



## PRESENTAZIONE RAPPORTO OASI

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

**NARRAZIONI E CRITICITÀ EMERGENTI:**

**UNA DOPPIA AGENDA PER I DG DEL  
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**



Università  
Bocconi

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

**FRANCESCO LONGO**

CERGAS, SDA Bocconi

Milano, 3 dicembre 2025

**SDA Bocconi**  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# Agenda della tavola rotonda

## — **Presentazione di 7 grandi criticità emergenti del SSN**

- Discussione del ranking
- Discussione delle azioni di management e di policy

## — **Presentazione narrazioni dominanti**

- Discussione: quale ruolo per il management aziendale?



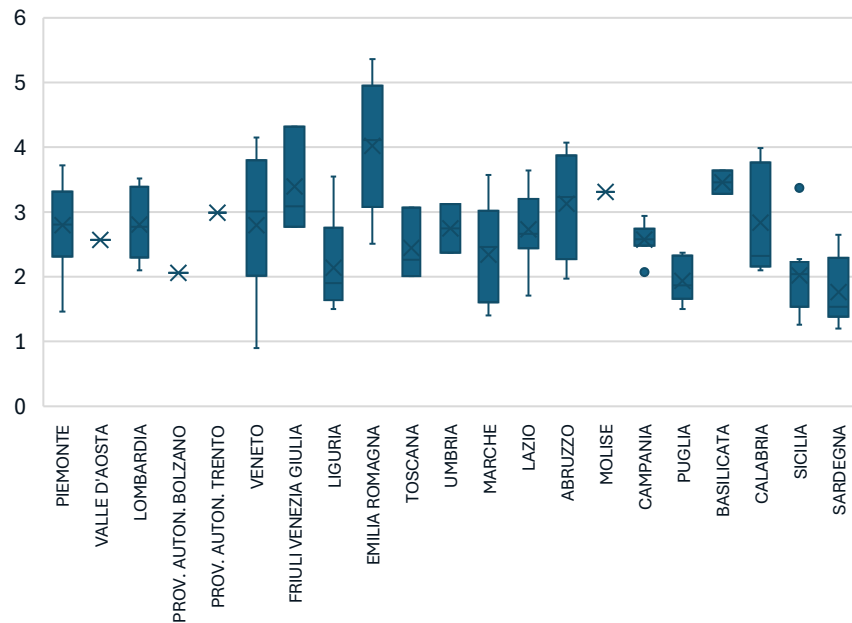
# Le criticità emergenti del SSN

- 1) La variabilità ingiustificata dei consumi
- 2) "Efficienza di Sistema": equilibrio finanziario o crescita produttività?
- 3) Il SSN non esprime veri criteri di priorità che risultano emergenti e casuali
- 4) La crescente carenza di personale infermieristico
- 5) I nuovi setting assistenziali e la riallocazione delle risorse
- 6) Il nuovo ecosistema digitale: quali finalità strategiche e direttrici di trasformazione?
- 7) L'economicità delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate

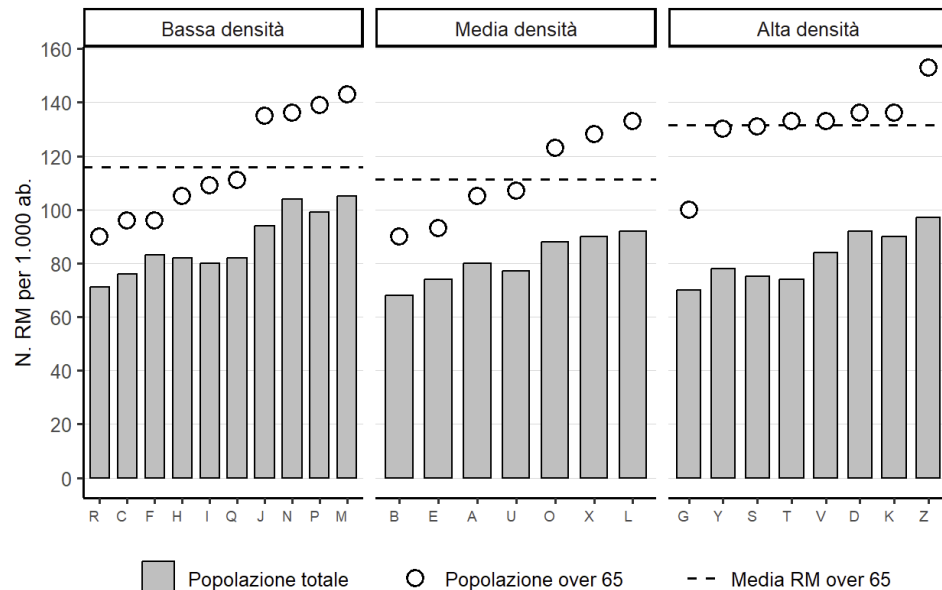


# 1) La variabilità ingiustificata dei consumi

Consumo di prestazioni RM osteoarticolari in pazienti over-65 per 100 abitanti, 2023



