UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

EUPHA
EUROPEAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

Anziani e crisi economica: quale impatto?

Prof. Walter Ricciardi

Direttore Dipartimento per l'assistenza sanitaria di Sanità Pubblica – Policlinico «A. Gemelli»

Presidente European Public Health Association

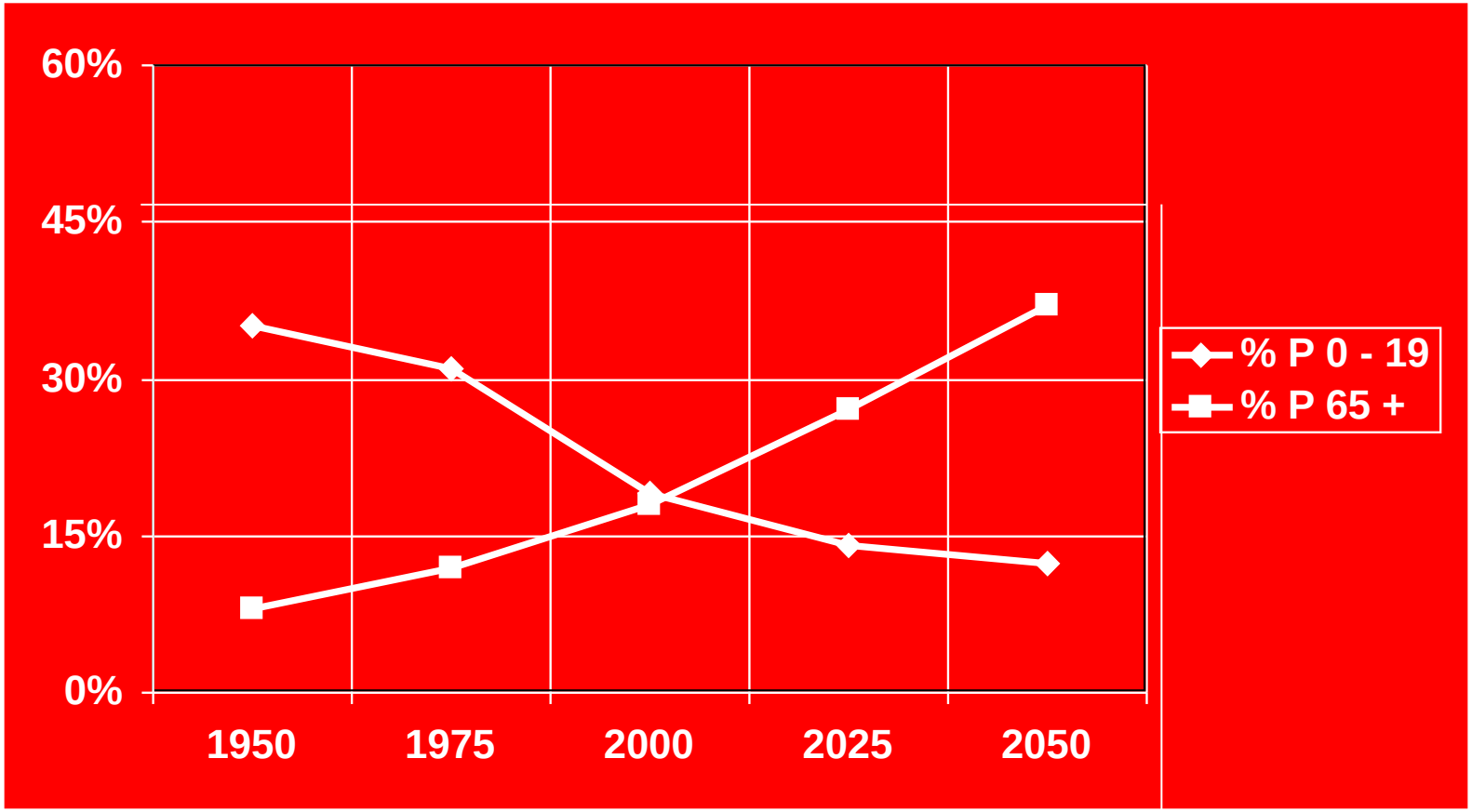
Agenda

- Per avere un impatto bisogna avere risorse: chi le produce nel Paese più vecchio del mondo?
- E se non abbiamo risorse che succede?
- Ma si può fare qualcosa? E abbiamo tempo?
- Si, se capiamo, cambiamo e agiamo
- Ce la faremo? Dipende da noi

IN ITALIA

Mai prima d'ora nella storia dell'umanità i tassi di natalità sono scesi in un Paese a livelli così bassi così rapidamente ed in maniera così sostenuta.

PRIMI AL MONDO!



