

LA CELIACHIA IN ITALIA: COSTO DELLA MALATTIA E IMPATTO ECONOMICO DEI SISTEMI DI ASSISTENZA SANITARIA A TUTELA DEL PAZIENTE CELIACO

a cura del **Prof. Giorgio L. Colombo**, Direttore scientifico di S.A.V.E. Studi Analisi Valutazioni Economiche S.r.l.
e docente di Organizzazione Aziendale presso il Dipartimento di Scienze del Farmaco dell'Università degli Studi di Pavia



La celiachia è una patologia su base infiammatoria dell'intestino tenue caratterizzata dalla distruzione della mucosa del tratto intestinale e causata da una reazione autoimmune al glutine assunto con la dieta. Si tratta di una condizione patologica permanente che si sviluppa in soggetti geneticamente predisposti con una maggior frequenza nel genere femminile; è riconosciuta attualmente come una patologia cronica e a rischio di complicanze, la cui unica terapia consiste in una dieta rigorosamente priva di glutine (GFD, Gluten-Free Diet), caratterizzata solitamente da un costo maggiore rispetto alla dieta standard. I dati epidemiologici in crescita e l'alto impatto socio-economico della patologia sulla quotidianità del paziente e dei suoi famigliari rendono la celiachia una malattia sociale che necessita di una corretta diagnosi e di una buona aderenza, oltre che di un sistema di assistenza a supporto del paziente.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una ricerca di letteratura con l'obiettivo di approfondire alcune tematiche di interesse per la patologia, quali i dati epidemiologici, i costi della diagnosi, il ruolo dell'aderenza alla terapia dietetica e i sistemi di assistenza a supporto del celiaco.

In Italia non sono disponibili studi di costo aggiornati della malattia per cui, per i costi della celiachia e della sua diagnosi nel nostro Paese, è stato fatto riferimento alle analisi di Greco et al (1996) attualizzate al 2015. Per quanto concerne la diagnosi, sono stati considerati dati di letteratura provenienti da studi condotti in diversi setting. È stata inoltre valutata l'importanza dell'aderenza alla dieta e la possibilità di somministrare alla popolazione questionari che consentano di testare il grado di compliance del paziente alla dieta e l'eventuale disponibilità a pagare (Willingness To Pay, WTP) per supportare i costi della diagnosi. Infine, è stato considerato il ruolo dei sistemi di assistenza sanitaria pubblica nella malattia celiaca, considerando il caso italiano e rapportandolo ad altri in una panoramica internazionale.

RISULTATI

EPIDEMIOLOGIA DELLA CELIACHIA: DATI DI PREVALENZA E INCIDENZA

I dati sulla prevalenza della celiachia in Europa per la popolazione adulta sono variabili, riportando una percentuale oscillante fra il 2,1% della Finlandia allo 0,2% di Germania e Grecia, con una stima generale intorno all'1%. Anche per la popolazione pediatrica è stata osservata una considerevole variabilità: dallo 0,2% in Polonia all'1,4% in Ungheria. L'incidenza della malattia celiaca in Europa, secondo dati relativi a diversi periodi, pare attestarsi in un range compreso tra 1,3 e 39/100.000/anno nella popolazione adulta e tra 0,1 e 3,7/1.000 nati vivi nei bambini. Considerando che la stima di prevalenza a livello mondiale si attesta intorno all'1%, è stato calcolato che nella popolazione italiana il numero teorico di celiaci corrisponderebbe a circa 600.000, mentre i pazienti diagnosticati al 31.12.2014 sono stati 172.197.

