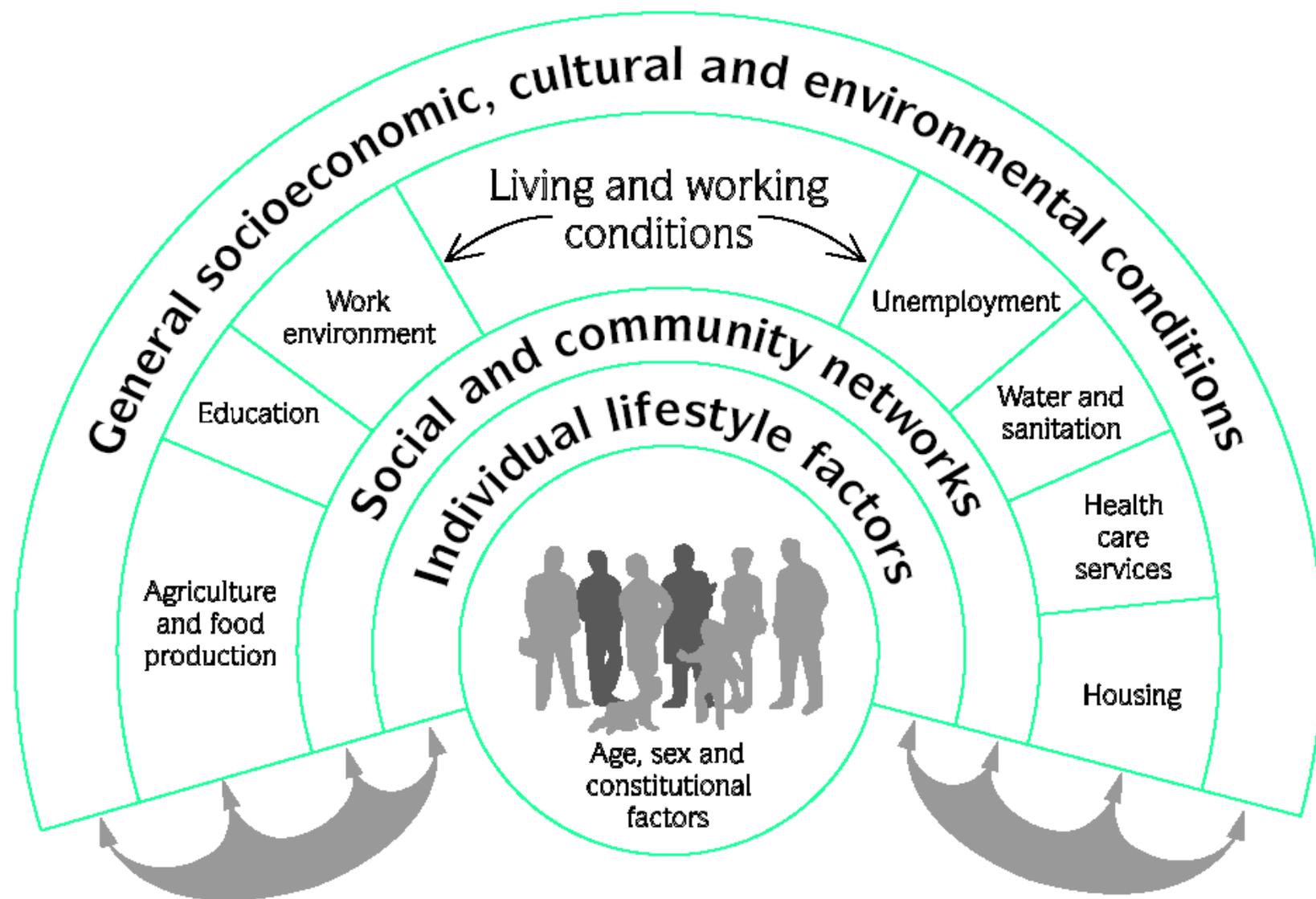


Dalle discontinuità alle diseguaglianze del Servizio Sanitario Pubblico: quale spazio per la *clinical governance* ?

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

Massimo Annicchiarico
Direttore Sanitario - Azienda USL di Bologna

The Main Determinants of Health





La dinamica degli scenari demografici

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

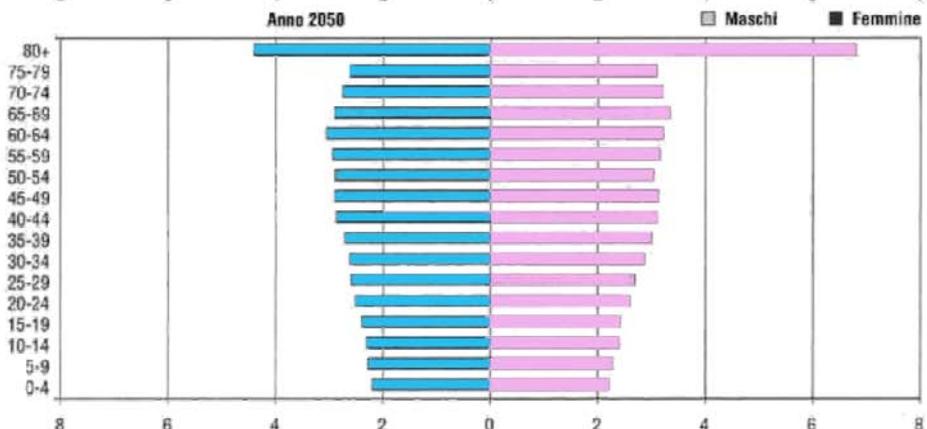
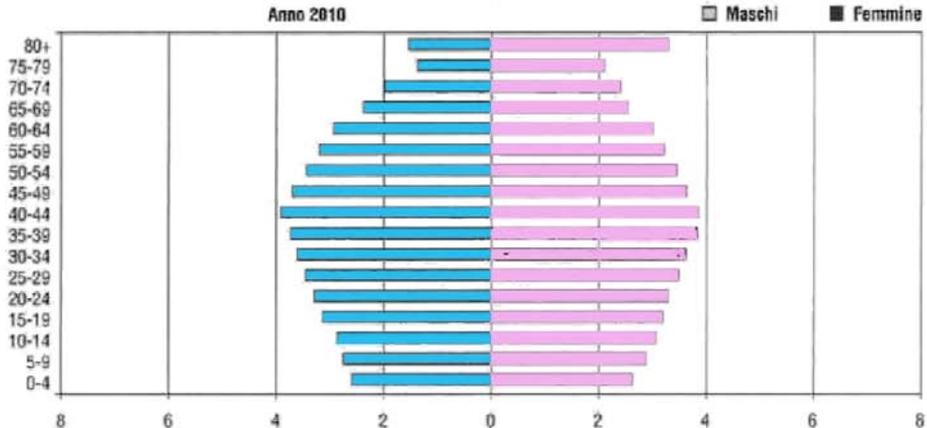
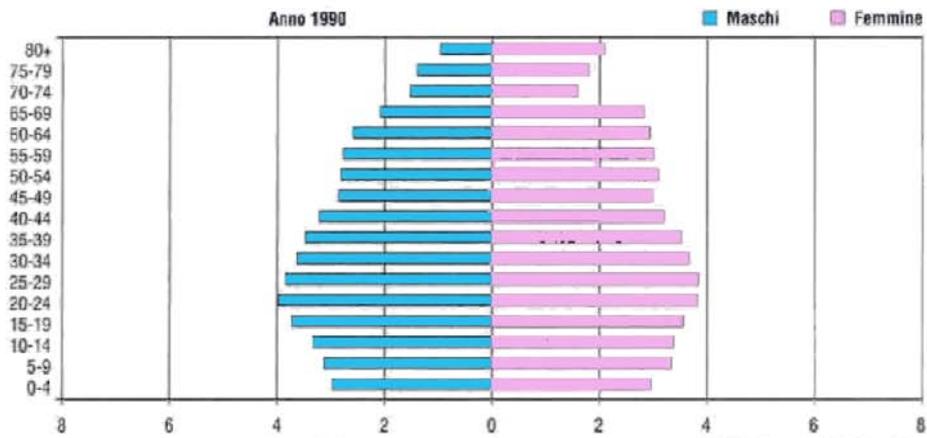
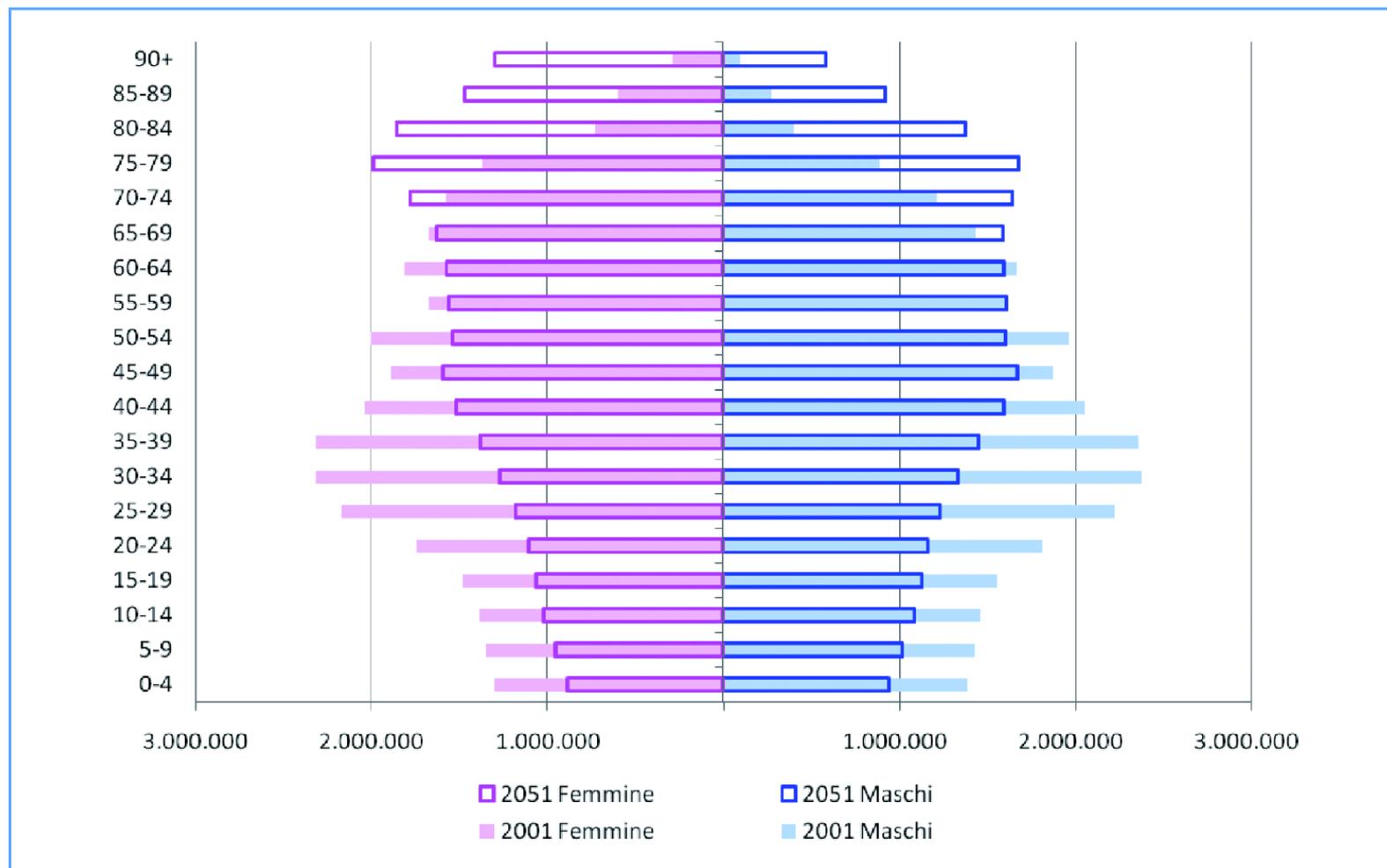


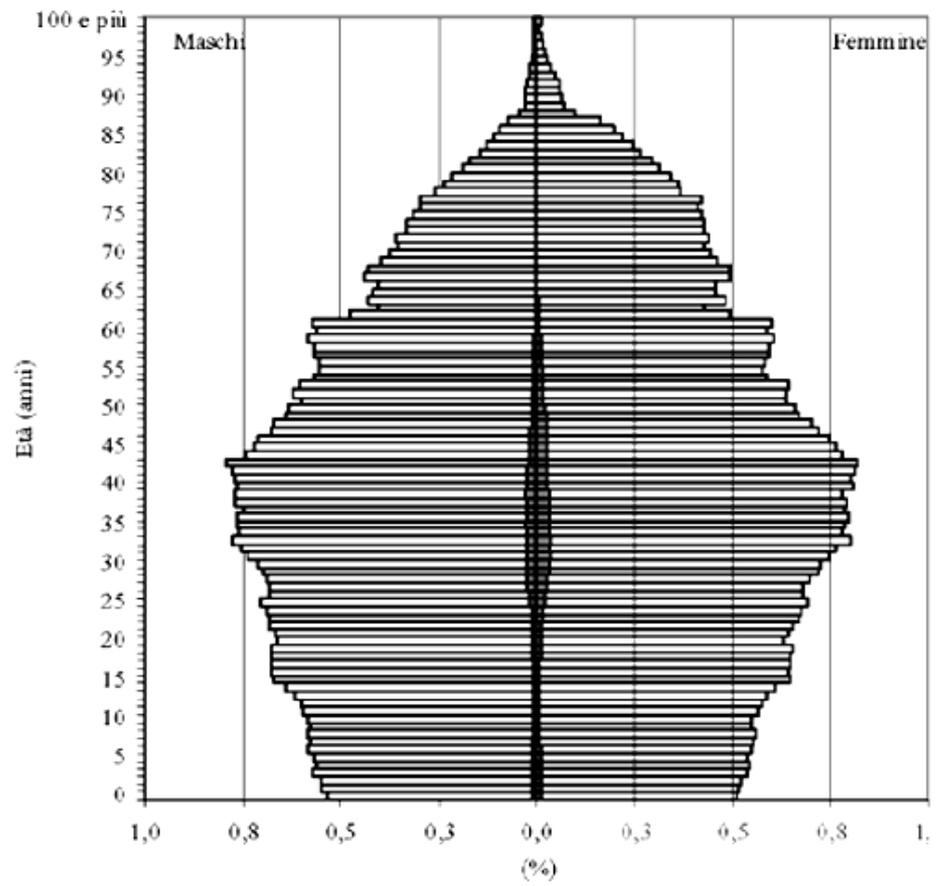


Figura 1 – Piramide dell'età della popolazione italiana – confronto 1990-2050*

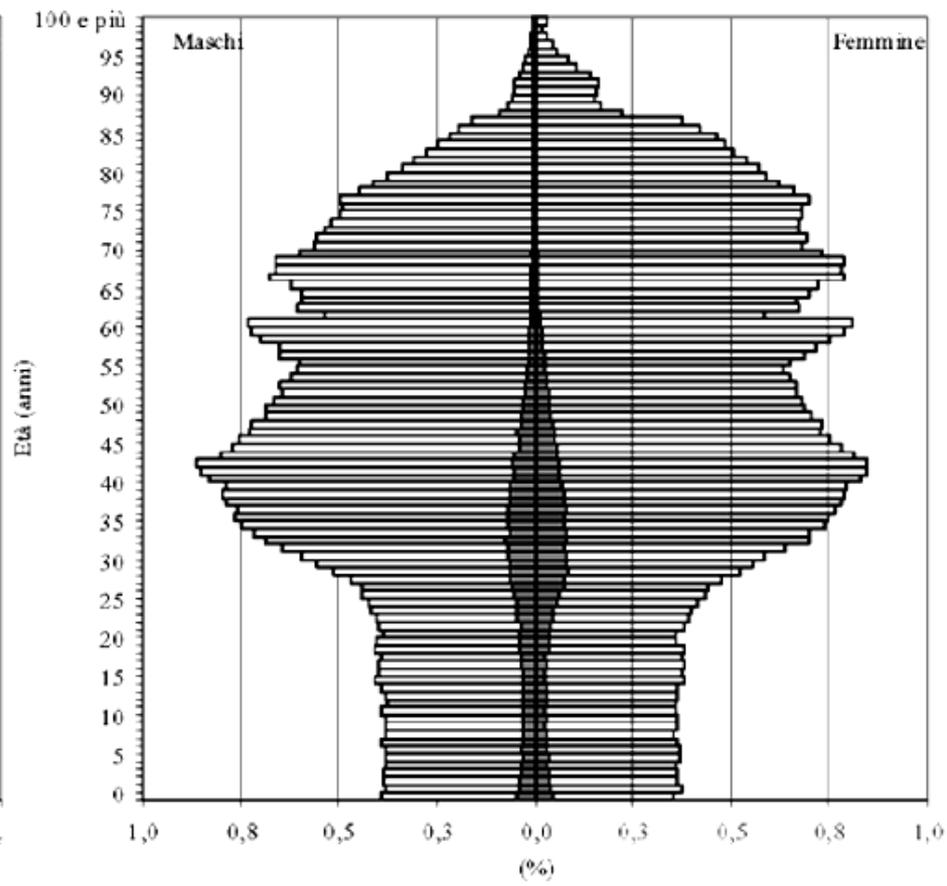


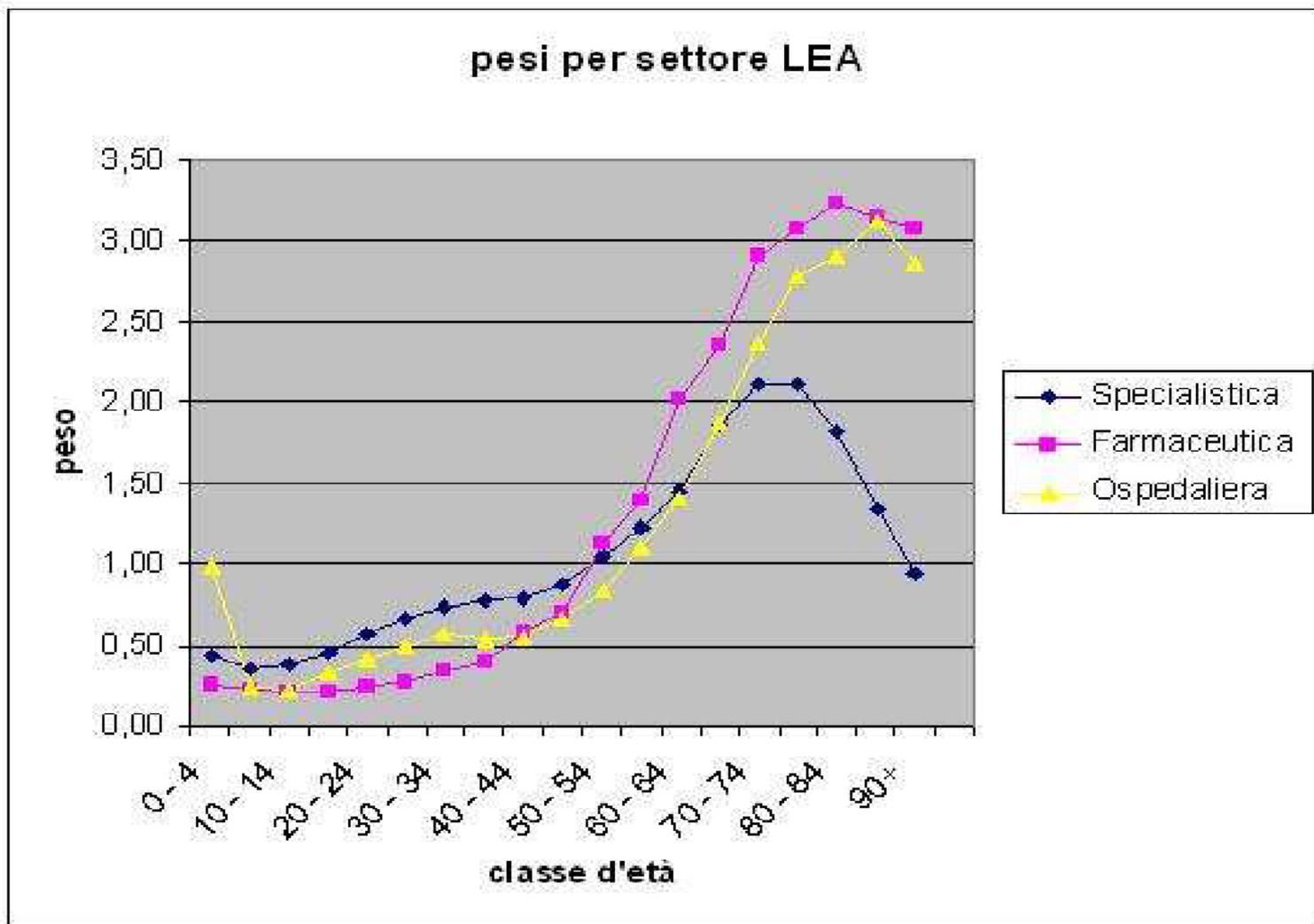


Campania



Liguria





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



Le dinamiche economico-finanziarie

Efficienza e qualità ?

