

Il progresso tecnologico in sanità si può raccontare in tanti modi. Uno scienziato ve lo presenterà come una marcia trionfale verso l'emancipazione dell'uomo dalla malattia: una catena di grandi scoperte e di piccoli avanzamenti incrementali che conduce al miglioramento delle condizioni di vita e di salute della popolazione. Un esperto di *management* del sistema sanitario, come il Prof. Jommi, sa che la gestione concreta dell'assistenza sanitaria presenta increspature che la razionalità scientifica può non cogliere. L'introduzione di un nuovo farmaco, di un nuovo percorso diagnostico-terapeutico, o più semplicemente di una versione tecnologicamente avanzata di un dispositivo già in commercio possono definire un nuovo livello di assistenza sanitaria o uno standard qualitativo superiore per un livello di assistenza già esistente. Per il Servizio Sanitario Nazionale, l'ampliamento del perimetro delle prestazioni assistenziali e l'innalzamento del loro livello qualitativo comporterà un impegno finanziario aggiuntivo, se davvero l'accesso all'innovazione va aperto alla disponibilità di tutti i cittadini. In tempi nei quali la preoccupazione

per la tenuta dei conti pubblici tende ad oscurare quella per la salvaguardia dell'universalità dei programmi di *welfare*, l'innovazione sanitaria, da amica della salute come condizione di libertà dalla malattia, può diventare nemica della salute come diritto. La sanità pubblica può ricomporre questo paradosso? O dobbiamo rassegnarci al superamento dell'assistenza sanitaria universale garantita dai proventi delle tasse, come retaggio inattuale di un contesto irripetibile? Jommi suggerisce un cambio di mentalità: sensibilizzare e responsabilizzare il decisore pubblico, in tutti i livelli di governo, ad allocare le risorse (scarse) in maniera efficiente e sostenibile sul lungo periodo, invece di inchiodarlo alla croce di un obiettivo annuale di contenimento degli aggregati di spesa. Ci sembrano illuminanti le sue considerazioni sui tagli lineari: non si tratta solo di tagli di spesa indiscriminati, per lo più operati sulla base di un controllo *ex-post*. Soprattutto, rispondono ad un modo di concepire e gestire la spesa sanitaria ed assistenziale per singoli fattori produttivi (la farmaceutica, l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale, l'assistenza ai non-

autosufficienti *etc.*), senza tenere conto delle interrelazioni virtuose che l'accesso all'innovazione può innescare tra i diversi comparti. L'esempio più facile: l'ammissione alla rimborsabilità di un farmaco innovativo potrà forse mettere a repentaglio il rispetto del tetto della spesa farmaceutica, ma nel medio-lungo periodo quel trattamento, se efficace, mitigherà forse la spesa per i ricoveri ospedalieri, per la non-autosufficienza, oltre che costi invisibili come il tempo e le energie impiegati dai familiari del malato per accudirlo. Non dimentichiamo, poi, che spendere più e meglio per incentivare il trasferimento tecnologico dalla ricerca di base all'applicazione industriale può voler dire, insieme, ridare vitalità alla ricerca scientifica e aprire nuove prospettive di sviluppo industriale. In una formula: la spesa per la sanità è un investimento per il futuro, non un costo. Ricordiamocene.

L'editoriale
di Mariella Palazzolo

JOMMI

TAGLI LINEARI? L'ALTERNATIVA È DARE VALORE ALL'INVESTIMENTO IN SANITÀ.

“Una programmazione della spesa che riconosca che esistono vasi comunicanti all'interno del sistema sanitario (farmaci e ricoveri) e tra diverse aree della spesa pubblica (sanità e assistenza sociale) potrebbe portare ad un'efficiente allocazione delle risorse”

Telos: In un contesto nel quale assume importanza prioritaria il contrasto alla desertificazione industriale, la ricerca biomedica e farmaceutica può essere un pilastro per un modello di crescita fondato sull'innovazione. Quali sono gli incentivi più efficaci a livello nazionale per favorire l'attività di ricerca e sviluppo? In particolare, le decisioni di localizzazione rispondono più all'efficienza dell'assetto istituzionale (certezza e stabilità del quadro normativo, sinergie tra Università e imprese), al prezzo di rimborso dei farmaci o ad altri aspetti?