Consumo di prestazioni di RM per 1.000 abitanti e per 1.000 abitanti over 65 per ASST (Lombardia), 2024



Università  
Bocconi

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

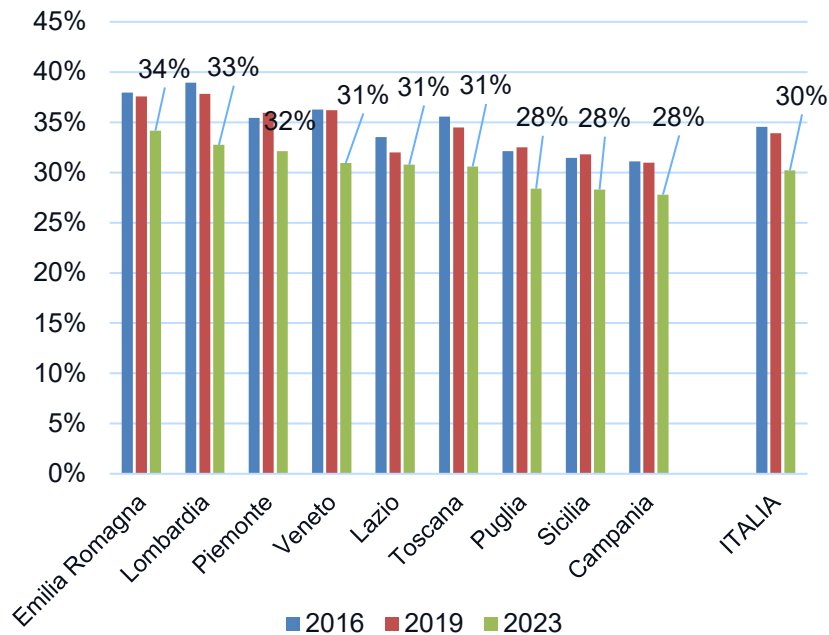
Fonte: cap. 9, elaborazione degli autori su dati AGENAS

Fonte: cap. 9, elaborazione degli autori su dati ARIA S.p.a.

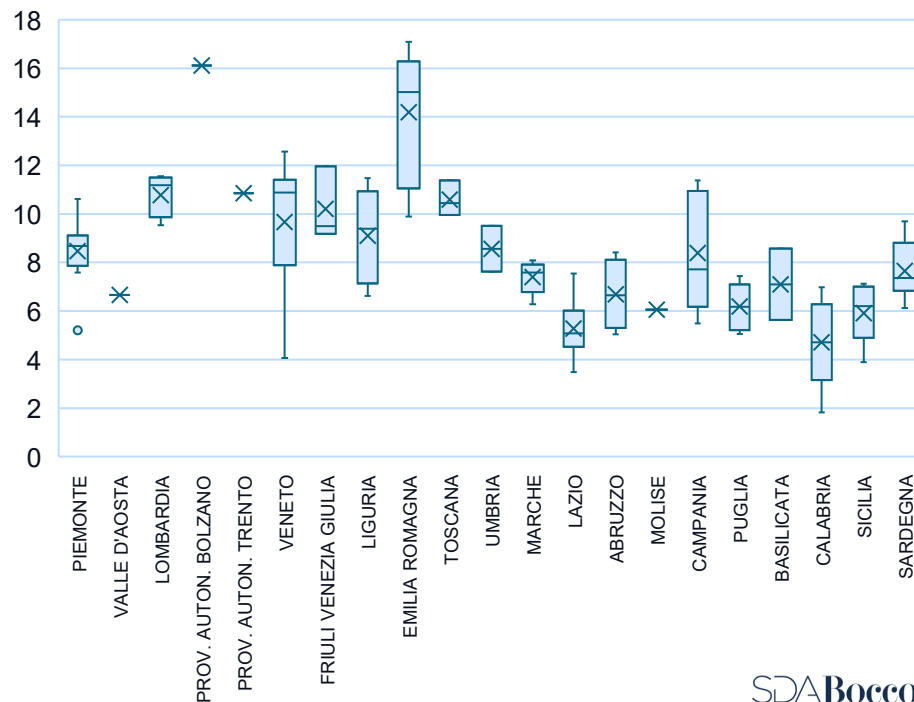
SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

