

TERRITORIO, SPESA FARMACEUTICA E DIGITALE APPUNTI PER RIPARTIRE DOPO COVID-19

Uno studio dell'Istituto per la competitività (I-Com) analizza la reazione della sanità italiana di fronte all'emergenza. Emergono alcuni problemi "cronici", ma anche spunti di riflessione per disegnare una nuova governance del Ssn: dalle cure di prossimità alla necessità di investire su salute, terapie e nuove tecnologie

▶ **Marcello Longo**
AboutPharma and Medical Devices
mlongo@aboutpharma.com

Sul quaderno degli appunti per la ripartenza della sanità post-Covid ci sono tre parole assai ricorrenti: territorio, spesa e digitale. "Territorio", perché le Regioni con un'assistenza di prossimità bene organizzata sono quelle che hanno risposto meglio all'emergenza. "Spesa", perché la pandemia ha scolpito sulla roccia un vecchio assunto: la salute non è un costo, ma un investimento. "Digitale", perché Sars-Cov-2 ha imposto un'accelerazione su questo fronte che nessuna riforma, neppure la più visionaria, avrebbe saputo imprimere. È su questi tre pilastri che si sviluppa lo studio "Ripartire la sanità al centro. Dall'emergenza sanitaria all'auspicata rivoluzione della governance del Ssn" presentato a fine settembre dall'Istituto per la competitività (I-Com).

IL TERRITORIO

L'analisi parte dai primi mesi dell'epidemia. In quella fase le Regioni più colpite hanno seguito strade diverse: "Mentre nella prima settimana dello scorso marzo la Lombardia aveva deciso di ospedalizzare la quasi totalità dei malati (una percentuale che si avvicinava al 100%), il Veneto e l'Emilia-Romagna hanno scelto la via della



presa in carico territoriale e hanno fatto ricorso principalmente a un largo uso di tamponi e all'assistenza domiciliare", spiegano da I-Com. Secondo il report, la "grande assente" che accomuna le diverse Regioni italiane, salvo poche eccezioni, è "l'assistenza territoriale integrata", che invece ci avrebbe aiutato ad affrontare l'emergenza con altre armi. "A conti fatti – sottolinea l'Istituto per la competitività – l'elemento più importante nella

lotta all'epidemia si è rivelata l'impostazione generale del sistema sanitario regionale a privilegio della rete delle cure territoriali". Non a caso il decreto Rilancio ha previsto, già dal 2020, il potenziamento e la riorganizzazione della rete dell'assistenza territoriale. Per trovare una chiave di lettura sulle debolezze del nostro Servizio sanitario nazionale, l'analisi rivolge lo sguardo al passato. "L'organizzazione del sistema sanitario in Italia – ricorda

▼ POLITICA

il report – è passata negli ultimi dieci anni attraverso una serie di misure di contenimento della spesa che avrebbero dovuto essere rivolte a migliorarne l'efficienza ma, di fatto, non si sono accompagnate alla promessa ristrutturazione, soprattutto per quanto riguarda l'organizzazione e il ruolo dell'assistenza territoriale. La diffusione dell'epidemia ha rimarcato i colli di bottiglia generati, direttamente o indirettamente, da queste politiche, che si sono tradotte nella mancanza di risorse, organizzative ed economiche". È efficace l'esempio delle terapie intensive: in Italia la disponibilità di posti letto per terapia intensiva è pari a 8,6 ogni 100mila abitanti, circa la metà di quelli disponibili in Francia (16,3) e meno di un terzo di quelli della Germania (33,9). E a complicare il quadro c'è il tema del personale: il Ssn ha dovuto fare fronte all'urgenza di reperire risorse umane, sia in ospedale che sul territorio. L'età avanzata del personale medico non ha reso la situazione più semplice. Il nostro Paese detiene infatti il primato per medici over 54, che sono il 56% del totale. Al contrario, occupiamo l'ultima posizione per quota di medici giovani (under 35 anni), solo il 9% del totale. Sullo sfondo la piaga antica delle disparità regionali. Secondo il rapporto, ad acuire le differenze tra i sistemi sanitari delle diverse Regioni italiane sono state soprattutto le misure di contenimento della spesa. Tra il 2009 e il 2018 la spesa sanitaria pubblica italiana in relazione al Prodotto interno lordo ha subito una decrescita costante, passando dal 7,04% al 6,54. In pratica, lo 0,5% in meno. Un dato in controtendenza con quanto accaduto, invece, nello stesso periodo negli altri principali Paesi europei, come Germania e Francia in cui, seppur con un andamento oscillante, il peso della spesa sanitaria sul Pil è aumentato rispettivamente dello 0,18% e dello 0,67%. Interessanti le conclu-

