

Parte prima

Inquadramento di sistema

1 **Diagnosi principale del SSN: quattro criticità e quattro prospettive “impopolari” per il cambiamento**

di Francesco Longo e Alberto Ricci¹

1.1 **Premessa**

Anche nelle politiche e nel management pubblico, come nella medicina, per definire le strategie più adatte a fronteggiare le criticità e per implementare interventi complessivamente efficaci è importante individuare le diagnosi principali. La ricerca delle diagnosi principali è un approccio opposto all’elencazione enciclopedica delle criticità di un settore, come può essere il SSN o l’intero sistema sanitario del paese. Per questo, nel paragrafo che segue (§ 1.2) riassumiamo quelle che riteniamo essere le quattro criticità strategiche principali del SSN. Queste ultime, purtroppo, sono largamente fuori dal dibattito mediatico e politico e soprattutto dalla consapevolezza dell’opinione pubblica. Ovviamente scegliere quattro criticità ritenute “principali” è frutto di una valutazione soggettiva, seppur fondata su solide evidenze quantitative.

Dalle criticità discendono altrettanti scenari di policy percorribili, che nel § 1.3 presenteremo come distinti, ma che possono tra di loro essere combinati. È naturale che l’enucleazione delle diagnosi principali influenzi direttamente il quadro complessivo e i contenuti delle policy proposte. Purtroppo, come cercheremo di argomentare, sia nel dibattito, sia nella prassi, e in modo bipartisan, non si sta né discutendo né percorrendo in modo convinto nessuna delle alternative di policy che indichiamo. Questo non fa altro che peggiorare le principali criticità del SSN: in definitiva, sia scegliere che non scegliere ha un costo (§ 1.4). 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 Massimo Annicchiari-co, Elio Borgonovi, Mario Del Vecchio e Giovanni Monchiero per i suggerimenti forniti e tutti gli autori del Rapporto per la stesura degli abstract.

1.2 Le principali criticità del SSN

1.2.1 Scenario difficile, narrazioni semplicistiche

L'Italia è il secondo paese più anziano al mondo dopo il Giappone, con un'incidenza degli over 65 sul totale della popolazione al 24%², in rapida ascesa al 30%. Ciò è determinato da una delle più basse natalità al mondo (1,2 figli per donna) e una delle speranze di vita più alte (83,8 anni³). Oggi in Italia vivono 14 milioni di over65 e 7 milioni di under15: gli anziani sono il doppio dei bambini. Gli ultraottantenni sono 4,5 milioni: per la prima volta nella storia nazionale hanno raggiunto e superato i bambini sotto i 10 anni (4,4 milioni). Il rapporto era di 1 a 2,5 nel 2000 e di 1 a 9 nel 1970.

Questo scenario demografico, con il progressivo declino della popolazione in età attiva, influisce sul fatto che, al 2024, si contino 24 milioni di occupati su 59 milioni di abitanti complessivi (41%). I pensionati a vario titolo sono 16 milioni⁴: il rapporto tra pensionati e occupati è già oggi di 2 a 3. Questo comporta un trasferimento netto dalla fiscalità generale dello Stato all'INPS di 165 miliardi all'anno⁵ perché i contributi dei (pochi) lavoratori non sono sufficienti a coprire pensioni e spese assistenziali. Salvo variazioni molto rilevanti nel tasso di occupazione, oggi al 62%, nel 2050 il rapporto lavoratori-pensionati sarà presumibilmente molto vicino alla parità. Da qui ad allora assisteremo a un progressivo, costante peggioramento. Il piano strutturale di bilancio presentato a ottobre 2024 indica che, nel periodo 2023-2027, le uscite per pensioni, da sole, aumenteranno di 48 miliardi, fino al valore di 366,5 miliardi, pari al 15,4% del PIL. L'età media del pensionamento effettivo è oggi di 64 anni a fronte di una speranza di vita di 84 anni. Abbiamo generato quindi delle aspettative che vedono il periodo pensionistico pari a 20 anni dopo 20-25 anni di formazione e ingresso graduale nel mondo del lavoro e 40-42 anni di contributi. Questo scenario è evidentemente non sostenibile in un paese privo di giovani che vuole, comprensibilmente, tutelare i livelli di reddito delle fasce d'età più anziane. O meglio, il quadro viene sostenuto riducendo drasticamente la destinazione di risorse agli altri ambiti di intervento pubblico, che, tra l'altro, possono contare su basi elettorali meno numerose. 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.

² Se non altrimenti specificato, i dati di inquadramento demografico sono tratti dal report ISTAT "Indicatori demografici 2023", pubblicato a marzo 2024. I dati si riferiscono al 2023 o all'anno più recente disponibile.

³ La fonte è Eurostat, aggiornamento del dato a maggio 2024: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240503-2>

⁴ Fonte: XIII rapporto INPS (settembre 2024), p. 293-294. Nel conteggio sono inclusi anche gli assegni per invalidità civile che sono pari a 3,3 milioni.

⁵ Ibidem. Infografica, p. 2.

In definitiva, l'invecchiamento della popolazione, e la stessa efficacia del SSN che contribuisce al positivo risultato di una vita longeva e in salute, rendono difficile, se non impossibile, aumentare significativamente la spesa sanitaria pubblica. Questa tendenza si sta accentuando, ma non è inedita. Negli ultimi 15 anni nessun governo, tecnico, di centro-sinistra, di centro-destra, è riuscito stabilmente ad aumentare il finanziamento del SSN. La spesa sanitaria pubblica, dopo aver oltrepassato il 7% negli anni della pandemia, è oramai scesa al 6,3% del PIL, con una previsione di sostanziale invarianza nel 2025 e 2026. Si tratta dell'incidenza più ridotta tra i grandi Paesi europei. Stando ai dati OCSE riportati nel presente Rapporto⁶, al 2022 la spesa sanitaria pubblica era poco inferiore al 7% del PIL in Italia, al 9% nel Regno Unito, al 10% in Francia e all'11% in Germania⁷. Questo dato conferma la tendenza dei paesi a PIL pro capite relativamente ridotto nel contesto UE⁸, come l'Italia, la Grecia o la Spagna, ad avere una incidenza modesta della spesa sanitaria sul PIL.

Se a causa dell'invecchiamento, del PIL procapite stagnante, del rilevante indebitamento pubblico è strutturalmente difficile aumentare le risorse del SSN, allo stesso modo crescono i bisogni dei cittadini: basti ricordare la forte prevalenza della popolazione cronica, pari al 41% dei residenti, di cui la metà affetta da pluri-patologie⁹. La popolazione anziana non autosufficiente ha raggiunto ormai i 4 milioni di persone¹⁰.

Pertanto, il torneo istituzionale, politico e manageriale a cui partecipiamo collettivamente è il seguente: come erogare buoni servizi sanitari nel secondo paese più vecchio al mondo, pur destinando alla sanità pubblica il 6,3% del PIL. Partendo da questa realtà dei fatti è possibile assumere uno sguardo adulto sul SSN e sulle sue prospettive.

A questo dato, si abbina la tendenza controintuitiva per cui la spesa sanitaria privata cresce alla stessa velocità dell'economia nazionale. La spesa privata delle famiglie, out of pocket e intermediata, da un decennio oscilla tra il 2,2% e il 2,4% del PIL e tra il 24% e il 26% della spesa sanitaria complessiva¹¹, con una sostanziale continuità tra anni precedenti e seguenti al Covid-19. L'Italia non è disponibile a spendere per la salute, né pubblicamente, né privatamente.

Purtroppo, la consapevolezza di questo scenario è debole, mentre circolano due narrazioni *fake*, o quantomeno semplicistiche.

⁶ Cfr. cap. 3 e cap. 6.

⁷ I dati provvisori 2023 indicano una discesa della percentuale al 6% in Italia e al 10% in Germania.

⁸ Il PIL pro capite dell'Italia, pari a 36 600 euro (2023), è leggermente inferiore alla media dell'UE (37 600 euro).

Fonte Eurostat: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_10_10__custom_12528861/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=3b840ba1-9c24-41f2-88d6-ccea828df7ff

⁹ Cfr. cap. 7.

¹⁰ Cfr. cap. 5.

¹¹ Cfr. cap. 6 del presente Rapporto.

La prima sostiene che le risorse del SSN sono sufficienti, dal momento che il SSN è da anni finanziato poco rispetto alla media dei grandi Paesi europei. Quest'ultimo punto è vero, ma oggi gli over 65 sono 3 milioni in più di 20 anni fa (+29% tra 2004 e 2024) e la distanza con gli altri Paesi sta crescendo¹².

La seconda narrazione sostiene che è relativamente facile trovare un 2% di PIL in più per finanziare il SSN, in modo da raggiungere almeno i livelli di un altro servizio universalistico come quello britannico. In assoluto, si tratterebbe di reperire circa 40 miliardi. Tali cifre richiederebbero una vera rivoluzione nell'allocazione della spesa pubblica italiana, che difficilmente è immaginabile in un orizzonte realistico. Per fornire dei termini di paragone, l'entità complessiva della manovra corrispondente alla legge di bilancio per il 2024 è stata di 28 miliardi di Euro¹³; oppure, l'intera spesa pubblica per l'istruzione è attorno agli 80 miliardi annui.

1.2.2 Universalismo dichiarato, priorità casuali

Il SSN è fondato sull'universalismo e questo viene costantemente ribadito nel dibattito pubblico, alimentando aspettative conseguenti. Le stesse politiche che prospettano, in modo bipartisan, a diversi livelli istituzionali, l'azzeramento delle liste di attesa, ribadiscono e rilanciano le attese per un universalismo effettivo. Questa narrazione oscura l'evidenza per cui, inevitabilmente, in un SSN al 6,3% del PIL nel secondo Paese più anziano al mondo, occorre definire e selezionare le priorità. Queste possono riguardare aree di patologia, setting assistenziali, cluster di popolazione per reddito o livello di istruzione, portafogli di tecnologie da includere nel contenuto dei servizi garantiti dal SSN. Non essendoci all'opera alcun processo consapevole di selezione delle priorità, queste ultime emergono casualmente, di norma con una relativa inconsapevolezza, senza nessun processo esplicito di valutazione capace di massimizzare il beneficio sociale ottenibile con le risorse date.