Anni ‘70

Anni ‘10

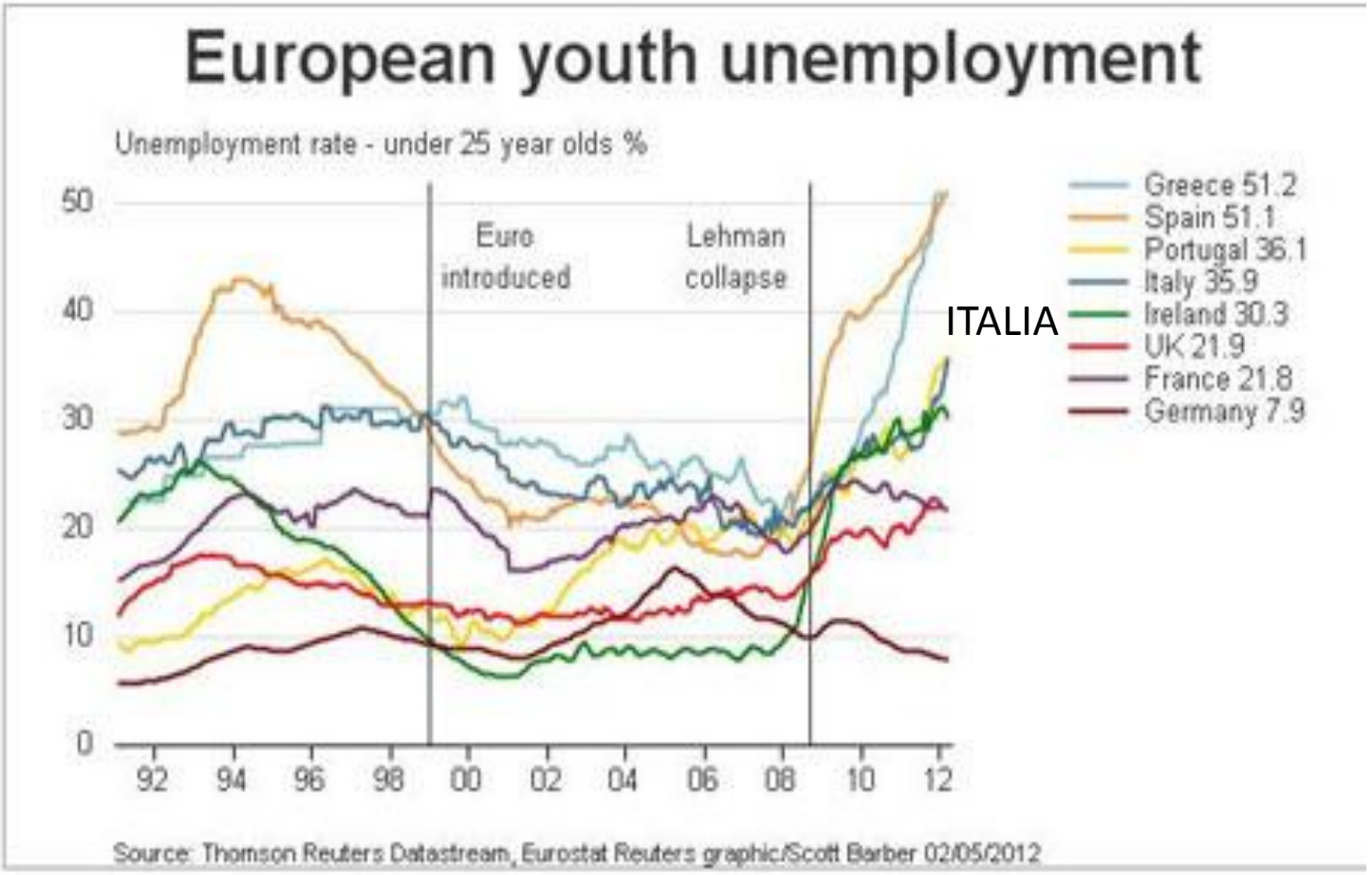
Variazione % delle Borse dal 2002

USA + 187,5%

Messico + 558,6%
Brasile + 396%

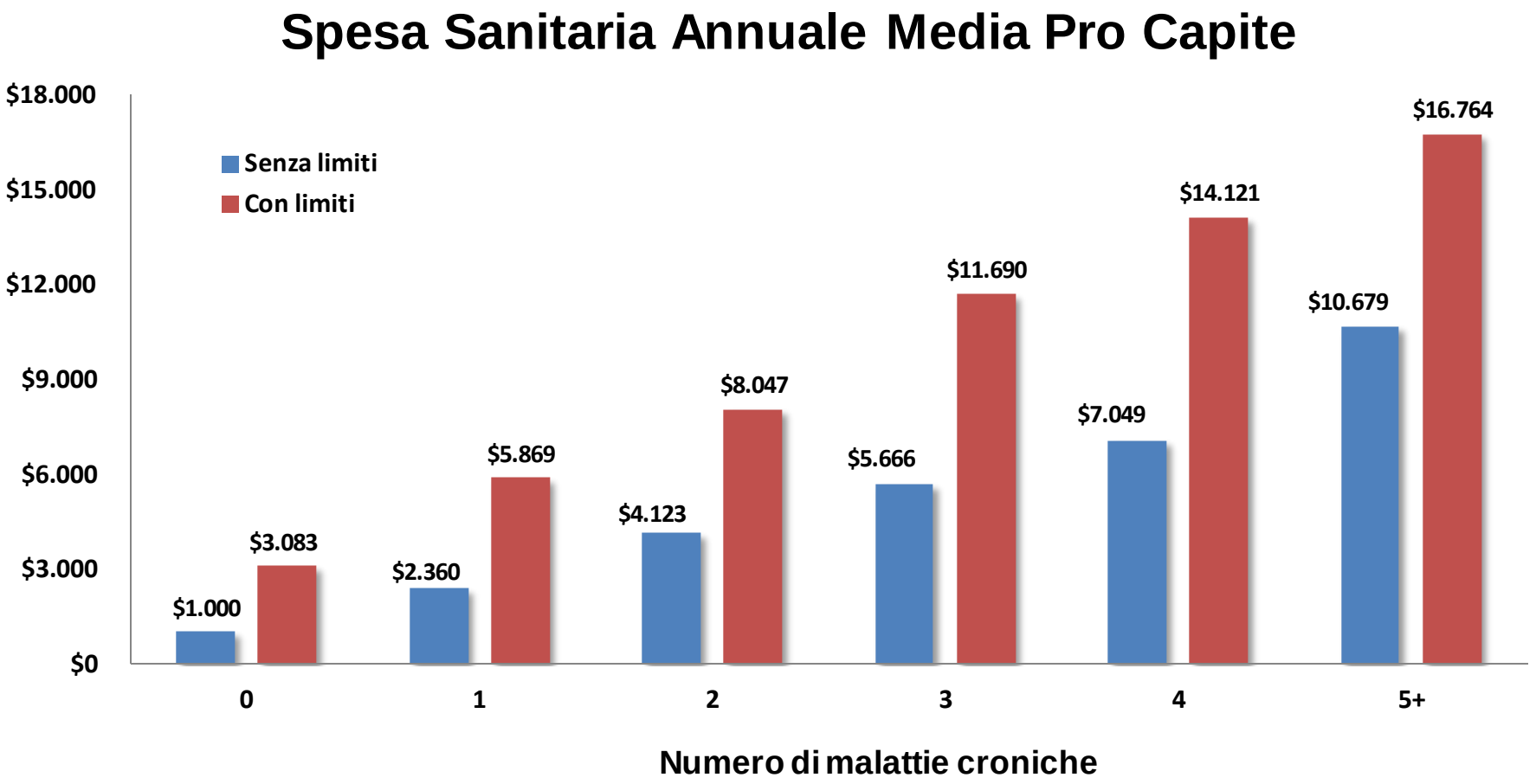
Sud Africa + 378%
Russia + 317,8%
Corea + 224,2%
India + 511,2%
Malesia + 177,2%
Indonesia + 957,1%

Italia – 5,6%


European youth unemployment
Unemployment rate - under 25 year olds %
50
40
30
20
10
0
92
94
96
98
00
02
04
06
08
10
12
Euro introduced
Lehman collapse
Greece 51.2
Spain 51.1
Portugal 36.1
Italy 35.9
Ireland 30.3
UK 21.9
France 21.8
Germany 7.9
ITALIA
Source: Thomson Reuters Datastream, Eurostat Reuters graphic/Scott Barber 02/05/2012

Chi paga?

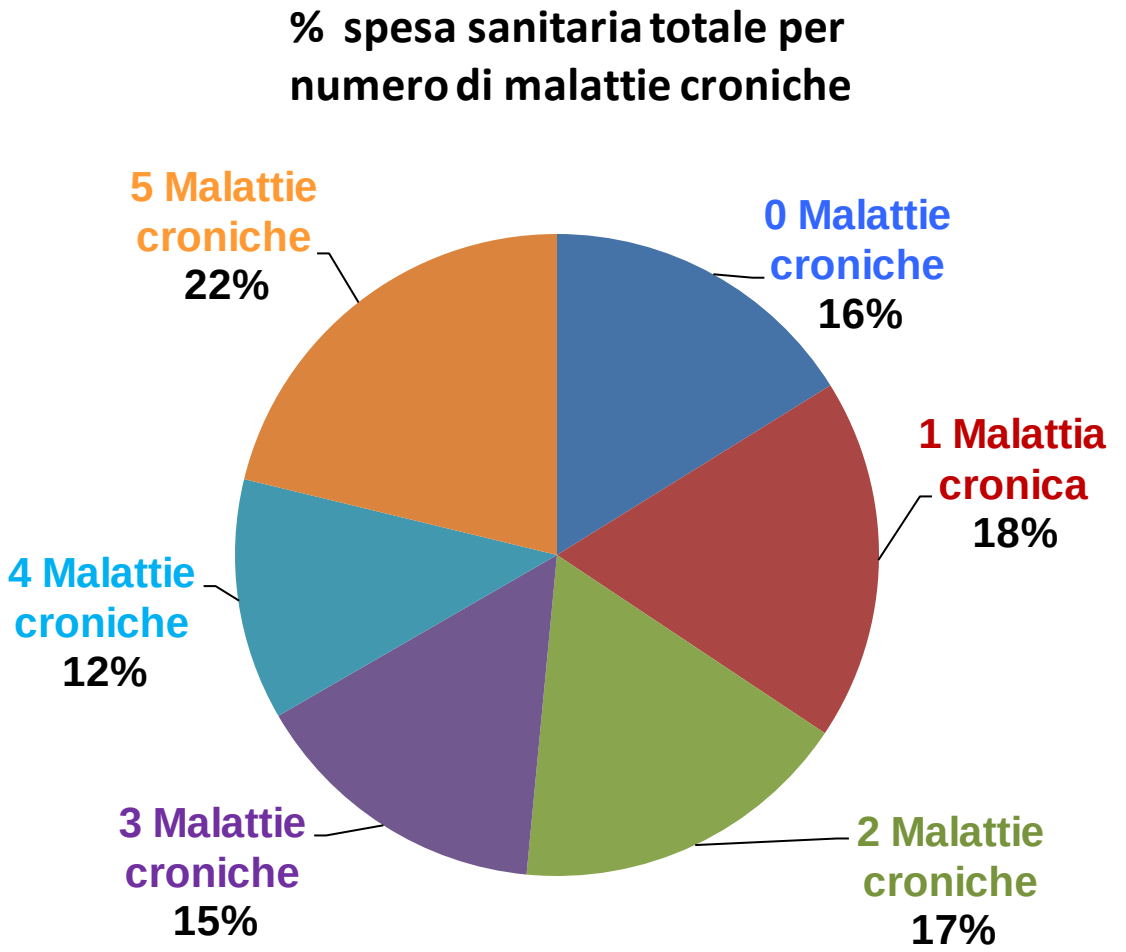
La spesa sanitaria negli Stati Uniti spesso raddoppia per le persone con malattie croniche e disabilità



Fonte: Medical Expenditure Panel Survey 2006

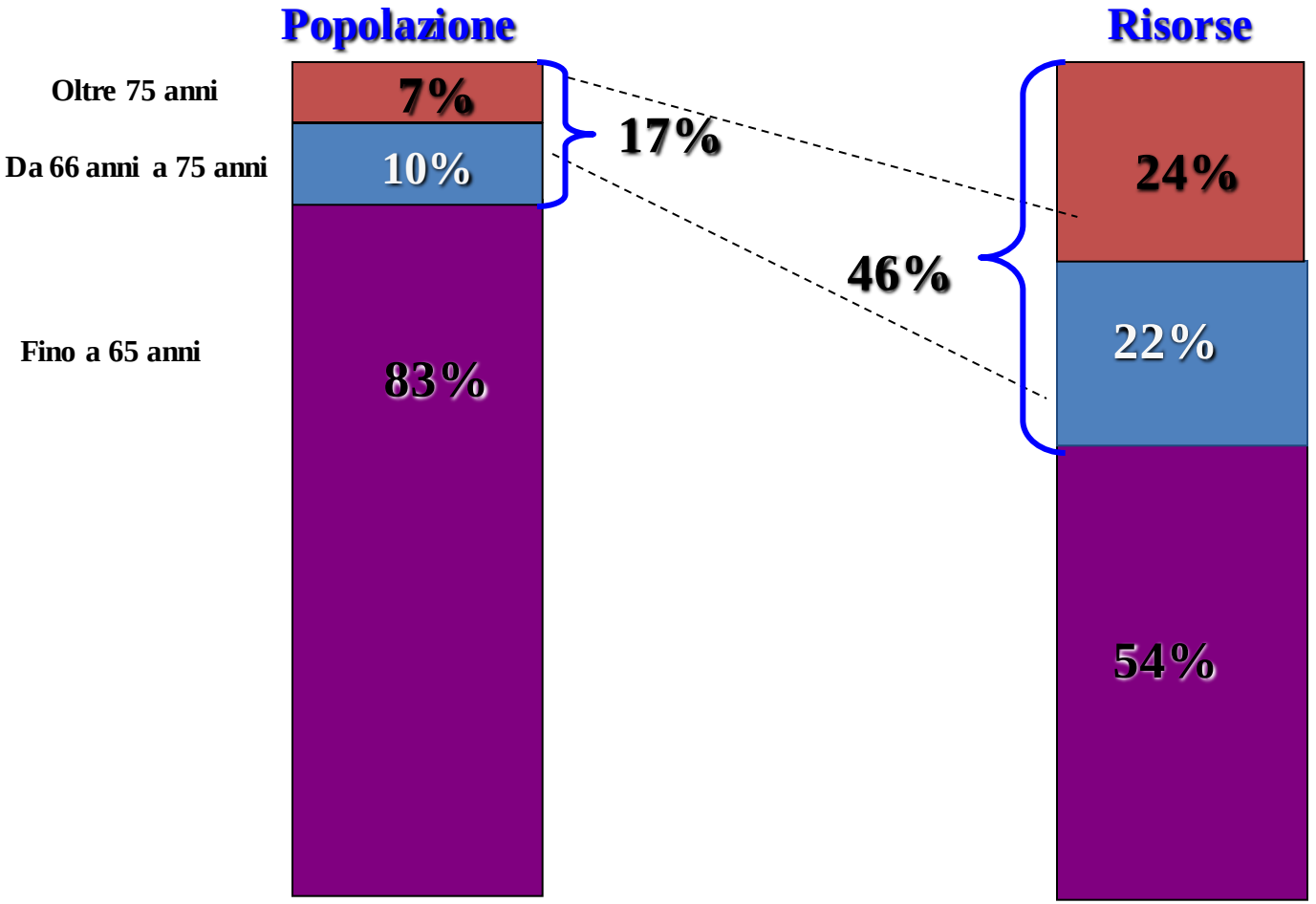
Negli Stati Uniti due terzi della spesa sanitaria è per le persone con malattie croniche multiple

La metà della popolazione che non ha malattie croniche multiple rappresenta solo il 16% della spesa sanitaria



Fonte: Medical Expenditure Panel Survey 2006

Assorbimento Risorse* Ricoveri Ordinari - Classi d'Età



* Punti di DRG

Fonte: Base Dati SDO nazionali anno 2002

I “nuovi” pazienti italiani

UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

I “nuovi” pazienti

Fragili

Tra gli ultra 65enni in Italia vi è una prevalenza di fragilità del 14,3% (che sale al 23% se vengono inclusi i disabili).

