

STUDIO I-COM/ Nuovi approcci per la sostenibilità dei sistemi sanitari europei e statunitensi

Che ricetta per il Welfare Ue

Puntare sul modello pensioni con piani di accumulo - Test per il semestre italiano

Basta luoghi comuni. Non c'è Beveridge o Bismarck che tenga: se non si cambia musica non si salva nessuno. E se nell'ultimo decennio di disastri sanitari in rosso siamo stati abituati a consolarci dicendo che il problema della sostenibilità ci affratella a tutto il resto dell'Ue più avanzata è tempo di guardare oltreoceano per scoprire che ormai non ce la fanno più neanche gli States. L'analisi impietosa e l'invito a guardare ben oltre i confini nazionali per navigare almeno a dimensione d'Europa arriva dallo studio "Crescere in salute: l'accesso alle cure e la competitività dell'industria della salute in Europa", curato per I-Com da **Stefano da Empoli, Davide Integlia e Nicola Salerno** e presentato questa settimana a Roma - che edita un consiglio da non sottovalutare: bisogna fare un Welfare State europeo per "fare" gli europei, rendendo i cittadini dei singoli Stati uguali di fronte alle possibilità di cura e dando anche una mano all'industria europea della salute.

Sintesi: nessun Paese può farcela da solo. A dirlo sono i numeri sciorinati dal rapporto, da cui emerge una curiosa convergenza nella disgrazia dell'insostenibilità della spesa sanitaria in realtà di partenza diversissime: in Europa è aumentata in modo esponenziale la spesa privata, in particolare quella di natura out-of-pocket e si sono create

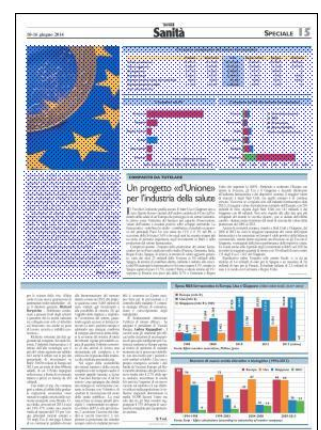
"strozzature" negli impianti d'offerta universale; negli Usa, le risorse pubbliche destinate alla sanità hanno ormai superato quelle impiegate dall'Europa e si sommano alle già ingenti risorse private impegnate nel settore. «Su entrambi i fronti - scrivono gli autori - il punto debole è l'eccessivo ricorso

Ripartizione costi, nodo cruciale

alla ripartizione dei costi, sia nella sua manifestazione nell'alveo pubblico come pay-as-you-go (bismarckiano o beveridgiano non fa differenza), sia nella sua manifestazione nell'alveo privato come pooling assicurativo». E allora - sorpresa! - è tempo che sulla sanità cominciamo a ragionare come sulle pensioni: l'accumulazione reale tramite investimenti a lungo termine sui mercati è l'ingrediente che ancora manca agli innumerevoli mix rilevabili nella magmatica «convergenza transatlantica verso un sistema sanitario multipilastro».

Altre strade - spiega a chiare lettere lo studio di I-Com - non ce ne sono. «Criteri di finanziamento, in ambito pubblico o privato, che si affidino esclusivamente o prevalentemente al concorso, anno per anno, di tutti gli assicurati per finanziare il fabbisogno sanitario espresso nello stesso anno inevitabilmente produrranno effetti distorsivi e depressivi. È impensabile, infatti, che la massa reddituale disponibile anno per anno possa sostenere il confronto con una spesa che crescerà continuamente nei prossimi decenni».

