



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?



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

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 direttive di trasformazione?
- 7) L'economicità delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate



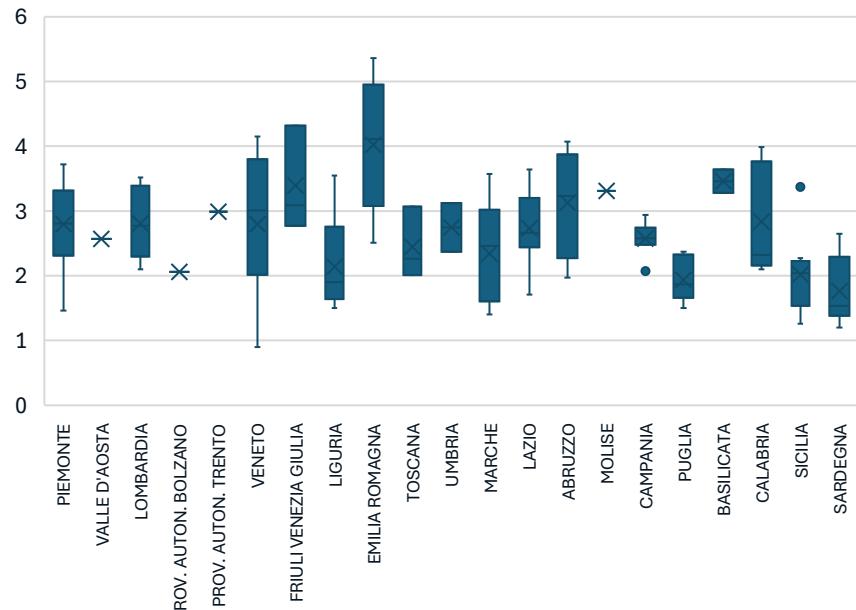
Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

1) La variabilità ingiustificata dei consumi

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



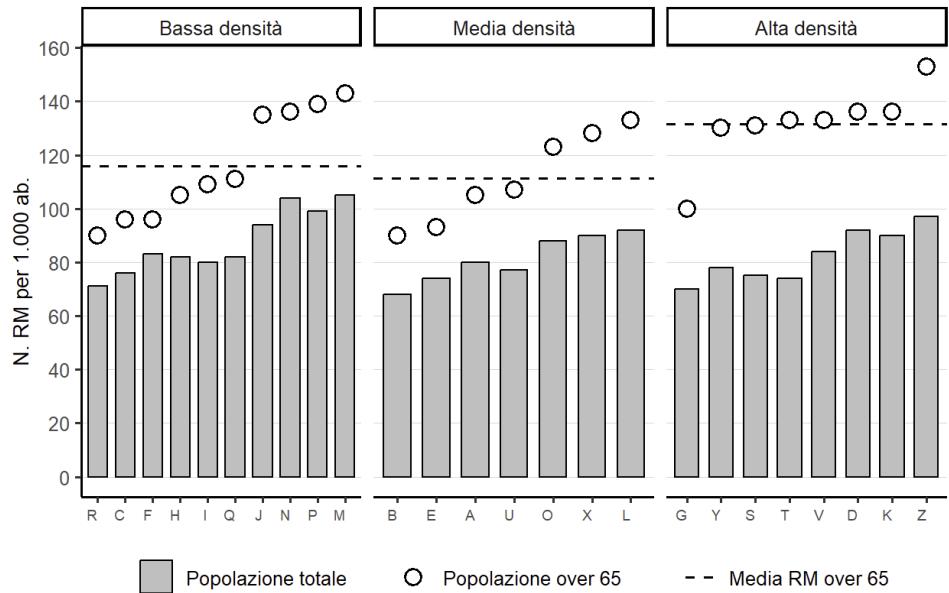
Fonte: cap. 9, elaborazione degli autori su dati AGENAS



