



Università Commerciale
Luigi Bocconi

CERGAS
Centre for Research on Health
and Social Care Management

BocconiALUMNI
ASSOCIATION

SDA Bocconi
School of Management



SSN FAST FORWARD

Le proposte per il SSN

10 PROPOSTE PER RENDERE IL SSN PIU' EFFICACE, EQUO E SOSTENIBILE

Francesco Longo
CERGAS e SDA Bocconi

In collaborazione con:

abbvie



Milano, 27.11.2015



AGENDA

- IDENTIKIT del SSN
 - Confronto internazionale: spesa
 - Confronto internazionale: *outcome* di salute
 - Sostenibilità
- 10 PROPOSTE PER RENDERE IL SSN PIU' EFFICACE, EQUO E SOSTENIBILE
 - La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari
 - Il governo dell'innovazione e delle tecnologie
 - I nuovi perimetri delle aziende sanitarie pubbliche e la governance dei processi di fusione
 - Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel SSN
 - I cambiamenti necessari nella gestione del personale



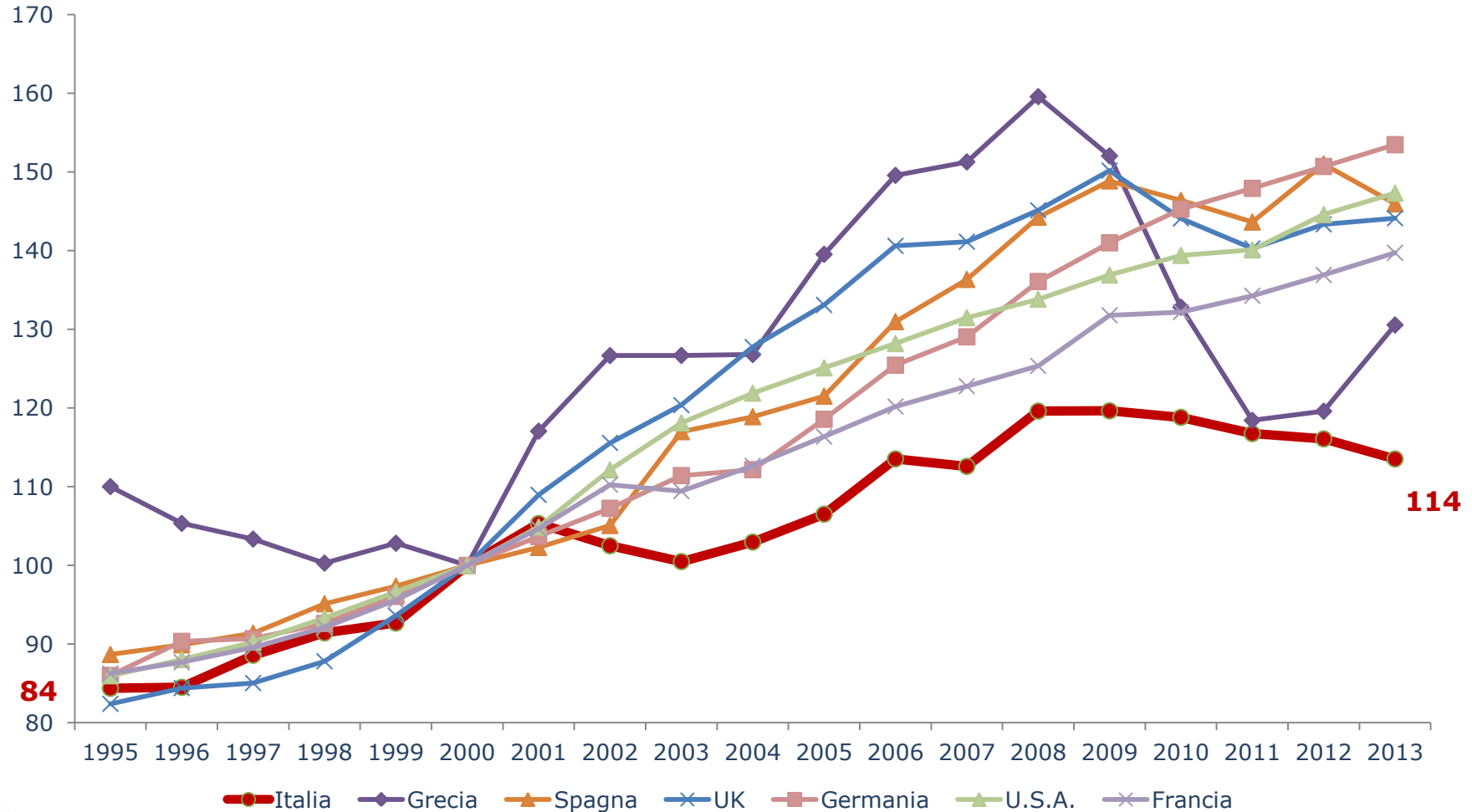


AGENDA

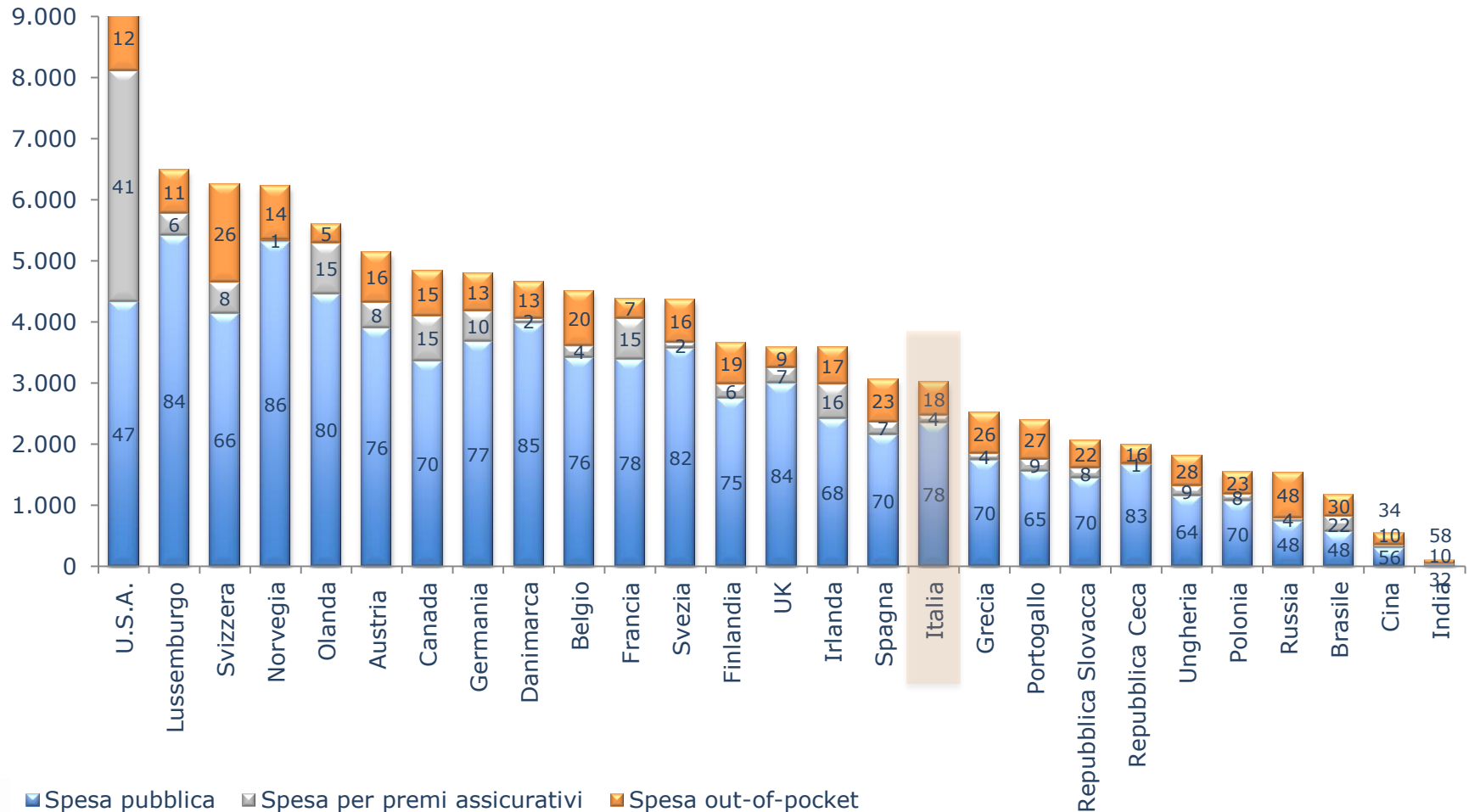
- **IDENTIKIT del SSN**
 - **Confronto internazionale: spesa**
 - **Confronto internazionale : *outcome* di salute**
 - **Sostenibilità**
- **10 PROPOSTE PER RENDERE IL SSN PIU' EFFICACE, EQUO E SOSTENIBILE**
 - La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari
 - Il governo dell'innovazione e delle tecnologie
 - I nuovi perimetri delle aziende sanitarie pubbliche e la governance dei processi di fusione
 - Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel SSN
 - I cambiamenti necessari nella gestione del personale



