



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

LE EVIDENZE DEL RAPPORTO OASI 2015 RACCONTARE E RENDICONTARE IL SSN (2)

Clara Carbone
CERGAS e SDA Bocconi

In collaborazione con:

abbvie



Milano, 27.11.2015



Raccontare e rendicontare il SSN

- Modifiche negli assetti istituzionali
- Dinamiche della capacità produttiva
- Trasformazione dei processi produttivi
- Cantieri aperti



Assetti istituzionali in movimento

Aziende sanitarie pubbliche

Evoluzione Numero aziende sanitarie pubbliche



Recenti leggi e ipotesi 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

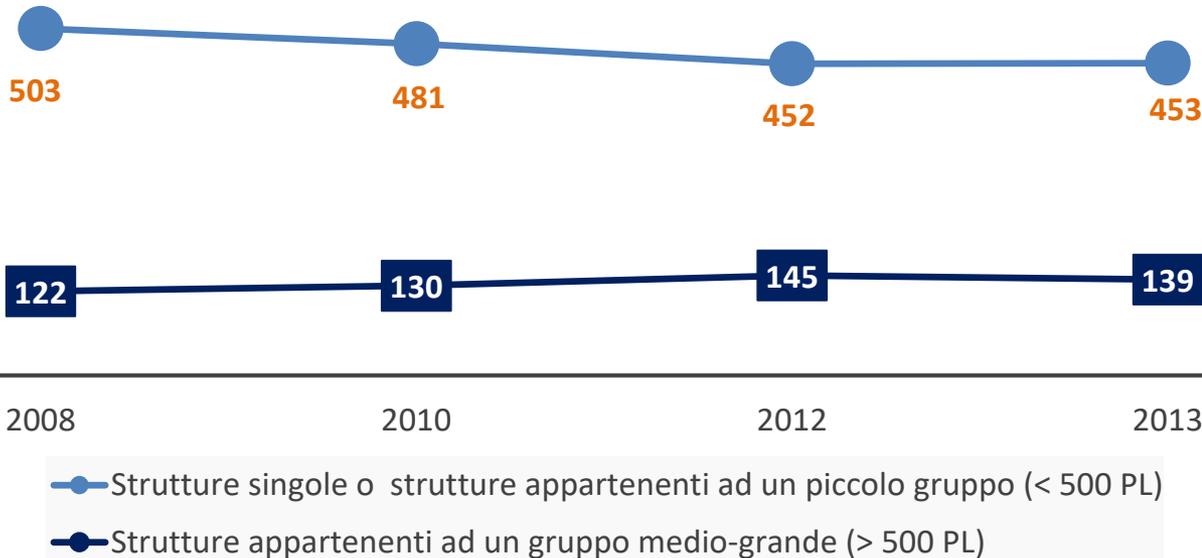
	1995	2001	2005	2008	2010	2013	2015	Var % 2001-2015
Popolazione media per ASL	292.450	294.129	317.734	383.969	413.290	411.622	437.000	+49%



Assetti istituzionali in movimento

Aziende sanitarie private accreditate

Evoluzione numero strutture in medi e grandi gruppi sanitari privati
vs strutture singole o piccoli gruppi



Continui processi di acquisizione delle strutture private accreditate

Creazione di 25 grandi player nel SSN (oltre 500 PL)

