

WELFARE IN CERCA DI FUTURO

*Seminario in occasione del 50° anno di pubblicazione
di Prospettive Sociali e Sanitarie*

27 novembre 2020

PREPARARE IL FUTURO DEL SSN

Vittorio Mapelli

Università degli studi di Milano

SINTESI

1. Quanti investimenti serviranno? Quanta spesa sanitaria?
2. Un cambio di paradigma: *More from Less*
3. Investire in sanità
4. Investire in salute
5. Alcune proposte di riforma

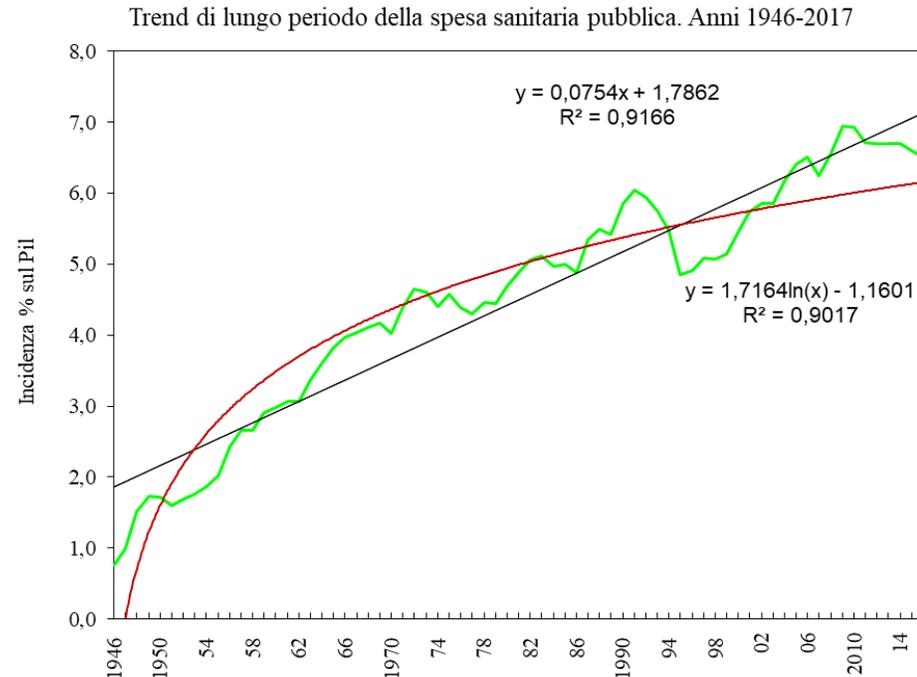
1. Quanti investimenti servono al SSN?

I 22 progetti di investimento del *Recovery Fund*: 67 mld €

Tab. 1 Elenco dei progetti previsti per la sanità con finanziamenti a carico del Recovery Fund e del MEF

N°	Descrizione del progetto	COSTI (milioni €)			Durata
		Sviluppo (correnti)	Investimento	Totale	
	STRUTTURE E TECNOLOGIE	3.134	51.636	54.770	
135	Case digitali per assistenza domiciliare	-	2.500	2.500	5 anni
136	Case di comunità	-	5.000	5.000	5 anni
137	Presidi sanitari a degenza breve	-	4.000	4.000	5 anni
139	Salute mentale	300	700	1.000	5 anni
140	Prevenzione e promozione salute con il digitale (*)	750	1.750	2.500	5 anni
141	Centri prossimità per contrasto povertà sanitaria (*)	-	670	670	5 anni
143	Consultori e medicina di genere (*)	300	700	1.000	6 anni
146	Contrasto alla migrazione sanitaria (*)	1.500	1.500	3.000	5 anni
147	Sistema emergenza-urgenza	84	616	700	6 anni
145	Edilizia sanitaria, Nuovo ospedale	200	34.200	34.400	6 anni
	<i>costruzione nuovi ospedali, ammodernamento</i>	-	12.600	12.600	
	<i>parco tecnologico</i>	-	1.300	1.300	
	<i>digitalizzazione</i>	-	3.300	3.300	
	<i>adeguamenti sismici e antincendio</i>	-	14.000	14.000	
	<i>interventi green</i>	-	1.600	1.600	
	<i>emergenza Covid</i>	-	1.400	1.400	
	<i>piano change management (e altro)</i>	200	0	200	
	SERVIZI SANITARI	4.500	150	4.650	
134	Standard assistenza territoriale (formazione)	1.150	-	1.150	2 anni
138	RSA tecnologiche e adeguamento standard	1.500	-	1.500	5 anni
142	Salute nelle scuole	500	-	500	5 anni
148	Salute, ambiente e clima (*)	1.350	150	1.500	
	RICERCA, SVILUPPO, INNOVAZIONE	1.200	1.800	3.000	
149	IRCCS	-	600	600	2 anni
150	Ricerca biomedica SSN (*)	1.200	-	1.200	5 anni
152	Ecosistema innovazione salute	-	1.200	1.200	5 anni
	FORMAZIONE	2.645	0	2.645	
151	Formazione dei professionisti in sanità	2.645	-	2.645	5 anni
	SISTEMA INFORMATIVO	200	1.580	1.780	
154	Trasparenza delle informazioni al cittadino	10	-	10	6 anni
155	Potenziamento Sistema informativo sanitario	-	130	130	5 anni
156	Fascicolo sanitario elettronico (*)	150	1.350	1.500	5 anni
157	Governance del dato	40	100	140	5 anni
	TOTALE GENERALE	11.679	55.166	66.845	

