

55,25% 67,55% 41,00%

10 GIUGNO 2025

L'epidemiologia dei tumori
tra nuovi bisogni di salute, ricerca
clinica e innovazioni tecnologiche



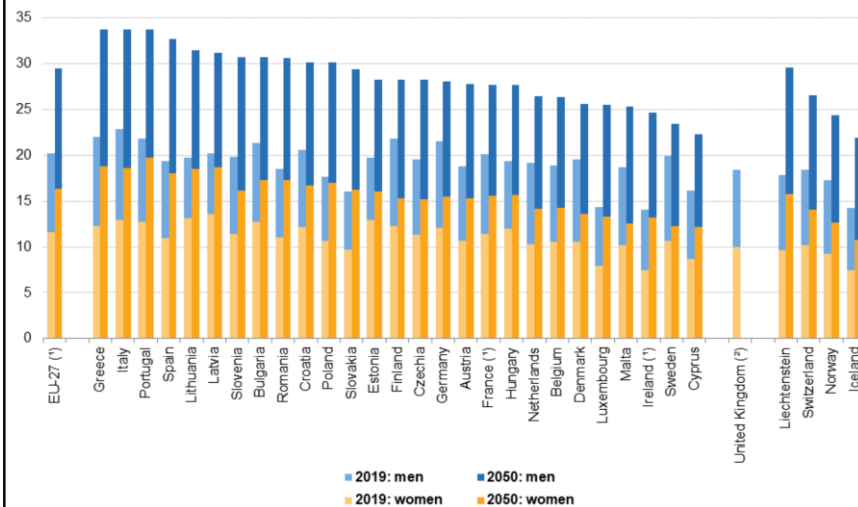
L'invecchiamento della popolazione, la multimorbilità e il ruolo del SSN

Lucia Bisceglia
AReSS Puglia



L'invecchiamento della popolazione

People aged ≥65 years, by sex, 2019 and 2050
(% share of total population)



(*) 2019: estimates and/or provisional.

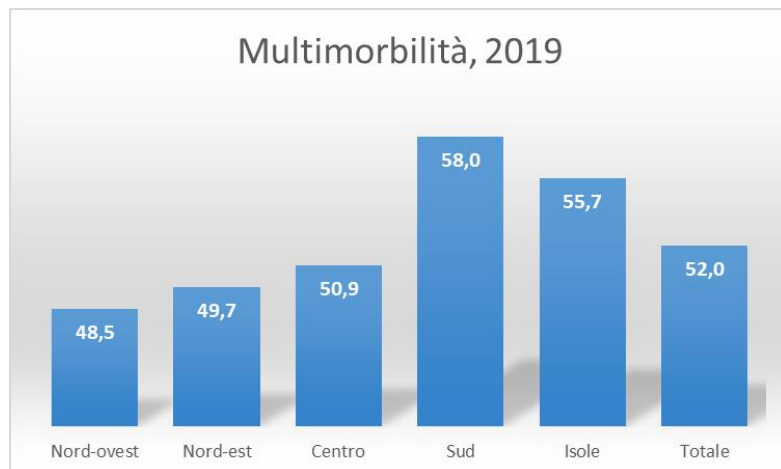
(*) 2050: not available.

Source: Eurostat (online data codes: demo_pjangroup and proj_19np)

eurostat

- N. Persone in Italia >65 anni:
 - circa 7 milioni nel 1985
 - oltre 14 milioni nel 2025 (25% della popolazione vs 14% Europa)
 - quasi 19 milioni nel 2040
- Il 52% ha multimorbilità, il 42% una cronicità grave (ISTAT, 2019)

Multimorbilità, 2019



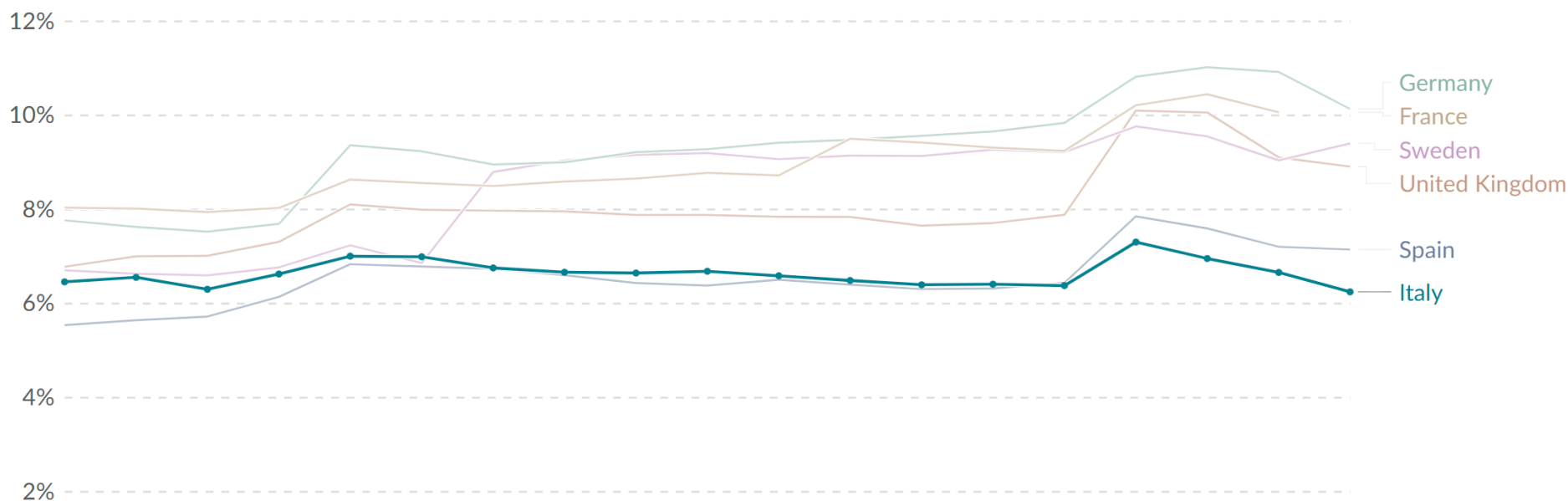
Dinamica demografica e CCN

Government health spending as a share of GDP, 2005 to 2023

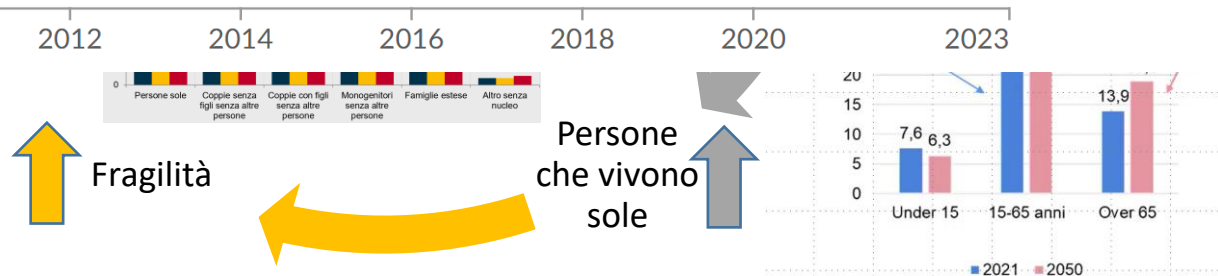
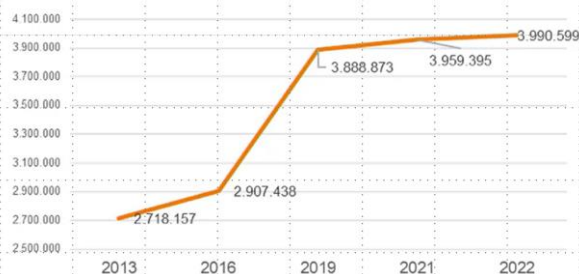
This metric captures spending on government funded health care systems and social health insurance, as well as compulsory health insurance.

