

1 Evidenze dal Rapporto OASI 2015 e prospettive future

di Clara Carbone e Francesco Longo

1.1 Premessa

Il capitolo propone un'interpretazione complessiva dei risultati del Rapporto OASI 2015, cercando di individuare i principali trend evolutivi del SSN e del settore sanitario italiano, alla luce delle evidenze disponibili.

Lo sforzo di interpretazione complessiva sulle dinamiche del SSN è frutto di una discussione tra i docenti e ricercatori di SDA e CERGAS Bocconi che hanno contribuito all'elaborazione del Rapporto OASI 2015: a partire dalla presentazione e discussione dei risultati dei singoli capitoli, sono state sviluppate alcune chiavi di lettura sintetico-interpretative.

I principali trend evolutivi del SSN e del settore sanitario italiano sono raggruppati nei seguenti blocchi logici, che costituiscono anche i titoli dei paragrafi: le determinanti della sostenibilità del SSN (par. 1.2); gli impatti sulle aziende erogatrici (1.3) e sui loro bilanci (1.4); le reazioni dei *policy maker* regionali (1.5); il management del SSN (1.6).

L'ultimo paragrafo (1.7) presenta la struttura del volume e i contenuti essenziali (*abstract*) dei singoli capitoli del Rapporto OASI 2015 in termini di obiettivi, metodi e principali risultati.

1.2 Il SSN al settimo anno di blocco della spesa

La spesa sanitaria pubblica tra il 2009 e il 2014 ha registrato un aumento medio annuo pari ad appena lo 0,7%, consolidando un trend opposto al quinquennio precedente alla crisi economica (2003-2008), quando i livelli di crescita erano attorno al 6% annuo. Gli stessi annunciati aumenti di finanziamento con il Patto per la Salute, d'intesa tra Stato e regioni, sono stati sistematicamente cancellati con manovre legislative immediatamente suc-

cessive¹. In una stagione di taglio della spesa pubblica accompagnata da politiche che cercano di salvaguardare la capacità di spesa delle famiglie, la sanità pubblica sarà sempre uno dei settori svantaggiati, soprattutto nel confronto con gli altri due grandi comparti di spesa pubblica, la scuola e la previdenza, che sono le principali alternative da cui si possono potenzialmente attingere risorse. La sanità, del resto, è il settore a più alto tasso di esternalizzazione della spesa pubblica: circa il 35% del fondo sanitario nazionale è destinato all'acquisto di prestazioni presso soggetti accreditati o convenzionati. Al contrario, le pensioni rappresentano un immediato trasferimento di cassa alle famiglie e la spesa per la scuola è quasi interamente costituita da stipendi di dipendenti pubblici. Dal punto di vista politico, risulta relativamente più sostenibile incidere sulle quote del fondo sanitario nazionale trasferite a terze economie, rispetto ai salari dei dipendenti pubblici o a consolidati trasferimenti monetari alle famiglie. Sarebbe utile alla comprensione collettiva e alla rilevanza del dibattito porre la questione come appena esposta, eliminando la vacua retorica del "taglio agli sprechi", che molto occulta e poco spiega.

Questo duro scenario economico-finanziario non ha impedito al SSN di consolidare il raggiunto equilibrio di bilancio, oramai arrivato al suo terzo esercizio, a riprova di una robusta capacità di governo e di contenimento di ogni possibile incremento di spesa. Un SSN in equilibrio economico-finanziario, anche per una semplice legge statistica, presenta tutti i sistemi sanitari regionali in equilibrio (con le sole eccezioni di Sardegna e Molise, fortunatamente di scarso impatto complessivo a causa della loro quantitativamente modesta popolazione). Non esistono più Regioni con gravi disavanzi; al contrario, alcune delle Regioni storicamente in deficit (Lazio, Campania e Sicilia) si trovano oggi con un leggero avanzo di amministrazione annuale, che utilizzano per contribuire a saldare debiti pregressi.

Il quadro epidemiologico di questi ultimi anni non è certo migliorato, sia per l'invecchiamento della popolazione, sia per le conseguenze sociali della crisi economica, sia per il crescente aumento delle disuguaglianze sociali presenti. Alcuni stili di vita sono peggiorati, in particolar modo nelle classi sociali più svantaggiate e al Sud. Ad esempio, secondo gli ultimi dati rilevati dal WHO, il 23% degli italiani sopra i 20 anni è obeso e il 33,2% non svolge sufficiente attività fisica (cfr. capitolo 2 del Rapporto). Allo stesso modo, le innovazioni tecnologiche propongono attrezzature, *device* e farmaci sempre più avanzati e inevitabilmente più costosi. Eppure il SSN è riuscito a mantenere stabile il suo livello di spesa, senza produrre più alcun deficit.

Non ci sono evidenze a favore di un aumento dei consumi sanitari pagati di-

¹ In particolare, la riduzione al Fondo Sanitario Nazionale di 2,3 miliardi di euro a partire dal 2015 approvata dalla Conferenza Stato-Regioni del 2 luglio 2015 e in via di recepimento attraverso il c.d. "Decreto Enti Locali".

rettamente dai cittadini, che, proprio a causa della crisi, sono rimasti pressoché invariati negli anni. Il SSN copre, nel 2014, il 78% dei consumi sanitari del paese, percentuale sostanzialmente stabile rispetto l'anno precedente.

La mancata crescita della spesa è stata ottenuta mantenendo e rafforzando progressivamente rigidi budget per singoli fattori produttivi, che sono stati centralmente pianificati e il cui rigoroso controllo è stato affidato alle singole regioni, incentivate dall'onere di dover pagare direttamente ogni eventuale deficit sanitario con un aumento automatico delle loro aliquote fiscali. Quanto questo blocco del naturale trend di crescita della spesa è stato ottenuto tramite la razionalizzazione dei processi produttivi e quanto tramite il razionamento dei livelli qualitativi o quantitativi di servizi?

Purtroppo non ci sono a disposizione dati così chiari e univoci per rispondere in maniera *evidence-based* a questa domanda, che è cruciale per giudicare la salute del SSN e la salute che riesce a garantire il SSN.

È però fisiologico attendersi che al prolungarsi del periodo di rigido contenimento della spesa (siamo al settimo anno) le leve disponibili per la razionalizzazione tendano ad esaurire i loro effetti positivi; e che, al contrario, risultino crescenti le manovre di razionamento, per rispondere alla crescente pressione dei bisogni o delle innovazioni tecniche più costose a fronte di un livello di finanziamento immutato. Infatti, molti indicatori sui livelli di appropriatezza complessiva del SSN (es. ricoveri evitabili per patologie croniche) risultano tra i migliori nei confronti internazionali, comprimendo gli spazi per significativi ulteriori miglioramenti.

Molte regioni, verso fine anno, sospendono o rallentano l'erogazione di alcune prestazioni sanitarie. Nelle strutture pubbliche, il fenomeno è dovuto ai rigidi tetti sui *medical device* che aggrava il cronico *shortage* di personale, soprattutto nelle regioni in piano di rientro (cfr. capitolo 10 del Rapporto 2014). Sul versante degli erogatori privati accreditati, che rappresentano il 30% circa della capacità di offerta ospedaliera del SSN e il 53% se consideriamo il numero delle strutture territoriali, emerge il vincolo sempre più stringente dei budget. Negli ultimi anni, i soggetti privati accreditati esauriscono i budget a contratto utilizzando circa tre quarti della loro capacità produttiva. Tali vincoli alle attività sanitarie rendono molto difficoltosa la riduzione delle liste d'attesa. Queste ultime sono cresciute per ricoveri programmati di pazienti che non si trovano in immediato pericolo di vita (cfr. capitolo 3). Le liste di attesa sono tra i motivi che maggiormente spingono i pazienti ad uscire dal sistema pubblico di salute per gli accertamenti e per le visite specialistiche, ragione indicata come predominante nella scelta della struttura rispettivamente dal 33% e 23,2% di chi ricorre a prestazioni in solvenza². In Italia, il 40% delle visite specialistiche sono pagate direttamente dai cittadini, così come il 49% delle prestazioni di riabilitazione e il 23% degli accertamenti diagnostici.

² Dati ISTAT. Il motivo principale di ricorso all'*out-of-pocket* resta comunque la fiducia nella struttura o nel professionista (citato dal 53,1% degli intervistati per gli accertamenti e dal 65% per le visite).

