



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



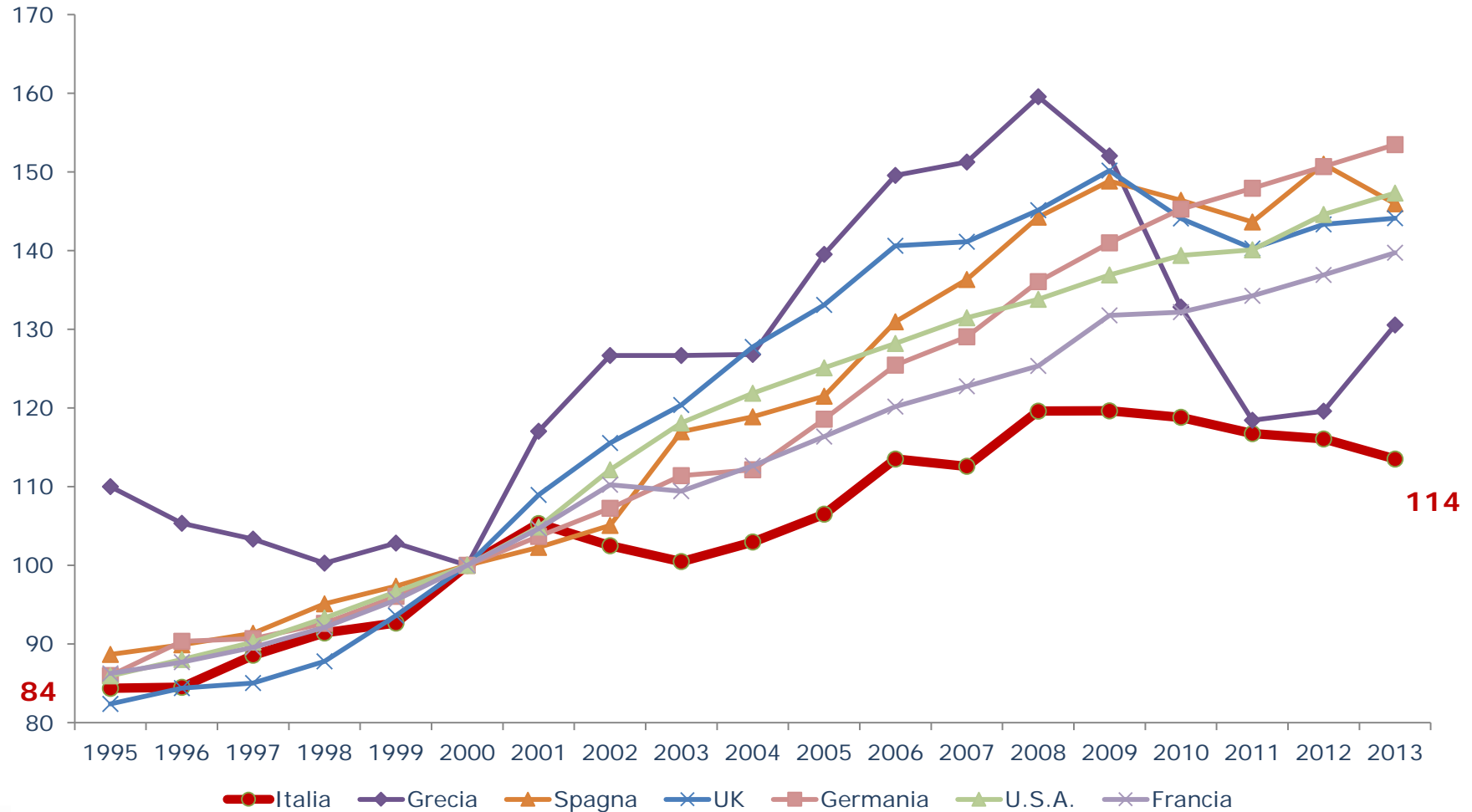


## AGENDA

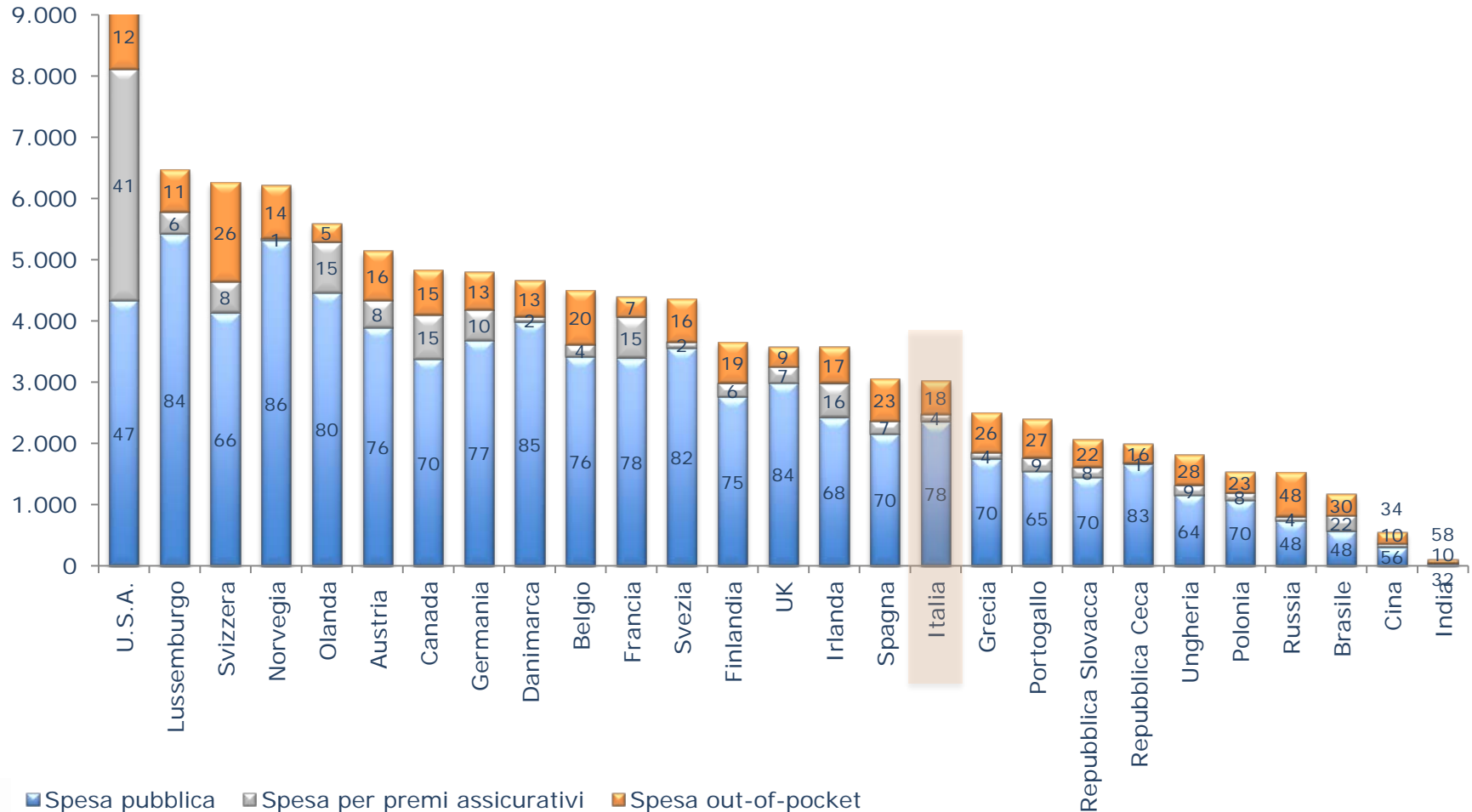
- **IDENTIKIT del SSN**
  - **Confronto internazionale: spesa**
  - **Confronto internazionale : *outcome* di salute**
  - **Sostenibilità**
