

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

**Rapporto OASI 2020**

**Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale e la recente crisi sanitaria causata dall'epidemia da Covid-19 ne ha acuito rilevanza ed essenzialità. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2020:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale, con considerazioni legate anche alla crisi sanitaria da Covid-19;
- approfondisce questioni di *governance* e organizzazione dei servizi rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende. Tra queste, le possibili evoluzioni della relazione Regione-Azienda, le spinte al cambiamento nella rete ospedaliera indotte dal DM 70/2015 e il profilo dei piccoli ospedali, il contemperarsi di logiche di governo clinico e di gestione operativa nei percorsi ambulatoriali complessi, le possibili configurazioni organizzative delle unità specialistiche di patologia, le lezioni apprese dalla gestione del pronto soccorso nell'emergenza Covid-19;
- si focalizza su ruolo ed evoluzione di alcune funzioni strategiche aziendali, approfondendo le politiche di gestione del personale del SSN, le innovazioni nei sistemi di controllo aziendale, gli impatti generati dalla centralizzazione degli acquisti, l'efficacia e gli impatti organizzativi delle disposizioni anticorruzione e il ruolo delle tecnologie nell'innovare i servizi nel contesto imposto da Covid-19.

*Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.*

ISBN 978-88-238-5162-7



9 788823 851627

[www.egeaeditore.it](http://www.egeaeditore.it)

Rapporto OASI 2020

CERGAS - Bocconi



a cura di  
**CERGAS - Bocconi**

**Rapporto OASI 2020**

**Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano**



**Università Bocconi**

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

**SDA Bocconi**  
SCHOOL OF MANAGEMENT





# 1 Le fratture generate dal Covid-19: quali priorità strategiche per la sanità italiana?

di Francesco Longo e Alberto Ricci<sup>1</sup>

## 1.1 Introduzione

Il presente capitolo intende sintetizzare i principali risultati del Rapporto OASI 2020, offrendo una lettura ampia della risposta del sistema sanitario italiano alla drammatica epidemia causata dal nuovo Coronavirus (Covid-19), tuttora in corso al momento della stesura del presente capitolo (ottobre 2020). Vuole, inoltre, delineare le principali sfide che attendono la sanità italiana nei prossimi anni.

Nel dettaglio, alla luce di uno scenario ambientale profondamente e rapidamente mutato, il § 1.2 presenta le logiche di analisi del Rapporto OASI 2020. Il § 1.3 sintetizza le dinamiche che hanno caratterizzato il SSN e la sanità italiana fino a gennaio 2020, che il Rapporto ha ricostruito grazie alla disponibilità di serie storiche ormai consolidate. Il § 1.4 analizza le discontinuità o “fratture” di policy e management osservate durante la crisi pandemica, indagate soprattutto grazie ai casi studio raccolti nel volume. Il § 1.5 esplicita le priorità di intervento proposte dagli autori per canalizzare le risorse europee e le energie di regioni e aziende. Il § 1.6 analizza il tema dell’autonomia del management del SSN in relazione al ruolo della magistratura durante la crisi sanitaria. Il § 1.7 riporta, infine, il riassunto di tutti i capitoli presenti nel Rapporto, per offrire al lettore una rapida *overview* dei principali contenuti.

---

<sup>1</sup> Il capitolo è frutto dell’elaborazione congiunta dei due autori. Si ringraziano Elio Borgonovi, Mario Del Vecchio e Alessandro Furnari per i preziosi commenti e suggerimenti. Si ringrazia Clara Depalma per il contributo nella revisione del testo. Si ringraziano tutti gli autori del Rapporto OASI 2020 per la stesura degli abstract poi confluiti nel presente capitolo.

## 1.2 La rivoluzione dello scenario in sanità e i contenuti del Rapporto OASI 2020

Il contesto in cui il management si è trovato a prendere decisioni è rapidamente mutato con l'evolversi dell'epidemia durante i cicli di alta, bassa, media e poi nuovamente alta incidenza del Covid-19. Il Rapporto OASI 2020 è suddiviso logicamente in tre componenti, che lo attraversano e intrecciano continuamente.

- ▶ L'analisi delle dinamiche ormai storiche del SSN, avviate nel 2008 dopo la crisi finanziaria e progressivamente consolidatesi fino all'inizio del 2020.
- ▶ Le grandi fratture generate dall'improvvisa emergenza Covid-19 a partire dal 21/02/20, con il ricovero del "Paziente Uno" di Codogno.
- ▶ Le lezioni apprese durante la crisi e le priorità per le politiche future, pensando soprattutto alle ingenti risorse per investimenti legate ai fondi Next Generation EU.

La presente lettura trasversale del Rapporto cerca di ordinare i principali contenuti dei tre blocchi logici sopra esposti, proponendo un lavoro di sintesi e di interpretazione di cui si assumono le responsabilità gli autori, con lo spirito di collaborare al dibattito collettivo, cercando di posizionarlo maggiormente nel perimetro delle evidenze scientifiche disponibili.

A questo proposito è necessaria una premessa di metodo per conoscere le fonti delle evidenze proposte. Nell'analisi dei trend storici del SSN fino al 2018-19 disponiamo di solide ed estese serie storiche, che permettono riflessioni saldamente fondate su evidenze quantitative robuste. Questa è la base di tutte le analisi del periodo pre-Covid.

Gli accadimenti avvenuti durante l'epidemia sono stati indagati dai ricercatori del CERGAS Bocconi prevalentemente attraverso casi studio, la maggior parte dei quali sono stati svolti nelle regioni a maggior impatto del virus. Non sono infatti ancora disponibili dati amministrativi e retrospettivi relativi al 2020, che abbiano registrato le discontinuità della pandemia. Prima di avere dati di attività, di spesa, di assunzioni, di acquisto certi e confrontabili con le serie storiche passeranno ancora parecchi mesi. Gli unici dati granulari e immediatamente disponibili sono quelli relativi alla mortalità generale, che vengono proposti nel capitolo sugli esiti di sistema.

Da un punto di vista aziendale, la necessità metodologica di procedere per numerosi studi di casi, per diversi setting di indagine (pronto soccorso, servizi ambulatoriali, *breast unit*, ecc.) e per diverse funzioni (gestione del personale, acquisti, programmazione e controllo, tecnologie, ecc.) è stata in realtà una grande opportunità per indagare le trasformazioni più profonde negli assetti produttivi, organizzativi e nell'orientamento strategico di fondo. Le lezioni apprese sono, invece, frutto di una valutazione che coniuga le dinamiche e

le *baseline* storiche del SSN con gli elementi di rottura del periodo attuale, con le prospettive di riforma e innovazione che si intravedono per i prossimi cinque anni.

Per economia di pensiero e per sforzarsi di individuare i processi prioritari da cui far discendere l'agenda dei cantieri imprescindibili per il SSN, ci siamo imposti la regola di limitare il numero degli aspetti considerati rilevanti e critici: ovvero individuare per ognuno dei tre blocchi logici le (otto) principali dinamiche rilevanti per lo sviluppo e l'impatto sul SSN.

### **1.3 Le dinamiche consolidate del SSN fino a inizio 2020**

Tra la crisi finanziaria del 2008 e la pandemia del 2020, il SSN ha costruito e stratificato politiche sanitarie, finanziarie e di trasformazione degli assetti di *governance* di sistema piuttosto stabili nel tempo, configurandosi come vere e proprie dinamiche strutturali.

La prima dinamica consolidata del SSN è stata l'endemico *sotto-finanziamento*, con la lenta e progressiva erosione del tasso di copertura pubblica (scesa al 74% del totale spesa sanitaria nel 2019) e con l'aumento dell'incidenza della spesa privata (26%), in gran part out-of pocket (cfr. i capitoli 3 e 6 del Rapporto). Nel periodo 2008-2018 abbiamo osservato una lenta e leggera crescita della quota di spesa SSN mediata dal privato accreditato, assieme alla crescente rilevanza dell'acquisto di beni e servizi rispetto alla spesa per il personale nei bilanci delle aziende pubbliche. In parallelo, sono aumentati i servizi esternalizzati (lavano, pulizie, mensa, assistenza alla persona).

La seconda dinamica è stato il prevalere stabile delle *logiche di governo della spesa basate per tipologia di input*: varie tipologie di *budget constraint* su personale, beni e servizi, farmaci, *medical device*, prestazioni da privato accreditato, ecc.). I tetti per silos di spesa (cfr. cap. 3 del Rapporto) hanno favorito un progressivo processo di accentramento della funzione di indirizzo e controllo finanziario del SSN a favore del Ministero dell'Economia e delle Finanze e delle capogruppo regionali.

La terza dinamica è stato il progressivo *consolidamento dei gruppi sanitari regionali*, considerati come sistemi unitari all'interno dei quali differenziare le vocazioni e le specializzazioni delle singole aziende (ASL e aziende ospedaliere). Questi gruppi pubblici hanno centralizzato le funzioni amministrative e di supporto che possono godere di economie di scala, modificando il quadro delle relazioni e dei compiti di centro regionale e aziende. Queste ultime sono state

sempre più invitate a focalizzarsi sullo sviluppo dei modelli di servizio, degli assetti organizzativi e del governo clinico, mentre il volume e il mix dei fattori produttivi è stato sempre più governato a livello sovraordinato (cfr. cap. 8 del Rapporto).

La quarta caratteristica ha riguardato il *dilatarsi dei confini esterni* delle organizzazioni. Molte regioni si sono evolute verso una suddivisione in grandi ASL, la cui dimensione media nazionale è vicina ai 500.000 abitanti. Si tratta di realtà sempre più integrate con l'ospedale: le aziende ospedaliere sono calate nel 2020 a 42 dalle 95 del 2008, quindi dimezzate in un decennio. Ciò è stato dovuto soprattutto, ma non solo, alla riforma lombarda del 2015 (cfr. cap. 2 del Rapporto). In quasi tutte le regioni, l'unificazione istituzionale di ospedale e territorio è stata proposta come preconditione necessaria, ma non sufficiente, per organizzare processi trasversali di presa in carico della cronicità e di ottimizzazione dei processi di coordinamento tra i diversi *setting* sanitari. Da questo punto di vista, negli ultimi anni, il “pendolo della storia” del SSN si è decisamente ribaltato rispetto alla precedente ottica di specializzazione e separazione delle istituzioni sanitarie. Questa dinamica ha visto una significativa convergenza tra le regioni.

La quinta dinamica è stata la *progressiva concentrazione della casistica ospedaliera* assieme a un *lento miglioramento degli esiti* per le procedure e le specializzazioni medico-chirurgiche trattate nell'ospedale per acuti. In Italia abbiamo un numero di posti letto ospedalieri che, nel confronto internazionale, è ormai contenuto (cfr. capitolo 2 del presente Rapporto) e che difficilmente potrà essere ulteriormente ridotto. Rimane però una quota rilevante di piccoli ospedali con pronto soccorso sotto i cento posti letto. Pur senza contare i presidi in zone rurali e isolate<sup>2</sup>, si tratta di 115 strutture, diffuse equamente in tutto il Paese, spesso lontane da ogni livello minimo di casistica e di *clinical competence* (cfr. cap. 9 del Rapporto). Il processo di concentrazione dei volumi ospedalieri è stato più marcato nel nord e nel centro del Paese, dove è emersa una presenza robusta di *hub* ospedalieri, nelle diverse configurazioni istituzionali: grandi strutture delle ASL, AO, AOU e IRCCS pubblici e privati accreditati. Al contrario, buona parte del Mezzogiorno non è riuscito a superare l'eccessiva frammentazione territoriale, che ha impedito il consolidarsi di un numero sufficiente di grandi centri ospedalieri in proporzione alla popolazione residente. Questo contribuisce a spiegare il costante e lento aumento dell'incidenza dei ricoveri per mobilità dal Sud verso il Nord, anche se decresce il numero assoluto, ma meno che proporzionalmente rispetto alla riduzione assoluta delle dimissioni ospedaliere. Un altro elemento di criticità della rete ospedaliera è costituito

<sup>2</sup> Il conteggio esclude gli ospedali nelle aree a bassa densità di popolazione situati sopra i 600 metri o nelle isole minori.

dalle apparecchiature. Il loro numero è consistente, anche in rapporto agli altri grandi paesi europei (Corte dei Conti, 2019, p. 244), ma sono contraddistinte da un tasso di obsolescenza elevato (Assobiomedica - Centro Studi, 2017; cap. 13 Rapporto OASI 2019). Dunque, attrezzature mal distribuite, poco produttive e scarsamente efficaci nella risposta al bisogno.

