

Dalle discontinuità alle diseguaglianze del Servizio Sanitario Pubblico: quale spazio per la *clinical governance* ?

Convention Direzioni Generali **GIMBE®**
Bologna, 15 ottobre 2010

Massimo Annicchiarico
Direttore Sanitario - Azienda USL di Bologna

The Main Determinants of Health



Source: Dehlgen and Whitehead, 1993

La dinamica degli scenari demografici

- Piramidi per classi di età, confronto 1990 - 2010 - 2050 nell'UE 27

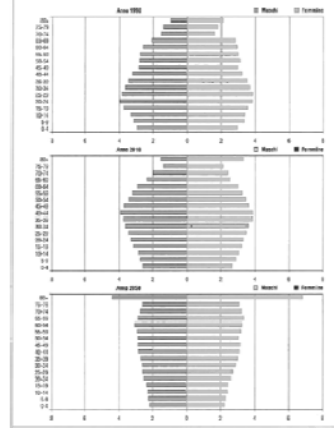
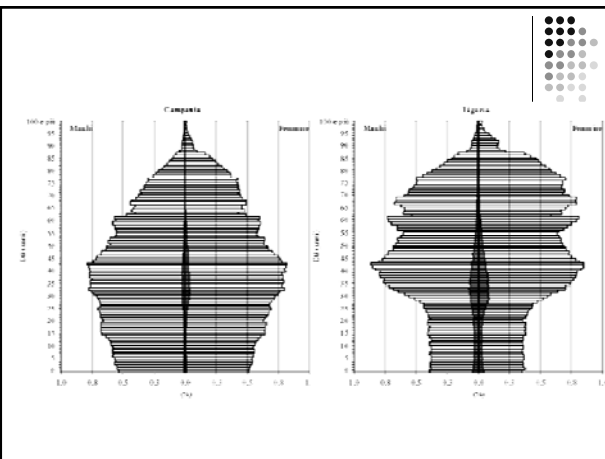
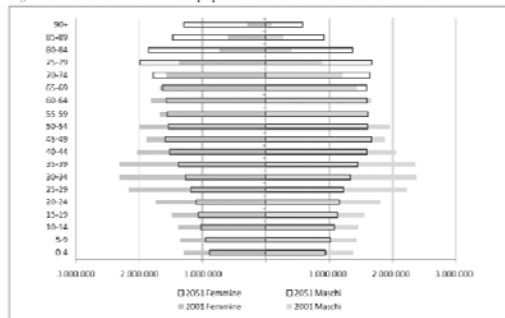
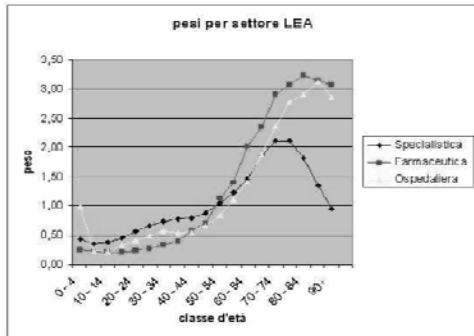


Figura 1 - Piramide dell'età della popolazione italiana - confronto 1990-2050*





Fonte: elaborazione dati ISTAT 2007, Ministero della Salute 2004, Rapporto QSMED 2007, Ministero della Salute 2005

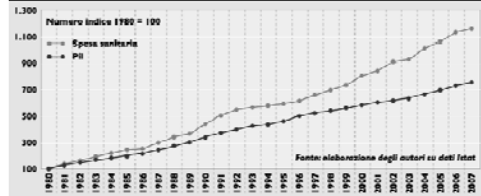
Le dinamiche economico-finanziarie

Efficienza e qualità ?

Regione + Provincia autonoma	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006		Anno 2007	
	Pre capite euro	Risultato di esercizio	Pre capite euro	Risultato di esercizio	Pre capite euro	Risultato di esercizio	Pre capite euro	Risultato di esercizio
Piemonte	-156	-62,246	+	-6,467	-	-1,319	+12	-96,119
Valle d'Aosta	-109	21,699	-112	-11,599	-119	-17,369	-116	-14,412
Lombardia	+	-30,039	-2	2,031	+	-0,293	1	9,429
Più Emilia	53	179,050	59	23,512	53	23,007	36	17,440
Più Toscana	-18	176,429	-4	-2,418	-28	-15,644	-3	-1,483
Veneto	1	3,677	-24	-11,319	15	81,243	+	7,311
Friuli V.G.	8	109,326	22	35,903	15	18,780	30	23,715
Liguria	-297	-115,471	-157	-25,289	-52	-25,592	-29	-141,009
Liguria R.	-95	-48,554	-5	-7,594	-9	-19,061	1	12,797
Toscana	-45	-241,076	-4	-20,307	-33	-61,737	24	96,111
Umbria	-42	-20,337	-7	1,156	-47	-24,716	15	12,201
Mare Il.	-163	-144,904	-16	-2,300	-36	-47,396	16	24,981
Calabria	-281	-2,158,588	-505	-1,840,944	-375	-1,944,913	-241	-1,699,379
Marche	-44	-291,698	-173	-221,456	-108	-127,673	-99	-117,095
Puglia	-137	-89,116	-433	-146,205	-183	-68,494	-195	-67,472
Campania	-200	-1,323,656	-909	-1,706,522	-130	-740,714	-120	-67,482
Apulia	-11	21,168	80	-309,078	-42	-210,811	-49	-59,233
Basilicata	-54	-34,454	72	-49,477	-37	-2,987	-22	-11,195
Calabria	-48	-147,891	-46	-80,109	-17	-5,306	-12	-24,814
Sardegna	-149	-117,720	-148	-69,344	-105	-670,310	-104	-238,476
Media Italia	-153	-212,028	-198	-225,873	-81	-120,216	-41	-88,485
Media Italia	-113	-410,272	-113	-512,255	-17	-452,573	-54	-3,122,415

