

RIVOLUZIONE DEMOGRAFICA ! TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA !

**PER RISPONDERE ALLA DOMANDA SE
CE LA FAREMO OCCORRE PARTIRE
DALLA CONSTATAZIONE CHE SIANO DI
FRONTE AD SFIDA EPIDEMIOLOGICA, -
ECONOMICA SOCIALE E ASSISTENZIALE**



OCCORRE RIPENSARE UN NUOVO MODELLO DI SERVIZIO SANITARIO

Non è la più forte delle specie che sopravvive, né la più intelligente, ma quella più reattiva a i cambiamenti.

Charles Darwin

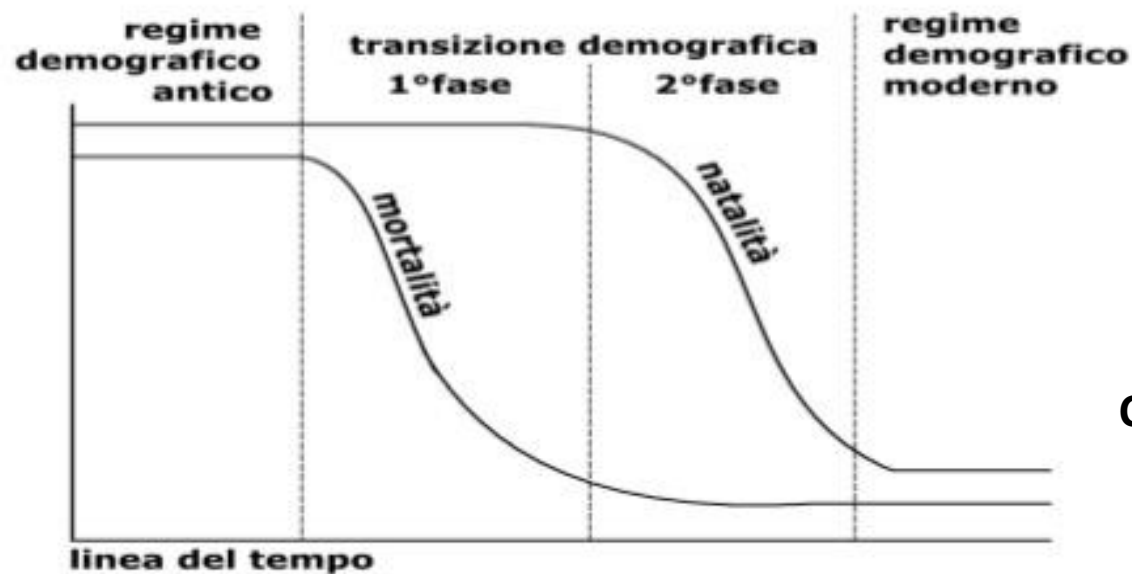
**RIVOLUZIONE DEMOGRAFICA !
TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA !**

**LA DOMANDA VERA CHE DOVREMMO
FARCI NON E' TANTO SE CE LA
FAREMO MA SE RIUSCIREMO
INVECCHIARE IN BUONA SALUTE
(DALY, disability-adjusted life years),**

**COLLOCARE IL PROBLEMA NEL
CONTESTO**

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA
TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA
SITUAZIONE ECONOMIA
MEDICALIZZAZIONE DELLA SOCIETA'
INDUSTRIALIZZAZIONE DELLA MEDICINA

LA TEORIA DELLA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA



Crescita zero

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

Più si invecchia e/o più ci si ammala, e più si deve spendere di tasca propria per curarsi.

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

Nel 21° secolo stiamo assistendo a una ridistribuzione demografica senza precedenti: **entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall'11% al 22% della popolazione totale.**

Negli ultimi anni per la prima volta nella storia dell'umanità, il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supera quello dei bambini al di sotto dei 5 anni.

L'incremento della popolazione anziana sarà più evidente soprattutto nei Paesi industrializzati nei quali il segmento di popolazione che aumenterà maggiormente sarà quello degli **ultraottantenni**, il cui numero assoluto previsto entro il 2050 risulterà praticamente quadruplicato. (Attualmente in Italia è circa 3.5%)

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

UN ULTERIORE ASPETTO DA CONSIDERARE E LA TENDENZA ALL'INDEBOLIMENTO DELLE RETE SOCIALI.