Table Map Chart

Edit countries and regions



Anziani non autosufficienti



Preventing chronic diseases, a vital investment (WHO, 2005)

10 PREGIUDIZI – SMENTITI DALLA REALTÀ

MEZZA VERITÀ
“Dobbiamo
tutti morire per
qualcosa”

Tutti dobbiamo morire, ma non necessariamente la morte deve essere lenta, dolorosa o prematura.

La maggior parte delle malattie croniche non comporta una morte improvvisa. Piuttosto, è probabile che faccia ammalare e indebolire in modo progressivo, specialmente se la malattia non viene affrontata nel modo giusto.

La morte è inevitabile, ma una lunga vita di malattia non lo è affatto. Prevenire e controllare le malattie croniche aiuta le persone a vivere in salute e più a lungo.

PREGIUDIZIO

LE MALATTIE CRONICHE NON SI PREVENGONO

Alcune persone sono molto pessimiste e pensano che non ci sia nulla da fare. In realtà, conosciamo la maggior parte delle cause delle malattie croniche. Eliminando i fattori di rischio,

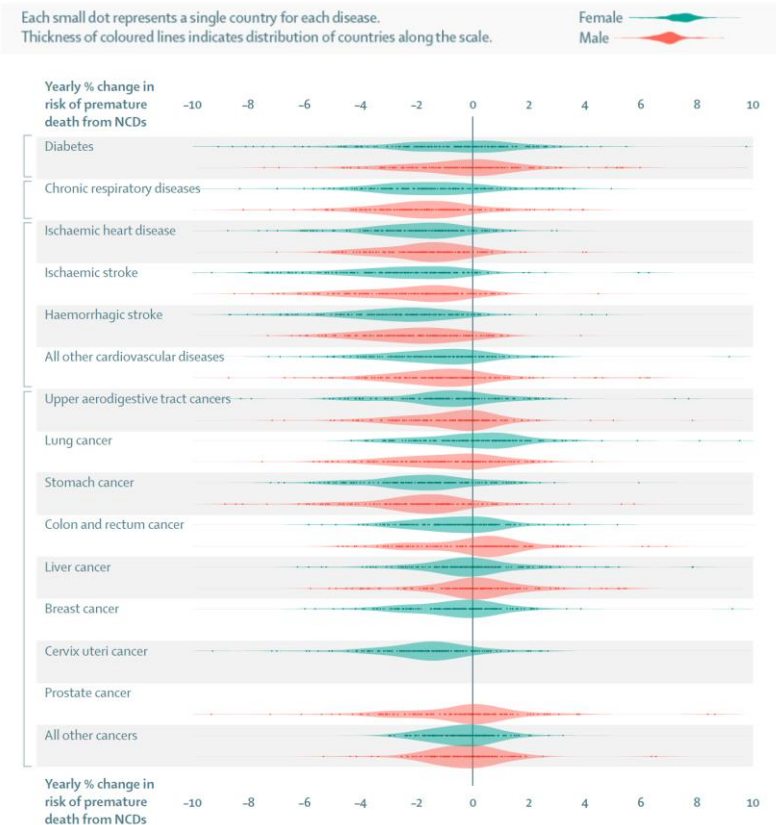
si potrebbe evitare almeno l'80% di tutti i casi di cardiopatia, ictus e diabete di tipo 2 e inoltre prevenire più del 40% dei tumori.

SDG Target 3.4 | Noncommunicable diseases and mental health: By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being

- Nel 2011, la Dichiarazione politica delle Nazioni Unite sulla prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (NCD) ha annunciato una data obiettivo del 2025 per ridurre del 25% i tassi di mortalità prematura per malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche e diabete
- 10 anni dopo, la probabilità globale di morire prematuramente a causa di una di queste malattie non trasmissibili era migliorata solo dell'1,5%.

Tracking global progress on non-communicable diseases

Trends in the risk of premature death from the main four NCD groups from 2010 to 2016



Most countries are not progressing fast enough to meet their global commitments to reduce mortality from NCDs.

NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. The Lancet 2020. Published online 3 September.

Can we turn the tide on NCDs in 2025?.

The Lancet Vol 405 January, 4, 2025

I principali determinanti

- Nel 2019 il GBD ha stimato che 4 determinanti «commerciali» (tabacco, alcol, cibi ultra processati e combustibili fossili) sono responsabili di 19 milioni di decessi
- 34% del totale dei decessi
- 41% dei 42 milioni di decessi per malattie croniche

The scale and cost of commercial product harm is vast

Industry sector	Global deaths – <u>min</u> estimates (GBD data)	Global deaths – <u>max</u> estimates (GBD unless stated)
Tobacco	9M	9M
Alcohol	2.4M	3M (WHO Global Status Report on Alcohol and Health, 2018)
Food	3.6M diets high in processed meat, sodium, SSB, TFA	11M unhealthy diets
Fossil Fuel	4.5M ozone and particulates	>10M air pollution from FF (Vohra K et al Environmental Research 2023)
Total global deaths	19M • 34% total global deaths • 41% NCD deaths	33M deaths • 58% total global deaths • 78% NCD deaths

Lancet Series www.thelancet.com/series/commercial-determinants-health
Gilmore et al, Paper 1 – Defining and Conceptualising the Commercial Determinants of Health, Supplementary Material

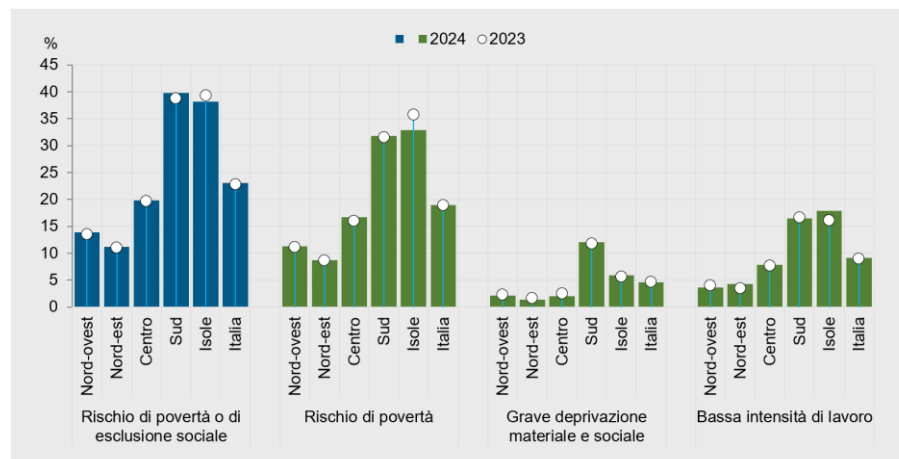


Defining and conceptualising the commercial determinants of health. Gilmore, Anna B et al. The Lancet, Volume 401, Issue 10383, 1194 – 1213. Aprile 2023

