



FEDERCHIMICA

ASSOBIOTEC

Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie



Spesa Ospedaliera

Documento di posizione

*a cura del Gruppo di lavoro Farmaco Biotech,
sottogruppo Regolazione della spesa farmaceutica ospedaliera*

Lo scenario di riferimento

Il **servizio sanitario pubblico italiano** ci ha reso «**uno dei paesi più avanzati**» in questo settore; «bisogna non regredire, né abbandonare quella scelta che è un titolo di civiltà per il nostro Paese. Ma **bisogna sapere intervenire in modo puntuale, con grande attenzione selettiva**», **nel riformare la sanità pubblica**. È questo il cuore dell'intervento del presidente della Repubblica **Giorgio Napolitano** alla presentazione della "Relazione sullo stato sanitario del paese 2011".

L'attuale quadro macroeconomico italiano evidenzia una situazione critica, guidata prevalentemente da una decrescita del PIL nel 2012 vs il 2011 di 2,4 punti percentuali e con una previsione di ulteriore riduzione nell'anno 2013 di 1,3 punti. Stando alle previsioni, solo a partire dal 2014 il PIL dovrebbe tornare a crescere.

Tale situazione si mostra ancor più critica se si confronta la situazione italiana con quella degli altri paesi UE e dei "big 5". I tagli alle spese sono la naturale e prima conseguenza della situazione di crisi che il nostro paese sta attraversando e la sanità è uno dei settori maggiormente impattati da questo processo. In tale contesto è doveroso sottolineare come la spesa sanitaria in Italia, in termini di rapporto sul PIL, sia già ben al di sotto della sia della media dell'EU 15, che della media dei big 5. Nell'insieme della spesa sanitaria, la spesa farmaceutica rappresenta il 14,85% (2013).



FEDERCHIMICA

ASSOBIOTEC

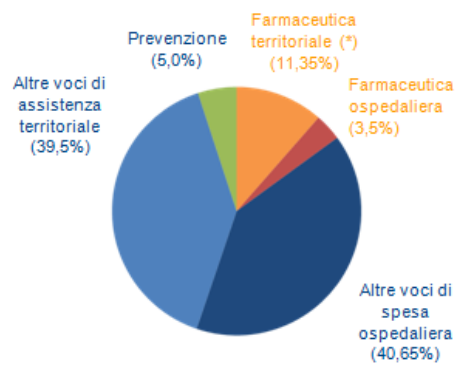
Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie



Spesa sanitaria pubblica in % sul PIL

	Quota % sul PIL (2010)	Crescita della quota % sul PIL (2010-2030)
Francia	9,0	1,5
Germania	8,9	0,9
Regno Unito	8,0	3,3
Italia	7,3	0,6
Spagna	7,1	1,6
Media Big 5	8,1	1,6
Altri Paesi Ue 15	7,4	1,6
Media Ue 15	7,7	1,6
USA	8,5	5,1

Composizione del Finanziamento SSN (% sul totale, nel 2013)



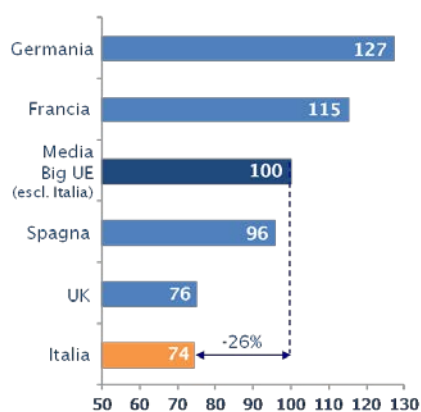
* include una parte di spesa privata, ovvero la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini

In % sul PIL e in procapite la spesa sanitaria in Italia è più bassa di circa il 20% rispetto agli altri grandi Paesi Ue (e del 26% considerando la farmaceutica)

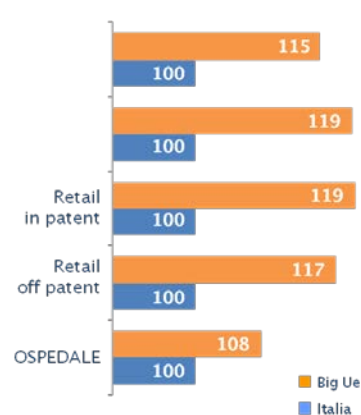
Fonte: stime su dati Oecd, Ministero Salute, FMI

La spesa farmaceutica pubblica è sensibilmente inferiore alla media dei big 5 come anche i prezzi dei medicinali rimborsati dal SSN.