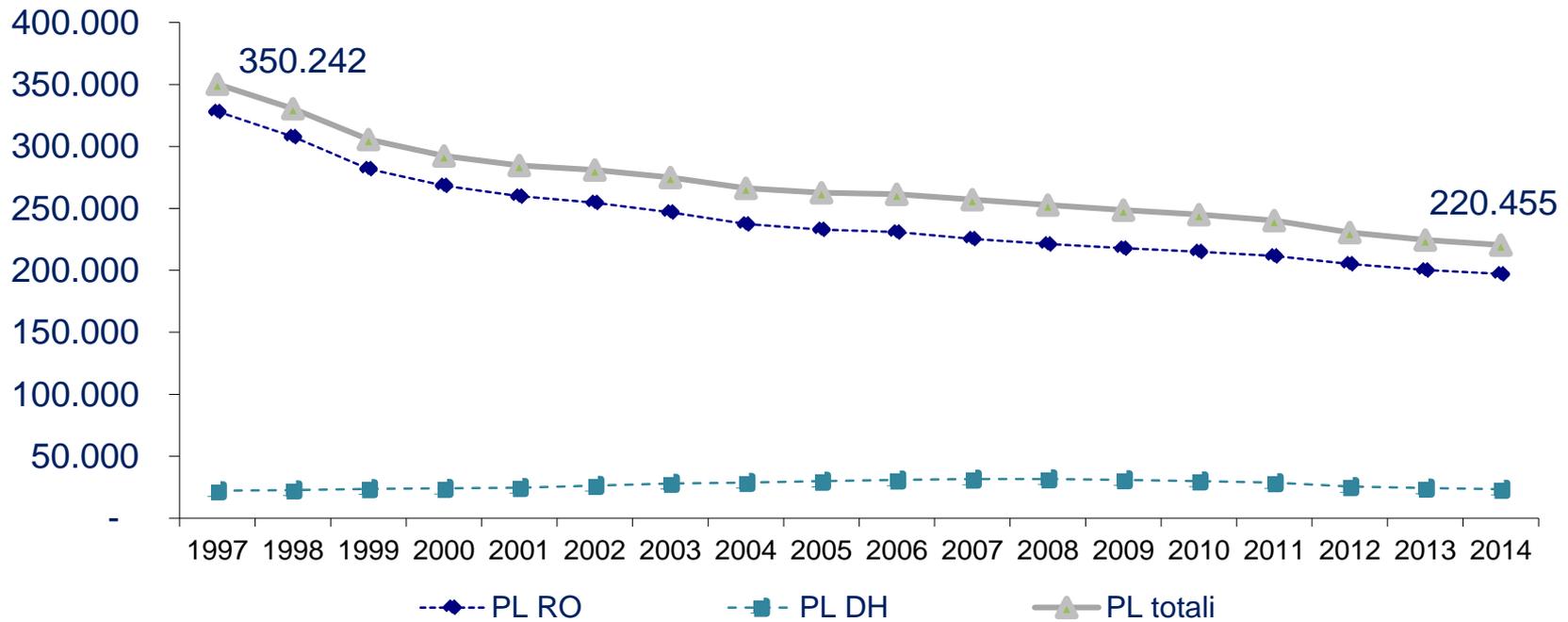
Processo in aumento – DM 70/2015 (30% di strutture di piccole dimensioni < 60 PL)

Fonte: Cap. 5 del Rapporto Oasi 2015



Dinamiche della capacità produttiva

Evoluzione Numero PL SSN (RO e DH)



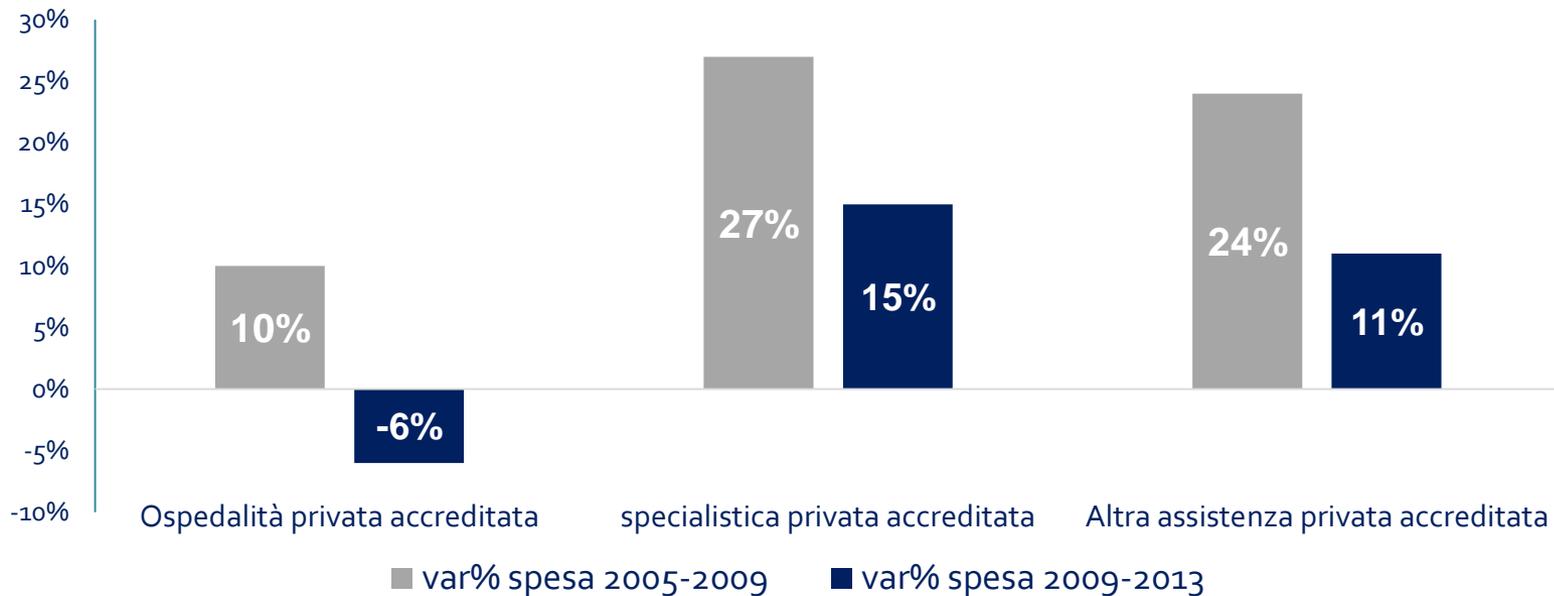
*Si conferma la contrazione PL: -37% rispetto al 1997.
Seguirà nell'immediato futuro una significativa contrazione delle attuali UOC (DM 70/2015)*



