
GLI SCENARI FUTURI DELLA MEDICINA GENERALE

Francesco Longo

Settembre 2011

Trend di medio-lungo periodo.

Condizioni che determinano l'evolversi degli scenari (1/2)

1. Finanziarie:

- Il livello di crescita del PIL e l'ammontare di risorse destinate alle Cure Primarie e alla Medicina Generale

2. Istituzionali a livello europeo:

- Presenza di trattati o di orientamenti a livello europeo che agevolano possibili aumenti di spesa per la sanità (ad esempio, attraverso stimoli alla convergenza indotti da un'ipotetica “*Maastricht dell'welfare*” o aumento della mobilità istituzionalmente riconosciuta)

3. Istituzionali a livello nazionale:

- Decisioni in merito al livello di decentramento regionale/ federalismo nella gestione della spesa sanitaria

4. Scelte di consumo:

- L'evoluzione della società (verso forme crescenti di individualismo o verso modelli di riscoperta della dimensione collettiva) e l'evoluzione delle preferenze dei cittadini/consumatori (tendenza verso fruizione di servizi collettivi o ricerca di servizi personalizzati)

Trend di medio-lungo periodo. Condizioni che determinano l'evolversi degli scenari (2/2)

5. Culturali:

- La tipologia di approccio del cittadino/utente alla salute, intesa come consumo oppure come stile di vita

6. Sociali:

- L'evoluzione dei meccanismi di riproduzione sociale (se permane un ruolo forte della famiglia oppure si tende ad un crescente individualismo con forme di auto-sostegno)

7. Tecnologiche:

- Le innovazioni tecnologiche bio-mediche e la diffusione di innovazioni (ad esempio kit della prevenzione) per l'autodiagnosi e l'autocura

8. Imprenditoriali:

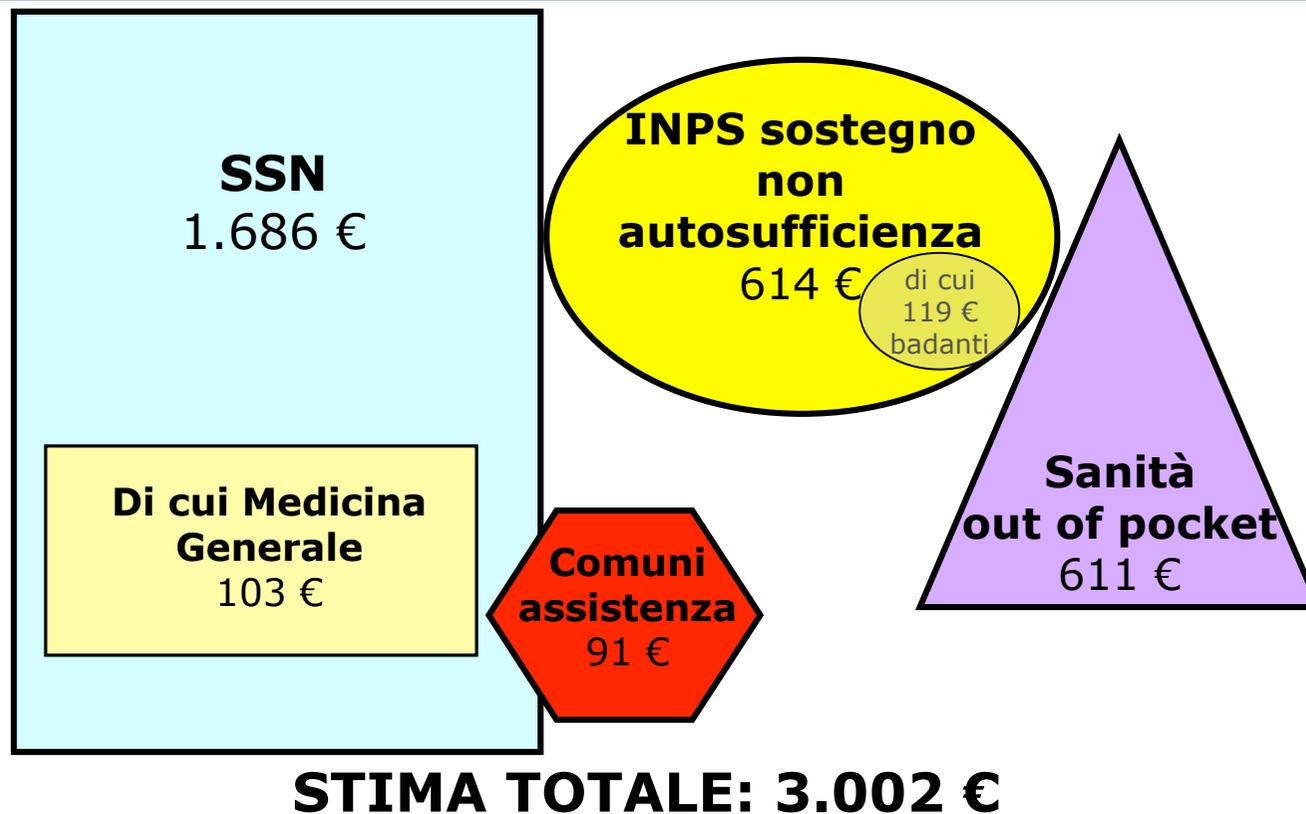
- Lo sviluppo di erogatori privati e la tipologia di servizi offerti