E proprio in quest'ottica, un investimento a lungo termine che l'Europa della salute può già cominciare a fare già nel corso del semestre a guida italiana è quello di puntare a rafforzare il settore industriale della salute, di vitale importanza per l'economia europea e le aree mondiali più avanzate. Dai dati - sottolineano gli autori - emerge un'Europa che preme per la



produzione di tecnologia sanitaria e in particolare per una produzione farmaceutica finora miracolosamente sfuggita all'effetto pernicioso della delocalizzazione produttiva soprattutto per questioni legate all'eccellenza degli standard produttivi (*vedi box*). Uno scudo che i Paesi emergenti - sempre piú aggressivi e appetibili (capacità amministrative crescenti, meno burocrazia, meno costi) - potrebbero frantumare nel giro di poco tempo.

Di qui il secondo consiglio ai naviganti in tema di gestione di cose sanitarie: l'Europa deve proteggere la propria industria elaborando un progetto di omogeneizzazione comunitario delle norme che disciplinano vita e attività dell'industria del farmaco e dei dispositivi, puntando su uniformità delle regole tra gli Stati, semplificazione e trasparenza.

In buona sostanza sono tre gli elementi dello "scatto di reni" suggeriti

dagli studiosi di I-Com al legislatore europeo: rafforzamento del settore dell'industria del farmaco con regole chiare, trasparenti ed efficaci su sperimentazione e incentivi; omogeneizzazione dei sistemi di remunerazione del valore terapeutico della tecnologia sanitaria e dell'accesso alle cure; applicazione di uno schema uniforme multipilastro per il finanziamento dei servizi sanitari.

Per quanto riguarda il primo punto è già in pista il Regolamento Ue sui trials clinici, in vigore dal 2016, che accentra a livello europeo le procedure di valutazione dei trials clinici, sostituendo, con una regia unica europea, 28 sistemi differenti di valutazione e avvio delle sperimentazioni. Ma servono anche incentivi specifici alla ricerca e alla produzione nel territorio europeo, interventi sulla remunerazione del farmaco, omogeneiz-

zazione delle modalità di autorizzazione e rimborso. Operazioni che servono sì alle imprese, ma anche ai cittadini, scrivono quelli di I-Com, additando il ben noto diverso diritto d'accesso alle cure per i cittadini all'interno dell'Ue. «Non sono tutti uguali di fronte al bisogno di salute», scrivono. E riassumono quella schizofrenia interna agli Stati di cui l'Italia conosce bene sintomi e ricadute: «Da un lato c'è una forza centripeta che tende a uniformare le modalità di accesso alle cure (es. la direttiva sulle cure transfrontaliere), e dall'altro una forza centrifuga, che porta le autonomie locali a divenire veri e propri centri regolatori che creano - di default - un differente accesso alle cure tra un territorio e un altro».

Una impasse da superare - suggerisce lo studio - «con una nuova Direttiva comunitaria che da un lato omogeneizzi i sistemi di pricing & reimbursement, e dall'altro colga l'occasione di introdurre sistematicamente, su larga scala, nuove modalità di autorizzazione e rimborso, come per esempio l'adaptive licencing e l'adaptive reimbursement, che legano l'autorizzazione alla diffusione per le varie indicazioni terapeutiche, e il rimborso, all'esperienza d'uso e alle evidenze certificate che si ottengono nel tempo del valore terapeutico del farmaco». Un sistemino quest'ultimo, che - va da sé - servirebbe a risolvere anche alcune recentissime polemiche farmaceutiche di casa Italia.

L'obiettivo finale: spingere tutti i sistemi sanitari a coordinarsi per un libero accesso dei cittadini a tutte le strutture e servizi sanitari erogati nell'Ue e ad adottare lo stesso schema di finanziamento multipilastro che «potrebbe permettere agli attori privati di integrare i finanziamenti di servizi e farmaci sempre piú costosi senza necessariamente sostituirsi al pubblico».