Tale dato arriva fino al 48,8% se si includono i pre-fragili (presenza di 1 o 2 fattori di rischio)

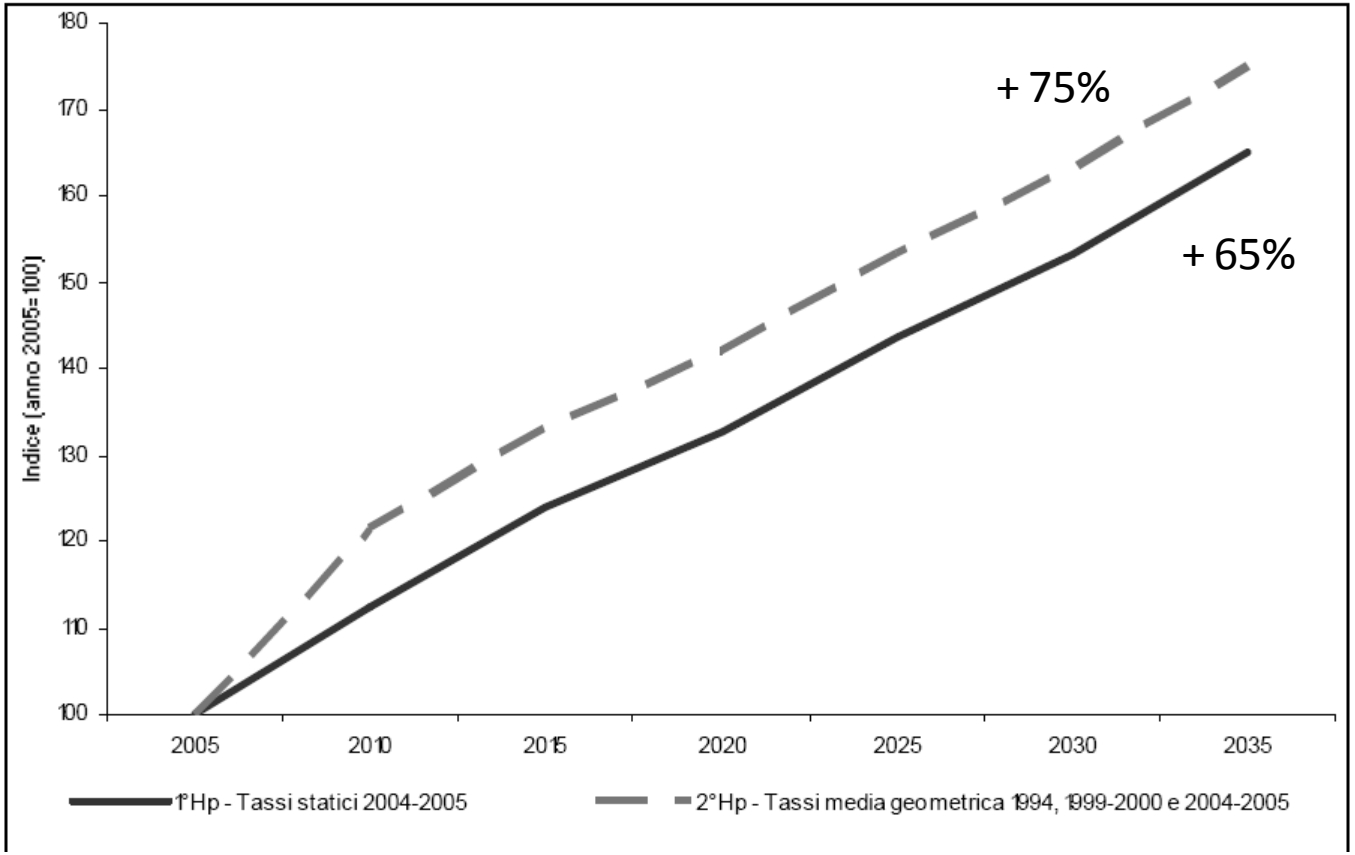
Santos-Eggimann 2009

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

I “nuovi” pazienti

Disabili

Proiezione del tasso di disabilità secondo le varie ipotesi- Anno 2005-2035 (numeri indice anno base=2005)