## 2) "Efficienza di Sistema": equilibrio finanziario o crescita produttività?

Valore della produzione (ricoveri + specialistica) in relazione alla spesa sanitaria pubblica regionale



Consumo di prestazioni di eco-addome per 100 abitanti, 2023



Università  
Bocconi

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

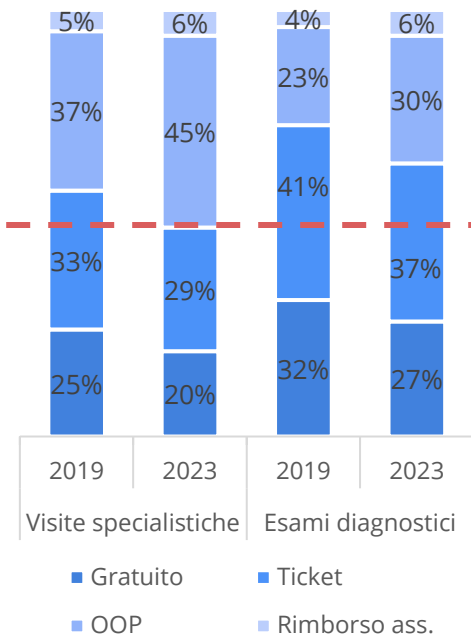
Fonte: cap. 3, elaborazioni su Rapporto SDO (2025) e Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Fonte: cap. 9, elaborazione degli autori su dati AGENAS

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

### 3) Il SSN non esprime veri criteri di priorità che risultano emergenti e casuali

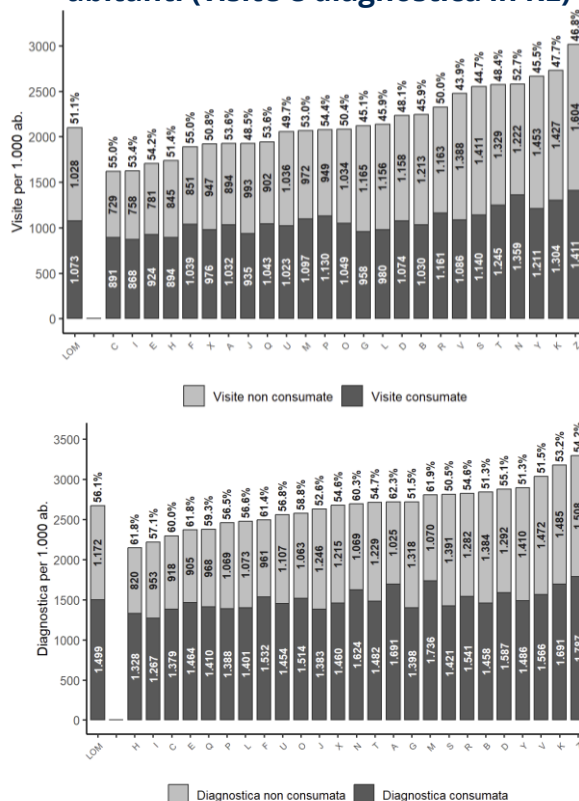
## Modalità di pagamento delle prestazioni sanitarie



Università  
Bocconi

**CERGAS**  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**Prescrizioni e consumo per 1.000 abitanti (visite e diagnostica in RL)**

