Liuc Papers

Pubblicazione periodica dell'Università Carlo Cattaneo - LIUC

Numero 281, febbraio 2015

Serie

Economia e Impresa 76

Stefano Capri

Costo-efficacia e concorrenza. Senza dolori non ci sono guadagni: reinventare il sistema sanitario in Italia.

Serie: Economia e Impresa

Liuc Papers

ISSN:1722-4667

Direttore Responsabile: Piero Cavaleri
Direzione, redazione, amministrazione: Università Carlo Cattaneo - LIUC
C.so Matteotti, 22 - 21053 Castellanza (Va) - Italia
tel. 0331-5721 - fax. 0331-572320

Registro stampa Tribunale di Busto Arsizio n. 11/93 del 11.06.93

Comunicazioni di carattere organizzativo vanno indirizzate a:
Piero Cavaleri, *LIUC Papers*, Università Carlo Cattaneo, Biblioteca «Mario Rostoni»
Corso Matteotti 22, 21053 Castellanza (VA), Tel. 0331-572.267 # E-mail pcavaler@liuc.it

COSTO-EFFICACIA E CONCORRENZA. SENZA DOLORI NON CI SONO GUADAGNI: REINVENTARE IL SISTEMA SANITARIO IN ITALIA*

*Stefano Capri***

1. Introduzione

Alti costi e inefficienze, nonché una distribuzione dei servizi non uniforme sul territorio rendono non più procrastinabile una riforma del sistema sanitario, tenendo conto dei bisogni di salute crescenti legati all'invecchiamento della popolazione e dell'introduzione di tecnologie costose. Inoltre, la crisi economica iniziata nel 2008 non sembra terminare, soprattutto in Italia, e si corre quindi il rischio di dovere contrarre la spesa sanitaria, come è avvenuto in altri paesi europei (Stuckler and Basu, 2013), con l'aggravante di un enorme debito sanitario pubblico a livello di molte regioni (De Belvis et al., 2012).

L'Italia appare un paese stanco, forse in declino, e proprio per questo è necessario inventare, progettare qualcosa di differente, che prima non c'era, nel mondo sanitario. Un sistema sanitario, infatti, non è lì per produrre sempre più prestazioni e tecnologie, ma per contribuire a migliorare la salute dei cittadini, quindi, produrre esiti, risultati. Poco interessa che un ospedale produca un certo numero di ricoveri, interessa invece che i pazienti che vi transitano guadagnino il maggior numero di anni di vita a fronte di determinati costi economici considerati adeguati (cioè che rispettano i criteri dell'efficienza). Come si vedrà in questo articolo i cambiamenti non sono possibili senza sacrifici, senza intaccare interessi di gruppi, senza indurre con adeguati incentivi nuovi comportamenti.

I tre più importanti problemi che affliggono la sanità sono, a mio avviso i costi, la qualità e l'accesso ai servizi. Un utilizzo inefficiente delle risorse comporta sprechi, e quindi costi

* JEL codes: I11, I14, I18, H51. Keywords: Italian National Health Service, competition in health care, health expenditure, cost-effectiveness, health care reform

** School of Economics and Business, Cattaneo-LIUC University, Corso Matteotti 22, 21053 Castellanza, (Italy). Email: scapri@liuc.it

evitabili, ma allo stesso tempo lo spreco si accompagna a ciò che gli esperti di sanità pubblica e i clinici definiscono da tempo l'inappropriatezza delle cure. L'accesso, cioè la possibilità di ottenere le stesse cure indipendentemente dalla classe sociale e di reddito e dalla collocazione geografica non si può garantire con gli sprechi e la bassa qualità.

Quando si tenta di prefigurare politiche per ridurre gli sprechi o ridurre la spesa si pensa innanzitutto di migliorarne la qualità, di distribuire i servizi sul territorio, di ridurre alcune prestazioni (attraverso i ticket) o di eliminarne alcune, ma questi strumenti, spesso solo annunciati e mai seriamente applicarti in Italia, da soli non bastano. Ciò che serve è migliorare l'efficienza allocativa (Garber and Skinner, 2008), molto più efficace ma molto difficile da attuare. Una spesa sanitaria è allocata in modo efficiente se i benefici ottenibili da un euro marginale speso superano il costo opportunità ottenibile nel fornire altri beni (ad esempio un viadotto autostradale, un sussidio all'agricoltura, un aumento di stipendio agli insegnanti, ecc.). Non va però dimenticato che un certo grado di inefficienza allocativo è intrinseco alla natura di qualsiasi sistema sanitario (Pauly, 1968).

Per ogni euro speso in sanità ci sarà un euro guadagnato da qualcuno nel sistema economico. Questo euro speso per la sanità avrà una parte rappresentata dalla produttività marginale e una dalla somma di sprechi, dalla corruzione, dagli errori in medicina, dall' inappropriatezza. Difficile è infatti pensare che l'euro sia stato speso in modo assolutamente efficiente. La sfida di oggi è migliorare l'efficienza. Va massimizzato il benessere con l'euro speso per il paziente in quanto è un euro preso dal cittadino che paga le tasse. Ciò che occorre fare non è tanto pensare a come ridurre la spesa (un po' lo si può e lo si deve fare in momenti di crisi economica), poiché ciò comporterebbe un impoverimento di molti soggetti nel sistema economico, ma fare in modo che per un euro guadagnato da chi lavora in sanità corrisponda più di un euro di guadagno per coloro che non ci lavorano. Bisogna cioè che a fronte dei costi sostenuti in sanità i benefici siano superiori, benefici misurati in termini monetari. In questo modo è possibile stabilire se il numero di ricoveri per una data patologia è eccessivo o insufficiente, se si spende troppo o troppo poco tempo degli operatori per una data malattia, se il prezzo di un dato farmaco è troppo alto o troppo basso. Se applicheremo la logica economica, ne guadagneremo non solamente in termini di risorse e di salute (l'allocazione migliore, gli interventi sono costo-efficaci), ma anche in termini di trasparenza: sarà più facile valutare le decisioni prese per negare o autorizzare un farmaco al pubblico o una terapia, oppure aprire un ospedale, ecc.

Si tratta, in sanità, di pagare qualcuno (ad esempio il medico) perché qualcun altro (il paziente) ottenga un beneficio. Gli americani usano a questo proposito una frase colorita: *feeding the horses to feed the birds*, dar da mangiare ai cavalli per dar da mangiare agli uccelli (con i "rifiuti" dei cavalli si concima il terreno e con le piante che vi crescono si potranno cibare

gli uccelli).E' evidente che il vantaggio più grande ce l'ha il cavallo: della spesa totale solo una minima parte andrà all'uccellino. In sanità, ma non solo, si ha l'impressione che la spesa per un dato servizio abbia una ricaduta contenuta per il beneficiario finale: ad esempio per alcuni farmaci si spende molto, ma il beneficio per il paziente è minimo (vedi qui nel paragrafo 4 il caso di alcuni farmaci antitumorali).

Gli incentivi economici vanno dati ai medici e non ai pazienti. Infatti si è visti che gli incentivi monetari dati a soggetti fumatori perché smettessero di fumare hanno perso la loro efficacia nel 90% dopo che gli incentivi sono stati sospesi (Volpp et al., 2009). vi sono però degli ambiti ove anche per i pazienti possono funzionare gli incentivi economici: quando sono negativi. E' importante distinguere fra sanzione pecuniaria e tariffa. Nel caso del pronto soccorso, se si fa pagare un ticket modesto, e.g. 25 euro per i codici bianchi, invece di essere come dovrebbe una sanzione, diventa una tariffa che spesso l'utente sarà contento di pagare, ad esempio perché avendo bisogno di una lastra RX al piede, invece di andare per le vie ordinarie, pagando comunque un ticket più alto di 25 euro e dovendo mettersi in lista di attesa, si è rivolto direttamente al pronto soccorso. Per mantenere questa distinzione, sanzione vs. tariffa, è dunque indispensabile che la sanzione scoraggi il comportamento opportunistico (il calcolo della sanzione è semplice: deve essere superiore della somma delle tariffe che in media si sosterrebbero per altra via, maggiorate di un fattore che ne scoraggi l'impiego- credo che 200 euro di ticket pronto soccorso sarebbe adeguato). "Le sanzioni pecuniarie contemplano una disapprovazione morale, mentre le tariffe sono semplicemente prezzi che non implicano alcun giudizio morale" (Sandel, 2013, pag.68). per questo motivo il ticket PS deve essere elevato, così come le multe per eccesso di velocità ovrebbero essere proporzionate al reddito del trasgressore, come in Finlandia (nel 2003 un industriale ha pagato una multa per eccesso di velocità- 80 km orari dove il limite era 40- di 170.000 euro).

Fino ad oggi i tentativi di riformare il sistema sanitario in Italia sono stato caratterizzati, in varie proporzioni, dai seguenti elementi:

1. Patto per la Salute tra governo centrale e regioni nel tentativo di contenere i bilanci regionali e allo stesso tempo garantire dei livelli essenziali di assistenza (i cosiddetti LEA -minimum compulsory service standards-, un'invenzione italiana che attraverso un elenco di prestazioni vorrebbe garantire servizi uguali per tutti, parità di accesso, considerando le prestazioni al di fuori dell'elenco non di competenza del servizio pubblico. Peccato che l'efficienza del sistema né la sua equità orizzontale può essere garantita da una qualsivoglia tassonomia concordata durante estenuanti riunioni-contrattazioni.

2. Commissariamento delle regioni che hanno da tempo accumulato deficit di bilancio e talvolta enormi debiti (oggi sono 8 regioni su 21): provvedimento temporaneo che incide, parzialmente, solamente sui conti, ma non sulla struttura dei servizi, sull'efficienza, sulla qualità.
3. Annunciata introduzione di costi standard.
4. Annunciata introduzione di centrali unificate di acquisto di beni e servizi: questo è un provvedimento che potrebbe avere effetti positivi sui costi di acquisto, a patto però che non si trasformi in un complesso meccanismo burocratico, poco agile ed incapace di cogliere i mutamenti delle offerte; se l'efficienza di un fornitore di servizi passa anche dall'efficienza tecnica, non si vede come non debba essere lasciata tale scelta al singolo produttore, prevedendo eventualmente la possibilità di decidere volta per volta acquisti-gare comuni con altri produttori.
5. Infine, ma solo recentemente, si è a lungo parlato di spending review, senza però individuare esattamente quanti e quali tagli di spesa attuare. Ed in effetti ciò appare non solo particolarmente difficile, se deciso a livello di governo centrale come la prassi della spending review richiede nel nostro paese, ma anche inutile se non si è in grado di collegare gli input (eventualmente in eccesso) agli output (mai misurati in modo accurato). Ma gli output in sanità (il numero di ricoveri o il numero di test o di visite mediche) sono un indicatore di risultato molto impreciso. Mentre per il settore dei trasporti i chilometri di ferrovia o di metropolitana rappresentano abbastanza bene un output da commisurare agli input (e quindi il costo per chilometro costruito ne evidenzia l'efficienza, ancorché ciò che alla fine conta è il servizio di trasporto fornito), in sanità è fondamentale l'esito, l'outcome in termini di risultati di salute: un ospedale può produrre lo stesso numero di ricoveri di un altro, magari allo stesso costo, m con esiti sulla salute dei pazienti profondamente diversi. Questo è anche un limite del ragionare in termini di costi standard e non di esiti.

In questo articolo tento di ribaltare questa prospettiva, introducendo elementi che fino ad oggi sono rimasti nel dibattito scientifico, prevalentemente sulle riviste internazionali, ma raramente nel dibattito di politica sanitaria in Italia. Questi elementi sono, declinati come si vedrà qui di seguito in un tentativo organico, i seguenti:

Responsabilità di ogni Regione per i propri assistiti che, in quanto elettori, possono e debbono incidere sul livello di appropriatezza delle prestazioni fornite: l'emigrazione di pazienti da una regione all'altra deve essere un costo certo per la regione di origine e non solo un guadagno per quella di immigrazione; una regione inefficiente deve avere davanti una sola alternativa, cioè ridurre le prestazioni oppure, riducendo le inefficienze, mantenerle riducendo i

costi. Questo, occorre esserne consapevoli, può nel medio periodo aumentare la disuguaglianza fra le regioni, ma nel lungo periodo dovrebbe ridurle: è quello che accade tra paesi quando le misure di austerità e di riequilibrio di bilancio in un paese portano ad un suo iniziale impoverimento, ma successivamente rappresentano la spinta per lo sviluppo economico.

Introduzione di nuove tecnologie e mantenimento delle vecchie solamente in base alla valutazione economica (costo-efficacia). Non è più compatibile con il livello di spesa sanitaria e di disequità del sistema approvare ed utilizzare tecnologie il cui elevato costo non sia bilanciato da altrettanti alti benefici per i pazienti e la società.

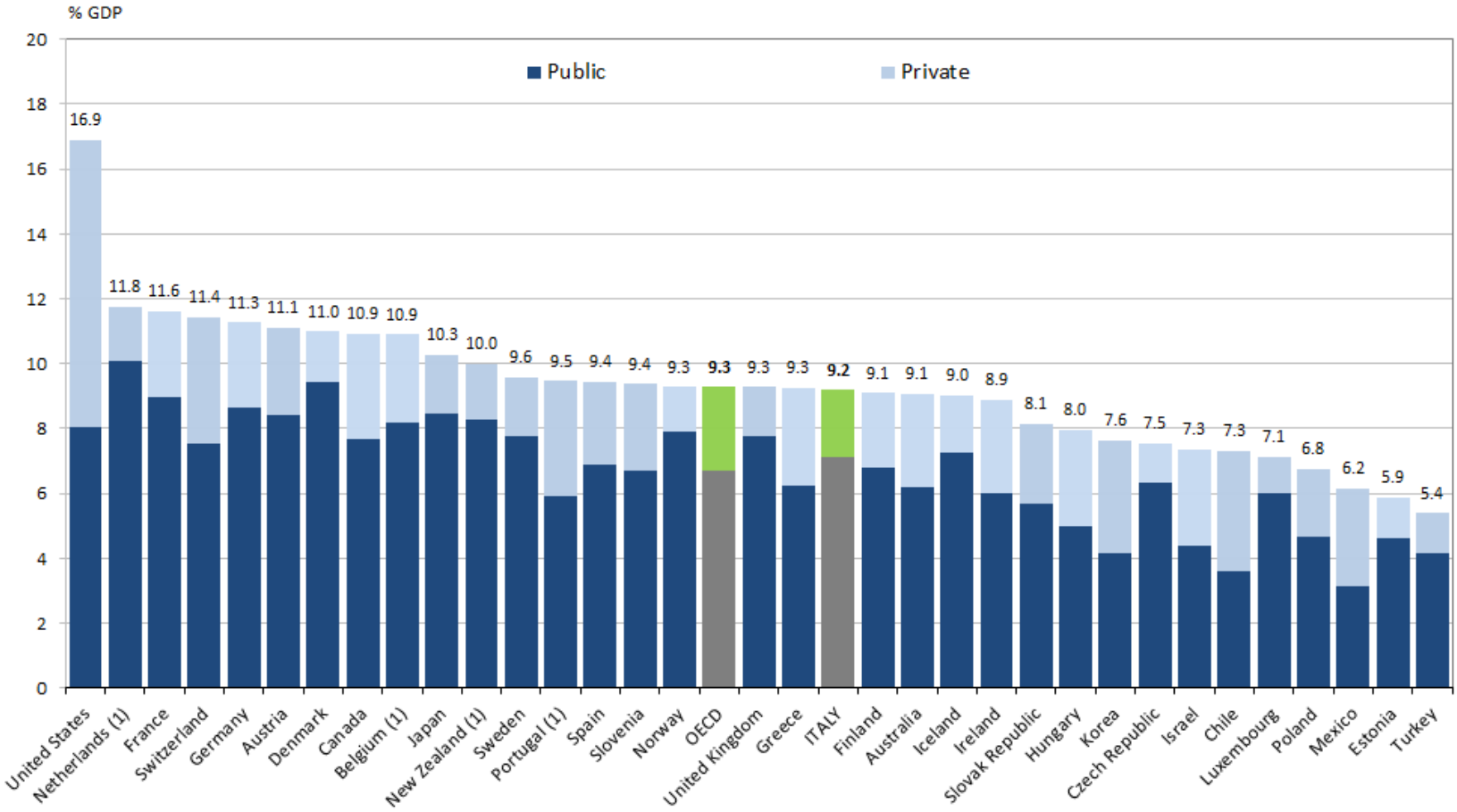
Concorrenza fra le strutture di offerta sulla base degli esiti rapportati ai costi: le strutture di offerta (ad esempio gli ospedali) e le Regioni devono competere sugli esiti dei servizi che prestano. A coloro che offrono meno qualità e minori risultati in termini di salute per i pazienti vanno ridotti i finanziamenti, sostituiti i vertici della dirigenza.

