

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2017

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. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi 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 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) 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;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definitivi, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

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.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi



a cura di
CERGAS-SDA Bocconi

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

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

SDA Bocconi
School of Management

Egea



1 La sanità italiana a metà del guado: quali direzioni?

di Francesco Longo e Alberto Ricci¹

1.1 Introduzione

Il Rapporto OASI 2017 conferma alcuni trend che possiamo definire ormai stabili e consolidati nell'attuale finestra storica del SSN e del settore sanitario italiano, finestra corrispondente alla fase che inizia con la crisi del 2008 e prosegue fino ad oggi. Come dettagliato nel par. 1.2, il SSN si conferma un sistema «sobrio» e in equilibrio finanziario che, con risorse pressoché stabili, fronteggia bisogni crescenti, soprattutto negli ambiti della cronicità e della non autosufficienza. Questa tensione tra domanda e offerta risulta particolarmente impattante nel Sud del Paese, dove, peraltro, il contributo della spesa sanitaria privata delle famiglie è molto minore.

In questo scenario non bisogna fermarsi ai macro-indicatori di spesa, attività ed esiti. I mutamenti istituzionali in molte regioni e le dinamiche in atto nelle aziende ci consegnano un SSN e un settore sanitario in profonda trasformazione. Rispetto a molte questioni strategiche, la sanità italiana è «in mezzo al guado». Spesso, si tratta di cambiamenti spinti da forze contrastanti e contraddittorie che si stanno contendendo l'arena sanitaria italiana. Non è ancora possibile intravedere l'esito della dialettica di queste forze, che oltre a scontrarsi si influenzano reciprocamente. Come cercheremo di argomentare nel par. 1.3, molte delle ambiguità strategiche della sanità italiana esprimono dei problemi così critici e profondi che difficilmente riusciranno a emergere nell'agenda politica esplicita o a trovare spazio nell'analisi strutturata dei *policymaker*. Infine, il par. 1.4 riporta il riassunto di tutti i capitoli presenti nel Rapporto, per offrire al lettore una rapida *overview* dei principali contenuti, con la possibilità, successivamente, di selezionare i singoli capitoli da approfondire, in base ai propri interessi.

¹ Si ringraziano Elio Borghonovi, Mario Del Vecchio e Alessandro Furnari per i preziosi suggerimenti.

1.2 **Le continuità evidenti. Un equilibrio sempre più difficile tra vincoli finanziari, invecchiamento e cambiamenti sociali**

In un confronto internazionale la spesa del SSN risulta molto contenuta, con tassi di crescita modestissimi. Tra 2010 e 2016, la spesa SSN è cresciuta in media dello 0,7% ogni anno in termini nominali, tasso inferiore all'inflazione media annua pari a 1,1%. Continua la diminuzione della spesa per il personale, che è scesa di 6 punti percentuali tra 2010 e 2016, mentre cresce in modo preoccupante l'età media degli operatori: basti pensare che il 52% dei medici del SSN ha più di 55 anni, contro il 13% del NHS inglese, e al di sopra dei sistemi di Germania e Francia (rispettivamente 43% e 46%). Anche tutte le altre voci di spesa del SSN o decrescono, come la farmaceutica convenzionata, o sono stabili da anni, come l'assistenza erogata dai privati accreditati. L'unica voce in aumento è la spesa per beni e servizi, che vicaria in parte la riduzione dell'organico dipendente e in parte è spiegata dall'aumento della spesa farmaceutica ospedaliera. Nel complesso, la spesa per beni e servizi (33,6% del totale della spesa SSN) supera quella del personale (29,7%), consolidando questa evidenza. Soffre ancora di più la spesa per investimenti infrastrutturali e tecnologici, che può essere riassunta in un numero: il tasso medio di obsolescenza delle tecnologie misurata in 95 aziende ospedaliere, policlinici e IRCCS registra una media nazionale dell'83%, a segnalare che molti macchinari e attrezzature del SSN hanno raggiunto o sono prossimi alla fine del ciclo di vita economico. Nell'allocatione delle risorse per il Welfare pubblico, il SSN continua lentamente ma costantemente a perdere «quote», scivolando dal 24% della spesa totale nel 2010 al 21,9% nel 2016. Nello stesso periodo, la spesa pensionistica rimane stabile al 68%, mentre la spesa assistenziale passa dall'8% del 2010 al 10% del 2016, con una forte spinta della spesa per *long term care* (LTC).

Il SSN ha raggiunto un consolidato equilibrio finanziario, registrando avanzi contabili dal 2012 al 2016, con l'eccezione dell'esercizio 2015, che ha contabilizzato un lieve disavanzo. Tutte le regioni (salvo una, di modeste dimensioni) si trovano in sostanziale equilibrio finanziario una volta contabilizzate le entrate fiscali regionali a copertura della spesa sanitaria. La convergenza inter-regionale verso l'equilibrio finanziario elimina dal dibattito l'alibi delle regioni in dissesto. Fino a ieri, le finanze di tali regioni rappresentavano la priorità di intervento e dunque costituivano una sorta di zavorra per il resto del sistema. Il prossimo ciclo di piani di rientro regionali dovrebbe partire da questa evidenza e assumere una diversa focalizzazione e prospettiva di lavoro, concentrandosi sullo sviluppo dei servizi e sulla convergenza in termini di qualità dell'assistenza.

In questo quadro di stabilità e di calo relativo delle risorse disponibili, non stupisce che i volumi di attività del SSN decrescano in tutti i *setting* assistenziali. Diminuiscono i ricoveri, scesi a 9 milioni nel 2016, con una riduzione del 25%

nel periodo 2008-2016. I cali interessano soprattutto i ricoveri a bassa complessità, incluso il *day hospital*. Per quanto riguarda le principali branche di specialistica ambulatoriale, gli ultimi dati disponibili a livello nazionale² indicano volumi di attività pressoché stabili o in lieve calo a partire dal 2010. In alcuni ambiti assistenziali e geografici, la diminuzione dei volumi e lo spostamento delle prestazioni verso *setting* a minore intensità hanno permesso di migliorare l'appropriatezza e l'efficienza; in altri ambiti, emergono crescenti criticità nell'accesso ai servizi di fronte a un quadro epidemiologico in peggioramento per la crescita costante dell'età media degli italiani. Ad oggi, le fonti pubbliche coprono il 95% della spesa ospedaliera, ma solo il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali e il 46% della riabilitazione ambulatoriale (ISTAT, 2017).

Il SSN, dunque, è più in affanno nelle aree della cronicità, della riabilitazione e delle cure intermedie, aree in cui il bisogno è in aumento a causa della crescita costante dell'età media degli italiani. La percentuale dei pazienti cronici è pari al 38% della popolazione, di cui quelli pluri-patologici rappresentano il 21% della popolazione. Questi pazienti cronici complessi assorbono gran parte dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, spingendo sempre più i pazienti occasionali a rivolgersi al circuito a pagamento, senza che via sia una chiara politica in questa direzione e indirizzi sui profili di iniquità che così si stratificano.

Una riflessione specifica e preoccupata merita l'analisi del tasso di copertura dei bisogni di LTC: vi sono nel paese 2,8 milioni di persone non autosufficienti e soli 270.000 posti letto sociosanitari residenziali pubblici o privati accreditati. Le cure domiciliari (ADI) offerte dal SSN restano di modesta intensità: in media, si tratta di 17 ore per paziente preso in carico, che, con pacchetti medi di 2 ore settimanali, si esauriscono in 9 settimane. Il rilevante bisogno di LTC degli anziani rimane senza risposte da parte del sistema a finanziamento pubblico sia per insufficienza strutturale di risorse, sia per la frammentazione delle competenze istituzionali. I bisogni di LTC in molti paesi europei sono coperti da specifici silos e meccanismi istituzionali dedicati. In Italia, invece, la competenza sulla LTC è frammentata e dispersa tra INPS, SSN ed enti locali, determinando un sistema contraddittorio e senza una possibile guida unitaria e quindi senza politiche complessive di settore. Queste condizioni rappresentano una minaccia di crescente intensità per l'equità del sistema di Welfare, per la funzionalità del SSN, per il governo della spesa assistenziale dell'INPS (assegni di accompagnamento) e della spesa sociale dei comuni, iniziando a determinare effetti di spiazzamento sulle rispettive finalità istituzionali. In tale contesto, sono le famiglie ad auto-organizzarsi i servizi nel 90% dei casi, o attraverso un impegno diretto nella cura del proprio parente, o con l'aiuto di un *caregiver* informale, o ricorrendo al ricovero sociosanitario in regime di solvenza com-

² Annuario statistico del SSN 2016, che riportano dati 2013.

pleta. Il meccanismo si regge a fatica con una combinazione di precari equilibri sociali. Il numero di anziani è ancora relativamente gestibile dalla popolazione in età attiva: il rapporto è di 35 a 100 (ISTAT, 2017). Inoltre, negli anni della crisi economica il sistema pensionistico è riuscito a tutelare i redditi medi della popolazione anziana, che sono rimasti pressoché invariati tra 2006 e 2014, mentre i redditi dei giovani tra 19 e 34 anni calavano di circa 20 punti percentuali (Banca d'Italia, 2015).

