentata in modo importante in questi anni, permangono tuttavia significative differenze a livello territoriale, non spiegate da differenze genetiche o biologiche, ma da differen-

ze nei fattori di rischio e nei fattori protettivi a cui le persone sono esposte nella loro vita. La definizione di promozione della salute proposta nel lavoro enfatizza l'aspetto dell'interdisciplinarietà delle azioni. Nel futuro, infatti, osserveremo un aumento della patologie croniche in parte legato ai cambiamenti demografici e in parte ai comportamenti delle persone. Fra le azioni proposte vi è l'identificazione delle politiche che incidono negativamente sulla salute pubblica e creano disuguaglianze, il favorire comportamenti salubri, l'incremento di azioni a favore dei gruppi e degli individui maggiormente a rischio e delle future generazioni.

Salute globale. InFormAzione per cambiare

Quarto rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale

Edizioni ETS, Pisa 2011

Questo è il quarto rapporto dell'OISG (Osservatorio italiano sulla salute globale, www.saluteglobale.it),

un'associazione che ha come finalità la promozione del diritto alla salute a livello globale e che si propone di fornire a istituzioni, enti, organizzazioni della società civile e a tutti i soggetti interessati strumenti di analisi, valutazione e decisione per la definizione di strategie e azioni appropriate. Anche in questo quarto rapporto l'OISG critica gli aiuti offerti allo sviluppo, non essendo convinti che possano contribuire a ridurre lo scarto in termini di reddito e condizioni di vita tra primo e terzo mondo. La proposta è quella di lavorare per rendere le politiche di aiuto più efficaci, facendo pressione su chi governa e prende decisioni in questo senso, ma anche dialogando con la società civile, dalla quale nascono molte iniziative grandi e piccole per la pace, la giustizia e la solidarietà. E a questo proposito è sembrato giusto investire di più in informazione, formazione e azione per la salute globale, nella speranza di allargare la base di cittadini coscienti e informati.

Massimo Brunetti