- **10 PROPOSTE PER RENDERE IL SSN PIU' EFFICACE, EQUO E SOSTENIBILE**
  - La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari
  - Il 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



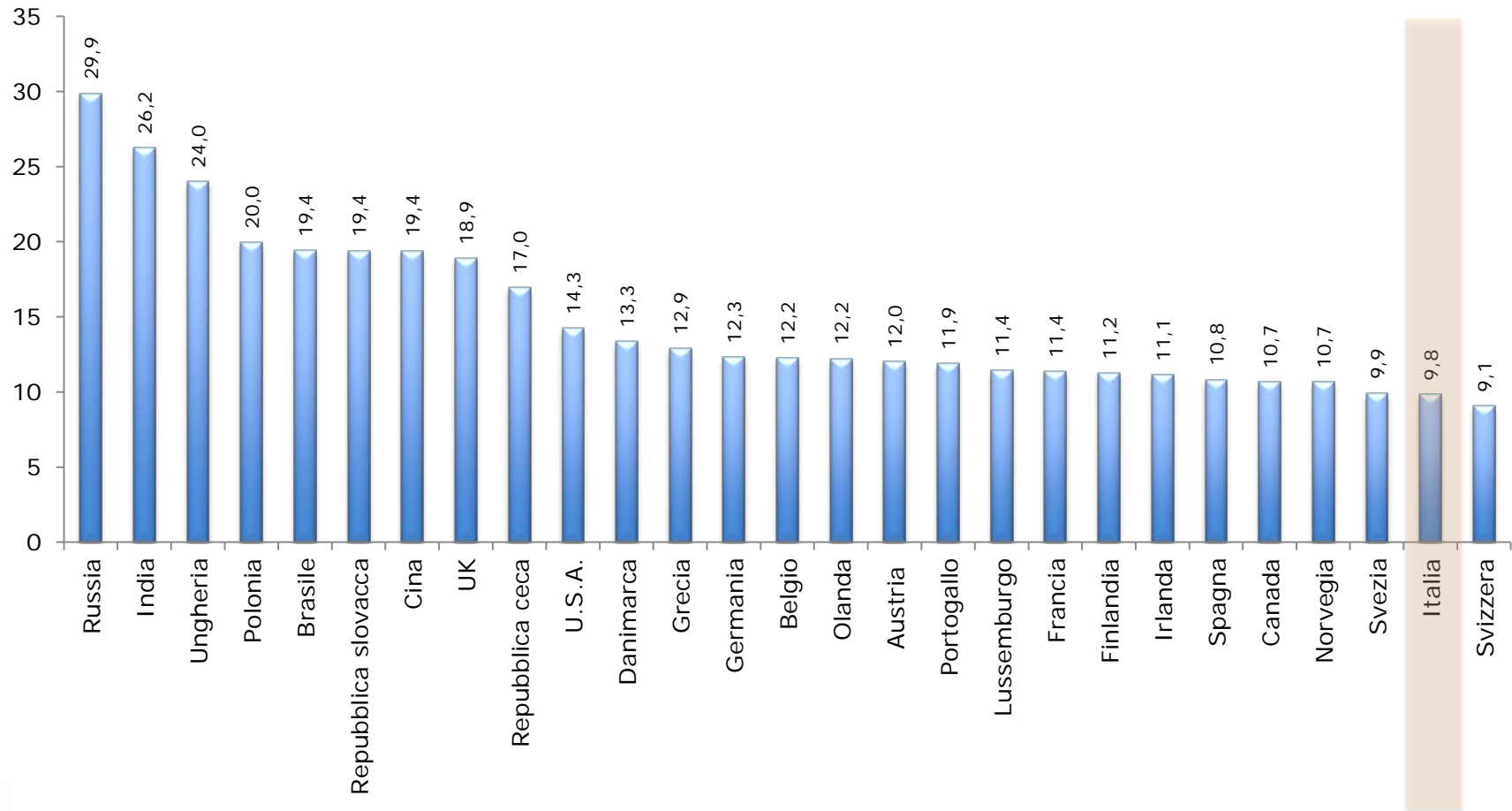
## Confronto internazionale: crescita spesa sanitaria totale



