

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

In una finestra storica caratterizzata da una nuova austerità della spesa sanitaria e a importanti opportunità di investimento consentite dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il rinnovamento dei sistemi sanitari è più che mai al centro del dibattito politico e scientifico.

Con OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS si conferma punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano. Allo stesso tempo, vuole offrire una piattaforma di interazione tra mondo accademico e operatori del SSN.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2023

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo in ottica comparativa nazionale e internazionale. Vengono inoltre approfonditi il ruolo del privato accreditato nel SSN, i consumi privati di salute, il sistema di offerta di servizi sociosanitari;
- analizza le principali sfide che attendono il SSN: il divario tra bisogni e risposte di salute e le direzioni di fondo per la trasformazione dei servizi; la sostenibilità ai diversi livelli istituzionali; i nuovi modelli di organizzazione del territorio derivanti dal DM 77/22; le riforme regionali dell'emergenza urgenza e i modelli di servizio centrati sul paziente e sostenuti dalle tecnologie digitali;
- discute le soluzioni adottate dalle aziende per fronteggiare lo shortage di personale medico; il tema del governo dei costi nelle strutture territoriali; il ruolo della funzione di audit; i cambiamenti nel procurement e nella regolazione del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

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

ISBN 978-88-238-4763-7



9 788823 847637

€ 75,00

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2023

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



Parte prima

Inquadramento di sistema

1 **Gestire la sanità dell’universalismo selettivo e randomico: quali trade off strategici per il management del SSN?**

di Francesco Longo e Alberto Ricci¹

1.1 **Introduzione**

Il presente capitolo intende sintetizzare i principali risultati del Rapporto OASI 2023, offrendo una lettura ampia della rapida evoluzione che il sistema sanitario italiano sta attraversando. Nel paragrafo che segue (§ 1.2) proponiamo una riflessione sui principali *trade off* del welfare italiano, delineando alcune riflessioni sulla spesa pensionistica come rilevante fattore di spiazzamento per altre aree di intervento pubblico, inclusa la sanità. Nel paragrafo (§ 1.3) si riporta come la scarsità di risorse per il SSN, insufficienti soprattutto in relazione ai bisogni in crescita, sembri delineare a livello regionale una seconda difficile scelta tra il mantenimento dell’equilibrio economico e la salvaguardia dei livelli erogativi. In un contesto che già oggi è di “universalismo selettivo”, anche se poco consapevole e non dichiarato, la risposta non può essere quella della riduzione lineare, che ha ormai esaurito gli spazi di efficientamento più facilmente conseguibili, ma la trasformazione profonda dei modelli di servizio in una logica di maggiore governo della domanda e di reingegnerizzazione dei processi di cura. Nel paragrafo (§ 1.4) si discutono alcuni elementi e leve di cambiamento rispetto ai quali il management del SSN può ambire a un rilevante spazio di azione. Nell’ultima parte del capitolo (§ 1.5), il lettore troverà le sintesi (abstract) di tutti i capitoli del Rapporto.

¹ Il capitolo è da attribuire congiuntamente ai due autori. Si ringraziano Mario Del Vecchio e Francesca Guerra per i suggerimenti forniti e tutti gli autori del Rapporto per la stesura degli abstract.

1.2 **I trade off di policy impliciti nel welfare italiano: lo squilibrio demografico e l'effetto spiazzamento della spesa pensionistica**

L'Italia del 2023² registra un numero di over65, e dunque di potenziali pensionati, doppio rispetto a quello dei minori di 15 anni: 14,1 milioni contro 7,3 milioni. Del resto, l'Italia è contemporaneamente uno dei Paesi con la più bassa fertilità al mondo (1,2 figli per donna) e con le migliori speranze di vita: 80,5 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne. INPS (2023)³ dichiara di corrispondere 13,7 milioni di pensioni previdenziali a fronte di 23,6 milioni di occupati⁴. Il rapporto tra lavoratori e pensionati è oramai di 1,7 a 1. Il dato è in costante peggioramento a causa della decrescente natalità, della ridotta percentuale di occupati (62%), di una programmazione dell'immigrazione regolare a lungo insufficiente e dell'aumento progressivo, anche se in rallentamento⁵, della speranza di vita media. La crescita della popolazione anziana e i meccanismi di rivalutazione collegati all'inflazione comportano, a politiche invariate, previsioni di aumento della spesa pensionistica di 64 miliardi nel solo periodo 2022-2026: un incremento del 22%⁶ per un comparto che già oggi assorbe il 15% del PIL, oltre il doppio della sanità pubblica (6,7%). A tale previsione si aggiunge un secondo fattore di rigidità, molto rilevante: il servizio del debito pubblico. Esso è più oneroso del passato a causa delle note dinamiche inflazionistiche e di aumento dei tassi di interesse. Anche per gli interessi passivi, che oggi assorbono il 4% del PIL, si prevede una crescita di circa 20 miliardi (+24%) entro il 2026.

A fronte di una base imponibile piuttosto statica, anzi tendenzialmente in decrescita a causa della riduzione della popolazione attiva, l'aumento automatico degli interessi sul debito e della spesa pensionistica spiazza gli altri comparti del welfare pubblico, in particolare la sanità, la scuola, il sociale e il trasporto pubblico.

L'andamento dei tassi di interesse sui mercati è però un fattore esogeno, non controllabile dai decisori nazionali. Restando nell'ambito delle scelte di destinazione delle risorse pubbliche nazionali, emerge un *trade off* tra la regolazione dell'età del pensionamento e le risorse potenzialmente disponibili per le altre aree del welfare. Un innalzamento dell'età pensionabile potrebbe essere, tra l'altro, anche una risposta ad alcune criticità del paese: l'Italia è affamata di

² Se non altrimenti specificato, i dati di inquadramento demografico sono tratti dal paragrafo 1.2 del Rapporto ISTAT 2023, pubblicato a luglio 2023. I dati si riferiscono al 2022 o all'anno più recente disponibile.

³ INPS (2023), Pensioni vigenti all'1.1.2023 e liquidate nel 2022 erogate dall'Inps, Statistiche in breve.

⁴ Dato ISTAT riferiti a settembre 2023.

⁵ Rapporto ISTAT 2023, p. 35.

⁶ Dato NADEF ottobre 2023, tavola III. 1.A., p. 62.

manodopera qualificata. Il lavoro, peraltro, con il suo potenziale intrinseco di essere “alimentatore di senso” (personale e comunitario), può essere protettivo rispetto alle condizioni di salute, a meno che non si tratti di un lavoro usurante. Periodicamente, nel dibattito scientifico, si discute di modelli per passare con più flessibilità e più gradualità dalla piena attività lavorativa alla completa inattività⁷, in abbinamento a un innalzamento dell'età pensionabile. Viceversa, anche di recente sono state avanzate proposte per mantenere un'età pensionabile relativamente ridotta, introducendo però decurtazioni sull'entità degli assegni futuri. Tuttavia, queste proposte raramente si concretizzano. Ciò accade anche, nell'opinione di chi scrive, perché il *trade off* tra età e livelli economici di pensionamento da un lato e risorse per le altre aree del welfare dall'altro non è quasi mai presente nel discorso collettivo, né nell'agenda politica. In compenso, molti di coloro che oggi sono alle soglie dell'età pensionabile hanno iniziato la propria carriera professionale prima delle riforme degli anni 90', quando l'età di ritiro dal lavoro era di 55 anni (donne) o 60 anni (uomini) in presenza di 15 anni di contributi, senza contare le molte forme di agevolazioni categoriali. La considerazione di aver già allungato di alcuni anni la propria carriera lavorativa rispetto alle condizioni “di ingresso” non tiene conto dell'insostenibilità della disciplina di allora, ma genera resistenze fortissime verso qualsiasi ipotesi restrittiva per le attuali coorti di pensionandi. Coorti che, sul piano della consistenza demografica e quindi del peso politico-elettorale, sono molto significative: a oggi in Italia abbiamo circa 9,5 milioni di persone tra i 55 e i 64 anni, mentre i giovani tra i 20 e i 34 anni sono 9 milioni. Inevitabile, in tale contesto, lo spiazzamento delle altre aree del Welfare, che avviene in modo ormai stabile, strutturale e purtroppo poco consapevole.

1.3 I trade off di policy emergenti nel SSN: equilibrio economico o mantenimento dei livelli di servizio. Quale logica trasformativa?

1.3.1 Livelli di finanziamento ridotti, copertura dei bisogni parziale e universalismo selettivo e randomico

Lo scenario demografico e macroeconomico ha un impatto diretto sul SSN. Secondo le previsioni a legislazione invariata⁸, rispetto al 2022 (ultimo esercizio consuntivato), entro il 2026 la spesa sanitaria crescerà di 8 miliardi. Si tratta di un aumento percentuale del 6% in quattro esercizi, largamente al di sotto

⁷ Si veda ad esempio Mazzaferro C. (2023), in pensione ma part time, <https://lavoce.info/archives/102230/in-pensione-ma-part-time/>

⁸ Il riferimento è alla NADEF di ottobre 2023. Non sono presi quindi in considerazione gli interventi della legge di bilancio 2024 in discussione al momento della stesura del presente capitolo.

del trend economico e inflattivo previsto, che conduce quindi a una riduzione della sua incidenza nominale e reale sul PIL: dal 6,7% al 6,1%.

Il SSN italiano, come noto, dispone di risorse per la copertura sanitaria pubblica che sono tra le più modeste dell'Europa occidentale, lontane dalle percentuali di Francia, Germania e Regno Unito, che si collocano tra il 10% e l'11% del PIL. Con tali risorse l'SSN deve prendere in carico la popolazione tra le più anziane del mondo secondo i dati ISTAT: il 24% degli italiani sono over 65; il 40% della popolazione dichiara almeno una patologia cronica, il 21% una poli-patologia; si stimano 3,9 milioni di persone non autosufficienti. In questo scenario, vengono perpetuate dichiarazioni di intenti universalistiche, con tensioni verso panieri di prestazioni coperte teoricamente sempre più generosi. Un'opzione però non realistica a fronte della contrazione delle risorse, dell'aumento dei costi di produzione e dell'incremento dei bisogni. Le ultime evidenze disponibili (2021), infatti, segnalano che ormai il 50% delle visite specialistiche ambulatoriali sono pagate privatamente, così come il 33% degli accertamenti diagnostici ambulatoriali. Allo stesso modo, la riabilitazione domiciliare e ambulatoriale è in larga maggioranza a pagamento (seppure virtualmente coperta), come da sempre l'odontoiatria (esclusa comunque dalla copertura). Il tasso di copertura dei bisogni epidemiologicamente rilevati in ambito di salute mentale e dipendenze è del 30-40%. Solo il 7% dei quasi 4 milioni di anziani non autosufficienti ha una presa in carico di tipo residenziale: prevalentemente, ricovero in RSA. Il 26% riceve assistenza domiciliare, socio-sanitaria (22%) o almeno sociale, anche se con la media ADI è di 16 accessi in un anno. Il 5% riceve assistenza, prevalentemente sociale, in centri diurni. Può essere che una quota di tali utenti riceva anche assistenza domiciliare. Tuttavia, anche adottando un criterio ottimistico che consideri come mutualmente esclusivi i diversi servizi, il tasso di copertura del bisogno si ferma al 38%. Almeno il 62% della popolazione con limitazioni funzionali, stimabile in 2,4 milioni di persone, non riceve alcun servizio pubblico.