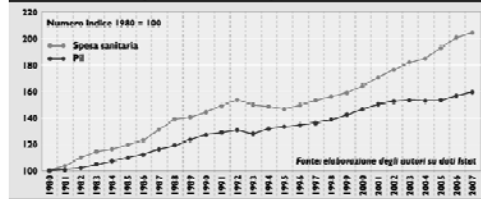
Fonte: ministero della Salute secondo i risultati del tavolo di monitoraggio sulla spesa

Spesa sanitaria e Pil a prezzi correnti



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat

Spesa sanitaria e Pil a prezzi costanti



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat

Il benessere aumenta la spesa

1. Tale tendenza è diametralmente opposta a ciò che si registra per alcune categorie di spesa destinate anch'esse ad appagare bisogni primari (es. i consumi di generi alimentari sono passati da 1/3 della spesa totale negli anni '70 all'attuale 15%)
2. Nel lungo periodo la crescita del prodotto è associata ad un piu' elevato livello di istruzione della popolazione, che comporta maggior attenzione alle condizioni di salute

Il benessere aumenta la spesa

3. Il processo di sviluppo spiana la strada all'introduzione di innovazioni nel campo della medicina, che a loro volta determinano un incremento dei costi medi di produzione (e non un loro calo come di solito accade): essi infatti permettono di trattare un numero crescente di patologie complesse quelle precedentemente incurabili, sia con farmaci che con tecnologie più costose
4. L'aumento del PIL tende a far levitare l'incidenza della popolazione anziana, principale destinataria degli interventi sanitari

Scenari finanziari

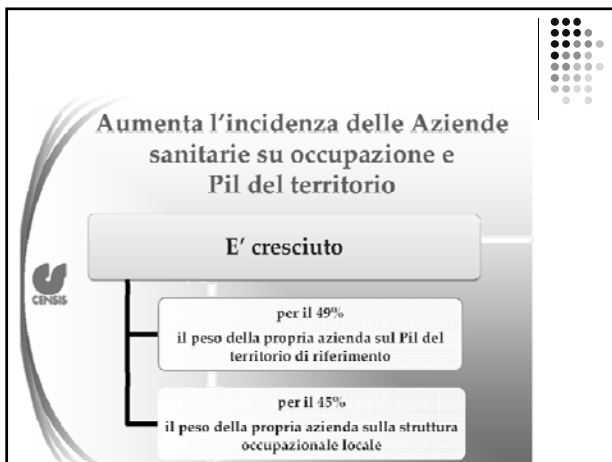
Composizione del finanziamento	Mix pubblico e privato	Finanziamento pubblico in calo sul totale delle risorse Sanitarie Le risorse dedicate alla sanità sono stabili sul PIL	Aumenta progressivamente la quota di finanziamento privato: out of pocket, premi assicurativi, pubblico a pagamento. Le risorse dedicate alla sanità crescono in modo accelerato rispetto al PIL
	Prevalentemente pubblico	Finanziamento pubblico in aumento sul totale delle spese Sanitarie. Le risorse dedicate alla sanità sono stabili sul PIL	Sanità come "volano" per lo sviluppo socio-economico. Oppure, viceversa,
		Stabile/moderata	Accelerata
Crescita delle risorse per la sanità in % sul PIL			

Ma quanto incide la sanità sulla realtà economica esterna?

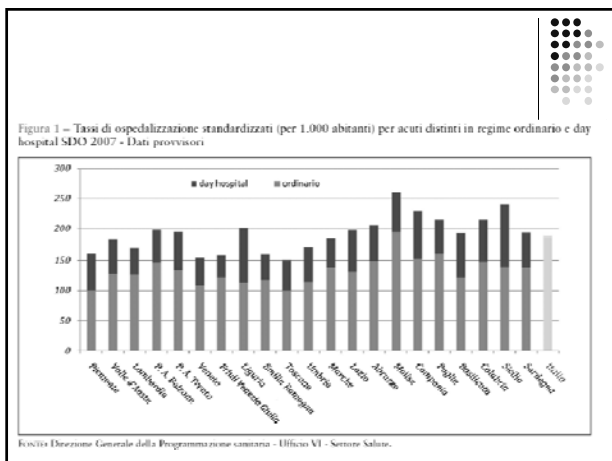
La crisi socio-economica ci porta a guardare alla sanità anche come risorsa di:

- > "economia concreta"
- > "valore reale"
- > "volano della nuova crescita"