Scegliere le priorità è sempre difficile e doloroso in ogni democrazia. Sul versante politico, è ancora più difficile addentrarsi in materie complesse come la sanità e assumersi la responsabilità delle scelte, motivandole e spiegandole adeguatamente all'opinione pubblica, con il conseguente rischio di perdere consensi. Per questo motivo è frequente, e ben noto in letteratura¹⁴, che questa

¹² Si confrontino i dati di età mediana in Italia, Francia e Germania tra 2013 e 2023: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:F2Median_age_of_population,_2013_and_2023.png#file

¹³ Fonte: MEF, <https://www.mef.gov.it/focus/Le-principali-misure-della-legge-di-bilancio-2024/#:~:text=L'ammontare%20complessivo%20delle%20risorse,circa%2028%20miliardi%20di%20euro.>

¹⁴ Si rimanda, ad esempio, alle analisi sulla analisi su "*Institutional weakness*": Peters B. G. (2018), *The Politics of Bureaucracy*, VII ed., capitolo 1.

selezione avvenga nell’ambito dei processi tecnico-professionali, affidati alla esclusiva e solitaria responsabilità degli specialisti del settore, senza necessariamente un coinvolgimento del livello politico. Il sospetto è che spesso, nel SSN, la selezione esplicita e consapevole delle priorità non avvenga neppure a livello tecnico professionale. Rischia di prevalere la logica della risposta a chi per primo accede al sistema (*first in, first served*), senza valutare se ciò corrisponde a una priorità o meno. L’intera filiera istituzionale, in altri termini, opera delle prioritizzazioni implicite e casuali, che difficilmente massimizzano il beneficio sociale. Proponiamo al proposito alcuni esempi emblematici.

Secondo ISTAT, i pazienti cronici over 65 dichiarano di essere in buona salute nel 43% dei casi se sono laureati, nel 22% se hanno conseguito al massimo la licenza elementare. La stessa tendenza è rilevabile analizzando i dati di prevalenza delle principali patologie croniche¹⁵: al crescere dell’istruzione migliora lo stato di salute. La *literacy* è associata a più elevati livelli socio-economici, i quali influenzano positivamente gli stili di vita, ma anche la capacità di accedere ai servizi e l’aderenza alle terapie e ai percorsi di cura. Appare evidente che il SSN non è riuscito fissare come priorità i pazienti cronici con bassa *literacy*, disegnando modelli di servizi e *case management* coerenti ai loro bisogni e profili di consumo sanitario.

Il 52% delle visite ambulatoriali è offerto dal SSN, mentre il rimanente 48% è fruito in regime privato, in *out of pocket* (42%) o con intermediazione (6%). Sarebbe importante definire i criteri di priorità a fronte di una capacità produttiva del SSN che copre la metà del consumato. Questo dipende anche dalla logica di fondo che si sceglie di adottare per definire le priorità in termini di copertura della spesa e di rapidità della risposta. Si può selezionare tra cronici e pazienti occasionali “non cronici”. Si può distinguere tra materie e discipline: di fatto è quanto già avviene, basti pensare all’odontoiatria che è, in buona parte, esplicitamente al di fuori del perimetro SSN. Si può selezionare per reddito o per stadio delle patologie. In assenza di una qualsiasi discussione sulle logiche e sui criteri di definizione delle priorità, queste ultime risultano implicite e casuali.

Al 2022, in Italia, 8,5 milioni di persone hanno ricevuto farmaci antipsicotici, antidepressivi e litio¹⁶; gli utenti dei servizi offerti dai dipartimenti di salute mentale sono stati 776.829¹⁷. Per interpretare il dato bisogna considerare che una quota di persone con disagio psichico non è presa in carico dai servizi afferenti ai Dipartimenti di salute mentale, ma si rivolge ai servizi di cure primarie o al privato. Ad ogni modo, è evidente come i dipartimenti di salute mentale coprano una quota ridotta del bisogno epidemiologico di riferimento e come la distanza tra la capacità produttiva e il bisogno non dipenda dai dipartimenti

¹⁵ Cfr. cap. 7 del presente Rapporto.

¹⁶ Ministero della Salute (2023), Rapporto Salute Mentale, p. 186.

¹⁷ *Ibidem*, p. 46.

stessi. Ciò che si può influenzare è l'ordine delle priorità. Solo l'8% degli utenti ha tra i 18 e i 24 anni, l'11% tra i 25 e i 34 anni¹⁸, mentre l'81% ha più di 35 anni, nonostante il Piano Nazionale di Salute Mentale raccomandi una presa in carico precoce¹⁹ e continuativa per rafforzare l'efficacia degli interventi. Le priorità agite dai servizi specialistici pubblici per la salute mentale appaiono quindi opposte a quelle programmate e dichiarate. Non è affatto detto che si tratti di una scelta deliberata. Uno dei meccanismi esplicativi, paradossalmente, è un'ottima continuità di cura. I pazienti "storici" dei centri di salute mentale, alla fine di ogni visita, ricevono già un appuntamento per la successiva. In questo modo, di fatto, esauriscono le agende, lasciando pochissimo spazio a nuovi pazienti giovani. Su questi processi, ed esiti, delle definizioni di priorità non esiste alcun meccanismo di rilevazione, nessuna analisi strutturata e non sono in corso ampie riflessioni tecnico-professionali, in sintonia con la narrazione di un SSN che sarebbe in grado di coprire universalmente i bisogni.

In Italia vivono quasi 4 milioni di anziani non autosufficienti²⁰. La nostra disponibilità di posti letto in RSA, se paragonata con paesi come la Germania, l'Olanda o la Svezia, è pari a un quarto o un settimo. I posti in struttura residenziale finanziati dal SSN sono 300.000, capaci di coprire l'8% dei bisogni della popolazione over65 non autosufficiente²¹. I posti sono distribuiti in maniera molto differente tra le regioni, con variazioni molto oltre il 1000%: in Campania la percentuale di copertura del bisogno è dell'1%, in Alto Adige del 24%. La loro scarsità spiega perché sono popolati da anziani in condizioni fragilissime, con una speranza di vita media all'ingresso di 12 mesi. Il costo del servizio, per legge, dovrebbe essere sostenuto al 50% dal SSN (componente sanitaria e socio-sanitaria) e per il 50% dalle famiglie (componente alberghiera). Dal momento che il SSN può coprire solo una quota davvero modesta del bisogno²² ci si aspetterebbe un target composto di pazienti provenienti da famiglie in difficoltà, socialmente ed economicamente deboli. Nei fatti il prezzo che le famiglie devono sostenere per un posto letto in struttura è di almeno 24.000 euro all'anno, per effetto della componente alberghiera, che tende a essere sistematicamente più elevata della previsione normativa del 50% (ad esempio nei contesti metropolitani è del 66%). Le tariffe selezionano ospiti di classe economica medio alta, anche perché i comuni hanno dovuto progressivamente diminuire i loro già modesti contributi alla componente alberghiera per gli incapienti. L'impatto delle strutture socio-sanitarie del SSN risulta quindi regressivo.

Talvolta le priorità del sistema vengono dichiarate, ma vengono superate dalle condizioni operative del SSN. Un esempio è costituito dall'ambito della specia-

¹⁸ *Ibidem*, p. 50.

¹⁹ *Ibidem*, p. 66.

²⁰ Cf. cap. 5 del presente Rapporto.

²¹ *Ibidem*.

²² Un ulteriore 24% della popolazione over65 non autosufficiente è assistita in ADI.

listica ambulatoriale. In anni recenti, il *policymaker*, nazionale e regionale, ha dedicato attenzione programmatoria e risorse alla riduzione delle liste d’attesa relative a visite e diagnostica per immagini. Si pensi al PNGLA del 2019 oppure ai fondi straordinari per il recupero degli arretrati Covid. Tuttavia, i volumi 2022 e le prime proiezioni disponibili per il 2023²³ indicano come né le visite né la diagnostica per immagini abbiano raggiunto i livelli pre-pandemici. A superare i volumi 2019 sono state le sole prestazioni di laboratorio (+10% al 2022). Queste ultime, in tre anni, sono aumentate dal 78% all’82% dei volumi complessivi della specialistica ambulatoriale in regime SSN²⁴. Al di là delle priorità dichiarate, diversi fattori molto più pregnanti hanno probabilmente contribuito a modificare il mix del SSN a favore del laboratorio e a sfavore delle altre macro-classi di prestazioni: il fatto che il laboratorio sia un ambito sanitario “ad alta intensità di capitale”, con una notevole capacità produttiva installata, diversamente da altri ad “alta intensità di lavoro” che soffrono maggiormente la scarsità di professionisti; l’assenza del meccanismo di filtro della prenotazione per gli esami *in vitro*; i ridotti livelli tariffari delle visite, ormai molto inferiori sia al costo della retribuzione medica che ai prezzi offerti in regime privato²⁵.

Ovviamente si potrebbero proporre e discutere anche altri esempi, così come sono sicuramente osservabili anche casi di priorità rese esplicite, e pienamente adeguate. Restano, in ogni caso, elementi quasi sempre al di fuori dal dibattito pubblico.

1.2.3 Pressioni sulla produzione, consumi randomici

Considerando esclusivamente il regime SSN, in Emilia-Romagna viene erogato il doppio di prestazioni diagnostiche per abitante rispetto alla Lombardia²⁶, pur trattandosi di contesti paragonabili dal punto di vista epidemiologico, socio-economico e del capitale istituzionale disponibile nei loro SSR. All’opposto, in Lombardia è erogato il 50% in più di prestazioni cliniche (visite, terapeutiche) rispetto all’Emilia Romagna. Le prestazioni di laboratorio sono invece molto simili tra le due regioni, ma si accompagnano a grandi variabilità infra-regionali, con differenze anche del 40-50%.

In altri termini, sia comparando diverse tipologie di prestazioni in regime SSN, sia confrontando diverse regioni o distinti territori di una stessa regione, registriamo sempre differenze ampie nei volumi procapite, anche del 100%, senza alcuna correlazione significativa con il quadro della domanda potenziale e dei bisogni. Anche in questo caso si possono formulare alcune ipotesi. Può

²³ Merlino e Ricci (2024), *working paper*, elaborazioni su dati Agenas.

²⁴ Elaborazione su dati annuario statistico SSN 2019 e 2022. Per approfondimenti, cfr. cap. 2 del presente Rapporto.