La redazione segnala che sul numero 2/2017 di Nuovo Collegamento, le tabelle pubblicate prendevano in esame le modalità di DPC in vigore alla data della pubblicazione dell'articolo originale, da cui sono state estratte; tali modalità sono ovviamente soggette nel tempo ad adeguamenti in funzione degli accordi a livello locale. Verrà pertanto qui riportato il dato aggiornato, non appena disponibile. L'articolo originale "Aspetti e confronti regionali del processo di distribuzione per conto (DPC) in Italia: analisi del processo distributivo" a cura della Dott.ssa L. Florio et al., è pubblicato in ClinicoEconomics ITALIAN ARTICLES ON OUTCOMES RESEARCH / VOL 11 / ANNO 2016 / PAG. 1-13.

Tale dato lascia supporre che un'ampia fascia di pazienti ancora non sia stata diagnosticata e indica un trend in crescita se si considerano gli 8.000 pazienti in più rispetto al 2013 e i 23.500 in più del 2012. Le Regioni con il maggior numero di soggetti affetti sono la Lombardia con il 17,7% (30.541 celiaci), il Lazio con il 10% (17.355 celiaci) e la Campania con il 9% (15.509 celiaci).

Per quanto riguarda la distribuzione per sesso, il rapporto medio maschi:femmine di 1:2, che in alcune Regioni arriva a 1:3, indica una maggiore diffusione della patologia nella popolazione femminile. Se si considera la distribuzione per fasce di età, la celiachia risulta interessare principalmente la popolazione adulta (88,69%), seguita dalla fascia fra i 3,5 e i 10 anni (10,27%), da quella fra i 12 mesi e i 3,5 anni (1,02%) e, infine, in minima percentuale (0,02%) dalla fascia comprendente i bambini dai 6 mesi all'anno di età. Nel complesso, la prevalenza calcolata secondo i dati del 2014 è risultata dello 0,28%.

Rapportando per ciascuna Regione la popolazione totale con quella affetta da celiachia, è stato ottenuto il relativo indicatore: a livello nazionale è risultato che ogni 353 abitanti 1 soggetto è celiaco.

BURDEN OF DISEASE: IMPATTO DELLA MALATTIA CELIACA. QUALI SONO I COSTI DELLA PATOLOGIA?

I dati epidemiologici evidenziano dunque la presenza di un trend di prevalenza e incidenza della malattia in crescita in Italia e un'ampia fascia di pazienti ancora non diagnosticati, fattori destinati a comportare un aumento del burden of disease nel tempo. Secondo le ultime analisi condotte, un nuovo caso diagnosticato di celiachia comporta una spesa di circa € 3.725,55 che, considerando gli almeno 5.000 nuovi casi diagnosticati in un anno, si traduce in una spesa totale annua pari a € 18.627 milioni.

Lo studio ha stimato un numero di casi non ancora identificati da diagnosticare pari a 165.165, per la cui diagnosi si spenderebbero in totale € 614.715 milioni, assumendo di considerare tutti i casi senza complicanze. I pazienti celiaci non aderenti alla dieta gluten-free tendono, infatti, a sviluppare complicazioni a lungo termine e presentano un elevato rischio di tumori. Secondo i dati riportati da Greco et al, in questa situazione il costo per la diagnosi del paziente cresce da € 3.725,55 a € 35.077,75, con un incremento di 9,42 volte rispetto al caso base. Nello studio sono stati considerati anche i giorni lavorativi persi ogni anno a causa della malattia, 240.000, con un corrispondente costo annuo di € 26 milioni.

STRATEGIE DIAGNOSTICHE: QUALI E A QUALE COSTO?

L'identificazione precoce dei casi di celiachia è utile per la prevenzione delle morbilità associate al consumo di glutine e per la riduzione della spesa sostenuta per esami, test laboratoristici, visite e ospedalizzazioni non necessari. Considerando un costo per diagnosi ritardata di circa € 8.700 per il SSN, è utile perseguire la riduzione del numero di pazienti celiaci non diagnosticati e valutare quale sia fra le strategie diagnostiche disponibili