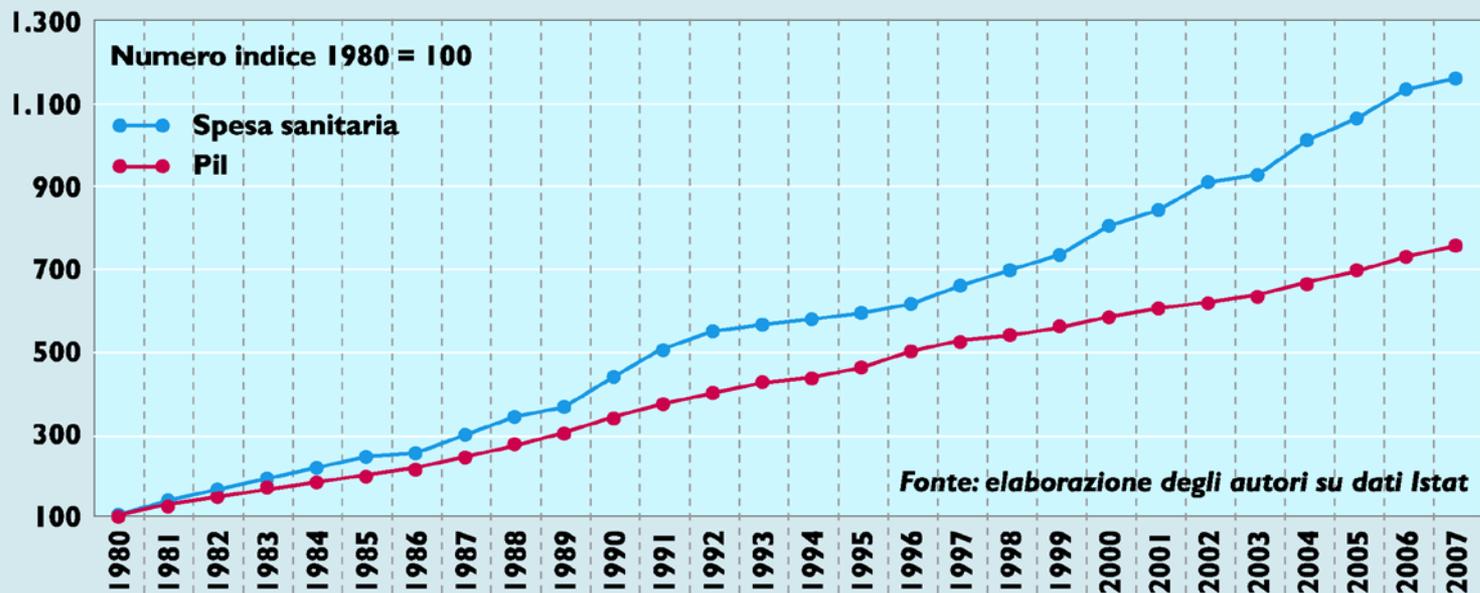


Quattro anni di disavanzi (in milioni di euro)

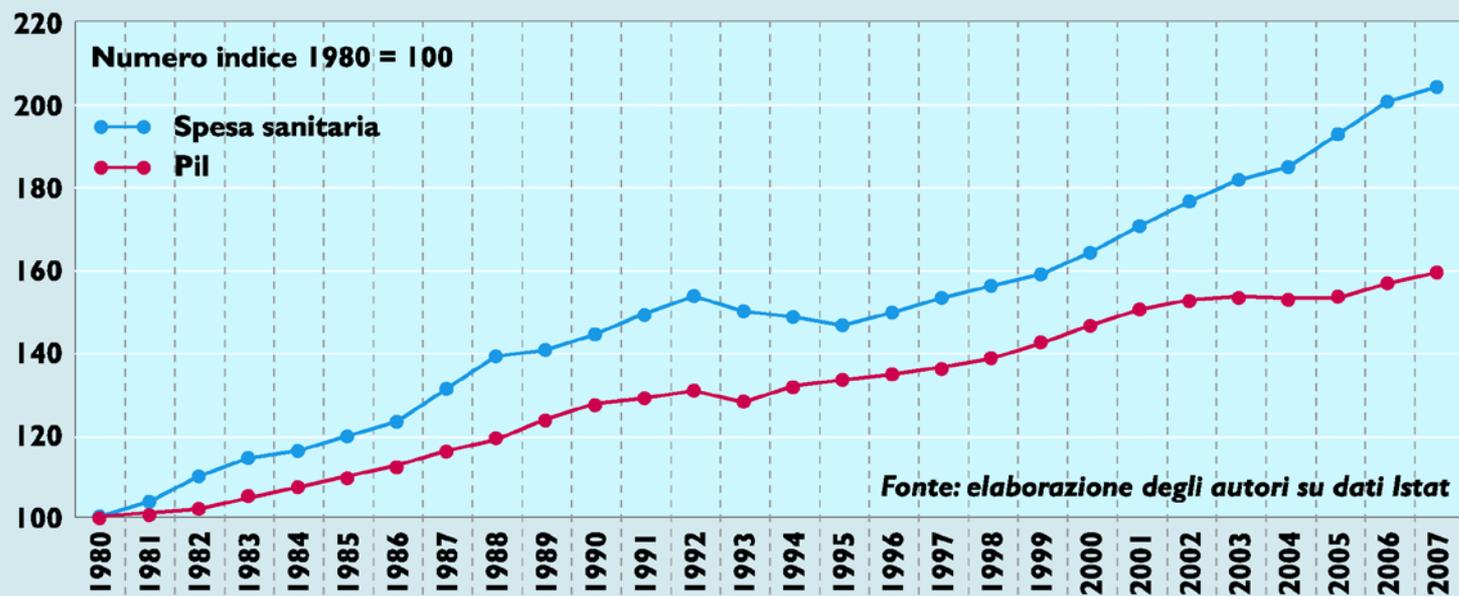
Regioni e Province autonome	Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006		Anno 2007	
	Pro capite euro	Risultato di esercizio						
Piemonte	-156	-662,245	-	-6,467	-2	1,339	-22	-96,119
Valle d'Aosta	-109	23,698	-113	-12,598	-110	-17,360	-116	-14,432
Lombardia	-	-30,039	-2	2,031	-	-0,293	1	9,429
Pa Bolzano	53	279,050	59	28,532	53	25,039	36	17,448
Pa Trento	-18	179,429	-6	-2,418	-28	-15,644	-3	-1,653
Veneto	1	2,677	-24	-116,219	15	83,243	-	2,212
Friuli V.G.	8	109,328	22	26,903	15	18,788	20	23,715
Liguria	-207	-310,471	-159	-253,288	-62	-95,593	-88	-141,500
Emilia R.	-95	-440,554	-5	-37,584	-9	-19,051	3	12,797
Toscana	-65	-241,076	-6	-20,347	-33	-98,737	26	95,131
Umbria	-62	-82,337	-7	1,156	-47	-54,716	15	13,201
Marche	-103	-144,904	-15	-24,360	-26	-47,396	16	24,281
Lazio	-391	-2.158,588	-365	-1.940,954	-373	-1.966,913	-261	-1.409,657
Abruzzo	-84	-291,808	-173	-221,456	-108	-137,673	-90	-117,400
Molise	-137	-89,116	-433	-146,285	-183	-68,494	-195	-62,429
Campania	-208	-1.323,058	-309	-1.786,522	-130	-749,714	-120	-697,469
Puglia	-11	21,168	-80	-309,078	-42	-210,811	-49	-199,831
Basilicata	-54	-34,456	-72	-49,477	-37	2,987	-22	-13,195
Calabria	-68	-147,891	-40	-80,109	-17	-55,306	-12	-24,284
Sicilia	-149	-817,329	-140	-699,266	-195	-970,230	-105	-524,439
Sardegna	-153	-252,028	-198	-325,873	-81	-129,216	-41	-68,268
Italia	-110	-6.410,549	-102	-5.973,679	-77	-4.505,750	-54	-3.172,463

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

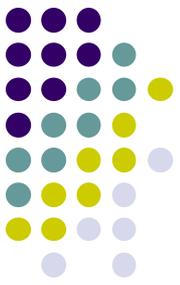
Spesa sanitaria e Pil a prezzi correnti



Spesa sanitaria e Pil a prezzi costanti

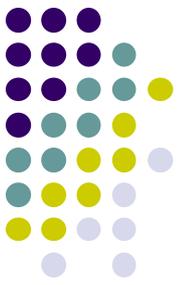


Il benessere aumenta la spesa



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 comprese 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

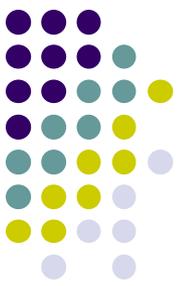
Finanziamento pubblico in
aumento sul totale delle spese
Sanitarie.
Le risorse dedicate alla sanità
sono stabili sul PIL

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





Aumenta l'incidenza delle Aziende sanitarie su occupazione e Pil del territorio

E' cresciuto

per il 49%

il peso della propria azienda sul Pil del territorio di riferimento

per il 45%

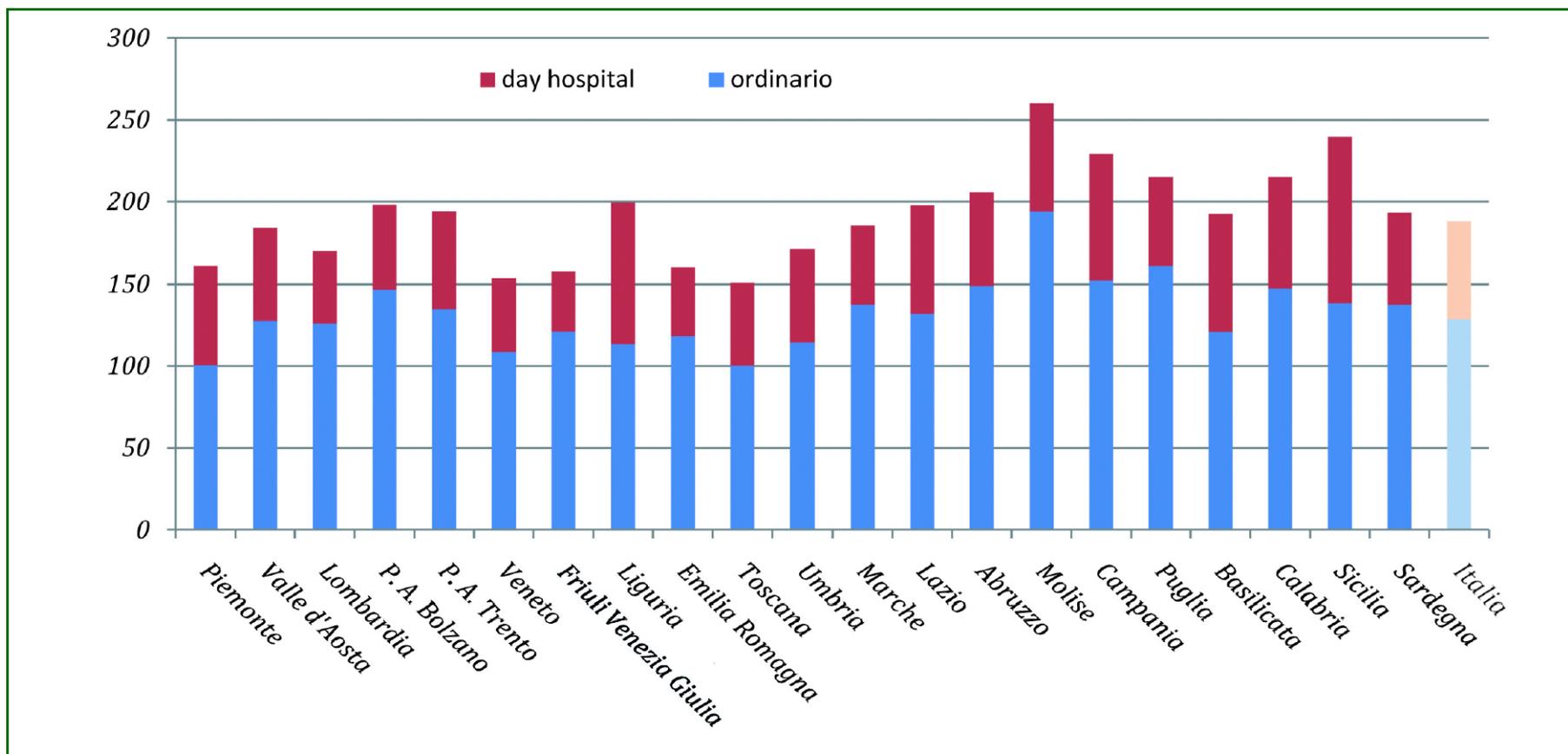
il peso della propria azienda sulla struttura occupazionale locale



Le dinamiche dell'assistenza

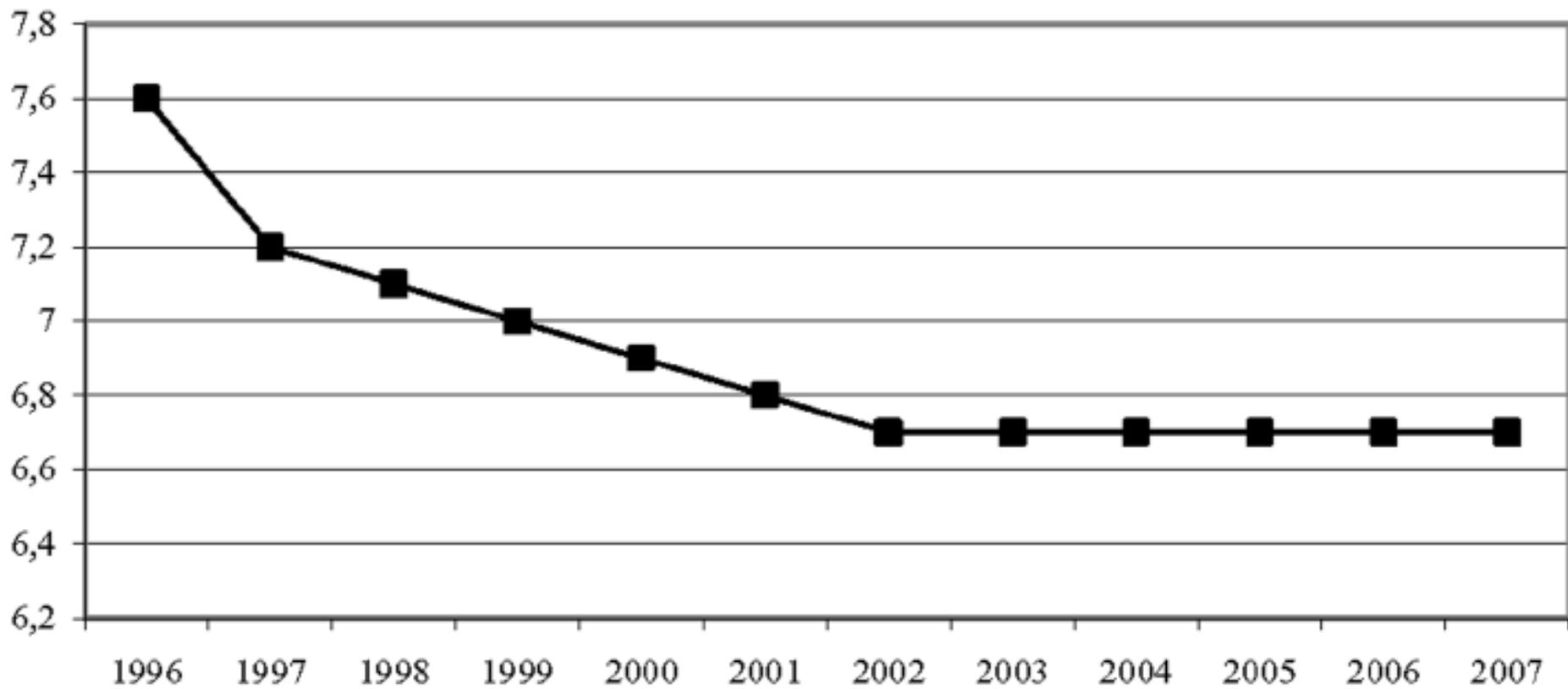


Figura 1 – Tassi di ospedalizzazione standardizzati (per 1.000 abitanti) per acuti distinti in regime ordinario e day hospital SDO 2007 - Dati provvisori



FONTE: Direzione Generale della Programmazione sanitaria - Ufficio VI - Settore Salute.

