

Rapporto OASI 2022

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



Parte prima

Inquadramento di sistema

1 La divaricazione tra narrazioni ed evidenze e l'aumento dell'autonomia implicita del management del SSN

di Francesco Longo e Alberto Ricci¹

1.1 Introduzione

Il presente capitolo intende sintetizzare i principali risultati del Rapporto OASI 2022, offrendo una lettura ampia della rapida evoluzione che il sistema sanitario italiano sta attraversando. In tale contesto, il contributo vuole riflettere sulla crescente divaricazione tra narrazioni ed evidenze che caratterizza la sanità italiana. Tra le altre conseguenze, questo fenomeno genera un aumento dell'autonomia implicita per il management, con alcuni rischi e opportunità.

La sanità ha occupato la scena mediatica durante la pandemia. Il SSN ha ottenuto ingenti finanziamenti in conto capitale dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). In contemporanea, ha attivato un rilevante dibattito interno per ridefinire alcune *policy* fondamentali. Tra le principali si ricordano: la riorganizzazione della rete territoriale dei servizi attraverso gli standard del DM 77/22; il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per ripensare l'infrastruttura informatica lungo l'intera filiera istituzionale; la diffusione della telemedicina per cambiare il format dei servizi; l'aumento dei posti nei corsi universitari di Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie; l'aumento delle borse di specializzazione; l'ampliamento dell'impiego di alcune figure professionali, dai medici in formazione alle professioni sanitarie. Questi processi di elaborazione sulla sanità, prima culturali e poi programmatori, prima generali e poi specifici all'interno del settore, hanno generato una narrazione potente sul SSN. Alcune mappe cognitive "diagnostiche" sono ormai diffuse e condivise tra gli stakeholder della sanità, seppur con rilevanti differenze di opinioni rispetto alla *pars construens*. Anche le diagnosi, però, presentano

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

alcune criticità. Alcune narrazioni che godono di un ampio accreditamento divergono dalle evidenze quantitative. Ciò genera una cacofonia tra realtà e narrazione della medesima. Lo stesso dibattito sulle strategie e sulle politiche necessarie per migliorare il SSN risulta, alla luce delle evidenze presenti nel Rapporto OASI e non solo, scarsamente fondato e di conseguenza poco centrato rispetto le priorità di agenda.

Le crescenti divaricazioni tra narrazioni ed evidenze nel SSN si spiegano, da un lato, con la scarsa attitudine a impostare il dibattito a partire dalle evidenze empiriche, e dall'altro, con la tendenza ad evitare i *wicked problem*: le criticità più profonde e rilevanti. Si tratta di problematiche difficilmente risolvibili nel breve periodo, che, in ogni caso, impongono di sciogliere dolorosi *trade off* di policy per imboccare una qualche traiettoria di possibile risposta. Scogli politicamente scomodi, perché qualsiasi risposta si voglia individuare, risulta poco consolatoria e quindi fisiologicamente impopolare.

Nel paragrafo che segue (§ 1.2) proponiamo dialetticamente una sintesi dei principali trend che interessano il SSN e li confrontiamo con la narrazione prevalente. Questo permette di interrogarsi se lo spazio di azione del management aziendale sia in aumento o in riduzione e quanto questo sia istituzionalmente e politicamente legittimato (§ 1.3). Analizzato il grado di autonomia aziendale, discutiamo le principali dimensioni che dovrebbero essere presidiate dal management, alla luce dello scenario emergente (§ 1.4). Nell'ultima parte del capitolo (§ 1.5), il lettore troverà le sintesi (abstract) di tutti i capitoli del Rapporto.

Le posizioni riportate nel capitolo rimangono interpretazioni di fenomeni quantitativi e ricostruzioni soggettive della narrazione dominante: non hanno pretesa di verità, ma vorrebbero offrire uno spazio di maggiore consapevolezza e riflessione, per aprire un dibattito tra i manager e tra i policy maker sul SSN e sul settore sanitario.

1.2 I trend più rilevanti per la sanità italiana: narrazioni ed evidenze

Presentiamo e discutiamo di seguito alcuni dei fenomeni più rilevanti del settore sanitario e del SSN, iniziando dall'illustrare la narrazione che percepiamo come dominante e confrontandola con le evidenze del Rapporto OASI 2022 o delle più accreditate fonti istituzionali. La scelta dei temi ritenuti cruciali è ovviamente soggettiva, come ogni esercizio di agenda setting: risente della sensibilità personale e della percezione, altrettanto soggettiva, di scollamento tra evidenze e narrazioni. L'ordine espositivo riflette una logica dal generale al particolare, vale a dire dai macro-temi di policy nazionali a quelli di carattere regionale e aziendale.

a) *Stabilità o declino demografico*

Il tema della dinamica demografica europea in generale, e italiana in particolare, non è mai entrato completamente in agenda e sicuramente non in modo compiuto, profondo e maturo. Si osservano generici orientamenti alla chiusura all'immigrazione, probabilmente con scopi più strumentali che sostanziali, senza una riflessione sistematica sulle necessità demografiche del Paese. L'attenzione mediatico-politica è spesso concentrata sulla dolorosa questione dell'immigrazione irregolare e sui temi umanitari, di politica estera e di sicurezza che essa porta con sé. Tuttavia, questa è solo un risvolto della questione migratoria, che viene osservata solo parzialmente. Un esempio significativo è il numero di permessi di soggiorno per motivi lavorativi, che rappresenta la quota "programmata" di immigrazione. Tali ingressi, in consistente calo rispetto al 2010, sono rimasti invariati tra 2015 e 2020 a quota 30.850² (Brugnara, 2022)³. Allo stesso tempo, anche il rilancio della natalità e le politiche familiari appaiono un ambito secondario di intervento pubblico. Secondo i dati Eurostat⁴ nel 2019 la spesa italiana per le politiche familiari è stata pari all'1,1% del PIL⁵, meno della metà rispetto a alla media UE (2,3%) e alle percentuali di Francia (2,3%) e Germania (3,3%). Del resto, nel nostro Paese permane una certa confusione tra politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla natalità, con queste ultime che spesso non supportano adeguatamente il ceto medio (Frattola, 2019)⁶.

In una parte dell'opinione pubblica tutto questo sta generando l'assunzione implicita della stabilità e dell'autosufficienza demografica del paese. Non si tratta di una narrazione forte e convinta: più che altro è una riluttanza ad affrontare in profondità il problema demografico. La demografia è sicuramente uno dei grandi *wicked problem* del Paese, forse il principale: richiederebbe ingenti e stabili risorse per politiche ampie e lungimiranti, che interessino i servizi di sostegno alle famiglie, il sistema fiscale e di welfare, le politiche del lavoro, le azioni di integrazione e in generale il rafforzamento delle reti sociali. Inoltre, il dibattito demografico assume facilmente connotati politico-ideologi-

² Brugnara L. (2022), L'immigrazione regolare in Italia,

https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-l-immigrazione-regolare-in-italia#_ftn5.

³ Da notare che in parallelo, aumentavano i flussi non programmati: ricongiungimenti, motivi umanitari, ingressi irregolari. Nel 2020 i permessi lavorativi rappresentavano meno del 10% degli ingressi. Per effetto di tali dinamiche, il numero di residenti extra-comunitari è rimasto pressoché invariato attorno ai 3,5 milioni (ibidem).

⁴ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/SPR_EXP_SUM__custom_3195560/default/table?lang=en. Ultimo accesso 19/10/2022.

⁵ Si segnala che nel 2021 con l'introduzione dell'Assegno Unico Familiare la spesa per la famiglia è salita all'1,4% del PIL.

⁶ Frattola E. (2019), Come arginare il crollo demografico: l'efficacia dei sostegni alle famiglie, <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-come-arginare-il-crollo-demografico-l-efficacia-dei-sostegni-alle-famiglie>

ci: incontra i veti ora di chi è sfavorevole all'immigrazione, ora di chi vede nella promozione della natalità e della genitorialità un sostegno poco giustificato a una scelta personale.

Le evidenze segnalano però il tema demografico ha grande rilevanza pubblica. Attraversiamo un netto declino demografico: nel 2021 si sono registrati 7 neonati e 12 decessi per mille abitanti; nel corso dell'anno la popolazione italiana è calata di 253mila unità, spiegata solo in parte minore dai 59mila decessi causati dal Covid-19 (ISTAT, 2022)⁷. Registriamo una bassissima natalità: 1,25 figli per donna, quando ne servirebbero 2,2 per mantenere la popolazione stabile; contemporaneamente, per fortuna, una delle più alte speranze di vita: 82 anni. Questo comporta che siamo uno *shrinking and aging country*, ovvero stiamo per diventare sempre meno e sempre più vecchi. L'incidenza degli anziani è già arrivata al 24%: 14 milioni, di cui i non autosufficienti sono 3,9 milioni, 6,6% della popolazione (ISTAT, 2021)⁸, mentre i bambini (0-14) sono 7,5 milioni. Oggi in Italia abbiamo 23 milioni di occupati⁹ e 17,7 milioni di percettori di pensione¹⁰, di cui 13,8 di natura previdenziale (anzianità, invalidità e superstiti). Il rapporto tra lavoratori e titolari di pensione previdenziale è già di dieci a sei, meno di due lavoratori per pensionato. L'aspirazione di tutti è di avere una pensione non troppo distante dal proprio ultimo stipendio. Storicamente, nel nostro Paese, l'assegno equivaleva all'80% dell'ultima retribuzione. L'aliquota previdenziale dei lavoratori dipendenti è del 33%. Tuttavia, se abbiamo meno di due lavoratori ogni pensionato, i contributi previdenziali che vengono versati per coprire l'assegno del singolo pensionato non raggiungono neanche il 66% della retribuzione media: evidentemente, i conti già non tornano. Questo squilibrio determina un progressivo e sistematico drenaggio di risorse fiscali a favore della spesa pensionistica¹¹, erodendo nel tempo lo spazio per i servizi pubblici reali (scuola, trasporti, sanità, ecc.). Questo fenomeno traspare chiaramente leggendo con attenzione i documenti programmatici di finanza pubblica. La Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza (NADEF) di novembre 2022 prevede, tra 2021 e 2025, un aumento

⁷ ISTAT (2022), Indicatori Demografici, anno 2021,

https://www.istat.it/it/files//2022/04/Report-Indicatori-Demografici_2021.pdf.

⁸ ISTAT (2021), Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia, anno 2019, <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

⁹ ISTAT (2022). Dato provvisorio di agosto 2022. <https://www.istat.it/it/archivio/275230>.

¹⁰ Quattro milioni di assegni hanno natura assistenziale (invalidità civili, indennità di accompagnamento, pensioni e assegni sociali). Fonte: <https://www.inps.it/news/publicato-losservatorio-sulle-pensioni-con-i-dati-del-2021>.

¹¹ Tale drenaggio avverrà finché gli assegni pensionistici avranno una componente retributiva prevalente, con la necessità, dunque, di erogare pensioni vicine all'80% dell'ultimo stipendio. Con il passaggio al sistema contributivo lo squilibrio sopra descritto sarà scaricato sull'entità degli assegni pensionistici, che saranno basati sull'entità dei contributi versati durante tutta la vita lavorativa e non sull'ammontare dell'ultimo stipendio.

della spesa pensionistica di 69 miliardi, che assieme agli interessi passivi (+23 miliardi) è destinata ad assorbire l'89% dell'aumento delle spese totali dello Stato (+103 miliardi)¹². La previsione di aumento della spesa sanitaria è invece di meno di due miliardi, peraltro in riduzione rispetto al picco di spesa previsto nel 2022.

