

Spunti per intervento Tavola Rotonda I nuovi modelli del Sistema Sanità

Massimo Scaccabarozzi

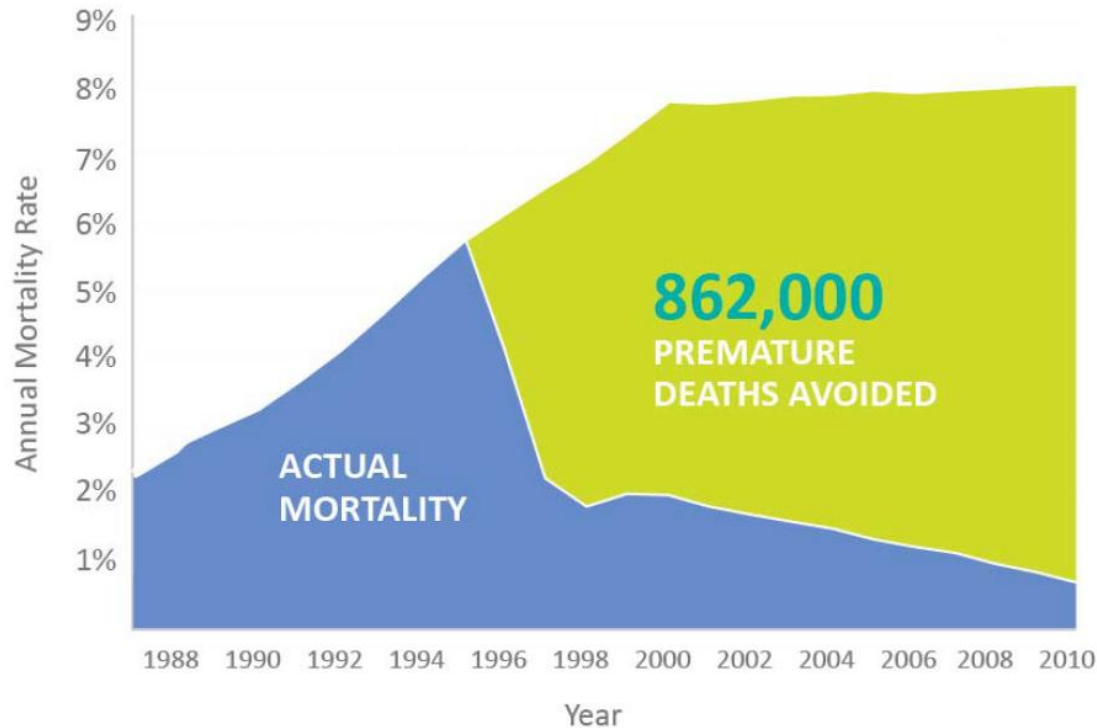
11 Novembre 2015



FARMINDUSTRIA

I nuovi modelli della Sanità dovranno essere centrati sul valore dell'innovazione

Tassi di mortalità effettivi e stimati per HIV/AIDS negli USA

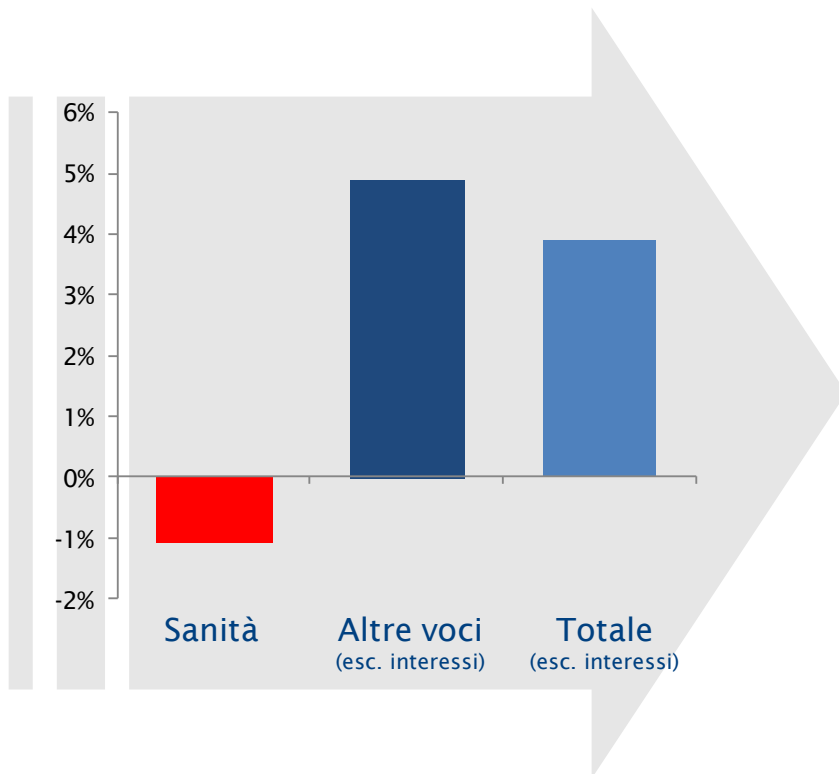


Non è possibile né giusto limitare il valore dell'innovazione al concetto di costo. I nuovi farmaci pongono il tema della sostenibilità, ma l'accesso alle nuove terapie è un obiettivo prioritario, di cui tutto il Paese dovrebbe essere orgoglioso e rassicurato



La spesa pubblica cresce ma non la sanitaria (e di certo non la farmaceutica)

Spesa sanitaria e altre voci
di spesa pubblica in Italia: var % 2011-2014

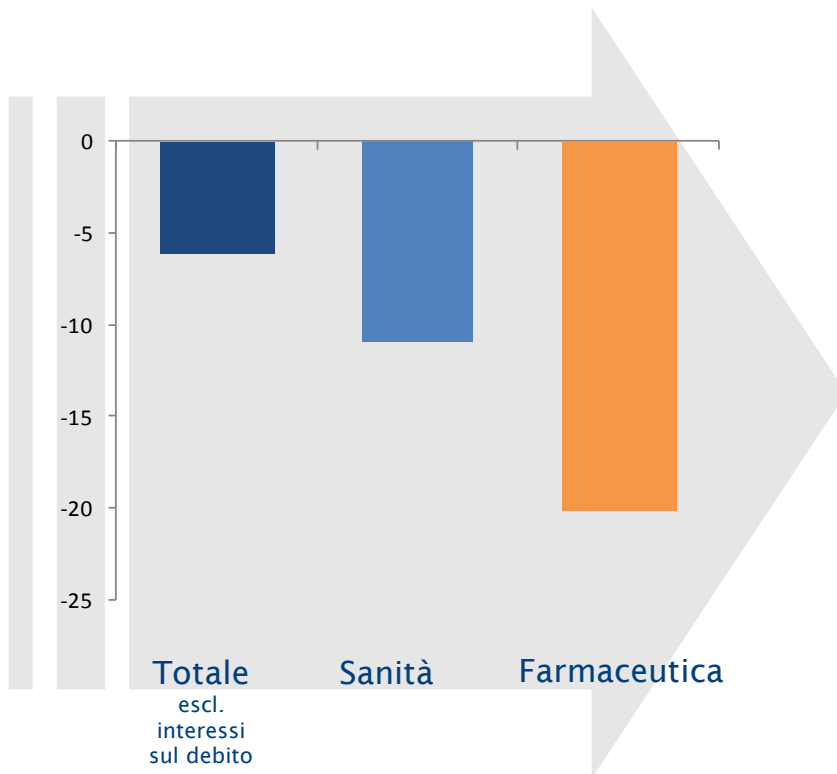


E per la farmaceutica ancora di più

-2,5%
negli ultimi 5 anni

La spesa pubblica in Italia è più bassa che negli altri principali Paesi europei

Rapporti spesa/PIL: Italia vs Ue
(scostamento %)



1%

Rapporto tra spesa farmaceutica e PIL in Italia

Durante la crisi del 2011, la “Troika” indicava ai Paesi sotto osservazione la soglia dell’1% come obiettivo di spesa farmaceutica/PIL

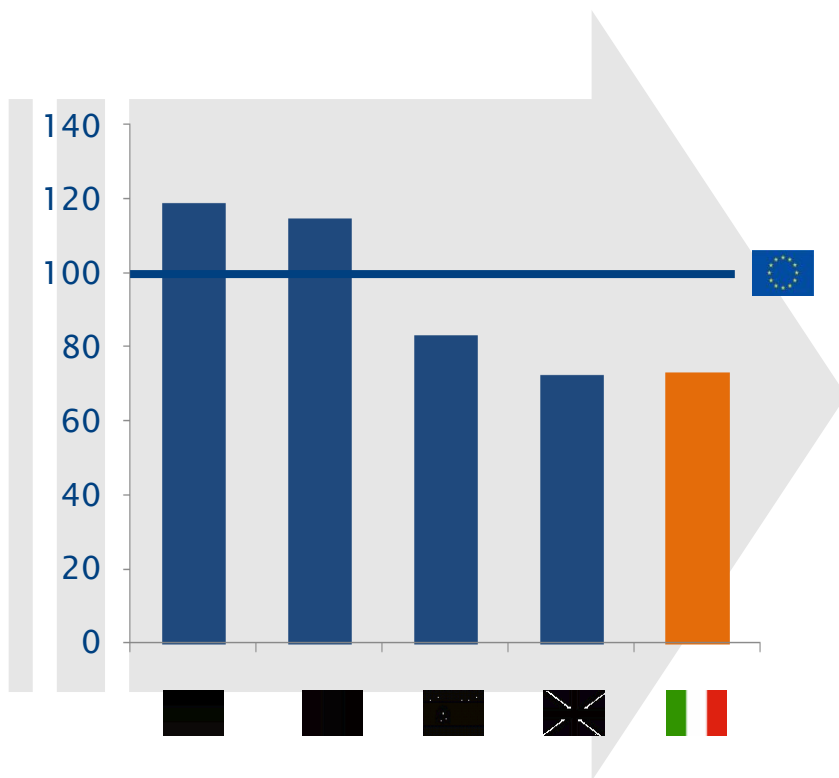
In Italia

è già effettiva da anni



L'Italia è, tra i grandi Paesi europei, quello con la minore spesa farmaceutica procapite

Spesa pubblica farmaceutica* procapite
(indice Big Ue=100)



* territoriale+ospedaliera, al netto dei payback

-30%

la **differenza** nella spesa farmaceutica procapite tra l'Italia e gli altri grandi Paesi europei

e in Italia anche

prezzi più bassi (-15/20%)

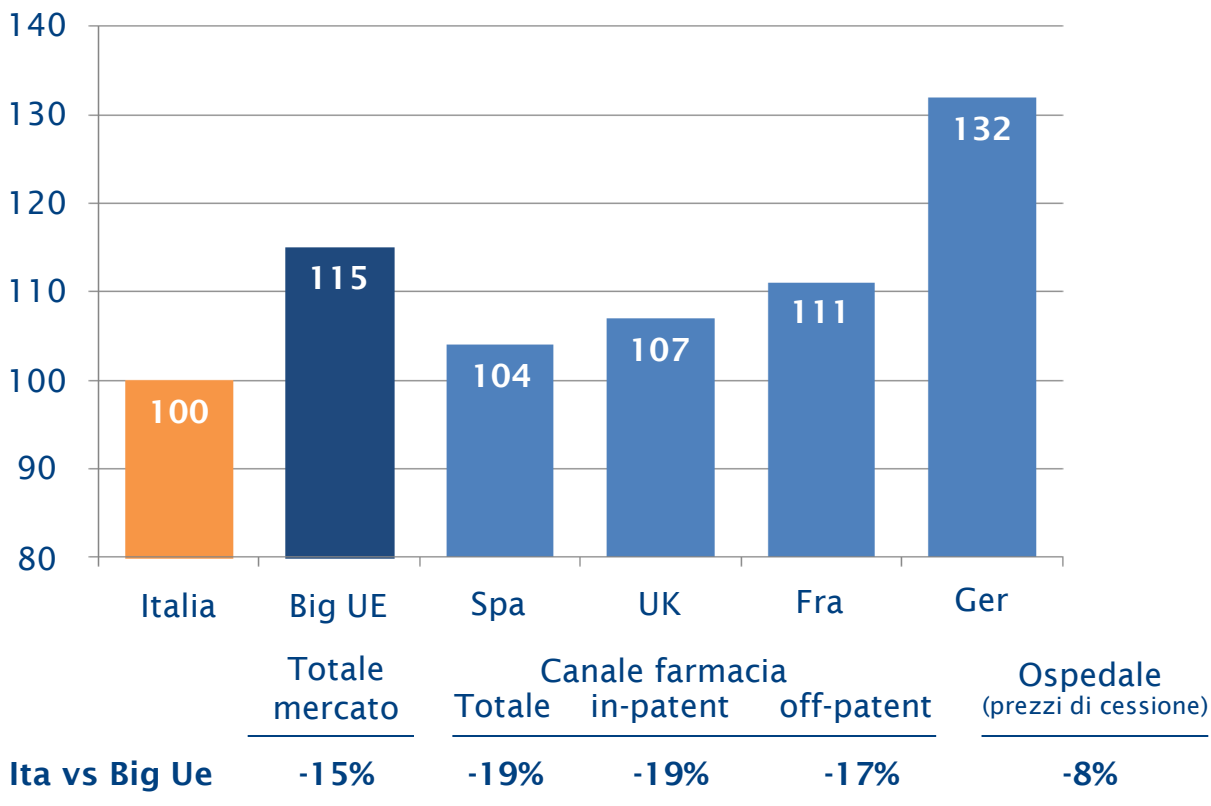
E anche la spesa privata è più bassa della media (-11%)



In Italia prezzi più bassi che negli altri Paesi Ue, in farmacia, in ospedale, brevettati, off-patent

Prezzi a ricavo industria dei farmaci con prescrizione

(confronti bilaterali, totale mercato, Indice Italia=100)



Un risultato confermato anche da studi condotti fuori dall'Italia, ad esempio dal UK Department of Health e in un'analisi condotta per il Parlamento europeo

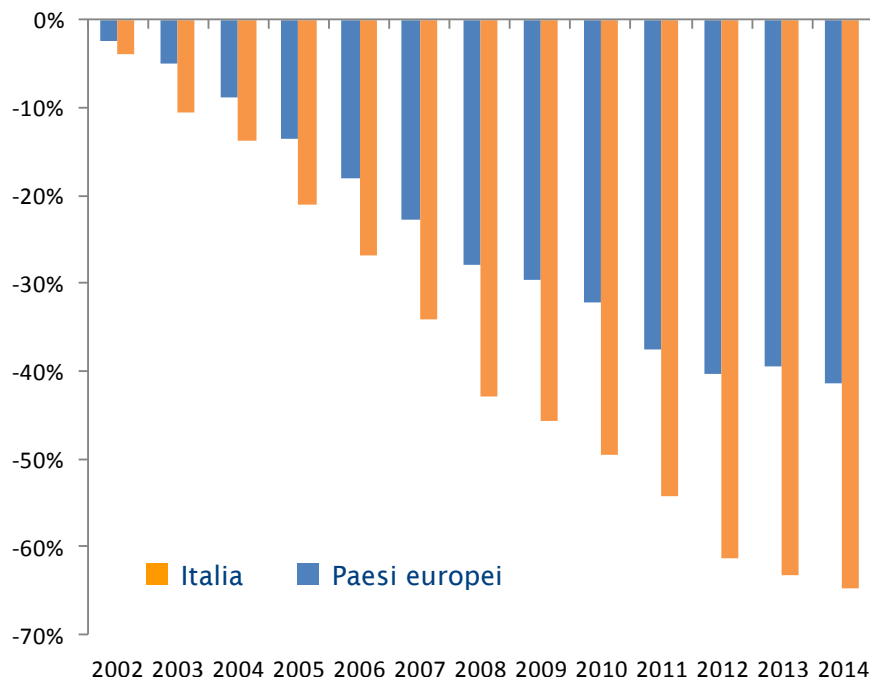


Più di 10 anni con prezzi in calo, un fenomeno europeo ma che in Italia è più intenso

Variazione cumulata 2001-2014

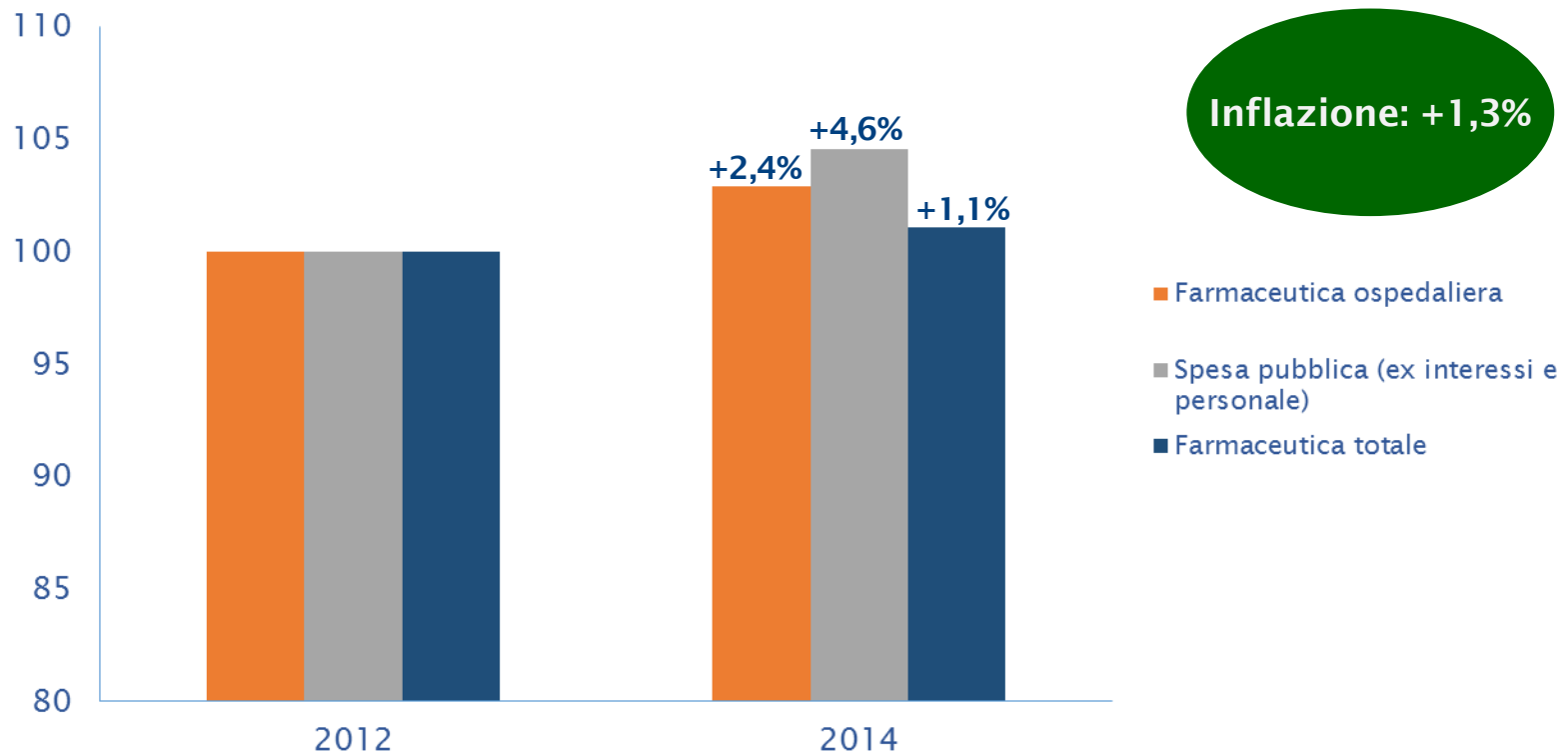
	Italia	Big Ue
prezzi dei medicinali (rimborsabili e non)	-32%	-15%
inflazione	+30%	+25%
differenza	-62%	-40%

Differenziale fra prezzi dei farmaci e inflazione (punti percentuali)