È evidente che, in maniera tanto chiara agli analisti quanto poco familiare per l'opinione corrente, siamo di fronte a un universalismo che in realtà è selettivo, seppure in maniera implicita. Ciò pone la questione se definire delle priorità consapevoli, orientate a massimizzare il beneficio collettivo, o se continuare con priorizzazioni emergenti e inconsapevoli, che spesso rendono randomico l'accesso ai servizi, dal momento che quest'ultimo è scollegato dall'entità del bisogno. Optando una maggiore consapevolezza, si tratta di definire il livello chiamato a sciogliere i *trade off* allocativi e a definire le priorità: a livello clinico-epidemiologico, di strategie aziendali o di policy making regionale o nazionale. L'epoca storica presente, a livello internazionale e domestico, è caratterizzata da tratti di populismo bipartisan, che negano l'esistenza di *trade off* di policy. Ciò rende difficile aspettarsi una discussione pubblica e aperta su quali siano le questioni più rilevanti e quali quelle meno rilevanti nel SSN. La

selezione delle priorità sembrerebbe essere relegata, di fatto, a livello aziendale o clinico-epidemiologico.

1.3.2 I sistemi regionali in difficile equilibrio tra pareggio di bilancio e mantenimento dei livelli erogativi

In questo difficilissimo quadro, il Rapporto OASI rileva un fenomeno nuovo. Il periodo del Covid-19 è stato oggettivamente espansivo per molti sistemi sanitari regionali, soprattutto quelli con maggiore capitale istituzionale e amministrativo, come le grandi regioni del Centro-Nord del Paese. Ad esempio, diverse realtà hanno rafforzato la dotazione di personale fino a superare gli organici del 2009. All'opposto, le regioni più deboli, contraddistinte da una diffusa cultura "amministrativo-difensiva", abituate a procedure e aspettative di austerità, non hanno saputo beneficiare in modo altrettanto significativo della breve fase espansiva del SSN dovuta alla pandemia. Ad esempio, secondo i dati della Corte dei Conti⁹, nel 2022, in media¹⁰, le regioni del Mezzogiorno hanno utilizzato solo il 41% delle risorse per il recupero delle liste di attesa, a fronte di un dato del 57% al Centro e del 92% al Nord. Nel 2022, e ancor più nel 2023, si sono assottigliati i finanziamenti speciali, dal MEF volutamente tenuti esterni al perimetro del Fondo Sanitario. A fronte di costi in tendenziale aumento, diverse regioni sono entrate in una fase di difficoltà di bilancio.

In generale, si delinea una clusterizzazione inedita. Molte regioni del Centro-Nord, con una rete più robusta di servizi e di *capacity* produttiva installata, sono in grande tensione finanziaria. Per l'esercizio 2022, al Centro-Nord, i risultati negativi più rilevanti in valore assoluto¹¹ sono da ricondurre a Emilia Romagna e Toscana, tradizionalmente caratterizzate da una governance molto inclusiva rispetto agli enti locali e da una rete di erogatori prevalentemente pubblici, i cui costi sono più difficilmente contenibili attraverso tetti e budget. Le regioni del Mezzogiorno, asciugate da anni di piani di rientro, con una rete di servizi più deboli, appaiono per la maggior parte in buon equilibrio. Simbolicamente e significativamente, la Regione Calabria, purtroppo caratterizzata da deboli servizi e dalla minore speranza di vita in buona salute del Paese, presenta un avanzo di bilancio. Alla luce dei modesti tassi di copertura dei bisogni da parte del SSN, è difficile parlare di "sprechi" per le regioni in tensione finanziaria del Nord, dove il portafoglio di servizi è relativamente più ampio, ma soprattutto, relativamente più vicino all'universalismo dichiarato. L'interpretazione probabilmente più corrispondente al vero è quella di SSR che offrono una buona gamma di servizi, comunque insufficienti rispetto ai bisogni, ma, purtroppo, già superiori

⁹ Corte dei Conti (2023), Rapporto sul coordinamento della finanzia pubblica 2023, p. 277.

¹⁰ Media aritmetica.

¹¹ *Ibidem*, p. 234.

al livello che il SSN può permettersi con un livello di finanziamento tra il 6% e il 7% del PIL. Ovviamente, azioni di efficientamento sono sempre possibili in sistemi ultra complessi come la sanità: devono rimanere un costante obiettivo di lavoro per i manager e i *policy maker* del SSN. Allo stesso tempo, mai potremo recuperare i differenziali che registriamo nei confronti di altri paesi europei, magari paragonabili sul piano socio-economico e delle aspettative dei cittadini, ma con disponibilità di risorse per la sanità radicalmente diverse.

1.3.3 Espansione dei volumi o riorganizzazione di servizio: quale visione per utilizzare le risorse del PNRR?

A fronte della nuova stagione di contenimento della spesa del SSN per allineare quest'ultima ai finanziamenti definiti da parte dello Stato, non certo ai bisogni o alle innovazioni tecnologiche e cliniche oggi disponibili, occorre decidere come interpretare le risorse del PNRR destinate alla sanità ("Missione 6"). Gli investimenti dovrebbero essere orientati alla diversificazione dei setting di cura, alla sanità di iniziativa, alla presa in carico della cronicità, alla messa in sicurezza di tutte le infrastrutture, alla digitalizzazione radicale di tutti i servizi e i processi rilevanti. Qualcuno vede il PNRR in sanità, così come è stato disegnato e narrato ufficialmente, come un piano espansivo dei servizi, incoerente alla congiuntura e alle dinamiche finanziarie strutturali della spesa pubblica italiana, per come sono governate oggi. I sostenitori di questa visione si meravigliano di non trovare le risorse e il personale aggiuntivo sufficiente per popolare di contenuti di servizi i nuovi contenitori previsti dal PNRR e dal DM 77. In questa prospettiva, nuove politiche volte alla riduzione della spesa spiazzerebbero l'intero impianto della Missione 6, perché lascerebbero sostanzialmente vuoti i nuovi contenitori di servizi. Per questo motivo, altri cercano di attingere al programma *Next Generation EU* per coprire spese altrimenti finanziate con le risorse correnti ordinarie, proprio per disporre di un piccolo contributo pluriennale all'equilibrio di bilancio. Questa tendenza è incoerente con un piano finanziato a debito, ma rispondente alle esigenze finanziarie più contingenti.

In questa sede proponiamo invece una visione del PNRR e del DM 77 più coerente al quadro epidemiologico e delle risorse del SSN in essere. Il SSN ha due grandi necessità per affrontare la popolazione più anziana d'Europa con il 6,1% del PIL delineato dall'ultima NADEF: da un lato, definire priorità e perimetrare le aspettative dei pazienti, dall'altro, riallocare le risorse e i servizi a favore dei target di bisogno e dei setting ritenuti prioritari.

Nei contesti pubblici, in ambito programmatico, non c'è nulla di più difficile che definire priorità e quindi, automaticamente, gli utenti "prioritari" e "non prioritari". Qui l'esempio classico è costituito dalle classi di priorità delle prestazioni. Gli utenti non prioritari accederanno ai servizi in tempi più dilazionati, o con un'intensità assistenziale minore o diversa da quanto atteso. A

volte si tracceranno dei confini per delimitare il perimetro di servizio e alcuni potenziali utenti verranno esclusi dall'accesso. Prevedibilmente, tutti le forme di rappresentanza dei soggetti ritenuti "non prioritari" protesteranno energicamente, avviando una *voice* spesso paralizzante, non solo per la programmazione, ma anche per l'intero processo di cambiamento.

Sul piano implementativo, invece, non c'è nulla di più complesso che riallocare risorse: ad esempio, spostare personale dai reparti ospedalieri delle specialità mediche agli Ospedali e alle Casa di Comunità. Anche le riallocazioni di risorse, servizi e personale creano resistenze sul lato dell'offerta, frequentemente in grado di generare una protesta esterna, tra gli stakeholder locali.

Questi processi, talora oppositivi e a volte più dialogati e negoziali, sono attesi e fisiologici in ogni contesto pubblico. Essi spingono policymaker e manager a privilegiare azioni di cambiamento che rimangano rigorosamente sul versante tecnico, attivando processi che si giocano nel perimetro scarsamente visibile della riallocazione di qualche unità di personale, di qualche setting erogativo e nella modifica di qualche procedura di eleggibilità dei pazienti e di gestione delle liste di attesa. Cambiamenti al margine, a macchia di leopardo, un'efficacia ridotta anche dalla scarsità di risorse per gli investimenti e dall'assenza di un orizzonte strategico complessivo. Interventi insufficienti per incidere sulla sproporzione tra l'evoluzione sfavorevole della demografia italiana e le modeste risorse dedicate al SSN. In tale quadro, PNRR e DM 77 rappresentano per il top e il middle management delle aziende un terreno di riorganizzazione su larga scala, di riallocazione delle risorse, di trasformazione dei servizi. Un contributo per facilitare e accelerare un processo che, in assenza di un contributo agli investimenti infrastrutturali e tecnologici, sarebbe stato ancora più lento e più disomogeneo tra le aree del Paese.

1.3.4 Quale approccio per trasformare l'offerta? Dalla logica prestazionale al governo della domanda e dei percorsi

Quale approccio di fondo adottare per ridisegnare i servizi nelle reti di offerta rinnovate grazie al PNRR? È necessario evolvere rispetto a logiche meramente prestazionali, di ricerca individuale della prestazione da parte del paziente, ma anche, di faticoso aumento della produttività come focus primario dell'organizzazione. La letteratura strategica¹², del resto, indica che i recuperi di efficienza possono aiutare le aziende a superare le crisi congiunturali; mentre in contesti strutturalmente mutati è necessario adattare il proprio posizionamento strategico.

¹² Si vedano a titolo di esempio: Derek F. Abell, (1993), *Managing with Dual Strategies. Mastering the Present Preempting the Future*, The Free Press, New York; Gary Hamel and C.K. Prahalad (1994), *Competing for the Future. Breakthrough Strategies for Seizing Control of Your Industry and Creating the Markets of Tomorrow*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts.

L'obiettivo è quindi quello di ricollocarsi verso logiche di presa in carico, da applicare soprattutto a cronici e fragili, i quali determinano una quota maggioritaria della spesa; verso logiche di calmierazione e convergenza dei consumi per paziente, di accompagnamento proattivo da parte del SSN ai consumi appropriati e sostenibili, i quali corrisponderanno a una quota più o meno ampia di domanda. Dobbiamo superare la logica che vede il prescritto nel SSN non correlato alla capacità produttiva disponibile; che osserva il cittadino, senza una guida, alla caccia della prestazione reperibile; che prova a inseguire le liste di attesa, quando in realtà non sappiamo quanti pazienti ricevono più prestazioni del necessario e quanti invece ne ricevono di meno. Cosa succederebbe se registrassimo, come probabile, che la maggior parte delle persone in lista d'attesa sono *over-treated*, mentre nessuno insegue gli *under-treated*? Le riflessioni dovrebbero partire da alcuni punti fermi, dettati dall'osservazione delle criticità esistenti, ma soprattutto dalla ragionevolezza.