²⁵ Merlino e Ricci (2024), *working paper*, elaborazioni su dati Agenas.

²⁶ Cfr. cap. 4 Rapporto OASI 2023.

essere rilevante l'eccesso o la mancanza di offerta locale, la *literacy* delle persone e la domanda di prestazioni sanitarie, la cultura di consumo sanitario, la propensione al regime privato.

Ovviamente, se confrontiamo le regioni del Sud con quelle del Nord, i differenziali risultano ancora più rilevanti. Elaborando i dati di consumo per residente valorizzati a tariffa²⁷, il valore medio per cittadino italiano è pari a 212€; si passa dai 265€ della Lombardia ai 161€ della Campania, con uno scostamento del 65%. Queste variabilità randomiche dei consumi per abitante sono raramente in agenda perché si osservano al meglio adottando la metrica del consumato per residente, a prescindere dal luogo dove è avvenuta la produzione. Le metriche prevalenti del SSN si concentrano a rilevare la produzione per unità erogativa, oscurando in questo modo le differenze di consumo.

Inoltre, è quasi sempre impossibile completare l'analisi del consumato SSN con i dati relativi alle prestazioni fruite in regime privato, che, come noto, sono molto variabili in relazione ai livelli di reddito e alla densità delle strutture di offerta, ma risultano assolutamente rilevanti negli ambiti delle visite e degli accertamenti diagnostici, dove rappresentano rispettivamente il 48% e il 33% delle prestazioni²⁸.

Si tratta di elementi oggettivi e ormai noti agli addetti ai lavori. Tuttavia, come evidenziato dal Rapporto, questi temi trovano poco o nessuno spazio nei documenti di strategici aziendali come i PIAO²⁹ oppure negli obiettivi assegnati alle Direzioni³⁰. A prevalere in entrambi i casi è l'obiettivo della riduzione delle liste e dei tempi di attesa. Ridurre le liste di attesa laddove i consumi sono significativamente superiori, senza distinguere se le prestazioni siano destinate a iper o ipo-consumatori è la scelta meno appropriata da fare.

In definitiva, il governo della domanda risulterebbe decisamente più rilevante del governo della produzione, che invece domina l'agenda di *policy*, e di conseguenza, l'agenda manageriale.

1.2.4 Prescrizioni in aumento, volumi erogati in diminuzione

La produzione del SSN è scesa se paragoniamo il 2023 con il 2019, soprattutto in ambito ambulatoriale (-8%³¹), pur essendoci più medici in servizio nel SSN rispetto al periodo pre-Covid. Le prime visite effettivamente erogate sono ca-

²⁷ Elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (Tessera Sanitaria), riportati da Ragioneria generale dello Stato (2023), il monitoraggio della spesa sanitaria – Rapporto n. 10, e dati Istat della popolazione residente.

²⁸ Cfr. cap. 6 del presente Rapporto.

²⁹ Cfr. cap. 9 del presente Rapporto.

³⁰ Cfr. cap. 7 del presente Rapporto.

³¹ Dato Agenas, al netto delle prestazioni di laboratorio. Fonte: presentazione Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA), Dott. Domenico Mantoan, 27/06/24.

late del 10%, ma le ricette prescritte da specialisti ospedalieri e MMG sono aumentate del 31%³².

In tutte le regioni italiane si nota una distanza notevole e probabilmente crescente tra prestazioni prescritte e reale capacità produttiva del SSN. Nelle regioni più in grado di misurare il fenomeno e abbastanza coraggiose per analizzarlo, si arriva a differenze attorno al 100% con riferimento a visite e a diagnostica. Questo significa che una ricetta su due sembra non trovare una risposta nel SSN.

Nei fatti, il SSN prescrive senza considerare l'esigibilità sostanziale di quanto prescritto. La possibilità o meno di ottenere una prestazione prescritta dal SSN è lasciata alla forza sociale e culturale del cittadino e della sua rete personale. Gli italiani con una prescrizione in mano, una volta informati presso i CUP e rilevata la distanza tra prescritto e capacità produttiva, si dividono in cinque categorie:

- ▶ chi si trova in una categoria ad elevata priorità, almeno sul piano formale, grazie alla quale ottiene la prestazione nei tempi indicati dal prescrittore;
- ▶ chi, di fronte a tempi di attesa rilevanti o altre difficoltà di accesso, ritorna al prescrittore e ottiene una nuova ricetta con classe di priorità a maggiore urgenza;
- ▶ chi aspetta oltre i tempi indicati dal prescrittore come massimi accettabili per i suoi bisogni;
- ▶ chi si rivolge al regime a pagamento;
- ▶ chi rinuncia.

La distribuzione percentuale tra queste categorie si differenzia per patologie, materie e discipline, setting e territori.

I dati delle regioni che hanno analizzato questo fenomeno fanno intravedere che, nei territori dove sono maggiori le prescrizioni, sono elevati anche i consumi pubblici per abitante, ovvero vi è una maggiore produzione in regime SSN, ma cresce anche la distanza tra prescritto ed erogato, e dunque si riscontrano le liste di attesa sostanziali maggiori. Questo significa che, se per caso riuscissimo ad azzerare davvero le liste di attesa come le osserviamo oggi, *ceteris paribus*, i territori dove si sovra-consuma diventerebbero ancora più iper-consumatori, con elevati rischi di inappropriatelyzza.

Senza aver riorganizzato le prescrizioni, la pressione sulle liste di attesa, molto percepita nel SSN e in tutte le regioni, rischia quindi di essere non solo vana in termini di risultati, ma addirittura controproducente rispetto agli obiettivi di appropriatezza, equità ed costo-efficacia clinica.

³² *Ibidem*. Si annota come l'aumento potrebbe essere da ricondurre parzialmente alla maggiore diffusione della ricetta elettronica.

In sintesi, segnaliamo quattro criticità principali nel SSN:

- I. un servizio sanitario universalistico che riceve il 6,3% del PIL e che serve il secondo Paese più anziano al mondo non riesce a rendere esplicita la distanza tra bisogni, attese e risorse in campo;
- II. per molti ambiti di servizio, l'assenza di priorità di intervento definite determina nei fatti accessi casuali, secondo criteri impliciti e largamente inconsapevoli; talvolta anche le priorità esplicite sono perseguite senza essere sostenute da una cornice di adeguate condizioni regolatorie e operative, e si rivelano meno efficaci del previsto;
- III. soprattutto in ambito ambulatoriale, i consumi per abitante risultano disomogenei e randomici in relazione al bisogno epidemiologico, sia confrontando tra di loro le regioni, sia le aree di una stessa regione;
- IV. la crescente distanza tra prescrizioni e capacità erogativa reale comunica un senso di disorientamento e mancata programmazione e organizzazione ai cittadini e pazienti, ma anche ai professionisti.

Le criticità citate si inseriscono in uno scenario di bilancio positivo: il SSN, più di altri sistemi sanitari più ricchi, riesce a rispettare da anni il proprio vincolo di spesa, pur nella limitatezza delle risorse disponibili. In altri termini, il SSN è in grado di controllare l'ammontare complessivo delle risorse spese, in funzione del fondo sanitario nazionale stanziato, nonostante una distanza crescente tra bisogni e risorse.

Benché nel 2022 e 2023 si osservino segnali di peggioramento dell'equilibrio economico di alcuni SSR e in certa misura anche del SSN nel suo complesso³³, la capacità di tenuta economico-finanziaria è un punto fermo rilevante di cui dare grande merito. È espressione di un rilevante capitale istituzionale e amministrativo accumulato, a cui contribuisce il management delle aziende, ma anche l'intera filiera istituzionale.

Il fatto che l'introduzione di un Rapporto da sempre orientato a esplorare lo stato del management nel sistema sanitario sia stata fin qui dedicata a temi di assetto istituzionale, ovvero di regole e condizioni entro le quali si svolgono i fatti aziendali e su cui il management ha poca possibilità di influenza, deve essere interpretato come un ulteriore segnale di allarme.

È vero che il compito del management è quello, nelle condizioni date, di assicurare sempre migliori livelli di efficacia ed efficienza nel funzionamento delle aziende, e che in linea di principio è sempre possibile trovare spazi di miglioramento. È però altrettanto vero che:

³³ Cfr. cap. 3 del presente Rapporto. Al 2023, benché in aumento in termini assoluti, il disavanzo non raggiunge l'1% della spesa complessiva SSN.

- ▶ i miglioramenti sono “asintoticamente limitati”, cioè gli infiniti miglioramenti potenzialmente ottenibili sono inevitabilmente decrescenti e non possono complessivamente oltrepassare un certo limite; detto altrimenti, con il 6,3% del PIL non si può pensare di raggiungere i risultati ottenibili con il 10-11% del PIL di Francia e Germania;
- ▶ la tensione tra sistema delle attese, comunque espresse, e condizioni di funzionamento concesse alle aziende e al loro management ha superato i livelli entro i quali rappresenta un fisiologico incentivo al miglioramento. Tale tensione è diventata, invece, non solo un ostacolo al perseguimento della razionalità aziendale, ma, talvolta, uno stimolo a soluzioni che peggiorano i livelli di razionalità stessa: gli “sfregi” alla razionalità aziendale che talvolta avvengono in nome delle “priorità politiche”.

In questo contesto, le aziende hanno continuato a funzionare, prodotto sforzi e ottenuto risultati, frutto di un intenso impegno dei professionisti e del management; come ogni anno il Rapporto rappresenta gli sforzi e i risultati ottenuti. Tuttavia, il punto critico oltre il quale il deperimento del SSN diventerà inarrestabile può essere vicino ed è questo il senso delle pagine precedenti.

Guidati dalla fiducia nelle persone che compongono la sanità italiana, siamo convinti che la nostra collettività nazionale, in tutte le sue componenti, sia in grado di raccogliere la sfida di un cambiamento profondo e ambizioso, anche se richiederà tempo, energie, tentativi, errori e ripartenze.

1.3 Quattro prospettive di cambiamento

Per rispondere alle criticità analizzate è possibile adottare quattro prospettive di policy e management, che per motivi descrittivi proponiamo come distinte tra di loro, ma che possono essere opportunamente miscelate. Sono opzioni tecnicamente realistiche, attuabili dal punto di vista manageriale, ma richiedono una forte capacità di gestione del consenso, perché risultano “impopolari” rispetto alle narrative collettive contemporanee. La loro attuazione richiede pertanto un parallelo lavoro per cambiare il *public discourse*, ovvero le mappe cognitive diffuse. Probabilmente, le prime tre prospettive rimangono prevalentemente nel raggio di azione del policymaker nazionale e/o regionale, mentre la quarta rappresenta una leva pienamente azionabile da parte del management.

