Cure primarie:
uno scenario in cambiamento

Mario Del Vecchio

Elementi dello scenario

- Variabili strutturali
  - demografia
  - risorse

- Pazienti e consumatori

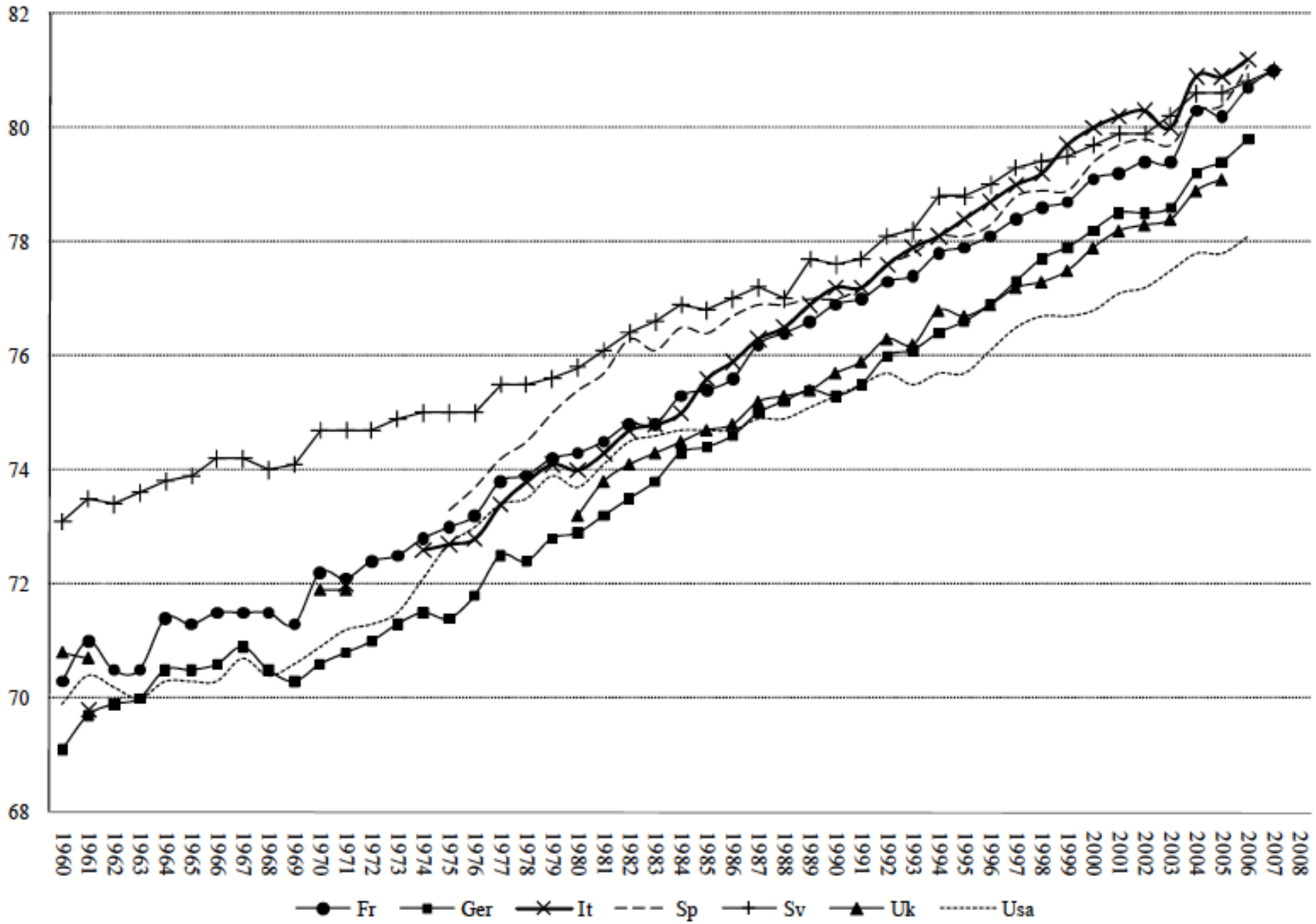
- La cronicità ad alta complessità

- L'emergere della razionalità operativa

- Medici e infermieri: la variabile demografica

Un cambiamento antropologico ?

Figura 3 - Progressione della vita attesa alla nascita



Spesa su PIL

		1990	2000	2005	2008
Spesa sanitaria pubblica	Ita	6,1	5,8	6,8	7,0
	UE-15	5,6	6,4	7,0	6,7
	USA	4,8	5,8	6,9	7,4
Spesa sanitaria privata	Ita	1,6	2,3	2,1	2,1
	UE-15	1,9	2,3	2,6	2,5
	USA	7,4	7,6	8,3	8,6
Spesa sanitaria totale	Ita	7,7	8,1	8,9	9,1
	UE-15	7,5	8,7	9,6	9,2
	USA	12,2	13,4	15,4	16,0

Fonte: Rapporto Oasi 2010

Tassi di crescita

	1990 – 2009	2001 - 2009	2005- 2009
Spesa sanitaria pubblica	5,3	4,4	3,2
Spesa sanitaria privata	6,6	2,8	2,0
Spesa sanitaria totale	5,5	4,1	2,9
PIL	4,3	2,5	1,6

