

Bocconi



CONVEGNO OASI 2019

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

KEY FACTS RAPPORTO OASI 2019

*A CURA DEL COMITATO
REDAZIONALE DI OASI 2019*

CERGAS, SDA Bocconi
29 novembre 2019



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Il Rapporto OASI 2019: *key facts*

La presente sintesi vuole trasmettere i dati e i messaggi chiave di OASI 2019, seguendo lo sviluppo logico del capitolo 1 dell'omonimo Rapporto. Per maggiori approfondimenti, si rimanda ai singoli capitoli del volume (reperibili su www.cergas.unibocconi.eu) e alle fonti citate. L'indice del Rapporto 2019, che sarà reso disponibile online dal 29 novembre, è riportato in fondo al documento.

L'Osservatorio **OASI**, istituito nel 1998 dal **CERGAS** Bocconi (Centro Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza sanitaria e sociale, oggi parte della **SDA Bocconi School of Management**), ha l'obiettivo di monitorare i cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano e nelle aziende che lo compongono.

Hanno coordinato la redazione del Volume: Patrizio Armeni, Michela Bobini, Alessandro Furnari, Francesco Longo (responsabile scientifico), Alberto Ricci (coordinatore), Guccio Vagnarelli.

Contatti: cergas.oasi@unibocconi.it; alberto.ricci@unibocconi.it; francesco.longo@unibocconi.it.



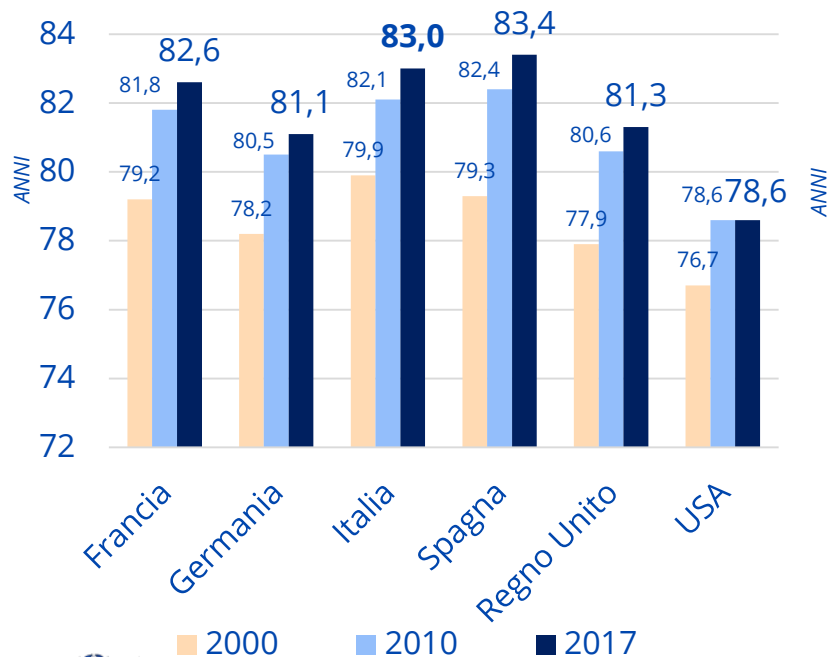
Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

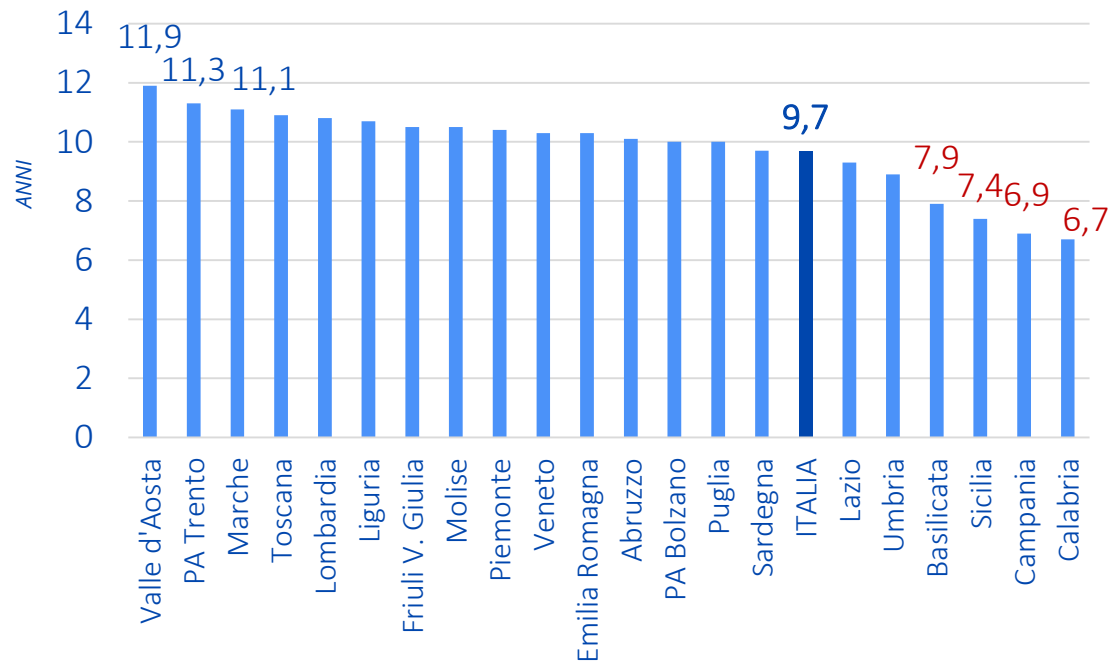
SDA Bocconi
School of Management

La sanità italiana: ottimi livelli di salute, forti disuguaglianze interne

Trend speranza di vita alla nascita: confronto internazionale (2000; 2010; 2017)



Speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni: confronto interregionale (2017)



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Fonte: elaborazioni cap. 7
OASI 2019 su dati OCSE

