



II GIORNATA
FARMACI INNOVATIVI
QUALITA' EFFICACIA APPROPRIATEZZA
Garanzia dell'Universalità delle Cure sul Territorio Nazionale

**Tra Consumismo e Appropriatezza nei 21 Sistemi Diversi di Accesso:
Miracolo o Miraggio**

Venerdì 18 dicembre 2009 ore 08.30 – 14.00

CAMERA DEI DEPUTATI
Palazzo Marini – Sala delle Conferenze
Roma

**REGIONALIZZAZIONE: ALCUNI EFFETTI SU SPESA, PREVENZIONE E
INNOVAZIONE**

Prof. Federico Spandonaro

CEIS Tor Vergata Roma. Advisor Meridiano Sanità

La presentazione illustrerà alcuni effetti della regionalizzazione, soprattutto in termini di accesso ai farmaci innovativi e a cure e prevenzione, basato sul rapporto 2009 di Meridiano Sanità, studio dell'Ambrosetti House, presentato lo scorso Novembre a Cernobbio in occasione del Forum annuale Meridiano Sanità.



Regionalizzazione: alcuni effetti su spesa, prevenzione e innovazione

Federico Spandonaro

Univ. di Roma Tor Vergata





L'obiettivo di Meridiano Sanità

- Meridiano Sanità è una piattaforma *multi-stakeholder* nata nel 2005 con l'obiettivo di ...

**... proporre, in chiave indipendente,
professionale e condivisa, idee, e
soluzioni per un nuovo approccio alla
Sanità in Italia**

Sostenibilità

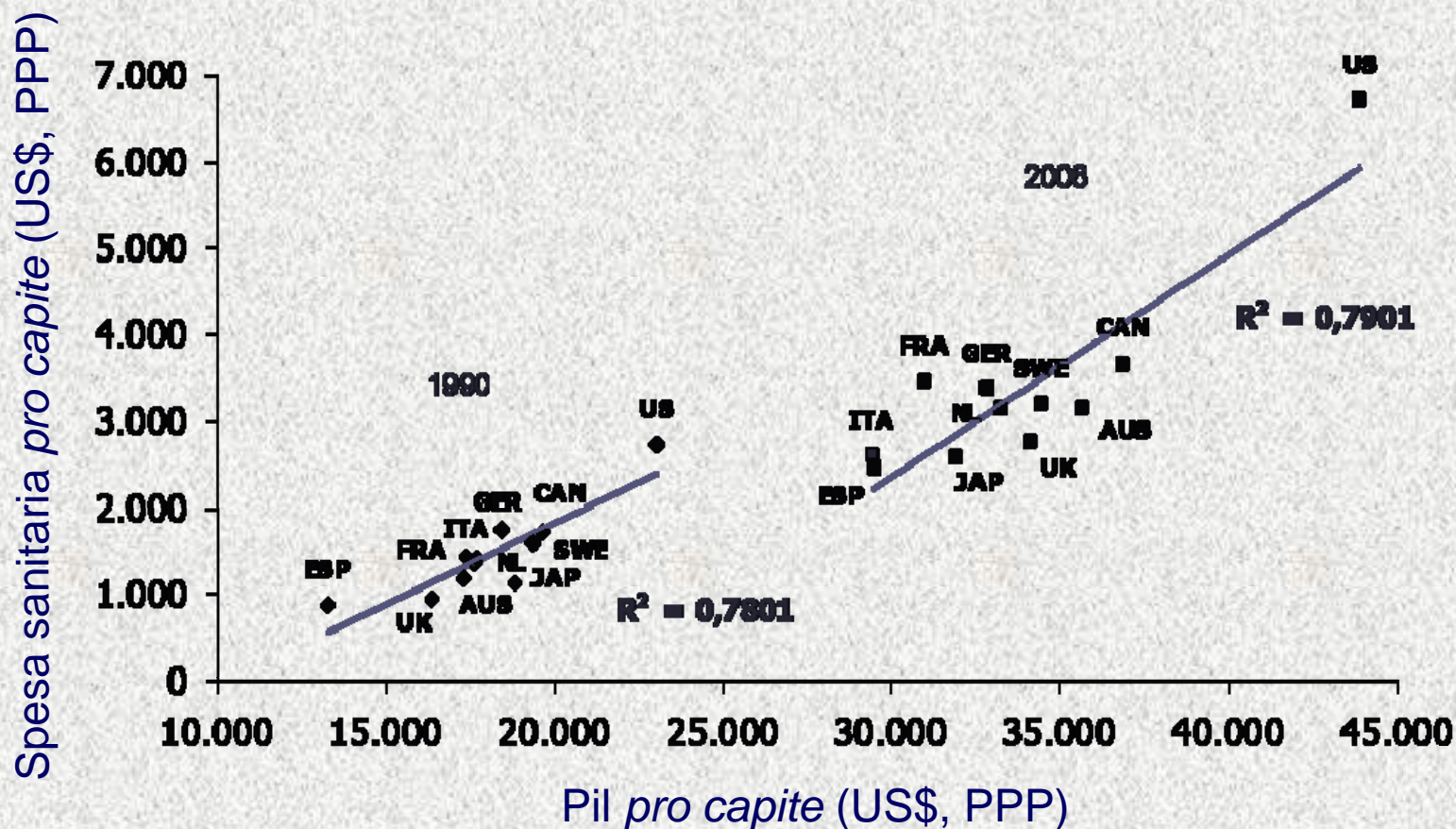
- Una questione giustificata
 - Spesa vicina al 9% del PIL
 - Eccesso di debito pubblico
- ... ma una questione mal posta
 - Complementarietà fra spesa pubblica e privata
 - Livelli derivanti dallo sviluppo del Paese