Degenza media per acuti



La fotografia su ospedali e posti letto (2008)

Paesi	Posti letto per 1.000 abitanti	Post letto per acuti per 1.000 ab.	Degenza media (gg)	Tasso occupazione % dei letti disponibili	N. ospedali totale	Ospedali per milione di abitanti
Giappone	13,8	8,1	33,8	75,7	8.794	68,9
Germania	8,2	5,7	12,9	76,2	3.322	40,5
Austria	7,7	5,6	7,9	80,6	267	32,0
Repubblica Ceca	7,3	5,2	10,0	69,7	254	24,8
Ungheria	7,0	4,1	10,5	75,3	176	17,5
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
Finlandia	6,5	1,9	9,7	-	309	58,2
Belgio	6,7	4,3	7,8 (1)	74,0	209	19,9
Polonia	6,6 (3)	4,4 (3)	6,7	-	825	21,6
Islanda	5,8 (1) (2)	-	-	-	-	-
Lussemburgo	5,8	4,5	8,1 (1)	72,0 (1)	-	-
Svizzera	5,2	3,3	10,7	88,2	318	41,6
Irlanda	5,2 (1)	2,7 (1)	7,4 (1)	88,5 (2)	176	41,4
Grecia	4,8	4,0	-	-	316	28,2
Slovenia	4,8	3,8	6,9	71,5	29	14,4
Olanda	4,3	2,9	-	55,7	182	11,1
Italia	3,8	3,0	7,5 (1)	78,8 (1)	1.243	21,1
Norvegia	3,5	2,5	7,3	89,9	66	13,8
Danimarca	3,6	3,0	5,1	-	-	-
Canada	3,5 (1)	2,7 (1)	-	89,0 (1) (2)	699 (1)	21,2 (1)
Regno Unito	3,4	2,7	8,1	84,5	-	-
Portogallo	3,4	2,8	8,5 (1)	72,6 (1)	189	17,8
Spagna	3,3	2,6	8,1	77,7	767	17,3
Stati Uniti	3,1 (2)	2,7 (1)	6,3	66,4	5.815 (2)	19,1 (2)
Turchia	2,3	2,2	4,6 (1)	62,4	1.350	18,1
Messico	1,7	1,6	3,9	61,8	4.297	40,3
Australia	-	-	-	-	1.314 (1)	62,4 (1)
Nuova Zelanda	-	2,2	-	-	-	-
Svezia	-	-	5,8 (1)	-	-	-

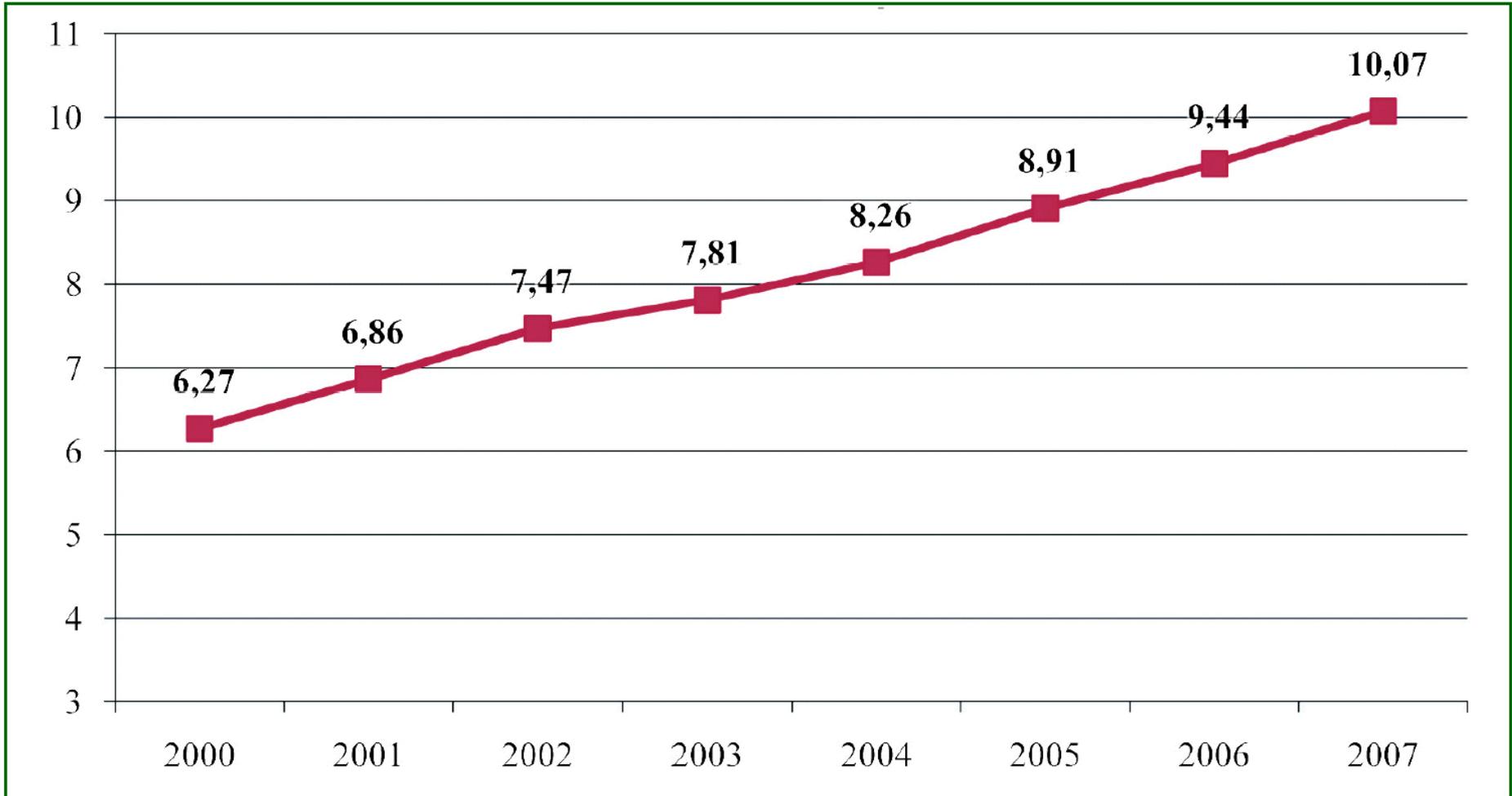
(1) Dato 2007; (2) Stima; (3) Interruzione di una serie

Fonte: www.ecosante.org Data: Ocse health division





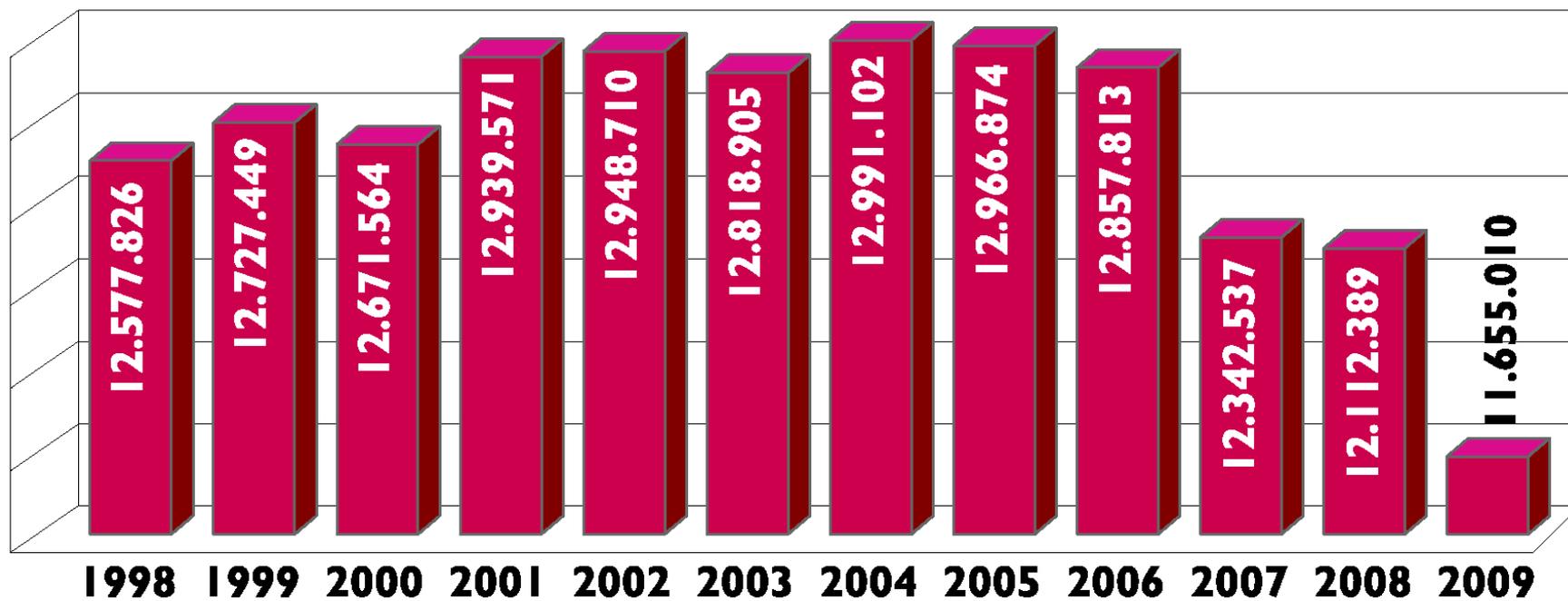
Figura 1 – Percentuale di posti letto ospedalieri per la riabilitazione sul totale dei posti letto



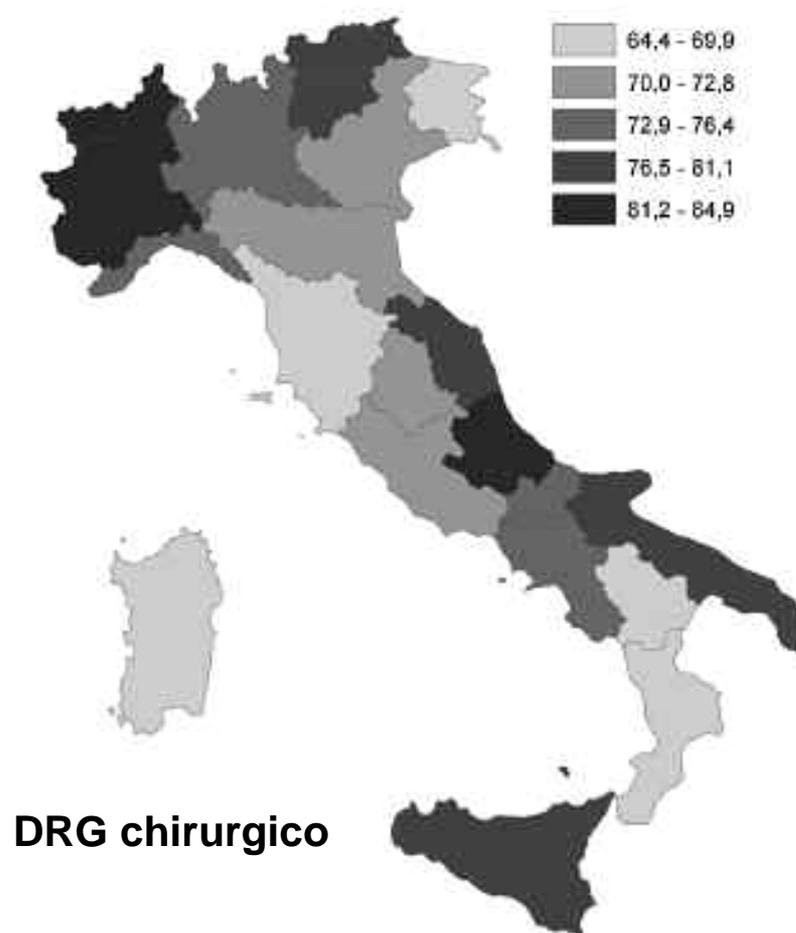
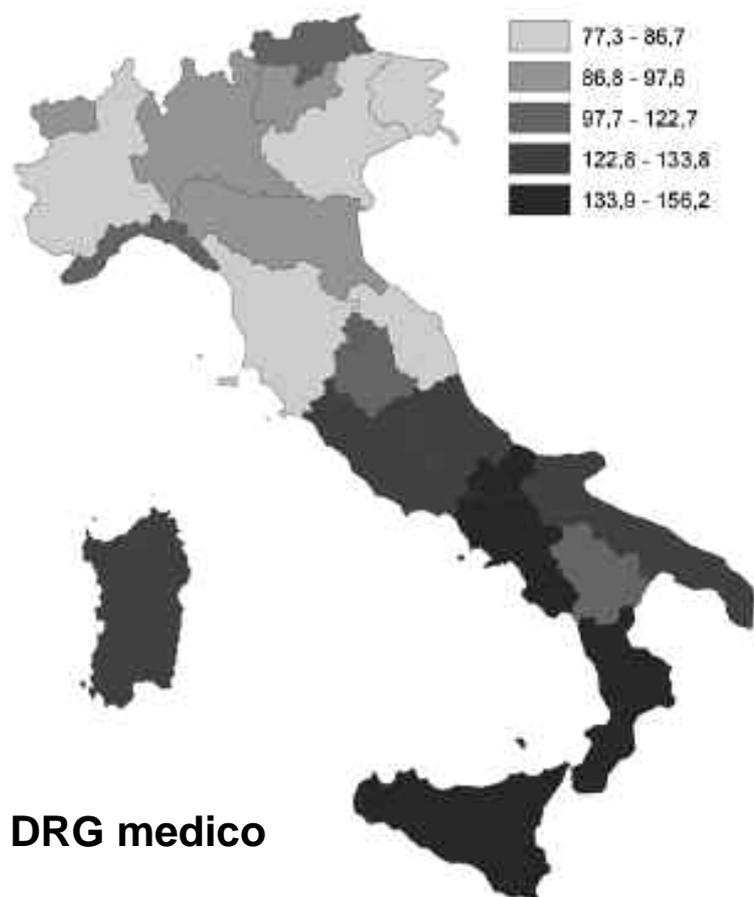
FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica - Settore Salute.