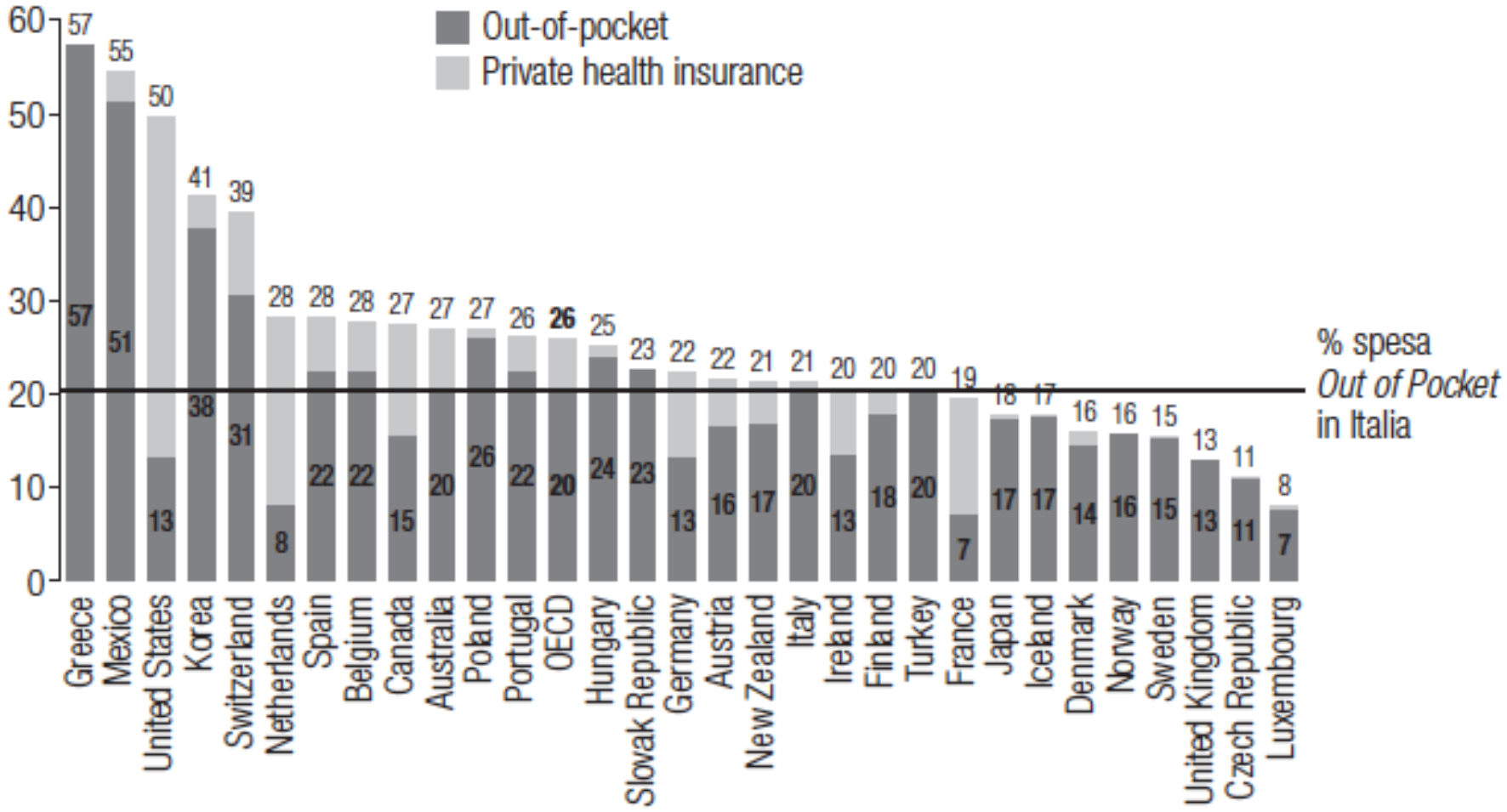
Fonte: Rapporto Oasi 2010

I circuiti in sanità

CANALE DI FINANZIAMENTO	Profit – Privata	No Profit – Pubblica
Pubblico	Circuito 1 *«convenzionata»*	Circuito 2 *3 ptpubblico tradizionale*
Out of pocket Privato *Fondi assicurativi e integrativi*	Circuito 3 *3 ptprivato-privato*	Circuito 4 *3 ptpubblico-privato*

NATURA DELLE STRUTTURE DI OFFERTA

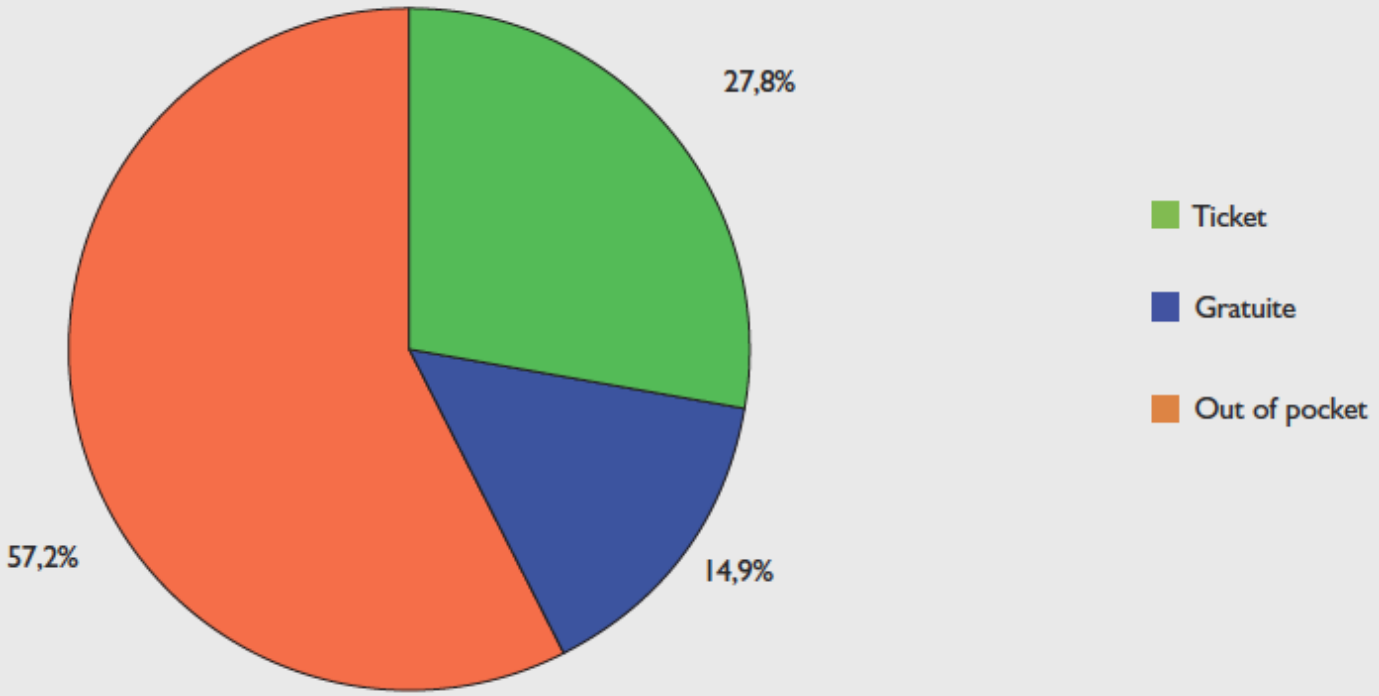
La componente privata



Fonte: OECD Health Data 2010

I consumi sanitari privati

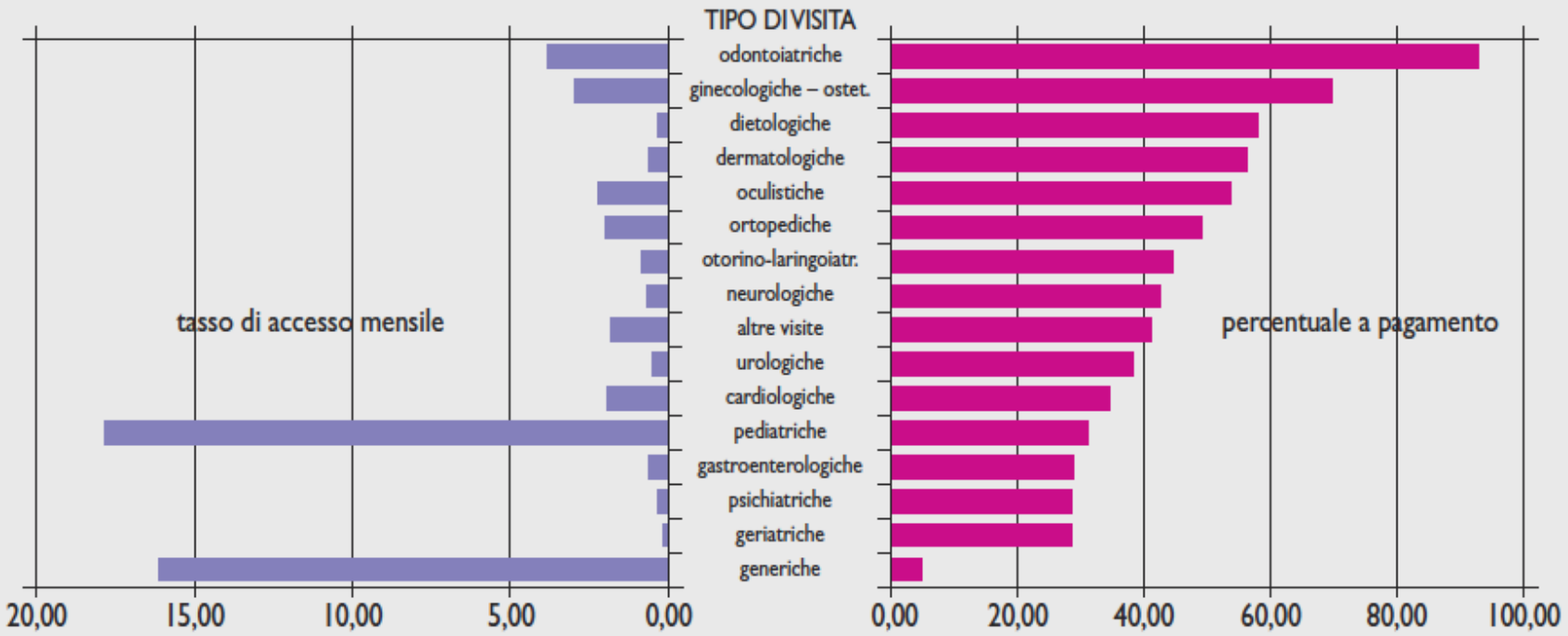
FIGURA 2 - Visite specialistiche per tipo di pagamento