Regolarità empirica

- La relazione fra spesa sanitaria e PIL è molto stretta
- A livello internazionale rimane stabile nel tempo

Spesa sanitaria vs Pil

Dati pro capite 1990 e 2006 (US\$, PPP)



Fonte: Tratto da Meridiano Sanità The European House-Ambrosetti

Conseguenze

- L'efficienza della spesa è discutibile
 - Sia per allocazione
 - Sia per performance
- ... ma la spesa non è
 - Eccessiva
 - Sottostimata
- Ovvero il livello della spesa è quello "atteso"

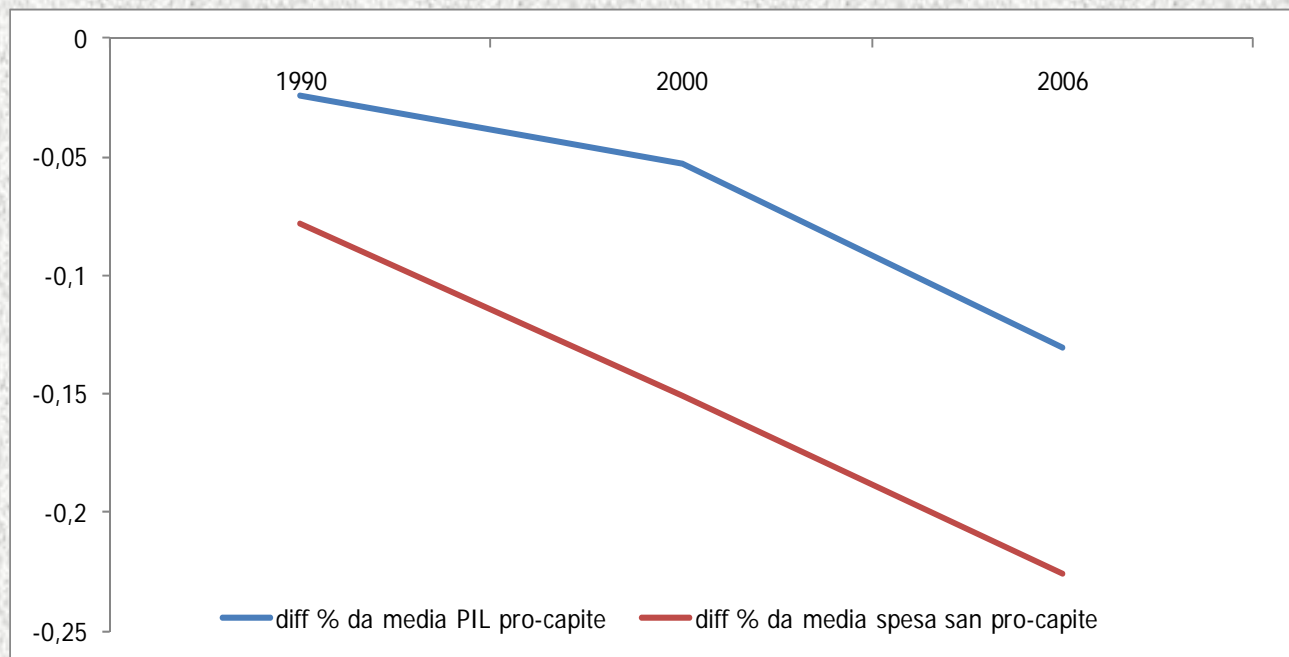
Willingness to pay

- Il livello di spesa che la popolazione italiana rivela essere accettabile è oggi intorno al 9% del PIL
- ... indipendentemente dalla sua composizione (pubblica/privata)

Livelli e gap

- Ciò non toglie che le risorse per la Sanità in Italia siano inferiori a quelle dei Paesi affini
 - Per il gap del PIL
 - Per il crescente gap del PIL
 - Per l'effetto moltiplicativo sulla spesa sanitaria