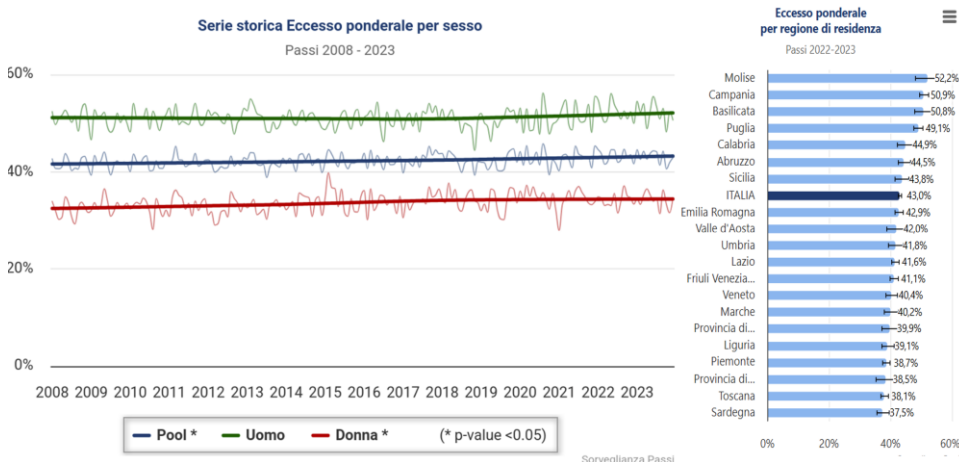
Cronicità e diseguaglianze sociali

VARIABILI		BETA	RR - IC 95%
CLASSI DI ETÀ'	0-4	0	1
	5-9	0.228	1.3 (0.6-1.8)
	10-14	0.394	1.5 (1.0-2.1)
	15-19	0.476	1.6 (1.1-2.3)
	20-24	0.654	1.9 (1.4-2.7)
	25-29	0.959	2.6 (1.9-3.7)
	30-34	1.175	3.2 (2.3-4.5)
	35-39	1.385	4.0 (2.9-5.5)
	40-44	1.759	5.8 (4.3-7.9)
	45-49	2.157	8.7 (6.4-11.7)
	50-54	2.629	13.9 (10.3-18.6)
	55-59	3.093	22.0 (16.4-29.6)
	60-64	3.590	36.2 (27.0-48.6)
	65-69	3.962	52.6 (39.2-70.5)
	70-74	4.190	66.0 (49.2-88.5)
	75-79	4.462	86.7 (64.6-116.4)
	80-84	4.667	106.4 (78.9-142.7)
	>=85	4.773	118.3 (87.8-159.5)
COND. OCCUP	altro	0	1
	disoccupato	0.234	1.26 (1.16-1.37)
LIV. ISTRUZ	alto	0	1
	basso	0.244	1.28 (1.23-1.33)
CASA	altro	0	1
	in affitto e affollata	0.343	1.41 (1.19-1.67)
STATO CIVILE	altro	0	1
	solo	0.001	1.00 (0.96-1.04)

Figura 2.14 Indicatori di povertà o esclusione sociale per ripartizione geografica. Anni 2023 e 2024 (valori percentuali)



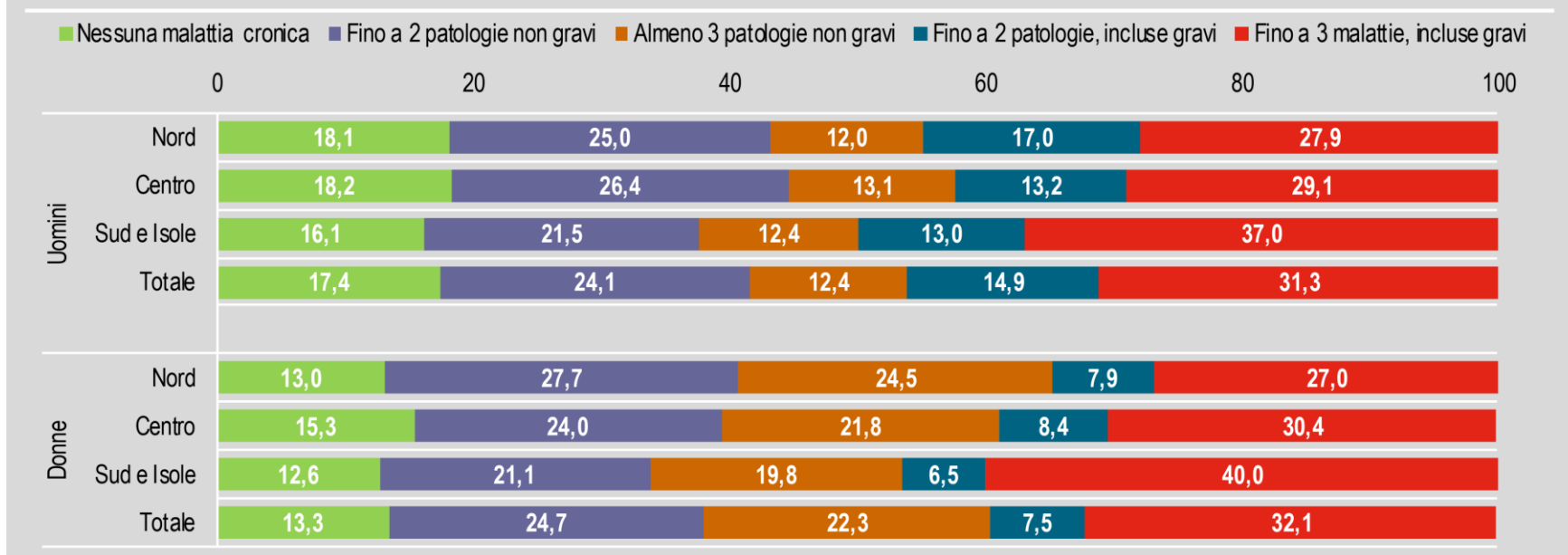
Fonte: Istat, Indagine sul reddito e le condizioni di vita (Eu-Silc)