Fonte: elaborazioni cap. 7 OASI 2019 su dati ISTAT, BES

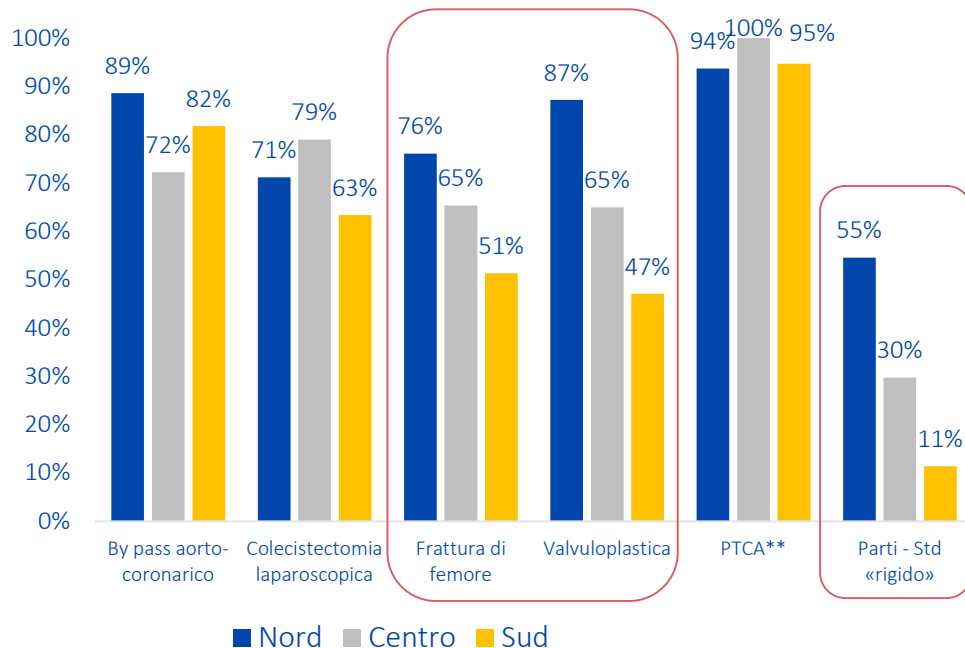
SDA Bocconi
School of Management

Migliora la qualità dei processi di cura, con significativi divari Nord-Sud

Misure di esito DM 70/15: trend indicatori a livello nazionale

Prestazioni monitorate	Misura	Soglia	2010	2012	2014	2016	2017
Colecistectomia laparoscopica	Degenza post-operatoria <3gg	≥ 70%	58,8%	62,2%	66,4%	72,7%	75,6%
Fratture femore su pz ≥ 65 anni	% interventi chirurgici entro 48h	≥ 60%	31,3%	40,2%	49,9%	58,3%	64,7%
Tagli cesarei primari*	% su totale parti	≤ 25%	28,4%	26,3%	25,7%	24,5%	23,4%
Angioplastica percutanea (PTCA)**	% di trattati con PTCA entro 48h	≥ 60%	49,6%	58,1%	65,1%	70,0%	71,7%
By pass aorto-coronarico	Mortalità aggiustata a 30 gg	≤ 4%	2,9%	2,6%	2,5%	2,1%	1,8%
Valvuloplastica o sostituzione valvola isolata	Mortalità aggiustata a 30 gg	≤ 4%	3,3%	2,9%	2,8%	2,5%	2,4%

% di ospedali allineati alle misure di esito previste dal DM 70/2015, per area geografica (2017)



Università
Bocconi

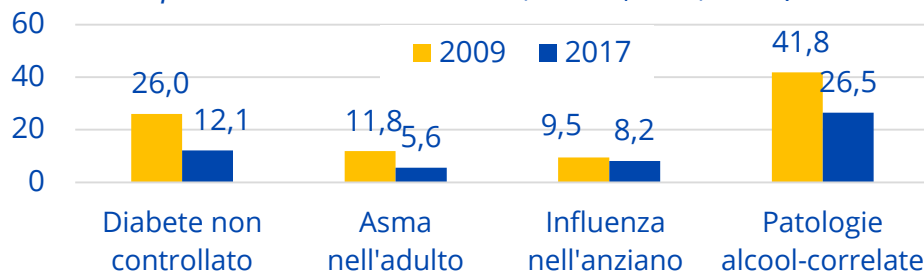
CER GAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Fonte: elaborazioni cap. 7 OASI 2019 su dati PNE

