



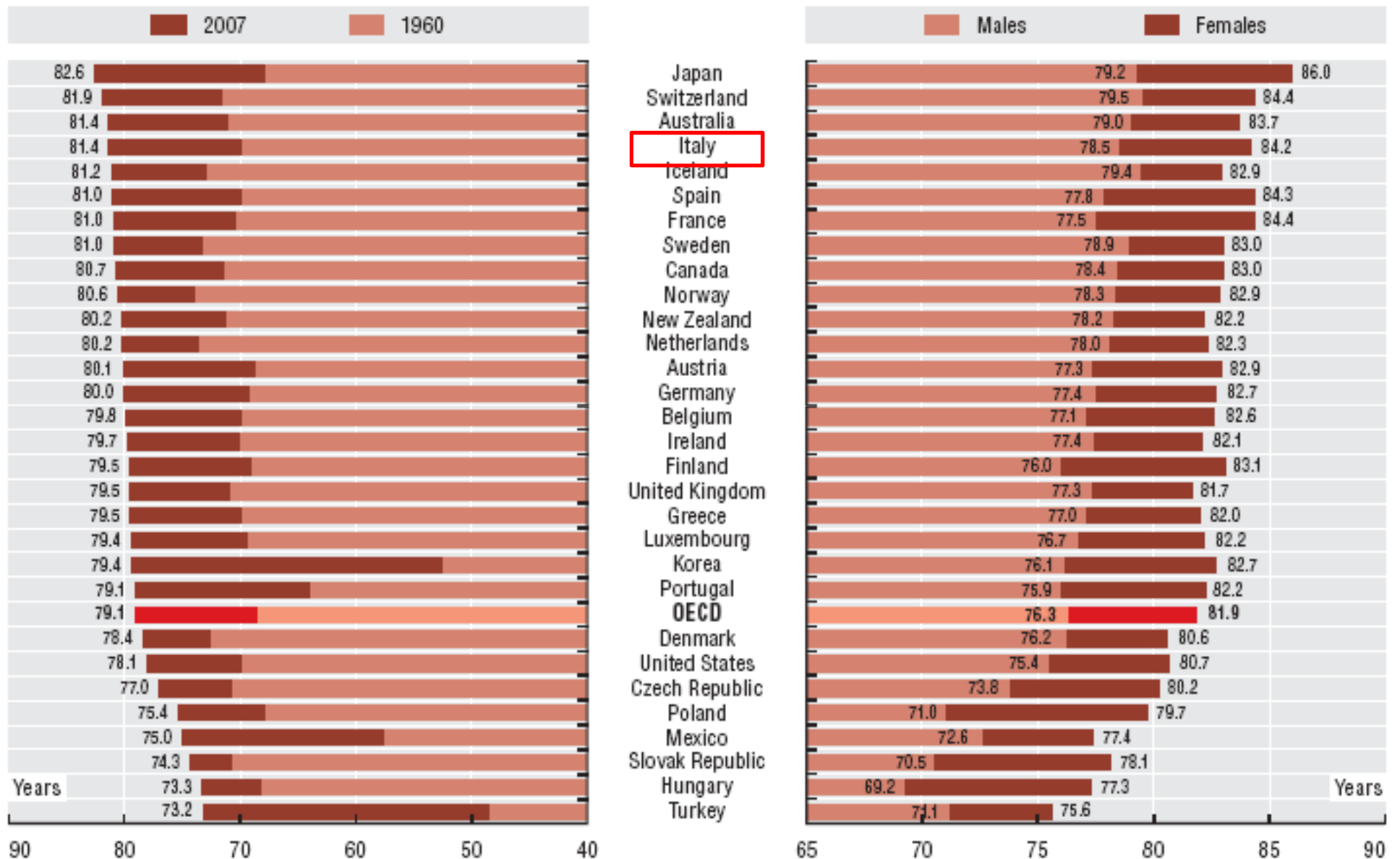
FONDAZIONE  
FARMAFACTURING

# ***Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare***

Prof. Vincenzo Atella  
Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring

**Napoli, 8 Giugno 2012**

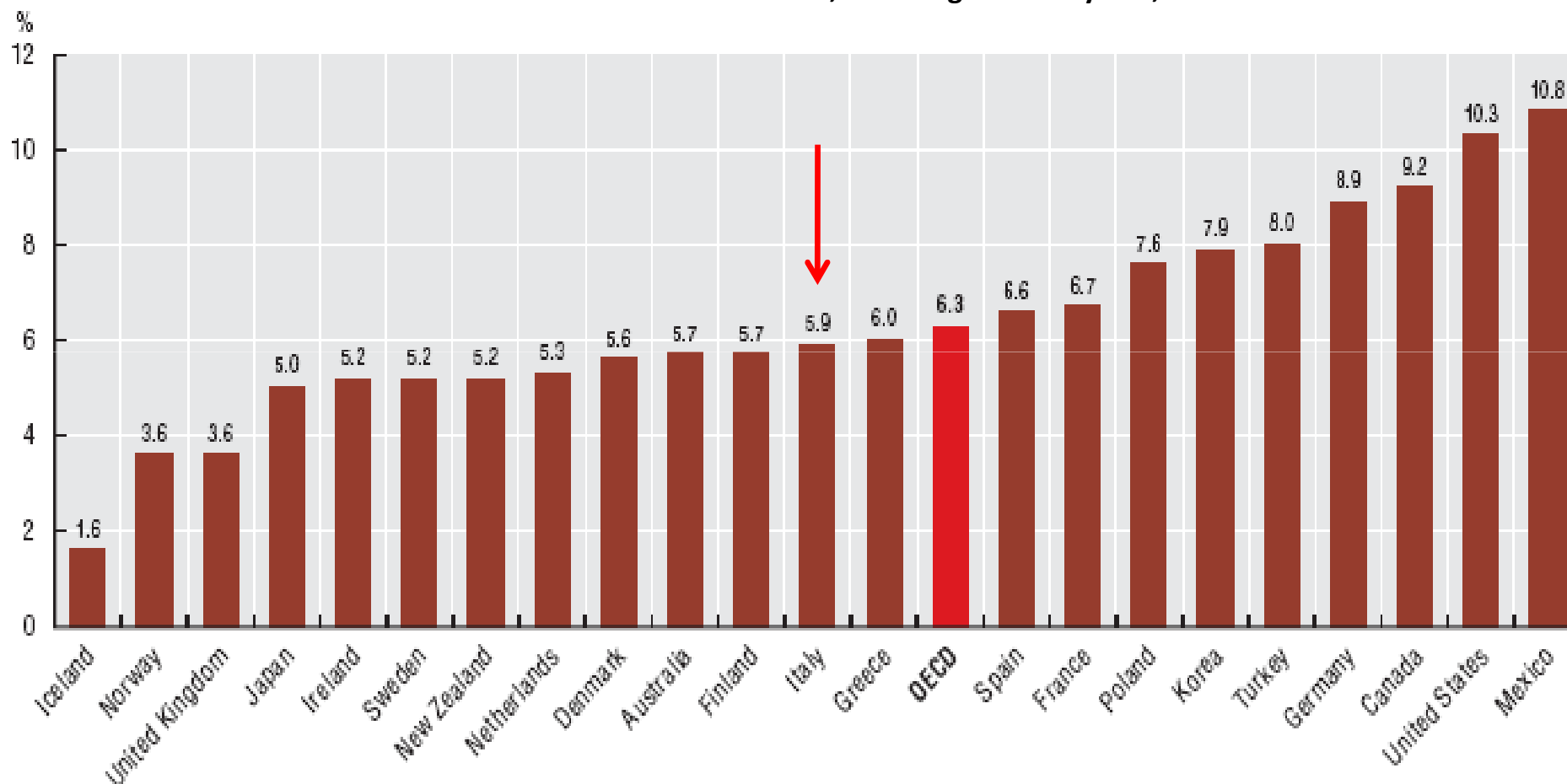
***Life expectancy at birth has increased by more than 10 years in OECD countries since 1960, reflecting a sharp decrease in mortality rates at all ages***



Source: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

***However, the prevalence of chronic diseases such as diabetes is rising, due to population ageing but also to lifestyle changes***

Prevalence estimates of diabetes, adults aged 20-79 years, 2010

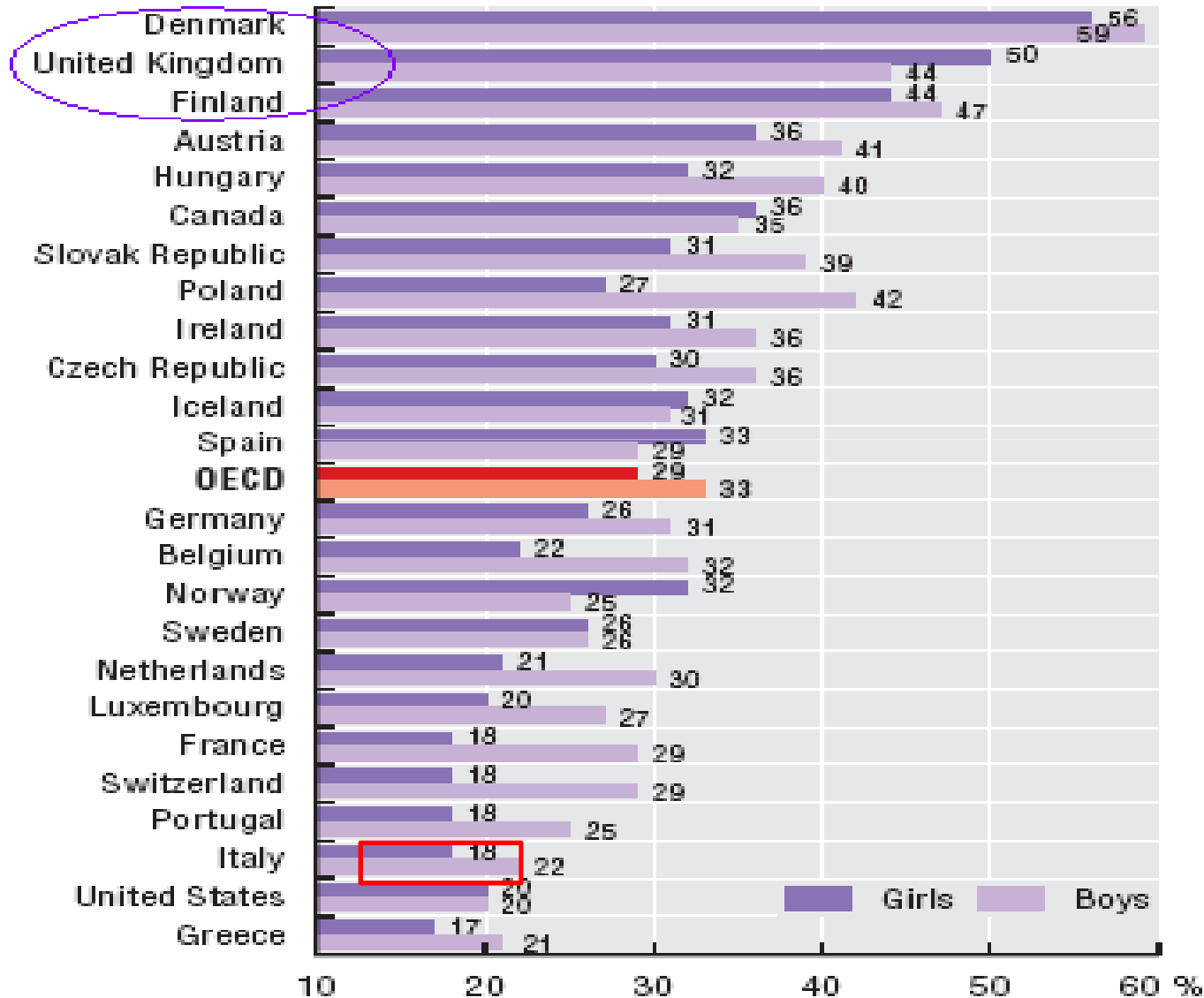


Note: The data are age-standardised to the World Standard Population.

Source: International Diabetes Federation (IDF) (2009), "Diabetes Atlas, 4th edition".

