

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

Sintesi a cura di Patrizio Armeni, Clara Carbone, Lorenzo Fenech, Francesco Longo, Francesco Petracca, Alberto Ricci e Silvia Sommariva



Il CERGAS e la SDA Bocconi, con gli Alumni Bocconi (BAA), in parallelo all'elaborazione annuale del Rapporto OASI 2015, hanno avviato un percorso per elaborare **"PROPOSTE PER RENDERE IL SSN PIU' EFFICACE, EQUO E SOSTENIBILE"**.

Le proposte che seguono rappresentano una sintesi di un documento più esteso¹, che comprende un approfondimento del contesto di riferimento e una serie più ampia di proposte d'azione². Le proposte si focalizzano sui seguenti ambiti:

1. La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari
2. Il governo dell'innovazione e delle tecnologie
3. I nuovi perimetri delle aziende sanitarie e la *governance* dei processi di fusione
4. Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel SSN
5. I cambiamenti necessari nella gestione del personale

1. La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari

Le questioni più urgenti riguardano la riprogettazione dei servizi per ridefinire i processi produttivi ospedalieri e territoriali in coerenza con una domanda di salute più diversificata e complessa rispetto al passato. Ciò impone di prestare particolare attenzione alla revisione dei canali di accesso e alla "dimensione ottimale" dei processi che richiedono più *know-how* specialistico.

- Il SSN deve distinguere più nitidamente i diversi gruppi di pazienti, che necessitano di servizi, percorsi e, in parte, di modalità di compartecipazione alla spesa (*copayment*) distinti e specifici. In particolare, il sistema deve differenziare: la popolazione sana (da sottoporre a *screening* e *prevenzione primaria*), gli utenti occasionali, i pazienti acuti, i pazienti cronici, le persone in condizioni di parziale o totale non autosufficienza con bisogni di *Long Term Care*.
- Negli ospedali per acuti, le UO con un livello di casistica insufficiente devono essere accorpate in un arco di tempo definito (es. entro 3 anni), lasciando alle Regioni e alla collaborazione inter-aziendale la programmazione e l'attuazione locale. In molte UO ospedaliere, infatti, la casistica è insufficiente rispetto agli standard definiti per specialità o procedura, con il rischio di competenze cliniche e

¹ www.cergas.unibocconi.it.

² Da un punto di vista metodologico le proposte sono state, in una prima fase, discusse e condivise con selezionati gruppi di esperti del settore sanitario (imprese farmaceutiche e dispositivi, aziende sanitarie pubbliche, erogatori privati accreditati e non, policy maker e regolatori, direttori strategiche delle aziende sanitarie pubbliche) attraverso l'organizzazione di specifici *focus group*.



disponibilità tecnologiche inadeguate. Nei contesti metropolitani si possono privilegiare logiche di accentramento che rafforzino gli *hub* e i centri specializzati. In contesti più decentrati e dispersi è possibile ipotizzare sia modelli basati su *hub* locali, sia modelli basati su ospedali con vocazioni distinte in rete tra di loro. Quest'ultima soluzione è volta a salvaguardare una quota di capillarità erogativa e il consenso degli *stakeholder* locali.

2. Il governo dell'innovazione e delle tecnologie

Il concetto di innovazione è applicabile a diversi ambiti prioritari, generalmente percepiti come distanti e autonomi. In particolare, i principali pilastri dell'innovazione sono: farmaci; dispositivi medici (*medical device*); grandi tecnologie sanitarie; sistemi informativi; immobili. Ognuno di questi cinque pilastri è oggetto di regolazione e programmazione specifica, sebbene con diversi gradi di organicità e affinamento. Ad oggi, manca una visione sistemica dell'innovazione, che consideri questi ambiti in modo interdipendente. Si propongono alcune linee di intervento per introdurre logiche di sinergia, pur nella specificità di ciascuno di essi.