Confronto internazionale: crescita spesa sanitaria totale

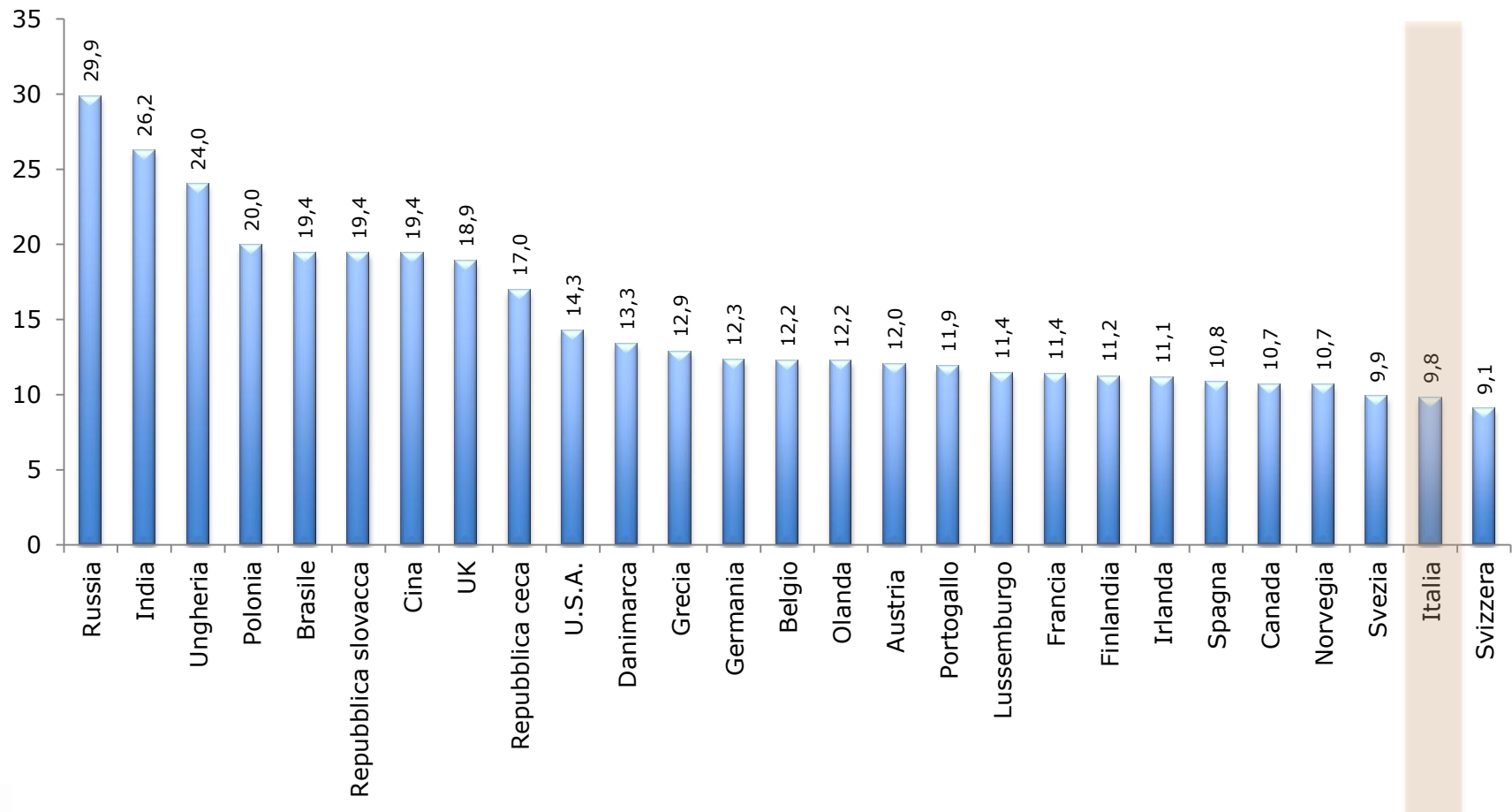


Confronto internazionale: spesa procapite per finanziatore (\$-PPP) 2013



■ Spesa pubblica ■ Spesa per premi assicurativi ■ Spesa out-of-pocket

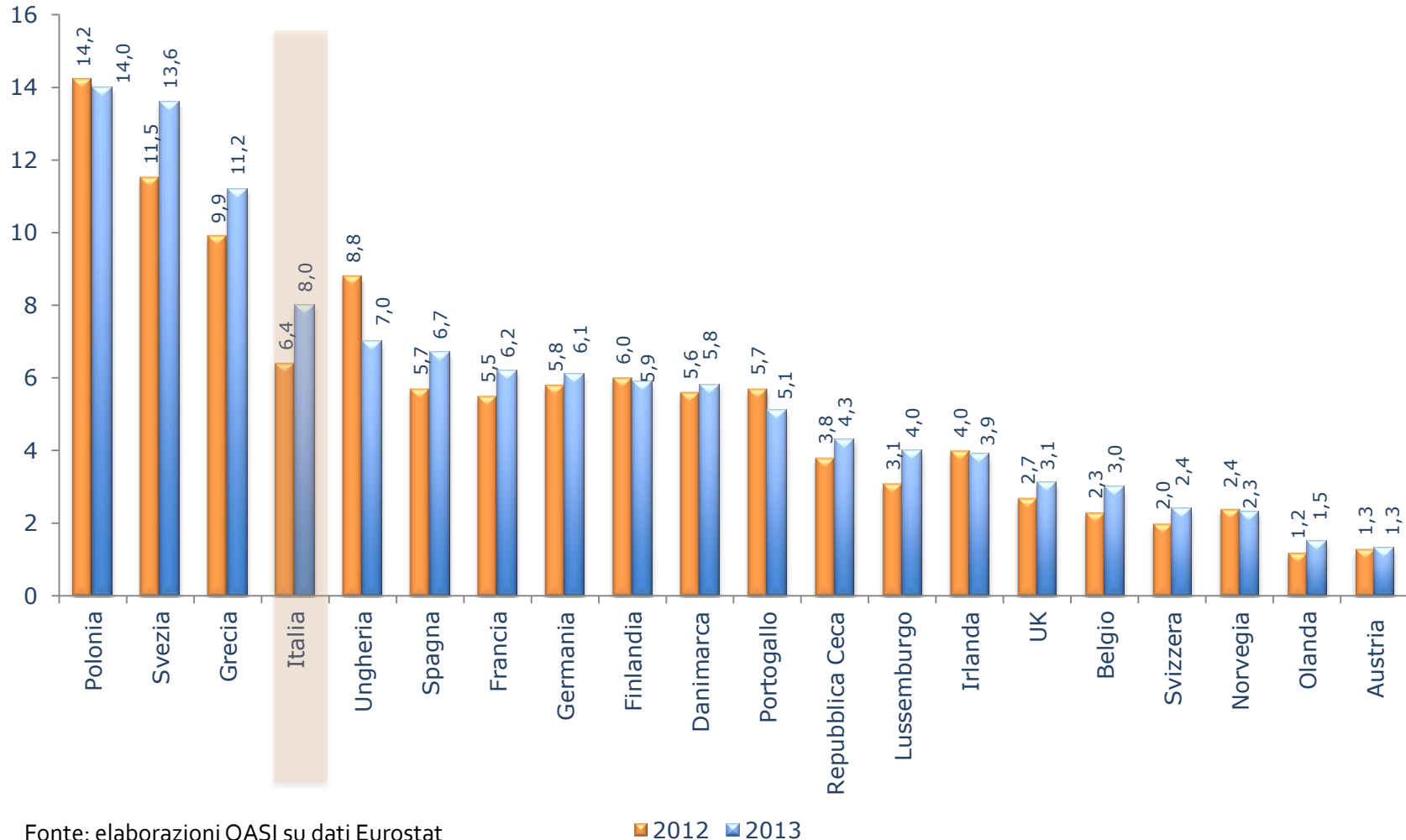