L'andamento delle Sdo dal 1998 al 2009

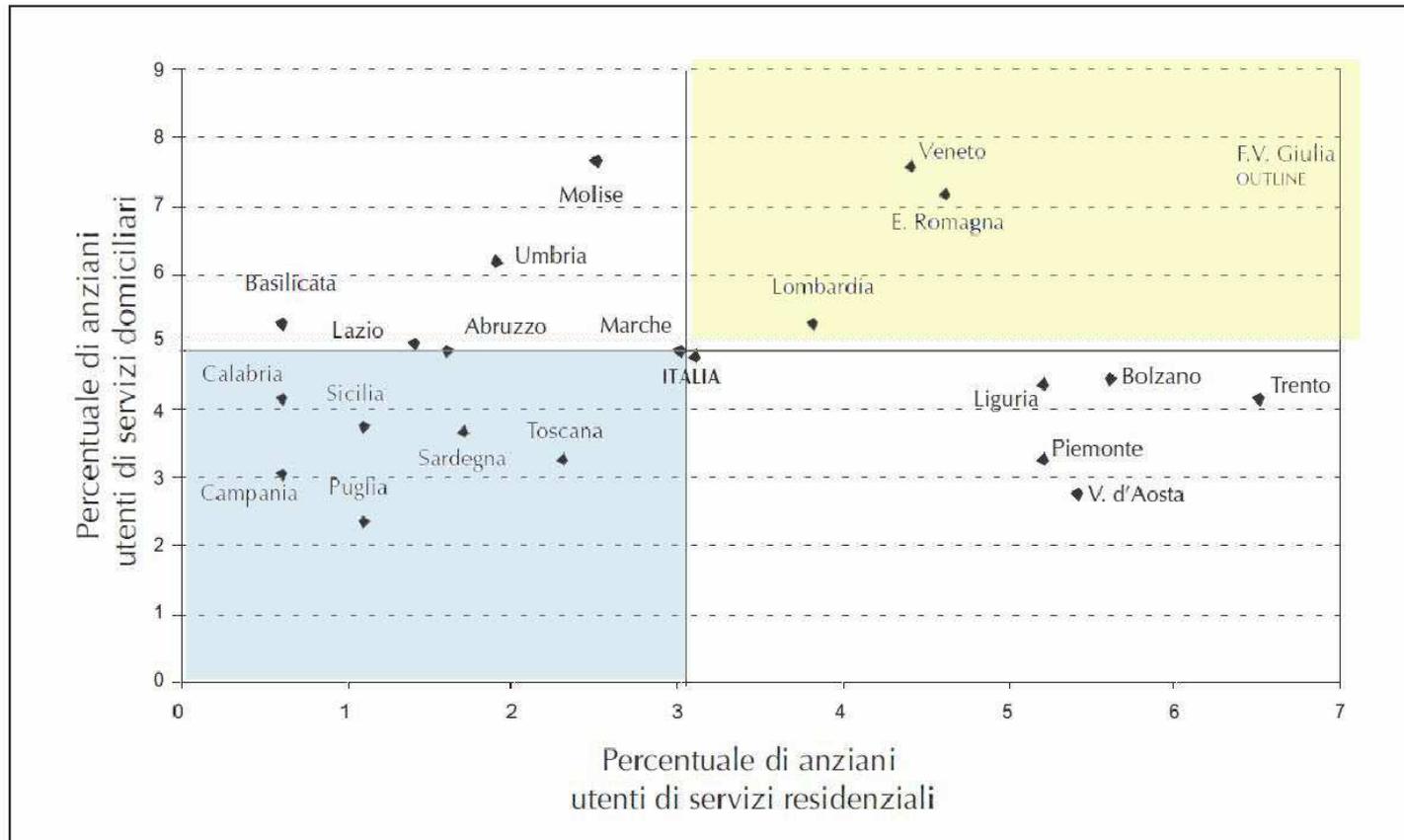


Tassi standardizzati di dimissione per DRG medico e chirurgico - Anno 2007



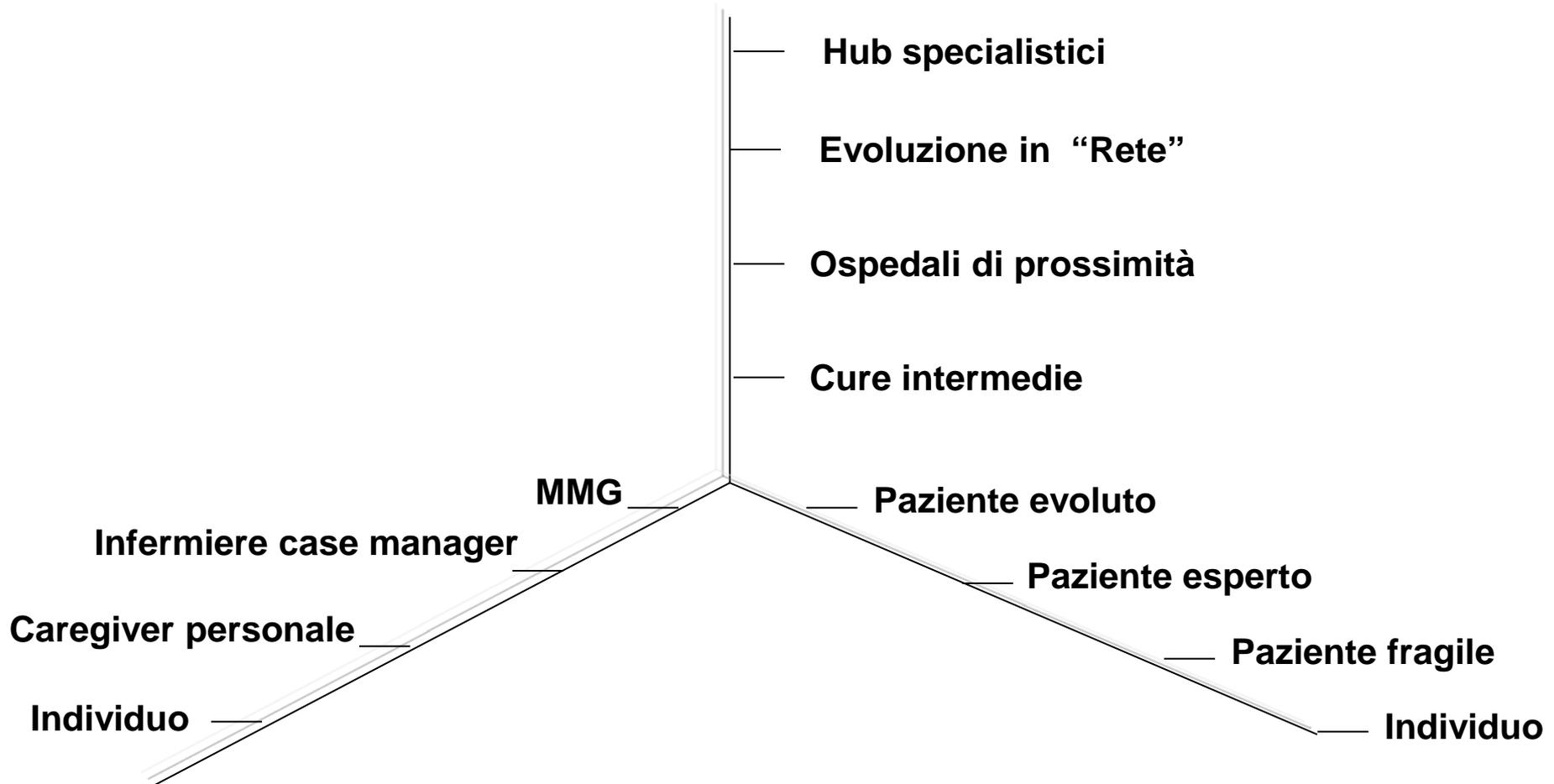
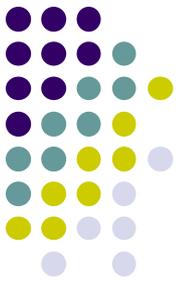


Graf. 7 - L'utenza di servizi domiciliari e residenziali nelle Regioni, % di anziani, 2005-2007



Fonte: L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009 - Maggioli Editore a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Figura 3 pag 30

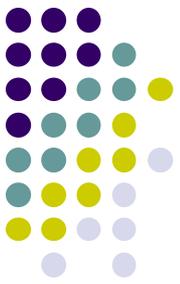
Cubo “ambiti di cura, organizzazione e tipologia di pazienti”





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

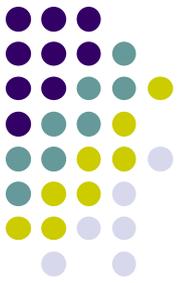
Scenari in mutamento



	Tassazione generale	Contributi ASM	Assicurazioni private	Out of poket	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 intero distinte per varie condizioni

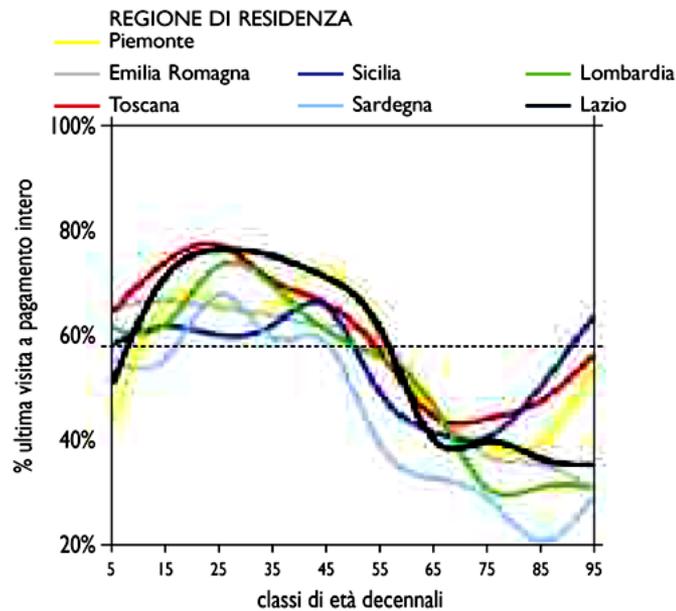
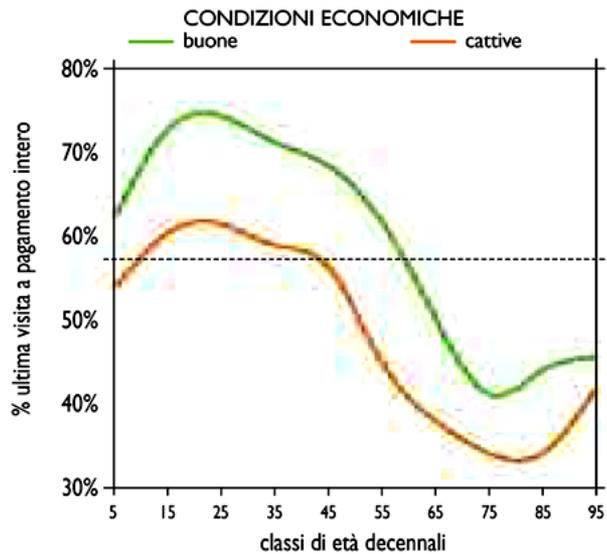
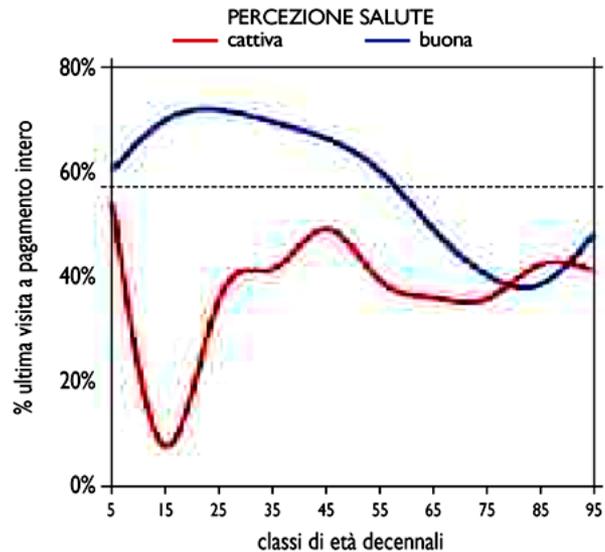
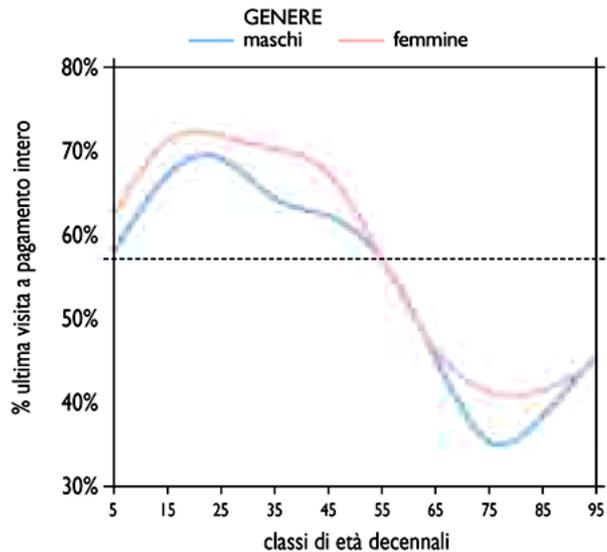


FIGURA 7 - Differenza di Rischio Relativo di esser utente di una visita a pagamento corretto per diversi fattori

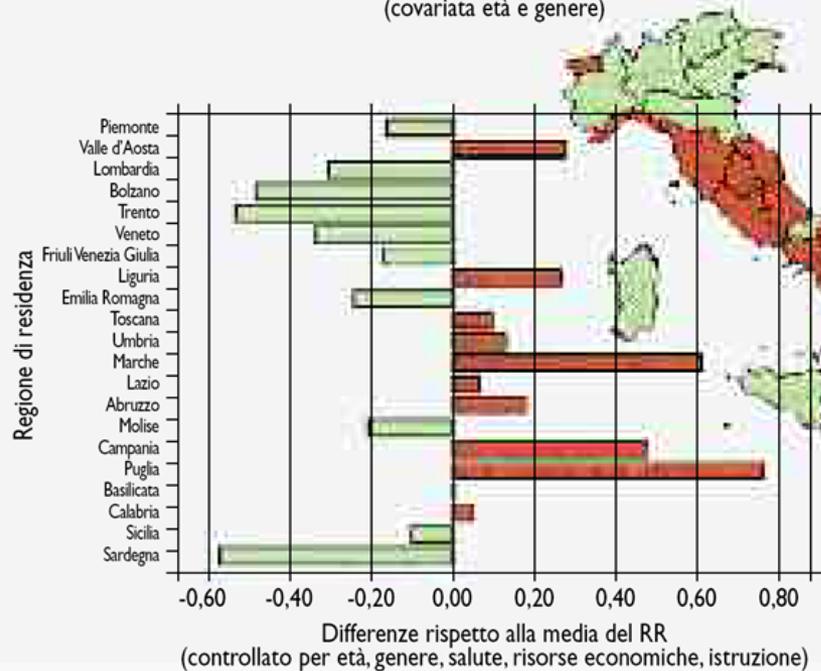
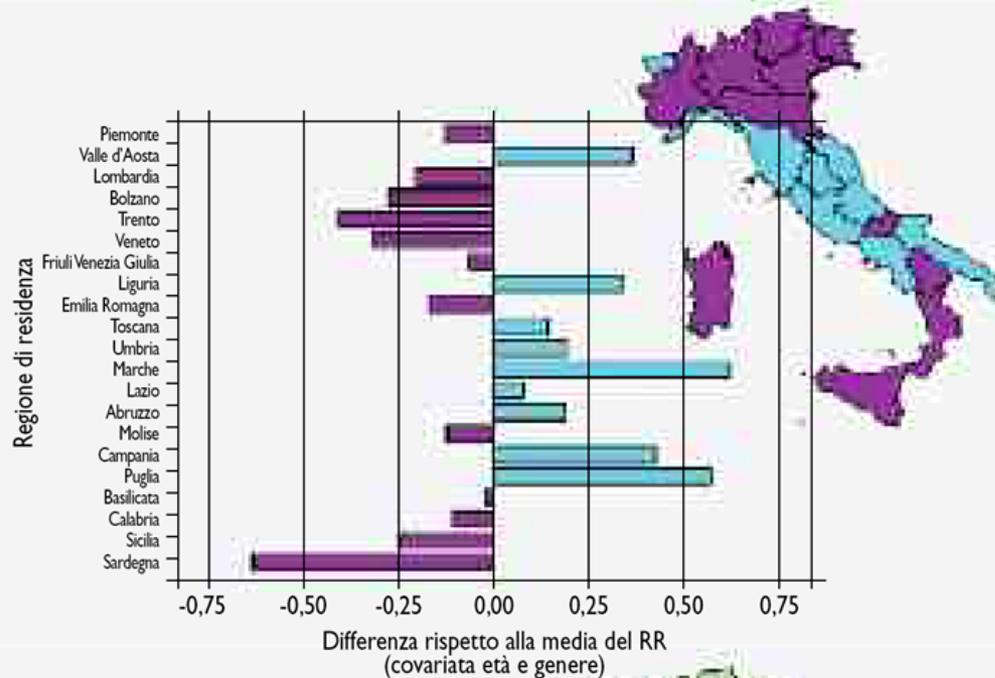
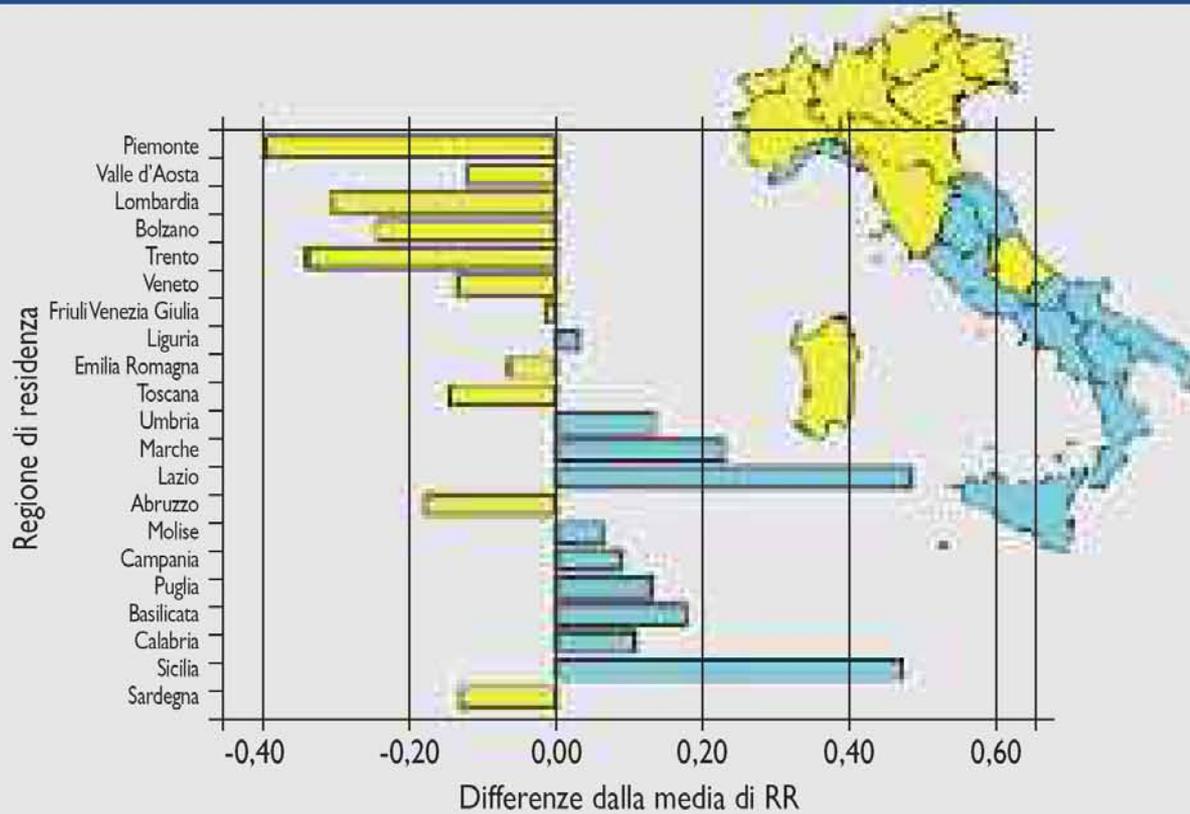


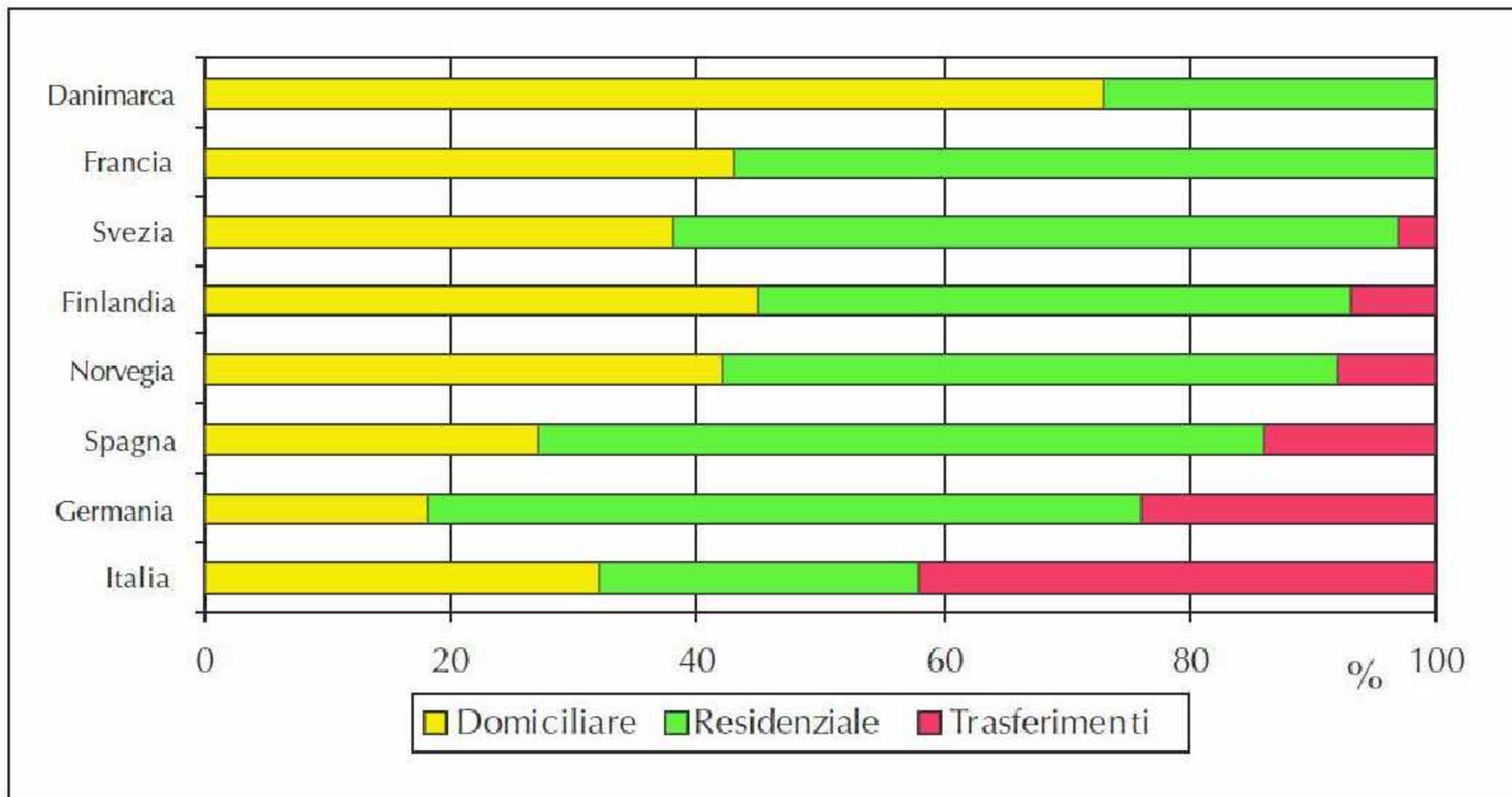


FIGURA 16 - Differenze di rischio relativo di effettuare esami specialistici a pagamento