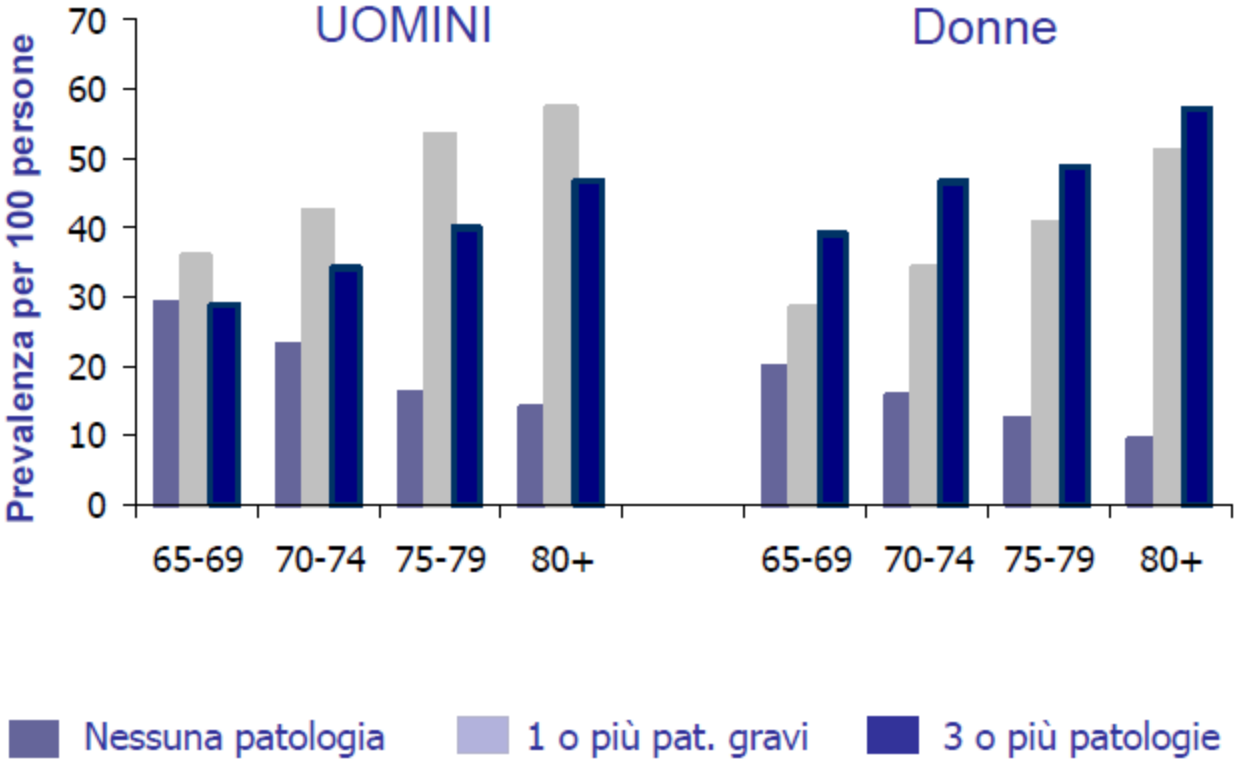


UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

ISTAT 2009

I “nuovi” pazienti

Multimorbidi

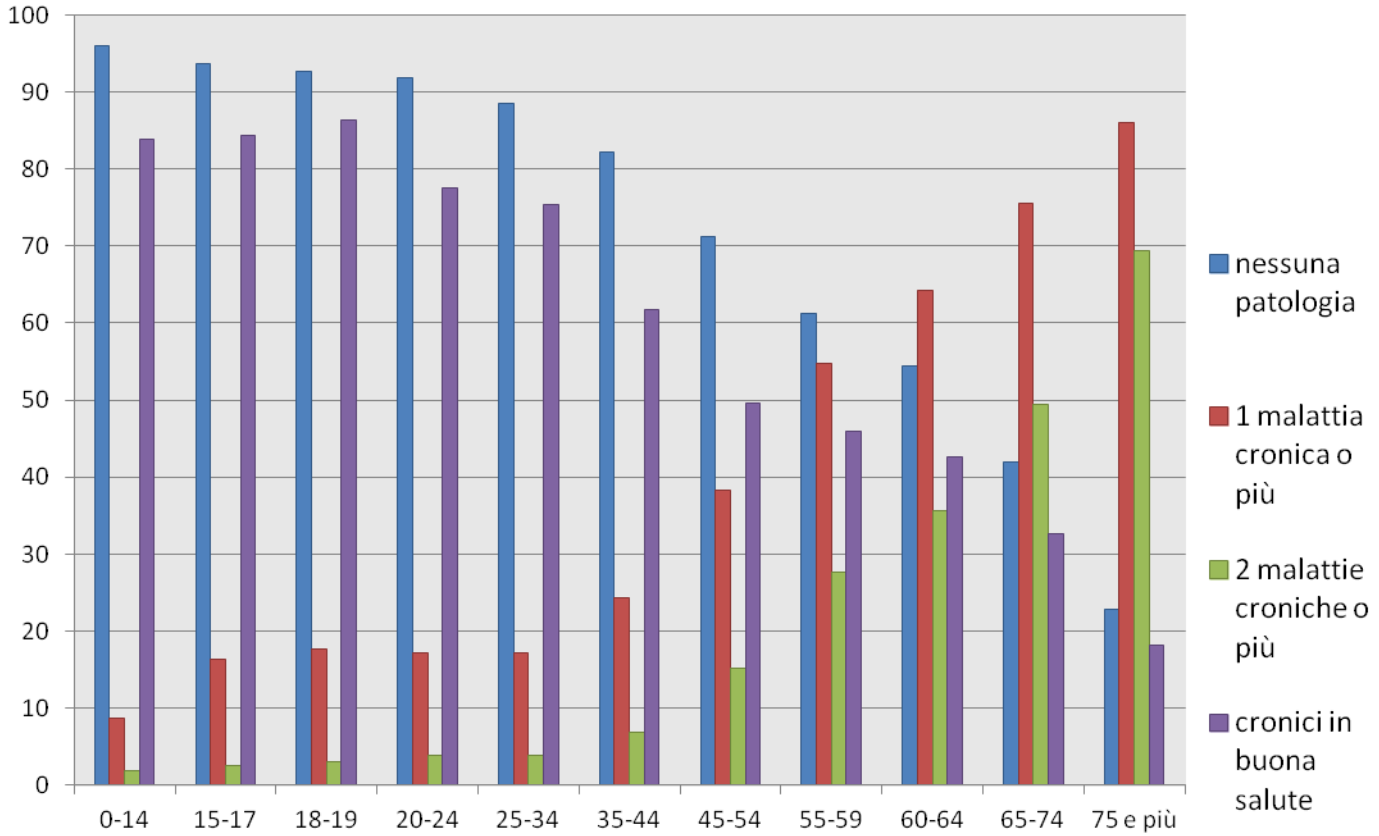


Volpato, 2008 su dati ISTAT 2004-2005

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

I “nuovi” pazienti

Cronici



UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Annuario Statistico Italiano 2012

I “nuovi” pazienti

Con
Criticità sociali

2,9 milioni

Condizione	Età	Maschi	Femmine	Totale
Non coniu-gati/e	60-69	13 %	31 %	23 %
	70+	23 %	67 %	50 %
Vivono da soli/e	60-64	8 %	12 %	10 %
	65+	13 %	37 %	27 %
Senza figli	65+	12 %	15 %	14 %
Figli >50km	65+	4 %	4 %	4 %
Contatti rari	65+	13 %	11 %	12 %

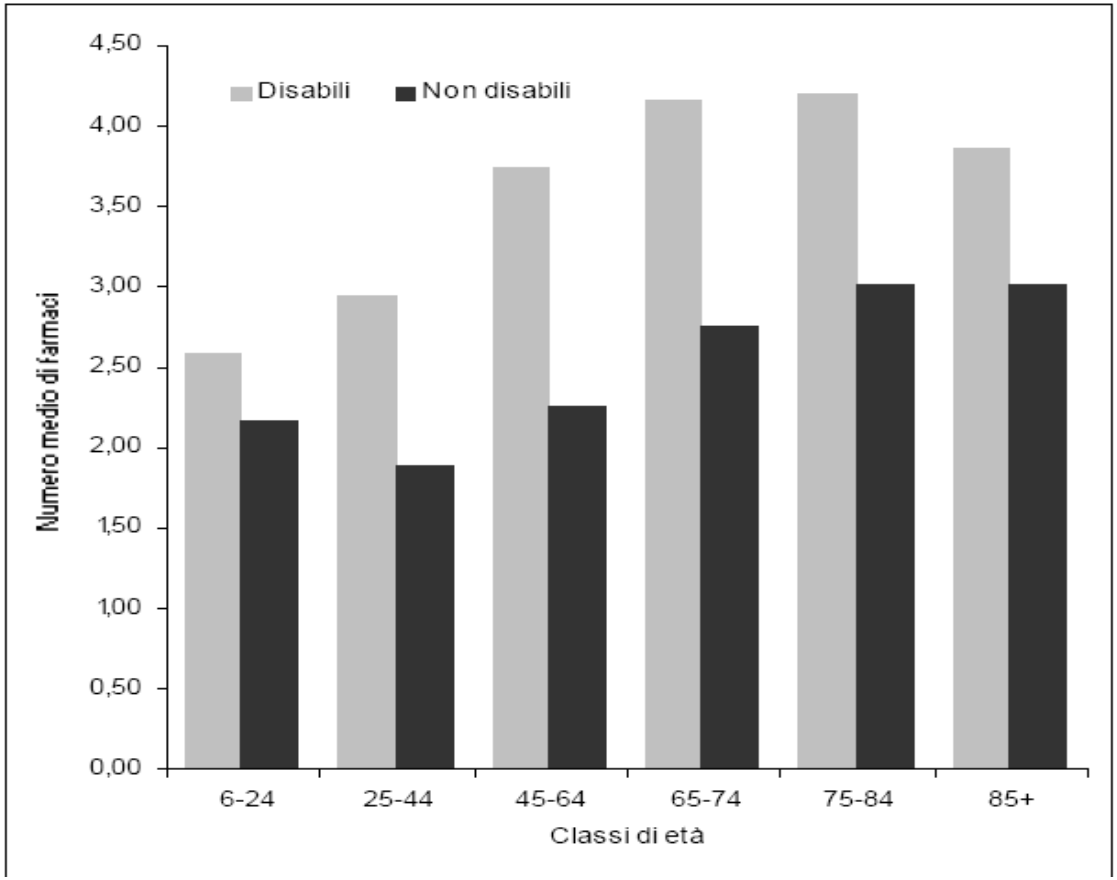
Gesano, 2008

UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

I “nuovi” pazienti

In politerapia

Figura 2.8 - Numero medio di farmaci per classe di età e presenza di disabilità di colui che li assume - Anno 2004-2005



UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Dati ISTAT

I “nuovi” pazienti

Costosi

N. di ricoveri ripetuti nel Lazio per classe di età e peso medio APR

Classe di età	N	Media peso APR
0-14	3901	0,8681966
15-44	10659	0,7170368
45-64	10444	0,9475375
65-74	8128	1,049389
75-84	8638	1,007814
>84	2949	0,8897717
Totale	44719	0,9120237

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Dati ASP Lazio 2010

I “nuovi” pazienti

Sconosciuti

JAMA The Journal of the American Medical Association

Home Current Issue All Issues Online First Specialties & Topics CME Mu

March 21, 2007, Vol 297, No. 11 »

« Previous Article Next Article »

Review | March 21, 2007

Eligibility Criteria of Randomized Controlled Trials Published in High-Impact General Medical Journals

A Systematic Sampling Review FREE

Cause di mancato arruolamento nei trial

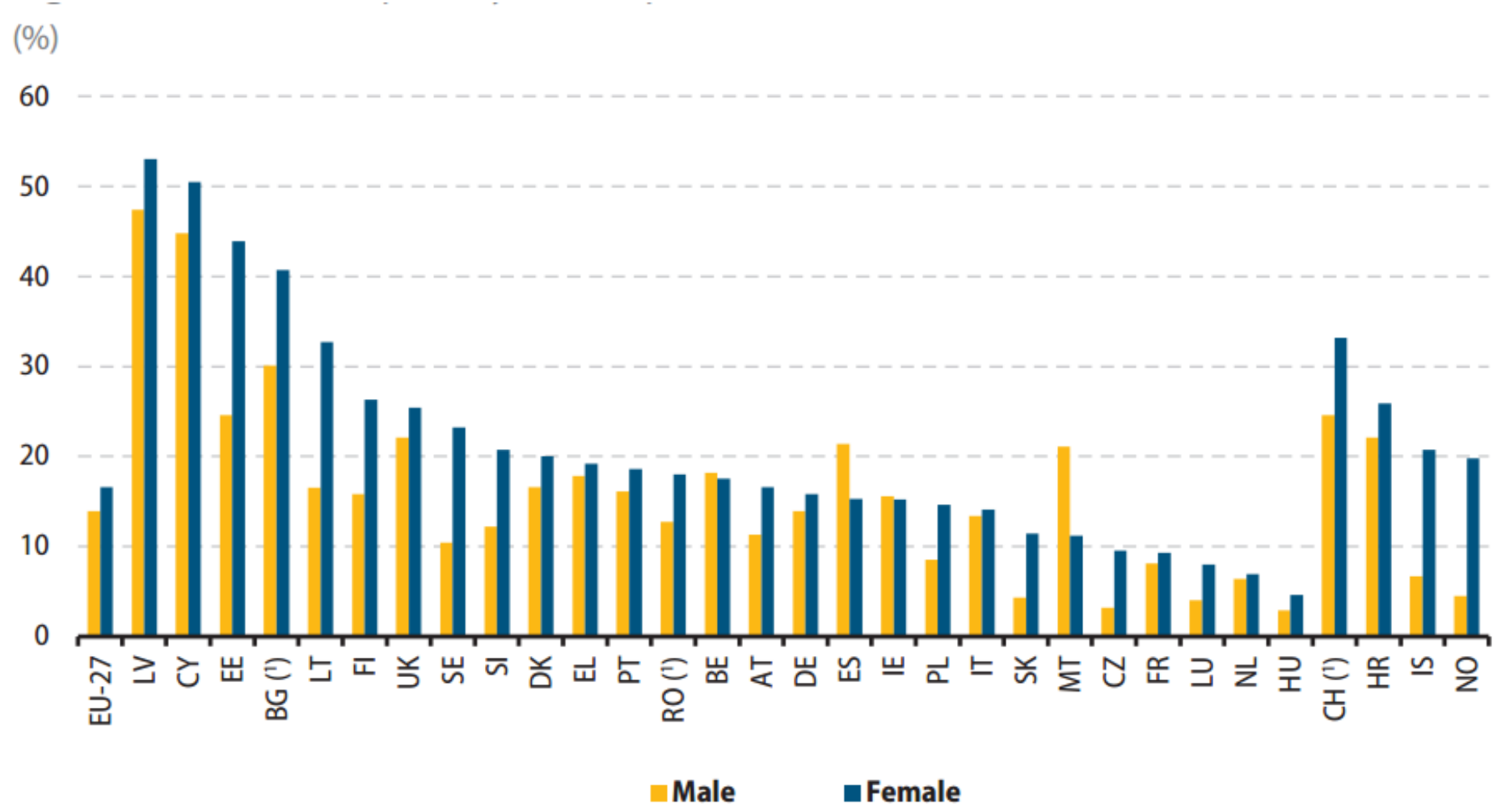
- Età (72,1%)
- Sesso femminile (47%)
- Comorbidità (81,3%)
- Polifarmacoterapia (54,1%)