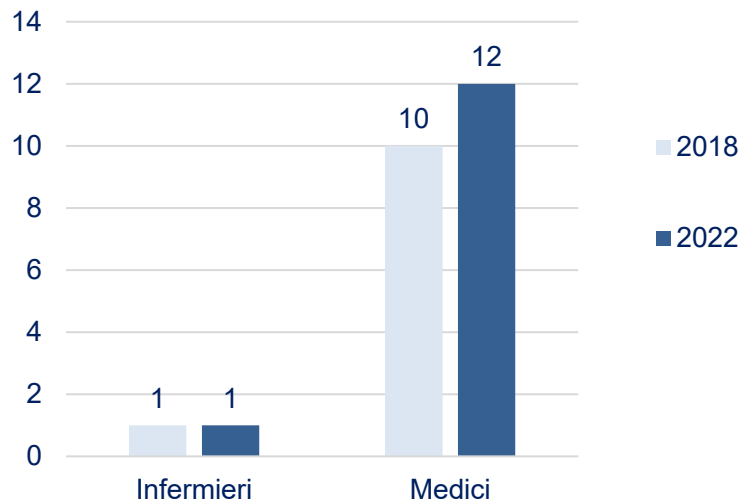


## Attesa da biopsia a chirurgia mammella in ATS Milano

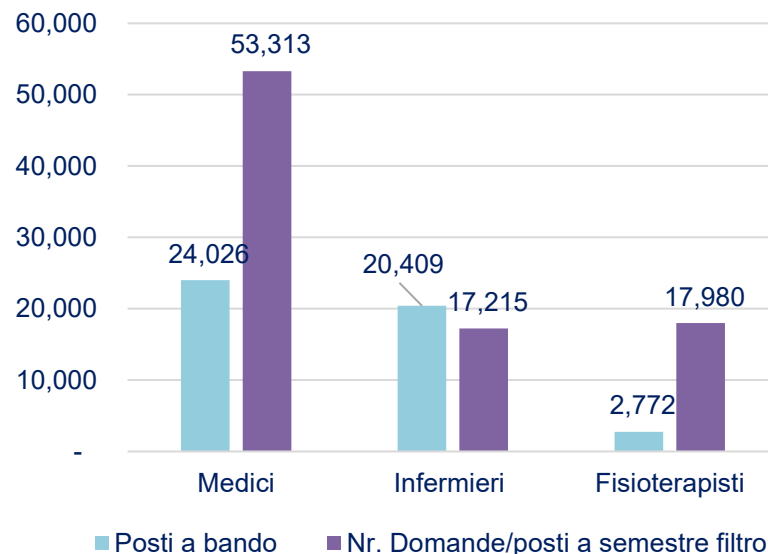
Stratificazione	N	Media	SE	Mediana
Pazienti che fanno tutti gli accertamenti in regime pubblico	12.07	51,66	0,67	48,00
Pazienti con prestazioni in solvenza o private, ma a prevalenza di regime pubblico	2.732	54,22	0,47	50,00
Pazienti che fanno lo stesso numero di accertamenti in SSR e in regime solvenza-privato	258	53,19	1,59	49,00
Pazienti con prestazioni in regime SSR, ma prevalenza di regime solvenza-privato	519	48,99	1,16	43,00
Pazienti che fanno tutti gli accertamenti in regime solvenza-privato	147	32,49	1,73	27,00

## 4) La crescente carenza di personale infermieristico

Percentuale di 15enni che desiderano diventare professionisti sanitari, Italia, 2018; 2022



Posti a bando e domande (o posti a semestre filtro), Italia, AA 2025-26



Università  
Bocconi

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

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (2025) da  
rilevazione PISA e MIUR (2025)

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

## 5) I nuovi setting assistenziali e la riallocazione delle risorse

- Il PNRR e il DM 77 prevedono nuovi setting assistenziali molto rilevanti e coerenti al quadro epidemiologico, ma **non ci saranno tutti gli infermieri previsti dagli standard**: bisogna **riallocare il personale** tra setting (es: H→T).

Bozza AGENAS «DM 71*»	Offerta già attiva	Offerta mancante	Personale infermieristico necessario
2.400 Case della Comunità – CdC (1/25.000 ab.)	553 (cfr. OASI 2021)	1.847	Nessuno – le CdC inglobano servizi già esistenti o avviati grazie al PNRR
1.200 Ospedali di Comunità – OSCO (1/50.000 ab.)	177 (cfr. OASI 2021)	1.023	9 infermieri per OSCO: <b>9.207</b>
602 Centrali Operative Territoriali - COT	60 (stima prudenziale)	542	5 infermieri per COT: <b>2.710</b>
23.000 Infermieri di Comunità (1/2.000-3000 ab.)	3.000 (1/20.000 ab., cfr. Rapporto Corte dei Conti 2021)	20.000	<b>20.000</b>
Copertura ADI progressiva del 10% degli over65 (Hp 2h/settimana, continuativamente: 104 ore annuali)	Copertura 6% over65 con 12h/anno (Annuario stat. 2019 Minsal), corrispondente al 7,2% delle ore necessarie per coprire il target e a 4.500 infermieri impiegati (38hr settimana)	Il 93% delle ore annuali	70.026
			<b>101.943</b>



Università  
Bocconi

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

(\*) Documento «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN»,  
<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3566666.pdf>