Emorroidi

Molti
ne soffrono



Pochi
ne parlano



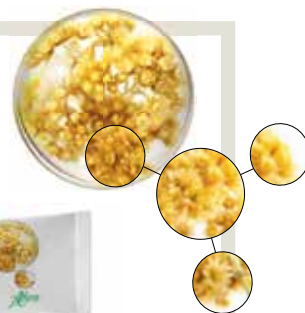
Fai emergere l'esigenza e consiglia

FitoroiD^{neo}

Una linea completa che offre soluzioni sinergiche e integrate per i disturbi emorroidali

POMATA TRATTAMENTO TERAPEUTICO SPECIFICO
Indicata in acuto, per periodi prolungati e in prevenzione

- Con Helydol®+ olio essenziale di Melaleuca
- **Non unge, non cola e non macchia**
- DISPOSITIVO MEDICO di classe IIb,
**indicato anche in presenza di ragadi anali
e in gravidanza e allattamento**



**DETERGENTE
COADIUVANTE
SPECIFICO**

per la detersione
della zona anale e perianale

È UN DISPOSITIVO MEDICO CE

**OPERCOLI
COADIUVANTE
AD USO SISTEMICO**

per la funzionalità
del plesso emorroidario

È UN INTEGRATORE ALIMENTARE



SCOPRI L'OPERAZIONE PER IL PUNTO VENDITA

CONTATTA L'AGENTE DI ZONA O L'UFFICIO COMMERCIALE
(frontoffice@aboca.it - 0575 746 316)

Materiale ad esclusivo uso professionale



INNOVAZIONE PER LA SALUTE



la più sostenibile fra lo screening di popolazione o case-finding strategy (strategia diagnostica mirata). Lo screening di popolazione consiste in un'indagine diagnostica di massa in grado di identificare casi non diagnosticati di celiachia e di individuare pazienti celiaci asintomatici. Le criticità connesse a questo tipo di strategia sono gli elevati costi e la bassa compliance alla dieta gluten-free dei pazienti asintomatici diagnosticati, nonché la difficoltà di definire quale sia l'età migliore per effettuare gli screening sulla popolazione. Secondo lo studio di Tommasini et al (2004), il costo stimato per ogni caso diagnosticato mediante screening di massa è di circa € 1.400. La case-finding strategy, applicabile sia nella popolazione pediatrica sia adulta, corrisponde ad un approccio indirizzato su popolazioni target e prevede il ruolo attivo del medico di base nella scelta dei soggetti da testare per la celiachia. Questa tipologia diagnostica è stata adottata in uno studio di Berti et al (2006), in un setting del Friuli Venezia Giulia, in cui si è dimostrata una strategia attuabile e di successo per identificare casi non diagnosticati di celiachia, utile a ridurre il burden of disease.

Sebbene per definizione questa strategia escluda la diagnosi dei pazienti asintomatici, essa ha il vantaggio di essere meno costosa e di più facile organizzazione e gestione rispetto allo screening di massa.

Dallo studio è emerso che il costo totale della procedura case-finding è pari a € 923,25 per ogni caso diagnosticato, per cui la strategia è parsa un'alternativa costo-efficace allo screening di popolazione, con una differenza rispetto a questo di € 476,75.

In Svezia, dati gli elevati costi della diagnosi di massa, è stata considerata la possibilità di richiedere ai cittadini un contributo alla spesa per il test di screening: Norström et al (2011) hanno condotto uno studio volto a determinare la disponibilità a pagare (Willingness To Pay, WTP) dei genitori svedesi per lo screening dei figli. Nello studio, sono stati sottoposti ad indagine per la diagnosi di celiachia 7.567 bambini, ai cui genitori, tramite somministrazione di un questionario, è stato chiesto se fossero disposti a pagare per la procedura diagnostica; se sì, quanto, se no, di motivarne le ragioni. La loro disponibilità a pagare, infine, è stata confrontata con gli effettivi costi medi per bimbo relativi a screening e trattamento. Nello studio il 63% dei genitori è risultato disposto a partecipare alla spesa per il test. La WTP è stata in media di € 79, quota superiore ai € 47 effettivamente necessari. Si ritiene possa essere interessante sviluppare anche per l'Italia, in collaborazione con associazioni di pazienti, progetti volti ad individuare la WTP dei cittadini, per valutare la disponibilità al pagamento di fronte alle medesime situazioni e impostare in questo modo politiche sanitarie razionali per la partecipazione ai test di screening sulla popolazione, al fine di ottimizzare la spesa sanitaria.