La sesta dinamica è stata la *sostanziale convergenza finanziaria delle regioni* verso il pareggio tra spesa e finanziamento sanitario, garantendo un pressoché perfetto equilibrio di bilancio, pur in presenza di una crescita zero delle risorse, in controtendenza al resto dell'EU. All'opposto, i divari nord-sud e *urban-rural* per aspettativa di vita, aspettativa di vita in buona salute, livelli di output e outcome restano sostanziali e in alcuni casi crescono (cfr. cap. 7 del presente Rapporto e cap. 12 del Rapporto 2019). Il livello di garanzia dei LEA da parte delle regioni in piano di rientro è migliorato, ma purtroppo si è ulteriormente amplificata la distanza dalle altre regioni, in un percorso stabilmente divergente. A questo proposito è sintomatica la difficoltà di implementazione del nuovo sistema di garanzia (NSG). Tale nuova metrica di misurazione delle performance delle regioni è basata su 87 indicatori, che sintetizzano i pre-esistenti LEA, BES, PNE e indicatori di performance del DM 70/15. La sperimentazione del NSG, a causa del suo maggiore tasso di approfondimento e raffinatezza, ha mostrato in maniera evidente la costante divergenza tra regioni del nord e del sud (cfr. cap. 7 del presente Rapporto). Queste ultime risultano in molti casi collocate nei percentili dell'insufficienza, aspetto che, a regole istituzionali vigenti, re-imporrebbe il loro commissariamento e un'applicazione rigida della logica del piano di rientro, questa volta a causa di debolezze negli output e outcome sanitari e non per problemi di disequilibrio finanziario. Essendo questo scenario politicamente poco sostenibile, in un'epoca di rilancio dell'autonomia regionale e di ricerca del dialogo concertativo tra Stato e regioni, si è deciso di rimandare la messa a regime del NSG.

La settima dinamica è stata la *costante crescita dell'età media dei dipendenti del SSN*: ha più di 55 anni almeno il 50% dei medici e il 21% degli infermieri (cfr. cap. 12, Rapporto OASI 2018). Questo ha determinato elevati tassi di *burn out* e massicce richieste di permessi *ex L.104/92*, che accentuano la crescente percezione dello *shortage* dei medici e del personale in generale. A questo proposito, non si è ancora innescato un sostanziale cambiamento del modello di erogazione dei servizi che possa favorire lo *skill mix change* tra professioni sanitarie e medici, modificando la struttura dei ruoli professionali necessari. Il calcolo dei fabbisogni di personale a tutt'oggi viene prevalentemente effettuato prendendo a riferimento i modelli organizzativi del passato, che continuano a trainare la programmazione futura. Questo porta a sottovalutare il cambio epidemiologico e dei bisogni (più cronicità e meno pazienti acuti), le trasformazioni tec-

nologiche ed erogative (molti processi diagnostici e terapeutici possono essere automatizzati), la crescita delle competenze e l'*upgrading* delle professioni sanitarie, costituite in crescente percentuale da personale laureato. Risultano particolarmente marcate le riduzioni sul versante amministrativo, che essendo esclusivamente basate sugli effetti del blocco del turn over, hanno comportato l'azzeramento di personale sotto i 35 anni (cfr. cap. 14, Rapporto OASI 2018). Questo contribuisce a spiegare le difficoltà a innestare veloci e sistematici processi di digitalizzazione e modernizzazione dei modelli di servizio e di gestione.

L'ottava dinamica è stata la diffusione di *modelli regionali o aziendali per aggredire il problema emergente della cronicità*. Quest'ultimo, che necessita un netto spostamento dell'attività clinica da ricovero ad ambulatorio, impone la costruzione di logiche di gestione per processi orizzontali e favorisce l'adozione di logiche di medicina di iniziativa dopo attente analisi di stratificazione dei pazienti (*Population health management* – cfr. cap. 18, Rapporto OASI 2018). Su questo versante, non si intravede ancora una convergenza modellistica, né, purtroppo, una dinamica di accumulazione di *know how* e di sistematizzazione degli approcci a livello di SSN, capace di attivare processi diffusi di cambiamento e crescita delle competenze cliniche e gestionali. Inoltre, il processo di concentrazione delle strutture, dei professionisti e delle casistiche, sostanzialmente avviato sul versante ospedaliero, ha raggiunto una minore maturità sul versante ambulatoriale. Le motivazioni sono diverse, tra cui la fisiologica maggiore frammentarietà dei servizi territoriali; la priorità data alla rete ospedaliera, ritenuta più immediatamente impattante lo stato di salute e l'equilibrio economico-finanziario; la governance estremamente complessa, vista la presenza sul territorio di molteplici attività gestite da personale convenzionato, realtà private accreditate, oppure in collaborazione con gli enti locali. Resta il fatto che, secondo i dati dell'Annuario Statistico del SSN, nel 2017, il 48% delle strutture (pari a 3.152) erogava prestazioni riconducibili ad un massimo di 5 branche, per un volume annuo inferiore alle 12.500 prestazioni annue, cioè 34 al giorno (Ministero della Salute, 2019). Nelle ASL ci sono, a tutt'oggi, troppi ambulatori decentrati, in edifici realizzati molti decenni fa, oggetto di insufficiente manutenzione e, nelle aree decentrate, saturati pochissimo. Anche gli ambulatori dei MMG, PLS, MCA e specialisti convenzionati sono troppi, collocati in contesti poco adatti allo svolgimento di attività professionali strutturate (edifici residenziali) e poco adatti a valorizzare il lavoro dei professionisti. Del resto, a livello nazionale, prevalgono ancora modelli organizzativi ormai obsoleti basati sul lavoro prevalentemente individuale, sull'utilizzo di asset personali e sull'integrazione mono-professionale: secondo stime recenti, solo il 47% dei MMG ha aderito a una medicina di gruppo (cfr. cap. 11 Rapporto OASI 2019).

## 1.4 Le fratture di policy e nelle strategie delle aziende generate dal Covid-19

L'emergenza Covid-19 ha generato delle discontinuità radicali ("fratture") in alcune dinamiche consolidate nel SSN.

In primo luogo, per la prima volta dopo 10 anni, *il SSN ha aumentato significativamente la propria spesa corrente*: per il 2020 si stima un aumento di oltre 5 miliardi, pari al +4,7% della spesa totale (Ministero dell'Economia e della Finanze, 2020). Comprensibilmente, e improvvisamente, sono state abbandonate le politiche di *austerità*, rimettendo al centro dell'agenda politica del Paese il SSN e rendendo di dominio pubblico il suo indubbio sotto-finanziamento. Le nuove risorse non sono state ricavate ribaltando i precedenti *trade-off* di politica pubblica che avevano sfavorito il SSN rispetto ad altri interventi come riduzioni dell'imposta sulla prima casa o Quota 100; è stato semplicemente aumentato il debito pubblico. Questo, purtroppo, genera un quadro di incertezza sull'ammontare e sulla stabilità dell'aumento della spesa pubblica per il SSN di medio periodo, perché ovviamente, a regime, l'aumento di finanziamento di parte corrente non potrà essere finanziato stabilmente con un incremento del deficit statale. L'aumento della spesa è avvenuto utilizzando, disordinatamente, tre silos distinti di risorse: aumenti al fondo ordinario del SSN, finanziamenti per l'emergenza attraverso la Protezione Civile e fondi a disposizione del Commissario per l'emergenza. I diversi silos non hanno logiche e metriche di finanziamento omogenee: il FSN è allocato per quota capitaria pesata, dunque con un criterio di attribuzione *ex ante* rispetto al momento della spesa; i contributi Covid si distribuiscono con logiche di rimborso a piè di lista degli input acquisiti, rendicontati *ex post* rispetto all'esborso. Questa disomogeneità nelle metriche contabili e di riparto ha impedito in prima battuta alle regioni di avere chiarezza sulle risorse disponibili, generando differenze di comportamenti, determinate sia dalle abilità contabili, sia dal coraggio istituzionale di essere imprenditoriali rispetto a risorse il cui rimborso era stato promesso *ex post*, alla presentazione dei giustificativi di spesa. Infatti, venendo trasformati i posti letto ordinari in posti letto Covid, così come molti altri setting erogativi, risulta indistinguibile quale spesa sia da allocare al FSN ordinario e quale componente alle spese extra Covid. In questa indeterminatezza, l'imprenditorialità istituzionale presente nelle diverse regioni ha fatto la differenza rispetto alla velocità e all'entità delle logiche espansive di spesa.

La seconda frattura è strettamente legata al punto precedente. Dopo anni di costante contrazione degli organici, sono state *avviate massicce campagne di reclutamento di personale medico e delle professioni sanitarie*. Nella fisiologica instabilità dei dati dettata dal momento, il Ministero della Salute ha rendicon-

tato oltre 36.000 unità di personale sanitario assunte tra marzo e ottobre<sup>3</sup>, delle quali la metà a tempo indeterminato. In questo modo, il SSN avrebbe recuperato circa i tre quarti del personale perso dal 2009 (cfr. capitolo 2 del presente Rapporto). Le USCA (unità speciali di continuità assistenziale), che assistono a domicilio e da remoto i pazienti Covid, composte da giovani medici delle cure primarie, per la prima volta hanno visto l'utilizzo di contratti di lavoro da dipendenti nell'ambito della medicina generale, evidenziando una discontinuità significativa rispetto alle tradizionali traiettorie di sviluppo degli organici. Allo stesso modo sono stati significativi, soprattutto in alcune regioni, gli inserimenti di infermieri di comunità o dei servizi territoriali. Al netto di alcuni casi, però, questa finestra di opportunità per il recupero degli organici persi nel tempo, di fondo necessaria e probabilmente irripetibile per molto tempo, non è stata frutto di un lavoro di programmazione e di ripensamento dei ruoli professionali e dei modelli di servizio. Hanno prevalso logiche di emergenza, che fisiologicamente tendono ad essere *path dependent* rispetto a piante organiche storicamente presenti, con l'eccezione delle figure professionali strettamente collegate alla pandemia. In sintesi, al momento, il Covid-19 ha proiettato nel futuro il SSN riproponendo modelli di servizio e di suddivisione dei ruoli professionali sostanzialmente immutati, senza incorporare i mutamenti epidemiologici, tecnologici e di mix di competenze già stratificatesi e attesi per i prossimi anni.

La terza frattura riguarda la cultura di governo del SSN. Quest'ultimo è *stato governato per alcuni mesi con una cultura organizzativa mission driven*, guidata dal senso di urgenza del raggiungimento delle finalità istituzionali, per cui sono stati attivati nuovi e veloci processi decisionali con le relative procedure agili di formalizzazione. Allo stesso modo, le procedure amministrative sono state selezionate, nel ricco portafoglio del diritto amministrativo italiano, per raggiungere il più velocemente possibile l'obiettivo gestionale e non per minimizzare i rischi procedurali per i dirigenti responsabili. A questo proposito sono emerse due rilevanti caratterizzazioni.

La rapidità decisionale, e quindi l'inevitabile accentramento del processo di adozione delle scelte, non è andata a discapito della collegialità interna ed esterna, ma, al contrario, ne è stato il naturale complemento. Molte aziende pubbliche e realtà private accreditate hanno attivato dei veri e propri comitati di crisi, a cui partecipavano le diverse professionalità ritenute necessarie, da quelle epidemiologiche a quelle cliniche, dagli esperti di logistica a quelli di ICT, coinvolgendo il top management e i profili professionali più carismatici delle organizzazioni. In parallelo, ogni azienda pubblica si è costantemente e frequentemente confrontata con le altre e con i rispettivi sistemi regionali. La digitalizzazione dei processi collegiali interni ed esterni è stato un significativo acceleratore e

<sup>3</sup> Risposta della sottosegretario On. Zampa all'interpellanza dell'On. Baroni del 30/10/2020.

facilitatore della possibilità di confrontarsi ad ogni orario e in ogni momento. Il confronto collegiale interno ed esterno ha permesso al vertice strategico di decidere in modo più informato, consapevole, ma anche tempestivo, avendo già concertato con gli *stakeholder* più rilevanti i contenuti delle scelte.