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Van Spall HG, 2007

The work of America's future...
FEED ME! CHANGE MY DIAPERS! NOW!
Baby Boomer Retirement
SOCIAL SECURITY
MEDICAL CARE

La situazione attuale
% pensionati a rischio di povertà



Il Regno Unito: un esempio

- Assistenza sociale insostenibile
- Diminuzione delle pensioni
- Erosione delle detrazioni fiscali
- Ritiro di prestazioni universali
- Modifiche alla sanità

Assistenza sociale

- Dilnot Report ha proposto un tetto di £35,000 sui pagamenti per l'assistenza sociale, in seguito alla quale lo stato subentrerebbe

- Il Governo ha fissato un tetto di £75,000, MA
  - Esclude le "spese alberghiere"
  - E' stato calcolato in base a ciò si spenderebbe se fosse richiesto un sostegno del governo locale, sebbene i costi reali siano più elevati
  - Prevede la privatizzazione dell'assistenza a lungo termine, con la responsabilità da parte di compagnie private che la acquistano per venderne le singole attività

  - *"The original scheme as put forward by the Dilnot commission has had its balls cut off by the Government"*. Lord Lipsey, membro della Commissione Dilnot

Pensioni

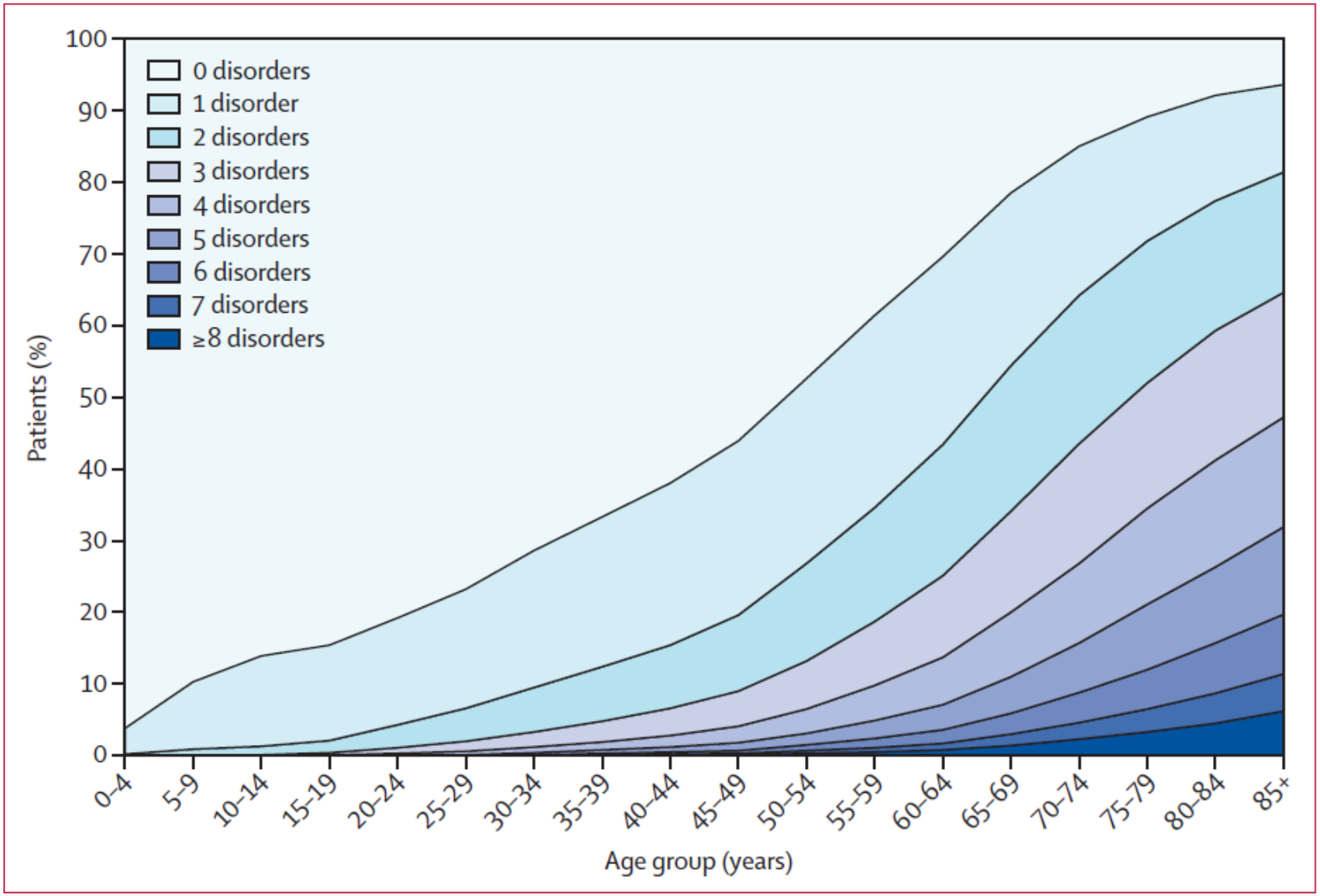
- Abolizione dei piani a benefici definiti
- Modifiche all'adeguamento per l'inflazione

  - dall'indice di prezzo al consumatore all'indice di prezzo al dettaglio
  - l'indice di prezzo al consumatore è quasi sempre più basso dell'indice di prezzo al dettaglio
  - ma l'indice di prezzo al dettaglio comprende le spese (biglietti di treno, rimborso spese studenti, etc.)
- Muoversi su pensioni private, rincarando I contributi
  - C'è stato un rendimento medio negativo sui risparmi delle pensioni private inglesi tra il 2001 e il 2010
  - £100 investite nei fondi Norvegesi nel 2001 valgono £149, vs. £90 nel Regno Unito.

Attacco ai beni universali

- Richiesta per rimuovere i “benefits della classe media”
  - Pagamenti del Winter fuel
  - Abbonamenti dei mezzi pubblici
- Parte di un attacco più ampio sull’universalismo
  - Rimozione degli assegni famigliari alle famiglie con un un reddito medio
  - Riduzione delle esenzioni delle tasse universitarie per le famiglie a basso reddito

Gli anziani hanno più patologie

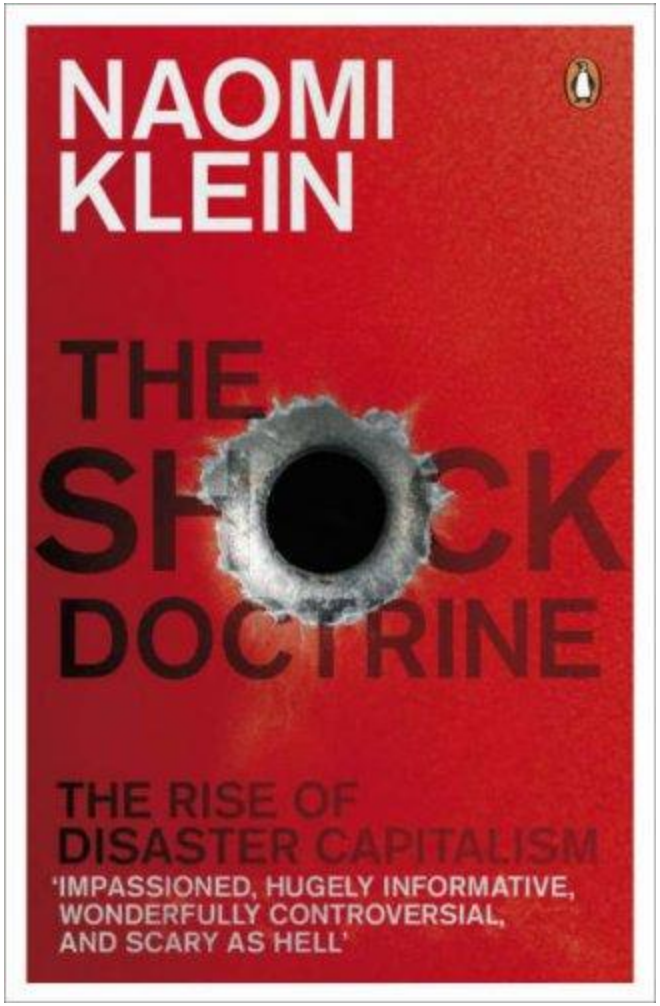


Source: Barnett et al. (2012)

La frammentazione della sanità

- “i mercati odiano l’incertezza”
- La sanità privata può ottenere utili dal cream-skimming, soprattutto con una spesa sanitaria sotto il 10% del PIL
- Farà pressione per ottenere [singoli] pacchetti di gestione della malattia
- Chi si prenderà cura degli anziani con più patologie?

La crisi economica: può essere un'opportunità?



