

POLICY DEL PNRR: EVOLUZIONE DEI MODELLI DI SERVIZIO E DELLE LEVE DI GOVERNO DEL FARMACO

Francesco Longo
CERGAS - SDA Bocconi, Università Bocconi

29 luglio 2021

AGENDA

- 1. Il ruolo di AIFA nel SSN***
- 2. PNRR: l'evoluzione della geografia dei servizi***
- 3. PNRR: due vettori di presa in carico***
- 4. I potenziali impatti***
- 5. Mix emergente tra strumenti centrali e locali di governo del farmaco***

1. IL RUOLO DI AIFA NEL SSN

1. Le agenzie e le aziende pubbliche (centrali e locali) sono il meglio della PA italiana

- missioni focalizzate
- mix di competenze qualificato (competence e capacity)
- mission driven=> minori vincoli amministrativi (reali e culturalmente percepiti)
- enti di II livello => politica più lontana

2. La missione agita da AIFA è sempre stata ampia e dinamica nel tempo (emergente):

- Approvazione/autorizzazione farmaci
- Negoziazione prezzi e volumi
- Linee guida
- Attivazione strumenti di governo e contenimento spesa
- Farmacovigilanza
- Monitoraggio spesa
- Promozione studi e ricerche

2. PNRR: EVOLUZIONE GEOGRAFIA DEI SERVIZI

- I. 1200 ospedali di comunità (20 PL ogni 50.000): 24.000 posti letto (+ 0,4 per mille)***
- II. 1350 Case della Comunità (oltre le 500 esistenti): 3 ogni 100.000 abitanti***
- III. 602 COT (centrali operative territoriali), ognuna con 6 infermieri => 3600 case manager***
- IV. Un infermiere di Comunità ogni 2000/2500 abitanti => 25.000/30.000 nel SSN***
- V. ADI per 10% anziani => 1.380.000 casi seguiti***
- VI. Nessun investimento su RSA socio-sanitarie => enfasi su sanità***

3. PNRR: DUE VETTORI DI PRESA IN CARICO

1. **Casa della Comunità (15 infermieri case manager): pivot della presa in carico della cronicità:**
 - stratificazione popolazione in 6 cluster: sani, one shot, cronici mono, cronici pluri, LTC, fine vita
 - PAI (piano assistenziale individuale) per ogni cronico (24 mil) => sintesi clinica per i plurimorbidi
 - medicina di iniziativa (prenotazioni da parte di CdC da back office)
 - case management per controllo compliance, controllo esiti intermedi, educazione literacy
 - digitalizzazione accesso, case management e parte prestazioni (tele-visite e tele-monitoraggio)
 - logiche per percorso orizzontale (specialistica <=> MMG <=> farmaco)
2. **COT (602 con 6 infermieri): transitional care anziani fragili**
 - gestione filiera H-cure intermedie-ADI-RSA=> controllo budget erogatori
 - fisiologico ruolo di triage e prioritizzazione (SSN ha capacity insufficiente)
 - presa in carico permanente di 3 mil LTC + X mil fragili (5000 LTC per COT)

4. I POTENZIALI IMPATTI: NUOVI BIG DATA

1. *BIG DATA su eterogeneità consumi (farmaco, specialistica, ecc.) per pazienti omogenei*
2. *BIG DATA per MMG, specialista, Casa della Comunità, per distretto, per ASL, per regione, per SSN*
3. *BIG DATA su determinanti individuali consumi ed esiti: es. literacy, stili di vita e compliance*
4. *BIG DATA su determinanti professionali consumi ed esiti*
5. *BIG DATA su determinanti organizzative (modelli aziendali e regionali)*

CHI ANALIZZERA', CHI UTILIZZERA', CHI ELABORERA' RACCOMANDAZIONI E MODELLI GESTIONALI CON QUESTI NUOVI BIG DATA?