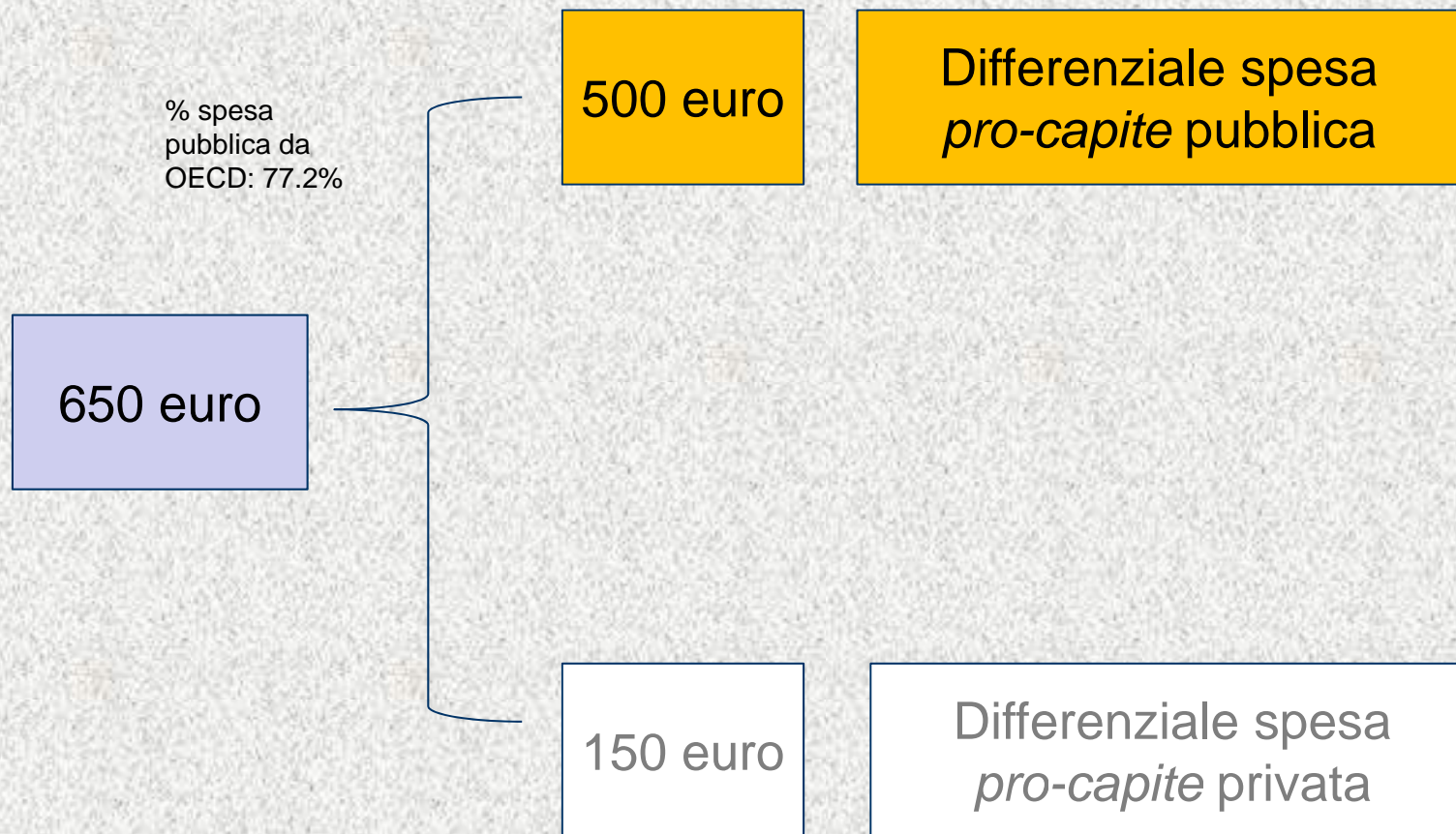
I Gaps



Fonte: Tratto da Meridiano Sanità The European House-Ambrosetti
Paesi affini: Australia, Canada, Francia, Germania, Giappone, Italia, Olanda,
Regno Unito, Spagna, Stati Uniti, Svezia



Il gap in valore assoluto



Fonte: Tratto da Meridiano Sanità The European House-Ambrosetti

Il gap in pratica

- Una WTP per la Sanità inferiore a quella dei Paesi affini di quasi il 30%

Conseguenze

- Il settore pubblico deve razionare
- Da un punto di vista sociale
 - Prioritarizzazione = Equità
 - Difficile pagare l'innovazione
- Da un punto di vista individuale
 - Arduo soddisfare le aspettative
 - ... e quindi aumentare la WTP

Conseguenze 2

- Per razionare il meno possibile
 - Efficienza
 - Federalismo
- Aumentare la WTP
 - Responsiveness
 - Aumentare la competitività del Paese

Competitività

- Il ruolo dell'innovazione
- Oltre maggiori opportunità terapeutiche ...
- "Capitalizzare" i benefici economici del settore Salute

Innovazione

- Volano dell'innesco di un circolo virtuoso in cui il settore salute diviene "prodotto" oltre che spesa
- Requisiti: politica industriale...
 - Stabilità
 - Reti per la ricerca
 - Reti di conoscenza



Federalismo vs Regionalizzazione

- Efficienza allocativa vs
- Efficienza tecnica

- Attenzione al trade off con l'equità

Equità

Tabella 1 - Impoverimento, povertà e spese catastrofiche secondo la metodologia WHO con soglie Istat, distribuzione percentuale delle famiglie per quintili di consumo standardizzato, Italia 2005

Quintile	1	2	3	4	5	Tutta Italia
POOR ²	54,3%	-	-	-	-	11,5%
IMPOOR	6,6%	0,7%	0,1%	-	-	1,5%
CATA	14,1%	2,2%	1,2%	1,2%	1,6%	4,1%
CATA NETTO	5,7%	2,2%	1,2%	1,2%	1,6%	2,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

- In Italia l'1,5% delle famiglie (quasi 350.000) si impoverisce a causa di spese sanitarie e il 4,1% (quasi 1 milione) sostiene spese sanitarie elevate (cosiddette catastrofiche, ovvero che superano il 40% della Capacity to Pay)

