Sanità e ben-essere dei cittadini

Fondazione GSK

Bologna 5 ottobre 2012

Carla Collicelli – Fondazione CENSIS

CENSIS

Benessere come approccio multidimensionale allo sviluppo: USA

- **1933** ***William F. Ogburn*, Commissione presidenziale sui trend sociali: Rapporto *Recent trends in the United States***
- **1934 Riforma della contabilità americana e ideazione del Pil**
- **1968 Robert Kennedy: *"GNP (…) measures everything, in short, except what makes life worthwhile"*.**

Benessere come approccio multidimensionale allo sviluppo: Europa

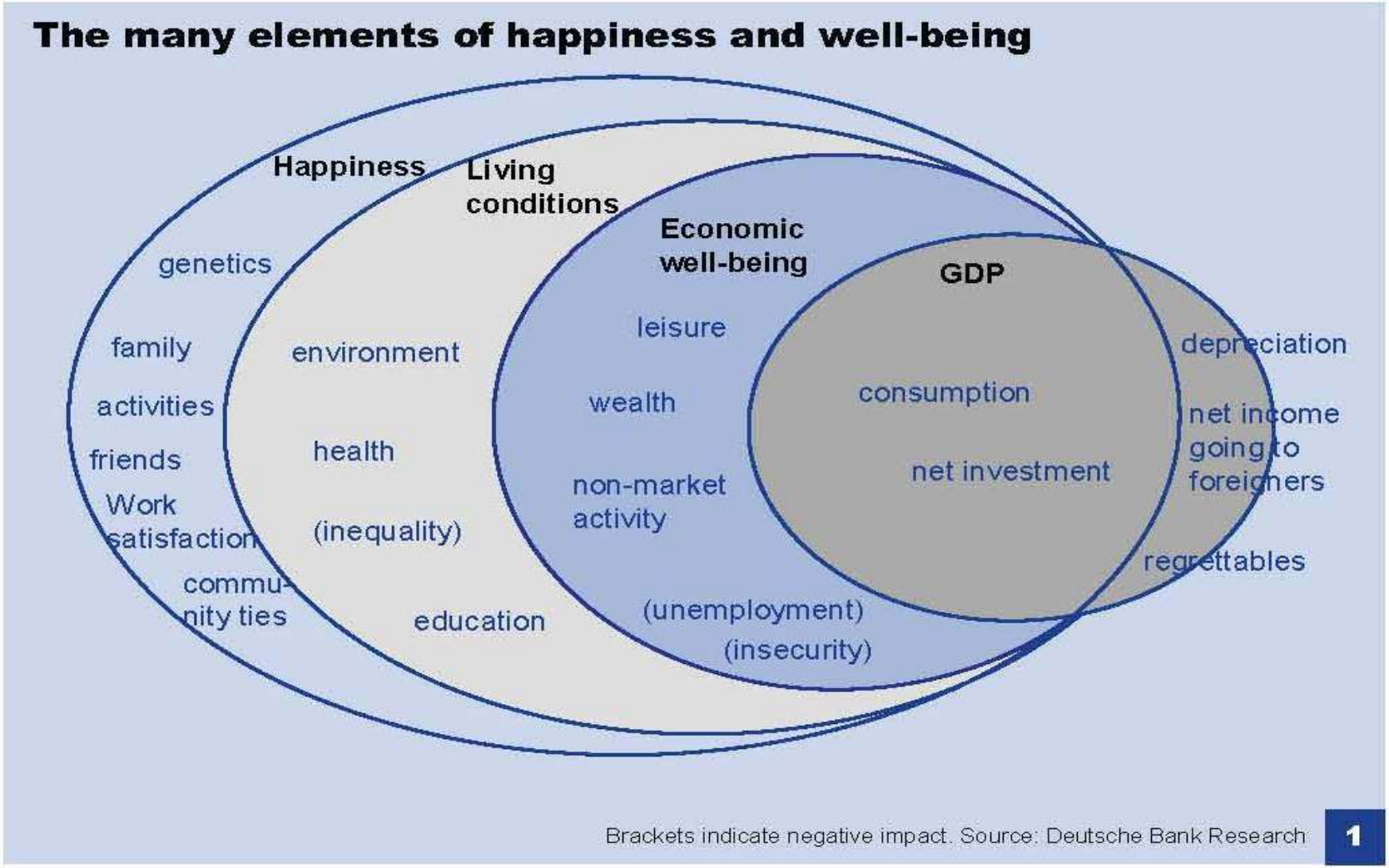
- **1960** **Movimento degli indicatori sociali**
- **1971** ***Indicateurs sociaux*** **lanciati da Jacques Delors in Francia: 21 temi e gruppi di indicatori (dalla speranza di vita al ruolo dell'educazione) come aspetti multidimensionali di benessere e sviluppo.**
- **1975** **in Italia l'Ispe comincia ad utilizzare un set molto articolato di indicatori per le esigenze della programmazione economica.**