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



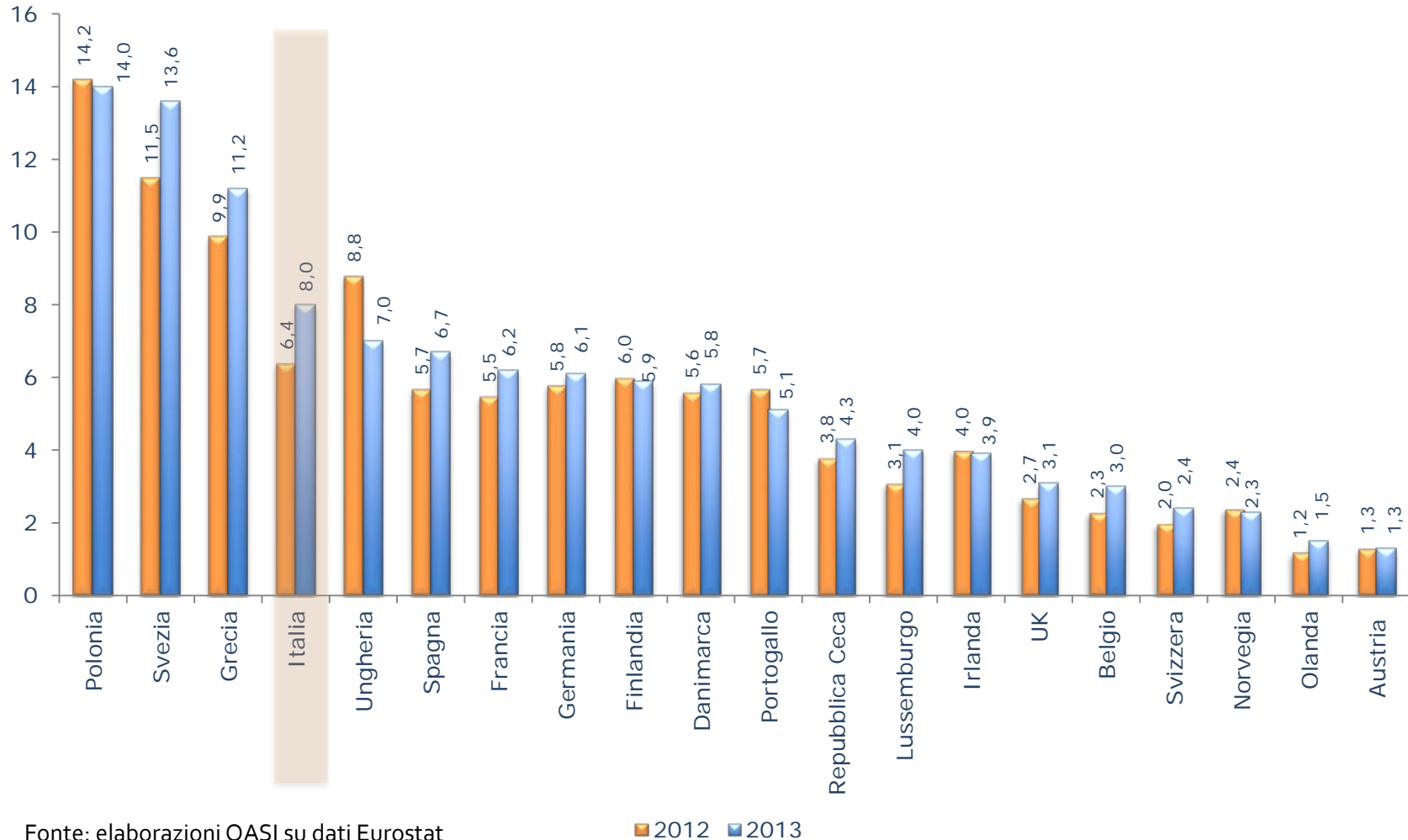
## Confronto internazionale: probabilità di morire tra 30 e 70 anni a causa di una malattia non trasmissibile\* 2012