Confronto internazionale: probabilità di morire tra 30 e 70 anni a causa di una malattia non trasmissibile* 2012



Fonte: elaborazioni OASI su dati OECD e WHO

*Cancro, diabete, malattie respiratorie croniche

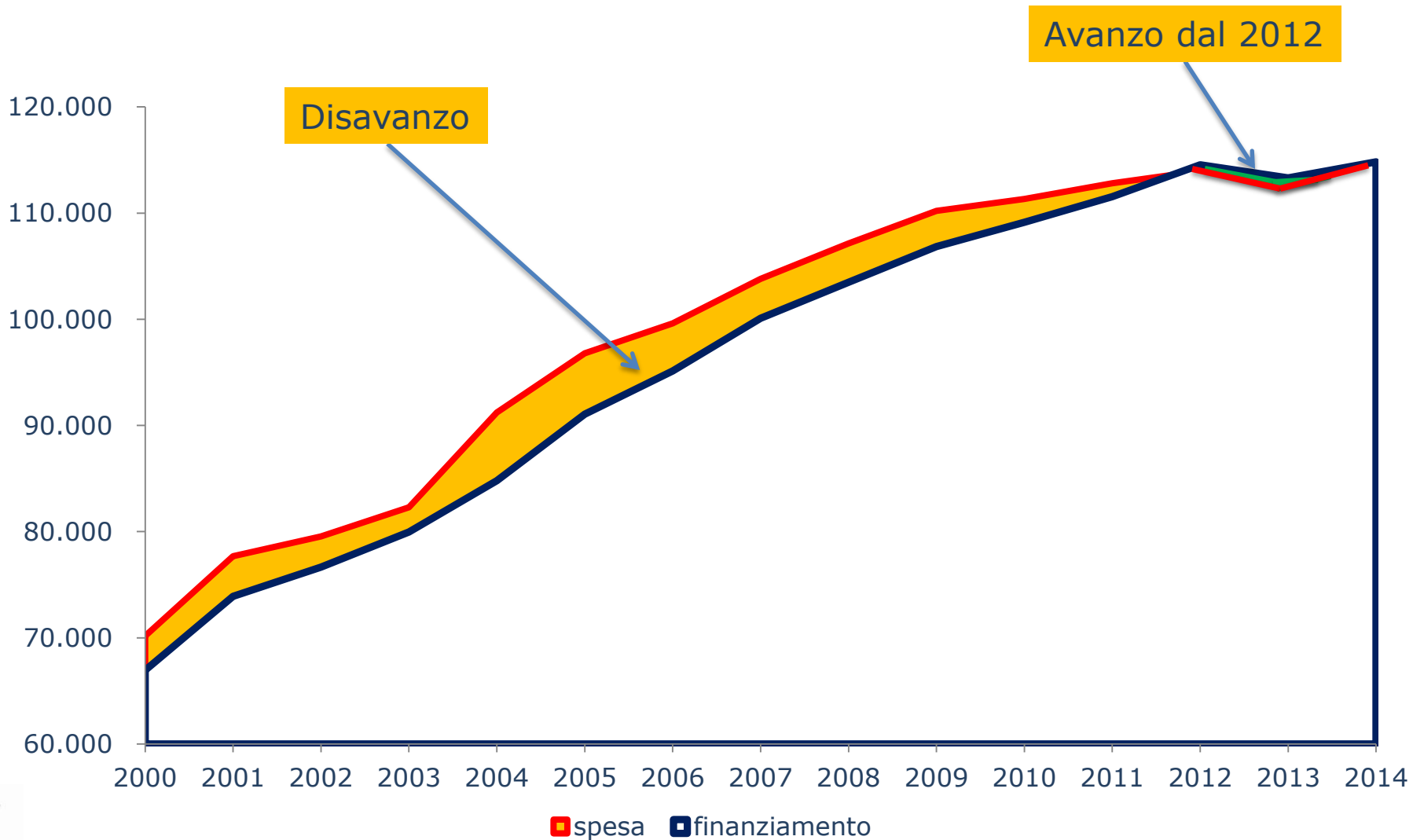
Confronto internazionale: rinuncia alle cure riportata dai pazienti (%) 2012;2013