Potenziali cause di discontinuità nei servizi sul territorio

- ❑ **Sviluppo delle strutture intermedie VS. sviluppo delle cure primarie**
- ❑ **Affermazione della medicina predittiva e kit della diagnosi precoce di largo consumo**
- ❑ **Policy di risposta alla diffusione delle cronicità: ruolo della medicina di iniziativa, utilizzo della tecnologia (interazione a distanza), coinvolgimento di diverse categorie di professionisti (medici, infermiere, OSS, badanti), attenzione agli stili di vita e capacità di comunicazione ai cittadini**
- ❑ **Capacità delle aziende sanitarie di rendersi permeabili alla cooperazione con altre istituzioni, erogatori privati e soggetti della società civile**
- ❑ **Crescente pressione sul territorio: da valutare l'impatto di nuove forme di prevenzione personale e technology-driven, rese possibili da mini-nano tecnologie che monitorano continuamente ed in remoto**

LA MISSION DELLE CURE PRIMARIE

Le componenti del welfare socio sanitario italiano (spesa pro-capite, dati 2008)



Alla luce di tali dati, quali saranno i possibili scenari relativi all'evoluzione dei confini, del sistema di finanziamento e del ruolo della Medicina Generale e delle Cure Primarie nel welfare socio-sanitario italiano?

Set di scenari “Confini delle Cure Primarie”

- 1. Scenario “Cure primarie tradizionali”**
- 2. Scenario “Sviluppo del ruolo di gate-keeping della Medicina Generale”**
- 3. Scenario “Sanità territoriale e socio-sanitario integrati”**
- 4. Scenario “Cure Primarie in un contesto di concezione olistica della salute”**

1. Scenario “Cure Primarie tradizionali”

- La struttura “tradizionale” delle Cure Primarie si mantiene invariata
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, perciò, rimangono gli attori centrali del sistema di Cure Primarie
- I confini tra welfare sanitario e socio-sanitario rimangono ben marcati
- Si diffondono, seguendo il percorso intrapreso negli ultimi quindici anni, innovazioni incrementali di carattere organizzativo volte ad una maggiore responsabilizzazione dei MMG e ad un potenziamento della continuità assistenziale, senza sostanziali modifiche per il sistema delle Cure Primarie nel suo complesso