Per il 2050, ISTAT (2022)¹³ prevede che gli over 65 saranno 19 milioni, con un rapporto tra lavoratori e pensionati che presumibilmente sarà di uno a uno, salvo un improbabile stravolgimento delle politiche o dei fenomeni demografici. Queste complesse dinamiche hanno effetti diretti sul SSN. La base imponibile con cui finanziare il servizio pubblico si riduce, mentre aumentano i bisogni, legati all'invecchiamento rilevante della popolazione: gli over65 saranno il 35% della popolazione totale. Bisogna sottolineare, infine, che le regioni del Mezzogiorno saranno interessate da un processo di invecchiamento più rapido: mentre oggi il Sud e le Isole presentano un'età media più bassa del resto del Paese (45 anni contro 46,4 al Nord e 46,6 al Centro), al 2050 il Mezzogiorno rappresenterà l'area più anziana (51,5 anni contro 49,9 del Nord e 51,2 del Centro). Le aree con i sistemi di offerta oggi più deboli registreranno una maggiore intensità di bisogno, incrementando le tensioni già visibili.

b) L'aumento del fondo sanitario e della copertura pubblica del bisogno o il crescente disallineamento tra attese sui servizi e risposte.

Durante il Covid vi è stata la percezione collettiva che le risorse di parte corrente del SSN fossero in aumento: dai 120 miliardi del 2019 ai 127 del 2020 fino ai 130 del 2022¹⁴. A queste cifre vanno sommati i fondi ad hoc finanziati specificatamente per il Covid, tenuti comprensibilmente fuori dal fondo sanitario "ordinario", per non storicizzare la spesa di carattere più emergenziale veicolata dal Commissario straordinario e dalla Protezione civile. Il crollo del PIL del 2020, dovuto alla pandemia, ha portato al 7,3%¹⁵ l'incidenza della spesa SSN sull'economia nazionale, dando un'ulteriore sensazione di osservare un servizio pubblico in espansione. Durante la pandemia si è registrato anche un certo dinamismo nell'assunzione del personale: nel SSN, tra marzo 2020 e aprile 2021 si sono registrati 83.180 nuovi contratti (Corte dei Conti, 2021)¹⁶. Inoltre, l'offerta di alcuni setting di cura è stata evidentemente ampliata, a cominciare da terapie intensive e centri vaccinali. In parallelo, anche se solo nella prima fase della pandemia, si è registrata una riduzione della spesa privata,

¹² NADEF 2022, p. 13.

¹³ ISTAT (2022), Previsioni della popolazione residente e delle famiglie con base 1/1/2021, <https://www.istat.it/it/archivio/274898#:~:text=La%20popolazione%20residente%20%C3%A8%20in,47%2C7%20mln%20nel%202070>.

¹⁴ Si rimanda al cap. 3 del presente Rapporto.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Corte dei Conti (2021), Rapporto coordinamento della finanza pubblica, p. 287

condizionata dall'interruzione delle attività ma anche dalla grave recessione, che ha impattato sulla disponibilità di reddito per spese non urgenti¹⁷.

Queste dinamiche hanno dato la sensazione di arrivare finalmente a un finanziamento congruo del SSN, in avvicinamento agli standard degli altri grandi Paesi europei. L'oggettivo approccio universalistico durante il Covid ha permesso a tutti di essere vaccinati in tempi rapidi. Fatta eccezione per i frangenti più drammatici del 2020, il SSN ha garantito a tutti malati più gravi la possibilità di un ricovero; molti cittadini hanno effettuato tamponi in regime SSN. Questo ha contribuito a innalzare le aspettative di un servizio pubblico sempre più in espansione, proiettato verso un universalismo sostanziale, con finanziamento e standard attesi simili a quelli di Francia e Germania.

Purtroppo i fatti, soprattutto analizzando i dati più recenti e le previsioni più accreditate, ci riportano uno scenario opposto. L'incidenza della spesa SSN sul PIL è prevista in lieve discesa al 7,2% nel 2022 e al 6% nel 2025 (NADEF, novembre 2022). La distanza tra la sanità pubblica italiana e quella di Francia e Germania, che durante la pandemia hanno oltrepassato la soglia del 10% del PIL, è quantomeno invariata, se non crescente, disallineando fatti da aspettative collettive. Al 2020, registriamo una spesa sanitaria pubblica che, in termini di incidenza sul PIL, è su livelli intermedi tra Portogallo (6,8%) e Spagna (7,8%)¹⁸, ma le attese generate nella popolazione sono quelle di un sistema centro europeo. L'aumento di personale è stato in parte dovuto a contratti a termine, stipulati, per esempio, con medici specializzandi o pensionati, mentre gli ingressi stabili sono stati in buona parte compensati dalle uscite per pensionamenti, dovuti all'elevata età media dei dipendenti del SSN. Tutto ciò ha ridotto notevolmente la portata delle nuove assunzioni: a fine 2020, rispetto al 2019, il personale della sanità pubblica era effettivamente aumentato di 15.000 unità, corrispondente a un +2,3%¹⁹. L'aumento di offerta di alcuni setting è stato necessario per il contrasto al Covid, ma si prospetta di scarsa utilità nel momento in cui le priorità del sistema cambiano. Il tasso di copertura dei bisogni dei pazienti non Covid è ulteriormente sceso con liste di attese ancora più lunghe sia per i ricoveri, sia per l'attività ambulatoriale. La spesa privata ha recuperato velocemente il calo de 2020: i valori 2021 (692 € procapite) segnalano anzi in leggero aumento rispetto al 2019 (684 €)²⁰. Il declino demografico italiano inasprirà nel tempo queste dinamiche divergenti tra risorse e bisogni, originate dalla riduzione delle basi imponibili fiscali a fronte di un aumento degli anziani. Questa contraddizione, tanto logica quanto poco narrata all'opinione pubblica, genera un sovraccarico strategico sul SSN e sulle direzioni ge-

¹⁷ Si rimanda al cap. 6 del presente Rapporto.

¹⁸ Si rimanda al cap. 3 del presente Rapporto.

¹⁹ Si rimanda al cap. 2 del presente Rapporto.

²⁰ Per approfondimenti e annotazioni metodologiche si rimanda al cap. 6 del presente Rapporto.

nerali delle aziende, nell'impossibile tentativo di allineare risorse ad attese. Il problema è esattamente opposto: nel gap crescente tra risorse e bisogni, quali priorità deve perseguire il SSN? A questo proposito non esiste un dibattito collettivo o una nitida azione pianificatoria centrale o regionale. La questione ricade interamente sul management a livello locale.

c) Risorse PNRR per investimenti espansivi o per riallocare le risorse

I 15,6 miliardi del PNRR destinati alla sanità, a cui si aggiungono 4 miliardi di fondi complementari, sono stati comunicati come un ingente investimento in conto capitale per espandere e innovare tecnologicamente l'offerta del SSN. L'opinione pubblica si attende un aumento delle infrastrutture del SSN, con l'introduzione di nuovi setting, come Case e Ospedali della Comunità, nuovi format di servizio, come le tele-visite, e nuove figure professionali, come gli infermieri di famiglia e comunità. È comprensibile che un piano come il PNRR, che ha grandi potenziali di sviluppo per il Paese in una prospettiva di lungo periodo, sia spesso comunicato come un intervento di ammodernamento capillare ed espansione dei servizi, anche con riferimento alla sanità e al SSN. Inoltre, un investimento di venti miliardi in sei anni, dunque 3,3 miliardi all'anno, appare effettivamente ingente se confrontato con la spesa in conto capitale recente del SSN: 1,4 miliardi annui nel 2018, 1,7 nel 2019 (Corte dei Conti, 2020)²¹.

I fondi del PNRR sono senz'altro una buona notizia per il SSN, ma vanno calati nel contesto di offerta del SSN italiano. Poco più di tre miliardi all'anno, a ben vedere, non sono così generosi in un sistema da 130 miliardi di spesa sanitaria corrente: il rapporto è del 2,5%. Un valore abbastanza modesto considerando l'età media delle infrastrutture e delle tecnologie installate: il 27% delle unità immobiliari delle aziende del SSN risale a prima del 1946, il 30% al Dopoguerra (1946-69)²².

Nei fatti, i finanziamenti del PNRR non potranno espandere il sistema, ma semmai riorganizzarlo e trasformarlo nettamente nella sua geografia erogativa. I finanziamenti dovranno favorire la riallocazione delle risorse, dal momento che la spesa corrente, come abbiamo esposto nei precedenti passaggi, non crescerà in termini assoluti e rimarrà su modesti livelli in percentuale al PIL, a fronte di una popolazione sempre più anziana e dunque esposta a cronicità e non autosufficienza. L'obiettivo, in ultima analisi, deve essere quello di aumentare la costo-efficacia del SSN, allineando maggiormente la configurazione dei servizi all'epidemiologia e ai bacini di utenza effettivi. A titolo d'esempio, è necessario riflettere sul futuro degli 8.803 ambulatori e laboratori, pubblici e privati accreditati, censiti al 2020 dall'Annuario Statistico del SSN. Contiamo un punto d'accesso uno ogni 6.700 abitanti, da conciliare con un'offerta che,

²¹ Corte dei Conti (2020), Rapporto coordinamento della finanza pubblica, p. 368.

²² Si rimanda al cap. 19 del rapporto OASI 2021, p. 750.

nell'ambito del PNRR, ha realizzato o realizzerà 1.430 Case della Comunità (Ministero della Salute, 2022)²³. Altre riflessioni andranno svolte sui 120 ospedali a gestione diretta che hanno meno di 50 posti letto, pari al 21% del totale²⁴; oppure, sulle unità operative che non raggiungono le casistiche minime per le discipline o le prestazioni di riferimento, sulla base delle evidenze scientifiche che collegano concentrazione delle casistiche e qualità dell'esito clinico (Amato *et al.*, 2017)²⁵. A volte, quindi, si tratterà di accorpate le attività in punti di erogazione unificati, per promuovere l'integrazione dei servizi, la disponibilità di meno infrastrutture ma più adeguate, oltre che la copertura dei costi fissi. Altre volte, sarà necessario specializzare o riorientare le strutture ospedaliere e le unità organizzative, rivedendo il mix di servizi presenti; in altri casi ancora, si tratterà di modificare il setting di erogazione, da ospedaliero a territoriale o a domiciliare, anche e soprattutto attraverso la telemedicina.

Questi processi di riallocazione tra i nodi dell'offerta sono ancora più urgenti nelle aree che registreranno non solo un invecchiamento, ma anche un rapido spopolamento. Le stime ISTAT (2022)²⁶ prevedono, nel decennio 2021-31, un calo della popolazione nazionale di 1,47 milioni, di cui 1 milione (70%) riconducibile alle regioni del Mezzogiorno. Questa area ridurrà i suoi residenti del 5% in pochi anni, con punte del 9% nelle zone rurali: oltre a risentire del calo dei trasferimenti attribuiti su base capitaria, rischia di trovarsi con un'offerta disallineata ai bacini di utenza, inadeguata al profilo di bisogno e quindi gravata da elevati costi fissi. A questo proposito si ricorda l'elevatissima frammentazione della rete laboratoriale di molte regioni del Mezzogiorno²⁷, ma anche la dotazione di posti letto consistente nelle discipline chirurgiche e carente in quelle riabilitative²⁸.