Anche perché "settore anticiclico" per eccellenza



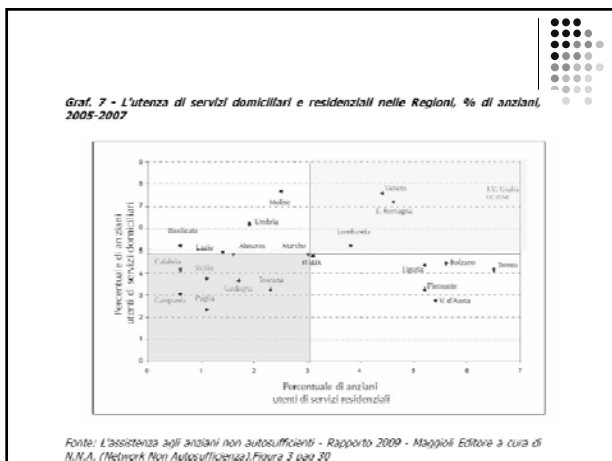
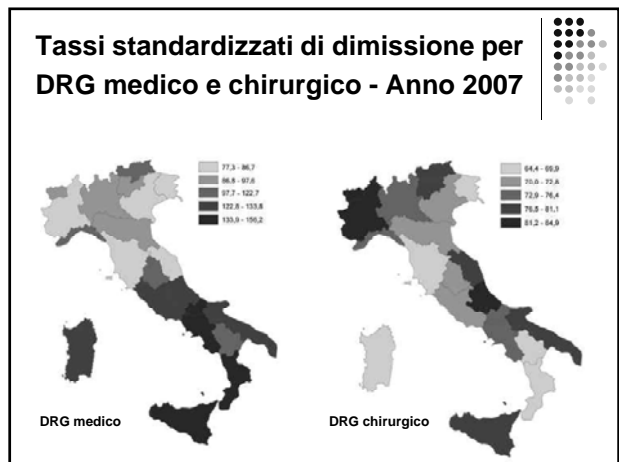
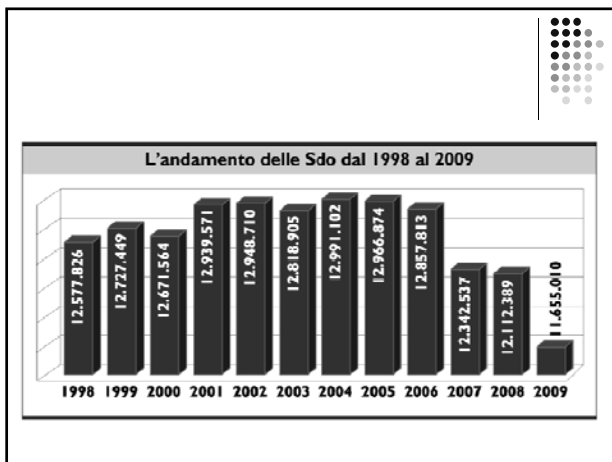
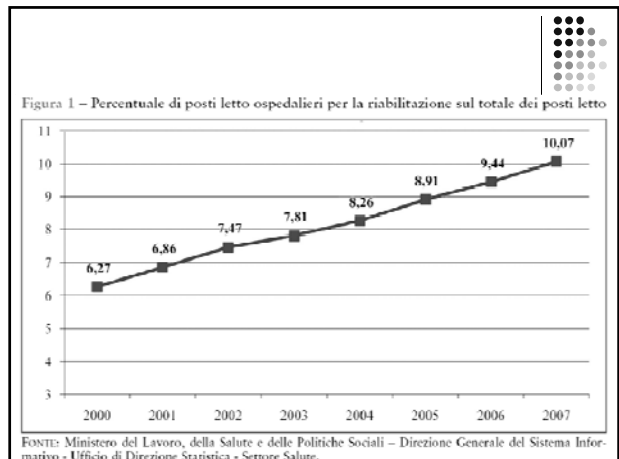
Le dinamiche dell'assistenza



La fotografia su ospedali e posti letto (2009)

Paesi	Posti letto per 1.000 abitanti	Posti letto per 100.000 ab.	Digierna media (gg)	Tasso occupazione % dei letti disponibili	N. ospedali totale	Ospedali per milione di abitanti
Ciappino	118	81	118	75,7	8.781	88,9
Germania	8,2	5,7	125	76,2	3.122	80,5
Austria	7,7	5,6	7,9	88,6	267	31,0
Repubblica Ceca	7,2	5,2	100	67,7	254	24,0
Ungheria	7,6	4,1	104	74,3	136	13,4
Francia	6,9	3,5	12,9	74,2	3.049	47,7
Slovacchia	6,6	4,9	6,9	67,5	138	25,6
Polonia	6,3	1,9	9,7	-	209	38,2
Belgio	6,7	4,3	7,2 (1)	74,0	209	19,5
Paola	6,6 (3)	4,4 (3)	6,7	-	205	21,6
Islanda	5,0 (1) (2)	-	-	-	-	-
Lussemburgo	5,8	4,5	8,1 (1)	72,0 (1)	-	-
Svezia	5,2	3,3	10,7	80,2	210	41,6
Italia	5,9 (1)	2,9 (1)	7,4 (1)	80,6 (2)	136	41,4
Grecia	4,8	4,0	-	-	316	38,2
Slovonia	4,8	3,8	6,9	71,5	29	14,4
Olanda	4,3	2,9	-	55,7	102	11,1
Italia	3,8	3,8	7,8 (1)	78,8 (1)	1.243	21,1
Norvegia	3,5	2,5	7,3	89,9	66	11,8
Danimarca	3,6	3,0	5,1	-	-	-
Canada	3,5 (1)	2,7 (1)	-	89,0 (1) (2)	419 (1)	21,2 (1)
Regno Unito	2,4	2,7	8,1	94,5	-	-
Portogallo	1,4	2,8	8,5 (1)	72,6 (1)	189	17,8
Spagna	1,3	2,4	8,1	77,7	767	17,8
Stati Uniti	1,1 (2)	2,7 (1)	6,3	66,4	5.015 (2)	19,1 (2)
Turchia	1,3	2,7	4,8 (1)	63,4	1.350	18,1
Messico	1,7	1,8	8,9	61,8	4.292	40,2
Australia	-	-	-	-	1.314 (1)	62,4 (1)
Nuova Zelanda	-	2,2	-	-	-	-
Svezia	-	-	5,0 (1)	-	-	-

(1) Dati 2007; (2) Serie; (3) Interruzione di una serie
Fonte: www.ecosystem.org Data: Cote health division



Il livello di tutela della salute da assicurare in un Servizio Sanitario Nazionale che si differenzia nei sistemi regionali è indifferente alla crisi economica e sociale che attraversa il paese ?