2. Situazione economica della sanità in Italia

In Italia il sistema sanitario ha una spesa pubblica di €109,928 miliardi (spesa prevista per il 2014) (La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano, 2014) cui si devono aggiungere circa €27 miliardi di spesa privata (circa il 20% dell'intera spesa sanitaria) (ISTAT, 2014a).

Pur rimanendo nella media dei paesi OECD (vedi figura 1), la spesa pubblica per la sanità in Italia è cresciuta, in termini nominali, da €48 miliardi del 1995 a €111 miliardi nel 2012, ad un tasso di crescita medio annuo del 5%, per decrescere solamente negli ultimi due anni, sebbene leggermente. Essa è infatti diminuita dell'1% e dell'1,5% rispettivamente nel 2012 e 2013 in confronto con il 2010 (ISTAT 2014a). Nella prima fase della crisi economica il rallentamento è stato più marcato, crescendo solamente dello 0,5% nel periodo 2008-2012. La spesa privata ha in parte compensato tale rallentamento crescendo dell'1,9% nel periodo 2008-2001.

Figura 1. Spesa sanitaria, pubblica e privata, paesi OCSE, 2012.



Fonte: OECD Health Statistics 2014. How does Italy compare?

A questi andamenti della spesa corrisponde un sistema sanitario che, assieme ad altre variabili quali la crescita del tenore di vita dei cittadini, almeno fino all'inizio della crisi del 2007-2008, dell'educazione e degli stili di vita, si associa una speranza di vita tra le più elevate del mondo: nel 2012 gli uomini vivevano in media 79,6 anni e le donne 84,4 (ISTAT 2014a), confermando la crescita costante nel tempo della vita media. A causa dell'invecchiamento della popolazione, e in taluni casi dell'anticipazione diagnostica, si è assistito ad un aumento del numero di individui che soffrono di una malattia cronica: nel 2012 era il 14,8% della popolazione rispetto al 13,3% del 2005.

Rimane però eccessivo il livello di inequità del sistema sanitario in Italia. Con un modello logistico l'ISTAT (2014a) ha stimato il rischio di soffrire di almeno una malattia cronica grave: a parità delle altre variabili presenti nel modello, per gli uomini è 1,4 volte più elevato di quello delle donne, per coloro che hanno il livello di istruzione medio-basso è 1,5 volte più alto di quello di un diplomato o laureato. Infine (si veda qui il paragrafo 5), i residenti nelle regioni del Sud hanno un rischio di 1,1 volte quello di un residente nel Nord-ovest); gli individui che hanno una condizione economica familiare scarsa o insufficiente hanno un rischio di 1,6 volte superiore alla famiglia con risorse economiche ottime o adeguate.

Se si guardano i dati della spesa sanitaria in relazione alla spesa pubblica totale, prospettiva che meglio fa comprendere il suo peso, data la recessione attuale dell'Italia e la perdita di quasi 10 punti di PIL dal 2008 ad oggi, appare che (Presidenza del Consiglio, 2013):

1. la spesa sanitaria pubblica, in termini di quota della spesa per consumi collettivi (intesa come la produzione di servizi pubblici ceduti a titolo gratuito al cittadino) è cresciuta sensibilmente più di ogni altro servizio pubblico passando dal 32,3% del totale dei consumi collettivi del 1990 al 37,0% del 2009, più 4,7%; nello stesso periodo l'altro settore che è cresciuto di più è stata la protezione sociale, dal 4,2% al 5,0%, seguita dai servizi generali dal 12,8% 13,4%; alcuni settori, come l'istruzione, sono diminuiti, dal 23,1% 17,7%.
2. nello stesso periodo la spesa sanitaria nel suo complesso, è aumentata dal 6,2% al 7,5% del PIL;
3. considerando tutti i servizi pubblici, oltre alla sanità, scuola, difesa, giustizia, polizia, ecc., i costi di produzione sono cresciuti nel tempo molto più rapidamente dei costi di produzione dei beni di consumo privati; il differenziale di costo, già esistente nel 1980 è aumentato nei trent'anni successivi, fino al 2010, del 28,8% con una media di svantaggio annuo pari allo 0,8%, una misura del costo della inferiorità tecnologica del settore pubblico (il differenziale di costo è qui misurato dalla dinamica dei deflatori impliciti delle due categorie di beni);

4. se i costi di produzione dei servizi pubblici fossero aumentati in questo periodo nella stessa misura dei costi di produzione dei beni di consumo privati, la spesa per consumi collettivi nel 2010 sarebbe stata di 73 miliardi di euro più bassa di quella effettivamente registrata. Ciò è direttamente imputabile all'inefficienza della spesa e alla sua scarsa produttività, argomento affrontato nel paragrafo successivo.

Una breve analisi della spesa sanitaria e del sistema sanitario disaggregata a livello regionale mostra, come in gran parte dei comparti economici, profonde differenze fra il Nord e il Sud dell'Italia (si veda qui in dettaglio il paragrafo 5).

La spesa sanitaria pubblica corrente per abitante nel 2011 in Italia è stata di €1.849 , con differenze tra le aree geografiche del paese. Nel Nord-ovest e nel Nord-est è stata rispettivamente di €1.873 e1.841 euro, quindi sostanzialmente nella media nazionale. Nel Centro è stata più elevata del 4,4% €1.931), mentre nel Sud è stata del più bassa del 3,2% (€1.788); la regione Valle d'Aosta registra la spesa pro capite più elevata (2.221 euro), seguita dalla provincia autonoma di Bolzano (2.199 euro) e dal Molise (2.079 euro); la spesa per abitante risulta più contenuta nel Veneto (1.737 euro), Campania (1.748 euro) e Sicilia (1.755 euro) (ISTAT, 2014b).

I livelli di spesa per abitante sono dunque poco variabili tranne eccezioni, nonostante le condizioni socio-economiche siano alquanto diversificate per area geografica, e differenti siano i modelli di gestione dei sistemi sanitari regionali.

Nei sistemi sanitari, e quindi anche in quello italiano, c'è spazio per recuperare efficienza e quindi rallentare crescita della spesa o anche ridurla se necessario, come suggerirebbe l'attuale situazione di decrescita del PIL accompagnata da un debito pubblico in inarrestabile crescita.

La crisi economica iniziata nel 2008 ha rallentato o fermato tale crescita in molti paesi, compreso l'Italia, ma appena il ciclo economico tornerà positivo la corsa non potrà non riprendere il suo consueto cammino, salvo intervenire con progetti di riforma. La letteratura ha da tempo individuato i fattori che spiegano la crescita della spesa sanitaria (si veda, tra gli altri, Clements et al., 2012), così sintetizzabili:

1. Crescita del reddito
2. Invecchiamento della popolazione
3. Introduzione di nuove tecnologie
4. Effetto Baumol (malattia da costi)
5. Politiche sanitarie prive di efficaci criteri di economicità

Il contributo di ciascuno dei precedenti fattori è di difficile stima, ma alcuni studi hanno cercato di stimare il contributo di alcuni singoli fattori. Negli USA (per l'Italia non ci sono studi in proposito) lo sviluppo delle tecnologie spiega tra 1/3 e ½ della crescita delle spesa sanitaria,

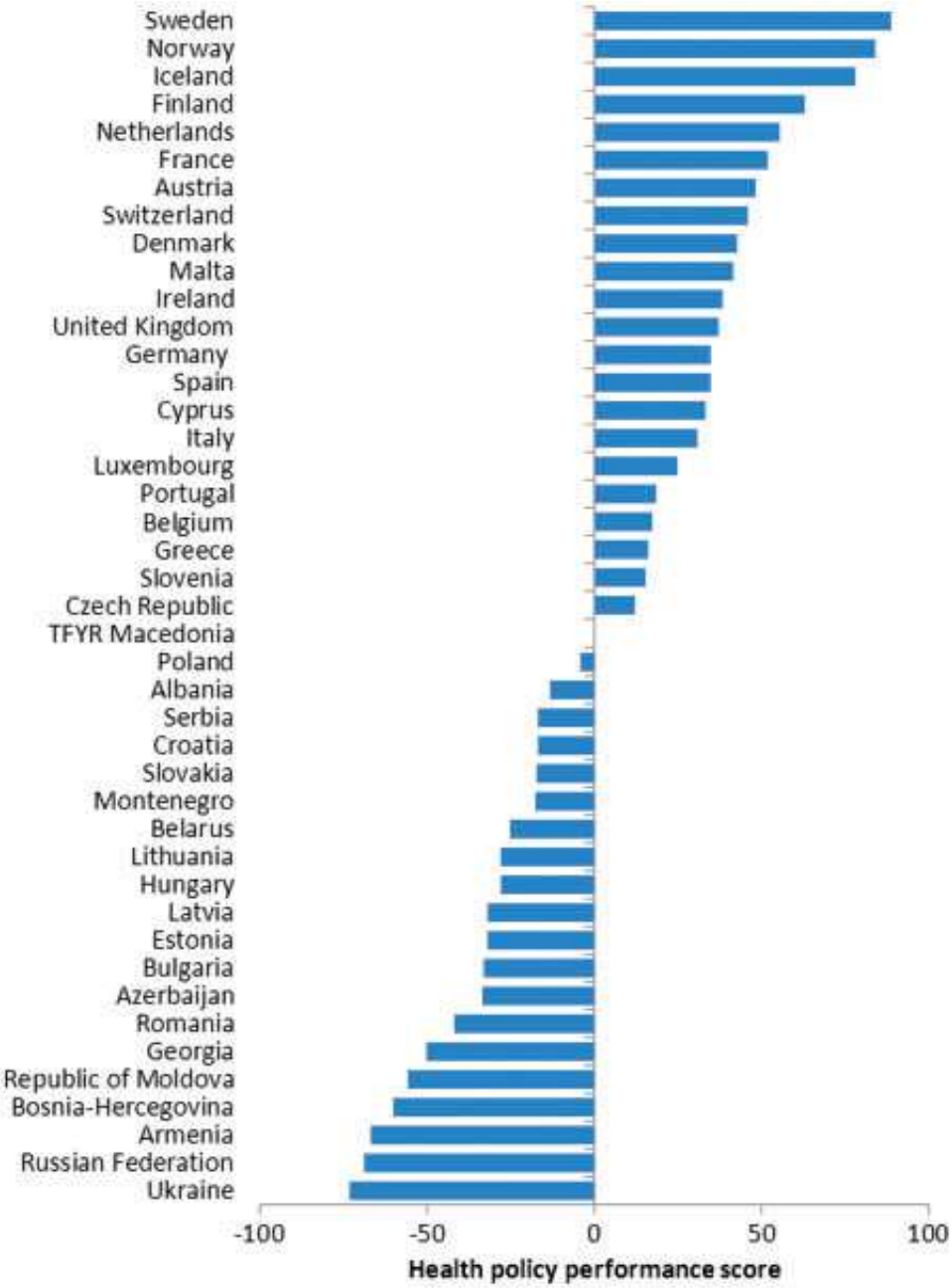
nel periodo 1960-2007 (Smith et al., 2009). Un fattore aggiuntivo è rappresentato dai fattori di rischio per gli individui: nelle economie avanzate si è passati dalle malattie trasmissibili (l'HIV rimane in tal senso una eccezione) a quelle non trasmissibili quali cause maggiori di morte e soprattutto di spesa (WHO, 2009). Tali malattie, ad esempio i tumori e le malattie cerebrovascolari, sono in larga misura causate dagli stili di vita (attività fisica, tabacco, alcool, dieta – si pensi all'obesità-). A differenza delle malattie trasmissibili, in parte eradicate con i vaccini e in gran parte risolvibili con terapie farmacologiche, quelle non trasmissibili sono o non curabili o croniche. Assorbono quindi molte risorse e per tutta la vita dei soggetti. A fronte di tale spesa poca attenzione è rivolta alla prevenzione di tali malattie, risparmiando così nel breve periodo, ma ipotecando la crescita della spesa nel medio e lungo periodo (la prevenzione infatti fa aumentare la spesa nel breve periodo, ma attraverso i benefici che genera porta ad una diminuzione dell'utilizzo di risorse nel lungo periodo- paradosso della prevenzione (Rose, 1981).

L'andamento futuro della spesa sanitaria in Italia dipenderà da molti fattori, principalmente da scelte di politica economica, ma si può prevedere che senza gli interventi proposti in questo articolo si avrà, anche se debole, l'inevitabile aumento della spesa quando, senza cambiamenti strutturali, il sistema sanitario richiederà per il suo normale funzionamento sempre più risorse, come si può sostenere richiamandosi alla malattia da costi illustrata nel paragrafo seguente.

Occorre ricordare che l'aumento della spesa sanitaria è dovuto maggiormente a fattori non demografici (nuove tecnologie) che a fattori demografici (invecchiamento della popolazione). Le proiezioni di crescita della spesa pubblica in sanità individuano nell'invecchiamento della popolazione la spiegazione di soltanto il 30% di talee crescita, mentre il rimanente contributo sarebbe dato dalla eccessiva crescita dei costi delle tecnologie (Clements et al., 2012).

Infine, non si può ignorare il livello qualitativo del sistema sanitario italiano. La qualità dei servizi forniti è fortemente variabile da regione a regione, come vedremo nel paragrafo 7, e la media del paese ha ampi spazi di miglioramento. Lo studio della WHO (2000), su dati del 1997, vedeva l'Italia al secondo posto, dietro la Francia. Questo risultato è stato riportato frequentemente fini ai nostri giorni dalla stampa nazionale. Tuttavia, studi condotto su dati più recenti (Mackenbach and McKee, 2013) presentano risultati significativamente diversi a oltre quindici anni di distanza. Ad esempio il punteggio ottenuto con l' health policy performance, applicato ai 53 paesi che compongono l'Europa, vedrebbe al primo posto la Svezia, seguita da altri 14 paesi (tra cui Olanda, Francia, UK, Germania, Spagna) e con l'Italia al sedicesimo posto (a parte il Lussemburgo, il Belgio e la Grecia, seguono tutti i paesi slavi e della ex-Unione Sovietica in Europa). (Figura 2).

Figura 2. Punteggio dell'health policy performance per paese.



Fonte: Mackenbach and McKee (2013).

In conclusione, il quadro economico della sanità in Italia rimane caratterizzato da:

1. Rallentamento della crescita della spesa frenata dalla crisi economica;
2. Sostanziale omogeneità di spesa fra le regioni
3. Forti differenze qualitative e quantitative dei servizi sanitari fra le regioni;
4. Aumento del numero di soggetti affetti da cronicità, riconducibile all'invecchiamento della popolazione;

5. Produttività decrescente della spesa sanitaria pubblica.
6. Livello di qualità inferiore a molti paesi avanzati

Come si vedrà nel prossimo paragrafo, questi due ultime caratteristiche, soprattutto immaginando che la crisi economica abbia termine tra qualche anno (prima o poi lo spera), vanno a comporre l'immagine di una sanità malata di costi.

3. Malattia da costi del sistema sanitario

Una differenza fondamentale fra la sanità, sia in Europa sia negli USA, rispetto agli altri settori dell'industria e dei servizi è la modalità che viene privilegiata nel tentare di risolvere il problema dell'aumento dei costi. Ad esempio, i produttori di automobili controllano i costi aumentando la produttività (diminuisce il numero di ore di lavoro necessarie per produrre un singolo autoveicolo), mentre nel sistema sanitario il controllo dei costi si attua attraverso limitazioni all'accesso ai servizi, introducendo ticket sui farmaci e sulle prestazioni di laboratorio, tagliando i prezzi dei farmaci, razionando la disponibilità di alcune prestazioni diagnostiche attraverso le code, introducendo complessi percorsi burocratici per la prescrizione di alcune terapie farmacologiche. E' come se l'industria automobilistica pensasse di ridurre i costi per unità di prodotto semplicemente riducendo il numero di vetture prodotte (o rendendo più complicato il processo di acquisto delle stesse)! E' pertanto di attualità la riflessione iniziata negli anni sessanta e approfondita agli inizi dei '90 dall'economista William Baumol sulla produttività dei servizi, tra i quali la sanità è il più rilevante (Baumol 1967; 1993; 1997; 2012; Baumol et al. 1985).

Il problema della spesa sanitaria, e ciò vale per qualsiasi comparto di spesa, non risiede tanto nel valore assoluto di tale spesa, quanto nel suo tasso di crescita. Le misure di contenimento della spesa sanitaria sono spesso intese quali strumenti per impedirne la crescita, e quasi mai si propongono misure per diminuirne l'ammontare totale annuo. In tal senso viene considerata una diminuzione il mantenimento dello stesso valore da un anno all'altro, considerando implicito un fisiologico seppure modesto incremento naturale. Un persistente e rilevante tasso di crescita, depurato dall'inflazione generale, è dunque il vero problema che si deve tenere presente quando si va ad affrontare la tematica della spesa sanitaria.