In definitiva, i processi riallocativi appaiono la via obbligata per attenuare, per quanto possibile, la tensione tra risorse e bisogni, ma richiederanno passaggi tecnicamente complessi, spesso politicamente scomodi e difficili da comunicare, soprattutto a livello locale. A questo scopo, rispetto alla austerità degli anni precedenti la pandemia, la costruzione o lo sviluppo di alcune nuove strutture territoriali offre la possibilità di un processo riallocativo politicamente più sostenibile nei singoli territori.

²³ Il conteggio è tratto dalla Relazione sullo Stato Sanitario del Paese, p. 277. Sono incluse le 1.350 CdC finanziate dal PNRR e le 80 finanziate con fondi regionali.

²⁴ Fonte: elaborazione degli autori su dati Open source Ministero della salute, database PL per stabilimento e disciplina, anno di riferimento 2020.

²⁵ Amato *et al.* (2017), Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiriche in Italia. *Epidemiologia e Prevenzione* 41, 5-6 (sett-dic 2017), suppl. 2.

²⁶ ISTAT (2022), Previsioni della popolazione residente e delle famiglie con base 1/1/2021, <https://www.istat.it/it/archivio/274898#:~:text=La%20popolazione%20residente%20%C3%A8%20in,47%2C7%20mln%20nel%202070>.

²⁷ Si rimanda ai capp. 2 e 4 del presente Rapporto.

²⁸ Si rimanda al cap. 9 del Rapporto OASI 2021, p. 401.

d) Pianificazione di standard nazionali (PNRR e DM 77) o ampi spazi di indeterminatezza

Il PNRR viene spesso rappresentato come uno strumento di pianificazione nazionale di lungo periodo, molto dettagliato nella sua esplicita logica *top down*. Il Piano, anche in sanità, disciplinerebbe obiettivi, tempi, risorse, metriche, incentivi e disincentivi per garantire il successo realizzativo. Molti dei documenti di programmazione previsti dal PNRR, in primis il DM 77, proponendo standard infrastrutturali e di personale codificati per tutto il territorio nazionale, rafforzano la percezione di una logica di pianificazione *top down*. Le indicazioni del Piano e delle normative collegate sembrano comprimere significativamente gli spazi di adattamento locale, e quindi, di autonomia per le aziende sanitarie locali e per il loro management.

In realtà, si tratta di indirizzi nazionali ampiamenti indeterminati che lasciano al management locale la soluzione di rilevanti e difficili *trade off* strategici e, di conseguenza, aprono significativi ambiti di autonomia e responsabilità manageriale. Con riferimento al personale infermieristico, l'organico necessario per popolare di attività CdC, OSCO e COT oscillerebbe tra le 15mila e le 22mila unità, fino a sfiorare le 50mila unità includendo una stima del personale a rinforzo dei servizi ADI²⁹. Allo stesso tempo, si prevedono 14.000 fuoriuscite di infermieri a fronte di 11.000-13.500 ingressi³⁰. Numeri che lasciano poco margine di manovra per il rafforzamento dei servizi e che non garantiscono nemmeno la copertura dei turni attuali.

PNRR e DM 77/20 introducono quindi standard largamente irrealistici senza immaginare una riduzione di altre attività sanitarie oppure senza prevedere un'intensità assistenziale media ridotta, soprattutto nel caso dell'ADI. Di fatto, gli indirizzi lasciano al management la responsabilità di identificare l'allocazione delle risorse umane e quindi le priorità di attivazione dei nuovi setting previsti. Allo stesso modo, i documenti programmatori nazionali non chiariscono la relazione tra le infrastrutture erogative territoriali esistenti e quelle nuove: sono aggiuntive, sostitutive o l'occasione per razionalizzare la rete di offerta, anche per concentrare il poco personale disponibile? Inoltre, per nessun setting erogativo è specificata la missione tra le molte alternative disponibili. L'ADI è pensata per gli anziani fragili e non autosufficienti, in un'ottica di presa in carico permanente con prevalente valenza assistenziale e socio-sanitaria? Oppure riguarda la dimensione clinica di stabilizzazione finale nei processi di *step down* da ospedale a territorio, il che naturalmente implica un impegno di durata ben delimitata? Una simile indeterminatezza di missione riguarda anche l'OSCO, la CdC, la COT. L'ampiezza di tutti gli indirizzi nazionali è del resto fisiologica data l'enorme eterogeneità nell'orografia e nelle densità abita-

²⁹ Si rimanda al cap. 14 del presente Rapporto.

³⁰ Ibidem.

tive regionali, con i 418 ab/kmq della Lombardia e i 66 della Sardegna, per citare due regioni di grandi dimensioni con estensioni territoriali quasi uguali³¹. Anche a parità di concentrazione della popolazione, le reti territoriali del SSN appaiono notevolmente diverse. A titolo esemplificativo, volendo confrontare Regioni con densità abitative molto simili e contenuta presenza di privati accreditati, il Piemonte registra 7 ambulatori e laboratori pubblici ogni 100.000 abitanti; la Toscana 10,2³², quasi il 50% in più. Tutto ciò, nella realtà dei fatti, apre al management aziendale spazi di autonomia più ampi che in passato: i piani di analisi e decisione si sono moltiplicati, affiancando alla gestione delle attività ordinarie il tema vasto e strategico dell'innovazione dei servizi e della creazione di nuovi setting erogativi.

e) Implementazione PNRR: milestones e target precisi e definiti o assenza di indicazioni per output e outcome

Il PNRR è sostenuto da obiettivi e cronoprogrammi molto dettagliati, con una metrica concordata con l'Unione Europea basata su centinaia di indicatori. L'attenzione mediatica e politica è spesso catturata dal raggiungimento o meno di tali traguardi realizzativi, che corrispondono allo sblocco di *tranche* di finanziamento europeo. Per ogni progetto infrastrutturale, inclusi quelli dell'ambito sanitario, ci sono precise tappe da raggiungere, definite nel tempo: individuazione sito, progettazione, indizione gara, cantiere, apertura servizi.

Il PNRR dunque propone un meccanismo di pianificazione e controllo degli investimenti puntuale e rafforzato da forti disincentivi al ritardo implementativo. I 198 indicatori della Componente 6 – sanità riguardano però prevalentemente la realizzazione di infrastrutture e l'acquisizione di tecnologie: si concentrano sulla disponibilità di alcuni *input* che saranno fondamentali per l'erogazione dei servizi (51 indicatori, 26%); prevedono chiari step di processo (129 indicatori, 65%); in misura minore, fissano alcuni standard sui volumi di servizio, dunque gli *output* (18 indicatori, 9%)³³. Nessuna indicazione è però prevista in merito al service *re-design*, alla reingegnerizzazione dei processi professionali, allo sviluppo di nuove competenze professionali. Questo apre ulteriori spazi decisivi per management aziendale, che può, o forse deve, proporre una metrica aziendale per catturare la modifica del portafogli di attività, la trasformazione degli *output*, l'incremento degli *outcome* intermedi e finali. Sicuramente alcuni indicatori per misurare le dimensioni appena indicate esistono, a livello decentrato e anche centrale: si pensi alla sezione PDTA del Nuovo Sistema di Garanzia. Essi appaiono però sostanzialmente scollegati dal processo di investimento e riorganizzazione stimolato e finanziato dal PNRR.

³¹ Dati ISTAT al 1/1/22.

³² Cfr. Annuario statistico del SSN (anno 2020), tavola ASS_DIS_STS_02.

³³ Si rimanda al cap. 9 del presente Rapporto.

Ciò che si misura diventa importante: se la metrica del Piano verrà completata con dimensioni rilevanti per la trasformazione e l'efficacia dei servizi, per lo *skill mix change*, per l'incremento del tasso di copertura dei bisogni, il management occuperà uno spazio di autonomia e responsabilità manageriale significativo per indirizzare e guidare la propria organizzazione. Non si tratta di un'azione gestionale prevista o obbligatoria, ma di uno spazio di azione possibile, da interpretare.

f) Maggiore convergenza inter-regionale o ulteriore differenziazione

Durante il Covid sono stati frequenti i richiami alla riduzione delle divergenze inter-regionali. La convergenza dei livelli di servizio è giustamente diventata, o ridiventata, un principio *mainstream*. Il PNRR e il DM 77 sono stati impostati proprio con la logica di definizione di standard nazionali per promuovere l'allineamento tra regioni. Del resto, l'allocazione dei fondi PNRR è destinata alle regioni del Mezzogiorno per il 40%, più che proporzionalmente alla popolazione residente.

Nei fatti, gli enormi spazi di indeterminazione delle politiche nazionali, in particolare sul ridisegno dei servizi, sulla riprogettazione dei processi di lavoro e sulle relazioni inter-professionali, oltre che sullo sviluppo di competenze, rendono probabile una maggiore divergenza tra i sistemi regionali. La radice è il differenziale di competenza per la progettazione e l'implementazione dell'innovazione. È probabile che i gap vengano ampliati, soprattutto laddove il cambiamento richiesto è particolarmente complesso e sofisticato, come nei processi di rafforzamento della *transitional care* (COT), di sanità di iniziativa (stratificazione della popolazione) e di presa in carico della cronicità e fragilità. I punti di partenza inter-regionali sono troppo distanti per livello delle infrastrutture, servizi e soprattutto competenze: laddove i temi di innovazione sono di frontiera, le regioni più attrezzate riusciranno a percorrere più velocemente una strada più lunga, incidendo più profondamente nei meccanismi di servizio.

Questo fenomeno, sul quale al momento possiamo solo esprimere una previsione, risulterebbe coerente con la traiettoria storica di evoluzione del SSN, che si è sempre trasformato grazie ad alcune avanguardie locali, regionali o più spesso aziendali. Alcune aziende sperimentano innovazioni profonde: case della salute, chiusura dei manicomi, modelli di *transitional care*; successivamente, il legislatore o il regolatore le riconosce e ne favorisce la diffusione all'intero SSN, progressivamente e a velocità variabile. Lo stesso Rapporto presenta alcuni casi in questo senso. Le Centrali operative nascono inizialmente soprattutto in aziende localizzate in aree metropolitane, per favorire la continuità delle cure in uscita dall'ospedale. Con il Covid-19 e il PNRR, tali modelli vengono adattati a USCA e COT e proposti per tutto il Paese³⁴. L'evoluzione

³⁴ Si rimanda al cap. 11 del presente Rapporto.

del SSN procede quindi a elastico, trainata da *front runner*. Alcune avanguardie tracciano la strada più avanzata e successivamente riescono a trascinare in avanti il resto del sistema per emulazione e per progressiva disseminazione culturale. Nel complesso l'intero SSN evolve, comprese le regioni più fragili, ma senza mai riuscire a colmare il gap inter-regionale. Questa consapevolezza può essere negata, subita o guidata.

g) Nuovi servizi genereranno nuove competenze o nuove competenze genereranno nuovi servizi?