4. I POTENZIALI IMPATTI: ESPlicitARE PRIORITA' a.

CATEGORIA DI PROFESSIONISTI

CATEGORIA DI PAZIENTI

Pazienti		MMG/Specialista/Infermiere			
Cluster della cronicità	Num. Pazienti	Num. Visite Mese	Num. Prestazioni	Tempo Visita	Tempo Lavoro (h/mese)
Mono patologici					
Pluri patologici					
Long Term Care					
Fine Vita					
		1. Tot. Tempo Lavoro necessario per copertura universalistica cronicità (in ore)			
		2. Fabbisogno di FTE per copertura universalistica (ipotesi 120 ore al mese di visite per FTE)			
		3. Capacity di personale AS IS			
		4. Delta personale TO BE per raggiungere il fabbisogno di FTE per copertura universalistica			

4. I POTENZIALI IMPATTI: ESPLICITARE PRIORITA' b. Catching area Casa della salute RER (60.000 Ab.)

Pazienti		MMG				Specialista				Infermiere			
Cat	Num.	Visite Mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Visite Mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Visite Mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro
Mono	11.400	0,5	5.700	15 min	1.425	0,16	1.824	20 min	602	1	11.400	20 min	3.762
Pluri	9.400	1	9.400	15 min	2.350	0,33	3.102	20 min	1.024	1	9.400	20 min	3.102
LTC	2.700	2	5.400	1 h	5.400	0,33	891	20 min	294	2	5.400	1 h	5.400
FV	500	4	2.000	1 h	2.000	2	1.000	1 h	1.000	4	2.000	1 h	2.000
		Tot Tempo 11.175				Tot Tempo 2.920				Tot Tempo 14.264			
		Fabb hp 120 h/m 93				Fabb hp 120 h/m 24				Fabb hp 120 h/m 119			
		Capacity As Is 40				Capacity As Is 19				Capacity As Is 39			
		Delta To Be -53				Delta To Be -5				Delta To Be -80			

Aumento del personale per raggiungere
copertura universalistica

4. I POTENZIALI IMPATTI: ESPlicitARE PRIORITA' c. Catching area Casa della salute RER (60.000 Ab.)

Pazienti		MMG					Specialista					Infermiere				
Cat	Num.	Visite Mese	Δ	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Visite Mese	Δ	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Visite Mese	Δ	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro
Mono	11.400	0,16	-68%	1.824	15 min	456	0,16	-	1.824	20 min	602	0,33	-67%	3.762	20 min	1.241
Pluri	9.400	0,33	-67%	3.102	15 min	776	0,33	-	3.102	20 min	1.024	0,5	-50%	4.700	20 min	1.551
LTC	2.700	1	-50%	2.700	1 h	2.700	0,33	-	891	20 min	294	0,5	-75%	1.350	1 h	1.350
FV	500	2	-50%	1.000	1 h	1.000	1	-50%	500	1 h	500	1	75%	500	1 h	500
Tot Tempo						4.932	Tot Tempo				2.420	Tot Tempo				4.642
Fabb hp 120 h/m						41	Fabb hp 120 h/m				20	Fabb hp 120 h/m				39
Capacity As Is						40	Capacity As Is				19	Capacity As Is				39
Delta To Be						-1	Delta To Be				-1	Delta To Be				0