- ▶ I consumi, tra pazienti omogenei in termini di patologie e stadiazione, dovrebbero essere convergenti.
- ▶ I volumi e mix delle prestazioni prescritte dovrebbero essere coerenti con quanto effettivamente erogabile.
- ▶ Le prestazioni appropriate ed effettivamente disponibili in un arco territoriale e temporale ragionevole dovrebbero essere indicate direttamente al cittadino in sede di prescrizione.

Questi passaggi rappresentano una grande rivoluzione di cultura di servizio. Richiedono processi più trasversali tra i silos aziendali e logiche di presa in carico opposte a quelle prestazionali. Soprattutto, domandano un framing diverso dei problemi, come cerca di proporre il Rapporto OASI 2023. Le liste di attesa più che essere *il problema*, *segnalano* una serie di problemi sottostanti che non possono essere genericamente inquadrati come scarsa produttività. Se le prescrizioni registrano ancora elevata e non giustificabile variabilità tra pazienti cronici omogenei e tra territori comparabili, anche perché il prescritto non tiene conto delle agende disponibili nel SSN, è inevitabile che si formino liste d'attesa e che il 50% delle visite siano poi ottenute a pagamento. A fronte di risorse certamente scarse, il problema è di programmazione, di governo clinico, di operations management, ma anche di postura, che deve passare dal focus esclusivo sull'offerta al governo della domanda, anche attraverso una rifocalizzazione dei sistemi di misurazione. Un esempio concreto: da parte di regioni e aziende è ancora oggi lacunosa la conoscenza dei volumi di prestazioni ambulatoriali ricevute dal singolo paziente in regime privato. In questo senso, l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico potrebbe rappresentare un punto di svolta. È chiaro, comunque, che, senza integrare le numerose prestazioni extra SSN, rimarrà impossibile compiere il primo passo analitico

verso una maggior razionalità ed equità, vale a dire il confronto dei consumi di pazienti omogenei.

In sintesi, i due *mantra* della nuova stagione, il contenimento della spesa e il rinnovo dei setting erogativi proposto dal PNRR, si conciliano se il secondo è occasione di riorganizzazione e ridisegno dei servizi, a fronte di risorse stabili se non in calo e di un quadro epidemiologico in trend inesorabilmente peggiorativo. Qualora, invece, il PNRR venisse interpretato come politica di espansione e diversificazione dei servizi, a fronte di risorse finanziarie e umane stabili o in riduzione, il programma di investimento risulterebbe inconsistente e anzi dannoso per la qualità dei servizi e per la reputazione del SSN.

1.3.5 È sufficiente ricevere più risorse per erogare di più? Il rapporto tra organici e volumi di prestazioni nel post-Covid

Il tema del rapporto tra risorse disponibili, riorganizzazione e livelli di risposta al bisogno si può affrontare anche da un'altra angolatura: osservando il trend del personale del SSN in relazione ai volumi di prestazioni erogate. Il Rapporto OASI, analizzando i dati del Conto Annuale, rileva che nel 2021 l'organico del SSN si è attestato a 670.561 unità, corrispondente a circa il 97% del personale registrato nel 2009, mentre alla vigilia della pandemia la percentuale era scesa al 94%. Limitando l'analisi alla componente medica, per ogni 100 medici presenti nel SSN nel 2009, oggi ne sono presenti 96, in leggera ripresa rispetto al 2019 quando erano 95. Oggi, a pandemia conclusa, il Servizio Sanitario può contare sugli organici più numerosi da dieci anni a questa parte, con una componente medica anziana, ma quantitativamente comparabile alla media europea. Se si osserva la densità di medici ogni 10.000 abitanti, nel 2021 l'Italia ne contava 41. Spagna e Germania si collocavano al di sopra (rispettivamente 46 e 45) mentre Francia e Regno Unito al di sotto (33 e 32 medici ogni 10.000 abitanti).

Tuttavia, il Rapporto OASI segnala come il SSN, al 2022, stenti a recuperare i livelli di produzione del 2019¹³, al Sud con ancora maggiori difficoltà rispetto al Nord, pur essendo finita l'emergenza Covid. Ad esempio, elaborando i dati Agenas, si rileva che le prime visite sono ancora inferiori del 14% rispetto al pre-pandemia, con il Mezzogiorno che si colloca 15 punti percentuali sotto il dato nazionale. Coerente e ancora più interessante è l'evidenza, riportata dalla Corte dei Conti e già accennata, sulla insufficiente capacità di molte regioni di utilizzare le risorse aggiuntive per recuperare la produzione proprio durante il 2022. A livello di sistema, dunque, non è stato sufficiente assumere più per-

¹³ Si precisa che, come riportato dal cap. 2 del Rapporto, i volumi di prestazioni di laboratorio già nel 2021 hanno recuperato i livelli 2019. Le difficoltà di recupero interessano soprattutto la diagnostica per immagini e le attività cliniche.

sonale e innestare risorse aggiuntive specificatamente dedicate per aumentare la produzione, pagando di fatto straordinari ai dipendenti a tariffe di libera professione. Una spiegazione che si basi su soli deficit di leadership o di organizzazione appare insufficiente. Proponiamo cinque ipotesi interpretative, non necessariamente in alternativa.

Una prima ipotesi riguarda quella componente di motivazione e slancio che ha radici organizzative. Sicuramente i dipendenti del SSN risentono della pluriennale fatica causata dallo sforzo del periodo pandemico, che, a parere di chi scrive, potrebbe non essere stata elaborata adeguatamente né a livello di sistema, né dalle singole aziende sanitarie. Alla narrazione degli “eroi” è seguita immediatamente l’attuale narrazione incentrata sulle “liste di attesa” e sulla bassa produttività del SSN, che ovviamente addita implicitamente i dipendenti del sistema stesso. Mentre è relativamente automatico trovare motivazione e spinta professionale in un contesto drammatico, in cui si è indispensabili per la sopravvivenza dei pazienti e dello stesso SSN, è più difficile mantenere elevati livelli di produttività in un contesto ordinario, in cui le debolezze del SSN riappaiono, dando l’impressione di una graduale parabola discendente che interessa l’intero sistema. In questa prospettiva, la difficoltà dei livelli nazionale, regionali e aziendali nel tracciare un percorso di cambiamento credibile per il sistema può aver contribuito alla caduta di senso e alla carenza di risultati sperimentata in alcune realtà.

Una seconda ipotesi si collega alla divergente dinamica tra realtà regionali descritta nel paragrafo precedente. Con riferimento al personale medico, grandi realtà come l’Emilia Romagna, la Toscana hanno registrato aumenti di organico del 10% e dell’8% rispetto al 2009, con una decisa accelerazione nel 2020-2021. In Campania, Sicilia e Calabria osserviamo cali tra il 22% e il 14%. La differente dinamica delle assunzioni può aver giocato un ruolo importante nel recupero dei livelli erogativi ancora più limitato nel Mezzogiorno.

Una terza ipotesi fa riferimento ai sistemi operativi aziendali e alle loro modalità di utilizzo. Il pluriennale periodo della pandemia ha allentato il ruolo e l’impulso garantito dai sistemi operativi aziendali: budget, flussi sanitari, incentivi. L’allentamento è stato di fatto autorizzato da un orientamento *mission driven* che non doveva preoccuparsi delle compatibilità economiche, che sarebbero state recuperate *ex post*. Questo ha indebolito e in parte delegittimato gli strumenti aziendali di indirizzo e monitoraggio dei risultati dei professionisti, con un impatto sulle possibilità di governo dei costi, dei volumi e dei mix di attività.

Una quarta ipotesi riguarda la fisiologica compresenza, nel settore sanitario, di più regimi di erogazione delle prestazioni. Alcuni operatori privati accreditati, alla luce delle tariffe insufficienti, soprattutto ambulatoriali, potrebbero aver preferito erogare in regime privato, saturando il budget SSN, ma rinunciando ad aggredire i budget aggiuntivi per il recupero delle liste d’attesa e della produzione pre-pandemica. Il meccanismo di finanziamento pubblico

potrebbe essere stato valutato come ormai eccessivamente distante dalle tariffe a pagamento, e comunque, non più sostenibile a fronte della crescita dei costi che ha interessato tutto il panorama degli erogatori.

Una quinta ipotesi riguarda sempre il mix di finanziamento delle prestazioni, ma osservato a livello micro. La situazione economica incerta, l'elevata domanda di prestazioni arretrate e la crescente legittimazione sociale del mercato a pagamento potrebbero aver reso alcuni professionisti delle aziende pubbliche più sensibili a questa fonte di reddito, in particolare nei contesti più ricchi del Paese. Sono le stesse aree dove si collocano anche i grandi produttori del SSN, il che potrebbe ridurre il focus sulle attività istituzionali.

Se una o più di queste interpretazioni risultassero plausibili o convincenti, si potrebbe capire come mai una sola logica prestazionale si sia rivelata parzialmente inefficace nel riportare la produzione ai livelli 2019 e a riagganciare sentieri di crescita della produttività.

1.4 I trade off strategici per il management delle aziende del SSN

Lo scenario proposto non è parte integrante del discorso pubblico e neppure dell'agenda politica. I *trade off* di *policy* descritti di seguito rimangono sotto-traccia. Essendo poco discussi esplicitamente e ricadono fisiologicamente sul management delle aziende sanitarie. Di fronte allo scenario attuale sono possibili due posture, che, in forma estremizzata, possono essere descritte come segue. Da una parte, il management del SSN può trovare nelle contraddizioni del sistema tutte le ragioni possibili per non poter realizzare alcuni piani formali assunti dal SSN stesso, dal PNRR e dal DM77 *in primis*. All'opposto, il management può assumersi la piena responsabilità del ruolo che ha e contribuire alla definizione della reale agenda delle questioni strategiche del SSN, sciogliendo alcuni dei principali *trade off*, che ricadono sui contesti e sulle *operation* delle loro aziende. Come sempre nel management, decisivo è il modo con cui i problemi vengono definiti (il *framing*), come sono identificate le possibili proposte alternative di soluzione, come vengono costruiti e attivati i fattori organizzativi abilitanti per rendere possibile un'implementazione efficace e realistica delle scelte strategiche.

1.4.1 La logica di fondo: razionare o riorganizzare?

La necessità di contenere la spesa in coerenza a un finanziamento al 6%-6,5% del PIL, in un'epoca di inflazione alta e di *shortage* di personale, impone risposte coerenti.

Le risposte si possono basare su logiche di razionamento, "potando" al margine i singoli silos di input, valorizzando il fatto che la metrica degli input rende

poco visibile l'impatto degli interventi sui servizi e sul tasso di copertura dei bisogni. Questo approccio può anche fare leva sul tema della lotta allo spreco, che non sarà mai ridotto a zero.