1. Quanta spesa corrente serve al SSN?



Ipotesi spesa SSN:
+2,5% all'anno, di cui:
-0,2% popolazione
+1,5% invecchiamento
+0,3 quantità servizi
+1% prezzi e contratti

Non è assiomatico che la spesa sanitaria debba aumentare ogni anno (come in passato), perché:

- la popolazione italiana **diminuisce**
- vi sono ampi margini per **eliminare** inefficienze, sprechi, inappropriately

2. Un cambio di paradigma: *More from Less*

(Andrew McAfee, MIT)

La pandemia da Covid-19 dovrebbe portarci ad una **rigenerazione** del SSN e ad un **cambio di paradigma**:

- Il futuro sarà **più sobrio** e più scarso di risorse:
 - de-natalità
 - bassa crescita Pil
 - diseguaglianze sociali
 - tasso attività 48%
 - debito pubblico
 - globalizzazione, migrazioni....
- Sapere ottenere **più risultati** dalle risorse disponibili per la sanità
- Con il *Recovery Fund*:

 Investire in **sanità**

 Investire in **salute**

3. Investire in sanità

Al SSN servono:

Investimenti in **capitale fisico** (*hard*) e **organizzativo**

- Ricerca e innovazione
- Prevenzione e promozione della salute
- Cure primarie con équipe multidisciplinari e prestazioni integrate
- Strutture territoriali per le cure intermedie
- Ospedali più efficienti, tecnologici, digitalizzati

Investimenti in **capitale lavorativo** (*soft*)

- Organizzazione, formazione
- Orientamento ai risultati: efficienza, efficacia, appropriatezza, responsabilità

3.1 Investire in sanità: i risultati attesi

Risultati "privati" (aziendali)

- riduzione costi di produzione servizi sanitari (energetici, manutenzione, ecc.)
- riduzione tempi morti e costi variabili (alberghieri)
- miglioramento tempi di assistenza ai pazienti

Risultati "sociali"

- diminuzione ricoveri e durata di degenza

Tra il 2007-2017: -4 milioni ricoveri e -20 milioni giornate

Se degenza media scendesse da 7,0 a 5,5 gg si otterrebbero -10,5 mil gg

- riduzione giornate lavorative **indennizzate** da INPS (-6,9 mil) e perdite di produzione
- diminuzione tempi **attesa**, ricorso al **PS**, diagnosi più **tempestive**, mobilità

4. Investire in salute

La salute è uno **stock di capitale** (M. Grossman, 1972) ereditato alla nascita, che si **deteriora** nel tempo per:

- età
- ambiente esterno (inquinamento, clima)
- condizioni socio-economiche (povertà, ignoranza)
- comportamenti individuali a rischio (malattie)

La salute è un **capitale umano** (individuale) che dà un rendimento (**reddito**) e un **capitale sociale** (collettivo, art 32 Costituzione) che contribuisce alla prosperità della nazione (**Pil**)

Investire in salute: *Health in all policies, One health*

- 3 Attori:
- Stato** (obbliga, vieta, sanziona, persuade, offre *screenings*....)
 - Industria** (alimentare, bevande, tabacco, trasporti, energia, pesticidi....)
 - Cittadini** (comportamenti a rischio di malattie)

4.1 Investire in salute: i risultati attesi

Il **ritorno** sull'investimento si misura dalla riduzione delle **giornate di malattia**

