

# Bocconi

Con il contributo incondizionato di



## CONVEGNO OASI 2021

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

## QUATTRO EPOCHE IN DUE ANNI: QUALE RUOLO DEL MANAGEMENT?

**Francesco Longo**  
CERGAS, SDA Bocconi  
18 novembre 2021



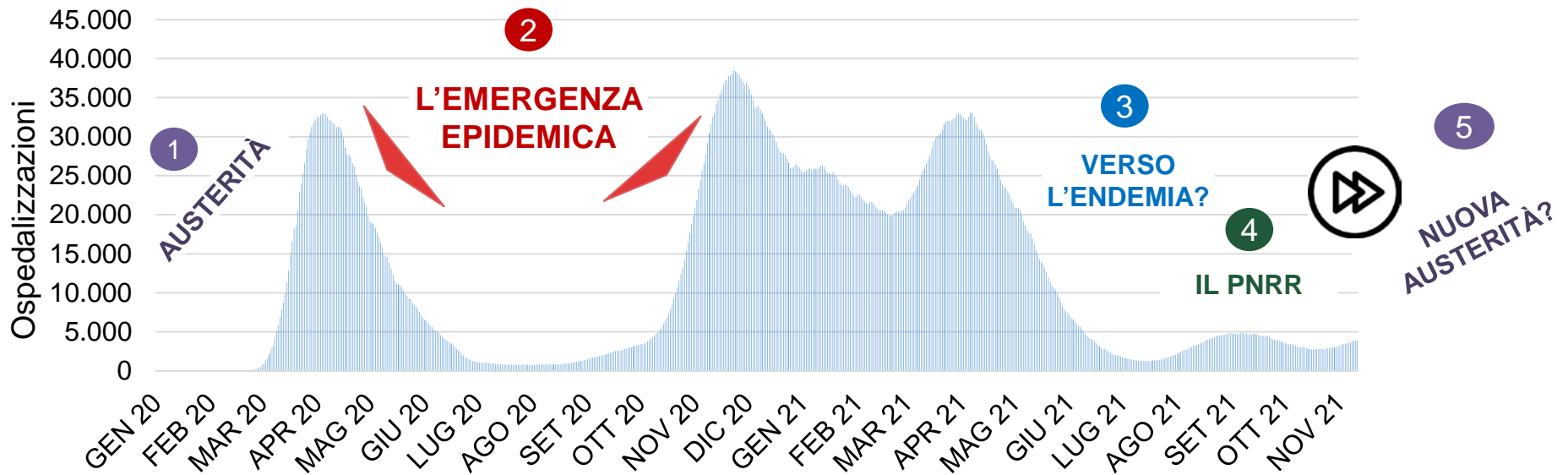
Università  
Bocconi

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

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# Premessa

2 anni, 4 epoche, 4 mission del SSN



1

Contenere

(RAZIONARE) la spesa

2

**Prevenire e curare il COVID**

3

Recuperare le liste  
d'attesa,  
accelerare le  
vaccinazioni

4

Pianificare  
gli  
investimenti

5

Contenere  
(RAZIONALIZZARE)  
la spesa?



Università  
Bocconi

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

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT

# Premessa

2 anni, 4 epoche, 4 mission del SSN

Epoca	Mission	Orizzonte decisionale	Disponibilità risorse	Flessibilità organizzativa	Ruolo del management
Austerità	Contenere la spesa	Breve termine	Scarsa	Limitata	Garante del pareggio di bilancio
Emergenza epidemica	Prevenire e curare il Covid	Immediato	Rilevante: risorse correnti indistinte emergenziali	Elevatissima	Orientatore, decisore di ultima istanza, coordinatore
Verso l'endemia	Vaccinazioni, smaltire liste d'attesa	Breve termine	Rilevanti: risorse correnti finalizzate	Buona	Coordinatore, elaborazione identità org., ri-motivatore
PNRR	Pianificare gli investimenti	Lungo termine	Rilevante: in conto capitale	<b>DA AUTO-GENERARSI</b>	Stratega, mediatore tra stekaholder interni/est.
Nuova austerità?	Contenere la spesa, rispondendo alla sfida della cronicità/fragilità	?	Modesta in relazione alla domanda	<b>FRUTTO FASE PNRR</b>	Gestore della nuova identità aziendale