Fonte: Indagine multiscopo ISTAT 2005

I consumi sanitari privati

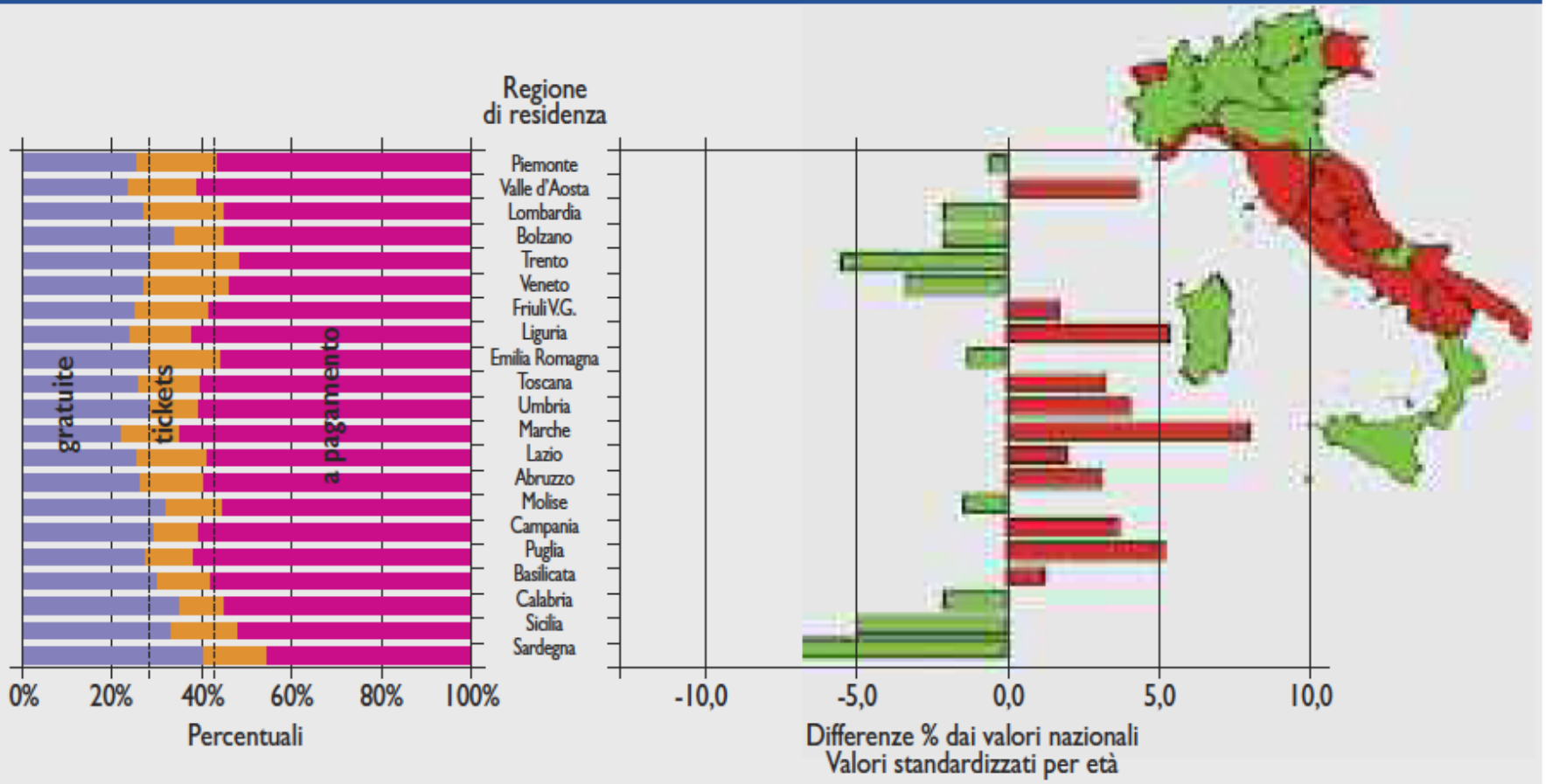
FIGURA 5 - Tassi di accesso mensile alle visite specialistiche e percentuali di visite *Out of Pocket*



Fonte: Indagine multiscopo ISTAT 2005

I consumi sanitari privati

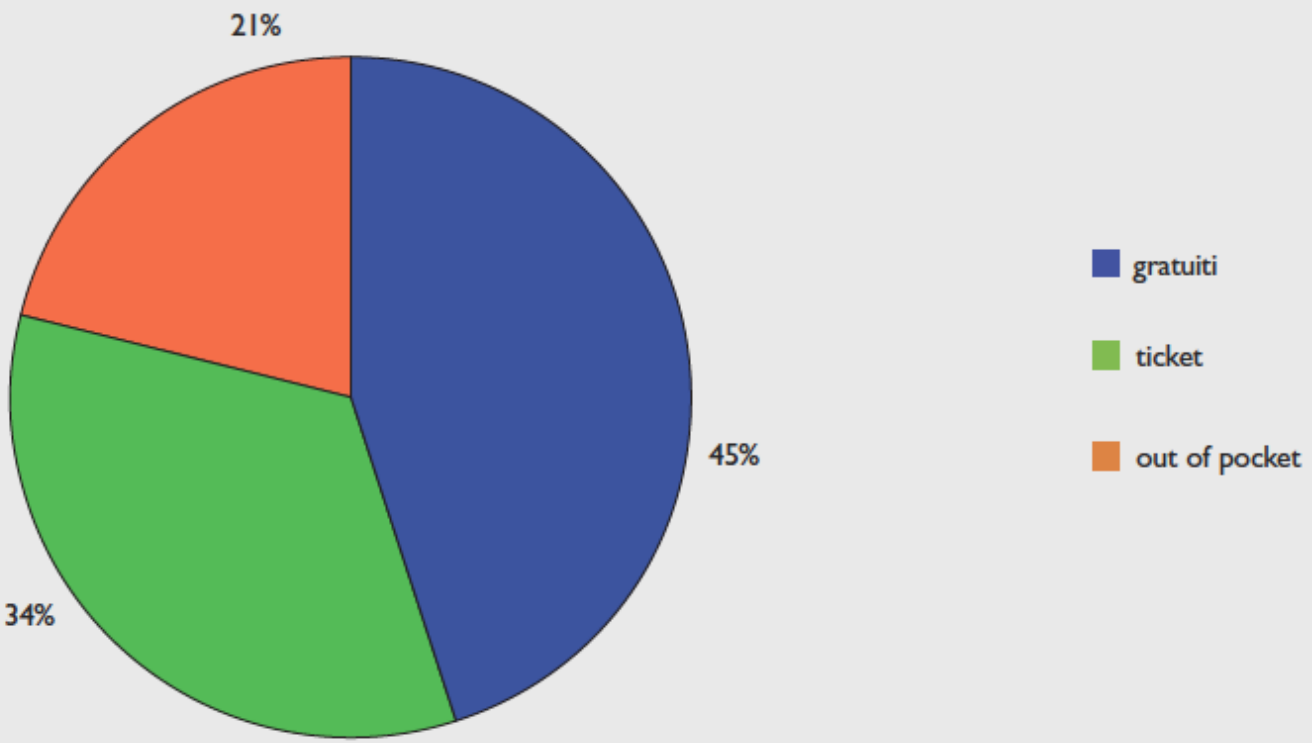
FIGURA 6 - Valori regionali delle percentuali di tipi di pagamento delle visite specialistiche