La spesa *out-of-pocket* della famiglie, come già accennato, non è cresciuta significativamente negli ultimi anni, ma rappresenta un mercato ormai consolidato e un'incognita riguardo all'equità del sistema sanitario. I consumi sanitari privati, infatti, appaiono principalmente correlati al livello di reddito di un territorio: non compensano la scarsa capacità di risposta ai bisogni di alcuni sistemi sanitari regionali. Di conseguenza, abbiamo meno consumi privati proprio nelle regioni con i servizi pubblici più deboli. Tale fenomeno si riflette nei segnali statistici che indicano pericoli o presenza di fenomeni di *undertreatment*. Una quota non trascurabile di cittadini dichiara dei bisogni sanitari insoddisfatti perché i trattamenti sono troppo costosi o perché vi sono liste di attesa troppo lunghe: secondo le rilevazioni ISTAT, il fenomeno tocca 7,5 intervistati su 100 con riferimento alle visite specialistiche e 4,7 su 100 con riferimento agli accertamenti; al Sud, tali valori salgono, rispettivamente a 10,5 e 6,9 su 100 intervistati; tra le persone che dichiarano difficoltà economiche, a 12,1 e 7,8 su 100 intervistati.

Pur in questo quadro di lento indebolimento dei livelli di protezione complessivi, rimane alta la soddisfazione espressa dei cittadini sulle prestazioni ricevute dal SSN, prossima, sempre secondo l'ISTAT, a un punteggio di 8/10, con leggere variazioni in base all'area geografica e al tipo di prestazione richiesta; si riscontrano solo lievi scostamenti rispetto alle prestazioni ricevute in regime di solvenza (cfr. capitolo 3 del Rapporto). Al di là della qualità delle cure ricevute da chi riesce ad accedere al sistema, il tema dell'equità viene affrontato solo a livello superficiale nell'opinione pubblica e in maniera marginale nelle discussioni tecniche, dove prevale il tema della lotta alle inefficienze. Ciò conferma, tra l'altro, che le attuali *policy* stanno godendo di una narrativa politica favorevole ed efficace.

1.3 Gli impatti sulle aziende erogatrici

Le politiche degli ultimi anni hanno generato alcune profonde trasformazioni nei processi produttivi, sia delle aziende pubbliche, sia delle aziende private.

Il rigido blocco delle assunzioni, che nelle otto regioni in piano di rientro significa non sostituire neppure il fisiologico *turn over* per quiescenza, sommato alla rilevante diminuzione di ogni forma contrattuale atipica o precaria, ha generato molte conseguenze.

L'età media dei dipendenti del SSN è di 50 anni, in aumento di un anno ogni due anni. L'età media dei dipendenti del SSN è di circa 50 anni, in aumento di un anno ogni due anni. Il 62% dei MMG, nel 2012, aveva conseguito la laurea da 27 anni o più; tale percentuale, nel 1998, era pari al 12% (cfr. capitolo 3 del Rapporto). Pur in mancanza di dati solidi e strutturati, molte aziende sanitarie si trovano ad avere tra il 15 e il 30% dei dipendenti con mansioni ridotte e/o che beneficino della legge 104, il che comporta una significativa riduzione del potenziale produttivo, oltre che il pericolo di un deterioramento complessivo del clima

aziendale per i differenziali di produttività ottenibili dalle diverse categorie di lavoratori nella stessa azienda (cfr. cap. 11 del presente Rapporto e cap. 15 Rapporto OASI 2013).

Il contenimento della spesa per il personale, in particolare con il blocco della dinamica stipendiale, ha determinato per la prima volta che la spesa per beni e servizi (33%) abbia superato quella del personale del SSN (31%), mostrando un sistema di aziende in cui la quota del “*buy*” è superiore a quella del “*make*”, anche per rispondere all'impossibilità di sostituire il *turn over*.

L'impossibilità per le aziende pubbliche del SSN di manovrare la leva del personale determina una lenta modifica del mix dei profili professionali nel SSN, senza che essa sia consapevolmente disegnata. L'età media dei medici è decisamente più alta di quella delle professioni sanitarie. Continuando la politica di blocco del *turn over*, progressivamente stiamo aggiustando implicitamente il rapporto tra il numero dei medici e il numero dei dipendenti riconducibili alle professioni sanitarie a favore di questi ultimi, in controtendenza rispetto a un SSN che, nel confronto con gli altri paesi sviluppati, storicamente vedeva meno personale infermieristico rispetto ai medici attivi (cfr. cap 2 del presente Rapporto). Al proposito, in assenza di politiche esplicite sul mix di personale necessario o programmato, la crescente percezione di *shortage* dei medici potrebbe indurre una reazione istantanea, poco analizzata e ponderata, di nuovo aumento del numero dei medici del SSN. A tale riguardo, riteniamo utile sottolineare la necessità di definire una politica esplicita, correlata con le strategie di evoluzione dei servizi desiderata. Se si desidera arrivare alla concentrazione delle casistiche, per aumentare la *clinical competence*, l'aumento del numero dei medici può risultare incoerente. Allo stesso modo, l'attuale prevalere di pazienti di LTC e con patologie croniche determina una fisiologica inversione tra il mix di fabbisogno assistenziale e quello clinico. In altri termini, abbiamo la fortuna di essere davanti a una finestra di opportunità rispetto alle politiche del personale, grazie alle pesanti politiche di contenimento condotte negli ultimi anni: dobbiamo definirne una, coerente alla strategia dei servizi e degli *skill mix* che intendiamo attuare.

Le politiche di contenimento sono state particolarmente dure sul lato delle risorse per gli investimenti e per il rinnovo infrastrutturale e tecnologico, proprio per cercare di salvaguardare il più possibile i livelli storici di spesa corrente. Questo ha determinato, oltre ad una decrescita progressiva della spesa annua per investimenti da parte delle aziende del SSN, un robusto aumento della quota autofinanziata, con una media del 40% sul totale, pur con l'onere di dover ammortizzare gli investimenti al 100% in un anno (cfr. capitolo 9 OASI 2013). Le aziende del Sud dimostrano minore capacità imprenditoriale sul piano amministrativo e minore solidità economico-finanziaria, non riuscendo a finanziare quote di investimenti e quindi riducendo ancora più significativamente i medesimi. Questo determina un aumento dell'obsolescenza media del parco tecnologi-

co del SSN, che è oggi pari al 75% relativamente al periodo 2008-13 (cfr. cap. 15 del presente Rapporto).

Per ovviare a questo gap di risorse per investimenti, le regioni più forti hanno utilizzato estensivamente forme di partnership pubblico privato (PPP). La metà dei grandi investimenti di rinnovo o sviluppo infrastrutturale ospedaliero nel SSN sono avvenuti con PPP. Queste ultime hanno avuto il merito di riuscire rapidamente a raggiungere gli obiettivi infrastrutturali. Hanno richiesto però un esborso finanziario eccessivo in confronto al ricorso ordinario al credito e hanno determinato contratti di servizio per funzioni non *core* dal pesante strascico negativo: costi eccessivi, scarsa flessibilità, scarsa marginalità per gli erogatori dei servizi che quindi hanno difficoltà a rivedere i contratti per soddisfare le esigenze emergenti delle aziende sanitarie pubbliche. Forse, alcune lezioni sono state apprese, come la necessità di definire PPP con oggetti più definiti e di assicurare un migliore interscambio informativo tra le parti. Tuttavia, il tempo impiegato dal SSN a stratificare queste competenze è stato eccessivo per un sistema che dovrebbe essere integrato e apprendere rapidamente dai contesti regionali. Anche in questo caso è mancata una rete di centri di competenza, che fungesse da accumulatore e diffusore di esperienze e saperi tecnici in maniera organica e strutturata per conto del SSN.

La spesa per il settore privato accreditato, pari pari a circa un quinto della spesa del SSN, è in diminuzione dall'inizio della crisi economico-finanziaria, sia attraverso una contrazione dei budget riconosciuti al singolo produttore, sia con un taglio delle tariffe, che impone quindi un aumento della produzione, e quindi dei costi, per raggiungere lo stesso target di finanziamento pubblico. Il perdurare di questa situazione ha reso esplicite le sofferenze economico-finanziarie dei soggetti con minore sostenibilità, che si sono osservate soprattutto nell'ambito delle strutture no profit di ispirazione religiosa e non (citiamo alcuni casi giunti all'onore delle cronache: S. Raffaele di Milano, IDI, FBF di Roma, Fondazione Maugeri, ecc.). Questo ha consolidato la tendenza al *take over* da parte di soggetti profit, molti dei quali impegnati in processi di consolidamento industriale, che sta progressivamente trasformando l'arena competitiva del settore. Questo processo è tutt'altro che concluso e verrà sospinto dal perdurare della necessità di robuste politiche di contenimento della spesa che ulteriormente discriminerà sull'economicità di molti produttori. Nuovi investitori finanziari si stanno affacciando al settore, attratti dal momentaneo calo del prezzo degli asset, rendendo ancora più variegata la platea degli attori nel settore sanitario.

