



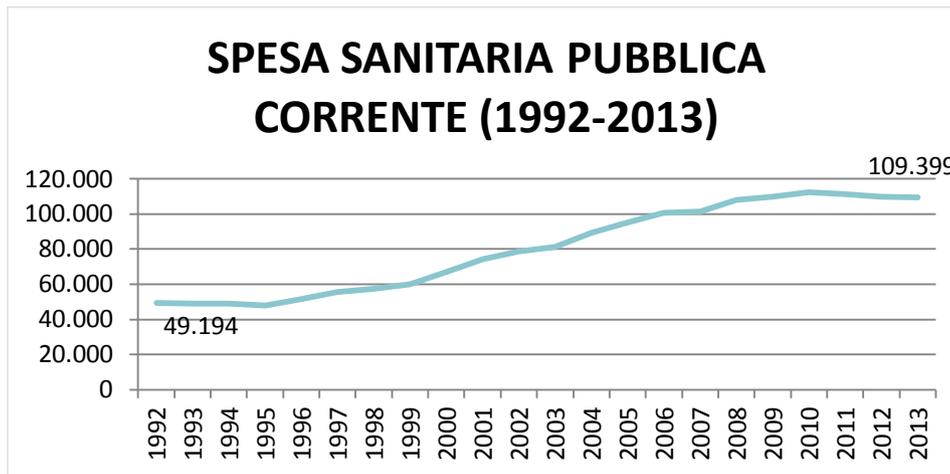
Looking at the big picture

**I pilastri fondamentali per attuare una riforma coraggiosa
del SSN**

Roundtable I-Com, 14 aprile 2015

Piazza dei Santi Apostoli, 66 - Roma

**Spesa sanitaria:
Riflessione su alcuni dati**



Nel periodo 1992-2013 l'ammontare della spesa sanitaria pubblica varia in prezzi correnti da 49,194 miliardi di euro a 109,399 miliardi.

Rispetto al 2000 la spesa sanitaria pubblica corrente è aumentata di circa il 63%; in termini assoluti è aumentata di 42,286 miliardi di euro.

Elaborazioni I-Com su dati Istat

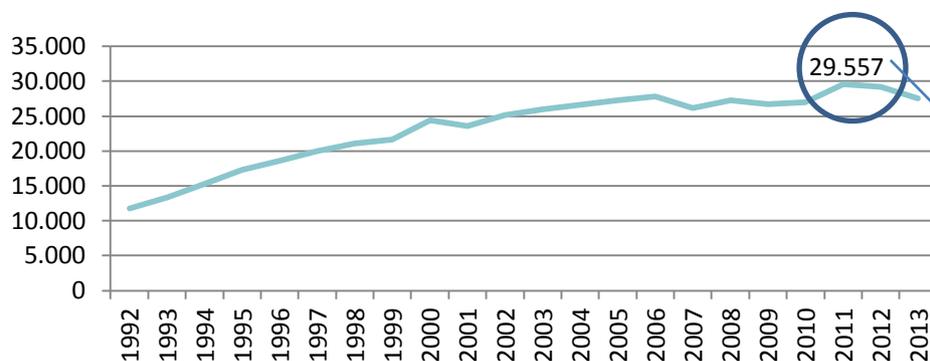


Nel 2013 la spesa sanitaria pubblica corrente ha registrato una flessione rispetto al 2012 dello 0,35% e per il terzo anno consecutivo ha presentato un tasso di crescita negativo rispetto all'anno precedente.

In termini pro-capite, la spesa sanitaria pubblica è stata di 1.799,84 euro, in calo rispetto al 2012 del 2,15%.

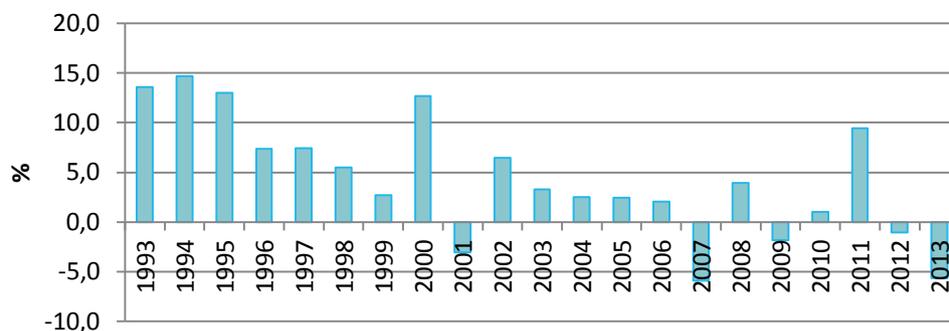
Elaborazioni I-Com su dati Istat

SPESA SANITARIA PRIVATA (1992-2013)



