

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2024

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Con OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS propone evidenze e nuove direzioni interpretative per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario. Allo stesso tempo, offre una piattaforma di interazione tra mondo accademico e operatori del settore.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2024

- 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; gli spazi di autonomia delle aziende; l'introduzione delle Centrali Operative Territoriali; lo stato dell'arte del processo di digitalizzazione;
- discute le soluzioni adottate per riorganizzare il personale nelle reti ospedaliere; l'evoluzione dei dipartimenti di prevenzione e delle modalità di accesso alle cure primarie; i cambiamenti nel procurement e nella regolazione del settore farmaceutico; le politiche vaccinali e il tema della sostenibilità nelle aziende sanitarie.

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 978-88-238-5196-2



9 788823 851962

€ 79,00

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2024

CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2024

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2024

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

 Egea

Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Corpo4 Team, Milano

Copyright © 2024 EGEE S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Prima edizione: dicembre 2024

ISBN 978-88-238-5196-2

Stampa: Logo S.p.A., Borgoricco (Pd)

Indice

Prefazione

di Elio Borgonovi e Amelia Compagni

XVII

PARTE PRIMA

INQUADRAMENTO DI SISTEMA

1	Diagnosi principale del SSN: quattro criticità e quattro prospettive “impopolari” per il cambiamento	3
	<i>di Francesco Longo e Alberto Ricci</i>	
1.1	Premessa	3
1.2	Le principali criticità del SSN	4
1.2.1	Scenario difficile, narrazioni semplicistiche	4
1.2.2	Universalismo dichiarato, priorità casuali	6
1.2.3	Pressioni sulla produzione, consumi randomici	9
1.2.4	Prescrizioni in aumento, volumi erogati in diminuzione	10
1.3	Quattro prospettive di cambiamento	13
1.3.1	Governare le aspettative	13
1.3.2	Efficienza impopolare	14
1.3.3	Aumentare le risorse per il SSN	16
1.3.4	Rivoluzionare i servizi: geografia, format, competenze e metriche	17
1.4	La necessità di scegliere: l'assenza di strategia costa. Il ruolo del management	18
1.5	Sintesi dei capitoli del Rapporto	19
2	La struttura e le attività del SSN	33
	<i>di Attilio Gugiatti, Simone Manfredi, Natalia Oprea, Agnese Palvarini</i>	
2.1	Premessa	33

2.2	Gli assetti istituzionali	34
2.2.1	Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»	37
2.2.2	I Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche	40
2.3	Le risorse strutturali delle aziende sanitarie	45
2.3.1	La capacità di offerta delle strutture ospedaliere	46
2.3.2	La capacità di offerta delle strutture territoriali	53
2.3.3	Il personale del SSN	55
2.4	Le attività del SSN	60
2.4.1	Le attività di ricovero	60
2.4.2	Le attività territoriali	69
2.4.3	Alcuni indicatori di efficacia gestionale	73
2.5	Struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari: un confronto internazionale	76
2.6	Povertà e povertà sanitaria: una rassegna	84
2.6.1	Aspetti introduttivi	84
2.6.2	La dimensione della povertà in Italia	85
2.6.3	La povertà sanitaria: il ricorso al Banco Farmaceutico	86
2.6.4	La povertà sanitaria minorile	87
2.6.5	Povertà sanitaria: la rinuncia alle cure	88
2.6.6	Il ricorso all'indebitamento per le cure mediche	89
2.6.7	Il mancato aggiornamento dei LEA e il nuovo nomenclatore tariffario	90
2.6.8	Un caso emblematico: la fibromialgia	91
2.6.9	Considerazioni conclusive	93
2.7	Glossario	93
2.8	Bibliografia	95
3	La spesa sanitaria e i costi dei servizi: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale	97
	<i>di Ludovica Borsoi, Gianmario Cinelli, Alessandro Furnari, Elisabetta Notarnicola e Silvia Rota</i>	
3.1	Introduzione	97
3.2	La spesa sanitaria: un confronto internazionale	99
3.3	I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN	106
3.3.1	Il finanziamento del SSN	106
3.3.2	La spesa sanitaria	113
3.4	Il posizionamento delle regioni: livelli di spesa e scelte di finanziamento	121
3.5	Equilibri e politiche di bilancio a supporto delle strategie in nove contesti regionali	132
3.6	La prospettiva aziendale nei nove casi regionali: andamento del finanziamento e variazione dei costi sostenuti	140