2. Scenario “Sviluppo del ruolo di gate-keeping della Medicina Generale”

- Viene progressivamente rafforzato il ruolo di gate-keeping all'interno del sistema sanitario dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, che diventano in maniera sostanziale gli attori pivotali nel legame tra Cure Primarie e accesso a livelli specialistici di cura.
- Il rafforzamento del riconoscimento di tale ruolo viene accompagnato da una crescente autonomia finanziaria e gestionale.
- Parallelamente, tale crescente autonomia conduce a una forte responsabilizzazione sui risultati, non soltanto in termini di processo o governo degli input, ma in termini di appropriatezza (prescrittiva e nell'accesso all'ospedalizzazione) e di outcome clinico.

3. Scenario “Sanità territoriale e socio-sanitario integrati”

- A livello complessivo di sistema sanitario, le istituzioni pubbliche cercano di individuare, organizzare e gestire le interdipendenze tra sociale e sanitario
- Alla luce dell'invecchiamento progressivo della popolazione, e della correlata crescente diffusione di patologie croniche, sanità e sociale sono fortemente interdipendenti tra loro in un continuum
- Le Cure Primarie, e più in generale la sanità territoriale, costituiscono il livello di assistenza in cui tale integrazione tra sociale e sanitario diventa centrale
- Pur nella differenza dei sistemi sociali e sanitari e dei rispettivi finanziamenti, si sviluppano forme rilevanti di integrazione, sia di carattere formale che informale
- L'eventuale individuazione di *gates* unici di accesso, *case manager* per patologia o profilo di utenza, e altre innovazioni organizzative o di servizio, coinvolgono attivamente gli attori delle Cure Primarie, richiedendo una loro crescente integrazione con professionisti del settore socio-sanitario

4. Scenario “Cure Primarie in un contesto di concezione olistica della salute”

- I confini della sanità sono sempre più labili e meno definiti, dal momento che si afferma progressivamente una concezione di wellbeing individuale che travalica i confini della sanità.
- Ciò genera un ingente sviluppo di consumi in prevenzione, sport, estetica, wellness, spinti dalla nuova cultura olistica del benessere
- Tali fenomeni inducono un rilevante ampliamento dei confini dell’”industria della salute”, con effetti potenzialmente rilevanti sulla salute degli utenti.
- Gli attori delle Cure Primarie, e in particolare i Medici di Medicina Generale, sono chiamati a presidiare e governare pro-attivamente tale fenomeno.
- Da un lato, infatti, esso può rappresentare una opportunità di crescita del benessere individuale per categorie di soggetti tendenzialmente fragili (anziani in primis); dall’altro, però, l’accesso non controllato nel consumo di servizi di wellbeing può aumentare rischi di inappropriatelyzza che possono successivamente gravare sulla sanità pubblica

Set di scenari “Modalità di finanziamento delle Cure Primarie”

1. **Scenario “Sistema di finanziamento tradizionale SSN”**
2. **Scenario “Sviluppo della sanità out of pocket non governato dal SSN”**
3. **Scenario “Sanità pubblica territoriale “competitiva”, con offerta di servizi “out of pocket” da parte SSN**

1. **Scenario “Sistema di finanziamento tradizionale SSN”**

- La spesa per le Cure Primarie si mantiene sostanzialmente stabile, e cresce in maniera strettamente correlata alla crescita del PIL
- La struttura “tradizionale” delle Cure Primarie si mantiene invariata
- Le risorse pubbliche per le Cure Primarie vengono perciò principalmente destinate al finanziamento dei professionisti della Medicina Generale, della Pediatria di Libera Scelta e della Continuità Assistenziale
- Le Regioni finanziariamente più ricche o virtuose destinano risorse aggiuntive a innovazioni organizzative o di servizio.
- L’innovazione organizzativa nelle Cure Primarie, comunque, rimane una prerogativa soltanto di specifiche Regioni, con rischi di disallineamento crescente nella qualità delle Cure Primarie tra diverse aree del Paese