Fonte: Indagine multiscopo ISTAT 2005

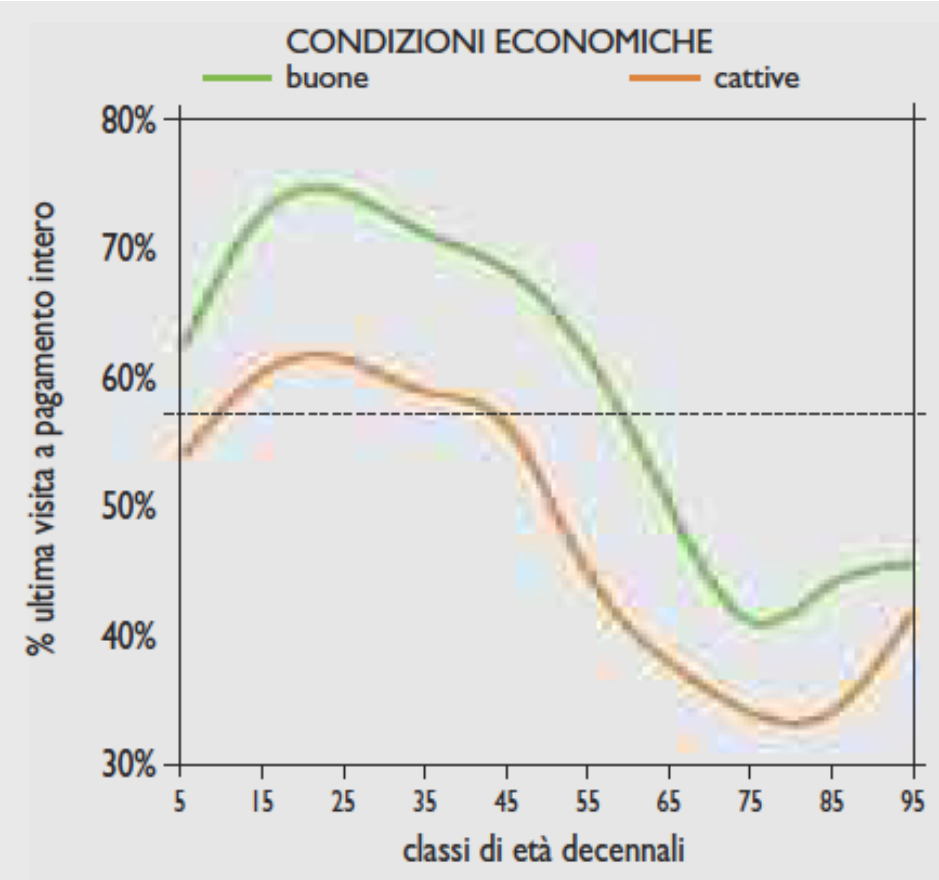
I consumi sanitari privati

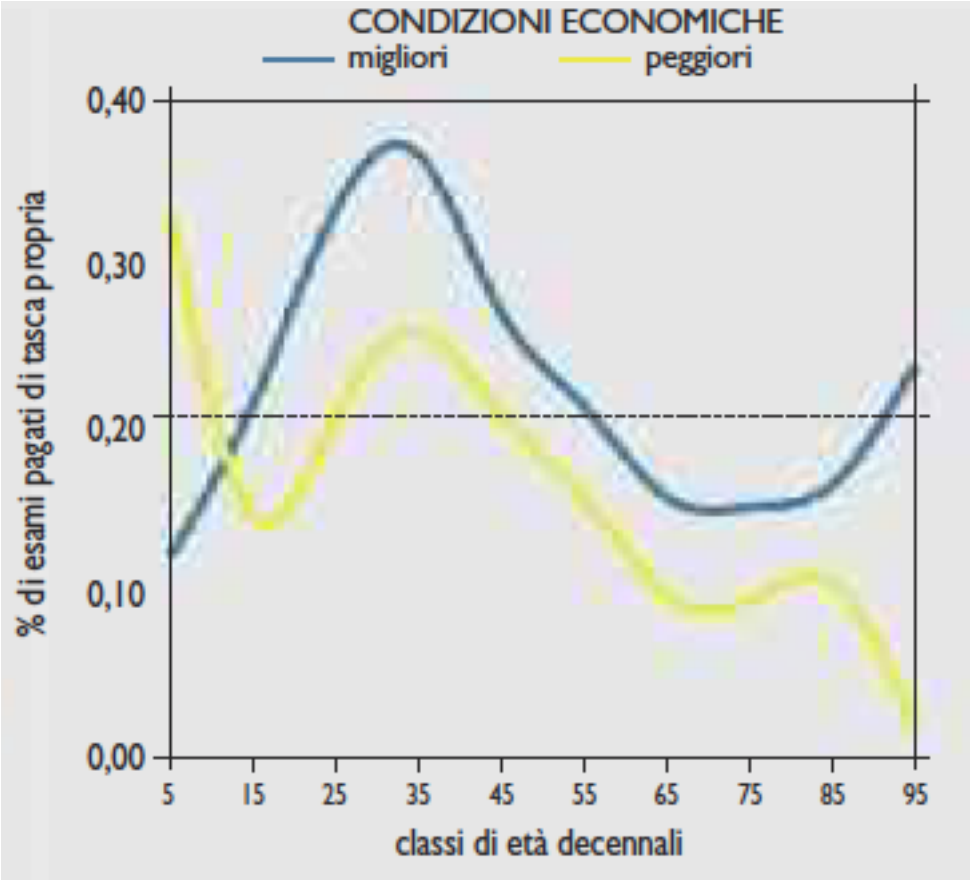
FIGURA 13 - Esami specialistici per tipo di pagamento