Equità

Tabella 4 - Impoverimento, povertà e spese catastrofiche secondo la metodologia WHO con soglie ISTAT, incidenza delle famiglie per Regione, Italia 2004-2005

	2004			2005		
	Poor	Impoor	Cata	Poor	Impoor	Cata
Italia	11,5%	1,3%	4,2%	10,9%	1,5%	4,1%
Piemonte e Valle d'Aosta	6,2%	0,9%	3,4%	6,7%	0,7%	3,0%
Lombardia	3,6%	1,0%	2,2%	3,6%	1,0%	2,2%
Trentino Alto Adige	7,0%	0,8%	3,7%	4,9%	0,4%	4,0%
Veneto	4,2%	0,7%	2,7%	4,3%	1,3%	3,3%
Friuli Venezia Giulia	5,1%	0,3%	1,9%	6,7%	0,9%	2,1%
Liguria	5,6%	1,5%	2,8%	5,0%	1,4%	3,5%
Emilia Romagna	3,4%	1,0%	2,7%	2,4%	0,5%	1,2%
Toscana	5,4%	1,2%	2,4%	4,6%	0,3%	1,7%
Umbria	8,8%	1,4%	4,0%	6,7%	0,8%	2,1%
Marche	7,4%	0,5%	3,9%	5,0%	1,0%	1,9%
Lazio	7,9%	0,9%	2,5%	6,8%	1,0%	2,1%
Abruzzo	16,1%	1,5%	4,4%	11,5%	2,0%	3,8%
Molise	21,4%	2,3%	8,0%	21,0%	1,3%	6,1%
Campania	24,7%	1,4%	6,2%	26,7%	2,5%	7,7%
Puglia	25,1%	2,3%	7,3%	18,9%	2,8%	6,8%
Basilicata	27,6%	1,8%	9,7%	24,2%	2,4%	8,5%
Calabria	24,3%	2,6%	10,2%	23,1%	4,9%	11,2%
Sicilia	29,6%	2,4%	9,2%	30,2%	2,6%	8,7%
Sardegna	15,1%	1,9%	5,6%	15,7%	2,6%	6,0%

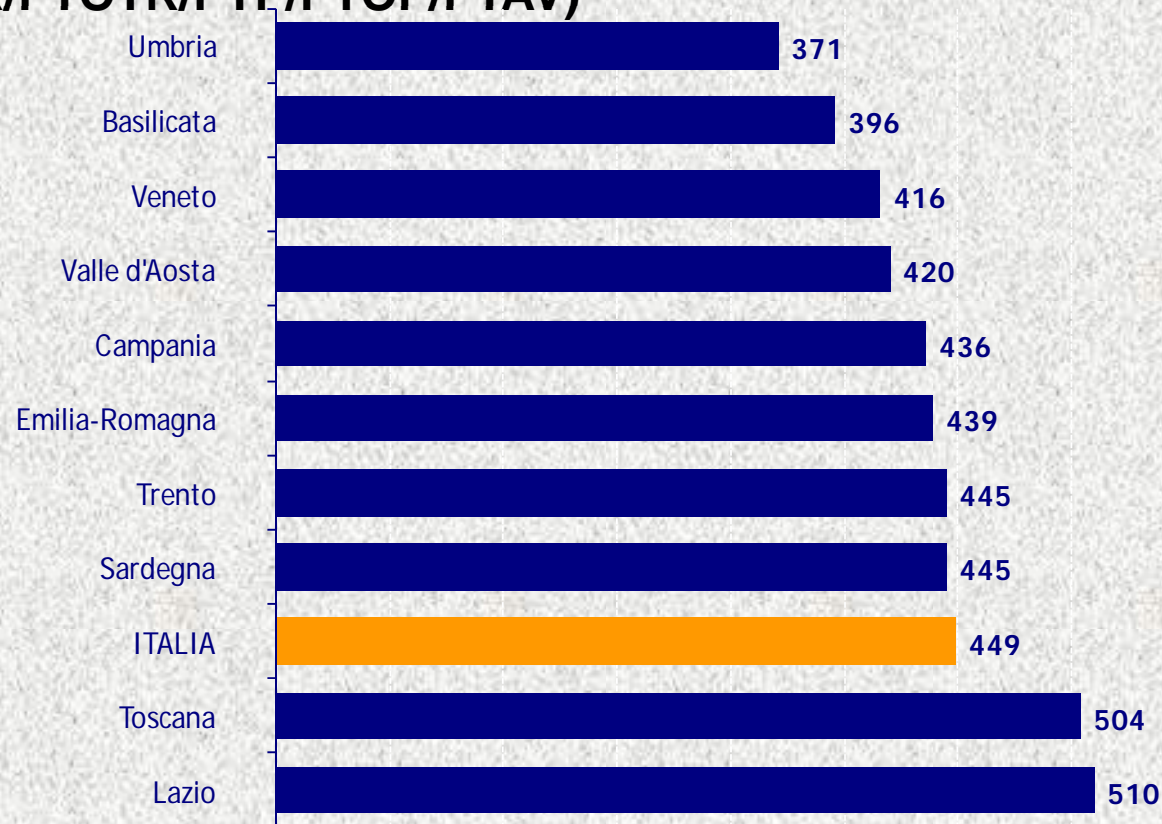
Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

■ Si confermano significative differenze regionali...