I profili di consumo (da spostare)

Grado di bisogno	Soggetti cronici, fragili, che necessitano di presa in carico globale, in assenza di caregiver	Soggetti cronici, con caregiver proprio (familiare) o di sostegno (badante)
	Soggetti poco competenti tendenti all'autocura, al <i>consumerismo</i> sanitario, con riferimento prevalente al SSN	Soggetti competenti, tendenti all'autocura, di tipo "global" o "glocal" con ricorso prevalente al privato
Grado di competenza ed autonomia di scelta		

Scenari in mutamento

	Tassazione generale	Contributi ASM	Assicurazioni private	Out of pocket	Totale spesa pubblica (%)	Totale spesa privata (%)
Australia	67	0	14,8	18,2	67	33
Austria	31,5	44,7	7,3	16,5	76,2	23,8
Belgio	12,7	56,4	10,2	20,7	69,1	30,9
Canada	69	1,4	15,1	14,5	70,4	29,6
Danimarca	79,9	0	5,7	14,4	79,9	20,1
Francia	5,1	74,6	13,6	6,7	79,7	20,3
Germania	9,3	67,5	10	13,2	76,8	23,2
Giappone	16,1	64,3	5,3	14,3	82,7	17,3
Grecia	27,1	34,5	1,7	36,7	61,6	38,4
Irlanda	77,6	0,7	9,3	12,4	78,3	21,7
Italia	77,1	0,1	2,6	20,2	77,2	22,8
Norvegia	71,1	12,5	0,8	15,6	83,6	16,4
Nuova Zelanda	77,8	0	5,7	16,5	77,8	22,2
Paesi Bassi	4	77,7	12,3	6	81,7	18,3
Portogallo	69,7	0,8	6,7	22,8	70,6	29,4
Regno Unito	87,3	0	nd	nd	87,3	12,7
Spagna	66,1	5,2	6,7	22	71,2	28,8
Stati Uniti	32,7	13,1	41,4	12,8	45,8	54,2
Svezia	81,7	0	nd	nd	81,7	18,3
Svizzera	17,2	43	9,5	30,3	60,3	39,7

Sistemi universalistici

La spesa sanitaria *out of pocket*

- E' verosimilmente sottostimata (probabilmente rappresenta 1/3 della spesa totale)
- In parte è determinata dall'assetto istituzionale del Ssn
 - prestazioni non coperte
 - compartecipazioni
 - Libertà di scelta
- In parte originata dalle preferenze individuali
 - tempi di attesa
 - qualità percepita
 - comfort "alberghiero"
 - "referaggio inverso"

FIGURA 4. Distribuzione per età della percentuale di visite a pagamento (costo totale) per visite cronologiche

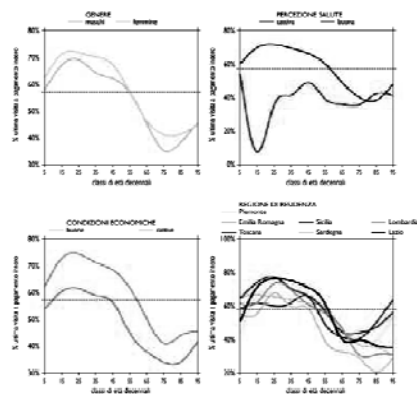
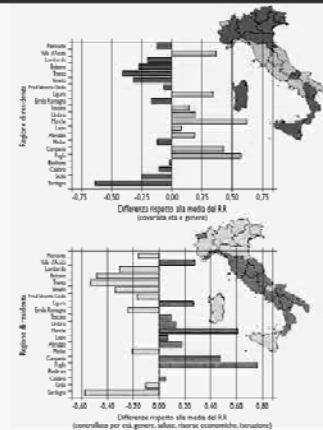
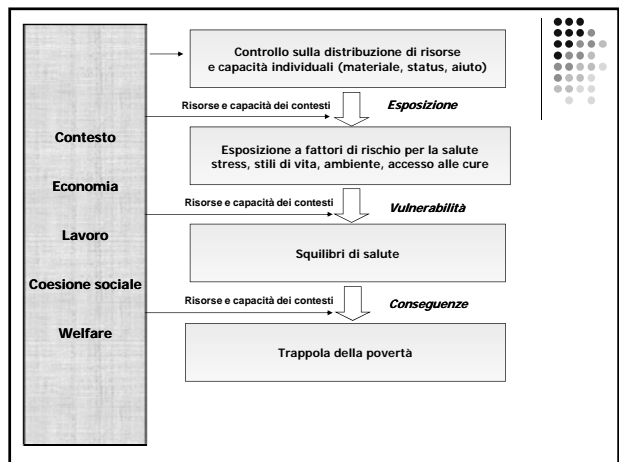
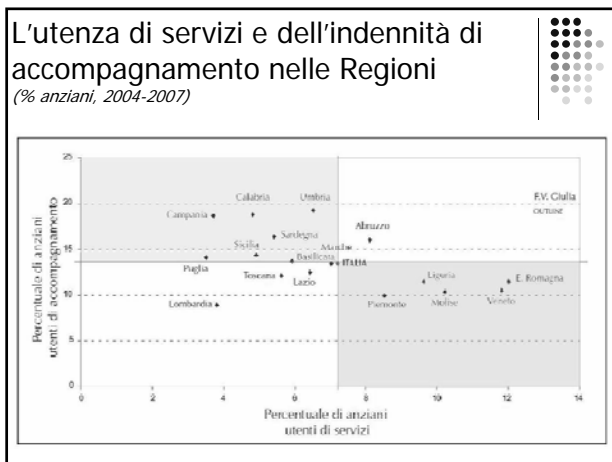
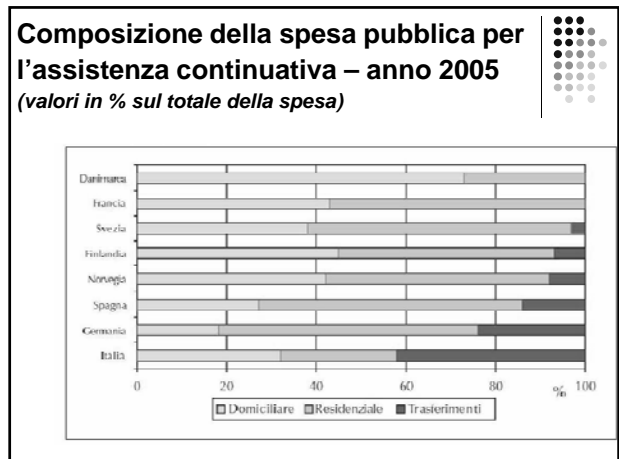
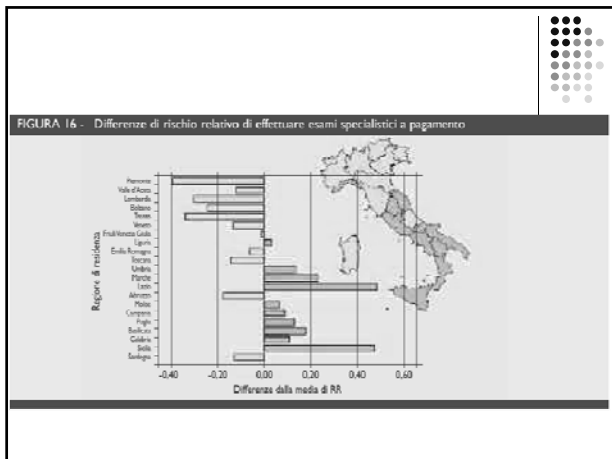