La scarsa produttività dei servizi, o di alcuni di essi, se confrontata con il resto dell'economia è dovuta ad un persistente progresso tecnologico nell'economia in generale che causa un aumento di output per ora di lavoro e in termini di salario reale, cioè in termini di crescita del reddito pro capite. Ma tali aumenti, se si verificano, sono sensibilmente inferiori in alcuni settori, come appunto la sanità.

Questo è ciò che si osserva in gran parte del settore dei servizi nelle economie avanzate:

1. un'analisi nei movimenti dei prezzi dei beni che compongono l'indice dei prezzi al consumo conferma che i prezzi dei servizi sarebbero cresciuti più velocemente dei prezzi dei beni;
2. poiché tale divergenza dei prezzi è persistente e appare indipendente dal livello dell'inflazione, non sembra influenzare il livello generale dei prezzi;
3. in generale, la distanza tra il tasso di crescita dei prezzi dei beni e quello dei servizi si spiega con una più rapida crescita della produttività nel settore dei beni.

Il fenomeno della malattia da costi, cioè la bassa crescita di produttività in termini relativi, si verifica particolarmente in quei settori dei servizi definiti da Baumol gli "stagnant services", tra i quali assieme alla sanità si trovano l'istruzione, i servizi legali, quelli postali, la polizia, le rappresentazioni artistiche – teatri, mostre, i ristoranti, e altri ancora.

Le ragioni di questa scarsa crescita di produttività sono:

1. le difficoltà di standardizzazione dei processi produttivi;
2. la correlazione, in molte circostanze, tra la qualità del servizio e l'intensità del lavoro impiegato.

Nel ragionamento utilizzato per spiegare il fenomeno, l'inflazione non gioca alcun ruolo: infatti la crescita dei salari in sanità, anche se talvolta al di sotto del tasso di inflazione, fa aumentare i costi dei servizi forniti in questo settore in quanto la quantità degli stessi per ora lavorata cresce meno dei salari, cioè il costo del lavoro non è compensato dall'aumento di produttività.

Ovviamente in sanità si sono avuti rilevanti aumenti nella qualità dei servizi forniti, ma la quantità di tempo medico e infermieristico per paziente non è diminuita significativamente, e forse, se si guarda alle malattie neurodegenerative, tale tempo tende ad aumentare (si pone qui il problema dell'intensità di assistenza per gli anziani, non solo medica e infermieristica ad alto livello, ma anche infermieristica non specializzata).

E' quindi la natura tecnologica dell'offerta di assistenza sanitaria a rendere ineluttabile la malattia da costi. Ben vengano dunque i farmaci e le apparecchiature che faranno risparmiare tempo di assistenza medica e infermieristica, ma si tratterà di vedere a quale costo.

A questo punto si pone il problema di come finanziare l'inevitabile crescita della spesa sanitaria.

E' soltanto la crescita della produttività dell'intera economia che può permettere il finanziamento di settori stagnanti. Quando l'economia cresce, la ricchezza della nazione aumenta e pertanto si tratta solo di aumentarne una quota per la sanità (per i settori stagnanti in generale). Secondo Baumol (1993), in tale situazione, il timore di non riuscire ad affrontare i costi crescenti della sanità sarebbe una illusione fiscale. Si immagini una proiezione della

quantità di beni e servizi e della rispettiva composizione della spesa. La composizione del PIL negli USA (1990) vedeva la sanità e l'istruzione coprire circa il 20%. Mantenendo costanti le ore di lavoro lavorate, grazie alla crescita della produttività si è stimato cosa accadrebbe alla quantità di beni e servizi prodotti dopo 50 anni. Il PIL reale risulterebbe comunque aumentato considerevolmente, di circa 3,5 volte: l'economia del paese avrebbe a disposizione più del triplo di beni e servizi, sia per la sanità, sia per l'istruzione, sia per tutti gli altri beni e servizi. Tuttavia, tale risultato si avrebbe a fronte di una composizione della spesa in cui, per triplicare la sanità (e per l'istruzione) in termini di spesa la sanità sarebbe passata dal 12% (1990) al 35% del PIL (2040). Ma questo sensibile aumento di spesa per la sanità (e per l'istruzione) avrebbe comunque fatto quasi quadruplicare il consumo per tutti gli altri beni, compresi quelli voluttuari! Pertanto si avrebbe più del triplo di tutti i beni, compresi i servizi della sanità, ma con una spesa sensibilmente più alta per la sanità rispetto al PIL.

Una crescita della spesa sanitaria che rimanga sostenuta anche dopo le correzioni apportate dalla crescita reale del reddito, evidentemente richiede una spiegazione. In tale senso molti economisti hanno potuto affermare che la sanità sarebbe un bene di lusso in quanto cresce più rapidamente al crescere delle ricchezza di un paese. Ma studi approfonditi hanno dimostrato che l'elasticità a livello di sistema è maggiore di uno, ma a livello delle famiglie è minore di uno: quindi occorre dimostrare perché tale crescita non sarebbe legata intuitivamente alla crescita del reddito del paese, ma ad altri fattori (Blomquist and Carter, 1997). Uno dei fattori maggiormente presi in considerazione è il progresso tecnologico. Esso agisce normalmente da freno all'aumento della crescita di spesa di un settore, in quanto dovrebbe ridurre i costi effettivi di produzione. Nel settore sanitario, la domanda di servizi è una domanda derivata, cioè il consumatore domanda "buona salute" e soltanto indirettamente servizi sanitari. Pertanto, se il progresso tecnologico migliora l'abilità di trasformare servizi sanitari in "buona salute", e non tanto riduce i costo delle risorse necessarie per produrre gli stessi servizi , allora la curva di domanda si sposta verso destra, permettendo alla spesa di crescere anche in presenza di un'elasticità minore di uno. Inoltre, il cambiamento tecnologico ha effetti sui costi che dipendono dalle caratteristiche istituzionali e dagli incentivi propri della ricerca medica, e dalla rapidità con cui le innovazioni vengono introdotte nella pratica medica; la tecnologia sarebbe comunque considerata una fattore di crescita dei costi in sanità (Hartwig, 2008; Baumgardner, 1991; Weisbrod, 1991; Feeny 1994). Si arriva così ad evidenziare due elementi esplicativi della crescita della spesa sanitaria: l'intensità di lavoro necessario per produrre l'assistenza e il ruolo di spinta alla crescita (creazione di nuova domanda) rivestito dall'innovazione tecnologica. Il lavoro è incomprimibile, la tecnologia non lo sostituisce, anzi, contribuisce alla creazione di nuova domanda, e quindi ad un aumento della spesa e dei costi unitari per servizio prodotto.

E' dunque facilmente prevedibile che se il prezzo relativo dell'assistenza sanitaria tende a crescere, e la domanda di tali servizi è inelastica, allora si assisterà ad una crescita della quota del PIL assorbita dalla spesa sanitaria.

Uno dei problemi rimasti aperti è la difficoltà di distinguere tra gli incrementi di qualità dell'assistenza e della bassa produttività relativa quali spiegazioni dell'aumento dei costi. Senza una buona misura dell'output è impossibile determinare in quale misura l'aumento della spesa sia determinato dall'aumento del prezzo e quanto di tale aumento sia originato dalla qualità e quanto dalla quantità dei servizi consumati. A tale proposito si veda qui il paragrafo 4 ove la soluzione è rappresentata dall'analisi costo-efficacia.

L'aumento di produttività nel tempo può essere ricondotto ai seguenti fattori:

1. crescita del capitale per addetto/lavoratore;
2. introduzione di tecnologie migliori;
3. incremento delle abilità/professionalità dei lavoratori;
4. miglioramento del management/gestione;
5. presenza di economie di scala al crescere della produzione.

Queste condizioni imprimono ancor maggiore spinta alla produttività se il settore è ad alta intensità di capitale, utilizza cioè una quota rilevante di macchine per la produzione degli output.

Per misurare queste diverse componenti della spesa occorre quindi un sistema di indicatori di performance. In tal senso si potrebbero trarre delle ispirazione da quando sta facendo l'NHS. La produttività del servizio sanitario britannico sarà infatti il fattore determinante per i prossimi 20 anni per quanto riguarda gli alti costi dell'assistenza e la qualità dei servizi (HM Treasury 2002). In particolare, si potranno ottenere guadagni di produttività attraverso quattro direttrici:

1. un miglior impiego della forza lavoro professionale;
2. un miglior utilizzo della Information Technology;
3. una maggiore capacità di autocura dei pazienti;
4. ed infine, un re-orientamento delle risorse del servizio sanitario nazionale verso trattamenti che si dimostrino costo-efficacia (si veda qui il successivo paragrafo 4)

Data l'importanza del fattore lavoro, si raccomanda, tra l'altro, di eliminare quelle barriere contrattuali che impedirebbero l'utilizzo di molti servizi elettivi per più di 40 ore alla settimana (tale situazione sembra simile a quella del nostro paese). Altri risparmi si otterrebbero in aree tipicamente causa di sprechi: le infezioni ospedaliere, le negligenze cliniche e gli errori medici.

L'esistenza di un differenziale di produttività tra la sanità e gli altri settori dell'economia non comporta necessariamente l'impossibilità di miglioramenti della produttività in tale settore. Il Rapporto Wanless (HM Treasury 2002) sostiene che la produttività sarebbe cresciuta di circa il

2% annuo negli ultimi 20 anni, e ciò in gran parte grazie al trasferimento di parte delle attività tradizionalmente effettuate nell'ospedale verso l'assistenza domiciliare o il day hospital e grazie anche alla riduzione delle degenza media dei ricoveri ospedalieri.

Ovviamente una accurate misurazione di eventuali incrementi della produttività (per quelli del passato rimane infatti scarsamente approfondita la metodologia) richiederà di discernere tra le riduzioni di costo unitario e gli elementi che invece aumentano la qualità delle prestazioni.

Tutto bene dunque? Non proprio: serviranno molti sforzi e nuovi meccanismi di finanziamento per recuperare le risorse crescenti necessarie alla sanità, e in tal senso la composizione tra finanziamento pubblico e private sarà cruciale al fine di non trovarsi di fronte alla prospettiva già ricordata da Galbraith di ricchezza privata e squallore pubblico.

Il sistema sanitario soffre quindi per sua natura di una produttività che cresce meno rapidamente di gran parte degli altri settori dell'economia e necessità di razionalizzare la spesa, forse con alcuni decrementi nel breve periodo, certamente con misure che ne rallentino la sua endemica crescita. Nel paragrafo seguente illustro lo strumento che potrebbe almeno in parte dare una risposta a questi problemi, portando ad una allocazione delle risorse in sanità più efficiente e stimolandone al contempo la produttività: l'analisi costo-efficacia.

4. Costo-efficacia e valore della spesa sanitaria

Quando si offrono servizi sanitari alla popolazione si cerca di applicare una semplice equazione. Da un lato dell'uguale abbiamo gli esiti sulla salute (ad esempio anni di vita guadagnati, la qualità della vita), e dall'altro una serie di variabili tra cui costi, organizzazione-istituzione, conoscenze mediche, tecnologie, ecc. In sanità qualsiasi strada si percorre porta ai costi. Se la produttività in sanità cresce meno che nel resto dell'economia, la spesa tenderà a prendersi una quota crescente del PIL, ma se non viene aumentata l'efficienza (e quindi la produttività) rimarranno due alternative: la prima, una riduzione dei servizi ai cittadini, la seconda, un deficit di spesa da finanziare prendendo risorse da altri settori pubblici (oppure aumentare il debito pubblico, ma questa non appare la terza soluzione possibile per l'Italia).

Come vedremo nel paragrafo 5, si distingue fra l'efficienza produttiva, ad esempio di un ospedale, quando la si vada a misurare rapportando gli input agli output, e l'uso efficiente delle risorse. Nel primo caso si assume che gli output dell'ospedale, cioè le varie tipologie di servizi, siano utili ai pazienti, o meglio, siano allocati in modo efficace: l'ospedale produce il servizio della TAC in modo efficiente e non si indaga se quel determinato paziente avesse o meno bisogno della TAC (ad esempio per quella data patologia poteva essere non necessario effettuare tale indagine diagnostica); lo stesso può valere per l'impiego di un trattamento chemioterapico. Nel secondo caso, l'uso efficiente delle risorse, si tratta di verificare se

effettivamente una data prestazione abbia prodotto, o produrrebbe almeno teoricamente, i benefici che da essa ci si attende. In altre parole si tratta di valutare il rapporto tra il costo sostenuto o da sostenere (rapporto fra le risorse, input, e l'output inteso come outcome, cioè risultato per il paziente) e l'efficacia. L'economia sanitaria affronta questo tema con l'analisi costo-efficacia.

Per effettuare la valutazione economica di una tecnologia sanitaria (ogni scelta di allocazione delle risorse in sanità può essere riconducibile ad una tecnologia: farmaci, dispositivi, diagnostica, ITC, schemi organizzativi, dimensioni e localizzazione di un ospedale, campagne di screening, di informazione, ecc.) si utilizza in particolare l'analisi costo-efficacia (per l'approfondimento delle tecniche di valutazione economica si rimanda, tra gli altri, a Gray and Briggs, 2011).

L'analisi costo-efficacia richiede l'applicazione dell'analisi incrementale. Se confrontiamo due tecnologie, per stabilire quale debba essere preferita sotto il profilo economico, è necessario verificare quale sia quella che permette di aggiungere un'unità di efficacia facendo sopportare un costo aggiuntivo inferiore. In altre parole, prendendo come riferimento la sopravvivenza, si tratta di stimare l'indicatore maggiormente utilizzato e cioè il QALY (Quality Adjusted Life Year). Attraverso particolari tecniche si attribuisce un livello di utilità (o, in altri termini, di preferibilità) di una specifica condizione di salute. Poiché tale livello è compreso tra 0 (equivalente alla condizione peggiore di salute, per alcuni la morte per altri uno stato di coma irreversibile) e 1, corrispondente allo stato di buona salute, moltiplicandolo per la durata di vita si ottiene la durata della vita ponderata per la qualità della stessa[1]. Per illustrare come la valutazione economica in sanità possa rappresentare un metodo per allocare efficientemente le risorse, si può pensare al valore economico del tempo. La sanità consuma tempo (tempo degli operatori, dei medici, infermieri; tempo dei pazienti; tempo dei caregiver). Pertanto un'ora impiegata da un paziente che lavora si somma all'ora persa dall'operatore sanitario. Generalmente poi si somma altro tempo speso per recarsi dal medico, nell'attesa, per tornare a casa o al lavoro. Ipotizziamo il caso in cui per 30 minuti di visita medica (o di altra prestazione) sia stato impiegato il seguente tempo:

a) Medico: 30 minuti
b) Infermiere: 5 minuti
c) Paziente 120 minuti
d) Totale 155 minuti.

Assumiamo anche che il paziente appartenga alla popolazione attiva e sia occupato. In termini di produttività marginale, se 0,5 ore del medico hanno una produttività marginale superiore o al massimo uguale a quella di 2 ore del paziente, avremo un'allocazione efficiente

delle risorse, altrimenti no. Se assumiamo che la produttività marginale venga misurata con la retribuzione oraria, dovremmo avere, nel nostro esempio, la retribuzione oraria del medico equivalente ad almeno 4 volte quella del paziente. Evidentemente questo sarà vero solamente per una quota di lavoratori occupati in professione a basso/bassissimo reddito (il reddito lordo di un medico SSN è pari a circa €120.000, mentre la retribuzione lorda media per unità di lavoro dipendente è di circa €29.000 (Banca d'Italia, 2014) Ciò che si può obiettare a queste considerazione è che la produttività del medico vada oltre il reddito prodotto, e che ad esso si debba aggiungere la quantità di salute prodotta con la sua visita. Si potrebbe così pervenire ad una misurazione della produttività del medico trasformandola in QALYs. Una volta stabilito quanto in termini di euro la società è disposta a pagare per un QALY, si ottiene il valore monetario di 30 minuti di lavoro del medico. Già oggi, almeno in alcuni paesi, questo valore è stato determinato. Ad esempio in UK un QALY equivale al massimo a £30.000 (circa €42.000). Dal punto di vista dell'efficienza , poiché il reddito di un medico è sensibilmente più alto di €42.000, per essere efficiente deve produrre numerosi QALY in un anno (qui si può calcolare il numero minimo di QALY per giustificare il suo reddito). Occorre però aggiungere che non è solo la visita del medico a produrre QALY, ma anche, e talvolta soprattutto, l'utilizzo di altre risorse quali i farmaci, il ricovero, la diagnostica, l'assistenza infermieristica, ecc. Il calcolo risulta forse impossibile, se non per casi di specifiche terapie: ad esempio si potrebbe calcolare per specifici pazienti oncologici, con protocolli standard). Ricorrere alla valutazione economica diviene non solo utile per confrontare il costo/QALY, ma indispensabile in un mercato, quello sanitario, dove la domanda e l'offerta non si incontrano attraverso il meccanismo del prezzo. In infatti sanità si assiste al fallimento del mercato, uno dei pochi capisaldi per chi studia l'economia sanitaria (Arrow, 1963), il cui effetto principale è la mancanza dei prezzi come regolatori della domanda e dell'offerta. Si pone quindi il problema di quale strada percorrere per decidere se il consumo di un farmaco sia preferibile a quello di un altro, o un ospedale debba essere costruito in una area piuttosto che in un'altra. La strada prevalentemente percorsa fino ad oggi in Italia, e quasi ovunque nel mondo, è stata quella della spesa storica e della novità: poiché in una Regione si è ereditato un dato patrimonio di strutture, e poiché si considerano le tecnologie nuove migliori delle esistenti, si continua a finanziare nello stesso modo ogni regione e a pagare per l'introduzione di tecnologie nuove, quasi sempre senza confrontarle con le esistenti (vedremo alla fine di questo paragrafo come la situazione sia particolarmente difettosa per l'Italia rispetto ad altri paesi). Qui propongo di adottare, nel più ampio modo possibile, la valutazione economica utilizzando l'analisi costo-efficacia, poiché ritengo sia l'unico modo per allocare le risorse in modo efficiente, di estrarre cioè il massimo del valore da ogni singolo euro di spesa sanitaria. Alcuni esempi chiariscono il senso della proposta.