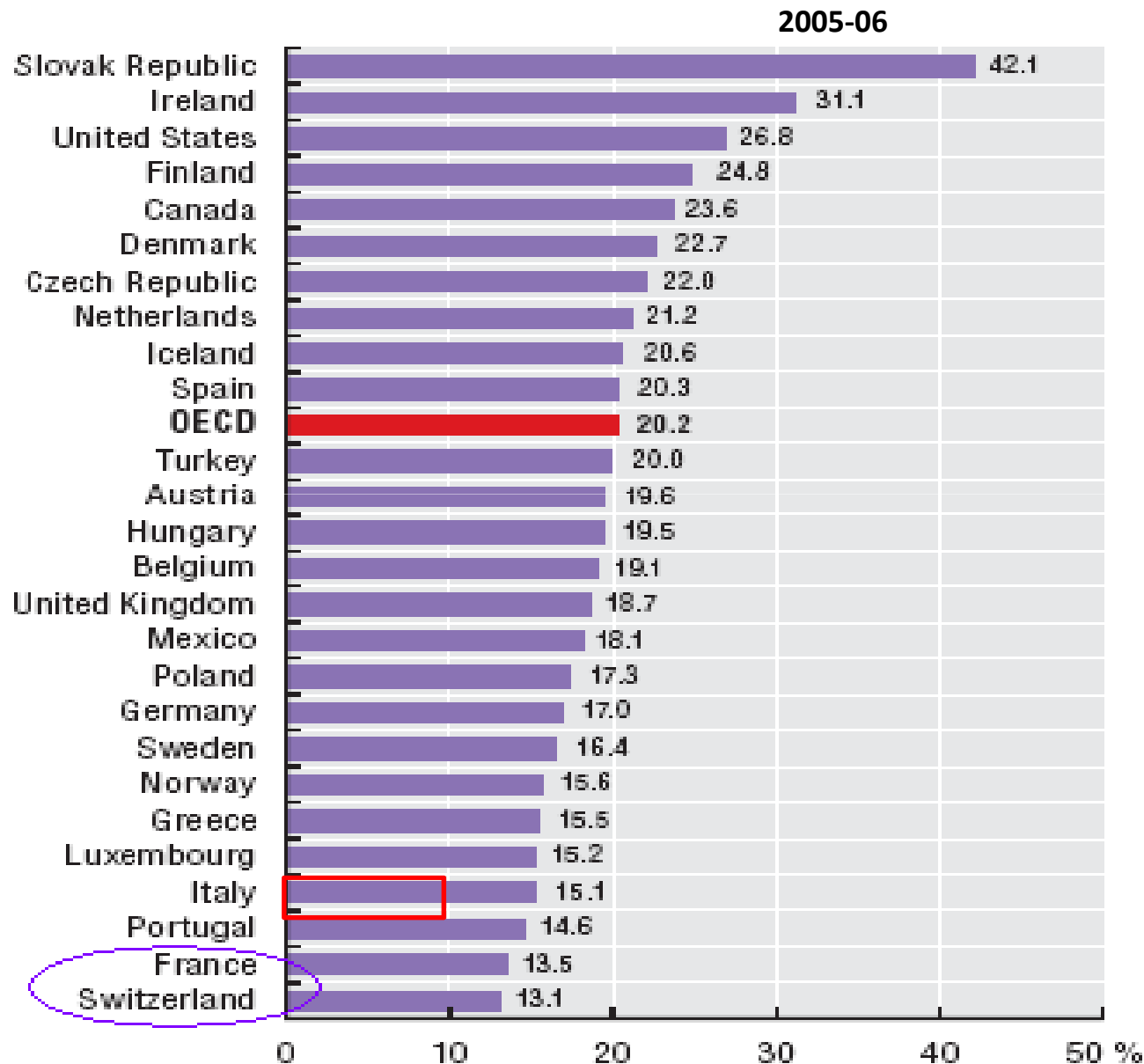
# About 1/3 of 15-year-olds have already been drunk at least twice in their life

2005-06



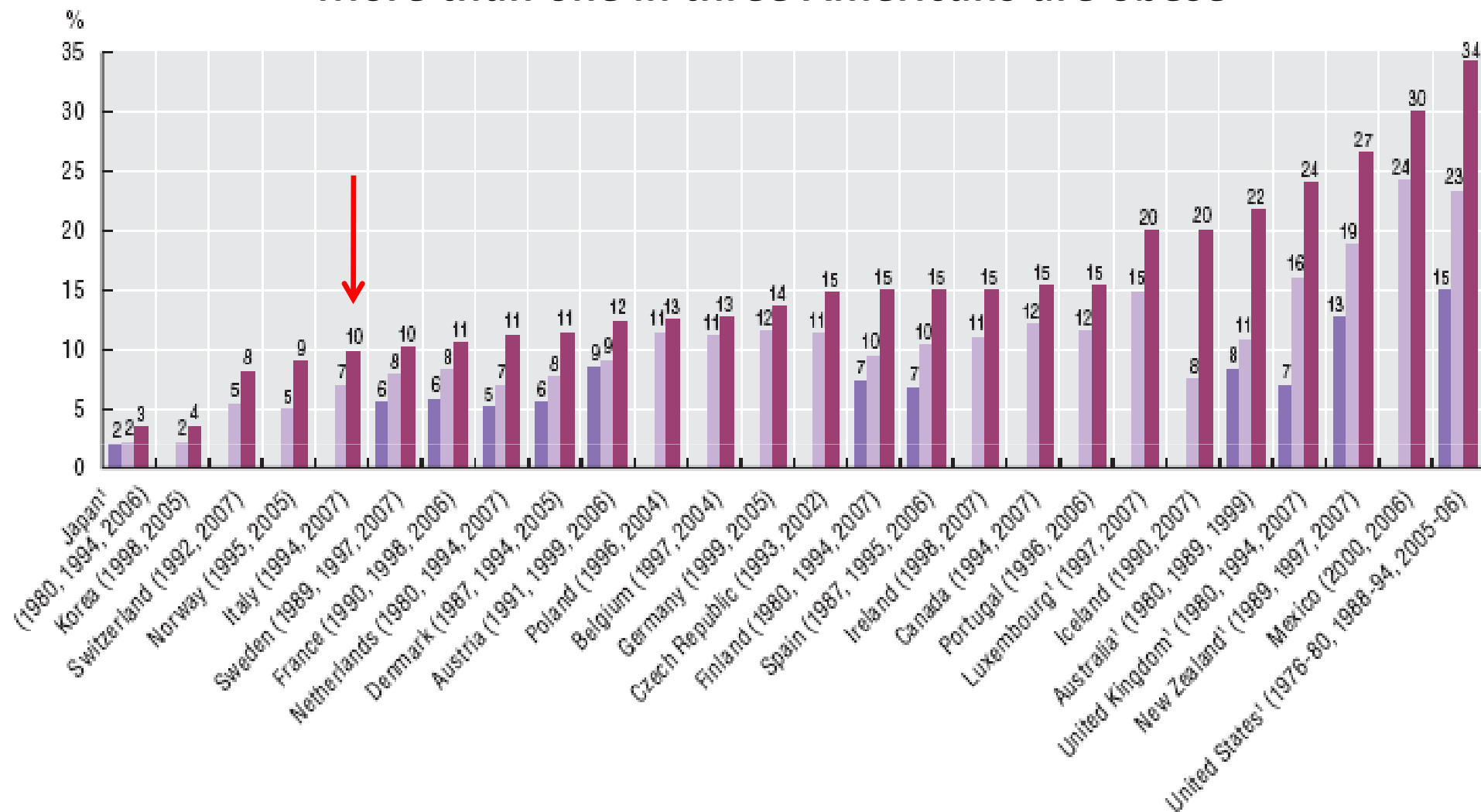
Source: HBSC Survey 2005-2006, Currie et al. (2008).

# Only 1 in 8 15-year-olds undertake physical exercise daily in France and Switzerland



Source: HBSC Survey 2005-2006, Currie *et al.* (2008).

## ***Obesity among adults is increasing in all OECD countries. More than one in three Americans are obese***

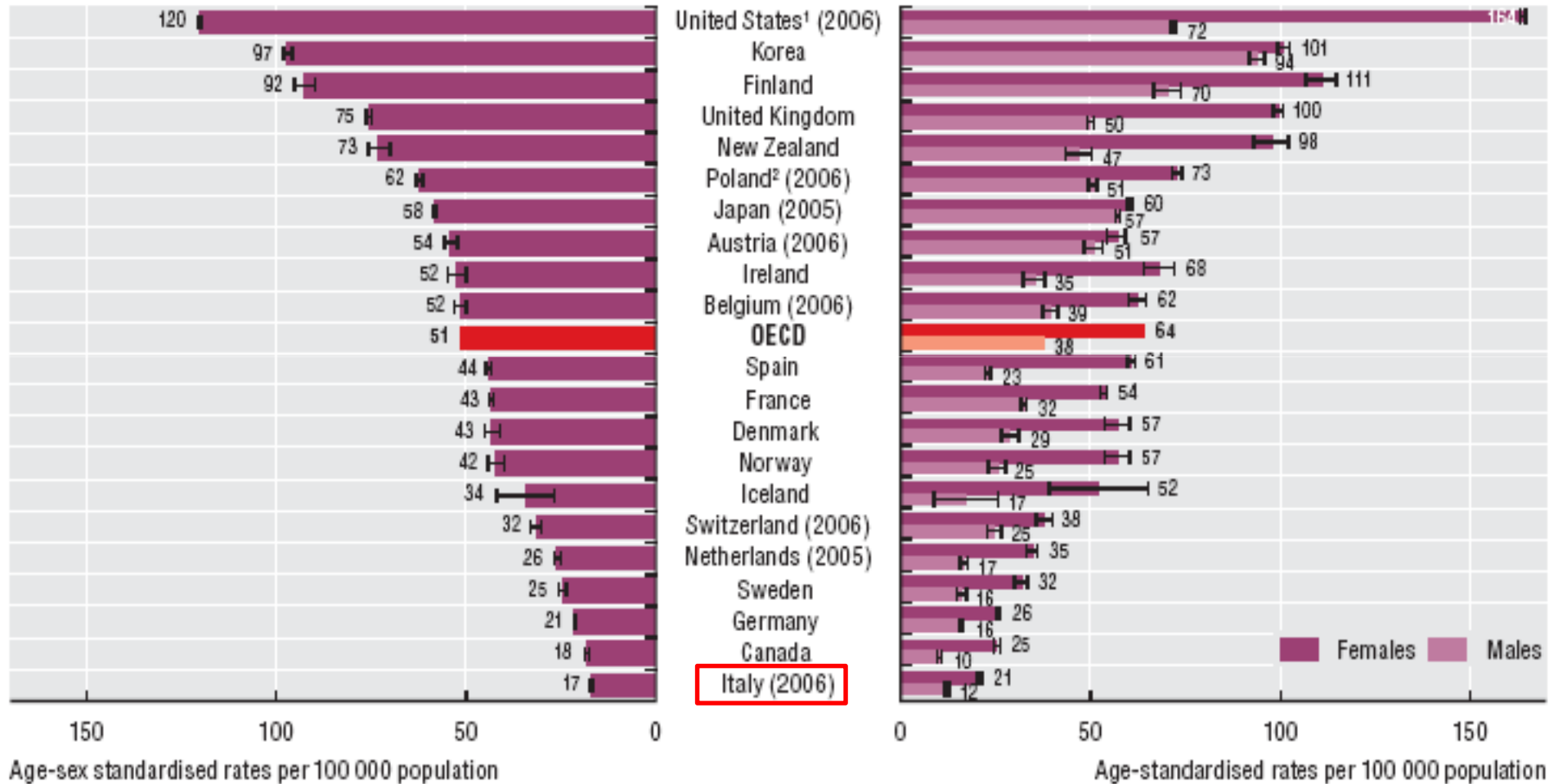


1. Australia, Czech Republic (2005), Japan, Luxembourg, New Zealand, Slovak Republic (2007), United Kingdom and United States figures are based on health examination surveys, rather than health interview surveys.