Università
Bocconi

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

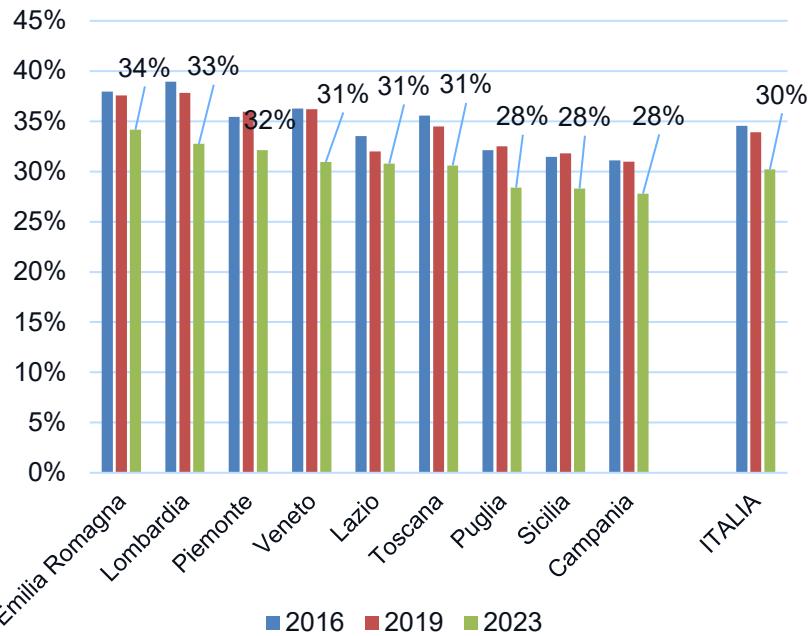
Consumo di prestazioni di RM per 1.000 abitanti e per 1.000 abitanti over 65 per ASST (Lombardia), 2024



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

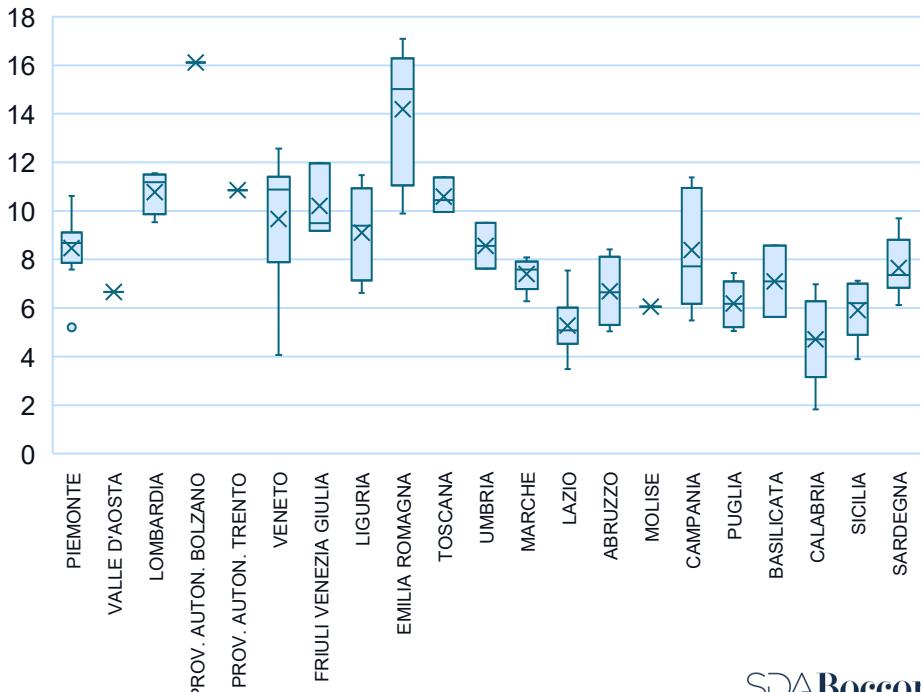
2) "Efficienza di Sistema": equilibrio finanziario o crescita produttività?