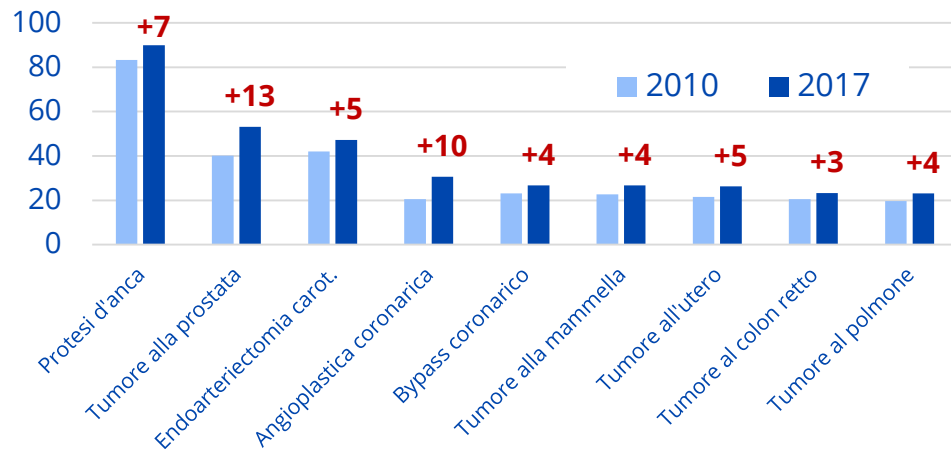
SDA Bocconi
School of Management

Migliora l'appropriatezza, ma restano liste d'attesa e mobilità

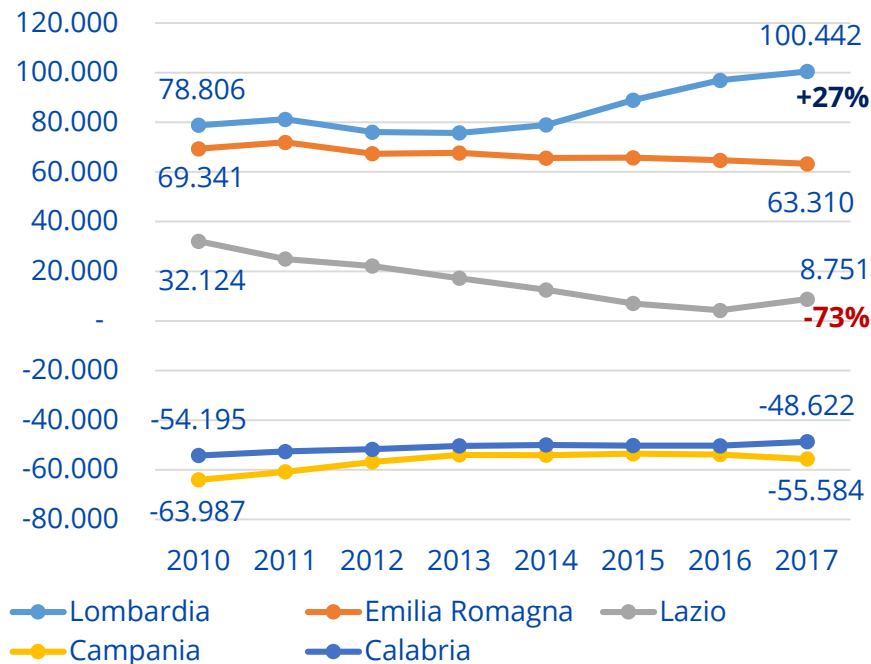
Ricoveri standardizzati per 100.000 ab. per patologie a prevalente presa in carico territoriale, Italia (2009; 2010)



Confronto giorni medi di attesa per intervento (2010; 2017), Italia



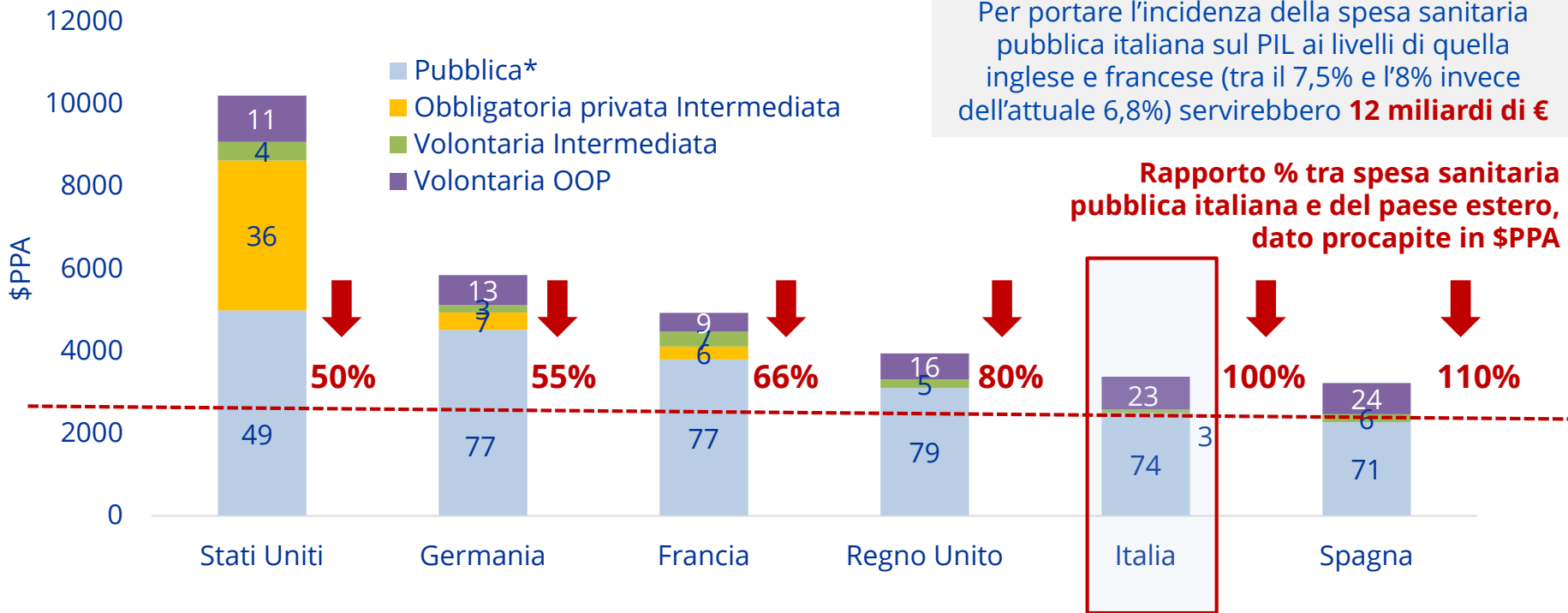
Saldo di mobilità ospedaliera, principali regioni per numerosità dei pazienti in entrata e in uscita, (2010: 2017)



Fonte: elaborazioni cap. 2 OASI 2019 su dati Rapporto SDO Ministero della Salute.

Un SSN sotto-finanziato?

Spesa sanitaria pro-capite: composizione per finanziatore, \$ a parità di potere d'acquisto (2017)



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

*Spesa pubblica = Spesa finanziata dal governo + spesa per assicurazioni sociali obbligatorie