- Il mancato rinnovamento dello *stock* infrastrutturale e tecnologico e lo scarso investimento in ricerca, selezione e diffusione delle migliori tecnologie rappresentano un "debito implicito": non è possibile rinviare tali spese a tempo indefinito senza minare il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza.
- Il SSN mostra un'importante capacità di controllo della spesa farmaceutica, la cui l'incidenza sulla spesa totale del SSN è calata dal 18,2% nel 2001 al 15,3% nel 2013. In questo quadro finanziario, è però importante:
 - rafforzare le logiche di *Health Technology Assessment* (HTA): valutazioni multi-criterio, interazione trasparente con gli stakeholder, valorizzazione degli istituti di ricerca per la conduzione degli studi, separazione tra momento della valutazione (*assessment*) e momento della decisione (*appraisal*);
 - una maggiore trasparenza del livello centrale, associata ad un maggiore impegno delle regioni nell'evitare interventi che vanno a ridefinire le condizioni di accesso già negoziate in sede nazionale;
 - ripensare al sistema dei tetti sulla spesa farmaceutica, che potrebbe superare l'agganciamento alle risorse complessive del SSN. Esso infatti, pur essendo rassicurante per il controllo della spesa, non consente di incorporare nella negoziazione delle condizioni di prezzo e rimborso il valore terapeutico e gli effetti che un farmaco ha su altre prestazioni sanitarie (costi evitati);
 - introdurre un criterio univoco ed oggettivo di valutazione del valore terapeutico aggiunto (innovatività) e che questo venga in qualche modo associato al premio di prezzo da garantire a farmaci innovativi.
- È necessario dare attuazione al modello di *governance* recentemente adottato dal Ministero della Salute per il settore dei *medical device*, in una logica di *Health Technology Assessment* (HTA) sistemica. Il Ministero stabilisce a quali tecnologie dare priorità per la valutazione, commissionando studi e formulando



raccomandazioni. Il Ministero dovrebbe essere supportato da Agenas, AIFA (soprattutto per dispositivi interagenti con medicinali) e Regioni, nell'ambito di una "Cabina di Regia". Gli studi di HTA potranno essere di volta in volta affidati a organi tecnici regionali o aziendali di HTA, Agenas, Università o centri di ricerca accreditati.

- Il rinnovamento delle grandi tecnologie deve essere associato alle dinamiche di accorpamento di UO ospedaliere, in modo da concentrare e diversificare gli standard tecnologici in funzione della missione e delle casistiche delle singole UO.
- È necessario valorizzare gli enormi potenziali dei sistemi informativi aziendali in essere: essi devono aggiungere alla misurazione della produttività dei singoli *silos* produttivi delle metriche per la gestione integrata della cronicità, attraverso la raccolta di evidenze clinico-gestionali sulla presa in carico globale del singolo paziente. Per raggiungere questo obiettivo non servono investimenti particolari, a parte un'imponente opera di riconnessione di flussi di dati già, in gran parte, esistenti.
- È necessario rivedere il livello di indebitamento per investimenti consentito alle aziende del SSN in ragione dei risparmi potenzialmente ottenibili nel medio periodo grazie alla riorganizzazione della loro rete di offerta (cfr. paragrafo precedente) e grazie alla dismissione o destinazione a reddito degli immobili non riconvertiti. I piani di rinnovo infrastrutturale così finanziati dovrebbero favorire i necessari processi di cambiamento della geografia dei servizi.

3. I nuovi perimetri delle aziende sanitarie pubbliche e la governance dei processi di fusione

I processi di fusione sono una parte rilevante dello scenario della sanità italiana (negli ultimi 15 anni le aziende sanitarie pubbliche si sono ridotte di circa il 25%), ma le finalità che li avrebbero dovuti guidare, o almeno giustificare, nella maggior parte dei casi non sono state esplicitate. Appare importante sottolineare alcune aree di attenzione che possono aiutare management e aziende a valorizzare i processi di fusione e di cooperazione interaziendale.

- È importante esplicitare quale sia l'obiettivo delle fusioni aziendali, per orientare i cambiamenti possibili e disporre di target attesi rispetto ai quali indirizzare la gestione e il monitoraggio dei risultati di breve e lungo periodo. Le possibili finalità sono molteplici: necessità di concentrare le casistiche e le unità operative per migliorare la qualità dell'offerta; ricerca di maggiore omogeneità nei livelli qualitativi dei servizi; ricerca di economie di scala nei processi di acquisto e di erogazione; condivisione e riduzione dei costi amministrativi e dei servizi di supporto; espansione dei processi di *knowledge management*, ecc.
- Laddove le aziende assumono dimensioni molto rilevanti (vicino o oltre 1 Mld di bilancio annuo) è necessario ipotizzare una diversificazione delle soluzioni istituzionali e organizzative. Al crescere delle dimensioni si rende necessario considerare la necessità di "divisionalizzare" l'azienda (per territori o per materie),



definendo livelli infra-aziendali dotati di significativi livelli di autonomia e correlati meccanismi di accountability manageriale e di rappresentatività istituzionale decentrata, avvicinandosi di più al modello della holding di servizi sanitari ad area vasta.