- Ripetutamente, i politici neo-liberisti hanno tratto vantaggio dalle crisi per destabilizzare la solidarietà sociale
- Vedevano nella crisi un'opportunità da cui trarre profitto
- Il sistema solidaristico veniva minato dagli attacchi alle politiche sull'invecchiamento, sull'immigrazione ed essenzialmente su tutto ciò che poteva rappresentare un bersaglio

The assault to universalism
McKee, Stuckler BMJ 2011

- First, create an identifiable group of undeserving poor.
- Second, create a system in which the rich see little benefit flowing back to them from their taxes.
- Finally, do so in a way that attracts as little attention as possible, putting in place policies whose implications are unclear and whose effects will only be seen in the future

Dobbiamo dire no a
un’economia dell’esclusione
e dell’iniquità.
Questa economia uccide

Il Servizio Sanitario Nazionale fatica a garantire equità e universalità

Qualità del servizio	▪ Gli indicatori di qualità mostrano una forte variabilità interregionale e intra-regionale
Accesso al servizio	▪ I tempi di attesa sono in ritardo rispetto ai migliori paesi europei con una notevole variabilità interregionale ▪ I tempi per la disponibilità di nuovi farmaci sono tra i peggiori in Europa
Protezione finanziaria	▪ Circa 300.000 famiglie nel 2009 sono state impoverite da eventi sanitari avversi (+2,3% spese sanitarie rispetto a 2008) e 675.000 famiglie hanno subito spese catastrofiche (> 40% del loro reddito)
Soddisfazione dei pazienti	▪ Circa il 32% degli italiani percepisce un peggioramento della Sanità nella propria Regione negli ultimi 2 anni
Sostenibilità finanziaria e supporto allo sviluppo	▪ Spesa sanitari publica su PIL circa 7,1%, al 2060 circa 9%; circa 50 mld di debito sanitario; 8 Regioni in Piano di Rientro ▪ Il contributo allo sviluppo economico è più basso rispetto a Francia, Germania e UK

La situazione è particolarmente difficile nelle Regioni in Piano di Rientro e/o Commissariate a 7 anni dal loro avvio

Andamento della spesa

- Rallentamento della spesa sanitaria complessiva delle Regioni in Piano di rientro, con una crescita annua media della spesa dello 0,5% rispetto al 2,1% fatto registrare dalle altre

Garanzia dei LEA

- Inadempienti su varie leve e in molti casi il trend è in peggioramento. Infatti inappropriatezza, assistenza territoriale, prevenzione oncologica (rilevanti per griglia LEA):
  - (i) tutte le Regioni sono inadempienti su Assistenza Territoriale (ii) tutte tranne il Piemonte sono inadempienti su Inappropriatezza (oltre all'Assistenza Territoriale) (iii) tutte tranne il Molise sono inadempienti su Prevenzione (oltre all'Assistenza Territoriale)
  - In termini di trend non esiste una singola Regione dove ci sia miglioramento sulle tre dimensioni sopra citate

Ristrutturazione industriale

- Numero di strutture residenziali e semiresidenziali la situazione nelle 8 Regioni ancora lontano dai valori di riferimento

Su 10 Regioni entrate in Piano di Rientro (i) 8 non ne sono mai uscite (ii) 5 Regioni ormai sono in Piano di Rientro da almeno di 6 anni

Che fare?

- Meno dello stesso che si è fatto fino adesso non è la risposta giusta

Sir Muir Gray
Walter Ricciardi

PER UNA SANITÀ DI VALORE

Come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse

DEVELOP POPULATION BASED HEALTHCARE

Population healthcare focuses primarily on populations defined by a common need which may be a symptom such as breathlessness, a condition such as arthritis or a common characteristic such as frailty in old age, not on institutions , or specialties or technologies.