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT



## 6) Il nuovo ecosistema digitale: quali finalità strategiche e direttrici di trasformazione?



Il nuovo ecosistema digitale è robusto, pronto e in rapida evoluzione, grazie anche alle spinte d'innovazione fornite da PNRR e DM77, ma **non è ancora chiaro**:

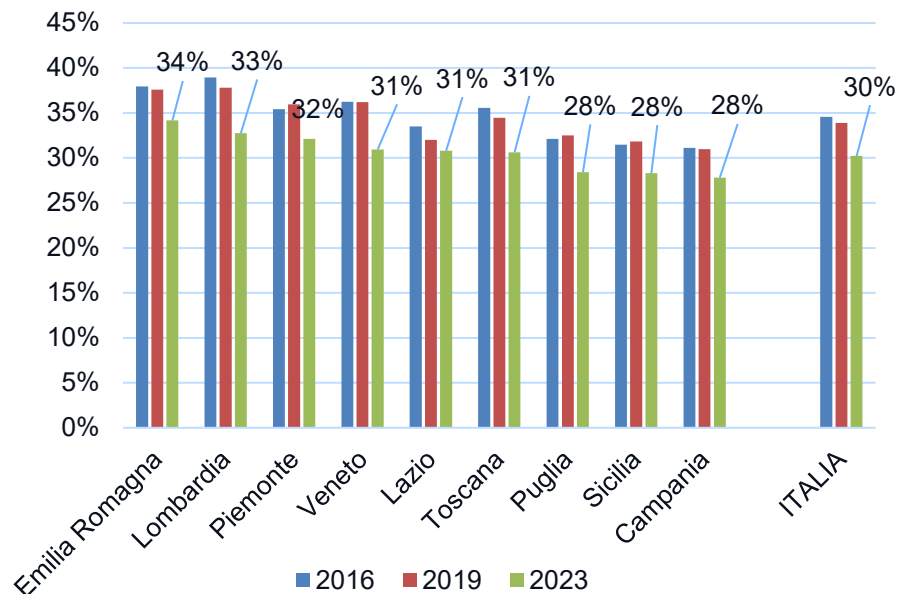
- a quali **obiettivi strategici di sistema** debbano rispondere le innovazioni previste
- quali siano le **direttrici di trasformazione** delle caratteristiche dei servizi

Inoltre, **non abbiamo KPI e target** relativi alla trasformazione dei servizi...

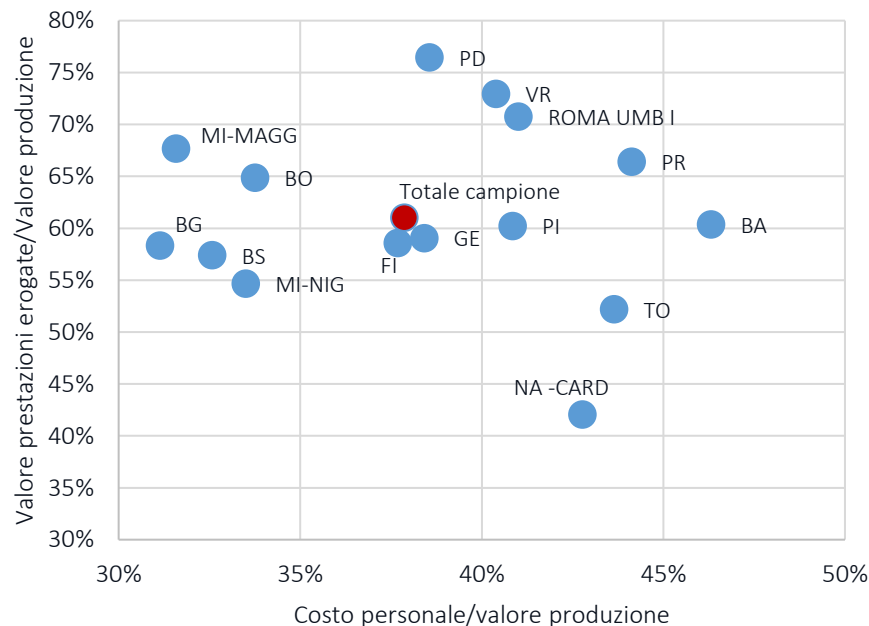
**È difficile valutare impatti, confrontare territori/aziende, definire priorità e governare l'implementazione in modo coerente**

## 7) L'economicità delle aziende sanitarie pubbliche (1/2)

Valore della produzione (ricoveri + specialistica) in relazione alla spesa sanitaria pubblica regionale