3.7	Conclusioni	145
3.8	Bibliografia	150
	Appendice	152
4	Gli erogatori privati accreditati: inquadramento ed evoluzione dei risultati economici nel post-pandemia	157
	<i>di Laura Giudice, Luigi M. Preti e Alberto Ricci</i>	
4.1	Introduzione, obiettivi e metodi	157
4.2	Gli attori della sanità privata accreditata	159
4.3	La spesa SSN per l'assistenza sanitaria privata accreditata	160
4.4	L'offerta ospedaliera degli erogatori privati accreditati	163
	4.4.1 Dotazione strutturale	163
	4.4.2 Posizionamenti rispetto alle principali specialità	168
	4.4.3 I servizi di emergenza-urgenza	171
	4.4.4 L'attività ospedaliera degli erogatori privati accreditati	172
4.5	L'offerta distrettuale degli erogatori privati accreditati	177
4.6	Le dinamiche economico-finanziarie dei grandi gruppi privati accreditati	184
	4.6.1 Le dinamiche aggregate delle componenti economiche e degli indici di redditività	185
	4.6.2 Entità e composizione dei ricavi in termini di regime di attività: un focus sui gruppi	188
4.7	Conclusioni	191
4.8	Bibliografia e sitografia	196
5	L'assistenza agli anziani non autosufficienti: trend nazionali e profilazione degli ospiti delle RSA lombarde	199
	<i>di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Simone Manfredi, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Benedetta Pongiglione, Andrea Rotolo, Aleksandra Torbica</i>	
5.1	Introduzione e metodo di lavoro	199
5.2	Il sistema socio-sanitario e sociale per gli anziani non autosufficienti in Italia	200
	5.2.1 <i>Stima del bisogno potenziale</i>	202
	5.2.2 <i>La capacità produttiva del sistema di offerta</i>	204
	5.2.3 <i>Gli utenti in carico ai servizi</i>	205
	5.2.4 <i>Stima della copertura del fabbisogno</i>	206
	5.2.5 <i>La spesa pubblica per Non Autosufficienza o Long Term Care</i>	211
5.3	Un approfondimento sugli ospiti anziani delle RSA in Regione Lombardia	214
	5.3.1 <i>Metodo di lavoro e dati analizzati</i>	215

5.3.2	<i>Ingressi in RSA in Lombardia nel periodo 2013-2019</i>	218
5.4	Conclusioni	231
5.5	Bibliografia	235
6	I consumi privati in sanità	237
	<i>di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Luigi M. Preti, Valeria Rappini</i>	
6.1	Premessa	237
6.2	I consumi privati in sanità nei sistemi che si «ibridizzano»	238
6.3	Perimetri, fonti e aggregati di spesa sanitaria privata	240
6.4	La spesa sanitaria privata nei confronti internazionali	243
6.5	Le dinamiche a livello nazionale	247
6.5.1	Un quadro di insieme	247
6.5.2	La composizione della spesa tra out of pocket e intermediata	250
6.5.3	La composizione della spesa per funzione di assistenza	253
6.5.4	Il mix pubblico-privato nei consumi	256
6.6	Dinamiche inflazionistiche e spesa sanitaria privata	258
6.7	Spesa privata, impoverimento e diseguglianze	262
6.8	Riflessioni conclusive	270
6.9	Bibliografia	272
7	Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale	275
	<i>di Vittoria Ardito, Oriana Ciani, Carlo Federici, Alessandro Furnari, Laura Giudice e Rosanna Tarricone</i>	
7.1	Introduzione	275
7.2	Lo stato di salute della popolazione: una prospettiva internazionale	277
7.2.1	Aspettativa di vita	277
7.2.2	Dati di mortalità a confronto	279
7.3	Esiti e performance: il contesto nazionale	285
7.3.1	Speranza di vita e cronicità nel paese	286
7.3.2	Sistemi di monitoraggio e valutazione del SSN	294
7.3.3	Le ricadute sugli obiettivi delle direzioni generali aziendali	306
7.4	Mobilità inter-regionale e qualità delle istituzioni	310
7.4.1	Indice di qualità delle istituzioni	311
7.4.2	Indice di fuga	313
7.4.3	Associazione tra efficacia di governo e indice di fuga	317
7.5	Discussioni e conclusioni	318
7.6	Bibliografia	323
	Appendice	330