Inoltre, in molti casi, la snellezza amministrativa e procedurale non è stata perseguita forzando o contravvenendo le norme amministrative, ma scegliendo quelle che garantissero l'immediato e più efficace risultato. È emerso che non sempre è necessario modificare o snellire l'impianto del diritto amministrativo, ma è prioritario diffondere una cultura più orientata alla missione, capace quindi di scegliere con decisione e convinzione la procedura amministrativa più coerente e quindi con il miglior rapporto costo-beneficio per le finalità istituzionali da perseguire. La chiave di volta culturale, da replicare anche in tempi ordinari, è la generazione di un senso di urgenza e di indifferibilità per grandi obiettivi del SSN come l'aumento dell'equità, la presa in carico dei cronici, l'incremento della *clinical competence*. Il senso di urgenza per le finalità del SSN deve rimanere la cifra della cultura organizzativa del nostro sistema, assieme alla costruzione di solide capacità programmatiche.

In quarto luogo, durante la prima ondata del Covid, nelle regioni più colpite, *la geografia dei servizi, che di norma si evolve lentamente e linearmente, è stata radicalmente trasformata nel giro di poche settimane*. A inizio aprile, in Lombardia, la regione più colpita dal virus, il 42% dei posti letto acuti era destinato ai pazienti Covid; a livello nazionale il dato era poco inferiore al 20% (cfr. cap. 4 del Rapporto). La rete è poi stata riadattata al periodo di bassa circolazione del virus nei mesi estivi e ritrasformata per prendere in carico i pazienti Covid a ottobre, con assetti più flessibili e dinamici, diversi dai precedenti. Il già citato sotto-finanziamento del SSN ha impedito di accumulare rilevante capacità produttiva di riserva. Pertanto, strutturalmente, la messa a disposizione di *setting* per i pazienti Covid è avvenuta e avviene trasformando quote di offerta esistenti, precedentemente dedicate ad altro. Con la pandemia il SSN ha imparato a trasformare un reparto da una specialità all'altra in poco tempo, a riutilizzare come terapie intensive le sale operatorie, a suddividere i percorsi dei pazienti tra sporco e pulito in poco tempo, ad attivare le ricette dematerializzate, a spostare in digitale alcune visite specialistiche. Questa capacità di riorientare i servizi in poco tempo, purtroppo vissuta in un contesto drammatico e a costo di enormi sforzi del personale del SSN, è una grande risorsa che il sistema ha mostrato di possedere. Una competenza che dovrebbe permettere, nel medio-lungo periodo, di incrementare la capacità attuativa dei riposizionamenti strategici pianificati.

In quinto luogo, nei frangenti più drammatici dell'emergenza, *molti professionisti hanno superato gli steccati disciplinari e lavorato in team multidisciplinari*.

*plinari*, in reparti e *setting* diversi da quelli abituali, dimostrando senso di servizio, flessibilità, capacità di apprendimento e di adattamento. L'aspetto più interessante è l'analisi del driver che ha garantito questa disponibilità dei professionisti. Non si è trattato di incentivi economici (che, se sono stati riconosciuti, sono arrivati ex post, senza quantificazione preventiva) o di nuove strutture organizzative, o di percorsi di crescita professionale. La leva, sia nel pubblico che nel privato accreditato, è stata quasi esclusivamente la motivazione intrinseca verso la missione aziendale. Il lavoro sulla motivazione intrinseca, sulla *public service motivation*, era uscita da troppi anni dalle coordinate culturali della gestione dei professionisti da parte del SSN, sempre più alla ricerca di strumenti estrinseci, frutto anche di una banalizzazione delle logiche aziendali. Lavorare e valorizzare la motivazione intrinseca dei professionisti è però un processo molto delicato, che richiede tempi lunghi, investimenti nel clima organizzativo, doti di leadership trasformativa e solida identità aziendale.

La sesta frattura riguarda *la narrazione collettiva e tecnica sulla sanità*. Quest'ultima, oltre ad aver guadagnato una nuova centralità nell'agenda politica, ha visto basare ogni ragionamento di programmazione sulla realtà epidemiologica (numero di contagiati attuali e prospettici) sulla quale parametrare la capacità di offerta, ad esempio tamponi, posti letto di terapia intensiva, DPI. Questo ha rotto strutturalmente una delle costanti del SSN, nel quale il dimensionamento della capacità d'offerta era basato sulle dotazioni pregresse, aggiustate in funzione della casistica minima per migliorare la *clinical competence*. L'epidemiologia del Covid ha obbligato ogni componente del SSN a ragionare invece in funzione dell'andamento dell'epidemia e dei fabbisogni non-Covid, che fossero urgenti o differibili, e dunque da recuperare non appena esaurita la durante la fase di picco. Anche in ambito ospedaliero, il SSN ha diffuso e praticato logiche di *Population health management*, che, se consolidate, potrebbero rappresentare un rilevante *asset* cognitivo ed operativo. Ciò sarà molto importante, in un contesto a risorse limitate, per definire le priorità dei target da servire e l'intensità assistenziale coerente alle risorse disponibili, in modo da evitare forme eccessive di *under* o *over treatment* per *cluster* di pazienti.

In settimo luogo, *la digitalizzazione del SSN è stata intensificata e diffusa* in molte dimensioni professionali e di servizio rilevanti per il SSN: nell'attivazione di format di medicina a distanza e di telesorveglianza da remoto; nell'informaticizzazione dei meccanismi di accesso e di refertazione per i pazienti; nell'automazione delle logiche e dei processi di presa in carico; nella valorizzazione di forme di co-production e autocura supportata da tecnologie personali; nella diffusione generalizzata di forme di telelavoro. Si tratta di esperienze vissute in modo diffuso, che hanno attivato un processo probabilmente irreversibile

di trasformazione dei servizi, anche se a oggi sono avvenute al di fuori di un quadro strategico di sviluppo, sia a livello di singole aziende, sia a livello di SSN. La digitalizzazione offre diverse opportunità. La più evidente è trasformare accesso, raccolta di informazioni e refertazioni in *platform service*, semplificando di molto sia il percorso degli utenti, sia il lavoro dei professionisti, diminuendo significativamente costi e tempi di attraversamento amministrativo. Inoltre, la digitalizzazione può sostenere l'autocura e la *compliance*, tema rilevante per i pazienti cronici che rappresentano ormai il 40 % degli italiani e che assorbono il 70% delle risorse del SSN. La digitalizzazione può offrire strumenti di supporto alle decisioni cliniche per i professionisti. Infine, può potenziare i modelli di stratificazione dei pazienti per programmare attività e target a ogni livello di governo (nazionale, regionale e locale). Si tratta quindi di sistematizzare le esperienze, di valutarne il rapporto costo-efficacia e strutturare tutte le forme più convincenti in modo permanente cambiando, di conseguenza, i correlati modelli di servizio e di lavoro professionale.

Infine, l'ottava frattura ha una forte valenza culturale. È diventato patrimonio collettivo la consapevolezza che il SSN ha bisogno di strutturare meglio i servizi di prevenzione, di tracking (quindi i big data sui cittadini sia per la programmazione, sia per la clinica) e i servizi territoriali in genere. È forse una delle prime volte nella storia del SSN in cui la collettività invoca più servizi territoriali, prima ancora che più posti letto ospedalieri.

## 1.5 Le priorità strategiche del SSN per il periodo 2021-2026. Proposte per un'agenda di intervento.

La nuova centralità di *policy* guadagnata dal SSN e le ingenti risorse europee da destinare alla sanità grazie a Next Generation EU (NGEU) impongono delle rilevanti scelte per i prossimi 5-6 anni, vale a dire l'orizzonte temporale di questi programmi di finanziamento, che sono condizionati alla presentazione di piani di riforma del settore.

Di quante risorse stiamo discutendo quando si tratta di NGEU? Secondo la Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2020 pubblicata a ottobre (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2020), il nostro Paese avrà a disposizione 25 miliardi di euro per il 2021, con la prospettiva di ricevere 205 miliardi totali entro il 2026<sup>4</sup>, di cui, però, la sanità costituirà solo una delle voci

---

<sup>4</sup> Sempre secondo la Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2020 pubblicata a ottobre (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2020), 64 miliardi (31%) saranno costituiti da sovvenzioni, mentre i restanti da prestiti. Lo stesso documento non prevede, invece, il ricorso al MES, le cui risorse sarebbero totalmente destinate alla sanità.

di spesa<sup>5</sup>. Una prima ipotesi del Ministero della Salute, elaborata a settembre 2020, prefigura 68 miliardi destinati alla sanità. Se anche solo il 10% delle risorse totali NGEU, cioè 21 miliardi, fossero destinati alla sanità, in cinque anni avremmo un finanziamento pari al 18% della spesa sanitaria corrente annuale prevista nel 2020, oppure, scegliendo come parametro la spesa in conto capitale, al 45% degli investimenti sanitari contabilizzati tra 2000 e 2017 (Viesti, 2020).

L'Italia gode quindi di una straordinaria finestra di opportunità per la trasformazione degli assetti del SSN. Di seguito si elencano le priorità strategiche che gli autori ritengono più significative, indirizzate ai *policymaker* e ai vertici strategici delle aziende del SSN. Si tratta di proposte di lavoro, necessariamente schematiche, formulate sulla base di un'importante premessa.

Le epidemie, nella storia, si sono sempre esaurite, e anche il Covid-19 nel giro di qualche mese o al massimo qualche anno lascerà il campo alle emergenze demografiche ed epidemiologiche di sempre: invecchiamento della popolazione, cronicità, disabilità, fragilità. Si tratta di tendenze che sono comprensibilmente passate in secondo piano, ma che l'epidemia ha accentuato. Nel breve, si pensi ai pazienti debilitati dal Covid. Nel medio-lungo periodo, si intensificherà l'invecchiamento della popolazione, a causa degli ulteriori cali della natalità attesi (Blangiardo, 2020) e dei flussi migratori. Queste dinamiche demografiche, nella probabile assenza di correttivi abbastanza poderosi da essere efficaci, si tradurranno in un assottigliamento della platea di contribuenti e nell'aggravarsi del disallineamento tra bisogni sanitari e risorse fiscali generate. Dunque il SSN è di fronte a una grande disponibilità di risorse e grandi opportunità, ma anche a una sfida epocale che non finirà con l'epidemia.

La prima priorità strategica è la *destinazione delle risorse europee verso gli investimenti in conto capitale*. Secondo le ultime stime disponibili, il rapporto debito/PIL italiano è previsto in crescita dal 135% del 2019 al 158% del 2020 (Osservatorio CPI, Università Cattolica, 2020). Si tratta dei livelli più alti dalla fine della prima guerra mondiale, che scoraggiano politiche di espansione della spesa corrente. Bisogna ricordare, inoltre, che solo una quota minoritaria (31%) dei fondi europei in arrivo dal 2021 sarà a fondo perduto (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2020), mentre la maggior parte delle risorse andrà restituita, pur in presenza di tassi di interesse molto contenuti. Per questo, i finanziamenti europei dovrebbero essere indirizzati esclusivamente verso investimenti in conto capitale, in modo da migliorare il rapporto costo/benefici della spesa sanitaria corrente nel medio-lungo periodo.

---

<sup>5</sup> Secondo le Linee Guida per il Piano Italiano di Ripresa e Resilienza, la salute costituisce una delle sei "missioni" a cui destinare i fondi europei assieme a (i) digitalizzazione, innovazione e competitività del sistema produttivo, (ii) rivoluzione verde, (iii) infrastrutture per la mobilità (iv) istruzione, formazione, ricerca, e cultura (v) equità sociale, di genere e territoriale.