Tali condizioni che garantiscono un precario equilibrio sono destinate a scomparire. Secondo i dati ISTAT, i trend demografici non accennano ad invertirsi, con un numero medio di figli per donna pari a 1,34 nel 2016, in lieve calo dal 2015 (1,35). Le proiezioni demografiche stimano un rapporto tra anziani e popolazione attiva che raggiungerà quota 60 a 100 nel 2065. In parallelo, è probabile una riduzione dei redditi da pensione, a causa del passaggio completo al sistema contributivo (cfr. Ragioneria Generale dello Stato, 2015) e a una minore continuità dei percorsi lavorativi. Rispondere alle sfide dell'invecchiamento e della non autosufficienza è un tema che oltrepassa i confini della sanità e del Welfare e che dovrebbe essere in cima all'agenda politica e al centro del dibattito pubblico. Nella prospettiva di elaborazione delle politiche, ma anche di approfondimento accademico, sarebbe utile una riflessione su tre direttrici.

- ▶ Come potenziare l'offerta, in termini quantitativi, qualitativi e di migliore articolazione in relazione al bisogno, poiché non è tollerabile che la quota maggiore dell'offerta sia garantita esclusivamente da *caregiver* informali (badanti)?
- ▶ Come ricomporre i finanziamenti per la LTC già disponibili ma dispersi tra INPS, enti locali e sanità e come, eventualmente, incrementarli con contributi per un rischio certo, come la non autosufficienza negli ultimi periodi di vita?
- ▶ Infine, in prospettiva di ampie *policy* di medio-lungo periodo, quali potrebbero essere i contributi specifici della sanità e del socio sanitario nell'ambito di politiche più ampie per favorire natalità e riequilibrio demografico?

L'analisi dei divari interregionali fornisce ulteriori aspetti di continuità rispetto ai Rapporti precedenti. Se migliora la convergenza all'equilibrio finanziario tra tutte le regioni, peggiora il differenziale Nord-Sud dal punto di vista qualitativo dei servizi e dei risultati raggiunti. La speranza di vita in buona salute passa da 59,6 anni al Nord a 56 anni al Sud. È significativo che a parità di prevalenza epidemiologica al Nord il 49,6% dei cronici si percepisca in buona salute, al Sud il 36,6% (si tratta di dati basati solo sull'auto-percezione, ma che rappresentano un primo campanello d'allarme). Pur in un periodo di crisi economica, che scoraggia gli spostamenti, cresce l'incidenza relativa della mobilità sanitaria dal Sud al Nord. Il recente Rapporto SDO 2016 del Ministero della Salute certifica che la quota di ricoveri acuti in regime ordinario erogati

in mobilità extraregionale passa dal 7,4% nel 2010 al 8,2% nel 2016; per quanto riguarda i ricoveri ordinari per riabilitazione, la mobilità passa dal 14,7% al 16,3%. I tassi di copertura dei bisogni di LTC, bassi al Nord, tendono a zero nelle regioni centro-meridionali, in genere più povere di posti letto, sia per acuti, sia per riabilitazione, sia per strutture intermedie, sia per strutture protette. Ad aggravare questa iniquità geografica vi è il differenziale di spesa privata delle famiglie per prestazioni sanitarie. La regione con la spesa più elevata (Lombardia, con 752 euro per abitante) registra valori più che doppi rispetto a quella con minore spesa (Campania, con 303 euro).

1.3 Le trasformazioni profonde. Le prospettive emergenti di policy e management

A seguire, intendiamo riflettere sulle trasformazioni profonde che attraversano la sanità italiana. Questi cambiamenti di norma vengono sospinti e definiti da processi organizzativi, tecnici e sociali diffusi, influenzati dalla cultura e dalla percezione dei problemi degli attori dell'arena sanitaria. Le prospettive ad oggi emergenti potranno affermarsi nettamente nei prossimi anni, oppure affermarsi parzialmente e convivere con quelle attualmente prevalenti, o ancora, retrocedere fino a scomparire. Le alternative che seguono contrappongono in maniera volutamente netta la prospettiva prevalente, o quantomeno consolidata, a quella emergente. Il lettore capirà bene che la prospettiva emergente è, in molti casi, più desiderabile per il futuro del sistema sanitario, ma spesso è anche la più difficilmente implementabile.

Le logiche di governo delle risorse: input-based o population health management?

Dall'inizio della crisi del 2008 il SSN è stato saldamente guidato con una logica *top down*. Tale logica ha governato con una metrica che rappresenta il sistema come un insieme di silos di input, che possono essere controllati finanziariamente uno ad uno (personale, farmaci, dispositivi, beni e servizi, privato accreditato) e ha garantito il riequilibrio finanziario del sistema, seppur disincentivando lo sviluppo dei servizi. Questa logica di rappresentazione e di governo si differenzia dai tentativi ormai sempre più strutturati delle regioni più innovative che, a fronte del prevalere della cronicità e delle patologie correlate alla LTC, leggono il sistema per processi orizzontali, per patologia o per presa in carico annuale del paziente (*population health management*). Il primo approccio è verticale, *input-based*; il secondo è orizzontale, strutturato per patologia. Cambiano gli oggetti di rappresentazione della realtà, cambiano gli obiettivi e cambiano conseguentemente le priorità dell'agenda di *policy*. Nell'approccio *input-based*, implicitamente si assume la stabilità del mix dei fattori produttivi,

si oscurano le interdipendenze tra i silos, si considera la presenza di vincoli amministrativi sovraordinati alla spesa come garanzia di sostenibilità del sistema. L'approccio di *population health management*, all'opposto, ritiene possibile e talvolta fondamentale riallocare le risorse tra i *setting* assistenziali, coordinare le interdipendenze tra i silos. L'approccio orizzontale prospetta una fase sperimentale, di apprendimento aziendale e di sistema, per reclutare proattivamente più pazienti possibili, perché solo stabilizzandoli clinicamente, si garantirà la sostenibilità di medio e lungo periodo del sistema, sia sul piano organizzativo sia finanziario. Le due logiche non sono irrimediabilmente contrapposte. Realisticamente, date le attuali condizioni della finanza pubblica, la logica *input based* resterà largamente diffusa nel sistema. È però auspicabile che tale logica sia applicata con modalità flessibili e che, nel perimetro del rispetto dei vincoli di bilancio, sia progressivamente concesso di riallocare risorse tra i silos, laddove venga comprovata la crescita dell'efficacia di sistema grazie a tali processi riallocativi.

Il riparto delle risorse regionali alle aziende sanitarie pubbliche: quasi mercati competitivi o programmazione della capogruppo regionale?

La stagione di riassetto istituzionale dal 2014 ad oggi ha comportato la riduzione delle aziende sanitarie territoriali con attività di erogazione di servizi (oramai ridotte a solo 120³) e l'aumento delle loro dimensioni medie (oltre 500.000 abitanti). Inoltre, in alcune regioni, tra cui spicca la Lombardia, le riforme hanno previsto la re-integrazione della rete ospedaliera: le aziende ospedaliere sono calate dalle 75 del 2015 alle 43 di fine 2017. Anche in altre regioni, come il Lazio, il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia Romagna, intere Aziende ospedaliere sono state ricondotte nell'ambito delle aziende territoriali. Questi cambiamenti hanno modificato radicalmente lo scenario istituzionale entro il quale collocare i modelli di riparto dei fondi sanitari regionali e le loro finalità. Tendono a diminuire, infatti, le aziende sanitarie pubbliche finanziate prevalentemente a tariffa per prestazione, che configurano sistemi sanitari regionali di «quasi-mercato» a «competizione regolata». Diversi SSR si stanno allontanando da tale sistema, tanto che ci si può chiedere se quella delle convenienze finanziarie è ancora una leva effettiva di governo regionale. Il modello emergente è invece quello dei sistemi regionali coordinati e integrati, in cui prevale il principio della cooperazione, che si cimenta con una distribuzione programmata delle risorse. Al crescere delle dimensioni aziendali e al diminuire delle aziende scorporate, come nel Lazio o nel FVG, corrisponde fisiologicamente l'aumento dell'incidenza del riparto a quota capitaria pesata, destinando le tariffe a strumento per regolare i rapporti con i privati accreditati. Nelle regioni dove la capogruppo ha solidamente preso in mano il governo del sistema, ma-

³ Nel computo sono incluse le ASST lombarde.

gari attraverso un'agenzia o un'azienda specializzata allo scopo (ad es. in Veneto), la logica di riparto equo tra i territori è una naturale conseguenza del ruolo di coordinamento e arbitro assunto dalla regione. Anche quando le aziende sanitarie locali di una regione sono poche, come in Toscana, il finanziamento a quota capitaria pesata risponde al tensore principale, che è quello dell'equità allocativa delle risorse. La Lombardia rappresenta un modello peculiare, in cui i servizi territoriali gestiti dalle ex ASL e quelli prevalentemente ospedalieri delle ex AO sono stati riuniti e ricondotti sotto la gestione di 27 ASST⁴, aziende esclusivamente erogatrici. Le ASST sono finanziate in buona misura a prestazione. Tuttavia, la coincidenza del loro territorio di riferimento con quello dei distretti delle ATS, i nuovi enti di committenza, rivela l'importanza delle logiche di redistribuzione territoriale anche in Lombardia. Infine, molte piccole regioni e le due province autonome hanno una sola azienda sanitaria territoriale e nessuna azienda ospedaliera; in questi territori, il tema del modello di riparto non si pone neppure.

Mentre la dinamica degli assetti istituzionali invoca fisiologicamente il prevalere della logica di finanziamento programmata dalla capogruppo o, al massimo, a quota capitaria per i territori, una parte dei *policymaker* è concentrata sull'aggiornamento delle tariffe e sull'uso delle medesime per capire quali aziende vanno collocate in piano di efficientamento e riqualificazione, attraverso il confronto tra la valorizzazione delle prestazioni erogate e i costi. Segnaliamo, al proposito, che un ospedale integrato in un'azienda territoriale, più difficilmente è sensibile a modifiche tariffarie sui ricoveri, essendo spinto dall'assetto istituzionale a una maggiore attenzione alla presa in carico dei cronici, con l'obiettivo di ridurre il volume e la varianza di prestazione per paziente.