Spesa farmaceutica pubblica pro capite in Italia e negli altri Paesi Big UE (territoriale+ospedaliera, media altri Big EU=100)



Confronto internazionale sui prezzi dei farmaci con prescrizione (prezzi ex-factory, indice Italia=100)



Fonte: stime su dati Oecd, Ministero Salute, FMI



FEDERCHIMICA

ASSOBIOTEC

Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie



In questo contesto si calano le numerose misure contenitive della spesa sanitaria e farmaceutica che si sono succedute negli ultimi mesi; tali tagli alla spesa sono stati introdotti e messi a sistema perché ritenuti inevitabili a causa della diminuzione delle risorse, ma non possiamo più prescindere dal prendere attivamente in considerazione processi di riorganizzazione e di rimodulazione del sistema Salute, il quale dovrebbe rappresentare un volano di crescita per il paese. Il tutto va fatto con «capacità di innovazione e di razionalizzazione»; in questo la “logica della spending review” può e deve aiutare a modificare tutti quei meccanismi che generano inappropriately, spreco ed inefficacia delle cure. «Servono regole più certe e controlli più oculati di quanto non si sia fatto per lungo tempo».

Obiettivi

1. Scongiorare lo “spread dell’innovazione”, inteso come il rischio crescente dell’Italia di non avere la possibilità di garantire l’innovazione rispetto ai paesi esteri.
2. Creare circoli virtuosi che favoriscano appropriatezza delle cure, investimenti in ricerca, diffusione della cultura scientifica e della prevenzione.
3. Promuovere la cultura scientifica e valorizzare il biotec che, nonostante le scarse politiche di sostegno e le difficoltà economiche, continua ad avanzare nel nostro Paese ed è il settore più forte dell’intero comparto Salute, come dimostra il Rapporto sulle Biotecnologie in Italia 2012.
4. Identificare una direttrice per lo sviluppo sostenibile del comparto sanitario in Italia e in Europa nelle aree di specializzazione della biotec.

L’analisi che proveremo ad esplodere in questo documento, evidenzia quelli che a nostro dire rappresentano i principali drivers con i quali confrontarsi per mantenere il SSN efficace ed efficiente.

Un possibile percorso di risanamento per la sanità italiana.

L’Italia non spende troppo per la Sanità: spende male e penalizza l’innovazione.



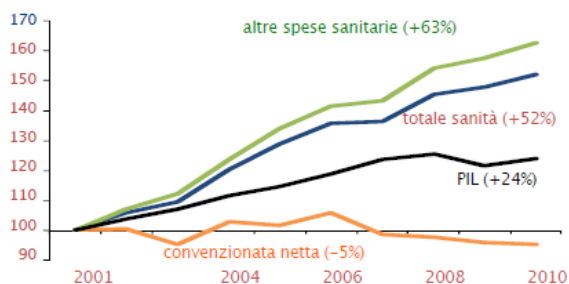
FEDERCHIMICA

ASSOBIOTEC

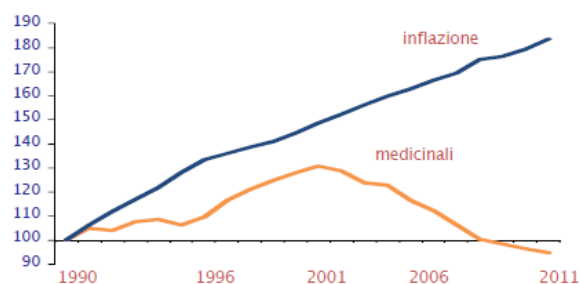
Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie



Spesa sanitaria pubblica e sue componenti (indice 2001=100)



Prezzi dei medicinali e inflazione in Italia (indice 1990=100)



Fonte: stime su dati Istat, Aifa, Agenas

L'industria del farmaco da anni contribuisce a sostenere finanziariamente il SSN attraverso una serie di meccanismi quali pay back, tagli dei prezzi, tagli dei margini della filiera, tetti di spesa, company budget, meccanismi di rimborso condizionato, DSO, anticipi IVA, etc. Pensare, dunque, ad altre misure di contenimento/riduzione/rimodulazione della spesa della componente "farmaco" sarebbe insostenibile e finirebbe per mettere a serio rischio un settore, quale quello farmaceutico e delle biotecnologie in particolare, tra i pochi capace di portare investimenti stranieri in Italia, investire in lavoratori qualificati e in grado di contribuire positivamente alla Ricerca e alla bilancia dei pagamenti grazie alle esportazioni (Farmaceutica è il 1° settore Hi-Tech per export). Cresce in Italia una pipeline di 319 prodotti biotech in rete tra PMI e imprese del farmaco e nonostante ciò, non mancano concreti segnali di pericolo, come la diminuzione dell'occupazione farmaceutica, non solo tra gli ISF ma anche degli addetti alla R&S e agli studi clinici.