Source: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

# Treatment for chronic diseases is not optimal. Too many persons are admitted to hospitals for asthma ...

Asthma admission rates, population aged 15 and over, 2007

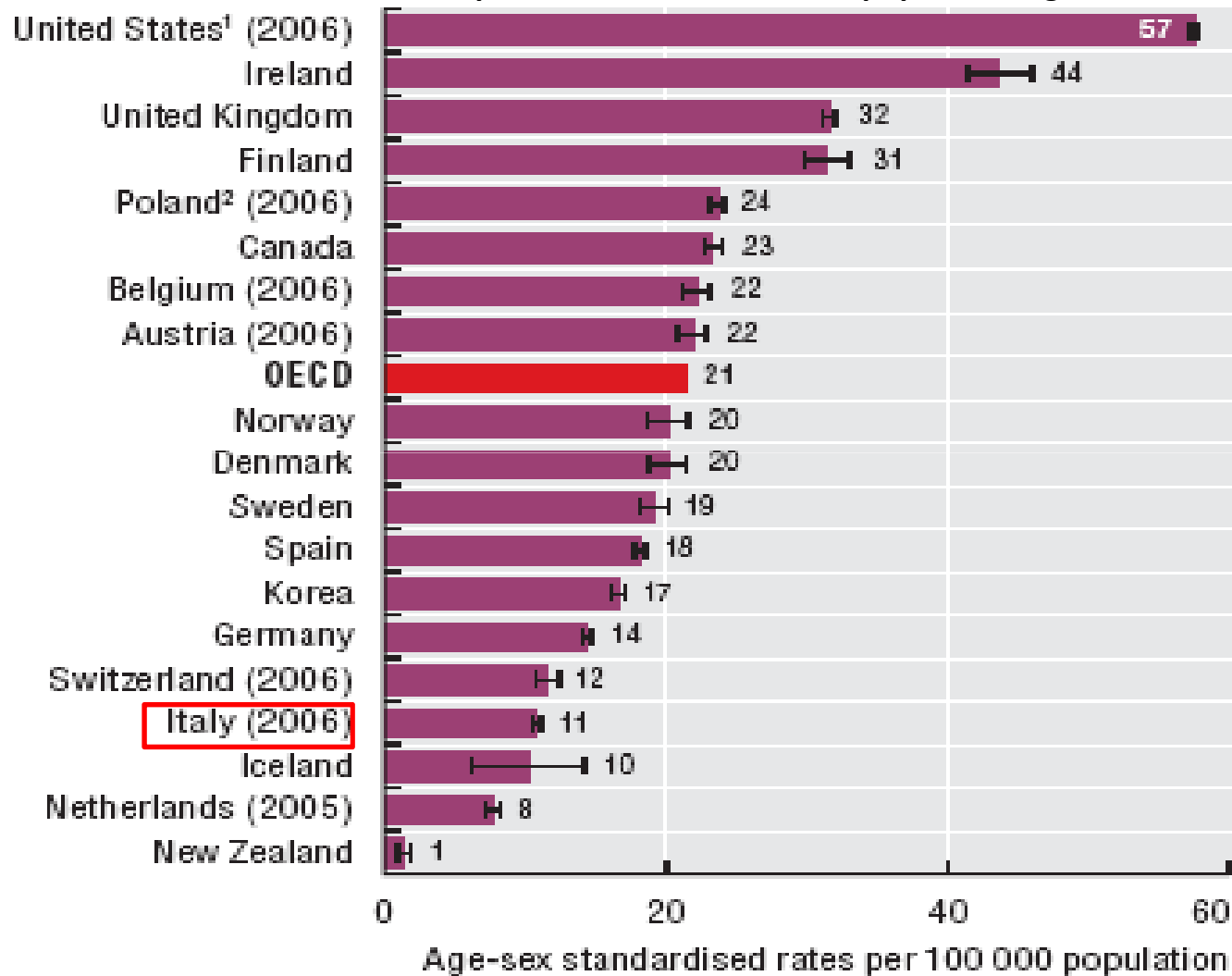


1. Does not fully exclude day cases.
2. Includes transfers from other hospital units, which marginally elevates rates.

Source: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009 (OECD).

***... too many persons are admitted to hospitals for diabetes complications, highlighting the need to improve primary care***

**Diabetes acute complications admission rates, population aged 15 and over, 2007**



1. Does not fully exclude day cases.

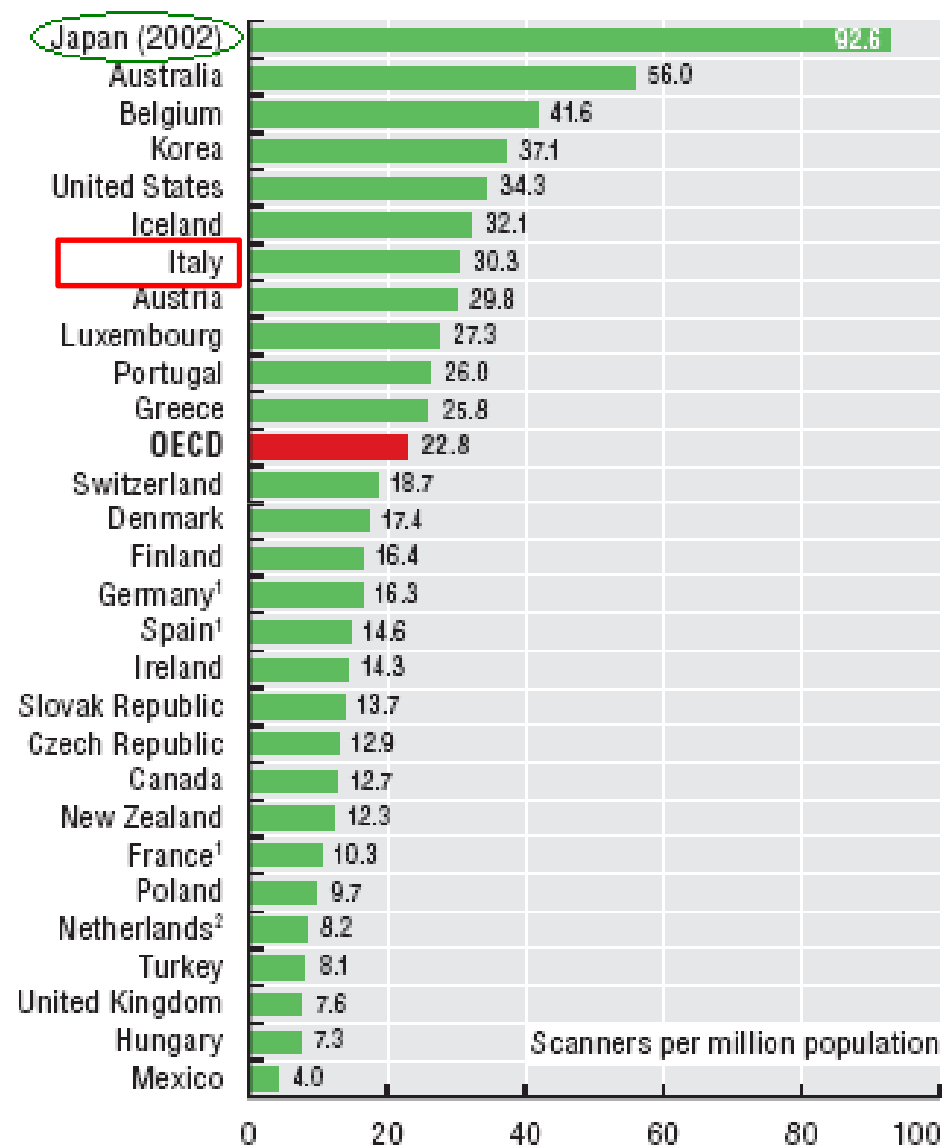
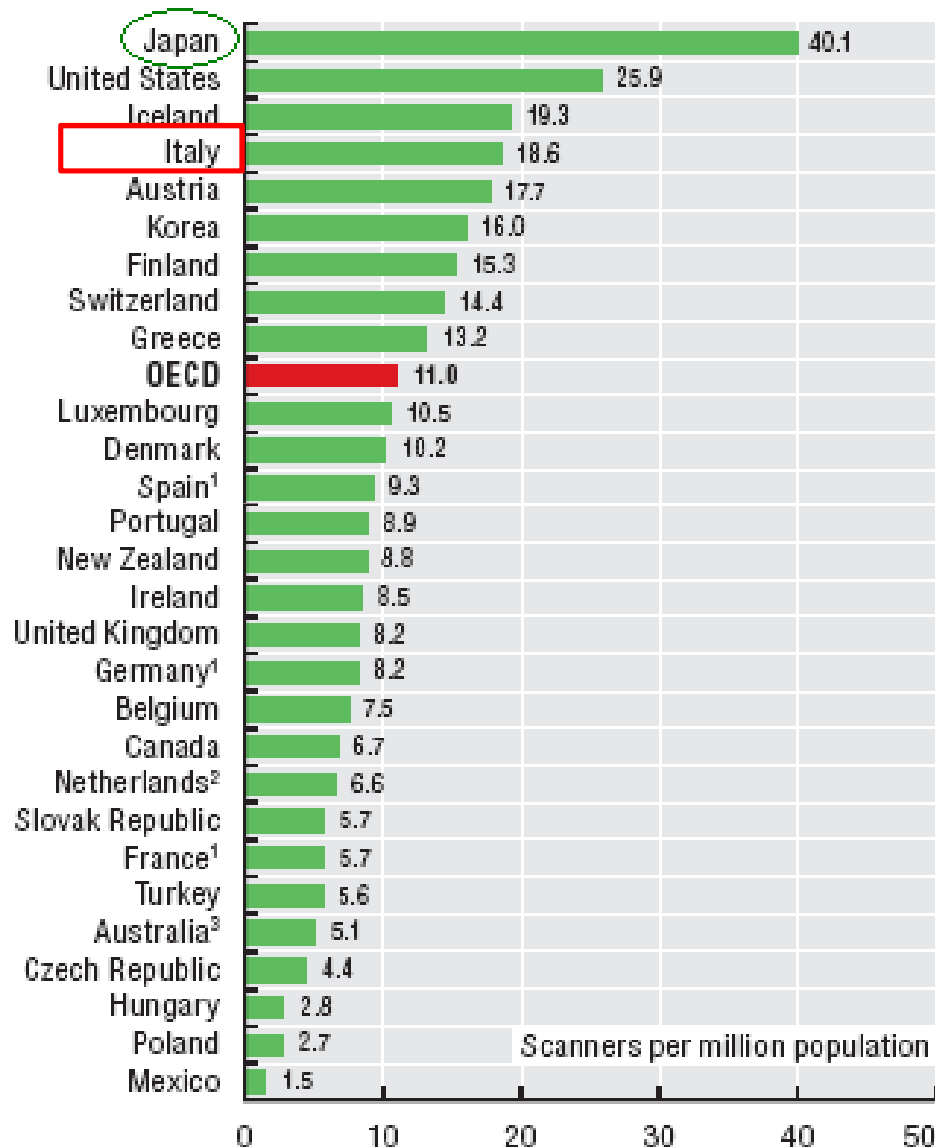
2. Includes transfers from other hospital units, which marginally elevates rates.

**Source: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009 (OECD).**



**The number of MRI units and CT scanners is increasing in all OECD countries.  
Japan has the highest number per capita**

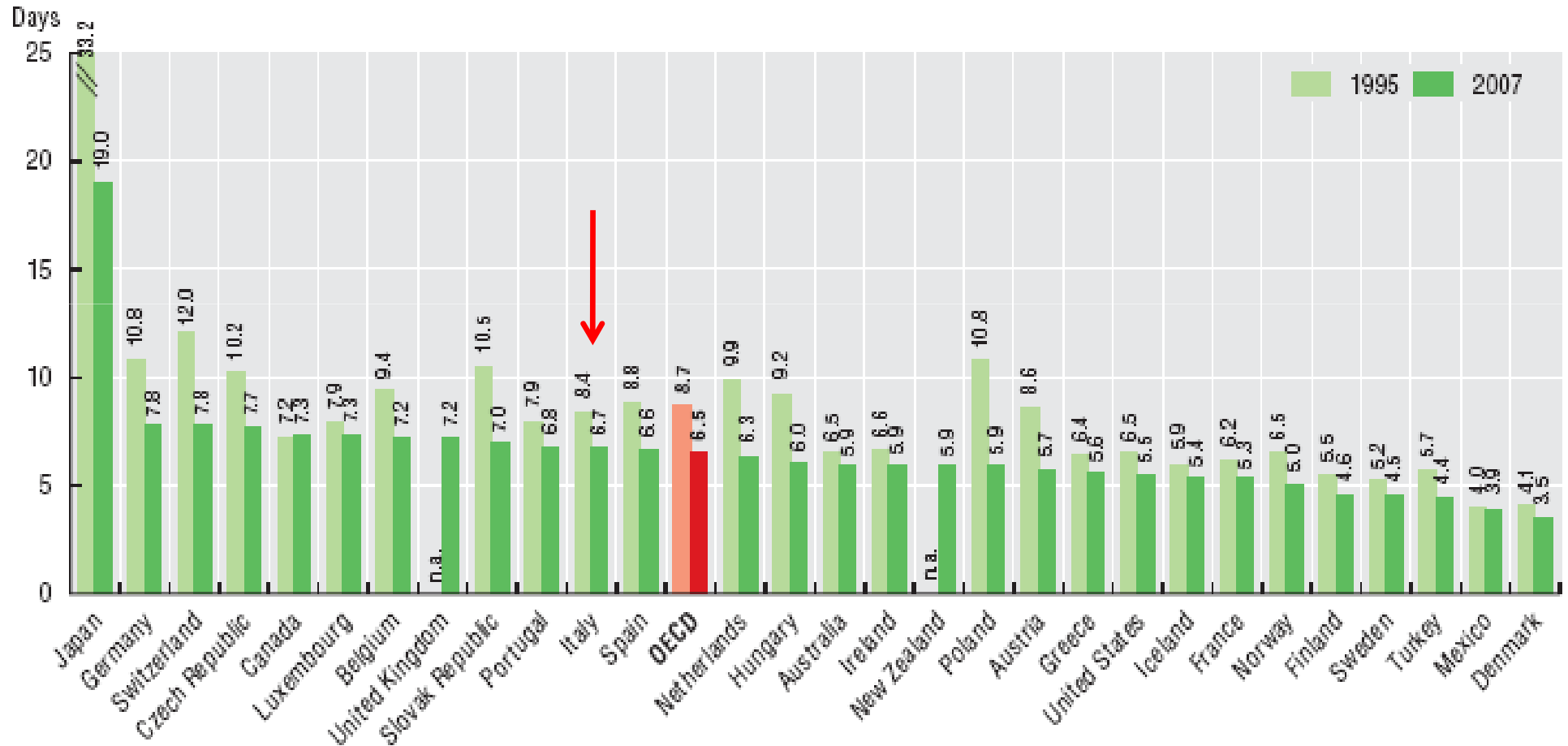
2007 (or latest year available)