Benessere come approccio multidimensionale allo sviluppo: il rilancio dell'Ocse

- **2007 Dichiarazione di Istanbul (Ocse, Commissione europea, Undp e Banca mondiale): necessità di "intraprendere la misurazione del progresso sociale in ogni paese, andando oltre le misure economiche"**
- **2008 Commissione Stiglitz-Sen-Fitoussi: «porre più attenzione alla misura del benessere della popolazione che alla produzione economica»**

Lo schema di S. Bergheim: la felicità e il ben-essere

Deutsche Bank (2006)



Modelli ed indicatori

- *Diversi modelli* (funzionalisti- comportamentali, materiali-immateriali, attivi-passivi, acquisitivi-ereditari, ecc.)
- *Diverse dimensioni*:
- condizioni di vita (aspetti sia oggettivi che soggettivi)
- benessere soggettivo (aspetti solo soggettivi)

La sanità e la salute hanno anticipato e contribuito

- **La salute, come "*completo stato di benessere fisico e psichico*" (OMS)**
- ***Self-assessed Health* (Sah). Studi empirici dimostrano l'esistenza di una correlazione positiva tra salute e auto percezione della salute, e risultati recenti delle neuroscienze confermano il collegamento tra stati d'animo e reazioni fisiologiche.**

I cambiamenti nella cultura della salute dei pazienti

1.	Dalla salute come assenza di malattia alla salute come equilibrio psico-fisico e come benessere e longevità
2.	Dalla concezione organicista del corpo al corpo come unità psico-fisica perfettibile attraverso i comportamenti e le pratiche preventive e curative
3.	Da una concezione "miracolistica" della medicina ad una concezione più razionale e di arbitraggio
4.	Dal paziente "passivo" al paziente "attivo" nei confronti del medico (Challenging patient)
5.	Dalla cura del sintomo alla promozione della salute
6.	Dalla dipendenza terapeutica alla autonomia: la self-care e la medicina alternativa

SALUTE

Nucleo Hard

- Patologie gravi
- Tecnologie Cure pesanti
  - Spersonalizzazione

Salute allargata

- Benessere Mali lievi
  - Umanizzazione e empowerement
- Prevenzione Riabilitazione

La critica alla *governance* sanitaria

- **Christian Gronroos *:**

- **«La qualità in sanità è proprio ciò che i clienti recepiscono. Nell'azienda sanitaria la qualità deve essere definita e perseguita in armonia con ciò che viene richiesto ed ottenuto dagli utenti. Per un'efficace *governance* occorre porre la massima attenzione ai criteri ed alle dimensioni dei risultati e della qualità in questa accezione ampia ed estesa, tenendo bene a mente quindi che il contributo di tutti, operatori *in primis*, ma anche utenti, alla qualità del servizio attiene a molti livelli di analisi, rispetto ai quali l'esito ed i risultati finali costituiscono una sorta di sommatoria riassuntiva.»**

*Christian Gronroos, *Swedish School of Economics and Business Administration in Finlandia; Management e marketing dei servizi*, Torino, ISED, 1994.