ADERENZA AL TRATTAMENTO: QUANTO È IMPORTANTE E COME SI MISURA?

A diagnosi avvenuta, l'eliminazione completa e permanente del glutine dalla dieta costituisce l'unico trattamento disponibile per ottenere la remissione dei sintomi e dei segni dipendenti dalla malattia e la prevenzione delle complicanze ad essa associate. L'aderenza alla dieta gluten-free riduce il rischio di effetti collaterali a breve e lungo termine, quali cancro all'intestino e osteoporosi; inoltre, se la patologia non viene correttamente trattata, possono sopraggiungere danni neurologici irreversibili. Ne consegue la necessità per il paziente di seguire in modo rigoroso il regime dietetico senza glutine, evitando le assunzioni volontarie, anche se saltuarie o in piccole dosi, e le contaminazioni accidentali di alimenti privi di glutine con altri alimenti che lo contengono. I trattamenti dietetici, in particolare quando richiedono un'attenzione scrupolosa, trovano spesso come limite il basso livello di aderenza e persistenza del paziente.

Di fatto risulta difficile determinare il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante.



UALITÀ.

PER NOI,
È UNA QUESTIONE
DI PRINCIPI.

FARMALABOR **materie prime**

FARMALABOR **pack**

FARMALABOR **tech**

La qualità è il principio che orienta il nostro lavoro. Ogni giorno operiamo nel rispetto dei più elevati standard internazionali, investiamo importanti risorse per continuare a crescere e collaboriamo con il mondo accademico per sviluppare nuovi campi di ricerca.

Materie Prime, Pack e Tech sono le tre divisioni della Farmalabor, unite dall'eccellenza del Made in Italy e da una visione rivolta all'innovazione e al futuro.

Farmalabor. La qualità, prima di tutto.

www.farmalabor.it

AZIENDA CON
SISTEMI DI GESTIONE QUALITÀ
UNI EN ISO 9001:2015
UNI EN ISO 14001:2015
CERTIFICATI DA CERTIQUALITY

UNI EN ISO 9001:2015
UNI EN ISO 14001:2015



SISTEMI DI GESTIONE
CERTIFICATI



FARMALABOR
Farmacisti Associati

CELIACHIA E SISTEMI DI ASSISTENZA SANITARIA PUBBLICA



I principali fattori associati all'aderenza alla dieta senza glutine sono risultati: l'elevato costo dei prodotti gluten-free, la conoscenza della malattia, la presenza di fattori psicologici e disturbi dell'umore come ansia, depressione e stanchezza che sono spesso legati alla celiachia e possono causare una minore aderenza; a questi si aggiungono la capacità/possibilità di cibarsi di prodotti privi di glutine fuori casa, la presenza di altre intolleranze e la gravità dei sintomi.

La conoscenza di questi aspetti può essere considerata il punto di partenza per promuovere il miglioramento dell'aderenza del paziente e della sua Quality of Life (QoL).

È emerso inoltre che l'aderenza al trattamento è influenzata anche da fattori psicologici, per cui sarebbe opportuno comprendere i meccanismi alla base del consumo accidentale o meno di glutine, per sviluppare strategie di intervento che migliorino l'aderenza a lungo termine. Fra queste si colloca l'analisi del Locus of Control (LoC), un modello impiegato in psicologia che consente di individuare, al momento della somministrazione del trattamento, i soggetti che potrebbero presentare un grado inferiore di compliance nel tempo.