Claudio Jommi: È importante distinguere tra ricerca e sviluppo preclinico da una parte e sviluppo clinico dall'altra. Per la prima gli incentivi fiscali e finanziari, le iniziative di stimolo al trasferimento tecnologico ed alle relazioni tra Università/altri centri di ricerca ed imprese e la trasparenza e logiche meritocratiche nell'allocazione dei fondi per la ricerca pubblica sono molto importanti. Con riferimento alla localizzazione dello sviluppo clinico, lo snellimento dei processi di approvazione degli studi, la standardizzazione dei contratti, lo sviluppo di sistemi avanzati di programmazione e gestione degli studi nelle aziende sanitarie rappresentano importanti fattori competitivi per l'attrattività. Certamente anche la fase *post-marketing* di accesso può influenzare le decisioni di localizzazione degli investimenti clinici, ma si tratta di un impatto indiretto che attiene più ad una valutazione generale di attrattività del nostro *sistema-paese*.

La crisi dei debiti sovrani nella zona Euro ha portato molti Stati Membri ad operare tagli lineari sulla spesa sociale. In Italia, la crisi ha rafforzato la tendenza già in atto a comprimere le disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale e la spesa farmaceutica non è certo rimasta indenne. A Suo giudizio ci sono alternative praticabili alla strategia dei tagli? Ad esempio, aumentare le risorse per i trattamenti innovativi potrebbe favorire, nel medio periodo, una riduzione strutturale della spesa sanitaria, grazie ad una migliore appropriatezza prescrittiva e ad una diminuzione del numero di ricoveri?

I tagli lineari *ex-post* e le logiche di *Silos Budget* (ovvero di budget per fattori produttivi) nella programmazione della spesa hanno purtroppo il solo pregio di consentire un controllo dei costi nel breve periodo, obiettivo su cui vengono spesso responsabilizzati i soggetti pubblici. Esistono moltissimi esempi di tecnologie, procedure cliniche ed anche processi assistenziali che comportano maggiori costi nel breve periodo e prestazioni evitate nel medio-lungo periodo, anche



Claudio Jommi dirige l'Osservatorio sul Farmaco del Cergas (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) presso l'Università Bocconi di Milano, ed è professore alla Scuola di Management della Bocconi (SDA) nel Dipartimento di *Public Management e Policy*, dove coordina la Specializzazione in tecnologie farmaceutiche e mediche del Master in *International Health Management Economics and Policy* (Mihmep). È anche professore Associato di Economia Aziendale presso l'Università degli Studi del Piemonte Orientale, Facoltà di Farmacia, a Novara. Nella sua attività di ricerca, Jommi si occupa di: economia, politica e sistemi di gestione dell'assistenza farmaceutica, politiche pubbliche e innovazione nel settore farmaceutico e delle scienze della vita, analisi comparata dei sistemi sanitari, sistemi sanitari comparati, sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie, modalità integrative di finanziamento dei sistemi sanitari pubblici, valutazione economica in sanità, valutazione dei costi delle prestazioni sanitarie. È stato *visiting professor* alla Essec Business School, Cergy (Paris), alla Herivan K. Haub School of Business, St Joseph University di Philadelphia (USA), alla Andrija School of Public Health di Zagabria, e alla University of Claude Bernard Lyon 1 (European Market Access University Diploma). I suoi lavori sono stati pubblicati su molti giornali nazionali e internazionali, tra i quali *Health Policy*, *Pharmacoeconomics*, *European Journal of Health Economics*, *International Journal of Health Planning and Management*, *Public Money and Management*. Tra le sue pubblicazioni: "Pharmaceutical companies and Italian Regional Governments: Managing relationships in an increasing institutional complexity", *Health Policy* 87 333-341 (2008); "The last decade of Italian Pharmaceutical Policy: Instability or Consolidation?", *Pharmacoeconomics*, 26, 5-15 (2008). È co-autore del volume "Le sfide del sistema salute: opportunità innovative nel rapporto pubblico-privato", (2012), nel quale descrive gli scenari del Sistema Sanitario Nazionale a 30 dalla sua istituzione. Jommi è nato a Milano 48 anni fa.

se difficilmente tali risparmi consentono una copertura piena dei maggiori costi già sostenuti. Il risultato è un aumento complessivo dei costi, cui però si associa un aumento dei benefici per i pazienti e per la collettività nel suo complesso. Una programmazione della spesa che riconosca che esistono vasi comunicanti all'interno del sistema sanitario (es. farmaci e ricoveri) e tra diverse aree della spesa pubblica (es. sanità e assistenza sociale) potrebbe portare, insieme ad un uso appropriato delle tecnologie e ad una attenzione alla coerenza tra costi incrementali e benefici incrementali, ad un'efficiente allocazione delle risorse.