Michael Porter*:

Il rinnovamento dei sistemi sanitari richiede particolare attenzione per i seguenti aspetti:

- **Puntare sul valore che di cui può beneficiare il paziente;**
- **Centrare la competizione non sui costi, ma sulla qualità erogata;**
- **Coinvolgere realmente il paziente nel percorso delle cure;**
- **Aumentare l'*enpowerment* del paziente;**
- **Individuare adeguati sistemi di responsabilizzazione, di valutazione e soprattutto di motivazione.**

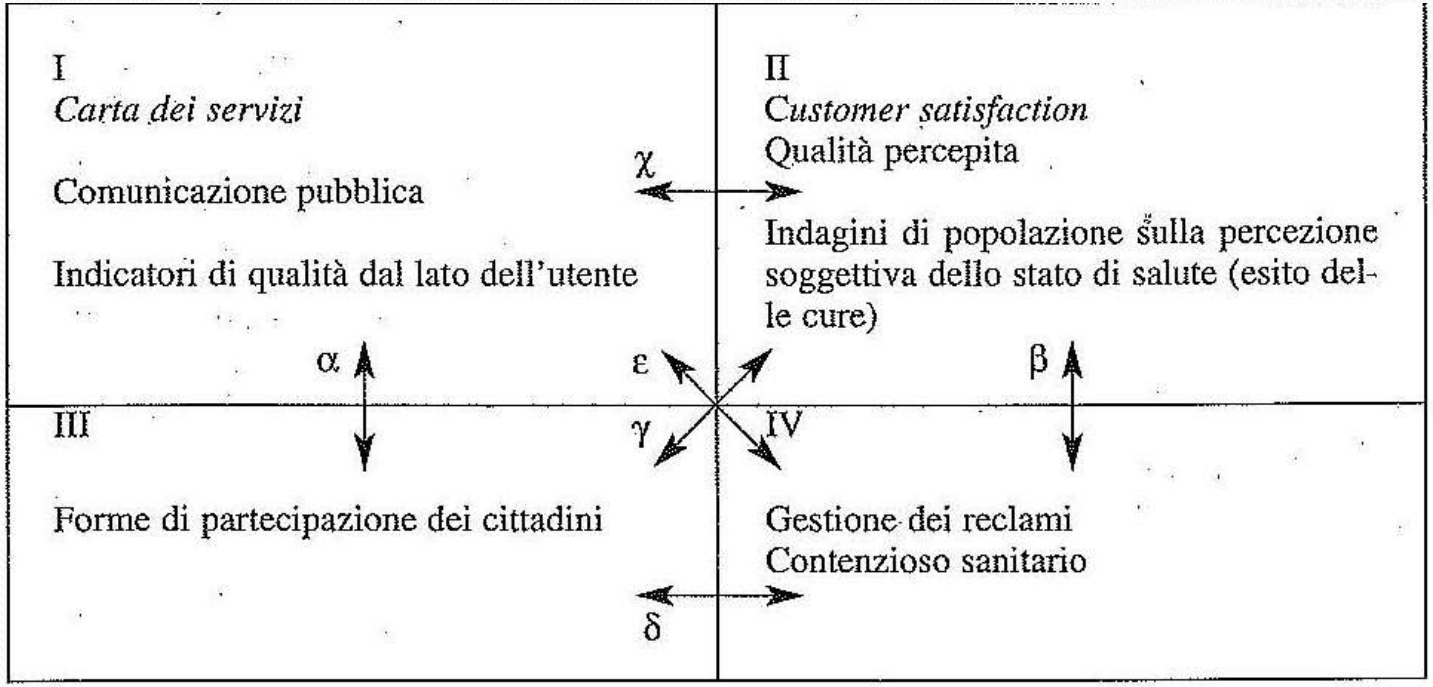
- *economista di Harvard, M. Porter & E. O. Teisberg, *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition On Results, Harvard Business School Press,* 2006

Il rinnovamento in Italia

- ***Decreto legislativo 502 del 1992***: la valutazione dei servizi e delle prestazioni erogate implica la considerazione del ***punto di vista*** **dell'utente** come dimensione necessaria e irrinunciabile
- ***Carte dei Servizi sanitari*** e ***Urp***
- ***Decreto Legislativo 229/99*** Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale: "favorisce la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari nonché di pratiche cliniche e assistenziali e individua gli strumenti di **verifica del loro impatto** sullo stato di salute della popolazione e degli utilizzatori dei servizi"
- ***Osservatori regionali*** e monitoraggi: Programma di "**Percezione** e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" (2000-2003), a cura dalla Regione Emilia-Romagna in partnership con altre regioni e con la Scuola di Sociologia Sanitaria dell'Università di Bologna, e cofinanziato dal Ministero della Salute

Quadrante della qualità percepita di Cinotti e Sturlese (Università di Bologna) 2003