- l'indebolimento delle reti sociali di prossimità, la dimensione multi-etnica e plurale, il radicalizzarsi delle differenze culturali, la crescita delle disuguaglianze economiche, la crisi economica, la delocalizzazione produttiva, la perdita di posti di lavoro, il calo delle risorse pubbliche, l'indebolimento del welfare, hanno prodotto un mutamento strutturale profondo del tessuto sociale e delle condizioni che presiedono la convivenza e la coesione sociale.

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

- L'insieme di questi fenomeni hanno reso fragili le nostre città. La perdita di consistenza dei legami sociali, la perdita di senso del vivere in comunità, accresce il senso di precarietà e di insicurezza. Come sostiene Giuseppe De Rita “una società che ha un deficit di reti è una società debole”. L'assenza di reti comunitarie fa percepire l'ambiente sociale come ostile, instabile e minaccioso.
- Risulta allora necessario contrastare lo sbriciolamento dei legami sociali e immaginare delle politiche in grado di mettere mano alla ricostruzione della comunità, stimolando la creazione di reti sociali di reciprocità, di mutualità, di prossimità e costruendo legami che passano attraverso linee di diversità sociale piuttosto che quelle a forte coesione interna .

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

- L'Italia non ha ancora colmato il gap che la separa dal resto dell'Europa in merito all'offerta di servizi e strutture per il Long term care , evolvendo allo stesso tempo verso maggiori Standard di efficacia e garantendo la sostenibilità finanziaria delle cure.
- Nel nostro Paese, in più della metà dei casi (64%) è la famiglia ad occuparsi della cura e dell'assistenza della persona anziana affetta da patologie croniche [55].
- Non a caso, l'Italia è il Paese dell'area OCSE con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o disabili in modo continuativo. Le famiglie devono così provvedere all'anziano in modo autonomo, ricorrendo al supporto informale dei figli (89% dei casi) e/o di assistenti familiari (il 60% ricorre alle cosiddette badanti): ciò comporta un impegno in termini di tempo e di risorse finanziarie, senza contare che spesso le famiglie sono costrette ad assumere le badanti attraverso canali "informali", spesso con forme diffuse di irregolarità lavorativa e senza garanzie sulla loro professionalità e affidabilità

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

- Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione **italiana** è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di ultra 65enni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne)
- L'attuale evoluzione richiede, quindi, una ridefinizione delle misure e delle risorse destinate alle fasce di popolazione anziana, in cui più alto è il rischio di malattia e di perdita di autosufficienza.

- l'impatto dell'immigrazione
- molte Regioni d'Italia e d'Europa sono mèta di fenomeni migratori.
- Le persone provenienti da altri Paesi extracomunitari sono in continua progressiva crescita sollecitando la sanità a gestire in modo adeguato l'interazione con queste persone

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

Cambiamento di caratteristiche delle malattie che ha accompagnato il miglioramento complessivo delle condizioni di salute dalla fine del XIX alla prima parte del XX secolo.

Insieme al calare della mortalità e al crescere della speranza di vita, si è avuto uno spostamento delle caratteristiche delle malattie da un quadro dominato dalle malattie infettive a uno in cui prevalgono **malattie croniche** come le cardiopatie e i tumori.

Questo scivolamento verso le patologie croniche si può spiegare col fatto che sono aumentate le conoscenze mediche con la conseguenza che più gente vive fino all'età in cui queste malattie colpiscono.

Fenomeni sanitari più rilevanti nei secoli

XVIII SECOLO

- Peste
- Colera
- Malaria
- Tubercolosi
- Vaiolo

XXI SECOLO

- Malattie cardiovascolari
- Tumori maligni
- Incidenti stradali
- AIDS

CAUSE	% su totale Europa	% su totale Italia
Ischaemic heart disease	10.5	6.6
Cerebrovascular disease	7.2	5.7
Depressive disorders	6.2	6.8
Alcohol use disorders	3.1	3.4
Hearing loss, adult onset	2.6	4.0
Road traffic accidents	2.4	2.7
Lung cancer	2.2	3.5
Osteoarthritis	2.1	2.6
Alzheimer and dementia	2.0	4.5
Diabetes mellitus	1.5	3.7

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

- Con l'aumento dell'aspettativa di vita e il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate agli anziani, causando il cosiddetto **longevity shock**
- è inoltre evidente che la doppia transizione, epidemiologica e demografica, incrementerà inevitabilmente l'incidenza di numerose patologie neurodegenerative che si caratterizzano per il deficit cognitivo

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

- l'aumento della longevità rappresenta indubbiamente una grande conquista, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina, dall'altro potrebbe trasformarsi in una minaccia per l'immediato futuro, nel caso in cui non fosse controbilanciato da una rinnovata capacità di programmazione di opportuni, sistematici e urgenti interventi di politica sanitaria che investano la ricerca, l'assistenza e il benessere degli anziani, tenendo in considerazione l'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento.