Fonte: elaborazioni OASI su dati OECD e WHO

\*Cancro, diabete, malattie respiratorie croniche

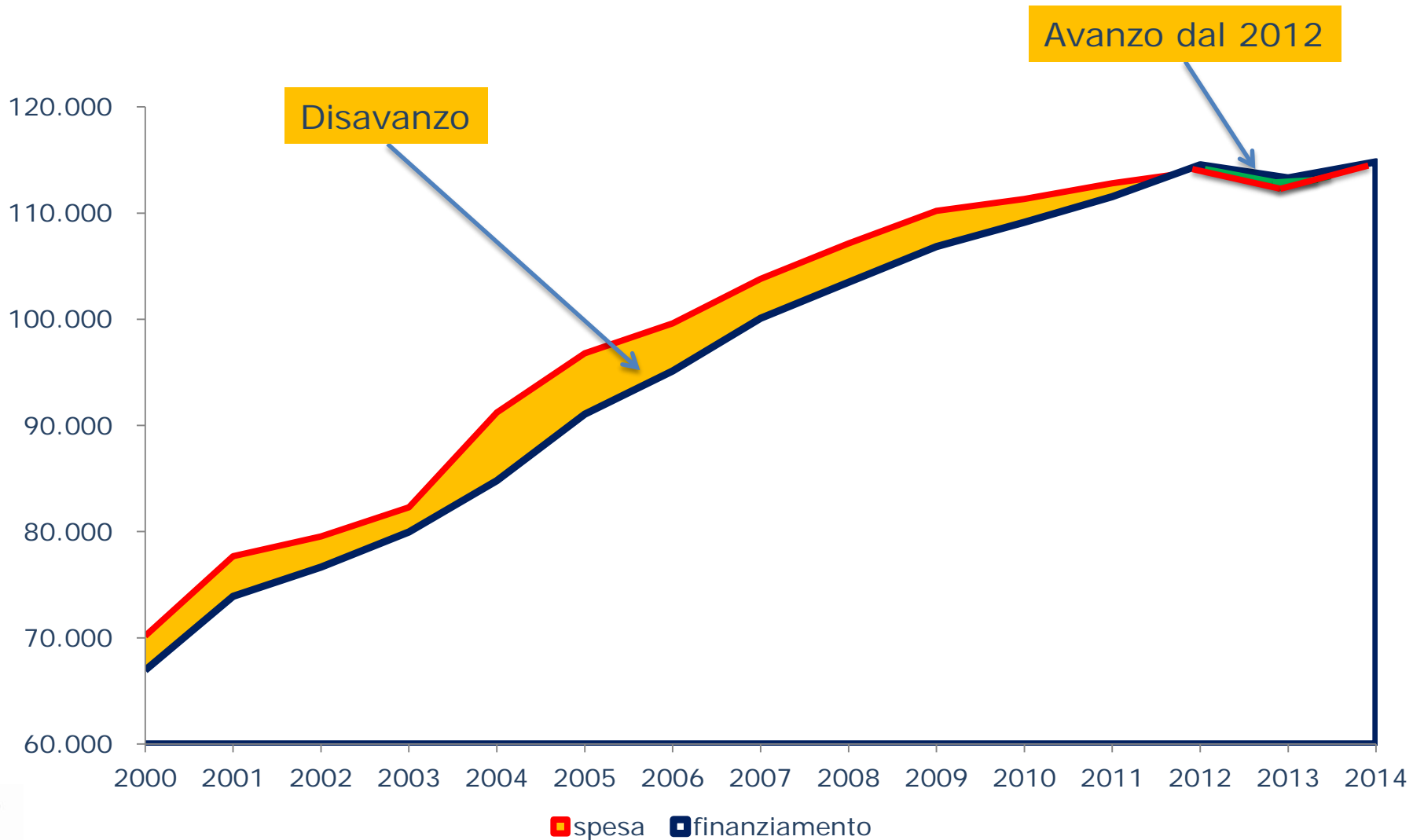
## Confronto internazionale: rinuncia alle cure riportata dai pazienti (%) 2012;2013



Fonte: elaborazioni OASI su dati Eurostat

■ 2012 ■ 2013

## Sostenibilità: spesa e finanziamento



■ spesa ■ finanziamento





## AGENDA

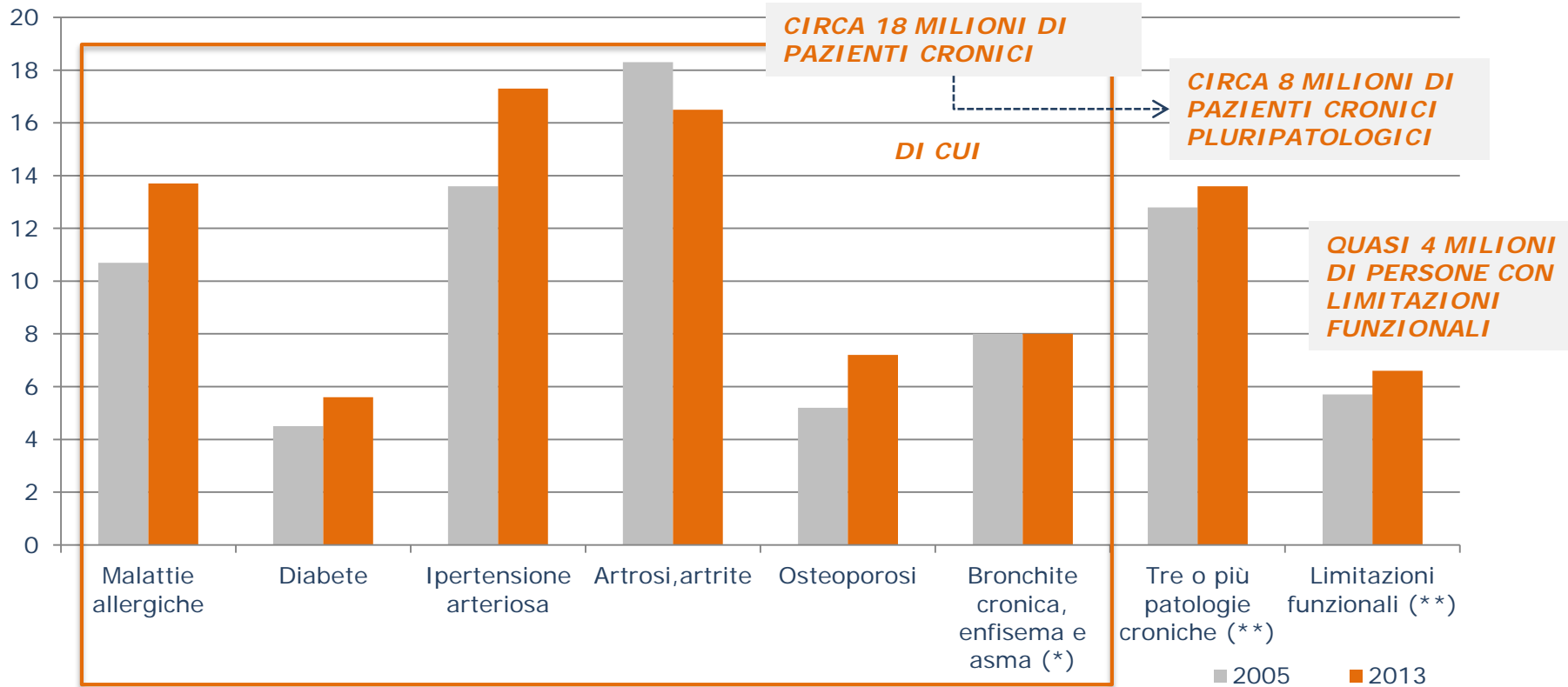
- IDENTIKIT del SSN
  - Confronto internazionale: spesa
  - Confronto internazionale: *outcome* di salute
  - Sostenibilità
- **10 PROPOSTE PER RENDERE IL SSN PIU' EFFICACE, EQUO E SOSTENIBILE**
  - La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari
  - Il governo dell'innovazione 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:

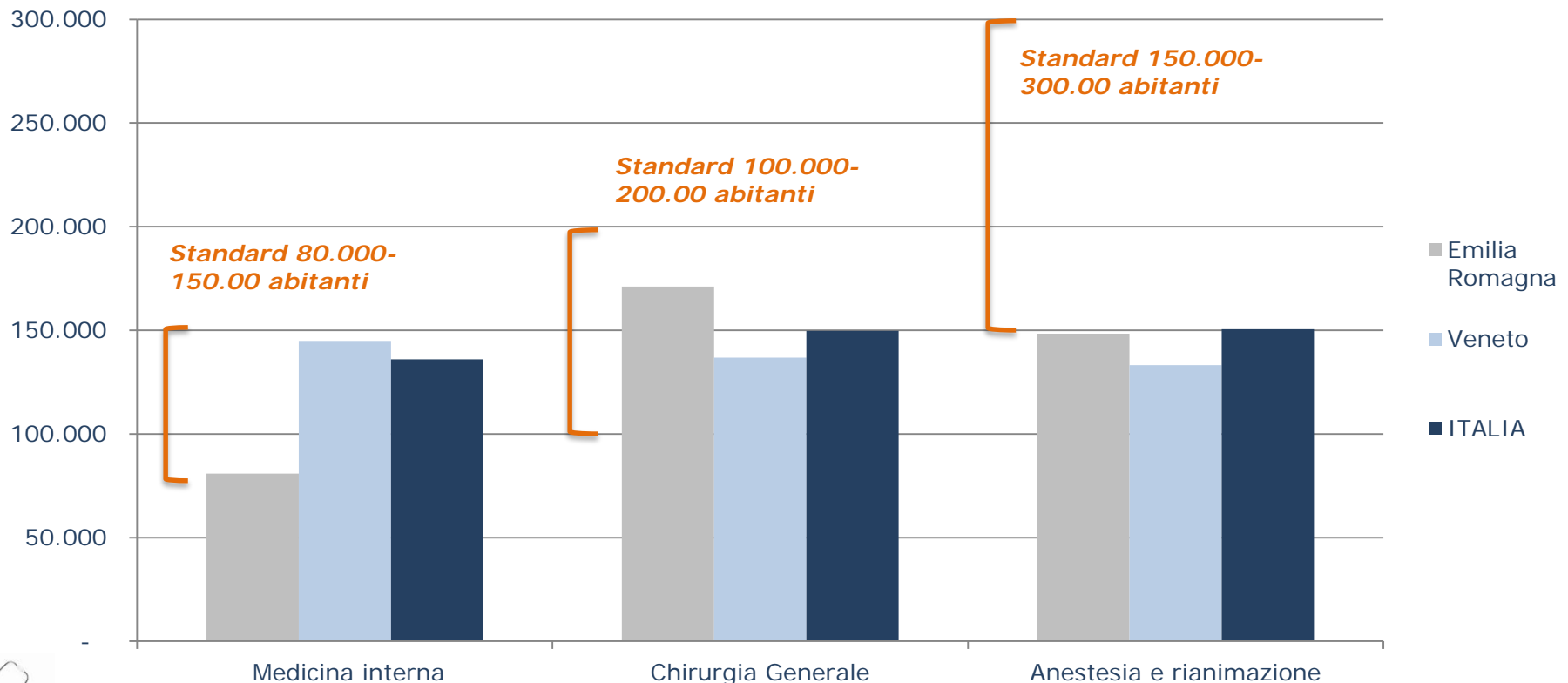
- logiche di accesso
- caratteristiche servizi/percorsi di erogazione/customer experience
- modalità di compartecipazione alla spesa (*copayment*), almeno in alcuni casi