Dinamiche della capacità produttiva

Focus aziende sanitarie private accreditate

Confronto var % della spesa per categorie di assistenza sanitaria privata accreditata



Tassi di crescita delle voci di spesa più contenuti nell'ultimo quinquennio, negativi per l'ospedalità privata accreditata

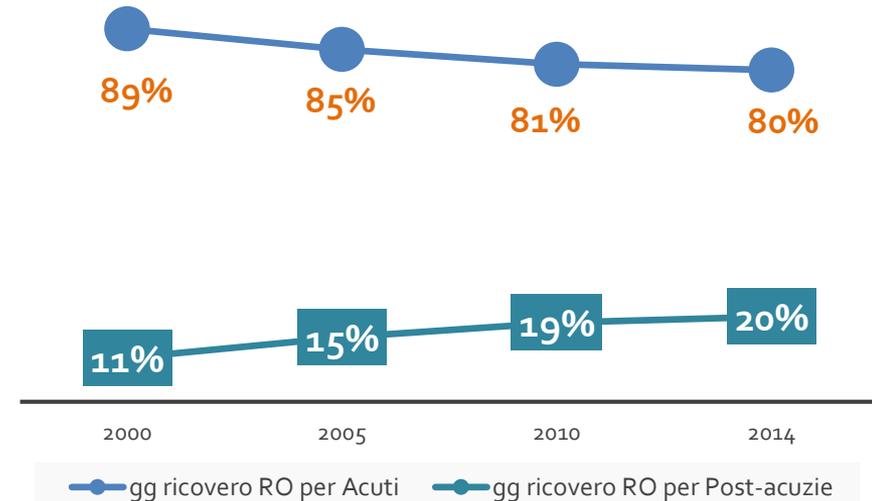
Nota: "Altra assistenza privata accreditata" include assistenza erogata da soggetti privati accreditati a pazienti in riabilitazione, anziani, tossicodipendenti, psichiatrici, per cure termali. NON include la medicina convenzionata, la farmaceutica e la protesica.



Trasformazione dei processi produttivi Area ospedaliera

Anno	Numero di Dimissioni (acuti e non acuti)	Giornate di ricovero (acuti e non acuti)	Degenza media
2001	12.937.140	82.829.483	6,80
2002	12.939.492	79.823.905	6,70
2003	12.808.615	77.969.619	6,70
2004	12.990.109	78.241.122	6,67
2005	12.965.658	78.292.237	6,70
2006	12.843.634	77.876.800	6,68
2007	12.330.465	76.224.954	6,72
2008	12.100.698	75.371.789	6,76
2009	11.657.864	73.412.967	6,69
2010	11.277.742	71.904.063	6,74
2011	10.749.246	69.417.699	6,81
2012	10.257.796	66.707.607	6,79
2013	9.842.485	64.312.696	6,75
2014	9.526.832	63.129.031	6,80
2001-2014	-26,4%	-23,8%	0,0%