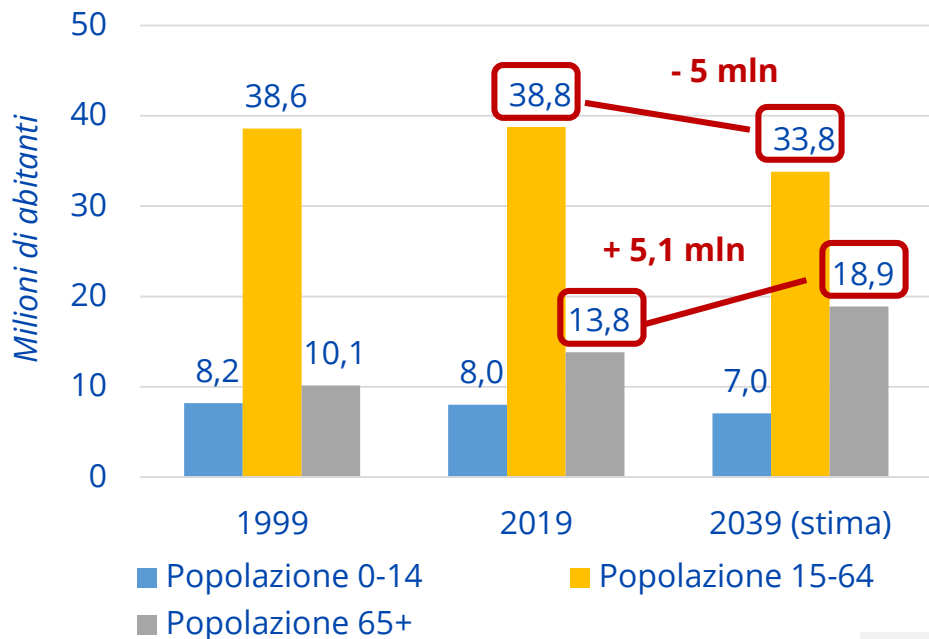
Nota: I valori riportati all'interno delle colonne rappresentano la % di ogni componente di spesa rispetto al totale del Paese

Fonte: Elaborazioni OASI cap. 3 su dati OECD Health Data 2019

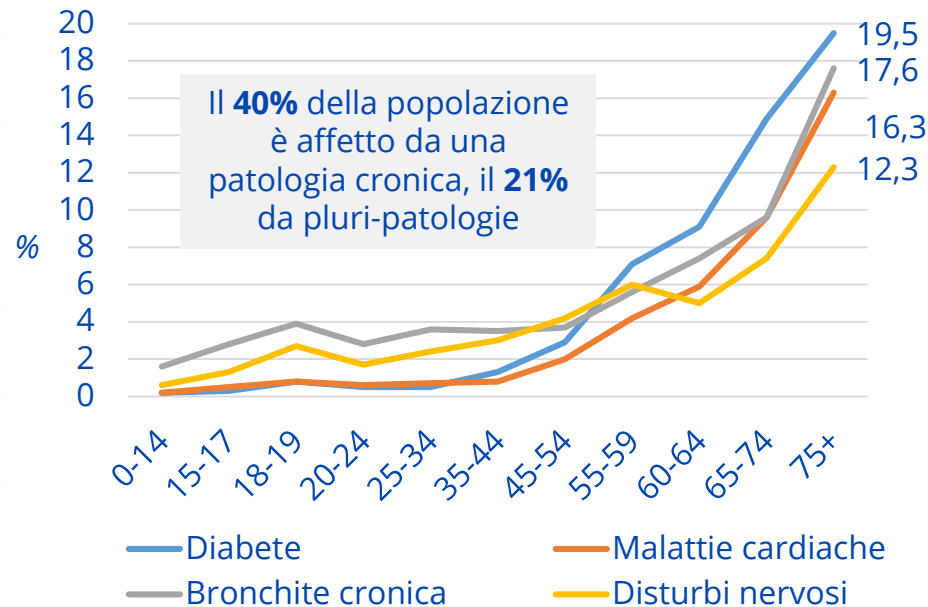
SDA Bocconi
School of Management

I bisogni sanitari in espansione e cambiamento

Popolazione in milioni per fascia demografica, Italia, 1999; 2019; stime 2039



Prevalenza delle principali cronicità sul totale della popolazione italiana, % per età (2017)



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Fonte: Elaborazioni OASI su dati ISTAT, database previsioni demografiche e stato di salute. Proiezione mediana. Ultimo accesso novembre 2019.

"[In Italy] the combination of low fertility and high life expectancy are contributing to population ageing and its consequences on the change in disease burden"
(GBD 2017 Italy Collaborators, The Lancet, 2019)

Il settore sanitario si espande, il SSN si ritira?

Spesa corrente per l'assistenza sanitaria della popolazione residente

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tutti i regimi di finanziamento (totale)							
Miliardi €	144,5	143,6	146,2	148,5	150,2	152,8	154,8
Spesa della pubblica amministrazione (SSN)							
Miliardi €	110	109,3	110,6	110,8	112	112,8	114,9
% Spesa sanitaria totale	76,1	76,1	75,6	74,6	74,5	74	74,2
Spesa privata (diretta delle famiglie e intermediata (regimi volontari))							
Miliardi €	34,5	34,4	35,6	37,7	38,1	39,9	39,9
% Spesa sanitaria totale	23,9	23,9	24,4	25,4	25,5	26	25,8



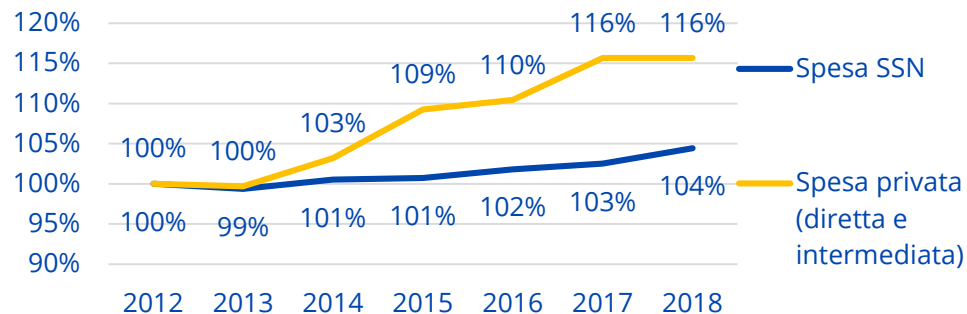
Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

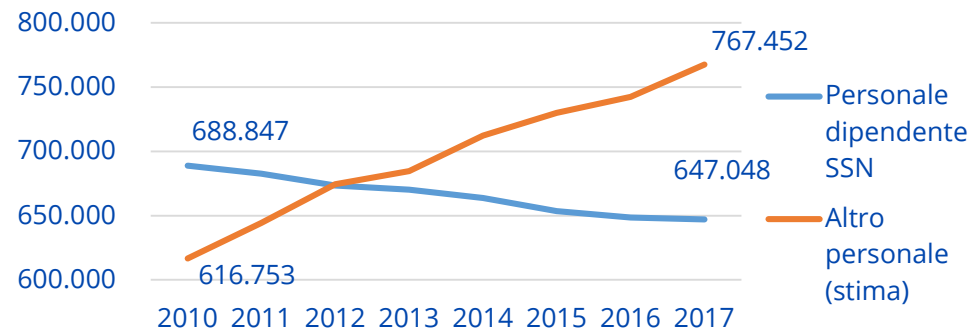
Fonte: capp 3 e 6 OASI 2019 per i dati di spesa; capp. 1 e 2 OASI 2019 per i dati sul personale.