# 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:

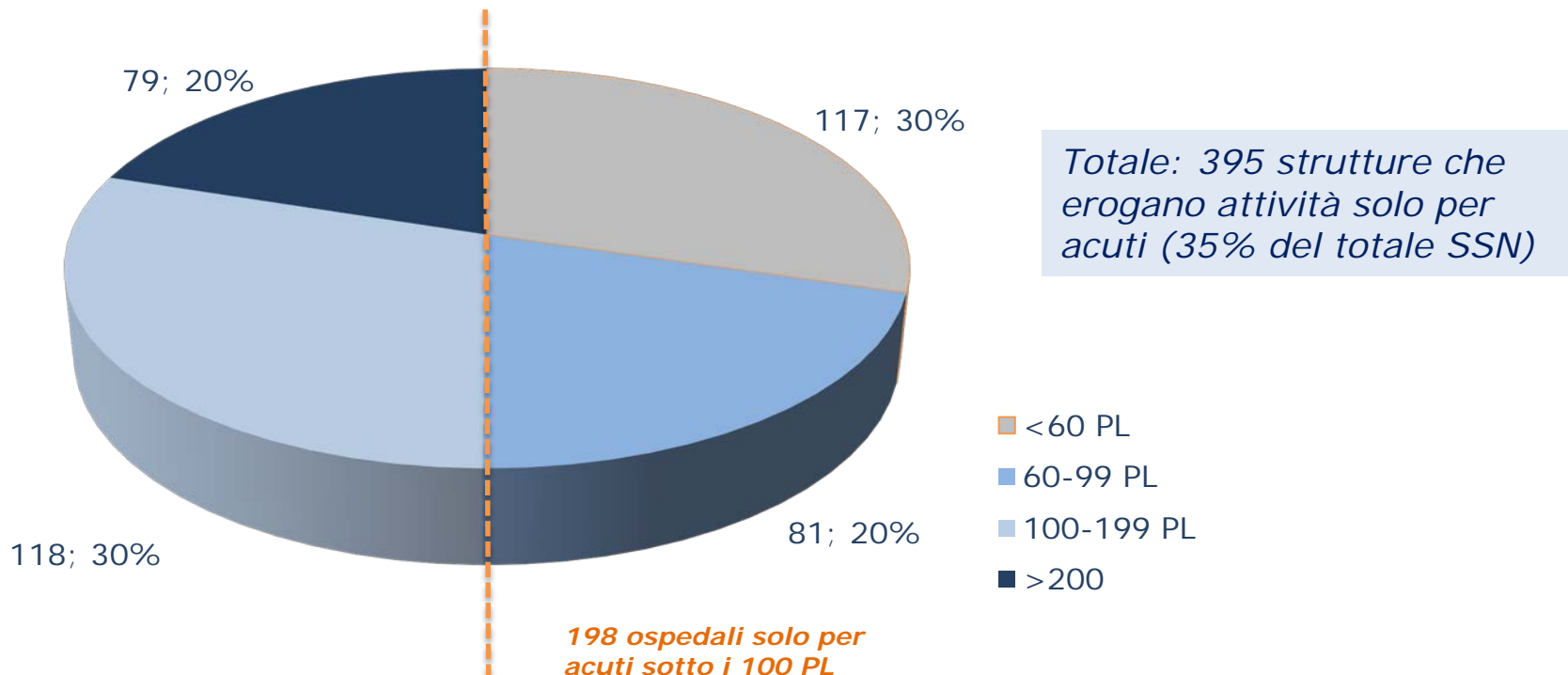
- la concentrazione delle competenze medico-cliniche, delle risorse e degli investimenti
- la revisione della rete di offerta (stabilimenti)
  - Rafforzamento degli *hub* nelle aree metropolitane
  - Creazione di poli specializzati nelle aree decentrate, anche per salvaguardare la capillarità dell'erogazione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

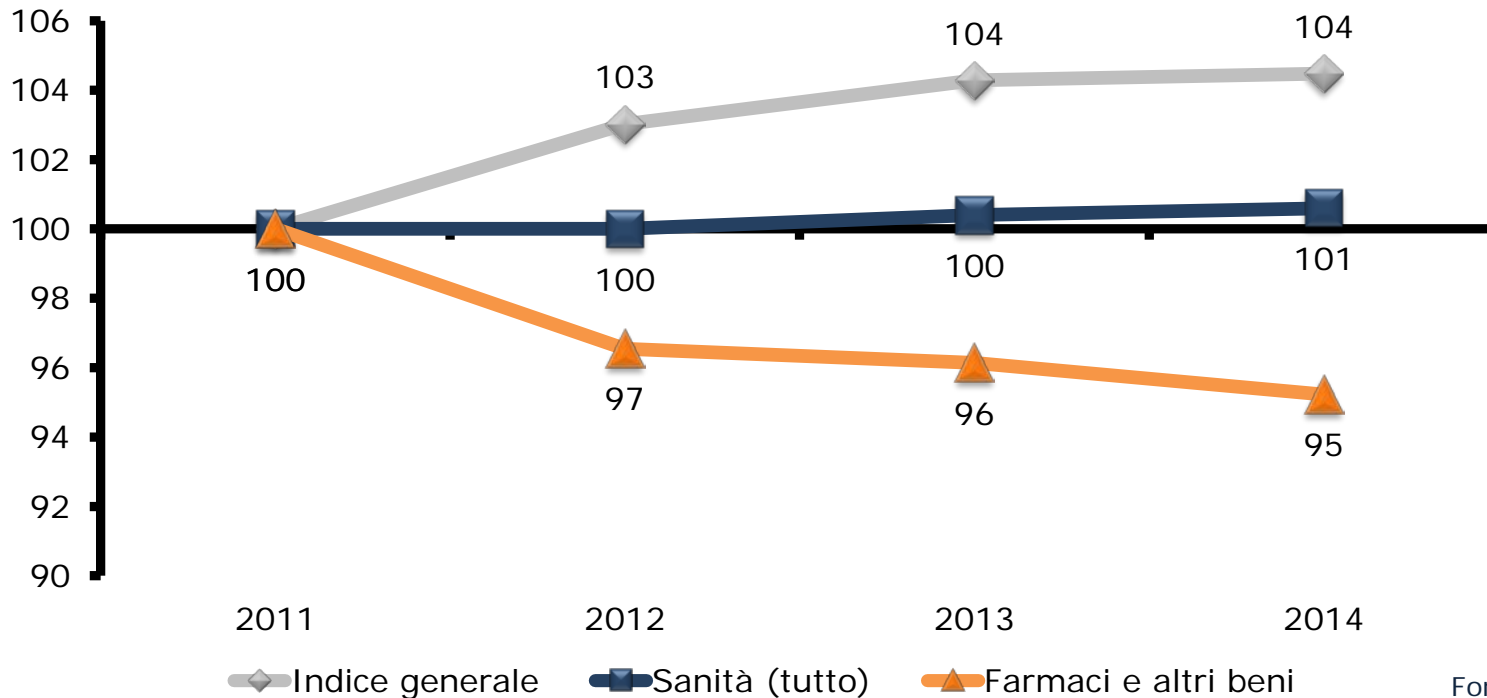
*Il mancato adeguamento della rete, che richiede rinnovamento infrastrutturale e tecnologico, rappresenta un "debito implicito": non rinviabile a tempo indefinito senza pregiudicare i LEA.*