Fonte: Indagine multiscopo ISTAT 2005

I consumi sanitari privati



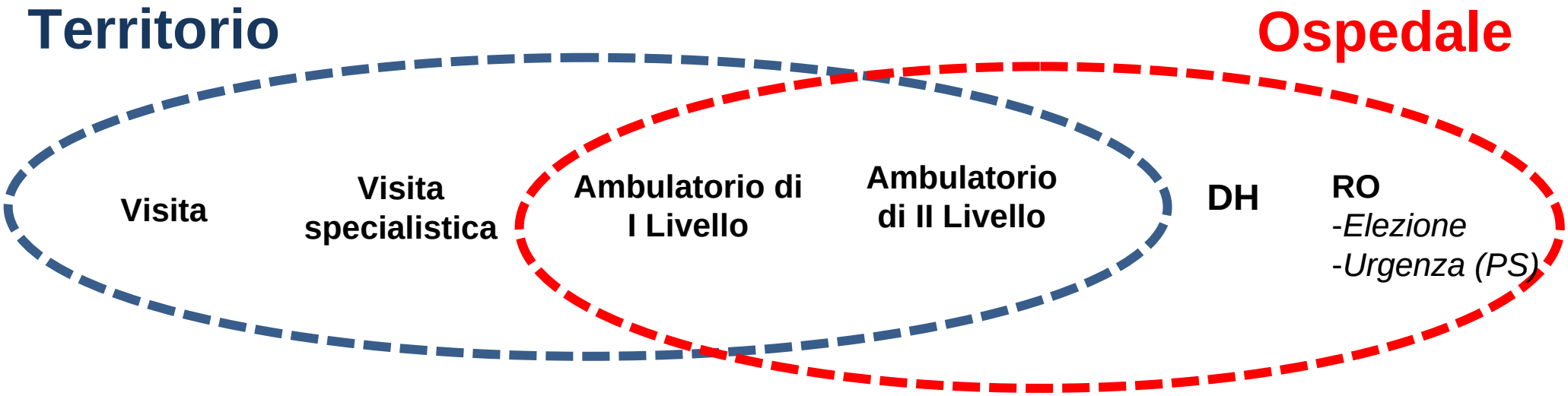


Fonte: Indagine multiscopo ISTAT 2005

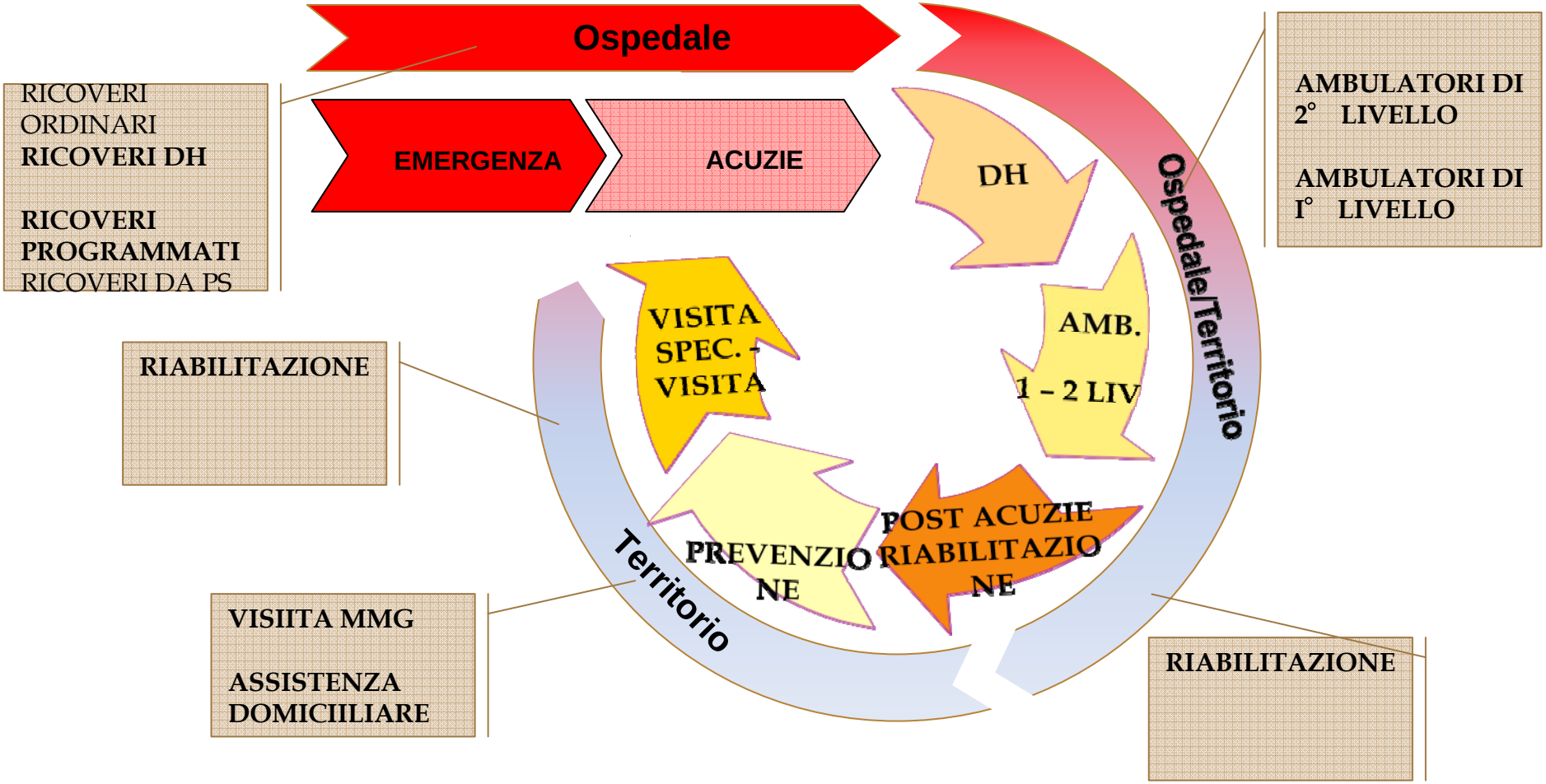
Pazienti e consumatori

- Aumento delle informazioni disponibili (internet)
- Diminuzione dei costi totali di spostamento
- Banalizzazione dei consumi
- Aumento delle opzioni (medicine alternative e complementari)
- Da healthcare a wellbeing
- Espansione degli intrecci tra sociale e sanitario
- Impatti della tecnologia

Setting assistenziali: uno schema



Setting assistenziali e intensità di cure



Neurologia e ospedale: una contraddizione?

- Una parte rilevante delle attività si colloca nell'ambito ambulatoriale (outpatient) ed è rivolta a pazienti cronici

- Le attese e le priorità percepite dal sistema (es. PSR) e dai suoi principali attori (es. DG) sembrano conseguentemente indicare nel territorio l'ambito privilegiato e fisiologico di sviluppo

- Le scelte e le strategie implicite adottate dall'insieme della neurologia indicano chiaramente come la collocazione e l'ancoraggio nel contesto ospedaliero siano state una preoccupazione costante:
  - relazioni con il territorio piuttosto deboli: nella maggioranza dei casi è l'ospedale che si «espande» ad erogare attività a minore intensità ospedaliera (ambulatori anche di 1° livello);
  - ricerca di un posizionamento "visibile e spendibile" sulle aree dell'emergenza (cerebrovascolare) e del ricovero anche a rischio di competizioni più intense e di una quota di attività di ricovero impropria (o non del tutto propria) al fine di saturare tutta la capacità produttiva potenziale.

Ospedale e Territorio: una rappresentazione inadeguata

- L'apparente contraddizione nasce da una assunzione implicita e largamente dominante alla base delle dinamiche che contraddistinguono i due contesti e le relazioni reciproche:
  - ospedale (concentrazione dei saperi e delle tecnologie) come luogo dell'acuzie e dell'emergenza che risponde a problemi di elevata complessità clinica (specializzazione);
  - territorio che risponde della cronicità, assunta come condizione di bassa complessità clinica (competenze individuali del professionista singolo) ed elevata intensità assistenziale (a basso livello tecnologico).