Fonte: elaborazioni OASI su dati Eurostat

■ 2012 ■ 2013

Sostenibilità: spesa e finanziamento



■ spesa ■ finanziamento





AGENDA

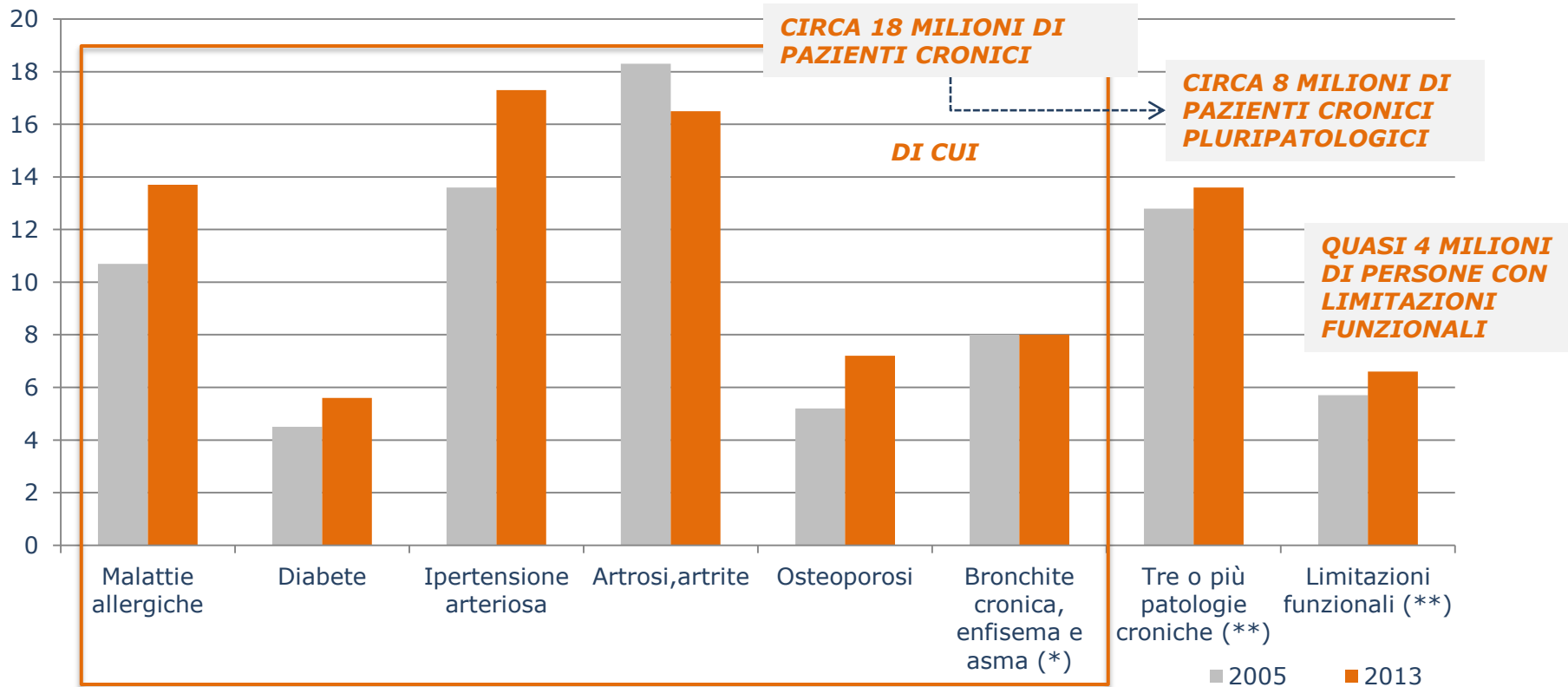
- IDENTIKIT del SSN
 - Confronto internazionale: spesa
 - Confronto internazionale: *outcome* di salute
 - Sostenibilità
- **10 PROPOSTE PER RENDERE IL SSN PIU' EFFICACE, EQUO E SOSTENIBILE**
 - La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari
 - Il governo dell'innovazione e delle tecnologie
 - I nuovi perimetri delle aziende sanitarie pubbliche e la governance dei processi di fusione
 - Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel SSN
 - I cambiamenti necessari nella gestione del personale



Trasformazione geografia dei servizi e accesso unitario

#1 SEGMENTAZIONE PAZIENTI

Persone che dichiarano cronicità o limitazioni funzionali, su 100 intervistati (2005;2013)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati ISTAT, "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013".

(*) L'asma è dichiarata da 3,5 intervistati su 100 nel 2005 e 4,2 nel 2013, mentre bronchite e enfisema passano da 4,5 a 3,8.

(**) Tassi standardizzati su 100 intervistati. Tra le limitazioni funzionali sono comprese quelle alla vista, all'udito, alla parola, alle funzioni quotidiane, al movimento; confinamento. Gli intervistati sulle limitazioni funzionali hanno almeno 25 anni



Trasformazione geografia dei servizi e accesso unitario

#1 SEGMENTAZIONE PAZIENTI

Il SSN deve differenziare:

- la popolazione sana (da sottoporre a *screening* e prevenzione primaria),
- gli utenti occasionali/pazienti acuti,
- i pazienti cronici,
- le persone in condizioni di parziale o totale non autosufficienza con bisogni di *Long Term Care* (LTC).



Per rispondere adeguatamente ai bisogni, è necessario distinguere:

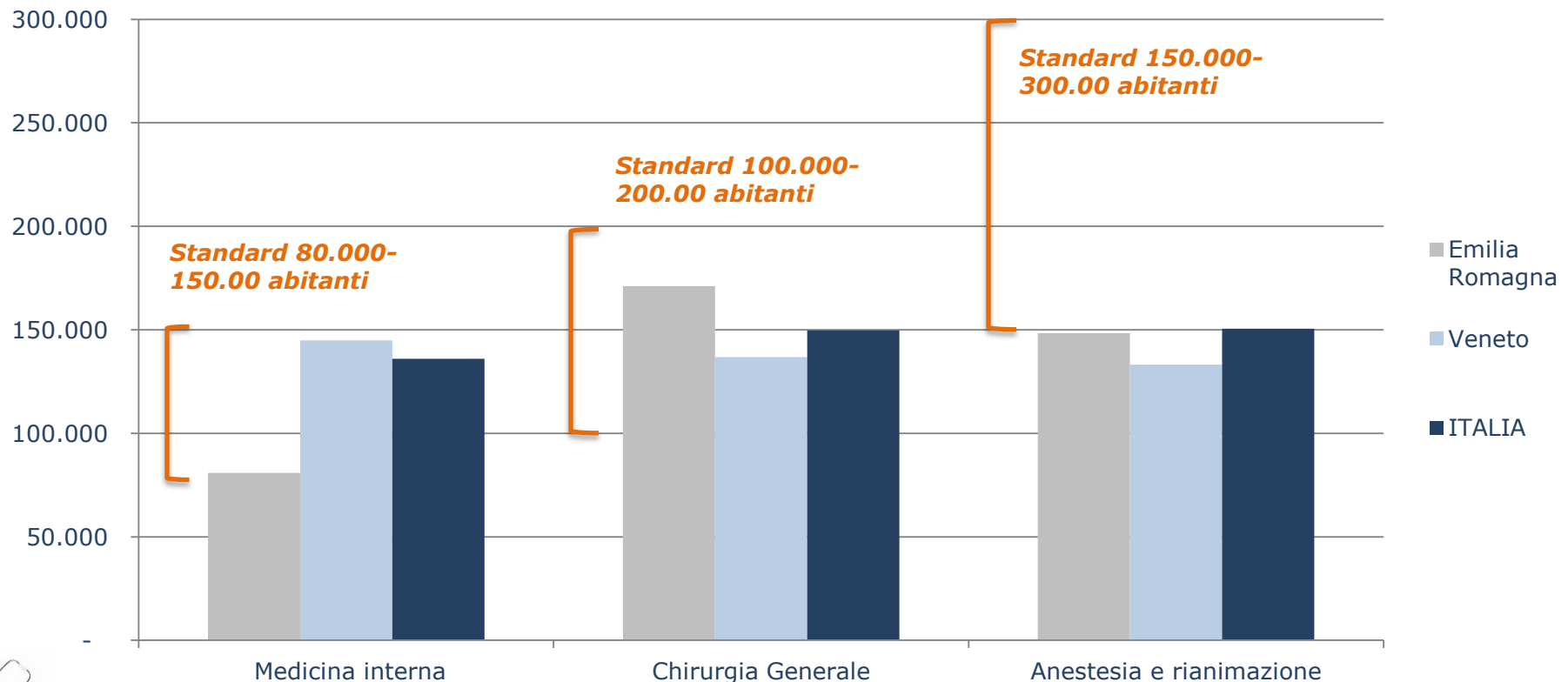
- logiche di accesso
- caratteristiche servizi/percorsi di erogazione/customer experience
- modalità di compartecipazione alla spesa (*copayment*), almeno in alcuni casi