1.3.1 Governare le aspettative

Gli italiani hanno scelto collettivamente, da molto tempo, di avere un SSN che riceve un finanziamento modesto per operare nel secondo paese più anziano al

mondo. A titolo non esaustivo, e indipendentemente dai colori politici: abbiamo da lungo tempo preferito un sistema pensionistico generoso, bonus edilizi e una crescente enfasi sulla riduzione del cuneo fiscale all'incremento del fondo sanitario. Gli altri principali paesi UE con cui è fisiologico confrontarci hanno compiuto scelte spesso differenti. Dobbiamo prendere consapevolmente atto di questa scelta collettiva, dichiarando la necessità di un universalismo più sostenibile e realistico, capace di definire i bisogni che sono eleggibili per il SSN. Il servizio pubblico dovrebbe esplicitare cosa è in grado di coprire e cosa no, allineando le aspettative dei cittadini a quella che è la realtà dei fatti. A questo proposito, l'attuale format e metrica dei LEA si è rilevata inadeguata allo scopo.

Una volta definiti i diritti esigibili e le aree di intervento, il SSN dovrebbe esplicitare quali siano i target prioritari. Nella *long term care*, dove il bisogno è espresso da 4 milioni di italiani over65 non autosufficienti e si attende l'implementazione di un'organica riforma di settore, attraverso il ricovero in struttura copriamo l'8% dei bisogni: dovremmo esplicitare quali sono i criteri di accesso, che dovrebbero essere diversi dalla disponibilità a pagare cifre davvero consistenti. Se siamo in grado di offrire in regime SSN il 50% delle visite ambulatoriali ottenute dai pazienti, quali sono i target principali da mantenere all'interno della copertura pubblica?

In questo modo, progressivamente, dovremmo determinare una convergenza tra il prescritto e l'erogabile dal SSN, ricreando chiarezze e certezze nei cittadini e pazienti, facilitando il *patient journey* e riattivando l'accumulo di capitale istituzionale per il servizio sanitario.

1.3.2 Efficienza impopolare

Il SSN è su un sentiero di efficientamento da ormai 30 anni e moltissimo è stato fatto: accentramento di una componente maggioritaria degli acquisti³⁴, riduzione dei posti letto ospedalieri pubblici, aumento del ricorso ai farmaci generici, contenimento del personale, per lunghi periodi azzeramento degli investimenti. I “frutti bassi” sono stati in gran parte colti. Se si vuole proseguire sull'efficienza a questo punto bisogna prendere la scala verso i rami alti dell'albero, dove le scelte sono politicamente costose perché impopolari.

Nella rete di offerta ospedaliera del SSN si contano ancora oltre 100 ospedali a gestione diretta con meno di 50 posti letto. Altrettanti sono tra i 50 e i 100 posti. Si tratta del 40% degli stabilimenti di ASL e ASST: è irrealistico pensare che tutti siano in condizioni di isolamento e che almeno una parte di essi non possa riorientare i propri servizi e il proprio personale sul versante territoriale. Si contano una cinquantina di ospedali di medie dimensioni, tra i 200 e i 400

³⁴ Cfr. cap. 16 del presente Rapporto

PL, con più di 20 discipline³⁵: molte di esse sono riferibili a UO di alte specialità che difficilmente raggiungeranno le casistiche minime per garantire qualità e sostenibilità.

Nella rete di offerta territoriale del SSN si contano 9.085 ambulatori e laboratori³⁶, uno ogni 7.000 abitanti, in crescita rispetto al 2019 di 287 unità. Anche sul territorio è irrealistico mantenere questo livello di frammentazione, specialmente in grandi regioni del Sud come Campania e Sicilia dove la densità di strutture territoriali è doppia rispetto al valore nazionale³⁷. La costruzione o il rinnovo delle case della Comunità è una grande opportunità per accorpere servizi territoriali in precedenza dispersi: annotiamo che per chiudere tre piccoli ospedali, di norma, se ne costruisce uno nuovo al centro, magari leggermente più distante dalle case dei singoli cittadini, ma più funzionale per i pazienti e i professionisti e maggiormente adeguato al cambiamento dei bisogni.

Al 2022, sommando il valore della produzione ospedaliera e della specialistica ambulatoriale del SSN, si ottiene un totale di 40 miliardi di euro, pari al 30% circa delle risorse assorbite dalla sanità pubblica³⁸. Questo dato può avere diverse interpretazioni. Certamente una logica esclusivamente prestazionale per misurare il valore prodotto da SSN è riduttiva. Inoltre, incide il mancato adeguamento dei livelli tariffari a fronte delle dinamiche inflattive. Tuttavia, anche rivalutando il valore delle prestazioni erogate per l'inflazione, rispetto al 2019 la crescita del valore dell'output sarebbe stata del 7% rispetto all'11% della crescita dell'input. Resta quindi un tema di efficienza, che però va calato nelle singole situazioni. Ad esempio, abbiamo ancora diverse aziende sanitarie pubbliche “grandi malati”, di norma realtà ospedaliere in contesti metropolitani, con gradienti di produttività gravemente carenti. Hanno deficit sostanziali, anche se spesso difficilmente quantificabili alla luce degli attuali sistemi di finanziamento, nei quali spiccano trasferimenti correnti di provenienza regionale non legati ai volumi di produzione nè alle attività a funzione ragionevolmente da erogare. Molte di queste aziende hanno una *constituency* fatta di attori con rilevante *voice*.

Per cogliere queste riserve di efficienza serve una notevole capacità analitica ex ante, una forte visione, un chiaro mandato, una narrativa convincente, una grande capacità di stakeholder management e la possibilità di resistere alle voci dissonanti, soprattutto in epoca di populismo crescente. Riusciamo a svolgere, a contrapporci al populismo bipartisan e a iniziare a percorrere le ultime miglia di efficientamento impopolare?

³⁵ Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Open Data Posti Letto per specialità, anno 2022.

³⁶ Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Annuario statistico del SSN, anno 2022. Il dato include le strutture pubbliche e private accreditate

³⁷ Cfr. capp. 2 e 4 del presente Rapporto.

³⁸ Merlino e Ricci, 2024, working paper. La valorizzazione è compiuta secondo le tariffe nazionali e regionali delle prestazioni erogate da soggetti pubblici e privati accreditati.

1.3.3 Aumentare le risorse per il SSN

Nell'ultimo quindicennio, a fronte dell'invecchiamento della popolazione, quasi tutti i paesi UE hanno aumentato la spesa del loro sistema sanitario pubblico in termini di incidenza sul PIL³⁹. Inoltre, quasi ovunque, il comparto dell'assistenza socio-sanitaria agli anziani è stato distinto dal comparto sanitario, per evitare di dirottare inevitabilmente la spesa sanitaria verso "l'epidemia" della non autosufficienza, inevitabilmente frequente in società a lunga aspettativa di vita.

A livello internazionale⁴⁰, tre sono le strade alternative imboccate per aumentare il finanziamento del sistema sanitario pubblico. La Svezia ha riallocato spesa pubblica a favore della sanità ritirandola da altri comparti. La Germania ha aumentato il prelievo a favore del Welfare introducendo 20 anni fa l'assicurazione obbligatoria sulla LTC: essa comporta una contribuzione sul reddito di alcuni punti percentuali in più, e quindi un maggiore costo del lavoro, ma ha il vantaggio di alleggerire di molto gli oneri socio-sanitari che gravano sul comparto sanitario. La Francia ha aumentato le compartecipazioni per la specialistica e ha poi introdotto una assicurazione integrativa obbligatoria per il loro rimborso.

In Italia, in maniera bipartisan, si invoca la riduzione delle imposte e del cuneo fiscale e previdenziale, quando in un paese con il 24% della popolazione in età da pensione, a crescenti iniquità sociali e con alcune sacche di povertà sanitaria⁴¹, la funzione redistributiva dello Stato, fisiologicamente, dovrebbe essere in aumento. Vero è che corposi flussi redistributivi già esistono: si pensi al fatto che, a fronte di valori di spesa sanitaria procapite sostanzialmente allineati tra regioni a statuto ordinario (dato che smentisce un'altra diffusa fake news), l'incidenza del SSR rappresenta il 5% del PIL regionale in Lombardia e il 10%-11% in Campania, Puglia e Sicilia⁴². In parallelo, è noto che 6 milioni di contribuenti con redditi superiori ai 35mila euro, pari al 15% dei dichiaranti IRPEF, originano il 63% delle imposte sul reddito⁴³ che rappresentano la principale fonte di finanziamento della sanità. In questo contesto, in cui è poco plausibile economicamente e politicamente introdurre ulteriori prelievi dalle aree geografiche e dalle fasce sociali che già molto sostengono il Welfare, è possibile articolare un sistema di ridotte, ma più capillari compartecipazioni, che riequilibri i contributi forniti e i benefici ottenuti tra cittadini-pazienti e SSN?

³⁹ Cfr. cap. 3 del presente Rapporto

⁴⁰ Cylus, J., Roland, D., Nolte, E., Corbett, J., Jones, K., Forder, J., & Sussex, J. (2018). Identifying options for funding the NHS and social care in the UK: international evidence.

⁴¹ Cfr. cap. 2 del presente Rapporto.

⁴² Cfr. cap. 3 del presente Rapporto.

⁴³ Fonte: Centro studi Itinerari previdenziali, <https://www.itinerariprevidenziali.it/site/home/ilpunto/il-punto-di-vista/redditi-irpef-e-spesa-per-il-welfare-quei-conti-che-non-tornano.html>

1.3.4 Rivoluzionare i servizi: geografia, format, competenze e metriche

Possiamo ipotizzare una innovazione e trasformazione radicale della geografia dei servizi del SSN: come il passaggio dalla banca tradizionale a quella online che tutti noi oggi frequentiamo. Il negozio che abbiamo più prossimo a casa è Amazon. Questo significa superare le lobby professionali e i silos organizzativi. L'innovazione *disruptive* dei servizi comporta un sistema ospedaliero molto asciugato e accentrato, equipe mediche itineranti tra stabilimenti ospedalieri, una ampia diffusione di servizi specialistici da remoto per pazienti che rimangono a casa o vanno in casa della comunità se non hanno una buona connessione. Le modalità erogative (*format*) dovranno cambiare. Occorre la diffusione convinta e strutturata di un ecosistema digitale per l'autocura dei pazienti cronici, soprattutto per quelli con più *literacy* o più reti sociali di supporto. Occorre una chiara distinzione dei servizi per la LTC, creando un'offerta che, a oggi, specialmente nelle sue componenti domiciliari, è spesso poco professionalizzata; inoltre, è prevalentemente a pagamento, stante l'attuale finanziamento del SSN.