- La neurologia ha da alcuni decenni mostrato come alcune patologie croniche si caratterizzino per una elevata complessità diagnostica e clinica e necessitino di una adeguata concentrazione di saperi e l'accesso a risorse tecniche e tecnologiche tradizionalmente destinate al trattamento dell'acuzie e dell'emergenza

Differenti fasi nello sviluppo delle aziende sanitarie

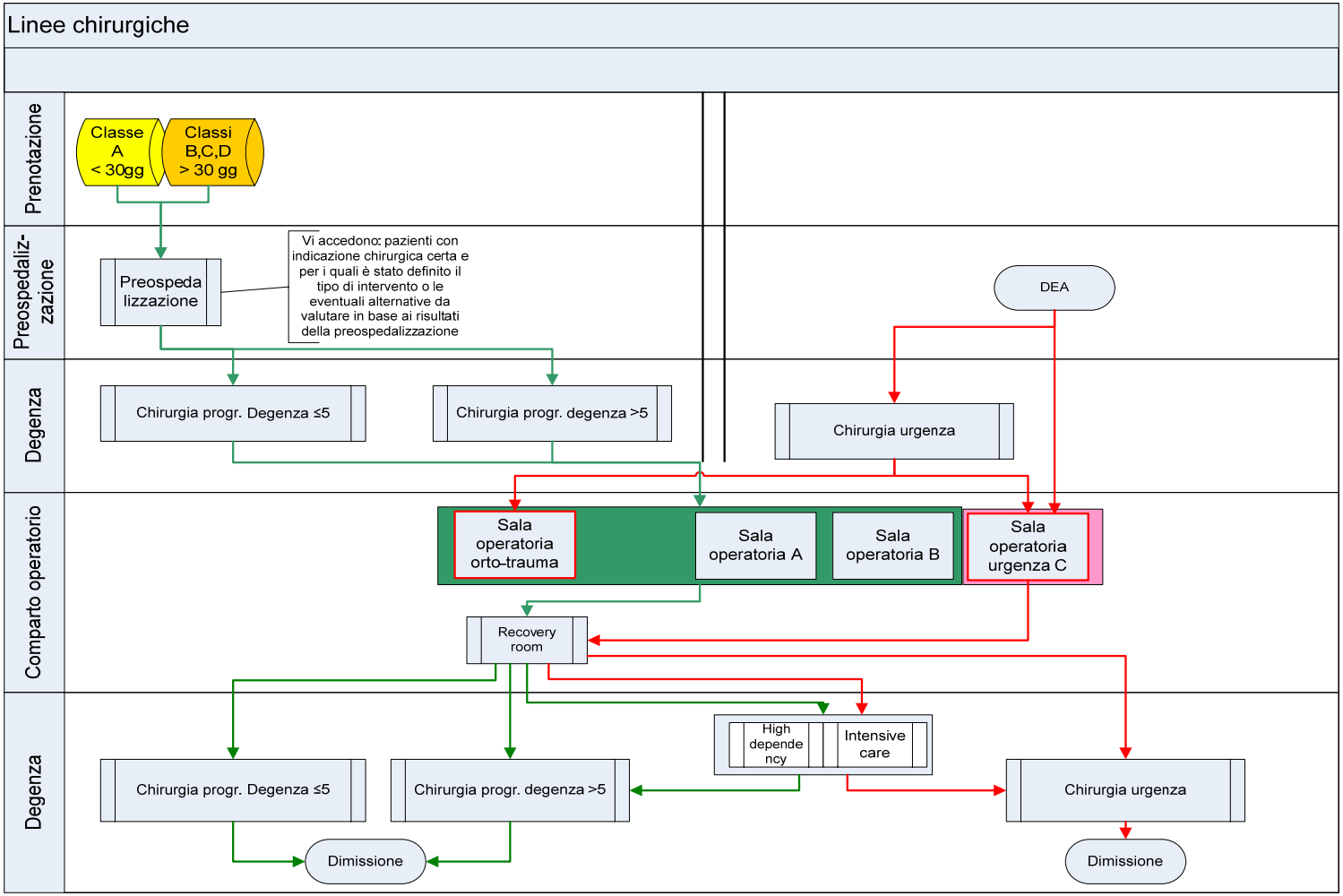
- **Legale/amministrativa**: enfasi prevalente sui processi amministrativi di messa a disposizione delle risorse

- **Professionale**: emerge la dimensione professionale che include le dimensioni tecnica/operativa ed economica (le divisioni come unità autonome che rispondono a bisogni e std definiti dalle comunità professionali di riferimento)

- **Manageriale**: la responsabilizzazione sulle risorse e i risultati si confronta (si accoppia) con la dimensione (autonomia) professionale e con le logiche amministrative, dipartimentalizzazione e staff gestionali

- **Multidimensionalità e riconnessione**: pluralità degli apporti professionali, attenzione ai processi operativi, unità e logiche specializzate

Le dinamiche organizzative: oltre i dipartimenti (un esempio)



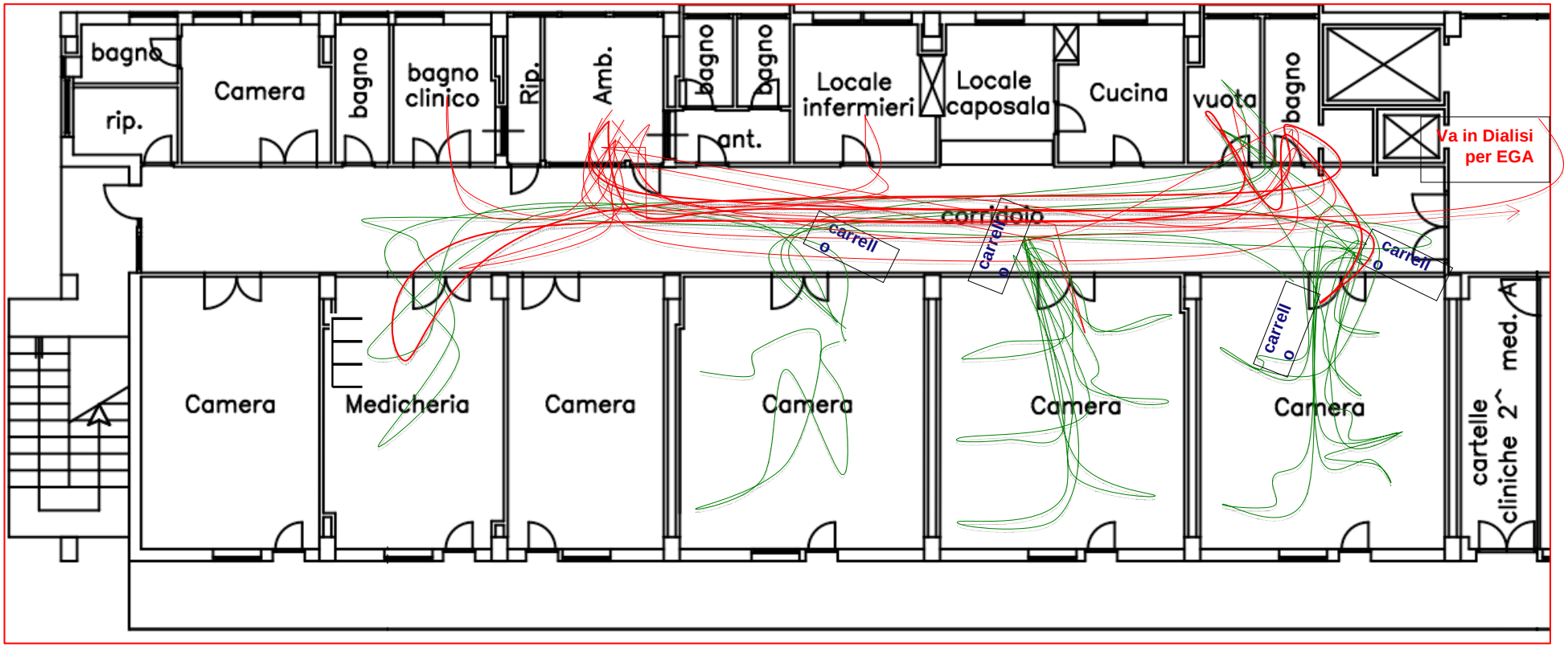
Oltre il dipartimento: la razionalità operativa