Trasformazione geografia dei servizi e accesso unitario

#2 ACCORPAMENTO UUOO

Bacini di utenza medi (nr. assistiti) delle Unità Operative (2015): Emilia Romagna, Veneto, Italia, confrontati con standard ospedalieri ex DM 70 del 02/04/15





Trasformazione geografia dei servizi e accesso unitario

#2 ACCORPAMENTO UUOO

È necessario accorpare le unità operative che non raggiungono gli standard definiti di bacino di utenza e/o di casistica per garantire la *clinical competence* (sicurezza e qualità)



Il processo dovrebbe essere pianificato e attuato dalle Regioni e dalla collaborazione interaziendale in tempi definiti (es. 3 anni), facilitando:

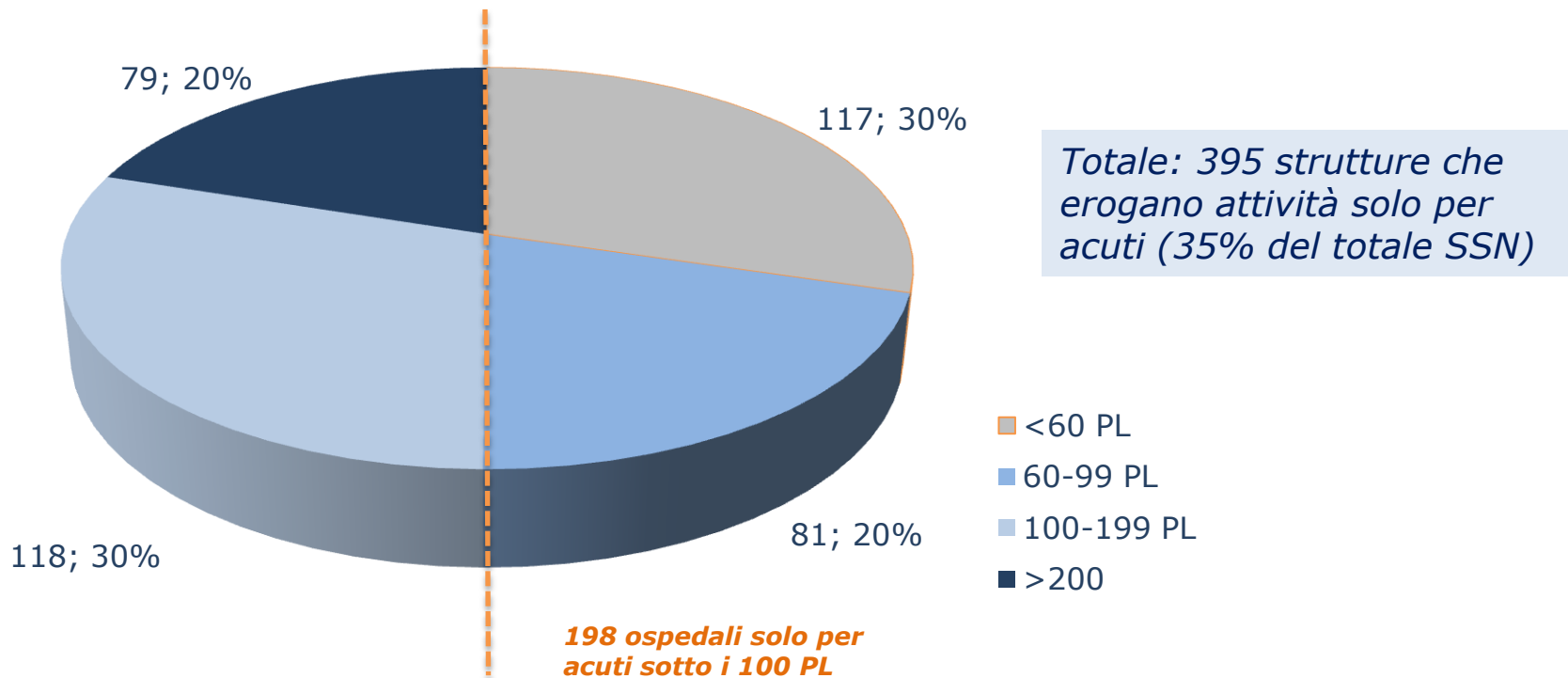
- la concentrazione delle competenze medico-cliniche, delle risorse e degli investimenti
- la revisione della rete di offerta (stabilimenti)
 - Rafforzamento degli *hub* nelle aree metropolitane
 - Creazione di poli specializzati nelle aree decentrate, anche per salvaguardare la capillarità dell'erogazione e il consenso degli stakeholder locali



Governo dell'innovazione e delle tecnologie

#3 RIDUZIONE/RICONVERSIONE PICCOLI OSPEDALI

Strutture ospedaliere che erogano prestazioni solo per acuti, per dimensioni medie (PL) (2014)



Fonte: Elaborazioni OASI su dati Open Data Ministero della Salute, "Posti letto per struttura ospedaliera 2014"




Governo dell'innovazione e delle tecnologie

#3 RIDUZIONE/RICONVERSIONE PICCOLI OSPEDALI

Ridurre gli stabilimenti ospedalieri attraverso:

- La riconversione in presidi per sub-acuti, Case della Salute, strutture residenziali e/o altre strutture territoriali
- La dismissione/valorizzazione degli edifici non riconvertibili

- 
- Concentrare su meno centri gli investimenti richiesti dalle attività complesse
 - Consentire l'indebitamento per riorganizzare la rete di offerta sulla base dei risparmi potenzialmente ottenibili nel medio periodo e della valorizzazione degli immobili non riconvertiti