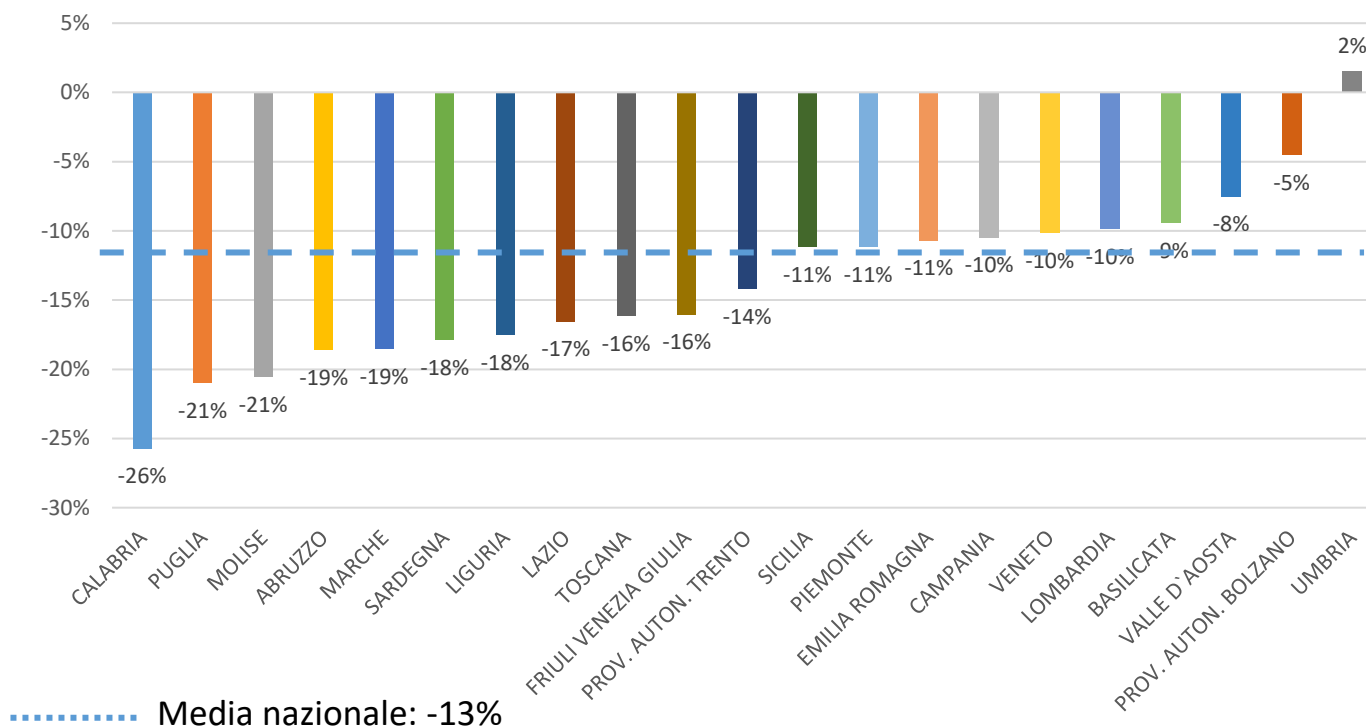
Fonte: Indagine multiscopo 'Salute 2013'

La distribuzione delle cronicità, 2019

FIGURA 2. PERSONE DI 65 ANNI E OLTRE PER PRESENZA DI CRONICITÀ, RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E SESSO. Anno 2019, tassi standardizzati per età per 100 persone



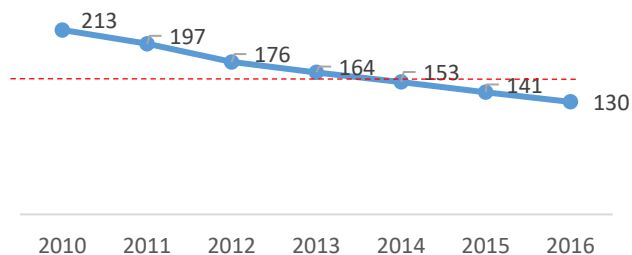
Come ha risposto il SSN: dall'ospedale al territorio?



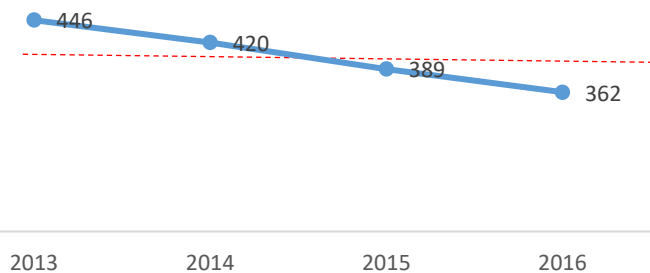
Tasso PL Ord per 1000 ab	2000	2010	2020
Nord	4,83	3,72	3,42
Centro	4,93	3,45	3,08
Sud	4,04	3,12	2,75

L'esempio della Puglia

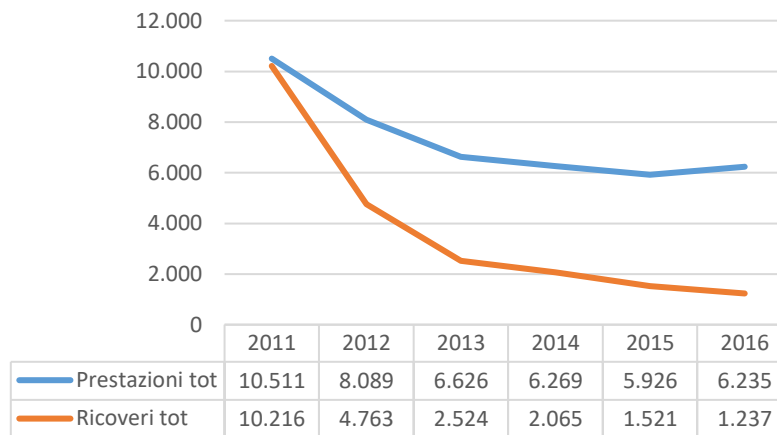
**Tasso di ospedalizzazione
standard per 1.000**



**Tasso di ospedalizzazione standard (per 100.000) in età
adulta per complicanze per diabete, BPCO e
scompenso**



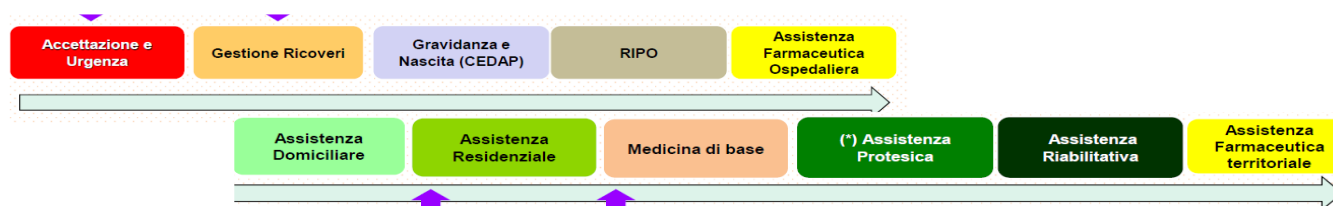
**N. Ricoveri DRG 294 "Diabete età >35
anni"**



Tra il 2014 e il 2011: - 80% ricoveri

Tra il 2015 e il 2014:-26% ricoveri

La lettura integrata dei processi: un approccio longitudinale

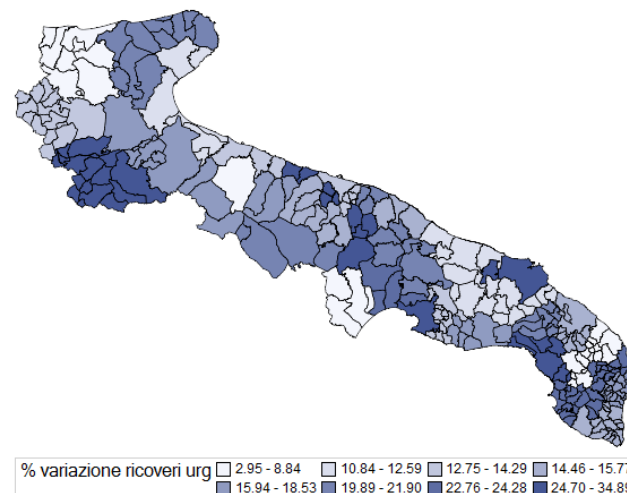


Mediamente, il 22% della popolazione con diagnosi di diabete nel 2014 ha subito l'anno successivo un peggioramento nelle condizioni di salute