2. Scenario “Sviluppo della sanità out of pocket non governato dal SSN”

- Le risorse destinate al SSN rimangono stabili nel tempo oppure decrescono leggermente, a causa delle pressioni crescenti sulle finanze pubbliche e conseguente obbligo di razionalizzazione delle risorse e contenimento della spesa pubblica sanitaria
- Decresce l'incidenza della spesa SSN sul totale della spesa sanitaria, con un parallelo aumento dell'incidenza della spesa “*privata privata*” (out of pocket)
- Una parte considerevole della spesa out of pocket (come indicato anche dall'analisi Multiscopo ISTAT 2007) si concentra in prestazioni di carattere preventivo e diagnostico, e in servizi socio-sanitari e socio-assistenziali
- Si sviluppano progressivamente forme assicurative integrative (individuali e collettive) per il finanziamento della quota di out of pocket
- Gli attori pubblici delle Cure Primarie (in primis MMG) governano una quota sempre de-crescente di servizi sanitari consumati dai cittadini, e rischiano di veder progressivamente ridotto (se non impossibile) l'esercizio di un ruolo attivo di gate-keeper del sistema di cure
- Ciò induce a un ripensamento strategico del ruolo e delle funzioni dei MMG all'interno del sistema di cure

3. Scenario “Sanità pubblica territoriale “competitiva”, con offerta di servizi “out of pocket” da parte SSN

- La quota di risorse governate dal SSN sul totale della spesa sanitaria aumenta, in virtù di due possibili ordini di ragioni: a) un aumento della quota della spesa “*privata privata*” ricondotta all’interno dei confini tradizionali del SSN, attraverso lo sviluppo di un’area a pagamento all’interno delle aziende pubbliche; b) i servizi socio - sanitari e socio – assistenziali, caratterizzati da un elevato livello di out of pocket, vengono inclusi nei confini del welfare sanitario
- Il SSN vende anche prestazioni in regime di out of pocket, diventando così competitor del mercato privato out of pocket
- Gli attori delle Cure Primarie (in primis MMG) diventano soggetti pivotali nell’offerta di servizi out of pocket da parte del sistema pubblico agli utenti.
- Tale scenario, infatti, accresce il potenziale ruolo “imprenditoriale” dei MMG, sia in forma diretta (crescente offerta di servizi out of pocket ai pazienti) sia in forma indiretta (“counseling” nei confronti dei propri pazienti nella scelta del servizio out of pocket più appropriato offerto da erogatori pubblici).

MODELLI MACRO-ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI TERRITORIALI

Set di scenari “Modelli macro-organizzativi dei servizi territoriali”

1. **Scenario “Sviluppo delle strutture intermedie”**
2. **Scenario “Sviluppo delle cure primarie”**
3. **Scenario “Modello bilanciato”**

1. Scenario “Sviluppo delle strutture intermedie”

- Presenza di strutture intermedie capillarmente diffuse sul territorio: centri diurni, lungodegenze, case salute, RSA, residenze protette
- Parallela contrazione del ruolo e della diffusione degli ospedali di prossimità
- Presa in carico permanente da parte delle strutture intermedie dei pazienti per specialità (Alzheimer, Diabete, salute mentale)
- Ampia diffusione di strutture diurne con servizi di mensa
- Direzione prevalentemente infermieristica di tali strutture
- MMG come “consultant” sul territorio
- Sviluppo delle dimissioni protette precoci da strutture ospedaliere a strutture intermedie

2. Scenario “Sviluppo delle cure primarie domiciliari ed ambulatoriali”

- Ruolo importante delle cure domiciliari
- Ampia diffusione della specialistica territoriale ambulatoriale
- Ruolo modesto delle strutture intermedie, e quindi maggiore rilevanza degli ospedali di prossimità
- Sviluppo del ruolo e del portafoglio di attività del MMG come case manager di patologie croniche complesse
- Centralità delle dimissioni protette dall' Ospedale a case manager territoriali (MMG)

