



La sostenibilità dei sistemi sanitari alla luce dei cambiamenti epidemiologici

Federico Lega
Università degli Studi di Milano

cneto CENTRO NAZIONALE PER LA RICERCA IN ARCHITETTURA, INgegNERIA E TECNOLOGIA

FONDAZIONE ACTION FOR HEALTH INSTITUTE

POLITECNICO MILANO 1863
 DIPARTIMENTO DI ARCHITETTURA, INGEGNERIA DELLE COSTRUZIONI E AMBIENTE COSTRUITO

ABC...SALUTE

Camogli (GE), 2 – 3 dicembre 2019

Congresso Nazionale 2019
 CNETO, Fondazione Action for Health Institute,
 Politecnico di Milano, ABC...Salute

Dare valore alla salute

*Dalla medicina curativa alla medicina proattiva
 Nuove strutture e sistemi integrati per la salute*

Patrocinato e supportato da



Efficienza spesa sanitaria, per Bloomberg l'Italia è quarta al mondo

L'indagine Health care efficiency misura il rapporto tra la spesa sanitaria e l'aspettativa di vita in base ai dati 2015 di 56 Paesi del mondo. Il nostro Paese si posiziona alle spalle di Hong Kong, Singapore e Spagna. Male Francia e Germania, malissimo gli Stati Uniti (terzultimi)



Tutto bene quindi...?

Il confronto internazionale

- In Italia si spendono in media 3.400 dollari per abitante, contro la media OCSE di 4.000
- Risorse per il Welfare sono il 20% in meno della Gran Bretagna, il 30% della Germania e il 40% della Francia
- Risorse per la prevenzione fanalino di coda a livello Europeo

Qualche dubbio relativamente a tenuta ed equità desiderabili...

La salute

- Complessivamente ottimi risultati.. Ma è l'effetto della lunga coda...?
- Differenziale tra Sud e Nord fino a 4 anni di speranza di vita alla nascita
- Mobilità interregionale in crescita, rischio di inequità molto alto
- Spesa sanitaria privata OoP ed intermedie in crescita

I prossimi 40 anni...

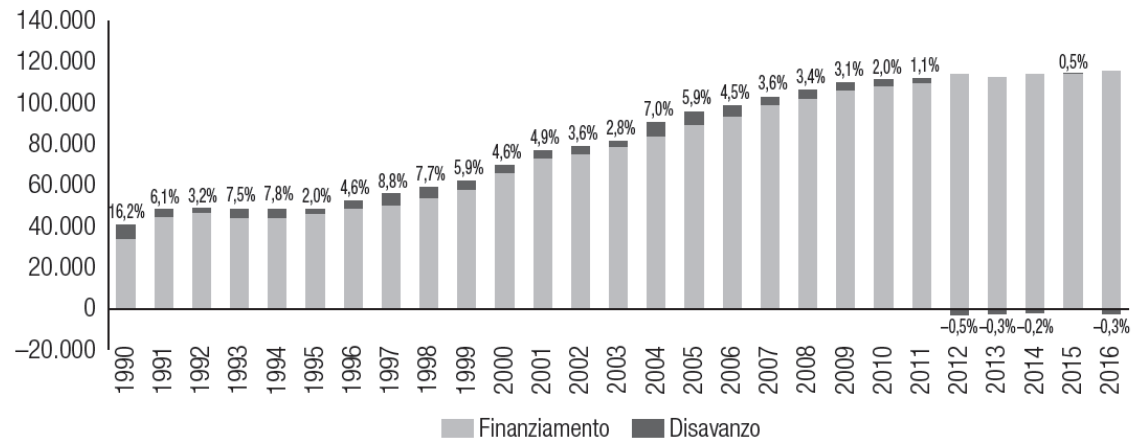
- Sfide del Settore (e non solo SSN/sistema)
- Una nuova normalità

Le sfide del Settore Salute in Italia - 1

Spesa Sanitaria Pubblica

- Spesa pubblica sotto controllo. Avanzi nel 2012-13-14-16
- Efficientamento profondo, ma anche razionamento
- Azzeramento investimenti , 60 euro anno per abitante, meno del 3% della spesa