Il quadrante della qualità percepita



- tratto da R. Cinotti e V. Sturlese, *Perché un programma per la valutazione della qualità percepita,* in*:* R. Cinotti e C. Cipolla*, La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini* , FrancoAngeli, 2003, pag. 20

Il ruolo dell'Istat

- 1975 Statistiche sociali
- 1980 Indagini Multiscopo
- 1993 Aspetti della vita quotidiana
- Statistiche e indicatori sociali

- *"....un'informazione statistica fortemente finalizzata all'elaborazione di politiche, tese a migliorare il benessere e l'integrazione sociale."* (2006)

La soddisfazione secondo l'Istat

Persone di 14 anni e più che si dichiarano "molto e abbastanza soddisfatte" dei diversi aspetti della vita quotidiana – Anni 1993-2002 *(per 100 persone)*

Fonte: Istat

Anni	Situazione economica	Salute	Relazioni familiari	Relazioni con amici	Tempo libero
1993	49,2	80,3	93,5	84,5	61,5
1994	53,6	80,9	93,7	84,7	63,5
1995	53,5	80,6	93,9	84,9	62,8
1996	51,2	80,3	93,3	86,8	64,4
1997	53,5	80,4	92,7	83,9	61,8
1998	53,4	79,0	91,4	82,7	63,7
1999	55,2	78,7	90,4	82,1	61,8
2000	58,5	78,5	89,8	82,2	62,6
2001	64,0	80,3	91,1	83,8	64,9
2002	57,3	80,5	91,7	84,3	65,2
2003	53,6	80,0	90,6	81,9	63,1
2004	-	-	-	-	-
2005	49,7	80,1	90,6	82,9	63,7

Le esigenze della *governance* di oggi: il sistema è a rischio di sostenibilità

principalmente a causa di

Longevità e basso ricambio generazionale, che sbilancia il rapporto fra attivi e non attivi

Pressione sulla sanità per le malattie cronico degenerative e anche per l'aspirazione diffusa alla buona salute

Squilibri di bilancio e spending review

Al contenimento del pubblico corrisponde un aumento della spesa privata e il concomitante razionamento

La presunta sostenibilità obbliga a tagliare e genera razionamento e iniquità nella tutela

Aumento continuo della spesa sanitaria privata, più dei consumi generali

Spesa sanitaria privata – Anni 2000-2007-2010
(v.a. in milioni di € a prezzi correnti, var. % nominale)