In questa sede non si vuole rievocare l'antico dibattito se è meglio finanziare le aziende a quota capitaria o a tariffa per prestazione, ma, all'opposto, sottolineare che il modello di riparto dev'essere correlato all'assetto istituzionale definito e agli incentivi che esso richiede. Molte regioni hanno costruito sistemi sanitari unitariamente coordinati, che integrano istituzionalmente ospedale e territorio, che specializzano molte aziende per funzioni di sistema o di area vasta; il meccanismo di finanziamento e di monitoraggio dell'economicità deve completare questo disegno.

Le competenze manageriali necessarie alle aziende: standardizzazione o specializzazione?

I nuovi sistemi sanitari regionali «coordinati e integrati» stanno significativamente differenziando la natura e la missione delle aziende sanitarie, sia nella dimensione verticale (autonomia e prerogative di governo), sia nella dimensione orizzontale (ampiezza e orientamento della missione).

⁴ Aziende Socio-Sanitarie Territoriali.

Rispetto alla relazione verticale, alcune capogruppo si stanno attrezzando per esercitare centralmente sia le funzioni amministrative e logistiche, sia la pianificazione strategica delle attività sanitarie delle singole aziende controllate. In questi casi, l'azienda sanitaria ha come missione prevalente il governo clinico, non dovendo più svolgere né significative analisi strategiche per affrontare le decisioni di pianificazione, né alcune rilevanti funzioni tecnico-amministrative che in passato erano svolte su scala locale e/o aziendale. Altre capogruppo si stanno concentrando sull'accentramento delle funzioni amministrative, e quindi gli obiettivi aziendali si devono focalizzare sia sulla pianificazione sanitaria strategica, sia sul governo clinico. In altri casi, infine, il focus dell'azione regionale è solo sulla pianificazione sanitaria strategica, lasciando alle aziende le funzioni amministrative e di governo clinico. Come si osserva, il ruolo istituzionale dell'azienda cambia profondamente.

Rispetto alla dimensione orizzontale, lo spettro diversificato delle attività cliniche delle aziende, unito allo stretto coordinamento di sistema a livello regionale, spinge le aziende stesse a specializzarsi in alcune discipline, oppure su alcuni *setting* o livelli assistenziali, in un'ottica di suddivisione coordinata del lavoro nel sistema regionale. Queste dinamiche accentuano le già note differenze nelle attività svolte dalle tre macro-tipologie di aziende presenti nel SSN: ASL che esercitano anche la funzione di committenza nei confronti dei privati accreditati e di altri erogatori pubblici, oltre che a gestire i rapporti con le comunità locali; aziende ospedaliere prettamente erogative, chiamate in primo luogo ad assicurare l'offerta dei servizi secondo efficacia, efficienza ed economicità; e, infine, IRCCS e aziende ospedaliere-universitarie, che svolgono rilevanti attività di ricerca scientifica e didattica.

Aziende così differenti in termini di prerogative di governo e attività sanitarie erogate richiedono assetti di governance, strutture organizzative e competenze manageriali distinte e specifiche. Allo stesso modo, le nuove numerose istituzioni intermedie tra regione e aziende (EGAS, Azienda Zero, Alisa, ATS, ecc.) a loro volta richiedono assetti istituzionali e competenze manageriali e di governo distinte.

A questo proposito, il dibattito e, conseguentemente, l'impianto normativo e regolatorio sembra invece ancora povero, non riuscendo neanche a concettualizzare l'eterogeneità delle istituzioni pubbliche del SSN. Questo impedisce la maturazione di una riflessione su diversi possibili modelli di governance, su specifiche forme organizzative, sulla differenziazione delle competenze, dei ruoli professionali e forse anche dei contratti di lavoro.

Spesa sanitaria privata delle famiglie: integrazione o separazione dei canali di finanziamento?

L'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) della SDA Bocconi sta progressivamente contribuendo a precisare le stime sulla spesa privata in sanità

in Italia. La spesa privata delle famiglie è stimata 33,9 miliardi, a cui aggiungere 3,4 miliardi per la spesa intermediata da assicurazioni e fondi. Considerando la spesa di matrice pubblica pari a 112 miliardi⁵, la spesa privata incide attorno al 25% del totale della spesa sanitaria del Paese, senza considerare le ulteriori risorse spese dalle famiglie per la cura informale per la LTC (c.d. «badanti»). Come sappiamo, purtroppo, la spesa privata presenta grandi variabilità nel confronto tra regioni e tra i diversi segmenti sociali, essendo un rilevante *driver* di iniquità, di frammentazione dei percorsi di fruizione per gli utenti e talvolta di contrapposizione tra approcci clinici differenti.

La dimensione del fenomeno e il suo trend in crescita pongono il SSN davanti un bivio: integrare o separare definitivamente questa spesa dal resto del sistema pubblico. Integrare significa cercare di indirizzare la spesa delle famiglie, di conquistare «mercato» con la produzione delle aziende pubbliche, di valorizzare le prestazioni acquistate privatamente inserendole organicamente nel fascicolo sanitario del cittadino e forse anche nel suo piano assistenziale individuale. L'obiettivo sarebbe sia garantire qualità e appropriatezza, sia attivare processi implicitamente redistributivi, sia evitare la perdita di prestigio istituzionale, frenando la nascita di due mercati paralleli. Attualmente, questo mercato è prevalentemente appannaggio delle aziende sanitarie private e gradualmente indirizzato a generare due sistemi distinti e paralleli. Non è più differibile il momento in cui decidere, nei fatti, se e come separare o integrare i due canali di finanziamento delle prestazioni.

L'auto-rappresentazione del SSN: istituzione erogatrice (make) o committente (buy)?

Il 25% dei posti letto ospedalieri, il 59% degli ambulatori e il 78% delle strutture sociosanitarie residenziali del SSN sono privati accreditati. Se consideriamo la spesa per le prestazioni erogate dalle aziende private accreditate (18,8%), per la farmaceutica convenzionata (7,3%) e per la medicina generale convenzionata (5,7%), il SSN destina all'acquisto di servizi assistenziali o di distribuzione di beni sanitari il 31,8% delle sue risorse. Al contrario di altri comparti pubblici, il Servizio Sanitario registra quindi una considerevole attività di committenza (*buy di prestazioni sanitarie*), pur auto-rappresentandosi come un'istituzione che, in base all'impostazione normativa del D.lgs. 502/92, eroga direttamente servizi, quindi dovrebbe essere focalizzata sulle attività di *make*. Questo scenario pone almeno due questioni di grande rilievo.

Una prima considerazione è che le politiche sanitarie dirette a migliorare la continuità assistenziale tra livelli e *setting* di cura non possano prescindere dalla

⁵ Non sono qui incluse alcune voci di costo che non si esprimono sotto forma di esborso finanziario, come gli ammortamenti. Questo spiega la differenza rispetto al dato di 115,8 miliardi riportato capitolo 5 del presente Rapporto.

collaborazione con gli erogatori privati accreditati. Ciò è valido sia per l'introduzione di nuovi modelli organici di presa in carico, sia per l'implementazione di singoli ma cruciali strumenti come le centrali operative per le dimissioni.

Una seconda considerazione riguarda la riduzione della capacità produttiva sanitaria delle aziende pubbliche del SSN. In quali ambiti, e fino a quali livelli, si tratta della traiettoria desiderata e da incentivare? Si ritiene che una quota prevalente di servizi sanitari debba essere erogata da soggetti di proprietà pubblica per preservare l'essenza istituzionale di un SSN universalistico? A corollario, l'aumento dell'esternalizzazione dei servizi ancillari incrementa la flessibilità produttiva del sistema o genera nuove e diverse rigidità?

La spesa per beni e servizi è pari al 33,6% e rappresenta la prima voce di spesa del SSN, davanti al personale (29,7%). Sul versante dei fattori «interni», cioè utilizzati per l'erogazione diretta dei servizi, il blocco delle assunzioni diminuisce la spesa per il personale dipendente, in parte compensata dall'esternalizzazione dei servizi ancillari e di supporto. La questione riguarda l'effettiva capacità del SSN di esercitare la funzione di *procurement* in modo costo-efficace e soprattutto di controllare i risultati dei fornitori, sapendo gestire in modo proattivo i contratti. Tradizionalmente, e logicamente, la funzione acquisti ha privilegiato logiche burocratiche per prodotti standardizzati, con, in parallelo, una spiccata delega ai clinici quando i servizi o i prodotti da acquisire erano complessi e specialistici. La centralizzazione della funzione acquisti ha in parte rafforzato queste tendenze. Invece, l'evoluzione del SSN crea le condizioni per acquisti sempre più complessi, non legati a singoli prodotti, ma ad interi servizi esternalizzati spesso di natura composita: dialisi, laboratori, dispositivi medici insieme ad assistenza in sala. Queste tipologie di acquisto richiedono un forte sviluppo della funzione di *procurement*. Anche la funzione di committenza rispetto agli erogatori accreditati, del resto, privilegia la spesa storica e i tagli lineari, mentre è circoscritta a pochi tentativi l'applicazione di forme di premialità basate sulle *performance*.

Lo skill mix del personale: continuità o ripensamento dei ruoli medici e assistenziali?