Recentemente è scoppiato un dibattito negli USA, paese dove fino ad oggi la spesa per i farmaci era considerata priva di limiti (il prezzo dei farmaci è liberamente determinato dall'impresa farmaceutica), sui prezzi crescenti dei farmaci antitumorali. I prezzi dei farmaci in oncologia sono eccessivamente elevati in rapporto a ciò che producono come risultato, cioè l'allungamento della sopravvivenza dei pazienti (Kantarjian et al., 2013):

1. dei 12 farmaci anti tumorali approvati negli USA nel 2012 solamente 3 prolungavano la sopravvivenza, e di questi, due per meno di 2 mesi;
2. solamente nel tumore del rene, sono state approvate 7 terapie tra il 2005 e il 2012: sorafenib (2005), sunitinib (2006), temsirolimus (2007), everolimus (2009), bevacizumab (con interferone alfa; 2009), pazopanib (2009), and axitinib (2012). Tutti questi farmaci erano associate a miglioramenti della PFS[2] mediana (range, 3 – 6 mesi), con minimo o addirittura assente impatto sulla sopravvivenza.

Secondo gli oncologi autori dell'articolo, un nuovo farmaco per essere approvato e quindi utilizzato dovrebbe almeno promettere più di 6 mesi di sopravvivenza. La realtà è che non pochi farmaci antitumorali recentemente approvati migliorano la PFS appena da 3 a 5 mesi (Ellis et al., 2014).

Per sostenere i costi di tecnologie, o più semplicemente per decidere sull'opportunità di una vaccinazione o di una tecnica chirurgica, bisogna mettere a confronto le alternative possibili e far quindi emergere quella che a parità di costi produce il maggiore numero di anni salvati, oppure, dato un obiettivo di anni di vita da guadagnare per una comunità, quella che li offe al minor costo.

Non vi è dubbio che gran parte del reddito prodotto e goduto da ciascun individuo sia fortemente determinato dalla sue condizioni di salute, al punto di poter dire, come fece l'economista Irving Fisher agli inizi del secolo scorso, che la vera "ricchezza delle nazioni" è la salute degli individui che la compongono (citato da Nordhaus, 2005) In una certa quota la salute è già incorporata nella misura convenzionalmente utilizzata per la ricchezza di un paese, il Prodotto Interno Lordo, considerando l'elevata percentuale che di tale ricchezza è spesa per l'assistenza sanitaria. Tuttavia ciò è limitativo, in quanto con la spesa si misura il numero di prestazioni, di farmaci consumati, di ricoveri ospedalieri, ma non il loro impatto sul miglioramento dello stato di salute dei cittadini.

Tra gli altri sistemi per attribuire un valore alla salute, e quindi alla vita, ormai da tempo nell'ambito della valutazione economica in sanità nel suo insieme si utilizzano valori monetari per anno di vita guadagnato grazie a determinati interventi sanitari (siano essi una terapia farmacologica, una campagna di prevenzione oppure una procedura chirurgica). Attualmente in letteratura si ritrova con una certa frequenza il valore di circa €50.000 per anno di vita, simile al

valore proposto dal NICE nelle sue linee guida quale valore massimo per QALY (anno di vita pesato per la qualità della salute) di £30.000 (NICE, 2013).

Negli USA, durante il 20° secolo la durata media della vita è cresciuta di circa 30 anni, ed è attraverso la misurazione dell'impatto di questo fenomeno sul benessere sociale che è stato possibile stimare, appunto, il valore dei miglioramenti di salute (Murphy and Topel, 2006). Le tecniche di analisi sono particolarmente sofisticate e si fondano sulla Willingness to Pay (WTP), applicata però indirettamente sui valori aggregati dell'intera popolazione ed economia americane nel periodo considerato. Non necessariamente si ricorre al reddito disponibile dei soggetti, ma su quanto gli individui guadagnano (trasformato in dollari) dal godimento di poter consumare un addizionale anno di vita (vi sono poi misurazioni indirette della WTP, quali i fattori di rischio nel lavoro scelto, dove gli individui hanno scelto di abitare, oppure se assumono alcuni comportamenti rischiosi come il fumo).

Il valore dei guadagni economici dovuti all'aumentata durata della vita è risultato enorme. I guadagni in durata della vita pro-capite nel trentennio 1970-2000 corrisponderebbero ad oltre US$1,2 milioni. Pertanto la longevità accresciuta avrebbe contribuito alla ricchezza della nazione USA per circa US$3.200 miliardi ogni anno. Il contributo dei progressi nella cura delle malattie cardiovascolari avrebbe contribuito per circa la metà. Sulla base di tali stime, è stato possibile valutare il contributo economico di singoli miglioramenti in differenti patologie. Ad esempio, una riduzione permanente dell'1% della mortalità per tumori avrebbe, calcolato al valore presente, un impatto sulle generazioni future di circa US$500 miliardi all'anno.

Come si vede sono cifre ben superiori a €50.000 per anno di vita, anche se un valore per i diversi paesi europei potrebbe risultare differente in quanto l'analisi dipende da alcune variabili, e più precisamente cresce in relazione alla dimensione della popolazione, al reddito medio dell'intera vita lavorativa, e ai livelli di salute preesistenti. Queste stime permettono di trarre alcune conclusioni. La prima, è che si potrebbe valutare l'opportunità di investire risorse in specifici programmi sanitari confrontando tale spesa con la stima del valore atteso dei suoi benefici così calcolati. Ad esempio, una spesa di US$100 milioni in ricerca nella lotta ai tumori sarebbe giustificata anche se avesse solo il 20% di probabilità di ottenere la riduzione della mortalità per tumori dell'1%, in quanto rappresenta appunto il 20% dei US$500 che tale vantaggio rappresenta per la società.

La seconda è che la struttura demografica del paese è cruciale nel determinare il peso di tali guadagni in relazioni alle differenti patologie. Ad esempio, sempre negli USA, la riduzione della mortalità per le malattie cardiovascolari nei trent'anni in studio vale circa US$300.000 per un maschio di 50 anni, in quanto con questo beneficio raggiunge circa i ¾ dell'intero incremento di durata della sua vita. Anche le differenze fra maschi e femmine sono rilevanti in

termini economici. Come si vede nella Figura 1, il guadagno più alto si è avuto per i soggetti con età compresa fra i 40 e i 60 anni, con un valore cumulato per i 30 anni di US$460.000 (età 50 anni) grazie ad un guadagno di circa 5 anni di vita, cioè circa il doppio di quanto verificatosi per le femmine (2,8 anni), il cui valore è dunque in proporzione di "soli" US$130.000. In sostanza i US$460.000 rappresentano quanto un uomo di 50 anni sarebbe disposto a pagare oggi per avere una speranza di vita del 2000 invece di una speranza di vita del 1970. Su questi valori sarebbe opportuno riflettere per decidere come allocare le risorse, soprattutto quelle del bilancio pubblico, tra differenti voci di spesa, e prendere in considerazione l'opportunità di aumentare la quota per la spesa sanitaria.

Nello studio di Hall e Jones (Hall and Jones, 2004), ad esempio, il costo aggiuntivo in termini di spesa sanitaria negli USA per guadagnare un anno di vita nel caso di un individuo di 40 anni è circa US$52.000, che diventano 66.000 ad 70 anni e 123.000 ad 80. Proiettando tali risultati al 2050, gli autori sostengono che per massimizzare il benessere sociale degli USA, il paese dovrebbe essere preparato a spendere per l'assistenza sanitaria il 30% o più del PIL.

Sulla base delle indicazioni qui riportate, ancorché stime risultanti da modelli economici, appare rilevante il peso della spesa sanitaria sulla salute e la durata della vita e soprattutto sembra ancor più rilevante l'apporto economico che la salute e la longevità danno all'economia di un paese. Se ciò può portare a riconsiderare le politiche sanitarie, trasformandole da politiche volte alla riduzione anziché all'aumento della spesa, bisogna però aggiungere come il contenimento della spesa e il finanziamenti, ad esempio della ricerca siano obiettivi complementari. Nel senso cioè che se il contenimento dei costi è ottenuto attraverso una spesa costo-efficace, il valore dell'impiego delle nuove tecnologie e quindi della ricerca è destinato a crescere fortemente, poiché, come si è qui visto, il valore economico di un aumento percentuale della durata di vita è enorme per un paese. In definitiva è auspicabile orientarsi ad un aumento di spesa combinato con una allocazione delle risorse deciso sulla base dei criteri di costo-efficacia.

Per determinare il prezzo di una tecnologia non si potrà certamente ricorrere né alla disponibilità a pagare del consumatore, né alla pubblicità, né ad altro ancora. Prima della nascita di agenzie di HTA (Health Technology Assessment) (esempio il NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence), e a tutt'oggi nei paesi, come l'Italia, in cui tali agenzie non esistono o solo parzialmente fanno il loro lavoro, il prezzo è determinato da consuetudini, confronti fra paesi, negoziazioni fra imprese e governo. Solamente la valutazione di costo-efficacia permette di sostituirsi al meccanismo di mercato quando non funziona: stabilito un dato livello soglia di prezzo/costo, tale prezzo dovrà produrre un anno di vita oppure un QALY.

La valutazione economica delle tecnologie rientra nell'Health Technology Assessment (HTA), definita come "a multidisciplinary field of policy analysis, studying the medical, economic, social and ethical implications of development, diffusion and use of health technology" (INAHTA, 2008). Sviluppatasi nei paesi anglosassoni pochi decenni fa, ha fatto la sua comparsa anche in Italia e nei principali paesi europei, e secondo alcuni non è destinata a passare di moda in quanto avrebbero solide fondamenta (Stevens et al., 2003). Per l'Italia questa potrebbe apparire una previsione un po' ottimistica vista la tendenza ad entusiasmarsi per la novità straniera per poi abbandonarla senza averla mai veramente applicata. Tuttavia la speranza è d'obbligo data la rilevanza del tema. In particolare, guardando all'HTA almeno dal punto di vista economico, essa ci obbliga a stimare le conseguenza dello sviluppo di una tecnologia nel lungo periodo, se cioè farà aumentare o diminuire i costi per il sistema sanitario, crescere o ridurre la domanda di servizi, in quale misura cambierà lo stato di salute delle popolazioni interessate. Soprattutto permette di poter scegliere in maniera razionale tra tecnologie alternative.

L'HTA è una tecnica multidisciplinare, ma è anche un processo in cui vanno coinvolti diversi soggetti in tempi definiti. A tale proposito suggerisco alcuni aspetti da prendere in considerazione.

1. L'HTA non deve essere applicata come un esercizio che viene fatto "una volta per tutte", anzi, deve essere ripetuta regolarmente sulla stessa tecnologia a distanza di tempo. Il confronto con le evidenze ex ante e quelle ex post dovrebbe fornire elementi per rivedere, ad esempio, lo status di rimborso di un farmaco o il suo prezzo, l'inclusione e l'esclusione di una tecnologia dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), il proseguimento o l'interruzione di una campagna di screening o di vaccinazioni.
2. Dal punto precedente deriva la necessità di collegare l'HTA alle diverse procedure di copertura e rimborso. Questo richiede un coinvolgimento di tutti gli attori del sistema, dal produttore all'utilizzatore, dal medico al paziente, dal decisore a livello nazionale a quelli regionale e locale.
3. L'innovazione è realmente produttiva nel sistema sanitario solamente quando diventa utilizzazione, ma per questo, come ricorda lo studio per il futuro della sanità in Canada (Morgan and Hurley 2002), la nuova tecnologia va introdotta con prudenza, e nello stesso tempo i decisori della politica sanitaria debbono influenzare e incentivare tutti i potenziali fruitori della stessa, talvolta milioni di soggetti. Infatti l'allocazione efficiente delle risorse dipende fortemente dall'informazione e dagli incentivi, adeguatamente forniti a livello del singolo utilizzatore.

4. L'attività di HTA è complessa e richiede multidisciplinarietà: bisognerà formare del personale competente, sia per produrre le valutazioni sia per comprenderle e conseguentemente decidere.
5. La medicina è forse il campo della ricerca che per primo è arrivato ai massimi livelli di globalizzazione: fondamentale è dunque la collaborazione fra i paesi attraverso lo scambio di informazione e di formazione tra agenzie e esperti.
6. Si tratta di individuare il percorso decisionale inserito nel contesto del vincolo di risorse. In tal senso l'ICER (il rapporto costo-efficacia incrementale) rimane un indicatore valido, ma insufficiente, poiché rischia di alimentare un aumento di spesa ingiustificato (si vedano a tale proposito i lavori di Birch and Gafni, 1992, 1993, Gafni and Birch 2003, Sendi et al. 2002). Stabilire che un dato ammontare di euro è il valore accettabile per un incremento di spesa a fronte di un incremento unitario di efficacia deve poi rispondere alla compatibilità del vincolo di bilancio. Una modesta proposta è quella di collegare lo studio di costo-efficacia con quello di budget impact, indicando eventuali settori ove recuperare le risorse aggiuntive, o nel caso migliore, mostrando ove il recupero avviene attraverso i risparmi ottenibili.

Oltre questi punti generali può essere utile richiamare alcune delle principali raccomandazioni, adattandole ad una generica agenzia di HTA, che un comitato dell'OMS ha stilato valutando l'attività del NICE nei suoi primi anni (Hill et al. 2003).

1. Ridurre le eventuali duplicazioni: fare cioè in modo che le valutazioni siano coordinate e presentate da un singolo organismo che le raccoglie e le presenta con criteri uniformi concordati anche con il produttore della tecnologia.
2. Aumentare lo scambio di informazioni tra coloro che si occupano della valutazione tecnica e coloro che elaborano le indicazioni/raccomandazioni, durante tutti gli stadi del processo.
3. Chiarire che l'appartenenza al comitato per la valutazione deve basarsi sulle conoscenze e le competenze piuttosto che sulla rappresentanza di interessi(elemento particolarmente critico per un comitato nel nostro paese). In tal senso l'industria può giocare il suo ruolo di rappresentanza nell'iter di consultazione e non in quello decisionale.
4. Infine, sviluppare e rendere chiari i criteri che guidano il difficile rapporto fra i valori sociali, etici e quelli derivanti dalle evidenze scientifiche.

Drummond et al. (2008) hanno sviluppato una lista di principi generali che dovrebbero guidare l'HTA, sia a livello locale sia a livello nazionale. A parte le considerazioni relative agli aspetti metodologici, il principio forse più interessante è quello del collegamento tra i risultati

della HTA e il processo decisionale successivo (di rimborso, di utilizzo, di raccomandazione). La distinzione fra questi due momenti deve essere netta, e sebbene possa variare in relazione alle differenze istituzionali di ciascun paese, rimane fondamentale la trasparenza con la quelle le decisioni vengono prese. Bene sarebbe diffondere ampiamente i risultati delle HTA, renderli pubblici, e dichiarare in maniera trasparente i criteri utilizzati. A tale proposito appare evidente l'importanza di dichiarare eventuali valori soglia (come le £30.000 del NICE). Su questo punto sarebbe opportuno sviluppare maggiormente il dibattito, sia alla luce dei ripetuti superamenti della soglia (ad esempio per l'imatinib nel trattamento della leucemia mieloide cronica è stato accettato il valore di £37.000, e di £47.000 nella fase di crisi della malattia), sia rispetto a quanto ricordato prima, cioè alla compatibilità con il vincolo di bilancio.