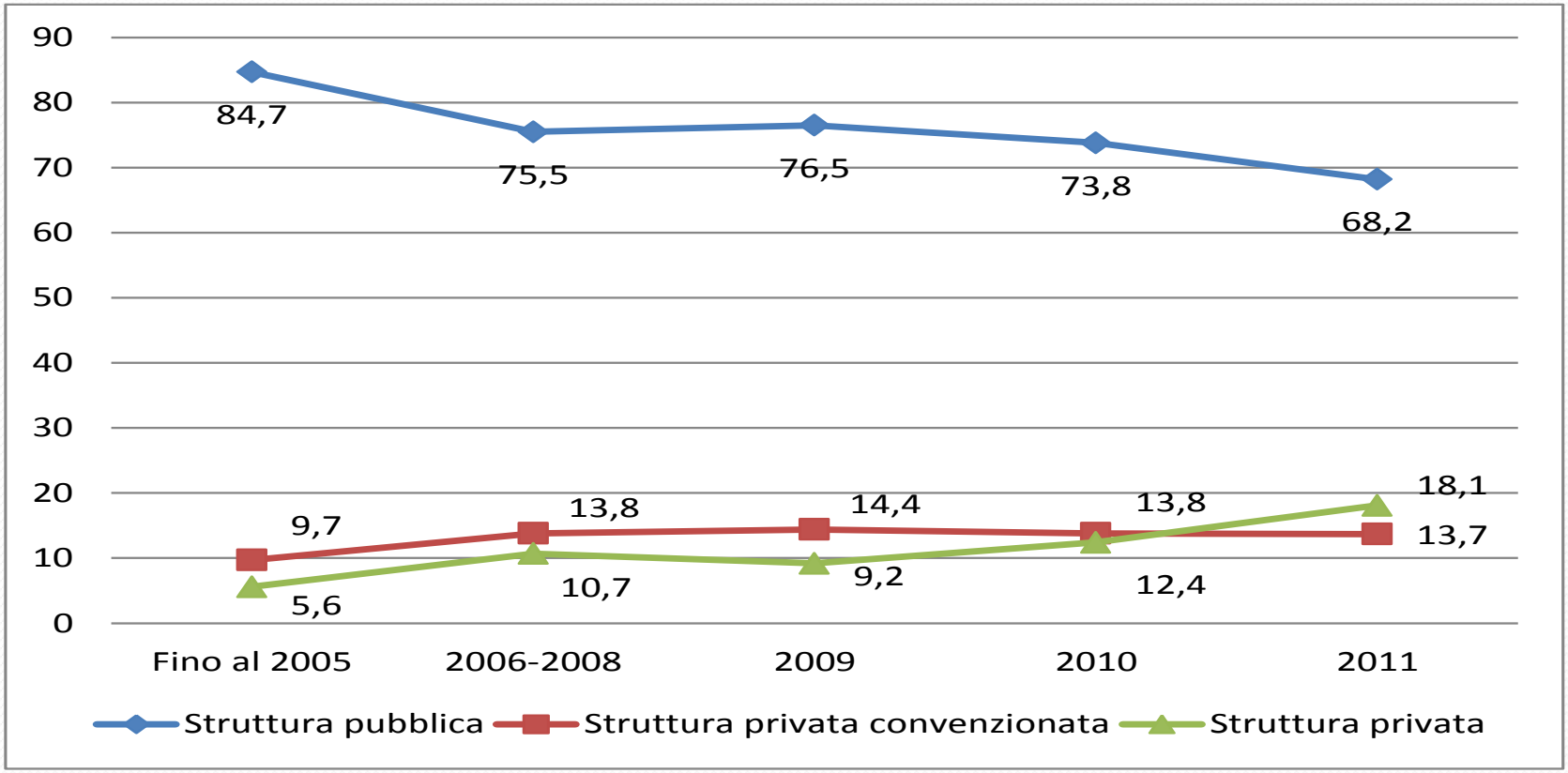
	Valori a prezzi correnti			Var. % 2000-2010	Var. % 2007-2010
	2000	2007	2010		
- Prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	11.714	13.411	14.185	+21,1	+5,8
- Servizi ambulatoriali	8.467	10.277	11.418	+34,8	+11,1
- Servizi ospedalieri	4.192	4.615	4.988	+19,0	+8,1
Totale sanità	**24.373**	**28.303**	**30.591**	**+25,5**	**+8,1**
Spesa totale per consumi	**727.205**	**917.575**	**941.510**	**+29,5**	**+2,6**

Fonte: elaborazione Fbm-Censis su dati Istat

BOOM DEL PRIVATO PER GLI ACCERTAMENTI TRAMITE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

(rx, tac, mammografia, ecografia, risonanza magnetica)

Quote di cittadini che hanno fatto accertamenti tramite diagnostica per immagini in strutture pubbliche, convenzionate e private



Rinuncia alle cure:un dato allarmante

Stima e identikit di quanti hanno dovuto rinunciare per motivi economici a prestazioni sanitarie in un anno

Totale cittadini		**9.100**
di cui:		
Sesso	Maschio	3.500
	Femmina	5.600
Area geografica	Nord ovest	1.600
	Nord est	1.360
	Centro	2.100
	Sud e isole	**4.000**
Età	18-29 anni	800
	30-44 anni	2.200
	45-64 anni	**3.700**
	65 anni e oltre	2.400
Tipologia familiare	Unipersonale	1.000
	Coppia senza figli	2.500
	Coppia con figli	**5.000**
	"Monogenitore"	350
	Altra tipologia	240

Il decollo del *low cost* sanitario

Cresce la ricerca di opportunità di accesso a prestazioni sanitarie

- di qualità accettabile
- con buoni tempi di accesso
- a prezzi più bassi

Stime Assolowcost indicano in oltre 10 miliardi di euro il valore della sanità *low cost*