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



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

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



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

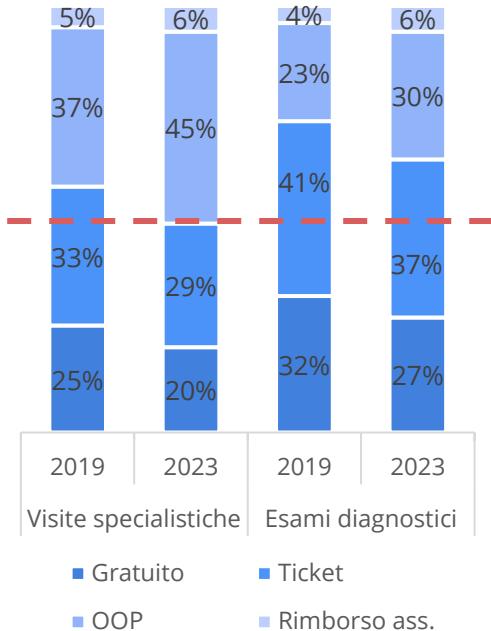


Università
Bocconi

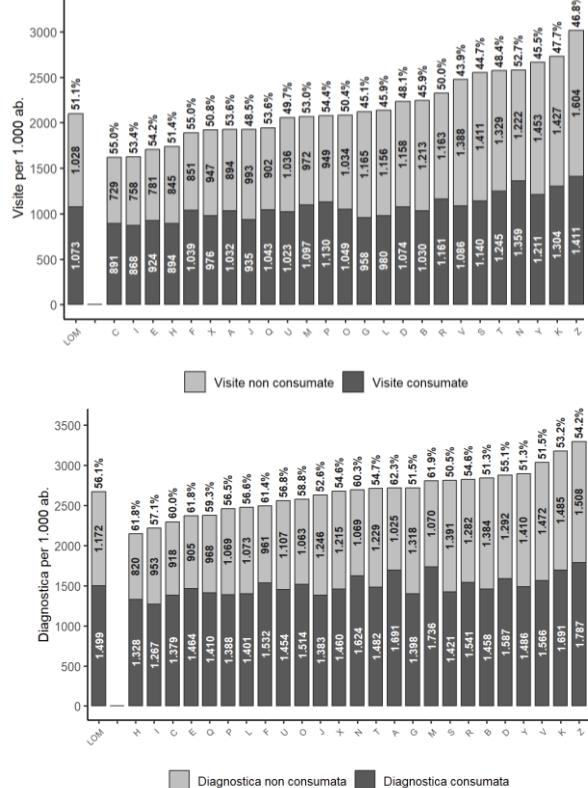
CERGAS
Centro di Ricerca sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

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

Modalità di pagamento delle prestazioni sanitarie



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

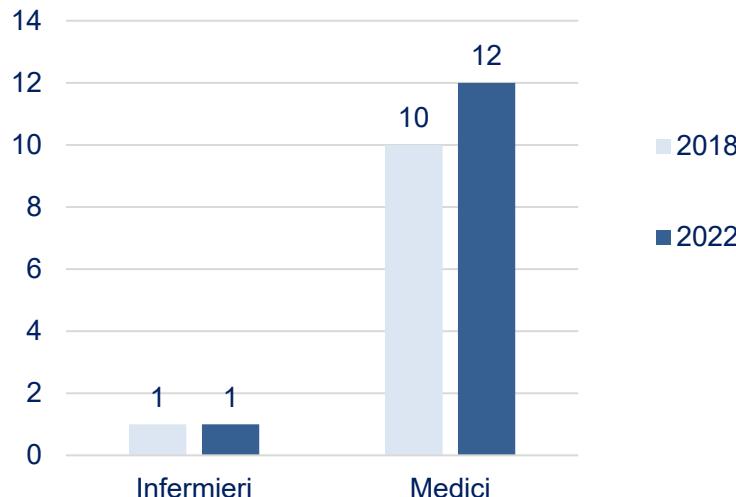


Attesa da biopsia a chirurgia mammella in ATS Milano

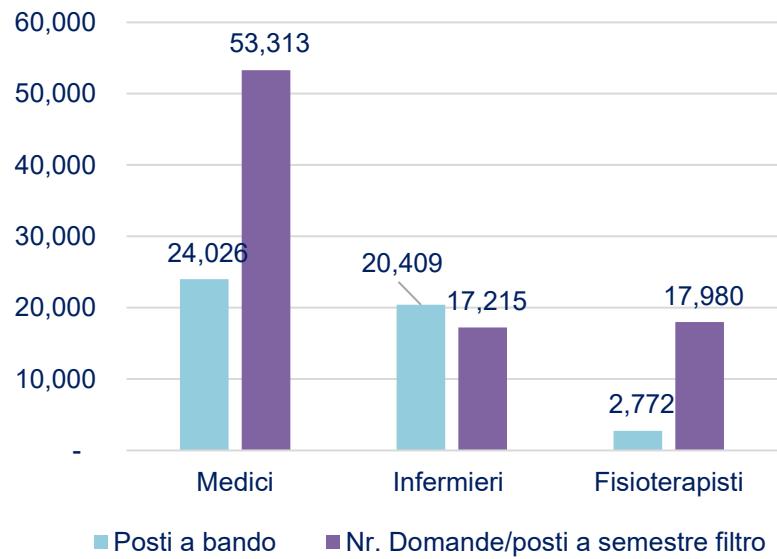
Stratificazione	N	Media	SE	Mediana
Pazienti che fanno tutti gli accertamenti in regime pubblico	12.07	51,66	0,67	48,00
Pazienti con prestazioni in solvenza o private, ma a prevalenza di regime pubblico	2.732	54,22	0,47	50,00
Pazienti che fanno lo stesso numero di accertamenti in SSR e in regime solvenza-privato	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