Come ricorda Jonsson (Jonsson, 2013; Jonsson et al., 2014), l'oncologia è un'area dove si può applicare con successo la valutazione delle tecnologie, ma può e deve essere fatto in tutte le aree terapeutiche e per tutti i servizi quotidianamente offerti ai cittadini. Infine, fondamentale è l'indipendenza dell'agenzia di HTA: in gran parte dei paesi dove tali agenzie esistono, la responsabilità di applicare le raccomandazioni scaturite dalla valutazione e le eventuali decisioni di rimborso o utilizzo della tecnologia non compete all'agenzia di HTA. Diversamente apparirebbe facilmente il conflitto di interessi per il soggetto che si trovasse allo stesso tempo a dover decidere di una spesa (allocazione di risorse) valutando prima quanto opportuna sia tecnicamente la tecnologia che andrebbe con tale decisione finanziata.

In altri paesi l'HTA è correntemente impiegata da agenzie nazionali: In Inghilterra e Galles il NICE ricorre alla HTA per i farmaci, i dispositivi e le procedure chirurgiche, in Germania l'IQWiG (Istituto per la qualità e l'efficienza in sanità) produce HTA su richiesta del comitato federale per il prezzo e il rimborso; analogamente in Svezia l'LFN (Pharmaceutical Benefits Board) utilizza l'HTA per il rimborso dei farmaci e per altre decisioni di allocazione delle risorse.

In Italia ancora non esiste un'agenzia con la finalità di HTA, ma solamente alcune agenzie regionali che fra le altre attività si trovano a produrre sporadicamente alcune valutazione riconducibili almeno in parte all'HTA. E' quindi indispensabile, nel quadro della trasformazione del sistema sanitario proposto in questo articolo, l'istituzione di un'agenzia in grado di operare le scelte pubbliche in sanità e di renderle la guida per l'allocazione delle risorse. Anche negli USA, paese con la più grande spesa sanitaria al mondo in rapporto al PIL (nel 2013 ha raggiunto il 18% del PIL), si diffonde l'esigenza di applicare l'analisi costo-efficacia per indurre i fornitori inefficienti di prestazioni sanitarie ad utilizzare tecnologie costo-efficaci (Weinstein and Skinner, 2010; Mailankody and Prasad, 2014).

5. Aumento dell'efficienza e il guadagno di anni di vita

Un modo per limitare i costi sanitari, o comunque per frenarne la crescita in confronto con altri settori, consiste nell'adozione di misure per ridurre gli errori in medicina. Lo schema è il seguente: la riduzione degli errori porta ad un aumento della qualità e degli anni di vita dei pazienti, ad una riduzione dei costi, ad un aumento della produttività. L'ambito nel quale sono più evidenti e frequenti gli errori è l'ospedale. L'ospedale è un impresa particolarmente complessa, ma spesso non è gestita secondo criteri manageriali, tanto che , in particolare in Italia, raramente i costi per fattore di produzione sono noti e quindi il costo reale di ciascuna prestazione rimane ignoto o stimato approssimativamente. Gli errori medici, un fenomeno comune a tutti i sistemi sanitari, sono, ad esempio, la prescrizione di un farmaco al paziente sbagliato, errate diagnosi sulla base di errata interpretazione dei referti, interventi chirurgici non eseguiti secondo linee guida, scambi di cartelle cliniche con successive terapie inutili o dannose, errori nel prevenire danni ai pazienti. E proprio il danno generato dagli errori medici è enorme. Negli USA si stimano 4,5 infezioni ospedaliere ogni 100 ricoveri che nel 2002 hanno provocato 99.000 decessi (Association of Schools of Public Health, 2007). Assumendo la stessa proporzione per l'Italia, si avrebbero circa 20.000 decessi all'anno, evitabili con una maggiore efficienza negli ospedali (una delle cause primarie delle infezioni ospedaliere è che gli operatori, medici e infermieri, si lavano poco le mani).Si stima che negli USA si verifichino ogni anno circa 3 milioni di eventi avversi, cioè prescrizioni errate ogni anno negli ospedali (Yong and Olsen, 2010). Sempre negli USA si sono stimati in 195.000 i morti all'anno causati da errori medici (HealthGrades, 2004), è come se ogni giorno dell'anno precipitassero due grandi jet di linea (le compagnie aeree hanno migliorato enormemente la sicurezza dei passeggeri, lo stesso non si è fatto in sanità, Phansalkar et al., 2010).

Non solo la riduzione degli errori può far risparmiare, ma anche un aumento delle attività di prevenzione a basso costo. Attraverso il cambiamento degli stili di vita possibile per mezzo di attività di educazione da parte dei medici nei confronti dei pazienti, si potrebbe ridurre l'incidenza dell'obesità, della demenza, del diabete e delle malattie cardiovascolari. Si è stimato che tale attività nei soli USA porterebbe ad un risparmio di spesa sanitaria di circa 2.000 miliardi di dollari nel 2023 (DeVol and Bedroussian, 2007). Due studi del 2010 (Pletcher et al., 2010; Berenson and Srinivasan, 2010) hanno dimostrato che un programma intensivo di cambiamento dello stile di vita porterebbe ad una riduzione dei costi del 20% per i pazienti che lo seguono rispetto agli altri diabetici: quindi migliore esito sanitario e riduzione della spesa.

Anche ridurre l'eccessivo ricorso alla diagnostica comporta una riduzione di costi, oltre che di disagi per i pazienti. Il caso del test per l'antigene specifico della prostata (PSA) è un buon

esempio in tal senso. Pensando di diagnosticare precocemente il tumore maligno alla prostata è invalso l'uso, accentuato fino a qualche anno fa, di sottoporre i maschi a partire dai cinquanta anni di età a questo esame di laboratorio. Tuttavia si è dimostrato che tale test è inaffidabile (più dell'80% dei soggetti con valori elevati di PSA non ha il tumore), ma induce un elevato numero di inutili biopsie, con elevati sprechi di spesa sanitaria e rischi per i pazienti (Shao et al., 2010). In generale, una più attenta valutazione delle tecnologie sanitarie conduce a riduzione di sprechi, grazie al cambiamento della pratica medica. Ad esempio fino ad alcuni anni fa si utilizzava un farmaco, l'aprotinina, come anticoagulante nei pazienti sottoposti all'intervento di bypass coronarico. Si scoprì però che tale pratica comportava una maggiore mortalità rispetto all'uso di anticoagulanti alternativi meno costosi (Schneeweiss et al., 2008). Il cambiamento della pratica medica ha prodotto risparmi sia di costi sia di vite umane.

Fino a qualche anno fa era pratica diffusa impiantare il pacemaker attivato su un ventricolo, e ciò ha portato a maggiori benefici per i pazienti solamente nel ventricolo destro del cuore. Successivamente si è scoperto che i pazienti potevano subire gravi conseguenze, con costi aggiuntivi per ulteriori interventi. Nuovi studi hanno stabilito che il pacemaker andava attivato per entrambi i ventricoli, il destro e il sinistro, con benefici per i pazienti e risparmi economici (Yu et al., 2009).

Fino a dieci anni fa, si prescrivevano estrogeni alle donne in menopausa per prevenire le malattie cardiovascolari e l'osteoporosi. Si è però visto nel tempo che tale trattamento faceva aumentare l'incidenza di malattie coronariche edi ictus: eliminando la terapia si sono salvate vite e ridotti i costi (Rossouw et al., 2002).

Uno studio del 2010 ha fatto ripensare l'eccessivo ricorso della diagnostica attraverso la TAC angiografica (CT) in pazienti con dolori al petto: in un terzo dei pazienti non si rilevavano malattie ostruttive cardiache, mentre aumentava il rischio di tumori a causa delle radiazioni ricevute (Patel et al., 2010). In molti casi si poteva quindi utilizzare un'arteriogramma coronarico standard risparmiando costi e riducendo i rischi (Hendee et al., 2010).

L'avvento di una nuova tecnologia come lo stent coronarico (dispositivo che viene inserito in un tratto di un'aorta, per mantenere dilatato il vaso impedendo che la su restrizione possa provocare un ischemia) ha rivoluzionato gli interventi cardiochirurgici per i pazienti con disturbi coronarici. Ci sono però voluti alcuni anni per scoprire che lo stent, in pazienti con malattia coronarica stabile, non è più efficace delle terapia medica nel prevenire la morte, e la terapia medica è sensibilmente più economica (oltre a non avere il rischio dell'intervento chirurgico) (Feldman et al., 2006; Hochman et al., 2006; Booden et al., 2007; Weintraub et al., 2008).

Un'altra area di risparmio è la prevenzione terziaria. Per prevenzione primaria si intende tutto ciò che viene messo in atto quando il soggetto non è ammalato, e si interviene quindi su comportamenti che possono accrescere il rischio di ammalarsi, ad esempio smettere di fumare; la prevenzione secondaria è invece rappresentata da attività volte ad impedire che un condizione cronica porti ad un evento acuto, ad esempio tenendo sotto controllo il colesterolo in un paziente con valori elevati per evitare l'ictus La prevenzione terziaria è tutto ciò che permette di tenere le malattie acute sotto controllo, ad esempio evitando la re-ospedalizzazione del paziente ricoverato un mese prima per il medesimo problema (in molti casi il secondo ricovero avviene perché il primo non è stato gestito in modo appropriato).

Quindi per la prevenzione terziaria si tratta di migliorare l'efficienza, l'appropriatezza, mentre per la primaria e la secondaria si tratta di valutare con il criterio del costo-efficacia quali siano le strategie-tecnologie migliori da mettere in campo.

In sintesi, vi sono vari modi per ridurre la spesa o, in altri termini, diminuire gli sprechi liberando risorse per aumentare l'efficienza:

1. minimizzare gli errori medici;
2. aumentare i trattamenti di prevenzione
3. diffondere stili di vita sani
4. eliminare pratiche mediche (farmaci, test diagnostici, procedure chirurgiche) inappropriate o scarsamente efficaci, e in alcuni casi dannose.

Queste misure renderanno più efficiente la sanità e permetteranno anche di ridurre la spesa nel breve periodo, incidendo sulla spesa pubblica e contribuendo quindi alla crescita economica. Tuttavia, nel medio e lungo periodo occorre mantenere la consapevolezza che per sua natura la spesa sanitaria, malata di bassa produttività, prima o poi riprenderà a crescere in termini di quota sul PIL.

L'aumento dell'efficienza del sistema sanitario passa quindi attraverso l'applicazione estesa della analisi costo-efficacia, la riduzione degli intervento non appropriati (spesso si scoprono attraverso l'analisi costo-efficacia)v, la riduzione degli sprechi, cioè di spesa riducibile attraverso un gestione economica del sistema sanitario.E' infatti meglio aumentare l'efficienza (riducendo sprechi) che aumentare la spesa per aumentare la speranza di vita media. Evidenze empiriche mostrano che guadagni di efficienza ottenibili nell'assistenza sanitaria farebbe guadagnare 24 mesi di speranza di vita, in media nei paesi dell'area OECD, mentre un aumento della spesa sanitaria del 10% (oggi in Italia equivarrebbe ad un aumento di circa 11 miliardi di euro), ne farebbe guadagnare solamente 3 o 4(Joumard et al., 2010).

Si stima che dal 20 al 40% delle risorse utilizzate nell'assistenza sanitaria sia sprecato, in particolare a causa di inefficienze, inappropriatezza delle cure, errori medici, corruzione, e scarso impiego di qualità (WHO, 2010).

Un chiaro esempio di inefficienza è l'impiego del personale amministrativo. Un cassiere, un contabile, una segretaria svolgono funzioni in parte sostituibili con l'automazione, con l'IT (Information Technology), mentre è più difficile sostituire le funzioni di un infermiere o di un medico. Bisogna quindi ridurre progressivamente la quota di personale amministrativo sul totale del personale che lavora in sanità. Questo problema raggiunge la più elevata gravità nel sistema sanitario degli USA, ove si stima che da un livello di costi amministrativi di $156 miliardi nel 2007 si arriverà a $315 nel 2018 (Collins et al. 2009). Uno studio del 2003 stimava in addirittura un terzo dell'intera spesa sanitaria la quota rappresentata dai costi amministrativi (Woolhandler et al. 2003) (per un approfondimento si veda Yong et al., 2010). Anche in questo caso non vi sono analisi simili per l'Italia, me è intuitivo pensare che, sebbene in proporzioni diverse, il problema affligga anche il nostro sistema sanitario.

6. Information Technology (IT): una tecnologia per l'efficienza

Un' appropriata diffusione dell'Information Technology (IT) può contribuire alla riduzione degli errori in medicina (Bates et al., 2001), degli sprechi riducendo i costi e aumentando la qualità dell'assistenza (Chaudhry et al., 2006). I benefici ottenibili non sono però garantiti, ma dipendono dall''istituzione che utilizza l'IT e da come i flussi di informazioni così generate vengono utilizzati. La diffusione dell'IT comporta gran parte dei benefici esterni agli utilizzatori. Ad esempio, per il medico che inserisce tutti i dati rilevanti di ciascun paziente in una scheda elettronica collegata con la banca dati regionale, il vantaggio è rappresentato da poter verificare rapidamente lo stato di salute del paziente nelle visite successive, controllare la progressione di una malattia e anche migliorare la capacità di diagnosi e di terapia. Ma il vantaggio più grande è per la Regione, la quale con dati aggiornati e completi può produrre analisi e studi che facilitano misure di politiche sanitarie (sia di carattere epidemiologico che economico), inoltre con l'IT la Regione può meglio controllare l'operato del medico.

Come ogni tecnologia, anche l'IT va valutata economicamente. Infatti, nonostante lo sviluppo dell'IT in sanità e il fatto che molti studi riportino significativi risultati positive in termini di benefici ottenuti, in alcuni casi i benefici sono stati inferiori alle attese di alcuni programmi implementati (Jones et al., 2014).

Dal punto di vista della teoria economica l'impiego dell'IT ha una forte componente di bene pubblico. La conseguenza è un sotto investimento da parte del soggetto che investe, sia esso un ospedale pubblico o una ASL in quanto non è consapevole dei benefici sociali prodotti da un

nuovo investimento in IT. E' per questo che l'IT va sussidiata: nel caso di fornitori pubblici si tratta di finanziare progetto di IT indipendentemente dal budget ad esempio del singolo ospedale o ASL, ma anche finanziare le strutture di offerta private (Anderson et al., 2006).

L'IT va considerato uno dei pilastri del cambiamento del sistema sanitario.

Il caso della Kaiser Permanent in USA è istruttivo in tal senso (Chen et al., 2009). La Kaiser Permanent è una delle più grandi HMO americane, un sistema cioè integrato di assicurazione e fornitori di prestazioni (dal medico di famiglia all'ospedale oncologico) con 9 milioni di assicurati (quasi come la Svezia o la Lombardia). In questo sistema l'introduzione di uno sviluppato sistema elettronico per la gestione dei pazienti (cartelle, dati, visite on line e telefoniche)) ha ridotto del 26% il numero delle visite mediche presso gli ambulatori (sono ovviamente cresciute le visite on line e i consulti telefonici). Si è avuto un miglioramento dello stato di salute dei pazienti diabetici, di quelli con il colesterolo alto e dei pazienti con l'ipertensione (Zhou et al., 2010).

Un altro esempio è il caso del sistema di monitoraggio delle attività coinvolte nelle procedure di emodinamica (inserimento di bypass aorto-coronarici) che ha portato ad un aumento della qualità e ad una diminuzione dei costi per procedura (Casale et al., 2007).

Come sostiene Cutler (2014), le imprese di successo in qualsiasi settore, e quindi anche in sanità, hanno in comune tre caratteristiche:

1. Un uso estensivo dell'IT che porta risparmio di tempo e di risorse;
2. Un sistema di incentivi volto a ricompensare coloro che fanno un buon lavoro: una buona organizzazione sanitaria deve concentrarsi sull'offrire la migliore pratica medica, non soltanto una maggiore quantità di servizi;
3. Consentire sia agli operatori sia ai consumatori di fare dei cambiamenti per migliorare la loro produttività, quindi decentralizzazione delle decisioni.

E' cruciale l'adozione sistemi di IT che comunicano efficacemente fra loro (GP, ospedale, lab, specialisti, farmacie, assistenza domiciliare). Nelle migliori industrie infatti, dove esistono delle esternalità positive legate al network, si adottano standard di comunicazione. Solo nella sanità, e in particolare in Italia, ogni ospedale ha un suo sistema di IT chiuso, i GP non sono fra loro collegati, i GP stessi non sono in rete con gli ospedali, ecc.).