La modifica radicale della geografia e del format dei servizi comporta anche una trasformazione delle competenze professionali necessarie. Non solo serve più spazio ad esperti di service design, di ecosistemi digitali, ma soprattutto una incidenza maggiore del lavoro “laico”, ovvero fuori dai tradizionali ruoli ordinistici, come può essere un *case manager* amministrativo del 116117 o di un *service center* per la presa in carico della cronicità. Indispensabile è l'abbattimento di moltissimi dei silos professionali oggi presenti. È necessario organizzare le interdipendenze orizzontali generate dalla cronicità, che attraversa tutti i setting assistenziali, e dalla multi-morbilità che caratterizza ormai tutte le materie e discipline. Siamo in grado di vincere le resistenze delle singole categorie professionali organizzate e rappresentate, alcune delle quali abbiamo generato di recente, per promuovere le grandi innovazioni organizzative per cambiare format e geografia dei servizi sanitari? Si tratta di proporre mappe cognitive nuove dove la flessibilità di ruolo, la contaminazione tra lavoro ordinistico e laico, la interdipendenza tra persone e macchine diventano una risorsa per i lavoratori e per i pazienti. Abbiamo la forza culturale e istituzionale per accentrare i luoghi fisici, decentrare i servizi on line, coordinare e aprire i silos professionali?

Un ultimo aspetto da sottolineare riguarda i meccanismi di programmazione e controllo, sia a livello di relazioni tra regioni e aziende, sia all'interno delle aziende. Le dimensioni della dotazione di risorse, dei costi, dei volumi erogativi, della produzione valorizzata e della produttività hanno una loro validità per individuare e condurre interventi di efficientamento difficili e impopolari, come ricordato nel paragrafo 1.3.2. Tali metriche però sono evidentemente parziali, specialmente se discutiamo di servizi territoriali e di pazienti croni-

ci. Progressivamente, è fondamentale introdurre a tutti i livelli indicatori che misurino l'appropriatezza dei livelli prescrittivi, l'equità nell'allocazione delle risorse e nei consumi di prestazioni per abitante, i livelli di reclutamento della popolazione cronica, l'aderenza alle terapie, la qualità anche percepita della presa in carico e l'eccellenza degli esiti clinici di salute. In questo processo il ruolo della componente professionale, il collegamento con le evidenze scientifiche e l'utilizzo di evidenze generate risultano quanto mai importanti per avviare cambiamenti che siano realmente condivisi, diffusi e duraturi.

1.4 La necessità di scegliere: l'assenza di strategia costa. Il ruolo del management

È possibile, ovviamente, integrare le scelte di governare le aspettative, efficientare a livello profondo, aumentare le risorse e trasformare i servizi e la geografia professionale attivando un mix sostenibile istituzionalmente e politicamente. Alcune trasformazioni possono essere prevalentemente narrative e simboliche, altre agite e non dichiarate, altre esplicitamente assunte con forza come elemento costitutivo del cambiamento culturale del SSN. Spesso il management sarà chiamato a promuovere il cambiamento e a renderne tangibili i risultati, spingendo la politica a sostenere la legittimità e la convenienza di compiere alcune scelte, a prima vista inedite e quindi problematiche in termini di consenso. In molti casi, alcuni dei quali dettagliati nel Rapporto⁴⁴, i vertici aziendali potranno sostenere con risorse economiche e legittimazione quei processi *bottom up* di cambiamento promossi dal *middle management* per ovviare a oggettive difficoltà nel mantenere l'assetto di offerta invariato a fronte di risorse e bisogni diversi dal passato. Ad ogni modo, si tratta di campi di azione tecnici, che richiedono però capacità analitiche, strategiche, di *change management* e di *stakeholder management*⁴⁵, oltre che nuove metriche di misurazione e una certa dose di imprenditorialità. È lo spazio di lavoro ampio ed interessante per il management e per i *policymaker*.

Nel secondo Paese più vecchio al mondo, con un SSN finanziato con il 6,3% del PIL, il vero pericolo consiste nel non scegliere nessuna delle quattro prospettive proposte, né di individuarne una quinta. La pura e semplice gestione della routine quotidiana e dello status quo e il *fine tuning* comportano l'aumento delle criticità citate inizialmente: una incomprensione collettiva dello scenario che caratterizza il SSN in cui ci troviamo; la costante gene-

⁴⁴ Si veda, ad esempio, il cap. 10 del presente Rapporto focalizzato sulla gestione del personale nel contesto del ridisegno dei servizi ospedalieri.

⁴⁵ A questo proposito si veda il cap. 11 del Rapporto che analizza il processo di cambiamento nelle aziende sanitarie per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT).

razione di priorità implicite, inconsapevoli e spesso sbagliate; una crescente e ingiustificata variabilità dei consumi; una crescente divergenza tra quanto prescritto, dunque atteso dai cittadini- pazienti, e quanto il SSN è in grado di produrre, aumentando un senso di smarrimento e di delegittimazione istituzionale del SSN.

Ovviamente oscurare i problemi emergenti diminuisce le criticità percepite, ma scava nel profondo e nell’invisibile delle dinamiche istituzionali collettive e progressivamente indebolisce il tessuto delle aziende del SSN.

Avere uno sguardo onesto sulla natura e sull’entità dei problemi richiede una postura adulta, non consolatoria, in grado di stare nella realtà del presente: la consapevolezza delle evidenze, seppur dolorose, dovrebbe essere un punto di partenza per tutti coloro che intendono far crescere la sanità italiana. Da qui i manager del SSN possono ripartire, per continuare a far crescere le loro organizzazioni e ad essere generativi.

1.5 Sintesi dei capitoli del Rapporto

Il *capitolo 2* del Rapporto descrive il SSN italiano focalizzandosi sui profili istituzionali, sulla dotazione strutturale, sulle attività e sul livello di risposta alla domanda di salute, e ne illustra il posizionamento nel panorama internazionale.

Con riferimento agli assetti istituzionali, nel 2024 il numero di aziende territoriali (ASL e ASST) rimane invariato e pari a 128, così come rimane stabile il numero di AO (42).

In termini di dotazione, la contrazione del numero di posti letto (PL) iniziata negli anni Novanta ha visto un’interruzione a seguito del Covid-19. Infatti, nel 2022 la dotazione media era pari a 3,3 PL per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 PL per i non acuti, sostanzialmente in linea con la dotazione-obiettivo definita dal DL 95/2012. Per quanto riguarda il personale dipendente del SSN, nel periodo 2019-2022 si osserva un aumento del personale infermieristico e ostetrico (+15.811 unità), degli operatori sociosanitari (+8.911) e dei medici (+728). Nonostante ciò, la dotazione di infermieri e ostetrici in Italia risulta ancora sottodimensionata: l’Italia si conferma un contesto in cui lo skill-mix medico-infermiere è fortemente sbilanciato a favore dei primi, con 1,5 infermieri per medico contro valori di altri paesi OECD come Paesi Bassi, Francia, Germania o Regno Unito tra il 2,9 e il 2,6.

Per effetto del Covid-19, le attività di ricovero (dimissioni) nel 2022 risultano ancora pari al 90% del volume registrato nel 2019, mentre la mobilità fuori regioni torna ai valori percentuali del 2019, rappresentando l’8,3% dei ricoveri ordinari per acuti, dopo una sostanziale diminuzione durante il periodo pandemico (7,2% nel 2020 e 4,9% nel 2021).

Infine, vengono riportate alcune riflessioni sul fenomeno della povertà sanitaria. I dati italiani confermano la natura complessa e circolare delle relazioni tra condizioni economiche e sociali, condizioni di salute e povertà sanitaria. A queste variabili si aggiungono le condizioni specifiche del SSN che, come per il grave fenomeno delle liste d'attesa, hanno conseguenze rilevanti sulle condizioni di salute ed economiche di milioni di pazienti.

Il *capitolo 3* illustra la spesa, il finanziamento e le performance economiche del SSN secondo diversi livelli di analisi e confronto. Innanzitutto, si analizza l'andamento macroeconomico della spesa sanitaria, confrontando 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. Si approfondisce poi il livello nazionale, esaminando il finanziamento del SSN e il ruolo delle varie componenti di spesa.

Successivamente, l'analisi si concentra sui livelli regionale e aziendale, analizzando i principali fattori che influenzano le risorse assorbite dal sistema e le strategie di finanziamento. A questo fine, vengono analizzati nove casi studio regionali, che permettono di esplorare il legame tra le dinamiche regionali e aziendali, nonché il loro ruolo nel contenimento dei disequilibri. Particolare attenzione è data alle modalità di raccordo tra i due livelli istituzionali e alle strategie di gestione attivate nel 2023 per (i) affrontare l'esposizione di alcuni fattori produttivi a rischio di mercato e inflazione e (ii) fronteggiare l'evoluzione dei modelli di servizio.

Se fino a un paio di anni fa 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, dall'altro la difficoltà crescente delle aziende sanitarie a raggiungere l'equilibrio economico), recentemente gli interventi di riprogettazione e riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali sollevano alcuni interrogativi sostanziali per la tenuta del SSN. I dati mostrano che il finanziamento per la sanità in Italia, rispetto ad altri Paesi, rimane ridotto, con un incremento di 2 miliardi nel 2023 che risulta solo nominale, non reale. Allo stesso tempo, la spesa sanitaria aumenta per effetto dell'inflazione, con significative differenze tra le regioni. Nel 2023, si registra un disavanzo di 626 milioni di euro, in crescita rispetto agli anni precedenti, con valori rilevanti in alcune regioni. Inoltre, i criteri adottati nel 2023 (e quelli previsti per il 2024) ampliano ulteriormente le disparità tra le regioni, polarizzando i finanziamenti e le performance. In vista della sostenibilità futura del sistema, sarà cruciale valutare se i sistemi sanitari regionali hanno il capitale istituzionale necessario per promuovere un cambiamento nei modelli di servizio, soprattutto in un contesto di costi crescenti.