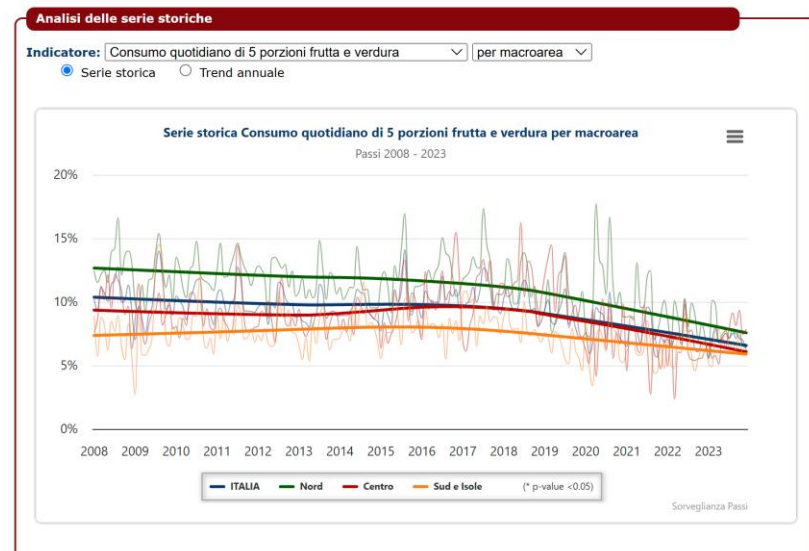
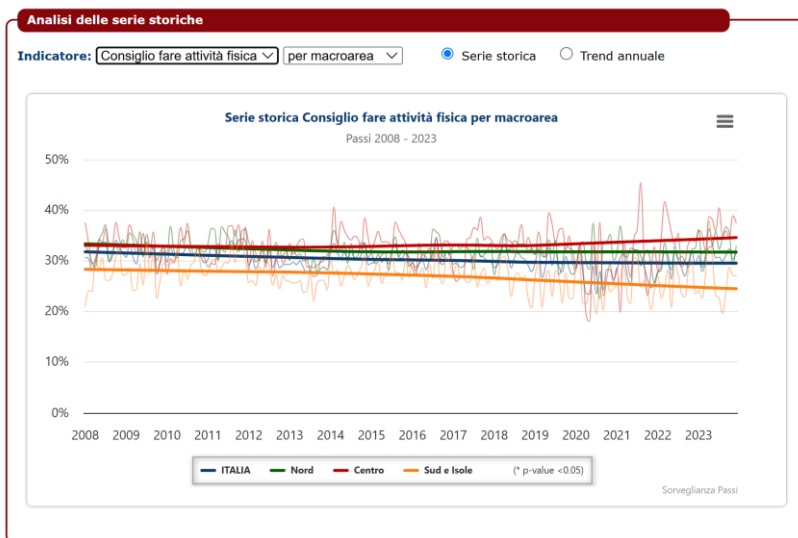
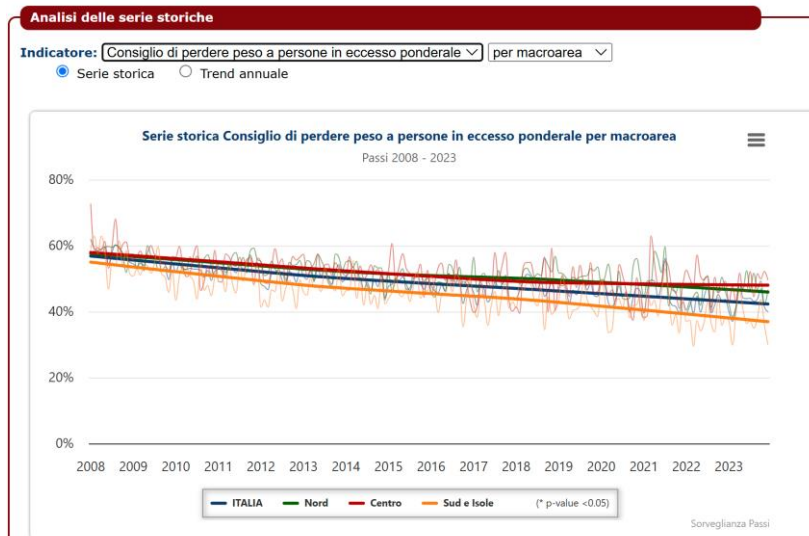
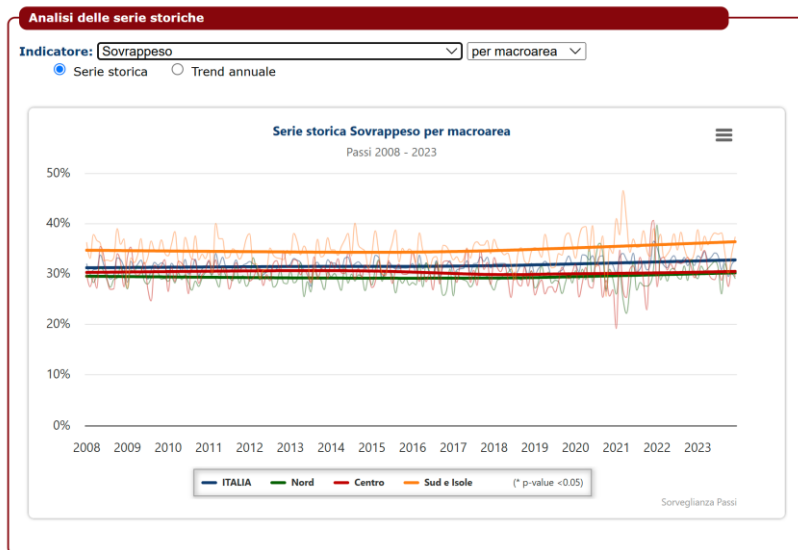
ricoveri per diabete mellito con specifica di eventuali complicanze associate 2014 e 2015 nella popolazione diabetica pugliese

N° ricoveri per diabete	Anno 2014	Anno 2015	Variazione %
Diabete senza complicanze	33298	32276	-3.07%
Diabete con chetoacidosi	369	399	+8.13%
Diabete con iperosmolarità	211	289	+36.97%
Diabete con altri tipi di coma	82	165	+101.2%
Diabete con complicanze renali	2301	2858	+24.21%
Diabete con complicanze oculari	1212	1085	-10.48%
Diabete con complicanze neurol	8569	9470	+10.51%
Diabete con complicanze vasc perif	5837	6130	+5.02%
Diabete con altre complicanze	1622	1652	+1.85%
Ischemia cardiaca	15233	15850	+4.05%
TOT ricoveri per complicanze diabete	35436	37898	+6.95%
TOT ricoveri per diabete	68734	70174	+2.09%