A seguito del programma di investimenti pubblici nell'IT deciso dal governo USA nel 2009 l' utilizzo degli EHR (Electronic Hospital Records) è passato dal 10% degli ospedali a oltre il 40% degli ospedali in meno di quattro anni (Charles et al., 2013).

L'introduzione delle tecnologie, il loro impiego richiede una valutazione HTA, ma i benefici ottenibili sono fortemente influenzati dal contesto organizzativo, dalle caratteristiche della singola istituzione. In tale senso la crescente distanza di alcune regioni da altre, in generale tra il

nord e il Sud del paese, in termini di qualità e quantità dei servizi sanitari, rimane un freno eccezionale al cambiamento del sistema sanitario in Italia.

7. Divario Nord Sud

Nel paragrafo 2 ho accennato ad alcuni squilibri che caratterizzano il sistema sanitario italiano se lo suddividiamo fra le regioni del Nord e quelle del Sud. Solamente le risorse pubbliche sono distribuite in maniera abbastanza omogenea. Le differenze di spesa pro capite infatti fra le regioni sono minime (Tabella 1).

Tabella 1. Spesa sanitaria pubblica per regione, 2001.

Regioni	**Spesa sanitaria pubblica corrente anno 2011**
Piemonte	1,885
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	2,221
Liguria	2,052
Lombardia	1,834
Bolzano/Bozen	*2,199*
Trento	*1,942*
Veneto	1,737
Friuli-Venezia Giulia	2,020
Emilia-Romagna	1,854
Toscana	1,884
Umbria	1,840
Marche	1,802
Lazio	2,013
Abruzzo	1,798
Molise	2,079
Campania	1,748
Puglia	1,775
Basilicata	1,881
Calabria	1,758
Sicilia	1,755
Sardegna	1,997
Italia	1,849

Fonte: ISTAT 2014.

La situazione invece è diversa per lo stato di salute analizzato per le singole aree geografiche dell'Italia, in quanto tende a peggiorare nel Sud rispetto al Nord. Il rapporto sulla situazione del paese redatto dall'ISTAT (2014) mostra che nel 2012 nelle Isole un uomo ha una aspettativa di vita di 78,9 anni e una donna di 83,6 anni, nel Nord rispettivamente 79,9 e 84,8 anni. Le

condizioni di salute sono peggiori nel Sud e Isole, ove il 16,2% della popolazione (al netto della struttura demografica) sono cronici gravi, mentre nel Nord lo è il 14,2%.

Rimane invece molto diversa l'efficienza delle regioni in relazione alle aree geografiche. Un esempio di differenze di efficienza fra le principali aree geografiche dell'Italia lo fornisce l'assistenza agli anziani.

L'efficienza di una struttura di assistenza residenziale per anziani si presta più facilmente di un ospedale per misurarne l'efficienza perché è sufficiente misurare la spesa per assistito, se le differenze sono sensibili. Si nota (pur trattandosi di spesa sociale e in parte sanitaria per la compartecipazione del SSN) che la spesa media per utente va da un minimo di €2.059 del Nord-Est a €5.465 del Nord-Ovest, €5.532 del Centro, €7.650 del Sud e €8.055 delle Isole (media Italia €4.046). E' difficile immaginare che la qualità di questi servizi sia più elevata nel SUD e nelle Isole che non nel Nord-Est e nel Nord-Ovest.

Alcuni studi hanno misurato l'efficienza delle regioni italiane, confermando il divario fra il Sud e il Nord del paese In Pammolli et al. (2009) si trova che se si applicasse la spesa pro capite standardizzata in base all'efficienza, per ben 9 Regioni si dovrebbe operare una riduzione della spesa; tranne il Lazio, il Trentino Alto Adige e la Liguria, sono tuttte regioni del Sud. Le Regioni che spendono maggiormente, rispetto ad un riferimento di spesa efficiente, sono la Campania (+32%), la Sicilia (+24,7%) e la Puglia (+23%), mentre il Lazio spende il 17% in più del necessario (17% il Trentino Alto Adige e il 14% la Liguria). In sostanza il Paese è spezzato in due, con le Regioni del Sud ad un livello di efficienza e di qualità della spesa sanitarie significativamente inferiore a quelle del Centro-Nord. Nello studio viene fatto un esercizio simulando quale avrebbe dovuto essere la spesa sanitaria se fosse stata improntata agli stessi livelli di efficienza ovunque (se cioè tutte le Regioni avessero operato sulla cosiddetta frontiera dell'efficienza). La spesa sanitaria nazionale nel 2007 sarebbe stata di 91.994,24 milioni di Euro e non come invece è stata di 103.092,98 milioni di Euro, quella del 2008, invece pari a 106.104,10 milioni di Euro, sarebbe stata di 94.824,95 milioni di Euro. In definitiva se tutte le regioni fossero state efficienti, nei due anni 2007-2008 si sarebbero risparmiate risorse per 1,5 punti percentuali di PIL (oppure si sarebbero offerti servizi aggiuntivi per lo stesso ammontare). Anche uno studio più recente di Banca d'Italia (Francese and Romanelli, 2011) conferma che sono le regioni del Sud, con l'eccezione di Val d'Aosta, Province Autonome di Trento e Bolzano Lazio, ad avere la maggiore quota di differenziale di spesa non giustificato, cioè indicante l'inefficienza. Vi sarebbe quindi ampio margine per risparmiare spesa sanitaria, soprattutto nelle regioni del Sud.

Mutuando la teoria sostenuta da Acemoglu e Robinson per spiegare le differenze fra paesi ricchi e paesi poveri (Acemoglu e Robinson, 2013), in sanità sostengo che, almeno in parte, le

differenze fra le regioni più efficienti e quelle meno efficienti (e lo stesso vale nei confronti fra ospedale e ospedale), esistono non soltanto perché chi detiene le responsabilità faccia scelte sbagliate per incompetenza o per ignoranza, ma perché le fa di proposito. L'analisi economica serve per capire come le organizzazioni condizionino gli incentivi e il comportamento economico, mentre l'analisi politica spiega come e perché vengono prese le decisioni. La responsabilità di scelte volontariamente inefficienti risiede nella forma delle istituzioni di cui i decisori si trovano a far parte. Acemoglu e Robinson hanno definito due tipi di istituzioni: quelle inclusive e quelle estrattive. Le prime rendono facile l'accesso della maggioranza dei soggetti alla partecipazione e ad attività economiche con cui sfruttare le loro abilità. Le istituzioni inclusive rispettano la proprietà privata, sono dotate di un sistema giuridico imparziale, garantiscono uguali opportunità di accesso agli scambi e alle contrattazioni, e queste caratteristiche trovano nello Stato, e nel nostro caso anche in alcune Regioni, il garante. Invece le istituzioni estrattive hanno caratteristiche opposte, sono cioè dominate da alcuni individui o gruppi che si appropriano del reddito e della ricchezza prodotti da altri, e soprattutto non generano la crescita e l'efficienza perché mancano di incentivi economici e al loro interno le élite resistono al cambiamento. Credo che non poche amministrazioni regionali e di singoli ospedali potrebbero essere facilmente definite estrattive. Le istituzioni estrattive, creando significatici vantaggi per un gruppo o classe dominante, portano a lotte intestine con altri gruppi che vorrebbero prendere il loro posto. Ma queste lotte intestine originano ulteriori inefficienze. Basta ricordare quanto accade quando cambia la reggenza politica di una Regione e i suoi effetti sulla sanità. In sostanza la crescita di un sistema sanitario regionale credo dipenda fortemente dalla capacità delle istituzioni di sfruttare i mercati inclusivi. Al di là dei necessari approfondimenti politologici che sono al di fuori degli obiettivi del presente articolo, uno dei motivi che impedisce in alcune regioni italiane lo sviluppo di istituzioni inclusive è il timore della schumpeteriana distruzione creatrice. Il processo di distruzione creatrice minaccia i mezzi di sussistenza di coloro che impiegano i vecchi metodi. Un esempio può chiarire questo concetto. Se l'innovazione è rappresentata da una significativa informatizzazione delle pratiche amministrative in sanità, si potranno avere dei lavoratori che perderanno il posto di lavoro o che si vedranno fortemente ridotte le loro prerogative di carriera a favore di altri maggiormente attrezzati per gestire le nuove tecnologie; non solo, ma tali innovazioni potrebbero ridurre il numero degli addetti amministrativi di un ospedale. Per questo l'introduzione di innovazioni non può essere lasciata a coloro che utilizzano le vecchie tecnologie, ma vanno affidate ad outsider del sistema, o comunque a decisori che non abbiano interessi allineati con i lavoratori che a seguito dell'innovazione si troverebbero svantaggiati. Per rovesciare un'istituzione estrattiva e favorirne la trasformazione in inclusiva, gli individui debbono trovare una struttura

di incentivi che favorisca questo processo. Ad esempio i dipendenti del SSN vanno incentivati all'ottenimento di vantaggi dalla loro produttività, disposti a rischiare, però, di finire tra coloro che ne saranno penalizzati. In tal senso gli stessi meccanismo considerato ad oggi virtuosi vanno modificati: la remunerazione degli ospedali per DRG prevede un rimborso basato sula quantità di ricoveri ad una data tariffa, indipendentemente dagli esiti. Ciò certamente non favorisce l'introduzione di innovazioni per un utilizzo più efficiente della forza lavoro, né l'impiego di nuove tecnologie.

Secondo Felice (Felice, 2014), chi ha soffocato il Sud dell'Italia sono state le sue stese classi dirigenti favorendo i comportamenti opportunistici e utilizzando le risorse per produrre la rendita e non ricchezza da distribuire. La "modernizzazione passiva" spiega il fallimento delle classi dirigenti del Mezzogiorno: l'adattarsi ad una modernità imposta dall'esterno, accettata fintanto che non vada ledere gli interessi consolidati. In questa definizione risuona il concetto di istituzione estrattiva precedentemente illustrato (anche Felice si rifà a Acemouglu e Robinson, 2013)riprende questo concetto nel suo saggio). Credo si possa applicare pienamente alla sanità: i dirigenti delle ASL, degli ospedali ed anche a livello regionale si trovano un sistema di assistenza sanitario imposto dal SSN e dagli sviluppi della medicina, dall'applicazione delle nuove tecnologie, e dai meccanismi di gratuità per i cittadini. Ma lo applicano in organizzazioni caratterizzate dall'essere estrattive, ove cioè non si produce assistenza per offrire quantità e qualità dei servizi, bensì per garantire rendite ai fornitori di beni e servizi, posti di lavoro a coloro che non lo meritano, collusioni di interessi fra i dirigenti e i politici locali, financo alla collusione con la malavita organizzata. Se infatti la medicina, intesa come modernizzazione, è imposta e quindi i trattamenti per una data patologia sono simili a quelli utilizzati nel resto del paese, non vi sono meccanismi di efficienza che possano essere imposti, perché tali meccanismi sono deboli anche nel resto del paese (nel resto del paese la sanità è migliore perché gran parte delle strutture di contorno sono inclusive e quindi influenzano anche le strutture sanitarie). Ciò che sostengo è che l'introduzione di meccanismi di HTA (valutazione economica, costo-efficacia) e di concorrenza, i quali sono necessari per migliorare la sanità anche al Nord, possono nel Sud trasformare le strutture sanitarie in istituzioni inclusive, o almeno ci si può provare.

La riforma federalista del 2001, attribuendo gran parte dei poteri alle regioni per quanto riguarda la sanità, sembra impedire anche la modernizzazione passiva, e infatti il divario fra la sanità del Nord e quella del Sud continua ad aumentare. L'idea dei costi standard è apparentemente buona, ma rimane insufficiente. Qualora si arrivasse ad avere lo stesso costo per la siringa o per la TAC, rimarrebbe il modo in cui tali risorse vengono utilizzate: l'efficienza non si misura guardando ai costi unitari, bensì confrontando gli input con gli output, cioè gli

esiti. In altre parole, è un piccolo passo in avanti sostenere lo stesso costo per un TAC, se poi non si misura anche a cosa sia servito l'esame diagnostico. Come è noto, due ospedali possono produrre esattamente lo stesso numero di esami, di visite, di ricoveri, ma vere dei risultati, in termini di salute, molto distanti fra loro. In un ospedale "estrattivo" si cercherà di raggiungere un certo numero di TAC o di ricoveri per giustificare il bilancio, a parità di costi, senza riguardo al costo-efficacia. Ad esempio potrà essere conveniente per il responsabile del bilancio dell'ospedale incrementare il numero di ricoveri o diminuirlo per stare nel bilancio e garantire così l'osservanza dei costi standard, ignorando se tali ricoveri siano stati offerti in modo appropriato. Anche la scelta fra tecnologie alternative può essere inefficiente se fondata sui costi standard. Supponiamo vi siano due ospedali con scelte differenti per lo stesso tipo di paziente con IMA (infarto acuto del miocardio). Vi sono tre possibili soluzioni: 1 intervento medico con farmaci clut-busting; 2 intervento chirurgico con stent; 3 intervento chirurgico con bypass. I due pazienti hanno entrambi i requisiti minimi per poter ricevere una procedura chirurgica invasiva, ma nell'ospedale A si decide per la terapia farmacologica e nel B il bypass. L'applicazione dei costi standard (cioè applicare lo stesso rimborso per la medesima prestazione) vedrebbe ovviamente un rimborso maggiore per l'ospedale B (il bypass è molto più costoso della terapia farmacologica). A parità di condizione, quindi, il paziente trattato nell'ospedale B costerebbe molto di più del paziente trattato nell'ospedale A. Senza una valutazione costo-efficacia che metta a confronto la condizione di ciascuno dei due pazienti con le tre alternative possibili di intervento, si manterrebbe la situazione di inefficienza dato che anche il paziente nell'ospedale B poteva essere trattato con minori costi.

Se l'ospedale è rimborsato in base alle prestazioni che eroga, in molte occasioni sarà incentivato ad offrire quelle più costose, più remunerative per l'ospedale. E' dunque cruciale cambiare la struttura degli incentivi; non più rimborsare in base alle singole prestazioni erogate, ma in relazione al percorso del paziente (De Brantes et al., 2009; Cutler and Ghosh, 2012).

L'istituzione estrattiva continuerà comunque a distribuire fondi e favori seguendo logiche clientelari, con costi standard, in assenza di incentivi che spingano all'efficienza economica.

La complessità delle prestazioni e l'interazione fra professionisti, informazioni, e tecnologie richiedono fiducia e cooperazione fra gli attori del sistema sanitario, necessitano che i risultati siano messi a confronto per migliorarli (il cosiddetto *benchmarking*). Solo in questo modo i costi di transazione possono ridursi e quindi aumentare l'efficienza ed infine simulare l'attività benefica del mercato.

Vorrei ribadire la necessità di queste trasformazioni qui suggerite non solo per tentare di far convergere il Sud al Nord, ma anche per impedire che il Nord continui nel suo arretramento. Come scrive bene Felice, applicando il concetto all'insieme dell'economia e della società

italiane,“ Continuando così nei prossimi decenni il divario si potrebbe forse colmare, ma al ribasso, con il Nord che si avvicina al Mezzogiorno. Per allora si sarà creato un altro divario, ancora più profondo, tra l’Italia e i paesi avanzati. (Felice 2014, pag. 225). E non bisogna dimenticare di affiancare alle istituzioni estrattive, presenti in molti paesi, un comportamento negativo coniato espressamente per la società italiana, il cosiddetto “familismo amorale”. Il familista amorale cerca di massimizzare i vantaggi immediati per la sua famiglia, intesa come gruppo allargato di riferimento o clan, pensando che tutti si comportino allo stesso modo. E’ familismo in quanto persegue gli interessi del proprio gruppo/famiglia, e mai quello della comunità, ed è amorale in quanto le categorie di bene e male si applicano solamente tra i membri del gruppo/famiglia (Banfield, 2010).

