

EMPOWERING LIVES THROUGH KNOWLEDGE AND IMAGINATION

MILANO | ITALY

L'impatto dei disturbi cognitivi nelle malattie cronico-degenerative in Italia

Maria Caterina Cavallo CERGAS SDA Università L. Bocconi, Milano

La domanda di salute: determinanti

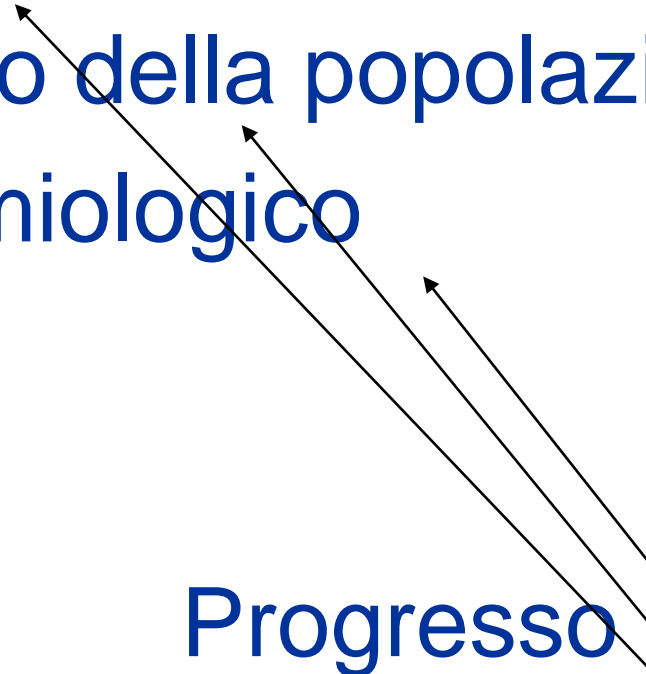
Aspettativa di vita

Invecchiamento della popolazione

Quadro epidemiologico

Progresso

Innovazione



La domanda di salute: determinanti

- **L'aspettativa di vita**
- L'Italia (82,7 anni) è nel 2015 il terzo Paese, dopo Svizzera (83,4 anni) e Spagna (82,8 anni), con la maggior aspettativa di vita alla nascita.
- E' il quarto Paese con la maggiore aspettativa di vita in salute a 60 anni (25,1 anni), dopo Francia (25,7 anni), Svizzera (25,5 anni) e Spagna (25,2 anni).

L'aspettativa di vita in buona salute è un indicatore importante non solo della quantità di vita attesa ma anche dell'assenza di disabilità.

La domanda di salute: determinanti

- **L'aspettativa di vita**
- Malattie del sistema nervoso e Disturbi mentali: 47,3 abitanti su 100.000
- Mortalità distinta per cause di morte (2015).

La domanda di salute: determinanti

- **L'aspettativa di vita**
- L'Italia ha in media livelli di speranza di vita e speranza di vita in buona salute tra i più elevati del mondo e tassi di mortalità inferiori rispetto ai Paesi benchmark.
- Considerevoli le differenze tra le Regioni: la speranza di vita in buona salute alla nascita varia dai 70,1 anni della PA di Bolzano ai 50,2 anni in Calabria.

La domanda di salute: determinanti

- **L'aspettativa di vita**
- La speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni varia tra gli 11,4 anni della Lombardia e i 6,8 anni della Campania.

La domanda di salute: determinanti

- **L'invecchiamento della popolazione**
- A dati 2015, l'Italia è il Paese con la maggior percentuale di popolazione sopra i 65 anni (22%), seguito da Grecia, Germania, Portogallo e Finlandia.
- L'aspettativa di vita a 65 anni è 20,3 anni (2015). Di questi, solo 9,7 saranno trascorsi senza limitazioni nelle attività quotidiane a causa dell'incidenza di malattie cronico-degenerative di cui gran parte di origine neurologica.

La domanda di salute: determinanti

- **Il quadro epidemiologico**
- L'aspettativa di vita in buona salute alla nascita al Sud è quasi il 4% in meno rispetto alla media nazionale.
- L'aspettativa di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni mostra nelle regioni del Sud valori nettamente inferiori alla media nazionale (-18,6%) ponendo una seria questione di equità del sistema.