Variazione % ricoveri urgenti per diabete mellito 2014 e 2015 nella popolazione diabetica pugliese



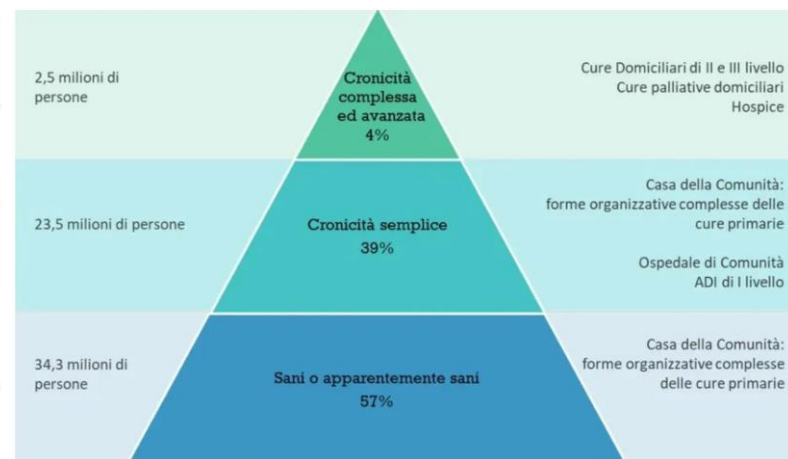
Come ha risposto il SSN: prevenzione?



Il DM 77/2022 e la stratificazione del rischio

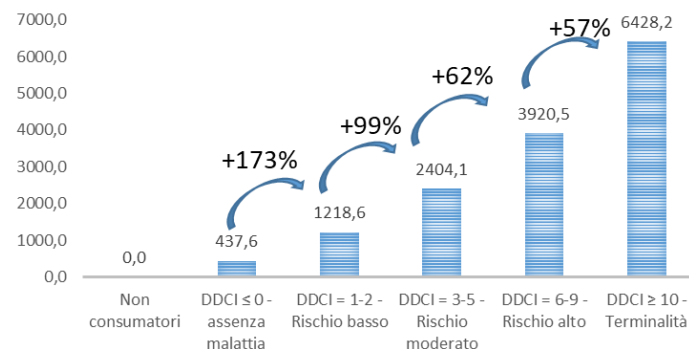
Stratificazione del rischio

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali



Piramide della cronicità (elaborazione AGENAS su dati ISTAT 2019).

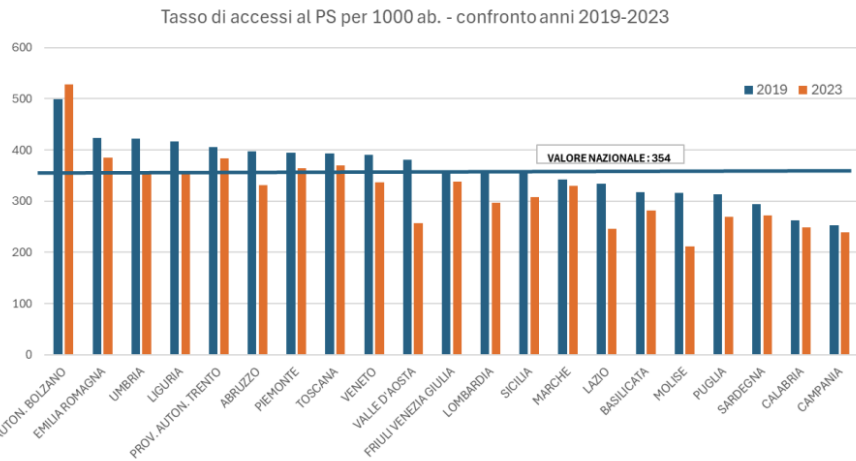
SPESA PRO CAPITE



Il Programma Care Puglia, 2018

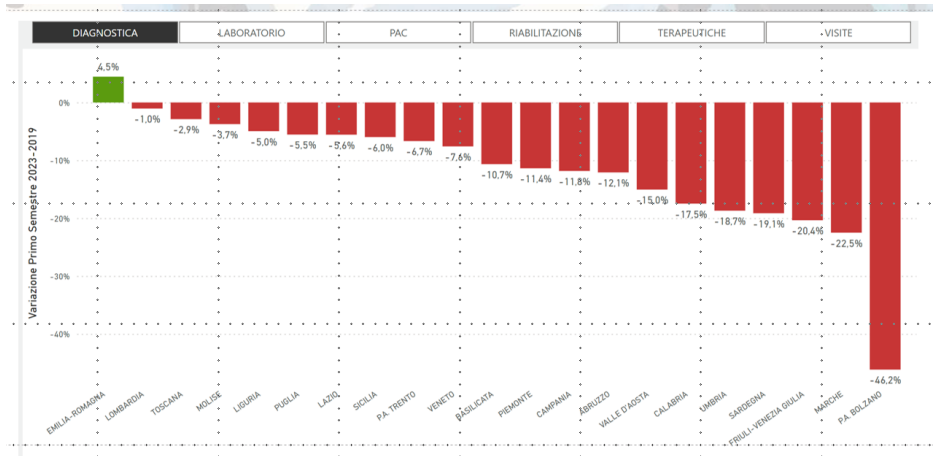
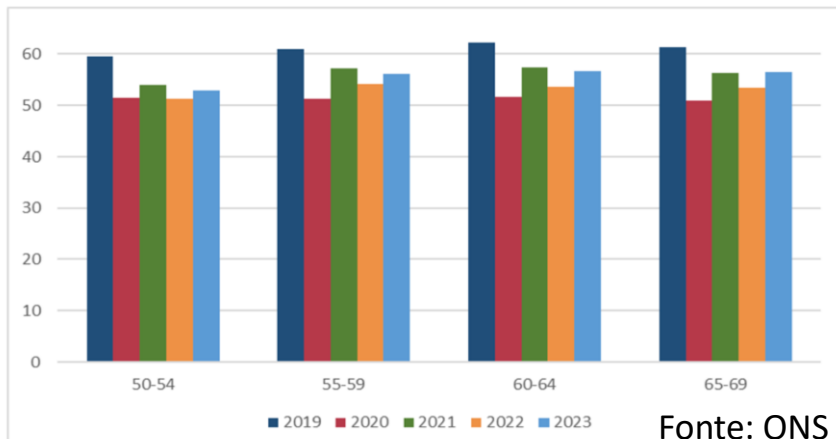
Impatto a lungo termine della pandemia sul SSN

Totale accessi per 1000 ab. per Regione/P.A.