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: 9.207
602 Centrali Operative Territoriali - COT	60 (stima prudenziale)	542	5 infermieri per COT: 2.710
23.000 Infermieri di Comunità (1/2.000-3000 ab.)	3.000 (1/20.000 ab., cfr. Rapporto Corte dei Conti 2021)	20.000	20.000
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
			101.943



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



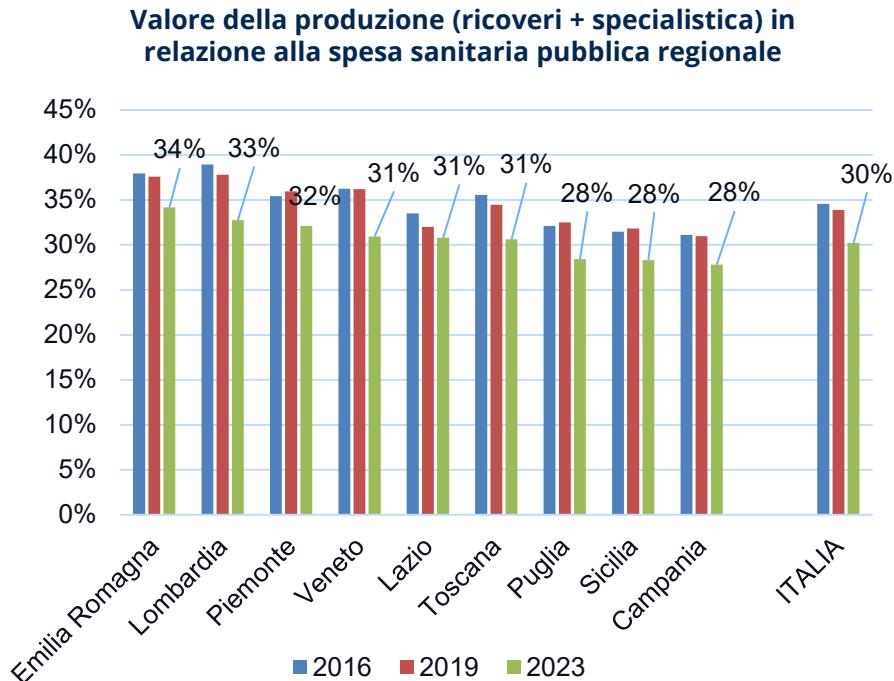
Il nuovo ecosistema digitale è robusto, pronto e in rapida evoluzione, grazie anche alle spinte d'innovazione fornite da PNRR e DM77, ma **non è ancora chiaro**:

- a quali **obiettivi strategici di sistema** debbano rispondere le innovazioni previste
- quali siano le **direttive 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)