All'opposto, le scelte possono tendere all'avvio di un processo di profonda riorganizzazione, ovvero riallocazione delle risorse, rimodulazione dello skill mix nell'erogare i servizi, sviluppo e diffusione di nuove competenze tecniche e gestionali. A titolo d'esempio, la telemedicina è un vettore potenzialmente rilevante per riallocare attività, professionisti, trasformare la geografia dei servizi. Per dare un'immagine plastica, se, in una logica di *one stop service*, i Medici di Medicina Generale (MMG) potessero prenotare un numero pur limitato di teleconsulti con gli specialisti alla presenza del paziente, probabilmente risparmieremmo al paziente stesso e al sistema un numero importante di passaggi amministrativi: prescrizione, prenotazione, refertazione, consegna del referto al clinico richiedente. Questo potrebbe diminuire gli accessi totali ai MMG e agli specialisti, risparmiando molti passaggi all'utente. Similmente, la telemedicina e in generale la digitalizzazione potrebbero aiutare a programmare gli accessi degli utenti in modo da ottenere convergenza delle frequenze per patologie simili, appropriatezza nei consumi, maggiore programmabilità per il paziente. Standard assistenziali più ordinati potrebbero presumibilmente, implicare un minore consumo complessivo di risorse. Un esempio pratico è quello dei colloqui tra paziente e professionista che non richiedono un esame obiettivo, ma che si traducono, all'atto pratico, nella condivisione di referti e/o nella revisione al margine delle indicazioni terapeutiche nell'ambito di percorsi standardizzabili. Anche in molti di questi casi, digitalizzando la circolazione di documenti e svolgendo un numero maggiore di televisite e telerefertazioni, paziente e sistema potrebbero risparmiare molti passaggi autorizzativi, procedurali e amministrativi intermedi. La progressiva crescita delle capacità digitali degli utenti del SSN è in questo caso una grande opportunità.

Sul tema della riorganizzazione, è da sottolineare il fatto che il 78% delle Case di Comunità sono trasformazioni di strutture pre-esistenti: piccoli ospedali, poliambulatori, eccetera, che offrono una fisiologica piattaforma di riorganizzazione delle risorse già presenti.

A questo proposito, è emblematico il caso della riorganizzazione delle reti di emergenza-urgenza in Lombardia e in Emilia Romagna, presentato nel Rapporto. Si pianifica di cambiare in modo radicale le caratteristiche del servizio, da un lato per rispondere allo *shortage* di specialisti della medicina di emergenza-urgenza che ha natura strutturale e di lungo periodo, dall'altro per governare meglio domanda e funzionamento dei luoghi di accesso. Sostanzialmente, si tratta di ribilanciare l'eccesso di domanda che grava sui PS e la scarsità di accessi in continuità assistenziale. Il cambiamento avviene generando dei setting più appropriati e diversificati in relazione al bisogno dei pazienti, distinguendo, a partire dalla porta di ingresso e dal luogo erogativo, tra codici rossi e gialli da

un lato e codici bianchi e verdi dall'altro. Si cambia valorizzando l'accesso telefonico da casa e la possibilità di fare triage e telemedicina da remoto, potendo potenzialmente modificare i volumi di accesso inappropriati al PS, grazie a nuove funzioni digitali centralizzate e disponibili da remoto per tutti gli utenti.

All'opposto, si può cercare di rispondere allo *shortage* dei medici urgentisti in pronto soccorso con gettonisti di altre discipline, riducendo progressivamente gli orari di apertura, le retribuzioni riconosciute e l'intensità assistenziale, man mano che il vincolo delle risorse si acuisce, lasciando inalterati i modelli di servizio inadeguati e razionando progressivamente gli input. La difficoltà gestionale è probabilmente identica tra processi di innovazione e *change management*, che devono affrontare stakeholder resistenti al cambiamento, e scelte conservative di razionamento, che ricercano la sopravvivenza di modelli di servizi incoerenti e insostenibili nel contesto epidemiologico ed economico dato, dovendone inoltre restringere progressivamente il perimetro. Ogni giro aggiuntivo della vite del razionamento è salato quanto la gestione dell'ennesima resistenza al cambiamento. Nel primo caso difendiamo l'esistente che appare non sostenibile già dall'analisi iniziale, nel secondo caso proponiamo innovazione, sviluppo e una possibile visione per il futuro.

1.4.2 Il personale: *shortage* di medici o di professioni sanitarie?

Il tema della riorganizzazione rimanda a una riflessione più approfondita sul personale del SSN. La nuova programmazione delle facoltà di medicina provvederà a ristabilire dal 2030 un numero di medici specializzati consistente, con alcune specifiche carenze in discipline come emergenza-urgenza, anestesia, medicina di laboratorio. All'opposto, mancheranno significativamente gli infermieri a causa della carenza strutturale di vocazioni, indipendentemente dal numero di posti disponibili per la formazione universitaria. Nel 2023, le facoltà di medicina offriranno al settore tanti medici quanti infermieri (10.000 circa), quando il fabbisogno dei secondi è circa 2,5-3 volte il primo, anche considerando solamente la sostituzione degli occupati attualmente operanti nel sistema.

In molte delle 23 professioni sanitarie invece, al momento, non mancano i candidati interessati e interessanti, che, però, non vengono ritenuti in alcun modo fungibili per alcuni processi, attualmente di esclusiva competenza degli infermieri o di altre professioni sanitarie sempre più ricercate. In questo quadro diverse sono le strategie alternative disponibili per il management aziendale.

- ▶ Ridurre la produzione in coerenza alla carenza di personale disponibile.
- ▶ Competere con le altre aziende del SSN per acquisire più personale possibile, fisiologicamente a costi crescenti.
- ▶ Lavorare per incrementare la fungibilità tra le diverse professioni sanitarie, valorizzando maggiormente le figure più disponibili sul mercato.

- ▶ Accrescere la componente “laica” nei processi erogativi.
- ▶ Ridisegnare i servizi in una prospettiva a maggiore intensità tecnologica e minore utilizzo di persone.

Si possono imboccare più di una di queste strade contemporaneamente. In ogni caso la scelta e l'intensità del mix richiede l'elaborazione di programmi contingenti di breve periodo, di piani di medio periodo, l'assegnazione di responsabilità, la definizione di una metrica per valutare successi e insuccessi, la negoziazione con gli stakeholder. Si tratta di processi di cambiamento generativi e potenzialmente capaci di generare entusiasmo, rispetto ai quali abbiamo poche competenze ed esperienze e quindi i risultati finali, di medio periodo, sono difficilmente definibili. Ci si può avventurare in modo deciso e programmato in questo nuovo terreno; oppure, aspettare e difendere lo status quo. Tuttavia, i dati presentati nel presente Rapporto indicano chiaramente quale destino attende le aziende che adottano una resistenza passiva.

1.4.3 Quale priorità: il paziente occasionale oppure cronico?

Un SSN poco finanziato non copre tutti i bisogni ed effettua prioritizzazioni implicite, emergenti, spesso inconsapevoli, quindi difficilmente eque e in grado di massimizzare il beneficio collettivo. Quale risposta alternativa può essere delineata?

A livello aziendale è sicuramente velleitario impostare un piano organico e sistematico di prioritizzazione *top-down*. Eventuali analisi costi beneficio solleverebbero questioni etiche, sarebbero incoerenti i fini delle aziende e del SSN e probabilmente deboli sul piano delle evidenze.

Si può però lavorare all'interno delle singole aree e discipline, impostando riflessioni sui dati epidemiologici, sul mix di utenti serviti, per dedurre le attuali scelte implicite di priorità, chiedendosi, insieme ai professionisti della disciplina, se non siano necessari dei cambiamenti. A livello aziendale, infine, si potrebbe ricostruire il quadro complessivo della copertura dei bisogni per verificare l'esistenza di *gap* particolarmente impattanti sul piano sanitario o socio-economico. Un processo di analisi *bottom up* che, senza pretese di eccessive rigidità, dovrebbe aumentare la consapevolezza diffusa su bisogni e risposte e precludere a ricalibrature del sistema di offerta locale.

A questo proposito è possibile valorizzare la vera novità trasformativa nei servizi: l'accesso e le prenotazioni dei servizi avvengono sempre più attraverso canali digitali. L'attività è svolta dagli utenti, direttamente o mediante un operatore, che, comunque, satura un'agenda aziendale organizzata per specialità. Ogni meccanismo digitale di prenotazione contiene necessariamente un algoritmo di prioritizzazione che può essere cronologico, per gravità di patologia, per *follow up* del caso cronico, ecc. L'algoritmo di prenotazione tende inevi-

tabilmente a saturare le agende con alcune tipologie di pazienti, ritardando la prestazione di altri, per i quali si determina l'annacquamento o l'allontanamento del servizio. A titolo d'esempio, se ad ogni cronico viene garantito già a inizio d'anno la prenotazione di tutte le prestazioni di cui necessiterà durante l'esercizio, le agende saranno stabilmente sature rispetto a pazienti occasionali: ecco determinata la prioritizzazione dei cronici rispetto ai pazienti occasionali. Ovviamente vale anche il viceversa: se si prenota solo puntualmente, individuando di volta in volta la singola prestazione, il sistema concederà maggiore spazio ai pazienti occasionali, rispetto ai cronici. Di norma l'algoritmo non è conosciuto dai clinici, che non ne possono neanche apprezzare la rilevanza, essendo loro omesso il ragionamento appena esposto. Il responsabile amministrativo dell'algoritmo, a sua volta, non è consapevole dell'impatto clinico e sociale delle opzioni adottate. È possibile, ovviamente, proporre un processo e un framework utile ai professionisti sanitari per familiarizzarsi con queste logiche, correlarle con il quadro epidemiologico emergente e con il relativo case mix dei pazienti, per ridefinire o rimodulare le priorità dell'algoritmo di prenotazione e saturazione della capacità produttiva. Questo non richiede necessariamente, allo stato dei fatti, un confronto esplicito con gli stakeholder, non essendo il tema della definizione delle priorità in agenda nel discorso pubblico o politico. Ovviamente questo passaggio non è neppure impedito.

1.4.4 La digitalizzazione: focus sulla tecnologia o sulla strategia trasformativa?

Il processo di digitalizzazione del mondo sanitario si muove in diverse direzioni tra di loro complementari: *big data* e loro analisi a fini clinici e gestionali; ridisegno dei format di servizi, con la diffusione di tele-visita o tele-monitoraggio; diffusione di logiche di intelligenza artificiale per il supporto elettronico alle decisioni cliniche; crescita dell'interoperabilità informativa e clinica nelle filiere professionali. Coerentemente con il programma di investimento del PNRR, il SSN e i responsabili dei sistemi informatici delle aziende stanno predisponendo soluzioni e piattaforme tecnologiche. Le soluzioni tecniche che progressivamente si dispiegheranno nei prossimi tre anni sono oggi alla ricerca di problemi strategici da risolvere. Questo propone alle aziende sanitarie un interessantissimo spazio di lavoro e di autonomia: quali problemi affrontare e chi investire di questa responsabilità? Si può adottare un approccio più diffuso e decentrato che coinvolga direttamente i professionisti a trasformare i propri servizi, i propri processi di decisione clinica, i loro modelli di coordinamento professionale, attivando soprattutto percorsi di diffusione di consapevolezza e di competenza tra i professionisti sanitari, affiche contestualizzino e valorizzino le opportunità digitali disponibili nelle proprie UO. All'opposto, si può implementare un approccio più supportivo con uno staff centrale aziendale

responsabilizzato sugli obiettivi di cambiamento. L'innovazione può essere attuata inizialmente in modo profondo in pochi servizi, oppure in modo diffuso, seppur con minore capacità di accompagnamento. Si tratta di orizzonti di lavoro promettenti e inesplorati, in cui un management innovativo e con visione strategica può dare il meglio di sé, riscoprendo il gusto di costruire, quasi dalle fondamenta.