Accesso all'innovazione: farmaci oncologici

Tempi medi (numero di giorni) dal rilascio dell'AIC da parte dell'EMA all'inserimento dei farmaci nel primo prontuario territoriale (PTOR/PTR/PTOTR/PTP/PTOP/PTAV)*



(*) PTOR: Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale; PTR: Prontuario Terapeutico Regionale; PTOTR: Prontuario Terapeutico Ospedaliero Territoriale Regionale; PTP: Prontuario Terapeutico Provinciale; PTOP: Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale; PTAV: Prontuario Terapeutico di Area Vasta

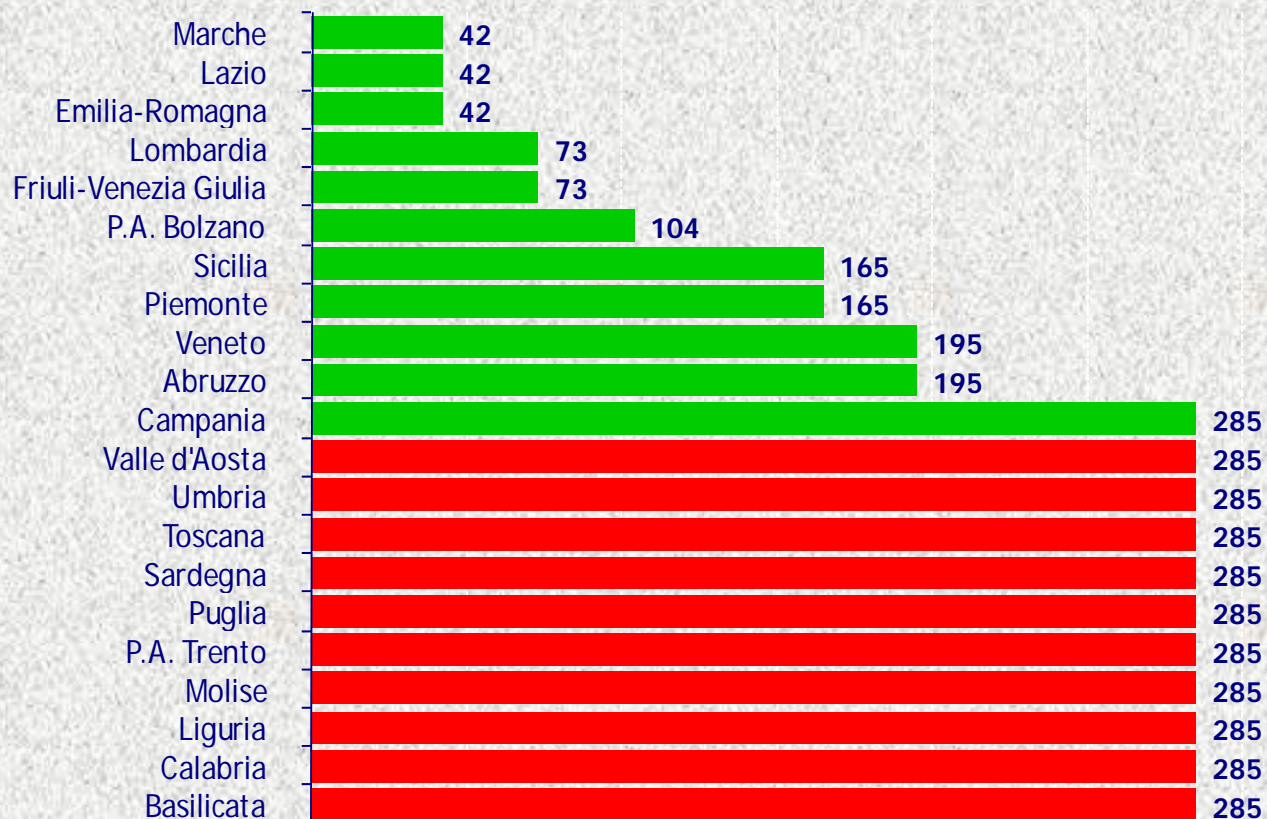
Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti da F. PAMMOLLI, D. INTEGLIA "Farmaci ospedalieri tra Europa, Stato, Regioni e Cittadini - Federalismo per i cittadini o federalismo di burocrazia?" Quaderno CERF 1-2009







Accesso all'innovazione: farmaci oncologici

- Case-study su Atriance® - Tempo medio di **prima movimentazione** nelle Regioni dopo l'autorizzazione AIFA (**125 gg medi** per le Regioni che hanno introdotto)