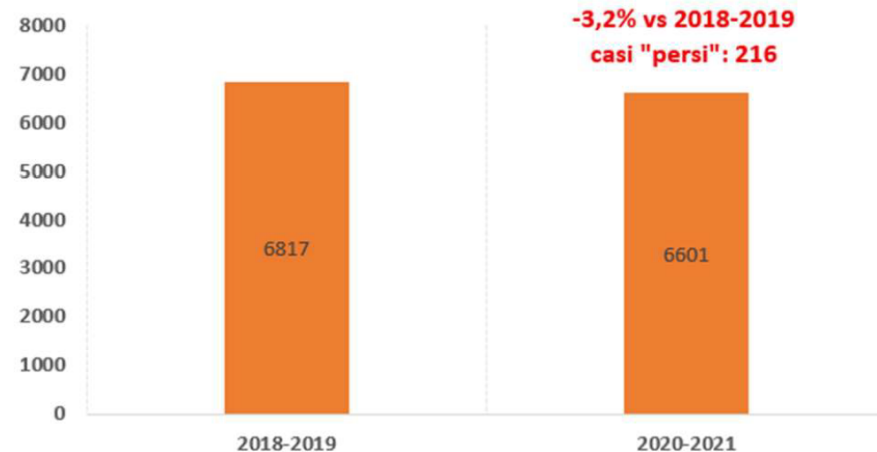


Fonte: elaborazione su Fonte Agenas

Screening mammografico



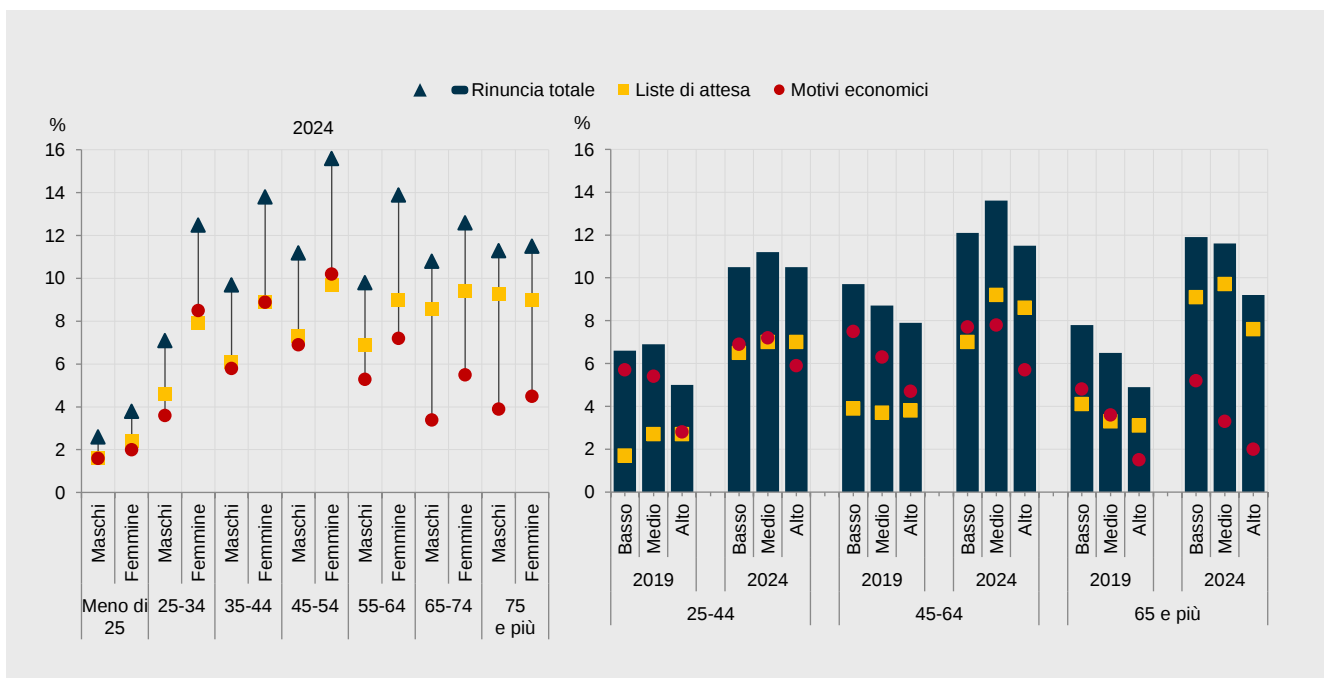
Fonte: Portale Statistico Agenas



Fonte: Registro Tumori Puglia

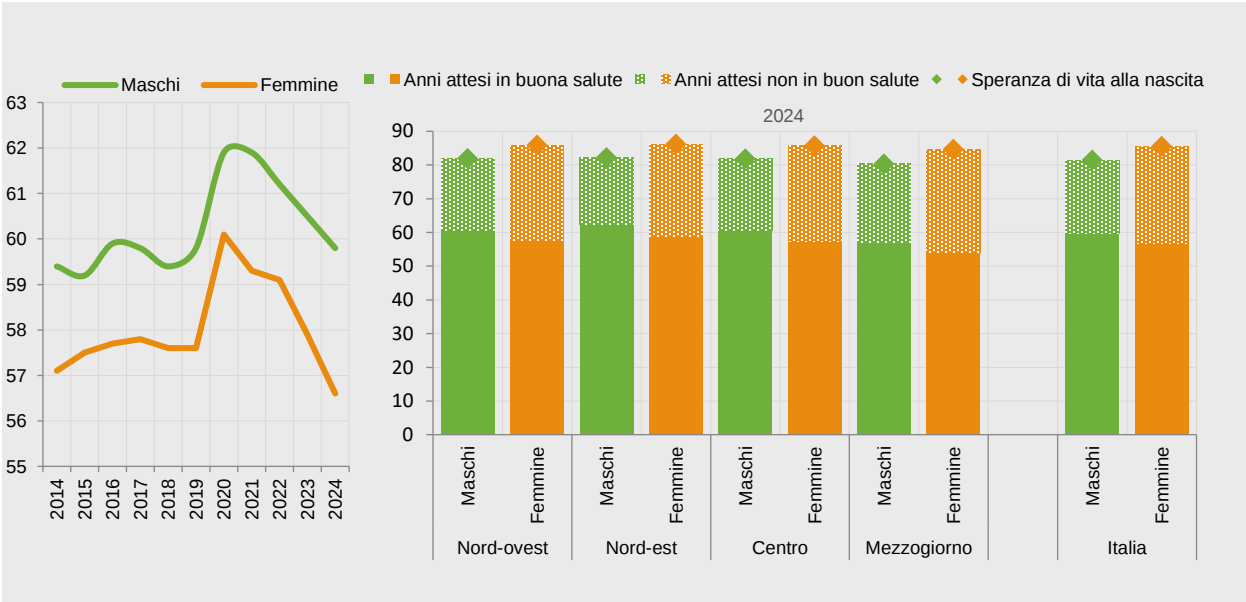
SSN pre e post pandemia

- Aumento delle prescrizioni di visite specialistiche del 31% (Rapporto OASI, 2024)
- Aumento spese delle famiglie per la salute (ISTAT, +2,7%)
- Aumento della rinuncia alle cure (ISTAT, 9,9% vs 6,3)