8	Politiche del farmaco: approfondimento sul Value Framework per i farmaci	333
	<i>di Patrizio Armeni, Ludovico Cavallaro, Francesco Costa, Francesco Malandrini, Monica Otto</i>	
8.1	Introduzione e trend di spesa farmaceutica	333
8.2	Processi decisionali e aggiornamenti delle politiche del farmaco in Italia	339
8.2.1	Il livello di finanziamento	339
8.2.2	Le forme alternative di distribuzione dei farmaci: revisione del PHT	341
8.2.3	La riforma dell'Agenzia Italiana del Farmaco	342
8.3	Misurare il valore dei farmaci: il Value Framework	343
8.4	Applicazione del Value Framework a livello internazionale	348
8.4.1	Stati Uniti	349
8.4.2	Regno Unito	350
8.4.3	Germania	350
8.4.4	Giappone	351
8.5	Stato attuale del Value Framework AIFA in Italia	352
8.6	Raccomandazioni per policymaker e produttori	356
8.7	Bibliografia	357

PARTE SECONDA

GESTIONE DEL CAMBIAMENTO, MODELLI ORGANIZZATIVI E TECNOLOGIA

9	Le priorità aziendali deliberate, gli spazi di azione e le coerenze strategiche nei documenti di pianificazione istituzionale	365
	<i>di Francesca Lecci, Mario Del Vecchio e Francesco Longo</i>	
9.1	Introduzione	365
9.2	Le teorie di riferimento	366
9.3	Il metodo di ricerca	368
9.3.1	Gli obiettivi di ricerca e il framework di analisi	368
9.3.2	Il metodo di analisi	371
9.4	I risultati	372
9.4.1	Il campione analizzato	372
9.4.2	La ricorrenza delle indicazioni regionali	376
9.4.3	Obiettivi e indicatori di performance	377
9.4.4	Indicatori di performance e gradi di influenza regionale	387
9.5	Discussione e conclusioni	389
9.6	Bibliografia	392

10 Configurazione delle reti ospedaliere e organizzazione del personale: quali strategie e leve aziendali?	395
<i>di Claudio Buongiorno Sottoriva, Mario Del Vecchio, Giorgio Giacomelli, Roberta Montanelli, Marco Sartirana e Francesco Vidè</i>	
10.1 Introduzione, obiettivi e metodi	395
10.2 Rassegna della letteratura	396
10.3 Il caso della ASL di Alessandria	400
10.3.1 Integrazione tra hub e spoke in radiologia	401
10.3.2 Integrazione del personale infermieristico e ostetrico	403
10.4 Il caso della AUSL della Romagna	405
10.4.1 Integrazione tra hub and spoke in cardiologia	406
10.4.2 Lo spostamento tra presidi per rispondere alle carenze di personale in anestesia	407
10.5 Il caso della ASL di Lanciano-Vasto-Chieti	409
10.6 Discussione	412
10.7 Conclusioni	416
10.8 Bibliografia	418
11 Gestire il cambiamento al tempo del PNRR e del DM77: il caso delle COT	421
<i>di Gianmario Cinelli, Federica Dalponte, Lucia Ferrara, Valeria D. Tozzi, Angelica Zazzera</i>	
11.1 Introduzione	421
11.1.1 L'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	421
11.1.2 L'implementazione delle Centrali Operative Territoriali: le barriere e le tattiche per l'implementazione delle COT	422
11.2 Obiettivi e metodi	425
11.3 Risultati	426
11.3.1 Le configurazioni emergenti di COT	426
11.3.2 Le barriere all'implementazione delle COT	432
11.3.3 Le tattiche per superare le barriere	437
11.4 Discussioni e conclusioni	443
11.5 Bibliografia	446
12 I cambiamenti dei modelli di servizio della medicina generale	447
<i>di Giulia Broccolo, Francesca Guerra, Francesco Longo, Angelica Zazzera</i>	
12.1 Introduzione	447
12.2 Obiettivi e metodologia	449