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

- Lo stato di salute dell'anziano non è più identificato unicamente con la ridotta presenza di malattia, ma con il mantenimento del benessere psicofisico e relazionale, pur in presenza di polipatologie. Per questo motivo, uno degli indicatori più frequentemente utilizzati per misurare il benessere e lo stato di salute della popolazione è l'aspettativa **di vita libera da disabilità, (DALY, disability-adjusted life years)**, estendendo il concetto di aspettativa di vita al di là del semplice numero di anni vissuti, quantificando quanti di questi siano realmente vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane
- **la buona salute aggiunge vita agli anni**

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

- Per affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione, è necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze, **evitando l'ospedalizzazione** e prediligendo interventi sul territorio, mirati alla prevenzione, alla riabilitazione, alle facilitazioni ambientali, al sostegno economico, sociale e motivazionale dell'anziano e della sua famiglia, nel contesto di vita.
- In futuro la sfida sarà potenziare l'assistenza sul territorio.
- Gli ospedali funzioneranno e saranno sostenibili se funzionerà il territorio.
- **Questo non vale solo per gli anziani ma è la sostenibilità futura dei servizi socio assistenziali**

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

- Purtroppo, stando ai risultati del progetto "ULISSE - Osservatorio per la qualità dell'assistenza dell'anziano fragile" questo obiettivo in Italia è ancora lontano: i servizi sanitari per l'anziano, sia domiciliari, che per acuti o di lungodegenza, sono genericamente insufficienti
- L'affronto dell'invecchiamento si scontra contro la tendenza all'industrializzazione della medicina .

COLLOCARE IL PROBLEMA NEL CONTESTO

L' ECONOMIA E LA SALUTE

COLLOCARE IL PROBLEMA NEL CONTESTO

Negli anni 2007 – 2016 la spesa sanitaria pubblica seppur aumentata in valore assoluto (da 101,7 miliardi a 112,5 miliardi Euro) è diminuita come percentuale sul PIL (dal 7,3% nel 2009 al 6,7% nel 2016)

Si registra invece una sostanziale stabilità della percentuale di spesa sanitaria privata rispetto al Pil (2,1%) con un incremento in valore assoluto (da 29,5 miliardi a 39,8, miliardi di euro) .

Composizione spesa sanitaria 2016

- La spesa sanitaria totale 2016, tenendo conto della stima della spesa privata, ammonta a € 157,613 miliardi di cui:
- € 112,182 miliardi di spesa pubblica
- € 45,431 miliardi di spesa privata, di cui:
 - € 5,601 miliardi di spesa intermediata di cui:
 - € 3,831 miliardi da fondi sanitari
 - € 0,593 miliardi da polizze individuali
 - € 1,177 miliardi da altri enti
 - € 39,830 miliardi di spesa out-of-pocket