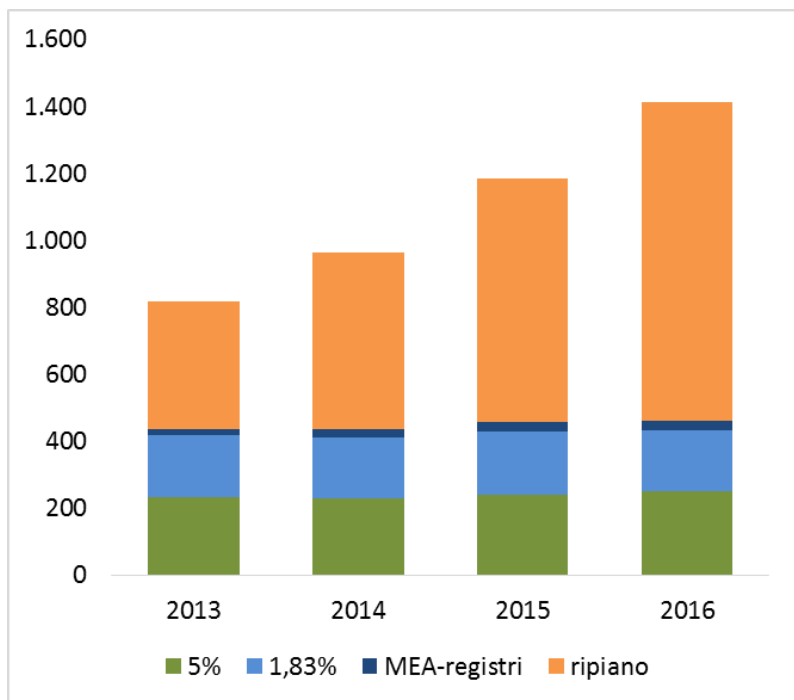
La farmaceutica ospedaliera cresce la metà della spesa pubblica totale, la farmaceutica totale meno dell'inflazione

Spesa pubblica totale e spesa farmaceutica (indice 2012=100)

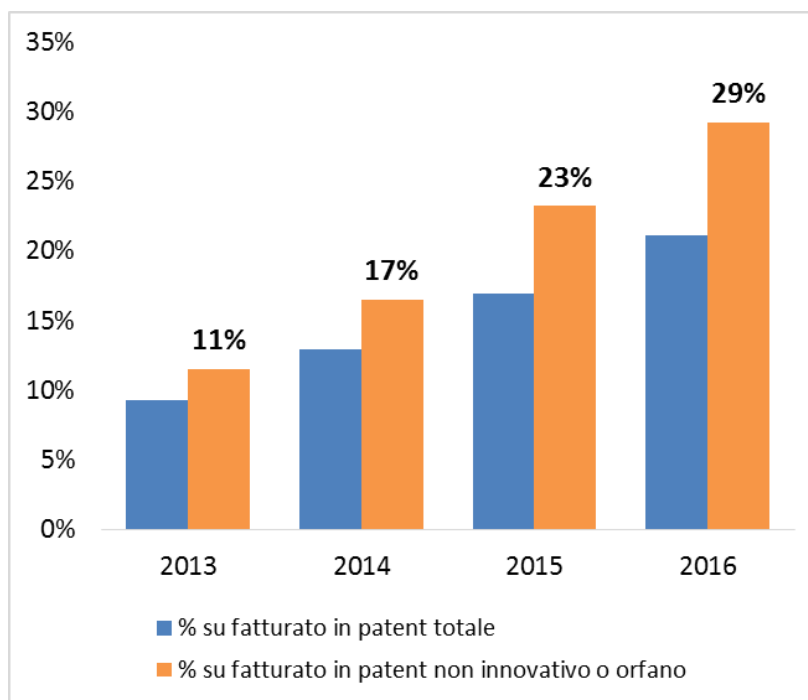


La pressione sui costi delle imprese del farmaco

Valori di tutti i payback (mln €)



Spesa ospedaliera: ripiano/fatturato



Il governo della spesa è equilibrio dei conti, ma anche accesso all'Innovazione e investimenti

L'accesso alle nuove terapie
è la priorità dei prossimi anni

La **sostenibilità** non deve considerare
solo il costo del farmaco ma anche
i risparmi generati per il *Welfare*
e gli effetti sull'industria
delle politiche sanitarie