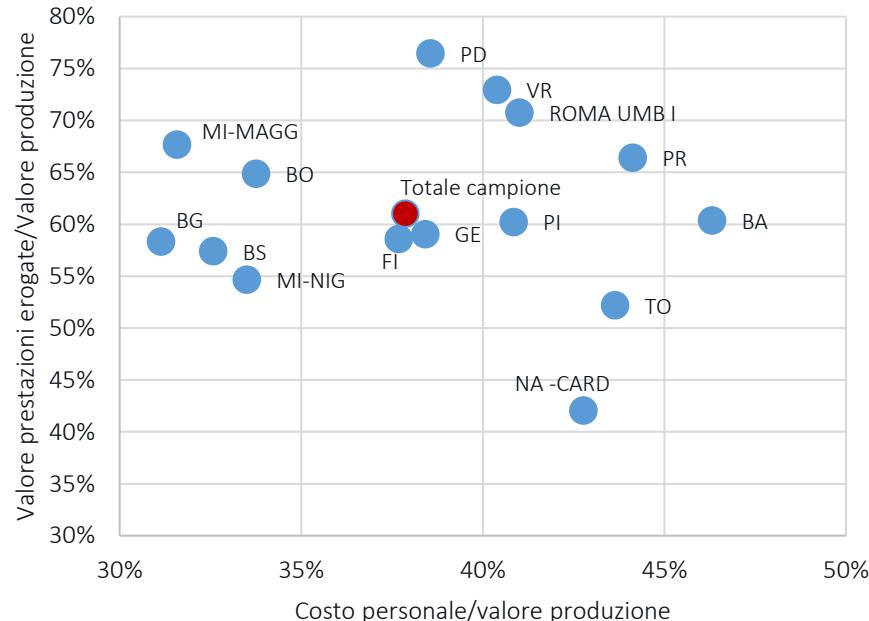


Università
Bocconi

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

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

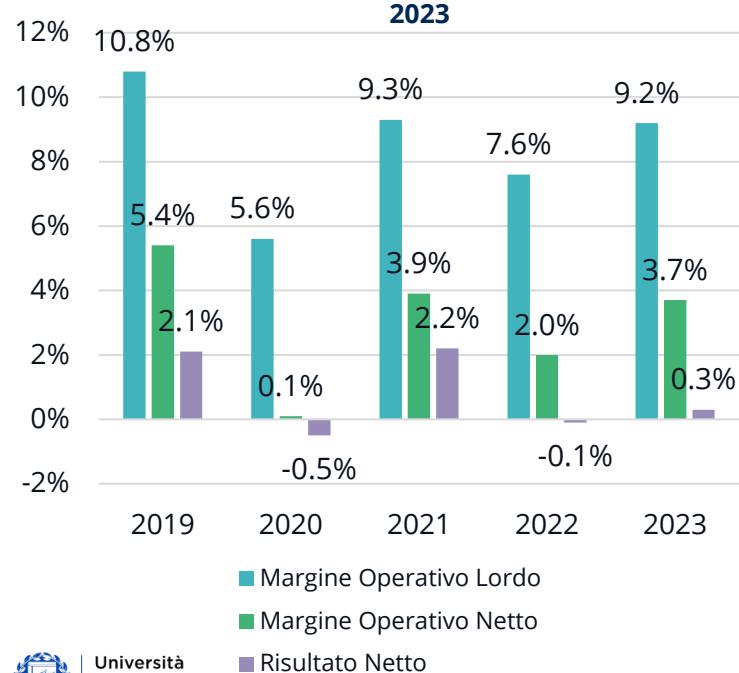
Le grandi AO pubbliche del SSN: incidenza % dei costi del personale sul valore della pdz e incidenza % del valore delle prestazioni erogate sul valore della pdz



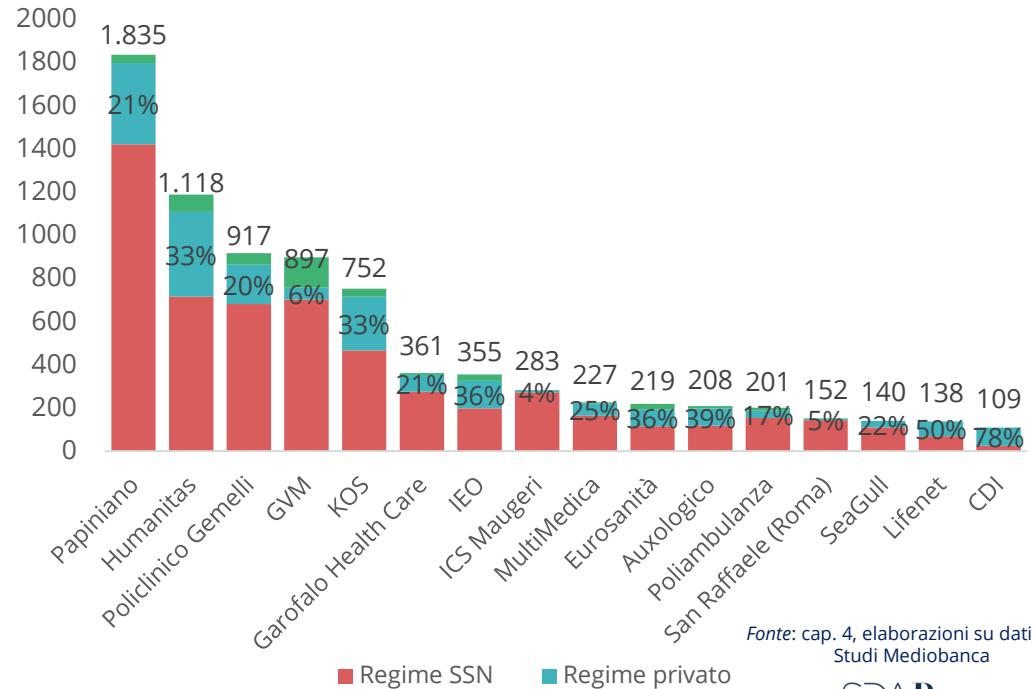
Fonte: cap. 3, elaborazioni su CE aziendali