PNRR e documenti nazionali correlati assumono una importante ipotesi implicita: è necessario introdurre nuovi setting erogativi, nuove tecnologie e nuovi strumenti digitali, perché questi determineranno progressivamente l'evoluzione delle competenze professionali, insieme all'attivazione delle nuove logiche erogative. A questo proposito, il Rapporto presenta una rassegna di esperienze aziendali di *skill-mix change*³⁵ realizzate sui piani individuale, intra-professionale, inter-professionale ed extra-professionale. Il rafforzamento degli strumenti di presa in carico secondo criteri di prossimità al paziente sembra aver facilitato, in alcuni casi, l'attivazione di configurazioni di servizio multi-professionali, sotto il coordinamento di una figura pivotale innovativa, come l'infermiere oppure l'ostetrica di comunità. Le esperienze di ridefinizione dei confini tra professioni restano però molto limitate, anche per i noti vincoli normativi. A livello generale, emerge una debole percezione della criticità del tema. In parallelo, alcuni casi di introduzione di servizi di telemedicina in realtà private accreditate³⁶ hanno sottolineato l'importanza della co-progettazione del servizio tra funzioni centrali e clinici *opinion leader*, oltre che della formazione capillare.

Tali evidenze mettono in dubbio l'ipotesi per cui nuovi setting o nuove tecnologie possano di per sé trainare il cambiamento. L'ambito sanitario, essendo un settore *brain intensive*, vede infatti nelle competenze dei professionisti la principale determinante delle performance, anche in tema di innovazione. Potrebbe quindi essere lo sviluppo di nuove competenze professionali, combinato con nuove modalità di erogazione, a dare sostanza ai setting previsti dal PNRR. Se così fosse, la maggior parte degli investimenti dovrebbe essere di natura immateriale, per lo sviluppo delle capacità individuali, ma soprattutto, per sostenere il ridisegno dei servizi e per ricostruire l'organizzazione delle interdipendenze professionali lungo le filiere erogative: ospedale *hub*, ospedale *spoke*, specialisti convenzionati, MMG.

In sintesi, sono le nuove competenze che modificano le configurazioni di servizio o sono le nuove configurazioni di servizio che modificano le competenze?

³⁵ Si rimanda a cap. 14 del presente Rapporto.

³⁶ Si rimanda al cap. 4 del presente Rapporto.

Il PNRR, allocando la maggior parte delle risorse su investimenti tecnologici e infrastrutturali, assume la prima ipotesi e la veicola. Chi scrive, consapevole della necessità di entrambi i vettori di cambiamento, invoca una maggiore attenzione alle competenze, che in sanità, probabilmente, sono più determinanti dei muri. Questo è vero soprattutto laddove l'innovazione riguarda i processi assistenziali: la stratificazione, la sanità di iniziativa, la presa in carico, le cure di transizione, la telemedicina, l'intelligenza artificiale. Tutti gli ambiti citati vedono un prevalere del driver della competenza su quello dell'hardware, che in molti casi si avvicina sempre più ad una commodity fungibile.

h) PNRR e DM 77 come volano per la componente pubblica del SSN o come stimolo per una logica sussidiaria

La narrazione della risposta COVID ha spinto il policy maker a investire le risorse finanziarie disponibili esclusivamente nella componente pubblica del SSN, in modo da rafforzare le infrastrutture, le tecnologie, le ICT degli erogatori pubblici. Di fatto, tutte le risorse del PNRR sono state allocate ad aziende pubbliche, anche se le regole dei fondi EU non ostacolano il finanziamento di concessionari privati. Questa scelta ha sottratto al dibattito la questione del ruolo del privato accreditato, che corrisponde al 17% della spesa SSN, con alcune grandi regioni come Lazio e Lombardia oltre il 25%³⁷. Quale funzione possono svolgere gli erogatori privati nei processi di trasformazione verso nuove logiche di servizio, come la presa in carico e le cure di transizione, che necessariamente devono coinvolgere tutti gli erogatori? L'assenza di un ruolo definito comporta incoerenze e parzialità significative. Il PNRR prevede che le CdC siano popolate di attività ambulatoriali specialistiche e diagnostiche e di MMG/PLS. Il 60% dei punti di erogazione dell'attività ambulatoriale del SSN è gestita da soggetti privati accreditati; senza contare che MMG e PLS sono liberi professionisti convenzionati. Questo impone una riflessione profonda sul rapporto pubblico-privato nella gestione di processi di trasformazione e riallocazione delle risorse che, in assenza di indicazioni sovra-ordinate, necessariamente devono essere gestiti dal management a livello locale.

Abbiamo segnalato gli ambiti più vistosi di distanza tra narrazione istituzionale, regolazione formale, *mainstream* collettivo ed evidenze nel SSN. Si aprono spazi di autonomia rilevanti per le aziende e il loro management, chiamato a popolare di contenuti decisionali la distanza tra narrazioni e fatti. Si tratta di disallineamenti alle radici delle criticità del SSN: criticità che vengono trasferite agli spazi strategici aziendali senza dibattito percepibile, né indirizzi significativi.

³⁷ Si rimanda al cap. 4 del presente Rapporto.

1.3 **Accentramento formale e autonomia manageriale sostanziale (istituzionalmente non riconosciuta)**

La narrazione dominante propone un SSN sempre più accentrato con rilevanti prerogative di governo ricentralizzate a livello nazionale. Queste si aggiungono al processo di accentramento regionale, che a sua volta tende a indebolire gli spazi di autonomia per il management delle aziende locali. Inoltre, i disegni programmatori vengono presentati come sempre più incisivi, addirittura ancorati a *milestones*, cronoprogrammi e standard programmatori definiti e controllati. Le Regioni stanno concretamente riflettendo sulla necessità di rafforzare le loro tecnostrutture centrali, proprio per meglio popolare di competenze e *capacity* le loro crescenti prerogative di governo. Questo spiega il proliferare di enti intermedi a supporto della Regione, osservato dal Rapporto³⁸, per funzioni sia di programmazione, sia di centralizzazione tecnico-amministrativa. Apparentemente, lo spazio di azione per il management aziendale è in costante riduzione e spesso questo viene percepito come riflesso delle narrazioni e dei disegni istituzionali progressivamente formalizzati.

Come abbiamo cercato di argomentare, riteniamo invece che lo spazio di autonomia del management sia in significativo aumento a causa di alcuni processi rilevanti. La crescente divaricazione tra narrazioni e conseguenti aspettative e le reali possibilità sul campo a causa della ristrettezza delle risorse finanziarie e umane comporta la necessità, dolorosa e difficile, di definire priorità, che il livello centrale evita di presidiare e definire. Questa tendenza è esacerbata dall'eterogeneità della domanda e dell'offerta di servizi tra aree del Paese. La maggior parte documenti nazionali definiscono la geografia delle infrastrutture, senza in realtà programmare quali servizi erogare, quale personale impiegare, quali obiettivi debbano essere perseguiti. Si tratta di piani largamente indeterminati che lasciano ampia autonomia al management aziendale. Le metriche di misurazione dei risultati si focalizzano sul rispetto dei vincoli di bilancio e sul rispetto dei tempi di investimento infrastrutturale, senza rilevare i processi di innovazione, l'evoluzione delle competenze, gli impatti sul tasso di copertura dei bisogni, sugli output e sugli esiti intermedi.

Fisiologicamente, in uno scenario dove sono divergenti i trend tra bisogni e risorse, dove la narrazione collettiva è inconsistente e consolatoria, lo spazio di azione per il management cresce, dovendo determinare ciò che collettivamente è lasciato ampiamente indeterminato e inconsapevole. Si tratta di una grande responsabilità sociale, che sottolinea il ruolo di rilevanza collettiva, quindi di importanza per la *polis*, del ruolo manageriale.

Purtroppo si tratta di un rilevante spazio di autonomia e responsabilità senza consapevole ed esplicita legittimazione istituzionale e politica. Nessuno chiede

³⁸ Si rimanda al cap. 2 del presente Rapporto.

esplicitamente al management di gestire e monitorare questo scenario. Si tratta di una stagione difficile, dove è possibile assumere dei ruoli istituzionalmente e socialmente decisivi, senza però un pieno riconoscimento del ruolo, che non è concettualizzato come davvero necessario. Questo interroga le coscienze individuali sui contenuti del ruolo stesso, che possono oscillare tra un mandato formale ristretto e uno ben più sostanziale ed ampio, che si fa carico di guidare lo scenario emergente dei territori e delle organizzazioni.

Anche la comunità intera del management e degli accademici deve interrogarsi sulle forme e sui modi per rilanciare un dibattito collettivo sugli assetti istituzionali e sulla centralità necessaria del management pubblico. Se collettivamente non riusciamo ad affrontare i *trade off* di policy alla luce delle criticità sociali date, dobbiamo perlomeno discutere quali istituzioni e quali ruoli professionali intendiamo ingaggiare per affrontare le criticità emergenti.

1.4 Le dimensioni da presidiare in uno scenario ad autonomia implicita

In questo complesso e difficile scenario, quale agenda di lavoro e priorità potrebbe darsi il management delle aziende sanitarie pubbliche per interpretare incisivamente il proprio ruolo e riempire gli spazi di autonomia e responsabilità disponibili? Citiamo al proposito tre esempi, ai diversi livelli decisionali in cui può agire il management aziendale.

A livello aziendale, difficilmente la trasformazione digitale dei servizi può riguardare con uguale intensità tutte le componenti dell'organizzazione. Anche a prescindere dalle disponibilità tecnologiche ed economiche, le energie istituzionali e umane deputate alla gestione del cambiamento organizzativo complesso sono limitate. Pertanto è opportuno scegliere quali processi di digitalizzazione privilegiare. La digitalizzazione può essere orientata a nuove forme di erogazione, o piuttosto al governo della presa in carico, anche attraverso forme di knowledge transfer tra professionisti; o ancora, può puntare alla trasmissione di informazioni verso i cittadini o i pazienti, magari con un accento particolare sulla prevenzione, sull'autocura, sulla condivisione degli obiettivi di salute. In altre parole digitalizzazione per il service design, per dare strumenti al middle management, per diffondere e armonizzare competenze, per comunicare e promuovere la salute dei cittadini.

A livello settoriale, nell'applicazione del DM 77, la disponibilità limitata di personale delle professioni sanitarie impone di scegliere se privilegiare le CdC, gli OSCO, l'ADI, la COT come setting dove collocare più personale, o quantomeno il più qualificato o motivato. Purtroppo non è possibile popolare con uguale intensità tutti questi ambiti territoriali, quindi è necessario definire delle priorità aziendali o di distretto. Inoltre, l'individuazione di uno strumento

pivotale può aiutare il management a identificare il luogo fisico o organizzativo deputato a operationalizzare l'innovazione strategica dei processi di cura.

A livello di singolo servizio, il management dovrà affrontare il tema della definizione dell'utenza. Ad esempio, l'OSCO può avere una missione più *step down*, di supporto alla dimissione dall'ospedale, con vocazioni da lungodegenza internistica; può avere una caratterizzazione riabilitativa, oppure può essere una forma di avvio, inizialmente gratuita, alla residenzialità socio-sanitaria. O ancora, può svolgere un ruolo di filtro all'accesso in ospedale rispetto agli anziani fragili del territorio. La scelta è difficile ma necessaria e, all'interno della stessa azienda, è legittimo attendersi OSCO con vocazioni differenti.

