

duzione dei ricoveri (dal 54% al 37%,  $p < 0,001$ ) e delle diagnosi di dimissione di sindrome coronarica acuta nei pazienti ospedalizzati (dal 14% al 6%,  $p = 0,264$ ), senza una differenza significativa di eventi cardiaci maggiori nel periodo di follow-up (3,4% versus 3,8%). Anche la health utility nel periodo di osservazione è risultata migliore negli individui osservati presso la chest pain unit (0,0137 QALY guadagnati,  $p = 0,022$ ) e l'analisi dei costi ha evidenziato per questo gruppo un risparmio di 78 sterline per paziente ( $p = 0,252$ ).

Gli autori concludono che il trattamento in chest pain unit di soggetti con dolore toracico acuto è in grado di migliorare la prognosi riducendo i costi sanitari, mostrando non soltanto una maggiore efficacia, ma anche una superiore costo-efficacia rispetto al dipartimento di emergenza. In considerazione di tali risultati la diffusione di un servizio di emergenza dedicato per un evento clinico così frequente come il dolore toracico dovrebbe essere implementata in una realtà sanitaria sempre più orientata a fornire un servizio più efficiente e meno costoso. ■ CA

## Training in farmacoconomia: necessità di un approccio multidisciplinare

Rascati KL, Drummond MF, Annemans L, Davey P  
*Education in pharmacoeconomics, an international multidisciplinary view*

Pharmacoeconomics 2004; 22: 139-147

Il numero degli studi di farmacoconomia e la richiesta di personale qualificato per condurli sono in continuo aumento. Questo lavoro vuole offrire una panoramica sullo stato dell'arte della conoscenza della farmacoconomia e sulla sua reale applicazione nella pratica.

Molti autori concordano sulla necessità di una standardizzazione per quanto concerne il training e la ricerca applicata in farmacoconomia anche se l'ampia variabilità fra i diversi Paesi non può certamente essere ignorata. La conoscenza degli obiettivi da seguire in uno studio farmacoeconomico, le teorie e le metodologie possono essere utilizzate come un ottimo punto di partenza per il training in farmacocono-

## Rifiutare il concetto di scarsità in sanità: i costi potenziali

Alexander CG, Werner RM, Ubel PA

*The costs of denying scarcity*

Arch Int Med 2004; 164: 593-596

È sensibilmente aumentata nel corso dell'ultimo decennio la consapevolezza, nell'ambito della classe medica, della scarsità di risorse in sanità. Nonostante ciò, diversi medici si rifiutano tuttora di pensare che le proprie decisioni siano influenzate da tale scarsità. Nel saggio di Alexander e dei suoi collaboratori si discute delle conseguenze (e dei costi) potenziali di questa ritrosia sia sui singoli pazienti sia sul sistema sanitario, basandosi su interviste condotte in via confidenziale a medici che quotidianamente affrontano negli Stati Uniti il problema della scarsità in sanità. Quest'ultima intesa in senso lato: come scarsità sia di organi impiantabili sia di risorse economiche.

In genere la reazione immediata degli intervistati è stata di negare, con una certa veemenza, che la scarsità di risorse influenzi la propria decisione clinica. In realtà, i vincoli finanziari possono influenzare la durata delle visite specialistiche, la disponibilità di test diagnostici e la frequenza di follow-up dei pazienti, così

come l'insufficienza di organi impiantabili può influire sulle decisioni in merito a quali pazienti inserire in lista d'attesa.

Le conseguenze potenziali di questa mancata consapevolezza possono essere: una crescita dei costi dell'assistenza sanitaria, poiché i medici potrebbero usare in maniera generosa o non appropriata le risorse sanitarie non consentendo così un contenimento dei costi; una riduzione degli incentivi ad adottare azioni per attenuare le conseguenze, talvolta dannose, della scarsità di risorse, anche in casi in cui quest'ultima è innegabile. È il caso, per esempio, delle immunoglobuline per via endovenosa (IVIg). Alexander osserva come, nonostante la scarsità di IVIg, sia significativa negli Stati Uniti l'attività di export a danno dei pazienti statunitensi. Pertanto, se i medici ne fossero maggiormente consapevoli, potrebbero esercitare pressioni affinché il governo riveda le proprie politiche di import-export in materia. Alla luce di queste considerazioni gli autori dello studio sottolineano come una maggiore consapevolezza della classe medica potrebbe promuovere lo sviluppo di sistemi equi di allocazione delle risorse in ambito sanitario.

**Monica Fiorini**

*Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna*