

## Perché la sanità per tutti fa bene all'economia

*La sostenibilità dei costi dell'innovazione passa anche per la capacità di distinguere quello su cui conviene investire (il farmaco che salva la vita) da quello che fa bene più a chi lo produce che non alla collettività*

di **NICOLA PINELLI\***

I sistemi sanitari universalistici, che offrono a tutti pari opportunità di cura, non fanno bene solo alla salute, ma anche all'economia e alla lotta alle disuguaglianze. Nel 2012 se ne è convinta anche l'Onu, inserendo la copertura sanitaria universale tra gli obiettivi di sviluppo del millennio. Una scelta frutto del lavoro del grande economista e Nobel Amartya Sen, che con i suoi studi ha dimostrato come ampliando la copertura sanitaria non migliorino solo l'aspettativa di vita e la mortalità evitabile, ma anche la crescita economica.

Eppure parliamo sempre più de "La salute diseguale", che è il tema del Festival di Trento dell'Economia di quest'anno. L'Italia è forse il Paese che più di chiunque altro ha creduto nella scelta universalistica. Ed è riuscito a perseguirla fino ad oggi facendo miracoli, perché con il tasso di crescita della spesa pro-capite più bassa tra i Paesi industrializzati negli ultimi dieci anni riesce ad offrire una gamma di prestazioni a lavoratori e disoccupati, poveri e ricchi, che altrove nemmeno si sognano. E questo sarà forse anche merito di manager e professionisti che ci lavorano.

Ma da tempo il nostro sistema sanitario universalistico emette scricchiolii sinistri che tutti faremmo bene ad ascoltare, se non vogliamo che l'innovazione, da opportunità di benessere, si trasformi in fattore di iniquità. Già oggi in parte è così. Sui farmaci abbiamo visto cosa è successo per i nuovi costosissimi anti-epatite, per due anni accessibili solo a chi aveva oramai la cirrosi in stato avanzato o addirittura un tumore epatico, prima che una trattativa serrata con i detentori dei brevetti riuscisse a ridurne i prezzi e a garantirne a tutti, sia pure in tre anni, l'accesso. Ma verrà da chiedersi cosa accadrà mano a mano che nel mercato europeo entreranno quei 43 medicinali già autorizzati dall'Fda americana dai prezzi molto più alti della super-pillola anti epatite da 80mila euro a terapia.

Sono medicinali per la cura delle malattie rare, tumori, l'insufficienza cardiaca. I prezzi sono di migliaia di euro quando va bene. Ma per alcune terapie anti tumorali in fase finale di sperimentazione già si parla di un milione di dollari. E' chiaro che a queste condizioni l'accesso alle cure dovrà essere in qualche modo limitato.

C'è poi il fattore "deprivazione economica" a peggiorare con le condizioni di vita anche quelle di salute dei più vulnerabili. Tempo fa uno studio ha dimostrato che tra i pazienti sottoposti ad angioplastica sono quelli appartenenti alle fasce sociali più basse ad avere i peggiori tassi di mortalità. E che dire di quei quasi tre milioni di italiani che rinunciano alle cure per motivi economici. Per questo è necessario intervenire anche contro le nuove povertà se vogliamo ridurre le disuguaglianze sul piano della salute.

Infine l'elemento geografico. Vuoi per fattori economici, vuoi in misura forse maggiore per differenti modelli organizzativi, l'offerta sanitaria nel nostro Paese è infatti fortemente diseguale. Non si spiegherebbe altrimenti come mai in Trentino e nelle Marche l'aspettativa di vita sia pari a quella dei Paesi scandinavi, in Campania e Sicilia a Bulgaria e Romania.

Anche l'innovazione nel campo biomedicale, tac, risonanze, ecografi, da fattore di miglioramento delle cure sta diventando elemento di disparità. Il 60% delle apparecchiature è obsoleto, e molte tecniche chirurgiche innovative restano fuori dalle sale operatorie perché troppo costose.

Se questo è lo stato di salute del nostro SSN, la cura può essere composta da più antidoti. Il primo è quello di implementare l'investimento in salute, che nei prossimi tre anni crescerà a ritmo dimezzato rispetto al nostro Pil. E questa è una scelta eminentemente politica. L'altro è quello di fare necessità virtù, come chi ha diretto le Aziende sanitarie in questi anni ha sempre fatto, cogliendo nelle varie spending review una opportunità per reingegnerizzare modi di produzione e di lavoro in sanità.

La terza carta, ma non ultima per importanza, è nascosta dietro una sigla, Hta, che sta per Health Technology Assessment. Semplificando: quella tecnologia che per un dispositivo medico o un farmaco è in grado di valutarne il rapporto costo-beneficio. Perché la sostenibilità dei costi dell'innovazione passa anche per la capacità di distinguere quello su cui conviene investire (il farmaco che salva la vita) da quello che fa bene più a chi lo produce e ci investe in borsa che non alla collettività (il medicinale che per 300mila dollari allunga di pochi mesi la vita e con pessima qualità). Garantire il secondo può significare escludere molti dal primo. E' una scelta etica, ancor prima che di sostenibilità.

*\*Direttore FIASO, economista sanitario*