Il *capitolo 4* analizza il settore degli erogatori privati accreditati. Nel 2023 la spesa del SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è stata pari a 427 euro pro capite, il 17,5% del totale della spesa sanitaria pubblica. Dopo

il calo osservato nel 2020, la spesa per assistenza erogata da privati accreditati rispetto al 2019 ha registrato una crescita tra 2021 e 2023 anche se a un ritmo inferiore alla spesa sanitaria pubblica e all’inflazione. Da segnalare la crescita della spesa per servizi socio-sanitari da privati accreditati, che nel 2023 supera l’area ospedaliera per valore pro-capite. A inizio 2022 gli erogatori privati accreditati detenevano complessivamente il 32% dei posti letto (PL) ospedalieri. Le strutture private accreditate del Paese hanno in media dimensioni ridotte: 121 PL, con grandi strutture concentrate principalmente in Lazio e Lombardia. Tra le specialità ad ampia diffusione in cui il privato accreditato gestisce più PL figurano Riabilitazione (78%), Ortopedia e traumatologia (38%) e Chirurgia Generale (32%). Passando al tema dell’assistenza territoriale, a livello nazionale il privato accreditato nel 2022 gestiva il 60% degli ambulatori e laboratori (con quote più ridotte in Liguria e Piemonte e più elevate in Campania e Sicilia), l’84% delle strutture residenziali e il 71% di quelle semi residenziali.

Il difficile contesto sanitario ed economico del periodo 2020-2022 ha influito in maniera rilevante sul settore dei privati accreditati. In tale contesto, emerge il peggioramento dei risultati economici dei principali erogatori settore. I ricavi aggregati dei principali erogatori di settore, che assommano il regime SSN e quello privato, registrano una crescita lineare dal 2020, oltrepassando nel 2022 anche i valori del 2019 (+15%). Tuttavia, gli indici di redditività registrano un calo rilevante. L’erosione di margini operativi e utili è imputabile, almeno nel 2022, alla crescita dei costi per acquisti di beni e servizi, sospinta dall’inflazione. La funzione di committenza da parte di regioni e aziende pubbliche non può prescindere da questo panorama, che, se fosse confermato, renderebbe più urgente un marcato cambiamento di logica di fondo.

Il capitolo 5⁴⁶ ha un duplice obiettivo di approfondimento: (i) aggiornare la tradizionale fotografia della rete socio-sanitaria pubblica e la sua capacità di prendere in carico gli anziani non autosufficienti; (ii) indagare il profilo degli anziani residenti in RSA in Lombardia e il loro ricorso a servizi sanitari nei periodi precedenti e successivi all’accesso in struttura, per individuare le connessioni tra setting assistenziali. L’analisi si basa su un disegno di ricerca *mixed-methods* che combina analisi documentale di fonti istituzionali nazionali e analisi statistica di dati amministrativi di Regione Lombardia per il periodo 2013-2019.

Rispetto al primo obiettivo, dai dati 2022 si conferma la crescente residua-
lità del welfare pubblico di fronte alla platea di oltre 3,9 milioni di over65 non autosufficienti. In particolare, a livello nazionale l’8% di questi soggetti risiede in una struttura residenziale socio-sanitaria, il 24% è beneficiario di Assistenza Domiciliare Integrata, con una media di 16 ore di assistenza all’anno per caso, mettendo in discussione la capacità di presa in carico completa di questa

⁴⁶ Il capitolo è a cura dell’Osservatorio Long Term Care (OLTC) del CeRGAS, SDA Bocconi.

misura. L'intervento più diffuso è l'Indennità di Accompagnamento, percepita dall'11% degli over65 non autosufficienti. La spesa pubblica per *Long Term Care* si attesta all'1,20% del PIL (2023), in contrazione rispetto agli anni precedenti.

Con riferimento all'analisi dei profili dei residenti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in Lombardia tra il 2013 e il 2019 e delle connessioni esistenti con i servizi sanitari, emergono tre questioni. Primo, nel periodo analizzato si assiste a un progressivo aggravamento del quadro sanitario dei cittadini che arrivano in struttura, confermato anche dalla crescente frequenza di accesso ai servizi sanitari precedenti all'istituzionalizzazione, e dall'aumento della quota di ospiti deceduti entro il primo anno di permanenza in struttura. I cittadini arrivano quindi in RSA con un quadro clinico ormai molto compromesso. Secondo, si riduce l'accesso alle ospedalizzazioni post ingresso in RSA, probabilmente come effetto combinato di *gatekeeping* di sistema e miglioramento e investimento sulle competenze assistenziali degli operatori di RSA. Terzo, le evidenze circa i percorsi assistenziali di arrivo in RSA e di uscita da questo servizio segnalano uno scarso investimento sulla connessione tra strutture e dimissione ospedaliera, e la creazione di barriere tra questi due *setting*.

Il capitolo 6⁴⁷, a cura dell'Osservatorio su Consumi privati in Sanità (OCPS), analizza l'andamento della spesa e dei consumi sanitari privata in Italia, evidenziando alcune tendenze chiave. Nel 2023, la spesa sanitaria privata è cresciuta moderatamente rispetto agli anni precedenti (+2%), attestandosi a circa 45,9 miliardi di euro. Rispetto al PIL, il valore rimane fermo al 2,2%. Contribuisce in modo rilevante la crescita della componente intermediata da assicurazioni, imprese ed enti non-profit. Estendendo l'orizzonte temporale al 2019 emergono principalmente due elementi. A fronte di un aumento complessivo della spesa privata pari a 12%, il primo elemento riguarda la crescita della componente intermediata (+20%). Il secondo riguarda invece un irrobustimento della componente ambulatoriale rispetto a quella ospedaliera e quella dei prodotti. Mentre infatti la spesa per servizi ospedalieri si riduce del 2%, la spesa per assistenza ambulatoriale (visite, servizi odontoiatrici e altri servizi ambulatoriali) aumenta del 23% e quella per servizi diagnostici del 7%.

Il capitolo 7 si propone in primis di fornire un quadro dei principali indicatori di salute e di alcune dimensioni di performance nel contesto sia internazionale che nazionale. A livello internazionale, l'aspettativa di vita italiana, pari a 82,8 anni, risulta la sesta più alta al mondo. A livello nazionale permangono importanti divari interregionali: si passa da un'aspettativa di vita alla nascita di 84,2 anni nella P.A. di Trento ad un valore di 81 anni in Campania. Tali differenze interregionali si riscontrano anche rispetto alla probabilità di sviluppare

⁴⁷ Il capitolo è a cura dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CeRGAS, SDA Bocconi.

cronicità. La P.A. di Bolzano riporta il miglior dato di persone in buona salute (79,6 persone ogni 100 con le stesse caratteristiche), mentre il Molise presenta il più alto tasso di persone con almeno due malattie croniche (26,5 persone ogni 100 con le stesse caratteristiche).

Il capitolo si sofferma inoltre sul monitoraggio del SSN, proponendo dapprima una sistematizzazione dei principali strumenti che orientano il funzionamento complessivo del sistema nelle sue diverse articolazioni, e analizzando poi il sottoinsieme di indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia, con riferimento all'anno 2022 e al triennio 2019-2022. Dalle analisi emerge un quadro di indebolimento piuttosto generalizzato nell'area della prevenzione e, per certi aspetti, dell'assistenza distrettuale, mentre si osserva un diffuso miglioramento rispetto al 2021 e al 2019 per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera. Questa sezione si completa poi con un approfondimento delle prassi istituzionali con cui le regioni tendono a incorporare macro-aree e metriche del NSG nella declinazione delle priorità assegnate alle aziende, analizzando le Delibere regionali di assegnazione degli obiettivi alle direzioni strategiche delle aziende sanitarie pubbliche di 5 SSR: Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia. L'analisi consente di evidenziare come esistano diverse posture adottabili dagli SSR nell'impiegare le metriche NSG-CORE nei processi di responsabilizzazione delle direzioni aziendali. Il capitolo propone infine un approfondimento dedicato alla mobilità infra-regionale e all'analisi della qualità delle istituzioni. L'analisi mostra un gradiente nord-sud a favore delle regioni del nord sia con riferimento alla qualità delle istituzioni sia con riferimento alla mobilità passiva, soprattutto per le attività per Acuti. Si osserva anche una associazione inversa tra qualità delle istituzioni e indice di fuga, in particolar modo per le attività per acuti in regime ordinario, e la mobilità per tumori.

Il capitolo 8⁴⁸ esamina l'integrazione del concetto di valore nelle politiche farmaceutiche in Italia, focalizzandosi sulla sua applicazione nei processi decisionali di prezzo e rimborsabilità. L'obiettivo è valutare l'utilizzo del Value Framework (VF) per informare tali decisioni, confrontando l'approccio italiano con modelli internazionali e identificando aree di miglioramento per aumentare l'efficacia delle politiche farmaceutiche. La ricerca si basa su un'analisi documentale della letteratura scientifica, delle normative vigenti, delle linee guida e dei documenti di policy.

Il capitolo esamina i processi decisionali e gli aggiornamenti delle politiche del farmaco in Italia, evidenziando l'evoluzione verso una valutazione più strutturata del valore. Si discute il VF proposto dall'International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), che suggerisce una valutazione multidimensionale del valore includendo aspetti clinici, economici, sociali e le preferenze dei pazienti. Successivamente, si esamina lo stato attuale

⁴⁸ Il capitolo 8 è a cura dell'Osservatorio Farmaci (OSFAR) del CeRGAS, SDA Bocconi.

dell'applicazione del VF in Italia, confrontandolo con modelli internazionali e valutando le diverse dimensioni che compongono il valore di un farmaco. Si evidenziano le sfide nell'adozione di un approccio realmente multidimensionale e si identificano possibili aree di miglioramento.