1.4 Un progresso irrisolto

L'analisi dei bilanci pubblici di tutte le aziende del SSN presentato nel cap. 15 conferma l'equilibrio di bilancio raggiunto dalla maggior parte delle aziende del

SSN: questo è sicuramente un dato di grande conforto. All'opposto, l'analisi dello stato patrimoniale del SSN presenta molte criticità, in parte dovute a difficoltà tecniche di rilevazione, in parte all'obsolescenza delle tecnologie, in parte ai disavanzi pregressi non ancora del tutto contabilizzati e finanziati.

Nel complesso, il SSN registra al 31/12/2013 perdite cumulate per 33,7 Mld di euro, di cui 21,3 Mld sono garantiti da un impegno di copertura dello Stato. I rimanenti 12,4 Mld sono coperti contabilmente dalle Regioni con mezzi propri per un ammontare pari al 70%. Tuttavia, in alcuni contesti regionali, le risorse del fondo sanitario sono state spese per altri settori, ed ora dovrebbero essere restituite alla disponibilità dell'Assessorato alla sanità, ma attraverso incerti finanziamenti di ristoro. In ogni caso vi sono ancora quasi 4 Mld non coperti. Queste preoccupazioni sono confermate dai livelli di liquidità che rimangono deboli e dai tempi di pagamento medi dei fornitori che risultano contabilmente ancora elevati: nelle aziende ospedaliere delle regioni non sottoposte a PdR si arriva a 170 giorni, a 354 nelle regioni in PdR; per le ASL, invece, i tempi medi di pagamento dei fornitori sono di 140 giorni nelle regioni senza piani di rientro e di 242 giorni nelle regioni in PdR. La relativa sofferenza finanziaria, a fronte di pareggi di parte corrente, conferma il sospetto che alcuni disavanzi pregressi non abbiano trovato ancora piena copertura finanziaria o addirittura economica. Questo continua ad essere una "zavorra" per le aziende del SSN, che hanno difficoltà a proiettarsi nel futuro, soprattutto nelle regioni in piano di rientro, perché ancora appesantite da debiti pregressi, che obbligano a concentrare molti degli sforzi amministrativi e gestionali sul passato. Una ulteriore conferma arriva dall'analisi della solidità patrimoniale contabilmente dichiarata che, pur nell'alea delle interpretazioni possibili, formalmente registra spesso indebitamenti superiori del 60% dell'attivo patrimoniale. Ci si augura che il terzo anno di seguito di attivo di bilancio del SSN dia al regolatore garanzie sufficienti per finanziare i disavanzi pregressi, le cui responsabilità amministrative, gestionali e istituzionali sono ormai lontane, per poter godere dello spazio di agibilità finanziaria che l'SSN si è guadagnato in questi ultimi faticosissimi anni di consolidamento di un profilo di robusta sostenibilità economica.

1.5 Le reazioni dei *policy maker* regionali

Nel quadro economico-finanziario presentato, i *policy maker* regionali sono perfettamente consapevoli che a fronte di risorse stabili e bisogni crescenti debbono riorganizzare i propri servizi sanitari, per cercare di contrastare l'alternativa inevitabile del razionamento dei servizi e la conseguente riduzione dei tassi di copertura quali o quantitativa dei bisogni.

La riorganizzazione è stata lanciata o implementata quasi contestualmente, nel-

lo spazio di 12 mesi, da Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Toscana, Veneto, Lazio e Piemonte, per citare le Regioni più rilevanti e con le iniziative di *policy* più marcate. Quali tipi di riorganizzazioni si sono decise, potendo distinguere tra innovazioni istituzionali, di strutture organizzative, di geografia dei servizi, di processi erogativi?

Le innovazioni decise sono quasi esclusivamente dei primi due tipi, ovvero quelle di natura “weberiana”, basate sull’ipotesi implicita che una modifica degli assetti istituzionali o delle strutture organizzative possa determinare un’evoluzione virtuosa dei processi produttivi ed erogativi. Deboli o assenti sono state le ultime due tipologie di innovazioni, quelle sulla geografia dei servizi o sulla trasformazione dei processi produttivi.

Nel dettaglio, le trasformazioni istituzionali (cfr. cap. 7 del presente Rapporto) sono state prevalentemente orientate da tre tensioni:

- ▶ ri-accorpamento istituzionale tra aziende ospedaliere e aziende USL in un’unica azienda integrata nella speranza che questo possa favorire processi di integrazione tra ospedale e territorio; ciò è previsto in Friuli Venezia Giulia, Lombardia, nel Lazio con l’accorpamento tra l’ASL Roma E e l’AO S. Filippo Neri; inoltre, con l’istituzione del dipartimento di coordinamento tra aziende ospedaliere e AUSL in Toscana, dove non si è riusciti a realizzare vere e proprie aziende integrate;
- ▶ accorpamento di aziende per ottenere dimensioni rilevanti; è il caso della fusione delle 4 AUSL della Romagna in un’unica azienda con 12.000 dipendenti; in Toscana, della riduzione a 3 AUSL; in Veneto, dell’annunciata riduzione da 21 a 7 ULSS; in Friuli Venezia Giulia, dell’accorpamento tra ASS Isontina e della Bassa Friulana; in Lombardia, della fusione tra AO S. Carlo e AO S. Paolo, tra FBF e Sacco; nel Lazio, delle fusioni tra le ASL della provincia di Roma;
- ▶ creazione di forti agenzie regionali per la centralizzazione degli acquisti: ARCA e agenzia dei controlli per la Lombardia, ESTAV unica in Toscana, Azienda Zero in Veneto, Agenzia per la centralizzazione in Friuli Venezia Giulia, ecc.

Le modifiche delle strutture organizzative hanno riguardato una significativa riduzione delle strutture organizzative complesse e semplici e correlata diminuzione dei dipartimenti di coordinamento. A titolo esemplificativo possiamo citare come la Regione Lazio abbia ridotto del 38% le unità operative complesse e la Regione Piemonte di circa il 30%. Ciò è stato possibile anche grazie all’età media molto avanzata dei dirigenti di struttura complessa che, pensionati o vicini alla quiescenza, semplicemente non sono stati sostituiti; le loro unità operative sono state accorpate ad altre.

Questo profondo e rilevante processo di trasformazione istituzionale e organizzativo ha attraversato quasi tutto il SSN e avrà dei costi di aggiustamento molto alti e prolungati nel tempo, in quanto la messa a regime di un nuovo assetto istituzionale richiede dai 2 ai 4 anni, prima che un'azienda sia di nuovo in grado di concentrare le proprie energie sull'innovazione dei servizi. Ciò che sorprende è l'assoluta mancanza di riflessione sulle finalità dell'innovazione, l'assenza di ogni studio sulle soluzioni adottate e le alternative possibili, l'inesistenza di valutazioni costo/beneficio di queste trasformazioni istituzionali, la percezione di una sottovalutazione dei tempi e dei costi di ripermimetrazione aziendale. Sicuramente questa ingegneria istituzionale impedirà nel breve periodo di occuparsi della modifica della geografia dei servizi per allinearli il più rapidamente possibile all'epidemiologia emergente. Allo stesso modo, distrarrà dalla possibilità di investire sulla reingegnerizzazione dei processi produttivi e clinici che devono riorientarsi alla cronicità, all'orizzontalità, alle interdipendenze tra unità operative. La classica reazione weberiana ha il vantaggio di essere una reazione riorganizzativa apparentemente rapida, che si scrive e legifera in un orizzonte temporale di mesi, che formalmente è comunicabile al mercato politico in modo diretto e con tappe amministrative precisamente scandite e verificabili. Un approccio alternativo, più interessato al portafoglio e ai contenuti dei servizi, ai processi produttivi ed erogativi, richiede un orizzonte temporale più lungo, uno sviluppo di nuove competenze e professionalità, l'attivazione di complessi processi di accompagnamento e l'inevitabile registrarsi di qualche fallimento o ritardo attuativo. In realtà è un processo più veloce e diretto della via weberiana, che, dopo il rapido successo sul mercato politico, richiede anni prima di andare a regime per creare le condizioni di contorno, con le quali si possano poi avviare progettualità significative per l'evoluzione dei servizi e dei processi produttivi.