Nel SSN italiano lavora lo stesso numero di medici per abitanti di nazioni paragonabili come la Germania (4 per 1000 abitanti); invece, il personale infermieristico è circa la metà (6 infermieri ogni 1000 abitanti contro 13), pur presentando lo stesso profilo epidemiologico di cronici e persone con bisogni di LTC. Contemporaneamente, abbiamo il 52% dei medici con più di 55 anni: questa è una grande opportunità perché ci permette di ridefinire nel vicino futuro lo *skill mix* del SSN, ovvero il rapporto infermieri/medici che in media nazionale è del 2,5, ma con enormi variabilità interregionali (in Sicilia è 1,8, in Veneto è 3,1).

Per inquadrare correttamente il problema, bisogna capire qual è il vincolo vero: mancano i giovani medici? Nel 2016, in base ai dati forniti dal MIUR, a

6.725 contratti di formazione specialistica finanziati da Stato e regioni corrispondevano 13.802 candidati⁶. Dunque, il problema è la scarsità di risorse per assumere e formare specializzandi, non la mancanza di medici. Se fosse vera l'ipotesi della persistente debolezza finanziaria, a fronte dell'aumento della cronicità e della LTC, non potremmo che aumentare l'incidenza di professioni sanitarie e di operatori sociosanitari, sapendo che il costo di un medico equivale almeno a quello di 2 due infermieri (ARAN, 2017). Questo impone però di modificare significativamente le competenze e i ruoli professionali, sia sul lato medico, sia sul lato infermieristico. Tra i medici occorre riflettere sulla quota di «generalisti» rispetto ai professionisti sempre più specializzati. Anche nel mondo delle professioni sanitarie occorre valutare quanti professionisti è necessario specializzare e portare ad accrescere le proprie competenze. In particolare, è necessario distinguere tra crescita verticale nel coordinamento di pari, specializzazione nel contenuto tecnico professionale e sviluppo di ruoli contendibili con altri profili professionali (*case manager*, gestore di piastra, *operations manager*). Anche in questo ambito, nonostante le professioni siano rigidamente normate e i volumi formalmente programmati, non sempre le strategie sono dichiarate e intenzionali. Ad esempio, nel campo dei MMG, assistiamo a una significativa crescita del numero medio delle scelte, che oggi supera le 1.200 in molte regioni del Paese, a causa del netto prevalere dei pensionamenti sui nuovi ingressi. Probabilmente, il SSN si sta evolvendo nella giusta direzione di maggiori economie di scala e di potenziale rafforzamento delle cure primarie, senza che questo sia frutto di un disegno davvero pianificato.

Le Case della Salute: i luoghi della ritirata o del rilancio del SSN?

Il Rapporto OASI 2017 ha censito oltre 300 case della salute a livello nazionale, seppur con caratteristiche, servizi ed etichette molto eterogenee tra di loro. Esse sono rafforzate anche dal nascere di nuovi modelli di servizi per presa in carico orizzontale dei pazienti e dal diffondersi di centri servizi e sistemi operativi che sostengono forme di *transitional care*, ovvero l'accompagnamento attraverso i *setting* assistenziali in modo da favorire fluidità e appropriatezza di approdo. Tutto questo è sospinto da un forte tensore al cambiamento dei modelli di servizio e di erogazione della medicina. Il dato interessante è che il 90% delle nuove strutture territoriali sono frutto della trasformazione di preesistenti strutture sanitarie, che hanno perso il loro ruolo originale: tipicamente piccoli ospedali generalisti a cui sono stati tolti i pazienti acuti o poliambulatori specialistici che ora cercano di integrarsi faticosamente con la medicina generale. È senz'altro una buona notizia, perché testimonia che la trasformazione della geografia dei servizi, invocata nelle precedenti edizioni del Rapporto, è stata avviata su larga scala. Come sappiamo, però, tutte le strutture di servizio, soprat-

⁶ <http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/ministero/cs180716>. Consultato a settembre 2017.

tutto se storicamente consolidate nelle realtà territoriali rurali o sub-urbane, tendono a soffrire di una eccessiva *path dependency*: rischiano di perpetuare i precedenti modelli di servizio, che si sono stratificati storicamente, e che peraltro corrispondono alle loro uniche competenze professionali disponibili. Anche in questi casi, si assiste a un'evidente contraddizione: alcuni nuovi *setting* assistenziali, a cui assegniamo un ruolo di rottura e di promozione dell'innovazione, come le Case della Salute, coincidono con luoghi fisici da poco «abbandonati» dall'ospedale perché non più funzionali a rispondere alla domanda di salute emergente. Con le stesse competenze e a risorse finanziarie tendenzialmente decrescenti, queste strutture dovrebbero diventare gli incubatori della sanità del futuro.

Riteniamo le ambivalenze del SSN presentate e le criticità strategiche per le quali ci troviamo in «mezzo al guado» siano dei grandi cantieri aperti. Si tratta di potenziali vettori di innovazione e cambiamento, che, in ogni caso, andranno indirizzati in una direzione o nell'altra. Pensiamo che questa sia una grande opportunità di lavoro e generatività per il SSN e i suoi operatori, che non necessariamente passerà sempre attraverso pianificazione esplicite, ma talvolta anche per posture emergenti ma culturalmente diffuse e condivise.

1.4 La struttura e i principali contenuti del Rapporto 2017

1.4.1 Il quadro di riferimento: il sistema sanitario e sociosanitario

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

I capitoli 2 e 3 posizionano il Sistema Sanitario Italiano nel panorama internazionale e rappresentano i principali indicatori di spesa. In particolare, il capitolo 2 fornisce un quadro dei principali indicatori di salute per la popolazione italiana attraverso l'utilizzo di database nazionali e internazionali. Nella prima parte del capitolo viene proposto un confronto internazionale, seguito da un'analisi più puntuale del sistema Italia a livello nazionale e regionale e da un approfondimento sulle principali attività di prevenzione. Complessivamente, l'Italia continua a registrare un'ottima performance se confrontata con altri Paesi (in particolare, Regno Unito, USA, Spagna, Germania e Francia), con valori particolarmente positivi registrati per aspettativa di vita e aspettativa di vita in buona salute. Tuttavia, approfondendo la situazione interna, emergono ampi spazi di miglioramento rispetto alla mortalità evitabile in Italia, specialmente in termini di prevenzione primaria e secondaria. Inoltre, è possibile osservare un generale e preoccupante gradiente territoriale tra Nord e Sud in diverse dimensioni, come aspettativa di vita in salute, *screening* oncologici e fattori di rischio

(ad esempio sedentarietà, indice di massa corporea e abitudini alimentari). L'analisi mostra infine un calo dei tassi di copertura per tutti i vaccini raccomandati, che scendono sotto la soglia obiettivo del 95%. Gli ultimi anni hanno visto i SSR ridurre la spesa e prestare particolare attenzione agli obiettivi di budget assegnati. Tuttavia, la possibilità che questi sforzi abbiano contribuito all'ampliarsi del gradiente Nord/Sud nel nostro Paese impone una profonda riflessione sul costo che le politiche di contenimento della spesa possono generare in termini di equità nell'accesso ai servizi sanitari e contrasto alle diseguaglianze.

Il capitolo 3 è finalizzato a fornire una descrizione in merito al posizionamento del Sistema Sanitario Italiano nel panorama internazionale (principali Paesi dell'Unione Europea, del Nord America e Paesi BRIC). L'analisi condotta permette di ottenere una rappresentazione dei principali indicatori di spesa, struttura dell'offerta e performance dei Paesi considerati.

Le evidenze emerse propongono diversi spunti di riflessione:

- ▶ in Italia, la spesa sanitaria totale pro capite e il livello di copertura pubblica registrano valori inferiori a quelli dei principali Paesi UE (fatta eccezione per la Spagna). Da registrare, comunque, come il quadro europeo si contraddistingua per una parsimonia complessiva che va a scapito della copertura pubblica, in virtù della non perfetta sostituibilità tra spesa pubblica e spesa privata. Infatti, una riduzione dei livelli di spesa pubblica si compensa solo in parte con un aumento della spesa privata, mentre la rimanente parte è potenzialmente spiegata dalla riduzione della domanda;
- ▶ nel 2015, in Italia, aumenta lievemente la percezione di rinuncia alle cure (7,9% dei rispondenti – dati Eurostat). Sebbene la sanità sia uno dei settori meno colpiti dalla percepita rinuncia al consumo, è da sottolineare che la motivazione maggiormente dichiarata è sempre più relativa al costo percepito con una particolare diffusione tra le fasce di popolazione meno abbienti;
- ▶ la dotazione di posti letto è diminuita in tutti i Paesi; si nota una forte disomogeneità in termini di ripartizione tra acuti e *long-term care*;
- ▶ in Italia, le dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti registrano un trend in riduzione negli ultimi anni e un valore inferiore alla media europea, con una degenza media allineata a quella dei principali Paesi europei;
- ▶ l'Italia registra il valore più basso tra i Paesi considerati in merito alle ospedalizzazioni inappropriate (asma, BPCO e diabete), nonché una riduzione del numero di parti cesarei (sebbene faccia segnare uno tra i maggiori tassi di utilizzo di tale procedura) e un elevato consumo di antibiotici.

I successivi capitoli (dal 4 all'8) approfondiscono le caratteristiche del SSN, del sistema sociosanitario e del sistema sanitario complessivo (incluso anche i consumi sanitari privati), presentando dati di attività, di spesa e di impatto sui bisogni.