FIGURA 7. Differenza di Rischio Relativo di essere utente di una visita a pagamento corretto per diversi fattori





Scenari in mutamento

- **342.100** famiglie italiane cadono sotto la soglia di povertà relativa per effetto delle spese sanitarie e **511.814** famiglie, in larga misura distinte dalle prime, sono chiamate a sostenere spese sanitarie cosiddette "**catastrofiche**", ovvero superiori al 40,0% della propria "**capacity of pay**" (in particolare famiglie anziane monoreddito) (Rapporto Ceis 2008)
- la domanda di tutela della salute e di benessere sociale si è radicalmente trasformata per la **crescita esponenziale delle condizioni di fragilità** che caratterizzano l'attuale e la futura struttura della popolazione; la domanda richiede sempre **più interventi connotati dalla continuità**; ciò avviene a causa della **cronizzazione delle fragilità** che contraddistingue la vecchiaia, l'handicap, la salute mentale, il disadattamento familiare e minorile, la dipendenza, le nuove povertà, etc.;
- Es: In Emilia Romagna l'1% della popolazione residente assorbe il 32% della spesa farmaceutica ed ospedaliera, ed il 5% assorbe il 66% della spesa totale

Tra il 2007 ed il 2008 la % di famiglie che "fatica ad arrivare a fine mese" passa dal 22% al 25% al sud, e resta stabile al 12% al Centro ed al 14 al Nord

La metà delle famiglie italiane guadagna meno di 24.000 euro al mese; la media del guadagno delle famiglie del Sud è di ¼ inferiore a quelle del Nord

MA2

"INEQUALITY IN QUALITY"

(Fiscella K, *JAMA* 2000)

Negli USA, associazione tra bassa posizione socioeconomica e:

- Maggiore utilizzo della medicina di base
- Minori interventi di prevenzione
- Minore qualità di assistenza specialistica ambulatoriale
- Minore accesso a procedure complesse (cardiovascolari, trapianti)
- Maggiore frequenza di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili

L'impatto della contingenza economica sull'offerta pubblica

Tab. 2 - Andamento dell'offerta pubblica per la salute negli ultimi 2 anni per livello socio-economico (val. %)

La copertura pubblica per i problemi di salute (da quelli diagnosticati alle visite mediche specialistiche) secondo la sua esponente negli ultimi 2 anni

	Livello socio-economico				Totale
	Alto/Medio alto	Medio	Medio-basso	Basso	
Si è ridotta, sono di più le cose che mi devo pagare o per le quali devo pagare qualcosa	25,0	31,0	37,6	39,6	32,7
Si è ampliata, ci sono più cose per le quali il Servizio sanitario mi garantisce copertura	12,6	7,1	9,0	8,0	8,2
È rimasta inalterata, in realtà la copertura è sempre la stessa	62,4	61,9	53,4	52,4	59,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Fbm-Censis, 2009

L'impatto della contingenza economica sulla spesa per la salute

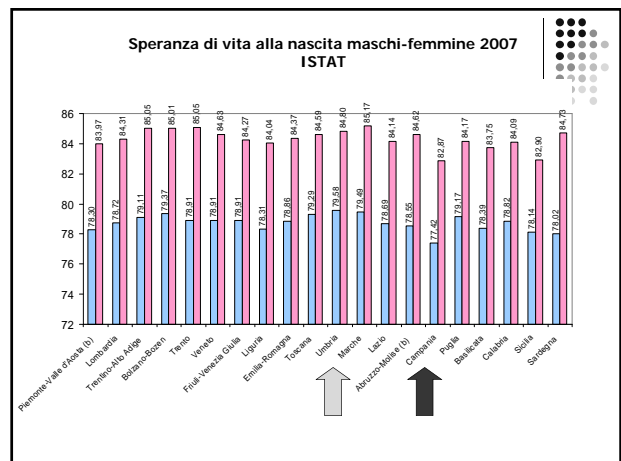
Tab. 1 - Spesa nell'ultimo anno per la salute propria e della famiglia per livello socio-economico (val. %)

Spesa per la salute (spese per farmaci, visite mediche, diemista, analisi, ecc.)	Livello socio-economico				Totale
	Alto/Medio alto	Medio	Medio basso	Basso	
Molto aumentata	7,0	8,8	18,1	10,8	11,5
Abbastanza aumentata	22,2	26,8	30,9	33,1	27,5
Poco aumentata	16,6	7,6	7,1	7,3	8,3
Praticamente stabile	52,8	55,2	41,4	38,9	50,1
Diminuita	0,8	2,6	3,1	3,4	2,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Ibm-Censis, 2009