A conferma di questa difficoltà del SSN a lavorare sulle innovazioni di processo, nel rapporto OASI 2015 si trovano quattro interessanti ricerche sui punti unici di accesso (cap. 12), sull'area a pagamento nelle aziende pubbliche (cap. 9), sui processi di erogazione delle prestazioni per *outpatients* (cap. 10) e sui dipartimenti di prevenzione (cap.13). Il primo dimostra come, pur osservata la necessità di ridurre la frammentazione nell'accesso ai servizi soprattutto per anziani fragili e pazienti cronici, quando si passa alla dimensione attuativa, mancano idee precise sui target, sui contenuti di servizio, sui format dei medesimi e sulle competenze professionali da sviluppare. Allo stesso modo, lo sviluppo dell'area a pagamento delle aziende pubbliche potrebbe essere un rilevante integratore delle attività SSN con quelle finanziate direttamente dalle famiglie; si pensi all'ambito delle patologie croniche, considerando la frequenza delle visite ambulatoriali private (40% del totale), il cui esito potrebbe essere utilmente valorizzato in un percorso complessivo che integri spesa pubblica e privata. Anche in questo caso, alle aziende pubbliche del SSN manca soprattutto una messa a fuo-

co di quale sia l'obiettivo principale di un eventuale sviluppo della loro area a pagamento (reddito per i professionisti, reddito per l'azienda, "moralizzazione" del mercato, integrazione tra attività pubblica e privata). La mancata riflessione sulle finalità impedisce un congruo e significativo sviluppo quali/quantitativo di ogni attività aziendale, mancandone un orizzonte di senso condiviso attorno al quale coalizzare le energie organizzative disponibili. Anche sul fronte della gestione delle piastre ambulatoriali le aziende sono chiamate oggi ad avere una visione strategica: da un lato, esigenze di efficienza nell'utilizzo delle risorse che richiedono uno spostamento dell'attività specialistica e terapeutica da regime di ricovero ordinario ad altri a minor consumo di risorse (stante le possibilità tecniche e tecnologiche di questo passaggio); dall'altro, fabbisogni di presa in carico efficaci richiedono all'azienda di ragionare in termini sistemici sulla riprogettazione dell'offerta di servizi (ad esempio, target, politiche di prodotto, comunicazione e miglioramento dell'accessibilità, ecc). Anche i dipartimenti di prevenzione, dopo anni di ricercata autonomia e divisionalizzazione, sentono il bisogno di integrarsi con il resto dell'azienda. I loro processi produttivi appaiono però scarsamente integrati internamente e quindi di difficile coordinamento con il resto dell'azienda.

Questi temi, come lo sviluppo dei modelli di *disease management* per la cronicità, la concentrazione delle casistiche per raggiungere i volumi necessari per la *clinical competence*, lo sviluppo di servizi di supporto alle famiglie per la gestione della LTC dovrebbero essere in agenda da subito per innovare il SSN. Se invece l'agenda viene focalizzata sulla modifica dei perimetri aziendali, difficilmente si potrà assistere a innovazioni di processo e di servizio nel breve periodo. Il SSN ha dimostrato negli ultimi anni una buona se non ottima capacità di governo e di raggiungimento degli obiettivi (prevalentemente finanziari) definiti: dobbiamo dibattere di più e meglio su quali debbano essere le priorità alla luce delle evidenze disponibili, a partire da quelle presenti in questo Rapporto.

1.6 Il management del SSN

Al top management del SSN vengono assegnati sempre più aspettative e compiti in un campo d'azione sempre più stretto e con vincoli sempre più stringenti.

In molti casi il top management è l'esecutore materiale delle politiche di contenimento dei costi per singolo fattore produttivo, le cui azioni più impopolari sono assegnate spesso a valle del sistema, nel rapporto con i dipendenti, con le imprese di farmaci e *medical device*, con il privato accreditato e con i fornitori di servizi di supporto. Molte delle politiche di contenimento devono essere concretamente eseguite a livello locale (es. rinegoziazione al ribasso dei contratti in

essere con i fornitori o rimodulazione in riduzione dei contratti con i soggetti privati accreditati) e vedono protagonisti il top management, senza rilevanti spazi di manovra, ma con il dovere di riuscire a chiudere questi processi apparentemente di mera applicazione formale di norme amministrative, che nei fatti sono invece veri e propri processi negoziali, non essendo sempre il quadro normativo alle spalle solido e robusto. D'altra parte, sempre come conseguenza delle politiche di contenimento dei finanziamenti, il top management si trova a definire budget sempre più stringenti per molti fattori produttivi critici, dovendo definire severe politiche di individuazione delle priorità. Si pensi alla riduzione del personale nelle regioni in piano di rientro, che ha comportato la diminuzione delle "teste" presenti nelle aziende fino al 15%, oppure al budget introdotto per la spesa per *medical device*. In entrambi i casi la direzione aziendale deve decidere come allocare o riallocare le risorse sempre più scarse tra le varie unità operative o tra le varie patologie. In altri casi, l'azienda non ha compiti attuativi, ma deve gestire gli effetti delle politiche nazionali o regionali nei confronti del personale o dei fornitori. Si pensi al proposito al blocco dei salari dei dipendenti, che ovviamente non richiede nessuna azione esecutiva alle aziende, ma che ha pesanti riflessi sul clima organizzativo, sul livello motivazionale e sulla fedeltà aziendale. Al management pubblico viene costantemente chiesto di sostenere e gestire gli *stakeholder* interni ed esterni, cercando di diffondere un orizzonte interpretativo delle pesanti ricadute subite, capace di mantenere vivo il senso di appartenenza al SSN e il livello motivazionale dei professionisti, dei fornitori e dei portatori di interessi diffusi. In sintesi, negli ultimi anni al management aziendale abbiamo chiesto di agire contestualmente come esecutore di alcuni processi di razionamento, come ri-allocatore di risorse e definitore di priorità di servizio e come gestore del pesante clima di "economia di crisi" in cui si trova il SSN. Come si evince, il suo ruolo è rilevante e decisivo, pur in un clima di apparente scarso riconoscimento istituzionale e di spazi di manovra sempre meno ampi.

Al proposito vi sono state alcune criticità rilevanti, che vanno sottolineate e che rendono il compito del vertice istituzionale sempre più stringente e sfidante, dovendo contemperare esigenze sempre più contraddittorie tra di loro.

La prima criticità è il processo di pesante ri-burocrazia in corso, frutto della reazione ad alcuni episodi di corruzione emerse in diverse pubbliche amministrazioni del paese. L'applicazione congiunta delle nuove procedure per la trasparenza ha reso il flusso amministrativo di nuovo molto farraginoso, lento e ridondante, probabilmente a livello simile se non peggiore del periodo pre-aziendalizzazione.

La seconda criticità è l'allungamento dei tempi per l'esecuzione delle procedure di acquisizione dei servizi dovute ai processi di accentramento dei medesimi, all'inserimento della procedura dell'Agenzia anti-corruzione e alla spinta a scegliere procedure di gare sempre più pesantemente formalizzate, anche laddo-

ve non necessarie secondo la legislazione vigente, che viene però scavalcata dal clima di sospetto e diffidenza presente, invitando a seguire sempre la procedura più formalizzata e tutelante.

La terza criticità è la crescita di precarietà dei mandati dei direttori generali a causa degli annunciati o deliberati processi di riforma istituzionale regionale, che delegittima l'azione del management in carica dal momento stesso in cui si apre il dibattito su una possibile riforma regionale o accorpamento di aziende.

La quarta criticità è la costante diminuzione dei salari dei manager pubblici del SSN, impropriamente accostati ai costi della politica, che ha reso oggi praticamente impossibile la mobilità inter-regionale del management, essendo arrivati ad offrire ai direttori sanitari o amministrativi anche solo 90.000 euro lordi all'anno, senza nessun sostegno alla loro eventuale mobilità. Al proposito, possiamo oggi tranquillamente affermare che a pari livelli di complessità aziendale il management sanitario privato italiano guadagna circa il doppio del management sanitario pubblico; il secondo però registra maggiori livelli di precarietà contrattuale e una maggiore difficoltà gestionale dovendo contemperare sia esigenze di razionalità economica che di razionalità politica.

All'interno di questo quadro di grandi complessità al top management pubblico del SSN vengono oggi poste due sfide rilevanti.

Da un lato i manager devono ridisegnare le strutture organizzative con rilevanti tagli nel numero delle unità operative complesse e semplici e nel numero dei dipartimenti e dei distretti. Le più recenti esperienze mostrano come oggi venga richiesto di disegnare, negoziare e deliberare questi ridisegni organizzativi in pochissimo tempo (anche solo due/tre mesi), da un lato per il senso di urgenza che si assegna a questi cambiamenti, dall'altro perché si ritiene che questo sia il modo più efficace per gestire lo *stakeholder* management. Non esiste quindi il tempo per studi analitici o riflessioni costi/benefici sulle diverse alternative possibili. Viene chiesto di agire alla luce dei dati immediatamente disponibili, dell'intuizione manageriale personale e dei vincoli posti dai regolatori regionali.