- I processi di fusione e di intensa cooperazione interaziendale richiedono risorse, che, nelle fasi iniziali di pianificazione, devono costruire la capacità di affrontare le sfide del cambiamento istituzionale. Esiste infatti una correlazione positiva tra investimento sostenuto inizialmente e tempi ed efficacia del cambiamento per:
 - la necessità di avere a disposizione tecnostrutture centrali con capacità e competenze adeguate a gestire il cambiamento e i conseguenti processi di razionalizzazione e ottimizzazione organizzativa;
 - la possibilità di sostenere i costi emergenti connessi al consolidamento delle funzioni di supporto (che spesso, nel breve periodo, possono eccedere i risparmi ottenibili);
 - i processi di formazione e sensibilizzazione necessari per allineare linguaggio, valori e culture organizzative;
 - gli onerosi processi di costruzione della "squadra" di governo del nuovo soggetto;
 - la necessità di prevedere e sostenere gli innesti di competenze dall'esterno per "contaminare" l'organizzazione.
- Per sfruttare le potenzialità di un processo di fusione/cooperazione interaziendale, serve sviluppare fin dall'inizio il *master plan* del processo di cambiamento atteso.

4. Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel SSN

Nell'attuale dibattito sul futuro del servizio sanitario italiano meritano una particolare attenzione i cambiamenti che stanno avvenendo in quei circuiti economici del settore sanitario non sostenuti da risorse pubbliche e trainati, in misura prevalente, da scelte individuali e da meccanismi di mercato. I policy maker e il management del SSN tendono da sempre a sottovalutare tali "consumi sanitari privati" come possibile risorsa per una risposta ai bisogni collettivi. Ad esempio, quasi il 40% delle visite specialistiche sono *out of pocket*: un mercato che spesso è totalmente scollegato dai percorsi dei pazienti che si trovano, quindi, ad auto-organizzarsi. Bisogna innanzitutto uscire dalla retorica politica e "sdoganare" il ruolo effettivo che i consumi sanitari privati hanno nel rispondere ai bisogni di salute.

- *Tutela dei pazienti-consumatori.* È necessario estendere/rivedere la regolamentazione di interi comparti (dalla medicina estetica alle assicurazioni sanitarie integrative) per garantire standard di trasparenza e qualità accettabili, agendo sui processi di autorizzazione, sui tariffari e sulle tutele per i pazienti.
- *Sviluppo dell'imprenditorialità pubblica.* È necessario ragionare su quali siano le competenze e le logiche organizzative che mancano alle aziende sanitarie pubbliche per essere produttori attivi ed efficaci nel settore dei consumi privati.



- *Integrazione tra le prestazioni erogate in regime SSN e privato.* A tutela dei pazienti e del SSN è necessario sviluppare logiche e strumenti capaci di valorizzare nei circuiti pubblici le prestazioni sanitarie efficaci già acquisite privatamente, per evitare duplicazioni o gap informativi sul percorso sanitario complessivo del paziente. Con il consenso del paziente, anche le prestazioni private dovrebbero essere integrate con i sistemi informativi del SSN.

5. I cambiamenti necessari nella gestione del personale

La gestione del personale del SSN è caratterizzata da dinamiche esterne e interne che si influenzano vicendevolmente. La mutazione dei bisogni sanitari, soprattutto cronicità e non autosufficienza, trasforma la domanda di servizi e chiede nuovi ruoli, nuove competenze e una loro diversa organizzazione. Le misure di contenimento della spesa hanno comportato lo stringente controllo della principale voce di costo, rappresentata dal personale. Le dinamiche interne riguardano l'evoluzione dei saperi professionali e le traiettorie di professionalizzazione, soprattutto degli infermieri, insieme all'eredità delle scelte di restringimento dell'accesso alla professione medica di quasi 30 anni fa (introduzione del numero chiuso al corso di laurea). Il mercato invecchiamento degli organici (età media 51 anni) cresce di 1 anno ogni due esercizi.