# Agenda

1. *L'austerità*
2. *L'emergenza epidemica*
3. *Verso l'endemia*
4. **IL PNRR**
5. **Verso una nuova austerità?**
6. **Razionalizzare vs razionare**



# Agenda

1. *L'austerità*
2. *L'emergenza epidemica*
3. *Verso l'endemia*
4. **IL PNRR**
5. Verso una nuova austerità?
6. Razionalizzare vs razionare



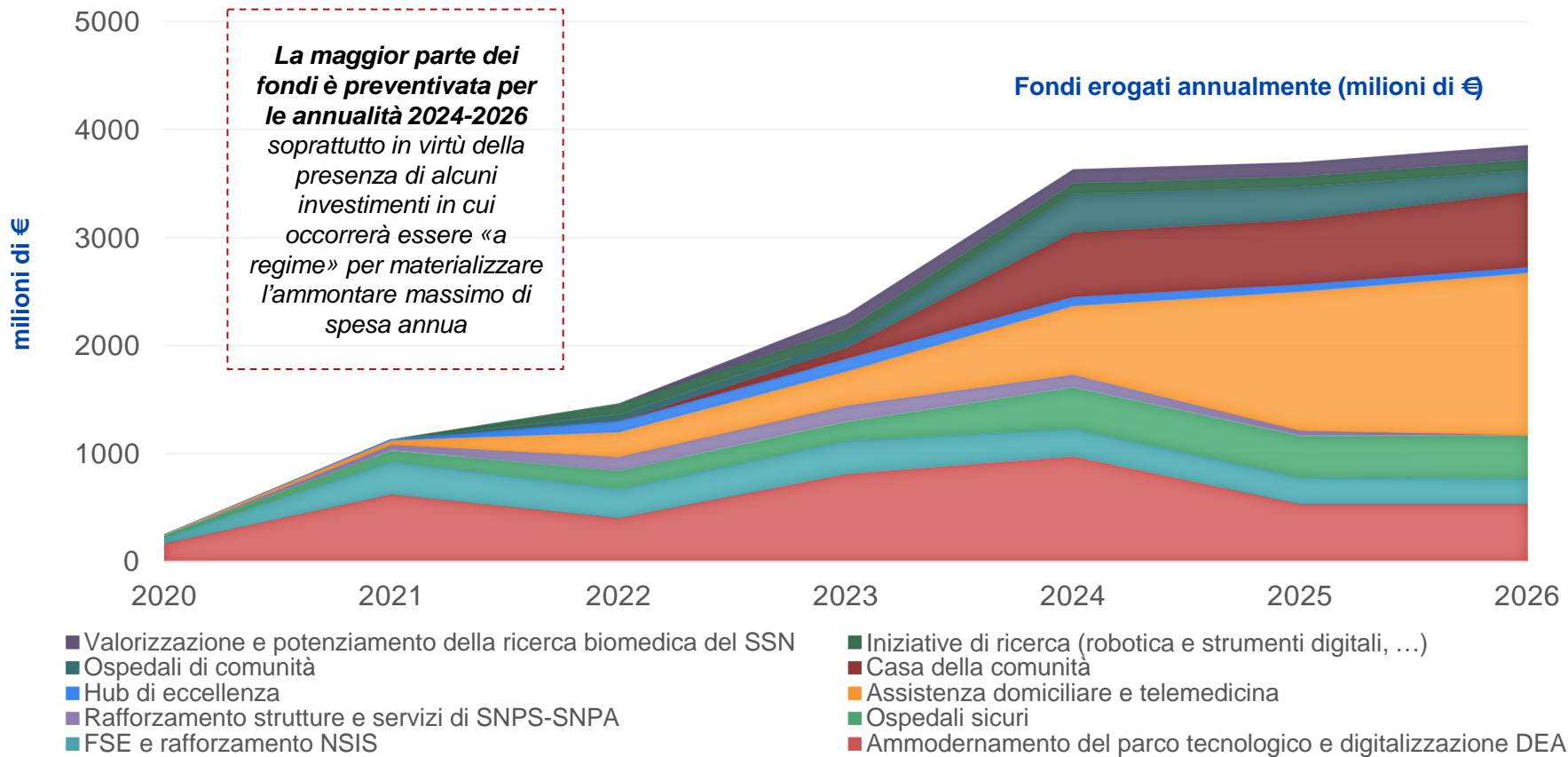
# Il PNRR: Missione 6 – salute (15,63 mld)