Trend giornate di ricovero RO
(acuti vs post-acuzie)



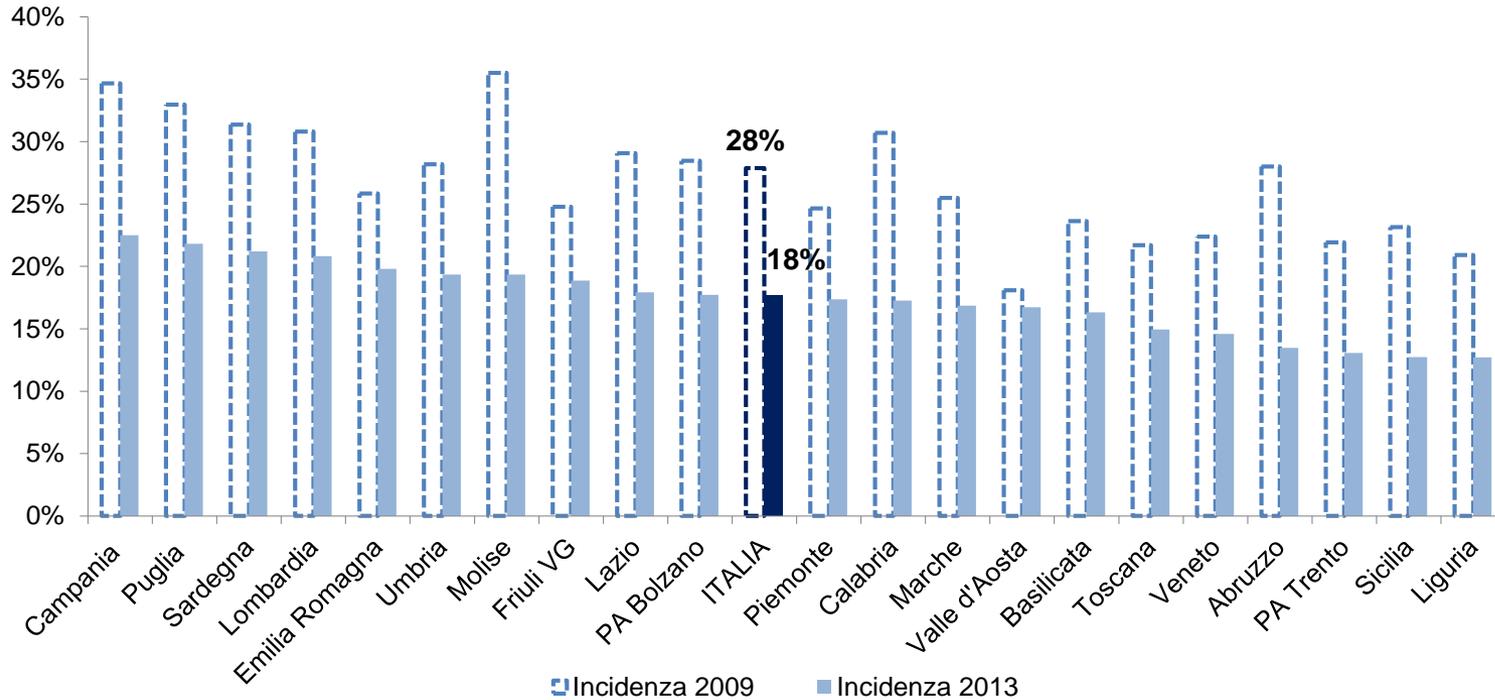
Riduzione tassi di ospedalizzazione e variazione dei mix produttivi





Trasformazione dei processi produttivi Area ospedaliera

Incidenza 108 DRG ad elevato rischio di inappropriately per regione (anni 2009 e 2013)



Buoni livelli di appropriatezza in ambito ospedaliero sia nel confronto internazionale sia nel posizionamento nazionale negli anni.

13 su 21 SSR hanno istituito PACC (percorsi ambulatoriali coordinati e complessi)



Trasformazione dei processi produttivi Dall'ospedale al territorio

1997

16.006 strutture territoriali
(di cui 18% priv. acc.)