Figura 5.1 **Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990-2016)**



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2017)

Consumi e spesa privata

- Oscilla tra i 33,9 ed i 39,4 miliardi (2016), con crescita >5% nel 2012-16!
- 21 miliardi per servizi, di cui 9 di odontoiatria, ricoveri 1,5, ambulatorio per circa 7 (di cui 2,5 pubblico)
- Fenomeno del low cost/price in ascesa e assicurati da 6 a 11 milioni negli ultimi 5 anni, da 3,5 a quasi 5 miliardi

Cronicità e bisogni socio-sanitari

- Nel 2017, secondo l'ISTAT, il 22,3% della popolazione (circa 13,5 milioni di abitanti) ha più di 65 anni, l'1,2% più di 90 anni (727.000), e 17.000 ultracentenari (erano 11,7 milioni, 467.000 e 10.400 nel 2007...).
- Il 20% degli Italiani ha almeno due patologie e tra gli over 75 il 68%...

Non auto-sufficienza

- 13 milioni di persone di 15 anni e più risultano avere limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi.
- Il 61% (7.930.000) sono anziani.
- Il 23,4% riferisce di avere limitazioni gravi, cioè circa 2,8 milioni di persone, a cui si aggiungono i pazienti in fine vita (circa 0,5 milioni)

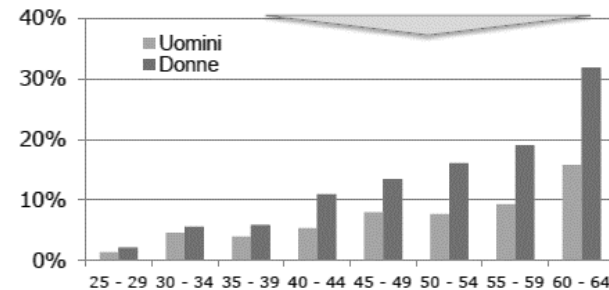
Le sfide del Settore Salute in Italia - 5

La questione personale

- Età anagrafica avanzata
- Shortage di professionalità e skill mix
- Garanzie contrattuali
- Le 973.808 badanti...

Invecchiamento e shortage del personale

- Età media del personale SSN: 49,7 anni, rispetto a 43,5 del 2001 (dati 2014 Conto Annuale)
 - Medici: 52,8 anni
 - Infermieri: 47 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*



Concentrazione

- Dal 1995-2017: da 228 a 120 ASL, da 82 a 40 AO. Il gigantismo... ASL in media con >500.000 ab., aziende con > 2mld di euro di budget
- Le centrali acquisto
- Aziende “zero” ed agenzie
- L'importanza del middle management ed in nuovi ruoli direzionali (DS, farmacista, gestione operativa. Ingegneria clinica...)

Paradigmi emergenti

- Co-creation, concordance e co-production oltre l'empowerment e la compliance
- Partnership con l'industria farma e devices
- Population health management (oltre il chronic care model)
- Linee di prodotto e multidisciplinarietà e multiprofessionalità a matrice con le discipline

Un nuova normalità?

- Holding regionali ed nuova “aziendalità”
- Accountability crescente sulla salute (esiti e disease management) e sull’asset management (2a fase dell’aziendalizzazione)
- Sguardo al settore (consumi privati e II e III pilastro)
- Il fattore tempo

Contributi per la riflessione 1/8

Differenziare le autonomie aziendali in relazione alle performance dimostrate (quelle giuste...)

- a) Incentivo a cambiare
- b) Incentivo a definire e misurare le performance
- c) Opportunità di sviluppare potenzialità di «mercato»
- d) Opportunità per sviluppare una nuova governance e *consequence management*

Partire con IRCCS e AOU?