12.3	Risultati	452
12.3.1	Caratteristiche dei medici rispondenti e dei loro pazienti	452
12.3.2	Il numero di contatti registrati	454
12.3.3	Le modalità di interazione tra MMG e assistiti	456
12.3.4	Le modalità di interazione e le caratteristiche dei medici	457
12.3.5	Le modalità di interazione e le caratteristiche degli assistiti	459
12.3.6	Le modalità di interazione e le tipologie di servizi erogati dai MMG	461
12.4	Discussione e conclusioni	463
12.5	Bibliografia	467
13	La trasformazione digitale delle aziende del SSN: tra investimenti del PNRR e spazi di autonomia manageriale	469
	<i>di Paola R. Boscolo, Gianmario Cinelli, Francesca Guerra, Francesco Petracca, Paolo Petralia, Nicola Pinelli</i>	
13.1	Introduzione	469
13.2	I principali investimenti in sanità digitale del PNRR	471
13.3	Metodologia di ricerca	475
13.4	Risultati	477
13.4.1	Caratteristiche delle aziende rispondenti	477
13.4.2	Attuale livello di informatizzazione e digitalizzazione nel SSN	478
13.4.3	Entità e livelli di spesa degli investimenti del PNRR	481
13.4.4	Soluzioni organizzative a supporto del processo di trasformazione digitale	482
13.4.5	Approcci strategici nell'ambito della digitalizzazione	483
13.4.6	Livelli percepiti di autonomia aziendale	485
13.5	Discussioni e considerazioni conclusive	487
13.6	Bibliografia	491
14	L'integrazione della funzione di prevenzione nella nuova offerta di servizi territoriali	493
	<i>di Marianna Cavazza, Mario Del Vecchio, Francesca Lecci, Luigi Maria Preti e Valeria Rappini</i>	
14.1	Premesse	493
14.2	Obiettivi e metodi	496
14.3	Ambiti di interazione e collaborazione tra SISP/DP e altre articolazioni aziendali	497
14.3.1	Vaccinazioni	498
14.3.2	Screening	498
14.3.3	Malattie croniche e P(P)DTA	500

14.3.4	Stili di vita	502
14.3.5	Aree di sviluppo e sintesi	504
14.4	Riconfigurazione di ruoli, funzioni e responsabilità nei disegni di regioni e aziende	506
14.4.1	I posizionamenti	507
14.4.2	La riorganizzazione della funzione	508
14.5	Condizioni abilitanti e ostacolanti	511
14.6	Discussione e conclusioni	515
14.7	Bibliografia	517

PARTE TERZA

POLITICHE SANITARIE E SOSTENIBILITÀ

15	La copertura vaccinale nelle regioni italiane. Un'analisi dell'eterogeneità	521
	<i>di Patrizio Armeni, Ludovico Cavallaro, Francesco Costa, Carla Rognoni, Rosanna Tarricone</i>	
15.1	Introduzione	521
15.2	Comparazione internazionale sulle policy vaccinali	523
15.3	Il contesto italiano	528
15.4	Analisi della copertura vaccinale nelle regioni italiane	531
15.4.1	Copertura delle vaccinazioni in età pediatrica	531
15.4.2	Analisi della copertura vaccinale HPV	533
15.4.3	Analisi della copertura vaccinale antinfluenzale	539
15.5	Analisi delle strategie vaccinali regionali	539
15.5.1	Struttura e Funzionamento delle Commissioni Vaccinali	542
15.5.2	Ampliamento dell'Offerta Vaccinale	543
15.5.3	Gestione delle Anagrafi Vaccinali	544
15.5.4	Procedure di Acquisto dei Vaccini	544
15.5.5	Chiamata Attiva e Sistemi di Prenotazione	545
15.5.6	Modelli di Somministrazione Vaccinale	546
15.5.7	Strategie di Comunicazione e Reportistica	546
15.6	Conclusioni	547
15.7	Bibliografia	550
16	La performance della funzione acquisti nel SSN	553
	<i>di Niccolò Cusumano, Franco Luigi Zurlo, Fabio Amatucci, Manuela Brusoni, Giuditta Callea, Ludovica Mager, Veronica Vecchi, Francesco Longo</i>	
16.1	Introduzione	553
16.2	Gli acquisti centralizzati in sanità: aggiornamento del mercato	554