Elaborazioni I-Com su dati Istat

VARIAZIONE DELLA SPESA SANITARIA PRIVATA

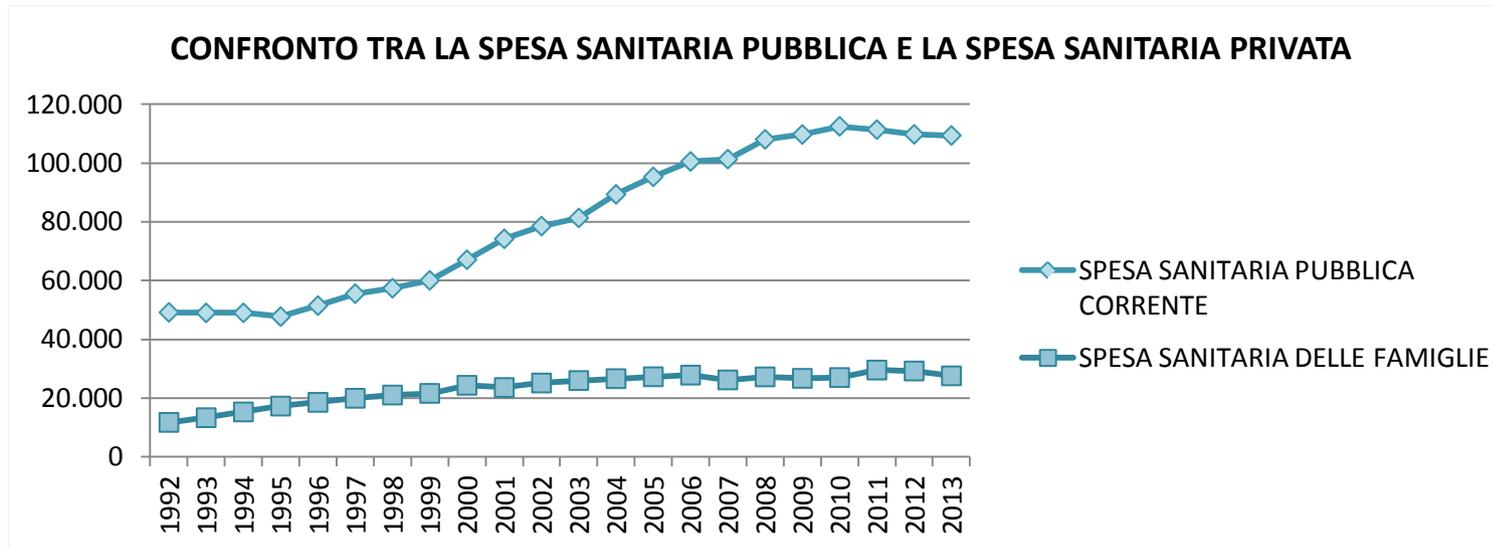


Elaborazioni I-Com su dati Istat

La spesa sanitaria privata nel 2013 si è attestata a 27,593 miliardi di euro, registrando una flessione rispetto al 2012 del 5,65%; se si somma anche la diminuzione del biennio 2012/2011 (-1,06%) il calo arriva circa al 6,7%.

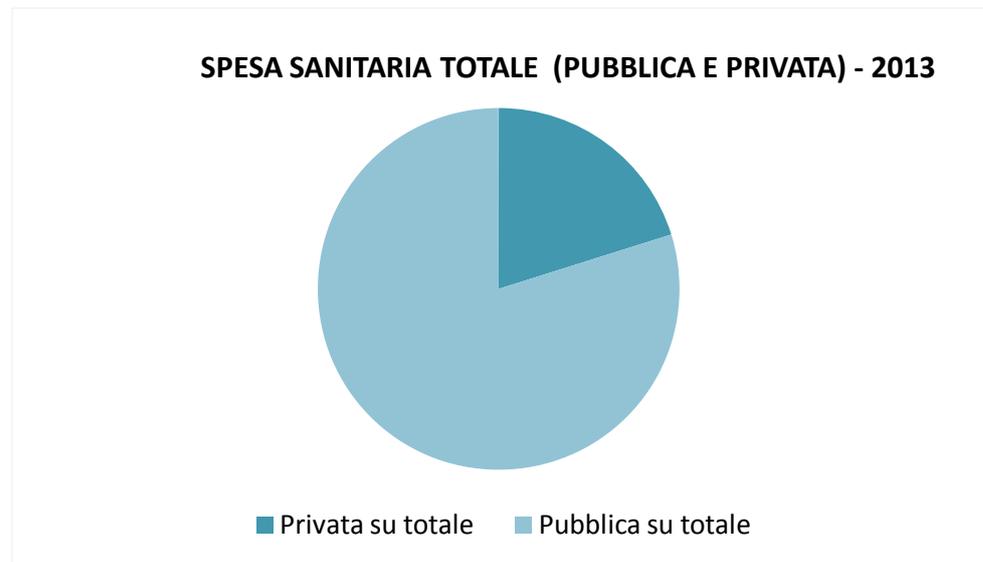
Dopo il picco raggiunto nel 2011 con 29,557 miliardi di euro, i consumi privati delle famiglie per la sanità si riducono, in termini assoluti, di circa 2 miliardi di euro nel biennio 2012-2013.