QUADRO DI RIFERIMENTO ITALIANO. QUALI SUPPORTI ALLA GFD IN ITALIA?

I celiaci sono riconosciuti dalla recente normativa europea come soggetti vulnerabili a un determinato costituente alimentare che necessitano di alimenti «specificamente formulati per persone intolleranti al glutine» o di alimenti di uso corrente senza glutine «adatti per persone intolleranti al glutine (o per celiaci)», nonché di informazioni precise sui costituenti degli alimenti, fornite attraverso l'etichettatura. Con il recepimento della normativa europea (Regolamento UE n. 609/2013, approvato in seguito all'abolizione del Regolamento n. 41/2009) è stato mantenuto il sistema di assistenza ai celiaci, che garantisce l'erogazione degli alimenti sostitutivi senza glutine a carico del Servizio Sanitario Nazionale. I prodotti erogabili sono registrati in un apposito Registro Nazionale, istituito con decreto ministeriale 8 giugno 2001 aggiornato dal Ministero, e sono facilmente identificabili grazie a un logo ministeriale ufficiale apposto sulle confezioni.

COSTI E MODALITÀ DI FORNITURA DELLA GLUTEN-FREE DIET

In Italia il costo di fornitura della GFD nel 2014 è stato di circa € 215 milioni. Al 2014 le persone celiache diagnosticate sono state 172.197 suddivise tra uomini, donne e bambini, con un costo medio annuo per paziente pari a circa € 1.250, corrispondenti in media a € 104 al mese per paziente celiaco in carico. Per quanto riguarda il capitolo di spesa previsto per la somministrazione di pasti senza glutine nelle mense delle strutture scolastiche, ospedaliere e pubbliche, il Ministero della Salute, nell'anno finanziario 2014, ha erogato a favore delle Regioni le somme riportate in Tabella 1. L'erogazione gratuita degli alimenti dietoterapeutici senza glutine avviene secondo tetti di spesa indicati a livello nazionale, suddivisi per fasce di età e sesso, che ogni Regione ha facoltà di modificare, secondo quanto definito dal Decreto Ministeriale 4 maggio 2006, G.U. Serie Generale, n.113 del 17 maggio 2006 (Tabella 2). Le differenze degli importi fra maschi e femmine adulti si basano sul diverso fabbisogno calorico tra i due sessi, tuttavia, in alcune Regioni questa differenza non è considerata e gli importi sono gli stessi. Per ottenere l'erogazione gratuita degli alimenti è necessario disporre del certificato di accertata diagnosi di malattia celiaca, rilasciato da parte di uno dei centri ospedalieri o universitari di riferimento, e dell'autorizzazione a fruire gratuitamente dei prodotti privi di glutine, rilasciata dall'Azienda Sanitaria Locale.

Il ritiro dei prodotti avviene secondo modalità definite dalle singole Regioni.

I prodotti senza glutine sono erogati agli aventi diritto direttamente dai centri di riferimento presso i quali sono in cura, dai presidi delle Aziende Sanitarie Locali, dalle farmacie convenzionate o, secondo direttive emanate dalle Regioni, da altri fornitori incaricati dalle Aziende Sanitarie Locali, nonché dalla Grande Distribuzione Organizzata, GDO (supermercati).

CELIACHIA E SISTEMI DI ASSISTENZA SANITARIA PUBBLICA. QUALI SUPPORTI ALLA GFD IN ALTRI CONTESTI INTERNAZIONALI?

Estendendo la panoramica a contesti extranazionali si osservano diversi sistemi di assistenza per il paziente celiaco, spaziando dalla copertura totale della dieta all'assenza completa di supporto fra Stati europei.

Come evidenziato in una review di Pinto Sanchez et al (2015) dal confronto fra i diversi approcci è possibile cogliere vantaggi e svantaggi delle differenti strategie di supporto sviluppate per ridurre i costi addizionali della dieta gluten-free a carico del cittadino celiaco.