53 farmaci approvati FDA nel 2014,
il numero più alto dal 1991

12 potenziali *blockbuster*
nei prossimi 5 anni

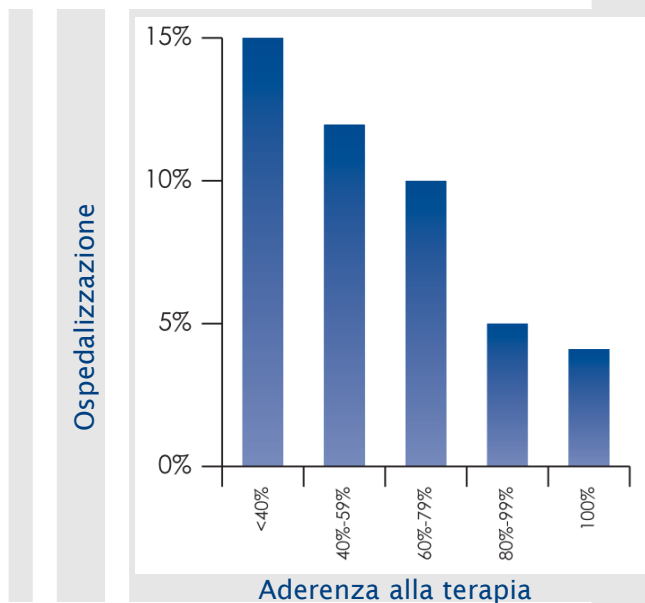
1 **miliardo** speso dal *Welfare* in Italia
per trattare i malati di Epatite C,
risparmiato con i nuovi farmaci

4% è quanto costano i farmaci
oncologici rispetto al costo totale
per trattare i tumori



Farmaci e vaccini sono strumenti di efficienza per il governo della spesa socio-sanitaria

Ospedalizzazione e aderenza alla terapia per Pazienti affetti da diabete



1 a 24

rapporto tra euro spesi per la vaccinazione e risparmi derivanti dalle malattie evitate