*Stima ottenuta sottraendo al totale degli occupati (fonte: conti nazionali ISTAT) il numero dei dipendenti SSN (Conto annuale, Ministero dell'Economia e delle Finanze)

Andamento della spesa sanitaria pubblica (SSN) e privata, numeri indice (2012-2018)



Andamento degli occupati: dipendenti pubblici del SSN e altri impiegati nel settore* (2010-2018)



Quale *mission* del SSN di fronte a bisogni in aumento e risorse pubbliche costanti o decrescenti?

ASSUNTI:

1. La stagnazione economica e lo scarso interesse politico-mediatico rendono improbabili significativi aumenti di risorse SSN
2. la definizione della mission del SSN spetta allo stato (ministero della salute e relative agenzie), per evitare la perdita di un orizzonte unitario nazionale nella tutela della salute

- **I MISSION: SSN «GESTORE E COMMITTENTE».**
- Il SSN si focalizza sulle prestazioni finanziate dalle risorse pubbliche.
- **Presupposti:** al 2018, il **41%** della spesa per i servizi ambulatoriali è finanziata privatamente: **l'universalismo del SSN, che dunque è solo formale, porta a una scarsa focalizzazione delle aziende su prestazioni e pazienti prioritari** e dunque a iniquità e insoddisfazione.
- **Linee di programmazione sanitaria:** riflettere sulle prestazioni prioritarie per la salute dei cittadini, **scorporando anche formalmente dai LEA quelle occasionali, differibili e meno onerose.** Solo concentrandosi su un paniere più ristretto sarà possibile mantenere copertura e qualità.
- **Metriche di valutazione dei SSR:** adeguatezza della capacità erogativa, appropriatezza ed efficienza dei servizi, concentrazione delle casistiche, qualità delle prestazioni e dei percorsi. Il tutto con riferimento ai servizi **erogati in regime SSN.**



Quale *mission* del SSN di fronte a bisogni in aumento e risorse pubbliche costanti o decrescenti?

- **Il MISSION: SSN «REGISTA DELLA FILIERA».** Il SSN presidia i servizi finanziati dal pubblico, ma regola il mercato a pagamento, eroga prestazioni in regime privato e governa l'integrazione tra i due regimi.
- *Presupposti:* le risorse finanziarie pubbliche e l'intervento nel settore salute attraverso l'erogazione diretta e la committenza sono insufficienti per incidere su tutti gli ambiti decisivi per la salute. Ad esempio, è ormai usuale, che i percorsi di cura comprendano prestazioni erogate in regime privato assieme a prestazioni in regime SSN.
- *Linee di programmazione sanitaria:* **riflettere su obiettivi strategici, professionalità e strumenti (in particolare sistemi informativi) necessari per il governo efficace dell'intera rete di offerta**, indipendentemente dal regime di finanziamento. Disciplinare e rafforzare la presenza degli erogatori pubblici anche nel mercato delle prestazioni in regime privato. **Regolare l'accesso al regime SSN attraverso partecipazioni ed esenzioni**, con
- *Metriche di valutazione dei SSR:* adeguatezza della capacità erogativa, appropriatezza ed efficienza dei servizi, concentrazione delle casistiche, qualità delle prestazioni e dei percorsi. Il tutto con riferimento ai servizi **erogati sia in regime SSN, sia in regime privato**. Inoltre, **monitorare la quota di spesa sanitaria a carico dei pazienti**.



Fonte: capitolo 1 OASI 2019.

SDA Bocconi
School of Management

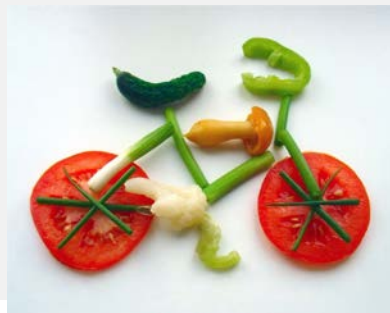


Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Quale *mission* del SSN di fronte a bisogni in aumento e risorse pubbliche costanti o decrescenti?

- **III MISSION: SSN «OLISTICO».** Il SSN presidia l'intera rete di offerta, ma dedica molta attenzione agli stili di vita, ai fattori di rischio e a tutti i driver rilevanti per la salute.
- **Presupposti: la salute di una popolazione deriva solo modesta parte (10-20%) dai servizi erogati;** il resto è dovuto a fattori genetici (30%), ambientali (5%), socio-economici (15%) e agli stili di vita (30-40%). Influenzare il numero maggiore possibile di tali fattori richiede una **postura di governance**, che alterna regolazione, committenza, erogazione ma anche **moral suasion** nei confronti dei singoli, delle famiglie e delle organizzazioni.
- **Linee di programmazione sanitaria:** riflettere sul governo della filiera, come nella *mission* precedente, ma anche sui **principali fattori di rischio** diffusi nella popolazione e individuare azioni più o meno dirette per contrastarne gli impatti negativi.
- **Metriche di valutazione dei SSR:** monitorare l'**impatto sui bisogni** (accessibilità dei servizi e *outcome* a livello di popolazione) più che la porzione di prestazioni e di processi direttamente governati. Inoltre, è necessario un presidio particolare della dimensione dell'equità, intesa come la ricerca di una **distribuzione dei risultati di salute non legata alle condizioni socio-economiche personali.**



Lo sviluppo e le funzioni delle «capogruppo regionali»

- Per «**capogruppo regionali**» intendiamo **l'Assessorato** che si occupa di sanità e **l'insieme delle agenzie e delle aziende** che forniscono specifici servizi con riferimento al territorio regionale e in alcuni casi svolgono ruoli di governo.
- È ragionevole creare **aziende e agenzie uniche regionali** per i servizi ad alto contenuto tecnico, con potenzialità di **economie di scala, specializzazione e standardizzazione**.
- È invece ragionevole istituire **aziende più piccole** quando i servizi erogati devono **adattarsi alle specificità delle realtà locali** e dei singoli pazienti.