- E' necessario esplicitare e governare le dinamiche di *skill mix change*, cioè di cambiamento nella combinazione di figure professionali richieste per le attività sanitarie. Il governo dello *skill mix change* necessita:
 - di una maggiore indirizzo e monitoraggio nei confronti delle istituzioni che formano e rinnovano le competenze delle professioni sanitarie ("specificazione e definizione delle competenze");
 - dell'elaborazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali che si basino, fin dalla loro progettazione, anche sulla revisione delle competenze professionali e delle responsabilità da attivare;
 - della definizione di sistematiche valutazioni di costo efficacia di tali innovazioni organizzative, le cui metodologie devono essere definite ex ante e i cui risultati devono essere messi a disposizione del sistema.
- L'invecchiamento degli organici richiede una revisione ragionata dei rapporti di impiego. Sul piano contrattuale, è necessario proporre modifiche alle discipline sul tempo parziale, sugli orari di lavoro e sulle progressioni retributive consentendo una maggiore flessibilità. Ad esempio, si potrebbero proporre aumenti delle ferie e delle giornate libere a pari o minore retribuzione, per favorire il riposo o venire incontro alle necessità familiari del personale più *senior*. Ciò dovrebbe limitare i comportamenti opportunistici che caratterizzano una quota delle richieste di inidoneità alla mansione e dei permessi accordati secondo la Legge 104/92. Inoltre, al di là delle evoluzioni contrattuali, l'invecchiamento degli organici è una dinamica cruciale, rispetto alla quale il management deve comunque proporre con intelligenza e determinazione soluzioni innovative (es. politiche sistematiche di *job rotation*).



10 PROPOSTE PER RENDERE IL SSN PIU' EFFICACE, EQUO E SOSTENIBILE (IN SINTESI)

1. Indurre nelle aziende del SSN processi organici di accorpamento delle unità operative che non hanno la casistica minima per garantire la necessaria *clinical competence* o il bacino di utenza minimo rispetto agli standard definiti.
2. Promuovere all'interno delle aziende sanitarie, anche grazie alle accresciute dimensioni medie, la riduzione degli stabilimenti ospedalieri, dismettendo quelli piccoli o modificandone la missione a favore delle cure intermedie e di servizi di prossimità soprattutto per cronicità e anziani. Questo permetterebbe di concentrare le poche risorse disponibili per gli investimenti infrastrutturali e tecnologici.
3. Valorizzare i processi di accorpamento delle aziende, esplicitandone le finalità, orientandole alla riorganizzazione della geografia dei servizi.
4. Le nuove aziende sanitarie dalle dimensioni rilevanti (oltre 1 Mld di budget) richiedono nuove e diversificate configurazioni istituzionali che dovrebbero prevedere anche rilevanti processi di "divisionalizzazione" o autonomizzazione di sottosistemi aziendali, per territori o per materia, con precisi livelli di *accountability* manageriale e rappresentatività istituzionale.
5. Distinguere concettualmente ed operativamente le procedure di accesso e le logiche di erogazione per cluster prevalenti di pazienti: i sani, i cronici, gli acuti, gli occasionali, i non autosufficienti per correlare le specificità dei bisogni alle caratteristiche distintive dei servizi.
6. Rendere più trasparenti i criteri di inclusione dell'innovazione farmaceutica evitando secondi livelli regionali di regolazione all'accesso, e superare progressivamente la logica dei *silos* di spesa per fattore produttivo per ragionare con la logica costo/efficacia per patologia.
7. Dare attuazione al sistema nazionale di HTA per i MD, capace di rendere pubblici criteri di inclusione e di utilizzo, su cui innestare un sistema di *benchmarking* inter-aziendale e inter-regionale dei consumi correlati ai casi trattati.
8. Valorizzare il potenziale dei sistemi informativi disponibili per rendere visibile la quota di prevalenza delle patologie presa in carico, il tasso di adesione della filiera professionale ai percorsi programmati, l'indice di *compliance* dei pazienti.
9. Riconoscere la rilevanza dei 33 Mld di spesa sanitaria privata, regolamentandola per meglio tutelare i consumatori, integrandola con le prestazioni del SSN per evitare sovrapposizioni o gap informativi, anche sviluppando un ruolo imprenditoriale del SSN.
10. Definire un mix di politiche del personale per rispondere al crescente *shortage* dei medici, al progressivo invecchiamento dei dipendenti del SSN e il conseguente rilevante tasso di *burn out* (es. incidenza demansionamenti e permessi ex L. 104/92).