The Healthcare Archipelago

GENERAL PRACTICE

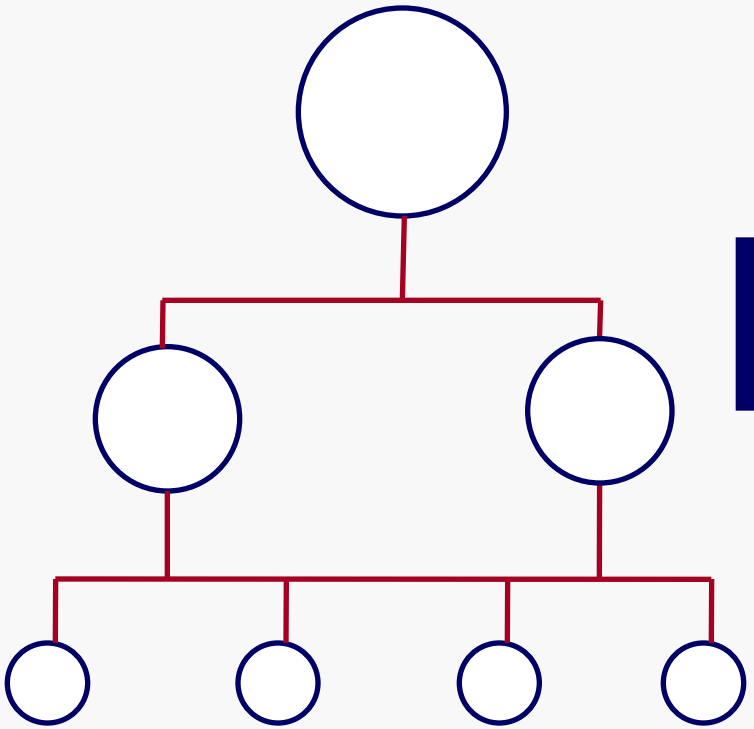
MENTAL HEALTH

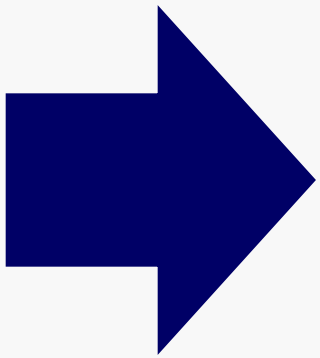
COMMUNITY SERVICES

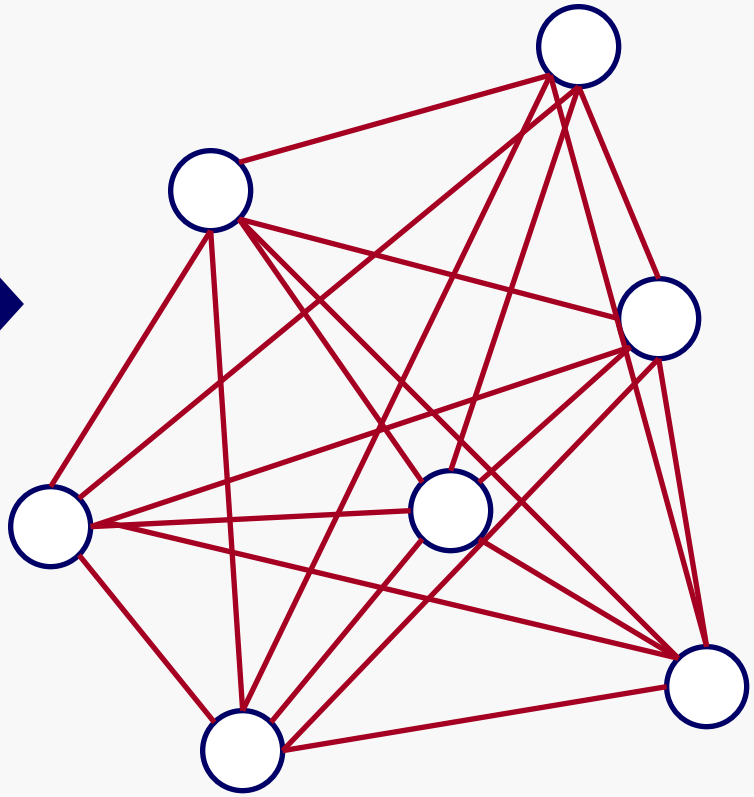
HOSPITAL SERVICES

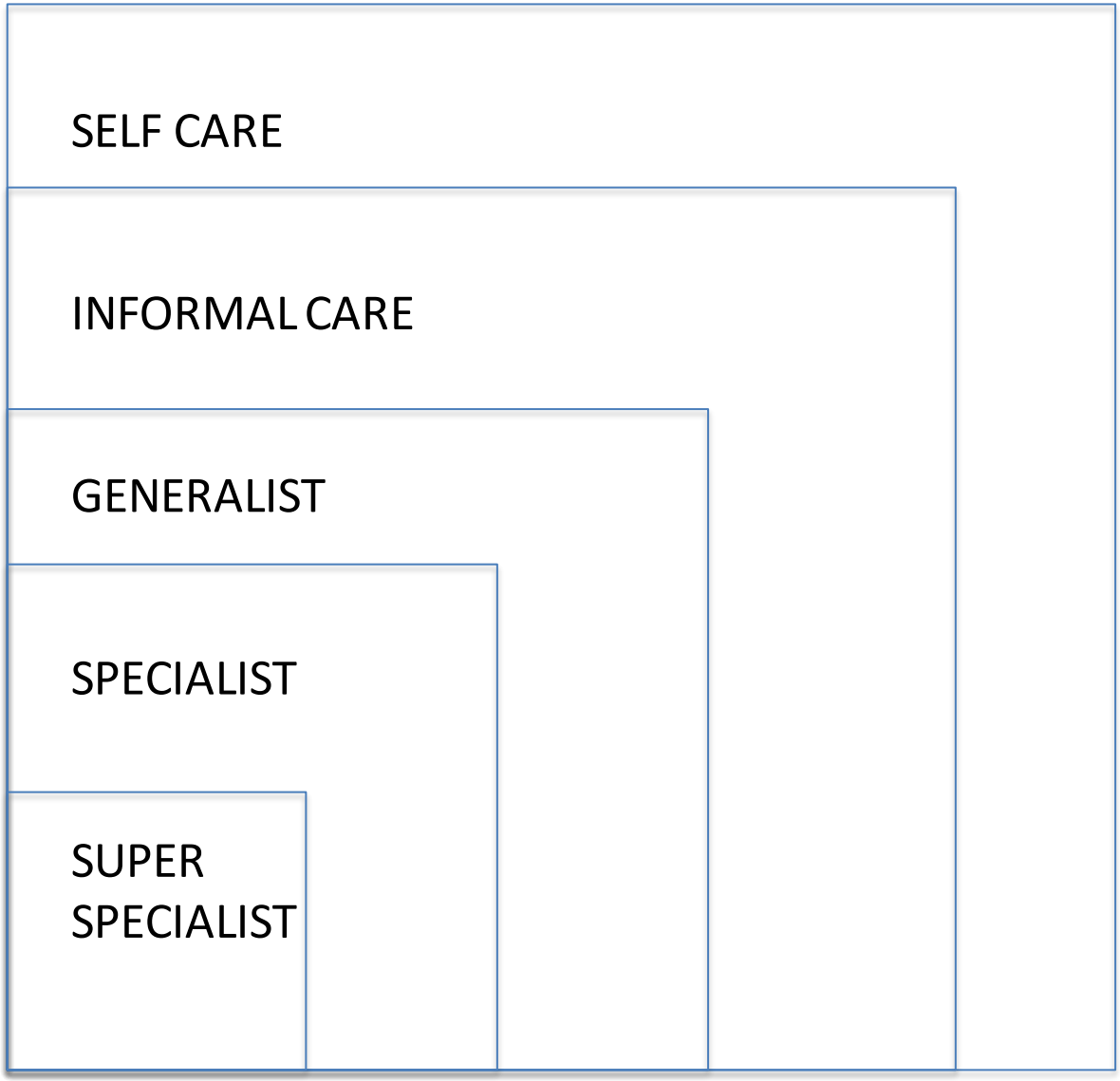
Hierarchy

Network



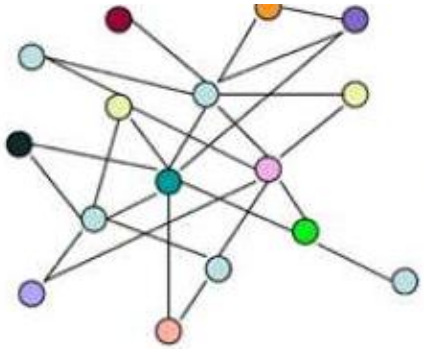





SELF CARE
INFORMAL CARE
GENERALIST
SPECIALIST
SUPER
SPECIALIST

“Nuovi” pazienti “complessi”

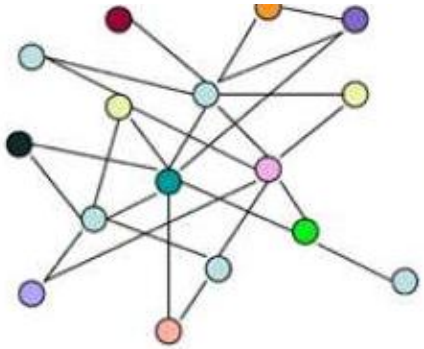
- Anziani
- Fragili
- Disabili
- Multimorbidi
- Cronici
- Criticità Sociali
- Politerapia
- Costosi
- Poco Conosciuti



“Nuova” medicina di popolazione(“4 P” medicine)

“Nuovi” pazienti “complessi”

- Anziani
- Fragili
- Disabili
- Multimorbidi
- Cronici
- Criticità Sociali
- Politerapia
- Costosi
- Poco Conosciuti

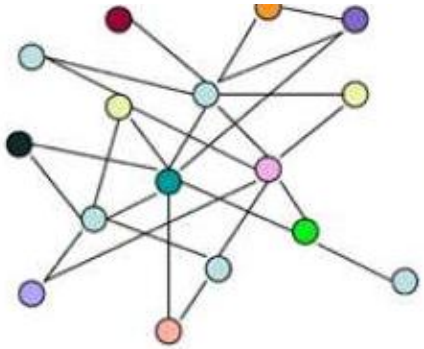


“Nuova” medicina della complessità (4 p medicine)

- Personalizzata = basata su dati OMICS

“Nuovi” pazienti “complessi”

- Anziani
- Fragili
- Disabili
- Multimorbidi
- Cronici
- Criticità Sociali
- Politerapia
- Costosi
- Poco Conosciuti

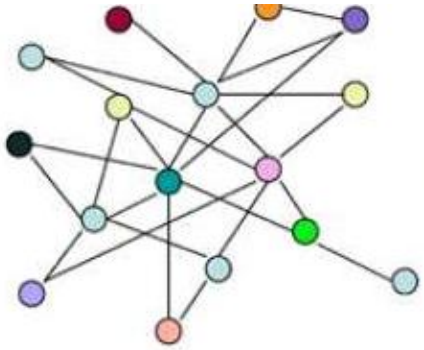


“Nuova” medicina della complessità (4 p medicine)

- Personalizzata
- Predittiva=in grado di stabilire il rischio di malattia o di evento avverso

“Nuovi” pazienti “complessi”

- Anziani
- Fragili
- Disabili
- Multimorbidi
- Cronici
- Criticità Sociali
- Politerapia
- Costosi
- Poco Conosciuti

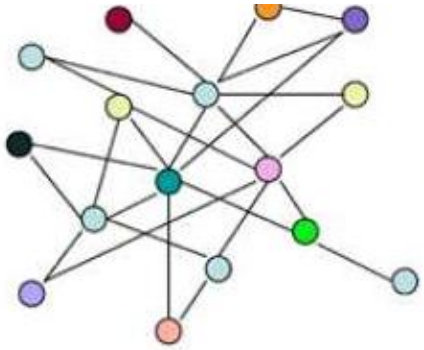


“Nuova” medicina della complessità (4 p medicine)

- Personalizzata
- Predittiva
- Preventiva= stabilito il rischio esso può essere ridotto (farmaci e TLC)

“Nuovi” pazienti “complessi”

- Anziani
- Fragili
- Disabili
- Multimorbidi
- Cronici
- Criticità Sociali
- Politerapia
- Costosi
- Poco Conosciuti



“Nuova” medicina della complessità (4 p medicine)

- Personalizzata
- Predittiva
- Preventiva
- Partecipata = cittadino protagonista del proprio percorso di salute

POPULATION MEDICINE

In sintesi…

Un'assistenza

- Multidimensionale
- Multidisciplinare
- Multilivello
- Continuativa

4 P medicine

per

- Migliorare la qualità della vita
- Prevenire o ritardare la disabilità e la fragilità
- Contenere e razionalizzare la spesa sanitaria

E in Italia? La situazione è pessima e io credo che questo dipenda fondamentalmente da tre fattori

Scarsa trasparenza e accountability

- Mancanza di un quadro condiviso di performance sanitaria
- Profonda commistione di ruoli spesso in conflitto di interesse (regolamentazione, finanziamento, erogazione) con relazione poco trasparente tra le diverse funzioni
- Limitata informazione pubblica su qualità di strutture/medici

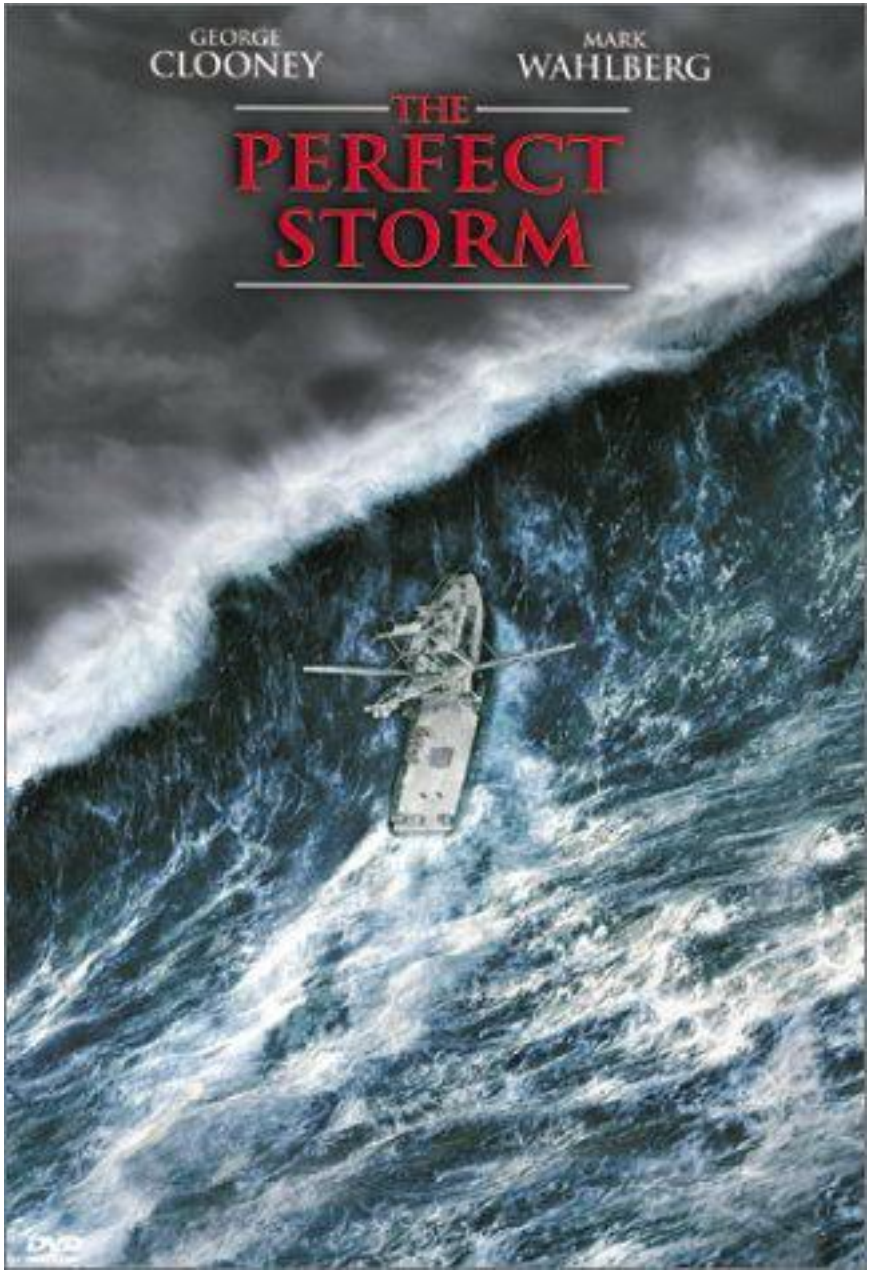
Modalità di allocazione di risorse

- Criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale sempre cambiati dal 2001 in avanti
- Modalità di allocazione delle risorse a livello locale non trasparente e non incentivanti al miglioramento di qualità e produttività