Le grandi AO pubbliche del SSN: incidenza % dei costi del personale sul valore della pdz e incidenza % del valore delle prestazioni erogate sul valore della pdz



Università  
Bocconi

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

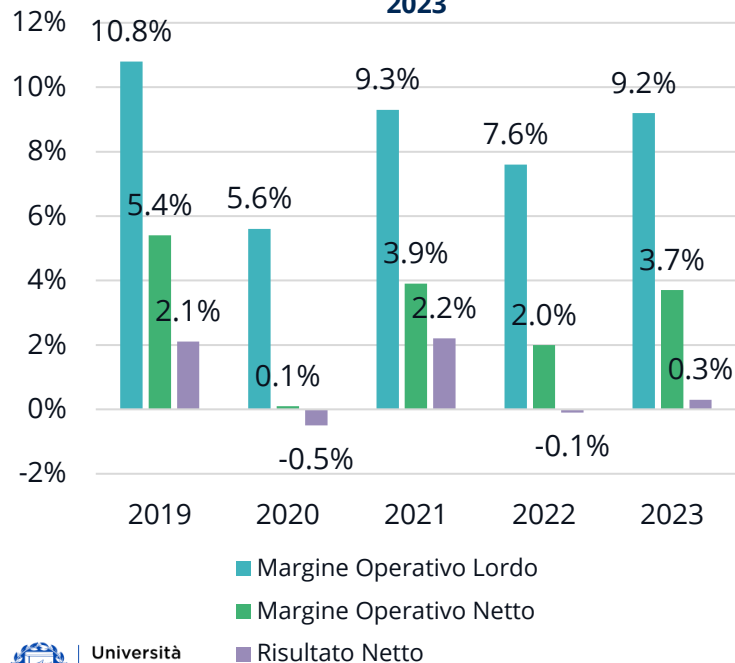
Fonte: cap. 3, elaborazioni su Rapporto SDO (2025) e  
Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Fonte: cap. 3, elaborazioni su CE aziendali

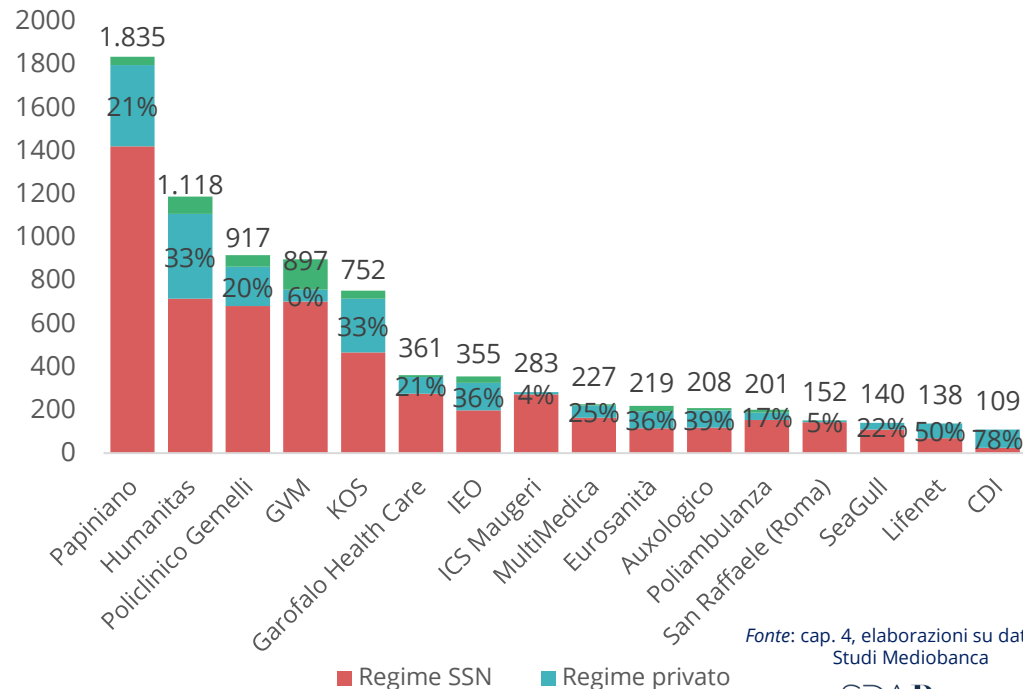
SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

## 7) L'economicità delle aziende sanitarie private accreditate (2/2)

Andamento di MON e RN in percentuale sui ricavi, aggregato dei principali\* gruppi sanitari (>100 mln €), 2019-2023