3. Scenario “Modello bilanciato”

- Suddivisione pressoché paritaria del Territorio in Strutture intermedie (che curano all'incirca il 50% dei pazienti e consumano all'incirca il 50% delle risorse) e Cure primarie domiciliari ed ambulatoriali
- Il modello induce crescenti livelli di fluidità tra Ospedale – Strutture intermedie - Cure primarie
- La dimissione protetta dall'Ospedale assume la funzione di “triage” per il passaggio verso Strutture intermedie o Cure Primarie di carattere domiciliare
- Minore spazio per la diffusione di ospedali di prossimità, dal momento che il territorio è particolarmente ricco di strutture intermedie e cure primarie

I MECCANISMI DI TRASFORMAZIONE DEL BISOGNO IN DOMANDA

Set di scenari “Meccanismi di trasformazione del bisogno in domanda”

- 1. Scenario “Tradizionale medicina d’attesa”**
- 2. Scenario “Medicina di iniziativa e Chronic care model”**
- 3. Scenario “Diffusione di screening e diagnosi precoce per materie e discipline mediche”**
- 4. Scenario “Personal technology driven”**

1. Scenario “Tradizionale medicina d’attesa”

- Nessuno sviluppo della medicina di iniziativa, ma mantenimento dei livelli di spesa attuali o parziale contenimento
- La medicina di iniziativa, infatti, diventa difficilmente sostenibile da un punto di vista economico per il sistema pubblico, soprattutto in una società incentivata ad una sua diffusione spesso indiscriminata e non governabile dalle continue scoperte scientifiche in termini di efficacia della prevenzione e dall’aumento della popolazione anziana potenzialmente soggetta a screening
- Il SSN, perciò, si focalizza prevalentemente su una attività di erogazione di servizi sanitari, focalizzandosi su ridotte, specifiche iniziative di screening e prevenzione senza riuscire a presidiare adeguatamente il governo dei bisogni

2. Scenario “Medicina di iniziativa e Chronic care model”

- Il focus dell'attività di prevenzione è sulla programmazione
- La programmazione avviene attraverso analisi di tipo epidemiologico: le fasce di popolazione a rischio di determinate patologie vengono suddivise in cluster
- Per ogni cluster vengono programmati gli ambiti di cura appropriati e i paralleli piani di assistenza
- Si identificano percorsi programmati per cluster di popolazione, con identificazione di care giver dedicato e case manager
- La medicina di iniziativa è governata da una regia complessiva dell'azienda sanitaria, con crescente coinvolgimento dei MMG quali case manager

3. Scenario “Diffusione di screening e diagnosi precoce per materie e discipline mediche ”

- Le singole discipline e materie mediche promuovono screening e processi di diagnosi precoce di popolazione
- La crescita di consapevolezza della popolazione favorisce lo sviluppo del tasso di risposta
- Le procedure di reclutamento ed esecuzione dei test tendono ad essere sempre più automatizzate e meno costose
- Le soglie di inclusione dei pazienti in percorsi di follow up o di terapia vengono abbassate per aumentare la platea degli elegibili
- I professionisti cercano anche finanziamenti esterni privati per finanziare queste campagne, contando sul vantaggio competitivo acquisibile dai fornitori di beni e servizi di supporto alla terapia

4. Scenario “Personal technology-driven”

- L'attività di prevenzione /diagnosi precoce diventa prevalentemente individuale, frutto in parte di scelte del singolo cittadino
- Ogni persona può avere a disposizione un device personale, che rileva 24 ore su 24 parametri biomedici, trasmettendo le informazioni ad una centrale operativa di rielaborazione
- Si diffondono perciò test (acquistabili privatamente in farmacia o distribuiti dalla AUSL) per la prevenzione precoce di patologie verso cui il soggetto è predisposto e che potranno svilupparsi lungo l'arco di diverse decine di anni
- L'individualismo spesso incontrollato di tali modalità di prevenzione può creare crescenti difficoltà nella capacità da parte del SSN di intercettare bisogni inespressi
- Ogni persona, ad esempio tramite internet, può inviare le informazioni personali all'azienda del SSN di riferimento determinando una costante rimodulazione delle agende e delle prioritizzazioni