16.2.1	Metodologia e dati	554
16.2.2	Analisi	554
16.3	Centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici e concentrazione di mercato	568
16.3.1	Metodologia e dati	568
16.3.2	Analisi	569
16.4	Misurare la performance della funzione acquisti	573
16.4.1	Il percorso di ricerca	574
16.5	Conclusioni	580
16.6	Bibliografia	582
	Appendice	583
17	La sostenibilità ambientale in sanità: strategie, modelli di governance e strumenti di management a confronto tra Italia e Inghilterra	585
	<i>di Michela Bobini, Amelia Compagni, Andrea Rotolo</i>	
17.1	Introduzione	585
17.2	Che cosa significa parlare di «sostenibilità» nel contesto sanitario	586
17.2.1	La declinazione del concetto di sostenibilità nelle aziende sanitarie nella letteratura scientifica	586
17.2.2	Ruolo e rilevanza del collegamento tra politiche, strategie, modelli di governance e sistemi di misurazione e valutazione delle performance per rendere concreti gli approcci alla sostenibilità	588
17.3	Obiettivi e metodi della ricerca	590
17.4	Le policy e il loro ruolo nell'indirizzare le strategie delle aziende sanitarie in materia di sostenibilità: approfondimento su Italia e Inghilterra	593
17.4.1	Il contesto inglese	597
17.4.2	Il contesto italiano	599
17.5	Strategie e approcci alla sostenibilità delle aziende sanitarie italiane	602
17.5.1	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	602
17.5.2	IRCCS Istituto Auxologico Italiano	604
17.5.3	Casa di Cura Privata Villa Serena	607
17.5.4	Azienda USL Toscana Sud Est	609
17.5.5	Azienda USL Toscana Nord Ovest	612
17.5.6	Campus Bio-Medico	614
17.6	Strategie e approcci alla sostenibilità degli Hospital Trust del NHS	618
17.6.1	Il modello di governance e coinvolgimento organizzativo	618

17.6.2	Metriche e performance management	619
17.6.3	Analisi per cluster	620
17.7	Discussione e conclusioni	622
17.8	Bibliografia	627
	Postfazione	629
	<i>di Giovanni Migliore</i>	
	Gli Autori	637

Il Rapporto OASI 2024 presenta diversi casi studio.
Per il prezioso contributo nel reperimento dei dati si ringraziano
le Istituzioni, gli Enti e le Aziende riportate di seguito in ordine alfabetico:

Aria S.p.A.
ASL di Alessandria
ASL Lanciano Vasto Chieti
ASL Napoli 1 Centro
ASST Fatebenefratelli Sacco
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
ASST Lecco
ATS Milano
AUSL della Romagna
AUSL Reggio Emilia - IRCCS
Azienda Usl Toscana Nord Ovest
Azienda Usl Toscana Sud Est
Campus Bio-Medico
Casa di Cura Privata Villa Serena
IRCCS Fondazione Auxologico
Ministero della Salute
Regione Campania
Regione del Veneto
Regione Emilia-Romagna
Regione Lombardia
Regione Siciliana

Prefazione

di Elio Borgonovi e Amelia Compagni

Citare Einstein è sempre opportuno. In questo caso, intendiamo partire dalla frase “*Le cose non cambieranno se continueremo a guardarle con gli stessi occhi*”. Per poter pensare di cambiare le cose, OASI 2024 propone di guardare alla realtà del SSN mettendo da parte la narrazione che ha progressivamente preso piede negli ultimi anni.

Se negli anni '80 la scelta di integrazione dei servizi e delle strutture nelle unità sanitarie locali è stata guidata da una profonda riflessione sul SSN iniziata nell'immediato dopoguerra, e se negli anni '90 le riforme dei decreti 502/1992, 517/1993 e 229/1999 avevano una loro struttura organica identificabile nel modello aziendale, con il nuovo secolo ha prevalso la logica dei rattoppi e dei rammendi. Ne è scaturita un'evoluzione nella quale, anno dopo anno, provvedimento dopo provvedimento, è apparso sempre più chiaro che le soluzioni parziali si sono rivelate peggio dei problemi che intendevano affrontare.