In assenza di target e metriche proposte dal livello nazionale o regionale per gli impatti dei processi di innovazione, il management può definire la missione per ogni setting di cura e il mandato per ogni innovazione, a cui collegare una metrica coerente di definizione degli obiettivi e di misurazione dell'implementazione. L'ADI può essere misurata sul piano prestazionale, oppure sulla customer satisfaction, oppure sulla riduzione di accessi all'ospedale, oppure su competenze acquisite dal paziente o dal caregiver, oppure ancora attraverso indicatori di esito intermedi: funzionalità mantenuta da parte del paziente, presenza di piaghe da decubito, eccetera. L'assenza di una metrica sovraordinata può essere considerata protettiva per le innovazioni, che fisiologicamente, se vere e profonde, devono registrare qualche tasso di insuccesso, resistenza, rallentamento.

Ancora più cruciale è definire il processo e le responsabilità di utilizzo degli indicatori fissati e monitorati. Questi ultimi sono meccanismi di disegno organizzativo, dal momento che assegnano compiti e responsabilità di programmazione, gestione e controllo. Tale assegnazione, di fatto, individuerà il vero middle management delle aziende sanitarie dei prossimi anni.

Infine, il management è tenuto a mantenere una estroversione nei confronti delle altre aziende del SSN, come pure del livello regionale e centrale. Nei mesi e negli anni a venire saranno particolarmente preziosi i processi di confronto sia sugli interventi condotti, sia sugli impatti effettivamente generati dal PNRR in sanità.

Siamo davanti a una potenziale profonda stagione di cambiamento, che vede un rinnovato protagonismo del livello aziendale. Il management diventa soprattutto *change management*. Questo richiede di individuare i leader aziendali del cambiamento, da selezionare, ingaggiare e supportare. Significa disegnare e gestire vasti e profondi processi di cambiamento con prospettive pluriennali che spesso, fisiologicamente, superano l'arco temporale del mandato dei direttori, richiedendo infrastrutturazioni che superino la *leadership* del direttore, per rimanere coerenti ed efficaci nel tempo. Il cambiamento va pianificato,

vanno acquisite le necessarie competenze, vanno costruiti gli incentivi alla trasformazione, ma soprattutto va accompagnata la trasformazione cognitiva e identitaria dell'organizzazione. Promuovere e accompagnare il cambiamento in organizzazioni professionali, *brain intensive*, pubbliche, costituisce una delle azioni manageriali più interessanti e sofisticate.

La responsabilità forse più rilevante per il management, in un'epoca di divergenza tra narrazioni ed evidenze, tra percepiti e reali processi di trasformazione in corso, è l'attivazione di processi di comunicazione e *accountability* nei confronti delle istituzioni e degli *stakeholder*. Occupare degli spazi di autonomia strategica, in assenza di policy definite o consistenti, richiede anche un progressivo incremento del dialogo con i portatori di interesse, per illustrare le evidenze, le reazioni strategiche ad esse e i tentativi aziendali di sviluppo. Si tratta di un processo di dialogo e allineamento cognitivo sofisticato, che tempera la diffusione di evidenze, il sostegno alla consapevolezza delle problematicità in essere, con l'illustrazione degli spazi di azione possibili e delle relative performance aziendali. Esiste concretamente il rischio che gli *stakeholder*, nel processo di dialogo promosso dal management, confondano le divergenze di sistema e le incongruenze complessive della società con una mancanza di performance aziendali. Esiste anche il rischio che gli *stakeholder* rifiutino un'analisi basata sulle evidenze, preferendo rimanere ancorati alle loro narrazioni consolatorie, sicuramente meno faticose. Fisiologicamente, i processi di *change management* generano resistenze che, nel settore pubblico, alimentano viste parziali negli *stakeholder*, che vengono ingaggiati dagli agenti oppositivi al cambiamento. La funzione di dialogo con i portatori di interesse e di rendicontazione alle comunità locali evidenzia la rilevanza del ruolo sociale e istituzionale del management, che è chiamato contemporaneamente a interpretare la realtà a partire dalle evidenze, a definire delle scelte strategiche e a provare ad attuarle, oltre a sostenere l'allineamento cognitivo degli *stakeholder*. Da un lato è una montagna da scalare, dall'altro segnala come il management sanitario pubblico rappresenti uno dei ruoli professionali più affascinanti e socialmente decisivi.

1.5 Sintesi dei capitoli del Rapporto

Il capitolo 2, a cura di *Attilio Gugiatti, Simone Manfredi e Francesca Meda*, 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, dopo i grandi processi di riordino negli anni 2015-2017, nel 2022, per effetto della riforma sanitaria della Sarde-

gna, il numero di aziende territoriali (ASL + ASST) passa da 118 a 125, mentre il numero di AO rimane pari al 2021 (43). Aumenta anche la rilevanza degli enti intermedi: nel 2022 diventano 20 con la recente costituzione di Azienda Zero sia in Lazio che in Piemonte.

In termini strutturali, la contrazione del numero di posti letto (PL) iniziata già negli anni Novanta ha portato nel 2020 a una dotazione media di 2,9 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 2020 continua il trend positivo iniziato nel 2018, con un incremento nel numero dei medici (+959 unità) e del personale di ruolo sanitario (+9.817 unità).

Le attività di ricovero (dimissioni) risultano in decisivo calo tra 2019 e 2020 (-21,0%): per effetto del Covid-19, in un solo anno si è verificata una diminuzione dell'attività di ricovero simile a quella registrata nel periodo 2011-2019 (-20,7%). Guardando alle dimissioni per causa di ricovero, si nota come il numero di pazienti dimessi diminuisca, tra il 2019 e il 2020, per la maggior parte delle cause (es. -37% di dimissioni per malattie della pelle, -29% di dimissioni per malattie del sistema nervoso, etc.), mentre aumenti vertiginosamente per le malattie dell'apparato respiratorio (+83%).

Rispetto al confronto internazionale con altri Paesi, l'Italia si conferma un contesto in cui lo skill-mix medico-infermiere è fortemente sbilanciato a favore dei primi, con 1,6 infermieri per medico contro la media OECD di 2,6 e in cui la percentuale di medici over 55 è la più alta dei Paesi OECD (56% contro una media di 34%).

Infine, vengono riportate alcune riflessioni preliminari sugli impatti della pandemia in termini di stato di salute della popolazione, analizzando le conseguenze in termini di mortalità, aspettativa di vita (-1 anno tra il 2019 e 2020 per le donne, -1,3 anni per gli uomini) ed evidenziando gli elementi salienti di disuguaglianza tra contesti territoriali regionali.

Il capitolo 3, a cura di *Patrizio Armeni, Ludovica Borsoi, Elisabetta Notarnicola e Silvia Rota*, illustra i dati di spesa, finanziamento e performance economica del SSN italiano secondo tre livelli di rappresentazione (nazionale, regionale ed aziendale), integrandoli con un confronto internazionale.

Nel panorama internazionale, l'Italia registra un'incidenza della spesa sanitaria complessiva sul PIL nettamente inferiore rispetto ad altri Paesi europei ed extra-europei. Inoltre, nel 2020, i livelli assoluti di spesa sanitaria in Italia si confermano contenuti, se comparati con altri paesi, con una forte incidenza della componente out-of-pocket (21,3%). Nel 2021, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN è risultata pari a circa 130,2 miliardi di euro (+2,6% rispetto al 2020). Le risorse nette complessivamente a disposizione sono state di poco inferiori, determinando un disavanzo a livello di sistema contenuto (194 milio-

ni di euro) grazie all'azione delle misure straordinarie a fronte dell'emergenza da COVID-19. A livello regionale, i tassi di variazione della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite nel 2021 sono tutti in positivo rispetto al 2020 ma con forti differenze regionali (da +0,3% a +8,2%).

Questa eterogeneità è segnale di diverse necessità dei territori, ma anche di policy e modelli di governance regionali che portano a esiti diversi rispetto al finanziamento e alla spesa. I dati dei Conti Economici delle aziende sanitarie mostrano un peggioramento delle performance a livello aziendale: l'aumento del finanziamento pubblico avvenuto nel 2021 (e 2020) non è stato sufficiente ad assorbire l'aumento dei costi che le aziende stanno osservando e di compensare i mancati ricavi per le attività non erogate come conseguenza del periodo pandemico. Complessivamente la buona performance a livello di sistema è trainata dagli interventi emergenziali di breve periodo piuttosto che da misure strutturali.

In vista dell'imminente stagione di grandi investimenti infrastrutturali e tecnologici, le singole aziende e i policy maker ai diversi livelli devono interrogarsi sul disallineamento tra risultati di sistema e performance dei singoli enti.

Il capitolo 4, a cura di *Laura Giudice, Luigi Preti e Alberto Ricci*, analizza il settore degli erogatori privati accreditati. Nel 2021 la spesa del SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è stata pari a 400 euro pro capite, il 17,4% del totale della spesa sanitaria pubblica, in aumento rispetto all'anno precedente (374 €, 17%). Dopo il lieve calo osservato nel primo anno di pandemia, la spesa per assistenza privata accreditata è cresciuta in modo rilevante nel 2021, superando il valore del 2019.

A inizio 2020 gli erogatori privati accreditati detenevano complessivamente il 31% dei posti letto (PL) ospedalieri, prevalentemente concentrati presso le case di cura accreditate (68%). Come molti presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL, le strutture private accreditate hanno in media dimensioni ridotte: 114 PL a livello nazionale. Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, che raccolgono la metà (54%) delle 61 strutture con oltre 200 posti letto.

Passando al tema della cronicità e dell'assistenza socio-sanitaria, il privato accreditato nel 2020 gestiva il 60% degli ambulatori (con punte del 70% in Lazio e di oltre l'80% in Campania e Sicilia), l'83% delle strutture residenziali e il 72% di quelle semiresidenziali. Queste percentuali evidenziano quanto sia irrealistico ridisegnare l'assistenza territoriale, come previsto dal PNRR, senza il coinvolgimento del privato accreditato.

Nell'attuale fase di incertezza programmatoria, segnata da scarse indicazioni sulle modalità di integrazione degli erogatori privati accreditati nella nuova offerta territoriale, appare molto importante approfondire le esperienze di innovazione di servizio già esistenti nel settore privato accreditato. Nel capitolo

ne sono approfondite quattro, che si differenziano per *setting* interessato, grado di sviluppo e obiettivi di fondo. Attraverso la telemedicina, recentemente introdotta presso i Gruppi San Donato e Humanitas, l'obiettivo è quello di migliorare l'accessibilità e i bacini d'utenza, semplificare le *operations* interne e, soprattutto durante il periodo Covid-19, prevenire l'affollamento dell'ospedale e i contagi. Nell'esperienza di Vivisol, l'unione della fornitura di beni di consumo sanitari con un servizio di assistenza domiciliare e di tele-monitoraggio intende arricchire e integrare il pacchetto dei servizi disponibili, per rispondere a un bisogno complesso. Infine, nel caso dell'ambulatorio di prevenzione cardiovascolare della Casa della Salute di Parma, gestito da Fondazione Don Gnocchi, l'obiettivo è quello di offrire una risposta di cura continuativa, presidiando anche le fasi extraospedaliere del percorso in stretta relazione con gli altri erogatori del territorio (ASL, AO, MMG).