Il valore pro-capite della spesa sanitaria privata nel 2013 è stato di 453,96 euro, in calo rispetto all'anno precedente del 7,35%.

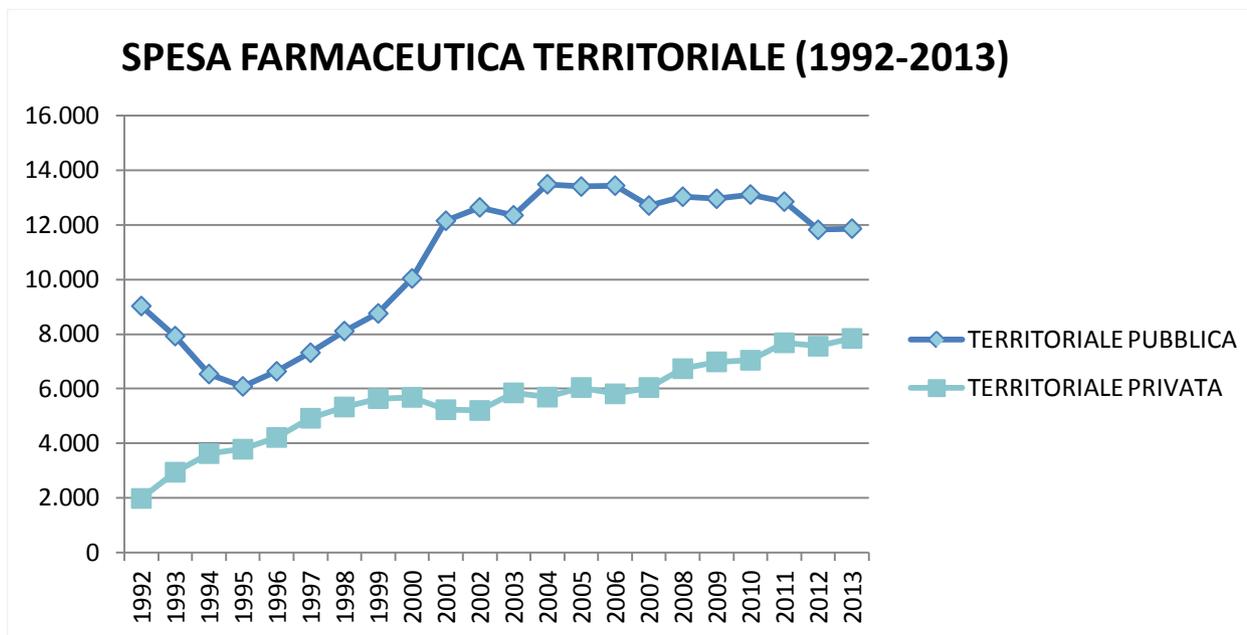


Elaborazioni I-Com su dati Istat

Sulla spesa sanitaria totale, la ripartizione tra pubblica e privata è 80% Vs 20% nell'anno 2013.