# 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:

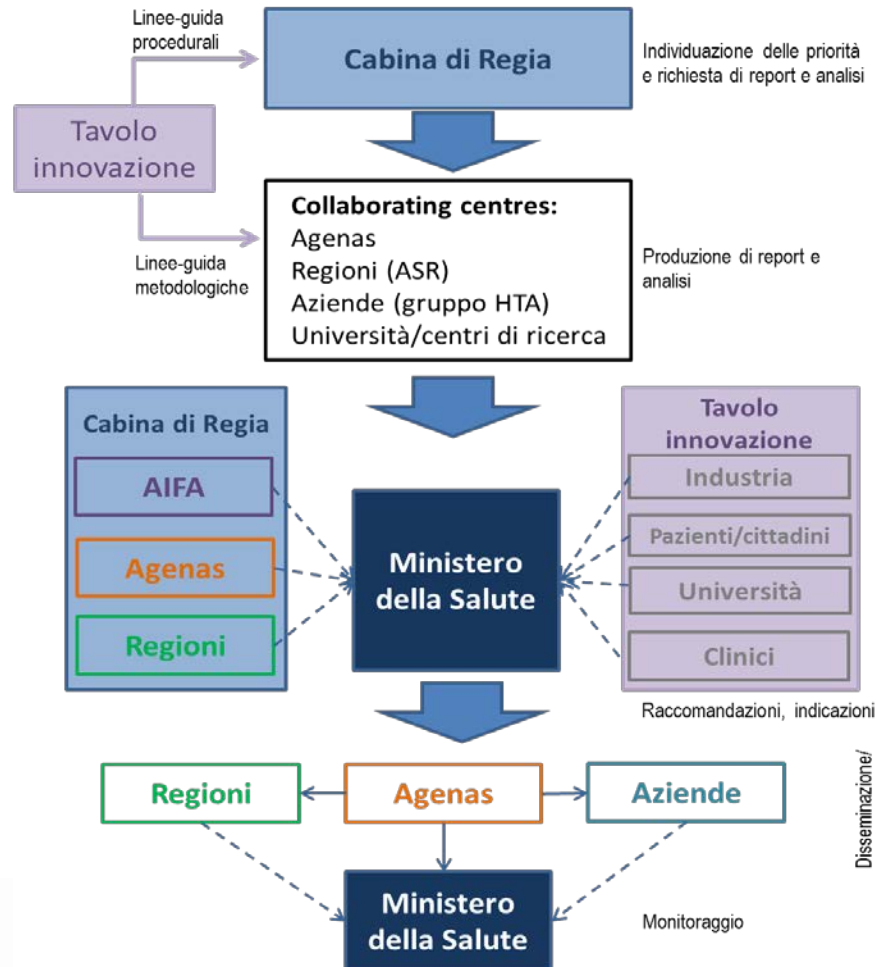


- evitare la duplicazione della regolazione all'accesso, eliminando il livello regionale;
- superare progressivamente la logica dei silos di spesa per fattore produttivo
- Iniziare a introdurre una logica di costo/efficacia per patologia



# 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.



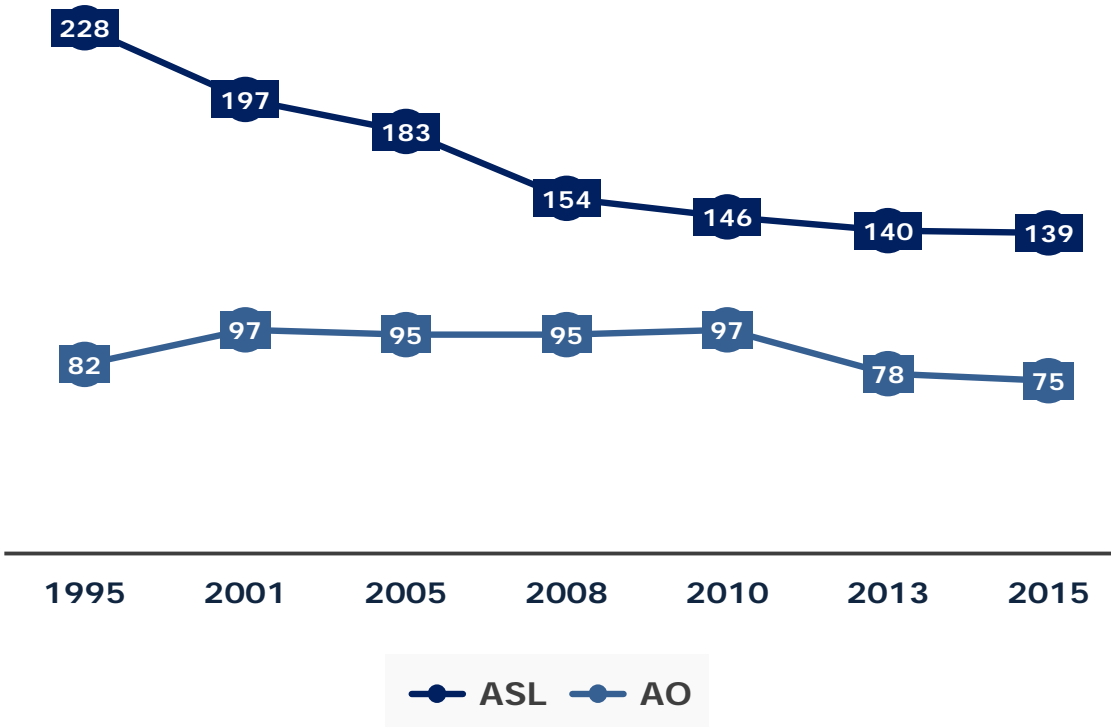
Non servono investimenti particolari, eccetto un'imponente opera di riconnessione di flussi di dati già in gran parte esistenti.