E il *low cost, come il "fai da te", può essere pericoloso*

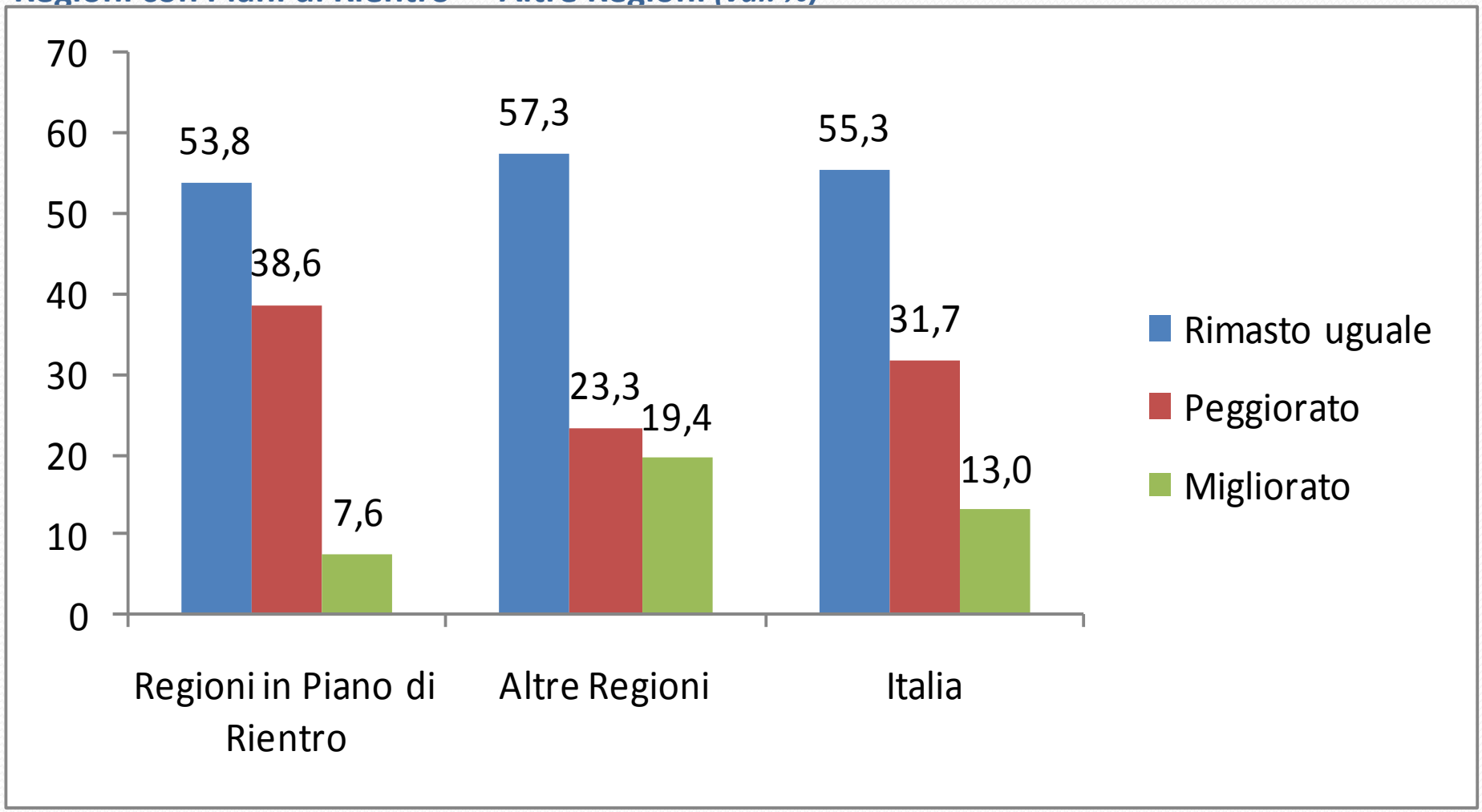
- Per i possibili danni derivanti da:
- un rapporto costi / benefici squilibrato;
- la mancanza di controlli di qualità;
- l'induzione di una domanda impropria e di risposte inappropriate.