Pipeline di farmaci biotech in Italia, per fase di studio e tipo di impresa			
	PMI biotech	Imprese del farmaco	TOTALE
Preclinica e fase 1	92	31	123
Fase 2	39	59	98
Fase 3	16	82	98
Totale	147	172	319

A questi si sommano 84 progetti di *discovery*

La Ricerca delle PMI biotech si concentra nelle prime fasi, alimentando l'innovazione delle imprese del farmaco, che hanno un ruolo prevalente nello sviluppo clinico

Fonte: elaborazioni su dati Istat, Aifa, Ernst&Young, Farmindustria, Assobiotech

- L'industria biotech in Italia è in crescita, grazie all'impegno di 238 aziende, che investono in R&S il 24% del fatturato, molto di più della media manifatturiera (1%)
- Insieme, farmaceutica e biotech hanno 7 mila addetti alla Ricerca e investono 1.8 miliardi di euro in R&S: il 9% del totale svolta in Italia
- Gli studi clinici su prodotti biotech sono in forte crescita e rappresentano il 30% del totale
- Le imprese del farmaco determinano più di 2/3 dell'attività biotech in Italia

- 174 fabbriche, 64 mila addetti (90% laureati o diplomati)
- 61 mila addetti nell'indotto
- 6 mila addetti alla R&S, il 9% degli addetti totali (1,6% nella media dell'industria)
- 25 miliardi di euro di produzione, il 65% rivolto all'export (17 miliardi). Secondo produttore europeo (dopo la Germania)
- 2,4 miliardi di euro di investimenti, dei quali 1,2 in Ricerca (il 12% dell'industria manifatturiera) e 1,2 in impianti ad alta tecnologia

Fonte: elaborazioni su dati Istat, Eurostat

Export in % sulla produzione farmaceutica realizzata in Italia

Quota della farmaceutica rispetto al totale dei settori hi-tech in Italia	
Addetti	30%
Investimenti (produzione e R&S)	43%
Export	47%

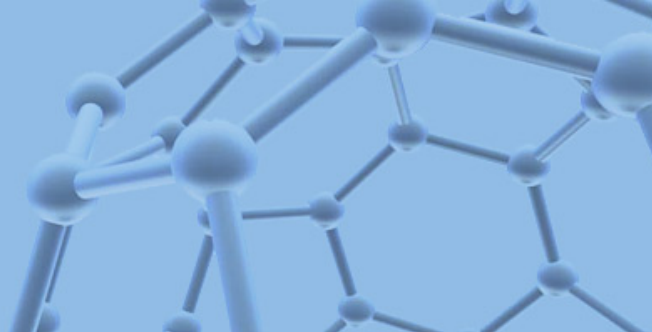
Questi drivers purtroppo non vengono sempre considerati come plus di valore utili per lo sviluppo della società: alle criticità di cui sopra bisogna infatti aggiungere gli impatti negativi della politica



FEDERCHIMICA

ASSOBIOTEC

Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie



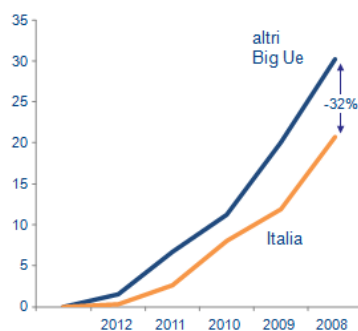
sanitaria regionale impostata quasi esclusivamente sul contenimento della spesa. A fare le spese di questo continuo attenzionamento, in quanto quella più facilmente controllabile, è sempre più la spesa farmaceutica, tralasciando invece la parte di spesa maggiormente caratterizzata da inefficienza ma più difficilmente monitorabile e con conseguenti maggiori difficoltà di intervento. In generale, le scelte degli enti regolatori di garantire l'accesso ad alcune terapie piuttosto che ad altre, dovrebbero avvenire prevalentemente sulla scorta di considerazioni cliniche e di salute pubblica, ma sempre più spesso sono frutto di valutazioni economiche, con il risultato di generare peggioramenti nello stato di salute della popolazione e pesanti ripercussioni sul futuro, anche in termini economici. Utilizzando due indicatori capaci di misurare gli effetti che le restrizioni ai nuovi farmaci hanno prodotto in Italia, si nota come per i prodotti con brevetto lanciati tra il 2008 e il 2012, i mancati fatturati dell'industria operante in Italia, siano stati del -32% (pari a circa 600 mln di €), con evidenti impatti sul fronte tasse, contributi, ricerca e sviluppo, indotto, etc.