Il capitolo 5, a cura di *Francesco Longo, Simone Manfredi, Francesca Meda, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli e Andrea Rotolo*, si pone due obiettivi: fornire una rappresentazione aggiornata della rete dei servizi socio-sanitari e sociali per anziani non autosufficienti; offrire un'interpretazione del posizionamento strategico dei servizi residenziali per anziani in dodici regioni, anche in relazione all'esperienza pandemica e agli investimenti PNRR. In termini metodologici, l'aggiornamento della fotografia del settore è basato sull'analisi desk delle fonti informative istituzionali più aggiornate. Il secondo obiettivo è stato perseguito attraverso un'analisi desk della normativa regionale che disciplina i servizi residenziali per anziani - in particolare rispetto a missione, utenti target, assistenza erogata, tariffe - e interviste con *key informant* dei diversi contesti regionali, per validare e interpretare la ricognizione normativa.

Le evidenze illustrate nel Capitolo mostrano un'importante crescita del numero degli over65 non autosufficienti, colta grazie a un aggiornamento della rilevazione ISTAT dedicata che recepisce i cambiamenti epidemiologici tra la popolazione anziana, in particolare rispetto alla presenza di decadimento cognitivo. Una platea di oltre 3,9 milioni di over65 nel 2020, di fronte alla quale le capacità di risposta del welfare pubblico appaiono molto contenute, e impongono una riflessione sulle modalità per raggiungere il target PNRR di copertura del 10% degli over65 attraverso l'Assistenza Domiciliare Integrata, dato oggi fermo al 6%, che attualmente si caratterizza per una limitata capacità di presa in carico e una connotazione prettamente sanitaria.

Per quanto concerne il posizionamento strategico dei servizi residenziali, l'analisi mostra che esistono profonde differenze nella modalità in cui le regioni hanno interpretato e declinato la vocazione e il ruolo dei servizi residenziali (nonché la loro relazione con gli altri nodi della rete della presa in carico sanitaria, socio-sanitaria e sociale), sottolineando l'esistenza di un'eterogeneità

rilevante di approcci alla cura e all'assistenza delle persone anziane non autosufficienti che impediscono di parlare di "settore socio-sanitario" in senso unitario. Ne derivano dunque servizi radicalmente diversi, che si traducono in esperienze di fruizione molto differenziate, che rischiano di avere risultati controversi sotto i profili di equità e di accesso.

Il capitolo 6, a cura di *Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Luigi M. Preti e Valeria Rappini*, si concentra sui consumi privati in sanità, cioè l'insieme di beni e servizi sanitari finanziati attraverso una spesa posta direttamente a carico delle famiglie, delle imprese o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso).

Il capitolo propone una serie di dati e riflessioni che partono dalle dinamiche internazionali, si soffermano su un quadro generale del contesto italiano e scendono successivamente nel dettaglio indagando dimensioni e dinamiche in termini di: fonti di finanziamento e funzioni di spesa, caratteristiche socio-demografiche e variabilità regionale. Il capitolo quest'anno include anche un approfondimento sul ruolo emergente delle farmacie in questo settore. L'arrivo del Covid-19 ha sicuramente complicato lo sforzo di descrizione: da questo punto di vista qualche tempo sarà necessario perché i dati si consolidino e possano offrire una rappresentazione del settore in linea per accuratezza e dettaglio con quelle fin qui prodotte. Con tutte le tensioni che ha inflitto ai sistemi sanitari lo stesso Covid-19 non ha però smentito le chiavi interpretative fondamentali che gli autori, ricercatori dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS), hanno proposto in questi anni e, in alcuni casi, ne ha rafforzato la validità.

Dato lo scenario di sistema, due questioni si fanno particolarmente urgenti. La prima è quella dell'integrazione tra consumi pubblici e privati. Soprattutto se le risorse non aumenteranno il nostro sistema non potrà più permettersi di pensare solo in termini di ciò che avviene nel perimetro pubblico. La seconda, ancora più difficoltosa dal punto di vista politico e altrettanto indispensabile se la spesa pubblica non riesce ad aumentare, è di iniziare a pensare a come produrre e governare un aumento dei consumi privati che non minacci l'equità sostanziale del sistema e che possa contribuire al benessere collettivo.

Il capitolo 7, a cura di *Vittoria Arditò, Oriana Ciani, Carlo Federici, Alessandro Furnari e Rosanna Tarricone*, si propone di fornire un quadro dei principali indicatori di salute e di alcune dimensioni di performance partendo dal contesto internazionale, per poi passare a quello nazionale.

A livello internazionale, l'aspettativa di vita italiana, pari a 82,4 anni, risulta la sesta più alta al mondo, perdendo tuttavia due posizioni rispetto ai paesi che registrano valori più elevati di tale indicatore. I dati attualmente disponi-

bili consentono infatti di misurare appieno gli effetti della pandemia di COVID-19, ed in particolare di recepire l'eccesso di mortalità sull'aspettativa di vita. A livello nazionale permangono importanti divari interregionali: si passa da un'aspettativa di vita alla nascita di 83,3 anni in Umbria ad un valore di 80,9 anni in Valle d'Aosta. Tuttavia, tra il 2019 e il 2020, tutte le regioni registrano un calo, ma non sorprende che le regioni in cui si è osservata una riduzione più pronunciata su tale indicatore corrispondano alle zone più colpite dal virus all'insorgere della pandemia (-2,2 anni in Lombardia).

Alla luce del peso importante che la pandemia ha avuto sulla salute mentale, il capitolo propone inoltre un approfondimento dedicato alla sintesi dei principali indicatori epidemiologici disponibili a questo riguardo. In sintesi, negli ultimi due anni abbiamo assistito a un peggioramento nelle condizioni di benessere mentale, soprattutto nelle donne e specialmente tra i ragazzi di 14-19 anni. Il punteggio di benessere psicologico rilevato dallo strumento SF-36 in questa fascia di età è sceso a 66,6 per le ragazze (-4,6 punti rispetto al 2020) e 74,1 per i ragazzi (-2,4 punti rispetto al 2020). L'incidenza di nuovi utenti è in totale di 49,9 per 10.000 abitanti, ma più alta nelle donne, con un tasso di 52,9 per 10.000 abitanti, rispetto agli uomini (46,6 per 10.000 abitanti). I valori di diffusione del disagio mentale nella popolazione sarebbero tuttavia considerevolmente più alti, visto che questi dati considerano solamente i casi con almeno un contatto nell'anno con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e i servizi psichiatrici delle Strutture Private accreditate, sottostimando dunque il bisogno reale.

Dal punto di vista della performance del sistema, si conferma anche nel 2020 una diffusa aderenza alle soglie di esito identificate a livello nazionale e un costante miglioramento complessivo dal 2010. Si evidenzia tuttavia come 4 dei 6 indicatori previsti dal DM 70/2015 (colecistectomia laparoscopica, frattura del femore su pazienti di età superiore a 65 anni, by-pass aorto-coronarico, valvuloplastica o sostituzione della valvola isolata) abbiano registrato un peggioramento rispetto al 2019, anche in questo caso ragionevolmente attribuibile agli effetti della pandemia di COVID-19.

Infine, l'analisi di questa edizione del rapporto si è concentrata sui 10 indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia relativi ai Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), che si riferiscono al periodo precedente all'insorgenza della pandemia di COVID-19 (2016-2018). In generale, si osserva una certa variabilità nei valori tra aree terapeutiche e tra regioni, che non sembra tuttavia seguire la consueta direttrice Nord-Sud.

Il capitolo 8, a cura di *Michela Bobini, Gianmario Cinelli, Mario Del Vecchio, Francesco Longo, Francesca Meda, Natalia Oprea, Valeria Tozzi e Angelica Zazzera*, si focalizza sul modo in cui i diversi sistemi sanitari regionali (SSR) si sono occupati della gestione del PNRR. Il capitolo adotta una duplice prospet-

tiva di indagine: i) da una parte si intende studiare il modello di governance scelto dai diversi SSR; ii) dall'altra è obiettivo del lavoro approfondire se i SSR hanno interpretato la gestione del PNRR esclusivamente come un programma di spesa o anche come un'opportunità per un'azione di *change management*. In particolare, il Capitolo analizza le attività di programmazione relative alle Case di Comunità (CdC), sia in termini di programmazione della spesa che la ri-progettazione del modello di assistenza territoriale, attraverso la metodologia dei casi studio che sono i SSR di: Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia e Molise.

Dalle analisi emerge la necessità di rafforzare i livelli regionali, in termini di numerosità e competenze. Il PNRR, sia nel programma di spesa che nella riforma dei servizi territoriali, comporta un incremento delle responsabilità e delle attività del livello regionale, necessario, da un lato, per programmare e realizzare gli investimenti e, dall'altro, per guidare un processo di trasformazione dei servizi e sviluppo delle competenze. In secondo luogo, il contributo suggerisce l'importanza di curare le interdipendenze fra il programma di spesa e il processo di *change management* mentre i SSR stanno realizzando i due interventi con gruppi di lavoro e tempistiche differenti. In questo caso sorge il rischio che gli investimenti su una singola CdC vengano programmati prima di averne definito la vocazione strategica e i servizi offerti e, di conseguenza, che tali investimenti risultino disfunzionali. Rischi che potrebbero essere mitigati promuovendo delle forme di coordinamento fra i gruppi di lavoro che stanno guidando i due interventi.

Il capitolo 9, a cura di *Attilio Gugiatti, Francesca Lecci e Andrea Rotolo*, ha l'obiettivo di analizzare le metriche di monitoraggio dell'implementazione del PNRR nel settore sanitario. In particolare, dopo un background sui temi del *performance journey*, il capitolo presenta la governance della fase di controllo implementativo del PNRR, i contenuti dei contratti istituzionali di sviluppo (CIS) tra Ministero e regioni per l'implementazione del PNRR e le metriche di *milestone e target*. Il capitolo si chiude con una preliminare discussione sulle principali evidenze: la logica di monitoraggio del Piano è sostanzialmente incentrata su indicatori di input, processo e output, mentre tutti gli indicatori di impatto restano da elaborare.

Il capitolo 10, di *Mario Del Vecchio, Laura Giudice, Luigi M. Preti e Valeria Rappini*, focalizza la sua attenzione sull'intervento Casa della Comunità (CdC) a partire dal disegno, in termini di standard di servizi e personale, previsto dal DM 77. L'approfondimento si pone l'obiettivo di esplorare i principali fattori di natura strategica che per le Aziende Sanitarie Locali saranno rilevanti per l'implementazione delle nuove CdC.

A tal fine è stato adottato un approccio *mixed methods* che combina analisi

desk, interviste semi-strutturate e focus group e i risultati sono stati rielaborati a partire dal CFIR (*Consolidated Framework for Implementation Research*).