Principali\*\* gruppi sanitari privati: entità dei ricavi sanitari (mln €) e suddivisione percentuale per regime, 2023



Università  
Bocconi

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

(\*) Si tratta dei primi 34 gruppi per ricavi, con ricavi minimi 2023 di almeno 100 mln €, che fatturano in aggregato 12 mld €

(\*\*) Si tratta di 16 gruppi, con ricavi minimi 2022 di almeno 100 mln €, che pubblicano la quota di ricavi relativa al regime privato

Fonte: cap. 4, elaborazioni su dati Area Studi Mediobanca

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# DISCUSSIONE

*Tra le criticità emergenti del SSN, quali sono le tre più rilevanti?*



Università  
Bocconi

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

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# DISCUSSIONE

*Quali azioni di management e policy sono necessarie per affrontare tali criticità?*



Università  
Bocconi

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

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# Le narrazioni consolatorie macro

- 1) «La spesa SSN è facilmente aumentabile in modo significativo»
- 2) «Il SSN ha solo bisogno di più efficienza»
- 3) «Il problema sono le liste di attesa»



## 1) «La spesa SSN è facilmente aumentabile in modo significativo»

- **DEMOGRAFIA:** 14,4 mil over 65 vs 7,2 mil under 15
- **PREVIDENZA:** INPS riceve 100 mld da fiscalità generale + aumento 10 Mld anno spesa pensionistica
- **BISOGNI NON COPERTI DA SSN:**
  - 51% visite e 35% diagnostica ambulatoriale
  - 35% farmaci
  - 80% medical device e protesica
  - 93% anziani non autosufficienti
  - 60% bisogni in area salute mentale, dipendenze e neuropsichiatria infantile
- ⇒ **AUSPICHIAMO UN AUMENTO DEL 10% DELLE RISORSE REALI DEL SSN (difficile)**
- ⇒ **RIMANE IN OGNI CASO DA DEFINIRE IL SET DELLE PRIORITÀ**



## 2) «Il SSN ha solo bisogno di più efficienza»

- Abbiamo **scambiato «efficienza»** con **allineamento tra finanziamento e costi**
- La **differenza di produttività e consumi** tra regioni e tra aziende è davvero **rilevante**
- **L'efficientamento «sostenibile sul piano del consenso» è già stato colto**

Rimane molto spazio per **l'efficientamento «doloroso»**:

- Accorpare il 30% delle UO senza casistica minima
- Passare da 9.000 a 2.400 spazi ambulatoriali
- Trasformare gli ospedali sotto i 50 posti letto
- Confrontare in modo adulto la produttività delle regioni e aziende
- Centralizzare logistica e diagnostica





### 3) «Il problema sono le liste di attesa»

- **Le liste di attesa sono calcolate solo sul 50/60% delle ricette** che hanno trovato una qualche prenotazione in regime SSN
- **La logica attivata per smaltire le liste di attesa non considera se il paziente sia un iper o un ipo-consumatore**, alimentando i differenziali nei profili di consumo
- **La distribuzione delle prestazioni lungo tutta la geografia degli erogatori**, per minimizzare il tempo di attesa, **frammenta la fruizione e contraddice la logica di presa in carico del paziente cronico**
- **Dove si consuma di più, la distanza tra prescritto e consumato tende a essere maggiore**: le pressioni per diminuire le liste di attesa incentiva ulteriori processi di disordine prescrittivo.



# Le narrazioni consolatorie micro

- 1) «Dobbiamo assumere MMG così lavorano nelle CdC»
- 2) «Serve più capillarità e prossimità erogativa fisica»
- 3) «Compriamo prestazioni aggiuntive e incentiviamo i lavori poco attraenti»



# 1) «Dobbiamo assumere MMG così lavorano nelle CdC»

## SCENARIO AS IS:

- In media 1.350 iscritti, 540 cronici, di cui 88 anziani non autosufficienti (80 vivono in casa)
- 50 richieste al giorno in media (MMG lavorano tanto)
- Consumi con grande variabilità (MMG lavorano senza indirizzi clinici incisivi)
- 70% da remoto multicanale, invariante all'età del paziente o del medico