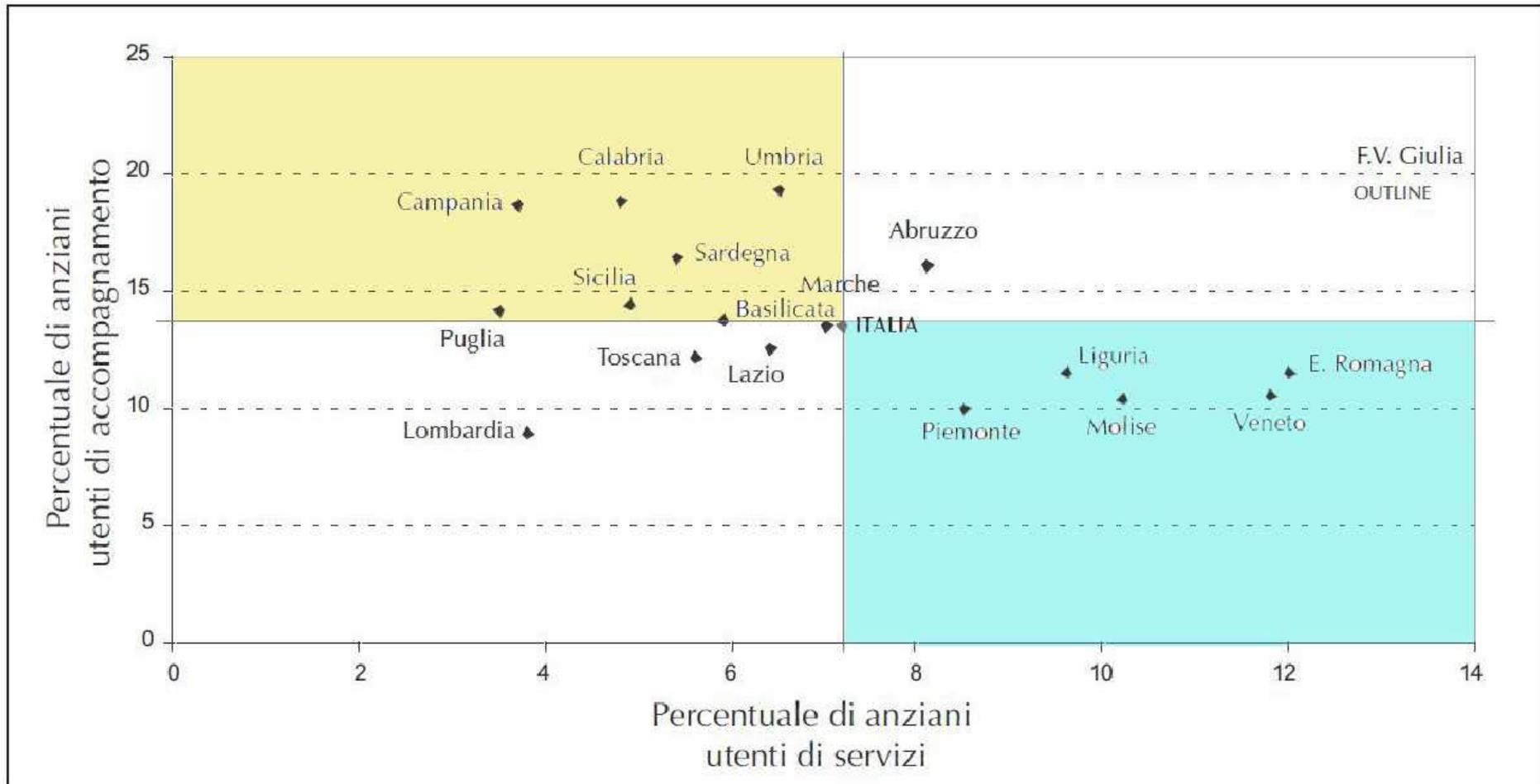
Composizione della spesa pubblica per l'assistenza continuativa – anno 2005

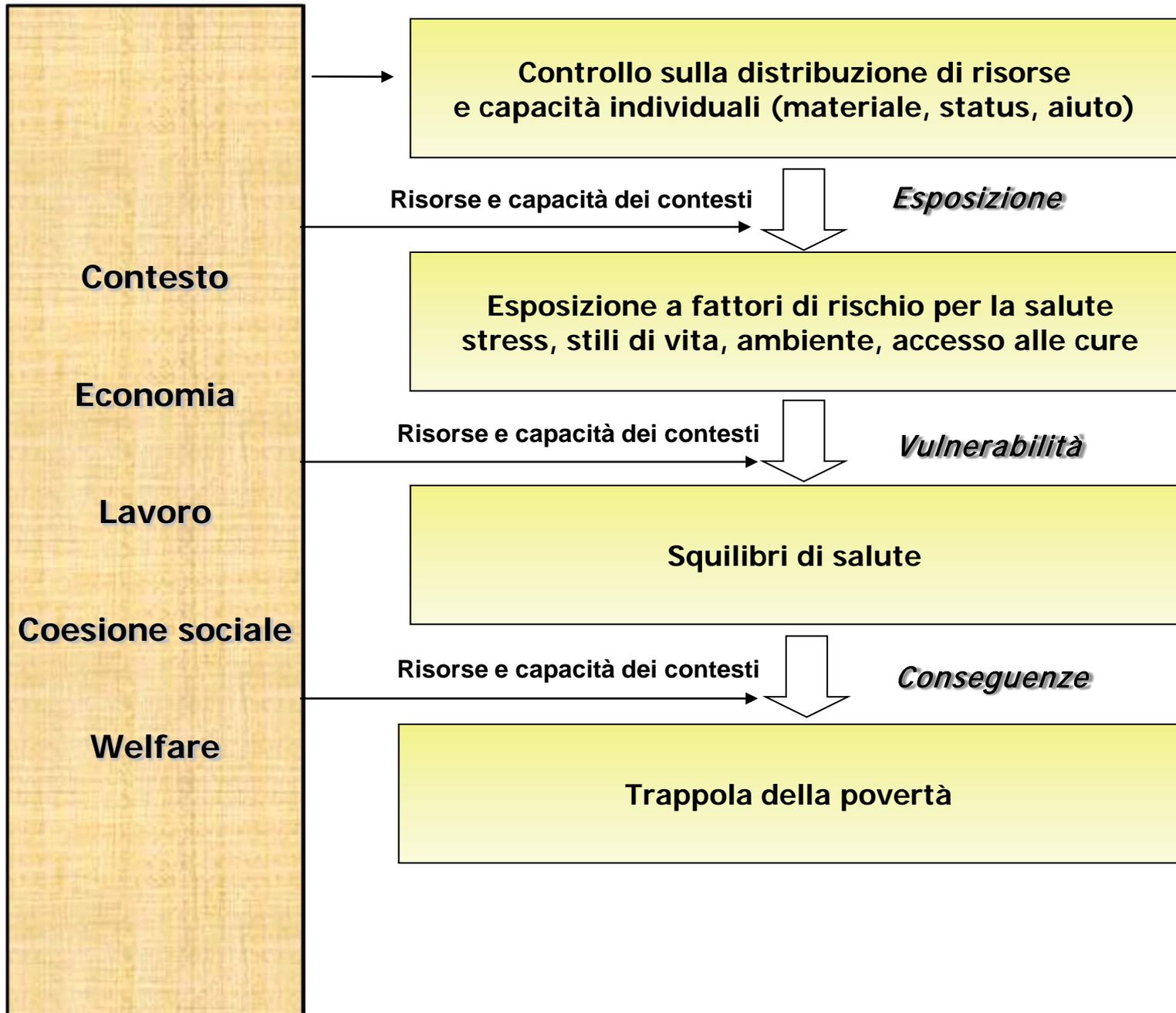
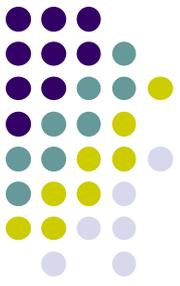
(valori in % sul totale della spesa)



L'utenza di servizi e dell'indennità di accompagnamento nelle Regioni

(% anziani, 2004-2007)





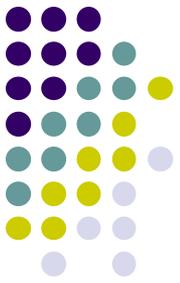
Scenari in mutamento



- **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 **cronicizzazione 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 $\frac{1}{4}$ inferiore a quelle del Nord

“INEQUALITY IN QUALITY”

(Fiscella K, *JAMA* 2000)



Negli USA, associazione tra bassa posizione socioeconomica e:

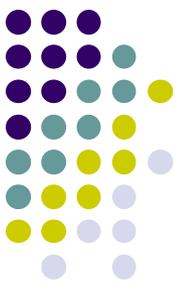
- Maggiore utilizzo della medicina di base
- Minori interventi di prevenzione
- Minore qualità di assistenza specialistica ambulatoriale
- Minore accesso a procedure complesse (cardiovascolari, trapianti)
- Maggiore frequenza di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili

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 diagnostici alle visite mediche specialistiche) secondo la sua esperienza 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



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. %)

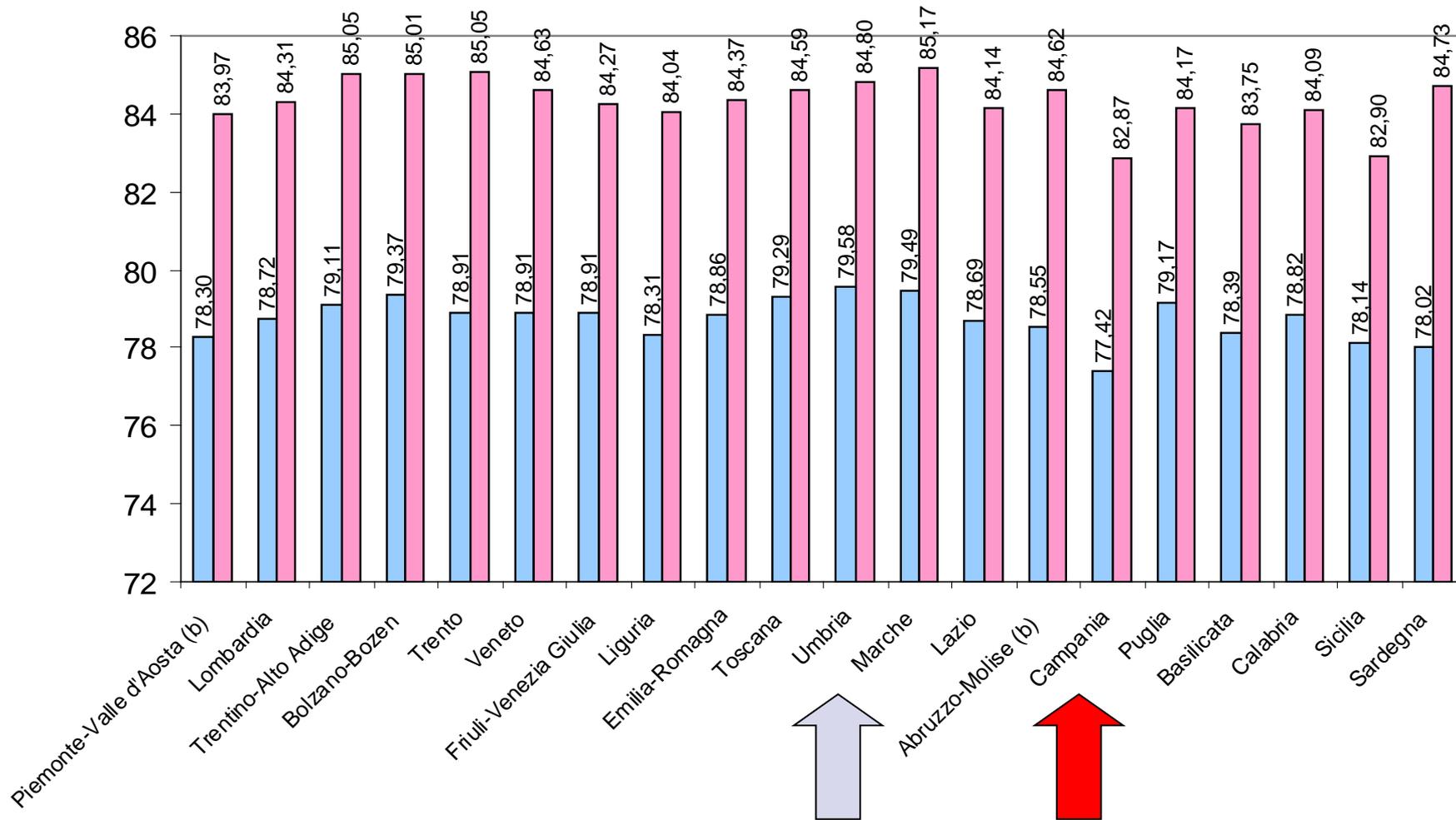
Spesa per la salute (spese per farmaci, visite mediche, dentista, analisi, ecc.)	Livello socio-economico				Totale
	Alto/Medio-alto	Medio	Medio-basso	Basso	
Molto aumentata	7,6	8,3	18,1	19,3	11,5
Abbastanza aumentata	22,2	26,3	30,3	33,1	27,5
Poco aumentata	16,6	7,6	7,1	7,3	8,3
Rimasta stabile	52,8	55,2	41,4	36,9	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 Fbm-Censis, 2009

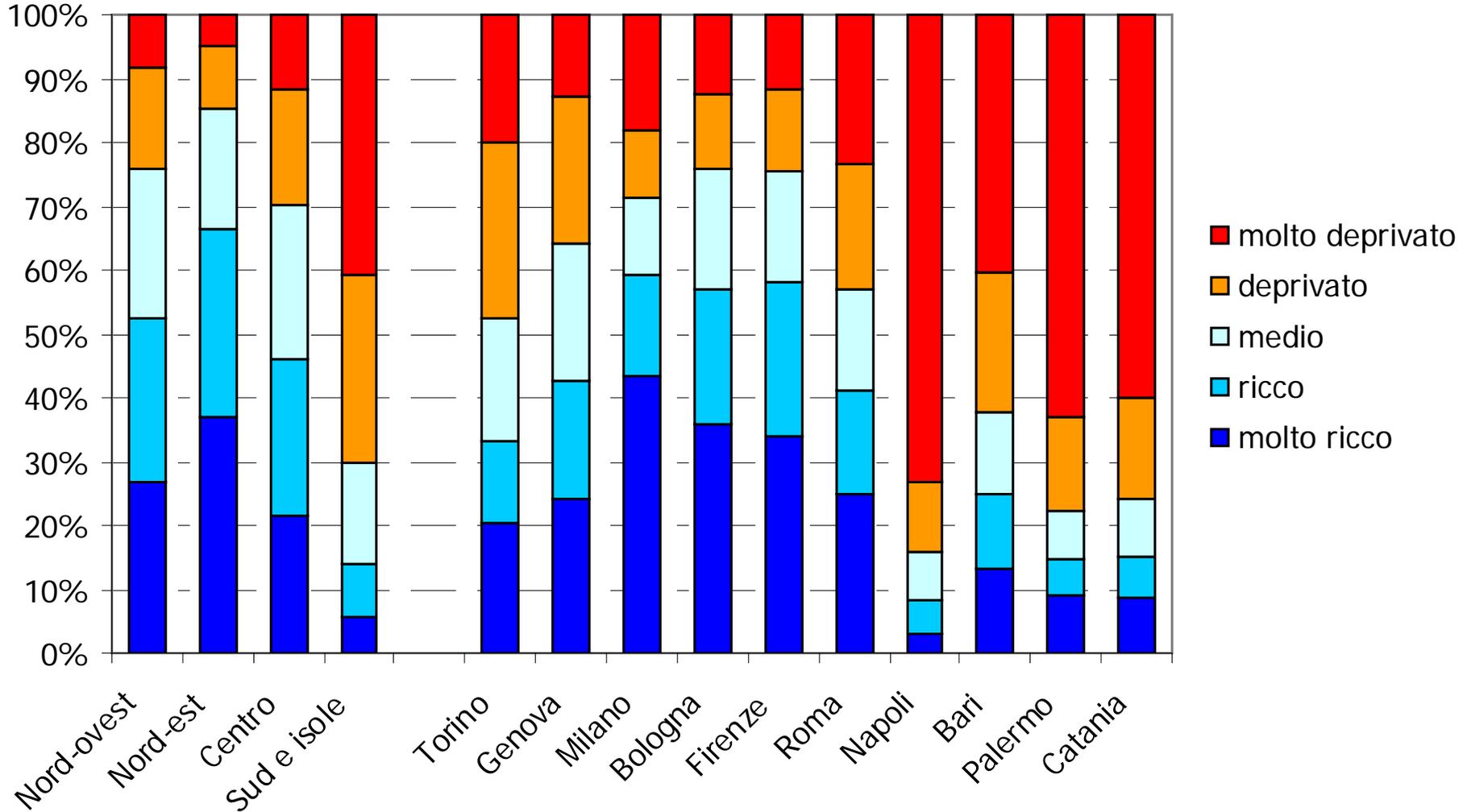


Speranza di vita alla nascita maschi-femmine 2007

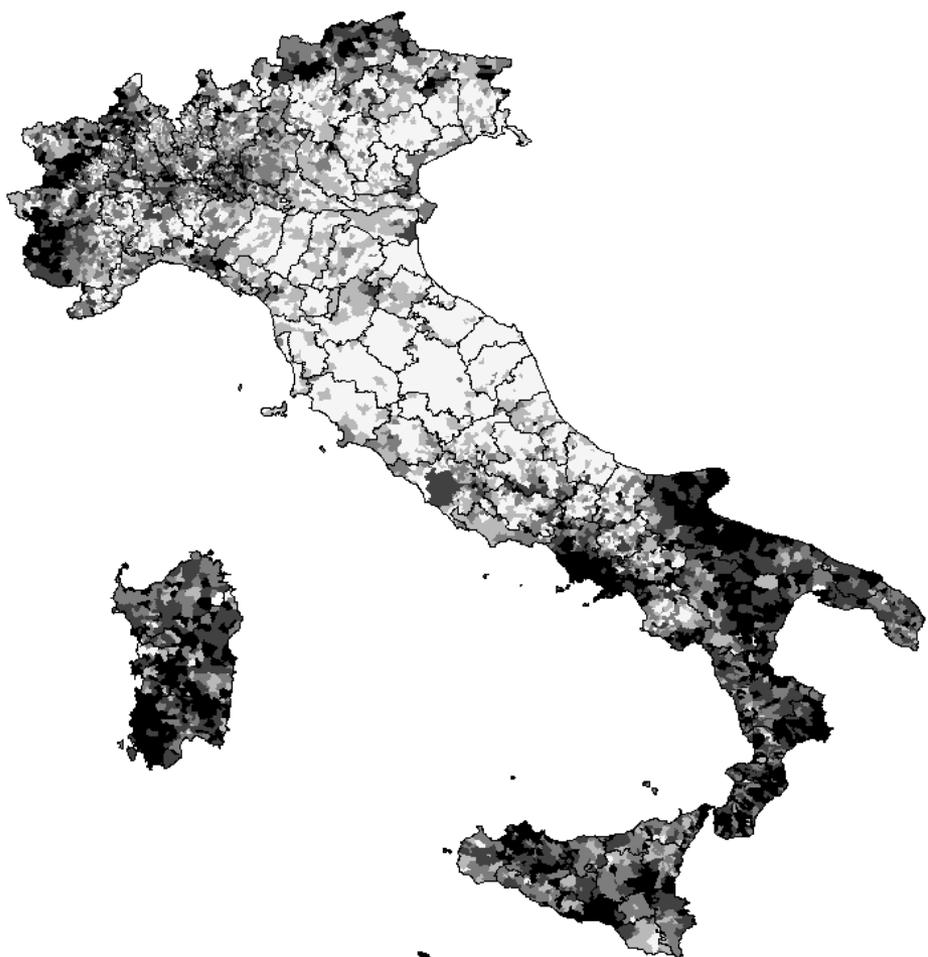
ISTAT



Distribuzione di frequenza della popolazione nei quintili di deprivazione, per ripartizione geografica e centri urbani *(le 10 città con popolazione > 300.000 abitanti)*



Indice di deprivazione: comuni italiani **1991**



Indice di deprivazione: comuni italiani **2001**



Livello di deprivazione socioeconomica, comuni italiani 2001

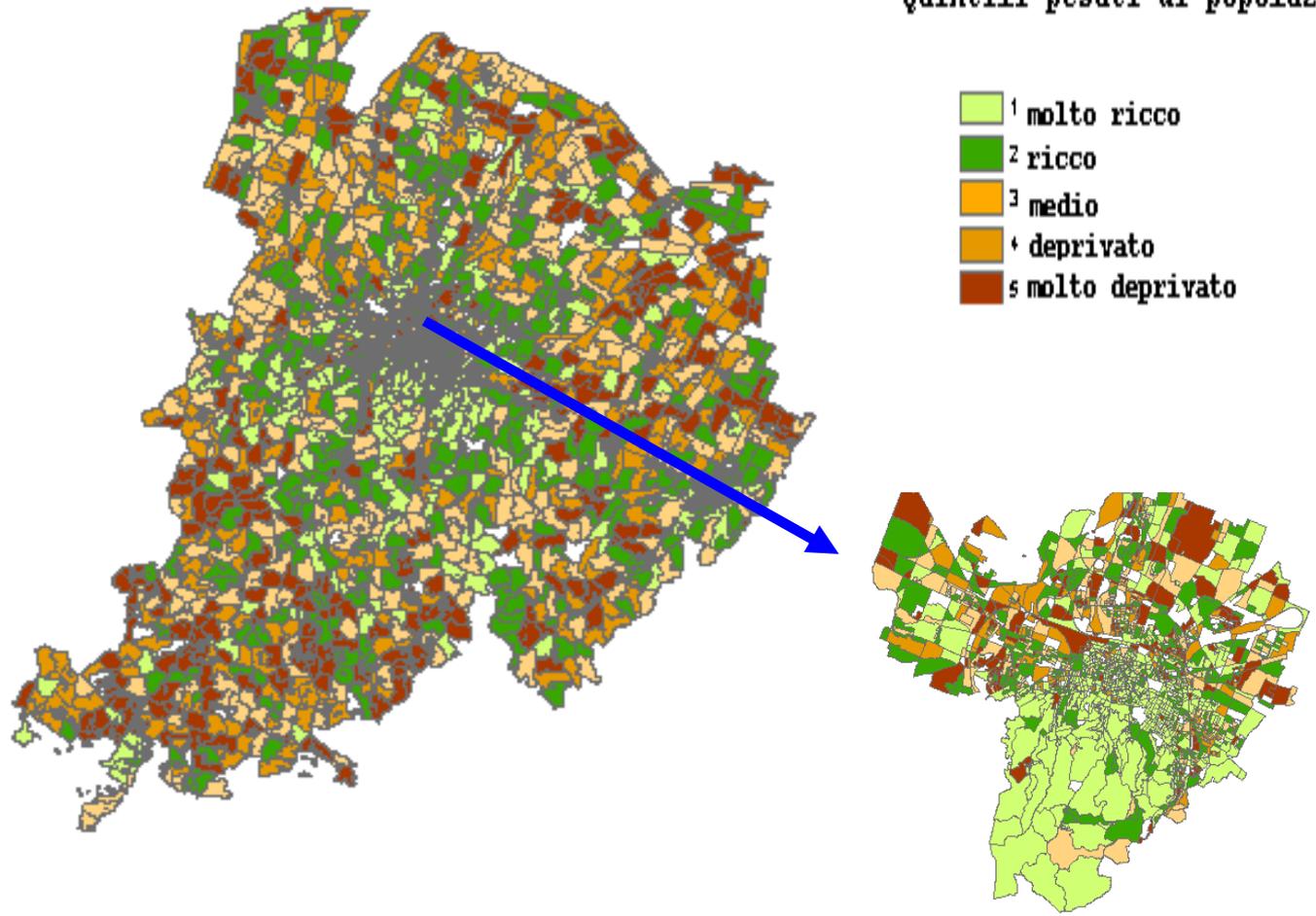


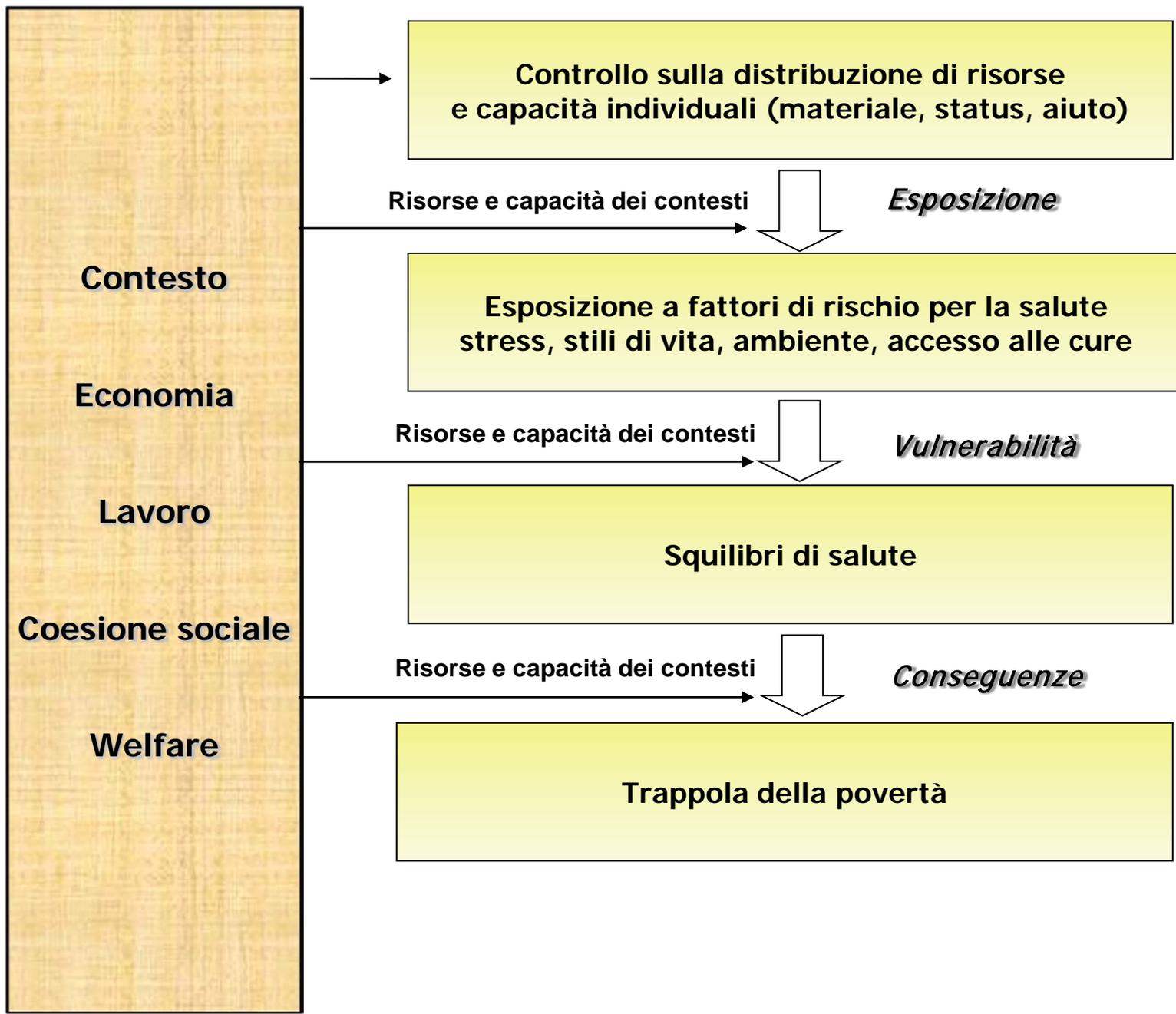


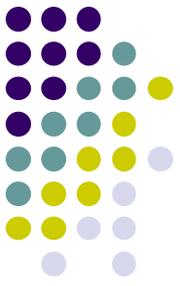
MAPPA dell'INDICATORE NELLA PROVINCIA DI BOLOGNA e nel COMUNE DI BOLOGNA

Quintili pesati di popolazione

- 1 molto ricco
- 2 ricco
- 3 medio
- 4 deprivato
- 5 molto deprivato

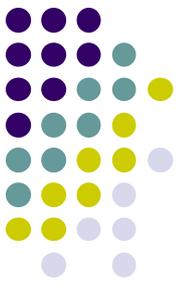






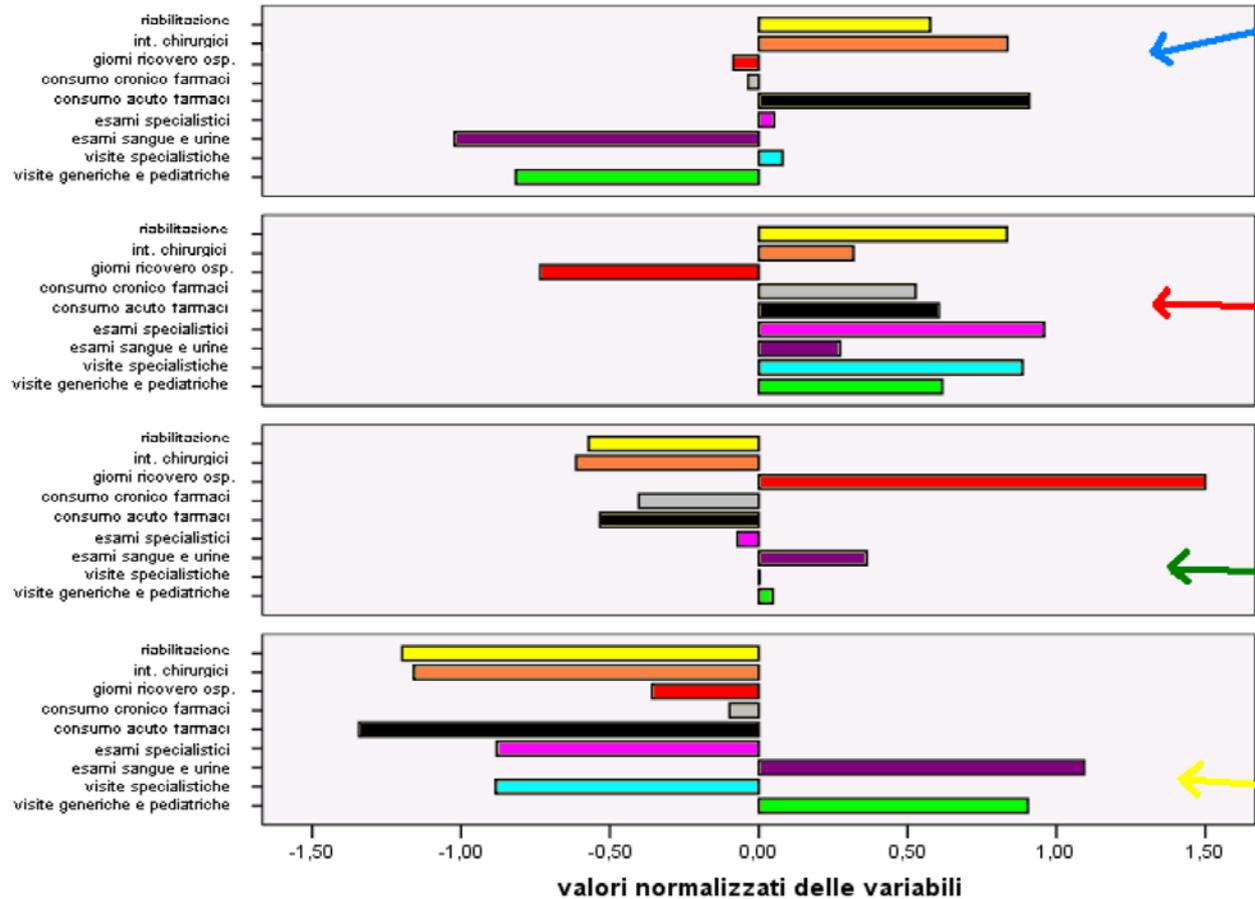
“I ricchi sono gente come noi,
solo hanno più soldi”

Hernest Hemingway

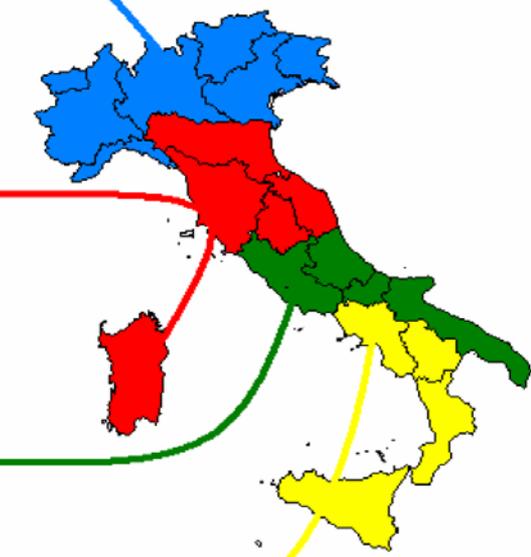


A quale geografia della salute si applica il federalismo della sanità italiana: una geografia uniforme o una geografia attraversata da disparità ?

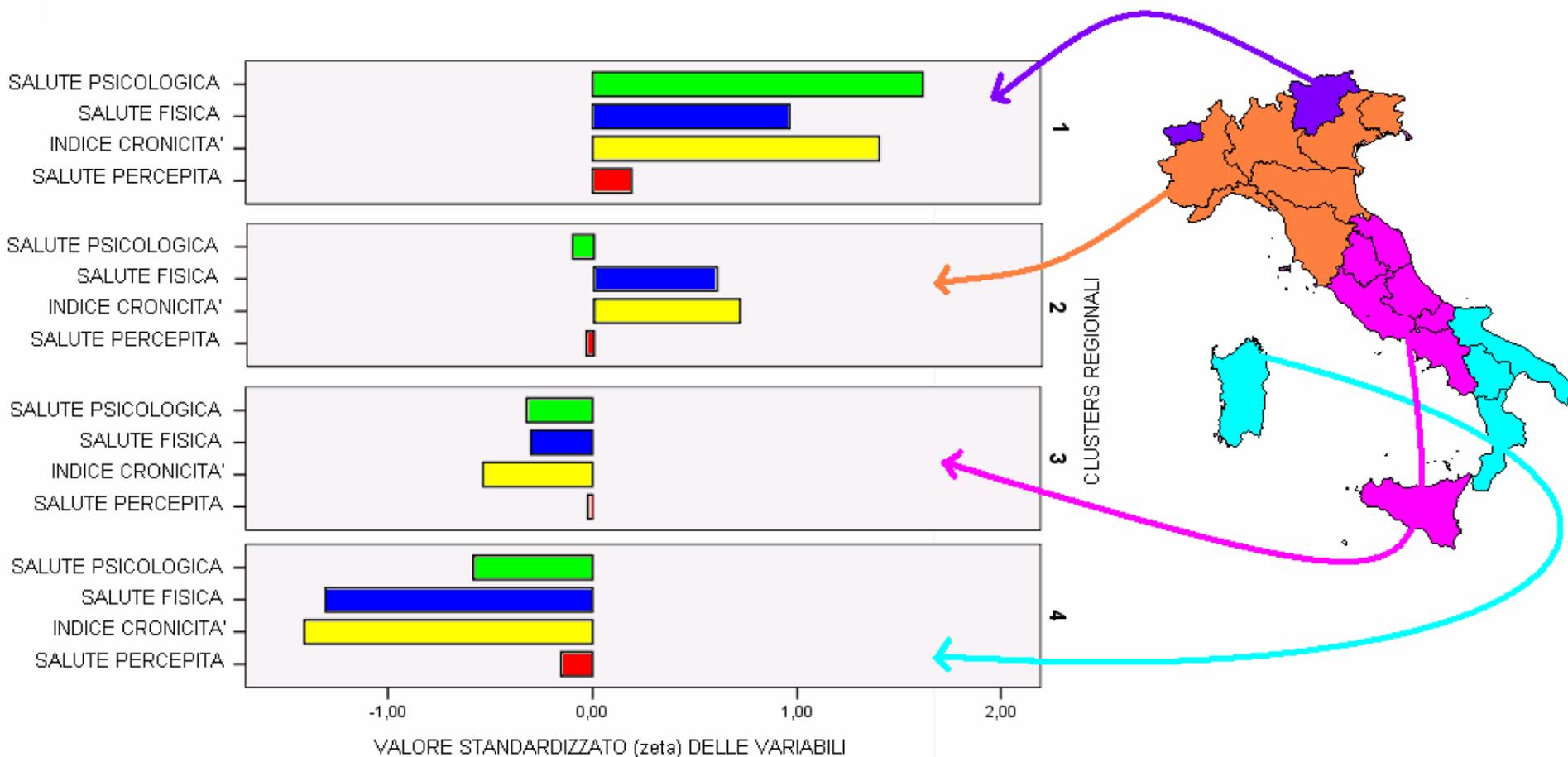
I clusters regionali di utilizzo dei servizi



cluster regionali di utilizzazione dei servizi



I clusters regionali della salute in Italia



Fonte: Istat 2007

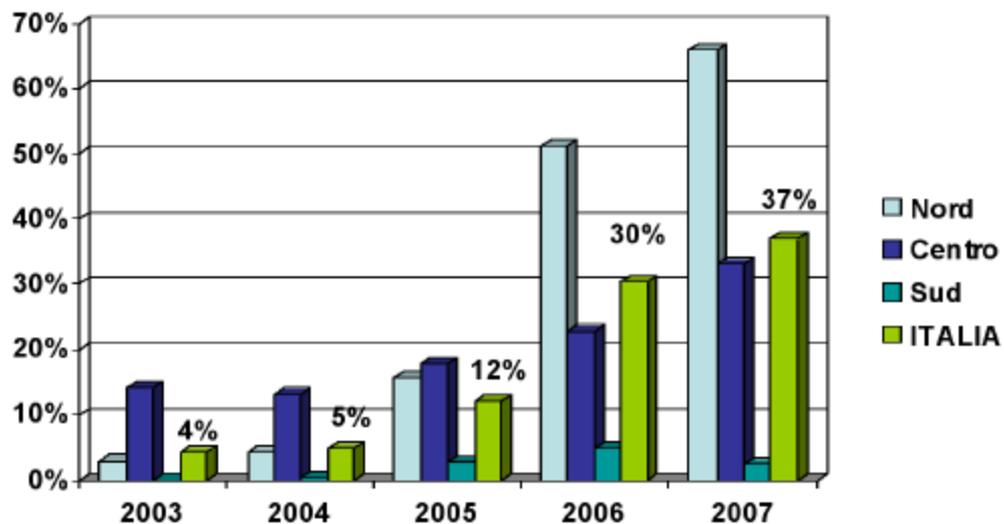


Figura 6. Estensione effettiva dei programmi di screening colorettaie per zona geografica. Survey ONS 2003-2007.

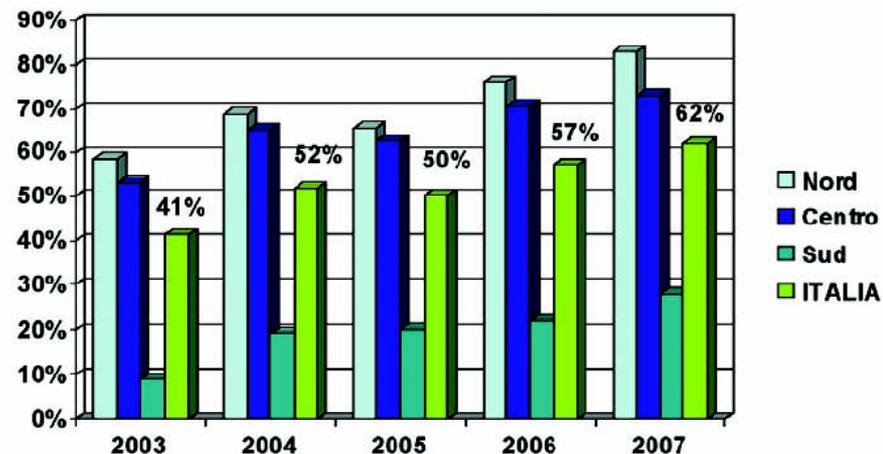
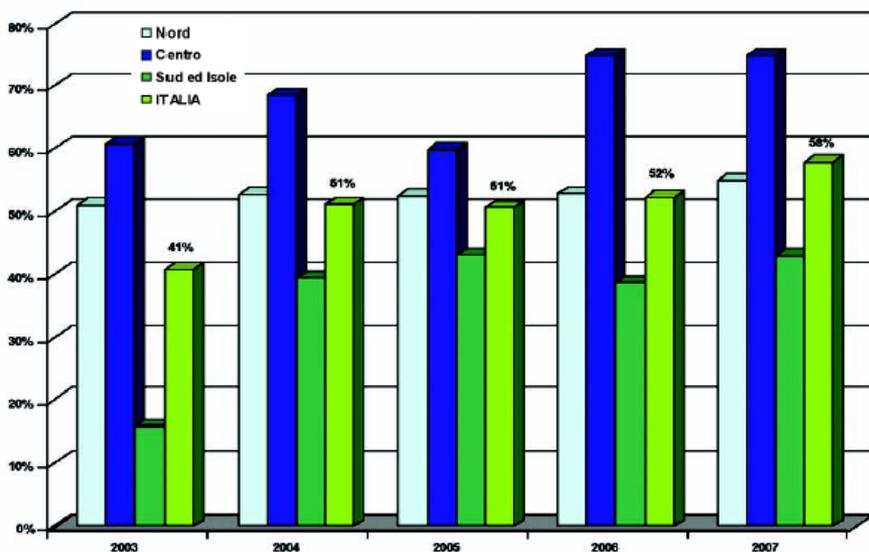


Figura 4. Estensione effettiva dei programmi di screening cervicale per zona geografica. Survey ONS 2003-2007.

Figura 2. Estensione effettiva dei programmi di screening mammella per zona geografica. Survey ONS 2003-2007.

Persone sedentarie per pool regioni - PASSI 2007

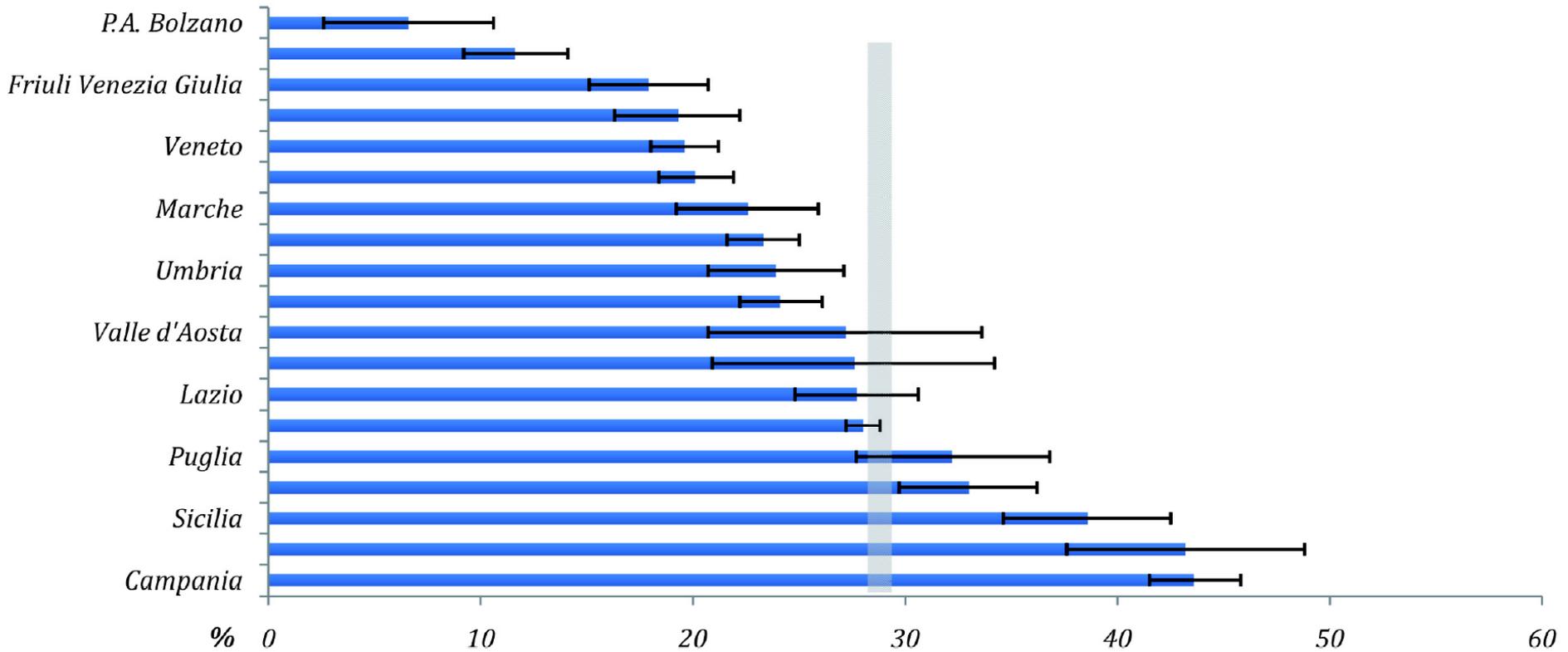
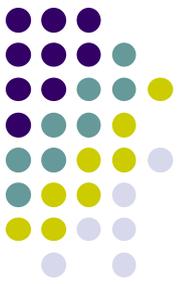
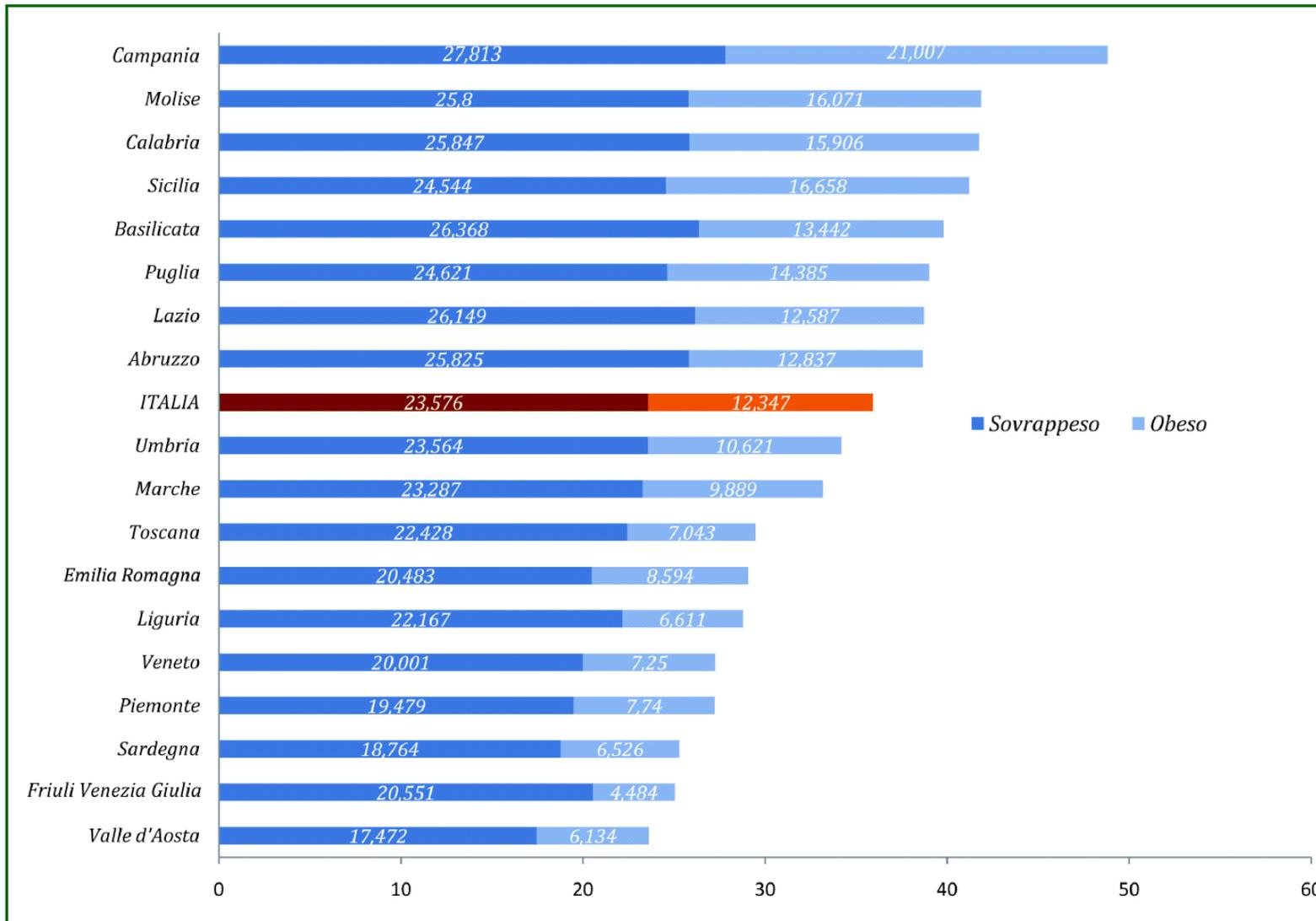
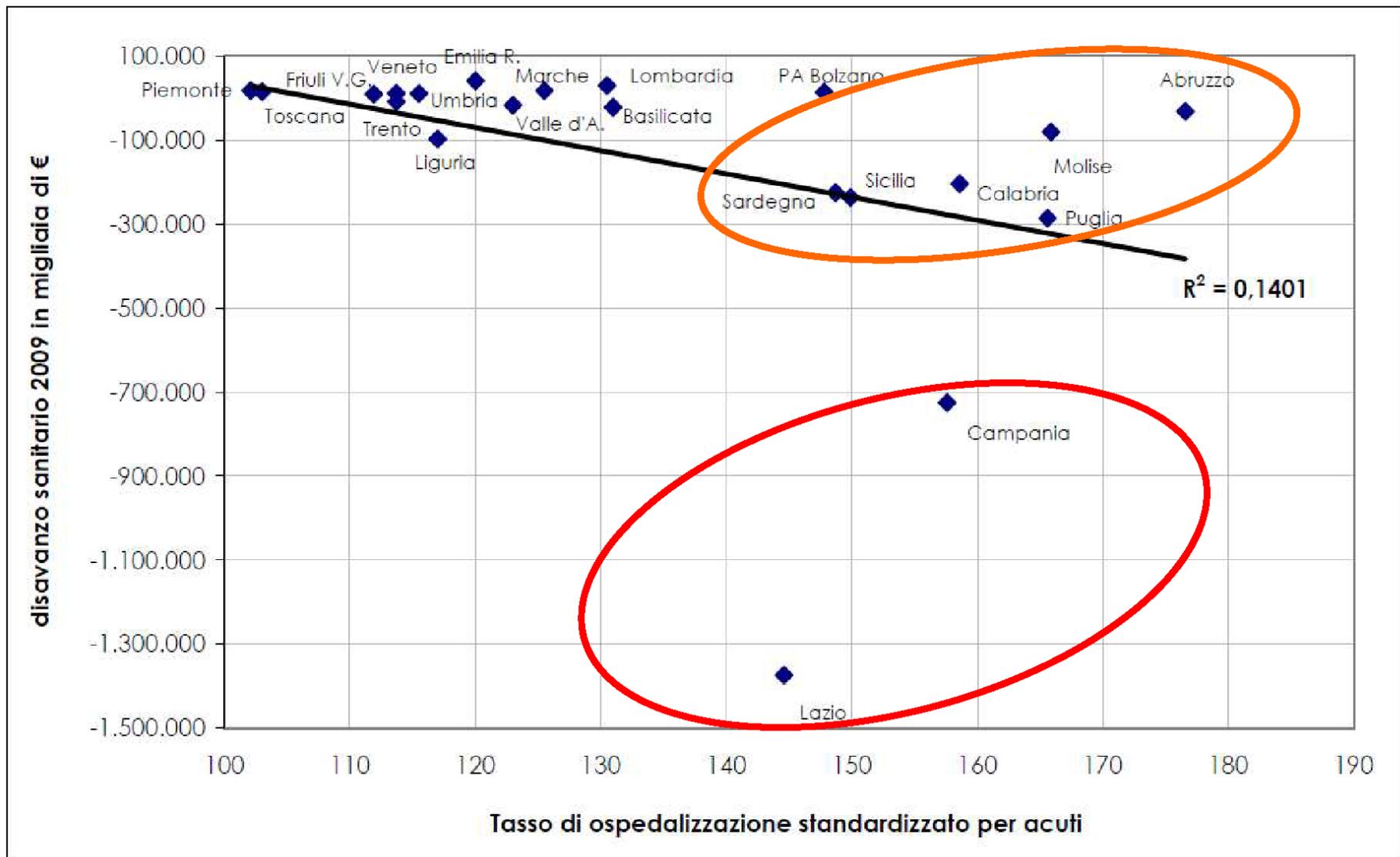




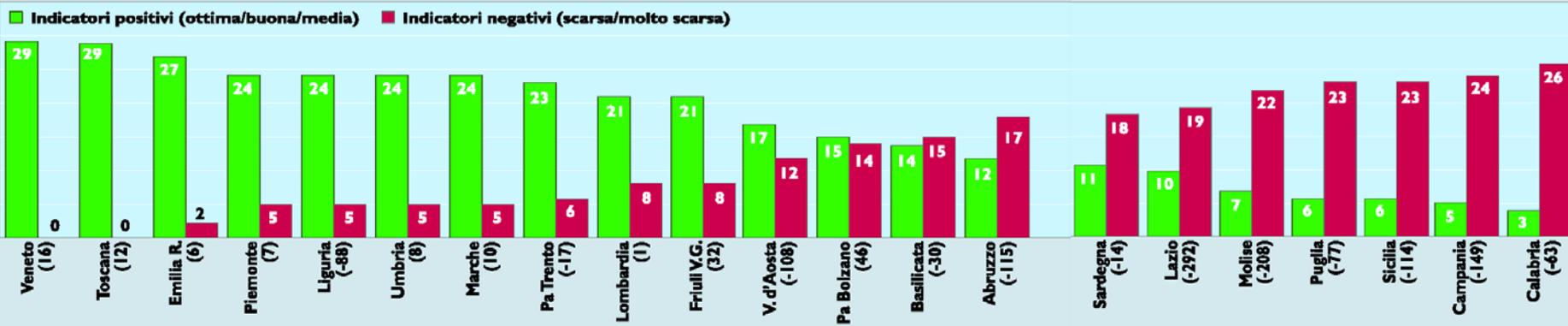
Figura 2 – Prevalenza di sovrappeso e obesità



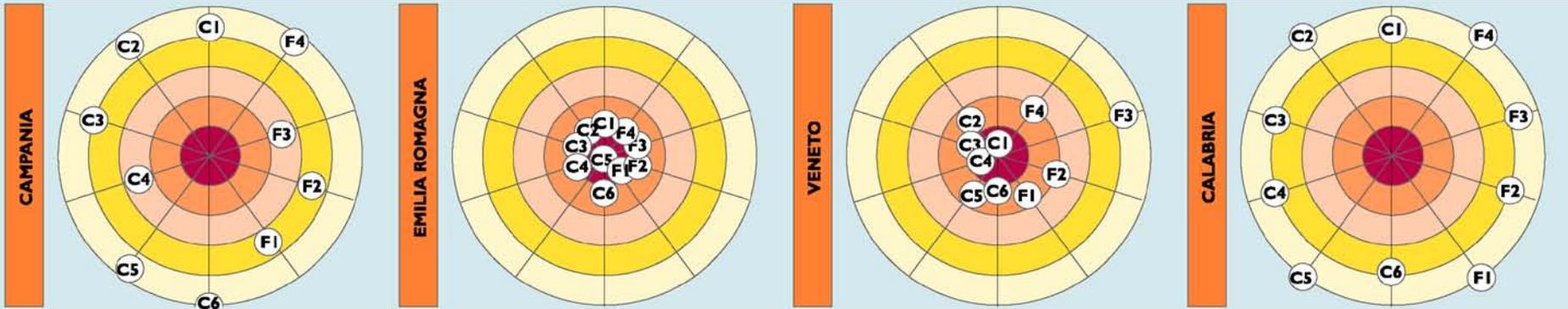




Valori positivi (ottima-buona-media) e valori negativi (scarsa-molto scarsa) delle performance e tra parentesi avanzo/disavanzo pro-capite (€) 2007