RUOLO DEI PROFESSIONISTI DELLE CURE PRIMARIE

Set di scenari “Case manager e care giver territoriale”

		CARE GIVER TERRITORIALE PREVALENTE		
		IP laureata	OS/OTA	Informal care giver
CASE MANAGER	IP laureata		SCENARIO 2	SCENARIO 3
	MMG	SCENARIO 1	SCENARIO 2	SCENARIO 3
	Specialista territoriale	SCENARIO 1		

Set di scenari “Case manager e care giver territoriale”

1. **Scenario “Territorio specialistico”**
2. **Scenario “Territorio della presa in carico”**
3. **Scenario “Territorio preventivo e sociale”**

1. Scenario “Territorio specialistico”

- Il case manager territoriale è una figura medica (MMG o specialista territoriale)
- Il care giver è una figura infermieristica altamente specializzata
- Il sistema territoriale di cura si caratterizza per un alto livello di specializzazione dei professionisti coinvolti
- Il focus dell'attività è l'assistenza sanitaria per patologie complesse

2. Scenario “Territorio della presa in carico”

- Il case manager territoriale può essere un MMG o un infermiere specializzato
- Il care giver principale è un operatore sanitario non laureato (OS/OTA)
- Gli specialisti territoriali non vengono coinvolti nel ruolo di care giver o case manager, assumendo un ruolo di consultant
- Il sistema di cura tende a un decentramento progressivo della gestione dell'assistenza territoriale a figure non mediche
- Il focus dell'attività è l'assistenza socio-sanitaria per patologie di media – alta complessità

3. **Scenario “Territorio preventivo e sociale”**

- Il case manager può essere un MMG o un infermiere laureato
- Il care giver è prevalentemente informale, ossia:
 - badante
 - sostegno familiare
 - autosostegno
- Il sistema di cure si caratterizza per livelli elevati di informalità nella gestione e nell'erogazione di servizi territoriali
- Il focus è l'integrazione tra sanità e sociale per patologie croniche stabilizzate

Set di scenari “Ruolo futuro dei Medici di Medicina Generale”

		PROFILO PROFESSIONALE E LIVELLO AUTONOMIA MMG		
		Dipendente SSN	Professionista convenzionato	Imprenditore
RUOLO MMG NEL SISTEMA SANITARIO	Produzione servizi			
	Produzione e governo consumi			
	Gate keeper del sistema di cure			

Set di scenari “Ruolo futuro dei Medici di Medicina Generale”

1. **Scenario “MMG integrato nel SSN”**
2. **Scenario “MMG consulente autonomo rispetto al SSN”**
3. **Scenario “MMG imprenditore di servizi territoriali”**

1. Scenario “MMG integrato nel SSN”

- Si rafforzano i vincoli (contrattuali e professionali) che legano il MMG al SSN, fino al punto di poter prevedere la configurazione del MMG come dipendente del SSN
- Tale crescente integrazione potrebbe rafforzare il ruolo del MMG come produttore di servizi sanitari pubblici e come attore delegato dal sistema sanitario pubblico al controllo dei volumi e dell’appropriatezza dei consumi sanitari
- Allo stesso tempo, però, rischierebbe di ridursi lo sforzo dei MMG verso l’innovazione organizzazione e di servizio, dal momento che si esaurirebbe qualsiasi stimolo competitivo.