L'analisi evidenzia che, nonostante i progressi compiuti, è necessario un ulteriore sviluppo di un approccio più sistematico e completo all'integrazione del concetto di valore nei processi decisionali. Si raccomanda l'adozione sistematica di analisi di costo-efficacia, una maggiore inclusione delle preferenze dei pazienti e il miglioramento della qualità delle evidenze metodologiche prodotte. Questi elementi sono fondamentali per ottimizzare l'allocazione delle risorse e garantire un accesso equo ai trattamenti innovativi nel Servizio Sanitario Nazionale italiano.

Il capitolo 9 esplora l'evoluzione dell'autonomia manageriale nelle aziende sanitarie italiane nel contesto di un crescente controllo regionale, accentuato dagli eventi economico-finanziari degli ultimi anni. Dalla fase di aziendalizzazione fino al periodo Covid e post-Covid, si osserva una transizione verso un modello di governance più centralizzato, simile a una holding pubblica, che cerca di bilanciare autonomia gestionale e coordinamento regionale per ottimizzare risorse e soddisfare i bisogni di salute. L'analisi si concentra sui Piani Integrati di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026 di 30 aziende sanitarie pubbliche, con specifico riferimento alla sezione dedicata alla definizione della performance attesa. Nel dettaglio gli obiettivi di performance e spazi di autonomia strategica sulla base del *Process Classification Framework* (PCF) dell'APQC per il benchmarking.

L'analisi evidenzia come i documenti presentino una straordinaria eterogeneità, nonostante vi siano precise indicazioni normative a guidare la redazione dei Piani. Inoltre, è stato calcolato un indice di pervasività regionale (andando a ricostruire il numero di rimandi a documenti o indicazioni regionali), che risulta mediamente più elevato nella sezione "Performance" rispetto al resto del documento, ad indicare una chiara attività di influenza operativa da parte della capogruppo nella definizione degli obiettivi aziendali. La classificazione degli obiettivi e degli indicatori mostra come, in media, siano predominanti le aree di performance più di breve periodo, legate all'area "Gestione dei pazienti e dei canali di accesso/erogazione", che comprende i processi relativi all'engagement e alla gestione dei pazienti, alla comunicazione e alla scelta dei canali di cessione dei servizi, e all'area "Erogazione dei Servizi", che copre i processi operativi legati all'erogazione dei servizi, inclusa l'ottimizzazione della supply chain e la gestione logistica. Uno spazio più limitato rivestono obiettivi e indicatori che insistono sulla dimensione "Sviluppo e gestione di nuovi servizi", relativa ai processi di progettazione, sviluppo e lancio di nuovi servizi, e alla radicale revisione di quelli esistenti e sulle dimensioni di presidio delle risorse (umane, di capacità, materiali ed economico-finanziarie). In generale, per gli obiettivi

e gli indicatori proposti risulta chiaro il tentativo di fornire un quadro di *sense making*, ma appare pressoché inesistente quello relativo al *sense giving*, che è in grado di supportare processi di cambiamento più efficaci e duraturi.

Il capitolo 10 analizza esperienze di reti ospedaliere che prevedono forme di spostamento dei professionisti sanitari tra diversi presidi di una stessa azienda, al fine di comprenderne le logiche organizzative e professionali, nonché i fattori facilitanti. In un contesto di carenze di professionisti sanitari, in cui coesistono difficoltà di reclutamento e scarsa attrattività dei presidi periferici, è necessario disegnare strategie che garantiscano una effettiva integrazione tra i centri di primo e secondo livello, la specializzazione delle strutture, l'identificazione di vocazioni specifiche dei diversi stabilimenti ospedalieri, accompagnandole con coerenti politiche di organizzazione del lavoro e gestione del personale. Da un punto di vista metodologico, l'analisi ha adottato un approccio qualitativo attraverso lo studio di tre casi, in contesti regionali e geografici differenti: l'ASL di Alessandria, l'AUSL della Romagna e l'ASL Lanciano-Vasto-Chieti.

Le esperienze analizzate e le riflessioni proposte nel capitolo incrociano due temi cruciali per il futuro delle aziende sanitarie pubbliche: da una parte, il necessario ripensamento della geografia di produzione ed erogazione dei servizi, ovvero la rete, e, dall'altra, quello dei professionisti, più in generale della gestione delle risorse umane. Rispetto a quanto osservato e nella specifica prospettiva prescelta, emergono almeno due aree problematiche: pur dopo quasi un decennio dal D.M. 70/2015, la necessità di continuare ad erogare i servizi a fronte della carenza di personale sembra rappresentare una condizione indispensabile per avviare operazioni decise e coordinate di concentrazione e redistribuzione dei saperi e delle attività. Si evidenziano anche la natura decentrata delle politiche di gestione del personale, spesso senza un presidio gestionale adeguato. Le implicazioni gestionali e di *policy* delle evidenze raccolte riguardano: i) la lontananza tra la contrattazione collettiva nazionale e i problemi che le aziende devono affrontare, ad esempio rispetto alla questione della mobilità; ii) salvo qualche lodevole eccezione, le regioni, e i gruppi pubblici regionali nei quali le aziende sono inserite, non hanno posto in essere politiche e azioni coerenti su questioni critiche come, ad esempio, la inevitabile competizione sul mercato del lavoro tra le singole aziende; iii) emerge sempre di più il ruolo dei responsabili delle unità operative come leader professionali con responsabilità manageriali.

Il capitolo 11 analizza il processo di cambiamento nelle aziende sanitarie per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), che presenta sfide gestionali significative a causa, tra i diversi fattori, della natura “interna” del servizio e dei diversi livelli di esperienza pregressa delle aziende, motivo per cui appare fondamentale approfondire le barriere all'implementazione che si manifestano durante questo processo e le relative tattiche messe in atto. Il processo di implementazione degli investimenti e dei modelli organizzativi

derivanti dal PNRR e dal DM 77/2022 può essere infatti interpretato come un processo di *change management*. In particolare, il capitolo persegue due obiettivi di ricerca: 1) analizzare le configurazioni emergenti di COT; 2) studiare le barriere e le relative tattiche nel processo di implementazione delle COT. Per rispondere a queste domande, sono stati utilizzati due metodi di ricerca che hanno coinvolto 24 Aziende Sanitarie in 12 Regioni. In primo luogo, è stata condotta una survey per analizzare le configurazioni di COT secondo tre dimensioni: modelli di servizio, funzioni e condizioni organizzative. In secondo luogo, sono stati realizzati due focus group utilizzando la Nominal Group Technique: il primo si è concentrato sulle barriere all'implementazione, il secondo sulle tattiche per superarle. Le barriere e le tattiche sono state poi riclassificate secondo un framework presente in letteratura che identifica cinque categorie di barriere (legate all'organizzazione, alle interazioni extra-aziendali, alla mancanza di risorse, al contesto e alle caratteristiche dell'innovazione) e due categorie di tattiche (aggiustamento e inquadramento). I risultati evidenziano eterogeneità nelle configurazioni di COT emergenti in termini di modello di servizio, condizioni organizzative e funzioni. Le barriere più comuni riguardano l'organizzazione (ovvero l'azienda sanitaria) in cui l'innovazione è attuata. Le tattiche utilizzate per affrontarle si distribuiscono pressoché equamente tra quelle che mirano ad adattare l'innovazione al contesto (aggiustamento) e quelle che esplicitano e chiariscono il suo ruolo nel sistema (inquadramento). Sebbene non vi sia una netta polarizzazione tra chi ha o meno esperienza pregressa di COT, le barriere percepite e le tattiche utilizzate mostrano alcune differenze in base al livello di esperienza pregressa. Infine, si osserva come diverse tattiche vengono impiegate per la medesima barriera, e viceversa.

Il capitolo 12 mira a mappare l'entità dei cambiamenti nelle modalità di accesso alla Medicina Generale e a valutare l'impatto sul carico di lavoro dei MMG. I Medici di Medicina Generale (MMG) rappresentano il principale punto di contatto tra i cittadini e il Servizio Sanitario Nazionale, ma negli ultimi anni la loro pratica è stata influenzata da tendenze emergenti che stanno trasformando profondamente il settore. La carenza di MMG, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e la rapida digitalizzazione stanno ridefinendo il modo in cui i cittadini accedono ai servizi sanitari. In particolare, il contesto post-pandemico ha accelerato l'adozione di strumenti digitali per la comunicazione medico-paziente (e-mail, WhatsApp e piattaforme digitali), creando nuove opportunità per la gestione flessibile dei pazienti, ma anche diverse sfide, come il sovraccarico lavorativo per i MMG e le disuguaglianze nell'accesso ai servizi. In uno scenario in cui il numero di MMG è in diminuzione e i bisogni e le aspettative degli assistiti crescono, diventa cruciale comprendere come gestire al meglio questi fenomeni.

Utilizzando un approccio quantitativo, è stata condotta una survey in tre regioni (Lombardia, Emilia-Romagna e Campania), coinvolgendo 78 MMG. Per

cinque giorni lavorativi, i medici e il loro personale di studio hanno monitorato tutti i contatti ricevuti, rilevando le caratteristiche dei pazienti, i canali di interazione e le tipologie di prestazioni richieste. I risultati mostrano che i MMG, ed il loro personale di studio, ricevono un numero elevato di richieste giornaliere, prevalentemente attraverso canali digitali, a prescindere da diverse caratteristiche chiave dei pazienti e dei medici. Le evidenze raccolte indicano che il volume di contatti gestito dai MMG è sostenibile solo grazie all’uso prevalente di canali da remoto, che hanno consentito di comprimere i tempi di lavoro e adattare il modello di servizio. Questo cambiamento spontaneo suggerisce che la gestione dei pazienti cronici potrebbe essere ottimizzata se supportata da soluzioni organizzative mirate e strumenti di supporto clinico, con importanti implicazioni per le future politiche sanitarie.

Il capitolo 13 fornisce uno stato dell’arte del processo di digitalizzazione in corso nelle aziende del SSN, alla luce dei significativi investimenti in sanità digitale previsti dal PNRR. Inoltre, il contributo approfondisce i livelli di autonomia percepiti dalle aziende in questo processo. Lo studio si basa su dati raccolti tramite una survey distribuita in collaborazione con FIASO a tutte le aziende sanitarie associate.