2012

24.263 strutture territoriali
(di cui 53% priv. acc.)

Aumento della presa in carico pz anziani (+23%):
utenti anziani assistiti per 100.000 abitanti (da 1700 del 2005 al 2100 del 2012)

Tasso di ospedalizzazione per fasce di età (per 1.000 abitanti) - Attività per Acuti in Regime ordinario

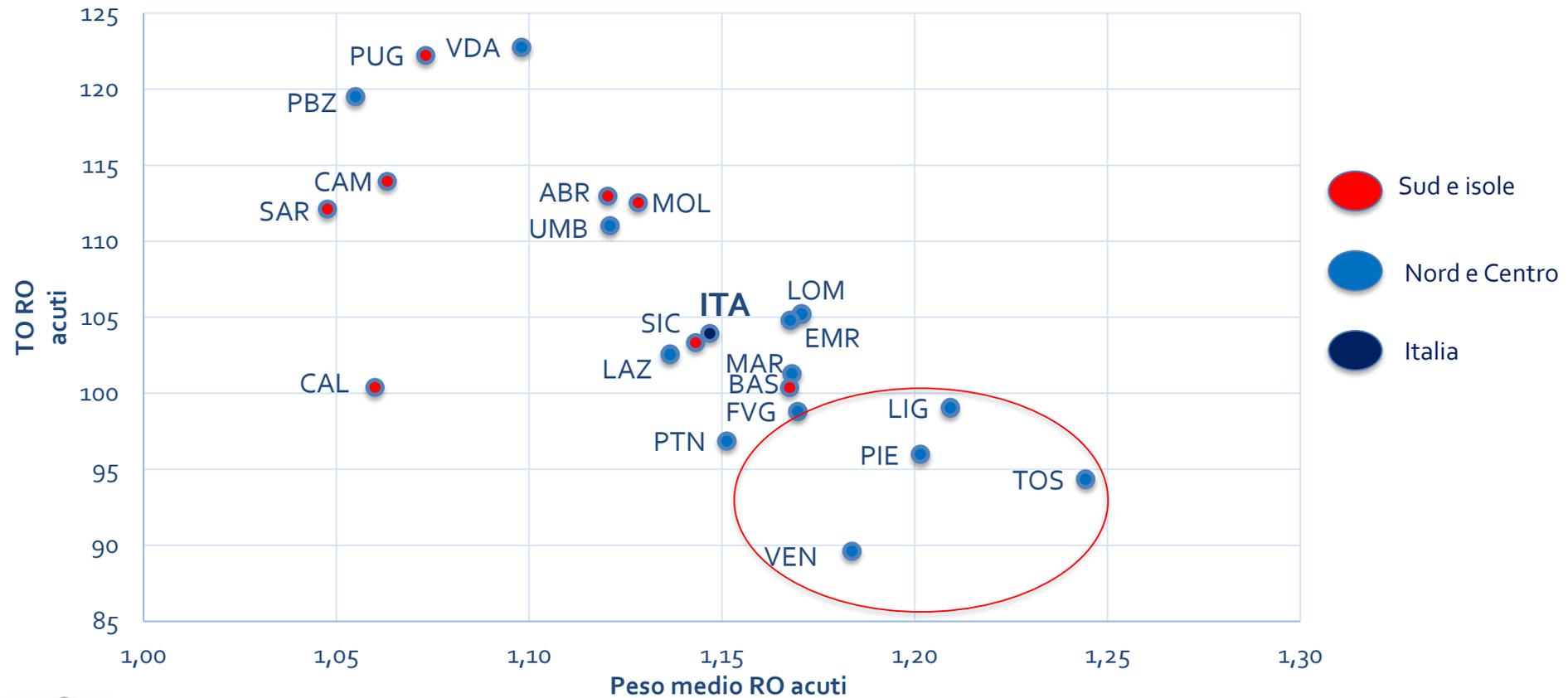


Riduzione del tasso di ospedalizzazione per popolazione anziana



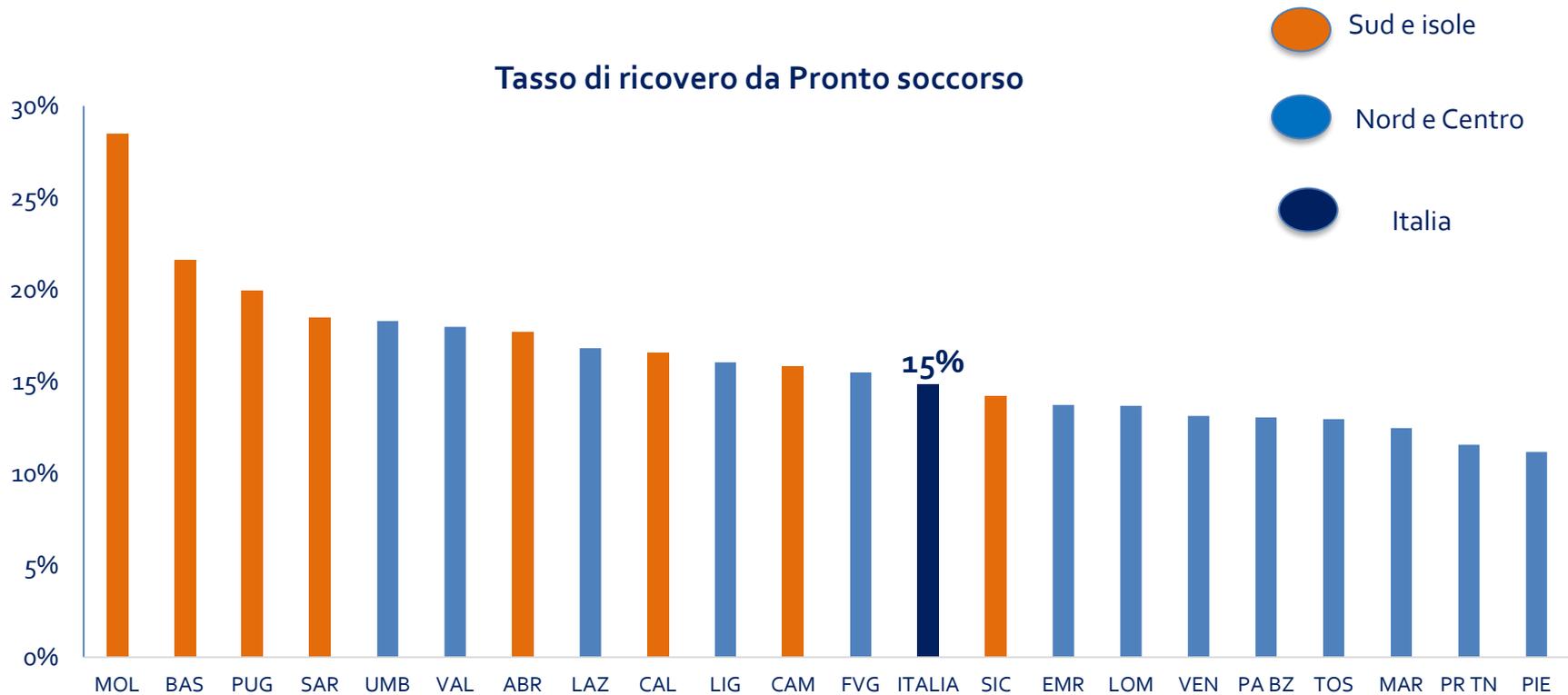
Alcuni Cantieri aperti.... ...qualificazione dell'attività ospedaliera

Tasso ospedalizzazione per 1000 ab. (acuti - RO) e Peso medio ricoveri (acuti - RO)