Elaborazioni I-Com su dati Istat

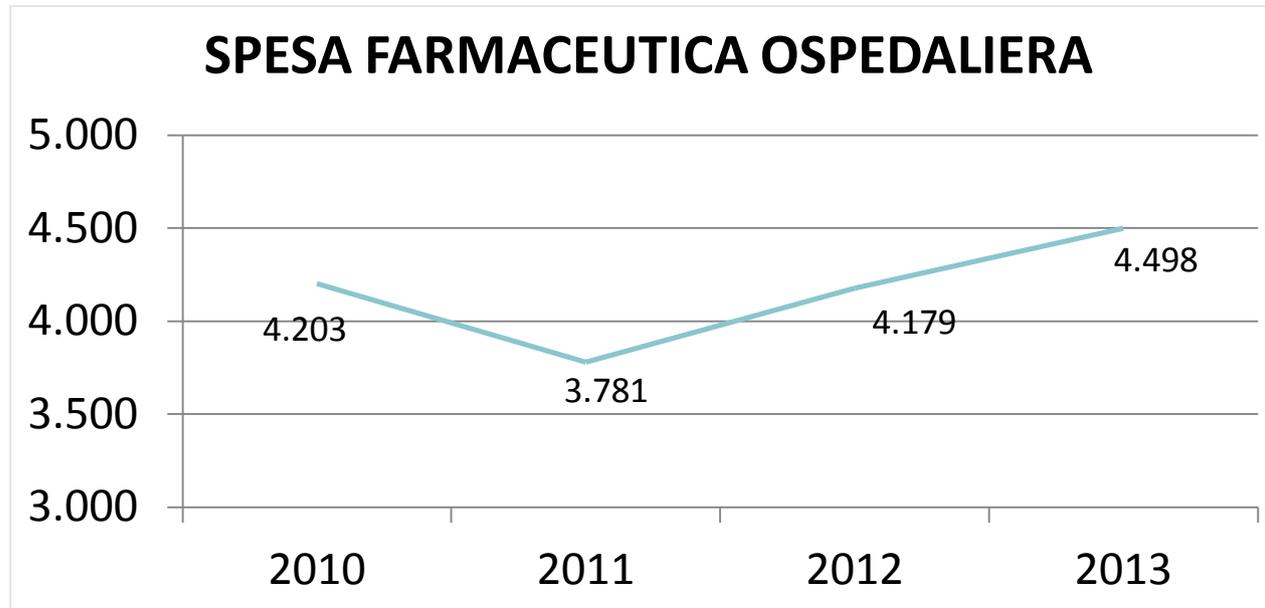


Elaborazioni I-Com su dati AIFA (Rapporto OsMed – Luglio 2014)

Nel 2013 la spesa farmaceutica territoriale complessiva è stata di 19.708 milioni di euro, in aumento rispetto al 2012 dell'1,7%.

La componente pubblica, che rappresenta circa il 60% della territoriale complessiva, ha evidenziato un lieve incremento rispetto al 2012 (+0,36%), attestandosi sugli 11.866 milioni di euro (198,81 euro pro-capite).

La spesa farmaceutica privata, che comprende la spesa per la compartecipazione, la spesa per i farmaci di fascia A acquistati privatamente e quella per i farmaci di fascia C, è stata di 7.842 milioni di euro (131,39 euro pro-capite), in aumento rispetto al 2012 del 3,76%.

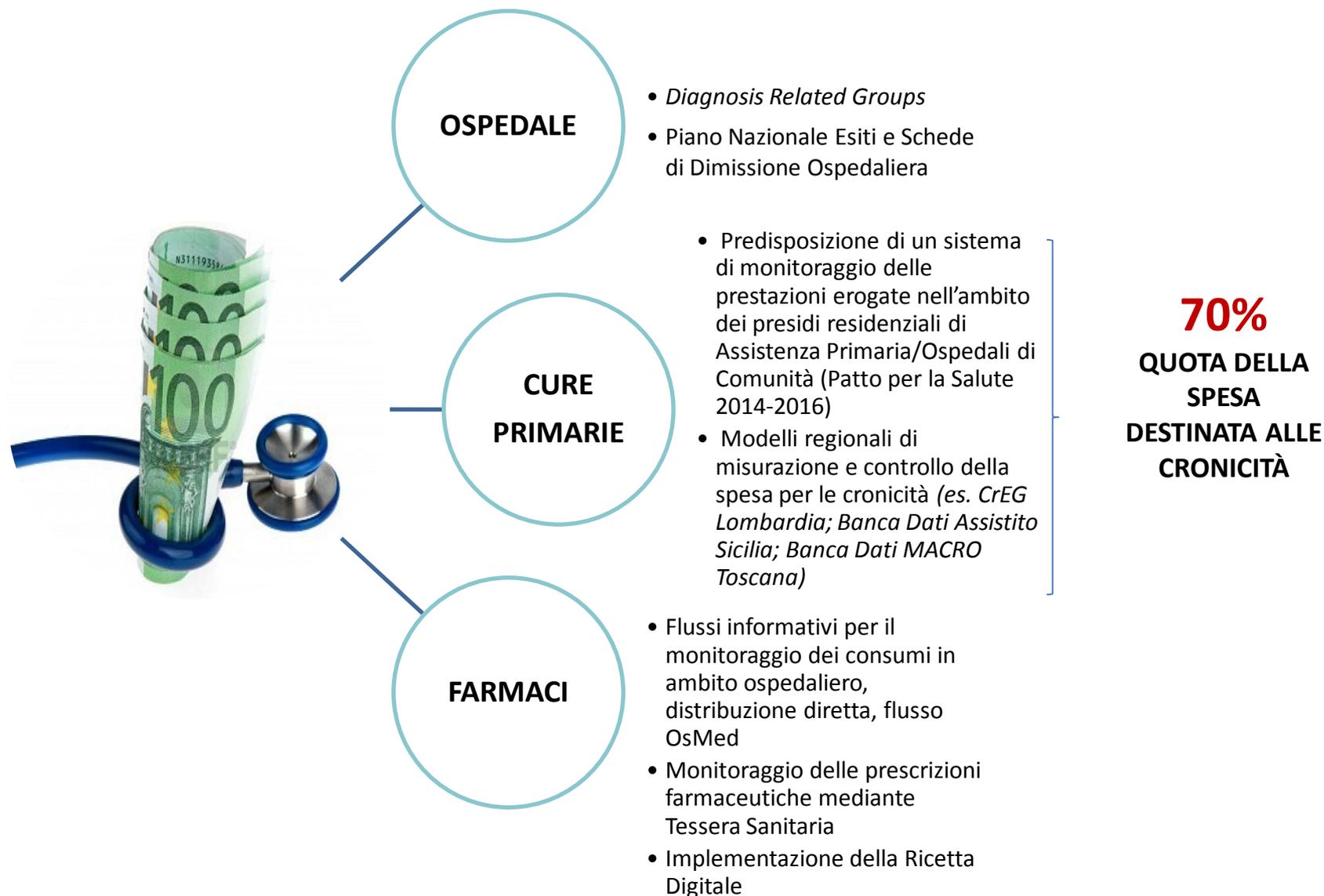


Elaborazioni I-Com su dati AIFA da flusso della tracciabilità. Dati desunti dal report «Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale gennaio-dicembre 2013, Aggiornamento consuntivo», deliberato il 24 giugno 2014/Corte dei Conti-Relazione sulla gestione finanziaria degli Enti Territoriali