Nella review sono stati analizzati vari approcci: cash transfer, fornitura diretta di cibo, erogazione su prescrizione con ticket in diverse percentuali, presenza di sussidi; tali approcci nell'analisi sono stati confrontati con il sistema canadese che prevede il rimborso di una quota di spesa mediante detrazione dalle tasse. Gli autori, inoltre, hanno valutato gli effetti delle scelte di supporto sull'assunzione e compliance alla dieta.

Tabella 1: Fondi stanziati a favore delle Regioni per la somministrazione di pasti senza glutine

| REGIONE | FINANZIAMENTO 2014 PREVISTO | FINANZIAMENTO 2014 EROGATO |
|--------------------|-----------------------------|----------------------------|
| ABRUZZO | € 23.903,81 | |
| BASILICATA | € 6060,31 | |
| CALABRIA | € 48.662,40 | |
| CAMPANIA | € 69.875,92 | |
| EMILIA ROMAGNA | € 81.852,57 | |
| FRIULI VEN. GIULIA | € 21.580,61 | |
| LAZIO | € 76.445,56 | |
| LIGURIA | € 26.151,14 | |
| LOMBARDIA | € 152.258,69 | |
| MARCHE | € 23.723,36 | |
| MOLISE | € 4.537,23 | |
| P.A. BOLZANO | € 11.542,57 | - € 11.542,57 |
| P.A. TRENTO | € 5.160,67 | - € 5.160,67 |
| PIEMONTE | € 90.015,54 | |
| PUGLIA | € 47.271,05 | |
| SARDEGNA | € 31.029,91 | |
| SICILIA | € 63.605,92 | |
| TOSCANA | € 68.915,66 | |
| UMBRIA | € 14.219,41 | |
| VALLE D'AOSTA | € 4.767,75 | |
| VENETO | € 79.239,92 | |
| TOTALE | € 950.820,00 | € 934.116,76 |

Tabella 2: Tetti di spesa indicati a livello nazionale suddivisi per fasce di età e sesso

| FASCIA DI ETÀ | TETTO MENSILE MASCHI | TETTO MENSILE FEMMINE |
|-----------------|----------------------|-----------------------|
| 6 mesi-1 anno | € 45,00 | € 45,00 |
| fino a 3,5 anni | € 62,00 | € 62,00 |
| fino a 10 anni | € 94,00 | € 94,00 |
| età adulta | € 140,00 | € 99,00 |



Il sistema canadese, se da un lato è poco costoso per lo Stato e di semplice gestione, in quanto basato sul sistema di tassazione già presente, non è stato considerato in grado di supportare il costo incrementale connesso alla dieta, fornendo il rimborso di una spesa già sostenuta, agevolando coloro che l'hanno già affrontata, ma non coloro che non sono in grado di sostenerla. Al contrario, è stata riconosciuta la maggiore tutela ed equità dei sistemi di assistenza quali l'italiano, in cui il supporto economico è esteso a tutti i pazienti diagnosticati con un sostegno mensile in denaro o in forma di buono di acquisto, e dei sistemi in cui è prevista una fornitura diretta di cibo mensile. Questi sistemi consentono una maggiore compliance alla dieta, in particolare nel caso della fornitura diretta di cibo, tuttavia corrispondono a forme di assistenza molto onerose per i governi che inevitabilmente devono affrontare il tema della sostenibilità futura. Un'opzione interessante è quella adottata in U.K. e Nuova Zelanda in cui i prodotti gluten-free sono soggetti a prescrizione medica e la spesa per la dieta è sottoposta a forme di sussidio come per i farmaci (parziale o totale) secondo accordi stabiliti (ad esempio ticket al 50% della spesa o rimborso oltre un tetto massimo di spesa out-of-pocket). Le quantità prescritte sono stabilite su dosaggi raccomandati/unità mese e il numero di unità varia in base a sesso, età, etc; si tratta di sistemi più sostenibili e in grado di garantire maggiore compliance, ma di complessa gestione.