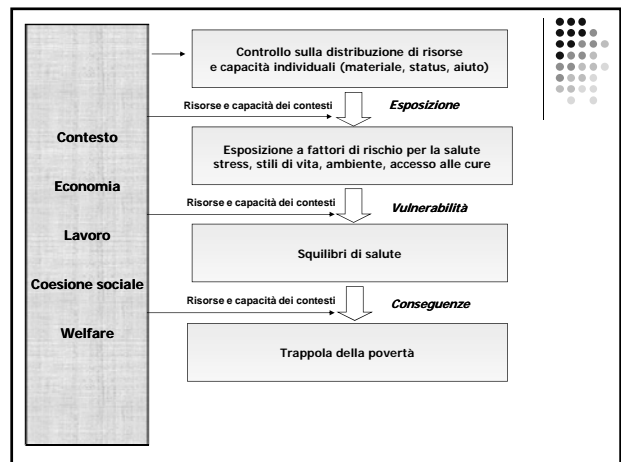
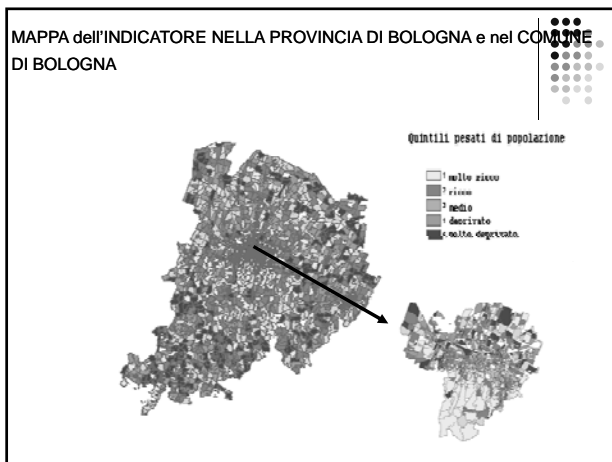
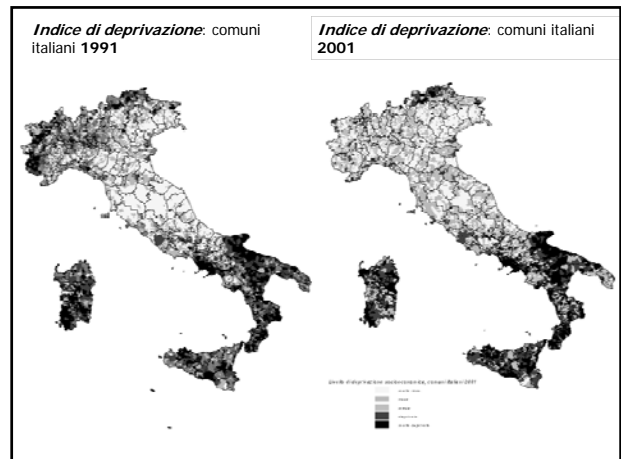
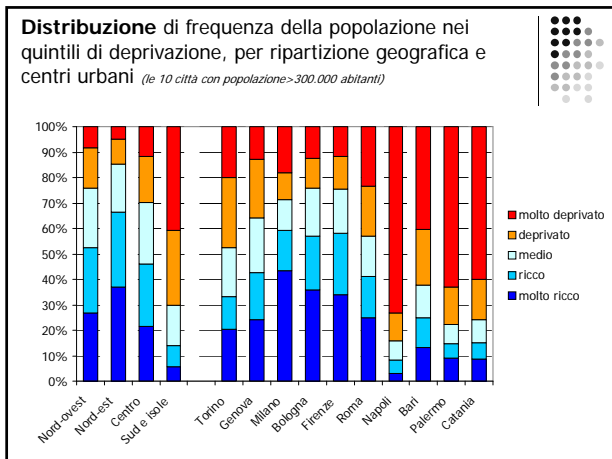
"Viaggiando in metro nella linea che dai sobborghi di Washington conduce a Montgomery County, una distanza di 12 miglia, la speranza di vita aumenta di un anno e mezzo per ogni miglio percorso: a capo del viaggio troviamo neri poveri con speranza di vita di 57 anni e all'altro capo bianchi ricchi con una speranza di vita di 76.7 anni"