I dati, provenienti da 54 aziende rispondenti, mostrano che attualmente il livello di digitalizzazione è ancora preliminare nella maggior parte delle aziende. A livello ospedaliero, i presidi sede di DEA si trovano prevalentemente agli stadi iniziali nel percorso verso la piena adozione delle cartelle cliniche elettroniche. Per quanto riguarda la telemedicina, prevalgono iniziative sperimentali, in attesa che le infrastrutture regionali finanziate dal PNRR diventino operative. La digitalizzazione in ambito territoriale risulta anch’essa preliminare, mentre l’alimentazione del FSE da parte delle aziende rispondenti è mediamente consolidata, seppure con differenze sensibili tra i documenti oggetto di analisi. I fondi del PNRR sono stati attribuiti direttamente alle aziende soprattutto nell’ambito della digitalizzazione ospedaliera, dove si denotano alcune criticità riguardo all’effettiva capacità di spesa entro i termini previsti.

Gli interventi organizzativi per favorire la digitalizzazione sono stati finora principalmente concentrati sull’espansione delle responsabilità dei sistemi informativi aziendali, tipicamente senza un corrispondente incremento delle risorse. A livello regionale, quasi tutte le amministrazioni hanno attivato processi di natura strategica per indirizzare il processo di digitalizzazione. Tuttavia, le Direzioni Generali delle aziende segnalano un’autonomia manageriale inferiore rispetto a quanto auspicato, evidenziando alcune criticità nell’equilibrio tra i diversi livelli istituzionali.

In conclusione, questo contributo evidenzia la complessità del processo di digitalizzazione delle aziende del SSN, ancora agli stadi iniziali. Seppure sostanziosi dal punto di vista quantitativo, gli investimenti del PNRR saranno

solo parzialmente sufficienti a modificare lo scenario attuale. Affinché la progressiva informatizzazione porti a un adeguato cambiamento dei modelli organizzativi, sarà essenziale continuare a investire anche sulla *capacity*, a livello aziendale e di sistema, promuovendo un'ibridazione tra competenze manageriali e tecniche senza la quale questa occasione rischia di essere sprecata.

Il *capitolo 14* esplora l'integrazione della funzione di prevenzione nella nuova offerta di servizi sanitari territoriali, evidenziando l'importanza di questa transizione per il miglioramento della sanità pubblica e in particolare delle cure primarie in Italia. Dopo la pandemia, che ha sottolineato la necessità di superare i tradizionali confini tra prevenzione e cure primarie, la riforma DM 77/2022 ha incentivato una collaborazione più stretta tra i Dipartimenti di Prevenzione (DP), i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e altre strutture territoriali, in primis Distretti e Case della Comunità. Lo scopo è descrivere lo stato dell'arte ma soprattutto, considerata la fase di ripensamento dei sistemi di offerta attualmente in corso, conoscere come le regioni e le aziende stanno progettando (e in alcuni casi già sperimentando) maggiori livelli di coinvolgimento e interazione in diverse aree della prevenzione.

La ricerca ha utilizzato un metodo qualitativo basato su interviste semi-strutturate ad attori chiave in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Questo approccio ha permesso di raccogliere una gamma diversificata di esperienze e identificare le condizioni che favoriscono o limitano la collaborazione.

I risultati mostrano che, sebbene persistano barriere organizzative e resistenze culturali, l'integrazione sia in crescita. L'efficacia di tale integrazione è evidente nei miglioramenti nella gestione delle malattie croniche, comprese le vaccinazioni e gli screening. Le sinergie realizzate sono ricondotte a 5 principali categorie: (i) coordinare i servizi rispetto agli individui; (ii) incorporare le prospettive di popolazione nelle pratiche cliniche, (iii) identificare e affrontare i problemi di salute delle comunità, (iv) rafforzare la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, (v) collaborare nella definizione delle politiche e delle priorità, nella formazione e nella ricerca. In conclusione, il capitolo sottolinea come le recenti riforme offrano l'opportunità di consolidare l'integrazione, incentivando la condivisione di dati e pratiche operative. La diffusione delle Case di Comunità e l'adozione di strumenti digitali emergono come leve fondamentali per rendere la prevenzione più efficace e accessibile. Rafforzare la governance, migliorare il coordinamento istituzionale e promuovere la formazione degli operatori sono indicati come fattori chiave per un'integrazione duratura della funzione di prevenzione nei servizi territoriali.

Il *capitolo 15* analizza la copertura vaccinale nelle regioni italiane, focalizzandosi sull'eterogeneità esistente. L'obiettivo è valutare le differenze regionali nelle strategie vaccinali, nell'implementazione dei programmi e nei livelli di copertura, al fine di identificare criticità e fattori di successo che possano contribuire al miglioramento delle politiche vaccinali a livello nazionale.

La ricerca si basa su un’analisi documentale dei dati di copertura vaccinale nazionali e regionali, integrata da interviste con dirigenti regionali responsabili della prevenzione vaccinale nelle regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Sicilia.

Il capitolo esamina innanzitutto le iniziative vaccinali a livello internazionale e il posizionamento dell’Italia rispetto ad altri Paesi europei in termini di obiettivi di copertura. Successivamente, si approfondisce la governance vaccinale in Italia, con particolare attenzione al Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025 e alle principali novità introdotte nel Calendario Vaccinale. Viene effettuato un esame dettagliato dei tassi di copertura vaccinale per le principali vaccinazioni pediatriche, adolescenziali e per l’età adulta, evidenziando le differenze interregionali. Infine, si analizzano le strategie vaccinali adottate in Emilia-Romagna, Lombardia e Sicilia, mettendo in luce le peculiarità di ciascuna regione in termini di struttura delle commissioni vaccinali, ampliamento dell’offerta vaccinale, gestione delle anagrafi, procedure di acquisto dei vaccini, modelli di somministrazione e strategie di comunicazione.

L’analisi evidenzia una significativa eterogeneità nelle coperture vaccinali tra le regioni italiane, attribuibile a fattori organizzativi, demografici e sociali. Le principali criticità emerse riguardano la variabilità nell’implementazione dei programmi vaccinali, l’esitazione vaccinale, l’accessibilità ai servizi vaccinali e le difficoltà nella piena integrazione e utilizzo delle anagrafi vaccinali digitali in alcune regioni. Al contempo, sono stati identificati fattori di successo quali una governance efficace e coordinata, l’adozione efficiente delle anagrafi vaccinali digitali dove pienamente implementate, e strategie comunicative mirate che hanno migliorato l’adesione alle vaccinazioni. Si conclude che, per migliorare la copertura vaccinale a livello nazionale, è necessario consolidare un sistema vaccinale efficiente che combini infrastrutture digitali solide e uniformemente adottate, una governance chiara e collaborativa e strategie comunicative adattate alle specificità regionali. La diffusione e la standardizzazione delle pratiche di successo potrebbero contribuire a una maggiore uniformità nella protezione della salute pubblica su tutto il territorio nazionale.

Il capitolo 16⁴⁹ analizza la funzione acquisti nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), evidenziando l’importanza della gestione degli approvvigionamenti che rappresentano circa un quarto del budget del SSN. Nonostante la centralità della funzione acquisti, essa è spesso percepita come operativa piuttosto che strategica.

⁴⁹ Il capitolo è a cura dell’Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità (MASAN) del CeRGAS, SDA Bocconi, che mira a supportare l’evoluzione verso modelli di procurement avanzati per sostenere l’innovazione e la sostenibilità del SSN.

Il capitolo è strutturato in tre parti principali:

- ▶ Aggiornamento sugli acquisti centralizzati in sanità: analisi dello stato degli acquisti centralizzati in Italia dal 2013 al 2023, utilizzando dati dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).
- ▶ Centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici: approfondimento sugli effetti della centralizzazione sulla concentrazione del mercato dei dispositivi medici.
- ▶ Misurazione e analisi delle performance delle centrali di committenza: descrizione del processo collaborativo di ricerca per costruire un sistema di misurazione delle performance delle centrali di committenza e della funzione acquisti in sanità.

L'analisi mostra che la centralizzazione degli acquisti ha raggiunto un notevole livello di maturità, ma è necessario un ulteriore sviluppo per migliorare l'efficienza e l'innovazione. Il documento propone un *framework* di valutazione delle performance basato su una revisione della letteratura e su *survey* condotte tra centrali di committenza e imprese, con l'obiettivo di fornire indicazioni per il miglioramento continuo e l'innovazione nel procurement sanitario.

Il capitolo 17 analizza l'implementazione delle pratiche di sostenibilità ambientale in sanità, con un confronto tra Italia e Inghilterra. L'obiettivo è analizzare le strategie adottate dalle aziende sanitarie, i modelli di governance e gli strumenti di gestione delle performance utilizzati per promuovere la sostenibilità. La metodologia include un'analisi documentale delle politiche internazionali e nazionali, interviste semi-strutturate su sei casi studio di eccellenza italiani e una cluster analysis di 94 Green Plans dei trust ospedalieri inglesi. L'analisi rivela che la sostenibilità sanitaria viene interpretata in modi diversi, spesso estendendo il concetto oltre la gestione delle risorse ambientali per includere dimensioni economiche e sociali.

In Italia, l'assenza di una politica nazionale specifica per la sostenibilità nel settore sanitario ha generato un approccio frammentato e decentralizzato. Le iniziative sono promosse autonomamente dalle regioni o dalle singole aziende sanitarie, spinte da motivazioni varie: alcune rispondono a sfide specifiche, come la crisi energetica, mentre altre sviluppano strategie di lungo termine. Le principali pratiche adottate includono la mobilità sostenibile, la riduzione dei consumi energetici, l'uso di energie rinnovabili, il riciclaggio, e una gestione sostenibile della catena di approvvigionamento. In Inghilterra, il National Health Service (NHS) adotta un approccio sistemico con obiettivi chiari di riduzione delle emissioni di carbonio, sostenuti da un quadro legislativo vincolante. Questo approccio crea una cornice di riferimento per le aziende sanitarie, che devono rispettare macro-obiettivi e tematiche definite a livello nazionale. Tuttavia, i *trust* ospedalieri mantengono una certa autonomia nell'interpretare e

implementare tali direttive, risultando in risposte variegata e non sempre coordinate. In conclusione, modelli di governance efficaci e strumenti di misurazione delle performance risultano essenziali per promuovere la sostenibilità, garantire la trasparenza e favorire l'accesso ai finanziamenti. Una maggiore integrazione tra politiche e operazioni aziendali potrebbe rafforzare l'impatto delle iniziative sostenibili, migliorando la risposta alle sfide ambientali del settore sanitario.