In conclusione, le istituzioni estrattive caratterizzano alcune regioni del Sud e probabilmente molte strutture ospedaliere sparse in tutto il territorio nazionale E’ quindi urgente trasformarle in inclusive, attraverso l’innovazione e la distruzione creatrice, impedendo che le élites che oggi dominano in alcuni territori e strutture contrastino la distruzione creatrice stessa. Questo risultato è ottenibile attraverso:

1. Differenziazione del finanziamento in base all’efficienza delle regioni: le regioni meno efficienti ricevano meno finanziamenti di quelle efficienti. Credere ancora che extra finanziamenti possano far uscire una Regione dalla situazione di difficoltà e inferiorità è illusorio. Talvolta la cosiddetta discriminazione positiva può produrre l’effetto perverso che pensava di eliminare, cioè la discriminazione. Se, ad esempio si ritiene non discriminatorio finanziare allo stesso modo strutture efficienti e di qualità e strutture inefficienti di scarsa qualità (per non discriminare un territorio rispetto all’altro), quando poi si verificano i risultati e si scopre che le strutture inefficienti sono ancora inefficienti, qualcuno potrebbe dire che tali strutture sono discriminate in quanto producono meno e peggio. Il fatto è che si continua a finanziare una struttura inefficiente, caratterizzata da una sua dislocazione territoriale, senza introdurre incentivi per il suo miglioramento, si continuerà ad osservare che in alcuni territori le strutture sono scadenti e si penserà che ciò sia frutto di discriminazione negative, mentre è causato da una discriminazione positiva. In altre parole, considerando allo stesso livello i due tipi di strutture non si applica l’equità, bensì una discriminazione positiva cha alla lunga nuoce alla struttura stessa (si veda il concetto della discriminazione positiva in Basu 2013).
2. Introduzione della la concorrenza, (come illustrerò nel prossimo paragrafo), mantenendo ovviamente la decentralizzazione, cioè i sistemi sanitari regionali, in quanto il processo di responsabilizzazione locale ha mostrato comunque dei risultati

positivi sull'efficacia dei sistemi sanitari, nonostante le difficoltà di misurazione (Jiménez-Rubio, 2011).

8. Concorrenza in sanità, concorrenza sui risultati

Stiglitz sostiene che le fonti di fallimento del mercato nel settore pubblico, come l'imperfetta informazione e l'incompletezza dei mercati, sono irrisolvibili (Stiglitz, 1992). Ciò è particolarmente vero in sanità, fin dall'articolo seminale dei Arrow del 1963 (Arrow, 1963). L'ultimo dei fallimenti attribuiti all'economia del settore pubblico da Stiglitz è la mancanza di competizione all'interno del settore pubblico La concorrenza è ciò che incentiva gli amministratori verso un comportamento efficiente, ma nel settore pubblico ciò parrebbe insufficiente senza cambiare i diritti di proprietà. Infatti se i dirigenti di un ospedale pubblico non hanno alcun modo di appropriarsi dell'incremento di valore dell'azienda generato dalla loro attività, sono privati di un incentivo fondamentale (e.g. l'aumento salariale legato alla produttività). L'essere cioè privi di diritti di proprietà può rendere la struttura pubblica inefficiente in quanto gli amministratori e i dirigenti non hanno incentivi per migliorarne la performance: se gli stipendi fossero basati sul valore delle azioni di una rete di ospedali quotata in borsa, e se questo valore riflettesse la profittabilità di lungo periodo, i dirigenti lavorerebbero nell'interesse dello sviluppo a lungo termine dell'ospedale. Ma, come ricorda Stiglitz, se lo Stato trasferisse i diritti di proprietà agli amministratori delle strutture pubbliche, queste ultime cesserebbero id essere pubbliche. Questo limite, come vedremo in questo paragrafo, è però in parte aggirabile.

Nel settore sanitario la concorrenza si è manifestata già da alcuni decenni negli USA, e più recentemente in Europa, negli anni '80 in Gran Bretagna e poi successivamente nella metà del 2000. Che cosa si intende per concorrenza? E' il meccanismo che permette l'aggiustamento tra domanda e offerta, venditore e consumatore, attraverso i segnali, cioè i prezzi, da cui emerge l'equilibrio economico generale in cui sarebbe massimo sia il benessere del produttore sia quello del consumatore. Tuttavia in sanità i cosiddetti fallimenti del mercato sopra ricordati (mancanza di perfetta informazione, concentrazione della proprietà, rapporto di agenzia medico-paziente, pagamento delle prestazioni attraverso assicurazioni o sistema fiscale) hanno fatto credere un qualsiasi meccanismo di concorrenza irrealizzabile, o comunque mal funzionante. Le esperienze europee hanno testimoniato la scarsa efficienza di meccanismi quali la concorrenza amministrata o i quasi mercati, declinati parzialmente in Italia attraverso una separazione soltanto fittizia tra il finanziatore e il fornitore di servizi (fittizia perché il finanziatore, la Regione, è proprietaria di gran parte dei fornitori a livello ospedaliero e di tutti i servizi territoriali, le ASL).

Anche negli USA la concorrenza, cresciuta fortemente a partire dagli anni '90 attraverso l'introduzione delle organizzazioni di *managed care*, non ha mostrato risultati apprezzabili, con una crescita della spesa sanitaria fuori controllo, con un crescente divario fra l'assistenza considerata appropriata e quella realmente prestata.

Nei settori di pubblica utilità, vi sono quattro requisiti che la concorrenza dovrebbe soddisfare: 1) l'efficienza (cioè fornire un adeguato valore per le risorse spese); 2) la rispondenza alle esigenze dei clienti, da considerarsi una componente della qualità dei servizi; 3) la facoltà di scelta da parte del cliente; 4) l'equità. In questo contesto l'analisi di Michael Porter (Porter and Teisberg, 2006) contiene degli elementi che potrebbero far sperare in una rivisitazione delle concorrenza, non solo nel mercato sanitario americano, ma anche in quello europeo.

Innanzitutto, perché la concorrenza sembra aver fallito in USA? Basta osservare le enormi differenze nei costi e nella qualità per le stesse prestazioni a seconda del fornitore o della locazione geografica, al punto che la concorrenza oggi non premia il migliore ne fa uscire dal mercato il peggiore. Inoltre l'innovazione tecnologica si diffonde lentamente apportando scarsi benefici all'efficienza. Eppure i fornitori negli USA sono numerosi, lottano fra loro per gli sconti sugli acquisti di farmaci, di servizi, di contratti di assicurazione. Non è tanto la scarsa concorrenza il problema, quanto il tipo di concorrenza: essa avviene ad un livello sbagliato e su fattori che non influiscono sull'efficienza e la qualità. Si tratta di una concorrenza a somma zero, ove cioè i soggetti partecipanti scaricano uno sull'altro i costi: ciascuno cerca di far scivolare i costi su una altro attore (l'ospedale sui servizi domiciliari, l'assicurazione sui pazienti, il piano assistenziale sull'ospedale). Il guadagno di un attore è ottenuto a spesa di un altro, e pertanto per il sistema nel suo complesso non vi è alcun guadagno. La soluzione non è nel continuare a minimizzare i costi di breve periodo (come ad esempio si ha la tendenza a fare anche in Italia, attuando improbabili tagli di spesa o riduzioni di prezzi), bensì migliorare il valore di ciò che viene offerto ai pazienti.

Che cos'è, in prima istanza, il valore in sanità? E' il risultato in termini di salute (*outcome*) per ciascun euro speso. Si noti come questo elemento si raccordi con quanto qui sostenuto sulla necessità della valutazione economica , cioè del criterio di costo efficacia (si veda qui il paragrafo 4). Pertanto la concorrenza dovrebbe avere luogo al livello al quale si crea il valore per il paziente: occorre competere sui risultati ottenuti per i pazienti e non sui costi svincolati dai risultati. In questo modo sembra potersi avere una concorrenza a somma positiva, ove cioè tutti i partecipanti del sistema possano averne dei benefici. Fino ad ora infatti, ove c'è stata, la concorrenza ha agito sul controllo dell'offerta e sulla gestione dei singoli fornitori di assistenza.

Come abbiamo visto nel paragrafo 5, non necessariamente una qualità superiore è anche più costosa: diagnosi più accurate, minori errori medici, ridotti tassi di complicanze e di eventi avversi, convalescenze più rapide, tutto ciò può addirittura far ridurre i costi. Questo è già parte del dibattito nel nostro paese per quanto riguarda gli sprechi. La concorrenza basata sul valore è buona, la concorrenza badata sul prezzo della prestazione è cattiva. Se gli operatori devono competere sui risultati, il problema che affligge tutti i i sistemi sanitari, cioè l'offerta che crea la domanda, dovrebbe scomparire o ridimensionarsi.

I principi su cui si fonda la concorrenza sul valore sono:

1. l'attenzione va rivolta al valore per i pazienti, non soltanto alla riduzione dei costi;
2. la concorrenza deve essere sui risultati;
3. la concorrenza dovrebbe centrarsi sulle condizioni mediche (le specifiche malattie) per l'intero ciclo dell'assistenza;
4. il valore deriva dall'esperienza dei fornitori, dalle dimensioni e viene appreso al livello della singola condizione medica;
5. la concorrenza dovrebbe essere regionale e nazionale, non solamente locale;
6. le informazioni sui risultati devono essere disponibili universalmente in quanto sono il supporto della concorrenza basata sul valore;
7. l'innovazione che accresce il valore deve essere fortemente premiata.

Questa concorrenza, almeno snelle sue grandi linee, richiede ulteriori affinamenti e soprattutto esperienze da cui trarre esempio, ma già da ora è possibile immaginare come risulterebbe cambiato un sistema sanitario fondato su di essa.

Tale sistema di concorrenza andrebbe ritagliato sia per mettere in competizione le Regioni, sia le singole strutture di offerta dei servizi.

Ad esempio, gli ospedali e ogni tipo di fornitore non cercherebbero, così come fanno oggi, di offrire il più elevato numero di servizi ai pazienti, ma soltanto quelli in cui eccellono. L'offerta si organizzerebbe attorno alla condizione medica , al paziente e non attorno al singolo segmento che compone l'intero percorso diagnostico-terapeutico. I prezzi sarebbero legati all'intero ciclo di trattamento (e allo stesso modo le tariffe di rimborso) e non alle singole prestazioni (penalizzando così le duplicazioni). La maggiore diffusione delle informazioni, elemento fondamentale per la concorrenza metterebbe in grado i medici di famiglia di indirizzare i pazienti verso le cure più adeguate. Allo stesso modo le imprese farmaceutiche non ricercherebbero i volumi di vendita, ma andrebbero a dimostrare il più alto valore ottenibile con i loro prodotti, nelle varie condizioni mediche, prendendosi la responsabilità di parte dei risultati sull'intero processo assistenziale. Una rivoluzione apparentemente semplice dal punto di vista concettuale, ma indubbiamente difficile da realizzarsi, non solo per le ovvie difficoltà di

qualsiasi politica innovativa, ma anche per il bisogno di ulteriori approfondimenti teorici a sostegno di questa concorrenza sul valore.

Infine si possono ricordare alcune evidenze positive riguardanti gli esiti del'introduzione di meccanismi di concorrenza. Nel Regno unito si assistito al maggior sforzo tra i sistemi sanitari di tipo pubblico (servizio sanitario nazionale, simile al nostro in Italia) di introdurre meccanismi di concorrenza (Gaynor et al., 2010). Questa politica di concorrenza sui risultati clinici, sulla produttività e sulla spesa introdotta nel 2006 ha mostrato dei risultati positivi, in base allo studio di circa 68.000 ricoveri su 162 ospedali che ove si è realizzata maggiore concorrenza vi sono stati minori decessi, minore durata della degenza media e i pazienti sono stati trattati senza aumenti di costo. Un recente studio (Bloom et al., 2014) ha trovato che in UK le contee con maggiore competizione fra gli ospedali (misurata con indicatori che tengono conto della numerosità degli ospedali e della qualità del management) hanno una mortalità per infarti del miocardio acuto significativamente inferiore rispetto a contee dove la concorrenza è minore (la mortalità per IMA è un buon indicatore di performance di un ospedale Bloom et al., 2012).

Per una sintesi dei lavori pubblicati nei vari mercati sanitari si veda Gaynor and Town (2012).

9. Conclusioni: proposte per reinventare la sanità

Qualsiasi sistema sanitario persegue due obiettivi fondamentali:

1. il miglioramento della qualità di vita dei pazienti (cioè di coloro che utilizzano i servizi, quindi i consumatori);
2. il miglioramento della qualità di vita dei produttori (cioè di coloro che offrono i servizi) (Reinhardt, 2012).

Questo settore si distingue dagli altri presenti in un'economia per le modalità, le caratteristiche dei servizi e per gli outcomes, immediatamente misurabili in qualità e quantità di vita, ma tali caratteristiche sono assimilabili all'utilità che viene massimizzata in tutti i settori: quella dei consumatori e quella dei produttori. Pertanto, ogni qualvolta si aumenta o si diminuisce la spesa sanitaria, oppure se ne ridisegna la sua distribuzione fra differenti voci di spesa si avranno implicazioni dirette sia per coloro che usufruiscono della sanità sia per coloro che la producono (un taglio di spesa inefficiente porterà benefici ai pazienti, ma farà sopportare dei costi ai produttori, analogamente una spesa inappropriata può rivelarsi neutra o dannosa per i pazienti ma benefica per i produttori). Perseguire i due obiettivi descritti, l'uno improntato alla compassione umana e l'altro all'applicazione di principi scientifici e economici porta quindi a flussi di cassa in opposte direzioni. Un euro speso in sanità equivale a un euro di reddito per

qualcuno, comprensivo di centesimi di sprechi, corruzione e inefficienza. Proprio per questi motivi risulta particolarmente difficile comprimere la spesa, in altre parole vi sono degli interessi contrapposti che ne frenano un aumento della sua efficienza. Il fine del benessere dei cittadini è il motore, o dovrebbe esserlo, delle decisioni di spesa pubblica in sanità. Applicare la valutazione costo-efficacia, i criteri di appropriatezza, individuare gli sprechi e gli errori significa, in ultima analisi, coniugare questi interessi contrapposti e portare il sistema sanitario ad aumentare la sua efficienza incrementando il benessere dei cittadini.

Per riformare il sistema sanitario italiano sono qui state individuate alcune linee di azione:

1. Responsabilizzare ogni Regione per i propri assistiti che, in quanto elettori, possono e debbono incidere sul livello di appropriatezza delle prestazioni fornite. Ciò comporta porre di fronre a ciascuna Regione inefficiente una sola alternativa, cioè ridurre le prestazioni oppure, riducendo le inefficienze, mantenerle riducendo i costi. Questo, occorre esserne consapevoli, può nel medio periodo aumentare la disuguaglianza fra le regioni, ma nel lungo periodo dovrebbe ridurle
2. Valutare le tecnologie dal punto di vista economico, cioè applicare diffusamente il criterio della valutazione economica (costo-efficacia). Non è più compatibile con il livello di spesa sanitaria e di inequità del sistema approvare ed utilizzare tecnologie il cui elevato costo non sia bilanciato da altrettanti alti benefici per i pazienti e la società.
3. Mettere in concorrenza le strutture di offerta e le Regioni sulla base degli esiti rapportati ai costi: dovranno competere sugli esiti dei servizi che prestano. A coloro che offrono meno qualità e minori risultati in termini di salute per i pazienti vanno ridotti i finanziamenti, sostituiti i vertici della dirigenza.

Queste mutazioni per una sanità differente, più efficiente e più equa, richiederanno 5-7 anni, e non pochi sacrifici, sia per coloro che si trovano dal lato dell'offerta, sia, in alcuni casi (e in alcuni territori) per coloro che si trovano dal lato della domanda. Ma non sarà possibile ottenere guadagni in futuro per il sistema sanitario senza pagarne i costi nei prossimi anni: nessun guadagno senza dolori.

Riferimenti bibliografici

Acemoglu D., Robinson J.A. (2013), *Perché le nazioni falliscono. Alle origini di prosperità, potenza e povertà*, Il Saggiatore, Milano, ed. orig: *Why Nations Fail: The Origins of Power, Prosperity, and Poverty*, Crown Publishers , New York, 2012.

Arrow K.J. (1963), *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, «The American Economic Review»; 53, pp.941-73.

Association of Schools of Public Health (2007), *Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002*, «Public Health Reports», 122.

Banca d'Italia (2014), *Relazione Annuale – Appendice*, Roma, 30 maggio 2014.

Banfield EC (2010), *Le basi morali di una società arretrata*, Il Mulino, ed. orig. *The Moral Basis of a Backward Society*, Glencoe, IL, The Free Press, 1958.

Basu K. (2013), *Oltre la mano invisibile. Ripensare l'economia per una società giusta*, Laterza, Bari, ed. orig. *Beyond the invisible Hand. Groundwork for a new Economics*, Princeton University Press, Princeton 2011.

Bates D.W. *et al.* (2001), *Reducing the Frequency of Errors in Medicine Using Information Technology*, «Journal of the American Medical Informatics Association», 8, pp.299–308.

Baumgardner J.R. (1991), *The interaction between forms of insurance contract and types of technical change in medical care*, «Rand Journal of Economics», 22, pp.36-53.

Baumol W.J. (1967), *Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis*, «The American Economic Review», 57, pp. 415-426.

Baumol W.J. (1993), *Social wants and dismal science: the curious case of the climbing costs of health and teaching*, «Economic Research Report», 93(20), May, New York University.

Baumol W.J. (1997), *Baumol's cost disease: the arts and other victims*, Edward Elgar, Chelthenham, U.K.

Baumol W.J. (2012), *The cost disease. Why computers get cheaper and health care doesn't*, Yale University Press, New Haven.