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**



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



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerca 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

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»



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

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**



Università
Bocconi

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

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»



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

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***

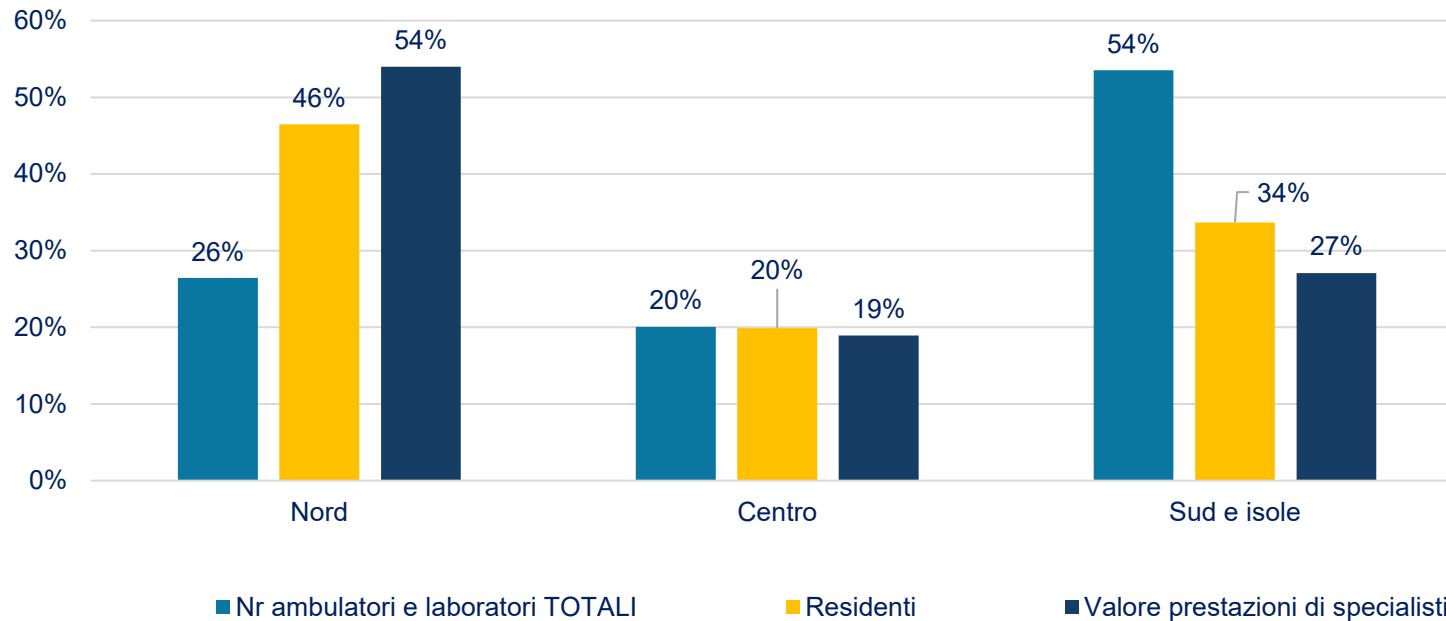


Università
Bocconi

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

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
atraenti?

oppure

Rendiamo i lavori
atraenti?

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 Ricerca 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?



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT