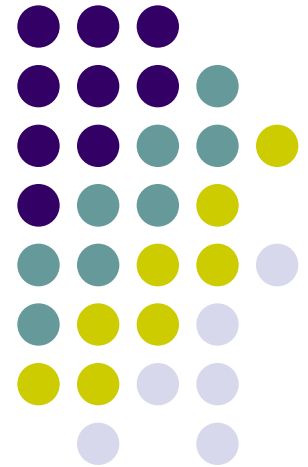


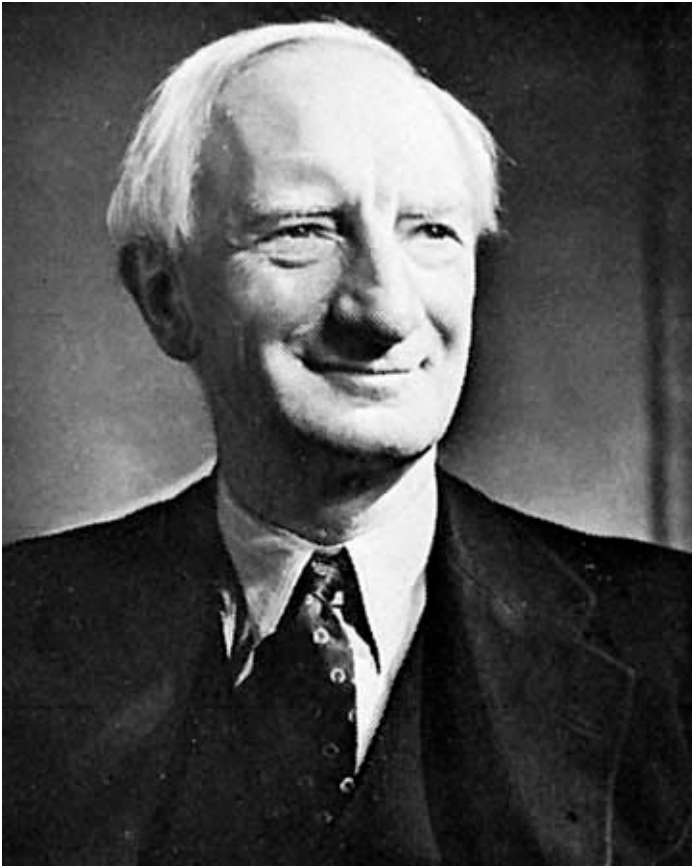
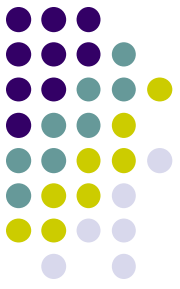
Il Governo Clinico è l'ancora di salvezza per l'universalismo del Sistema Sanitario Pubblico?

Lettura

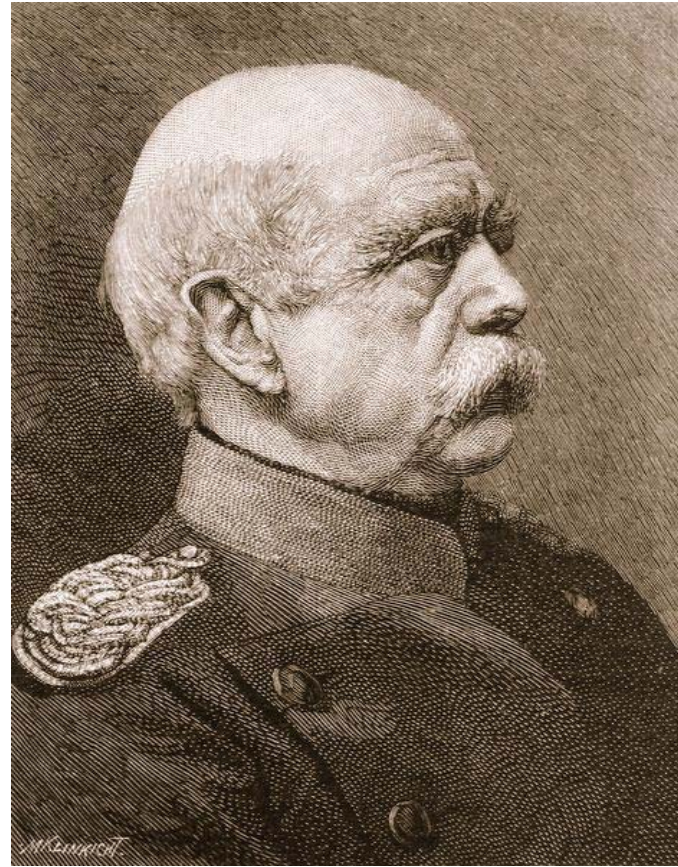
5^a Conferenza Nazionale **GIMBE**[®]
Bologna, 5 febbraio 2010

Massimo Annicchiarico
Direttore Sanitario - Azienda USL di Bologna





Lord William Beveridge



Otto Von Bismark

I modelli di assistenza sanitaria



	Sistema BEVERIDGE	Sistema BISMARCK	Sistemi privati
Tipo di sistema	Sistema solidaristico	Sistema mutualistico	Sistema di mercato
Gestione	Governo centrale	Assicurazione obbligatoria e controllo governativo	Privati ed assicurazioni
Finanziamento	Imposte	Contributi sanitari	Prezzi dei servizi
Caratteristiche	Sistema omogeneo ed equo, ma inefficiente Ha bisogno di quote di spesa privata	Sistema più efficiente ma a rischio di selezione avversa (presa in carico dei soli soggetti più convenienti)	Max qualità ai vertici, esclusione delle categorie sociali più deboli, selezione avversa, aumento costi (Medicare & Medicaid)

Sistema Beveridge (Universalistico Pubblico)



- Accesso sulla base del bisogno, con eliminazione dell'ostacolo di prezzo
- Intervento del programmatore che sostituisce la funzione di coordinamento svolta dal mercato
- Contribuzione sulla base del reddito e non del rischio

Principale rischio: azzardo morale

Si realizza quando non si paga per il bene che si acquista, con tendenza a sovrautilizzare un bene di cui non si comprende il valore: include le mancate presentazioni, i farmaci acquisiti e non utilizzati... (tentativi di correzione: co-payment (ticket, franchigia))

**E
g
u
a
l
i
t
à
r
i
s
m
o**

1946

Art. 32 Costituzione

1958

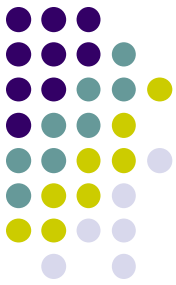
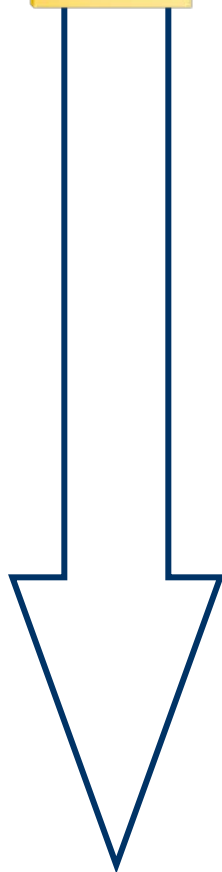
Istituzione del Ministero della Sanità

1968

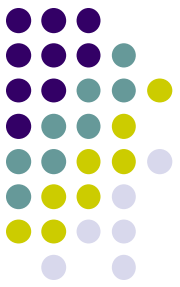
Legge 12 febbraio 1968, n.132; DD.PP.RR. 27 marzo 1969, nn. 128, 129, 130

1978

Legge 23 dicembre 1978, n. 833



Cosa c'era in Italia prima del 23 dicembre 1978?



Le casse mutue o sistema mutualistico (modello ASM- Bismarck)

- Contribuzione obbligatoria dei lavoratori
 - Dipendenti (INAM, ENPAS, INADEL, ENPDEP)
 - Autonomi (Agricoltori, Artigiani, Calzolai)
- Settore pubblico
 - Prevenzione
 - Poveri
 - Salute mentale
- Caratteristiche
 - Copertura non totale (ca. 90%, i.e. 5 milioni di cittadini non coperti)
 - Redistribuzione minima
 - Copertura rischi: parziale
- Copertura farmaceutica Indiretta

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

"Istituzione del servizio sanitario nazionale"

(Pubblicata in G. U. 28 dicembre 1978, n. 360)



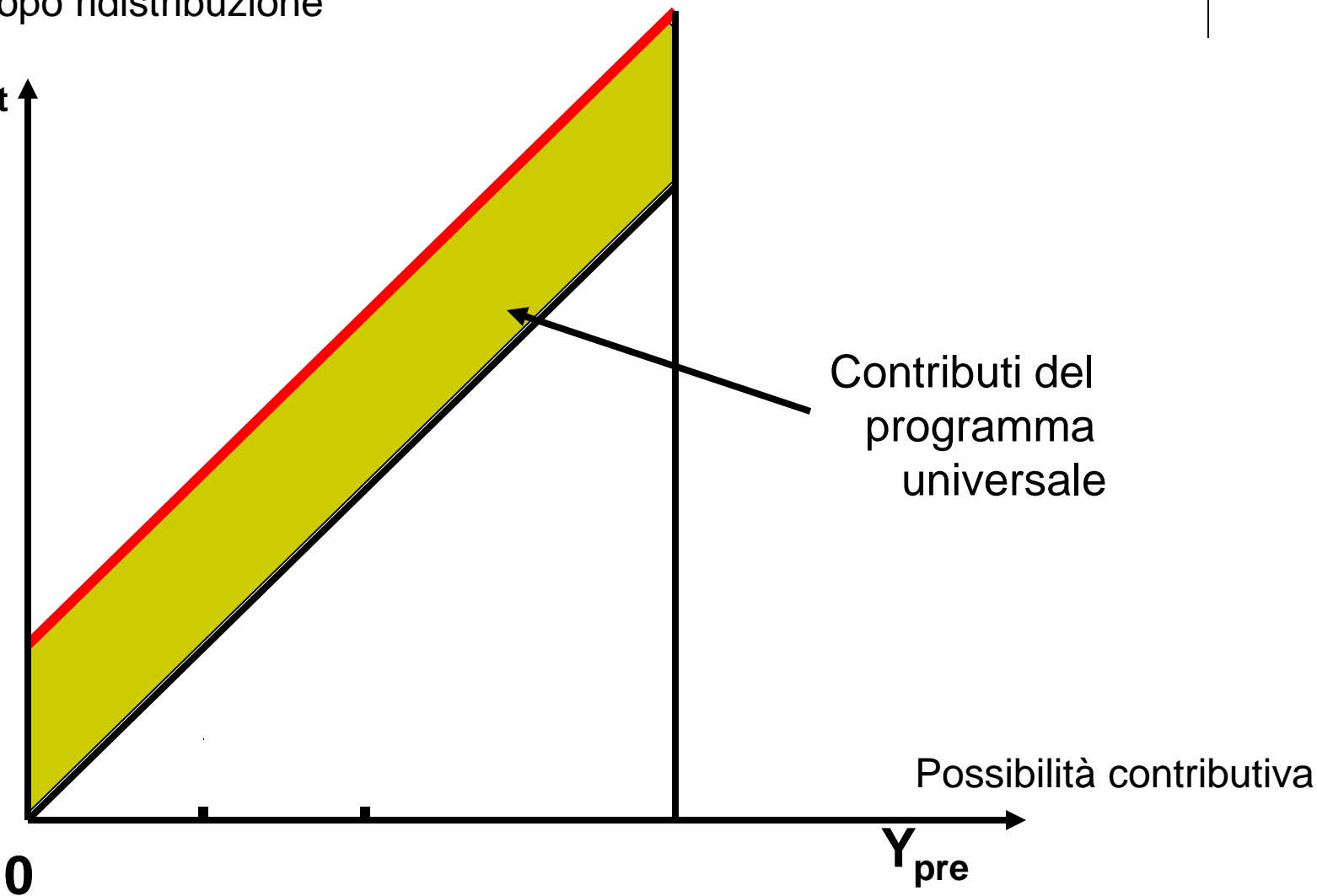
- Lo Stato finanzia e gestisce i servizi sanitari (integrazione verticale)
- Il finanziamento avviene per quota capitaria pura, correlata al numero di cittadini da assistere
- Il SSN, nell'ambito delle sue competenze, persegue il ***superamento degli squilibri territoriali*** nelle condizioni socio-economiche del Paese
- Il principio è di dare a ognuno la stessa cosa a prescindere dalle differenze, secondo il principio prevalente *dell'equità orizzontale*

Programmi universali egualitaristici



Quota dopo redistribuzione

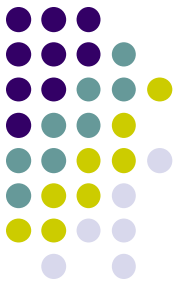
Y_{post}



Egualitarismo (universalismo assoluto)



Uniformità di trattamento nell'assunto che tutti i cittadini sono eguali e a tutti spettano le stesse risorse senza considerazione alcuna della ***varietà e diversità dei bisogni di salute che caratterizzano le diverse popolazioni nelle stesse classi d'età.***



**E
g
u
a
l
i
t
à
r
i
s
m
o**

1946

Art. 32 Costituzione

1958

Istituzione del Ministero della Sanità

1968

Legge 12 febbraio 1968, n.132; DD.PP.RR. 27 marzo 1969, nn. 128, 129, 130

1978

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

1992

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 - D. Lgs 7 dicembre 1993, n. 517

1993

1999

D.Lgs. 18 giugno 1999, n. 229

2000

Modifiche al Titolo V della Costituzione

Legge n° 388, 23/12/2000 (Finanziaria 2001)

2001

Accordo Stato/Regioni, 8 agosto 2001

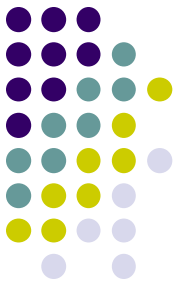
D.Lgs. 347/2001 convertito in Legge n° 405, 15/11/2001

2005

Devolution sanitaria e Federalismo fiscale

**U
n
i
v
e
r
s
a
l
i
s
m
o**

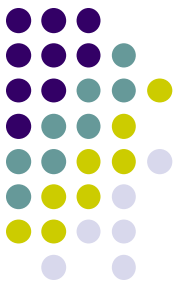
L'evoluzione normativa



- Legge 833/78
 - livelli (genericamente) *uniformi* di assistenza e *di salute*
 - obiettivo: superare disomogeneità del sistema mutualistico
- D.Lgs. 502/92
 - livelli *uniformi* di assistenza definiti (...) *in coerenza con l'entità del finanziamento* assicurato al Ssn
- D. Lgs. 229/99
 - Definisce i livelli *essenziali* da fissarsi in modo *contestuale* al volume di risorse
 - ribadisce impostazione universalistica seppur con approccio maggiormente consapevole della necessità di rispettare compatibilità macroeconomiche rispetto 833/78.
 - si può scendere sotto i livelli essenziali, se mancano le risorse?

FEDERALISMO FISCALE

L .56/2000



- Fissa i criteri per la composizione spesa sanitaria e alcune spese regionali finanziate con trasferimenti erariali
- Fissa la composizione del mix di risorse tributarie assegnate alle regioni
- Stabilisce i parametri secondo i quali effettuare la perequazione tra le regioni
- Costituisce il fondo perequativo nazionale che attinge all'iva e all'accisa sulla benzina, per superare gli squilibri tra le varie regioni
- Aumento dell'accisa sulla benzina spettante alle regioni
- Condiziona i trasferimenti perequativi e la compartecipazione al rispetto degli indicatori qualitativi e quantitativi
- Attiva monitoraggio e verifica dell'assistenza sanitaria erogata dalle regioni

Finanziamento del servizio sanitario dopo il Dlgs 56/2000



Risorse regionali

Irap e addizionale irpef, compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina, altre entrate proprie

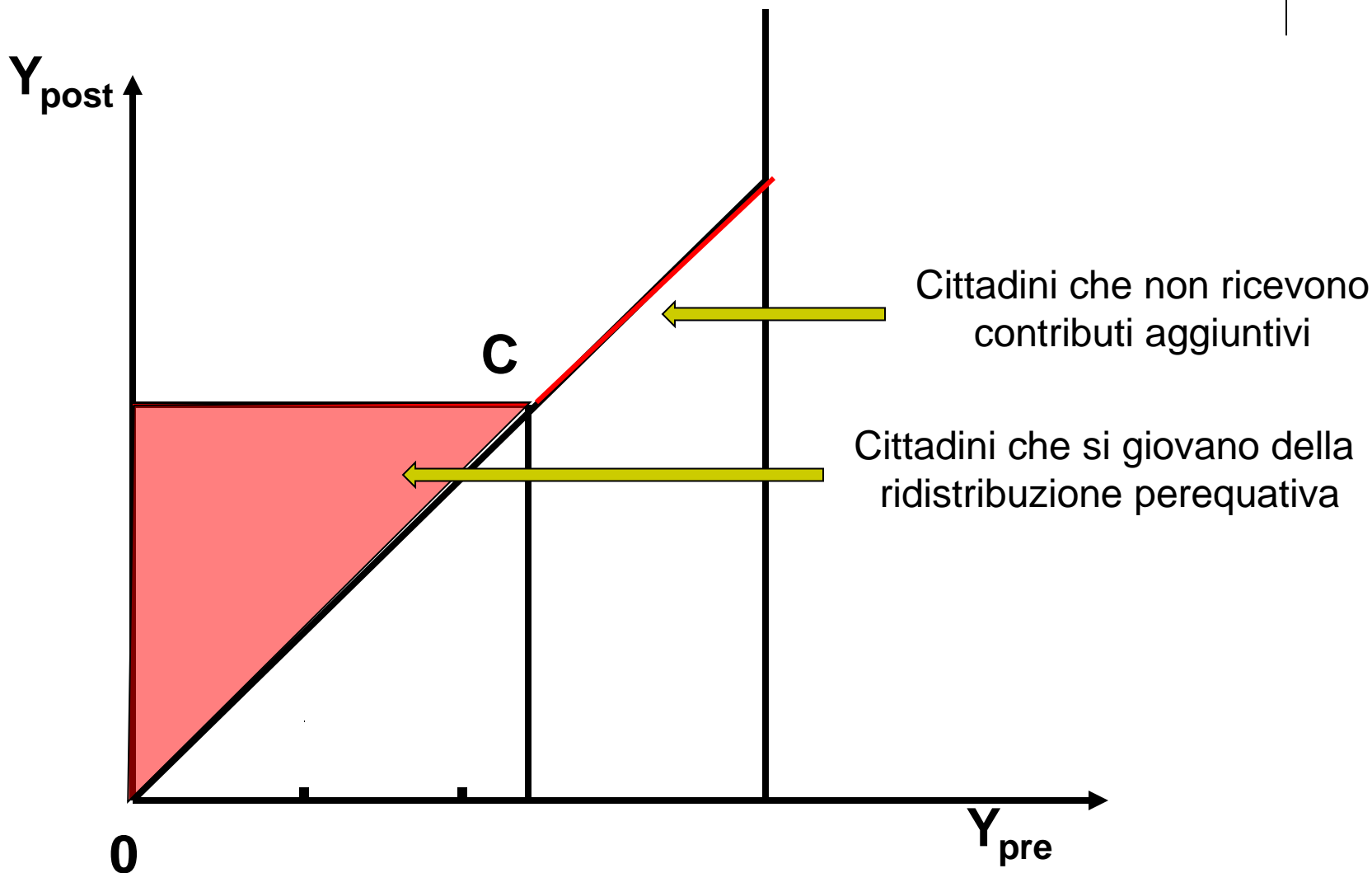
Risorse statali

Fondo sanitario nazionale (+ finanziamento di spese derivate da accordi internazionali, di alcuni enti del SSN e per specifici obiettivi previsti da leggi speciali)

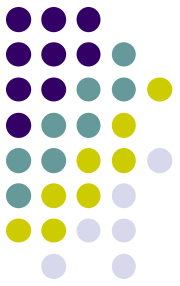
Trasferimento perequativo

E' finalizzato a compensare la minore capacità impositiva di alcune regioni rispetto a valori prefissati o standard ed a favorire le regioni più penalizzate da squilibri fiscali legati alle imposte pro capite

Programmi universali selettivi

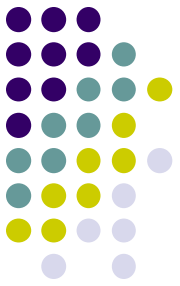


L'universalismo selettivo



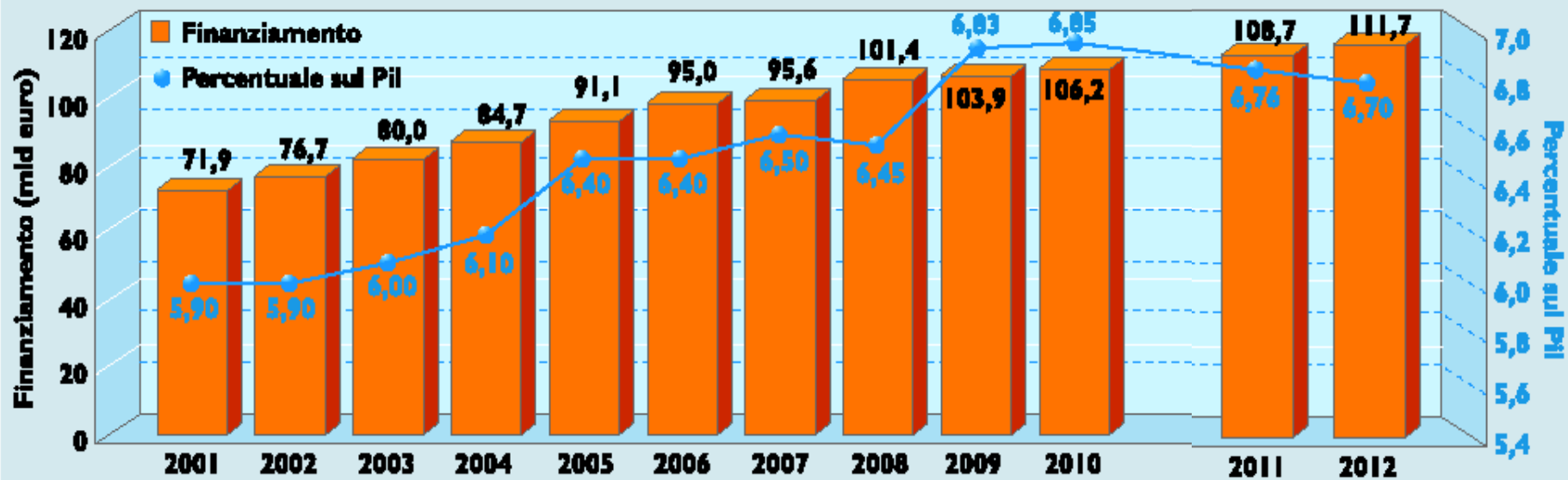
L'impatto redistributivo del SSN tra territori regionali è rilevante, pari al 6,5% del PIL: un territorio regionale con un PIL pro-capite di 100 euro sopra la media finisce per disporre, dopo la redistribuzione di un PIL pro-capite pari a 93,5 euro

I LEA

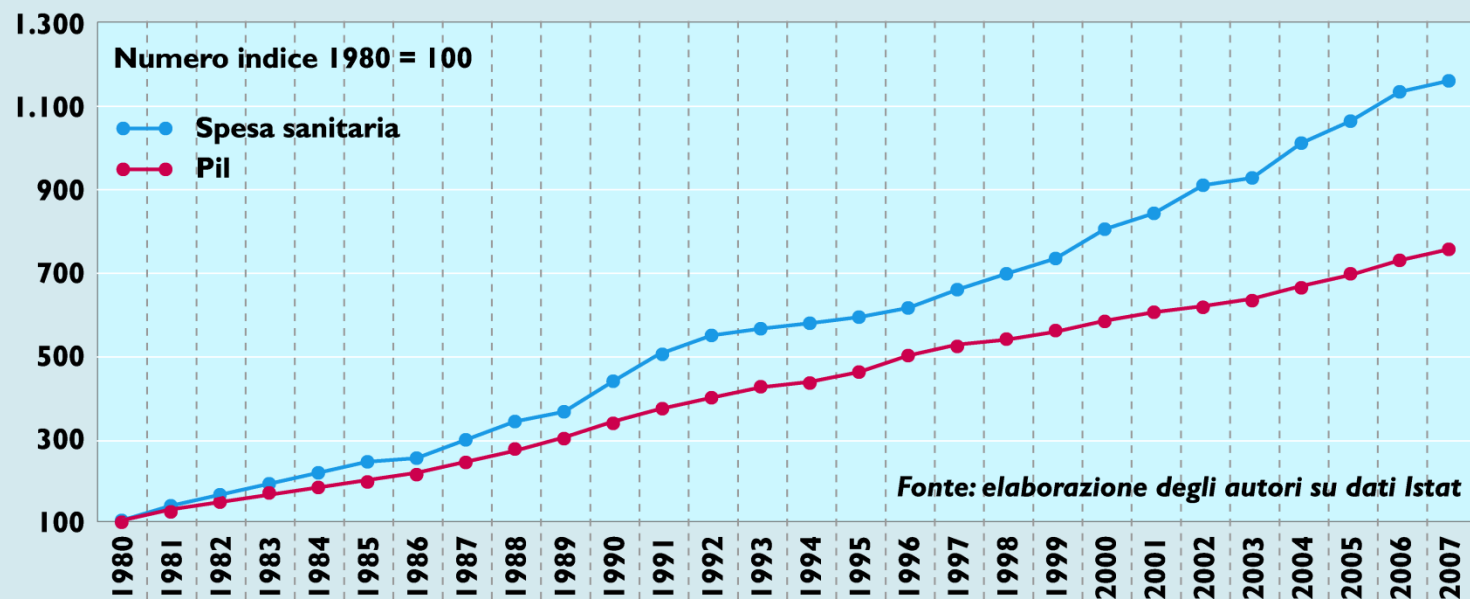


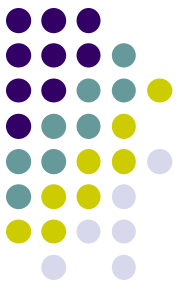
- Definiscono le garanzie (prestazioni/ servizi) che il sistema sanitario offre ai cittadini
 - Criteri
 - necessità: criterio “etico”, richiede che obiettivo della prestazione sia *socialmente* condiviso
 - efficacia clinica: criterio empirico
 - appropriatezza: da valutare caso per caso
 - economicità
- Pensati con il duplice obiettivo di governare la spesa pubblica e di rappresentare il principio fondamentale dell’universalismo assoluto
- Questi ultimi due obiettivi sono in evidente conflitto fra loro

Finanziamenti e % su Pil dal 2001 al Patto



Spesa sanitaria e Pil a prezzi correnti





*” Del Signore ci fidiamo.
Tutti gli altri devono portare i dati. “
(W. Deming)*

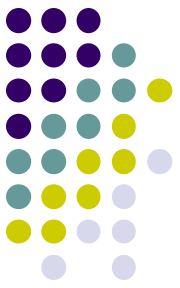
I conti degli enti del SSN per aree geografiche 2000 - 2008



Aree	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Valori assoluti in milioni di euro									
Nord	-838	-1.232	-704	-292	-1.231	-359	-63	40	-57
● Nord-Ovest	-565	-601	-414	-96	-882	-281	-125	-115	-101
● Nord-Est	-273	-631	-290	-196	-349	-78	62	155	44
Centro	-772	-1.207	-726	-808	-2.125	-1.779	-2.171	-1.550	-1.564
Mezzogiorno	-1.740	-1.683	-1.461	-1.224	-2.434	-3.597	-2.250	-2.134	-1.581
Italia	-3.350	-4.122	-2.891	-2.324	-5.790	-5.735	-4.484	-3.644	-3.202
Valori cumulati in milioni di euro									
Nord	-838	-2.070	-2.774	-3.066	-4.297	-4.656	-4.719	-4.679	-4.736
● Nord-Ovest	-565	-1.166	-1.580	-1.676	-2.558	-2.839	-2.964	-3.079	-3.180
● Nord-Est	-273	-904	-1.194	-1.390	-1.739	-1.817	-1.755	-1.600	-1.556
Centro	-772	-1.979	-2.705	-3.513	-5.638	-7.417	-9.588	-11.138	-12.702
Mezzogiorno	-1.740	-3.423	-4.884	-6.108	-8.542	-12.139	-14.389	-16.523	-18.104
Italia	-3.350	-7.472	-10.363	-12.687	-18.477	-24.212	-28.696	-32.340	-35.542

* Al lordo delle integrazioni concesse dallo Stato per il parziale ripiano dei disavanzi
Fonte: elaborazione Confindustria su dati ministero della Salute

Scenari in mutamento - 1



- **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 richiederà sempre **più interventi connotati dalla continuità**; ciò avverrà 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

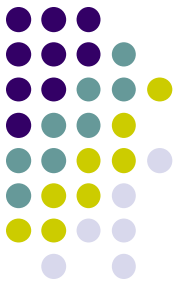
Scenari in mutamento - 2



	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*



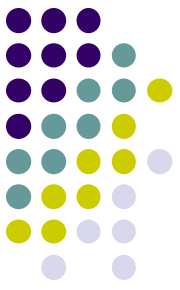
- In parte è determinata dall'assetto istituzionale del Ssn
 - compartecipazioni
 - prestazioni non coperte
- In parte originata dalle preferenze individuali
 - tempi di attesa
 - scelta del medico
 - comfort "alberghiero"
 - referaggio inverso

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

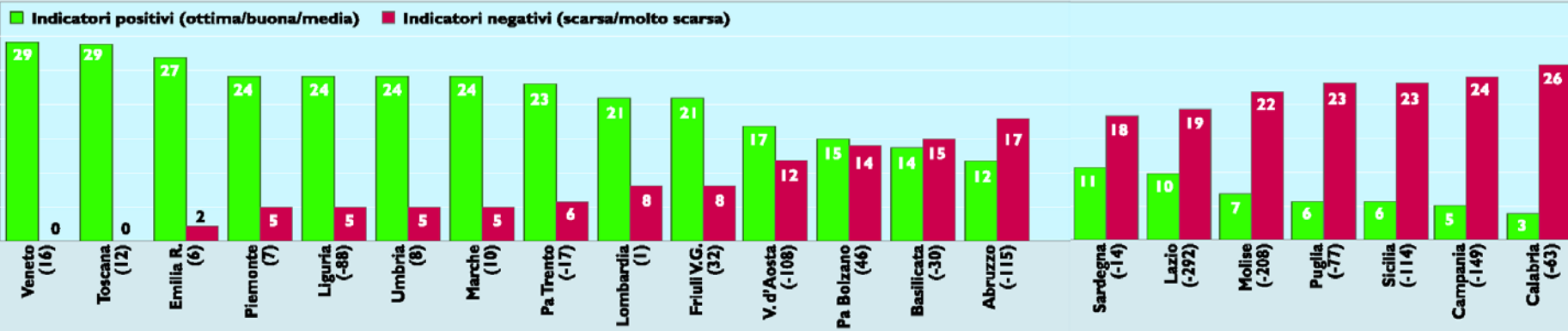
Tab. 1 - Spesa nell'ultimo anno per la salute propria e della famiglia per livello socio-economico (val. %)

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

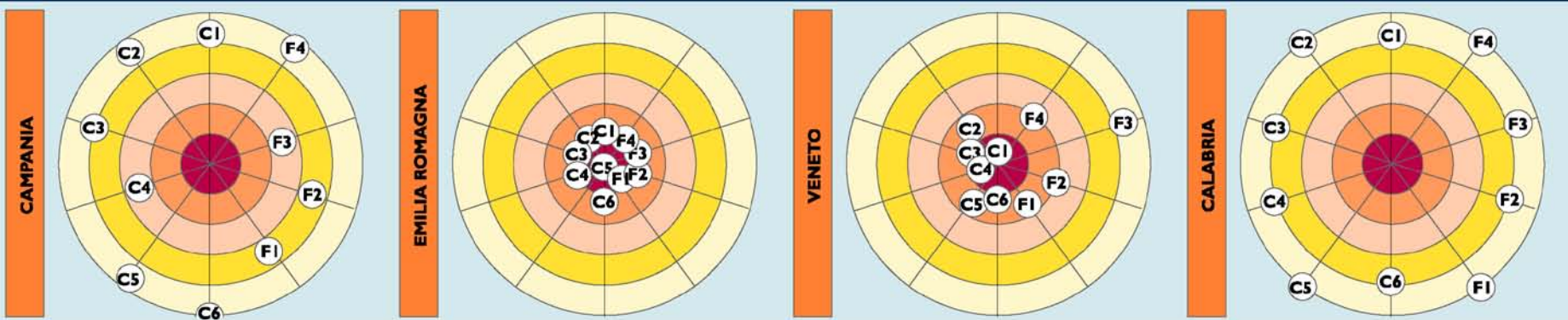
Fonte: indagine Fbm-Censis, 2009



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 inappropriatezza
- C4 Percentuale di fughe
- C5 Percentuale Drg medici dimessi da reparti chirurgici (dati 2007)
- C6 Percentuale parti cesarei 2007

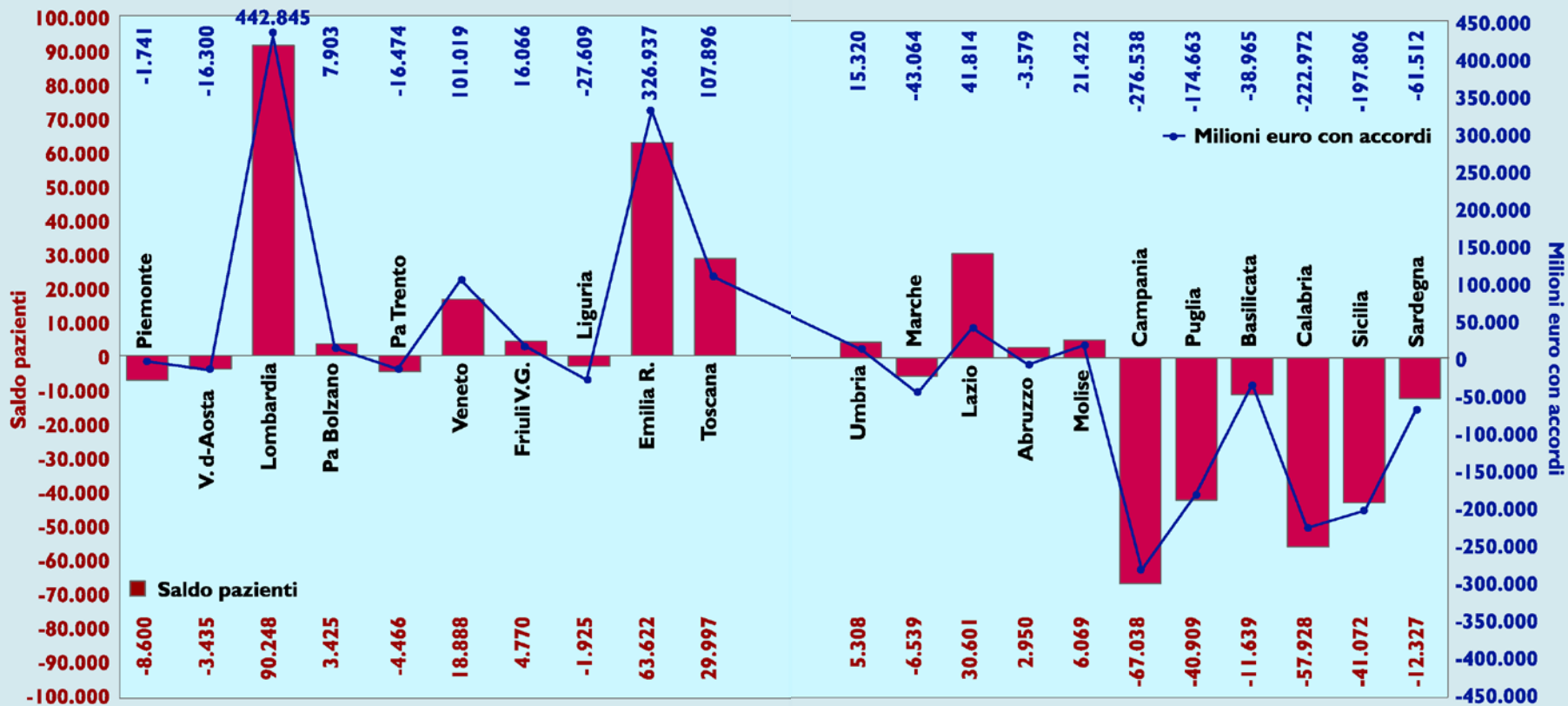
Indicatori di assistenza farmaceutica

- 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



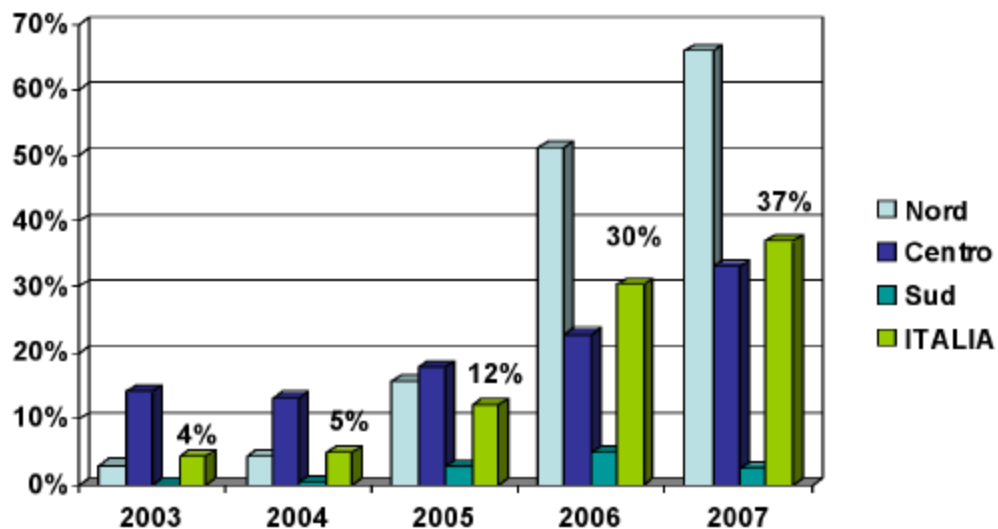


Figura 6. Estensione effettiva dei programmi di screening colorettaie per zona geografica. Survey ONS 2003-2007.

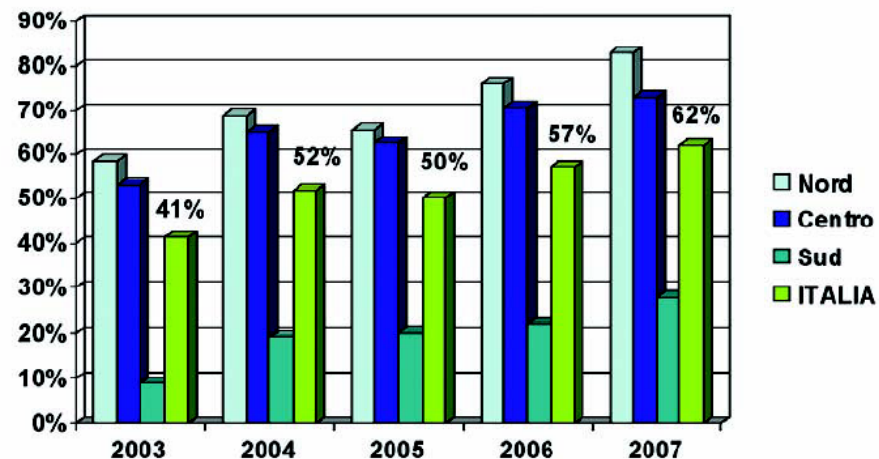
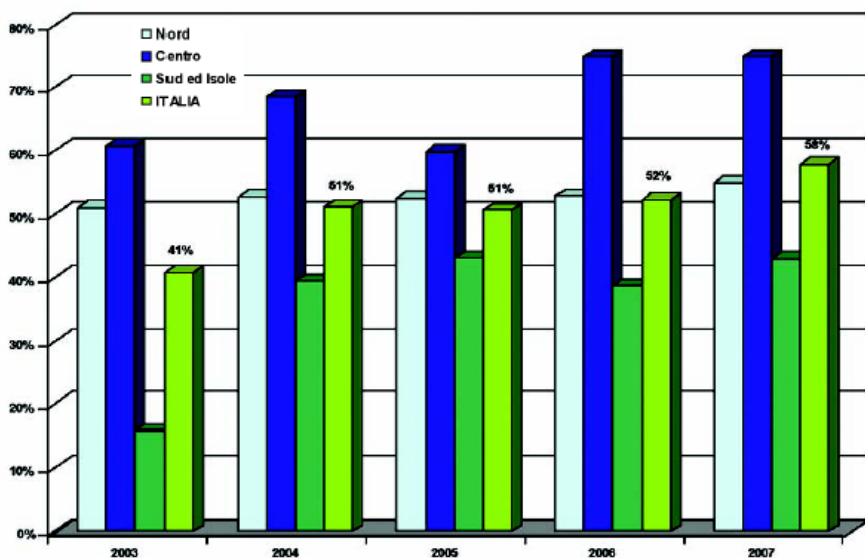


Figura 4. Estensione effettiva dei programmi di screening cervicale per zona geografica. Survey ONS 2003-2007.

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



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

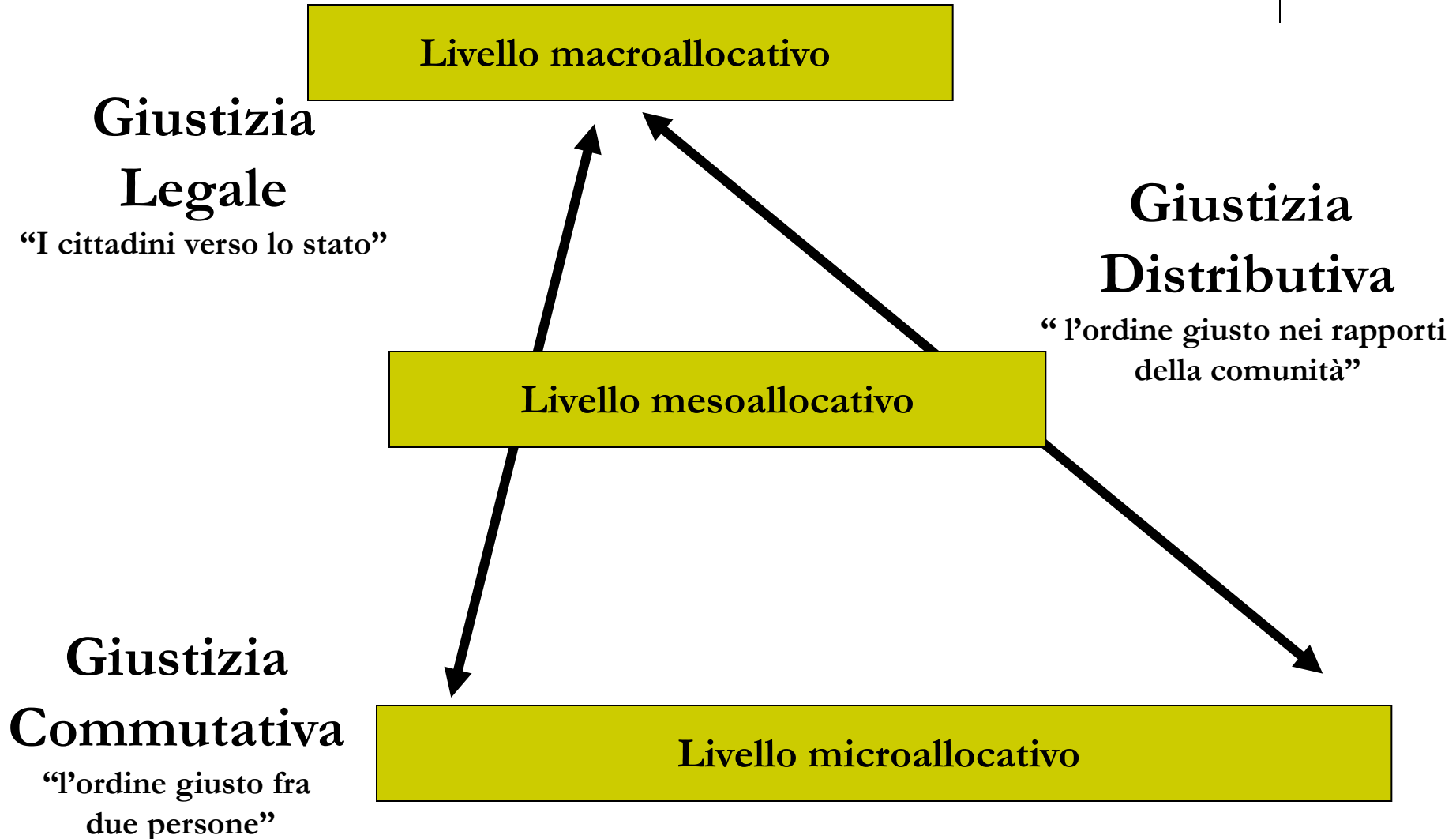
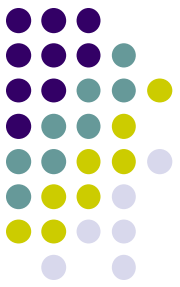


Libro Bianco sul futuro del modello sociale

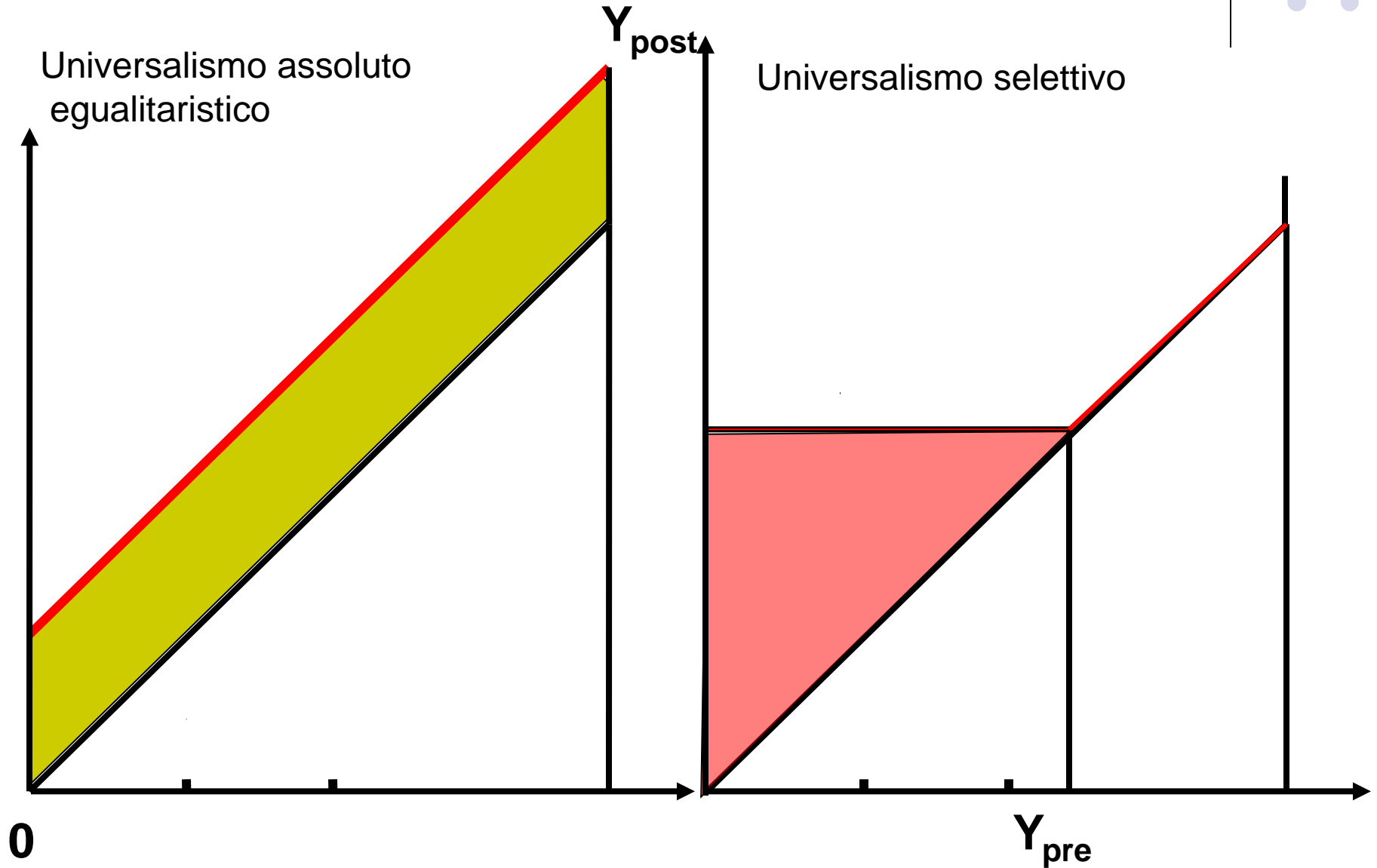
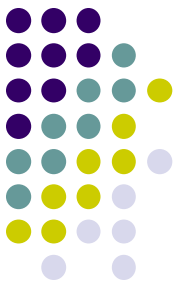
La vita buona nella società attiva



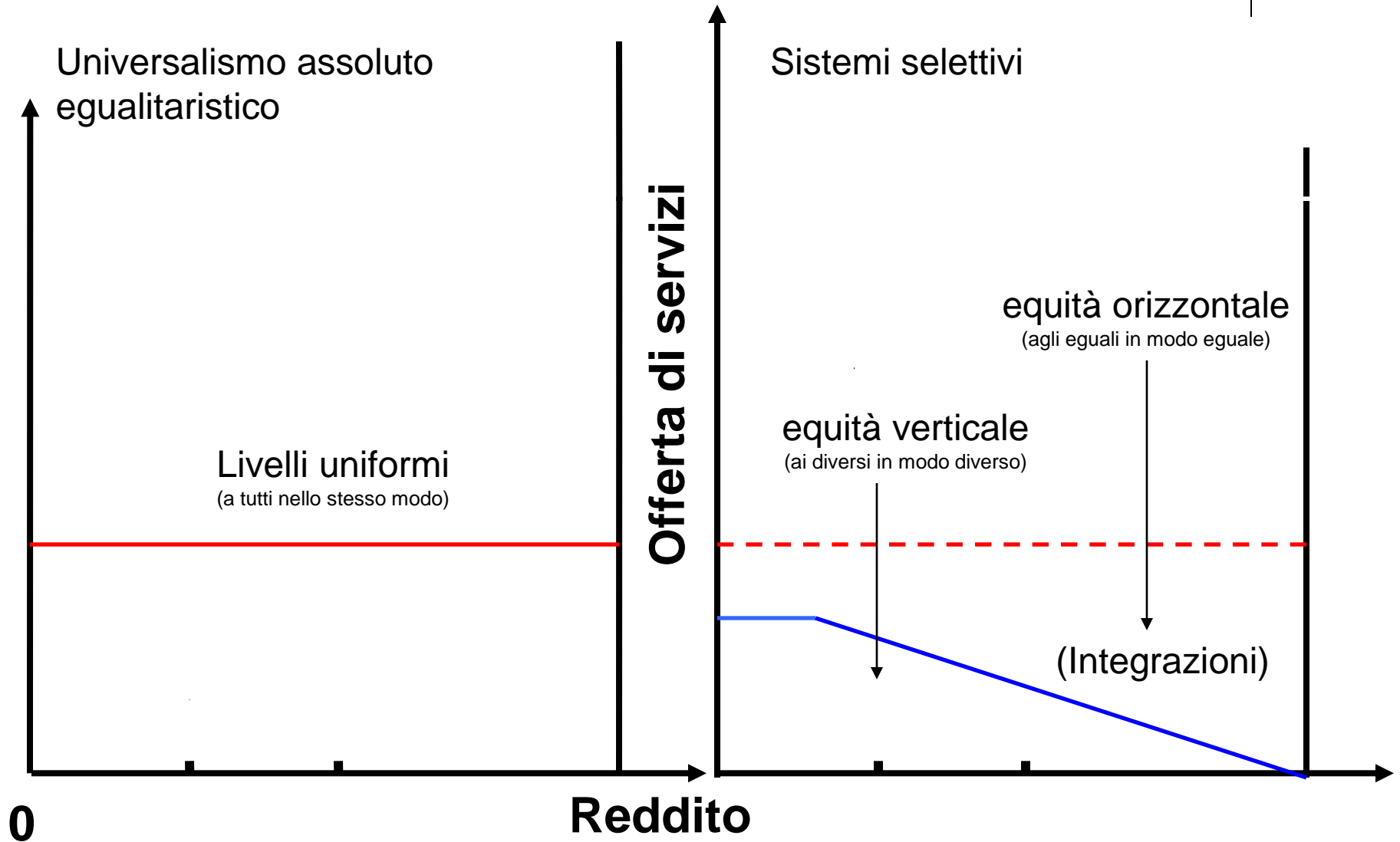
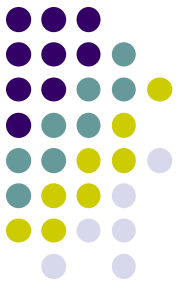
Contributi, allocazione e “giustizia”