Vendite 2012 realizzate da nuovi farmaci in Italia e negli altri Big Ue
(€ procapite, valori cumulati)

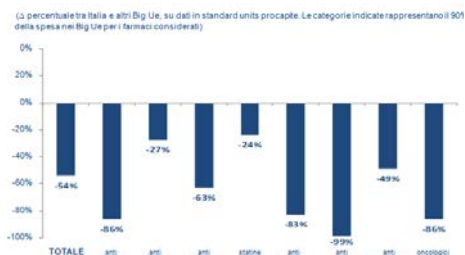
Altri Big Ue*	30 €	
Italia	21€	-32% (rispetto alla media degli altri Big Ue)

* Germania, Francia, Regno Unito e Spagna

Vendite 2012 per anno di lancio
(€ procapite, valori cumulati per anno)



Consumi dei farmaci sottoposti a tetti di prodotto in Italia
Differenza tra Italia e altri Big Ue per tipo di farmaci innovativi



Fonte: Farmindustria su dati IMS

Il dato diventa ancor più allarmante se ci si focalizza esclusivamente sul raffronto tra Italia e EU dei consumi pro capite dei prodotti che in Italia sono sotto tetto di spesa.

Facile intuire come le restrizioni all'accesso delle terapie finiscano per pesare non solo sui fatturati delle aziende ma anche e soprattutto sui bisogni dei pazienti e conseguentemente sull'intera società. Il gap tra "bisogno" di farmaci e finanziamento di tali farmaci da parte del SSN è ancor maggiore se si tiene conto del fatto che una crescente quota di consumo farmaceutico è direttamente finanziata dalle aziende attraverso il ripiano del superamento dei tetti di molecola.



Il mondo farmaco, nonostante questi dati viene comunque percepito come un settore che “costa e drena risorse pubbliche”. In realtà è un settore che in Italia impatta più sulla produzione che sul venduto: in altri termini l'Italia rispetto agli altri big Europa conta più per la produzione (23% sul totale della produzione EU) che per le vendite (mercato farmaceutico circa 18% sul totale del mercato EU).

L'industria in Italia, attraverso il meccanismo del company budget, è chiamata a ripianare gli sfondamenti dei tetti di spesa fissati sempre in maniera unilaterale e sempre e solo sulla scorta di considerazioni puramente di bilancio; mai nessun riferimento ai bisogni di salute o all'epidemiologia. Un'ulteriore distorsione legata al mondo dei tetti di spesa e dei vincoli di bilancio è data dal drenaggio alle aziende farma di risorse fresche a fronte di crediti (DSO) vantati nei confronti del SSN (parte degli oltre 91 mld di € che le imprese italiane devono ricevere dalla PA), con conseguente ripercussioni negative sugli investimenti in R&D, sulla formazione di qualità, sulle progettualità e sull'indotto. Le imprese che stipulano contratti con la P.A. sono da sempre soggette al gravame di un onere aggiuntivo rappresentato dall'ulteriore costo che le stesse devono sostenere per far fronte al gap temporale tra il momento della vendita e quello dell'incasso del corrispettivoⁱ. Il 15 novembre 2012, con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del Decreto Legislativo n. 192/2012 l'Italia ha di fatto recepito la Direttiva 2011/7/UE che disciplina la materia dei tempi massimi di pagamento. Nonostante il provvedimento andasse nella giusta direzione, dalle prime applicazioni reali si è palesata tutt'altra situazione:

1. dai 30 gg massimi si è passati ai 60 giorni se si tratta di un Ente che fornisce assistenza sanitaria, senza contare che molte stazioni appaltanti pur indicando i termini di legge nei disciplinari di gara, di fatto affermano che non sono in grado di rispettarlaⁱⁱ;
2. al creditore spetta il rimborso dei costi sostenuti per il recupero delle somme dovute e non corrisposte entro i termini di legge. In caso di mancato pagamento sulla somma dovuta vanno calcolati su base giornaliera gli interessi di mora (8% + tasso BCE).
3. Nel decreto Salute viene prorogato il blocco delle azioni esecutive nei confronti delle Strutture Sanitarie delle Regioni sottoposte a piano di rientro.