Nel 2013 la spesa farmaceutica ospedaliera (ad esclusione della spesa per vaccini) al netto della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A e dei *payback* a carico delle aziende farmaceutiche è stata di 4.498 milioni di euro, sfiorando il tetto fissato (3,5% su FSN) di oltre 700 milioni di euro.

Dall'ultimo report AIFA sul monitoraggio della spesa farmaceutica regionale (periodo gennaio-novembre 2014), risulta che il tetto del 3,5% è stato ampiamente superato anche nel 2014: lo scostamento, al netto dei *payback* versati dalle aziende farmaceutiche è stato, in termini assoluti, di circa 980 milioni di euro, ovvero ha impiegato circa il 4,5% del Fondo Sanitario Nazionale.

Il monitoraggio della spesa sanitaria



LA GOVERNANCE DELLA SPESA DESTINATA ALLE CURE OSPEDALIERE COME PURE AI FARMACI (sia in ospedale che sul territorio) si è dotata nel tempo di **numerosi strumenti di monitoraggio** e controllo dei consumi, con effetti non sempre soddisfacenti sul piano della valutazione dell’appropriatezza e della misurazione della qualità.

IL MONITORAGGIO DEI CONSUMI è stato accompagnato inoltre da **processi di razionalizzazione** e contenimento che hanno riguardato prevalentemente le **componenti di spesa per assistenza ospedaliera** (riduzione dei posti letto e dei tassi di ospedalizzazione) e **farmaci** (tetti di spesa).

LA COMPONENTE DI SPESA CHE INCIDE MAGGIORMENTE SUL TERRITORIO sembra sfuggire ancora a logiche di controllo altrettanto stringenti. Nel **disease management del paziente cronico** si deve rispondere all’esigenza di monitorare nel tempo un percorso di cura che – nei casi acuti e gravi – si articola in una diversificazione delle prestazioni sanitarie (e dei consumi), gravanti sia sul territorio sia sull’ospedale.

NON ESISTONO PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI UNIFORMI A LIVELLO NAZIONALE per le patologie più impattanti a livello economico e sociale: la mappatura dei bisogni epidemiologici ed assistenziali per singola patologia risponde quindi soprattutto all’esigenza di ricavare informazioni più circoscritte possibili sull’allocazione delle risorse sanitarie tra gli assistiti e sulla distribuzione dei consumi per ambito territoriale (distretto) e per tipologia di paziente.

CONTINUANO AD ESISTERE SACCHE DI INEFFICIENZA NON ADEGUATAMENTE AGGREDITE e solo ora si sta abbandonando la concezione di dover razionalizzare i consumi senza una logica uniforme di valutazione dell’appropriatezza. Occorre spostare il focus verso una **riallocazione delle risorse, disinvestire laddove non utile, investire laddove è “remunerativo”,** come la **prevenzione**. Questi scenari portano a ipotizzare un **risparmio del 25% delle spese** mediche legate alle patologie derivanti da scorretti stili di vita se solo l’Italia allineasse i suoi investimenti in prevenzione a quelli della media dei Paesi Ocse (*Fondazione Farmacfactoring, 2014*).

Il Patto della Salute 2014-2016
Medicina del territorio, performance regionali,
informatizzazione, risorse umane

PIENA ATTUAZIONE
della MEDICINA DEL TERRITORIO
E
della CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(art.5)

POTENZIAMENTO
del MONITORAGGIO E CONTROLLO
DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI
(art. 12)

SUPERAMENTO
del DIGITAL DIVIDE SANITARIO
(art.15)
POTENZIAMENTO
dei FLUSSI INFORMATIVI (art.16)

VALORIZZAZIONE
delle RISORSE UMANE
(art.22)

**PIENA ATTUAZIONE
della MEDICINA DEL TERRITORIO
E
della CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(art.5)**



➤ Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) **uniche forme organizzative della medicina generale** (entro 6 MESI dalla nuova Convenzione MMG)

➤ **Presidi territoriali, Ospedali di Comunità**

➤ Sistema di **monitoraggio per le cure primarie (NSIS)**

**POTENZIAMENTO
del MONITORAGGIO E CONTROLLO
DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI
(art. 12)**



➤ Incompatibilità del **ruolo di Commissario ad acta** con altri incarichi istituzionali