La seconda grande sfida è quella di gestire i processi di fusione aziendale, di trasformazione delle *mission*, di ripensamento di strategie di servizio più orizzontali e coerenti ai processi di cura delle malattie croniche. Questa stagione è agli esordi e contiene delle grandi ambivalenze per il ruolo del management. Da un lato ci si aspetta processi di fusione rapidi, quando sappiamo che la messa a regime di un disegno di trasformazione istituzionale profondo richiede tre-quattro anni. Dall'altro, l'assenza di dibattito sulle finalità, sulle soluzioni, sulle strategie dei processi di fusione aziendale apre un grande spazio di autonomia e opportunità per il management. Queste opportunità sono in parte comprese dalle criticità sopra descritte (riburocratizzazione, precarietà dei mandati, delegittimazione istituzionale e salariale), dall'ansia di ottenere risparmi di breve

periodo, dall'indisponibilità di risorse anche minime per gestire i processi di trasformazione istituzionale (formazione, consulenze, innesto di poche professionalità mirate). L'auspicio è che queste contraddizioni siano rese sempre più evidenti al *policy maker*, in modo che possa ridare agio ad un ruolo cruciale nel SSN, il top management, a cui assegniamo costantemente molte aspettative e molteplici compiti, ma a cui restringiamo sempre più il campo di gioco. Non servono necessariamente risorse finanziariamente aggiuntive, ma maggiori spazi di agibilità e legittimazione istituzionale.

1.7 La struttura e i principali contenuti dei capitoli del Rapporto

1.7.1 Quadro di riferimento: il sistema sanitario e socio-sanitario

La prima parte del Rapporto è finalizzata ad offrire un quadro di riferimento sul sistema sanitario e socio-sanitario italiano.

Il capitolo 2 analizza, in ottica comparativa, i sistemi sanitari dei principali Paesi dell'Unione Europea, del Nord America e del raggruppamento BRICs (Brasile, Russia, India e Cina). Attraverso la presentazione e discussione di una selezione di indicatori frequentemente utilizzati in letteratura e nell'analisi statistica, vengono esplorati quattro blocchi logici: spesa sanitaria, stato di salute della popolazione, struttura dell'offerta e bisogni di salute non soddisfatti.

Le evidenze emerse propongono diversi spunti di riflessione.

- ▶ La crescita media della spesa sanitaria totale pro capite nell'ultimo triennio è prossima allo zero; Paesi con sistemi vicini al mercato mostrano un aumento della spesa su Pil maggiore di quelli con assicurazione pubblica o con servizio sanitario nazionale.
- ▶ Ad ogni punto percentuale aggiuntivo di copertura pubblica della spesa sanitaria corrisponde una riduzione del 2,5% della mortalità negli adulti, mentre la mortalità è più elevata laddove la spesa out-of-pocket è maggiore.
- ▶ La dotazione di posti letto è diminuita in tutti i Paesi; si nota una forte disomogeneità in termini di ripartizione dei posti letto tra acuti e *long-term care*.
- ▶ Si riscontra una certa eterogeneità nell'accesso al medico di base, in parte spiegabile da fattori culturali e dalla presenza di diversi meccanismi di pagamento dei MMG (*fee-for-service* vs salario).
- ▶ L'Italia è uno dei Paesi con la proporzione maggiore di parti cesarei, anche se si nota una progressiva diminuzione negli anni. Se si guarda invece ad un'altra *proxy* dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, le ospedalizzazioni per condizioni croniche, l'Italia è il Paese con il tasso minore.
- ▶ L'aumento dei bisogni sanitari insoddisfatti è particolarmente rilevante, so-

prattutto se si considera che il nostro è già tra i primi Paesi per percentuale di popolazione che si percepisce come *undertreated*. Il fenomeno riguarda più marcatamente le classi meno abbienti.

I successivi capitoli (dal 3 al 6) approfondiscono le caratteristiche del SSN e del sistema sanitario complessivo (includendo anche i consumi sanitari privati), presentando dati di attività, di spesa e di risultato.

In particolare, il capitolo 3 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; sono integrate con alcune evidenze riguardanti il livello percepito di qualità del nostro SSN, tratte da studi condotti dall'ISTAT tra 2013 e il 2014.

Con riferimento agli assetti istituzionali, prosegue una graduale tendenza all'accorpamento delle Aziende, ulteriormente rafforzata dai processi di riordino degli SSR in corso tra 2015 e 2016 (Lombardia, Toscana, Lazio).

La dotazione strutturale del SSN ha evidenziato, anno dopo anno e fino al 2014, una contrazione in termini di numero di PL. Tale contrazione si è verificata esclusivamente nei PL per ricoveri ordinari (-40% rispetto al 1997), mentre nello stesso periodo i PL per ricoveri diurni sono leggermente aumentati (+6%). Il personale impiegato dal SSN appare invece stabilizzato nel numero, con un costante aumento del peso della componente sanitaria e medica.

Le attività di ricovero (dimissioni) hanno registrato un significativo calo tra 2001 e 2014 (-24%), in coerenza con il trend strutturale; nello stesso periodo la degenza media è rimasta pressoché costante. Inoltre, dal 2009 i tassi di ricovero inappropriati sono fortemente diminuiti, con una consistente riduzione registrata negli ultimi dodici mesi ed una sostanziale convergenza tra Centro-Nord e Mezzogiorno. In relazione ai ricoveri ordinari acuti, permangono però significativi divari interregionali nei tassi di ospedalizzazione, associati a differenziali nel *case mix* oltre che nella struttura dell'offerta ospedaliera e territoriale.

Per quanto riguarda i bisogni, i livelli di soddisfazione restano elevati senza scostamenti significativi tra prestazioni ricevute in regime SSN e *out-of-pocket*. Tra i principali motivi che possono spingere i pazienti ad uscire dal sistema pubblico di salute ci sono i tempi d'attesa: in questo campo si sono verificati vari aumenti, per lo più registrati per prestazioni relative a bisogni di salute meno urgenti.

Il capitolo 4 evidenzia un aumento della spesa sanitaria corrente a carico del SSN pari all'1,1% rispetto al 2013, attestandosi così su un valore di circa 114,1 miliardi di euro. L'armonizzazione della modalità di rendicontazione delle risor-

se aggiuntive da addizionali regionali d'imposta fa emergere, come già per il 2012 e il 2013, un avanzo contabile di sistema. La spesa privata aumenta anch'essa, facendo registrare una variazione del +3,5% rispetto all'esercizio precedente. La spesa pubblica pro-capite varia sensibilmente tra le Regioni, passando dai 2.274 euro della P.A. di Bolzano ai 1.687 euro della Campania. Con riferimento alla composizione, la spesa per acquisto di beni e servizi e la spesa per il personale rappresentano complessivamente il 62,8% del totale. La spesa per il personale è in calo dello 0,8%, consolidando un trend che si protrae ormai da quattro anni. La spesa per acquisti di beni e servizi cresce, invece, del 3,4%. Tra le altre voci di spesa, si segnala la diminuzione della farmaceutica convenzionata (-2,9%) e l'aumento dell'altra assistenza convenzionata (+1,7%), mentre rimangono invariate l'ospedaliera accreditata e la medicina generale convenzionata.

Il capitolo 5 analizza la rilevanza degli erogatori privati accreditati, focalizzando l'analisi su quattro principali blocchi logici: la spesa, la struttura, l'attività e l'appropriatezza.

Per quanto riguarda la spesa, quella per prestazioni private accreditate rappresenta circa il 19% della spesa complessiva del SSN, in aumento del 22% rispetto al 2005, soprattutto per effetto della crescita della specialistica e dell'assistenza territoriale accreditate.

Analizzando la dotazione strutturale, gli erogatori privati accreditati detengono complessivamente, pur persistendo forti differenze interregionali, circa il 30% dei PL complessivi del SSN. Tuttavia, solo l'11% delle strutture accreditate supera i 200 PL complessivi, mentre più del 60% ha una dotazione inferiore ai 60 PL. L'aspetto dimensionale è stato recentemente disciplinato dal legislatore prevedendo una soglia di accreditabilità per cui le Regioni non possono più sottoscrivere accordi con strutture dotate di meno di 40 PL per acuti. Qualora la dotazione di PL sia invece compresa tra 40 e 60, sono favoriti i processi di fusione e riconversione da ultimare entro settembre 2016. Alla luce delle analisi effettuate, circa il 20% delle strutture accreditate dovrebbe essere esclusa dalla rete di offerta SSN già a partire da quest'anno.

I ricoveri privati accreditati contribuiscono complessivamente per il 25% dell'offerta di prestazioni di ricovero del SSN, con una crescita di 2 punti percentuali nell'ultimo lustro ed un peso prevalente nell'attività per lungodegenza e riabilitazione. Analizzando la quota dei soli ricoveri classificabili come "alta specialità", si rileva un'incidenza superiore nel privato accreditato, pari al 7,4%, rispetto al pubblico (6%).

Per quanto concerne l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, infine, l'analisi di alcuni degli indicatori individuati nel Patto della salute 2010-2012 ha mostrato performance complessivamente migliori per gli erogatori accreditati per quanto riguarda sia la degenza media preoperatoria che la percentuale di ricoveri medici brevi.