Medesimo risultato lo stiamo registrando sul fronte debiti della PA; approvato il 6 aprile 2013 dal Consiglio dei ministri, il Decreto per il pagamento dei debiti della pubblica amministrazione alle imprese: «Quaranta miliardi erogati nei prossimi 12 mesi alle imprese con un meccanismo che a detta del Ministro è chiaro, semplice e veloce e rispettando la soglia del debito del 3%». **Per la**



Sanità, è previsto che lo Stato possa anticipare liquidità alle Regioni nei limiti di 14 miliardi per debiti sanitari: cinque nel 2013 e nove nel 2014 e meno male che si sollecitava la rapidità di azione.

Si pensi che con tempi di pagamento pari a Francia, UK, Germania si libererebbero risorse rispettivamente pari a 2, 3 e 5 miliardi che rafforzerebbero nel medio/lungo termine la competitività delle imprese del farmaco operanti in Italiaⁱⁱⁱ, rendendo più attrattivo anche l'intero sistema Paese. L'industria farmaceutica in Italia è un valore che il Paese non può e non deve perdere.

Altro annoso problema del nostro SSN è quello relativo alla disparità in termini di qualità di servizi sanitari offerti dalle diverse regioni d'Italia: nonostante la variabilità della spesa sanitaria pro-capite tra le diverse regioni del nostro paese sia minima, quello della **mobilità sanitaria** è un tema sempre più attuale e importante driver di spreco di risorse. Il rischio soprattutto per le regioni del sud ed in particolare per quelle in piano di rientro è di avere un costo quanto meno raddoppiato rispetto alle regioni attraenti e virtuose. Le Regioni con bassa attrattiva pagano una prima volta per la tenuta in essere della propria offerta sanitaria anche se inadeguata, una seconda volta per i pazienti in mobilità passiva ed, infine, una terza volta, per gli investimenti necessari a ridurre l'indice di fuga. In situazioni del genere si impone una governace chiara ed un sistema decisionale capace di affrontare il tema in maniera razionale ed efficace. Un po' causa un po' effetto di quanto sopra è la totale disomogeneità in termini di appropriatezza e complessità delle prestazioni sanitarie tra nord e sud nel nostro paese. Aumentare l'appropriatezza delle cure significa efficientare il sistema, significa garantire servizi migliori sostenendo dei costi inferiori, con il risultato di limitare fortemente o addirittura eliminare il cancro della mobilità sanitaria.

Indici di inappropriattezza e grado di complessità delle prestazioni sanitarie (1)



Fonte: Elaborazioni su dati utilizzati in Francese e Romanelli (2010). (1) Nel grafico di sinistra e in quello centrale sono riportati due indicatori di inappropriattezza (rispettivamente, la percentuale di parti cesarei sul totale dei parti e la percentuale delle dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici; colori più scuri corrispondono a valori più elevati); nel grafico di destra è riportato l'indice di *case mix* per i ricoveri ospedalieri (colori più chiari corrispondono a un grado maggiore di complessità).



Il controllo della spesa: il meccanismo dei budget aziendali

La “spending review” 2012 estendeva anche alla spesa ospedaliera quanto sancito dalla legge 222/2007 per la spesa territoriale. Il tetto della spesa ospedaliera è stato incrementato fino al 3,5% del FSN, istituendo la compartecipazione delle aziende farmaceutiche al ripiano dell’eventuale sfondamento in misura del 50%.

Nella nota sulla metodologia applicativa relativa al budget provvisorio della spesa farmaceutica ospedaliera 2013, si evince come nonostante il tetto di spesa sia stato incrementato di 1,1 punti percentuali rispetto al 2012, a consumi invariati rispetto all’anno scorso, nel 2013 si realizzerebbe un superamento del tetto di circa 800 milioni di €, che dovrà essere ripianato in parti eguali da regioni e aziende farmaceutiche.

Ciò significa che non solo non è stato considerato il fisiologico aumento della spesa farmaceutica ospedaliera, (+4% 2012 vs 2013), ma è stato stanziato un finanziamento che impone una decrescita di tale mercato, sia essa in termini di contrazione della domanda o in termini di mero payback a cui aziende e regioni dovranno provvedere