DISCUSSIONE

Nel caso della malattia celiaca ci si confronta con una patologia dall'importante impatto socio-economico, ancora sotto diagnosticata e che necessita, dopo la diagnosi, di un trattamento per ora solo di tipo dietetico, basato su prodotti privi di glutine ad alto costo rispetto ai prodotti di uso comune.

In Italia, come si è detto, non disponiamo di studi recenti sul costo della malattia. La diagnosi costituisce uno dei punti critici nel percorso di gestione e cura della malattia. Spesso sopraggiunge in ritardo, si associa ad elevati costi e non è ancora stato stabilito quale sia il processo diagnostico più efficace ed economicamente vantaggioso. Secondo dati dell'Associazione Italiana Celiachia, AIC 2014, la diagnosi per il celiaco arriva in 6 anni, un periodo lungo di cui sarebbe utile stabilire i costi sviluppando un'eventuale analisi di costo-beneficio, al fine di impostare un sistema di screening più efficace e poter ridurre le successive spese dovute a complicanze. Un altro aspetto critico riguarda l'aderenza alla dieta gluten-free.

La mancata aderenza al trattamento comporta l'aggravarsi dei sintomi e il rischio di sviluppo di complicanze, con ripercussioni sullo stato di salute dei pazienti. È stato evidenziato che l'aderenza alla gluten-free diet sia correlata principalmente al costo elevato dei prodotti, alla scarsa conoscenza della patologia e ai disturbi dell'umore come ansia, depressione e stanchezza che sono spesso legati alla celiachia e che possono causare minore aderenza, oltre che impattare sulla qualità di vita del paziente. Da ciò l'esigenza di fornire un sistema di supporto all'acquisto dei prodotti, di formare opportunamente la classe medica e i pazienti, di integrare il sistema di assistenza con un servizio di supporto psicologico e, infine, di sviluppare anche per l'Italia progetti volti ad identificare i predittori di compliance alla GFD mediante la somministrazione di questionari e lo studio del Locus of Control. È emersa inoltre l'importanza di verificare l'impatto dell'aderenza del paziente sul nostro SSN.

A tal fine pare rilevante valutare l'aderenza e calibrare la copertura mediante ticket con percentuali differenti a seconda del reddito e del nucleo familiare, nonché inserire specifici incentivi all'aderenza con sistemi di monitoraggio legati alla compartecipazione alla spesa.

Un ulteriore aspetto da considerare riguarda la necessità di omologare i sistemi di copertura regionali, al fine di consentire l'impiego dei buoni di acquisto in tutte le Regioni, a prescindere dalla residenza, e in diversi esercizi commerciali quali farmacia e GDO. Queste pratiche facilitano l'accesso ai prodotti e offrono modelli organizzativi di erogazione in grado di assicurare efficacia ed efficienza. Infatti, il ricorso a misure di sostenibilità, come la dematerializzazione dei buoni di acquisto e la loro circolarità su tutti i canali distributivi, consente di aumentare il potere di acquisto dei buoni, comportando notevoli risparmi per il SSN.

CONCLUSIONI

La celiachia costituisce oggi un problema di salute pubblica, dato l'impatto in termini di morbilità, mortalità e costi sanitari. Per il significativo impatto sociale, la celiachia necessita di un importante sistema di assistenza a tutela del paziente che sia al contempo sostenibile. Per lo sviluppo di un simile sistema sono necessari ulteriori dati che dimostrino quanto effettivamente il celiaco abbia bisogno di aderire alla dieta, quale sia il quantitativo opportuno di prodotti gluten-free e quali siano gli strumenti pratici per indicare il grado di aderenza. Sul fronte dei costi è fondamentale la determinazione dell'attuale costo della diagnosi e della dieta priva di glutine, al fine di quantificare il cost of illness reale della celiachia e i benefici di salute pubblica e di sostenibilità della spesa sanitaria che si potrebbero avere adottando strategie di screening mirate.