1.4.5 Big Data: raccoglierne sempre più o definire come utilizzarli meglio?

Molti attori del SSN ritengono che i dati utili per la gestione non siano disponibili, oppure siano incompleti o imprecisi. Di conseguenza in regione e aziende, molte energie sono impiegate per raccogliere ancora più dati, sempre più analitici e ancora più precisi. Eppure, le informazioni già oggi disponibili permettono una quantità di funzioni non agite davvero interessanti. Conosciamo il tasso di aderenza alle terapie prescritte da parte dei pazienti, ma non li valorizziamo per lavorare sulla *compliance*. Sappiamo i differenziali di consumo per abitante confrontando tra di loro ASL, distretti, Comuni, ma non abbiamo riti aziendali o contesti regionali per valorizzarli. Conosciamo la distanza tra prescritto e consumato e non ci interroghiamo su quali siano i driver per i quali un bisogno diventato domanda di servizi non riesca a diventare una prenotazione o una prestazione.

In realtà, il motivo dello scarso utilizzo dei dati già disponibili è probabilmente spiegabile dal fatto che non sono chiare e definite le finalità di analisi. Si vuole aumentare la produttività? Diminuire l'inappropriatezza? Colmare il gap di offerta rispetto a una domanda? Incrementare l'aderenza terapeutica? Inoltre, coerentemente con l'assenza di un chiaro obiettivo, non è identificato chi sia il responsabile aziendale di questa finalità o funzione. Ad esempio, assegnare a una persona o a una unità operativa il compito di lavorare sulle differenze di consumi tra territori paragonabili potrà attivare un percorso di ricerca ed analisi dei dati, determinerà l'esigenza di attivare riti aziendali di discussione e valorizzazione delle evidenze, avvierà la definizione di nuovi obiettivi aziendali da assegnare alle singole unità operative. Nessuno chiede o impedisce al management di attivare nuovi processi di utilizzo dei dati esistenti. Questi, fisiologicamente, faranno nascere l'esigenza di ulteriori dati, ma da subito instradati verso una finalità e accompagnati da una responsabilità aziendale ben individuata.

1.4.6 I nuovi setting del territorio: piattaforme erogative o tensori di cambiamento?

Il Rapporto analizza alcune esperienze di Case della Comunità (CdC) in fase di attivazione. I casi evidenziano, da un lato, un buon livello di chiarezza dichia-

rata degli obiettivi strategici di cambiamento che contraddistinguono le singole CdC, assieme e una marcata attenzione delle Direzioni aziendali; dall'altro, sottolineano alcuni elementi di forte continuità con l'assetto organizzativo e i sistemi operativi tradizionalmente in uso nelle aziende. All'interno delle CdC, l'assetto organizzativo dichiarato è matriciale, ma di fatto resta a prevalenza verticale, con i professionisti che mantengono i precedenti riporti gerarchici di unità operativa e dipartimento. Coerentemente, si osserva l'assenza di un qualche ciclo di programmazione e controllo focalizzato sulla CdC e, di conseguenza, di una reportistica ad hoc che sia automatizzata e non costruita di volta in volta sulla base delle necessità conoscitive contingenti. Anche nelle linee guida regionali e nazionali, si rileva l'assenza di un qualunque meccanismo di misurazione delle performance economiche e gestionali di questo nuovo setting.

Attualmente, le CdC appaiono declinate in logica *supply oriented*, con spazi e tecnologie proprie e personale sanitario prevalentemente tratto per un certo quantitativo di ore settimanali da articolazioni organizzative ospedaliere o dalle cure primarie. Se la piattaforma erogativa si confermerà come la logica stabile dei nuovi setting fisici del territorio, sarà necessario responsabilizzare sulla coerenza tra le risorse proprie e quelle appartenenti ad altri, e, poi, tra il combinato disposto delle due e le prestazioni erogate.

Se le Case della Comunità vorranno invece rappresentare un tensore orizzontale, allora l'oggetto ultimo di misurazione e responsabilizzazione dovrà evolvere verso il macro-processo della presa in carico, trasversale ai setting, fino all'introduzione di veri e propri budget di salute. Questo richiederebbe un ripensamento globale dei sistemi di controllo di gestione in una logica orientata ai processi, portando a livello di CdC metriche globali di sostenibilità, appropriatezza, efficacia e qualità complessive della presa in carico.

1.4.7 Veicolare la riorganizzazione dei servizi: approccio esclusivamente tecnico-analitico o di stakeholder management?

Le evidenze e le narrazioni proposte dal presente Rapporto OASI sono spesso distanti dal discorso pubblico e dal dibattito politico nazionale e locale. Questa distanza rappresenta uno spazio protetto di azione per il management, che non deve necessariamente aprire immediate negoziazioni con tutti gli *stakeholder* del proprio contesto per spiegare vincoli, *trade off* e scelte di priorità o di riallocazione. Ciò rappresenta una grande opportunità di azione innovativa più veloce e con meno resistenze. Bisogna inoltre considerare che, in un'epoca di populismo bipartisan dominante, è difficile esplicitare pubblicamente gli *out* e la loro soluzioni a favore di una o dell'altra polarità.

D'altra parte, un'azione innovativa non comunicata né spiegata alimenta la debolezza e l'inconsistenza di gran parte del discorso pubblico attuale, allontanando le istituzioni pubbliche dalle mappe cognitive collettive diffuse ogni

giorno dai principali *media*. Le istituzioni e le aziende, se rinunciano a comunicare e far comprendere il cambiamento, cercando forme di ascolto e coinvolgimento, rischiano di estraniarsi, di trasmettere un'idea di perenne debolezza delle soluzioni proposte e di scarsa considerazione del cittadino-paziente; fallendo una componente della loro *mission* e accentuando una delegittimazione purtroppo diffusa.

In questo contesto può essere utile riprendere testualmente¹⁴ una definizione di economicità applicata al mondo delle aziende pubbliche: “*Capacità, mantenuta nel lungo periodo, di soddisfare i bisogni ritenuti di pubblico interesse della comunità, facendo affidamento su un flusso di ricchezza fisiologico, ossia considerato economicamente sostenibile e socialmente accettabile dalla comunità stessa*”. Reinterpretando, si potrebbe affermare che il management ha l'obiettivo di migliorare stabilmente il rapporto tra risorse assorbite e soddisfacimento dei bisogni, agendo a garanzia della sostenibilità economica, ma tenendo in considerazione anche il consenso consapevole della comunità che sta servendo.

Rimane quindi una scelta strategica per il management decidere quando, in che modo e quanto intensamente dedicarsi al coinvolgimento attivo degli stakeholder locali, prima nella scelta delle priorità e poi nei processi trasformativi. È una classica situazione dove la comprensione piena del contesto può permettere di individuare il giusto punto di equilibrio di temperamento degli interessi legittimi ma contrastanti e la loro conseguente esposizione pubblica, che è l'essenza e il fascino del management pubblico.

Gli spazi strategici di autonomia e di lavoro per il management delle aziende sanitarie sono oggi rilevanti, ampi, stimolanti, garanti di grande crescita personale e professionale: il prezzo da pagare, in una società poco consapevole del proprio scenario e dei propri vincoli, è la percezione di una relativa solitudine istituzionale, che è evidentemente paradossale e dolorosa per chi lavora per gli interessi della collettività.

1.5 Sintesi dei capitoli del Rapporto

Il capitolo 2 del Rapporto offre un dettagliato panorama del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, focalizzandosi su aspetti istituzionali, dotazione strutturale, attività e risposta alla domanda di salute, oltre a posizionare il SSN nel contesto internazionale. Le riforme iniziate negli anni '90 hanno ridotto il numero di aziende sanitarie territoriali da 197 nel 2001 a 128 nel 2023, con processi di fusione mirati a ottimizzare le dimensioni istituzionali. Recentemente,

¹⁴ Borgonovi E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

alcune regioni medio-piccole hanno mostrato un'inversione di tendenza. Anche le Aziende Ospedaliere (AO) sono diminuite da 97 nel 2001 a 42 nel 2023, con l'ultima modifica introdotta nella regione Marche nel 2022. Nel complesso, negli ultimi 20 anni, le dimensioni medie delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) sono considerevolmente aumentate, con una popolazione media di 458.792 utenti a gennaio 2023. In termini strutturali, le esigenze di contenimento della spesa e riqualificazione hanno guidato una razionalizzazione dell'offerta ospedaliera e territoriale, inevitabilmente interrotta o comunque profondamente influenzata dalla pandemia nel biennio 2020-2021. Il Covid-19 ha anche influenzato il personale del SSN, con incrementi tra operatori tecnici e sociosanitari, personale infermieristico, ostetrico e vari professionisti sanitari, mentre i medici hanno registrato un aumento più modesto. Nonostante ciò, i numeri rimangono in diminuzione rispetto a un decennio fa, con particolari carenze di personale infermieristico. Per quanto riguarda le attività di ricovero, l'aumento nel 2021 non ha compensato il calo del 2020, mentre le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono complessivamente tornate a livelli pre-pandemici. Tuttavia, il recupero è da attribuire in stragrande parte al laboratorio analisi, mentre diagnostica per immagini, riabilitazione e le principali branche cliniche per acuti presentano ancora significativi gap rispetto al 2019. A livello internazionale, l'Italia si distingue per il basso numero di infermieri per 1.000 abitanti, il basso rapporto tra infermieri e medici e indicatori di attività ospedaliera inferiori rispetto ai principali paesi europei. Nel paragrafo conclusivo, si approfondisce il tema delle disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie, evidenziando come la pandemia abbia ulteriormente peggiorato la situazione, con un aumento delle rinunce alle prestazioni sanitarie considerate necessarie nel periodo 2019-2021, seguito da una lieve diminuzione nel 2022. Le lunghe liste d'attesa sono emerse come barriera principale all'accesso, particolarmente al Nord, indicando le difficoltà del sistema nel soddisfare la domanda di assistenza post-emergenza sanitaria.