# 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*

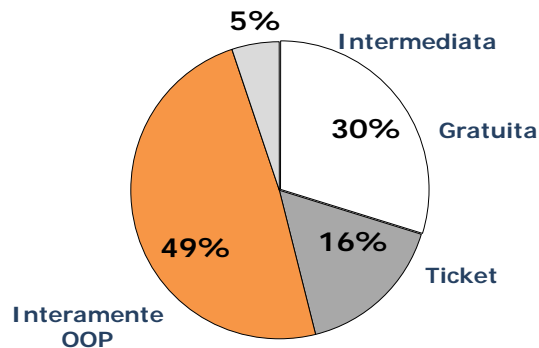


# Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel SSN

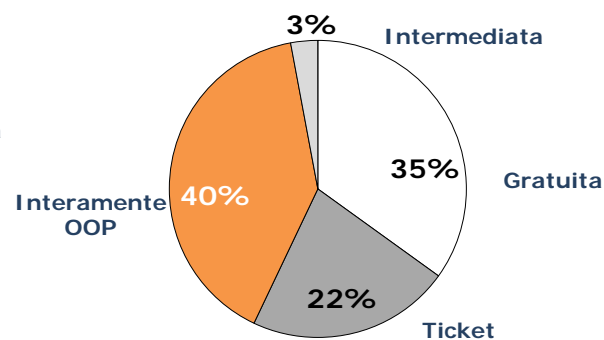
## #9 REGOLARE, INTEGRARE E SVILUPPARE I CONSUMI PRIVATI

Modalità di pagamento delle prestazioni sanitarie, % (2013)

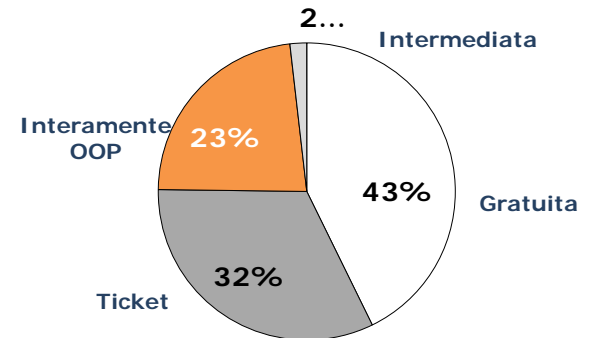
RIABILITAZIONE



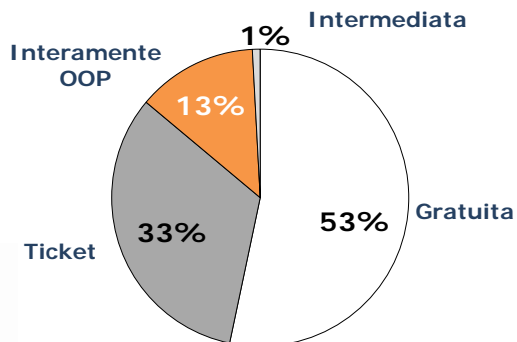
VISITE SPECIALISTICHE



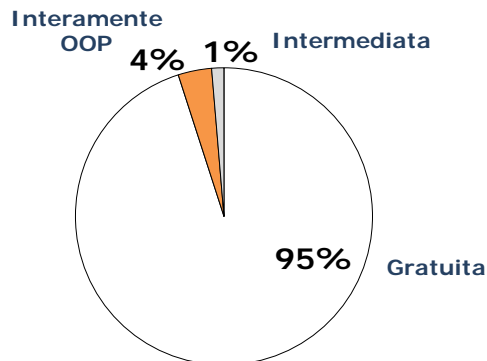
ACCERTAMENTI SPECIALISTICI



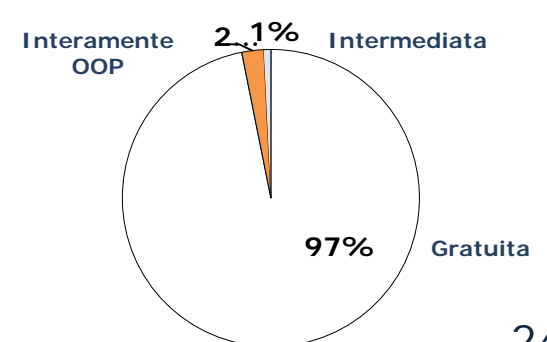
ANALISI DEL SANGUE



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:

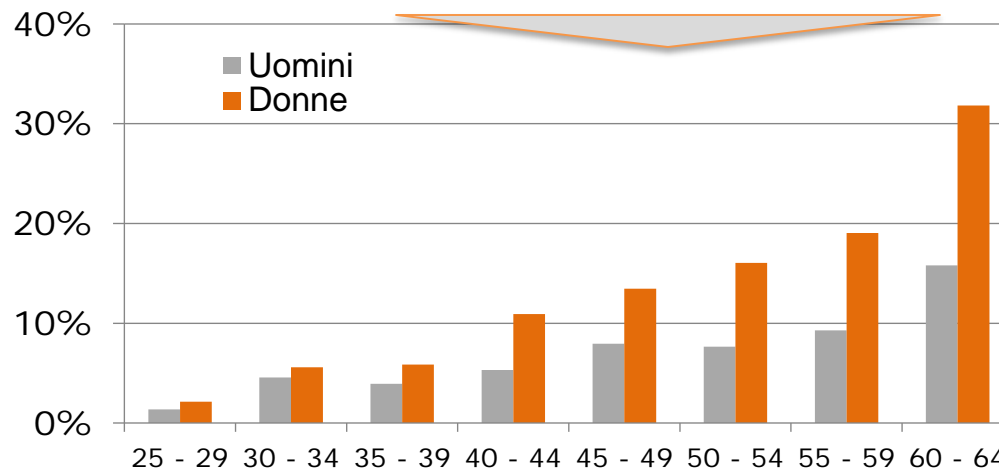
- estendere/rivedere la regolamentazione di interi comparti (dalla medicina estetica alle assicurazioni sanitarie integrative), per garantire standard di trasparenza e qualità accettabili
  - processi di autorizzazione
  - tariffari
  - tutele per i pazienti
- con il consenso del paziente, anche le prestazioni 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)