Contributi per la riflessione 2/8

Introdurre/potenziare la quota di finanziamento collegata alla salute e/o al valore

- ❑ I tempi sono maturi per una riflessione e magari revisione strutturale sul cosa paghiamo, chi paghiamo e come lo paghiamo
 - ✓ Volumi, elementi di processo, esiti, stato di salute
 - ✓ MMG, specialisti, aziende
- ❑ Abbiamo bisogno di meccanismi di pagamento che incentivino la medicina di iniziativa, la gestione proattiva dello stato di salute della popolazione, l'health literacy della popolazione, l'aderenza terapeutica ed organizzativa, l'aggiornamento professionale e l'innovazione appropriata nella pratica
 - ✓ Bundle payment principalmente per il processo
 - ✓ P4P per volumi, esiti e stato di salute

Contributi per la riflessione 3/8

Il bundled payment

- ❑ Bundled payment, anche conosciuto come episode-based payment, episode payment, episode-of-care payment, case rate, evidence-based case rate, global bundled payment, global payment, package pricing, or packaged pricing, è definito come il rimborso di providers sulla base dei contenuti clinici attesi (e dei relative costi) per processi assistenziali
- ❑ sistema prospettico di pagamento complessivo di prestazioni di diversi providers generalmente per un singolo episodio assistenziale (acuzia e post acuzia) con l'obiettivo di ridurre le prestazioni non necessarie (appropriatezza)

Contributi per la riflessione 4/8

Dove e come di applica il BP

- ❑ Il BP system è di più facile applicazione per alcune patologie e/o processi che per altri
- ❑ Per esempio è di più facile applicazione nelle cardiopatie acute (IMA etc.) o nelle protesi d'anca che nelle esacerbazioni di malattie croniche quali il diabete Condizioni patologiche con chiaro inizio temporale e fine del processo assistenziale sono di più facile applicazione
- ❑ Il BP deve tener conto della severità della patologia per evitare che I pazienti non vengano presi in carico per evitare perdite finanziare legate al pagamento del processo

Contributi per la riflessione 5/8

I problemi del BP

- Conseguenze di una non corretta applicazione del BP system
 - ✓ Razionamento
 - ✓ Adverse selection
 - ✓ Cream skimming
 - ✓ Spezzatino

Per minimizzare queste variabili la qualità dell'assistenza deve far parte del BP system con appositi indicatori di processo ed outcomes.

Contributi per la riflessione 6/8

3 implementazioni negli USA

- ❑ Modello A (acuzie e post acuzie), il processo riguarda pazienti ospedalizzati e post acuzie sino a 90 giorni dalle dimissioni.
- ❑ Modello B, (post acuzie e medicina territoriale) l'episodio trigger è un'ospedalizzazione ma il BP riguarda solo il post ospedale con a skilled nursing facility, inpatient rehabilitation facility, long-term care hospital or home health agency.
- ❑ Modello C (tutto il processo di cura), il BP riguarda tutto il processo di cura che viene pagato all'ospedale che a sua volta regola i rimborsi post ospedalieri per tutta la durata del processo di cura

Contributi per la riflessione 7/8

Collegare meglio gli ospedali agli obiettivi di salute

- Una % aggiuntiva del finanziamento delle aziende potrebbe essere una quota variabile (aggiuntiva) che viene attribuita in base alle performance su indicatori di esito (50% finalizzato ad incentivi dei dipendenti).
- Per incentivare la cooperazione, tale 2-5% potrebbe essere costituito come fondo nazionale, che viene erogato alle aziende se gli obiettivi di performance sopra individuati sono raggiunti:
 - a) Per l'area ospedaliera rispetto a performance delle Aree Ospedaliere di Base (AOB), cioè aggregati interregionali/interaziendali di ospedali.
 - b) Per l'area territoriale/socio-sanitaria rispetto al conseguimento di specifici obiettivi di integrazione tra sanità e sociale (es. gestione non autosufficienza) o per miglioramenti complessivi del profilo di salute della popolazione.

Contributi per la riflessione 8/8

E collegare meglio i MMG agli obiettivi di salute

- ❑ Quota capitaria pesata per età degli assistiti e per specifici casi clinici ad alto consumo di risorse
- ❑ Una % dei loro incentivi potrebbe collegarsi agli obiettivi del Distretto/Azienda
- ❑ Più target specifici per la popolazione assistita su:
 - ❑ Indicatori di buona salute
 - ❑ Health literacy su specifici temi di grande interesse
 - ❑ Adesione a campagne vaccinali e di prevenzione
- ❑ Un ente terzo verifica ed aggiusta il «rischio» della popolazione del MMG