Missione e componente	Interventi	Importo intervento	Importo componente
M6.1	Casa della Comunità	2 mld €	<b>7 mld €</b>
M6.1	ADI e telemedicina, COT	4 mld €	
M6.1	OSCO	1 mld €	
M6.2	Parco tecnologico e digitale, DEA, TI	4,05 mld €	<b>8,63 mld €</b>
M6.2	Infrastrutture ospedaliere (sicurezza)	1,64 mld €	
M6.2	Infrastrutture tecnologiche (FSE)	1,67 mld €	
M6.2	Potenziamento ricerca	0,52 mld €	
M6.2	Formazione	0,74 mld €	

**Si aggiungono circa 4 mld di fondi complementari**



# Il PNRR: cronoprogramma



# Una interpretazione economico – aziendale del PNRR

## 1. E' debito → solo investimenti in conto capitale

Non sono previste risorse di parte corrente aggiuntive (es. personale)

Grazie agli investimenti dobbiamo aumentare la produttività della spesa corrente data → ricollocare personale, riqualificare spesa privata

## 2. La spesa per investimenti può essere anche immateriale (ricomposizione frammentazione erogativa, crescita competenze, re-ingegnerizzazione di processi, trasformazione format servizi)

## 3. Le fonti di finanziamento sono molteplici: PNRR, altri fondi EU, fondi propri regione, ecc. → ricomporre in un budget unitario (a quale livello istituzionale?)





# Una interpretazione strategica delle linee di innovazione dei servizi

1. Si delinea una matrice muri/innovazione dei processi: i primi sono facili i processi sono complessi e difficili da cambiare
2. I processi riguardano il front office (format dei servizi) e il back office (relazioni tra professionisti e tra setting)
3. I muri hanno una metrica chiara e definita, per i processi dobbiamo inventarne una: tasso di presa in carico dei cronici, % pazienti compliant, % di pazienti con esito atteso rispettato



# Quali competenze mancano?

## GESTIONALI

1. Change management
2. Re-ingegnerizzazione processi erogativi e di fruizione
3. Operation management servizi territoriali (programmazione volumi/dimensionamenti capacity)
4. Service design

## GOVERNO CLINICO

1. Allocazione ruoli professionali: micro-organizzazione professionale
2. Gestione di processi di audit inter-professionali
3. Analisi dati clinici e costruzione reportistica
4. Case management/centri servizi



- Mancano alcune caselle organizzative per collocare queste competenze
- Mancano tipologie contrattuali sufficientemente remunerative



# Aree di indeterminatezza → autonomia strategica del PNRR

1. Standard finanziati dal PNRR vs. standard programmatori
2. Standard programmatori vs. strutture esistenti
3. Le indisponibilità di personale sul mercato che impongono scelte di prioritizzazione