M. Marmot, Status Syndrome, *JAMA* 2006



Diapositiva 37

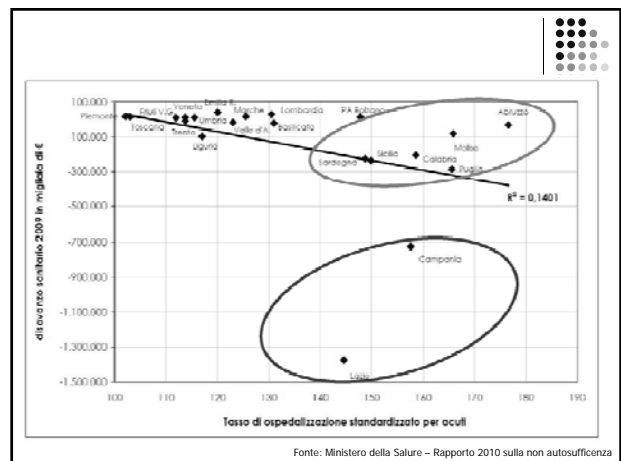
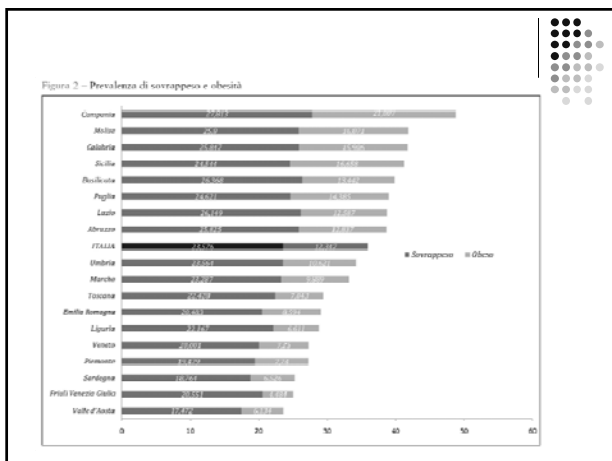
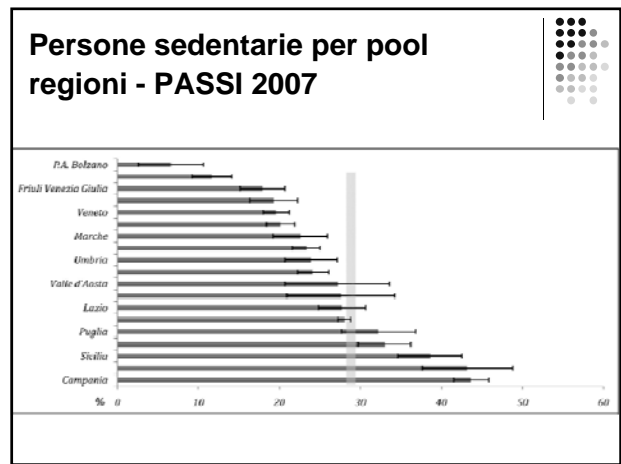
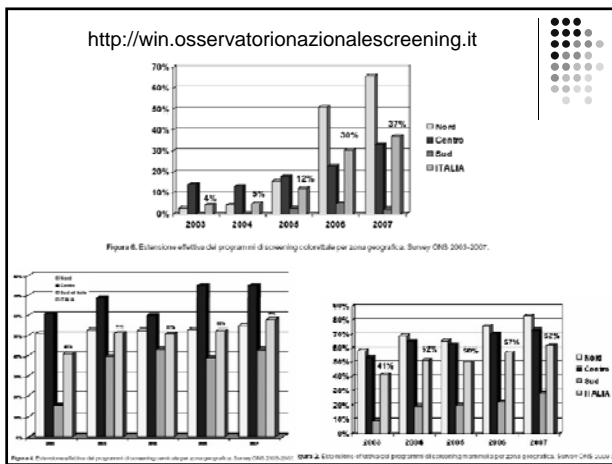
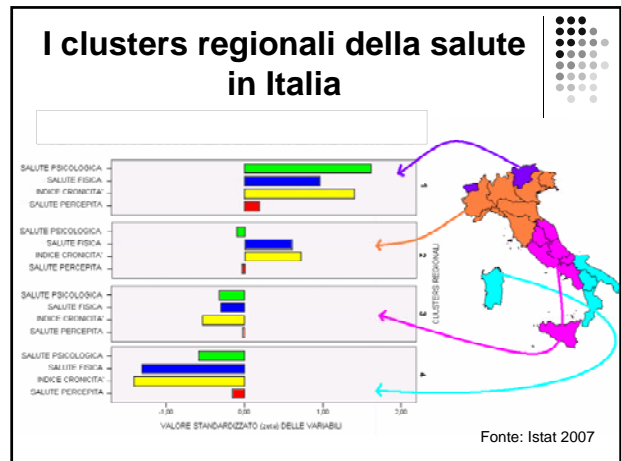
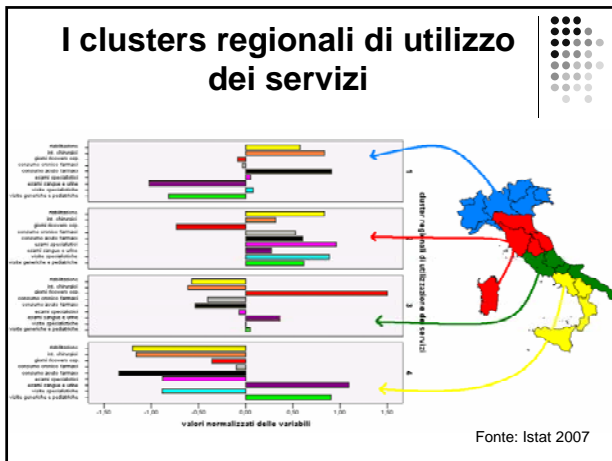
MA2 **Mostrare i diagrammi simili per l'Italia**
Annicchiarico; 10/10/2010

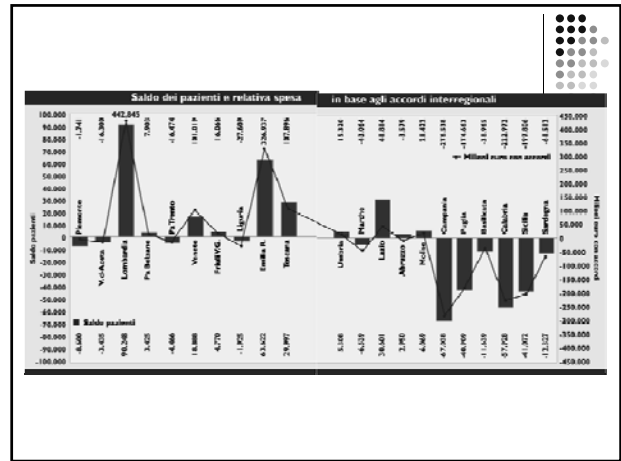
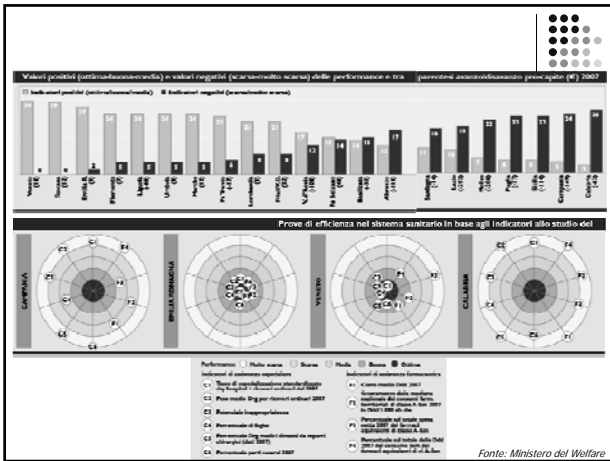