 Regioni che hanno introdotto il farmaco

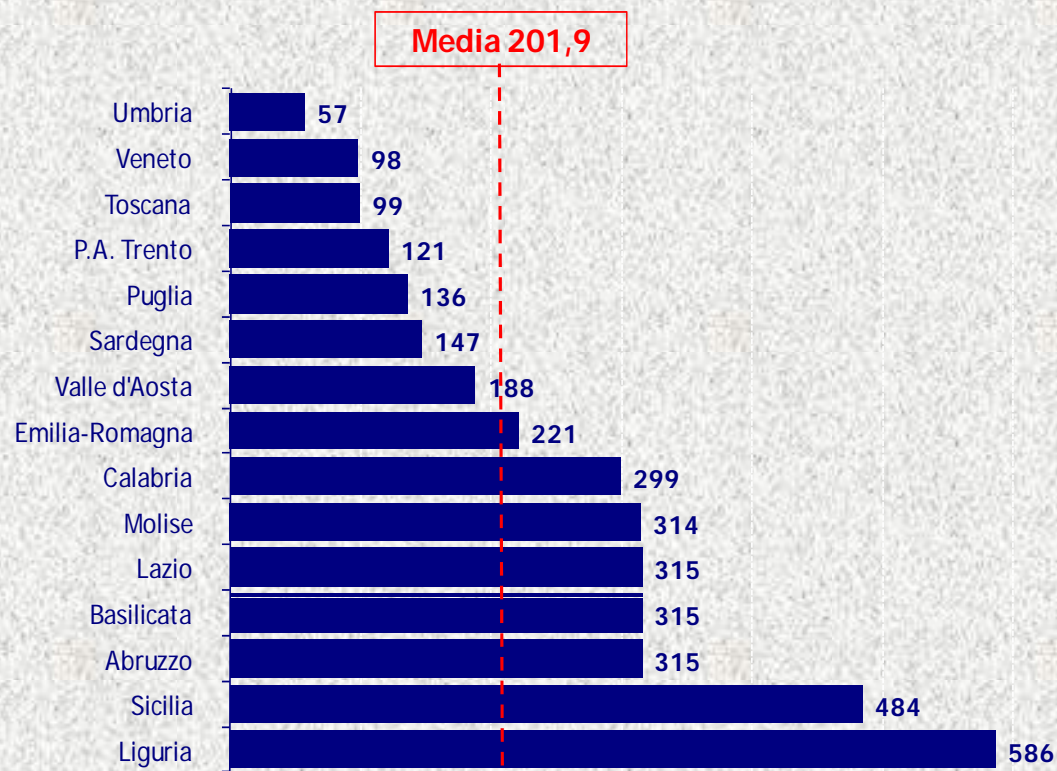
 Regioni che non hanno introdotto il farmaco a marzo 2009

Fonte:
elaborazione
AIFA, 2009



Accesso all'innovazione: farmaci oncologici

- Case-study su Sutent® - Tempo medio di inserimento nei PTOR regionali dopo l'AIC/Rimborsabilità



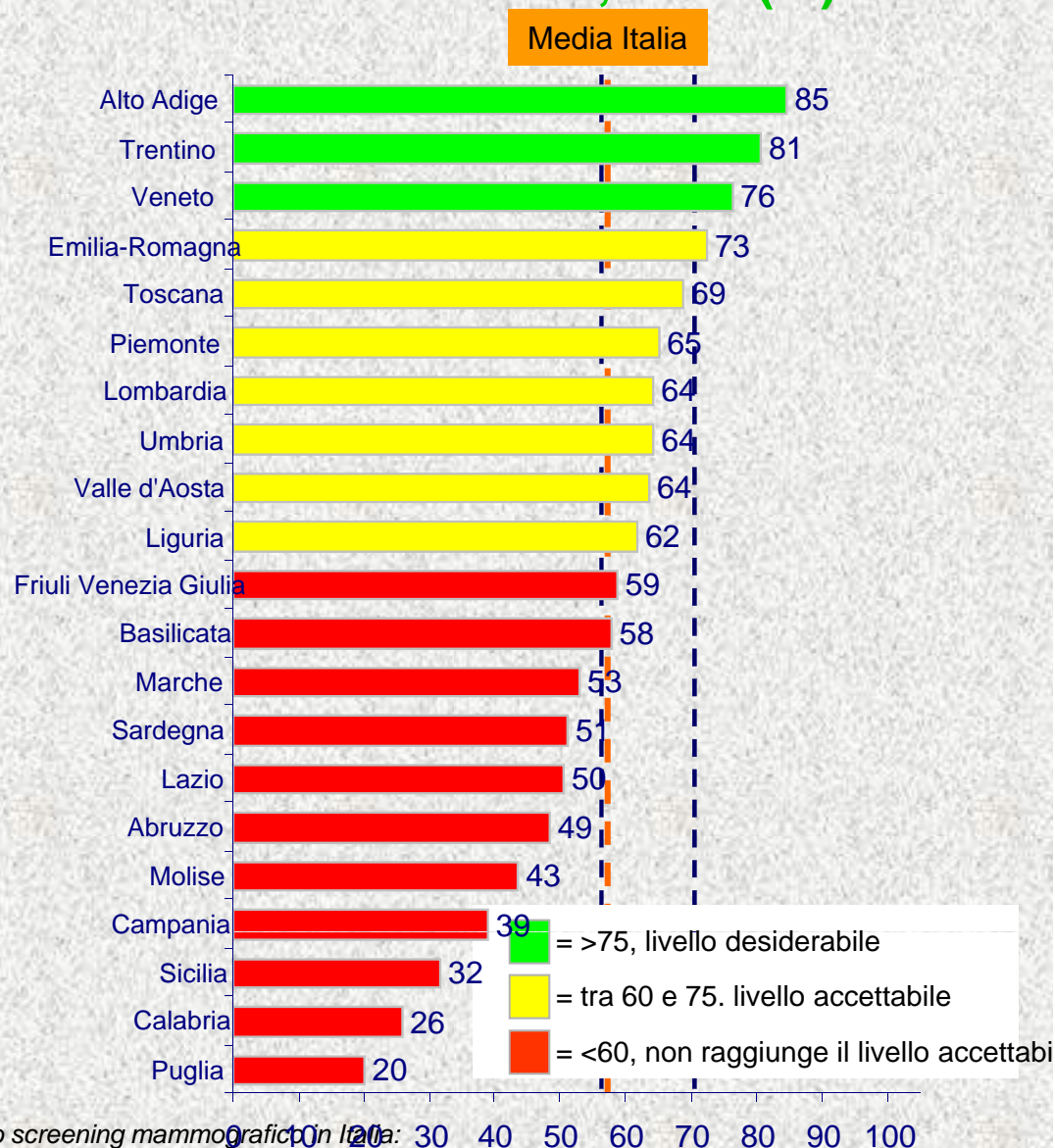
Nota: Marche: accesso immediato (non esisteva CRAT/PTOR); Le Regioni Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte e la P.A. di Bolzano non hanno il PTOR. La Regione Campania non inserisce gli oncologici nell'elenco. Il Lazio ha approvato il farmaco a luglio ma la pubblicazione è avvenuta a ottobre; la Sicilia ha approvato il farmaco a gennaio ma la pubblicazione è avvenuta a marzo; la Regione Emilia-Romagna il 17/01/2008 ha emesso una delibera per una nuova indicazione terapeutica del farmaco; Liguria: DGR 761; Molise: Delibera n. 1108; Puglia: DGR 518 (fino a quella data non esisteva il PTOR); Valle d'Aosta: DGR