## Il PNRR ha finanziato il CDSS SSN per gli MMG

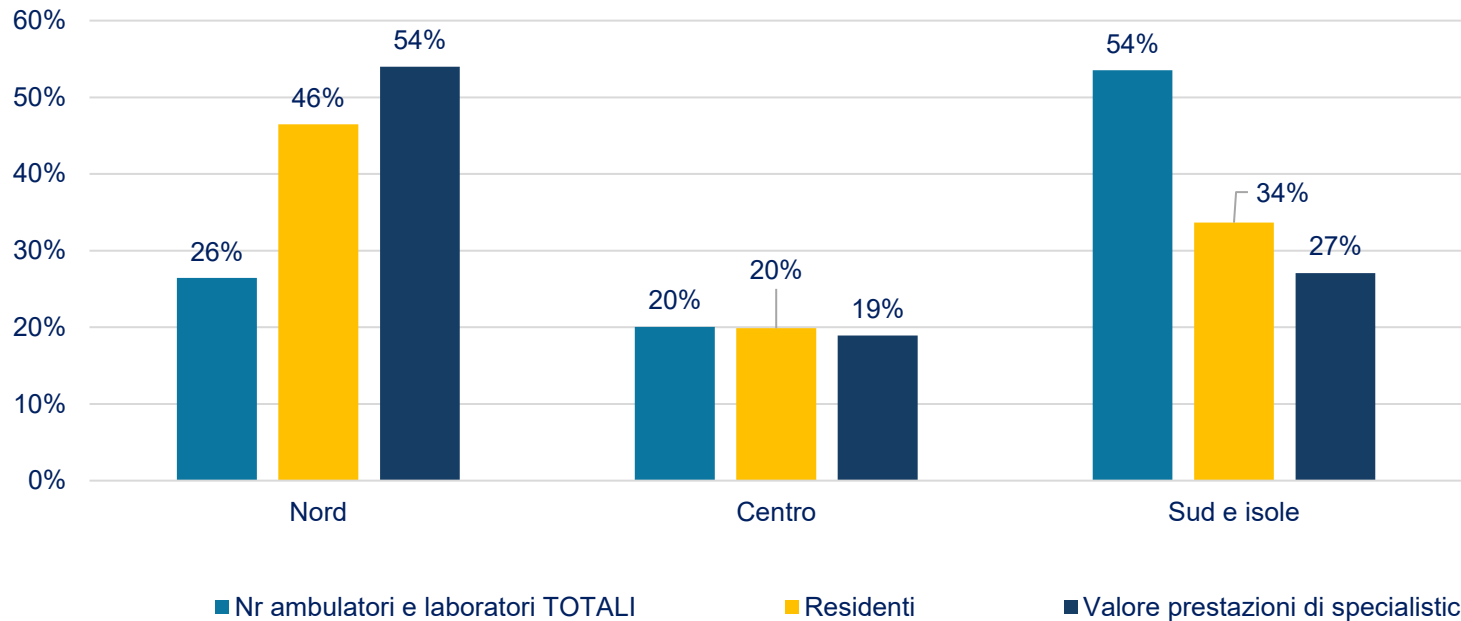
## LE QUESTIONI STRATEGICHE:

- ⇒ Dobbiamo indirizzare un servizio che lavora **prevalentemente da remoto**
- ⇒ **Definire chi/cosa** da remoto / fisico
- ⇒ **CDSS sposta l'azione di indirizzo del SSN da *ex post* (controllo prescrizioni) a *ex ante***



## 2) «Serve più capillarità e prossimità erogativa fisica»

### Serve più prossimità fisica in epoca platform?



*Fonte:* cap. 9, elaborazione su dati Annuario statistico SSN, Ministero della Salute (2024), e monitoraggio spesa sanitaria (2024), Ragioneria generale dello Stato – MEF (2024)

### 3) «Compriamo prestazioni aggiuntive e incentiviamo i lavori poco attraenti»

#### PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

- Prestazioni aggiuntive rispetto a quale baseline di produttività? Quale benchmark di volume atteso di produzione?
- Prestazioni aggiuntive per pazienti iper e ipo consumatori?
- Prestazioni aggiuntive anche per visite di controllo esami?

**Paghiamo di più i  
lavori poco  
attraenti?**

**oppure**

**Rendiamo i lavori  
attraenti?**

**Esempio 1:** Dual model per PS → urgentisti lavorano *SOLO* per codici maggiori

**Esempio 2:** Equipe chirurgiche itineranti: la casistica sui team e non sui luoghi



Università  
Bocconi

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

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# DISCUSSIONE

*Immersi e circondati dalle narrazioni inconsistenti e consolatorie, cosa dovrebbe fare il top management del SSN per affrontare le reali criticità strategiche emergenti?*