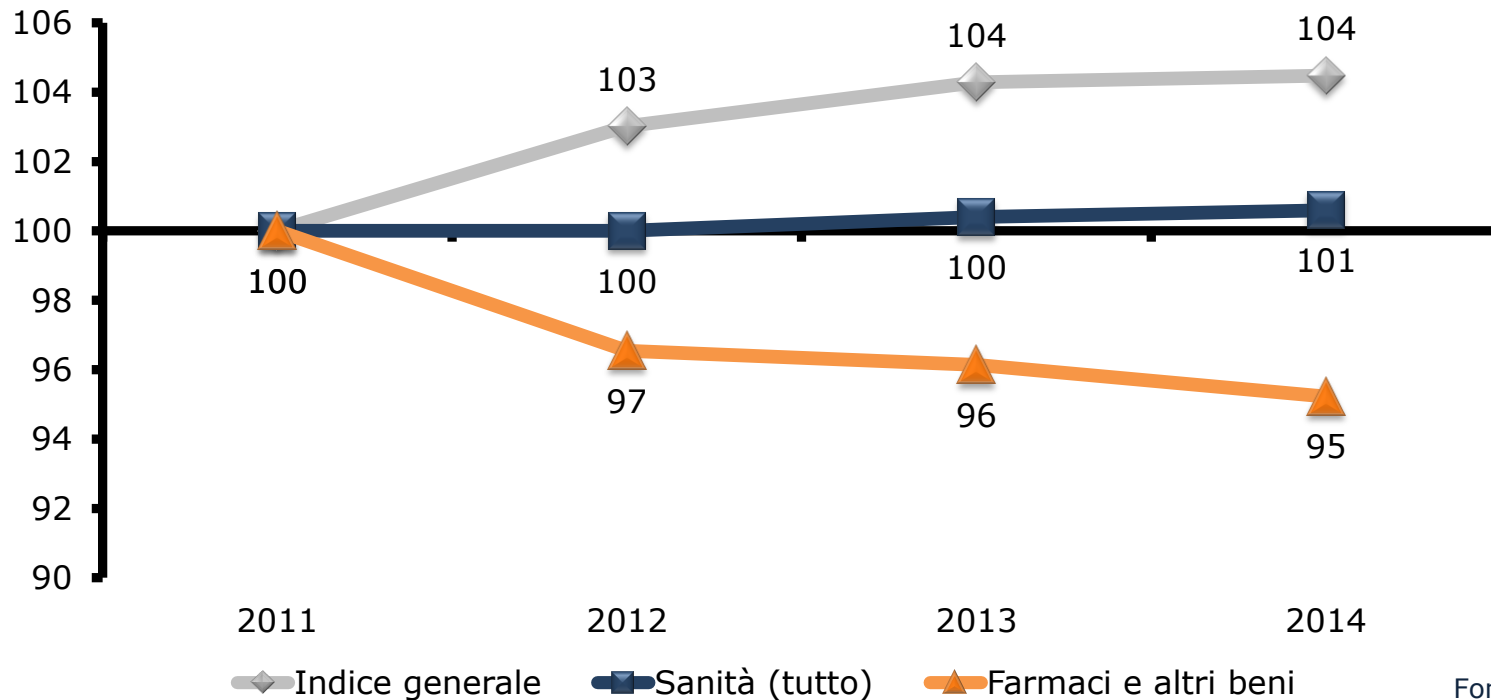
Il mancato adeguamento della rete, che richiede rinnovamento infrastrutturale e tecnologico, rappresenta un "debito implicito": non rinviabile a tempo indefinito senza pregiudicare i LEA.



Governo dell'innovazione e delle tecnologie

#4 REVISIONE LOGICHE INTRODUZIONE FARMACI

Trend indice dei prezzi, 2011-14



Fonte: elaborazioni
OASI su dati ISTAT

Il SSN mostra un'ottima capacità di controllo della spesa farmaceutica



Governo dell'innovazione e delle tecnologie

#4 REVISIONE LOGICHE INTRODUZIONE FARMACI

Rivedere alcuni criteri che regolano l'innovazione farmaceutica in una logica di trasparenza e coerenza con i modelli di presa in carico per patologia:

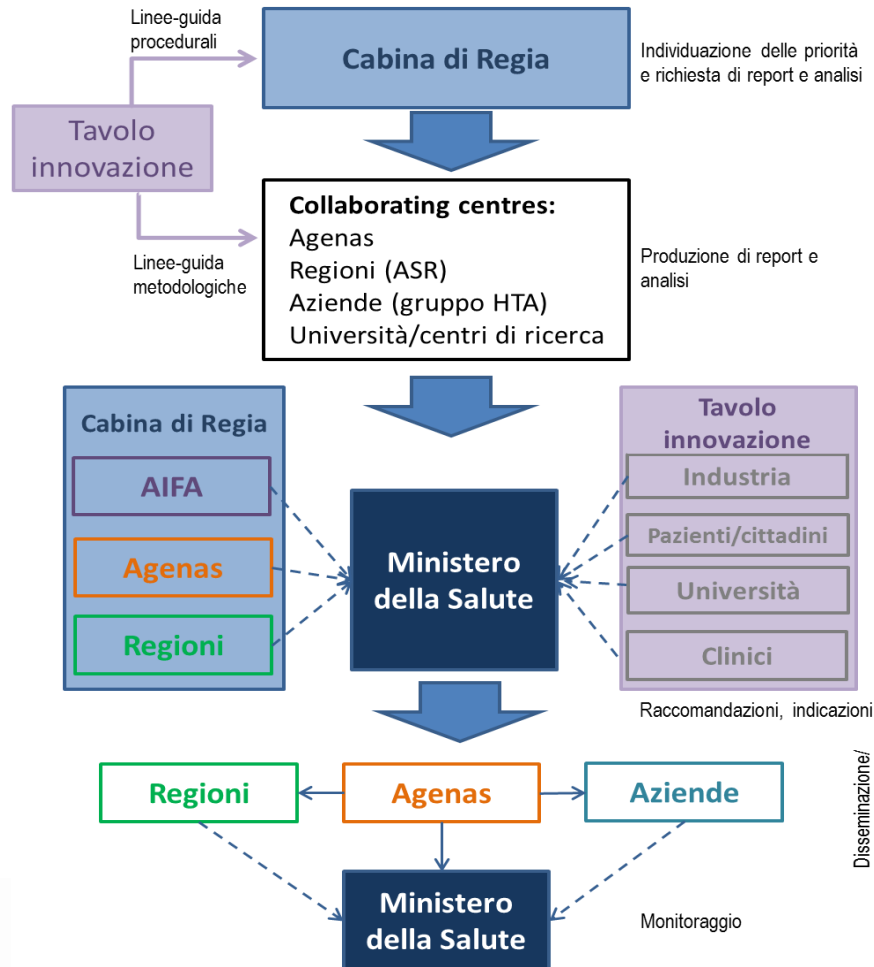


- evitare la duplicazione della regolazione all'accesso, eliminando il livello regionale;
- superare progressivamente la logica dei silos di spesa per fattore produttivo
- Iniziare a introdurre una logica di costo/efficacia per patologia



Governo dell'innovazione e delle tecnologie

#5 ATTUAZIONE HTA MEDICAL DEVICE



Dare attuazione al modello già previsto dal Ministero della Salute

Publicare i criteri di inclusione e di utilizzo, su cui innestare un sistema di *benchmarking* inter-aziendale e inter-regionale dei consumi correlati ai casi trattati





Governo dell'innovazione e delle tecnologie

#6 SISTEMI INFORMATIVI PER LA PRESA IN CARICO

Valorizzare il potenziale dei sistemi informativi per misurare la presa in carico, soprattutto della cronicità

- superare la logica “manufatturiera” di misurazione della produttività del silos produttivo
- rendere visibile la quota reclutamento in relazione alla prevalenza
- misurare l'adesione dei professionisti ai percorsi programmati,
- evidenziare la *compliance* dei pazienti e alcuni outcome di salute.