Riduzione dell'intensità assistenziale per raggiungere
copertura universalistica

4. I POTENZIALI IMPATTI: ESPLICITARE PRIORITA' b. Catching area Casa della salute RER (60.000 Ab.)

Pazienti		MMG						Specialista						Infermiere					
Cat	Num.	Num. Paz.	Δ	Visite Mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Num. Paz.	Δ	Visite Mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro	Num Paz.	Δ	Visite Mese	Num. Prestaz	Tempo Visita	Tempo Lavoro
Mono	11.400	5.500	-52%	0,5	2.750	15 min	688	7.000	-39%	0,16	1.120	20 min	370	3.000	-74%	1	3.000	20 min	990
Pluri	9.400	4.000	-57%	1	4.000	15 min	1.000	6.500	-31%	0,33	2.145	20 min	708	2.000	-79%	1	2.000	20 min	660
LTC	2.700	1.000	-63%	2	2.000	1 h	2.000	2.500	-7%	0,33	825	20 min	272	1.000	-63%	2	2.000	1 h	2.000
FV	500	280	-44%	4	1.120	1 h	1.120	450	-10%	2	900	1 h	900	250	-50%	4	1.000	1 h	1.000
				Tot Tempo		4.808				Tot Tempo		2.250				Tot Tempo		4.650	
				Fabb hp 120 h/m		40				Fabb hp 120 h/m		19				Fabb hp 120 h/m		39	
				Capacity As Is		40				Capacity As Is		19				Capacity As Is		39	
				Delta To Be		0				Delta To Be		0				Delta To Be		0	

Diminuzione della percentuale di pazienti presi in carico per garantire adeguata intensità assistenziale.
Copertura non universalistica

4. I POTENZIALI IMPATTI: CLUSTER INDIVIDUALI

1. Le funzioni di case management e transitional care renderanno visibili i diversi cluster di utenti (cruciale nella platform economy: Amazon o AirB@B)

2. I cluster si differenziano per

- reattività al medium comunicativo: email, whatsapp, community digitale, telefonata, videochiamata, de visu
- aderenza al percorso di cura in funzione della frequenza dei contatti
- sensibilità a diversi linguaggi e format

=> La medicina dovrà inglobare la differenziazione delle terapie (es. frequenze visite, tipologia di vettore per farmaci e MD, medium comunicativo) nei PDTA/PAI oltre alle differenze tradizionali per tipo/mix di patologie e stadi

4. I POTENZIALI IMPATTI: DIFFERENZE REGIONALI

- 1. La visione PNRR è di lungo periodo e attiva processi trasformativi sofisticati***
- 2. Il tasso di successo attuativo di soluzioni strutturali (HW e muri) è debolmente connesso al capitale istituzionale disponibile***
- 3. Il tasso di successo attuativo di innovazioni di processo (case management, transitional care) è fortemente connesso al capitale istituzionale disponibile***

=> in prima approssimazione aumenteranno le differenze di capability di governo tra regioni

QUALE LIVELLO/SOGGETTO ISTITUZIONALE SI OCCUPERA' DI COLMARE I GAP CRESCENTI?

- MEF (piani di rientro)***
- Ministero Salute***
- Agenzie Centrali (AIFA, AGENAS, ISS)***
- Strutture commissariali***
- Regioni gemellate***

5. MIX EMERGENTE TRA STRUMENTI CENTRALI E LOCALI DI GOVERNO DEL FARMACO

1. *Si potrebbe aprire un processo decennale di trasformazione modelli di servizio e di governo SSN*
2. *Si richiede una lunga stagione di sperimentazione, apprendimento, bench-learning*
3. *Si svilupperanno nuove competenze*
4. *Si eserciteranno nuovi ruoli individuali, organizzativi ed istituzionali (oggi contendibili)*
5. *BIG data riaprono la relazione tra agenzie locali e centrali: sono raccolti e usati a livello locale, si possono analizzare a livello nazionale*

CHI ELABORERA' LE ANALISI SU DETERMINANTI ESISTENTI INTERMEDI (individuali, professionali, organizzative)?

CHI ELABORERA' NUOVE RACCOMANDAZIONI (stratificazione, PAI, differenziazioni modelli assistenziali)?

CHI ATTIVERA' I PROCESSI DI BENCH-LEARNING TRA REGIONI/ASL?

CHI SOSTERRA' LE REGIONI A MINORE CAPITALE ISTITUZIONALE?

=> SI APRE PER AIFA UN NUOVO SPAZIO DI RIFLESSIONE SUI CONFINI DELLA PROPRIA MISSIONE