*Servizi amministrativi,
tecnici e sanitari:*
Sì

<ul style="list-style-type: none"> - Agenzia dei controlli (Lombardia) - Agenzia di promozione del SSL (Lombardia) - AREU (Lombardia) - Estar (Toscana) - CRAS (Umbria) - AREUS (Sardegna) 	<ul style="list-style-type: none"> - A.Li.Sa (Liguria) - Azienda Zero (Veneto) - ARCS (Friuli Venezia Giulia)
--	--

No

Sì

Funzioni di governo: regolazione, programmazione, committenza, monitoraggio



Università
Bocconi

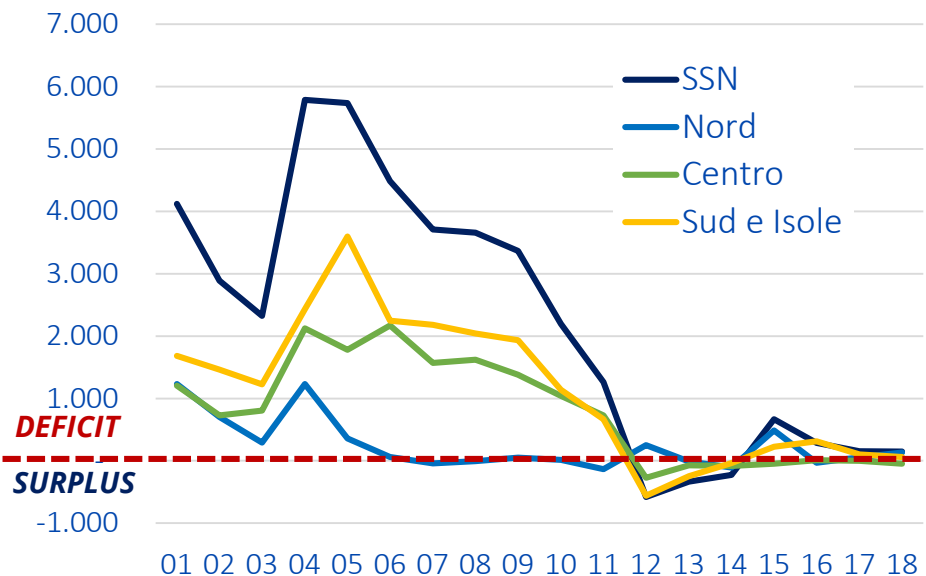
CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

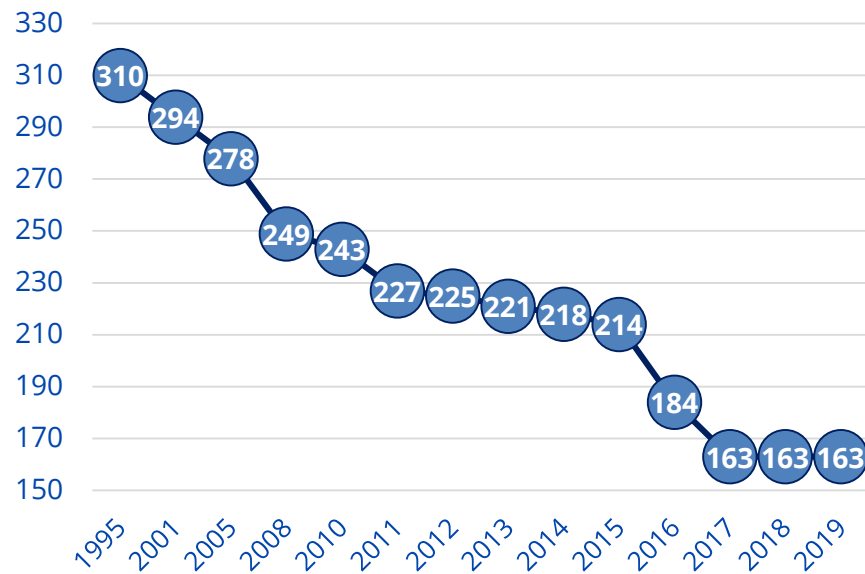
Fonte: cap. 2 OASI 2019

Conclusi risanamento finanziario e riassetti istituzionali, quale *mission* per le capogruppo regionali?

Trend dei deficit SSN e SSR, per macroarea geografica (2001-2017)



Numero di aziende sanitarie pubbliche (1995: 2019)



Deficit SSN stimato per il 2018: 149 mln €, pari allo 0,1% della spesa sanitaria pubblica.
Il SSN è ormai in sostanziale equilibrio.

La **fase di riordino** di molti SSR con l'accorpamento delle aziende appare **conclusa nel 2017.**



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Quattro possibili agende di lavoro congiunto per capogruppo regionali e aziende

- Una volta raggiunti gli obiettivi del risanamento finanziario e istituzionale, le capogruppo regionali possono sviluppare maggiormente il ruolo di **promotori dell'innovazione**.
- È una sfida difficile, che richiederà tempi lunghi, perché vuole lo **sviluppo di meccanismi di knowledge development & transfer** e la **circolazione di profili professionali e competenze** tra la capogruppo regionale e le controllate.
- A livello operativo, si possono individuare **quattro proposte** per un'agenda di lavoro:
 - i. Il ridisegno delle reti ospedaliere nell'ottica della maggiore specializzazione e del corretto equilibrio tra concentrazione e capillarità.
 - ii. Il rafforzamento dell'offerta territoriale.
 - iii. La rimodulazione dei profili professionali del SSN e *l'upgrading* delle competenze.
 - iv. Il rafforzamento delle strutture organizzative intermedie.