Il capitolo 4 descrive il SSN italiano focalizzandosi sui profili istituzionali, sulla dotazione strutturale, sulle attività e sul livello di risposta alla domanda di salute. Le analisi rielaborano i più recenti dati pubblicati dal Ministero della Salute e da Age.Na.S (Piano Nazionale Esiti) e sono integrate con evidenze riguardanti alcune determinanti dei bisogni e dei consumi sanitari, tratte da studi condotti dall'ISTAT tra 2016 e 2017. Con riferimento agli assetti istituzionali, si propone una differente classificazione degli enti pubblici dei Sistemi Sanitari Regionali rispetto a quella adottata nelle edizioni precedenti del Rapporto e dal Ministero della Salute. Nel computo delle aziende territoriali sono state incluse le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde, che, per effetto della recente riforma, sono diventate le uniche responsabili dell'erogazione di servizi ospedalieri e territoriali a vocazione generalista da parte pubblica. Le 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Regione Lombardia, insieme ad altri 9 enti distribuiti sul territorio nazionale, confluiscono invece nell'insieme degli enti intermedi, configurazioni che vanno progressivamente popolando lo spazio tra assessorato e aziende e che possono svolgere funzioni differenti (di governo, di supporto o entrambe). Alla luce della nuova classificazione, il numero di aziende territoriali (ASL + ASST) è quindi pari a 120, mentre quello delle AO è drasticamente sceso a 43. Anche la dotazione strutturale del SSN ha evidenziato, anno dopo anno e fino al 2014 (ultimo anno disponibile), una contrazione in termini di numero di PL, limitata esclusivamente ai PL per ricoveri ordinari (-40% rispetto al 1997). I PL per ricoveri diurni, invece, sono leggermente aumentati (+6%), nonostante dal 2008 sia iniziato un trend di riduzione che suggerisce uno spostamento della geografia dei servizi verso il territorio. Le attività di ricovero (dimissioni) hanno registrato un significativo calo tra 2001 e 2015 (-28%), in coerenza con il trend strutturale. Con riferimento ai punti nascita, oltre la metà delle regioni presenta una rete frammentata, con un numero di punti nascita ogni 1.000 nati vivi superiore all'unità. La soddisfazione del bisogno sanitario, infine, è un elemento difficilmente apprezzabile, se non attraverso misure indirette. La mobilità sanitaria risulta sostanzialmente stabile; i tempi di attesa più lunghi si registrano per gli interventi che non hanno un impatto diretto sulla sopravvivenza del paziente; la percentuale di cronici in buona salute si riduce all'aumentare dell'età e registra valori decisamente più contenuti nell'area meridionale del Paese.

Il capitolo 5 illustra i dati relativi al finanziamento del SSN, alla spesa sanitaria e ai risultati d'esercizio registrati dalle Regioni e Province Autonome italiane, presentando lo stato di avanzamento dei Piani di Rientro e le misure a copertura dei disavanzi sanitari pregressi. Nel presente capitolo si evidenzia come la spesa sanitaria corrente a carico del SSN si sia stabilizzata negli ultimi 7 anni, aumentando con un tasso di crescita medio dell'0,7% dal 2010. Nel 2016, nello specifico, è aumentata dell'1,1% rispetto al 2015, attestandosi su un valore di

circa 115,8 miliardi di euro. L'armonizzazione della modalità di rendicontazione delle risorse aggiuntive da addizionali regionali d'imposta fa emergere un avanzo contabile di sistema pari a 329 milioni di euro, confermando la capacità del sistema di mantenere l'equilibrio economico-finanziario complessivo. Concause dell'aumento della spesa rispetto all'anno precedente sono la crescita delle voci relative all'acquisto di beni e servizi (+2,5%), alla specialistica convenzionata (+1,1%) e ad altra assistenza convenzionata (+2,6%). La complessiva stabilità a livello nazionale si accompagna, però, a una rilevante eterogeneità a livello regionale, non tanto con riferimento ai risultati d'esercizio, ma soprattutto in relazione alla variabilità della spesa e dell'incidenza di quest'ultima sul PIL regionale. Tuttavia, la variabilità regionale della spesa sanitaria pubblica pro-capite è in leggera diminuzione, segnalando come il costo dell'assistenza si stia lentamente omogenizzando. Questa tendenza è ancora più visibile se si tiene conto della mobilità, testimoniando come la domanda reale di servizi sia poco variabile sul territorio. Al contrario, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale risulta essere in aumento. Questa evidenza segnala il contrasto tra un sistema che, da un lato, tende ad uniformare le funzioni di costo e, dall'altro, si finanzia a partire da sistemi economici locali sempre più diversi tra loro. Si tratta di una dinamica da tenere in cauta considerazione al fine di mantenere l'unità del SSN non solo in termini di costi, ma anche in termini di reperimento delle risorse che contribuiscono al suo finanziamento.

Il capitolo 6 indaga la rilevanza degli erogatori privati accreditati, che concorrono al raggiungimento dei fini istituzionali di tutela della salute del SSN. Il contributo focalizza l'analisi su quattro principali blocchi logici: spesa, struttura, attività ed esiti dell'attività ospedaliera. Per quanto riguarda la spesa, nel 2015 quella per prestazioni private accreditate rappresentava il 18,8% della spesa complessiva del SSN, dato sostanzialmente invariato rispetto al 2012. Permangono forti differenze interregionali, sia nell'incidenza sulla spesa sanitaria dei singoli SSR sia nella composizione interna. Analizzando la dotazione strutturale, gli erogatori privati accreditati detengono complessivamente il 30% dei PL complessivi, prevalentemente concentrati presso le case di cura accreditate (67,8% dei PL accreditati). L'incidenza resta eterogenea a livello regionale, ma nel periodo 2007-2014 quasi tutti i SSR registrano delta positivi nell'incidenza dei PL accreditati. Sul versante territoriale, il 59% degli ambulatori e il 78% delle strutture sociosanitarie residenziali sono private accreditate. Per quanto riguarda l'attività, i ricoveri erogati dalle strutture private accreditate sono invece pari al 26% del totale SSN. Nel periodo 2009-2015, il valore dei ricoveri ordinari acuti erogati dai privati accreditati si è mantenuto costante, a fronte di un calo degli erogatori pubblici di 8 punti percentuali. Questa dinamica è in parte riconducibile all'aumento dell'attività erogata per i pazienti in mobilità; l'aumento del valore medio del ricovero suggerisce anche la capacità dei priva-

ti accreditati di riorientare la propria capacità erogativa verso casistiche maggiormente complesse. Il capitolo approfondisce infine il tema degli esiti delle cure ospedaliere, focalizzandosi sulle principali prestazioni monitorate dagli standard ospedalieri nazionali (D.M. 70/2015). I privati accreditati appaiono particolarmente efficaci nelle attività chirurgiche d'elezione, mentre i pubblici nel circuito dell'emergenza urgenza e delle attività scarsamente programmabili. Nel complesso, si tratta di posizionamenti erogativi consolidati, che affondano le radici nelle diverse identità e finalità istituzionali dei soggetti pubblici e privati e che ne sottolineano la complementarità.

Il capitolo 7 propone un approfondimento sul sistema sociosanitario e sociale dedicato ai cittadini anziani non autosufficienti, ai disabili adulti e ai minori in condizioni di rischio, illustrando il sistema dei servizi pubblici esistenti e fornendo una fotografia aggiornata dei dati. Dopo aver mappato il sistema di offerta dei servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali dedicati a questi tre target di utenza e aver raccolto i dati disponibili sulla loro fruizione e sul bisogno potenziale della popolazione, le analisi mostrano che i servizi disponibili per i cittadini sono tuttora scarsi rispetto alle potenziali richieste, arrivando a coprire circa il 30% dei bisogni sociosanitari e sociali totali. Il Capitolo affronta poi il tema dell'accesso «disordinato» da parte degli anziani ai servizi sanitari (ricoveri ospedalieri) in sostituzione o a complemento dei servizi sociosanitari. Le analisi sui ricoveri ordinari per acuti, riabilitazione e lungodegenza avvenuti nel 2015 e nel triennio precedente da parte di cittadini over65 fanno emergere un'altissima incidenza di ricoveri multipli, ovvero di situazioni di ricovero che si ripetono in un lasso di tempo ravvicinato e con caratteristiche simili. Questi ricoveri rappresentano il 55% dei ricoveri ordinari per gli over65 e corrispondono a una media di 29 giornate di ricovero annue per gli 881.361 anziani interessati dal fenomeno. Essi sono per il 75% ricoveri per acuti che seguono altri ricoveri acuti, riproponendo la stessa MDC (o una stessa coppia di MDC), effettuati in una singola struttura senza proposta del medico curante o altro tipo di programmazione e con dimissione verso il proprio domicilio senza alcun tipo di presa in carico istituzionale.