Fonte:
elaborazione
Pfizer, 2009



Screening mammografico: adesione corretta, 2007 (%)

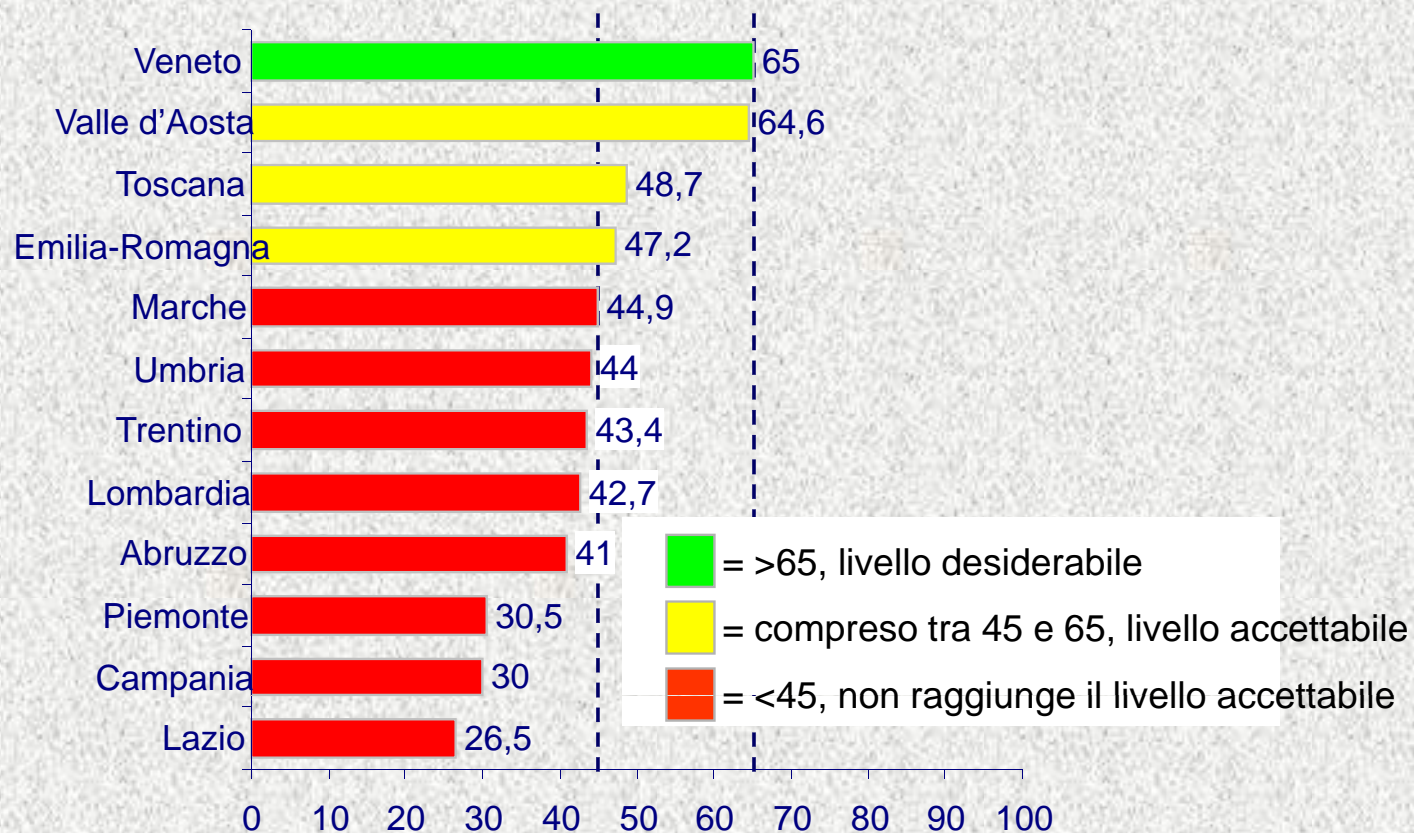
- Il dato medio italiano (61%) supera, anche se di poco, gli standard accettabili (60%)
- A livello regionale si osserva però una forte variabilità
- Solo tre Regioni superano il livello desiderabile (Alto Adige, Trentino e Veneto)
- I valori più bassi si registrano al Sud, anche perché in queste Regioni si trova il maggior numero di programmi di attivazione recente, che richiedono una fase iniziale di assestamento