Il ridisegno delle reti ospedaliere

Con riferimento a molte prestazioni, **la concentrazione delle unità operative e della casistica** nei centri *Hub* promuove

- la qualità degli *outcome* e l'equità della loro distribuzione;
- l'ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche.

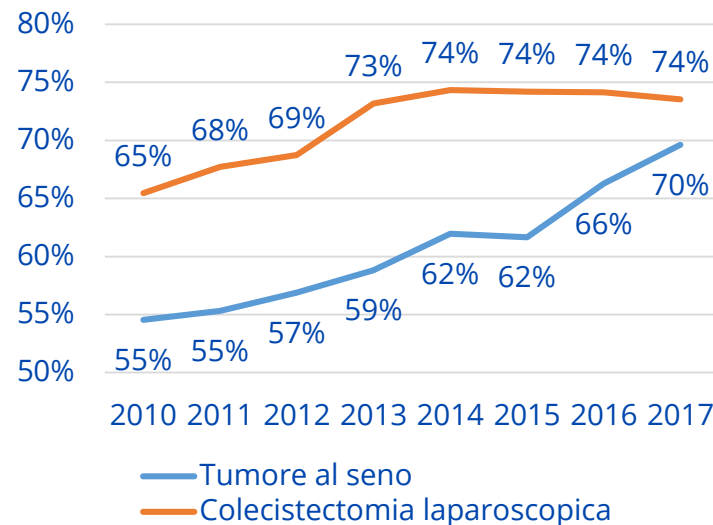
La concentrazione è già in corso: tra 2010 e 2017, **le unità operative sono calate del di 1.177 unità**, pari all'8% della dotazione iniziale.

Tuttavia, si pone il problema di **coprire il bisogno espresso dalle aree lontane dagli Hub**.

La possibili soluzioni sono:

- l'impiego di **equipe chirurgiche itineranti**, possibile se è fattibile lo spostamento delle attrezzature
- lo svolgimento negli ospedali *spoke* o *sul territorio* delle **fasi diagnostico-terapeutiche a minore complessità**/specializzazione (*screening*, riabilitazione, *follow up*, ecc.)
- il rafforzamento dei servizi di mobilità verso l'Hub.

% di interventi eseguiti in reparti che rispettano gli standard di concentrazione del DM 70/15



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Fonte: rielaborazione cap. 10 OASI 2019

SDA Bocconi
School of Management

Il rafforzamento dell'offerta territoriale

Il calo delle ospedalizzazioni (-22% tra 2010 e 2017) suggerisce di investire nell' offerta territoriale:

- **creare setting assistenziali più strutturati**, come posti letto post acuti e sub acuti, hospice, centri diurni, poliambulatori multispecialistici
- promuovere **équipe multidisciplinari**, metriche e **sistemi operativi di indirizzo** dei professionisti, sistemi informativi per **integrazione tra setting e fasi diverse** del percorso.

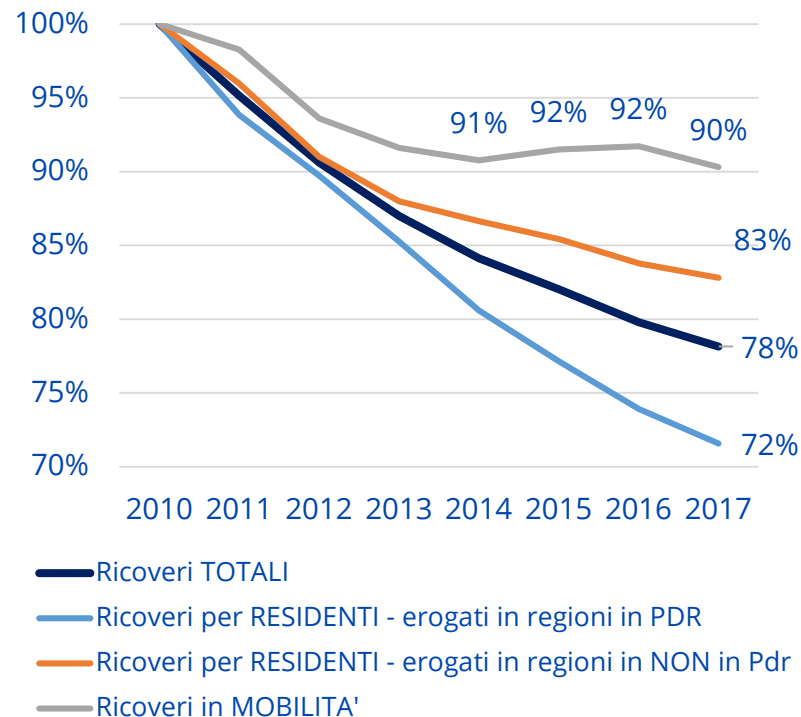
Soprattutto per connettere la fase ospedaliera acuta con quella post-acuta è necessaria una **stretta integrazione con il privato accreditato**, che gestisce il 60% degli ambulatori, 73% dei posti letto per la riabilitazione ospedaliera, l'82% delle strutture residenziali e il 68% di quelle semiresidenziali.