È stata una illusione fondare il rapporto tra Stato e Regioni sul principio etico-morale della “leale collaborazione” (pilastro della legge costituzionale 3/2001): si tratta di istituzioni politiche che hanno strutturalmente interessi divergenti non solo nel rapporto verticale, ma anche nei rapporti orizzontali tra Regioni. È stato illusorio pensare che, senza un lavoro di definizione esplicita delle priorità, le *spending review* proposte dai governi dopo la crisi del 2007/2008 potessero portare da sole a una naturale razionalizzazione del SSN, mantenendo nel contempo un universalismo sostenibile e realistico. È stato frutto di ottimismo tecnocratico pensare che ridurre il numero delle aziende sanitarie e istituire aziende regionali per funzioni e servizi comuni (variamente denominate) potesse di per sé consentire una riduzione dei costi generali e favorire reti all'interno delle stesse. Anche la definizione di standard nazionali contenuti nel decreto 70/2015 e in vari piani nazionali e regionali si è rivelata poco efficace in assenza di poteri per farli rispettare. Ugualmente, tecniche e strumenti per eliminare le inefficienze presenti nel SSN, pur necessari, si sono rivelati toppe che non potevano e non possono porre rimedio alla realtà di un

sistema di tutela della salute in cui l'investimento è limitato sia per la componente pubblica (6,2%-6,3% del PIL) sia per quella privata che è intorno al 2% del PIL da anni.

Il Rapporto OASI 2024 rende esplicito il fatto che, in un Paese che sul piano politico, sociale e del rapporto tra diverse lobby, di fatto preferisce investire in pensioni o in altri comparti del welfare, della spesa pubblica e dell'economia, ad esempio tagliando il cuneo fiscale e riducendo le aliquote IRPEF, il nodo è ora venuto al pettine. Un nodo che ha due componenti: quello delle mancate scelte strutturali e quello di voler far entrare "vino nuovo in otri vecchi", come recita il Vangelo. Ancora oggi, a livello politico e istituzionale si preferisce evitare di definire priorità esplicite per ragioni di consenso di breve periodo, ma la scelta di non scegliere di fatto ha penalizzato, sta penalizzando e penalizzerà sempre più i gruppi deboli e fragili della nostra società, come messo ben in evidenza nel primo capitolo del Rapporto. Il "vino nuovo" è rappresentato dalla rapidissima evoluzione delle conoscenze scientifiche e delle tecnologie, ad esempio di natura digitale, che consentono di affrontare positivamente condizioni di salute sempre più complesse e per un numero sempre più ampio della popolazione. Tali tecnologie permetterebbero di supportare nuovi modelli di servizio e una nuova organizzazione delle competenze professionali necessarie per cure moderne ed efficaci. L' "otre vecchio" è rappresentato da un impianto del SSN che risale a quasi 50 anni fa e a strutture sanitarie sempre più ingessate da un sistema normativo ipertrofico e pieno di contraddizioni.

Il Rapporto mette in evidenza la contraddizione tra le analisi di chi continua a dare risalto alle inefficienze del SSN e chi al contrario mette in rilievo che il finanziamento del SSN italiano è inferiore ai Paesi europei e OCSE con i quali ci confrontiamo, a fronte di percentuali di popolazione anziana molto più ampie. Poiché la perfezione non è di questo mondo, qualsiasi sistema complesso, tale è il SSN, presenta inefficienze o per meglio dire spazi di miglioramento. Tuttavia, andare alla ricerca pervicace di casi singoli e spesso limitati di inefficienza, soprattutto dopo anni in cui lo sforzo di "mettere a posto i conti" è stato pervasivo, significa esercitare una critica distruttiva e non costruttiva di quanto professionisti e manager ogni giorno cercano di fare, non di rado operando in contesti difficili e con spazi di azione sempre più ridotti. La critica distruttiva, soprattutto se esaltata dall'uso strumentale dei media, alimenta un clima di sfiducia a tutti i livelli in un sistema il cui futuro e miglioramento richiedono invece fiducia e soprattutto un grande sforzo di collaborazione ed allineamento tra politica, manager e professionisti, e cittadini.

Il CER GAS si colloca sulla difficile frontiera di chi è consapevole che chi parla di crisi dei sistemi sanitari non si rende conto di come essi siano, in un certo senso, vittime del loro stesso successo. L'allungamento della vita, la capacità di combattere disabilità e malattie come quelle oncologiche, cardiache ed altre a larga diffusione, contribuiscono all'aumento dei bisogni e alla pressione

rispetto a risorse comunque limitate. Il CERGAS continua, tramite ricerca e formazione, a promuovere il miglioramento del SSN in termini di appropriatezza, efficacia, efficienza, ma con questo Rapporto sottolinea con forza che oggi si è alzato il livello della sfida. Il CERGAS ha il dovere di contribuire in primis al ripensamento per il rilancio del SSN. Questa prospettiva si inserisce nel filone di pensiero di chi sostiene che da qualche anno non siamo più in una epoca di cambiamento ma l'umanità intera è entrata in un periodo di "cambiamento d'epoca".