# L'obiettivo è l'allineamento degli standard strutturali dell'assistenza territoriale



- Favorire l'allineamento degli standard strutturali, organizzativi e tecnologici del territorio.
- Diffondere un modello a tre perni già diffuso soprattutto in Veneto, Emilia Romagna, Toscana, valorizzando le realtà già presenti.
- Stanziare le risorse per diminuire il gap Nord-Sud in termini di capacità di offerta
- Favorire interoperabilità (es. con FSE) e progettualità interregionali

Strumento	Strutture finanziate dal PNRR	Strutture previste dalla Bozza «DM71»	Strutture già esistenti	Bacino di utenza (ab.)	Target principale	Target secondario
Casa della comunità	1.350*	2400	553	25.000	Cronici (40% popolazione)	Anziani e fragili, donne, famiglie, minori
Centrale operativa territoriale	600	602	60	1 per distretto	Fragili e LTC	/
Ospedale di comunità	400*	1200	177	50.000	Ricoverati per prestazioni a medio-bassa intensità	/

*\*i numeri si riferiscono alle strutture la cui costruzione è finanziata con i fondi del PNRR, mentre per raggiungere lo standard previsto sono necessarie ulteriori strutture (es. OsCo 1200 strutture per lo standard, di cui 400 finanziate con fondi PNRR)*

# La rete territoriale, entro il 2026, dovrà quindi modificarsi radicalmente accompagnando rafforzamento e razionalizzazione

PROPOSTE

REGIONE	Nr ambulatori e lab., 2019 (*)	Case della Salute e simili, 2020 (**)	Case della Comunità prev. 2026 (***)
PIEMONTE	390	71 CdS	90
LOMBARDIA	652	25 Presst	203
VENETO	442	77 MGI	99
EMILIA ROM.	516	126 CdS	91
TOSCANA	550	76 CdS	77
LAZIO	781	22 CdS	118
CAMPANIA	1.418	/	150
PUGLIA	683	33 PTA	106
SICILIA	1.442	55 PTA	131
<b>ITALIA</b>	<b>8.798</b>	<b>553</b>	<b>1.350</b>

Per rafforzare il territorio sarà necessaria una **grande opera di razionalizzazione dell'offerta esistente**, che dovrà considerare:

- frammentazione di ambulatori e laboratori;
- Quota di privato accreditato e relativo livello di concentrazione;
- presenza di strutture intermedie: saturare, potenziare o creare nuovi setting?

Fonte: (\*) Anuario Statistico SSN Ministero della Salute, 2019 (\*\*)  
Censimento OASI 2021 (\*\*\*), Allegati tecnici PNRR



Università  
Bocconi

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

## A fronte di questi obiettivi, le stime del personale necessario all'implementazione confliggono con le reali disponibilità