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Trend ricoveri totali SSN, per residenti e in mobilità, numeri indice, 2010-17



Fonte: rielaborazione capp. 2 e 4 OASI 2019

La rimodulazione dei profili professionali del SSN e l'upgrading delle competenze

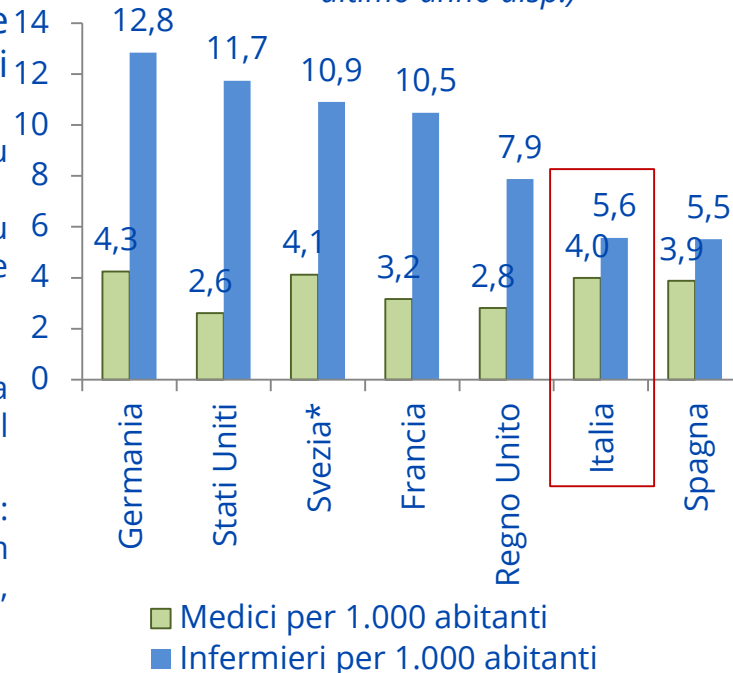
Le dinamiche epidemiologiche, l'elevata età media del personale e il sempre maggiore livello formativo delle professioni sanitarie impongono la rimodulazione dei profili professionali (*skill mix*).

- I medici sono chiamati a svolgere contenuti professionali sempre più specialistici e focalizzati.
- Le professioni sanitarie sono chiamate a un portafoglio di funzioni più ricco e articolato sia sul lato clinico, sia gestionale, sia nell'utilizzo delle tecnologie.

È necessario

- un **ribilanciamento delle dotazioni organiche** a favore della componente infermieristica, attualmente sotto-dimensionata nel nostro Paese, e
- agire anche su **aspetti più soft di gestione del personale**: reingegnerizzare le procedure e i compiti interni ai singoli team professionali, ripensare i profili e le responsabilità delle diverse figure, rivedere le relative metriche di misurazione dei risultati.

Medici e infermieri per 1.000 ab. (2017 o ultimo anno disp.)



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Fonte: rielaborazione capp.1 e 2 OASI 2019

SDA Bocconi
School of Management

Il rafforzamento delle strutture organizzative intermedie

A fronte delle maggior dimensioni geografiche e organizzative delle aziende pubbliche, è necessario **investire maggiormente nei ruoli direttivi intermedi tra direzione strategica e unità operative**. È possibile attivare/rafforzare più strumenti, che possono talvolta sovrapporsi.

- **Piattaforme** per intensità di cura per **ottimizzare la saturazione** della capacità produttiva.
- **Center** per patologia, per semplificare e **rendere più agevole la fruizione del percorso** di cura per il paziente.
- **Dipartimenti** dedicati a **investire sulla qualità del processo di cura**, sulla base delle migliori evidenze scientifiche.

Fonte: rielaborazione cap. 9 OASI 2019

Su 101 ASL (ASST lombarde non incluse)
78 hanno più di 2.000 dipendenti

(Fonte: Ministero della Salute, Personale delle ASL e degli istituti pubblici e equiparati)

La dimensione popolazione media servita dalle ASL è di 0,5 mln



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Per approfondire: indice del Rapporto OASI 2019

Cap	Sezione	Autori	Titolo
1	IL QUADRO DI SISTEMA	Longo, Ricci	Sintesi e interpretazioni globali dei risultati del Rapporto 2019
2		Bobini, Cinelli, Petracca, Gugiatti	La struttura e le attività del SSN
3		Armeni, Bertolani, Borsoi, Costa	La spesa sanitaria del SSN: composizione ed evoluzione
4		Bobini, Ricci	Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e performance economiche dei grandi gruppi sanitari italiani
5		Berloto, Fosti, Longo, Notarnicola, Perobelli, Rotolo	La rete dei servizi di LTC e le connessioni con l'ospedale: quali soluzioni per la presa in carico degli anziani non autosufficienti?
6		Del Vecchio, Fenech, Rappini, Preti	I consumi privati in sanità
7		Ciani, Federici, Furnari, Tarricone	Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale
8	L'EVOLUZIONE DEI RUOLI	Lega, Rotolo, Sartirana	Il mestiere del Direttore Generale: riflessioni da un'indagine quali quantitativa
9	MANAGERIALI	Furnari, Lecci, Ricci	Il middle management nelle aziende sanitarie pubbliche: censimento nazionale e analisi dei meccanismi di <i>empowerment</i> e responsabilizzazione



Per approfondire: indice del Rapporto OASI 2019

Cap	Sezione	Autori	Titolo
10	LO SVILUPPO DELLE RETI DI OFFERTA	Del Vecchio, Ferrara, Longo e Prenestini	Le nuove strategie aziendali tra specializzazione delle competenze, diffusione e concentrazione dei servizi: un'analisi empirica
11		Barzan, Petracca, Tozzi, Zazzera	Regione, azienda sanitaria e medicina generale: relazione in trasformazione
12	RISULTATI E PROSPETTIVE DELLE POLITICHE DI RISANAMENTO	Bobini, Cinelli, Fattore, Ghislandi, Longo, Maffini, Preti	La diffusione di competenze cliniche e gestionali per lo sviluppo dei servizi del SSN: lezioni apprese dai piani di rientro e nuove prospettive
13		Barzan, Notarnicola, Rota	Performance economiche delle aziende ospedaliere: quali strategie per il risanamento aziendale?
14	INNOVAZIONI NEI MODELLI DI SERVIZIO E NELLE POLITICHE SANITARIE	Boscolo, Fenech, Rappini, Rotolo	Tecnologia e innovazione nei modelli di servizio in sanità
15		Amatucci, Callea, Cusumano, Longo, Vecchi	Gli effetti della centralizzazione degli acquisti: prime evidenze empiriche
16		Tozzi, Saporito, Sartirana	La femminilizzazione dei ruoli apicali in sanità: dimensioni del fenomeno, cause e prospettive
17		Armeni, Borsoi, Callea, Cavallo, Ciani, Costa, Federici, Tarricone, Torbica	Dinamiche economiche e performance del settore dei dispositivi medici in Italia

