

Un'iniziativa sostenuta da Pfizer

MERIDIANO  SANITÀ
Le coordinate della salute

Rapporto Finale 2007

Novembre 2007

PREMESSA

Meridiano Sanità nasce nel 2005 con l'ambizione forte di portare all'attenzione degli operatori e delle istituzioni riflessioni di alto livello per valorizzare al massimo l'intero sistema come asset per il Paese.

Questa ambizione si è basata sulla consapevolezza profonda che ci si trova di fronte a cambiamenti strutturali ed epocali, che colpiscono tutti i cittadini e che non possono non impattare in modo altrettanto forte sul riassetto dell'intero sistema.

Allo stesso tempo abbiamo avuto anche l'orgogliosa consapevolezza che il punto di partenza e i risultati ottenuti ad oggi non fossero affatto disprezzabili, sia in termini di durata e qualità della vita dei cittadini del nostro Paese, sia in termini di struttura dei costi del nostro sistema sanitario rispetto ad altri Paesi avanzati in Europa e nel mondo.

Il nostro Gruppo di lavoro crede nei principi dell'indipendenza, dell'autonomia e della professionalità, tutte le nostre proposte e suggerimenti non si basano su ideologie partitiche o politiche, ma su analisi e riflessioni basate sui fatti ed ispirate dal principio della centralità della persona e della massimizzazione dell'efficienza e dell'efficacia del sistema sanitario.

L'obiettivo di Meridiano Sanità è quindi quello di: "proporre, in chiave indipendente, professionale e collegiale, idee, ipotesi e prospettive per un nuovo approccio alla Sanità in Italia".

Meridiano Sanità poggia su sette pilastri e principi guida ispiratori:

- Centralità della persona;
- Riequilibrio e integrazione tra sistema ospedaliero e territoriale;
- Valorizzazione del ruolo del Medico di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici di Continuità Assistenziale nonché degli specialisti e degli appartenenti alle altre professioni sanitarie operanti sul territorio;
- Valutazione di efficacia/efficienza a livello di sistema e non del singolo comparto;
- Performance valutata sui risultati ottenuti nella tutela della salute rispetto alle risorse impiegate;
- Sanità vista non solo come problema finanziario, ma come investimento del settore economico dei servizi;
- Sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) e dell'assistenza socio-sanitaria.

La forza di Meridiano Sanità, che ha fatto vivere nel primo biennio ben sette Tavoli Tecnici di lavoro, per oltre 100 interlocutori coinvolti e che ha attivato nel 2007 un Tavolo di Consultazione con oltre 40 protagonisti e attori principali, è stata quella di avere coinvolto e aggregato il consenso e messo in ordine numeri, fatti e opinioni per migliorare la capacità del sistema di innovare e di cambiare.

La costante rispetto alla prima fase è rappresentata certamente dall'approccio: Meridiano Sanità costituisce una piattaforma metodologica per attivare un confronto costruttivo e raccogliere in modo efficace ed efficiente le istanze dei diversi attori che, a vario titolo, possono considerarsi "portatori di interessi" nel complesso mondo della sanità in Italia. Di nuovo, la logica di Meridiano Sanità è quella di essere "al servizio" di tutte le persone che hanno a cuore la sanità in Italia.

La novità è rappresentata dalla focalizzazione. Meridiano Sanità 2005-2006 si addentrò nei diversi ambiti della sanità privilegiando l'ampiezza dei temi trattati: lo scenario di riferimento, i Facts&Figures della Sanità in Italia, l'analisi dei principali sistemi sanitari internazionali, il valore economico della sanità, i suggerimenti migliorativi in termini di organizzazione, risorse e governance.

Meridiano Sanità 2007 ha scelto, raccogliendo le istanze e i suggerimenti di coloro che hanno a vario titolo contribuito ai suoi esiti, di focalizzarsi su un tema di importanza cruciale per il S.S.N. oggi: l'assistenza primaria.

Da anni sono note le criticità che riguardano questo fondamentale tassello del S.S.N.. Le principali dinamiche in atto, purtroppo, non contribuiranno ad invertire la rotta, anzi, se non corrette, peggioreranno la situazione. Fenomeni quali l'invecchiamento della popolazione, l'incremento delle cronicità e delle disabilità a fronte di un sistema focalizzato sulle patologie acute (con le relative implicazioni in termini socio-sanitari), l'esigenza di maggior integrazione fra le diverse figure professionali che operano nella sanità, ecc., scaricano la propria magnitudo essenzialmente – anche se non esclusivamente – sul sistema dell'assistenza primaria, che si trova a fronteggiare sfide nuove per portata e velocità del cambiamento.