Gli elementi raccolti a partire dalle dimensioni del framework di analisi (caratteristiche dell'intervento, contesto esterno e intero, processo di implementazione) sono state rilette al fine di formulare quattro possibili scelte di posizionamento strategico e tre aree di criticità che si riveleranno determinanti per una efficace implementazione dell'intervento. Le possibili scelte di posizionamento strategico vanno dai target da servire alla scelta di focalizzazione o generalizzazione dei presidi, al tema della vocazione tra presidio sanitario e di comunità fino agli aspetti legati all'integrazione con riferimento alla dimensione fisica e a quella virtuale. Tra i principali elementi di criticità rientrano invece il rapporto e il coinvolgimento della medicina generale, il tema del personale assistenziale non solo in termini quantitativi, ma anche di formazione e motivazione per assumere i nuovi ruoli previsti dalla riforma, e quello dei costi dell'intervento che rischiano di rivelarsi insufficienti in contesti eterogenei e in costante mutamento. Si segnalano infine tre elementi di riflessione generale relativi alla poca attenzione riservata da indicazioni e dibattito alla dimensione organizzativa e operativa, all'eccessivo ruolo affidato agli interlocutori esterni all'azienda per il buon esito dell'iniziativa e al prevalere della dimensione fisica su quella virtuale.

Il capitolo 11, di *Federica Dalponte, Lucia Ferrara, Angelica Zazzera e Valeria D. Tozzi*, analizza lo sviluppo delle Centrali Operative Territoriali (COT). Il tema delle COT appare quello più controverso sul piano definitorio rispetto alle altre innovazioni territoriali proposte dal PNRR e dal DM 77/22, con premesse alla progettazione delle COT tra loro molto diverse nei vari contesti regionali e aziendali. La ricerca persegue quindi l'obiettivo di approfondire le scelte che realtà aziendali con diverso background esperienziale stanno adottando per l'attivazione delle COT.

Il capitolo verte sull'analisi di otto casi aziendali, da cui emerge eterogeneità di modello di servizio, funzioni e condizioni organizzative nelle esperienze di Centrali pre-pandemia, mentre nelle aziende che non avevano attivato Centrali pre-pandemia risultano in via di estensione le esperienze delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA). Laddove era già presente un'esperienza di Centrale è attualmente in corso una riprogettazione per adeguare le esperienze sviluppate alle previsioni normative, mentre in assenza di esperienza pregressa il tema della COT sembra essere l'ultimo dei «cantieri» di lavoro del PNRR attivati. In alcuni casi le aziende sanitarie attendono gli indirizzi regionali per avviare la progettazione, mentre in altri i tempi aziendali di progettazione sono più veloci di quelli regionali. La progettazione delle Centrali emerge come espressione dell'autonomia aziendale e della contingenza dei fabbisogni di integrazione della filiera, con un diverso atteggiamento rispetto ai

processi di formulazione delle COT nei diversi contesti aziendali. Si osserva, inoltre, un uso inappropriato del termine Centrale, oltre che un tentativo di far convergere molteplici fabbisogni di integrazione sulla Centrale, minando la sua efficacia potenziale. La distribuzione delle COT tra livello aziendale e distrettuale, un doppio livello spesso presente nelle esperienze analizzate, dipende dalla gestione dei flussi di transizione e dalla messa in gerarchia della COT. Le USCA suggestionano la progettazione delle COT, che si sottolinea essere un servizio interno all'azienda, che spesso non agisce la presa in carico. La COT rappresenta infine un'occasione per rafforzare la committenza dell'azienda sugli erogatori.

Il capitolo 12, di *Giovanni Fattore, Francesca Meda e Michela Meregaglia*, approfondisce il tema degli Ospedali di Comunità (OdC). Le indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del DM 77/2022 valorizzano il territorio come perno essenziale sul quale basare il rilancio e lo sviluppo del SSN. In particolare, si prevede di garantire un OdC ogni 100.000 abitanti. Il capitolo intende indagare l'intenzione delle regioni e delle aziende sanitarie di riqualificare queste strutture e/o costruirne ex novo nel prossimo futuro.

La metodologia si è articolata in tre fasi: (a) un'analisi *desk* della normativa regionale e dei piani operativi di implementazione degli OdC (numero, ubicazione, tipologia di interventi); (b) l'organizzazione di un *focus group* con i direttori di otto diverse aziende sanitarie per discutere l'evoluzione degli OdC, in particolare rispetto ai pazienti target e alle professionalità richieste; (c) lo svolgimento di tre casi studio mediante interviste semi-strutturate con i direttori sanitari di singole aziende in Lombardia, Veneto e Abruzzo e di un caso internazionale, indagando l'esperienza del Regno Unito (in particolare del Galles del Nord) nell'ambito delle cure intermedie.

L'analisi dei piani operativi regionali ha individuato 436 strutture, a livello nazionale, da costruire ex novo o ristrutturare/riconvertire (di poco superiore al target PNRR di 400 OdC). Nell'ambito del *focus group* sono stati indicati come prioritari al ricovero in OdC i pazienti provenienti da strutture ospedaliere o dal domicilio, ed è stata evidenziata la necessità di potenziare il numero e il ruolo degli infermieri. L'analisi dei casi studio ha restituito un quadro eterogeneo della situazione degli OdC in termini di dotazione iniziale, target di pazienti, e coinvolgimento dei MMG. Sono emersi, tuttavia, dei punti di contatto in relazione alle criticità (es. carenza di personale) e alle potenzialità future (es. telemedicina). Il caso inglese ha riportato un modello flessibile di *community hospitals* in relazione ai contesti locali e, come sfida principale, al pari dei casi nazionali, l'individuazione di incentivi per attrarre i professionisti.

Gli OdC sono uno degli elementi più innovativi del PNRR ma, affinché possano fornire un reale contributo allo sviluppo del nostro SSN, richiedono considerazione delle peculiarità di ciascun territorio, apprendimento costante

da precedenti esperienze nazionali e internazionali, e valutazione della loro efficacia nel tempo.

Il capitolo 13, di *Federica Dalponte, Lucia Ferrara e Valeria D. Tozzi*, indaga l'evoluzione del Distretto Socio-Sanitario (DSS). La Missione 6 del PNRR e il DM 77/2022 propongono una serie di interventi all'interno della filiera dei servizi territoriali la cui gestione ricade sotto la responsabilità della struttura organizzativa del DSS. È pertanto fisiologico immaginare che possano cambiare il ruolo e le funzioni del DSS. L'intero contributo ha preso le mosse dall'interpretazione del DSS in primo luogo quale struttura organizzativa che partecipa alla gerarchia aziendale e ne interpreta fini e orientamenti strategici di fondo e intende interrogarsi sulle potenziali funzioni emergenti del DSS indotte dalla proposizione di un nuovo e rinnovato modello di offerta proposto dagli interventi in corso su scala aziendale. Dal punto di vista metodologico, sono stati utilizzati metodi e tecniche di ricerca misti: analisi desk di documenti nazionali e regionali, otto casi studio aziendali e due Focus Group. La ricca disamina del quadro normativo ha messo in luce la difficoltà di costruire e allineare i fini complessivi d'azienda e le attese in termini di salute di quelle partizioni territoriali a cui il DSS fa riferimento. Oggi parlare di DSS evoca almeno quattro accezioni diverse (i. una partizione territoriale dell'ASL; ii. una popolazione di riferimento; iii. una responsabilità organizzativa; iv. il luogo delle relazioni con i soggetti istituzionali del territorio) che nel tempo sono state variamente interpretate, come l'analisi degli otto contesti aziendale dimostra. Questo quadro di per sé già molto ricco è messo in discussione da due fenomeni: l'ampliamento dei territori di riferimento dei DSS e la spinta innovativa del PNRR e del DM 77/22, che popolano il DSS di una nuova filiera di servizi. Stanno emergendo quindi nuovi fabbisogni legati all'arricchimento della rete di offerta dei DSS che si portano dietro la necessità di sviluppare o potenziare quattro funzioni e competenze in capo al DSS o al direttore del DSS tra loro spesso interdipendenti: 1) competenze distintive di Population Health Management (PHM); 2) competenze di gestione operativa nei setting territoriali; 3) il DSS quale agente del cambiamento; e 4) il DSS delle relazioni interistituzionali e community building. Quella in corso potrebbe trasformarsi in una stagione di rilancio del DSS in ragione della trasformazione della rete dei suoi servizi, colpisce tuttavia l'assenza di un dibattito specifico sul DSS che non aiuta i processi trasformativi in corso.

Il capitolo 14, di *Mario Del Vecchio, Giorgio Giacomelli, Roberta Montanelli, Marco Sartirana e Francesco Vidè*, analizza le politiche di *skill-mix change* realizzate negli anni recenti dalle aziende sanitarie con l'obiettivo di accompagnare la dinamica di territorializzazione dei servizi.

La necessità di fare fronte all'emergenza COVID-19, tra il 2020 e il 2021, ha

imposto alle aziende un improvviso potenziamento della propria dotazione di personale per rispondere alla crescente domanda di servizi di cura e assistenza: se nella fase emergenziale quest'aumento di capacità ha seguito - anche comprensibilmente - logiche estemporanee, le opportunità/sfide poste da PNRR e DM77 invitano in maniera sempre più pressante a considerare la programmazione dei profili professionali come una leva di *service management* nelle mani degli attori organizzativi e non più come il mero riflesso di dinamiche - del tutto o prevalentemente - esogene all'azienda.

Il contributo ha l'obiettivo di ricostruire una rassegna di esperienze aziendali di *skill-mix change* realizzate sui piani individuale, intra-professionale, inter-professionale ed extra-professionale. Senza pretesa di offrire una mappatura completa ed esaustiva delle pratiche di *skill-mix change* presenti sul territorio nazionale, l'analisi si sviluppa sulla base di 16 brevi approfondimenti, che offrono lo spunto per tratteggiare tendenze ricorrenti e sperimentazioni particolari. Il quadro emergente, ricostruito attraverso le interviste condotte con i soggetti organizzativi più direttamente coinvolti e validato attraverso un focus group con l'Osservatorio "Politiche del personale" di Fiaso, evidenzia alcune considerazioni trasversali. Si riscontrano esperienze interessanti - alcune più recenti e innovative, altre più mature - legate soprattutto alla valorizzazione di team multi-professionali laddove si è più spinto sulla territorializzazione dei servizi. Tuttavia, complessivamente emerge una debole percezione della criticità del tema a livello più generale.

Nel capitolo si tenta di individuare e valorizzare le esperienze esistenti attraverso schemi interpretativi che possano aumentarne la replicabilità, per governare la leva dell'organizzazione del lavoro professionale da parte delle aziende mitigando il rischio che essa rimanga affidata esclusivamente alle regole e ai percorsi formativi delle professioni.

Il capitolo 15, di Mario Del Vecchio, Laura Giudice, Francesca Lecci, Francesco Longo e Valeria Rappini, propone un approfondimento sui Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), sulla configurazione organizzativa all'interno della quale sono collocati gli interventi e sui servizi dedicati alla cura dei disturbi psichici.

Inizialmente istituiti con l'obiettivo di superare i confini tradizionali tra territorio e ospedale, i DSM delle aziende hanno progressivamente ampliato e diversificato le proprie funzioni e il loro ruolo. La ricerca condotta ha inteso analizzarne perimetri, dimensionamenti, risorse a disposizione e caratteristiche distintive, nonché individuare le principali sfide gestionali che i DSM saranno chiamati a gestire nell'immediato futuro, alla luce di cambiamenti e opportunità derivanti dall'emergenza Covid-19, dalla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, dalla digitalizzazione, ecc.