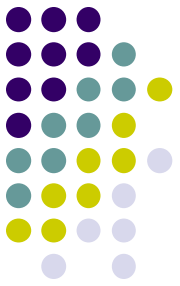
Giustizia distributiva nel finanziamento pubblico



Giustizia commutativa nell'offerta dei servizi



Programmi selettivi

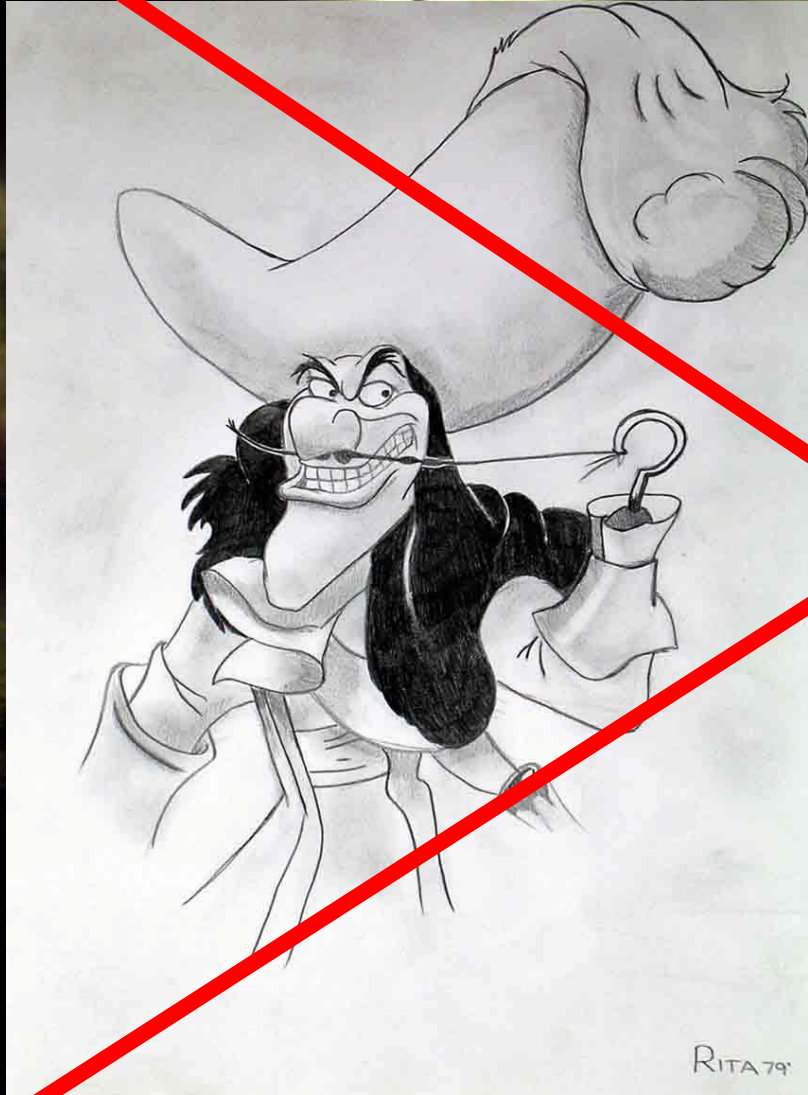


Vantaggi:

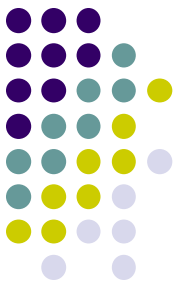
- Minore spesa
- Migliore target efficiency

Svantaggi:

- Trappola della povertà: disincentivo ad uscire dalla situazione di povertà (Welfare dependence)
- Costi amministrativi: le procedure per accertare i mezzi sono complesse, costose e imperfette
- Problemi di asimmetria informativa: errori di due tipi:
 - Escludere soggetti meritevoli (*falsi negativi*)
 - Includere soggetti non meritevoli (*falsi positivi*)
 - Necessità di criteri di selettività adeguati
- Stigma sociale e mancato take-up: lesione della dignità della persona, ignoranza ed esclusione sociale

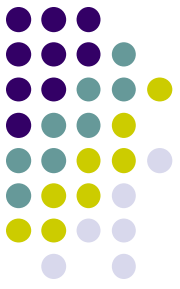


Considerazioni - 1



- 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 essere, se opportuno *diseguale*. Deve cioè dare uguale possibilità di accesso per uguali necessità sanitarie, ma non indistintamente per tutti
- Le situazioni appaiono ampiamente differenziate. Non sarebbe onesto affermare che le differenti leve di governo (clinico, manageriale, politico) non si sono mai integrate e non hanno mai prodotto risultati. Dove la sinergia si è positivamente realizzata i risultati sono evidenti
- Il management ed i clinici dovrebbero accettare di aver bisogno gli uni degli altri, evitando la demonizzazione e la messa in discussione della reciproca onestà, imparando a rispettare le diverse culture come un valore, favorendo le dinamiche di reciprocità anche da parte della politica. Il sistema ha bisogno di buone competenze in tutti i settori

Considerazioni - 2

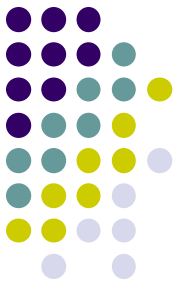


- Il conflitto di interessi fra tutelare un bene pubblico/assumere una responsabilità pubblica e tutelare un bene privato/assumere una responsabilità privata tipico della “*médicine liberale*” è difficilmente sanabile a livello di ogni singolo professionista
- Convincersi di una dimensione non sempre e comunque medico-centrica o sanità-centrica della salute, ma anche e soprattutto “*salute-centrica*”
- Accrescere il contributo e la corresponsabilità dei professionisti nella ricerca sui servizi, oltre che sulla ricerca biomedica
- Evitare i formalismi, nuova burocrazia, formule e “*ricette*” : *collegio di direzione, direzione clinica di dipartimento, comitato di dipartimento*, sono solo strumenti e oggi rischiano di diventare scopi (inversione mezzi-fini)

Considerazioni - 3



- 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
- Il rischio è invece che il razionamento sia sempre piu' occulto, che in nome di un universalismo omnicomprensivo, ipocrita e di facciata si alimentino interessi personali o di lobby, diseguaglianze ed ingiustizie che finiscono per gravare sulle fasce piu' deboli della popolazione
- Il patto non è piu', e non può più essere solo fra *medico e paziente*, ma fra *medici e società*. Occorre essere consapevoli che, attraverso le scelte di priorità, con il proprio contributo i professionisti possono costruire un sistema sanitario piu' giusto, senza illusioni, perché un sistema sanitario è giusto quanto la società che lo esprime
- 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*)



“ 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”