Il capitolo 6 ha uno scopo di natura essenzialmente conoscitiva e fornisce un aggiornamento e un approfondimento del lavoro di esplorazione dei consumi sanitari privati avviato dagli autori nei rapporti precedenti. Attraverso l'integrazione di più fonti informative, la spesa sanitaria privata è osservata nelle sue relazioni con le principali variabili macroeconomiche, nella composizione interna (beni e servizi), nella distribuzione geografica e nelle abitudini di spesa delle diverse tipologie di consumatori.

A livello aggregato i dati confermano come a una stabilizzazione della spesa sanitaria pubblica non abbia corrisposto una crescita della spesa sanitaria privata, la quale sembra essere più ancorata alle dinamiche del PIL che non a quelle dell'offerta pubblica. In questo quadro, i ticket hanno comunque raddoppiato il loro peso sull'insieme della spesa privata e sembrano avere prodotto un effetto di spiazzamento di ammontare equivalente sugli altri consumi sanitari privati.

Per come la spesa sanitaria privata è distribuita e per l'entità dei differenziali che l'analisi evidenzia, il confronto tra Regioni continua, da una parte, a smentire le visioni semplificate che legano la spesa privata alla qualità dei sistemi e, dall'altra, a rendere ancora più complesso il problema di come assicurare un livello di omogeneità nell'accesso ai servizi sanitari coerente con il permanere di uno stato unitario. E' opportuno però distinguere tra beni e servizi, dove i primi presentano minori differenze interregionali in termini di spesa sanitaria privata pro capite. Anche le diverse prestazioni possono essere collocate in un continuum ideale tra prevalenza dei consumi onerosi (riabilitazione) e prevalenza dei consumi pubblici (ricoveri).

Infine, l'analisi per tipologie di consumatori evidenzia come il consumo di servizi sanitari finanziati privatamente sia un fenomeno nella sua complessità difficilmente catturabile da categorie generali e come variabili demografiche e sociali influenzino i consumi e gli sforzi richiesti ai bilanci famigliari per sopportarne l'onere.

1.7.2 Assetti istituzionali e combinazioni economiche

Le successive parti del Rapporto («Assetti istituzionali e combinazioni economiche») sono dedicate alle aziende sanitarie e alle sfide gestionali che esse stanno affrontando.

In particolare, il capitolo 7 analizza i rilevanti processi di aggregazione di aziende sanitarie che hanno caratterizzato di recente il SSN del nostro Paese. Nell'ultimo decennio, l'effetto di concentrazione e di aumento delle dimensioni medie ha iniziato a prendere il sopravvento, riducendo il numero delle aziende di circa un quinto (da 330 aziende del 2001 a 244 nel 2015). Fusioni e «cooperazioni istituzionalmente rafforzate» non sono, tuttavia, rintracciabili solo in un quadro di riassetto regionale complessivo: in molti casi sono avvenuti in scenari più locali

a dimostrazione di un convincimento crescente che l'allargamento dei perimetri aziendali e la ricerca delle sinergie siano strade quasi obbligate.

Il capitolo intende, a partire dalla ricognizione della letteratura e da quanto effettivamente avvenuto, riflettere sulle dimensioni rilevanti che possono influenzare i processi di cooperazione e fusione attraverso l'analisi di un caso aziendale emblematico per attualità, dimensioni e marcata identità territoriale delle ex aziende (AUSL della Romagna). Nel SSN la comune appartenenza al «gruppo pubblico» avrebbe dovuto favorire lo sviluppo delle cooperazioni interaziendali, in ragione dell'assenza di una vera competizione di mercato, della comunanza valoriale nelle culture organizzative, della possibilità di sviluppare anche soluzioni di cooperazione a somma zero, guidate dalla ricerca della soddisfazione delle attese dei portatori di interessi, prima ancora che dai risultati economico-finanziari o di altra natura fisico-tecnica. Tuttavia, per quanto si è osservato negli anni, nel SSN le cooperazioni spontanee, le concentrazioni per volontà endogene, sembrano essere fenomeni molto rari o limitati ad aspetti puntuali di piccola dimensione. Al contrario, le concentrazioni sono avvenute quasi esclusivamente per imposizione esogena, per scelta politico-tecnica dei SSR e sono state, nella maggior parte dei casi, più subite e accettate dalle aziende sanitarie che attivamente ricercate. I processi di fusione sono una parte rilevante dello scenario della sanità italiana, ma i quadri concettuali che li avrebbero dovuti guidare, o almeno giustificare, nella maggior parte dei casi, non sono stati esplicitati (così come gli obiettivi e i risultati che si intendevano conseguire). Il capitolo, in conclusione, propone una riflessione su alcune aree di attenzione che, se opportunamente considerate, possano aiutare management e aziende ad affrontare i processi di fusione e i progetti di cooperazione interaziendale.

Il capitolo 8 indaga in che modo il PPP (qui e in seguito inteso come concessione di costruzione e gestione) impatti sull'attuazione delle politiche sanitarie e, in particolare, sulla possibilità di ridisegnare la dotazione infrastrutturale coerentemente ai bisogni di medio - lungo periodo. La ricerca ha adottato un *mixed method*: dopo un'analisi quantitativa descrittiva, ha condotto un carotaggio qualitativo di casi rappresentativi a livello regionale e aziendale.

Negli ultimi dieci anni, la metà dei posti letto dei nuovi ospedali realizzati in Italia è collegabile a PPP. Si tratta di quasi 9.000 PL in 19 nuovi stabilimenti, concentrati in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana, su scala nazionale pari al 5,4% della dotazione ospedaliera pubblica (2014). Tra i punti di forza propri del PPP emersi dall'analisi qualitativa, si rilevano: la possibilità di accedere al finanziamento più rapidamente rispetto ai contributi pubblici e, di norma, più agevolmente rispetto all'accensione di mutui; gli incentivi del concessionario a completare la costruzione nei tempi prefissati, facilitando l'attuazione di processi di trasformazione strategica complessi; i legami tra la costruzione e la gestione di alcuni servizi, in particolare gestione energetica e di manutenzione, che attraverso

so importi annuali forfettari, incentivano la costruzione di edifici di buona qualità; la possibilità di “blindare” nel lungo periodo il livello di sostituzione e di sviluppo tecnologico prefissati. Tra le criticità emergono: la relativa onerosità delle iniziative di PPP, sia per il costo del capitale, sia per la concentrazione del settore; la gestione spesso ultraventennale dei contratti di servizio, rigidi rispetto al dinamismo settoriale e spesso carenti nel garantire unitarietà nella gestione dell’ospedale. In definitiva, il PPP può costituire un efficace strumento di politica sanitaria, ma è essenziale che il SSN si doti di meccanismi per raccogliere, accumulare e rendere fruibili le competenze maturate a livello regionale e locale.

Il capitolo 9 nasce con l’intento di «verificare lo stato dell’arte» della libera professione del nostro Paese. Si tratta della necessità di appurare se alcuni cambiamenti che stanno attraversando il sistema non stiano anche modificando - insieme alla operatività - priorità e problemi nella gestione della libera professione. Il capitolo fornisce un inquadramento iniziale del fenomeno nei suoi meccanismi di fondo e nella sua evoluzione normativa, per poi concentrarsi su tre realtà aziendali: l’AO Niguarda – Ca’ Granda di Milano, l’AOU di Careggi di Firenze e il Policlinico Gemelli di Roma. Per ciascun caso sono state condotte interviste ai vertici strategici e ai responsabili della libera professione.

I casi mostrano situazioni molto differenziate sia per condizioni di contesto sia per politiche e orientamenti, esplicitamente o implicitamente adottati dalle aziende. Tutto ciò contribuisce a spiegare il differente peso che le attività a pagamento hanno sui fatturati complessivi (dal 2,7% di Niguarda al 7,4% del Gemelli). Si osserva comunque una comune tendenza a ridefinire i rapporti con i professionisti nell’ambito delle attività rivolte al mercato con l’affermazione di un ruolo più deciso dell’azienda. In questa prospettiva, sono identificabili alcune aree di criticità comuni quali: la formulazione delle tariffe, l’esistenza di categorie diverse di professionisti in relazione ai potenziali di mercato, la gestione della logistica con particolare riferimento alla questione di una maggiore o minore separazione (fisica e operativa) delle diverse attività.

L’analisi sottolinea come un elemento fondamentale sia rappresentato dalle ragioni per cui aziende pubbliche e non profit dovrebbero sviluppare attività rivolte al mercato a pagamento. Il «perché» è una questione determinante, ma non facile da affrontare in quanto rischia di mettere in crisi semplicistiche e diffuse retoriche che guardano solo alle finalità astratte, senza porsi il problema di come le finalità stesse possano essere conseguite, contemperando al meglio i fini con le concrete condizioni nelle quali questi debbano essere perseguiti.