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>

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

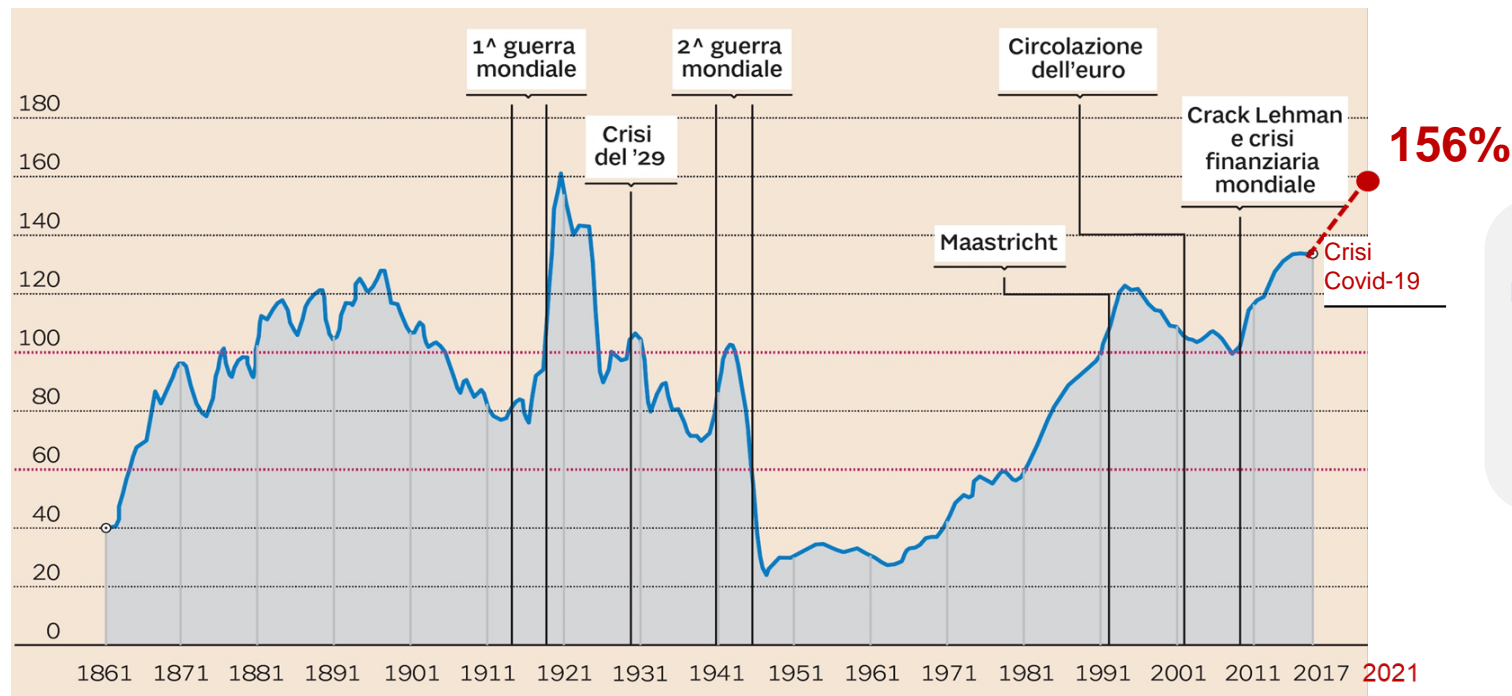
# Agenda

1. *L'austerità*
2. *L'emergenza epidemica*
3. *Verso l'endemia*
4. IL PNRR
5. **Verso una nuova austerità?**
6. Razionalizzare vs razionare



# Il quadro di finanza pubblica

Le prospettive dell'economia: debito/PIL



Fonte: rielaborazione dell'autore su figura tratta dall'articolo "Debito pubblico: come, quando e perché è esploso in Italia. Enrico Marro, Sole 24 Ore, ottobre 2018



# Il quadro di finanza pubblica

Ipotizzando che il grado di restrizione delle attività economiche e sociali legato al Covid-19 si vada via via riducendo, l'intonazione della politica di bilancio resterà espansiva fino a quando il PIL e l'occupazione avranno recuperato non solo la caduta, ma anche la mancata crescita rispetto al livello del 2019. Si può prevedere che tali condizioni saranno soddisfatte dal 2024 in avanti<sup>3</sup>.

A partire dal 2024, la politica di bilancio mirerà a ridurre il deficit strutturale e a ricondurre il rapporto debito/PIL intorno al livello pre-crisi entro il 2030.

La strategia di consolidamento della finanza pubblica si baserà principalmente sulla crescita del PIL stimolata dagli investimenti e dalle riforme previste dal PNRR. Nel medio termine sarà altresì necessario conseguire adeguati surplus di bilancio primario. A tal fine, si punterà a moderare la dinamica della spesa pubblica corrente e ad accrescere le entrate fiscali attraverso il contrasto all'evasione. Le entrate derivanti dalla revisione delle imposte ambientali e dei sussidi ambientalmente dannosi andranno utilizzate per ridurre altri oneri a carico dei settori produttivi. Le risorse di bilancio verranno crescentemente indirizzate verso gli investimenti e le spese per ricerca, innovazione e istruzione.

È già esplicitato il  
percorso di  
contenimento della  
spesa corrente dal  
2024



# Agenda

1. *L'austerità*
2. *L'emergenza epidemica*
3. *Verso l'endemia*
4. IL PNRR
5. Verso una nuova austerità?
6. **Razionalizzare vs razionare**



# Logiche di investimento

- a. **Finanziare progetti aziendali elaborati da tempo** e mai realizzati
- b. Elaborare **nuovi programmi di investimento per colmare i principali gap di *capacity*** dove l'offerta di servizi è notoriamente più carente
- c. **Finanziare le infrastrutture necessarie per aumentare linearmente l'offerta di servizi** sia sul lato quantitativo che qualitativo
- d. Investire per **innovare profondamente le logiche erogative ed organizzative interne** grazie nuove competenze e strumenti, a partire dall'epidemiologia e dalle tecnologie in rapido sviluppo.



# Logiche di investimento possibili

- a. **Finanziare progetti aziendali elaborati da tempo** e mai realizzati
- b. Elaborare **nuovi programmi di investimento per colmare i principali gap di *capacity*** dove l'offerta di servizi è notoriamente più carente
- c. **Finanziare le infrastrutture necessarie per aumentare linearmente l'offerta di servizi** sia sul lato quantitativo che qualitativo
- d. Investire per **innovare profondamente le logiche erogative ed organizzative interne** grazie nuove competenze e strumenti, a partire dall'epidemiologia e dalle tecnologie in rapido sviluppo.

- **Le opzioni a e b** sono ragionevoli alla luce del razionamento risorse dell'ultimo decennio e **meno incerte** visti i tempi implementativi del PNRR
- **L'opzione c risponde a una generalizzata richiesta** dell'opinione pubblica, dei professionisti, delle associazioni di pazienti, ecc.
- **L'opzione d è la più incerta**, ma l'unica forse in grado di **rispondere non solo all'aumento della domanda, ma al suo cambiamento**; probabilmente è l'unica economicamente sostenibile; **la revisione dei servizi sarà però «visibile» oltre i limiti temporali del PNRR**

**Quali logiche di revisione dei servizi e di intervento micro-organizzativo?**



# Sfide aperte nell'autonomia aziendale

- I. Riusciremo a investire nell'ottica di rendere più produttiva e socialmente impattante la spesa corrente? O prevarrà la tendenza, o la richiesta, dell'aumento di offerta agli attuali livelli di costo-efficacia?
- II. Nelle aziende si affermerà un nuovo modo di lavorare, a maggiore integrazione tra professionisti e discipline? O prevarrà nuovamente la tendenza all'iperspecializzazione?
- III. I modelli erogativi, il backoffice interno e ancor più le procedure di accesso vireranno decisamente verso il digitale, diventando più funzionali e trasparenti? O le modalità fisiche resteranno prevalenti, operando selezioni implicite nell'accesso?
- IV. Nella geografia dei servizi fisici prevarranno le dinamiche di concentrazione (con capillarità assicurata soprattutto dalla telemedicina) o si manterrà l'attuale frammentazione dei servizi territoriali, ambulatoriali, tecnologici e ospedalieri?





*Michela Bobini*



*Mario Del Vecchio*



*Claudio Buongiorno  
Sottoriva*

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**  
**[francesco.longo@unibocconi.it](mailto:francesco.longo@unibocconi.it)**

**CERGAS Bocconi**

Via Sarfatti 10 | 20136 Milano – Italia  
[www.cergas.unibocconi.it](http://www.cergas.unibocconi.it)



*Alessandro Furnari*



*Francesco Longo*



*Alberto Ricci*



*Alice Paone*



Università  
Bocconi

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