Il capitolo 8 delinea e aggiorna il quadro complessivo dei consumi privati in sanità, ossia di quella parte dei beni e servizi per la salute finanziati attraverso la spesa diretta delle famiglie (*out of pocket*) e delle imprese (medicina del lavoro) o la spesa intermediata tramite soggetti collettivi non pubblici (fondi e assicurazioni). Il quadro che il capitolo descrive è molto articolato. Almeno tre sono le considerazioni proposte dagli autori. Una attiene al ruolo strutturale, e non marginale, dei consumi privati nel nostro SSN: nonostante la presenza di un sistema universalistico, un quarto della spesa sanitaria complessiva è finanziata privatamente. Difficilmente ciò può essere semplicisticamente ascritto a

una sorta di fallimento del sistema pubblico; infatti, i dati mostrano come la quota di spesa sanitaria privata dell'Italia sia in linea con quella di altri paesi a estesa copertura pubblica e la stessa quota risulti maggiore nelle regioni dove il sistema pubblico funziona meglio, rimanendo sostanzialmente stabile nonostante i prolungati anni di contenimento della spesa pubblica (intorno al 2% del PIL). La seconda riguarda un'anomalia del caso italiano. A differenza di quanto si registra in altri paesi, le forme assicurative volontarie intermediano una parte ancora minoritaria della spesa privata, anche se tale componente è in crescita (soprattutto in termini di popolazione coperta) per la progressiva diffusione delle forme integrative di matrice contrattuale. La terza sottolinea come la spesa privata, spesso considerata come un insieme indistinto, sia composta da segmenti diversi. Una distinzione rilevante dal punto di vista dei consumi è quella tra beni e servizi, i quali assorbono rispettivamente il 46% e il 54% dei 39,4 miliardi di spesa sanitaria privata. A loro volta, i 21,3 miliardi destinati ai servizi, vedono quali voci di spesa significative le cure odontoiatriche (circa 9 miliardi), le prestazioni ambulatoriali (circa 7 miliardi) e i ricoveri per acuti (circa 1,5 miliardi), mentre tra i beni la parte più rilevante è data dai farmaci in senso stretto (8,4 miliardi). Anche guardando ai «consumatori» sono operabili delle importanti distinzioni. Oltre al reddito, infatti, altre variabili socio demografiche (quali l'età, la composizione e la dimensione familiare e, non ultimo, l'ambito geografico di residenza) possono influire sui livelli e modelli di consumo. Nelle conclusioni i ricercatori dell'OCPS, convinti che la sanità debba rimanere un terreno ampiamente caratterizzato da scelte collettive, sottolineano il ritardo nel dibattito sul ruolo che la collettività intende assegnare ai consumi privati. Il tema non è se il privato ha cittadinanza in sanità, ma come assicurare la positiva coesistenza di meccanismi di finanziamento diversi.

1.4.2 Innovazioni istituzionali, organizzative e di servizio

La seconda parte del Rapporto analizza gli assetti organizzativi delle aziende sanitarie e le relative tendenze in atto, anche con specifico riferimento alla fruizione dei servizi.

In particolare, il capitolo 9 analizza il ruolo e l'assetto istituzionale della regione capogruppo sanitaria. Il SSN era stato definito dal D.lgs. 502/92 come un sistema sanitario regionalizzato: ogni regione avrebbe dovuto costruire, gestire e regolare una rete di aziende pubbliche e private accreditate in competizione tra di loro. A partire dal triennio 2008-2010, si assiste a una progressiva trasformazione verso un sistema di *holding* regionali: le reti di aziende in competizione sono progressivamente diventate sistemi di erogazione unitariamente coordinati dalla capogruppo regionale. Il passaggio da una logica competitiva ad una logica collaborativa e di programmazione centralizzata costituisce una trasfor-

mazione estremamente rilevante delle architetture di sistema per contenere la spesa e massimizzare il valore sociale. Lo studio individua quattro architetture possibili di gruppi regionali sanitari pubblici che differiscono per intensità e tipologie di prerogative di governo esercitate dalla capogruppo e per profilo di potere, autonomia e responsabilità lasciato alle aziende controllate. La capogruppo può essere centrale di servizio, di pianificazione, strategica, oppure direzionale. La ricerca classifica gli assetti istituzionali di sei regioni italiane (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Veneto, Toscana) considerando il fattore temporale (disegno attuale e disegno obiettivo) ed analizzando la pianificazione e gestione di tre processi aziendali chiave (assunzione del personale, gare per acquisto di grandi tecnologie, logistica dei beni). In generale, sembra configurarsi un processo a tre stadi che alcune regioni stanno attuando in maniera consequenziale mentre altre in parallelo. Gli stadi consistono nell'adozione di soluzioni centralizzate per acquisti e logistica; costituzione di gruppi regionali di aziende sanitarie sotto il controllo di capogruppo regionali di pianificazione; intensificazione dei processi di capogruppo strategica e direzionale. I nodi critici sono il rafforzamento delle capacità operative delle tecnostutture regionali in termini di competenze e dimensionamento degli organici ed il rafforzamento del coinvolgimento del privato accreditato (e non).

Il capitolo 10 analizza l'evoluzione organizzativa delle aziende territoriali di grandi dimensioni con particolare riferimento al ruolo e alla strutturazione dei ruoli che si pongono tra le direzioni aziendali e il nucleo operativo (*middle management* clinico-sanitario). I tre casi indagati, attraverso interviste ai direttori generali e analisi della documentazione aziendale, sono 2 grandi aziende metropolitane (ASL Roma 1 e ASL Città di Torino) e un'azienda provinciale che ha condotto un importante processo di riorganizzazione (APSS di Trento). Lo sviluppo delle figure di *middle manager* all'interno di queste aziende risponde all'esigenza di governare le grandi dimensioni aziendali e avvicinare le strategie aziendali alle azioni, attraverso il decentramento e la responsabilizzazione sia verticale (direttori di distretto e di dipartimento) sia orizzontale (trasversale per processi e percorsi di integrazione). Per garantire l'esercizio del ruolo sono previsti strumenti di programmazione e controllo, piani di sviluppo organizzativo e *project management*. Se il tema strutturale sembra consolidato, una questione altrettanto rilevante è quello della «dimensione progettuale umana». Tali ruoli si sentono

- ▶ più rappresentanti del nucleo operativo che gruppo dirigente e linea intermedia;
- ▶ tendono ad isolare il nucleo operativo dal vertice per conservare lo status quo (*custodial strategy*);
- ▶ accettano il ruolo più per convenienza che per aspirazioni da *leader*;

- la loro lealtà è verso pazienti e *stakeholder* esterni piuttosto che l'organizzazione.

È rilevante per le aziende sanitarie effettuare un investimento mirato sulla messa in contesto e l'*engagement* dei *middle manager* sia nel caso dei ruoli di linea verticale (ruoli «gestionali-strategici» finalizzati all'implementazione dei cambiamenti e a prendere decisioni «difficili»), sia nel caso di ruoli trasversali (ruoli «professionali-relazionali» finalizzati all'esercizio di una influenza sui professionisti per conseguire gli obiettivi di integrazione), sia nel caso dei ruoli di gestione delle piattaforme (a forte razionalità tecnica).

Il capitolo 11 identifica, attraverso un'indagine empirica che ha coinvolto le direzioni infermieristiche delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate italiane, i trend emergenti per la valorizzazione dei percorsi di carriera della professione infermieristica. Mentre nel recente passato molta attenzione è stata rivolta alla formalizzazione dei ruoli gestionali di natura mono-professionale (coordinamento e dirigenza), il dibattito attuale sulla trasformazione e sull'evoluzione del profilo dell'infermiere è concentrato prevalentemente sulla dimensione professionale (infermiere esperto e infermiere specialista). Nonostante il ruolo gestionale (coordinamento e – nel pubblico – posizione organizzativa) rappresenti il principale percorso di crescita della professione infermieristica, sono ormai diffuse forme di specializzazione in particolare nell'area dell'emergenza-urgenza e chirurgica, soprattutto nel privato accreditato. Per la valorizzazione della professionalità sono spesso utilizzati i medesimi istituti previsti per i ruoli gestionali, introducendo elementi confusivi nel percorso di carriera. Scarsa rimane ad oggi la presenza di infermieri in posizioni contendibili con altre figure professionali. Lo sforzo maggiore che la professione infermieristica è chiamata ad affrontare con riferimento a questo possibile fronte di sviluppo di carriera riguarda l'apertura a logiche e strumenti di tipo manageriale sempre più generali e lontani dai contenuti professionali di origine. I principali ruoli contendibili nei quali ad oggi gli infermieri sembrano maggiormente impegnati sono la gestione dei processi formativi, della qualità e del rischio clinico, in particolare nel privato. Nel pubblico sono presenti anche casi di assunzione di responsabilità più ampie come la direzione sociosanitaria delle ASL e la direzione di Distretto. La trasformazione del sistema di erogazione dei servizi e degli assetti organizzativi sembra, infine, rendere necessario un cambiamento nella dimensione quantitativa del rapporto tra professioni, con particolare riferimento alla composizione della forza lavoro (*skill mix*) tra infermieri e medici, analoga a quella presente in altri paesi europei.

Il capitolo 12 indaga le trasformazioni istituzionali delle aziende sanitarie pubbliche, e in particolare l'allargamento della rete di offerta e dei bacini di riferimento, hanno promosso lo sviluppo di progetti innovativi dedicati alla gestione

della transizione del paziente tra ospedale e territorio. Il capitolo analizza le esperienze più mature a livello aziendale delle cure di transizione (in inglese *Transitional care*, TC), indotte dai recenti processi di riforma regionali, per esplorare le soluzioni in fase di elaborazione e le implicazioni dal punto di vista del management aziendale e della presa in carico dell'utente. In questa direzione, la ricognizione della letteratura di settore sintetizza i quadri interpretativi e l'origine delle TC, collocandole nel solco dei servizi di *discharge management* e delle *integrated care*. Vengono analizzati quattro casi di TC, in tre regioni, Lombardia, Veneto e Toscana (Centro Servizi dell'ATS Città Metropolitana di Milano, Centrale Operativa Territoriale dell'ULSS 1 delle Dolomiti e dell'ULSS 8 Berica e l'Agenzia Continuità Ospedale Territorio dell'azienda ULSS Toscana Sud Est). Da questi esempi, si delineano alcuni elementi distintivi dei progetti di TC emergenti: sono focalizzati sui target di maggiore complessità clinico-assistenziale che implicano una complessità gestionale nelle transizioni tra *setting* e multidisciplinarietà; i servizi di TC rappresentano nuove funzioni aziendali, ancora in fase di definizione, ma che si collocano all'interno delle direzioni strategiche socio-sanitarie/sociali; richiedono nuovi modelli di *process management* che riguardano i processi erogativi primari; la loro attivazione ha un costo organizzativo e gestionale sebbene promuovano una razionalizzazione nell'utilizzo della filiera d'offerta; sono gestiti da team multidisciplinari. A differenza dei modelli di TC consolidati a livello internazionale, i casi osservati si orientano prioritariamente all'azienda (ai professionisti e alla funzione da cui dipendono): la gestione delle interdipendenze mostra quindi la necessità di un modello innovativo di presa in carico che sposti la responsabilità sul percorso dagli operatori all'azienda e, quindi, di promuovere integrare modelli di management «orizzontali».