L'approfondimento è stato realizzato adottando un approccio metodologico

misto, costituito di due fasi sequenziali. In primo luogo, sono stati realizzati tre *case study*, selezionati con il supporto del Coordinamento Nazionale dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale che hanno guidato l'elaborazione di un questionario elettronico che è stato poi somministrato ai Direttori dei DSM presenti sul territorio nazionale. L'analisi dei casi rende conto della relativa variabilità delle formule organizzative, professionali, gestionali e di servizio adottate sul nostro territorio; variabilità che è frutto di molteplici fattori, come la storia pregressa, le risorse disponibili e attivabili ma soprattutto visioni della disciplina e della salute mentale spesso divaricate, alle quali corrispondono traduzioni operative e metriche di valutazione diversificate. L'analisi dei dati raccolti tramite la survey (relativi a un campione di 40 aziende ben distribuite sul territorio, corrispondenti al 30% della popolazione complessiva dei DSM) restituisce, non sorprendentemente, un quadro di ampia eterogeneità delle esperienze lungo tutto il percorso che dovrebbe collegare input e risultati, dal mix di risorse impiegate, all'insieme delle diverse professionalità che dovrebbero assicurare le prestazioni, dalla tipologia di *setting* in cui le prestazioni sono erogate, ai modelli organizzativi e alla diversa distribuzione delle responsabilità che questi esprimono. Anche all'interno di un medesimo contesto regionale emergono priorità, meccanismi di risposta, tipologia e numero di pazienti in carico molto distanti.

In conclusione, i ricercatori propongono di rileggere l'ampia eterogeneità osservata come frutto del posizionamento di ciascun DSM lungo quattro direzioni, quali (i) la cd. estroflessione verso il contesto sociale ed extra-sanitario, (ii) l'espansione e l'integrazione con altre aree di bisogno (dipendenze, disabilità, minori, anziani) e discipline confinanti, (iii) il consolidamento delle modalità di intervento tradizionalmente al centro del funzionamento del DSM e (iv) la specializzazione, rispetto a specifiche aree di bisogno sia in termini di competenze professionali che di strutturazione organizzativa. Un maggiore allineamento delle «premesse per l'azione», ovvero delle visioni che il sapere di riferimento per i temi legati alla tutela della salute mentale riesce a esprimere, sarà un presupposto fondamentale per la costruzione di un adeguato grado di convergenza.

Il capitolo 16, di *Michela Bobini, Paola Roberta Boscolo, Claudio Buongiorno Sottoriva, Francesco Longo e Andrea Rotolo*, approfondisce le strategie e gli assetti organizzativi per lo sviluppo di strumenti e servizi di intelligenza artificiale nelle aziende sanitarie.

Il termine Intelligenza artificiale (IA) è stato coniato nel 1956 da Marvin Minsky e John McCarthy, *computer scientist* del MIT di Boston. Negli anni recenti, sono stati l'aumento della capacità computazionale e la contemporanea disponibilità di un ammontare di dati senza precedenti a rendere progressivamente l'IA un campo di interesse per numerosi ambiti disciplinari, inclusa

la sanità. Se la concettualizzazione dell'IA, i suoi strumenti e le sue possibili applicazioni pratiche si stanno progressivamente consolidando, rimane ancora da esplorare e costruire il suo processo di diffusione e governo nei sistemi sanitari.

Grazie all'analisi della letteratura e tre casi studio, il capitolo intende: i) indagare la diffusione di esperienze di IA presso aziende sanitarie internazionali e nazionali, ii) approfondire i principali modelli strategici e assetti organizzativi adottati in Italia per sviluppare e utilizzare l'IA; e infine iii) condividere alcune riflessioni sulle scelte aziendali possibili e sugli investimenti necessari al fine di sviluppare con successo progetti aziendali di avvicinamento, sviluppo e implementazione dell'IA.

Lo studio evidenzia differenze notevoli rispetto ai driver aziendali di sviluppo, ai modelli organizzativi e di finanziamento dell'IA, ma identifica tre principali approcci per l'implementazione dell'IA: i) il primo accentrato in un'unità operativa dedicata agli investimenti in tecnologie innovative (SI, *technology transfer unit* o *business development*) che coordina le iniziative sparse proposte da medici di diverse specialità e avvia dei percorsi di *co-production* con i fornitori selezionati; ii) il secondo, denominato di *contracting out*, che vede le aziende sanitarie rivolgersi a un provider specializzato per l'accesso ad infrastrutture tecnologiche e competenze avanzate; ed, infine il terzo, iii) fondato sullo sviluppo di un ecosistema di ricerca imprenditoriale e diffuso per il miglioramento della qualità delle cure, dove la digitalizzazione e condivisione dei dati clinici diventano il presupposto per l'attrazione di talenti e fondi di ricerca per lo sviluppo di nuovi servizi.

Il capitolo 17, di *Andrea Dossi, Alessandro Furnari, Francesca Lecci, Marco Morelli ed Eleonora Santoli*, approfondisce l'evoluzione recente dei sistemi di programmazione e controllo delle aziende del SSN.

Il sistema sanitario italiano è stato investito nell'ultimo ventennio da un articolato ventaglio di dinamiche sistemiche che ne hanno acuito la complessità e aumentato la pressione cui è sottoposto. Recentemente, lo sviluppo del dibattito accademico (es. paradigma value-based healthcare), pandemia da Covid-19 e recenti disposizioni normative (su tutte, il PNRR) hanno aumentato significativamente la portata di tale pressione. In questo quadro, si pone per le aziende la necessità di ripensare le logiche retrostanti i propri assetti e meccanismi operativi, adottando un approccio trasversale e integrato alla lettura degli accadimenti aziendali maggiormente orientata ai processi. I sistemi di controllo aziendali dovrebbero idealmente ricoprire un ruolo centrale in questa transizione.

In questo senso, il lavoro di ricerca mira a comprendere l'attuale (e presunta attesa) capacità dei sistemi di controllo direzionale aziendali di impiegare nuovi oggetti di rilevazione (il processo) capaci di monitorare in modo integrato la

relazione tra risorse, processi e risultati. Lo studio è stato realizzato adottando un approccio metodologico misto, attraverso la somministrazione di una *survey* ai responsabili del Controllo di Gestione delle aziende sanitarie pubbliche del Paese e successiva realizzazione di un *focus group* avente come partecipanti i direttori generali di cinque aziende rispondenti.

I principali risultati dello studio hanno evidenziato che i sistemi di *management control* delle aziende sanitarie pubbliche italiane hanno un grado di *readiness* insufficiente oggi per sostenere ed accompagnare il cambiamento verso i nuovi paradigmi di gestione orientati ai processi, sia dal punto di vista della dimensione strutturale che organizzativa che informativa. Il grado insufficiente di *readiness* comporta il rischio di non sfruttare pienamente l'opportunità che le spinte al cambiamento oggi indotte dall'ambiente di riferimento offrono. Per aumentare la velocità di innovazione occorrerebbe cambiare prospettiva e fare sì che gli stessi sistemi di controllo diventino un trigger di cambiamento, evidenziando tramite la componente manageriale quelle tensioni strategiche (di servizio, di sostenibilità economica e di allocazione delle risorse) che permettano l'emergere di tensioni creative e positive che facciano adeguatamente precipitare le esigenze e dare cittadinanza organizzativa al bisogno di cambiamento. In questa direzione, le principali direttrici di lavoro dovrebbero riguardare: (i) incrementare l'ampiezza di *accountability* di tutte le unità organizzative, integrando nel sistema di misurazione delle prestazioni ed incentivazione aziendale obiettivi trasversali; (ii) affiancare alle spinte esterne già esistenti nuove forme di pressione a matrice culturale; (iii) finalizzare i singoli passi verso il cambiamento con obiettivi definiti e chiari a tutti; (iv) definire una *people strategy* delle unità di *controlling*.

Il capitolo 18, di *Patrizio Armeni, Francesco Costa, Carlo Milano e Gaia Segantin*, analizza i livelli di governance strategica nei processi di digitalizzazione sanitaria in Italia. Negli ultimi anni, una sempre più crescente attenzione è stata focalizzata alla digitalizzazione sanitaria, soprattutto a valle dell'emergenza sanitaria e delle esigenze emerse in merito allo snellimento dei processi di cura. Tale spinta di cambiamento ha portato all'implementazione di progetti e iniziative sparse sul territorio italiano, condotte e gestite nei tre livelli istituzionali (nazionale, regionale, locale). Alla luce di questa tendenza, il capitolo fornisce un'analisi descrittiva di diversi progetti di digitalizzazione intrapresi sia prima sia dopo l'inizio dell'emergenza pandemica e declinati in 4 diversi ambiti: i) personalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura; ii) supporti decisionali ed epidemiologici; iii) *empowerment* del paziente; iv) automazione di processi e procedure. La ricerca è stata condotta attraverso una revisione estensiva della letteratura scientifica e grigia e attraverso interviste di esperti provenienti sia dalle istituzioni pubbliche sia dalle imprese fornitrici del SSN (imprese farmaceutiche e di dispositivi medici).

L'analisi ha condotto alla conclusione che lo scenario italiano della digitalizzazione sia al contempo ricco di fermento ma anche di grande entropia. Il fermento è dato dall'attenzione di tutti i livelli istituzionali verso la dematerializzazione dei documenti, l'interoperabilità dei flussi informativi, la virtualizzazione di alcuni servizi, e l'opportunità di supportare agilmente i pazienti con prodotti digitali (es. app, *wearable*) sempre più disponibili e di intuitiva utilizzazione. L'entropia, invece, è dovuta al fatto che la leadership strategica delle iniziative in ambito di digitalizzazione sia disseminata tra attori diversi, con elevato rischio di generare sempre più esperienze di rilevante interesse ma confinate in ambiti organizzativi e geografici specifici. Il mancato coordinamento di iniziative digitali è causato anche da un'assenza di un inquadramento regolatorio nazionale per le applicazioni di *mobile health* e altri programmi che incorporino tecnologie digitali.

Il capitolo 19, di *Fabio Amatucci, Manuela Brusoni, Giuditta Callea, Niccolò Cusumano, Francesco Longo e Veronica Vecchi*, fornisce un aggiornamento degli assetti istituzionali e operativi delle centrali di acquisto regionali e dei risultati dell'attività di centralizzazione. L'analisi operata dall'Osservatorio MASAN conferma una situazione abbastanza variegata di organizzazione della centralizzazione degli acquisti, anche se progressivamente sta emergendo la consapevolezza della necessità di strutture dedicate per il governo e la gestione del procurement sanitario, sia per quanto riguarda, evidentemente le categorie DPCM, sia per quanto riguarda gli acquisti extra DPCM. La realizzazione degli investimenti della Missione 6 del PNRR d'altro canto sta spingendo verso una ulteriore centralizzazione degli acquisti e/o investimenti come mezzo per conseguire non tanto risparmi economici, quanto economie di tempo e di processo. Il capitolo si conclude notando che, come già rimarcato nelle precedenti edizioni del Rapporto, sarebbe necessario considerare una progressiva riconfigurazione delle centrali regionali a supporto dell'innovazione nelle logiche e nei contenuti degli acquisti sanitari. Con l'obiettivo di stimolare questa transizione, l'Osservatorio MASAN ha recentemente messo a punto un framework, il *value based procurement process*.