Source: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

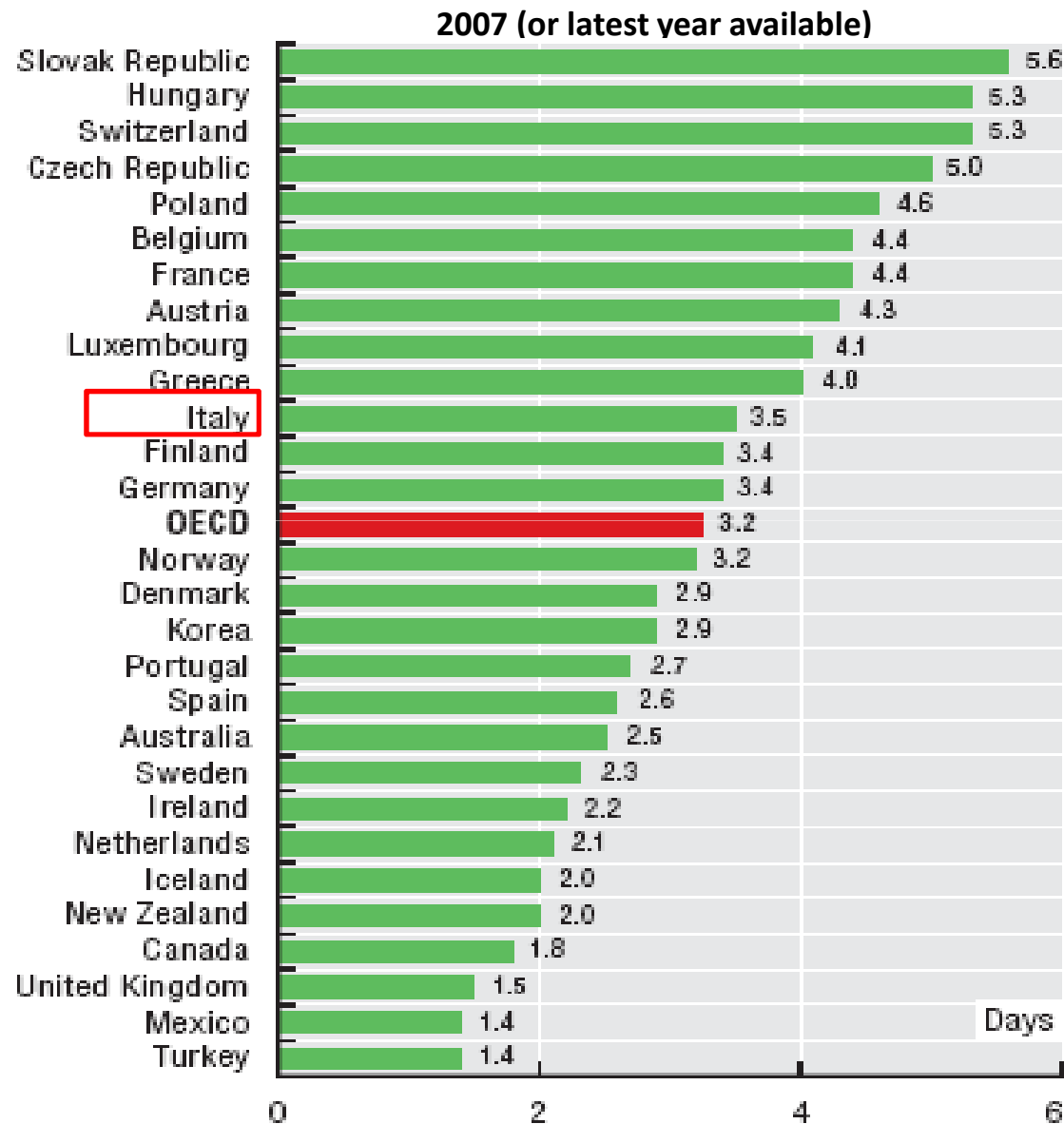
# The average length of stay for acute care has fallen in nearly all OECD countries

Average length of stay for acute care



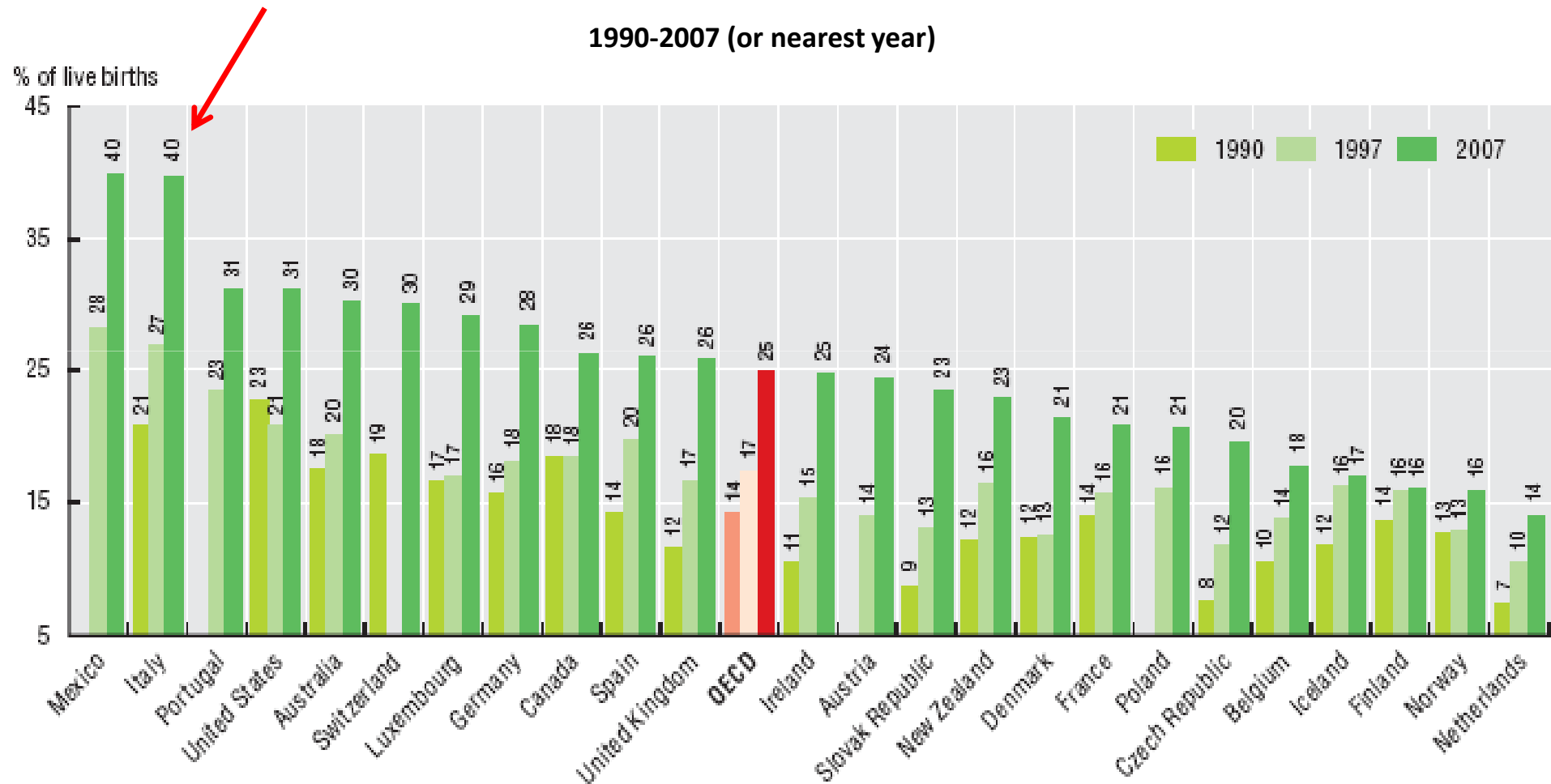
Source: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

***The average length of stay for normal delivery has become shorter in all OECD countries, even if large variations still exist***



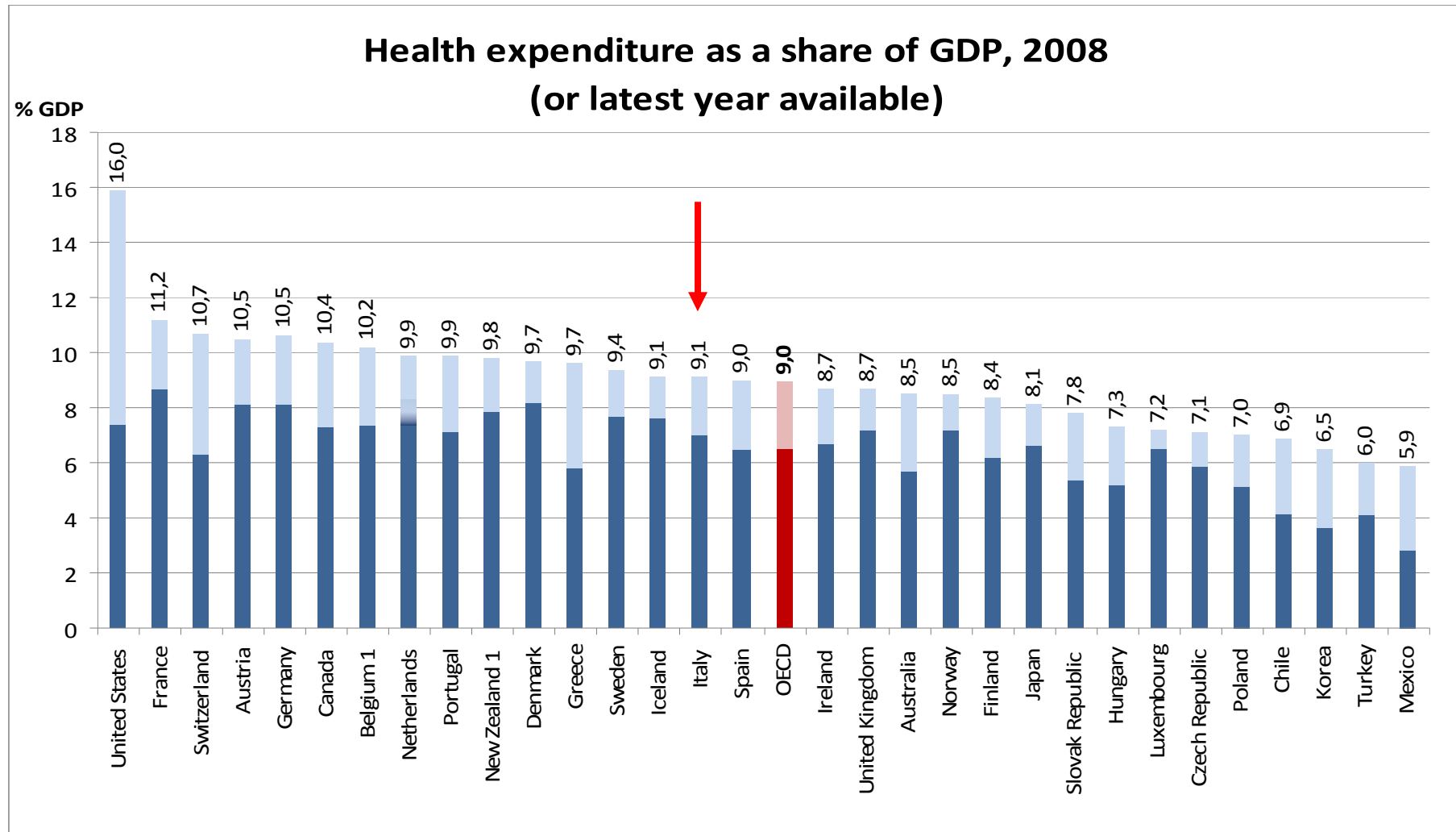
Source: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