Calcolo dell'incremento % attribuibile ai budget 2013

Spesa farmaceutica ospedaliera 2012*	4.230,7 A
Spesa 2012 per medicinali innovativi	10,7 B
Riduzione prezzi farmaci generici-equivalenti	42,5 C
Mercato 2013 da budget ad invarianza di consumi rispetto al 2012	4.177,4 D=A-B-C
Tetto 3,5% 2013	3.724,5 E
Risorse fondi di riserva e innovatività	274,9 F
Finanziamento 2013 da budget	3.449,7 G=E-F
Variazione % mercato farmaci, escluso Ossigeno (O ₂)	-17,4% H=(G-D)/D
Crescita mercato farmaci, escluso (O ₂)	-727,8 I=G-D
Ossigeno Terapeutico (O ₂) di fascia A** e H	70,37 L
Mercato 2012 Ossigeno Terapeutico (O ₂)	70,37 M=L
Mercato 2013 ad invarianza dei consumi rispetto al 2012, incluso (O₂)	4.247,8 N=D+M
Variazione % mercato farmaci	-18,8% O=(N-G)/G
Crescita mercato farmaci	-798,1 P=N-G

Dati di spesa in milioni di euro

* dato stimato

** al netto della spesa per le confezioni di fascia A di ossigeno terapeutico erogate in distribuzione diretta

In questo contesto in cui viene preventivamente fissato l'ammontare massimo della spesa farmaceutica, sia territoriale (in vigore dal 2007) che ospedaliera (in vigore dal 2013), si calano i tetti di di molecola e i più recenti tetti di classe terapeutica.

Il risultato di tale meccanismo è che molte aziende si trovano nella paradossale situazione di avere alcuni prodotti soggetti ad un "doppio" tetto.

PROPOSTE

Nel complesso il Servizio sanitario nazionale (SSN), sembra messo a rischio nelle sue stesse fondamenta con le pesanti riduzioni nei livelli di finanziamento statale in una misura che va ben oltre la soglia del possibile miglioramento dell'efficienza. Tutti questi pesanti tagli seppure mitigati da alcune novità che vanno nella positiva direzione per lo sviluppo del settore come l'aumento del tetto della farmaceutica ospedaliera e l'immediata messa a disposizione dei farmaci



innovativi una volta ottenuta la rimborsabilità, ancora non sono sufficienti per garantire la tenuta del sistema sia dal punto industriale sia della tutela della salute.

Come riuscire a ridurre la spesa mantenendo gli attuali livelli di copertura assistenziali?

Le leve da utilizzare per realizzare questo obiettivo restano il punto centrale. Una riduzione dei costi si potrebbe realizzare aumentando la legalità, l'appropriatezza e l'efficienza del sistema.

Eliminazione dei tetti di molecola e di classe terapeutica:

Se il finanziamento massimo a cui concorre lo Stato per la farmaceutica territoriale e ospedaliera viene preventivamente stabilito e il ripiano dell'eventuale sfondamento è per larga parte a carico delle aziende, la coesistenza di tetti di spesa assegnati a singole molecole o a classi terapeutiche non è giustificabile in termini di sostenibilità finanziaria. Se il fine è invece quello di garantire l'appropriatezza delle prescrizioni, è lecito pensare che questo scopo possa essere perseguito con azioni diverse da quelle inerenti l'ambito di spesa. La non appropriatezza prescrittiva è inoltre un aspetto del quale le aziende farmaceutiche non sono responsabili: di qui un altro motivo per cui anche se si **volesse garantire l'appropriatezza delle prescrizioni con i tetti di spesa**, non dovrebbero essere le aziende farmaceutiche a farsi carico degli eventuali eccessi di consumo del farmaco.

Assegnazione dei company budget per aziende rappresentanti per l'Italia delle detentrici delle AIC:

Attualmente i company budget, sia relativi alla spesa territoriale che a quella ospedaliera, vengono assegnati a ciascuna entità legale che detiene l'AIC per ogni singolo farmaco, nonostante queste facciano riferimento ad una stessa rappresentante legale in Italia. Questo genera un meccanismo

per il quale a ciascuna azienda operante in Italia vengano assegnati diversi company budget. L'attuale meccanismo di ripiano prevede che gli eventuali sfondamenti dei company budget aziendali vengano "compensati" dai "saving" di quelle legal entities che hanno un fatturato inferiore a quello massimo consentito. Essendo però i budget assegnati alle diverse legal entities di una stessa azienda completamente svincolati l'uno dall'altro, non è possibile operare questa sorta di "compensazione" all'interno della stessa azienda. La proposta è quella di assegnare un company budget unico per ogni azienda operante in Italia così da premettere alle aziende che hanno prodotti maturi in calo di fatturato appartenenti a legal entities diverse da quelle a cui appartengono i



nuovi prodotti, di compensare parzialmente i fatturati di queste ultime, fisiologicamente caratterizzati da un trend di forte crescita.