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Italia (dati economici del Pds e demografia Istat)

	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica, acuta e per lungodegenti (% Pil)	7,3	6,9	6,8	70,0	7,2	8,0
2. Spesa pensionistica pubblica (% Pil)	15,3	16,1	15,6	15,2	15,2	14,6
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti (% Pil)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,6
1. var. Pds 2013/Pds 2012 (% Pil)	0,0	0,0	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
2. var. Pds 2013/Pds 2012 (% Pil)	0,0	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2
3. var. Pds 2013/Pds 2012 (% Pil)	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Pil (euro/milioni)	1.551.886	1.544.772	1.678.964	1.851.892	2.012.747	2.994.696
Popolazione	60.626.442	61.636.886	62.497.034	63.081.253	63.482.851	61.305.219
Pil pro-capite (euro)	25.597.510,74	25.062.466,32	26.864.701,56	29.357.252,12	31.705.372,67	48.848.957,87
Popolazione 20-64 anni	36.877.066	36.902.900	36.959.344	36.728.830	35.921.153	30.784.391
Attivi di 20-64 anni	24.523.249	25.352.292	25.538.907	25.269.435	24.749.674	21.549.074
Occupati di 20-64 anni	22.463.296	22.411.426	23.163.788	23.424.766	23.041.947	20.083.737
Carico del PayGo						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (euro)	5.252.425,51	4.813.648,27	5.127.831,29	5.862.868,70	6.749.908,52	13.341.214,84
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (euro)	5.734.088,98	5.445.303,47	5.653.617,74	6.324.561,71	7.250.170,27	14.314.608,19
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (euro)	14.934.607,47	14.623.741,58	15.383.493,88	17.002.319,24	19.111.186,78	33.630.979,07
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (euro)	16.304.156,62	16.542.694,10	16.960.853,23	18.341.228,95	20.527.590,52	36.084.741,49
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. /Pil pro-capite	20,52%	19,21%	19,09%	19,97%	21,29%	27,31%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. /Pil pro-capite	22,40%	21,73%	21,04%	21,54%	22,87%	29,30%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. /Pil pro-capite	58,34%	58,35%	57,26%	57,92%	60,28%	68,85%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. /Pil pro-capite	63,69%	66,01%	63,13%	62,48%	64,74%	73,87%

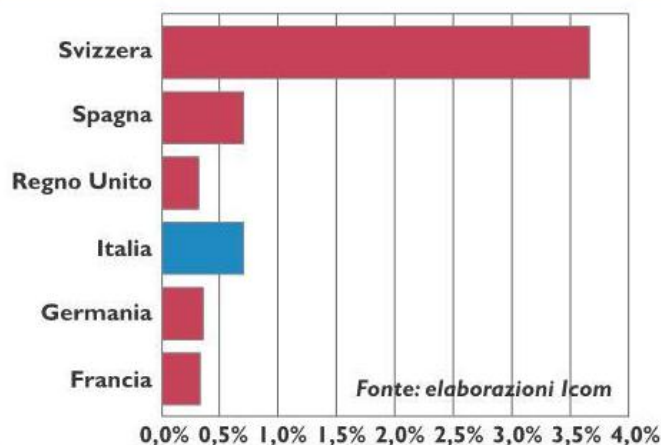
Fonte delle tabelle: elaborazione I-Com

L'impatto complessivo del settore farmaceutico

	Francia	Germania	Italia	Regno Unito	Spagna	Svizzera
Totale produzione	35.387,72	40.147,68	45.713,60	32.063,95	20.748,39	49.993,66
Valore aggiunto	12.680,77	13.875,90	14.172,55	10.760,36	9.615,00	22.919,74
Occupazione	8.477,26	8.128,55	6.768,95	7.341,73	4.844,48	nd
Entrate fiscali	2.606,12	2.437,97	2.144,14	2.144,54	1.474,06	645,26
Entrate fiscali al netto dei contributi	486,56	406,08	451,88	308,63	263,47	645,26
Entrate fiscali da redditi	2.119,56	2.031,89	1.692,26	1.835,91	1.210,59	nd

Fonte: elaborazioni Icom

L'impatto sul Pil



L'impatto sul Pil del settore farmaceutico