STUDI ANALISI VALUTAZIONI ECONOMICHE
Health Economics & Outcomes Research

S.A.V.E. Studi Analisi Valutazioni Economiche è una società di ricerca, consulenza e formazione in Economia Sanitaria, Farmacoeconomia e Outcomes Research, nata nel 1994 a Milano, primo punto di incontro tra patrimonio teorico, modelli accademici ed esperienza delle imprese in Italia. Fornisce molteplici strumenti di supporto articolati in funzione dei processi decisionali degli Enti, delle aziende e degli operatori nel settore sanitario e farmaceutico che desiderano realizzare un più efficace utilizzo di risorse.

Le principali attività di S.A.V.E. sono:

- Data analysis & modelling for health technology assessment – HTA
- Pharmacoeconomics & Outcomes Research
- Medical Writing & Communication
- Pricing & Reimbursement
- Training

Maggiori informazioni su: www.savestudi.it

GLOSSARIO FARMACO ECONOMICO

• La teoria del willingness to pay:

WTP fu introdotta nel 1844 da Jules Dupuit, l'autore espresse la necessità di "specificare le condizioni per cui si potesse definire utile un investimento pubblico" dal momento che si ritenevano inappropriati i criteri dell'investimento privato. Il beneficio sociale che deriverebbe dalle opere pubbliche non si dovrebbe commisurare alle entrate che confluirebbero nell'erario, ma da quanto la collettività sarebbe disposta a pagare per ottenere tali opere. E' la differenza tra i pagamenti effettivi sostenuti dai 'consumatori' e le somme che questi invece pagherebbero a determinare il beneficio netto sociale, che viene denominato 'rendita (o surplus) del consumatore'. Così definita, la WTP è presto divenuta uno strumento di valutazione dell'analisi costi-benefici (cost benefit analysis, CBA), come risulta da tutti i principali manuali di valutazione dei progetti pubblici a livello internazionale (Banca Mondiale, OCSE) e nazionale (Ministero del Bilancio). Sotto il profilo costi-benefici, un progetto risulta socialmente vantaggioso quando il valore del beneficio, misurabile in termini di WTP, è superiore al suo costo.

• Global Burden of Disease

Iniziato nel 1992, pubblicato nel 1996, valuta l'impatto, in termini di morbilità e mortalità, di 109 condizioni patologiche disaggregate in livelli per 8 suddivisioni geografiche. Nasce come tentativo di andare oltre gli indicatori di mortalità e misurare la salute delle popolazioni in modo standard e confrontabile, ai fini di:

- Aiutare a prendere decisioni in termini di sanità pubblica, non basate solo sulla aspettativa di vita alla nascita;
- Confrontare lo stato di salute di due popolazioni o di una popolazione in due diversi istanti temporali;
- Rendere possibili le analisi di costo-efficacia di particolari interventi sanitari. E' una metodologia estremamente complessa, con molte sfaccettature, usa come misura dell'impatto di una particolare patologia un'unità chiamata DALY (Disability Adjusted Life Years):

$DALYs = YLLs + YLDs$ (Years of Life Lost -YLLs);
(Years of Life lived with Disability - YLDs)

Presupposto: la possibilità di valutare gli stati di salute, e assegnare loro delle valutazioni numeriche o "pesi" che misurino il grado relativo della qualità della vita nella condizione. La parte fondamentale della metodologia consiste nella creazione di un database dettagliato sulla epidemiologia descrittiva delle più importanti condizioni patologiche. Usando i dati disponibili nella letteratura e le opinioni di qualificati esperti delle singole patologie, attraverso opportune tecniche statistiche vengono stimate incidenza, prevalenza ed altre quantità necessarie per il calcolo dei DALYs.