Compensazione crediti-debiti: nel presente documento è stato esplorato il problema relativo ai ritardi dei pagamenti alle aziende farmaceutiche da parte delle ASL e delle Aziende Ospedaliere. La normativa vigente impone alle stesse aziende farmaceutiche di versare direttamente alle regioni le somme dei payback relativi alla sospensione della seconda manovra di contenimento della spesa del 5% imposta a settembre 2006, a quelli degli eventuali sfondamenti dei company budget e a quelli degli sfondamento dei tetti di spesa di molecola e di classe. La proposta è che la regione si faccia garante dei debiti delle ASL e delle aziende ospedaliere e di poter portare a compensazione tali debiti con le somme che le aziende sono tentute a versare loro. Se tale meccanismo dovesse risultare complesso in termini amministrativi, potrebbero essere portati a parziale compensazione dei debiti delle Asl e delle aziende ospedaliere tutte le somme che le aziende farmaceutiche sono tenute a versare direttamente alle ASL e aziende ospedaliere relative ai meccanismi di rimborso condizionato imposti dall'AIFA in sede degoziale.

Implementazione di nuovi modelli organizzativi ed attenzione alle aree di spreco di risorse:

La telemedicina potrebbe garantire risparmi quantificati nell'ordine di 2 mld di €, se si condividessero ad esempio gli esami di laboratorio e la diagnostica per immagini; oltre ad un beneficio finanziario si otterrebbe anche una decisa riduzione delle liste di attesa e si eviterebbe il proliferare di esami inutili. Per fare questo bisognerebbe anche investire risorse sul territorio (medicina di continuità e mmg/pls), in modo da garantire ai pazienti percorsi di cura coerenti, razionali, virtuosi e che pongano al centro il paziente con il suo bisogno di salute^{iv}.

La Medicina difensiva costa quanto l'Imu: l'eccesso di prescrizioni per evitare contenziosi con i pazienti pesa sulla spesa sanitaria pubblica per circa 10 miliardi di euro come riportato dai risultati

della Commissione Parlamentare sugli errori in Sanità. L'incidenza percentuale dei costi della medicina difensiva sulla spesa sanitaria è del 10,5% (farmaci 1,9%, visite 1,7%, esami di laboratorio 0,7%, esami strumentali 0,8%, ricoveri 4,6%). Sulla spesa privata sale al 14%, prendendo in esame soltanto i medici privati (farmaci 4%, visite 2,1%, esami di laboratorio 0,6%, esami strumentali 0,4%, ricoveri 0,1 %). In particolare, riferendosi a un'indagine del 2010, la Commissione ricorda il dato in base al quale il 53% del campione di medici esaminato dichiara di



prescrivere farmaci a titolo "difensivo" e, mediamente, tali prescrizioni sono il 13% circa di tutte quelle uscite dal ricettario. Il dato s'impenna al 73% con riferimento alle visite specialistiche, dove le prescrizioni inutili diventano il 21% del totale effettuato dal singolo medico. Quasi sullo stesso valore il ricorso a esami di laboratorio come una sorta di autotutela, prescritti dal 71% dei medici, con una media del 21% su quelli complessivi. La percentuale più alta appartiene agli esami strumentali: vi ricorre il 75,6 % dei medici.

Anche il Bmj ritorna sull'argomento con una campagna in cui ogni dubbio è ormai scomparso, giacché gli eccessi, inutili e spesso perfino dannosi, sono sempre più numerosi. Anche al di là dell'Atlantico si sono mossi in molti, e in tempi recenti sono state avviate due iniziative che stanno cominciando a lasciare il segno: «Colpiti dalle due iniziative "Less is more" (meno è più) della rivista Jama internal medicine e dalla iniziativa "Choosing Wisely" ("scegliere con saggezza" messa in piedi dall'American Board of internal medicine foundation) anche gli Americani, vogliono esplorare le cause e i potenziali rimedi dell'eccesso di esami, di diagnosi e di terapie».

Un eccesso di sanità che deve far pensare, soprattutto in tempi di spending review.