Il capitolo 10 analizza come, alla luce del mutamento del quadro epidemiologico, tecnologico e della situazione economico-politica (Patto per la Salute 2014-2016), il sistema stia puntando a sviluppare l’offerta delle prestazioni sanitarie per *outpatient* (cioè in un *setting* ambulatoriale) per ricercare forme di erogazio-

ne più appropriate ed efficienti dal punto di vista organizzativo. La sfida, per le aziende sanitarie, è riformulare i modelli di gestione degli *outpatient* finalizzandoli verso lo sviluppo progressivo di nuovi percorsi sia all'interno degli ospedali sia presso strutture ambulatoriali extra-ospedaliere, in aggiunta alle semplici prestazioni ambulatoriali «*one-shot*». Tenendo in considerazione i dati di contesto e i quadri istituzionali alquanto eterogenei che caratterizzano l'area della specialistica ambulatoriale nelle regioni del nostro Paese, il capitolo si pone l'obiettivo di analizzare e interpretare le scelte di riprogettazione organizzativa delle prestazioni SSN per gli *outpatient* in un campione selezionato di aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, mettendo a confronto: i) la struttura organizzativa e le responsabilità sulla gestione della piastra ambulatoriale; ii) le politiche di prodotto/servizio adottate dall'azienda; iii) la tipologia e gli aspetti contrattuali relativi al personale; iv) le scelte relative all'accessibilità; v) l'utilizzo della leva della comunicazione. Questa prima analisi denota una forte eterogeneità dei modelli di funzionamento, organizzativi e operativi adottati dalle diverse aziende. Tuttavia, tutte le aziende indagate stanno cercando – pur partendo da livelli diversi dovuti anche alla storia passata delle stesse – di migliorare il percorso del paziente ambulatoriale e la gestione degli *asset* produttivi attraverso la sperimentazione di pratiche gestionali innovative. In generale, sul fronte della gestione delle piastre ambulatoriali le aziende sono chiamate oggi ad avere una visione strategica: da un lato, esigenze di efficienza nell'utilizzo delle risorse che richiedono uno spostamento dell'attività specialistica e terapeutica da regime di ricovero ordinario ad altri a minor consumo di risorse (stanti le possibilità tecniche e tecnologiche di questo passaggio); dall'altro, fabbisogni di presa in carico efficaci richiedono all'azienda di ragionare in termini sistemici sulla riprogettazione dell'offerta di servizi (ad esempio, target, politiche di prodotto, comunicazione e miglioramento dell'accessibilità, ecc).

1.7.3 Organizzazione

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

Il capitolo 11 presenta i primi risultati di un programma di ricerca che raccoglie informazioni quantitative e qualitative sul fenomeno delle inidoneità lavorative nelle aziende sanitarie pubbliche. Nello specifico, si presentano i risultati relativi all'Umbria, con dati raccolti presso le quattro aziende del SSR e studi di caso svolti presso due di esse.

Le inidoneità lavorative rilevate dal medico competente nell'attività di sorveglianza sanitaria hanno importanti conseguenze sull'organizzazione delle aziende del SSN e sono destinate a diventare centrali per il loro funzionamento, con-

siderati i limiti al turnover attivi in tante Regioni e l'invecchiamento degli organici. Nonostante tale rilevanza, non sono disponibili né informazioni sistematiche e confrontabili, né analisi economico-aziendali capaci di verificare se e come l'azione manageriale può contribuire a gestire le inidoneità.

Le inidoneità riguardano il 12% dei lavoratori, pur escludendo quelle poi risolte per "guarigione" (da una malattia o dalla gravidanza) e le "idoneità parziali con prescrizioni" (ad esempio la necessità di utilizzare i guanti a causa di allergie). Il 47% delle inidoneità riguardano la movimentazione manuale dei carichi (ad esempio sollevamento pazienti) e il 20% le posture incongrue. Limitazioni diffuse riguardano anche lavoro notturno e reperibilità (12%). La relazione tra prevalenza delle limitazioni ed età dei lavoratori è forte, passando dal 4% dei 25-29enni al 24% dei 60-64enni. La prevalenza è del 15% tra le donne, del 10% tra gli uomini. Infine, la più alta prevalenza (23%) riguarda le categorie A, B, Bs e C di ruolo sanitario o tecnico di area sanitaria (che comprendono OSS, OTA, ecc.). I due studi di caso mostrano differenze con riguardo a collocazione organizzativa e grado di coinvolgimento del medico competente, al ricorso a medici specialisti, all'utilizzo dei diversi possibili giudizi per la sorveglianza sanitaria, ecc.

Il capitolo 12 affronta il tema dell'accesso e della selezione degli utenti nel settore sociosanitario, oggi particolarmente strategico alla luce dell'evoluzione dei bisogni della popolazione (in particolare anziana) e dei fattori istituzionali e ambientali che orientano sempre più il sistema verso iniziative di intermedie care. Numerose aziende sanitarie hanno affrontato tali criticità ipotizzando dei modelli di Punti Unici di Accesso (PUA), con l'obiettivo di creare dei gate unificati capaci di governare i flussi e i meccanismi di selezione dell'utenza. Ad oggi, numerosi servizi di questo tipo sono stati attivati nella maggior parte delle regioni italiane: al di là degli aspetti organizzativi e delle caratteristiche dei servizi, quali sono i reali meccanismi di funzionamento nei diversi casi? Il capitolo cerca di rispondere a questa domanda attraverso l'analisi di casi studio tratti da tre regioni italiane (Emilia Romagna, Lombardia e Toscana), sviluppati confrontando le dimensioni strategiche di funzionamento dei PUA proposte, ovvero: target di utenza a cui si rivolge; modalità di segnalazione degli utenti; funzioni assegnate; assetto istituzionale; rapporti con gli erogatori dei servizi assistenziali. I principali elementi che emergono dall'analisi comparativa riguardano il forte grado di eterogeneità delle soluzioni adottate dalle singole aziende, anche nella stessa regione. Questo sembra essere esito di una evoluzione organizzativa ancora in divenire, oltre che di una stratificazione di soluzioni preesistenti che sembra enfatizzare ulteriormente la frammentazione piuttosto che promuovere una ricomposizione dei sistemi esistenti. Il capitolo propone alcune lezioni per il futuro dei PUA: l'obiettivo di agevolare la ricomposizione può essere raggiunto solo in presenza di una visione strategica chiara

ed in particolare quando si individua in modo preciso un target di utenza al quale rivolgersi, includendo esplicitamente il governo di tutta la filiera dei servizi pubblici, anche superando i confini istituzionali e promuovendo così integrazione intersettoriale.

Il capitolo 13 propone un'analisi dei Dipartimenti di Prevenzione (DP), che riuniscono all'interno delle Aziende Sanitarie Locali tutti i servizi sanitari e le funzioni attinenti alla Sanità Pubblica. Tuttavia, non sembra ancora raggiunto un livello accettabile di integrazione funzionale all'interno delle ASL tra due aree: quella dei servizi a domanda individuale e quella dei servizi "collettivi", questi ultimi rappresentati dall'attività svolta dai DP. Sinora, l'attenzione degli studiosi di management si è concentrata sull'area dei servizi a domanda individuale; perciò, il capitolo si propone di: i) ricostruire il quadro normativo e istituzionale nel quale operano i DP nel SSN e nei SSR; ii) fornire una riflessione sui livelli potenziali ed effettivi di integrazione del DP al suo interno e nel sistema aziendale nel quale è inserito (direzione strategica e altre funzioni aziendali); iii) identificare le percezioni degli attori rilevanti del DP rispetto al mantenimento dell'attuale modello istituzionale e organizzativo del dipartimento o una sua de-integrazione rispetto alle ASL. La ricerca ha previsto un'analisi di casi: le AUSL di Bologna e Modena in Regione Emilia Romagna; le ASL di Rieti, Roma D e Roma E in Regione Lazio; le ASL di Taranto e Barletta-Andria-Trani in Regione Puglia. La ricerca fa emergere che l'esercizio di funzioni a valenza autoritativa è diventato solo una parte del funzionamento del DP; l'integrazione con gli altri servizi aziendali è circoscritta all'attività di promozione degli stili di vita mentre nella metà dei casi gli screening oncologici sono coordinati da UO esterne al DP. La quasi totalità degli intervistati ritiene, inoltre, che l'integrazione del DP nelle ASL sia indispensabile. La concreta evoluzione del DP per raggiungere maggiori gradi di integrazione all'interno dell'ASL è la seguente: i) accompagnare le competenze di sanità pubblica con conoscenze manageriali come marketing, comunicazione, project management; ii) riconsiderare la forma organizzativa dipartimentale, che potrebbe essere ostacolo a forme di integrazione innovative per progetti o programmi trasversali; iii) collegata al punto precedente, una riflessione sulle fusioni aziendali che possono condurre ancora di più a forme di "autonomizzazione" dei DP dovute alla ricerca di economie di scala.