Anna

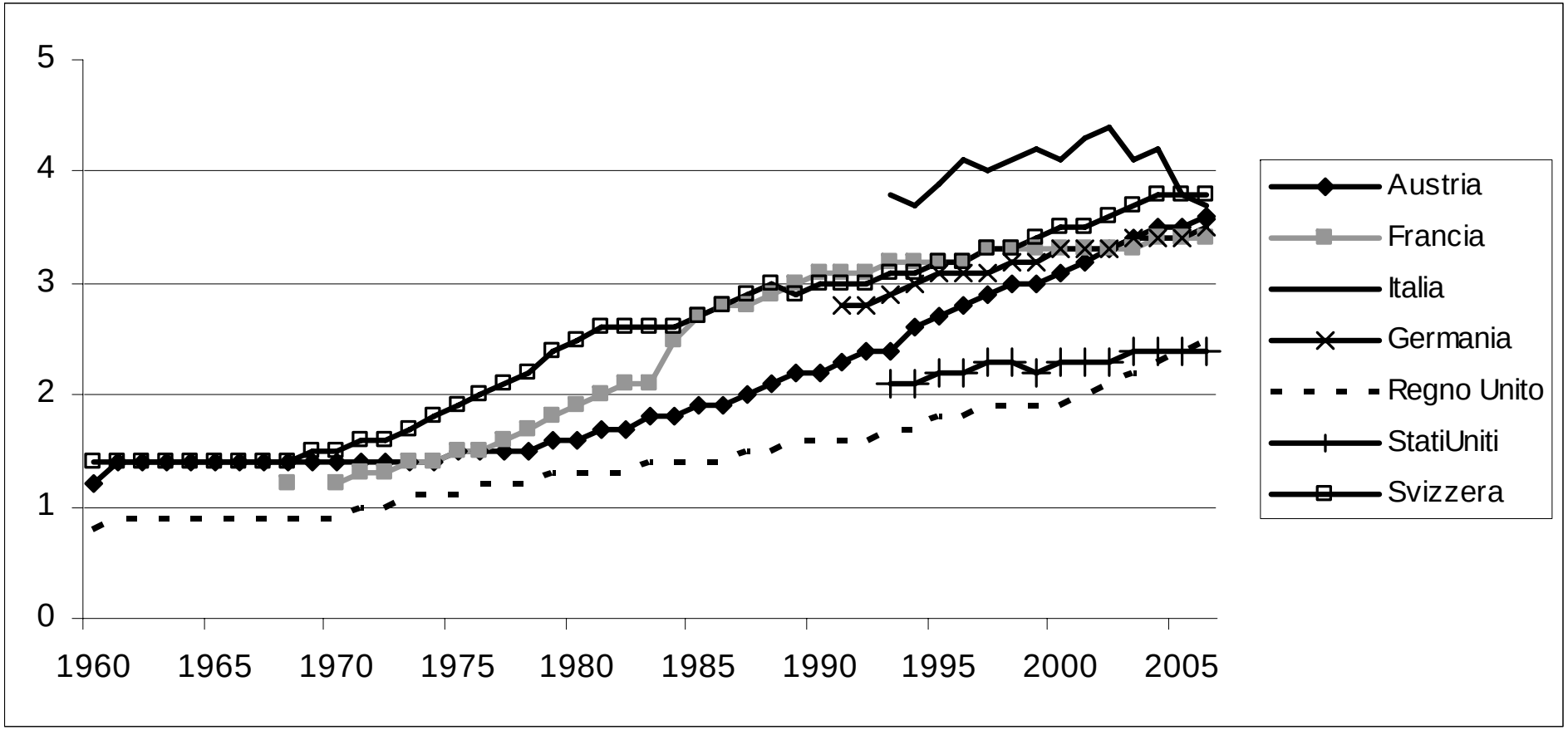
Paolo

timeline

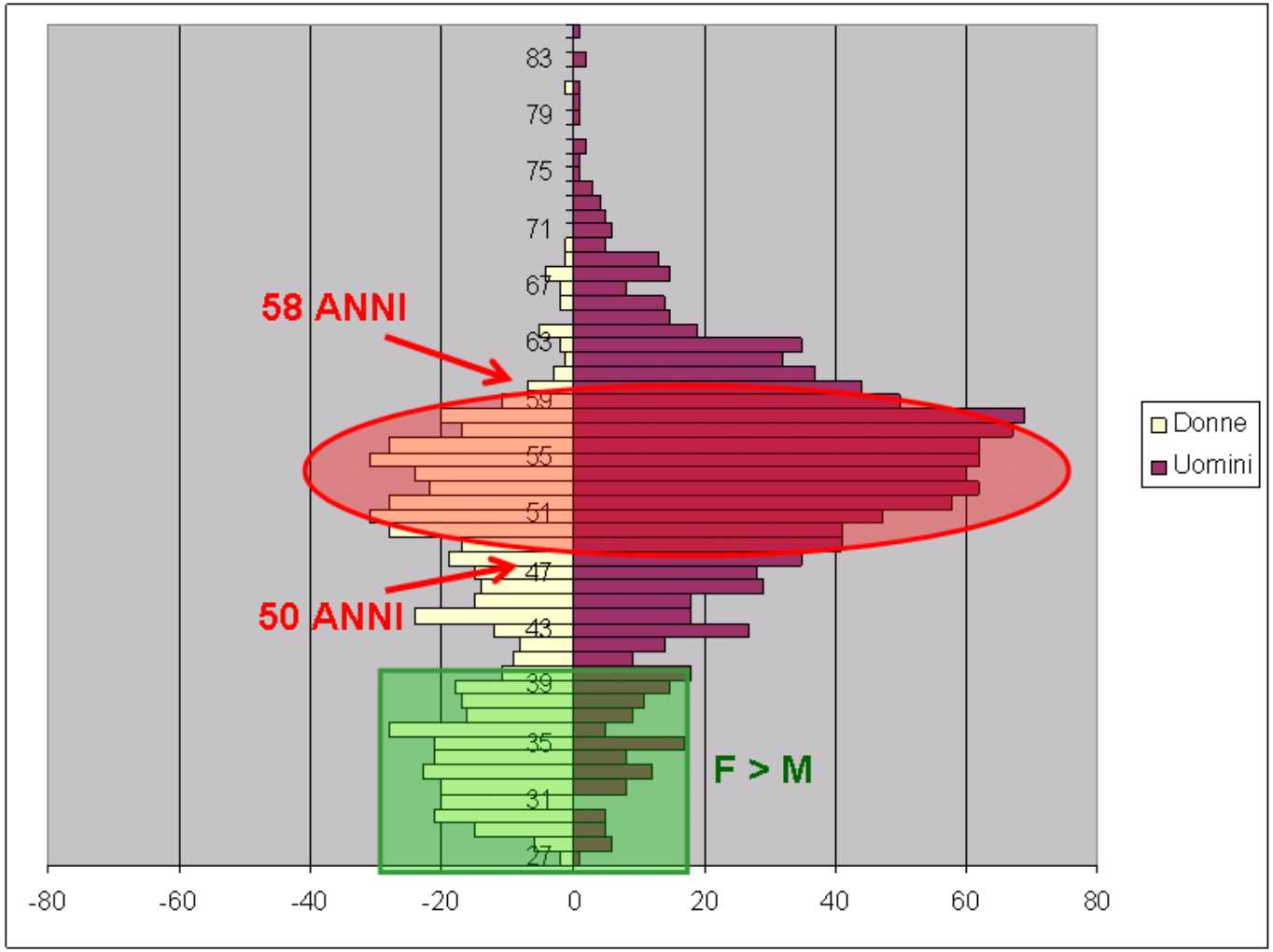
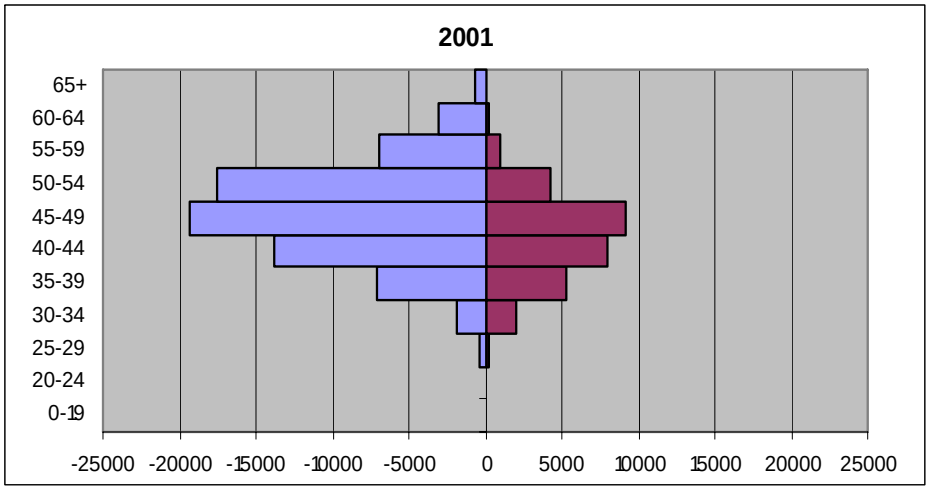
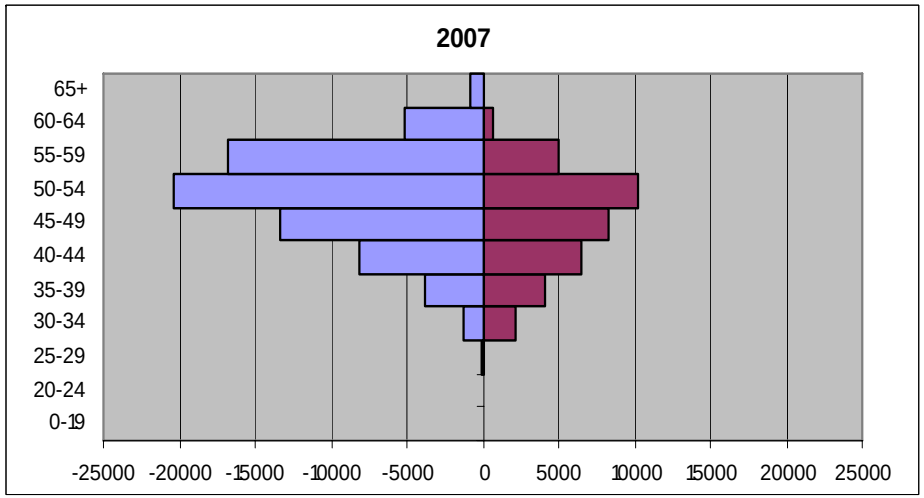