L'analisi condotta, a partire dalla messa a punto di una definizione dell'assistenza primaria, ha esplorato i diversi studi che hanno approfondito i diversi aspetti della materia (normativa, organizzazione, governance, finanziamento), le esperienze internazionali realizzate in diversi Paesi OCSE (in particolare, Inghilterra, Spagna, Francia, Germania, Olanda e Canada), e le esperienze già realizzate da alcune Regioni italiane.

Il lavoro ha beneficiato del fondamentale contributo di una pluralità di attori, a partire da tutti coloro che, partecipando al Tavolo di Consultazione (che nel complesso rappresentano più di dieci milioni di cittadini, utenti e operatori della Sanità) e al Comitato Scientifico, hanno rappresentato la spina dorsale di Meridiano Sanità. Li ringraziamo moltissimo.

Un particolare ringraziamento a Elio Guzzanti, che ci ha guidato nel percorso con passione e competenza senza pari.

Vorremmo inoltre esprimere la nostra gratitudine a Pfizer Italia e a Novartis Italia, che hanno creduto fortemente nel progetto e l'hanno sostenuto con convinzione.

Infine un ringraziamento al Gruppo di Lavoro The European House-Ambrosetti composto da: Daniela Bianco, Emiliano Briante, Silvia Colombo, Raimondo Fusco e Mauro Maraschi.

Vorrei concludere queste mie riflessioni citando una frase di Tony Blair, che penso sintetizzi in modo molto efficace la sfida, presente e futura, di Meridiano Sanità per la centralità della persona:

"There is not a single country round the world of a modern developed nature where healthcare is not a major issue. It is perfectly obvious why - people are living longer, more diseases can be treated in better ways and people's expectations are infinitely higher.

When the NHS was first started people thought it was fantastic that you got free healthcare.

*Today people want free quality healthcare, and what is more they want it, as someone famously said, at the time they want it, in the place they want it, with the person they want**.*

Tony Blair, discorso ai Primary Care Trusts, 5 dicembre 2006

Valerio De Molli

The European House-Ambrosetti

* *Non c'è oggi un solo Paese moderno e sviluppato al mondo in cui la sanità non sia una questione cruciale. Il perché è perfettamente ovvio: le persone vivono più a lungo, più malattie un tempo incurabili possono oggi essere curate e le aspettative sono infinitamente più grandi. Quando fu istituito l'NHS (servizio sanitario inglese) tutti pensavano che fosse fantastico usufruire gratuitamente dei servizi sanitari. Oggi le persone vogliono un servizio sanitario gratuito di qualità e, soprattutto, lo vogliono nei tempi, nei luoghi e con le persone che preferiscono*.*

INDICE

Premessa	II
1. LO SCENARIO DI RIFERIMENTO	1
1.1 FATTORI DEMOGRAFICI ED EPIDEMIOLOGICI	2
1.1.1 L'evoluzione demografica.....	2
1.1.2 Il quadro delle principali patologie e cause di morte	15
1.1.3 Bisogni sanitari legati al quadro epidemiologico e impatto sul sistema	18
1.2 FATTORI ECONOMICI E SOCIALI.....	22
1.3 FATTORI TECNOLOGICI.....	27
1.4 FATTORI CULTURALI E COMPORTAMENTALI	29
2. FACTS AND FIGURES DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN ITALIA	33
2.1 I COSTI DEL S.S.N.	33
2.1.1 La spesa sanitaria (pubblica e privata) in Italia: dinamiche e articolazione per destinazione.....	33
2.1.2 Individuazione dei diversi <i>trend</i> tra le componenti della spesa sanitaria in Italia	38
2.2 L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA: IL MODELLO PREVISIONALE DI MERIDIANO SANITÀ.....	41
2.2.1 I <i>driver</i> della spesa sanitaria e la costruzione di un modello previsionale.....	41
2.2.2 Le risultanze del modello previsionale.....	42
2.2.3 Il focus sui <i>driver</i> della crescita della spesa sanitaria	44
2.2.4 L'impatto delle "componenti esogene": l'esempio dell'investimento in prevenzione	47
2.3 LE DINAMICHE LOCALI.....	50
2.3.1 Analisi comparata della spesa sanitaria delle Regioni: dinamiche evolutive e mobilità interregionale	50