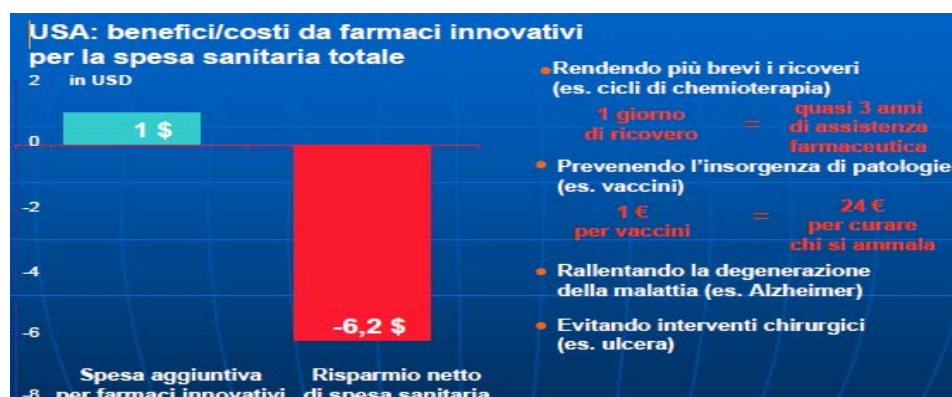
Fonte: BMJ. 2013 Feb 26;346:f1271 – Commissione d'inchiesta Parlamentare sugli errori in Sanità
La prevenzione in sanità (fonte: guglielmo pepe Rsalute del 19 feb 2013)

La classifica stilata dall'OMS trovava l'Italia in seconda posizione nel 2000, davanti alla Francia. Ad osu 34 Paesi europei, occupiamo la parte bassa delle classifica (Fonte Euro Health Consumer):

- 22 esimi per accesso e tempi di attesa
- 26 esimi per prevenzione ed equità di sistema

Con le misure previste dalla spending review, dalla legge di stabilità e dalle altre norme, è probabile che la classifica vada peggiorando in quanto sempre più la sanità è vista come fonte di spesa. Per invertire questa tendenza è necessario cambiare ottica e considerare la sanità come investimento, in particolar modo focalizzandosi sulla prevenzione: si pensi che per ogni miliardo

destinato alla prevenzione se ne riparmiano 3 mld in minori cure e riabilitazione (Campus Biomedico di Roma e Fasi), con evidenti vantaggi sia sui bilanci sia sulla salute dei cittadini.



Fonte: Lichtenberg, F.; *Benefits and Costs of Newer Drugs*, NBER Working Paper

Conclusioni

Contrarre la spesa sanitaria riducendo da una parte i costi e dall'altra i volumi delle prestazioni finirà presto per mettere a rischio i valori fondanti il nostro SSN basato sull'universalismo, equità e solidarietà ed esponendo l'Italia al rischio di incrementare e vedere incolmabile quello spread dell'innovazione rispetto agli altri paesi Europei, che già oggi sta causando un'inaccettabile disparità di trattamento dei pazienti italiani rispetto a quello dei paesi europei più virtuosi, di cui l'Italia ha sempre fatto e deve continuare a far parte.

Tutto questo richiama l'assoluta necessità di poter contare su comportamenti etici da parte di tutti e su approcci al settore e al mercato che non siano schiacciati da logiche economiche di breve respiro. A proposito di questa seconda questione, limitandoci agli aspetti economici, riteniamo di dover mettere in guardia dai verosimili effetti recessivi di un approccio alla sanità impostato su progressivi tagli della spesa pubblica. Lo stesso impegno profuso nella "spending review" deve ora essere dedicato a dotare il Paese di un piano strategico per attrarre investimenti privati e finanziamenti europei dedicati ad attività di R&S nel settore delle tecnologie sanitarie.

In particolare la sanità e il settore delle tecnologie sanitarie offrono importanti opportunità di sviluppo per il Paese ed è dunque in questa chiave che vanno pensati i nuovi interventi da mettere in campo per questo settore, ivi compresi quelli tesi ad assicurare la necessaria sostenibilità del sistema. Un obiettivo, quest'ultimo, da perseguire puntando all'innovazione delle tecnologie sanitarie e alla qualità delle prestazioni erogabili come volano di sviluppo.



FEDERCHIMICA

ASSOBIOTEC

Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie



ⁱ Relazione del Presidente dell'A.V.C.P. Anno 2011

ⁱⁱ MePAIE – IV edizione “il mercato della Pubblica amministrazione in Italia e in Europa” – Acquisti sanitari pubblici in periodo di spending review. Cremona 28 feb – 1 marzo 2013

ⁱⁱⁱ Fonte Prometeia, novembre 2011

^{iv} Se un paziente effettua una radiografia, per es. al Nuovo Regina Margherita, questa é immediatamente visibile anche, per esempio, sul terminale del Poliambulatorio Luzzatti o S.Anna. Questo consente agli specialistiche che seguono la paziente di avere sempre a disposizione i risultati diagnostici della paziente stessa. Questa nuova rete oltre a comportare evidenti vantaggi diagnostici e migliorare la qualità della prestazione sanitaria per il paziente, permette anche di consegnare al paziente i risultati su un CD ROM che il paziente potrà utilizzare per altre indagini con altri specialisti. Fonte <http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/>