La qualità percepita arretra

- **Disfunzioni segnalate dagli utenti del Servizio sanitario per area territoriale in termini complessivi (dal 4,4% del Nord-Ovest al 26,5% di Sud e Isole)**
- **Dettaglio degli aspetti problematici segnalati per area territoriale, con differenze marcate soprattutto per le liste di attesa (77% nel Sud-Isole e 68% al Centro) e per l'umanizzazione**
- **Peggioramento della sanità della propria regione negli ultimi due anni, soprattutto nelle Regioni con Piani di Rientro**

Giudizio sulla performance del Servizio Sanitario della propria regione negli ultimi due anni

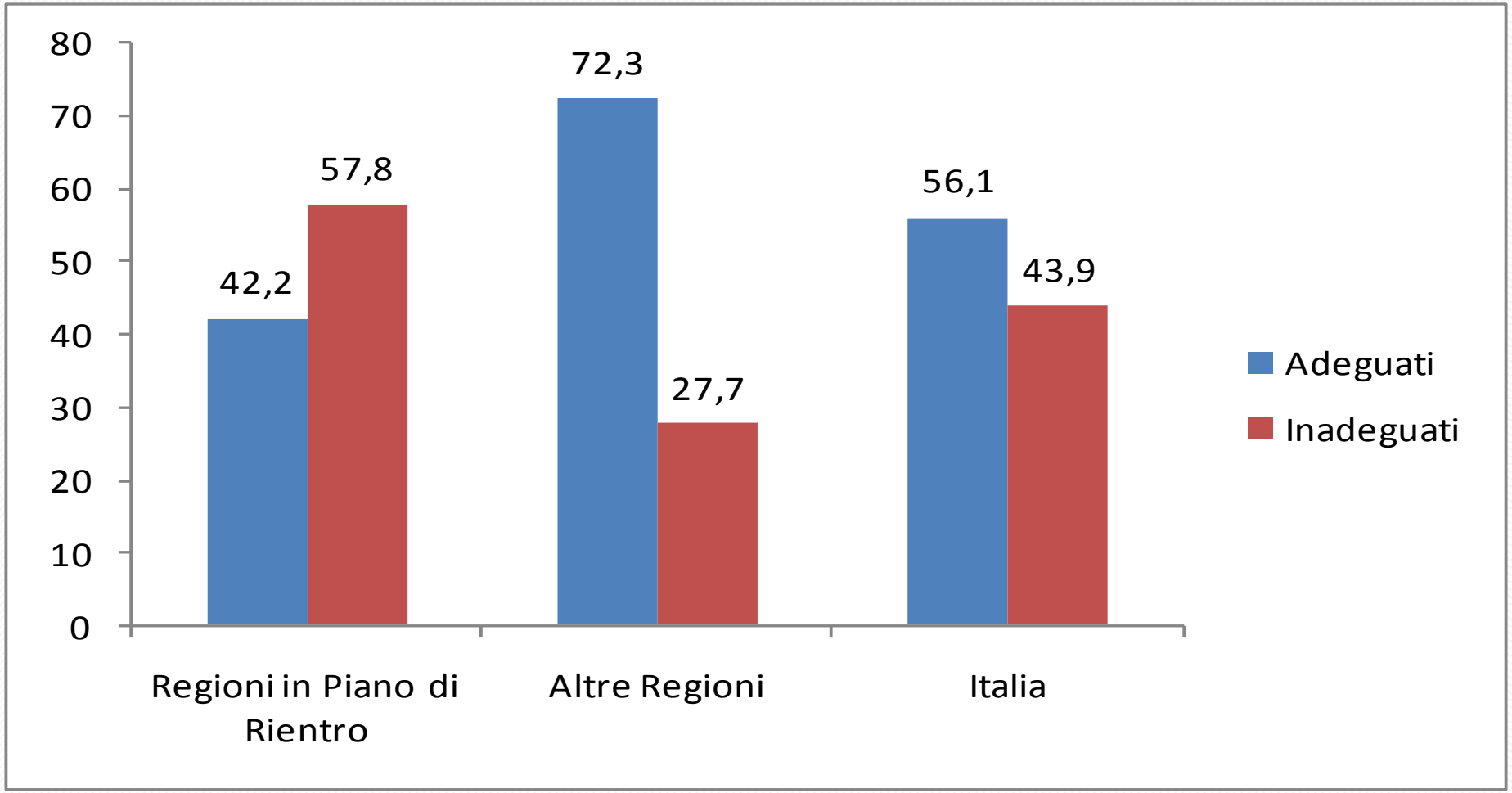
Regioni con Piani di Rientro* - Altre Regioni *(val. %)*



(*) Comprende le seguenti regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia
Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

Giudizio sull'adeguatezza dei servizi sanitari della propria regione

Regioni con Piani di Rientro* - Altre Regioni *(val. %)*



(*) Comprende le seguenti regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia
Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