“I ricchi sono gente come noi, solo hanno più soldi”

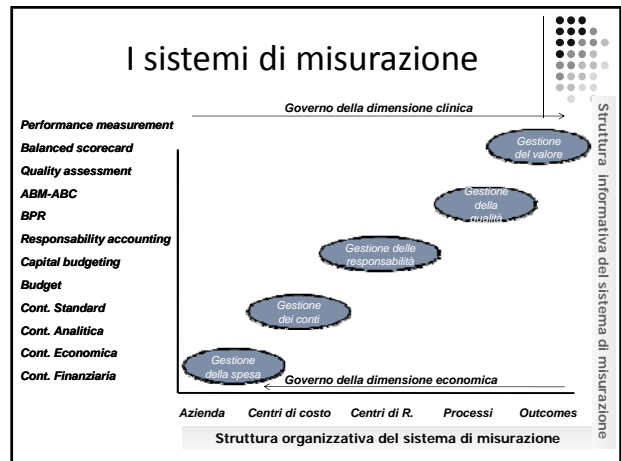
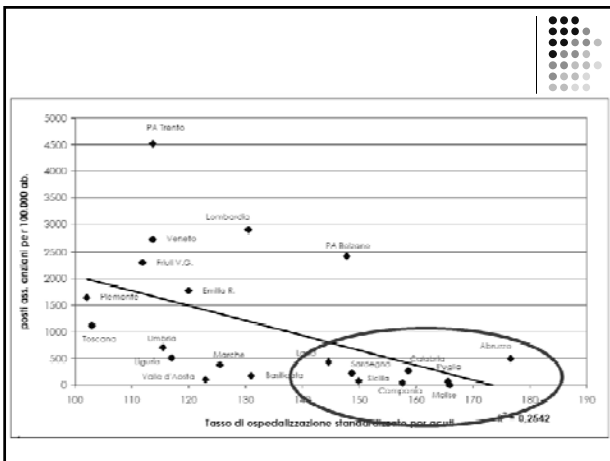
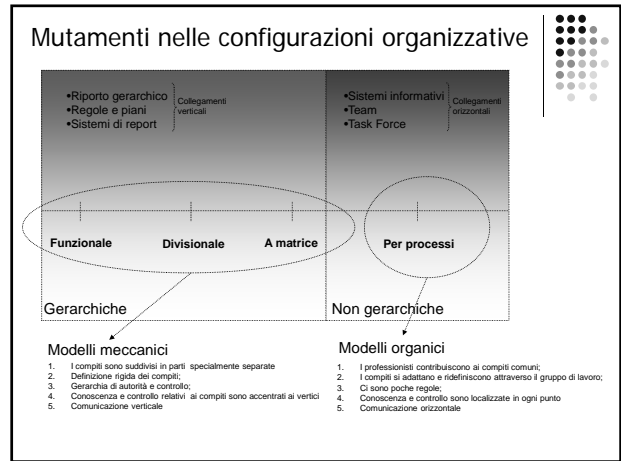
Hernest Hemingway

A quale geografia della salute si applica il federalismo della sanità italiana: una geografia uniforme o una geografia attraversata da disparità ?





Come si spiegano queste disparità e quali aspetti del federalismo sanitario sono interpellati da queste spiegazioni ?



Considerazioni



Le diseguaglianze nello stato di salute della popolazione sono socialmente costruite e, come tali, possono essere gestite e superate solo **socialmente**.

Equità e diseguaglianza non sono in contraddizione se misurano due diverse dimensioni (orizzontale e verticale); un sistema pubblico per essere *equo* deve forse essere, se opportuno *diseguale*.

Il timore che i criteri di razionamento ed allocazione possano essere diversi da quelli clinici, non è più un rischio, è un dato di fatto

Considerazioni



- Il rischio è che il razionamento sia sempre più occulto, che in nome di un universalismo di facciata si alimentino interessi personali o di lobby, diseguaglianze ed ingiustizie che finiscono per gravare sulle fasce più deboli della popolazione

- La tutela della salute non può essere solo tecnocrazia (= *government* clinico) : i professionisti possono assumere il loro ruolo anche come parte della società civile senza nascondersi dietro posizioni che da ideali rischiano di trasformarsi in ideologiche, assumendo tutta la responsabilità sociale, di cooperazione e confronto che il ruolo implica (= *governance* clinica)

Considerazioni



- Un confronto sull'uso delle risorse – si chiamino o meno “costi standard – non è più eludibile: le 15 principali patologie assorbono l'85% dei costi

-E' auspicabile che il federalismo non privilegi le aree sviluppate, ma cerchi di stimolare le responsabilità soprattutto delle aree maggiormente critiche, aiuti le popolazioni a prendere coscienza della necessità di scegliere amministratori capaci, metta a disposizione uguali risorse economiche per tutti ma maggiori risorse umane e culturali per chi necessita di migliorare il proprio sistema regionale

Quale uso degli strumenti di *clinical governance* potrà dimostrare di sapere almeno mantenere lo stesso livello di tutela della salute raggiunto finora, o addirittura provare ad ridurre le disparità ?

“ Se diamo a lupi ed agnelli la stessa libertà e non c'è un'autorità che proibisce ai primi di azzannare i secondi, è chiaro che per questi ultimi la libertà è solo una beffa ”

Isaiah Berlin “Due concetti di libertà”