Baumol W.J., Blackman S.A.B., Wolff E.N. (1985), *Unbalanced Growth Revisited: Asymptotic Stagnancy and New Evidence*, «The American Economic Review», 75, pp. 806-817.

Berenson G., Srinivasan W. (2010), *Cardiovascular risk in young persons: secondary or primordial prevention*, «Annals of Internal Medicine», 151, pp.872-877.

Birch S., Gafni A. (1992), *Cost-effectiveness/utility analysis: do current decision rules lead us to where we want to be*?, «Journal of Health Economics», 11, pp. 279-96. 5.

Birch S., Gafni A. (1993), *Changing the problem to fit the solution: real world problems*, «Journal of Health Economics», 12, pp.469-76.

Blomquist A.G., Carter R.A. (1997), *Is Health Care really a Luxury?*, «Journal of Health Economics», 16, pp. 207-229.

Bloom N. *et al.* (2012), *Management Practices Across Firms and Countries*, «Academy Management Perspective», 26(1), pp.12-33.

Bloom N. *et al.* (2014), *The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals*, «CEP Discussion Paper», 983, November.

Boden W.E. *et al.* (2007), *Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease*, «New England Journal of Medicine», 356(15), pp.1503-1521.

Casale A.S. *et al.* (2007), *ProvenCareSM: a provider-driven pay-for-performance program for acute episodic cardiac surgical care*, «Annals of surgery», 246(5), pp.613-623.

Charles D. *et al.* (2013), *Adoption of electronic health record system among U.S. no-federal acute care hospitals: 2008-2012*, «ONC data brief», 9, Washington D.C., Office of the National Coordinator for Health Information Technology.

Chaudhry B. *et al.* (2006), *Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care*, «Annals of Internal Medicine», 144, pp.742-752.

Chen C. *et al.* (2009), *The Kaiser Permanente electronic health record: transforming and streamlining modalities of care*, «Health Affairs», 28(2), pp.323-333.

Clements B., Coady D., Gupta S. (eds.) (2012), *The economics of public health care reform in advanced and emerging economies*, International Monetary Fund, Washington D.C.

Collins S.R. *et al.* (2009), *How health care reform can lower the costs of insurance administration*, «Issue Brief»; 61, pp.1–19, Commonwealth Fund.

Cutler D.M. (2014), *The quality cure. How focusing on health care quality can save your life and lower spending too*, University of California Press, Berkeley.

Cutler D.M., Ghosh K. (2012), *The potential for cost savings through bundled episode payments*, «New England Medical Journal», 366, pp. 1075-1077.

De Belvis A.G. *et al.* (2012), *The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector*, Health Policy, 106, pp.10–16.

De Brantes F., Rosenthal M.B., Painter M. (2009), *Building a bridge from fragmentation to accountability- The Prometheus payment mode*l, «New England Medical Journal», 361(11), pp. 1033-1036.

DeVol R., Bedroussian A. (2007), *An unhealthy America: th economic burden of chronic disease – charting a new course tp save lives and increase productivity and economic growth*, Milken Institute, Santa Monica.

Drummond M.F. *et al.* (2008), *Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions*, «International Journal of Technology Assessment in Health Care», 24(3), pp. 244–258.

Ellis L.M. *et al.* (2014), *American Society of Clinical Oncology Perspective: Raising the Bar for Clinical Trials by Defining Clinically Meaningful Outcomes*, «Journal of Clinical Oncology», May 5, pp.1-7.

Feeny D. (1994), *Technology assessment and health policy in Canada*, in : Blomqvist A.G., Brown D. (eds.), *Limits to care: reforming Canada's health system in age of restraint*, pp.295-326, Howe Institute, Toronto.

Feldman D.N. *et al.* (2006), *Comparison of outcome of percutaneous coronary interventions in patients of three age groups*, «American Journal of Cardiology», 98, pp. 1334-1339.

Francese M., Romanelli M. (2011), *Healthcare in Italy: expenditure determinants and regional differentials*, «Working paper», 828, October, Banca d'Italia.

Gafni A, Birch S. (2003), *NICE methodological guidelines and decision making in the National Health Service in England and Wales*, «Pharmacoeconomics» 21(3), pp. 149-57.

Garber A.M., Skinner J. (2008), *Is American Health Care Uniquely Inefficient?*, «Journal of Economic Perspectives», 22(4), 27–50.

Gaynor M., Town R.J. (2012), *Competition in Health Care Markets*, «Working Paper», 12/282, Centre for Market and Public Organisation Bristol Institute of Public Affairs.

Gaynor M, Moreno-Serra R, Propper C. (2010), *Death by Market Power: Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Service*, «NBER Working Paper», 16164, July.

Gray A., Briggs A. (eds.) (2011), *Handbooks in health economic evaluation*, Oxford University Press, UK.

Hartwig J. (2008), *What drives health care expenditure? Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited*, «Journal of Health Economics», 3(3), pp.603-623.

HealthGrades (2004), *Patient safety in American Hospitals*, Denver, Colorado.

Hendee W.R. *et al.* (2010), *Addressing overutilization in medical imaging*, «Radiology», 257, pp. 240-245.

Hill S. *et al.* (2003), *Technology Appraisal Programme of the National Institute for Clinical Excellence. A review by WHO*, June-July.

HM Treasury (2002), *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View. Final Report*, by Derek Wanless.

Hochman J.S. *et al.* (2006), *Coronary intervention for persistent occlusion after myocardial infarction*, «New England Journal of Medicine», 355(23), pp. 2395-2407.

INAHTA (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) (2008). http://www.inahta.org/HTA./.

ISTAT (2014a), *Rapporto Annuale 2014. La situazione del Paese*, Maggio.

ISTAT (2014b), *Spesa sanitaria pubblica*, http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=41, scaricato il 16 settembre 2014).

Jiménez-Rubio D. (2011), *Is fiscal decentralization good for your health? Evidence from a panel of OECD countries*, «HEDG Working Paper», 10/30.

Jones S.S. *et al.* (2014), *Health Information Technology: An Updated Systematic Review With a Focus on Meaningful Use*, «Annals of Internal Medicine», 160, pp. 48-54.

Jonsson B. (2013), *Technology Assessment for New Oncology Drugs*, «Clinical Cancer Research», 19(1), pp. 6–11;

Jonsson B., Ramsey S., Wilking N. (2014), *Cost effectiveness in practice and its effect on clinical outcomes*, «Journal of Cancer Policy», 2, 12–21.

Joumard I., André C., Nicq C. (2010), *Health Care Systems: Efficiency and Institutions*, «OECD Economics Department Working Papers», 769, OECD Publishing.

Kantarjian H.M. *et al.* (2013), *Cancer drugs in the United States: Justum Pretium—The just price*, «Journal of Clinical Oncology», 31(28), pp. 3600-3604.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano (2014), 10 luglio 2014.

Mackenbach J.P., McKee M. (2013), *A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries*, «European Journal of Public Health», 23(2), pp. 195–344.

Mailankody S., Prasad V. (2014), *Comparative Effectiveness: Questions in Oncology*, «New England Journal of Medicine», 370(16), 1478-1481.

Morgan S., Hurley J., (2002), *Influences on the "Health Care Technology Cost-Driver"*, Commission on the future of health care in Canada, August.

Murphy K.M., Topel R.H. (2006), *The value of health and longevity*, «Journal of Political Economy», 114(5), pp. 871-904.

NICE (2013), *Guide to the methods of technology appraisal*, http://publications.nice.org.uk/pmg9.

Nordhaus W.D. (2005), *Irving Fisher and the Contribution of Improved Longevity to Living Standards*, «The American Journal of Economics and Sociology», 64(1), pp. 367–392.

OECD Health Statistics (2014), *How does Italy compare?*, Briefing notes 2014.

Pammolli F., Papa G., Salerno N.C. (2009), *La spesa sanitaria pubblica in Italia: dentro la "scatola nera" delle differenze regionali. Il modello SaniRegio*, «Quaderno», 2, CERM.

Patel M. *et al.* (2010), *Low diagnostic yeld of elective coronary angiography*, «New England Journal of Medicine», 362, pp. 886-895.

Pauly M. (1968), *The Economics of Moral Hazard: Comment*, «American Economic Review», 58(3), pp. 531–37.

Phansalkar S. *et al.* (2010), *A review of human factors principles for the design and implementation of medication safety alerts in clinical information systems*, «Journal of the American Medical Informatics Association», 17(5), pp. 493-501.

Pletcher M.K. *et al.* (2010), *Nonoptimal lipids commonly present in young adults and coronary calcium later in life: the CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) study*, «Annals of Internal Medicine», 153, pp. 137-146.

Porter M., Teisberg E.O. (2006), *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition On Results*, Harvard Business School Press.

Rose G. (1981), *Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease*, «British Medical Journal», 282(6), pp. 1847–1851.

Rossouw J.E. *et al.* (2002), *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized clinical trial*, «Journal of the American Medical Association», 288, 321-333.

Sandel M.J. (2013), *Quello che i soldi non possono comprare. I limiti morali del mercato*, Feltrinelli, Milano, ed. orig. *What money can't buy: The moral limits of markets*, London: Penguin, 2012.

Schneeweiss S. *et al.* (2008), *Aprotinin during coronary-artery bypass grafting and risk of death*, «New England Journal of Medicine», 358, pp.771-783.

Sendi P., Gafni A., Birch S. (2002), *Opportunity costs and uncertainty in the economic evaluation of health care interventions*, «Health Economics», 11, pp. 23-31.

Shao Y.H. *et al.* (2010), *Risk profiles and treatment patterns among men diagnosed as having prostate cancer and a prostate-specific-antigen level below 4.0ng/mL*, «Archives of Internal Medicine», 170, pp. 1256-1261.

Smith S., Newhouse J.P., Freeland M.S. (2009), *Income, Insurance, And Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?*, «Health Affairs», 28(5), pp. 1276-1284.

Stevens A., Milne R., Burls A. (2003), *Health technology assessment: history and demand*, «Journal of Public Health Medicine», 25, pp. 98-101.

Stiglitz J. (1992), *Il ruolo economico dello stato*, Il Mulino, ed. orig. *The economic role of the state*, Blackwell, Cambridge MA, 1989.

Stuckler D., Basu S. (2013), *The Body Economic: Why Austerity Kills-Recessions, Budget Battles, and The Politics of Life and Death*, Harper Collins.

Volpp K.G. *et al.* (2009), *A Randomized, Controlled Trial of Financial Incentives for Smoking Cessation*, «New England Journal of Medicine», 360, pp. 699-709.

Weinstein M.C., Skinner J.A. (2010), *Comparative Effectiveness and Health Care Spending — Implications for Reform*, «New England Journal of Medicine», 362(5), pp. 460-465.

Weintraub W.S. *et al.* (2008), *Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease*, «New England Journal of Medicine», 359(7), pp. 677-687.

Weisbrod B. (1991), *The health care quadrilemma: An essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment*, «Journal of Economic Literature», 29, pp.523-552.

WHO (2000), *The World health report 2000 : health systems : improving performance*, Geneva.

WHO (2009), *The European health report 2009 : health and health systems*, Geneva.

WHO (2010), *The world health report. Health systems: improving performance, the path to universal coverage*, Geneva.

Woolhandler S., Campbell T., Himmelstein D.U. (2003), *Costs of health care administration in the United States and Canada*, «New England Journal of Medicine», 349(8), pp. 768–775.

Yong P., Olsen L. (2010), *The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes. Brief summary of a workshop*, Washington DC, National Academic Press.

Yong P.L., Saunders R.S. Olsen L.A. (eds.) (2010), *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes*, Institute of Medicine, National Academies Press (US), Washington (DC).

Yu C.M. *et al.* (2009), *Biventricular pacing in patients with bradycardia and normal ejection fraction*, «New England Journal of Medicine», 361, pp. 2123-2134.

Zhou Y.Y. *et al.* (2010).*Improved quality at Kaiser Permanente Through E-mail between physicians and patients*, «Health Affairs», 29(7), pp. 1370-1375.

Note

[1] Se, ad esempio, il programma fa guadagnare ai pazienti 10 anni di vita, ciascuno vissuto con una utilità pari a 0,8, il risultato in termini di QALY è: 0,8 X 10 anni = 8 QALY. Un altro programma che ottiene lo stesso numero di anni ma ad un livello di qualità inferiore e dunque con una utilità inferiore, ad esempio di 0,6, ha il seguente risultato: 0,6 X 10 anni = 6 QALY. L'indicatore, Rapporto Costo-Efficacia Incrementale si ottiene quindi calcolando la differenza dei costi totale fra le due tecnologie e rapportando tale differenza alla analoga differenza fra i rispettivi valori di efficacia.

[2] PFS (Progression Free Survival) è la sopravvivenza libera da progressione, cioè il periodo di tempo, solitamente calcolato dall'inizio di una terapia durante il quale la malattia di cui soffre un paziente non progredisce.

Sommario

La riforma sanitaria non può più essere rinviata a causa degli alti costi e delle inefficienze, così come delle differenze nella distribuzione dei servizi, e delle forti diseguaglianze nella qualità dell'assistenza fra le regioni, tenendo anche conto dei bisogni sanitari di una popolazione che invecchia e dell'introduzione di costose tecnologie.

Il paper analizza le principali caratteristiche del Sistema Sanitario Italiano, in particolare: 1. La spesa sanitaria; 2. La malattia da costi (bassa produttività) (Baumol); 3. Costo-efficacia quale strumento per decisioni razionali; 4. Il divario Nord-Sud: un problema di istituzioni economiche estrattive e inclusive (Acemoglu); 5. Concorrenza in sanità quale parte della soluzione (Porter).

Le principali proposte per reinventare il Sistema Sanitario Italiano sono le seguenti:

1. Maggiori poteri alle regioni i cui pazienti, come votanti, possono e devono influenzare il livello di appropriatezza dei servizi forniti; 2. Utilizzazione delle tecnologie fondate su valutazioni di costo-efficacia; 3. Diffusione dell'IT (Information Technology); 4. Concorrenza fondata sui risultati confrontati con i costi: i fornitori devono competere sui risultati dei servizi.

Abstract

The health care reform it is no longer to be postponed due to the high costs and inefficiencies, as well as differences in the distribution of services, and sharpen existing disparities in the quality of care between regions, according to the health needs of the growing aging population and the introduction of expensive technologies.

The paper analyses the main features of the Italian Healthcare System, in particular: 1. Healthcare expenditures; 2. Disease cost (low productivity) (Baumol); 3. Cost-effectiveness as instrument for rational decisions; 4. North-South divide: a matter of extractive and inclusive economic institutions (Acemoglu); 5. Competition in healthcare as part of solution (Porter).

The main proposals for reinventing the Italian Healthcare System are the following:

1.Empowering each region for their patients who, as voters, can and should affect the level of appropriateness of the services provided; 2. Utilisation of technologies based on cost-effectiveness appraisals; 3. Diffusion of IT (Information Technology), 4. Competititon based on the results compared to the cost: providers must compete on the outcomes of the services.

Nota biografica sugli autori

Stefano Capri

Stefano Capri è un economista sanitario, formatosi all'Università Bocconi di Milano e all'Università di York (UK). E' Professore a Contratto di Economia Politica e Economia Industriale presso l'Università Cattaneo-LIUC di Castellanza, e responsabile per le valutazioni economiche presso il Centro HTA dell'Università Cattolica di Roma. Ha ricoperto incarichi di insegnamento in numerose università tra cui la Bocconi, l'Università degli Studi di Milano, l'Università di Firenze, l'Università di Pavia e l'Università Vita-Salute San Raffaele. Ha realizzato valutazioni economiche in numerosi campi della medicina incluso programmi di screening, vaccinazioni, dispositivi medici e farmaci. Ha pubblicato estensivamente sulle maggiori riviste di economia sanitaria. Il suo lavoro riguarda vari temi: valutazione economica delle tecnologie sanitarie, analisi delle politiche e dei sistemi sanitari, economia del farmaco, prezzi e rimborsi dei farmaci, temi teorici relativi all'analisi costo-efficacia.

Stefano Capri is an health economist, educated at Bocconi University (Milan, Italy) and at University of York (UK). He is Adjunct Professor of Economics and Industrial Economics at Cattaneo-LIUC University (Castellanza, Italy), and responsible for economic evaluation at the Centre for Healthcare Technology Assessment at Catholic University in Rome. He had teaching positions in several universities including Bocconi University, University of Milan, University of Florence, University of Pavia, University Vita-Salute S.Raffaele. He has undertaken economic evaluations in a wide range of medical fields including screening programmes, vaccinations, medical devices and pharmaceuticals. He has published extensively in major academic journals in health economics. His work has covered a variety of topics: economic evaluation of healthcare technologies, analysis of health systems and health policies, pharmaceutical economics, pricing and reimbursement of medicaments, and theoretical issues related to cost-effectiveness analysis.