Cinque priorità

Il rapporto "Ripartire la sanità al centro. Dall'emergenza sanitaria all'auspicata rivoluzione della governance del Ssn" dell'Istituto per la competitività (I-Com) individua cinque priorità per il nostro sistema sanitario alla luce dell'esperienza Covid:

- ▶ ripensare il ruolo che farmaci e dispositivi medici debbono avere all'interno del Ssn e correlare le risorse al reale fabbisogno;
- ▶ ristrutturare l'assistenza territoriale e domiciliare colmando le lacune parzialmente risolte dagli interventi emergenziali introdotti in fase Covid-19, evitando la dispersione degli interventi regionali e la moltiplicazione delle soluzioni e delle procedure, a garanzia di una assistenza di pari livello su tutto il territorio nazionale;
- ▶ proseguire nell'adeguamento strutturale della rete informatica e digitale del nostro Ssn necessaria per una corretta programmazione sanitaria fondata sulla raccolta, il monitoraggio, la condivisione e l'analisi dei dati sanitari e al funzionamento degli strumenti di telemedicina già introdotti;
- ▶ intervenire affinché gli strumenti regionali abilitanti all'utilizzo della tecnologia in sanità (come ad esempio la codifica delle prestazioni in telemedicina) siano diffusi su tutto il territorio italiano;
- ▶ abilitare le Regioni a investire per l'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie.

sioni di un'altra analisi condotta da I-Com, che mette a confronto i periodi 2002-2010 e 2011-2019. "Se nel primo periodo considerato – scrive l'Istituto – la spesa pubblica in sanità cresceva a un ritmo superiore al tasso di inflazione, dal 2011 in poi lo scenario cambia radicalmente e la spesa, pur continuando a crescere in valori assoluti, non mantiene il passo dell'incremento dei prezzi. Confrontando il Cagr (tasso annuo di crescita composto) dei due periodi analizzati, vediamo che tra il 2002 e il 2010 il tasso di crescita composito raggiungeva il 3,93% mentre tra il 2011 e il 2019 equivale allo 0,56%. Volendo fare una stima è possibile affermare che, complessivamente, il comparto sanitario, nel periodo 2011-2019, ha subito una riduzione nel potere d'acquisto delle risorse messe a sua disposizione pari a 59,95 miliardi di euro".

LA SPESA FARMACEUTICA

Ragionando sul finanziamento della sanità, l'analisi di I-Com si sposta poi sul terreno della spesa farmaceutica.

"Il comparto farmaceutico ha giocato, e continua a giocare, un ruolo fondamentale nella lotta alla Covid-19 – commenta Eleonora Mazzoni, direttore dell'area Innovazione di I-Com – e più in generale nel Servizio sanitario nazionale. Ripensare il ruolo dei farmaci e dei dispositivi medici all'interno del Ssn è un intervento prioritario, realizzabile solo se le scelte di politica sanitaria e farmaceutica verranno integrate con strumenti di politica industriale capaci di sostenere tanto gli investimenti nazionali quanto quelli dall'estero".