Screening colorettaile: adesione corretta, 2007 (%)

- Il Veneto è l'unica Regione a raggiungere il livello desiderabile, mentre Lazio, Campania e Piemonte sono ancora molto lontani dell'obiettivo accettabile del 45%

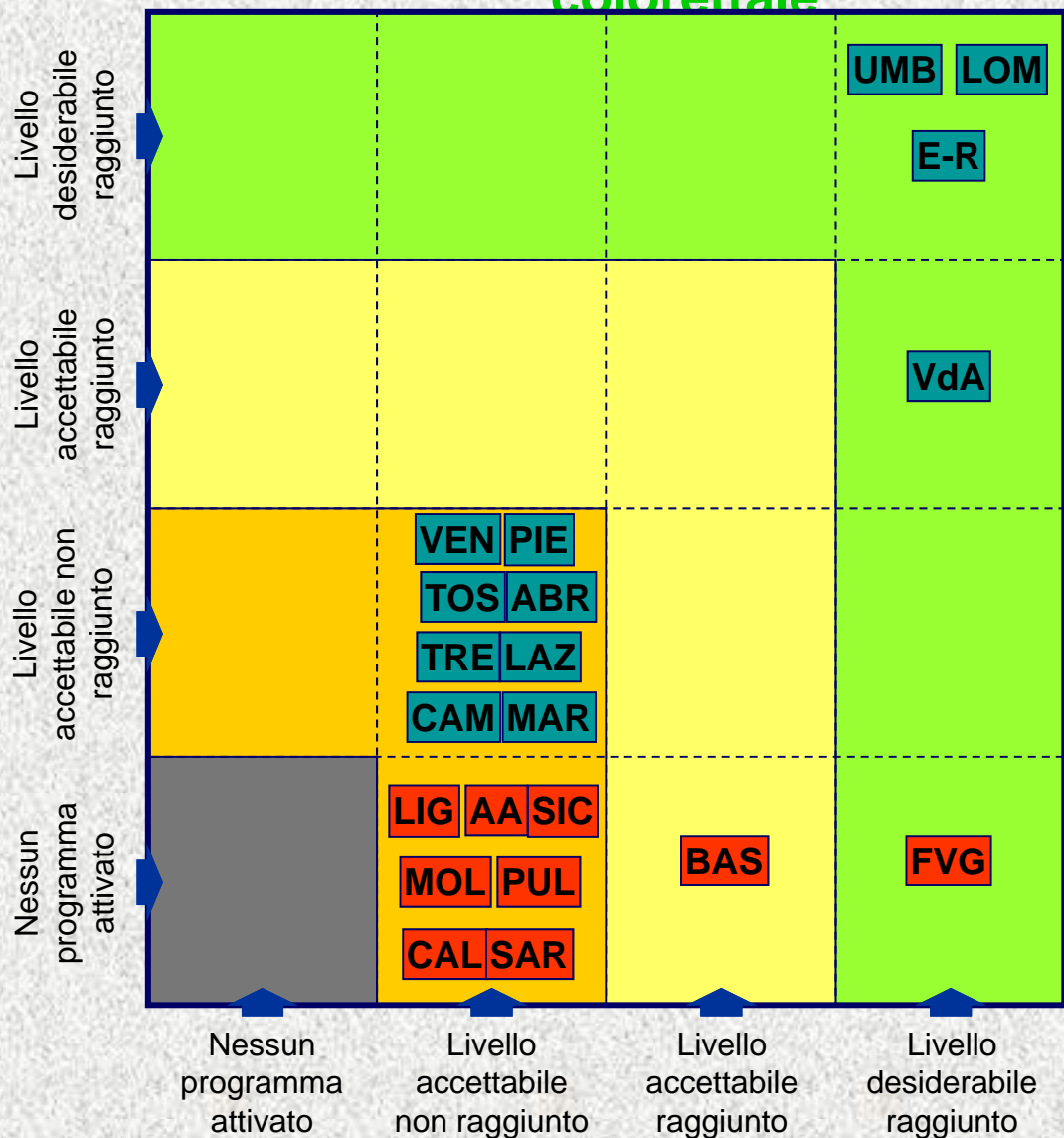


Fonte: rielaborazione The European House da "Lo screening colorettaile in Italia: survey 2007" e anni precedenti, Osservatorio Nazionale Screening, 2008



Approccio regionale alla prevenzione: Screening mammografico e colorettaile

SCREENING COLORETTALE



**Estensione
effettiva del
programma
di screening
(2007)**

In rosso le Regioni
che non hanno
attivato il programma
di screening
colorettaile

SCREENING MAMMOGRAFICO





Federico Spandonaro
federico.spandonaro@uniroma2.it