➤ Nuovo sistema di monitoraggio, analisi e controllo per **prevenire scostamenti delle performance** di ASL e Servizi Sanitari Regionali

➤ **Decadenza dei DG delle ASL** non per mancato rispetto dei LEA

**SUPERAMENTO
del DIGITAL DIVIDE SANITARIO
(art.15)**

**POTENZIAMENTO
dei FLUSSI INFORMATIVI (art.16)**



➤ **Patto per la Sanità Digitale**

➤ Revisione dei compiti e modalità di **funzionamento della Cabina di Regia NSIS**

➤ Predisposizione di un **Piano di Evoluzione dei Flussi (PEF –NSIS)** per la programmazione triennale degli interventi sui flussi informativi

**VALORIZZAZIONE
delle RISORSE UMANE
(art.22)**



➤ **Sblocco del turn over** delle professioni sanitarie

➤ **Stabilizzazione** del personale precario

➤ **Nuova disciplina della formazione professionale** di base e specialistica

➤ Innovazione nell'**accesso delle professioni sanitarie al SSN**

➤ Sviluppo della **formazione professionale e di carriera**

➤ **Standard di personale** per Livello di Assistenza

REGIONI IN PIANO DI RIENTRO

- **ULTERIORE FUNZIONE DI ANALISI E CONTROLLO** dell'andamento e performance dei Sistemi Sanitari Regionali e Asl, con finalità preventiva, in capo ad Agenas
- **RAZIONALIZZAZIONE E SEMPLIFICAZIONE** delle procedura di verifica per l'attuazione DEI **PIANI di RIENTRO**
- Responsabilizzazione e **"INDIPENDENZA"** politica del **RUOLO DEL COMMISSARIO AD ACTA**

FLUSSI INFORMATIVI

- **POTENZIAMENTO DEL RUOLO DEL NSIS** (Piano triennale di Evoluzione Flussi) e dei **compiti della Cabina di Regia**
- Stipula di un **PIANO STRATEGICO PER COLMARE IL DIGITAL DIVIDE SANITARIO** sul territorio nazionale

MEDICINA DEL TERRITORIO

- **ATTUAZIONE DEI CONTENUTI CONVENZIONE NAZIONALE MMG 2009 e Legge Balduzzi 189/2012**

PERSONALE DEL SSN

- **STOP ALL'ULTERIORE CONTENIMENTO DELLA SPESA PER IL PERSONALE DEL SSN** (art. 2 L.191/2009; art.17 Dl.98/2011; art.15 Dl 95/2012) + **SBLOCCO DEL TURN OVER** (modifica art.1, comma 174 L.311/2004)
- **VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE DEL SSN E PROMOZIONE DELL'INTEGRAZIONE MULTIDISCIPLINARE** con attenzione alla continuità assistenziale e alla presa in carico delle cronicità, **in collegamento con la riforma della PA**

Riforma della PA e impatti sulla sanità

Le dichiarazioni di *decision makers* e
stakeholders del SSN

*“[...]oggi **un buon servizio alla collettività può essere erogato solo se tutte le figure professionali lavorano insieme: medici, infermieri, biologi, tecnici e operatori socio-sanitari nelle loro specifiche competenze.**”*

*“In Italia operano circa 432 mila infermieri e rappresentano la struttura portante di tutto il sistema sanitario [...]. **Con la legge di Stabilità si riconoscono formalmente tutte queste capacità ed esperienze**”*

Federico GELLI
(PD, XII Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati)

*“Credo che lo **skill mix diventi sempre più importante nella gestione della appropriatezza della risposta ai bisogni di salute** e sono convinto che la crescita culturale di tutte le professioni sia un interesse del sistema”.*

Pierpaolo VARGIU
(SC, XII Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati)

“Lo strumento base esiste: se l’art.22 del Patto della Salute sarà opportunamente integrato con la riforma Madia si potrà arrivare ad una modifica dello stato giuridico che consenta al medico di tornare ad essere un professionista remunerato e valutato per le sue capacità professionali, non escludendo il possesso di competenze organizzative e formative per concretizzare il governo clinico”.

Riccardo CASSI
Presidente CIMO - Sindacato dei Medici

“..Riteniamo debba essere rafforzata l’introduzione di nuovi meccanismi premianti per tutto il comparto sanitario. La razionalizzazione non è infatti sufficiente a garantire e mantenere la stabilità.”