Il capitolo 13 si pone l'obiettivo di verificare quanto il modello della Casa della Salute (o di strutture simili ma con diversa denominazione, CdS) sia diffuso nelle aziende sanitarie dei diversi SSR e con quali forme organizzative, responsabilità professionali e modelli di servizio. È stata quindi realizzata una *survey* nazionale, indirizzata alle aziende sanitarie locali. Su 166 CdS rispondenti (oltre la metà dell'universo stimato) la maggior parte è collocata in centri urbani medio-piccoli. Solo nel 13% dei casi la sede si trova in un centro urbano maggiore, come un capoluogo di Provincia o di Regione. Il 39% delle CdS ha origine da strutture ospedaliere riconvertite, confermando l'idea che il modello spesso nasca come risposta all'esigenza di preservare un presidio di salute per la comunità, in un contesto dove il piccolo ospedale non può essere mantenuto per problemi di bassa casistica e di specializzazione. Nelle valutazioni dei rispondenti sui risultati conseguiti dalla CdS risalta la percezione di aver migliorato la capacità di risposta agli utenti e comunità servite e un «certo distacco» dai temi tradizionali collegati all'ospedale (produttività, efficienza o appropriatezza). Inoltre, la compresenza di servizi e professionalità diverse all'interno

di un medesimo spazio sembra influenzare positivamente l'integrazione multi professionale e multi disciplinare. Uno dei temi di maggiore criticità sembra essere, invece, il reclutamento e il coinvolgimento dei MMG nelle attività della CdS. Nella quasi totalità dei modelli deliberati dalle regioni, il mix di servizi e professionalità integrati risulta simile e non si rilevano differenze geografiche rilevanti nelle realizzazioni aziendali. Altre variabili, quali la precedente destinazione delle strutture (solo il 7% delle strutture è stata costruita ex novo) o il contesto in cui è collocata (urbano o non urbano), giocano invece un ruolo di rilievo. Sono almeno due le questioni critiche per lo sviluppo del modello «atteso» di CdS, rispetto a quanto indicato negli indirizzi programmatori nazionali e regionale. Una riguarda lo sviluppo degli strumenti operativi a supporto della medicina d'iniziativa. Sebbene l'81% delle CdS dichiara di avere attivato progetti di sanità d'iniziativa, solo la metà delle CdS presenta flussi informativi dedicati e solo l'8% controlla l'aderenza ai percorsi attraverso indicatori. Anche per altri strumenti di gestione attiva della popolazione e dei rapporti con gli utenti, il grado di diffusione e il loro consolidamento rilevato nelle CdS appare insufficiente. La seconda riguarda la capacità delle CdS di interagire proattivamente nella comunità di riferimento coinvolgendo la popolazione e le diverse istituzioni che al territorio appartengono.

1.4.3 Innovazioni nelle politiche sanitarie

La successiva sezione del Rapporto analizza le innovazioni nelle politiche sanitarie, con particolare riferimento alla funzione di HTA e all'impatto dei Piani di Rientro Aziendali.

In particolare, il capitolo 14 ha come scopo quello di:

- ▶ fornire un quadro delle politiche farmaceutiche regionali (compartecipazioni alla spesa; forme alternative di distribuzione dei farmaci, ovvero distribuzione diretta – DD – e per conto – DPC; governo del comportamento prescrittivo; prontuari regionali; politiche sugli acquisti; rimborso dei farmaci ad alto costo usati in ambito ospedaliero);
- ▶ analizzare i trend della spesa farmaceutica regionale;
- ▶ valutare, nello specifico, l'impatto delle forme alternative di distribuzione dei farmaci, coprendo un gap di letteratura su tale tema.

Per l'analisi descrittiva delle politiche e dell'andamento della spesa, ci si è avvalsi dell'attività dell'Osservatorio Farmaci di raccolta sistematica delle iniziative regionali attivate nel corso degli anni e di elaborazioni di indicatori di spesa. Per la valutazione di impatto di DD e DPC si è fatto ricorso ad un modello di regressione su dati regionali panel ad effetti fissi (2012-2016). Il quadro che

emerge dall'analisi descrittiva è la persistente frammentazione della politica del farmaco in Italia: nel 2016 l'incidenza delle compartecipazioni sulla spesa lorda varia dall'8,7% in FVG al 20,8% in Valle d'Aosta; l'incidenza della spesa per farmaci in DD e DPC sulla spesa farmaceutica territoriale varia dal 31,9% in Abruzzo al 55,3% in Toscana (con un mix molto differenziato tra DD e DPC); nelle Regioni del Sud prevalgono azioni vincolanti sui medici attraverso quote prescrittive, mentre in alcune Regioni del Nord si stanno diffondendo logiche di governo basate sulla condivisione con i clinici di obiettivi prescrittivi. La differenziazione delle politiche regionali ha un razionale nell'adattamento ai contesti locali delle iniziative finalizzate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva, ma è meno accettabile nella misura in cui differenzia pesantemente modi e tempi di accesso dei farmaci. Con riferimento agli effetti di DD e DPC, emerge che l'adozione di forme alternative di distribuzione ha prodotto contenimento della spesa farmaceutica pubblica, ed i modelli misti (con incidenza di DD di almeno il 15% e di DPC di almeno il 5%) hanno impattato maggiormente. L'attivazione di DD e DPC ha quindi avuto un ruolo importante nel contenimento della spesa, ma i risultati mostrano come un mix delle due modalità sia preferibile ad una DD «pura». In ogni caso, il contenimento della spesa non dovrebbe essere il solo motore delle scelte in questo campo.

Il capitolo 15 analizza la gestione dell'innovazione tecnologica nel SSN. L'insediamento nel 2015 di una Cabina di Regia presso la Direzione Generale dei Farmaci e Dispositivi Medici del Ministero della Salute, con il coinvolgimento delle regioni, dell'Agenzia Italiana del Farmaco e dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) ha dato inizio al Programma Nazionale di HTA dei dispositivi medici. Si tratta di una rete coordinata da Age.Na.S. per l'utilizzo di strumenti di valutazione delle tecnologie in base a criteri di efficacia, sicurezza e costo-efficacia. Per promuovere il coinvolgimento attivo di organi istituzionali e *stakeholders*, la Cabina di Regia ha previsto tre specifici gruppi di lavoro focalizzati rispettivamente su: definizione delle raccomandazioni, metodi e monitoraggio del piano. Le attività del Gruppo di Lavoro 2 («Metodi, Formazione e Comunicazione») sono partite a marzo 2017, con l'intento di definire approcci e strumenti da applicare a una selezione di tecnologie su cui saranno formulate le prime raccomandazioni. Il CER GAS, insieme ad altre organizzazioni, è stato coinvolto a vari livelli in queste attività. L'obiettivo del capitolo è descrivere razionale, metodi e risultati attesi da questo team, rispetto a:

- 1) metodi, format e procedure di comunicazione;
- 2) disinvestimento e individuazione di tecnologie *cost-saving*;
- 3) processo di *appraisal* e coordinamento delle decisioni tra vari livelli;
- 4) integrazione delle valutazioni con le decisioni di acquisto e riorganizzazione dei percorsi per i pazienti;

5) integrazione delle valutazioni con i sistemi di tariffazione e codifica delle prestazioni.

Il Programma Nazionale HTA si va delineando come un sistema comprensivo, solido e strutturato che include elementi di monitoraggio, collegamento con politiche di acquisto e rimborsabilità e ispirazione a principi di inclusione, rappresentanza e condivisione degli obiettivi. Tutti questi aspetti sono indicatori importanti delle probabilità di successo del piano.

Il capitolo 16 ha lo scopo di definire il *framework* teorico di analisi delle esperienze di riorganizzazione degli acquisti in sanità, per valutarne le diverse declinazioni regionali e i relativi impatti, sia a livello di SSN sia di mercato. Il capitolo rappresenta il lavoro seminale dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti in Sanità (MASAN) del CERGAS-SDA Bocconi. Il capitolo si divide in 4 parti:

- (a) presentazione del *framework* di analisi;
- (b) presentazione delle prime evidenze empiriche;
- (c) analisi di 4 casi regionali;
- (d) discussione dei risultati e delle implicazioni di *policy*.

Al fine di iniziare a «popolare» il *framework* di analisi si è proceduto a una prima raccolta dati in modalità *desk* dalle informazioni disponibili online sui siti delle centrali di committenza/soggetti aggregatori regionali attivi negli acquisti in sanità. Oltre all'analisi *desk* si è proceduto ad analizzare quattro casi aziendali rappresentativi: Arca, ESTAR, Soresa, Regione Sicilia. La raccolta delle informazioni è avvenuta sotto forma di intervista con domande semi-strutturate.