Questo non esime però il *policymaker* da una riflessione sul livello minimo di finanziamento del SSN rispetto al PIL, da coprire con risorse nazionali, anche con interventi che dimostrino coraggio politico, a discapito di altre componenti di spesa pubblica (es. pensioni, alcuni incentivi alle imprese, ecc.). Sarebbe importante, alla luce dell'esperienza del Covid, definire un valore soglia minimo (ad es. il 7,5% del PIL) sotto il quale il finanziamento del SSN non debba mai scendere.

La seconda priorità è quella di *investire in una capacità erogativa proporzionata ai bisogni ordinari, ma dotata di elevata flessibilità*. In settimane di grande affanno dei servizi sanitari, è fisiologico che si dibatta sul potenziamento dei servizi maggiormente in grado di contrastare la pandemia. Bisogna però evitare di investire in capacità produttiva di riserva che sia utilizzabile solo per gestire ondate epidemiche straordinarie. In un paese molto indebitato, anziano e con scarsa crescita economica, il SSN non può permettersi di disperdere o immobilizzare risorse scarse. A titolo di esempio, il già citato l'Annuario statistico del SSN indica, con riferimento, allo scenario pre-crisi (2017), un tasso di occupazione delle terapie intensive pubbliche del 48%, a fronte di pneumologie già allora a piena saturazione. I nuovi investimenti dovranno orientarsi quindi verso *asset* e servizi che rispetto al passato necessitano di maggiore capacità produttiva e possano operare a pieno regime già in tempi ordinari; inoltre, devono essere caratterizzati da gradi significativi di flessibilità per gestire eventuali picchi epidemiologici di carattere straordinario. Questo richiederà un'attenta programmazione sanitaria e scelte lungimiranti sul versante infrastrutturale e tecnologico, ma anche delle competenze professionali.

La terza priorità strategica è la *diversificazione delle logiche di approvvigionamento*. La pandemia ha mostrato con maggior evidenza i punti deboli di politiche di *procurement* orientate al massimo risparmio possibile, che non consentono riserve strategiche, né di vincolare i fornitori alla gestione dei picchi di domanda, né di mettere a disposizione dei pazienti SSN le più recenti acquisizioni tecnologiche. Per ogni lotto, quando possibile, dobbiamo contrattualizzare una pluralità di fornitori, ognuno capace di garantire elementi di vantaggi competitivi: alcuni capaci di offrire standard di qualità a bassi costi, altri capaci di garantire riserve strategiche e innovazione: Soprattutto questi ultimi fornitori saranno localizzati prevalentemente in Europa o in Italia, con ricadute positive sulla filiera life science domestica, che vale il 10% dell'economia nazionale (Assolombarda, 2018). Complessivamente, il richiamo è all'introduzione di criteri di selezione più ricchi e completi rispetto al solo contenimento della spesa.

La quarta priorità strategica è il *rinnovamento infrastrutturale mirato della rete di offerta*. Il territorio ha bisogno di una quota significativa di investimenti infrastrutturali e tecnologici. In parallelo, sul versante ospedaliero, è necessario intervenire sui presidi ospedalieri per acuti dotati di PS ma caratterizzati da insufficienti dimensioni, alta frammentazione erogativa e infrastrutture obsolete. Pertanto è decisivo investire negli asset secondo tre criteri:

- ▶ evitare di ristrutturare ospedali e ambulatori obsoleti nell'attuale configurazione logistico-infrastrutturale;
- ▶ costruire nuovi punti di erogazione per MMG, per specialisti territoriali e ospedalieri, che accorpino professionisti e unità operative, creando logiche di team, se possibile multidisciplinari, accentrando la casistica, generando spazi la cui *capacity* viene saturata;
- ▶ i nuovi ambulatori e ospedali, inferiori per numero, devono disporre di infrastrutture e tecnologie più moderne, efficienti, clinicamente più efficaci e saturate molto di più.

La quinta priorità strategica è l'evoluzione delle politiche per il personale verso *logiche di maggiore valorizzazione dei contributi dei professionisti e di attenzione alla public service motivation*. Pur considerando le consistenti iniezioni di organico nei mesi della pandemia, è probabile che un leggero aumento dei dipendenti del SSN sia necessario, magari correlandolo ad una riduzione della spesa per beni e servizi. È però anche necessario interrompere la stagione della proletarizzazione dei professionisti del SSN, rilanciando stipendi, percorsi di crescita professionale e motivazione. A titolo d'esempio, se ci fossero risorse per incrementare del 10% il costo del personale del SSN, potrebbe valere la pena di impiegarne la metà per nuove assunzioni e metà per aumentare professionalità e produttività dei dipendenti attuali. La distribuzione di tali risorse, anche nel comparto, dovrà però evitare i classici criteri "a pioggia". Gli incrementi retributivi dovranno invece essere selettivi e legati alle responsabilità, alle competenze, alla quantità e alla qualità del proprio contributo professionale. Altre risorse dovranno essere indirizzate verso formazione e programmi di sostegno alla crescita professionale individuale e dei team di lavoro. La produttività può essere aumentata con le stesse persone già in servizio, in un contesto organizzativo, salariale e di percorsi di carriera motivante, che tra le altre leve preveda un ragionevole grado di sgranamento stipendiale. Il tema della motivazione può essere ulteriormente rafforzato se messo in sinergia con gli investimenti in infrastrutture e tecnologie del punto precedente, che rafforzerebbero il senso di gratificazione lavorativa, le opportunità di crescita professionale, l'identificazione nella propria organizzazione.

La sesta priorità è il *ribilanciamento dello skill mix*. L'aumento dei dipendenti del SSN può essere l'occasione per iniziare a modificare il mix medici/professioni sanitarie (il rapporto di costo è di 1 a 2,5-3), trasferendo alcuni compiti e funzioni di carattere gestionale, amministrativo e di *case management* a personale non medico, generando un percorso di *upgrading* dei ruoli di tutti. È una grande occasione di trasformazione dei modelli organizzativi e dei format di servizio, che potrebbe ridare orgoglio professionale alle professioni intellettuali sanitarie, ognuna chiamata ad esercitare un ruolo più sfidante e più gratificante. Questo risulterebbe coerente con il punto precedente: non solo nuove as-

sunzioni, ma anche formazione, possibilità di percorsi di crescita professionale orizzontali e verticali, tecnologie più moderne e produttive e aumento selettivo delle retribuzioni.

La settima priorità è *l'investimento in digital health*. Il 30% delle risorse per investimenti dovrebbero essere destinate alla digitalizzazione, adeguatamente distribuite tra le varie direttrici possibili: informatizzazione di accessi e attività amministrative; tele-monitoraggio; digitalizzazione di alcune attività di diagnosi e cura; supporto all'autocura; *clinical decision support systems*; big data per la stratificazione dei pazienti; telelavoro per il personale. Il punto critico è quante di queste devono essere iniziative nazionali, regionali o locali. A giudizio di chi scrive, occorre favorire una stagione diffusa di imprenditorialità digitale locale, con cui sperimentare, diffondere cultura e apprendere. Successivamente, si possono cercare logiche di convergenza verso le *good practice* emergenti

L'ottava priorità è *la conservazione e l'ulteriore sviluppo della cultura mission driven* emersa in maniera evidente durante la pandemia. L'analisi della normativa e della prassi anti-corruzione (cfr. cap. 15 del presente Rapporto) ha semplificato come le organizzazioni invocano sistemi di controllo sostanziali, basati sulla verifica del raggiungimento della missione con rapporti costi/benefici ragionevoli. Il Covid-19 ha dimostrato che ciò è possibile. L'emergenza ha anche fornito una straordinaria prova di come il sistema possa superare i suoi molteplici steccati: tra vertice aziendale e professionisti, tra clinici e professioni sanitarie, tra discipline, tra *setting* di servizio. Il salto culturale da proporre è l'esplicitazione della missione a cui le organizzazioni del SSN aspirano, e con essa, il chiarimento degli obiettivi urgenti che devono essere perseguiti da management e professionisti. È opportuno ribadire ancora una volta che la *mission* del SSN è rispondere nella maniera più efficace ai bisogni di salute, nell'ambito di risorse necessariamente finite. Le inerzie, il parziale o ritardato raggiungimento degli obiettivi urgenti della comunità, la mancata implementazione dei modelli organizzativi più adeguati devono essere riscoperti come i veri pericoli da evitare. L'obiettivo urgente è la ristrutturazione del SSN in 5 anni, riorientandolo alla cronicità: si tratta di una meta nitida e rilevante, ed è una grande occasione per accentuare la trasformazione *mission driven* delle aziende sanitarie e dei SSR.

Mai nella sua storia il SSN ha subito uno shock rilevante come il Covid-19, mai ha registrato delle svolte decisionali ed operative così rapide e profonde, mai si è trovato a dover investire così tante risorse per il ripensamento strutturale delle proprie logiche di offerta. Le questioni più strettamente legate all'emergenza, o all'opposto, l'allocazione storica, potrebbero influenzare oltre misura la definizione delle priorità di spesa ed investimento, disallineando bisogni e risorse. Allo stesso modo occorre evitare di essere enciclopedici e di distribuire a pioggia le risorse. Le priorità strategiche delineate in questa sede vorrebbero fornire un contributo alla riflessione di policy e al concreto operare di regolatori, manager e professionisti della sanità.

## 1.6 L'altalena tra autonomia manageriale e controllo ex post della magistratura

Oltre alle priorità strategiche fin qui discusse, appare urgente riflettere sulle criticità che durante la crisi hanno riguardato la *governance* del sistema: la scarsa nitidezza delle responsabilità, dei meccanismi decisionali e degli strumenti di coordinamento tra le istituzioni. Possiamo citare, per esempio, l'incerto confine verticale tra competenze centrali e regionali; la frammentazione orizzontale, a livello nazionale, tra Ministero della Salute, Protezione Civile e Commissario straordinario per l'emergenza; la polifonia di voci e suggestioni di *policy* espresse da una moltitudine di clinici ed esperti di politiche sanitarie, una dissonanza che ha alimentato confusione e incertezza nell'opinione pubblica. Le moltissime misure possibili di sanità pubblica non sono però il nostro oggetto di attenzione. In questa sede interessa soprattutto discutere la *governance* delle aziende del SSN, vale a dire, la delimitazione delle autonomie, dei poteri e delle responsabilità del management delle istituzioni sanitarie locali. Benché spesso ignorata dai *media*, l'azione attuativa delle aziende pubbliche è infatti cruciale per l'efficacia di qualsiasi decisione di politica sanitaria, sia in tempi di emergenze, sia in tempi ordinari, in cui è possibile programmare più agevolmente l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi.

I mesi della pandemia, soprattutto nelle fasi acute di aumento dei contagi e dei ricoveri, sono stati e sono tuttora periodi di intensa e assoluta responsabilizzazione del management. Improvvisamente, gli assetti istituzionali tradizionali, con i loro meccanismi più o meno dilatati e partecipati, non sono più stati lo scenario in cui prendere le decisioni: l'urgenza impone scelte rapide e autonome da parte dell'organo monocratico (direzione generale, direzione strategica). Allo stesso modo, non sono le procedure amministrative standard a guidare i processi (acquisti, contratti per il personale), ma la missione di curare i pazienti Covid. Infine, non sono i vincoli di budget a perimetrare l'accesso alle risorse, ma l'indisponibilità delle stesse. Soprattutto nella prima fase, le difficoltà nel reperire DPI, ventilatori, test diagnostici e personale adeguatamente formato hanno rappresentato l'unico vincolo all'acquisizione, prescindendo sostanzialmente dalla programmazione economico-finanziaria, in precedenza molto stringente. Il tutto è plasticamente rappresentato dalle logiche economico-finanziarie dei silos istituzionali centrali incaricati di gestire l'emergenza, Protezione Civile e Commissario: entrambe hanno da subito impostato la rendicontazione delle spese effettuate su logiche di rimborso ex post, a piè di lista, in base alla certificazione dei fattori produttivi acquisiti.