*“Primo, l’applicazione del pagamento a prestazione per tutti gli operatori, indistintamente con tariffe corrispondenti al valore reale della prestazione; secondo, la gestione dei controlli da parte di un organismo terzo[...].
Queste due novità sarebbero utili a favorire una maggiore efficienza e qualità del Ssn”*

Gabriele PELLISSERO
Presidente Associazione Italiana Ospedalità Privata - AIOP

*“Nel Patto [della Salute, ndr] ci sono novità importanti già nelle premesse, come **l’affermazione che la spending review deve essere costruita dall’interno del sistema.** Non basta infatti solo comprare bene o in associazione, che pure è importante. La sostenibilità reale si basa su atti organizzativi che non possono prescindere da come vengono messi in pratica dalle aziende”*

Francesco RIPA DI MEANA
Presidente FIASO

*“Nel Patto della Salute emerge un modello che supera la dicotomia tra sistema socio-sanitario e sistema sanitario. Laddove i posti letto socio-sanitari sono minori, maggiore è la difficoltà di intervenire nella razionalizzazione della rete ospedaliera. Inoltre, occorre **implementare in maniera puntuale i requisiti di valutazione dei risultati (esiti) e della qualità dell’assistenza socio-sanitaria (deospedalizzazione e cure domiciliari)**”*

Angelo Lino DEL FAVERO
Presidente Federsanità ANCI

Riforma della PA e impatti sulla sanità

I provvedimenti al vaglio e le proposte normative

DPCM LORENZIN 03.03.2015 **(attuazione D.l. 101/2013)**

- Si applica al **personale del Comparto Sanità, area della Dirigenza Medica e del ruolo sanitario degli enti del SSN**
- Prevede la possibilità di avviare procedure concorsuali riservate al personale precario degli enti del Servizio sanitario nazionale **in misura non superiore al 50% delle risorse finanziarie disponibili per assunzioni a tempo indeterminato**
- Potranno accedere alla stabilizzazione **i precari del SSN che abbiano prestato un servizio effettivo non inferiore ai tre anni nell'ambito del quinquennio precedente**
 - Le procedure concorsuali dovranno essere espletate **entro il 2018**

I numeri

Circa 32.335 soggetti

di cui

7.400 medici

e il restante personale dirigente e non dell'area infermieristica

Circa 27.000

lavora con contratti a tempo determinato, i restanti con forme interinali

*Fonte: Conto Annuale 2013
Ragioneria Generale dello Stato*

Art. 1, comma 566 LEGGE DI STABILITÀ 2015

Prevede la **definizione di ruoli, competenze, relazioni professionali e responsabilità individuali e di equipe** su compiti, funzioni e obiettivi delle **professioni sanitarie infermieristiche, ostetricia, tecniche della riabilitazione e della prevenzione**

Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia

*“I nuovi ruoli organizzativi che interessano migliaia di infermieri in Italia e che ridisegnano le relazioni tra medico e infermiere, sia in ospedale che sul territorio. In particolare, **lo sviluppo delle funzioni di coordinamento in ambito infermieristico si riverberano anche sul lavoro del medico** che, come conseguenza, sembra poter recuperare in modo più pieno la dimensione professionale del proprio lavoro”*

(fonte: Ce.Ri.S.Ma.S)

TUTTAVIA

La classe medica ha espresso **preoccupazioni** rispetto all'esigenza di tutelare la peculiarità della propria funzione globale di *prevenzione, diagnosi, cura e terapia*, che non si espliciterebbe nel solo *atto complesso*

✓ **In questa fase di transizione, una NUOVA DISCIPLINA DELL'ATTO MEDICO potrebbe rivelarsi utile a fare maggiore chiarezza sulle responsabilità e peculiarità professionali del medico?**

✓ **Sono auspicabili ALTRI PROVVEDIMENTI?**

DDL 1157/2014

(testo approvato in Commissione Affari Costituzionali del Senato)

Art.9 – DIRIGENZA PUBBLICA

- **RUOLO UNICO DELLA DIRIGENZA REGIONALE:** includerà la Dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del SSN, esclusa la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria
- **DURATA INCARICHI DIRIGENZIALI:** 3 anni, rinnovabili previa partecipazione alla procedura di avviso pubblico e definizione di presupposti oggettivi per la revoca, anche in relazione al mancato raggiungimento degli obiettivi
- **PROGRESSIONE DI CARRIERA:** superamento degli automatismi e costruzione del percorso in funzione degli esiti della valutazione

PER LE FIGURE APICALI DEL SSN

- **SELEZIONE UNICA A LIVELLO NAZIONALE DEI DIRETTORI GENERALI** delle aziende ed enti del SSN (per la costituzione di un *elenco idonei* da aggiornarsi con *cadenza biennale*)
- **VERIFICA DELL'OPERATO DEL DIRETTORE GENERALE** collegato al raggiungimento di LEA e dei risultati del **PROGRAMMA NAZIONALE DI VALUTAZIONE ESITI** dell'AgeNaS
- **POSSIBILE REINSERIMENTO** dei Direttori Generali soltanto all'esito di una nuova selezione
- **SELEZIONE PER TITOLI E COLLOQUIO** dei **DIRETTORI AMMINISTRATIVI E SANITARI** effettuata da *"Commissioni regionali composte da esperti di qualificate istituzioni scientifiche"* (per la costituzione di un *elenco idonei* regionale da aggiornarsi con *cadenza biennale*)

Patient journey e riorganizzazione dei
processi assistenziali

*“A seamless transition from inpatient care to outpatient care relies on **accurate communication between all professionals and other care givers** involved in the patient’s care...”*