Il capitolo 3 illustra i dati di spesa, finanziamento e performance economica del SSN secondo diversi livelli di rappresentazione e comparazione. Innanzitutto, si analizza l'andamento macroeconomico della spesa sanitaria, inteso come confronto tra l'entità della spesa sanitaria in rapporto al PIL (e altre misure) del nostro Paese con quella di altri Paesi Europei e degli Stati Uniti. A seguire, l'analisi approfondisce il livello nazionale, analizzando le dinamiche di finanziamento, l'entità e il ruolo delle diverse componenti della spesa del SSN. Il livello regionale è poi analizzato con l'obiettivo di apprezzare le differenze dei modelli regionali esistenti nei livelli di spesa, verificando anche le performance finanziarie delle singole regioni in termini di avanzo e disavanzo e approfondendo cinque casi studio (riferiti a Campania, Emilia Romagna, Piemonte, Puglia, Veneto) che consentono di avviare una prima riflessione

sulle politiche attivate a livello regionale per limitare il rischio del mancato equilibrio economico-finanziario nel 2022. L'ultimo livello di analisi si concentra sulle performance economiche delle aziende del sistema, analizzate con riferimento ai cinque casi di studio, che consente di approfondire il legame tra le dinamiche regionali ed aziendali e di esplorare il ruolo di entrambi rispetto al contenimento dei disequilibri. Se, fino allo scorso anno, si osservava una condizione di sostanziale disallineamento tra quanto osservato a livello aggregato e a livello locale (da un lato, l'equilibrio complessivo del SSN, osservato attraverso gli aggregati regionali e nazionali, dall'altro la difficoltà crescente delle aziende sanitarie a raggiungere l'equilibrio economico), quest'anno gli interventi di riprogettazione e riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali sollevano alcuni interrogativi sostanziali per la tenuta del SSN. I risultati delle analisi evidenziano come il livello di finanziamento per la sanità pubblica del nostro Paese, anche in chiave comparativa con altri Pasi, è stabilmente basso. La situazione di apparente equilibrio complessivo del SSN (osservato attraverso gli aggregati regionali e nazionali) va letta congiuntamente alle crescenti difficoltà riscontrate a livello di SSR e aziende nel raggiungere l'equilibrio economico, sollevando importanti interrogativi per la tenuta del SSN. In un contesto in cui, peraltro, non sono previsti consistenti interventi di aumento strutturale del finanziamento e della spesa sanitaria corrente pubblica.

Il capitolo 4¹⁵ analizza il settore degli erogatori privati accreditati. Nel 2022 la spesa del SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è stata pari a 414 euro pro capite, il 17,5% del totale della spesa sanitaria pubblica, in leggero aumento rispetto all'anno precedente (400 €, 17,4%). Dopo il calo osservato nel 2020, la spesa per assistenza erogata da privati accreditati era già cresciuta nel 2021 e ha continuato a crescere nel 2022, confermando il trend di ripresa rispetto al periodo pre-pandemico, a ritmo sostanzialmente identico rispetto alla spesa sanitaria pubblica.

A inizio 2021 gli erogatori privati accreditati detenevano complessivamente il 30% dei posti letto (PL) ospedalieri. Le 563 strutture private accreditate del Paese hanno in media dimensioni ridotte: 131 PL. Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, che raccolgono più della metà delle 75 realtà private accreditate con oltre 200 PL. Tra le specialità ad ampia diffusione in cui il privato accreditato gestisce più PL figurano Riabilitazione (77%), Ortopedia e traumatologia (38%) e Chirurgia Generale (32%). Prendendo a riferimento gli indicatori di processo ed esito introdotti dal DM 70/15, i dati relativi a colecistectomie laparoscopiche e valvuloplastiche segnalano elevati standard per oltre tre quarti delle strutture private accreditate, con

¹⁵ Il capitolo 4 è stato elaborato nell'ambito dell'Osservatorio sulla Sanità Privata Accreditata (OSPA) del CERGAS, SDA Bocconi.

percentuali superiori agli ospedali pubblici; riguardo agli interventi per frattura di femore nell'anziano, poco più di metà delle strutture raggiungono livelli di performance soddisfacenti, con un allineamento tra privato e pubblico; con riferimento al parto cesareo, la situazione è critica nel pubblico e ancor più nel privato. Al di là del raggiungimento degli standard, i dati PNE confermano l'orientamento prevalente ma non esclusivo del privato verso l'area elettiva, dove si registra un numero maggiore di strutture eroganti.

Passando al tema dell'assistenza territoriale, a livello nazionale il privato accreditato nel 2021 gestiva il 60% degli ambulatori e laboratori (con quote minime, attorno al 20%, in Liguria e Piemonte, fino a oltrepassare l'80% in Campania e Sicilia), l'84% delle strutture residenziali e il 71% di quelle semi-residenziali. Per valutare più solidamente l'effettivo ruolo rivestito dai privati in questi SSR, può essere utile analizzare i dati messi a disposizione da due regioni tra le più grandi e popolate del Paese: Lombardia ed Emilia Romagna. In Lombardia, il privato accreditato contribuisce in maniera consistente all'erogazione di prestazioni ambulatoriali, soprattutto in ambito di diagnostica strumentale (dove il contributo si attesta sul 59%) e di laboratorio (55%), ma con grande variabilità intra-regionale in termini di incidenze della componente privata e di prestazioni erogate per abitante, soprattutto con riferimento al laboratorio analisi. In Emilia Romagna emerge, invece, una maggiore uniformità del contributo privato tra le diverse aree di riferimento delle AUSL; il ruolo giocato dai privati accreditati è, tuttavia, nettamente più contenuto, con l'eccezione della diagnostica strumentale (27%).

Il capitolo 5¹⁶, dedicato al settore socio-sanitario, ha un duplice obiettivo: (i) aggiornare la tradizionale fotografia della rete socio-sanitaria pubblica e la sua capacità di prendere in carico gli anziani non autosufficienti; (ii) analizzare l'articolazione dei servizi domiciliari per anziani in quattro paesi (Belgio, Canton Ticino, Francia, Germania) per trarre indicazioni utili per il dibattito italiano, anche in relazione alla Riforma del sistema di assistenza per gli anziani (Legge Delega 33/2023). L'analisi si fonda su un disegno di ricerca qualitativo basato su analisi documentale di fonti istituzionali nazionali e dei paesi selezionati.

Rispetto al primo obiettivo, dai dati 2021 si conferma la crescente residualità del welfare pubblico di fronte alla platea di oltre 3,9 milioni di over65 non autosufficienti. In particolare, a livello nazionale il 7% di questi soggetti risiede in una struttura residenziale socio-sanitaria, il 22% è beneficiario di Assistenza Domiciliare Integrata, con una media di 16 ore di assistenza all'anno per caso, un dato che interroga circa la capacità di presa in carico completa.

¹⁶ Il capitolo 5 è stato elaborato nell'ambito dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC) del CERGAS, SDA Bocconi.

Con riferimento all'analisi comparata emergono alcune indicazioni per il dibattito italiano. Primo, per enfatizzare il ruolo del livello centrale servono strumenti operativi che possano allineare gli obiettivi e rendere i sistemi più equi, pur nella valorizzazione delle differenze territoriali. Secondo, il ruolo della valutazione è molto efficace, se è centrata sulla verifica dei bisogni, piuttosto che dei requisiti per l'accesso alle risorse pubbliche. Questo consente la definizione di budget di cura che includono sia la spesa pubblica che privata per personalizzare i servizi e ampliare la platea dei beneficiari. Terzo, definire priorità a livello di policy produce soluzioni diffuse di cui beneficia tutto il sistema. Infine, l'assistenza al domicilio deve e può essere frutto di una progettazione sul singolo caso che include la sua rete, la sua casa e le risorse attivabili e non un insieme di prestazioni disgiunte.

Il capitolo 6¹⁷ analizza dinamiche e composizione della spesa sanitaria privata. Quest'ultima, nel 2022, dunque in un quadro economico in continua mutazione, registra una normalizzazione del proprio percorso di crescita, dopo un 2021 in cui la drastica riduzione osservata l'anno precedente era stata pienamente recuperata. A differenza degli anni scorsi, quando gran parte della variazione era imputabile alla componente *out of pocket*, circa la metà della modesta variazione osservata nel 2022 è dovuta alla componente assicurativa volontaria. Il 2022 è stato caratterizzato da una nuova variabile, pressoché assente dallo scenario macroeconomico europeo, negli ultimi due decenni: l'elevata inflazione e la conseguente diminuzione del potere d'acquisto delle famiglie, che possono aver avuto un ruolo nella poco significativa crescita della spesa sanitaria privata e nella minore rilevanza assunta dai consumi sanitari privati nelle gerarchie di spesa delle famiglie.

Già le passate edizioni avevano mostrato che l'emergenza pandemica ha avuto un impatto significativo sull'accesso alle prestazioni specialistiche. Dati relativi al 2021 confermano come, per la prima volta da quando questi sono disponibili, la percentuale di prestazioni specialistiche (visite ed esami diagnostici) finanziata attraverso il ricorso a risorse private (*out of pocket* e intermedie) è cresciuta di circa 10 punti percentuali tra il 2020 e il 2021, a fronte comunque di consumi ridotti che, nel 2021, verosimilmente risentivano ancora degli impatti del Covid-19 sull'operatività delle strutture sanitarie.

Un'attenzione di rilievo è data nell'edizione di quest'anno al tema della sanità integrativa, attraverso un'analisi sulla diffusione e il grado di utilizzo delle coperture sanitarie di natura contrattuale e aziendale. L'analisi mostra come a eterogenei livelli di diffusione tra regioni meridionali e settentrionali non corrisponda un diverso livello di utilizzo delle coperture.

¹⁷ Il capitolo 6 è stato elaborato nell'ambito dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CERGAS, SDA Bocconi.

Le conclusioni insistono sulla necessità di inserire ogni ragionamento sulla spesa e i consumi sanitari privati nelle riflessioni sull'intero sistema sanitario e di lavorare al consolidamento della sanità integrativa attraverso azioni che ne favoriscano la sostenibilità nel lungo periodo.