La domanda di salute: determinanti

- **Il quadro epidemiologico**
- Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso e Disturbi psichici e comportamentali sono causa del 5,9% dei decessi in Italia (2014).
- I tumori sono responsabili del 25,8% dei decessi.
- La mortalità evitabile attraverso l'assistenza sanitaria varia dai 167,1 casi ogni 100.000 abitanti (popolazione femminile) in Campania ai 112,6 casi per il Veneto.

L'offerta di salute: struttura

- Il tasso di crescita della spesa sanitaria reale per l'Italia è stato pressochè pari a zero tra il 2010 e il 2015 (+0,2%) e tra i più bassi dei Paesi considerati da OECD tra il 2010 e il 2015 (1,9%).
- La copertura pubblica della spesa sanitaria nel 2015 si attesta attorno al 74,9%.
- Un quinto della spesa sanitaria del Paese ricade sulle famiglie (22,8% di spese out of pocket).
- La spesa come % del PIL, che indica la quota dell'economia del Paese destinata ai servizi sanitari è pari nel 2015 al 9%, stabile dal 2010.
- Francia: 11,1%, Germania 11,2%, Svezia 11%

L'offerta di salute: struttura

- Per l'anno 2016 il finanziamento complessivo dello Stato da destinare alla spesa pubblica è stato pari a 111 miliardi di euro. Le risorse complessive disponibili pari a 116 miliardi di euro con un incremento dell'1,1% rispetto al 2015.
- Il finanziamento medio pro capite pari a 1.913 euro.
- Il sistema presenta nel 2016 un avanzo di 329 milioni di euro.
- Molto hanno inciso il blocco dei contratti collettivi di lavoro e gli interventi in materia di farmaci e dispositivi medici.

L'offerta di salute: struttura

- La prima voce di spesa (33,6%) è relativa a beni e servizi, ovvero l'insieme degli acquisti direttamente collegati alle prestazioni erogate dal sistema, con un incremento del 4,7% rispetto al 2015 (quando aveva già mostrato un incremento del 7,9% rispetto all'anno precedente).
- Il principale driver di spesa è rappresentato dai dispositivi medici in tutte le regioni con uno sfondamento del tetto fissato per il 2016 pari a 20,3%.

L'offerta di salute: struttura

- A fronte di bisogni crescenti e di una domanda di salute sempre più articolata e costosa, la spesa pubblica in Italia è tendenzialmente stabile.
- Il sistema mantiene l'equilibrio economico soprattutto frenato dalla spesa per il personale in calo (-1,1% anno) e dalla farmaceutica convenzionata (-4,9% anno).
- Difficoltà nel garantire la copertura professionale
- Concentrazione di risorse sull'innovazione tecnologica.

Criticità tra domanda e offerta

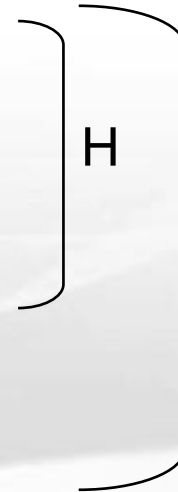
- Il sistema è in difficoltà sul fronte della **cronicità**:
- Target a rischio per bisogni di salute insoddisfatti:
 - Persone con più di 65 anni con limitazioni funzionali (limitazioni nella vita quotidiana, difficoltà nella comunicazione) (+11,6% nel 2016)
 - Adulti con limitazioni funzionali che ne decretano una non totale autosufficienza (+5,1% nel 2016).
 - L'Italia è il Paese in cui la maggior parte dei cittadini dichiara di percepire il proprio stato di salute come «cattivo/pessimo» (12,4% nel 2015).

Pazienti con limitazioni della funzionalità

- Il tasso di copertura dei bisogni in termini di offerta dei diversi setting assistenziali è pari solo al 32,3% per i pazienti con più di 65 anni con limitazioni funzionali e scende al 29,4% per la popolazione adulta con limitazioni funzionali.
- La limitata copertura dei bisogni evidenzia importanti vuoti di offerta.
- I cittadini trovano soluzione rivolgendosi a setting di cura informali o a setting formali con un uso inappropriato.