Gli investimenti in salute consistono in:

tempo, **informazione**, *counseling*

cambio **comportamenti** a rischio

diagnosi precoci (*screening*)

spese mediche (diagnosi, cura, riabilitazione)

Risultati **individuali**: miglioramento **benessere** psico-fisico-mentale

incremento produttività e **salari**

Risultati **sociali**: riduzione mortalità, disabilità, aumento speranza di vita

(anche economici) aumento offerta di lavoro, produttività

crescita consumi, risparmi

minori indennità per assenza malattia (imprese, INPS)

Secondo l'UE il miglioramento della salute ha contribuito per il **30-40%** alla

prospettiva di oggi

4.2 Investire in salute: i risultati attesi per il SSN

Secondo l'ISTAT e l'ISS in Italia ci sono **20-30 milioni** di soggetti **a rischio** di malattia (tumori, m. cardiovascolari, ecc....):

obesi	5,2 milioni	in sovrappeso	17,9 milioni
fumatori accaniti	4,1 milioni	bevitori eccessivi	8,6 milioni
ipertesi	14,9 milioni	sedentari	23,1 milioni

Il loro numero è in **aumento** nell'ultimo **ventennio** (eccetto per il fumo)

Risultati per il **SSN**: riduzione della **spesa** sanitaria al **2-3%** del Pil (=30/45 mld), perché il **70%** delle malattie sono **prevenibili** (Fries et al., 1993)
(oltre ai risultati individuali e sociali)

5. Alcune proposte di riforme

Oltre al piano di investimenti, il SSN dovrebbe affrontare alcune **riforme**:

1. il sistema delle **cure primarie**
2. una nuova **governance** delle Aziende sanitarie
3. l'integrazione tra **sanità** e **sociale** (riforma dei servizi sociali)

5.1 Il sistema delle cure primarie

La medicina di base è **inadeguata** (v. con Covid 19) e va riformata a fondo

- Tre modelli:
1. Atención primaria (Spagna)
 2. Nordic primary care model (Svezia, Finlandia, Norvegia)
 3. Clinical Commissioning Groups (Inghilterra)

NB: L'assistenza territoriale assorbe già il **51%** della spesa SSN!

1. Atención primaria

- Équipe di medici di famiglia (10-15), pediatri (5), infermieri (10-15), fisioterapisti (1-2), ostetrica, dentista, amministrativi (5-7) professionisti che operano nei Centros de Salud
- Attività di cura, prevenzione, riabilitazione, salute pubblica, diagnostica di base
- I medici di famiglia sono liberi professionisti e sono pagati a quota capitaria
- Tipologia: Centro de salud (maggiori dimensioni), Consultorio local, Consultorio auxiliar (dimensioni minori)
- I Centri sono di proprietà pubblica e con i relativi costi di funzionamento
- Orari apertura: lun-ven h 8.00-15.00 (h 20.00 per alcuni)

5.1 Il sistema delle cure primarie

2. Nordic primary care model(s)

- Le cure primarie sono di competenza delle **municipalità** (comuni) che hanno **libertà** di organizzazione
- Modello **pubblico**: Finlandia: strutture pubbliche e medici **dipendenti**
- Modello **misto**: Svezia 2/3 strutture pubbliche e medici **dipendenti**; Norvegia: in maggioranza liberi profess.ti
- Modello **privato**: Danimarca: **liberi professionisti**
- Équipe di medici di famiglia (4-6), infermieri, ostetriche, fisioterapisti, altri
- Attività di cura, prevenzione, riabilitazione, salute pubblica, assistenza domiciliare, diagnostica di base
- Il GP può essere **gatekeeper** (Danimarca) oppure no (Svezia)

3. Clinical Commissioning Groups (England)

- istituiti dalla riforma di Cameron (2013), sostituiscono le *District Health Authorities* (=ASL)
- 1 CCG ogni **410.000** ab. (n. 135) e gestiscono un budget di circa 80 miliardi £
- gruppi di *General Practitioners* che **commissionano/acquistano** i servizi sanitari per conto dei loro assistiti, **contrattando** con gli *Hospital Trusts* (=AO) e con altre autorità: ricoveri ospedalieri, riabilitazione, servizi di sanità pubblica, servizi psichiatrici
- erogano cure primarie, prestazioni dentistiche di base, alcune specialistiche, prescrivono farmaci
- ogni CCG è governato da un *Council* (25 clinici) e un *Governing Body* composto da GPs, infermieri, specialisti e **cittadini eletti** (*lay members*)
- responsabili finanziariamente della gestione del budget verso il Ministro della Salute