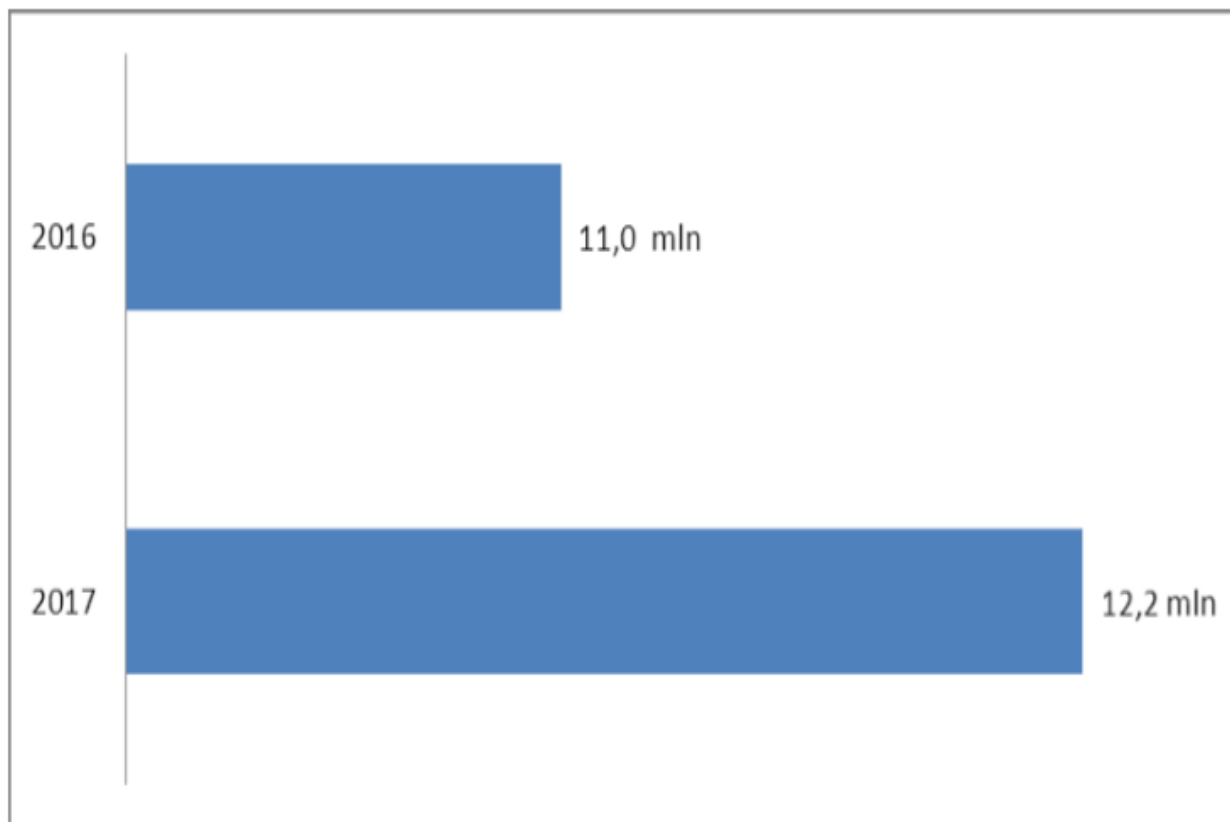
Troppo spesso la salute e la spesa per salute è stata considerata solo un **tema di sanità**, dimenticando gli impatti sul sistema economico e produttivo del Paese. La sostenibilità del sistema sanitario è prima di tutto un problema culturale e politico. Da queste conclusioni è necessario ripartire.

L'invecchiamento della popolazione, soprattutto l'invecchiamento in buona salute, è un'importante conquista sociale e non può continuare ad essere considerato un drammatico fattore di crescita della spesa sanitaria e una grave minaccia per la sostenibilità del sistema.

Accreditati studi internazionali hanno effettuato una stima quantitativa dell' impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come fattori che incidono sulla salute.

I fattori socio-economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 50%, lo stato e le condizioni dell' ambiente per il 20%, l' eredità genetica per un altro 20% e i servizi sanitari per il 10%.

Italiani che hanno rinunciato e/o rinviato per ragioni economiche almeno una prestazione sanitaria nell'ultimo anno (v. a. in mln)



Fonte: indagine Censis, 2017

- **I POVERI SPENDONO PER LA SALUTE UN QUINTO DEGLI ALTRI...**
- A causa di spese più urgenti (perché non rinviabili), le **famiglie povere** destinano alla **salute** solo il **2,54%** della **propria spesa totale**, contro il 4,49% delle famiglie non povere. In particolare, **possono spendere** solo **117 euro l'anno** (con un aggravio di 11 euro in più rispetto all'anno precedente), mentre il resto delle persone può spendere 703 euro l'anno per curarsi (+8 euro rispetto all'anno precedente).
- **...MA SPENDONO PIÙ SOLDI IN FARMACI PERCHÉ FANNO MENO PREVENZIONE...**
Per le **famiglie indigenti**, inoltre, la **quota principale della spesa sanitaria** è destinata ai **medicinali**: **12,30 euro mensili**, pari al **54% del totale**. Il **resto** delle **famiglie** destina ai farmaci **solo il 40%** della spesa sanitaria, perché investe maggiormente in prevenzione.