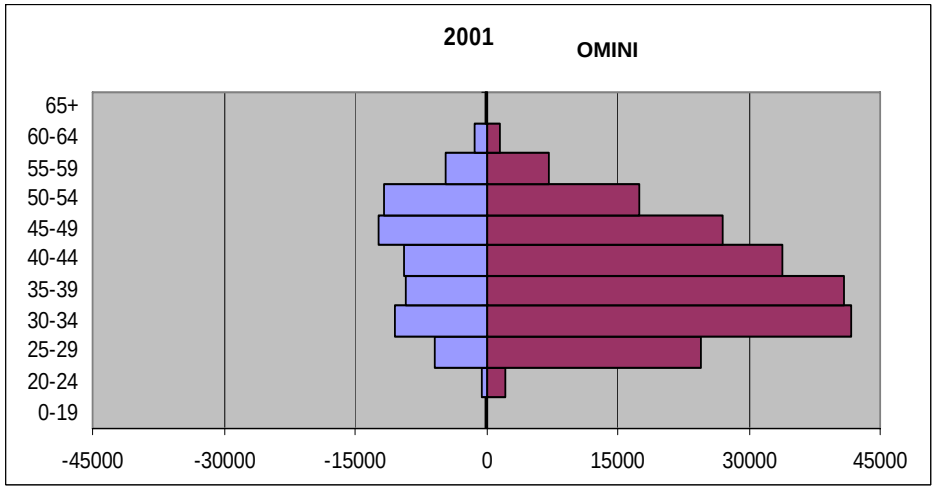
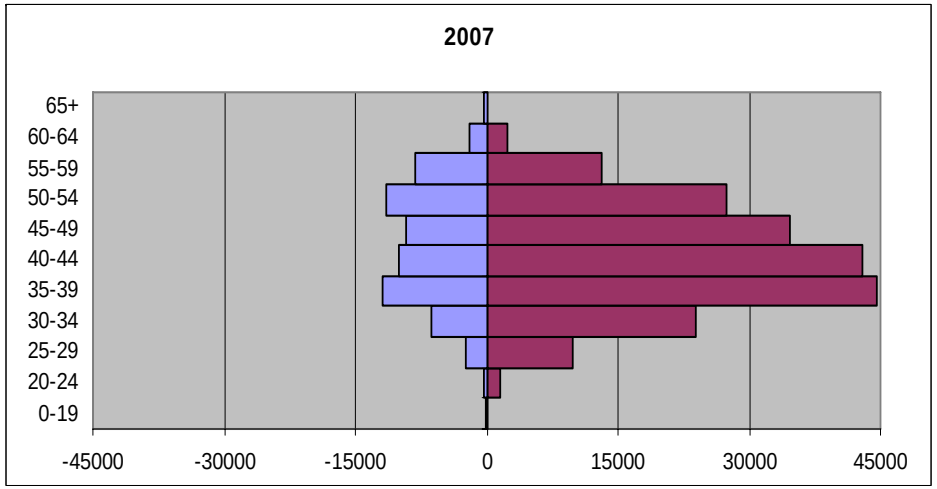
8:15	8:45	9:15	9:45



Medici per abitanti



La demografia medica: un esempio



Medici vs Infermieri