Con sempre maggiore frequenza le autorità regolatorie, come l'Aifa, si misurano con la necessità di valutare l'efficacia terapeutica di trattamenti innovativi, come ad esempio quelli di medicina personalizzata, che a fronte di costi molto alti offrono benefici per i pazienti difficili da misurare. Di qui l'urgenza di sviluppare modelli di *Health Technology Assessment* per la valutazione del valore aggiunto terapeutico dei nuovi trattamenti. Quali progressi sono stati compiuti in Europa ed in Italia in questo ambito? A suo giudizio i meccanismi di rimborso condizionato sono strumenti efficaci?

Il tema della valutazione comparativa tra farmaci e tra farmaci ed altre tecnologie per lo stesso problema di salute è all'ordine del giorno di diversi soggetti internazionali, in un contesto dove da una parte si cerca di rendere più omogenei i criteri di valutazione (dalla scelta dei comparatori possibili, al ruolo dei diversi indicatori di efficacia, al ruolo dei cosiddetti *patient reported outcomes*), dall'altra non è pensabile che tutti i Paesi abbiano condizioni di rimborso e prezzo omogenei data la strutturale differenza nella disponibilità a pagare. I meccanismi di rimborso condizionato (comunemente definiti *risk-sharing* o *managed market-entry contracts*) rappresentano una strada per gestire l'incertezza delle evidenze al lancio di un nuovo prodotto, per raccogliere evidenze *post-marketing* e per consentire, in alternativa a sconti nascosti, il lancio dei prodotti ai prezzi richiesti dalle imprese. Sono quindi sistemi da incoraggiare, purché non diventino pervasivi (altrimenti diventerebbero ingestibili) e non siano primariamente finalizzati a contenere la spesa.

A più di 10 anni dalla Riforma del Titolo V della Costituzione, che ha ampliato notevolmente l'autonomia delle Regioni in ambito sanitario, si fanno sempre più insistenti le voci di chi invoca una razionalizzazione delle competenze, con un rafforzamento del livello centrale. La dimensione regionale della Sanità è fonte di costi non necessari e di disuguaglianze nella concreta fruibilità del diritto dei cittadini alla salute, oppure è un elemento prezioso ed irrinunciabile di autonomia dei territori?

Si tratta di un tema molto delicato. Tecnicamente il binomio autonomia / responsabilità delle Regioni e, soprattutto, delle aziende sanitarie è positivo in quanto si tratta dei soggetti più vicini ai pazienti ed ai professionisti sanitari. In questo senso, la domanda da porsi è se prima della Riforma del Titolo V e della Legge 405/2001 nel nostro SSN esisteva un accesso meno differenziato alle prestazioni e se, in un contesto di risorse sempre più scarse, in altri sistemi sanitari centralizzati l'accesso sia più equo. Tale binomio può generare un circolo virtuoso (i) se è ben definito il quadro delle regole che garantiscano un accesso equo alle prestazioni, dove però l'equità non deve essere interpretata solo in senso orizzontale (*pari accesso per pari bisogni*), ma anche verticale (*diverso accesso per diversi bisogni*) per cui è iniquo che in alcune Regioni l'accesso sia garantito in condizioni di inappropriato uso delle risorse; (ii) se viene gestito in una logica di trasparenza e fiducia tra i diversi livelli del sistema sanitario, per cui, ad esempio, il rationale delle condizioni di prezzo e rimborsabilità negoziate a livello centrale sia esplicitato e sostenibile per le Regioni. Certo, tutto questo avviene se le Regioni usano poi bene le risorse disponibili, se vengono realmente responsabilizzate e se si evitano inutili duplicazioni (o triplicazioni) di attività di valutazione sul territorio.