Quali costi? Dipende dalla prospettiva di analisi...

- **COSTI DIRETTI SANITARI**
 - Esami di laboratorio
 - Visite/consulenze specialistiche
 - Terapie farmacologiche
 - Degenza ospedaliera
 - Prestazioni riabilitative
 - Prestazioni di diagnostica strumentale
- **COSTI DIRETTI NON SANITARI**
 - Trasporti
 - Servizi sociali
 - Assistenza informale e formale
- **PERDITE DI PRODUTTIVITÀ**



SSN

Settore pubblico + Pazienti

Società

I costi di malattia: Le demenze

- I costi diretti non sanitari (assistenza formale e informale) per l'assistenza superano gli 11 miliardi di euro, di cui il 73% è a carico delle famiglie. Sempre più informale e privata l'attività di cura e sorveglianza: nella metà dei casi se ne occupano i figli, il 38% ha il supporto di una badante.
- La sostenibilità del sistema sanitario pubblico e lo sviluppo della sanità integrativa rappresentano una delle sfide di maggior rilievo per il riassetto del nostro sistema di welfare. In particolare, la sanità integrativa è destinata ad assumere un peso crescente nel “sistema universale” di prestazioni erogate dall'intero SSN.

I costi di malattia: le epilessie

- I costi diretti sono pari a circa 15,5 miliardi di euro/anno.
Di questi, 8,6 miliardi di euro circa imputabili all'assistenza informale e alle perdite di produttività.
- I costi diretti dell'epilessia sono molto variabili e significativamente correlati con la gravità della malattia e la risposta al trattamento.
- Le principali fonti di spesa consistono nei ricoveri ospedalieri (dovuti a prima diagnosi o alla persistenza di crisi) e nelle terapie farmacologiche (in particolare nell'utilizzo sempre più frequente dei farmaci antiepilettici di nuova generazione).

I costi di malattia: le neoplasie cerebrali

- 5,2 miliardi di euro/anno
- 37% Costi diretti sanitari
- 23% costi diretti non sanitari
- 40% perdite di produttività

(Olesen et al, 2012)

Le prospettive

Tenuta del sistema universalistico sottoposta a forti tensioni a causa dell'aumento della spesa legata a malattie cronico-degenerative

- Value based Healthcare
- PDTA

Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali

Value based Healthcare

Analisi di valutazione economica

Si valutano sia i costi sia gli esiti?

Si confrontano due o più alternative?

		NO	SI
		SOLO ESITI	SOLO COSTI
NO	Descrizione dell'outcome	Descrizione e dei costi (es. COI)	<i>Analisi costo-conseguenze</i>
SI	Valutazione dell'efficacia (comparative effectiveness)	Analisi dei costi	AMC ACE ACU ACB

Valutazioni economiche complete

Analisi costo-efficacia / costo-utilità

- ✓ Analisi economica completa che misura i benefici in:
 - Vite salvate, Anni di vita guadagnati
 - QALYs – quality adjusted life years (analisi costo-utilità) – outcome finali
- ✓ Unità di misura fisica e comune alle diverse tecnologie, gradi di efficacia diversi
- ✓ Obiettivo: massimizzare i guadagni in salute con il budget disponibile

Value based Healthcare

- I rapporti medi di costo efficacia non sono **mai** misure utili e/o significative nelle valutazioni economiche
- Il rapporto **incrementale** di costo efficacia è la misura usata per mettere a confronto le diverse alternative

$$ICER = \frac{Costi_B - Costi_A}{Effetti_B - Effetti_A}$$

- Ma da solo raramente è sufficiente a decidere tra alternative possibili. Giudizi di costo efficacia possono essere dati solo in relazione ad un certo valore soglia (valore monetario di un *outcome* di salute)

Le prospettive PDTA

Percorsi di cura e assistenza che riconducano in capo ad un unico soggetto la transizione del paziente tra diversi setting di cura in momenti diversi della malattia e che sollevino i caregivers dalla scelta del setting ottimale o più appropriato
(Transitional care)