**Rates of caesarean delivery have increased in all OECD countries.  
On average, 1 birth out of 4 involved a C-section in 2007,  
against 1 out of 7 in 1990**

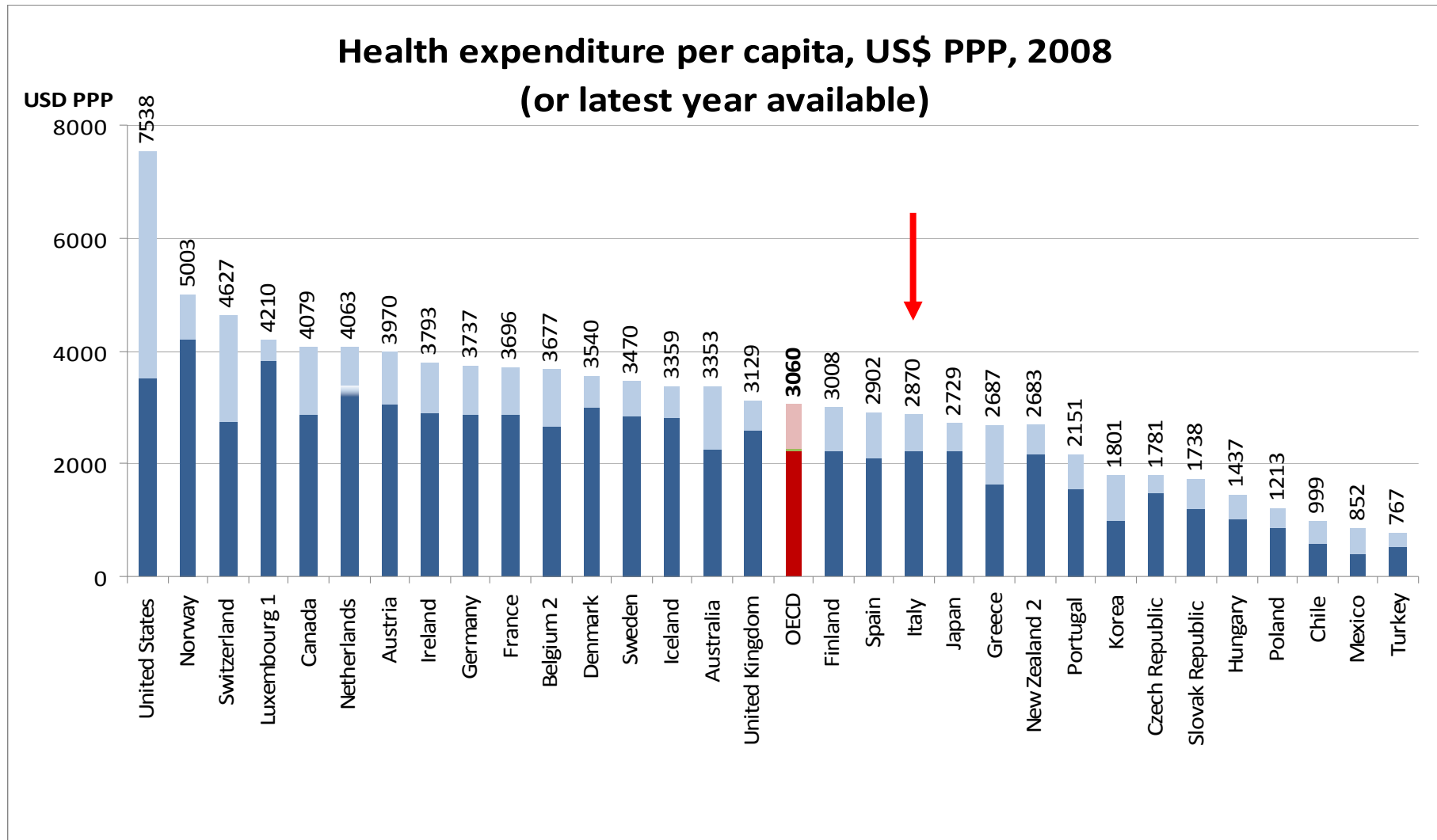


Source: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

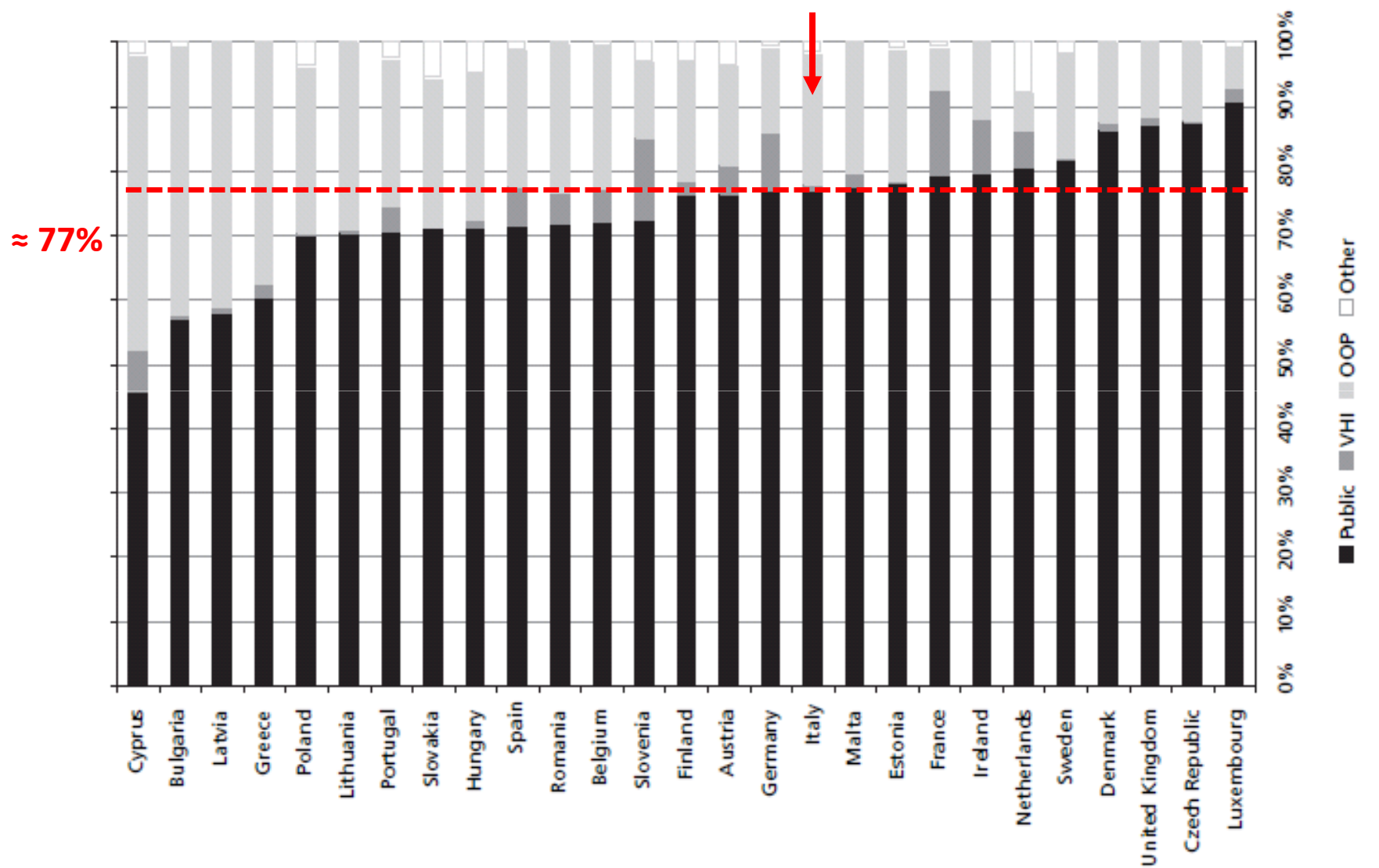
# Spesa sanitaria nei paesi OCSE



# Spesa sanitaria nei paesi OCSE

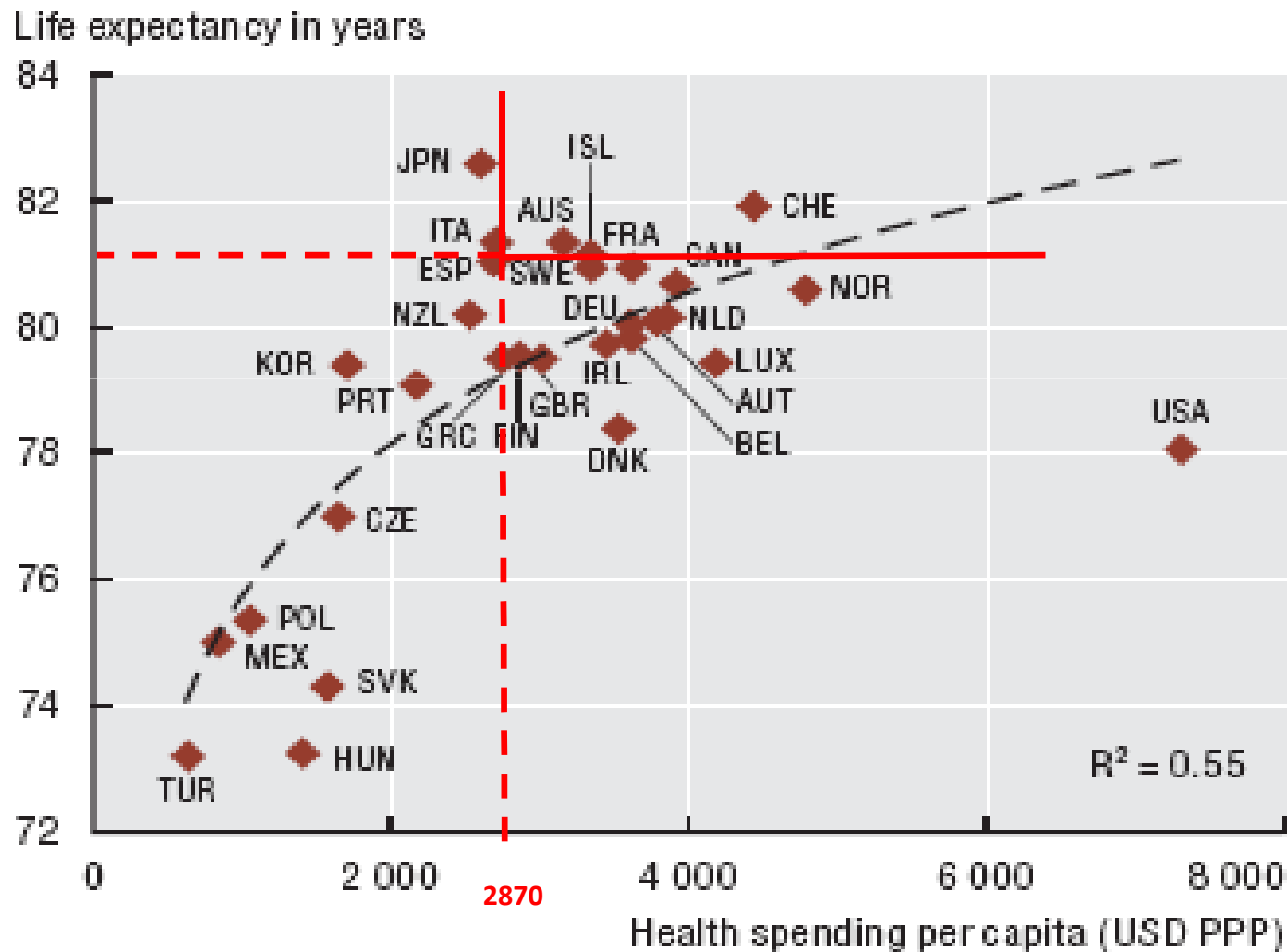


## Come paghiamo la spesa sanitaria: probabilmente è eccessiva la quota di OOP?



**Una spesa pro-capite più alta è solitamente associata ad una più elevata aspettativa di vita, ma questa relazione tende ad essere meno pronunciata nei paesi sviluppati  
Altri fattori influenzano le aspettative di vita...**

2007 (or latest year available)



Source: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).