2. **Scenario “MMG consulente autonomo rispetto al SSN”**

- I MMG rafforzano la propria indipendenza professionale, fino al punto di diventare consulenti e professionisti autonomi rispetto al sistema
- I MMG, perciò, sono disponibili a fornire consulti professionali sul proprio territorio di afferenza, su chiamata sia di attori pubblici che di soggetti privati
- La riduzione di vincoli con il SSN rende sempre più complesso l’affidamento a tale categoria di professionisti del ruolo di governo dei consumi e di gate-keeping del sistema di cure

3. **Scenario “MMG imprenditore di servizi territoriali”**

- Ai MMG è affidata la gestione di un budget annuo per l'organizzazione di servizi sanitari per il proprio territorio.
- Con tale budget, essi sono tenuti a dotarsi di un ambulatorio, di personale infermieristico e amministrativo, e di infrastrutture logistiche, tecnologiche e sanitarie
- Tale modello rafforza il bisogno di aggregazione dei MMG in forme associative, indotto sia da ragioni professionali-cliniche che imprenditoriali (suddivisione del rischio di impresa e suddivisione dei costi fissi per l'ambulatorio, il personale e le strutture)
- Il budget può essere negoziato non soltanto su base capitaria, ma anche con una quota variabile in funzione di obiettivi infrastrutturali, di appropriatezza prescrittiva o di outcome clinici

Set di scenari “Modalità di valutazione dell’attività dei MMG e riconoscimento della quota variabile della retribuzione”

		LIVELLO DEL CONTROLLO			
		Singolo MMG	Associazione	Nucleo Cure Primarie	Distretto
OGGETTO DEL CONTROLLO	Processi				
	Produzione/ Attività				
	Outcome clinici/ Appropriatezza				

Set di scenari “Modalità di valutazione dell’attività dei MMG e riconoscimento della quota variabile della retribuzione”

- 1. Scenario “Valutazione burocratica”**
- 2. Scenario “Valutazione su criteri economico-finanziari”**
- 3. Scenario “Valutazione complessiva delle performance”**

1. Scenario “Valutazione burocratica”

- Il controllo avviene principalmente a livello di singolo MMG, o di Associazione
- Oggetto del controllo è principalmente l’adempimento procedurale a prassi amministrative, o la dotazione di infrastrutture (logistiche e tecnologiche) per le quali il singolo professionista abbia ricevuto apposito finanziamento
- Mancano controlli su appropriatezza prescrittiva e outcome clinici
- La quota variabile della retribuzione è tendenzialmente riconosciuta ai MMG in funzione della loro dotazione di standard organizzativi e infrastrutturali

2. **Scenario “Valutazione su criteri economico-finanziari”**

- Il controllo avviene principalmente sia a livello di singolo MMG che a livello di Associazione ed eventualmente di Nucleo
- Il controllo è focalizzato su aspetti di carattere economico, e principalmente sulla capacità di razionalizzazione della spesa farmaceutica e diagnostica prescritta dai MMG
- Mancano tendenzialmente controlli sugli esiti clinici e di appropriatezza dell'attività dei MMG
- La quota variabile della retribuzione è riconosciuta principalmente sulla base di meccanismi di *fee for service*, o come premio per il contenimento della spesa farmaceutica e diagnostica dei propri pazienti

3. Scenario “Valutazione complessiva delle performance”

- Il controllo avviene a tutti i livelli di aggregazione, a partire dal singolo professionista fino al Distretto
- Il controllo è focalizzato su una molteplicità di aspetti: rispetto delle procedure amministrative, contributo nella razionalizzazione della spesa farmaceutica e diagnostica, appropriatezza prescrittiva, continuità delle cure, riduzione dell'ospedalizzazione inappropriata e dell'accesso inappropriato al Pronto Soccorso, esiti clinici
- Le performance vengono calcolate attraverso il calcolo di specifici indicatori, eventualmente ponderati per la rilevanza relativa attribuita alla singola dimensione di performance
- La quota variabile della retribuzione è riconosciuta sulla performance complessiva dei MMG, tenendo in particolare attenzione gli outcome clinici dei pazienti.