3. PRIMARY CARE: ESPERIENZE INTERNAZIONALI.....	61
3.1 ALCUNI INDICATORI DI CONFRONTO TRA I MAGGIORI PAESI OCSE	61
3.1.1 La spesa sanitaria pubblica e privata	61
3.1.2 Gli occupati e la disponibilità di figure professionali nella sanità	63
3.1.3 Le risorse a disposizione.....	65
3.2 PRINCIPALI RIFORME DI <i>PRIMARY CARE</i>	67
3.3 LE CURE PRIMARIE AL CENTRO DEL SISTEMA SANITARIO: MODELLI A CONFRONTO	68
3.3.1 Inghilterra.....	68
3.3.2 Spagna.....	71
3.3.3 Catalogna.....	72
3.3.4 Paesi Bassi	74
3.3.5 Francia	76
3.4 FORME ASSOCIATIVE (MEDICINA DI GRUPPO) PER L'EROGAZIONE DELLE CURE PRIMARIE.....	78
3.4.1 Inghilterra.....	78
3.4.2 Spagna.....	81
3.4.3 Paesi Bassi.....	82
3.4.4 Germania.....	83
3.4.5 Canada.....	84
3.4.6 Forme associative di coordinamento e integrazione delle cure primarie: tavola di confronto in alcuni Paesi OCSE.....	87
3.5 IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: RUOLI, FUNZIONI, INQUADRAMENTO CONTRATTUALE E SISTEMA DI REMUNERAZIONE.....	88
3.5.1 Inghilterra.....	88
3.5.2 Spagna	90
3.5.3 Paesi Bassi.....	91
3.5.4 Francia	92
3.5.5 Il MMG: tavole di confronto in alcuni Paesi OCSE.....	93
3.6 L'ORGANIZZAZIONE E IL FINANZIAMENTO DELLA <i>LONG TERM CARE</i> (LTC)	95
3.6.1 Inghilterra.....	95
3.6.2 Spagna	95
3.6.3 Paesi Bassi	97
3.6.4 Germania	97

4. L'ASSISTENZA PRIMARIA IN ITALIA	101
4.1 L'ASSISTENZA PRIMARIA E IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	101
4.2 LA NECESSITÀ DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA	103
4.3 FORME DI ASSOCIAZIONISMO E COLLABORAZIONE NELL'AMBITO DELLA MEDICINA GENERALE	104
4.4 ALCUNE ESPERIENZE REGIONALI	106
4.5 LA CASA DELLA SALUTE: UN'OPPORTUNITÀ PER L'INNOVAZIONE DEL TERRITORIO	109
4.6 L'ORGANIZZAZIONE DELLA CASA DELLA SALUTE	110
4.7 LA RI-FONDAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE	112
4.8 IL FUTURO DEL TERRITORIO: VERSO UNA RETE ORGANIZZATA, COORDINATA ED INTEGRATA DI ATTIVITÀ E SERVIZI	115
4.9 LE SCHEDE REGIONALI DI MERIDIANO SANITÀ: UNA REALTÀ MULTIFORME.....	118
4.9.1 Nota metodologica: le schede regionali di sintesi e le matrici caratteristiche-bisogni-risposte.....	118
4.9.2 Caratteristiche regionali e bisogni della popolazione.....	122
4.9.3 Le differenze nella risposta sanitaria ai bisogni della popolazione	126
 5. LINEE GUIDA E MECCANISMI PER IL FINANZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA	131
5.1 INTRODUZIONE	131
5.2 L'ASSISTENZA PRIMARIA ALL'INTERNO DEI L.E.A.	131
5.3 IL FINANZIAMENTO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA.....	136
5.4 IL MODELLO PPP – <i>PAYOR/PURCHASER/PROVIDER</i>	138
5.5 LE MODALITÀ DI FINANZIAMENTO DEI <i>PROVIDER</i>	142
5.6 CONSIDERAZIONI SUL FINANZIAMENTO DEI <i>PROVIDER</i> DI ASSISTENZA PRIMARIA.....	146
5.7 QUESTIONI APERTE: LA <i>LONG TERM CARE</i>	150
5.8 CONSIDERAZIONI DI SINTESI	150

6. PROPOSTE PER MIGLIORARE L'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DELL'ASSISTENZA PRIMARIA E L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	155
6.1 INTRODUZIONE.....	155
6.2 PRIMO PUNTO DI CONTATTO ACCESSIBILE NEL TEMPO E NELLO SPAZIO.....	156
6.3 LA CENTRALITÀ DEL MODELLO BASATO SUL DISTRETTO.....	159
6.4 L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E IL PERCORSO FORMATIVO.....	160
6.5 L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E IL RAPPORTO FIDUCIARIO MEDICO-PERSONA ASSISTITA.....	160
6.6 I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ASSISTENZIALI.....	161
6.7 INVECCHIAMENTO, CRONICITÀ, DISABILITÀ.....	161
6.8 MISURARE E VALUTARE PER MIGLIORARE.....	162
6.9 INVESTIMENTI.....	163
6.10 CONSIDERAZIONI DI SINTESI E QUESTIONI APERTE.....	164
ALLEGATO 1 - Partecipanti al Tavolo di Consultazione.....	167
ALLEGATO 2 - Le schede regionali di Meridiano Sanità.....	171
BIBLIOGRAFIA.....	239