## The WHO ranking - 2000

OVERALL PERFORMANCE				
Rank	Uncertainty interval	Member State	Index	Uncertainty interval
1	1 – 5	France	0.994	0.982 – 1.000
2	1 – 5	Italy	0.991	0.978 – 1.000
3	1 – 6	San Marino	0.988	0.973 – 1.000
4	2 – 7	Andorra	0.982	0.966 – 0.997
5	3 – 7	Malta	0.978	0.965 – 0.993
6	2 – 11	Singapore	0.973	0.947 – 0.998
7	4 – 8	Spain	0.972	0.959 – 0.985
8	4 – 14	Oman	0.961	0.938 – 0.985
9	7 – 12	Austria	0.959	0.946 – 0.972
10	8 – 11	Japan	0.957	0.948 – 0.965
11	8 – 12	Norway	0.955	0.947 – 0.964
12	10 – 15	Portugal	0.945	0.931 – 0.958
13	10 – 16	Monaco	0.943	0.929 – 0.957
14	13 – 19	Greece	0.933	0.921 – 0.945
15	12 – 20	Iceland	0.932	0.917 – 0.948
16	14 – 21	Luxembourg	0.928	0.914 – 0.942
17	14 – 21	Netherlands	0.928	0.914 – 0.942
18	16 – 21	United Kingdom	0.925	0.913 – 0.937
19	14 – 22	Ireland	0.924	0.909 – 0.939
20	17 – 24	Switzerland	0.916	0.903 – 0.930
21	18 – 24	Belgium	0.915	0.903 – 0.926
22	14 – 29	Colombia	0.910	0.881 – 0.939
23	20 – 26	Sweden	0.908	0.893 – 0.921
24	16 – 30	Cyprus	0.906	0.879 – 0.932
25	22 – 27	Germany	0.902	0.890 – 0.914
26	22 – 32	Saudi Arabia	0.894	0.872 – 0.916
27	23 – 33	United Arab Emirates	0.886	0.861 – 0.911
28	26 – 32	Israel	0.884	0.870 – 0.897
29	18 – 39	Morocco	0.882	0.834 – 0.925
30	27 – 32	Canada	0.881	0.868 – 0.894
31	27 – 33	Finland	0.881	0.866 – 0.895
32	28 – 34	Australia	0.876	0.861 – 0.891
33	22 – 43	Chile	0.870	0.816 – 0.918
34	32 – 36	Denmark	0.862	0.848 – 0.874
35	31 – 41	Dominica	0.854	0.824 – 0.883
36	33 – 40	Costa Rica	0.849	0.825 – 0.871
37	35 – 44	United States of America	0.838	0.817 – 0.859
38	34 – 46	Slovenia	0.838	0.813 – 0.859
39	36 – 44	Cuba	0.834	0.816 – 0.852
40	36 – 48	Brunei Darussalam	0.829	0.808 – 0.849



## ***Una prima conclusione***

---

Ad oggi, sebbene la cosa possa apparire sorprendente, in termini di “**value for money**” il SSN italiano rimane uno dei migliori al mondo!!!

## *Le ragioni sono le seguenti:*

---

- Una popolazione sufficientemente sana
- Fattori di rischio relativamente bassi
- Costi unitari bassi (per beni, servizi, personale)

## *Tuttavia, ci sono delle preoccupazioni:*

- Grosse differenze regionali
- Una popolazione che invecchia
- Inefficienze manageriali e organizzative
- **Il problema della sostenibilità finanziaria**

***Fino a che punto occorre essere preoccupati?***

## ***La sostenibilità finanziaria del sistema sanitario***

---

- Sostenibilità finanziaria significa l'esistenza di un **equilibrio** tra le **obbligazioni** (in termini di diritti da garantire) che un sistema sanitario ha nei confronti di chi vi aderisce e la **sua abilità a onorare in modo continuativo tali obbligazioni**.
- *Sebbene questa definizione sia accurata, essa rimane inadeguata.*
- Infatti, nulla ci dice sulle cause di un eventuale disequilibrio (surplus o deficit), né in merito alle implicazioni di natura politica di tale disequilibrio .
- In particolare, non ci dice nulla circa il **livello** al quale “spesa” e “ricavi” devono essere allineati.

## *Quanto occorre spendere in sanità?*

---

- La domanda non è assolutamente semplice.
- La decisione sul corretto ammontare di “spesa” è determinata da un **ampio numero di fattori**, molti dei quali sono specifici del contesto in cui ci si trova ad effettuare la scelta.
- Spesso, tali fattori riflettono la **scelta politica** di quanto si vuole investire in sanità in termini assoluti e relativamente ad altri settori.
- Incanalare risorse all’interno del sistema sanitario non necessariamente significa creare **un peso per l’economia**, ma piuttosto potrebbe rivelarsi un sostanziale risultato in termini di crescita economica e di benessere.

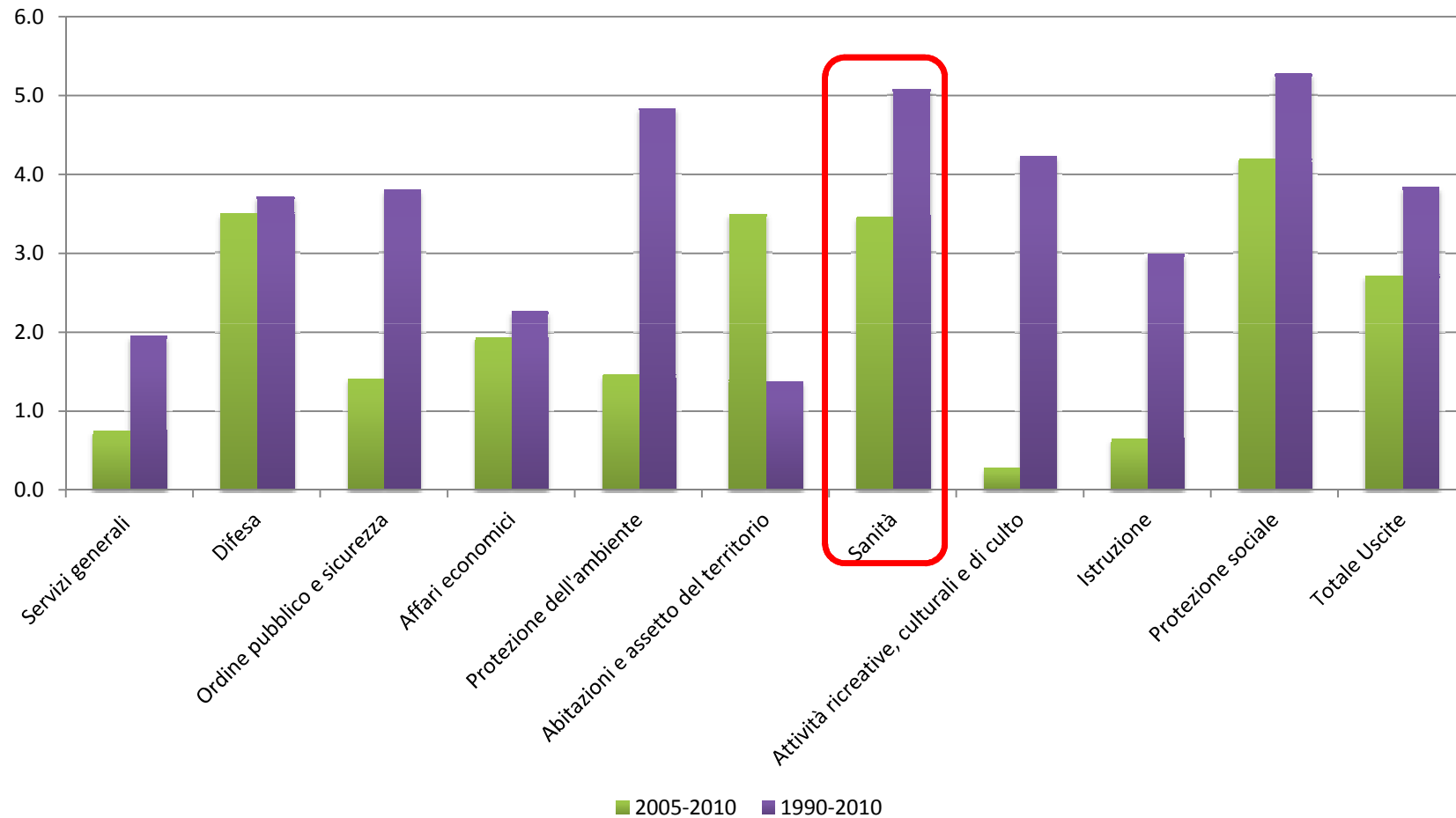
## *La scelta politica*

---

- Come dovrebbe un paese decidere se **spendere di più o di meno** in sanità?
- Chiaramente, il modo in cui i *policy-makers* guardano alla sostenibilità finanziaria è strettamente collegato con il **vincolo fiscale** che in quel momento si trovano a dover affrontare..
- Se la necessità di raggiungere il **pareggio di bilancio** è vista come un **imperativo ed un obiettivo di per sè**, allora la decisione di quanto spendere risulta essere endogena o pre-determinata, con poco spazio di discussione.
- Ma se lo scopo della spesa sanitaria deve essere quello di contribuire al raggiungimento di un migliore stato di salute della popolazione, allora i policy-makers dovranno pensare attentamente **a quante risorse impegnare** e a come generare ed utilizzare eventuali extra risorse.