Il capitolo 14 indaga le organizzazioni nelle quali agli infermieri sono stati attribuiti ruoli e responsabilità innovative. Negli ultimi decenni il Sistema Sanitario italiano è stato attraversato da grandi trasformazioni: il passaggio dall'acuzie alla cronicità, dalla mono alla pluripatologia, il forte incremento quantitativo e qualitativo del fabbisogno assistenziale, le spinte al contenimento delle risorse economico-finanziarie esigono tutti un cambiamento carico di forti implicazioni

organizzative e professionali che mettono in discussione i diversi “saperi” per ricercare una risposta coordinata ai bisogni di ogni individuo. È stata condotta un’analisi documentale dei Piani Sanitari Regionali sia un approfondimento di alcune esperienze rilevanti. Sono state identificate quattro aziende sanitarie della Regione Lazio, che ha fatto della presa in carico del cittadino paziente e del coordinamento multiprofessionale uno dei cardini della propria politica sanitaria. Gli strumenti di ricerca sono stati l’intervista semi strutturata sul campo, i *focus group* condotti in Regione con consiglieri provinciali Ipasvi e con un campione di attori del sistema, tra i quali alcuni pazienti.

I casi devono essere letti secondo due dimensioni:

- ▶ la presenza di “degenze” a gestione infermieristica, ancorché non completamente codificata;
- ▶ la gestione di processi complessi e interdisciplinari di presa in carico multidimensionale.

I ruoli decisionali incontrati nei casi evidenziano la distinzione tra contenuti tecnico professionali – principio della specializzazione (infermiere clinico e infermiere care manager) – e contenuti di coordinamento e integrazione – presa in carico, gestione del percorso assistenziale e gestione di risorse (infermiere case manager, *bed manager*, infermiere coordinatore e direttore di struttura).

La presenza di soluzioni innovative pone una sfida per la politica di tutela della salute: verificare la validità delle esperienze pilota e attivare specifiche azioni per la loro generalizzazione, in applicazione del principio della sperimentazione attiva, euristica, diffusiva e generalizzabile.

1.7.4 Sistemi gestionali

L’ultima sezione del Rapporto analizza i sistemi gestionali del SSN e delle aziende sanitarie, con particolare riferimento alla situazione economico-finanziaria delle aziende pubbliche, al *population health management* e alla funzione di HTA.

Il capitolo 15 analizza la situazione economica, patrimoniale e finanziaria del SSN. Tradizionalmente tale analisi si è concentrata sui soli conti economici, con la tendenza a focalizzarsi sempre più sui consolidati regionali. Il conto economico, tuttavia, non può da solo rappresentare compiutamente gli equilibri aziendali. Inoltre, malgrado i processi di responsabilizzazione finanziaria delle regioni e di accentramento regionale, il SSN (e ciascun SSR) rimane un sistema di aziende. Il capitolo propone quindi un’analisi dei bilanci aziendali in termini di redditività (equilibrio economico), ma anche di solidità e liquidità, utilizzando a tal

fine i modelli ministeriali SP e CE per tutte le aziende sanitarie pubbliche nel periodo 2008-13.

L'analisi è stata sviluppata procedendo alla riclassificazione dei dati di conto economico e stato patrimoniale secondo schemi proposti nel capitolo stesso. Gli indici così calcolati sono stati analizzati nel loro trend temporale e interaziendale distinguendo tra ASL e AO, regioni in Piano di Rientro e non.

Per quanto riguarda l'equilibrio economico, l'analisi evidenzia una situazione di diffuso equilibrio tra le aziende non assoggettate a PdR. Emerge, inoltre, un chiaro recupero da parte delle aziende assoggettate a PdR le quali, seppur spesso non raggiungendo ancora il pareggio, hanno mediamente ridotto il divario con le prime, anche grazie a politiche di contenimento più stringenti relativamente sia ai costi per la produzione affidata all'esterno (farmaceutica convenzionata e acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati), sia ai costi del personale. Tra le aziende in PdR, il percorso di risanamento appare più sistematico nelle ASL che nelle AO. Molto più difficili restano invece, almeno fino al 2013, le condizioni di solidità e di liquidità delle aziende, con rapporti di indebitamento molto elevati (tra 60 e 80%, con le ASL in PdR in cui l'indice supera il 100%), quote rilevanti di attivo fisso netto coperte da indebitamento anziché, come ipotizzabile, da contributi in conto capitale (che coprono circa il 60% delle immobilizzazioni), tassi di obsolescenza delle immobilizzazioni materiali (diverse dai fabbricati) superiori all'80%, passività a breve in eccedenza rispetto alle attività a breve, tempi di pagamento dei fornitori molto lunghi.

Il capitolo 16 esplora i principali contenuti del dibattito sul *Population Health Management* (PHM), con l'obiettivo di analizzare e confrontare le esperienze italiane che si collocano in questo solco, esplicitando gli indirizzi di policy che emergono e le implicazioni manageriali per le aziende.

La ricerca è stata condotta in tre fasi che riflettono l'organizzazione del capitolo. La prima fase è stata caratterizzata da una revisione della letteratura, funzionale all'individuazione dei nodi centrali e alla formulazione di un modello teorico di comparazione delle esperienze nazionali, basato sull'individuazione di un set di variabili operative. Nella seconda fase di ricerca è stato realizzato un censimento nazionale che ha rilevato le progettualità sviluppate sia a livello regionale che aziendale; i risultati sono stati discussi da un *expert panel group*. Le esperienze censite fanno riferimento alle Regioni Veneto, Emilia Romagna, Lombardia e Toscana e ad alcune delle loro aziende sanitarie: dai CREG lombardi all'adozione veneta del modello ACG (*adjusted clinical group*) e ai profili di cura emiliano romagnoli. Tutte queste esperienze rientrano nel PHM nella misura in cui fanno saltare le forme di rilevazione e di rendicontazione della produzione per silos verticali e le aggregano orizzontalmente per coorti di pazienti omogenee. Il capitolo si conclude con alcune riflessioni sull'evoluzione dei

processi di governo clinico. Il percorso evolutivo, sviluppato in alcuni casi a partire dal livello aziendale che funge da *pilot*, in altri promosso direttamente dalle regioni, ha conosciuto in tempi recenti forme di consolidamento attraverso l'introduzione di strumenti di analisi della domanda e di segmentazione dei bisogni e la formulazione di specifici algoritmi di identificazione delle coorti dei pazienti assistiti e dei loro modelli di consumo, letti in modo retrospettivo. Si tratta di un percorso irreversibile che modifica i contenuti e le modalità di dialogo tra comunità amministrativa e comunità medica, promuove sforzi per avvicinare i percorsi agiti con i PDTA codificati su scala aziendale o regionale, incentiva le dinamiche allocative per colmare le aree di *undertreatment* riducendo quelle di *overtreatment*.

Il capitolo 17, infine, indaga la funzione dell'Health Technology Assessment (HTA) nelle aziende sanitarie italiane. L'HTA è stato promosso come strumento di indirizzo dei processi decisionali nel SSN all'interno del Patto per la Salute 2014-2016. Con questo termine si fa riferimento all'uso sistematico delle evidenze cliniche, economiche, etiche, organizzative e sociali a supporto della gestione delle tecnologie sanitarie. Nel capitolo si mappa l'evoluzione delle attività di HTA a livello ospedaliero in Italia e si presenta un disegno di HTA nazionale che tenga conto dei vari attori nel sistema. A livello metodologico, una review della letteratura scientifica sul tema ha permesso di descrivere le tendenze in atto a livello internazionale, mentre a livello italiano una *survey* condotta presso le Aziende Sanitarie, seguita da alcune interviste con responsabili aziendali, hanno fornito elementi utili alla rappresentazione dello scenario nazionale. In Europa, esistono esperienze consolidate di *hospital-based* HTA in Danimarca, Spagna, Francia e Italia, sebbene al momento si conosca poco dell'impatto della produzione locale di HTA sulla salute dei pazienti o su altre variabili manageriali. In Italia, circa il 40% dichiara di svolgere HTA ospedaliero, coinvolgendo team multidisciplinari che si basano in primo luogo su criteri di valutazione clinici, seguiti da criteri economici. Le strutture che attribuiscono una più alta importanza all'HTA lo utilizzano soprattutto a supporto degli acquisti (85%), della definizione di protocolli ospedalieri (42%), o livelli ottimali di utilizzo (36%). Le interviste hanno enfatizzato il carattere spontaneistico di tali attività che, nonostante il termine HTA venga usato in maniera diffusa, vengono implementate in maniera eterogenea. Il capitolo si chiude con una proposta di sistema HTA adeguato al nostro Paese, in cui la responsabilità ricada al livello centrale, di concerto con le Regioni, e in cui le Aziende Sanitarie mantengano l'autonomia di scegliere tra le tecnologie costo-efficaci selezionate a monte, sulla base di accurate analisi di impatto sul budget.