INDUSTRIALIZZAZIONE MEDICINA

- L'industrializzazione della medicina pone in rilievo la necessità di definire budget e costi e perchè le risorse si dimostrano sempre più insufficienti rispetto alla richiesta di assistenza della popolazione.
- Tutto ciò porta ad una medicina dell'efficienza che tende ad omogeneizzare le prestazioni e la pratica medica per motivi economici. Ad esempio valore appendicectomia = giorni ricovero, consumo risorse = costo prestazione: è il concetto di DRG. Ciò porta la conseguenza che si tendono a standardizzare i protocolli medici.
-
- Occorre trovare un equilibrio tra eccessiva utilizzo di tali procedure e un cattivo uso delle stesse.
-
- Il mercato della salute viene sempre più assimilato ad un processo industriale con sempre più attenzione ai costi totali e unitari cercando sempre più:
 - Di unificare i processi quantificando le possibili variazioni
 - Eliminazione delle oscillazioni dei metodi di lavoro
 - Controllo qualità e valutazione costi – benefici.

INDUSTRIALIZZAZIONE MEDICINA

- Problema culturale l'accoglienza fa parte della cura e della terapia
- Ci vorrebbe una legge Basaglia per le RSA

INDUSTRIALIZZAZIONE MEDICINA

La ricerca dell'efficienza gestionale deve supportare il perseguimento dell'erogazione di servizi di qualità con attenzione totale alla persona e ai suoi bisogni

Salute e salvezza hanno la stessa radice latina (SALUS)

Salvare vuol dire durare, conservare come un vaso che sta per cadere per terra se lo afferro lo salvo.

Il malato ti chiede di durare , salvare

Il dolore si cura tutto (fisico relazionale, emozionale , spirituale) in questo modo anche la morfina fa più effetto



IL quadro: "Il dottore, da un punto di vista medico, non può fare nulla di più per salvare la bambina. Perché allora è ancora lì? Può soltanto rimanere vigile - guardando il respiro lieve della bambina che si va via via affievolendo. Ora, immaginate un quadro con una scena differente - con la sedia del dottore vuota e i due genitori distrutti con in mano la cornetta del telefono. "

COMUNQUE FINO AD OGGI SI MUORE
MEDICALIZZAZIONE SOCIETA'

MEDICALIZZAZIONE SOCIETA'

- Con il declino delle religioni organizzate la preoccupazione delle società relative al destino vengono sempre più espresse in TERMINI MEDICI, anziché religiosi.
- Al concetto di bene si sostituisce quello di salute.
- Il sociologo Illich, ha inteso la **Medicalizzazione come l'estensione della giurisdizione della medicina ad una serie di problemi che un tempo non erano considerati medici (gravidanza, parto vecchiaia, infelicità, tristezza, solitudine, isolamento sociale**
- Giovanni Berlinguer, ricercatore di medicina sociale, ha calcolato che si prendessero per buoi gli allarmi delle diverse associazioni mediche si dovrebbe ritenere che ogni italiano sia affetto da 2,5 malattie.

MEDICALIZZAZIONE SOCIETA'

- La medicalizzazione quindi ha portato un'invadenza della medicina in compiti non propri portando a pensare che l'unico modo di proteggere la salute sia la medicina e delegando così al potere del medico la propria vita.
- **La specializzazione della tecnica che porta a diagnosi sempre più precise – oggi con un esame si vedono cose che prima non si vedevano, e la medicalizzazione della società ha portato all'aumento della domanda di prestazioni mediche – sanitarie, con conseguente incremento dei costi e delle risorse necessarie.**

COSA FARE

- Possibili risposte
- rete integrata dei servizi sociosanitari che vede l'interazione di diverse figure professionali: medico, assistente sociale, infermiere professionale, fisioterapista, ecc.
- Potenziamento strutture quali residenze sanitarie assistenziale,, casa di riposo, ecc. e dei servizi .assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione domiciliare, centri diurni, servizi sociali, volontariato, ecc.) disponibili sul territorio.
- **investire in assistenza primaria ha un'utilità marginale più alta rispetto agli investimenti in tecnologie sanitarie**
-

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

- **Criticità**
- Se non ci sono risposte diverse sul territorio si sovraccarica la rete ospedaliera
- Case della salute
- CAVS
- Efficienza : razionalizzazione rete ospedaliera: SPOK ed HUB (Piano sanitario Regione Piemonte)

COSA FARE

La prevenzione può contribuire in maniera significativa non solo alla salute della popolazione ma anche alla sostenibilità del sistema; la maggior parte degli interventi sugli stili di vita e dei programmi di screening e vaccinali producono effetti consistenti non solo nel medio-lungo periodo ma anche nel breve soprattutto se si considera una prospettiva più ampia che supera l'ambito dei costi sanitari diretti e indiretti ma considera anche l'ambito sociale.