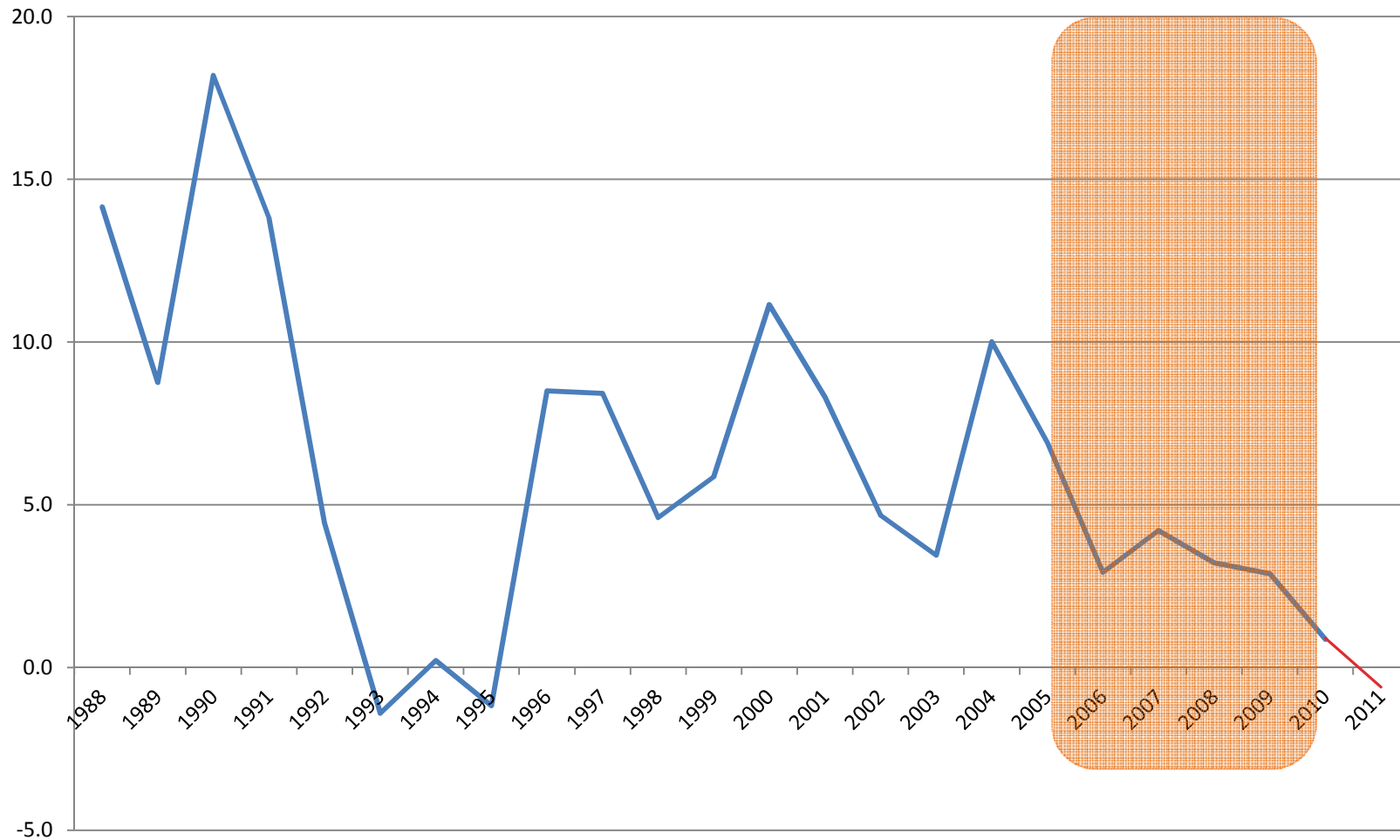
# Il finanziamento della spesa pubblica

Tassi di crescita media annua

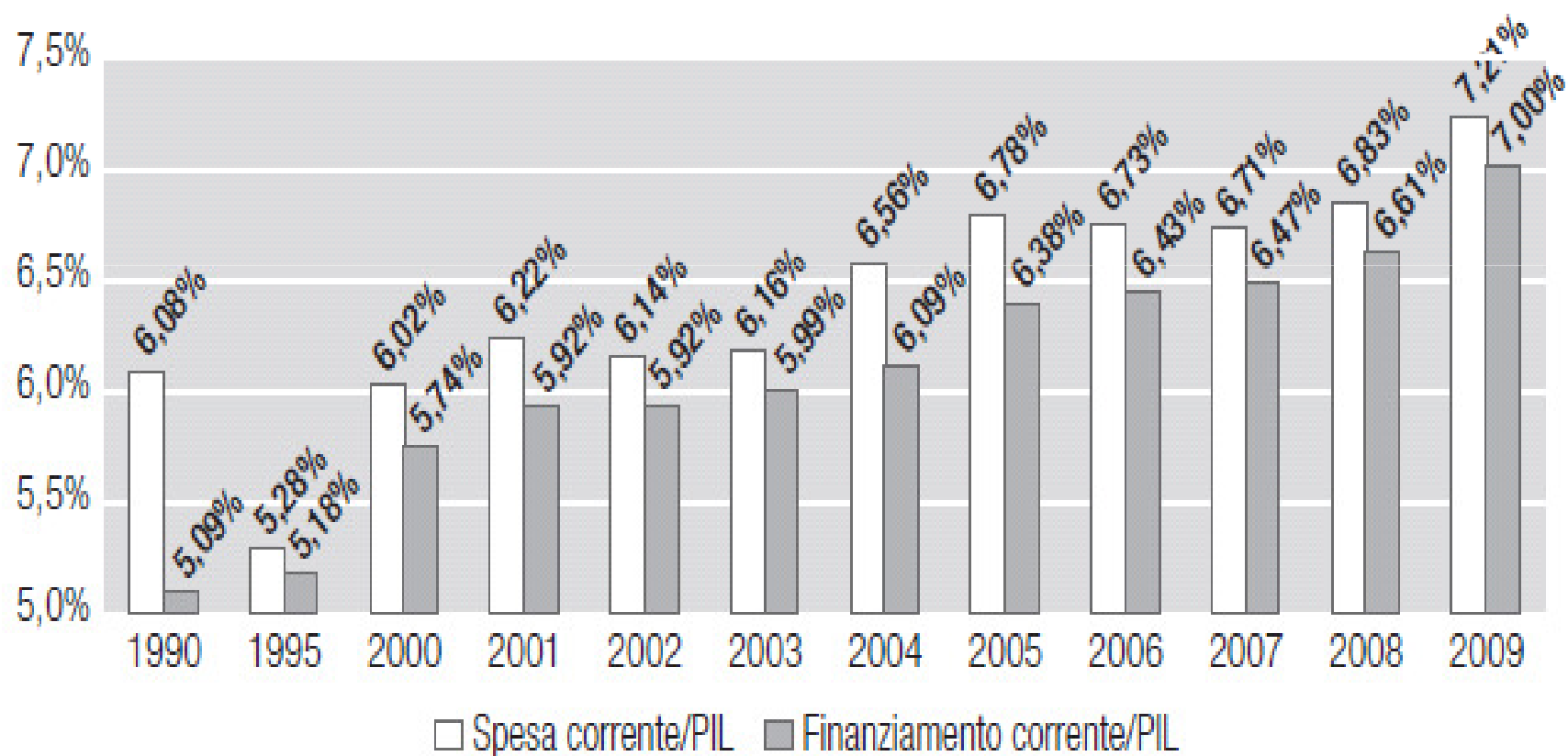




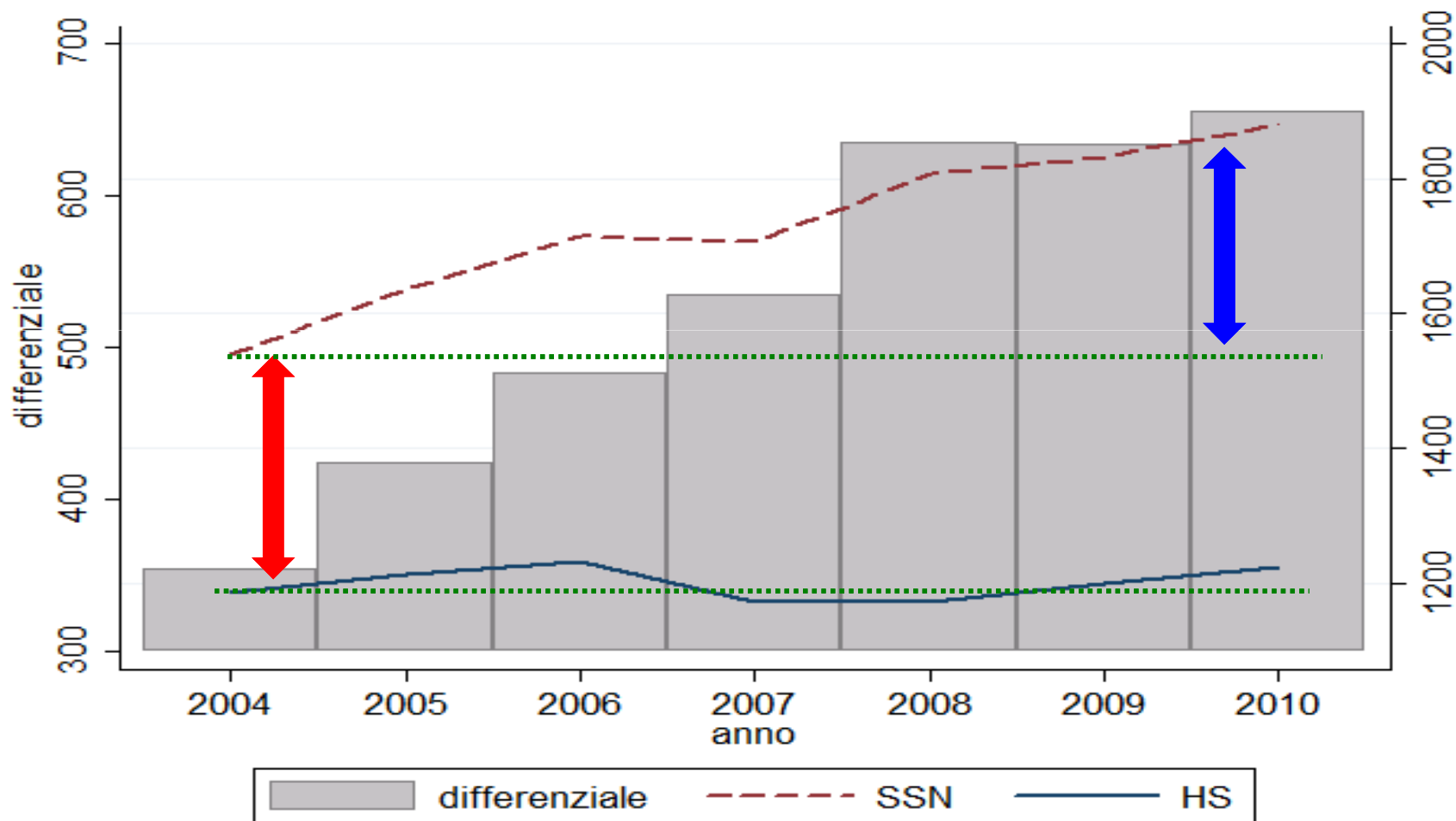
# *La spesa sanitaria pubblica:* *tassi di crescita media annua*



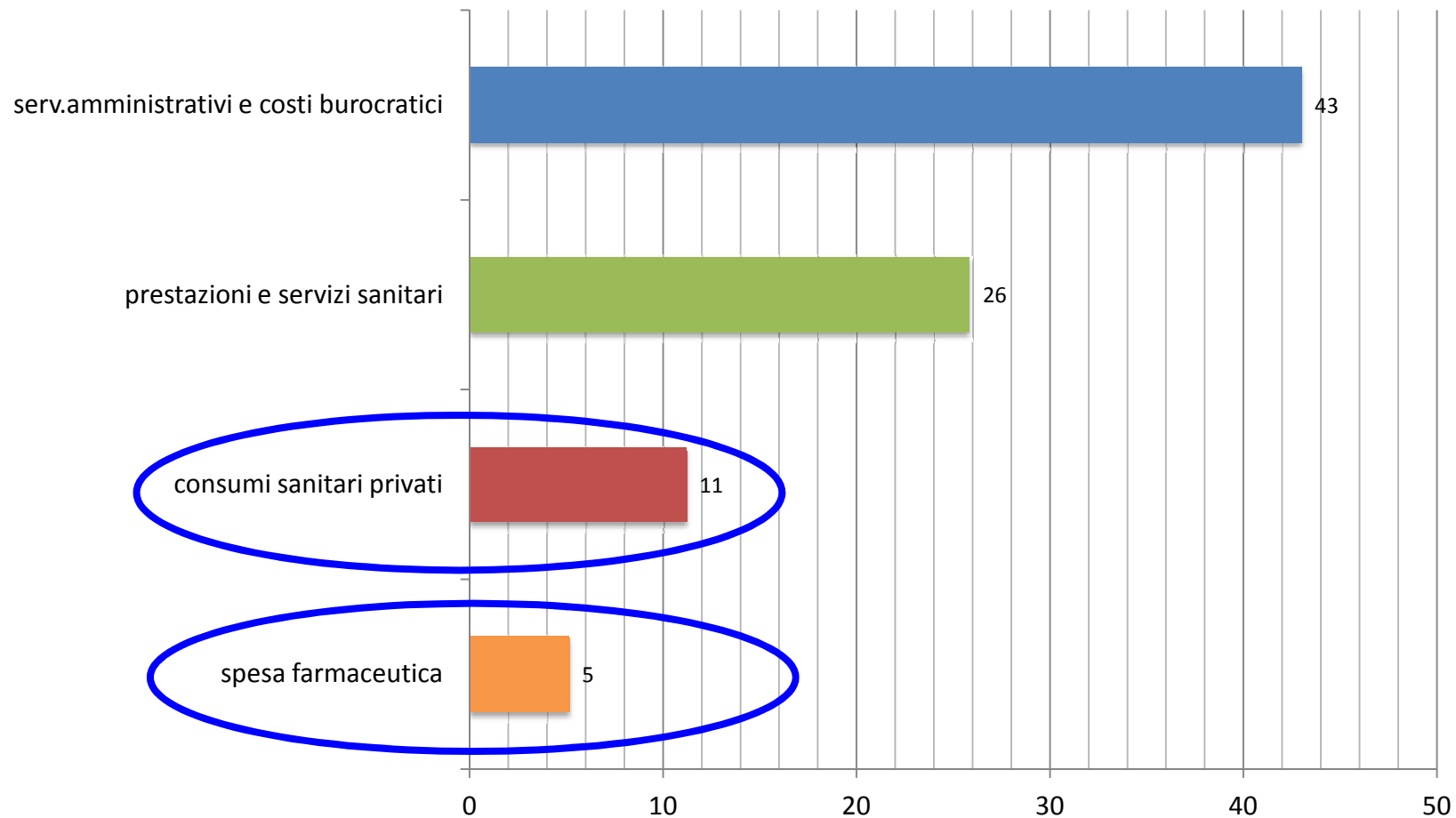
## ***Le origini del deficit nella sanità italiana: una spesa troppo alta o un finanziamento inadeguato?***