Limitate competenze manageriali

- 23,5% dei DG di ASL e AO ha background economico e la scarsa cultura manageriale é percepita come una criticità dal 36% dei DG e dal 40% dei cittadini
- Difficoltà oggettive ad attrarre manager di livello

IL RUOLO DELLA RICERCA (SUI SERVIZI SANITARI)



…in un contesto con forti resistenze

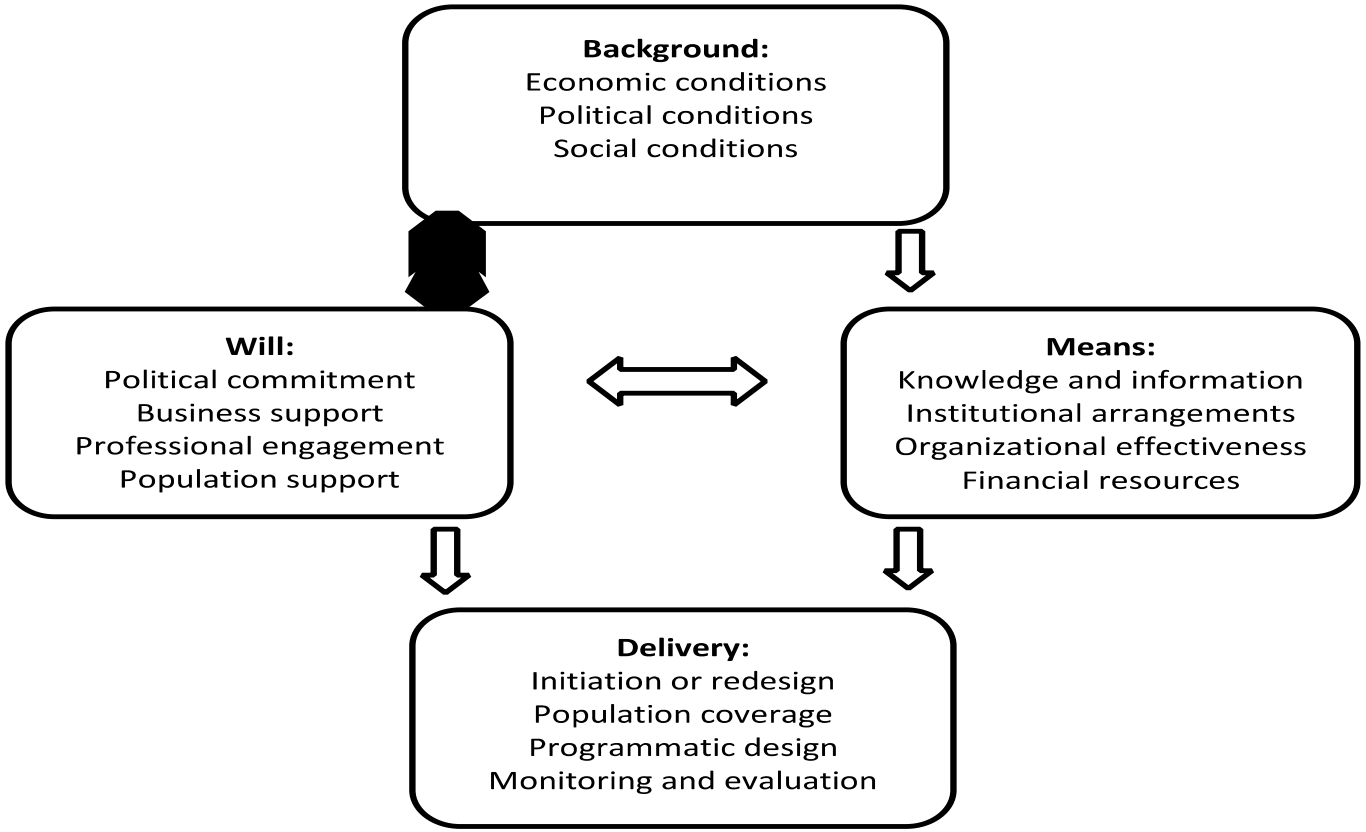
Influenza della politica

- Politica resistente alle istanze locali es. resistenze alla razionalizzazione/riconversione delle reti
- Nomina, valutazione e rimozione di DG e DS delle Aziende Sanitarie spesso con criteri poco trasparenti

Intrinseca resistenza al cambiamento

- Ostacoli per timore di perdere privilegi (es. duplicazioni di primariati) e per resistenza ad attività progettuali aggiuntive rispetto ad attività tipica.
- Limitata flessibilità nella gestione dei fattori produttivi (i.e. riallocazione di risorse nel pubblico impiego)

Figure 15-1 A simple conceptual framework outlining the conditions for effective health policy making



Will

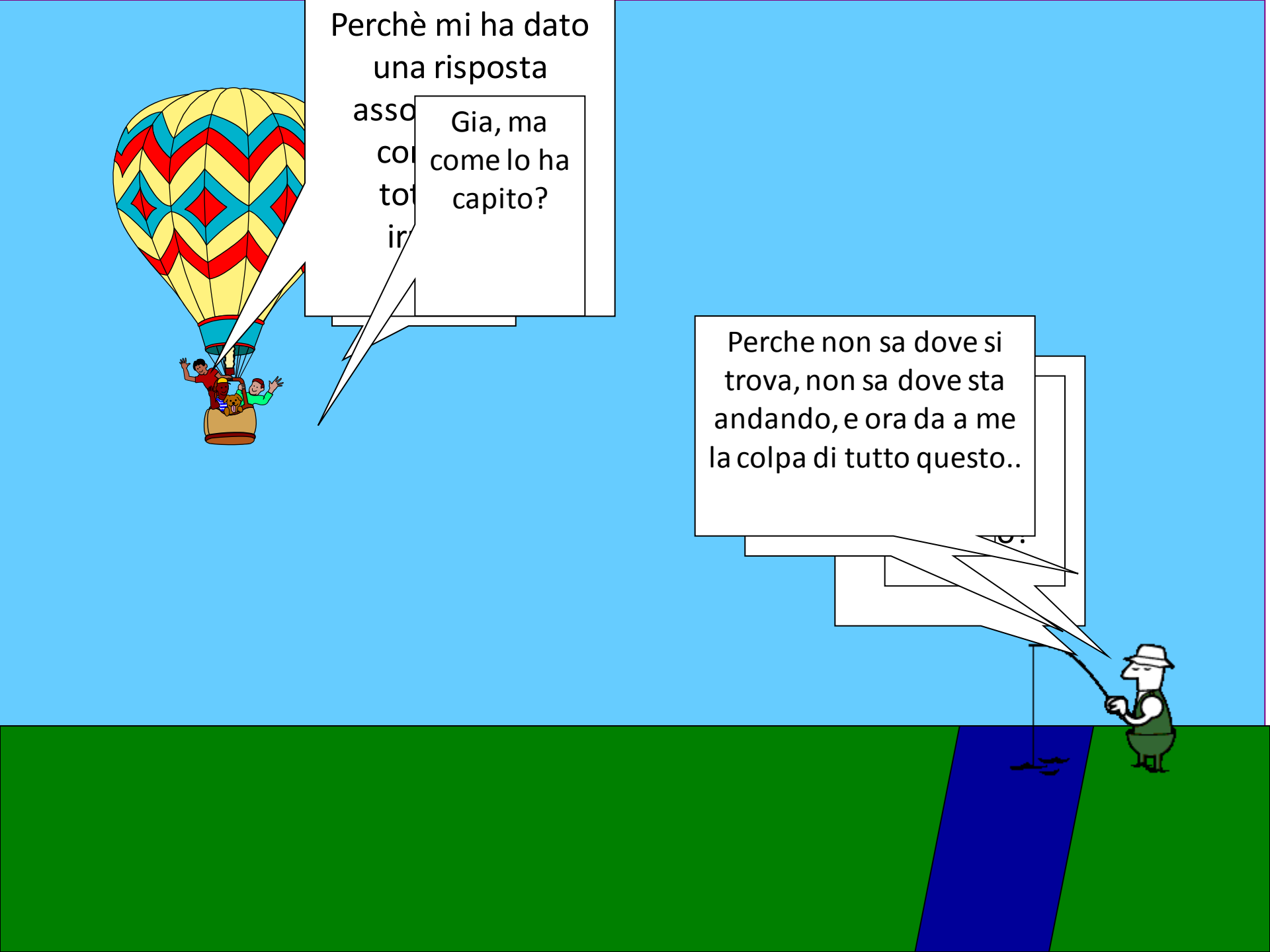
The first step in achieving a will to do something is to get it on the policy agenda. Kingdon has identified three independent processes that are involved in achieving this: problems, proposals, and politics (Kingdon 1984). For an issue to arrive on the agenda, at least two must coincide at a critical time, a so-called policy window.

Problems refer to how decision makers are persuaded to pay attention to one issue rather

La nuova normalità italiana?

- Abbiamo una responsabilità, ne avremo il coraggio?
- Se guardo alle dichiarazione dei politici, dei sindacati, dei manager…. mi sembra di no
- “Despite our financial and economic anxieties, we are still able to do the most civilized thing in the world – put the welfare of the sick in front of every other consideration”

A. Bevan, 1948


Perchè mi ha dato una risposta asso
co
tot
ir
Gia, ma come lo ha capito?
Perche non sa dove si trova, non sa dove sta andando, e ora da a me la colpa di tutto questo..

Grazie per l’attenzione