Lo sviluppo di politiche per la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio sulla vita e sulla salute di un ambiente contaminato, insalubre e poco sicuro può ridurre in modo significativo i costi sociali ed economici (compresi quelli sanitari) che ricadono sulla collettività, in particolare a danno delle persone socialmente più svantaggiate.

COSA FARE

il decremento dei benefici marginali al crescere degli investimenti è ampiamente noto e dimostrato che i benefici maggiori si ottengono con investimenti nella promozione della salute, nella prevenzione delle malattie e nell'assistenza sanitaria di primo livello.

Lo sviluppo di una medicina ad elevato contenuto tecnologico a fronte di investimenti rilevanti fa registrare benefici marginali ridotti. Questo aspetto va tenuto in considerazione e tenuto sotto controllo perché può creare delle minacce nei confronti dell'equità

COSA FARE

- Lo sviluppo di nuove figure quali l'infermiere di famiglia
- Un ruolo e una competenza più specifica e specialistica all'infermiere
- Dal punto di vista dell'ospedale una razionalizzazione della rete ospedaliera, potenziamento day hospital
- La diffusione di nuovi modelli quali l'intensità di cura
- Creazione di nuove forme di lavoro (badante di condominio, associazione di assistenza)

COSA FARE

Si è ridotta spesa personale (vedi dati)

Si è ridotta la spesa farmaceutica (appropriatezza prescrittiva, medicinali generici)

Perché i farmaci costano così tanto (esempio vaccini epatite, importazione parallela)

ESPERIENZA E DATI BANCO FARMACEUTICO

L'informatizzazione e le nuove tecnologie digitali possono contribuire a migliorare l'accessibilità al sistema, l'integrazione dei servizi per gli operatori e per il cittadino, garantire maggiore trasparenza delle informazioni migliorando l'efficienza e la sostenibilità stessa del sistema.

Le liste d'attesa, il ricorso sempre più frequente al privato e l'aumento progressivo della compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria impone un serio ripensamento a livello politico nella definizione dei nuovi LEA che possano rispondere alle nuove esigenze di salute dei cittadini, nella ridefinizione dei criteri di esenzione e dei ticket.

LISTE DI ATTESA

Nel periodo 2014-2017 per la gran parte delle prestazioni sanitarie si registra un allungamento della lunghezza delle liste di attesa:

- le visite cardiologiche sono passate da 59 giorni a 67 giorni, +8 giorni;
- le visite ginecologiche da 38 giorni a 47 giorni, +8 giorni;
- le visite oculistiche da 70 a 87 giorni, ben 18 giorni in più;
- le visite ortopediche da 48 giorni a 66 giorni, con + 18 giorni;
- la colonscopia da 87 giorni a 93 giorni, + 6 giorni;
- la mammografia da 62 giorni a 122 giorni, con +60 giorni
- la risonanza magnetica da 74 giorni a 80 giorni, con +6 giorni.

Un sentiero di espansione dei tempi di attesa che non è certo secondario rispetto al boom del privato e alla convinzione che in certe situazioni occorre far da se, utilizzando soldi propri.

Stima del fabbisogno al 2025

Come rilevato dai numerosi feedback raccolti in occasione della consultazione pubblica sul 2° Rapporto GIMBE, si stima una spesa di € 220 miliardi anche in considerazione di ulteriori analisi effettuate sui seguenti fattori:

- entità del sotto-finanziamento del SSN;
- benchmark con i paesi dell'Europa occidentale
- sottostima dell'impatto economico dei nuovi LEA;
- evidenza di inadempimenti LEA in varie Regioni: screening oncologici, ADI, hospice, lungodegenze, etc.;
- inderogabile necessità di rilancio delle politiche per il personale sanitario: stabilizzazioni, nuove assunzioni, adeguamenti salariali a standard europei;
- imminente immissione sul mercato di numerose innovazioni farmacologiche dai costi molto elevati;
- necessità di ammodernamento tecnologico;
- invecchiamento della popolazione;
- rinuncia a prestazioni sanitarie (dati ISTAT).