## Confronto tra dati di spesa pro-capite di fonte HS-SiSSI e dati Ministero della Salute



## Composizione della spesa sanitaria (tasso di crescita %, 2004 - 2009)



## *Un secondo set di conclusioni*

---

- Le preoccupazioni sul lato fiscale hanno sicuramente guidato la recente politica sanitaria in Italia.
- Il deficit della spesa sanitaria a livello nazionale è il risultato di una serie di effetti:
  - Sotto-finanziamento
  - Inefficienze a livello regionale (eterogeneo)
  - Cattiva allocazione delle risorse dal centro verso le regioni
  - Mancanza di programmazione e pianificazione sia a livello nazionale che regionale
  - Molti dei problemi sono concentrati in poche regioni

## ***Lo scenario macro e le previsioni***

---

## *...ma cosa ci aspetta per il futuro?*

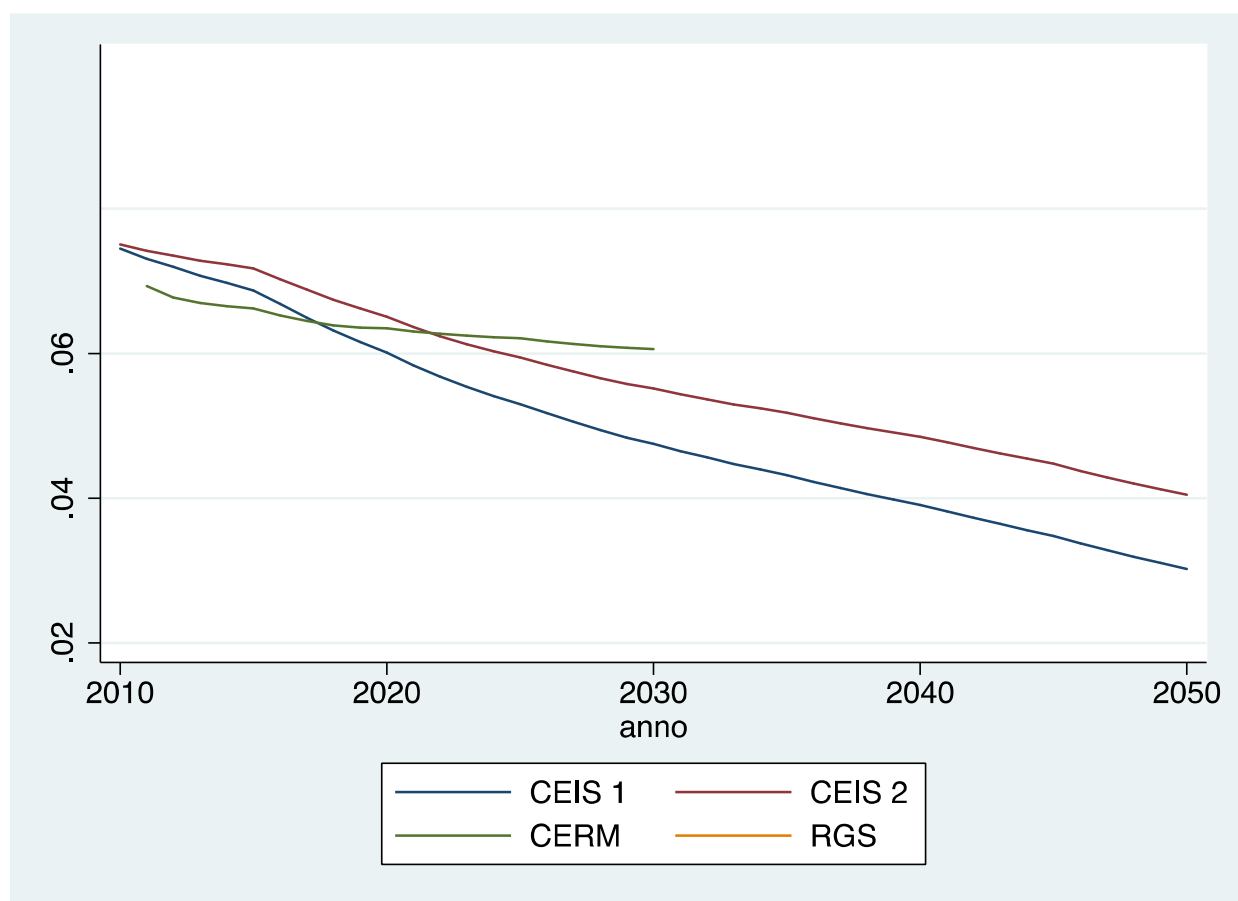
---

In assenza di rilevanti cambiamenti nelle politiche sanitarie, l'aumento dei costi sarà tale che la spesa sanitaria crescerà più di quanto il sistema economico sia in grado di permettersi, creando problemi ai bilanci dello Stato e delle Regioni.



## Simulazioni: rapporto spesa sanitaria - % PIL

	Inizio mld euro	Fine mld euro	Crescita all'anno mld euro
CEIS 2010-2050	114.3	255.3	3.5
CERM 2011-2030	111.2	195.9	4.5
RGS 2011-2050	113.7	548.4	10.9





## ***Le determinanti della spesa***

---



## ***Il problema della sostenibilità della spesa***

---

- Come possiamo rendere sostenibile la spesa?
- Le informazioni “macro” ci aiutano poco, se non per capire che siamo avviati su un sentiero sbagliato....
- ...c’è quindi bisogno di una bussola!
- E la bussola in questo caso è rappresentata dalle informazioni di natura “micro”, ovvero da quell’insieme di dati che possono aiutarci a comprendere meglio il complesso sistema di comportamenti di pazienti e “providers”.
- Comportamenti che sono responsabili delle singole scelte e che, quindi, possono aiutare i policy makers a prendere decisione “informate”.

## *Le determinanti della spesa*

$$S = P * Q$$

$$Q = f(N, \pi(\gamma))$$

N = popolazione

$\gamma$  = struttura demografica

$\pi$  = prevalenza patologie



Q = Bisogni della popolazione

$$S = g(P, N, \gamma, \pi)$$



## ***Intervenire sulle prevalenze***

---

- E' necessario ridurre il numero di pazienti con bisogni sanitari

### ***Come?***

- Con la prevenzione
- Riducendo la degenerazione e attenuando i sintomi di quelle patologie tipiche della terza età
- Riducendo il rischio di patologie ad alto rischio di invalidità
- Producendo trattamenti medici più efficaci



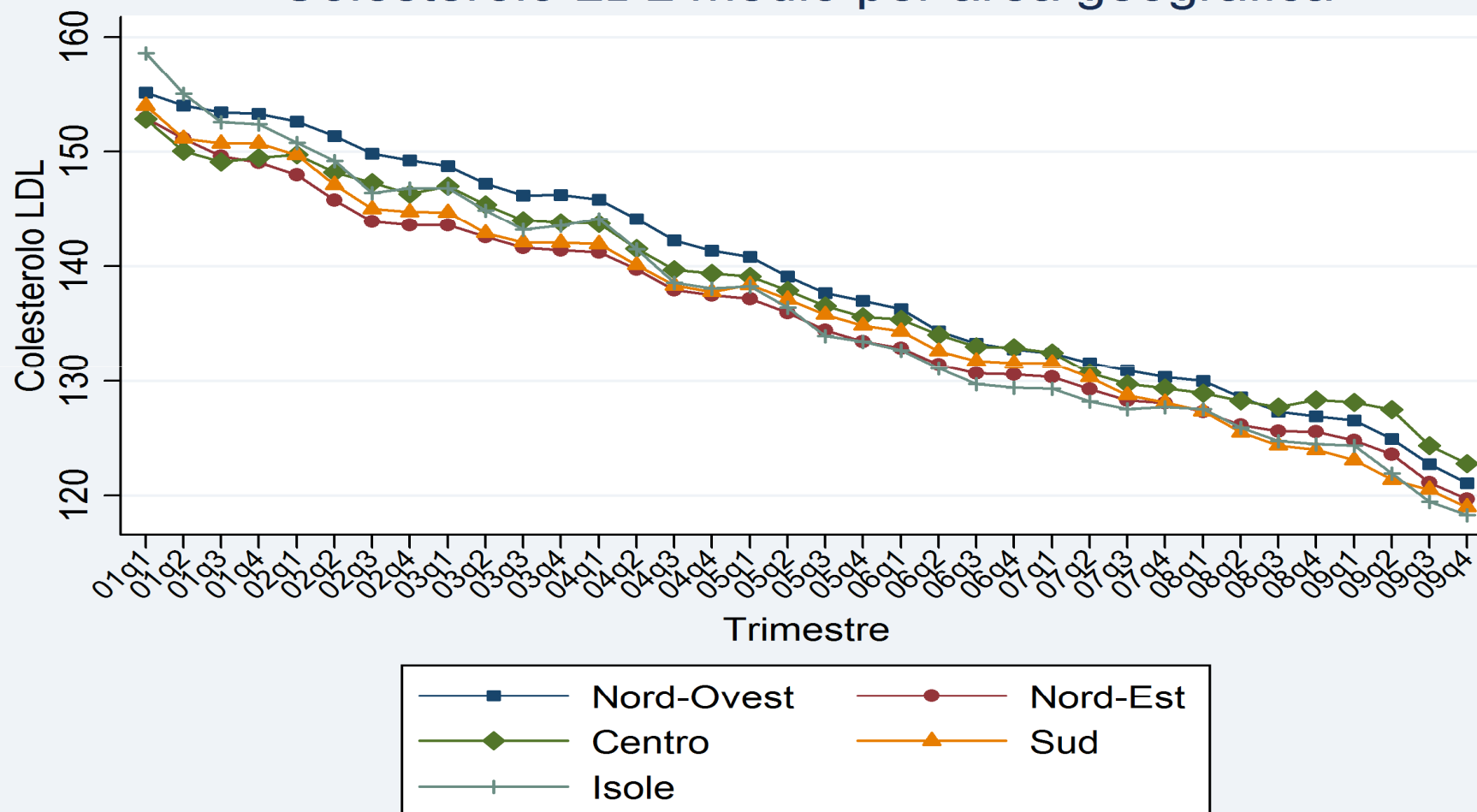
## *Intervenire sulle prevalenze*

---

- Il ruolo degli stili di vita
- Il ruolo delle tecnologie:
  - Farmaci
  - Tecnologie diagnostiche
  - Tecnologie chirurgiche



## Colesterolo LDL medio per area geografica



Fonte: Progetto SiSSI – SIMG e CEIS Tor Vergata

**Spesa media annuale (esclude i ricoveri) per pazienti con  
Iper-colesterolemia, per anno e area geografica  
(euro/anno).**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nord Ovest	389.2	492.0	556.1	592.9	661.4	687.2	741.1	673.8	649.7	676.0	633.5
Nord Est	412.4	508.8	582.0	618.0	679.9	701.9	746.2	692.4	677.2	712.1	667.9
Centro	374.4	489.7	568.3	621.1	663.2	700.2	739.6	682.4	679.9	734.8	671.6
Sud	539.3	655.5	707.1	735.4	791.0	800.0	855.0	756.1	757.1	784.2	759.6
Isole	376.9	558.4	666.8	746.1	806.4	796.1	884.8	772.6	711.7	732.0	711.0
Italia	428.4	543.3	614.6	656.3	716.2	734.4	788.2	711.9	695.5	727.4	688.4
(*) Il dato del 2010 è una stima basata sul primo semestre.											

# Conclusioni

---

- Il sistema sanitario italiano è un sistema sostanzialmente sano con delle buone prospettive di sostenibilità se confrontato con quello di paesi simili al nostro per livello di sviluppo.
- Lo stato di salute complessivo della popolazione italiana è migliore di quello di altri paesi (vedi ad esempio US e UK!)



## Conclusioni

---

- Chiaramente, siamo lontani dalla perfezione e la spesa sanitaria dovrà essere **monitorata** con molta più attenzione per capire i problemi ed i bisogni della popolazione.
- Paradossalmente, questa è una buona notizia per il futuro in quanto ci dice che abbiamo ancora margini di manovra **per guadagnare efficienza** e, quindi, **ridurre i costi**.
- Il compito più importante per i *policy makers* sarà quello di affrontare i problemi della sanità in un contesto di approccio strutturale e non certo secondo interventi “ad hoc” come ampiamente fatto nei anni passati.
- Da questo punto di vista, la disponibilità di dati e studi sempre più aggiornati e dettagliati potrà aiutare a capire i problemi della sanità e a disegnare soluzioni adatte.