Il capitolo 7 si propone di fornire un quadro dei principali indicatori di salute e di sviluppare alcune considerazioni in merito ai principali sistemi di monitoraggio e performance del SSN. A livello internazionale, l'aspettativa di vita italiana, pari a 82,7 anni, risulta la sesta più alta al mondo a dati 2021. A livello nazionale permangono importanti divari interregionali: si passa da un'aspettativa di vita alla nascita di 83,9 anni nella PA Trento a un valore di 81,2 anni in Sicilia. Tra 2020 e 2021, le regioni del Nord registrano un aumento nella aspettativa di vita più pronunciato di quelle del Centro-Sud, anche in virtù dell'assorbimento dei maggiori effetti legati della pandemia osservati nei dati 2020. Per quanto riguarda l'aspettativa di vita in buona salute, il dato medio nazionale è in invece in peggioramento, da 60,5 a 60,1 anni, e marcato da una forte variabilità regionale, dai 69,3 anni della PA di Bolzano (in aumento rispetto alla precedente rilevazione di 2,1 anni) ai 53,1 anni della Calabria (in calo di 1,3 anni rispetto al 2020). Sul lato della domanda di salute, la popolazione italiana conferma di essere caratterizzata diffusamente da multi-morbidità, più frequente nelle fasce più anziane della popolazione e soprattutto al Sud e nelle Isole. Dopo aver sistematizzato i diversi atti di indirizzo di programmazione sanitaria e i collegati (i) sistemi di monitoraggio e (ii) di valutazione dell'andamento del SSN, il capitolo propone inoltre un'analisi su variabilità e media dei punteggi registrati sui singoli indicatori inseriti nel Nuovo Sistema di Garanzia (CORE-NSG, 22 indicatori): in termini prospettici, esistono per gli SSR ambiti di performance definibili come (i) "di generalizzato mantenimento", (ii) "di potenziale generalizzato miglioramento" e (iii) "diffusamente da potenziare". A livello aziendale, infine, è stato considerato il modello di valutazione multidimensionale delle performance aziendali proposto da AGENAS a fine 2022 e applicato alle aziende ospedaliere del Paese. Nel 2021 sono 9 le AO/AOU con un elevato livello complessivo di performance, in riduzione rispetto al 2019, quando erano 17. Queste aziende si trovano nelle regioni centro-settentrionali del Paese e sono aziende di grandi dimensioni nel caso delle AOU (più di 700 posti letto) e di medie dimensioni nel caso delle AO (meno di 700 posti letto). Lo strumento di valutazione, che rappresenta una significativa e positiva innovazione, può stimolare la riflessione su (i) l'equilibrio nella copertura delle 5 aree di performance, oggi caratterizzate da un peso maggiore dell'area economico-finanziaria, (ii) la scelta di indicatori che favoriscano la focalizzazione sul fenomeno indagato, (iii) le possibilità sviluppo di processi di responsabilizzazione integrati (di filiera e/o tra partizioni organizzative all'interno delle aziende), (iv) l'innovazione degli oggetti di rilevazione, oggi poco orientati a processi e pazienti.

Il capitolo 8¹⁸ approfondisce il tema del finanziamento dei farmaci nel nostro Paese. Esso si fonda su un sistema di fondi/tetti che è stato oggetto di numerose proposte di revisione e modifica. Tra queste, nel 2018 il Ministro della Salute attraverso il Documento in materia di «Governance Farmaceutica» aveva indicato come i tetti di spesa farmaceutica sarebbero diventati un metodo di finanziamento residuale. Nonostante alcune variazioni negli anni, come la creazione di fondi per farmaci innovativi o la revisione delle percentuali di allocazione, non è ancora stato introdotto un meccanismo di finanziamento alternativo ai tetti di spesa.

Il capitolo ha, pertanto, l'obiettivo di: (i) indagare gli effetti dell'attuale sistema di finanziamento dei farmaci; (ii) posizionare l'attuale sistema italiano nel panorama dei sistemi di governo della spesa farmaceutica presenti in altri Paesi europei allo scopo di trarne spunto ed ispirazione; (iii) identificare possibili scenari di cambiamento, valutandone criticamente pro, contro, e potenziali percorsi di graduale adozione in Italia.

Il sistema di tetti sulla spesa farmaceutica è stato negli anni un efficace strumento di controllo di una delle principali voci di spesa sanitaria. Tuttavia, questo strumento presenta due principali criticità: la prima è il suo rapporto con le risorse complessive a disposizione per la sanità, concepito come percentuale fissa; la seconda l'impossibilità di «far comunicare» fra loro i due tetti di spesa, negando quindi la possibilità di spostare le risorse non utilizzate da un ambito all'altro. In ottica internazionale, il controllo della spesa farmaceutica avviene in maniera eterogenea, prevalentemente attraverso sistemi come i target di spesa, i budget e in maniera residuale i tetti.

In definitiva, il presente contributo fornisce un percorso concreto, attuabile senza stravolgimenti dell'assetto regolatorio (almeno nel breve periodo), e finalizzato a perseguire, in un contesto di programmazione ex ante delle risorse per i farmaci acquistati dalle aziende, un equilibrio tra controllo della spesa e riconoscimento del valore dei farmaci, in relazione al loro posto in terapia.

Il capitolo 9 approfondisce il tema del Pronto Soccorso (PS), una delle realtà oggi maggiormente sotto i riflettori dell'attenzione pubblica e delle autorità sanitarie che ne stanno facendo oggetto di riforma. Le determinanti individuate nella letteratura sul suo difficile funzionamento sono molteplici così come le soluzioni manageriali. Il capitolo adotta una prospettiva sovra-aziendale per fornire una diagnosi circa i fattori che incidono sulla difficoltà di governare la domanda in entrata e offre una sistematizzazione delle principali traiettorie di cambiamento nel ridisegno complessivo delle reti di Emergenza-Urgenza (E-U). In Italia e in molti altri paesi d'Europa gli accessi in Pronto Soccor-

¹⁸ Il capitolo 8 è stato elaborato nell'ambito dell'Osservatorio Farmaci (OSFAR) del CERGAS, SDA Bocconi.

so superano ormai da tempo i 300 ogni 1.000 abitanti l'anno. Dai confronti interregionali e internazionali emerge un quadro in cui gli accessi in PS sono forse comprimibili (cfr. Germania) ma ovviamente non del tutto evitabili. Il confronto interregionale mostra poi un'estrema variabilità di accesso tra regioni ma una sostanziale comunanza nell'afflusso consistente di urgenze minori (codici verdi e bianchi). Attraverso l'analisi di due casi di studio, Emilia Romagna e Lombardia, emerge in modo ancora più approfondito come i problemi di funzionalità dei PS siano almeno in parte riconducibili a questioni di inappropriata offerta di urgenza, alla dispersione degli accessi tra i Pronto Soccorso e a elementi di inappropriata dei canali di accesso (elevato tasso di accessi non mediati). I tentativi di ridisegno istituzionale e organizzativo in corso sono un primo importante passo in termini di costruzione di una nuova consapevolezza e di gestione dei flussi a monte. Le prime sperimentazioni analizzate nel capitolo sembrano inoltre promettenti. Dall'analisi si evince però come i fenomeni che riguardano il PS siano fortemente interconnessi con il resto della rete assistenziale e pertanto, per affrontarli è necessario mettere in atto soluzioni sistemiche. Queste trasformazioni possono usare strumenti e logiche differenti (decentramento e prossimità fisica vs. centralizzazione e digitalizzazione), a seconda delle caratteristiche specifiche dei singoli contesti territoriali.

Il capitolo 10 è dedicato al percorso di profonda revisione dei modelli organizzativi del territorio avviato nell'ultimo biennio. Nel maggio 2022 è entrato in vigore il Decreto Ministeriale nr.77 (DM77) che definisce standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per i servizi territoriali sviluppati con gli investimenti previsti dal PNRR. Il capitolo 10 approfondisce il DM77 il quale, pur evidenziando il ruolo delle politiche definite a livello nazionale sull'organizzazione dell'assistenza territoriale, lascia importanti spazi di autonomia alle regioni e alle aziende sanitarie locali. La ricerca persegue l'obiettivo di comprendere in che modo le indicazioni del DM77 sono state interpretate e recepite dalle regioni, esplorando anche il rapporto tra regioni e aziende sanitarie nella formulazione e declinazione delle scelte regionali e nella definizione del documento di recepimento del DM77. Sono stati approfonditi dieci contesti regionali attraverso l'analisi desk della documentazione regionale e l'organizzazione di un focus group. I risultati mostrano tre posture diverse delle regioni considerando sia il contenuto del documento di recepimento del DM77, sia l'iter di dialogo con le aziende sanitarie per la sua realizzazione e diffusione: (i) documenti regionali che rappresentano prevalentemente l'atto formale di recepimento del DM77; (ii) documenti particolarmente incentrati sulla descrizione del modello territoriale in essere; (iii) documenti con un elevato grado di rielaborazione dei temi del DM77. È poi stato possibile osservare tre approcci nel processo di coinvolgimento delle aziende sanitarie: (a) approccio a larga inclu-

sione; (b) guida regionale del processo di trasformazione dei servizi aziendali; (c) relazione di carattere istituzionale. La ricerca ha messo in evidenza sia la rilevanza della relazione tra regione e aziende sanitarie indotta dalla governance multilivello per il PNRR e il DM77, sia la tensione esercitata sul sistema a debole connessione del SSN nella gestione del cambiamento dei modelli locali.

Il capitolo 11 analizza il fenomeno delle carenze (shortage) di personale medico nel Servizio Sanitario Nazionale, con riferimento al contesto delle aree periferiche. Dopo aver quantificato lo shortage di medici nel SSN (che risulta in media con altri paesi Europei ma con profonde eterogeneità tra diverse specializzazioni e aree geografiche), il capitolo inquadra il tema dello shortage di personale attraverso due prospettive di analisi: (i) i fattori che influenzano le scelte dei medici in merito ai contesti presso i quali lavorare e, di conseguenza, determinano l'attrattività dei presidi periferici e (ii) le strategie che le aziende possono adottare per correggere la distribuzione del personale medico tra aree urbane e remote, tendenzialmente a sfavore di queste ultime.

Per affrontare tali prospettive sono stati analizzati quattro casi aziendali, attraverso 28 interviste semi-strutturate con rappresentanti delle direzioni strategiche, responsabili di unità operative e professionisti dei reparti di ortopedia-traumatologia e cardiologia, medicina d'urgenza e Pronto Soccorso. Lo studio dei casi ha consentito di mappare le sfide dell'attrattività dei medici nei presidi periferici e di identificare le possibili soluzioni organizzative adatte a sopperire alle carenze di personale, con un focus sull'esternalizzazione dei servizi di Pronto Soccorso.

I risultati dell'analisi identificano i fattori professionali come principali driver di scelta del posto di lavoro, in quanto l'attrattività dei presidi periferici dipende dalla capacità di sviluppare competenze, autonomia e reputazione. Tra le strategie adottate emergono l'attivazione di collaborazioni extra-aziendali, la creazione di poli di specializzazione, l'organizzazione del lavoro, l'utilizzo strategico delle leve di gestione del personale, il ruolo della leadership. Si rileva, inoltre, un ricorso diffuso (seppur con diversa intensità e ampiezza) all'esternalizzazione di turni del Pronto Soccorso, che viene presentata come soluzione organizzativa necessaria per fronteggiare l'attuale carenza di personale medico e garantire continuità operativa, economicità e qualità dei servizi ospedalieri.

Il capitolo 12 si pone l'obiettivo di contribuire al dibattito sul consolidamento della telemedicina nel SSN e di approfondire i modelli organizzativi formalizzati ed emergenti. Lo studio si basa sull'analisi documentale dei provvedimenti pubblicati nell'ambito del PNRR a partire dal 2022 e sull'approfondimento di cinque casi studio regionali, per ognuno dei quali è stato adottato un approccio multilivello intervistando referenti dell'Assessorato e di un'azienda sanitaria.