Pertanto la modifica della *governance* delle aziende del SSN è stata ed è a 180°. Durante le fasi acute della pandemia, il management deve spesso decidere molto rapidamente e da solo, in condizione di oggettivo stress e sovraccarico operativo. Le procedure amministrative diventano flessibili; rimangono basate

sul rispetto dei principi pubblici di fondo, ma i processi formali si modificano. I limiti all'accesso alle risorse sono dettati dall'indisponibilità dei fattori produttivi e non più dai vincoli finanziari.

In questo scenario di emergenza il management del SSN, sia pubblico, sia privato, ha dato grande prova di dedizione alla causa: molti hanno lavorato incessantemente 7 giorni su 7, per tutte le ore del giorno che le forze umane permettono, spesso allontanando le famiglie per minimizzare il rischio contagio dei congiunti. Il management, nella maggior parte dei casi, ha dato prova di coraggio, forza decisionale e sostanziale lungimiranza nelle scelte, pur a fronte di quadri informativi incerti in perenne mutazione. Sulla base delle molte occasioni di confronto offerte dai casi studio di OASI, il ruolo specifico del top management durante la pandemia può essere inquadrato in tre funzioni principali: la funzione di filtro rispetto alla confusione mediatica e agli input di *policy*, e di garante dell'ufficialità delle comunicazioni interne; la funzione di regista del riorientamento produttivo, dalla presa in carico degli aspetti tecnico-logistici alla gestione delle risorse umane; la funzione di supervisore dei processi di approvvigionamento (DPI, respiratori, ossigeno).

Se l'eccezionale contributo offerto ha sicuramente alimentato un senso di orgoglio personale e di categoria, giustificato dai buoni risultati globali raggiunti rispetto a una crisi epidemiologica senza precedenti, il riconoscimento sociale è stato parziale, avendo la comunità notato e valorizzato maggiormente l'impegno dei professionisti sanitari.

All'abbassamento della pressione sui sistemi sanitari sperimentata tra maggio e settembre, la magistratura ha iniziato a indagare su ciò che era avvenuto nelle aziende sanitarie pubbliche. Talvolta l'azione della magistratura si è orientata a indagare scelte di razionamento delle risorse o decisioni organizzative compiute in contesti emergenziali, che avrebbero avuto ricadute gravi, più o meno dirette, sulla salute o addirittura sulla vita dei cittadini. Poiché il tema è riconducibile alla lesione del principio di accesso universalistico alle cure, va ricordato che già prima della pandemia solo il 74% della spesa sanitaria era coperta da fonti pubbliche (cfr. cap. 3 del presente Rapporto) e che, quindi tale principio non era del tutto rispettato. Tuttavia, è altrettanto vero che in alcuni periodi e contesti geografici l'ondata epidemica ha drasticamente abbassato la capacità del SSN di rispondere a bisogni di salute gravi e urgenti, di norma coperti in maniera efficace. Questo ha provocato il comprensibile shock delle persone direttamente interessate e, in generale, di una società che tende a considerare il diritto alla salute come conquista assodata del nostro sistema di Welfare, la cui tutela, almeno nei suoi aspetti fondamentali, è esigibile davanti a un giudice.

In altri casi, l'azione della magistratura si è concentrata sulla verifica formale delle procedure amministrative di selezione e contrattualizzazione dei con-

traenti privati. Procedure sicuramente esposte ai fenomeni corruttivi, ma che in tempi ordinari richiedono in media quasi 10 mesi per aggiudicare un contratto, senza contare eventuali ricorsi che in media raddoppiano i tempi (cfr. cap. 14 del presente Rapporto). Un ambito, dunque, già prima della crisi a rischio di inversione tra i mezzi (il rispetto delle norme) e i fini (che dovrebbero essere l'erogazione di servizi e la generazione di salute).

Nel complesso, l'azione della magistratura ha in molte occasioni avuto la tendenza a valutare il periodo emergenziale con le lenti ordinarie, con poca inclinazione o possibilità di comprendere il contesto, i vincoli, l'orientamento alla missione e il sostanziale equilibrio costo-beneficio dell'azione manageriale in epoche di incertezza ed emergenza. Talvolta non sono stati considerati i vincoli dovuti a oggettive carenze di personale e di capacità produttiva installata, aspetti scarsamente modificabili nel breve periodo e spesso non dipendenti dalle scelte del vertice aziendale: quest'ultimo è stato chiamato a rispondere su scelte compiute con margini di manovra molto ristretti, o su decisioni di fatto prese da altri.

Valutare con lenti ordinarie la gestione "eroica" del periodo emergenziale ha fatto emergere uno scontro apparentemente insanabile tra quadri cognitivi profondamente diversi, che guardano agli stessi accadimenti con lenti contrapposte. Da una parte il management ritiene di aver interpretato con coraggio il proprio ruolo, con evidente spirito di servizio pubblico e buoni risultati sostanziali in relazione al contesto drammatico. Dall'altra, la magistratura si sente, con altrettante ragioni, in dovere di indagare tutte le mancanze procedurali, perché potrebbero nascondere *malpractice* e corruzione, a spese di pazienti e collettività. In questo senso, magistratura e management del SSN sono entrambi legittimamente convinti, all'interno del proprio ruolo istituzionale e dei propri quadri cognitivi e culturali, di percorrere le strade coerenti con la propria missione.

Un tentativo nazionale di colmare il gap tra i due punti di vista, con una sanatoria amministrativa e una manleva delle responsabilità penali, è scemato in un clima di populismo, quando la stampa, esaurita la cronaca dell'emergenza, ha alimentato la propria agenda cercando veri o presunti scandali amministrativi. La situazione ha alimentato incertezze e conflitti, che rallentano e inficiano l'azione delle istituzioni sanitarie. Al proposito, si pensi alla quantità di tempo che il management aziendale impiega per difendersi da indagini penali, civili e amministrative, sperimentando in ogni caso danni all'immagine personale e delle istituzioni che guidano. La reazione più comprensibile è quella di ritirarsi, non appena possibile, in una sorta di "management difensivo", che in realtà non ha nulla di manageriale, non contempla visione, capacità decisionale o *leadership* organizzativa, perché si allinea alle procedure in maniera quanto più prudente possibile, rientrando a pieno titolo in una logica burocratica.

Il rischio che prevalga un management difensivo appare oggi ancora più paradossale, durante una crisi in cui il management ha messo in luce la propria indispensabilità e potenzialità positiva rispetto ai risultati. Oltre al valore dei professionisti sanitari, anche attitudini tipicamente manageriali e legate all'aziendalizzazione hanno giocato un ruolo nel gestire l'emergenza in maniera efficace. La chiara linea di responsabilità aziendale, con al vertice la direzione strategica e il DG, ha permesso di prendere molte decisioni in tempi brevi senza aspettare direttive politiche o tecniche dai livelli istituzionali sovraordinati. L'attitudine a ragionare sull'allocazione di risorse scarse per rispondere al bisogno del cittadino/utente è stata preziosa nella fase implementativa delle decisioni e ha potuto contare su una digitalizzazione mediamente discreta, anch'esse figlia indiretta dell'aziendalizzazione. Infine, il legame politico-sociale con le realtà locali ha facilitato la mobilitazione di tutte le risorse presenti nei territori. Altri comparti del mondo pubblico, più deboli su molti di questi aspetti, hanno evidentemente mostrato capacità di reazione e riorganizzazione molto minori. Se, però, azioni giudiziarie ex post riporteranno anche la *governance* delle aziende del SSN e il ruolo dei DG nello steccato del modello burocratico, una parte del capitale istituzionale del Servizio sanitario andrà perso.

Svolgendo questi ragionamenti non si vogliono suggerire soluzioni semplicistiche o manichee. È impossibile e inutile discutere astrattamente se “abbia ragione la magistratura o il management del SSN”. Entrambi i quadri cognitivi e gli approcci alla crisi presentati sono comprensibili e per certi versi necessari.

La via da percorrere pragmaticamente, invece, può essere quella di definire con maggiore chiarezza e ragionevolezza i poteri, le responsabilità e le tutele dei manager del SSN, sulla scorta di opportune modifiche legislative. All'interno di questa cornice, e in un quadro culturale e mediatico meno propenso alla colpevolizzazione del management, potranno essere il SSN e le regioni a determinare i margini di autonomia effettivi dei vertici aziendali, distinguendo tra i periodi ordinari, di sviluppo e di crisi o emergenza.

In alternativa, possiamo prendere atto che gli ambiti di autonomia e discrezionalità rimarranno sempre comunque incerti, facendo sorgere un rischio elevato per i vertici aziendali, per certi versi assimilabile a quello dei medici più esposti al rischio professionale. Tale rischio andrebbe quindi compensato con retribuzioni più elevate, con la formazione di staff legali in grado di prevenire e gestire i procedimenti giudiziari e/o con forme di assicurazione professionale.

Bisogna in ogni caso affrontare la difficoltà del SSN a valorizzare e proteggere il ruolo del proprio management, che ha una storia complessivamente di successo durante i 30 anni in cui è stato via via generato e selezionato. È davvero giunto il momento di trovare allineamenti più equilibrati e stabili.

## **1.7 La struttura e i principali contenuti del Rapporto OASI 2020**

### **1.7.1 Il quadro di riferimento: il sistema sanitario e socio-sanitario**

La prima parte del Rapporto mira a offrire un quadro di riferimento sul sistema sanitario e sociosanitario italiano.

Il capitolo 2 descrive il SSN italiano focalizzandosi sui profili istituzionali, sulla dotazione strutturale, sulle attività e sul livello di risposta alla domanda di salute, e ne illustra il posizionamento nel panorama internazionale. Con riferimento agli assetti istituzionali, dopo i grandi processi di riordino occorsi tra 2015 e 2017 ed un biennio 2018/2019 piuttosto stabile, nel 2020 si riduce il numero di aziende territoriali (ASL + ASST) di 2 unità (118) a seguito della costituzione in Friuli-Venezia Giulia di tre Aziende di area vasta; al contrario, il numero di AO rimane pari a 43, in linea con l'anno precedente. In termini strutturali, la contrazione del numero di posti letto (PL) iniziata già negli anni Novanta ha portato nel 2018 a una dotazione media di 2,9 PL per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 PL per i non acuti, sostanzialmente in linea con la dotazione-obiettivo definita dal DL 95/2012. Negli ultimi anni, tale contrazione è stata conseguita sia tramite la soppressione di reparti ospedalieri (-812 tra 2012 e 2018, -5,7%) sia tramite la riduzione di PL dei reparti rimasti attivi (da 16,2 a 15,7 PL). Anche a livello internazionale si rileva dal 2005 una diminuzione della dotazione di PL nei Paesi analizzati e una forte disomogeneità in termini di ripartizione tra acuzie e post-acuzie. Per quanto riguarda il personale dipendente del SSN, nel 2018 si registra per la prima volta dal 2009 un incremento complessivo, trainato dagli aumenti nel numero dei medici (+769 unità) e del personale di ruolo sanitario (+2.990 unità). Anche le attività di ricovero (dimissioni) risultano in significativo calo tra 2001 e 2018 (-32,9%), in coerenza con il trend strutturale. L'Italia ha inoltre un tasso di dimissione ospedaliera inferiore alla media dei Paesi OECD e una degenza media allineata a quella dei principali Paesi europei. Per quanto riguarda le giornate di ricovero, il trend si conferma calante (-0,7% tra 2017 e 2018) e contestualmente, si registra il dato di incidenza degli accessi in day hospital più modesto dal 2001 (10,5%), a conferma della continua trasformazione in prestazioni ambulatoriali di alcuni ricoveri precedentemente erogati in regime DH. Il capitolo analizza infine la soddisfazione del bisogno sanitario, elemento difficilmente apprezzabile se non attraverso misure indirette: la mobilità sanitaria risulta sostanzialmente stabile, mentre i tempi di attesa, che fisiologicamente registrano valori più elevati per gli interventi che non hanno un impatto diretto sulla sopravvivenza del paziente, nel 2018 sono cresciuti rispetto all'anno precedente praticamente per tutte le procedure mappate, talvolta anche in modo sensibile.