Non servono investimenti particolari, eccetto un'imponente opera di riconnessione di flussi di dati già in gran parte esistenti.





Governo dell'innovazione e delle tecnologie

#6 SISTEMI INFORMATIVI PER LA PRESA IN CARICO

Valorizzare il potenziale dei sistemi informativi per misurare la presa in carico, soprattutto della cronicità

- superare la logica “manufatturiera” di misurazione della produttività del silos produttivo
- rendere visibile la quota reclutamento in relazione alla prevalenza
- misurare l'adesione dei professionisti ai percorsi programmati,
- evidenziare la *compliance* dei pazienti e alcuni *outcome* di salute.



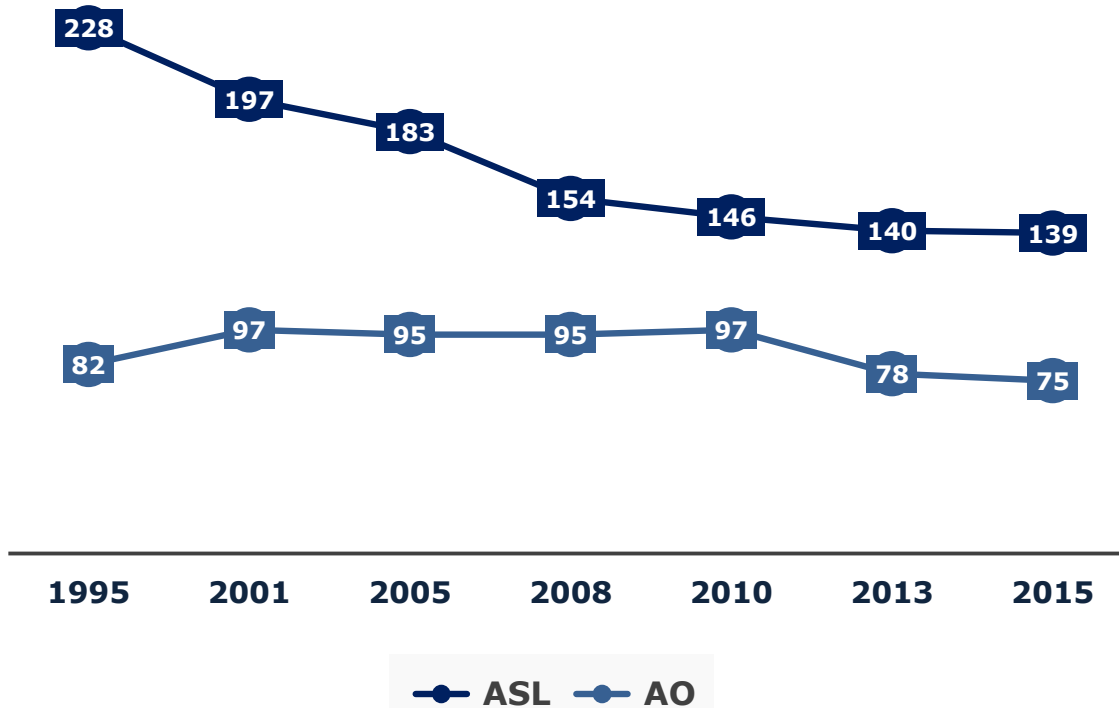
Non servono investimenti particolari, eccetto un'imponente opera di riconnessione di flussi di dati già in gran parte esistenti.



Nuovi perimetri delle aziende pubbliche e governance dei processi di fusione

#7 TRASPARENZA SU FINALITÀ E CRITERI DI VALUTAZIONE

Evoluzione aziende sanitarie pubbliche, 1995-2015



Recenti provvedimenti e ipotesi di riassetti istituzionali (2014-2015)

- Lazio: 3 ASL del Comune di Roma, integrazione con AO
- Lombardia: ATS e ASST
- Toscana: 3 ASL
- FVG: integrazione ASL e AOU
- Veneto: Azienda zero e 7 ULSS
- RER: AUSL Unica Romagna

Nuovi perimetri delle aziende pubbliche e governance dei processi di fusione

#7 TRASPARENZA FINALITÀ E CRITERI DI VALUTAZIONE

Esplicitare le finalità degli accorpamenti. Tra le possibili:

- concentrare le casistiche e le unità operative (#2);
- ricercare maggiore omogeneità nei livelli quali - quantitativi dei servizi;
- conseguire economie di scala nei processi di acquisto e di erogazione;
- ridurre i costi amministrativi e dei servizi di supporto;
- espandere i processi di knowledge management

Solo la chiarezza delle finalità consente di pianificare, monitorare e valutare

È fondamentale dedicare sufficienti risorse al processo di cambiamento



Nuovi perimetri delle aziende pubbliche e governance dei processi di fusione

#8 DIVERSIFICAZIONE GOVERNANCE INTERNA

Diversificare le configurazione istituzionali interne quando le dimensioni diventano rilevanti (es. > 1 mld € di valore prodotto)



Divisionalizzazione per territorio e/o materia (“Holding sanitaria di area vasta”), con chiari livelli di

- autonomia gestionale
- *accountability* manageriale
- rappresentatività istituzionale

Necessario lo sviluppo contrattuale/professionale del middle management

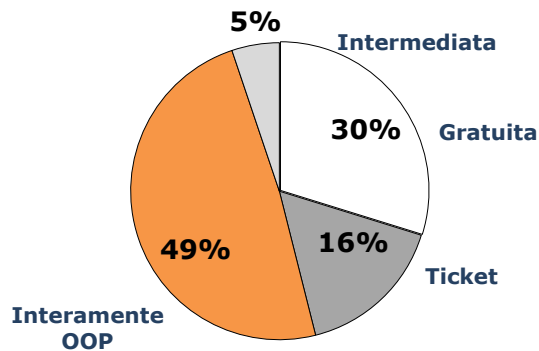


Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel SSN

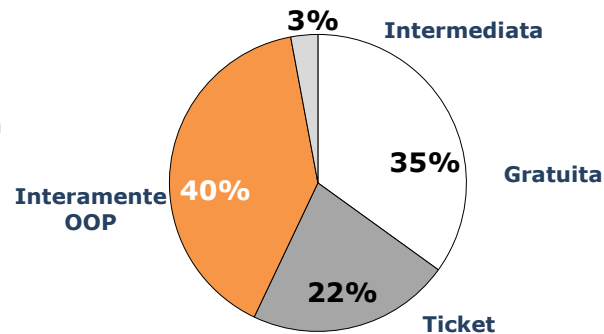
#9 REGOLARE, INTEGRARE E SVILUPPARE I CONSUMI PRIVATI

Modalità di pagamento delle prestazioni sanitarie, % (2013)