Prove di efficienza nel sistema sanitario in base agli indicatori allo studio del

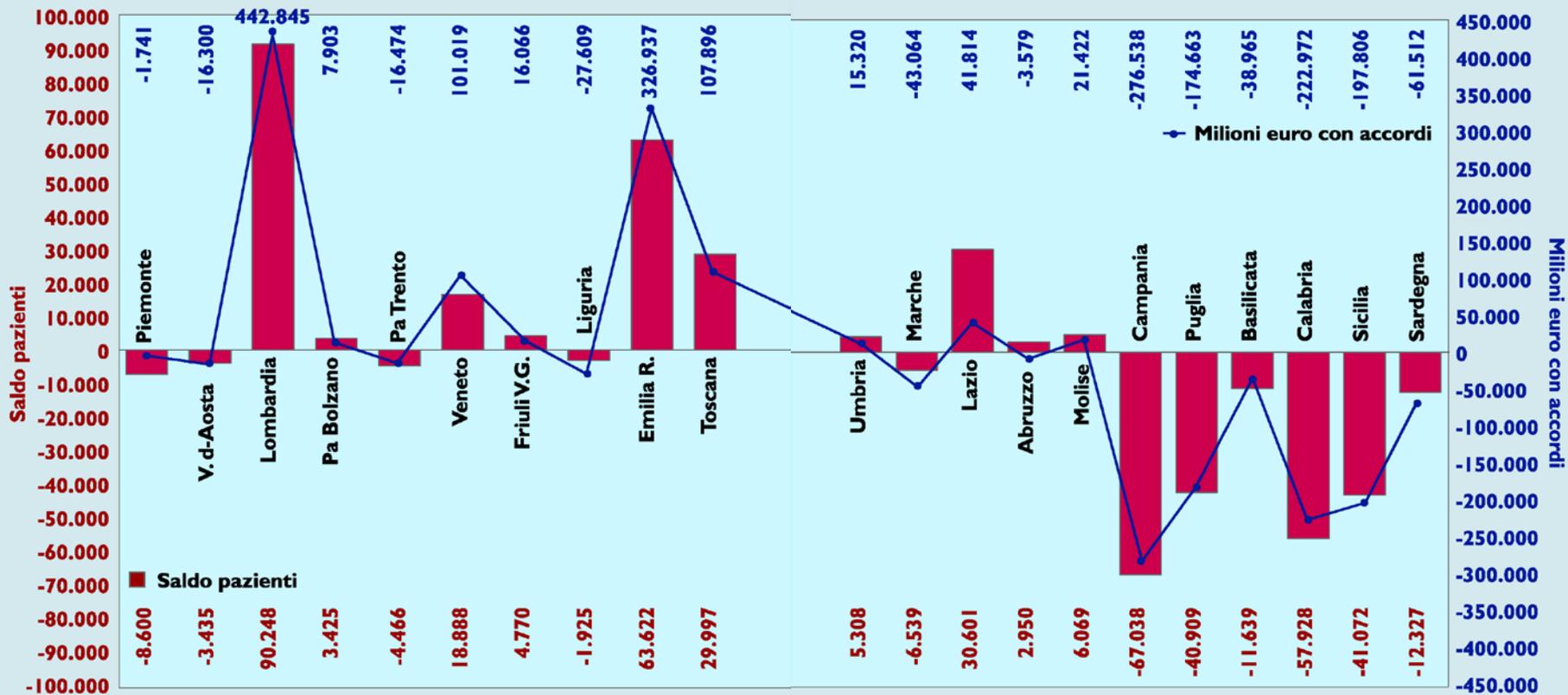


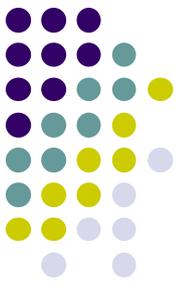
- Performance:** ● Molto scarsa ● Scarsa ● Media ● Buona ● Ottima
- Indicatori di assistenza ospedaliera**
- C1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato day hospital + ricoveri ordinari del 2007
 - C2 Peso medio Drg per ricoveri ordinari 2007
 - C3 Potenziale inappropriattezza
 - C4 Percentuale di fughe
 - C5 Percentuale Drg medici dimessi da reparti chirurgici (dati 2007)
 - C6 Percentuale parti cesaree 2007
- Indicatori di assistenza farmaceutica**
- F1 Costo medio Ddd 2007
 - F2 Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farm. territoriali di classe A-Ssn 2007 in Ddd/1.000 ab. die
 - F3 Percentuale sul totale spesa netta 2007 dei farmaci equivalenti di classe A-Ssn
 - F4 Percentuale sul totale delle Ddd 2007 del consumo terr. dei farmaci equivalenti di cl. A-Ssn



Saldo dei pazienti e relativa spesa

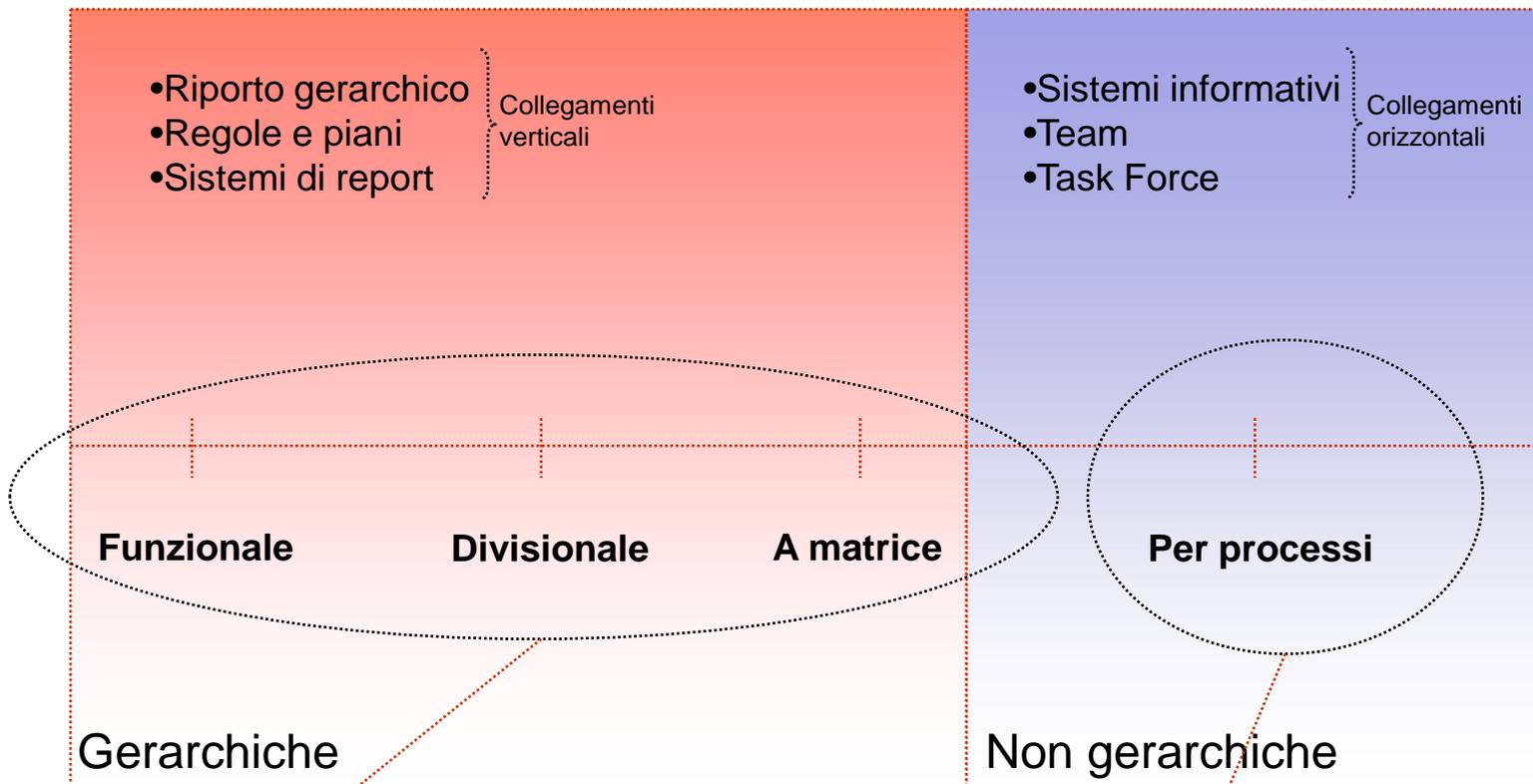
in base agli accordi interregionali





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

Mutamenti nelle configurazioni organizzative



Gerarchiche

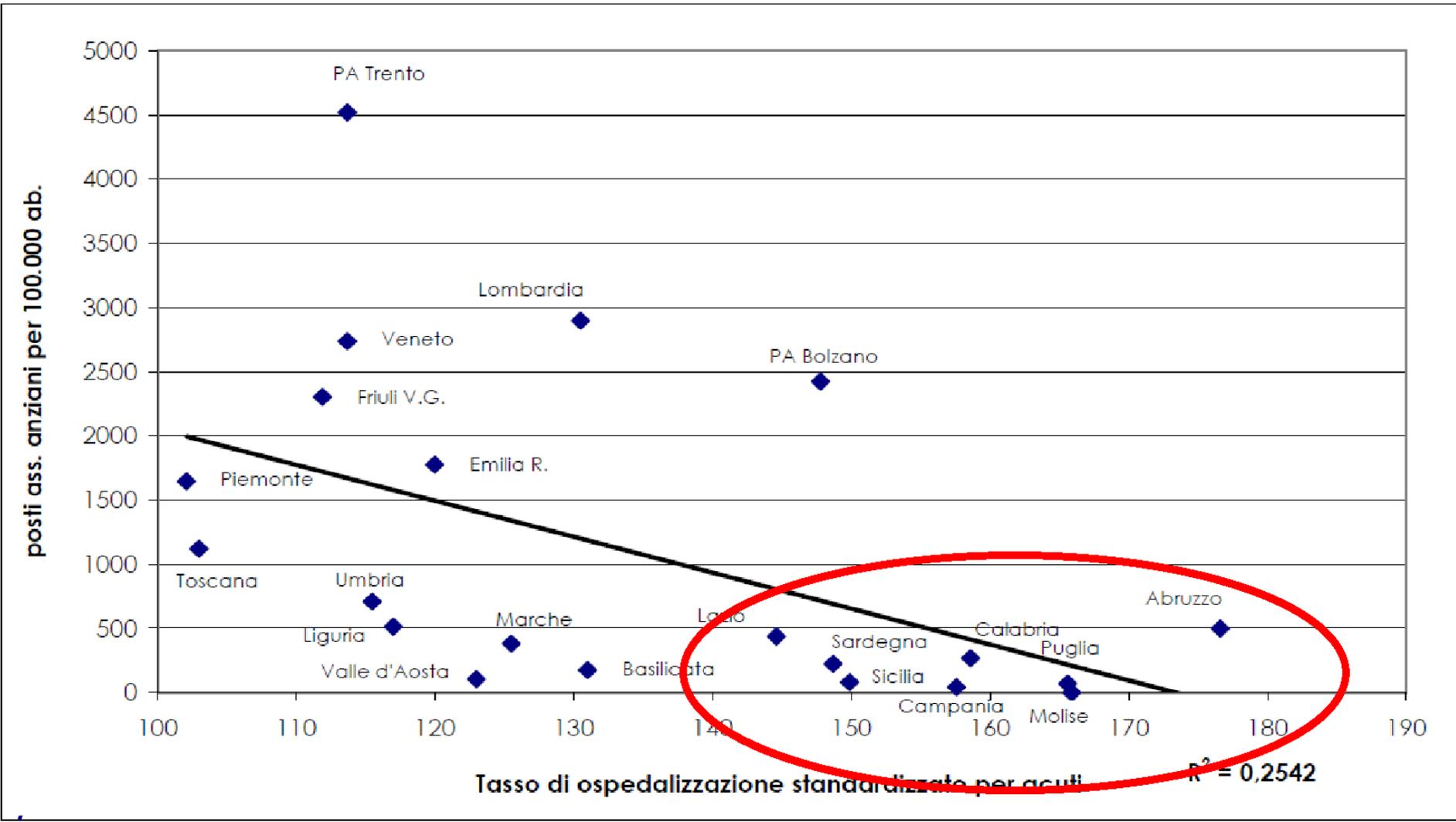
Non gerarchiche

Modelli meccanici

1. I compiti sono suddivisi in parti specialmente separate
2. Definizione rigida dei compiti;
3. Gerarchia di autorità e controllo;
4. Conoscenza e controllo relativi ai compiti sono accentrati ai vertici
5. Comunicazione verticale

Modelli organici

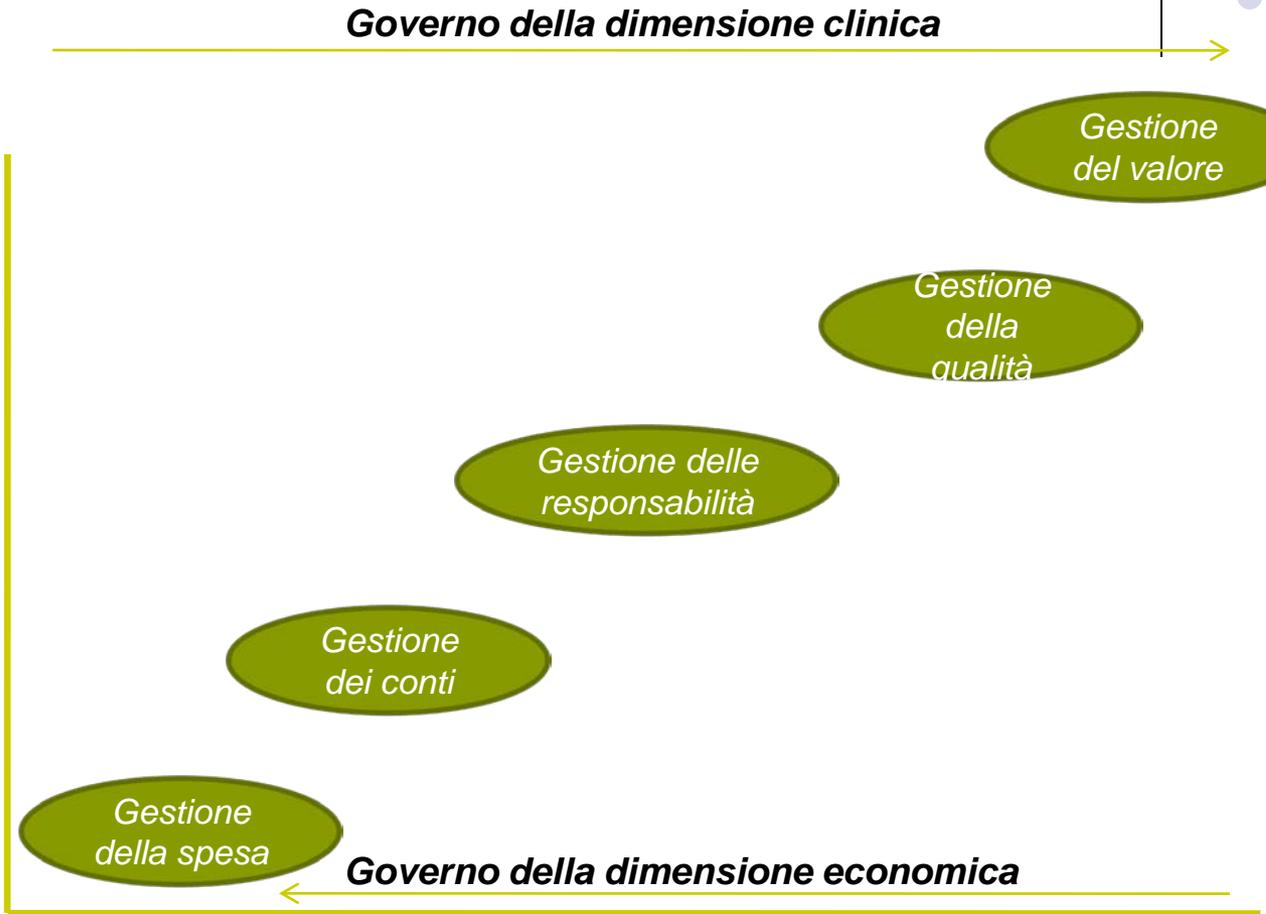
1. I professionisti contribuiscono ai compiti comuni;
2. I compiti si adattano e ridefiniscono attraverso il gruppo di lavoro;
3. Ci sono poche regole;
4. Conoscenza e controllo sono localizzate in ogni punto
5. Comunicazione orizzontale



I sistemi di misurazione



- Performance measurement*
- Balanced scorecard*
- Quality assessment*
- ABM-ABC*
- BPR*
- Responsability accounting*
- Capital budgeting*
- Budget*
- Cont. Standard*
- Cont. Analitica*
- Cont. Economica*
- Cont. Finanziaria*



Azienda Centri di costo Centri di R. Processi Outcomes

Struttura organizzativa del sistema di misurazione

Struttura informativa del sistema di misurazione

Considerazioni

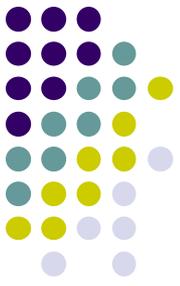


Le diseguaglianze nello stato di salute della popolazione sono socialmente costruite e, come tali, possono essere gestite e superate solo **socialmente**.

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*.

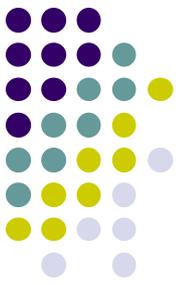
Il timore che i criteri di razionamento ed allocazione possano essere diversi da quelli clinici, non è piu' un rischio, è un dato di fatto

Considerazioni



- Il rischio è che il razionamento sia sempre piu' 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 piu' deboli della popolazione
- La tutela della salute non puo' 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)

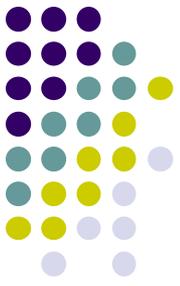
Considerazioni



- Un confronto sull'uso delle risorse – si chiami o meno “costi standard – non è piu’ 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”