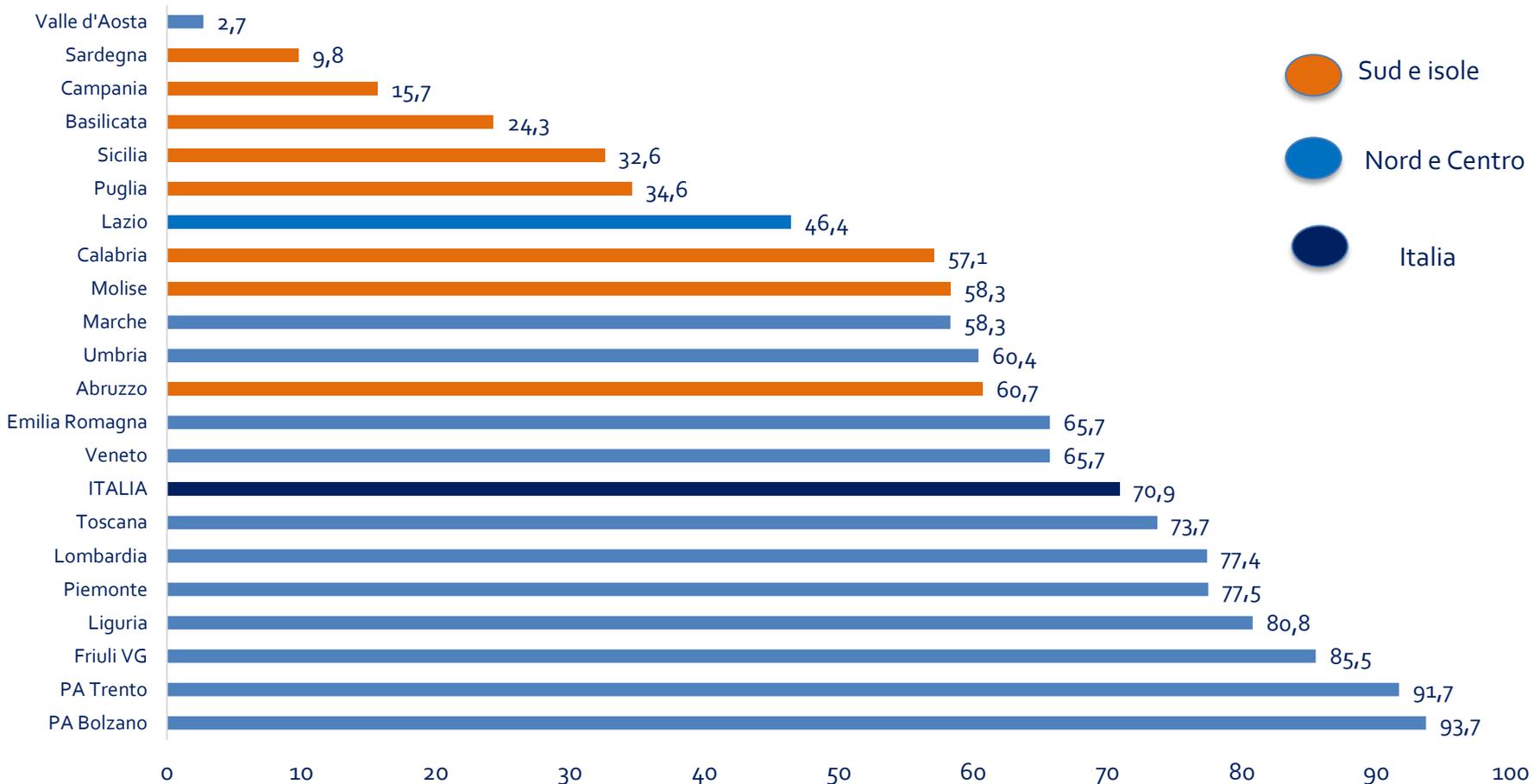


Alcuni Cantieri aperti... ...capacità di filtro differenti da parte dei PS



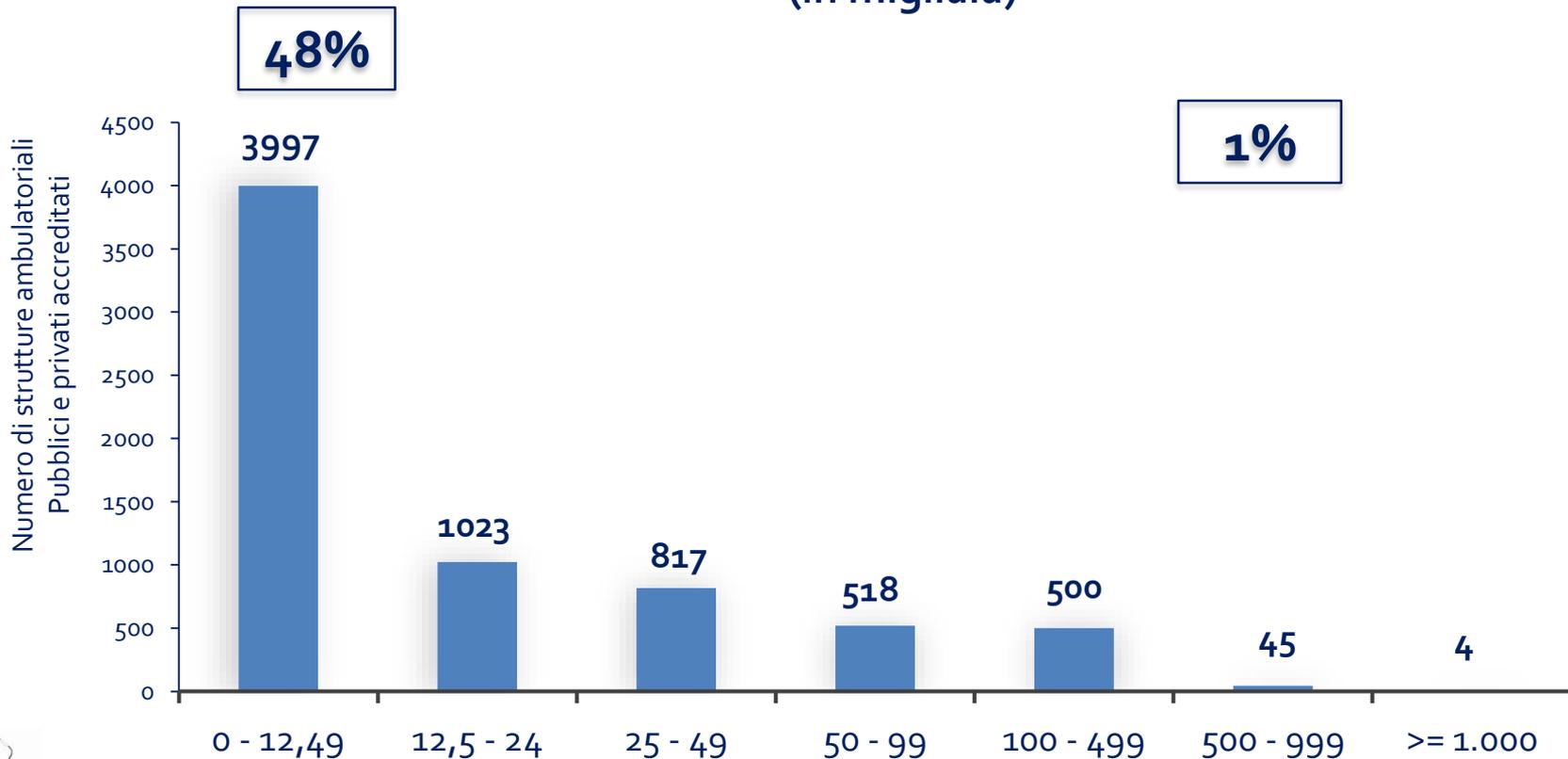
Alcuni Cantieri aperti... ...differente sviluppo dell'assistenza territoriale tra i SSR

PL per 1.000 ab. presso strutture residenziali e semiresidenziali per ass. agli anziani-anno 2012



Alcuni cantieri aperti... ...processi erogativi frammentati

Distribuzione strutture ambulatoriali per *range* di volumi di prestazioni per esterni
(in migliaia)



Fonte: Cap. 3 del Rapporto Oasi 2015





Considerazioni conclusive

- Importanti cambiamenti istituzionali che dovrebbero essere utilizzati come leva per facilitare (e non rallentare) i cambiamenti nella riprogettazione dei servizi
- Concentrazione della capacità produttiva delle UO ospedaliere e territoriali per ottenere più efficienza ed efficacia tramite economie di scala e economie di apprendimento
- Ancora eccessive differenze tra gli SSR
 - Appropriately nell'utilizzo delle risorse ospedaliere
 - Funzione di filtro nell'area emergenza
 - Assistenza territoriale
- La maggiore appropriatezza ospedaliera deve corrispondere allo sviluppo dell'assistenza territoriale
 - Investimenti sul territorio (volumi utenti e livelli d'intensità)
 - Sistemi informativi omogenei per garantire la continuità assistenziale