Dall'analisi risulta che centralizzazione è consistita, prevalentemente, nel processo di aggregazione della funzione di acquisto, delegando a un soggetto unico l'attività amministrativa di gestione della gara. I dati quantitativi raccolti non permettono di valutare se questo processo abbia consentito effettivamente di aggregare la domanda in modo razionale. Emerge un'ampia diversità nelle soluzioni organizzative e istituzionali adottate dalle Regioni a dimostrazione che la definizione stessa della funzione acquisti sia frutto del contesto di riferimento e non sia, per certi versi, standardizzabile.

In futuro, anche a fronte dei processi di fusione aziendali, il tema non sarà più lo svolgimento di una procedura aggregata tra più aziende, quanto la riqualificazione delle centrali verso ruoli più strategici. La scelta del modello di centralizzazione deve essere coerente allo stadio di maturità del sistema e impone un forte *commitment* politico, da cui derivare opportune azioni di management.

1.4.4 Innovazioni gestionali e temi emergenti

Il capitolo 17 analizza i «Piani di Rientro Aziendali» per le Aziende Ospedaliere (AO), introdotti dal DM 21/06/2016. Il decreto ha introdotto almeno tre importanti novità: ha riportato in luce l'importanza delle performance delle singole aziende, dopo un lungo periodo di attenzione quasi esclusiva verso i SSR; ha introdotto una metodologia di «normalizzazione» dei ricavi che stabilisce una relazione più stretta con la sottostante produzione aziendale; ha previsto un sistema di soglie relative a volumi, qualità ed esiti delle cure, rendendo operativamente applicabile il principio secondo cui l'equilibrio aziendale e l'eventuale obbligo di «rientro» non devono limitarsi alla dimensione economico-finanziaria. Il capitolo propone innanzi tutto una mappatura delle AO assoggettate ai Piani: quelle indicate in alcuni documenti preparatori erano 53, mentre quelle normalmente individuate dalle relative regioni sono al momento 30, ma cinque regioni non vi hanno ancora provveduto. Successivamente, il capitolo presenta un'analisi delle performance economiche delle AO nel periodo 2012-15, utilizzando appunto la «normalizzazione» da Decreto per dare maggiore significatività ai dati di ricavo. Dall'analisi emerge un'amplissima e inattesa variabilità nei risultati economici delle diverse AO. Nei conti economici «ufficiali», la maggior parte delle aziende presenta risultati prossimi al pareggio: questo deriva in gran parte dall'assegnazione di contributi in conto esercizio regionali che, seppur contabilizzati come proventi, rappresentano almeno in parte dei veri e propri ripiani di perdite. Una volta «normalizzati» i ricavi da tali contributi, invece, tra le 95 AO: 44 presentano risultati economici nulli o positivi; 32 risultati negativi, e contenuti entro il 20% dei ricavi; 19 risultati negativi ed eccedenti il 20%. Significativamente, quasi tutte le aziende di quest'ultimo gruppo si concentrano nelle regioni che sono o sono state assoggettate a Piano di Rientro regionale. Tra le cause di questa variabilità, spicca il costo del personale dipendente, la cui incidenza sui ricavi varia significativamente tra le diverse AO: tra le 44 AO in equilibrio e le 19 in forte disavanzo, per esempio, c'è una differenza media di 23 punti percentuali (50 contro 73%). Quanto agli altri fattori produttivi, una certa variabilità presentano i servizi non sanitari e non, invece, il consumo di beni sanitari e non. Quanto agli indicatori patrimoniali, segnali relativamente positivi giungono dal rapporto di indebitamento, per l'effetto combinato di disavanzi progressivamente più contenuti e significativi provvedimenti di ripiano delle perdite pregresse. Estremamente critica, invece, è l'obsolescenza delle immobilizzazioni, che per i beni mobili ammortizzabili si è attestata mediamente al 83% nel quadriennio considerato.

L'ultima sezione del Rapporto analizza due temi che possono impattare in maniera rilevante l'innovazione dei processi gestionali delle aziende sanitarie: lo sviluppo della funzione di gestione operativa e l'applicazione della normativa anticorruzione.

Il capitolo 18 si focalizza sulla funzione di Gestione Operativa (GO). Si tratta dell'insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi delle aziende sanitarie attraverso l'utilizzo efficiente ed efficace dei fattori produttivi (ad es. sale operatorie, degenze, *slot* ambulatoriali, ecc.). Le pressioni allo sviluppo della GO si sono intensificate negli ultimi anni per via del decremento di risorse disponibili e per la conseguente necessità di ricercare l'efficienza nella gestione aziendale. Il capitolo si è posto l'obiettivo di analizzare se, a seguito di tali pressioni, la funzione di GO abbia trovato una strutturazione formale all'interno degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie del SSN.

È stato, quindi, effettuato un censimento della presenza, in forma strutturata, della funzione di GO nelle aziende sanitarie pubbliche attraverso l'analisi *desk* dei documenti di organizzazione rinvenibili nei siti web istituzionali. Su un totale di 193 siti analizzati, si registra che solo 30 aziende (circa il 16% del campione) hanno introdotto formalmente una funzione organizzativa dedicata all'*operations management*. Di queste, 21 si collocano in Lombardia, le cui linee guida regionali sugli assetti organizzativi suggeriscono alle Aziende a dotarsi di una funzione di «Gestione Operativa». La funzione di *operations management* può essere inquadrata come Unità Operativa, Funzione, Ufficio, Area Funzionale o meccanismi organizzativi (gruppi di lavoro, programma, ecc.). Tali configurazioni afferiscono tipicamente al Direttore Generale (15 casi) o al Direttore Sanitario (9 casi). Per quanto riguarda l'ambito di attività, emerge una netta prevalenza dell'*asset management* (100% dei casi) e della gestione logistica del paziente (90%); solo nel 37% dei casi si registra l'allocazione del *supply chain management*. Le funzioni di GO possono assumere una «responsabilità diretta» sulla programmazione e gestione dei processi e delle unità produttive e/o svolgere un'attività di «consulenza interna» (monitoraggio delle operazioni, coordinamento e al supporto di altre figure predisposte al governo i processi).

La spiegazione del ritardo accumulato dalle aziende nello sviluppare la funzione della gestione operativa può essere dovuta a diverse ragioni, tra le quali il blocco del *turn over* dell'area amministrativo-gestionale o la «diffusione» tra alcune professionalità sanitarie di «specifiche attività» della GO. Tuttavia, una crescente strutturazione sarà necessaria per garantire la ricomposizione di un universo frammentato di competenze, progetti e attività aziendali finalizzati al raggiungimento dell'efficienza dei processi produttivi. Nel prossimo futuro sarà necessario, inoltre, ricercare una più stretta connessione anche con le funzioni deputate al miglioramento di qualità, efficacia e appropriatezza in un'ottica di *value-based healthcare*.

Il capitolo 19 approfondisce i temi della corruzione nell'ambito del SSN e delle relative politiche di contrasto: sistematizza le definizioni di corruzione proposte dalla letteratura; ripercorre la normativa italiana, con particolare attenzione

dedicata alla L. 190/2012, che introduce in ogni ente pubblico un responsabile per la prevenzione della Corruzione (RPC); approfondisce la rilevanza del fenomeno corruttivo nell'attuale dibattito sulla legalità e l'efficienza del SSN, con una particolare attenzione all'ambito degli acquisti. Il capitolo raccoglie inoltre evidenze inedite sul profilo dei RPC, sull'implementazione della normativa anticorruzione e sui relativi effetti a livello organizzativo. I dati sono stati raccolti attraverso un questionario compilato dai RPC di 83 aziende sanitarie pubbliche italiane, corrispondenti al 41% del totale. Il 71% dei RPC ha un background giuridico o politologico; l'81% ha sempre lavorato nel settore pubblico. Come da normativa, i RPC sono in maggioranza direttori di struttura. In media, dedicano all'incarico il 32% del loro tempo lavorativo, focalizzandosi in primis sulla stesura dei documenti aziendali. La presenza di staff dedicato all'attività anticorruzione è segnalata solo nel 37% delle aziende e ciò limita, probabilmente, lo sviluppo delle attività a maggiore efficacia percepita come gli *audit* formalizzati e la formazione. I RPC percepiscono il proprio lavoro come utile in misura leggermente maggiore nelle regioni del Mezzogiorno (4,3/7 rispetto a 3,9/7 al Nord). Al Sud, tuttavia, il supporto percepito dal RPC da parte della Direzione aziendale diminuisce (3,1/7 rispetto a 3,8/7 al Nord), benché sia indicato come fattore chiave per svolgere efficacemente il proprio ruolo. In tutto il Paese, il ruolo del RPC è poco compreso dai professionisti amministrativi e soprattutto sanitari, sui quali gli stessi RPC rilevano un onere crescente in termini di adempimenti amministrativi. In termini di prospettive, appare fondamentale l'integrazione progressiva della funzione controlli, sia a livello di sistemi informativi, sia sul piano organizzativo, con l'unificazione del ruolo di RPC con quello di responsabile dell'*internal auditing* aziendale.

Bibliografia

- ARAN (2017), *Retribuzioni medie nella pubblica amministrazione*, disponibile online <http://www.aranagenzia.it/statistiche-e-pubblicazioni/dati-statistici.html>
- Banca d'Italia, (2015), I bilanci delle famiglie italiane nell'anno 2014, *Supplemento al bollettino statistico*, anno XXV, n. 64.
- ISTAT, (2017), *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia*, disponibile on line www.istat.it.
- Ministero della Salute (2017), Rapporto SDO 2016, disponibile on line <http://www.salute.gov.it>.
- Ragioneria Generale dello Stato (2015), *Le tendenze di medio-lungo termine del sistema pensionistico e sociosanitario*, Rapporto 16 (settembre 2015).