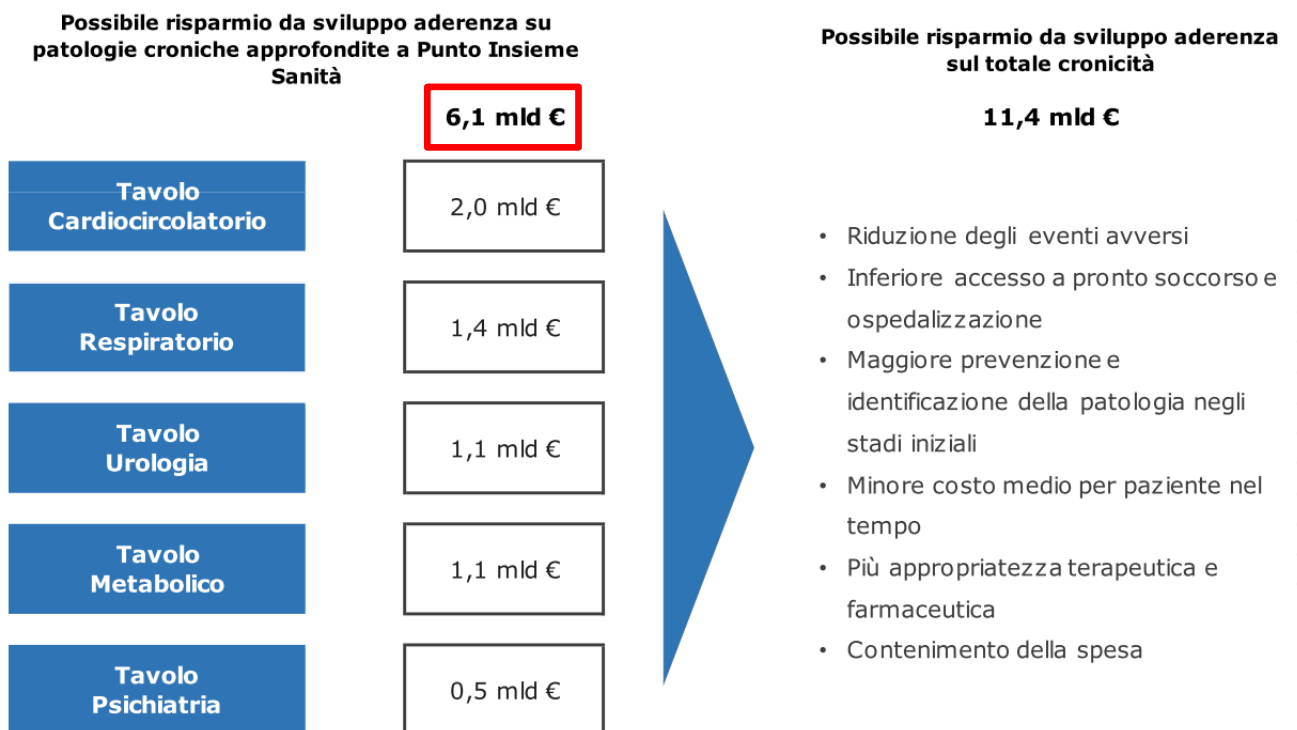
Un giorno in ospedale costa 1.000 euro

un anno di assistenza farmaceutica 270

La farmaceutica non deve essere considerata in un sistema chiuso, ma va inserita in un percorso diagnostico terapeutico, **valorizzando anche i costi evitati**



I risultati di uno studio Federanziani: migliorare l'aderenza alla terapia fa risparmiare miliardi di euro (ma potrebbe far sfondare il tetto farmaceutico...)



Alcuni indicatori di appropriatezza AIFA

Pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi aderenti al trattamento	55%
Pazienti in trattamento con statine aderenti al trattamento	44%
Pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici aderenti al trattamento	62%
Pazienti in trattamento con farmaci per osteoporosi aderenti al trattamento	49%
Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antidepressivi aderenti al trattamento	39%
Pazienti in trattamento con PPI senza i criteri di rimborsabilità previsti dalla Nota AIFA 1 o dalla Nota AIFA 48	48%

Alcuni commenti conclusivi

I dati di spesa dimostrano che a livello internazionale, in serie storica, rispetto ad altri comparti di spesa la farmaceutica in Italia è già sottofinanziata

Anche l'ultimo tassello per chi diceva che si poteva ancora tagliare è stato affrontato con il Prontuario che ha portato 314 milioni di taglio, effetti molto pesanti per alcune aziende (coinvolto anche il 50% del fatturato)

ABBIAMO GIA' DATO

- non toccare il settore nella Legge di Stabilità
- non usare il concetto di assimilabilità (che per stessa ammissione di AIFA non ha fondamento scientifico, ma solo economico riferito a questa manovra, per ulteriori azioni di contenimento della spesa a livello regionale
- superare ricette vecchie “economicistiche”
- affrontare il tema della nuova governance, sulla base di considerazioni scientifiche e che tengono conto del valore industriale del nostro settore

Le sfide dei nuovi farmaci sono radicalmente nuove (CERM stima in 3-4 miliardi la maggiore spesa entro il 2020) e non si possono affrontare con ricette vecchie. Altrimenti si rischia di o non avere accesso o distruggere il sistema industriale



Principi base per la nuova governance

- mantenimento e rafforzamento di un fondo strutturale per la “grande” innovazione, adeguato alle esigenze di salute e finanziato con risorse esterne alla farmaceutica;
- distinzione tra spesa territoriale e ospedaliera;
- superamento del tetto di spesa ospedaliera, perché i farmaci vanno considerati all’interno del percorso diagnostico terapeutico assistenziale e in particolare quelli ospedalieri sono somministrati secondo protocolli precisi, con una domanda determinata da precise esigenze terapeutiche;
- determinazione del ripiano esclusivamente a livello nazionale (quindi senza 21 tetti/ripiani regionali, che avrebbero costi e complessità inaccettabili);

In base a queste premesse:

- **mantenere il tetto di spesa territoriale** pari a 11,35% del FSN, esclusi i farmaci altamente innovativi per i quali va previsto un fondo ad hoc, ma con uno spazio per l’innovazione “normale”;
- **far confluire la spesa per i farmaci ospedalieri in un fondo unico per l’assistenza ospedaliera complessiva**, rimuovendo il tetto ed il relativo meccanismo di ripiano;
- **eliminare i tetti di prodotto/classe** in quanto l’appropriatezza terapeutica è garantita dall’attuale *governance* clinica (piani terapeutici, registri...)