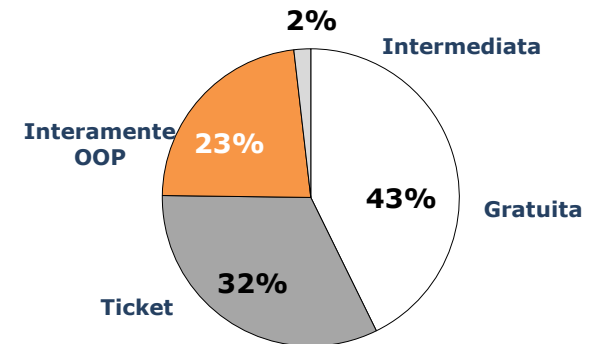
RIABILITAZIONE



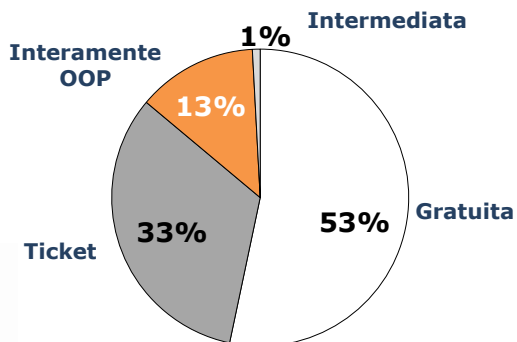
VISITE SPECIALISTICHE



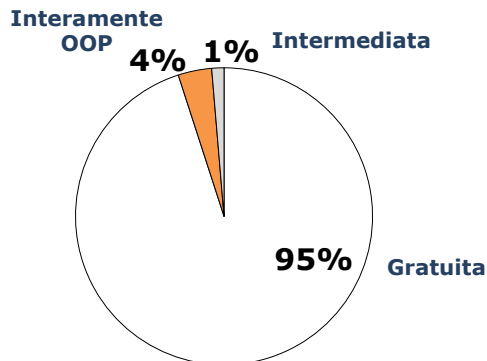
ACCERTAMENTI SPECIALISTICI



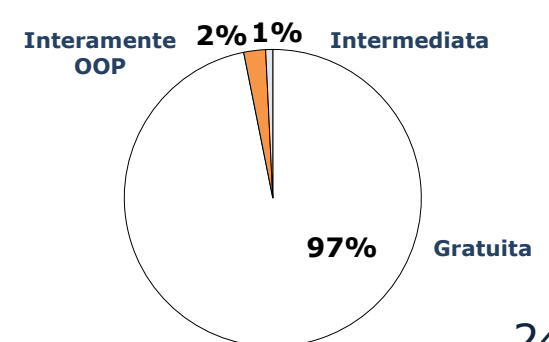
ANALISI DEL SANGUE



RICOVERI DH



RICOVERI ORDINARI





Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel SSN

#9 REGOLARE, INTEGRARE E SVILUPPARE I CONSUMI PRIVATI

Riconoscere la rilevanza dei 33 Mld di spesa sanitaria privata:

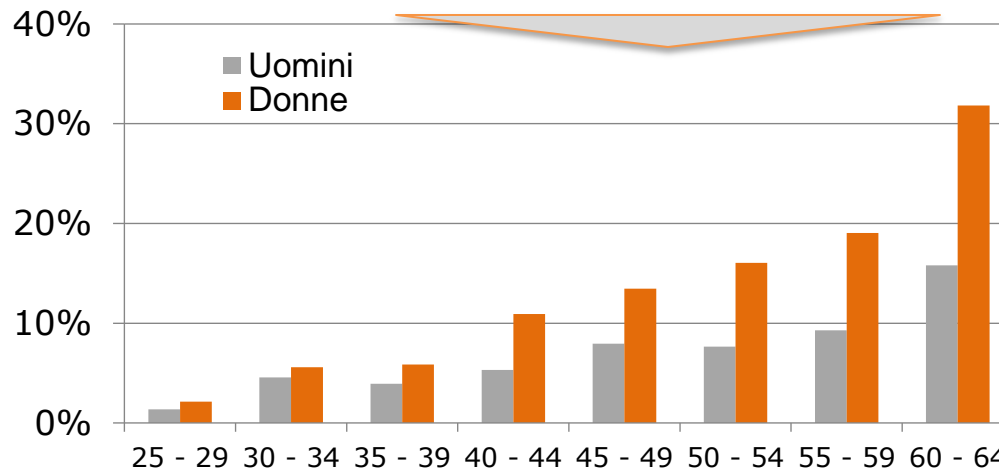
- estendere/rivedere la regolamentazione di interi comparti (dalla medicina estetica alle assicurazioni sanitarie integrative), per garantire standard di trasparenza e qualità accettabili
 - processi di autorizzazione
 - tariffari
 - tutele per i pazienti
- con il consenso del paziente, anche le prestazioni private dovrebbero essere integrate con i sistemi informativi del SSN, per evitare duplicazioni o gap informativi sul percorso sanitario
- acquisire le competenze per lo sviluppo del segmento a pagamento nelle aziende sanitarie pubbliche.



I cambiamenti necessari nella gestione del personale

#10 RISPONDERE A SHORTAGE E INVECCHIAMENTO ORGANICI

- Età media del personale SSN *(dati 2011 Ministro della Salute)*
 - Medici: 50 anni
 - Infermieri: 45 anni
- Quota di MMG con almeno 27 anni dalla laurea: dal 12% nel 1998 al 62% nel 2012 *(dati Ministro della Salute)*
- Quota di personale SSN con permessi ex L. 104/92: 11% *(elaborazione OASI su dati Ministro Funzione Pubblica 2011)*
- Quota di personale SSN con inidoneità: 12% *(dati OASI 2015 da rilevazione su campione 40 aziende, inidoneità 2005-14) -> incidenza per fascia d'età*





I cambiamenti necessari nella gestione del personale

#10 RISPONDERE A SHORTAGE E INVECCHIAMENTO ORGANICI

Governare e non subire il cambiamento delle professionalità e dei profili anagrafici del personale SSN:

- Il governo dello *skill mix change* necessita:
 - di un orientamento di fondo rispetto al mix medici/professioni sanitarie e ai contenuti di ruolo da esercitare
 - di PDTA che includano le nuove competenze professionali e responsabilità da attivare;
 - di sistematiche valutazioni di costo efficacia delle innovazioni organizzative, le cui metodologie devono essere definite ex ante.
- L'invecchiamento degli organici richiede una revisione dei rapporti di impiego per contrastare insoddisfazione, inefficienze e opportunismi
 - Sul piano contrattuale, modificare le discipline sul tempo parziale, sugli orari di lavoro e sulle progressioni retributive verso una maggiore flessibilità. Ad esempio, si potrebbero proporre aumenti delle ferie e delle giornate libere a pari o minore retribuzione in funzione età, depotenziando opportunità per demansionamenti e 104
 - Sviluppare logiche di gestione del personale attente a prevenire il *burn out* (ricerca/audit permanente, rotazione obbligatoria, prevedere riqualificazione professionale)