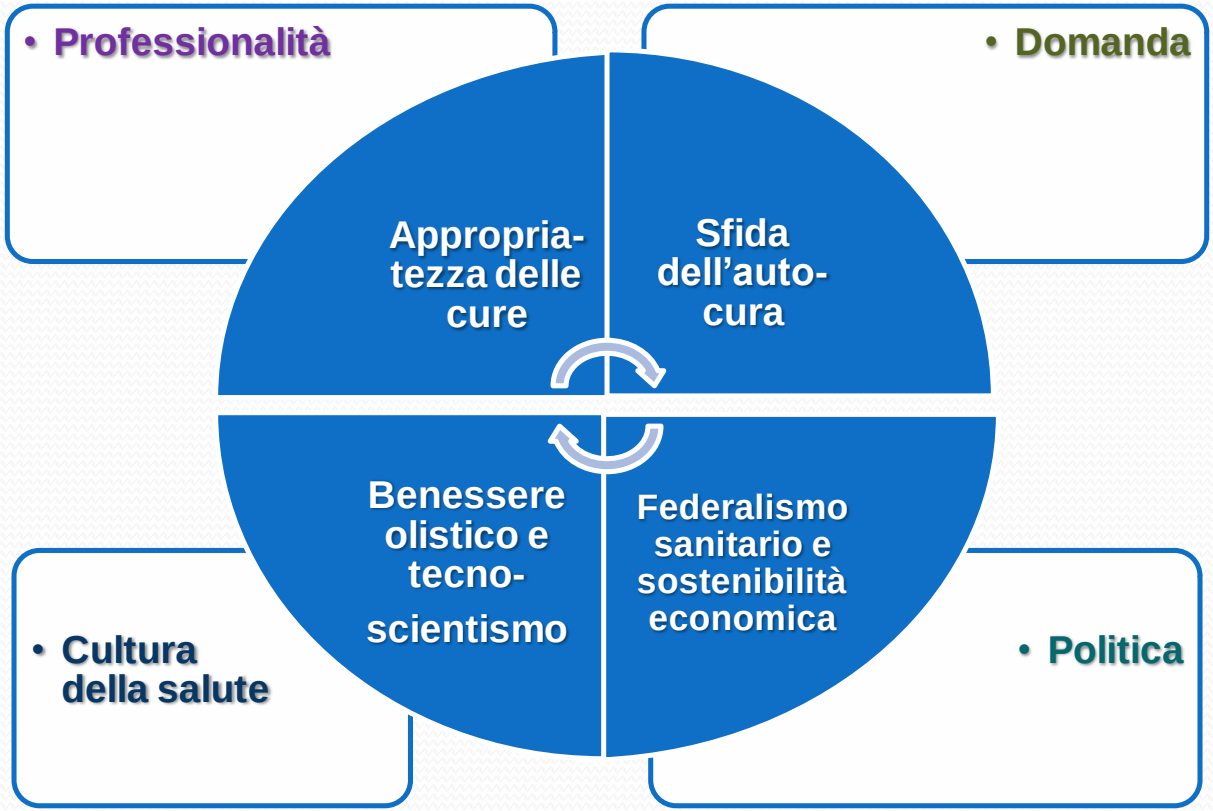
Che fare?

- **Riconnettere le politiche di bilancio alle più ampie strategie di innalzamento della qualità e delle *performance* dei servizi sanitari risulta una priorità indilazionabile, pena un ampliamento delle fratture regionali e di quelle sociali all'interno del paese.**
- **Ciò significa dare massima importanza e massimo spazio ai dati soggettivi ed al benessere dei cittadini utenti (*empowerement*)**

Le voci critiche

- La *evidence based medicine*: "Il paziente è soddisfatto? Si, ma costa troppo e sta peggio"; "*Customer satisfaction* bussola della sanità: prove di efficacia o strategie di marketing?" (A. Cartabellotta, Ilsole24ore Sanità, n. 32-33 2012)
- "Società delle differenze e dell'individualismo illimitato" e «Società dei desideri» (M. Magatti, La grande contrazione)

La necessaria ricerca di un equilibrio tra i vari ambiti, tutti di grande rilievo



www.forumbm.it

Grazie dell'attenzione!