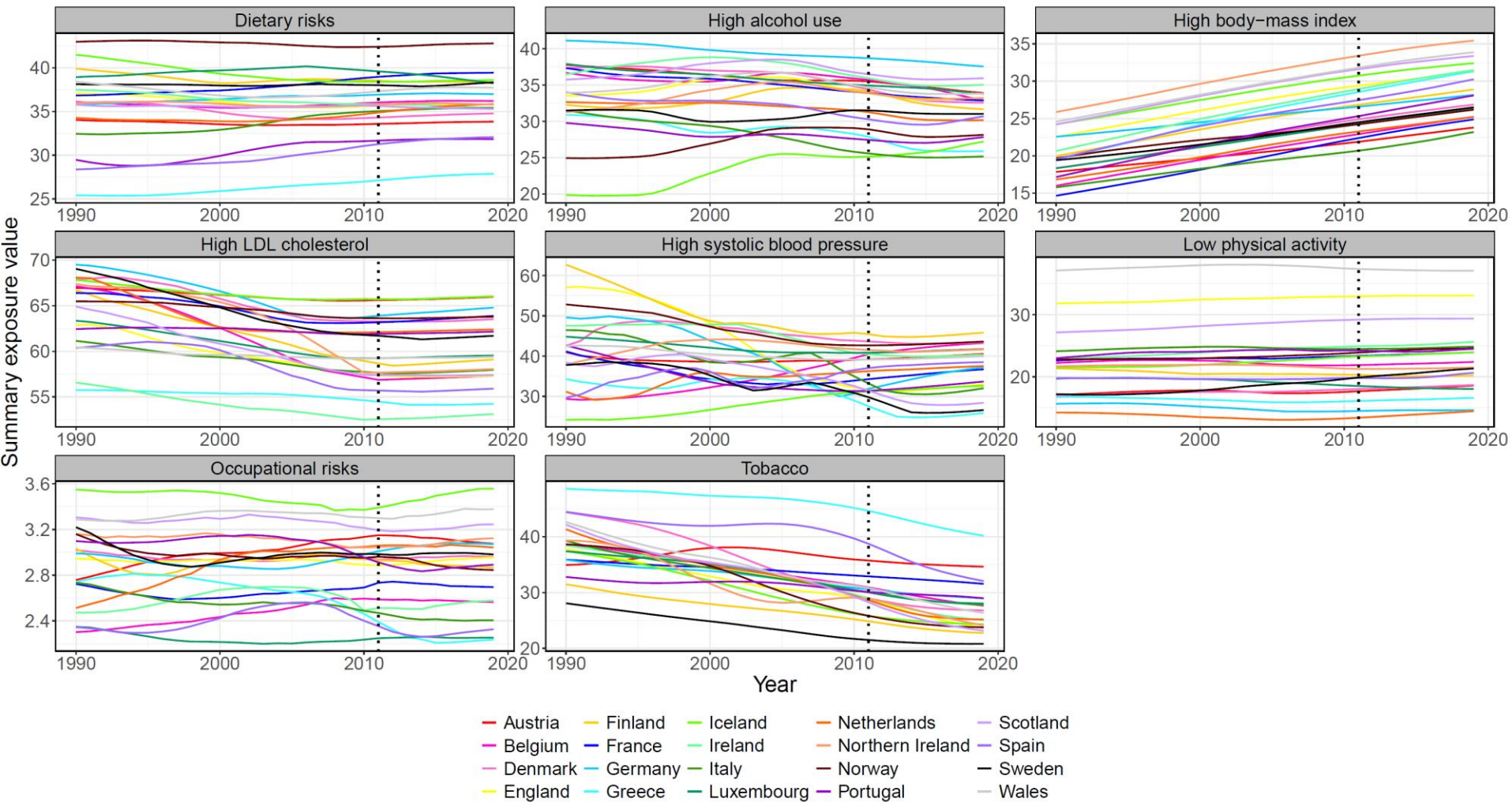


Invecchiamenti diseguali

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	SESSO	2024		
		Speranza di vita		
		Anni attesi in buona salute	Anni attesi non in buona salute	Speranza di vita alla nascita
Nord-ovest	Maschi	60,5	21,4	81,9
	Femmine	57,7	28,2	85,9
Nord-est	Maschi	62,5	19,7	82,2
	Femmine	58,8	27,3	86,1
Centro	Maschi	60,6	21,2	81,8
	Femmine	57,4	28,3	85,7
Mezzogiorno	Maschi	57,1	23,2	80,3
	Femmine	54,0	30,6	84,6
Italia	Maschi	59,8	21,6	81,4
	Femmine	56,6	28,9	85,5



Changing life expectancy in European countries 1990–2021: a subanalysis of causes and risk factors from the Global Burden of Disease Study 2021



Tackling NCDs – WHO 2024

La struttura del rapporto

Best buys and other recommended interventions

How were the interventions selected?

The importance of non-economic considerations

How countries can use this information

Way forward

Guide to interpreting the information presented

Objective 3 of the Global action plan

Reduce tobacco use

Reduce the harmful use of alcohol

Reduce unhealthy diet

Reduce physical inactivity

Objective 4 of the Global action plan

Overarching/enabling actions

Manage cardiovascular diseases

Manage diabetes

Manage chronic respiratory diseases

Manage cancer

Reduce unhealthy diet

Best buys and other recommended interventions



Best buys: Effective interventions with cost-effectiveness analysis $\leq$ I\$100 per HLY gained in low-income and lower middle-income countries

Reformulation of policies for healthier food and beverage products (e.g. elimination of *trans*-fatty acids and/or reduction of saturated fats, free sugars and/or sodium)^{1,2}

Front-of-pack labelling as part of comprehensive nutrition labelling policies for facilitating consumers' understanding and choice of food for healthy diets^{1,2}

Public food procurement and service policies for healthy diets (e.g. to reduce the intake of free sugars, sodium and unhealthy fats, and to increase the consumption of legumes, wholegrains, fruits and vegetables)^{1,2}

Behaviour change communication and mass media campaign for healthy diets (e.g. to reduce the intake of energy, free sugars, sodium and unhealthy fats, and to increase the consumption of legumes, wholegrains, fruits and vegetables)^{1,2}

Policies to protect children from the harmful impact of food marketing^{1,2}

Protection, promotion and support of optimal breastfeeding practices^{1,2}



Effective interventions with cost-effectiveness analysis $>$ I\$100 per HLY gained in low-income and lower middle-income countries

Taxation on sugar-sweetened beverages as part of fiscal policies for healthy diets^{1,2}

La spesa sanitaria pubblica, 2022 e 2023

Tipo di funzioni di assistenza sanitaria	2022	2023	Delta	Delta (%)
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	74.165	74.747	582	0,8%
Assistenza sanitaria a lungo termine	12.834	13.147	313	2,4%
Servizi ausiliari	11.852	12.124	272	2,3%
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	19.763	20.385	622	3,1%
Servizi per la prevenzione delle malattie	10.386	8.453	-1.933	-18,6%
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1.364	1.435	71	5,2%
TOTALE	130.364	130.291	-73	-0,1%

Tabella 3.2. Spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza sanitaria
2023 vs 2022 in milioni di euro (dati ISTAT-SHA)

La priorità della Prevenzione, secondo GA Maccacaro

«Se prevenzione è promozione e tutela di salute, essa non può concludersi nell'ambito individuale ma deve muoversi e compiersi in quello sociale: cioè l'ambito di vita e di lavoro dell'uomo (...).

Prevenire per la salute vuol, dunque, dire coglierne la dimensione collettiva e derivarne corrette indicazioni di analisi e di intervento per quella individuale.

Ma vuole anche dire che tale compito deve essere collettivamente assunto; perché, manifestamente, richiede non solo tutta la competenza tecnica disponibile ma anche tutta la volontà politica impegnabile»

G.A. Maccacaro, «Vera e falsa prevenzione», 1976