***Effective communication** may prevent gaps in clinical knowledge that may occur at these transition points. The challenge is **learning how to improve transitions of patient care in a more systematic way** by proactively planning and redesigning care processes to reduce vulnerabilities.”*

Fonte: BMJ Quality & Safety Online First, November 2012



*“**Dobbiamo passare dal modello prestazionale a un processo di cura: il cittadino vuole garanzie sull’accesso e vuole sapere chi lo guida in questo labirinto che stiamo costruendo.**”*

*Se gestiamo il processo in modo intelligente, avremo **un sistema ospedale-territorio-Mmg-specialisti con protocolli condivisi e un sociale con cui interfacciarsi** abbattendo anche la barriera tra sanitario e sociale, che a fronte dell’avanzata delle cronicità, ha sempre meno senso mantenere”.*

Mario LA VECCHIA
Vicesegretario Nazionale Anao Assomed

Quali sono le informazioni fornite dal *patient journey* e per quali motivi viene usato?

Il *patient journey* ci permette di esaminare il percorso del paziente attraverso la prospettiva del paziente, per identificare i problemi e suggerire i miglioramenti da attuare.

INFORMAZIONI PROVENIENTI DALL'OSSERVAZIONE DEL PATIENT JOURNEY

Tutto ciò che avviene dall'entrata del paziente alle sue dimissioni può essere visto come un percorso intrapreso dal paziente.

La mappatura di ciò che succede permette di comprendere l'esperienza del paziente passando dallo studio della gestione di una condizione o di uno specifico trattamento allo studio di una serie di eventi

SCOPI

Intervenendo a livello multidisciplinare è possibile massimizzare l'efficacia e l'efficienza clinica eliminando cure inefficaci e inutili.

PROBLEMATICITA'

- POPOLAZIONE SEMPRE PIU' ANZIANA
- CRONICIZZAZIONE DELLE MALATTIE
- SEMPRE MAGGIORI COMORBIDITA'
- CONTINUA SPECIALIZZAZIONE DELLA CLASSE MEDICA
- AUMENTO DELLA DOMANDA SANITARIA E DEL RICORSO A STRUTTURE OSPEDALIERE O PARAOSPEDALIERE
- MANCANZA DI UNA VERA INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO
- INSUFFICIENTE POTENZIAMENTO DELLE RETI TERRITORIALI
- SOTTOVALUTAZIONE DEL RUOLO DEL CARE GIVER

IL PAZIENTE NON E' ASSISTITO NELLE VARIE TAPPE CHE COMPONGONO IL SUO PERCORSO DI DIAGNOSI E CURA

IL PAZIENTE E' CONFUSO, LASCIATO SOLO, DEVE «ARRANGIARSI»

POSSIBILI SOLUZIONI

- POTENZIAMENTO DEL MMG (ruolo come Gate verso le specialità mediche o ruolo di diagnosi?)
- CREAZIONE DI RETI TRA MMG E CLASSE MEDICA SPECIALISTICA
- CREAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATICO UNICO DI RACCOLTA DEI DATI CLINICI
- PREVISIONE DI UN DIPARTIMENTO NELL'ASL DI COORDINAMENTO TRA STRUTTURE E PROFESSIONISTI E SMISTAMENTO INFORMAZIONI FRUIBILI DAI CARE GIVERS
- ISTITUZIONALIZZAZIONE – SU BASE NAZIONALE –DEI CARE GIVERS (per gestire l'intero percorso dei pazienti. Dovrebbe essere il riferimento unico per paziente)

EVOLUZIONE SISTEMA DI PRESTAZIONI SANITARIE DA ACCESSO AI MOLTEPLICI SERVIZI AD ACCESSO A UN PERCORSO INTEGRATO CON TUTOR

Punti di discussione

Effettuare una riforma della PA in ambito sanitario appare sempre più difficile, in particolar modo a causa dei differenti meccanismi di funzionamento regionali. Quale sarebbe, a vostro avviso, il problema di fondo che impedirebbe di attuare una radicale e coraggiosa riforma del SSN?

La riforma del titolo V ha generato una delega del controllo della spesa sui governi locali, attraverso sistemi non orientati alla valutazione dell'appropriatezza. In che modo si potrebbero colmare le differenze tra i modelli di assistenza sanitaria e farmaceutica presenti tra le regioni?

La presenza di una popolazione sempre più anziana e polimorbida rende il percorso terapeutico del paziente sempre più complesso. Come dovrebbero comportarsi il nostro Governo e le Regioni per facilitare il «viaggio» del paziente e la comunicazione tra le strutture?

L'imposizione di tetti di spesa ed il contenimento delle risorse per l'assistenza ospedaliera contribuiscono a creare un sistema non uniforme a livello nazionale, specialmente nella cura dei malati cronici. Perché il governo non ha ancora realizzato un sistema di controllo della spesa uniforme e di certificazione univoca del dato?