Il rapporto dedica attenzione al sotto-finanziamento della spesa farmaceutica, soprattutto di quella relativa agli acquisti diretti (ex spesa farmaceutica ospedaliera). Secondo I-Com, il primo elemento molto importante in termini di impatto sulla governance, almeno nel breve periodo, è il rifinanziamento del Fondo sanitario nazionale (Fsn) e quindi anche del tetto per la farmaceutica, che del Fsn rappresenta il 14,85%. Con il decreto Cura Italia il Fsn è



stato incrementato di 1.410 milioni di euro e con il decreto Rilancio è stato portato a 120,8 miliardi di euro. Per la sola spesa farmaceutica, questo significa un incremento di circa 500 milioni di euro. Basterà? Secondo I-Com, i tetti della farmaceutica vanno rimodulati. “Nonostante dal 2008 al 2018 – ricorda il report – la copertura della spesa farmaceutica territoriale sia stata progressivamente ridotta, passando dal 14% al 7,96% del finanziamento complessivo ordinario del Ssn e viceversa, e il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera sia andato via via incrementando, passando dal 2,4% al 6,89%, quest’ultima voce di spesa ha continuato, e continua, a sfiorare il tetto di spesa imposto, con conseguente onere di ripiano (payback) da parte delle aziende farmaceutiche”. Anche nel primo trimestre del 2020, con un valore di 3.145,8 milioni di euro, la spesa farmaceutica per acquisti diretti al netto dei gas medicinali ha registrato uno scostamento assoluto di 1.154,7 milioni di euro rispetto al tetto del 6,89% sul Fondo sanitario

nazionale e in questo caso nessuna Regione è riuscita a rispettare il vincolo imposto. Al contrario, la spesa farmaceutica convenzionata, con un valore di 2.175 milioni di euro, ha generato un avanzo di 194,2 milioni di euro. Una rimodulazione dei tetti della farmaceutica è citata nel Programma nazionale di riforma del Governo”. In teoria, dovrebbe aumentare il tetto per gli acquisti diretti e diminuire quello per la spesa convenzionata, al fine di contribuire a contenere gli effetti dello sfioramento registrato negli ultimi anni, in particolare per gli acquisti diretti, e per limitare il cosiddetto payback”, sottolinea I-Com. Secondo lo studio, le risorse vanno correlate al reale bisogno di cura, tenendo conto che la spesa per i farmaci rappresenta “un investimento in grado di migliorare lo stato di salute della popolazione, con effetti positivi sia sulle altre voci della spesa pubblica (previdenza, assistenza socio-sanitaria) che sull’intero sistema economico”. Il nemico principale di questo approccio? “La visione della spesa

farmaceutica come un mero costo da sostenere”, scrive I-Com.

LA SVOLTA DIGITALE

Dopo territorio e farmaceutica, terzo punto chiave dello studio è la rivoluzione digitale. “La necessità di predisporre e utilizzare strumenti digitali e di telemedicina nella gestione dell’emergenza – commenta il presidente dell’Istituto per la Competitività, Stefano da Empoli – ha accelerato processi che sembravano fermi da tempo e dato vita a diverse soluzioni virtuose nelle Regioni italiane. È necessario continuare ad agire per lo sviluppo dell’agenda digitale, con particolare riferimento a dematerializzazione delle ricette, telemedicina, Fascicolo sanitario elettronico e digital therapeutics”.

Durante l’emergenza, la telemedicina ha dato prova del suo importante contributo: dalle televisite al monitoraggio, dal teleconsulto all’assistenza da remoto. Secondo lo studio I-Com, tuttavia, la mancanza di una strategia unitaria per l’innovazione digitale ha finora costituito il principale ostacolo alla diffusione dell’e-health in Italia, ma la pandemia da Covid-19 ha impresso una significativa accelerazione alla semplificazione amministrativa, incoraggiando un impiego più snello ed efficiente di soluzioni digitali già esistenti. “Lo sviluppo dei servizi di e-health potrà però dirsi compiuto con successo – sottolinea il report – solo dopo che saranno definite con chiarezza le modalità di tariffazione delle prestazioni (tali da garantire un’adeguata remunerazione dei professionisti), le norme sulla responsabilità del personale sanitario, e le indicazioni per un appropriato inserimento della telemedicina nel percorso terapeutico, considerandola un’integrazione in grado di portare valore aggiunto, e non una mera sostituzione delle vie tradizionali”. La strada è ancora lunga. ▴