Applicare questa logica significa riflettere sul fatto che i cambiamenti radicali possono essere motivati e guidati da necessità, convenienza, o convinzione. La prima logica vede il cambiamento radicale come unica possibile risposta ad una reazione o rivoluzione contro il sistema, le corporazioni, le élite politiche o economiche. Per il SSN un cambiamento per necessità potrebbe derivare solo da un notevole e insostenibile abbassamento dei livelli di assistenza che porterebbe a una frattura di natura sociale che non solo va evitata a tutti i costi ma che pensiamo sia ancora evitabile.

Cambiare per convenienza, invece, significa far percepire ai vari soggetti che la spesa per la salute rappresenta già ora e potrà sempre più rappresentare un motore per lo sviluppo di una economia e una società sostenibili. Ovviamente, per essere tale occorre che sia "buona spesa". Per buona spesa intendiamo quella che produce un rapporto positivo tra valore per i pazienti e per coloro che devono diventare tali il più tardi possibile, come ad esempio quella in prevenzione. La buona spesa è quella che migliora tale rapporto per le generazioni attuali e crea le condizioni per migliorarlo anche per le generazioni future, ad esempio perché collegata alla ricerca nel settore biomedico e sanitario in senso ampio, mentre la cattiva spesa è quella che privilegia la generazione attuale a scapito di quelle future. A tal fine servono analisi e processi di informazione in grado di far percepire a soggetti privati che il mantenimento di un SSN fondato su principi di universalità, equità, solidarietà significa mantenere un mercato più ampio rispetto a quello derivante solo dalla "scrematura del mercato". Oggi esiste un dibattito tra chi sostiene che è in atto una consapevole politica di privatizzazione della sanità e chi invece sostiene che l'espansione in alcuni settori di assistenza dell'offerta privata (es. prestazioni diagnostiche, specialistiche, di riabilitazione) sia conseguenza del vuoto creato dall'assenza di offerta pubblica. Senza entrare nel merito di questo dibattito, vogliamo però segnalare che, dal momento che si sta riducendo il numero delle famiglie che possono pagare, lo scivolamento verso un modello maggiormente privatistico porterebbe solo a una inevitabile riduzione del mercato. Quindi è conveniente non solo per i pazienti ma anche per i soggetti privati rilanciare il ruolo e la sostenibilità del servizio sanitario pubblico, nel quale inserire in modo programmatico anche una componente finanziata direttamente da canali privati.

Cambiare per convinzione, infine, significa far leva sui valori etico-morali di

altruismo, che hanno spinto (e continuano a motivare) migliaia di professionisti di ruolo sia sanitario che tecnico-amministrativo e manageriale a scegliere di impegnarsi nel servizio pubblico per la salute invece che in altri settori, spesso con remunerazioni più elevate. Questi valori personali e collettivi rappresentano il capitale più prezioso su cui continua a reggersi il SSN italiano: un capitale che deve essere sostenuto e alimentato. Occorre far leva su questi valori per convincere chi lavora nella sanità italiana a cambiare, per il benessere dei pazienti ma anche per il proprio benessere.

In conclusione, possiamo dire con Don Lorenzo Milani, un prete scomodo per le istituzioni del suo tempo che propose un modello di scuola rinnovata, che *“se sai sei, se non sai sei di un altro”*. Il Rapporto oggi vuol diffondere conoscenza per fare in modo che tutti coloro che credono nel SSN non debbano accettare scelte di altri. Il Rapporto ci forza tutti a pensare che ruolo vogliamo giocare nel ripensamento e nel rilancio del SSN. Chi crede nel ripensamento per il rilancio del SSN è qualcuno che si impegna per ricercare mezzi e soluzioni innovative perché intende fare qualcosa per la salute dei pazienti, per il benessere organizzativo di chi si occupa del benessere dei pazienti, e per la sostenibilità economica, sociale ed istituzionale del SSN.

Buona lettura del Rapporto OASI 2024.

Elio Borgonovi, Presidente CERGAS
Amelia Compagni, Direttrice CERGAS