L'analisi della documentazione regionale prodotta nell'ambito del PNRR evidenzia un quadro profondamente eterogeneo, seppure tutte le regioni puntino a sviluppare una infrastruttura regionale unica. Attualmente, solo una parte degli SSR dispone di piattaforme attive a beneficio delle aziende e si osservano modelli organizzativi emergenti ed equilibri tra livello regionale e aziendale sensibilmente diversi. A livello aziendale le difformità sono ancora più marcate. In termini di responsabilità organizzative, le scelte agite nei casi studio vanno dall'identificazione di una unità organizzativa dedicata alla telemedicina all'assenza totale di responsabilità formalizzate. Per favorire il consolidamento della telemedicina, risultano più frequentemente attivate le pratiche di *change management* operative, ossia quelle volte a gestire il cambiamento indotto nella quotidianità, mentre sono raramente implementate quelle di natura strategica, finalizzate a indirizzare il cambiamento a un livello prima di tutto culturale e a costruire sinergie con tutti gli attori coinvolti.

In conclusione, negli ultimi anni il consolidamento della telemedicina è avvenuto presidiando principalmente le dimensioni infrastrutturali e tecnologiche e trascurando inevitabilmente gli aspetti organizzativi e strategici. È necessario che adesso l'attenzione si sposti sulla revisione dei modelli di servizio a livello aziendale affinché livello strategico e operativo possano essere pienamente interdipendenti e trovare reciproca coerenza in questo processo di consolidamento.

Il capitolo 13 affronta il tema del processo decisionale condiviso, o *shared decision-making*, come pilastro dell'assistenza «centrata sulla persona» e del coinvolgimento attivo del paziente in ambito sanitario. L'indagine ha analizzato lo stato dell'arte nell'adozione di approcci di coinvolgimento dei pazienti nella pratica clinica in Italia, e successivamente, esplorato i fattori che possono influenzare la diffusione in un'ottica organizzativa, con uno sguardo particolare alla gestione del tumore mammario. La ricerca ha adottato un approccio quali-quantitativo, integrando una *survey* internazionale con un focus group e due casi studio.

Dai risultati della *survey* condotta tra specialisti di unità senologiche italiane ed europee, emerge che lo stile di comunicazione «condiviso» tra paziente e medico è quello ritenuto più soddisfacente dagli intervistati. Tuttavia, solo il 42% dei medici italiani ha dichiarato di avere a disposizione strumenti di supporto alle decisioni terapeutiche nei loro centri, e tra questi, il 77% ne fa uso. Gli ausili decisionali sono in gran parte cartacei, ed emerge un ritardo nell'uso di strumenti digitali o *web-based* (9% nel nostro Paese rispetto al 30% nel resto d'Europa).

La ricerca ha anche coinvolto un panel di specialisti di sette *Breast Unit* italiane che hanno confermato alcuni degli spunti emersi della *survey*. Di fronte ai tentativi ben argomentati nella letteratura per standardizzare il processo de-

cisionale e ad esempi concreti di utilizzo di strumenti decisionali per strutturare tale processo, la pratica clinica italiana continua a sottolineare l'importanza della relazione medico-paziente e della comunicazione nella personalizzazione del trattamento. La conoscenza sul tema è ancora poco diffusa presso gli specialisti nel nostro Paese, per cui il potenziale beneficio derivante dall'adozione di questi strumenti non può ancora essere valutato adeguatamente. È importante dunque pianificare futuri progetti di *quality improvement* a livello aziendale per approfondire la comprensione del ruolo delle scelte condivise nell'assistenza sanitaria e per sviluppare strategie di implementazione di interventi che tengano conto delle specificità organizzative, professionali, cliniche e informative.

Il capitolo 14 intende indagare se e come la progettazione strategica delle Case della Comunità sia attenta a riflessioni di cost management, o meglio, di allineamento tra costo e valore prodotto per gli utenti e per la collettività, in un'ottica di sostenibilità complessiva. In particolare, il capitolo analizza quattro esperienze di CdC in fase di attivazione, dai profili e dagli obiettivi strategici dichiaratamente differenti. La ricerca raccoglie gli elementi principali di tali processi di revisione dell'offerta, ricavando informazioni sui driver di costo impattati nei singoli contesti.

Le interviste condotte evidenziano che in tutte le realtà analizzate esiste una consapevolezza dell'esistenza di una pluralità di cost driver attivati o attivabili nella strutturazione e implementazione delle CdC. Tuttavia, non sempre l'azione sul medesimo cost driver è attivata in maniera chiara, univoca o esplicita. Inoltre, si registra una percezione di maggior spazio di azione sui driver di tipo *executional*, che in genere sfruttano opportunità di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse, producendo risultati prevalentemente nel breve periodo. Ciò rappresenta un aspetto di differenziazione rispetto alla letteratura manageriale, che privilegia, per iniziative di questa portata, l'attivazione di driver di tipo *structural*. Questo aspetto può essere interpretato in vari modi, a partire dalla carenza di personale, che, ancora oggi, interessa molti ambiti aziendali, rendendo difficile collocarsi in un'ottica di compiuta innovazione strategica. Infine, si rileva l'assenza, non solo nei casi analizzati, ma anche nelle linee guida regionali e nazionali sulle CdC, di un qualunque meccanismo di misurazione delle performance economiche e gestionali di questo nuovo setting. Tale mancanza riflette l'assetto organizzativo e i sistemi operativi aziendali, che, in tutte le realtà osservate, mantengono una forte verticalità, con poteri e responsabilità incentrati sulle unità operative e sui dipartimenti. A seconda della natura che le CdC assumeranno in futuro, da semplice piattaforma erogativa fino a vero e proprio tensore organizzativo orizzontale, sarà opportuno modificare il modello di controllo in termini di oggetti, misure e flussi informativi per supportare la fase sia di pianificazione, sia di responsabilizzazione e controllo.

Il capitolo 15 studia il tema dell'Internal Auditing, definito come un'attività indipendente di *assurance e consulting* mirata a supportare il raggiungimento degli obiettivi organizzativi e migliorare la gestione dei rischi, il controllo e i processi di governance. Originariamente confinata al settore privato, l'Auditing ha guadagnato crescente importanza nel settore pubblico e nella sanità negli ultimi anni, anche in termini normativi. È, tuttavia, carente la disponibilità di studi volti ad approfondire le modalità di implementazione e le prospettive evolutive. Lo studio mira a colmare tale gap, mediante un'analisi delle principali esperienze sviluppate nella sanità italiana. Lo studio ha utilizzato l'approccio dei casi, coinvolgendo sette organizzazioni sanitarie italiane selezionate in base al livello di maturità della funzione di Internal Auditing. I casi selezionati per la ricerca appartengono a contesti geografici diversi e rendono conto della relativa variabilità degli assetti istituzionali delle aziende presenti nei diversi SSR. Sono state condotte interviste semi-strutturate volte ad approfondire gli assetti di governance, le modalità operative e, ove presenti, l'influenza delle norme regionali. La regolamentazione regionale ha rappresentato il principale driver per l'implementazione dell'Internal Auditing nelle organizzazioni sanitarie. Questa, a sua volta, è stata trainata dall'introduzione dei percorsi di certificabilità dei bilanci. Ad oggi, solo cinque delle venti regioni italiane hanno emesso normative specifiche sull'Internal Auditing in sanità, influenzando o coordinando le pratiche organizzative. Le soluzioni organizzative sono eterogenee in termini di collocazione e strutturazione della funzione, mentre il focus principale è rappresentato dalla dimensione finanziaria. È invece esclusa dal perimetro dell'Internal Auditing la dimensione clinica. In prospettiva, emerge la necessità di: investire in formazione; una struttura organizzativa più forte; una maggiore integrazione con altre funzioni, inclusa la dimensione clinica per garantire un controllo dei rischi completo.

Il capitolo 16¹⁹, dedicato ai temi del *procurement*, è strutturato in due parti. La prima parte presenta l'aggiornamento sullo stato degli acquisti centralizzati in sanità. La seconda parte, analizza attraverso la discussione di due casi studio, il Value-based Procurement Process (VBPP), quale modalità per sostenere la transizione da un procurement tradizionale e operativo verso logiche strategiche volte alla generazione di valore. Il primo caso fa riferimento alle evidenze generate da due «*action-research*» per simulare modalità di definizione e contenuti del *business case* relativo all'acquisto di due prodotti selezionati in collaborazione con due imprese aderenti all'Osservatorio MASAN²⁰. Il secondo caso fa riferimento a una gara di procurement sostenibile, applicata all'ac-

¹⁹ Il capitolo 16 è stato elaborato dal team di ricerca dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei contratti in Sanità (MASAN) del CERGAS, SDA Bocconi.

²⁰ Cfr. nota precedente.

quisto di guanti, realizzata in autonomia da ESTAR e si colloca nell'ambito di un rapporto collaborativo pluriennale tra ESTAR e l'Osservatorio, finalizzato a generalizzare e, quindi, scalare le innovazioni sperimentali avviate dalla centrale. I dati di mercato confermano, come per altro evidenziato anche nel Rapporto 2022 (Cusumano *et al.*, 2022), che la centralizzazione ha raggiunto un plateau. Per potere raggiungere nuovi risultati è quindi necessario adottare logiche diverse orientate al valore. I casi, in tal senso, consentono di definire quattro ingredienti: leadership strategica; competenze specialistiche; dialogo con il mercato; dati ed evidenze.

Il capitolo 17 si pone l'obiettivo di analizzare, con riferimento sia ai farmaci sia ai dispositivi medici, lo strumento di finanziamento e controllo della spesa costituito dal binomio tetti – *payback*.

Nel 2022 il settore dei dispositivi medici ha ricevuto dal governo italiano la richiesta di ripiano degli sfondamenti del tetto sulla spesa per gli anni 2015-2018, per un totale di quasi 2,1 miliardi di euro. Il tema del *payback* risulta particolarmente importante anche per il mondo farmaceutico, dove lo sfondamento del tetto degli acquisti diretti del solo 2022, secondo i dati del monitoraggio AIFA, impone alle farmaceutiche un ripiano pari a circa 1,35 miliardi di euro.

Più in dettaglio, il capitolo intende approfondire il tema del *payback* attraverso i seguenti punti: (i) confrontare nel panorama europeo, i diversi sistemi per il finanziamento e il contenimento della spesa sanitaria analizzando le possibili forme di *payback* comparabili con le misure per i farmaci ed i dispositivi medici attuate in Italia e capire in cosa si differenziano; (ii) mappare le altre soluzioni presenti nei principali Paesi europei per bilanciare la sostenibilità della spesa e l'accesso all'innovazione tecnologica; (iii) studiare, dal punto di vista di policy, quali sono i vantaggi e gli svantaggi del sistema tetti-payback; (iv) rilevare a quanto ammonta il *payback* richiesto alle imprese produttrici di farmaci e dispositivi medici e quali impatti comporta sui loro bilanci; (V) definire quali sistemi potrebbero consentire un superamento del *payback* e come dovrebbero i policymaker italiani gestire un'eventuale transizione verso altri sistemi.

In sintesi, questo capitolo offre una prospettiva completa sul concetto di “*payback*”, collocando tale sistema in un contesto globale e analizzando le potenziali implicazioni per l'accesso all'innovazione identificando le leve disponibili per sviluppare politiche alternative rispetto al meccanismo attuale.