Il capitolo 3 illustra i dati relativi al finanziamento, alla spesa sanitaria e ai risultati d'esercizio del SSN italiano, integrandoli con un confronto internazionale e con approfondimenti regionali.

Le evidenze mostrano che, nel panorama internazionale, l'Italia registra una spesa sanitaria contenuta e con una copertura pubblica del 73,9%, nella media dei Paesi europei, ma in lieve aumento. A differenza di quanto avviene nella maggior parte di tali Paesi, però, la componente privata è prevalentemente out-of-pocket (circa il 24% della spesa totale), mentre è ancora marginale il ricorso a forme assicurative complementari.

A livello nazionale, nel 2019 la spesa sanitaria corrente a carico del SSN è aumentata dell'1% rispetto al 2018, attestandosi su un valore di circa 120,3 miliardi di euro. Concause dell'aumento della spesa rispetto all'anno precedente sono la crescita delle voci relative all'ospedaliera accreditata (+3,4%), alla specialistica convenzionata (+2%) e ad altra assistenza convenzionata (+2,5%). Nel 2019, come per i precedenti 4 anni, si registra un tendenziale orientamento al pareggio, con disavanzi modesti (69 milioni). Tale evidenza, apparente sintomo di un sistema economicamente sano, assume connotati più critici se inquadrata in relazione all'economia nel suo complesso oppure se declinata a livello regionale e aziendale.

Questo segnale testimonia la capacità del nostro SSN di non sfiorare in modo consistente la disponibilità di risorse complessive, ma è anche un segnale dissonante rispetto alle aspettative che si avrebbero guardando l'andamento delle determinanti del fabbisogno sanitario o l'attuale emergenza sanitaria in corso.

Sebbene i dati di spesa a consuntivo relativi all'esercizio corrente non siano ancora disponibili, è importante sottolineare come ci si aspetta un incremento significativo della spesa sanitaria per l'anno 2020 in seguito alle misure messe in atto per fronteggiare l'emergenza Covid-19. Questa fase ha messo ulteriormente in luce l'importanza di alcune riflessioni strutturali e la necessità di affrontare un *trade-off* nella scelta della gestione straordinaria tra accantonare nel sistema salute o al di fuori di esso la capacità di risposta a fenomeni come una pandemia.

Il capitolo 4 analizza il settore degli erogatori privati accreditati. Nel 2018 la spesa SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è stata pari a 405 euro procapite, il 21,0% del totale della spesa sanitaria pubblica, in lieve crescita rispetto all'anno precedente (392 euro, 20,3% della spesa). Il dato nazionale, tuttavia, cela marcate differenze interregionali. Gli erogatori privati accreditati detengono complessivamente il 30,5% dei posti letto ospedalieri, prevalentemente concentrati presso le case di cura accreditate (67,6% dei PL accreditati). In termini percentuali, l'incidenza degli erogatori privati accreditati risulta minore nel segmento degli acuti (23,1% dei PL totali), rispetto a quello della lungodegenza (53,0%) e della riabilitazione (74,0%). Nel 2018, i ricoveri erogati da privati accreditati sono stati pari al 25,8% del totale SSN, con il massimo in

Lazio (51,8%). Sul versante territoriale, il privato accreditato gestisce il 60,4% degli ambulatori, l'82,3% delle strutture residenziali socio-sanitarie e il 68,6% di quelle semiresidenziali, con la consueta e rilevante variabilità interregionale.

Nelle quattro regioni più colpite dall'epidemia (Lombardia, Piemonte, Emilia e Veneto), il numero di terapie intensive attivate e di posti letto dedicati a pazienti Covid è stato proporzionale o superiore al ruolo svolto dal privato accreditato nei singoli SSR. Il sistema privato accreditato si è dimostrato parte integrante fondamentale del SSN, con una velocità di ri-orientamento erogativo che ha evidenziato un sua cultura di servizio pubblico. Tale riorientamento è avvenuto in un quadro di sostanziale incertezza finanziaria, attenuata solo a maggio dal DL Rilancio. Nonostante ciò, consistenti danni economici potrebbero essere registrati, e a livello di settore è possibile un'accelerazione nelle dinamiche di concentrazione. L'analisi di sei casi studio, inoltre, ha fatto emergere i contributi specifici del privato in tempo di crisi, legati alla loro focalizzazione produttiva nell'ambito chirurgico, alla presenza di competenze specialistiche, alle modalità proprie del privato di gestire il *procurement*, le relazioni esterne e gli investimenti. È poi emersa chiaramente la necessità di creare, per l'SSN, e di rafforzare, per il privato accreditato, risposte innovative ed efficaci sul territorio, e in particolare su screening, trattamenti domiciliari e telemedicina.

Il capitolo 5 descrive come la gestione dell'emergenza Coronavirus abbia portato in superficie criticità che caratterizzano da anni il settore sociosanitario italiano. Il capitolo ne discute alcune tra quelle emerse con più forza in questo periodo di crisi e che aiutano a chiarire la diagnosi del malessere che il settore vive da molti anni: (i) la frammentazione tra i nodi della rete del sociosanitario; (ii) la maggiore attenzione sulla rete sanitaria da parte dei *policy maker* rispetto a quella sociosanitaria, (iii) la gestione dei fattori produttivi (in primis il personale assistenziale); (iv) l'incertezza del ruolo che il settore sociosanitario riveste all'interno del sistema e vocazione dei servizi. A partire da questa premessa, il capitolo approfondisce le criticità sopra proposte e arriva ad elencare le principali questioni aperte che operatori e *policy maker* dovranno affrontare nel prossimo futuro.

L'analisi è stata condotta su tre livelli: fotografando il profilo del settore nel periodo di normalità, per mettere a fuoco le sue peculiarità e l'origine degli elementi di criticità; ricostruendo quanto accaduto nel comparto RSA nel periodo di emergenza Covid-19 per valutare che ruolo abbiano giocato queste criticità preesistenti e come si siano acuite o evolute; analizzando le politiche regionali attivate in periodo di emergenza per comprendere la postura istituzionale dei principali enti preposti al settore sociosanitario, appunto le Regioni. Coerentemente con questa impostazione, vengono presentati dati su estensione e caratteristiche dei servizi a livello nazionale, dati su andamento dell'epidemia Covid-19 nella popolazione anziana italiana e nelle RSA, una mappatura

riferita a nove Regioni di quanto promosso per il settore nella Fase 1 e Fase 2 dell'emergenza. Il capitolo si chiude illustrando i temi su cui stakeholder e *policy maker* dovrebbero riflettere per risolvere queste criticità e non perpetuarle toccando anche alcuni aspetti di funzionamento aziendale, ovvero: il tema della sostenibilità economica delle aziende e delle strutture, anche considerando il modello di finanziamento della rete accreditata; il tema della gestione del personale, rispetto al quale emergono gli aspetti dell'aggiornamento delle competenze, delle modalità di gestione del comparto e del livello salariale garantito; il tema del raccordo tra servizi sociosanitari, tra rete sociosanitaria e sanitaria e tra mondo pubblico e mondo privato; il tema della mission della rete sociosanitaria e dei singoli servizi.

Il capitolo 6 fornisce come di consueto una panoramica aggiornata dei trend e delle determinanti dei consumi sanitari privati in Italia. I consumi privati confermano un ruolo che non può essere considerato marginale, sia per l'entità delle risorse coinvolte sia per quello che essi rappresentano nei complessi processi di consumo dei cittadini-utenti, in un contesto in cui consumi e sistemi diventano sempre più ibridi e gli schemi che hanno fin qui guidato la distinzione tra pubblico e privato perdono sempre più di significato.

La spesa sanitaria privata si attesta a circa il 26% della spesa totale, principalmente nella forma di spesa *out of pocket* (23%). Tale proporzione risulta lievemente maggiore rispetto ai principali paesi a vocazione universalistica, mentre la spesa *out of pocket* pro capite in euro correnti risulta in linea, se non addirittura inferiore, agli altri paesi europei. Nel confronto in termini di spesa pubblica pro capite e di spesa intermediata pro capite, il nostro paese mostra valori significativamente inferiori rispetto agli altri paesi europei.

La stima ufficiale della spesa sanitaria private ammonta in Italia a 40 miliardi di euro, tra beni (35%) e servizi (65%). La prima componente è in larga parte legata all'acquisto di farmaci (8,8 miliardi di euro), mentre la seconda include un ampio paniere di servizi, tra cui i ricoveri ospedalieri (2,1 miliardi), le cure dentarie (8,5 miliardi) e servizi ambulatoriali di vario tipo, dai servizi medici specialistici (5,3 miliardi) a quelli diagnostici (3,4 miliardi) agli altri servizi paramedici (3,1 miliardi). A livello regionale la spesa sanitaria delle famiglie mostra variazioni significative: la spesa media pro capite passa dai circa 423 euro delle Campania ai circa 750 euro in Lombardia e 900 euro in Valle d'Aosta.

Nonostante si tenga in parte conto del potenziale impatto e delle conseguenze dell'epidemia di Covid-19 su spesa e consumi privati, i dati ad oggi disponibili non consentono di trarre conclusioni certe su come il settore abbia affrontato l'anno che si appresta a concludersi. Vengono però forniti alcuni spunti sulle variabili correlate alla pandemia che avranno potenzialmente impatto sul futuro dei consumi sanitari privati nel nostro paese: le dinamiche del reddito e dell'occupazione, le limitazioni della capacità produttiva e le politiche di *pri-*

*cing* degli erogatori, la rinnovata centralità della tutela della salute nel dibattito e nell'opinione pubblica e, infine, le scelte del sistema pubblico che avranno, di riflesso, conseguenze anche su dinamiche di spesa e consumi privati.

Il capitolo 7 si propone di fornire un quadro dei principali indicatori di salute e di alcune dimensioni di performance con riferimento al contesto internazionale, prima, e nazionale, poi. Migliorare il livello di salute della popolazione è, infatti, l'obiettivo principale dei sistemi sanitari nazionali. In aggiunta, il contributo propone (i) una riflessione sul Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e (ii) un approfondimento sulla mortalità in eccesso per area geografica determinata dall'emergenza Covid-19.

A livello internazionale, l'aspettativa di vita italiana, pari a 83,4 anni, risulta la quarta più alta al mondo, in crescita progressiva dal 2000, e la percentuale di morti premature per malattie non trasmissibili è più contenuta in Italia se confrontata con quella di Regno Unito, Spagna, USA, Germania e Francia. Spostando la lente all'interno dei confini nazionali, permangono importanti divari interregionali: ad esempio, se si guarda all'aspettativa di vita in buona salute alla nascita, si passa dai 70,0 anni nella PA di Bolzano ai 52,9 anni in Calabria. In generale, poi, il differenziale tra speranza di vita e speranza di vita in buona salute alla nascita è pari a 24,7 anni, in aumento rispetto alla precedente rilevazione.

Mediamente si denota un buon livello di aderenza agli standard fissati dal DM 70/2015 e un costante miglioramento complessivo dal 2010. La situazione rimane critica per quanto concerne il tasso di tagli cesarei primari, tradizionalmente un punto debole del nostro SSN, dove l'aderenza varia tra il 34% e il 65%, rispettivamente con riferimento ai punti nascita con meno di 500 parti l'anno e quelli oltre i 1.000. Non a caso resta un indicatore presidiato anche dal NSG, il quale modifica il meccanismo di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria delle regioni prevedendo di assegnare ai livelli di prevenzione, assistenza ospedaliera e territoriale punteggi su scala normalizzata 0-100 con una soglia minima per l'adempimento pari al 60% e simultaneamente verificata su ciascuno dei tre livelli.

Infine, il contributo esplora la mortalità in eccesso dovuta al Covid-19. Si è stimato un eccesso di mortalità rispetto agli anni precedenti tra marzo e aprile 2020 superiore al 300% in alcune province lombarde, mentre aree del Paese meno colpite hanno registrato una riduzione nella mortalità, probabilmente imputabile a una riduzione di incidenti. Se a livello nazionale è mancato l'adeguato funzionamento del "Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale", a livello regionale si è assistito a una differenziazione delle modalità di risposta che potrebbe in parte contribuire a spiegare le cause che hanno determinato le differenze di eccesso di mortalità osservate anche tra comuni limitrofi ma appartenenti a regioni diverse.

## 1.7.2 Governance e organizzazione dei servizi

Il capitolo 8 si focalizza sulla governance dei sistemi regionali e, in particolare, sulle relazioni che legano le aziende sanitarie al livello sovraordinato delle capogruppo regionali, utilizzando come chiave interpretativa la classica distinzione delle forme che può assumere il tema del coordinamento, applicato a contesti diversi dalla organizzazione aziendale (Mintzberg, 1996) alla governance dei sistemi (Rhodes, 1997). Il capitolo analizza i sistemi di governance di Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, ponendo, quindi, enfasi su due elementi distinti: i) le strutture dei sistemi sanitari, del livello regionale e delle aziende sanitarie pubbliche e private; ii) le modalità di coordinamento prevalenti e degli strumenti impiegati per regolare le interazioni fra il centro e la periferia dei sistemi.

Le analisi individuano tre archetipi fondamentali di coordinamento nei diversi casi studio: il Veneto viene identificato come un sistema gerarchico, la Lombardia come un sistema di mercato e l'Emilia-Romagna come un network. I sistemi sono fortemente coerenti al loro interno. Tuttavia, nei tre SSR, come in ogni sistema di governance, coesistono elementi dei tre diversi archetipi. L'analisi mira a illustrare le modalità prevalenti di distribuzione delle responsabilità e interazione fra regione e aziende, nella consapevolezza che i diversi approcci non sono mutualmente esclusivi.

Il Capitolo non ravvisa nessuna superiorità teorica o pratica di uno dei modelli citati rispetto agli altri, ma che tutti possono essere strutturati e impiegati efficacemente per il loro scopo. Tuttavia, l'analisi evidenzia le coerenze interne degli archetipi identificati, sia riguardo alle strutture che agli strumenti di indirizzo e alle persone, necessarie per poter raggiungere il loro massimo potenziale di coordinamento.

Il capitolo 9 offre un'analisi sulla configurazione complessiva della rete ospedaliera italiana per acuti inserita nella rete di emergenza-urgenza, avendo come riferimento i parametri posti dal DM 70/2015 e la sua evoluzione nell'ultimo triennio disponibile. Si osserva una configurazione della rete eterogenea nelle diverse regioni con una concentrazione degli ospedali di secondo livello ("Hub") nelle regioni settentrionali (22, 51%; regioni meridionali: 12, 28%) similmente a quanto accade per gli ospedali di primo livello. Inoltre, oltre un quarto della rete (170; 27%) è composto da quelli che sono definibili "piccoli ospedali", ovvero stabilimenti al di sotto dei 200 posti letto e con meno di 50 accessi giornalieri appropriati al PS. Da tale conteggio sono stati scorporati i 40 ospedali situati in area rurale e remota perché situati in zone montane o nelle isole minori.

Nonostante un timido e graduale fenomeno di concentrazione della rete ospedaliera per acuti con PS (-2% del totale degli stabilimenti nel 14-17), l'analisi conferma dunque la scarsa dimensione media degli stabilimenti per acuti con

servizi di emergenza urgenza e propone un identikit di questi piccoli presidi. In particolare, si rilevano 115 ospedali con una dimensione strutturale al di sotto dei 96 PL, che sono caratterizzati da un'elevata frammentazione delle linee produttive: il 42,8% ne annoverano tra 6 e 9; infine il 14,5% ne contano più di 10. Questi ospedali mostrano una ridotta capacità di allineamento agli standard sia di casistica che di esito (ove monitorati) con riferimento alle prestazioni identificate dal DM 70/15. Ad esempio, nell'ambito dei parti, il 50% degli stabilimenti è inadeguato su entrambi i fronti, ma appaiono particolarmente critiche anche le casistiche relative alla cardiologia d'urgenza e alle colecistectomie laparoscopiche. Dopo aver evidenziato gli ampi spazi di ridisegno della rete ospedaliera, il capitolo rilancia alcune prospettive evolutive tra cui l'accorpamento e la specializzazione ospedaliera come presupposto per il potenziamento delle risorse e delle attività svolte, oppure la riconversione in struttura territoriale.

Il capitolo 10 offre un'analisi dei Pronto Soccorso (PS) e tutta la rete di emergenza-urgenza, che si sono trovati a inizio 2020 a fronteggiare l'emergenza Covid-19: una vera e propria «emergenza nelle emergenze». Il capitolo identifica e sistematizza i principali problemi manageriali affrontati e le tipologie di soluzioni e trasformazioni messe in campo a livello di azienda, di Dipartimento di Emergenza-Urgenza (DEU) e di PS durante i mesi maggiormente colpiti dalla prima ondata di Covid-19. In linea con questa prospettiva, l'indagine si avvale principalmente di interviste semi-strutturate svolte, a più riprese, con i DG, i Direttori dei DEU o i Responsabili dell'Accesso in Emergenza di tre aziende situate in territori interessati dall'emergenza Covid e caratterizzate da DEU di grandi dimensioni (l'AUSL Modena, l'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano e l'AULSS 8 Berica di Vicenza). Dall'analisi e comparazione sono state identificate quattro assi di risposta (i) limitare gli accessi al PS (governare la domanda in entrata), (ii) filtrare gli accessi negli Ospedali e differenziare i percorsi (sicurezza e gestione del rischio) (iii) economizzare e allocare le risorse più scarse (personale, spazi, DPI e reagenti) (iv) gestire la capacity degli Ospedali (limitare ricoveri e favorire le dimissioni protette). All'interno di quegli assi di risposta, le realtà analizzate hanno adottato un ampio ventaglio di leve di intervento, dalla comunicazione alla logistica, dettagliate e sistematizzate nel capitolo. I mix di leve si sono rivelati differenti, ma complessivamente coerenti tra le aziende, gli assi di risposta e i contesti di partenza (es: spazi, modelli organizzativi e contesti istituzionali). Il PS si rivela quindi, ancora una volta, un luogo privilegiato in cui osservare il concreto funzionamento di aziende e sistemi sanitari, dando l'opportunità di riflettere su alcuni temi centrali quali il superamento dei silos professionali durante l'emergenza, l'importanza del presidio della dimensione operativa, la specializzazione dei servizi sulla base della segmentazione dell'utenza, i rapporti con l'ambiente e il ruolo del PS (“porta di accesso o meta-ospedale”), ad oggi e a tendere.

Il capitolo 11 approfondisce il tema dell'offerta ambulatoriale con particolare riferimento ai pazienti cronici. L'avvento dell'emergenza Covid 19 ha spinto le aziende sanitarie a sospendere prima e a rivedere poi l'offerta programmata di specialistica ambulatoriale. Questa recente esperienza ha visto non solo l'accumulo durante il *lockdown* dell'attività da recuperare, ma anche la sperimentazione di alcuni nuovi modelli di offerta da remoto. Si tratta di una tensione "produttiva" che ha necessariamente intrecciato e rapidamente agganciato decisioni di razionalità clinica e gestione operativa. In questo quadro, il capitolo analizza 7 differenti contesti aziendali per avviare una riflessione sull'offerta ambulatoriale, con riferimento alla gestione della casistica cronica: un target particolarmente associato all'offerta ambulatoriale e allo stesso tempo "acerbo" sul fronte della gestione operativa in quanto i modelli sono tipicamente ispirati agli strumenti di governo clinico.

La ricerca intende cogliere e sistematizzare le azioni messe in atto per rispondere all'emergenza, valutare la profondità di tali cambiamenti e tracciare le possibili traiettorie future nella gestione ambulatoriale per i pazienti cronici. Dall'analisi dei casi emerge come le aziende del SSN abbiano convissuto con dei trade-off sia nella fase 1 che nella fase 2. Durante la fase 1 vi era la necessità di dare continuità alla presa in carico evitando il contatto "fisico" con il SSN (soppressione delle attività ambulatoriali non urgenti). Durante la fase 2 la necessità era quella di riprendere in massa le attività ambulatoriali garantendo però il distanziamento fisico tra le persone. Rispetto a questi obiettivi e vincoli, la ricerca individua 8 categorie di interventi che vanno dal decentramento delle attività ambulatoriali, alla "virtualizzazione" o "domiciliarizzazione" delle attività di visita o monitoraggio, al rafforzamento dei percorsi e delle sinergie tra cure primarie, secondarie e terziarie. Le azioni messe in campo si sono sviluppate con un diverso grado di organicità, di intensità, di rapidità e di efficacia di esecuzione, a seconda dei punti di forza già in essere e delle resistenze intrinseche o di contesto. Dalla ricerca emerge comunque un settore in evoluzione rispetto al quale la gestione dell'emergenza può aver spinto ad aprire dei cantieri di lavoro o ad accelerare alcuni processi trasformativi già in atto. La rottura dei silos professionali e la necessità di riprogrammare rilevanti "masse" di volumi prestazioni senza perderne il governo clinico, ha senza dubbio avvicinato il mondo della razionalità cliniche e operative. Altri cantieri riguardano la gestione del paziente in remoto, la multicanalità, il coordinamento territoriale e distretti sociosanitari e il contributo che le USCA potranno dare in questa direzione

Il capitolo 12 riflette sullo sviluppo e il funzionamento delle unità di patologia approfondendo le esperienze di Breast Unit (BU) in Italia. In via generale, esse mirano all'erogazione di servizi a contenuto altamente specialistico integrando professionisti e servizi nelle diverse fasi della malattia. La ricerca ha censito 190 strutture di offerta con più di 150 casi trattati all'anno e tra queste 173 sono

oggetto di delibera regionale o aziendale. Inoltre, sono state ricostruite alcune formule di servizio tipiche delle BU esaminando la relazione tra configurazioni organizzative e performance. Per conseguire tali obiettivi, si è proceduto alla riconciliazione delle fonti normative sulle BU italiane, all'analisi delle caratteristiche delle BU attraverso i questionari delle realtà associate a SenoNetwork, alla ricostruzione delle loro performance alla luce dei dati del Programma Nazionale Esiti e all'approfondimento di 4 casi studio rappresentativi delle 3 configurazioni differenti di BU con esiti PNE di rilievo. Le tre configurazioni osservate sono state: BU di tipo concentrato (quando oncologia medica, chirurgia senologica e radiologia sono all'interno di un unico stabilimento aziendale), BU intra-aziendale polipresidio (quando queste specialità sono collocate in stabilimenti diversi della medesima azienda), BU inter-aziendale (nel caso in cui le discipline citate siano distribuite tra due o più aziende). Dai risultati emerge che i volumi di attività sono molto diversi anche all'interno della medesima configurazione e sono in media maggiori nelle BU di tipo concentrato (che hanno anche un maggiore case mix). I volumi sono predittivi degli outcome e la possibilità di avere formule di servizio che rispettino gli standard attesi di integrazione tra professionisti e servizi è condizionata dai modelli di gestione e dai sistemi operativi aziendali. Alle diverse configurazioni, infatti, non corrispondono diverse performance in termini di efficacia tout court. Lo studio permette di arrivare ad una definizione di Unit come il risultato di diverse forme di specializzazione di: i) competenze dei professionisti e degli operatori, ii) forme di responsabilizzazione sulla gestione delle interdipendenze tra i servizi, iii) di modelli di servizio espliciti che ricalcano le attese della popolazione target. Emerge che gli elementi che influenzano l'operato delle BU sono riconducibili all'allocazione fisica dei luoghi di cura, alla natura istituzionale dell'azienda e all'estensione del suo portafoglio di servizi/specialità da cui dipende l'estensione del percorso che la BU presidia. L'analisi dei casi mette in discussione la percezione che solo le configurazioni gerarchiche di unità di patologia permettono di conseguire risultati efficaci ed efficienti, infatti anche i casi con performance PNE elevate sono modelli di coordinamento funzionale.

### 1.7.3 Funzioni strategiche e tecnologie

Il capitolo 13 intende fotografare la configurazione della Funzione Risorse Umane nelle aziende sanitarie pubbliche e discuterne il ruolo durante i mesi dell'emergenza sanitaria Covid-19, che ha coinvolto tutti gli operatori sanitari e ha richiesto alle aziende un ingente impegno in termini di coordinamento e riconfigurazione degli assetti consolidati dell'organizzazione. A questo fine, è stata condotta un'analisi a metodi misti (quantitativa-qualitativa) che si è composta, in primo luogo, di una mappatura dell'assetto della Funzione Risorse Umane in un campione di 50 aziende sanitarie pubbliche al fine di comprenderne l'ar-

ticolazione organizzativa prevalente all'interno del sistema e, successivamente, della raccolta di interviste di approfondimento sulle politiche del personale durante la fase di emergenza sanitaria all'interno di 5 casi di studio (ASL Cuneo 1, ASST Lodi, AUSL Piacenza, ASL Roma 1, AOUI Verona). Lo studio dei casi aziendali, selezionati secondo il criterio della rappresentatività di situazioni differenziate (sia sul piano organizzativo che in termini di impatto dell'emergenza sul territorio), ha evidenziato politiche del personale qualitativamente omogenee dal punto di vista dell'attività di reclutamento di personale e del riconoscimento economico accessorio durante l'emergenza, ma piuttosto differenti in termini di gestione delle relazioni interne e verso l'esterno. In generale, dallo studio emerge un ruolo della Funzione Risorse Umane fortemente allineato alla strategia aziendale ma spesso non altrettanto integrato orizzontalmente, vale a dire tra gli Uffici e i Servizi che a vario titolo contribuiscono alle politiche di gestione del personale. I risultati suggeriscono la necessità, per le aziende sanitarie pubbliche, di sviluppare e consolidare i ruoli organizzativi di raccordo (c.d. middle management) tra il vertice aziendale e le unità operative di linea.

Il capitolo 14 presenta le principali evidenze raccolte dall'Osservatorio MaSan Cergas – SDA Bocconi sugli assetti e sugli impatti del processo di accentramento degli acquisti nel SSN nel periodo 2019-20. In particolare, il capitolo discute dell'eterogeneità degli assetti istituzionali e organizzativi che stanno assumendo progressivamente le centrali di acquisto e della loro capacità di gestire i processi centralizzati di approvvigionamento. Il capitolo esamina, inoltre, il tempo di attraversamento delle procedure e il tasso di litigiosità. Le analisi condotte sono quindi utili per ricostruire un quadro organico di punti di forza e di debolezza del processo di accentramento e per trarre alcuni primi insegnamenti rilevanti, che rappresentano la base per un set organico di proposte di miglioramento del sistema, in particolare orientate a qualificare meglio la governance del processo regionale, al fine di rifocalizzare i processi di acquisto centralizzati da una logica ordinaria a una più strategica. L'appendice presenta alcune riflessioni sul *procurement* sanitario e le lezioni apprese a seguito dell'emergenza Covid-19.

Il capitolo 15 affronta il tema del contrasto alla corruzione nell'ambito del SSN, in primo luogo analizzando gli strumenti anti-corruzione presenti nel panorama italiano e in secondo luogo indagando l'efficacia e gli impatti organizzativi indesiderabili degli strumenti stessi, attraverso la raccolta delle percezioni dei Direttori Amministrativi delle aziende sanitarie pubbliche. L'impianto metodologico della ricerca prevede un'iniziale analisi desk della normativa per identificare un elenco sintetico dei principali strumenti anticorruzione, validato tramite interviste semi-strutturate preliminari; in secondo luogo, la somministrazione di un questionario online.

Dall'analisi dei risultati della survey emerge un'efficacia media percepita degli strumenti anticorruzione (2,9/5) sempre superiore agli impatti negativi percepiti (1,9/5). Si delineano quattro *cluster* di strumenti, a seconda dell'efficacia e del costo organizzativo prodotto: quelli maggiormente costo-efficaci (principalmente formazione tecnica dei dipendenti e digitalizzazione); quelli a bassa efficacia e bassa ripercussione organizzativa (*whistleblowing* e monitoraggio delle pratiche anticorruzione inserite nel Piano della Performance aziendale); quelli efficaci ma organizzativamente costosi (principalmente le disposizioni riguardanti la trasparenza); infine, gli strumenti poco efficaci ma altamente impattanti sul *workflow* aziendale (rotazione del personale, accesso civico e adozione del Piano Triennale Anti-Corruzione). Queste disposizioni risultano maggiormente efficaci in termini di aumento della trasparenza interna e di maggiore chiarezza delle responsabilità aziendali. Per contro, il carico lavorativo amministrativo dovuto all'implementazione delle disposizioni anticorruzione viene avvertito come l'impatto indesiderabile più significativo.

Per migliorare l'impianto complessivo, si percepisce la necessità di rafforzare, da un lato, i sistemi informativi interni e dall'altro, gli organici e le competenze tecniche negli ambiti a maggiore rischio corruttivo. Emerge la volontà di dotare di maggiori responsabilità e possibilmente unificare figure interne deputate all'anticorruzione (come il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, o il responsabile audit), mentre si giudica desiderabile il ridimensionamento del ruolo e dei poteri di controllo delle autorità esterne, come ANAC o Corte dei Conti.

In ultima analisi, il management aziendale si dimostra consapevole dei benefici finora prodotti dall'attuale impianto normativo ma allo stesso tempo esprime l'esigenza di migliorarne alcuni aspetti, soprattutto suggerendo una più chiara definizione degli assetti istituzionali e dei perimetri di responsabilità gestionali, nel SSN, tema divenuto ancora più evidente in seguito allo "stress test" provocato dal Covid-19 sul sistema sanitario nel suo complesso.

Il capitolo 16 si pone l'obiettivo di analizzare le innovazioni nei sistemi di controllo direzionale aziendale del Sistema Sanitario Nazionale. In un contesto di crescenti fabbisogni di salute, il SSN è stato investito nell'ultimo ventennio da un complesso quadro di dinamiche sistemiche e, negli ultimi mesi, da un'importante crisi dovuta alla pandemia da Covid-19. I tradizionali meccanismi operativi, pensati in logica di articolazione organizzativa, rallentano o ostacolano la reale presa in carico complessiva dei pazienti, specialmente se cronici, che sarebbe favorita dall'adozione di un approccio trasversale e integrato al tema delle piattaforme produttive per l'erogazione dei servizi sanitari, elemento centrale anche per il paradigma della *value-based healthcare* (VBH).

Adottando un approccio metodologico misto, attraverso la somministrazione di una survey elettronica alle aziende e la realizzazione di un focus group con

i controller di sei delle rispondenti al questionario, il contributo mostra come i sistemi di *management accounting and control* delle aziende sanitarie non siano pronti a incorporare innovazioni in grado di meglio supportare i processi decisionali e catturare i driver del valore emergenti nel settore, in quanto ancora orientati su oggetti di rilevazione e misure tradizionali, pensati in logica di articolazione organizzativa. Tra le cause, ad esempio, indicazioni normative specifiche che rallentano l'adozione di logiche e principi di *management accounting and control* più sofisticati; o piuttosto l'ancora attuale difformità nei linguaggi dei sistemi informativi aziendali; o ancora, l'elevato turn over del top management aziendale.

Inoltre, il capitolo valuta la percezione dei controller rispetto alle innovazioni nei sistemi di controllo di gestione proposte dal dibattito scientifico in corso (su tutti i filoni, la VBH). Tra essi, esiste una diffusa consapevolezza della necessità di cambiamento, nell'ottica di stimolare un maggiore orientamento e allineamento ai modelli assistenziali emergenti (es. percorsi di presa in carico complessiva dei pazienti). Resta decisamente meno chiaro il "chi" dovrebbe porsi come attivatore di tale processo di cambiamento e il "come" questo possa determinarsi, ossia quali modalità di operazionalizzazione possano essere fattivamente utilizzate in archi temporali adeguati.

Il capitolo 17 si propone di indagare le principali soluzioni tecnologiche che sono state introdotte o accelerate durante i primi mesi dell'emergenza Covid-19 e che hanno in qualche modo contribuito alla sua gestione. La ricerca si pone un triplice obiettivo: (i) mappare le soluzioni rispetto agli ambiti di applicazione in cui le tecnologie si stanno dimostrando più utili e gli obiettivi a cui rispondono; (ii) classificarle rispetto al cluster tecnologico e al livello di innovazione, utilizzando tassonomie consolidate nella letteratura; (iii) fornire indicazioni in merito alla loro utilità durante l'emergenza sanitaria, al loro potenziale di diffusione ed eventuali relativi limiti.

Da un punto di vista metodologico la ricerca si è avvalsa del confronto con key opinion leader (KOLs), per integrare e validare l'interpretazione delle evidenze raccolte attraverso il processo di mappatura (realizzato nel periodo marzo-settembre 2020) e supportare l'elaborazione di schemi di classificazione delle principali soluzioni tecnologiche.

Tra i principali risultati della ricerca figura una sistematizzazione delle proposte tecnologiche e applicazioni più significative e promettenti, che dimostra come i vari cluster tecnologici siano stati impiegati al fine di (i) supportare le misure di distanziamento, (ii) potenziare la capacità di risposta e/o (iii) sviluppare e condividere conoscenze, nelle diverse fasi del continuum of care (prevenzione, diagnosi, cura e monitoraggio). Le prospettive di consolidamento delle nuove soluzioni sono diverse. Molte infatti possono essere considerate incrementali e dotate di ampio potenziale di diffusione (come i servizi di te-

le medicina, per esempio), altre appaiono disruptive (come, per esempio, l'IA) e seppur promettano alti livelli di utilità, necessitano ancora di ingenti investimenti per raggiungere la maturità tecnologica, altre ancora *breakthrough* (come i dispositivi per la diagnosi di Covid-19) sono quelle che stanno vivendo un percorso di sviluppo e diffusione più rapido, ma contingente.

## 1.8 Riferimenti esterni

- Assolombarda – Centro Studi (2018), *La rilevanza della filiera Life Science in Lombardia: benchmarking tra regioni italiane ed europee*, disponibile online: <https://www.assolombarda.it/desk/life-sciences-desk/documenti/la-rilevanza-della-filiera-life-science-in-lombardia-benchmarking-tra-regioni-italiane-ed-europee-1>.
- Assobiomedica - Centro Studi (2017), *Osservatorio parco installato: le apparecchiature di diagnostica per immagini in Italia*, 38 (nov. 2017).
- Blangiardo G.C. (2020), *Scenari sugli effetti demografici di Covid-19: il fronte della natalità*, disponibile online [https://www.istat.it/it/files/2020/04/Scenari\\_effetti\\_del\\_covid-19-su-natalita.pdf](https://www.istat.it/it/files/2020/04/Scenari_effetti_del_covid-19-su-natalita.pdf)
- Corte dei Conti (2019), *Rapporto 2019 sul coordinamento della Finanza Pubblica*, disponibile online: <https://www.corteconti.it/Download?id=8953477e-83b4-46f1-af74-49a18387441f>.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2020), *Documento di Economia e Finanza 2020. Nota di aggiornamento, ott. 2020*, tab. III.1.a, disponibile online: [http://www.dt.mef.gov.it/modules/documenti\\_it/analisi\\_progammazione/documenti\\_programmatici/nadef\\_2020/NADEF\\_2020\\_Pub.pdf](http://www.dt.mef.gov.it/modules/documenti_it/analisi_progammazione/documenti_programmatici/nadef_2020/NADEF_2020_Pub.pdf)
- Ministero della Salute (2019), *Annuario Statistico del SSN*, disponibile online: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2879\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2879_allegato.pdf)
- Osservatorio Conti Pubblici Italiani – Università Cattolica (2020), *Un commento alla Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza (Nadef) 2020*, disponibile on line <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-un-commento-alla-nota-di-aggiornamento-al-documento-di-economia-e-finanza>
- Viesti G. (2020), *Gli investimenti pubblici nella sanità italiana 2000-2017: una forte riduzione con crescenti disparità territoriali*, disponibile online: <https://www.eticaeconomia.it/gli-investimenti-pubblici-nella-sanita-italiana-2000-2017-una-forse-riduzione-con-crescenti-disparita-territoriali/>