

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

In una finestra storica caratterizzata da una nuova austerità della spesa sanitaria e a importanti opportunità di investimento consentite dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il rinnovamento dei sistemi sanitari è più che mai al centro del dibattito politico e scientifico.

Con OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS si conferma punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano. Allo stesso tempo, vuole offrire una piattaforma di interazione tra mondo accademico e operatori del SSN.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2023

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo in ottica comparativa nazionale e internazionale. Vengono inoltre approfonditi il ruolo del privato accreditato nel SSN, i consumi privati di salute, il sistema di offerta di servizi sociosanitari;
- analizza le principali sfide che attendono il SSN: il divario tra bisogni e risposte di salute e le direzioni di fondo per la trasformazione dei servizi; la sostenibilità ai diversi livelli istituzionali; i nuovi modelli di organizzazione del territorio derivanti dal DM 77/22; le riforme regionali dell'emergenza urgenza e i modelli di servizio centrati sul paziente e sostenuti dalle tecnologie digitali;
- discute le soluzioni adottate dalle aziende per fronteggiare lo shortage di personale medico; il tema del governo dei costi nelle strutture territoriali; il ruolo della funzione di audit; i cambiamenti nel procurement e nella regolazione del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

ISBN 978-88-238-4763-7



9 788823 847637

€ 75,00

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2023

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2023

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

 Egea

Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Corpo4 Team, Milano

Copyright © 2023 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Prima edizione: novembre 2023

ISBN 978-88-238-4763-7

Indice

Prefazione

di Elio Borgonovi e Amelia Compagni

XVII

PARTE PRIMA

INQUADRAMENTO DI SISTEMA

1 Gestire la sanità dell'universalismo selettivo e randomico: quali trade off strategici per il management del SSNS?	3
<i>di Francesco Longo e Alberto Ricci</i>	
1.1 Introduzione	3
1.2 I trade off di policy impliciti nel welfare italiano: lo squilibrio demografico e l'effetto spiazzamento della spesa pensionistica	4
1.3 I <i>trade off</i> di policy emergenti nel SSN: equilibrio economico o mantenimento dei livelli di servizio. Quale logica trasformativa?	5
1.3.1 Livelli di finanziamento ridotti, copertura dei bisogni parziale e universalismo selettivo e randomico	5
1.3.2 I sistemi regionali in difficile equilibrio tra pareggio di bilancio e mantenimento dei livelli erogativi	7
1.3.3 Espansione dei volumi o riorganizzazione di servizio: quale visione per utilizzare le risorse del PNRR?	8
1.3.4 Quale approccio per trasformare l'offerta? Dalla logica prestazionale al governo della domanda e dei percorsi	9
1.3.5 È sufficiente ricevere più risorse per erogare di più? Il rapporto tra organici e volumi di prestazioni nel post-Covid	11
1.4 I trade off strategici per il management delle aziende del SSN	13
1.4.1 La logica di fondo: razionare o riorganizzare?	13

1.4.2	Il personale: shortage di medici o di professioni sanitarie?	15
1.4.3	Quale priorità: il paziente occasionale oppure cronico?	16
1.4.4	La digitalizzazione: focus sulla tecnologia o sulla strategia trasformativa?	17
1.4.5	Big Data: raccoglierne sempre più o definire come utilizzarli meglio?	18
1.4.6	I nuovi setting del territorio: piattaforme erogative o tensori di cambiamento?	18
1.4.7	Veicolare la riorganizzazione dei servizi: approccio esclusivamente tecnico-analitico o di stakeholder management?	19
1.5	Sintesi dei capitoli del Rapporto	20
2	La struttura e le attività del SSN	33
	<i>di Francesca Guerra, Attilio Gugiatti, Simone Manfredi, Natalia Oprea</i>	
2.1	Premessa	33
2.2	Gli assetti istituzionali	34
2.2.1	Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»	37
2.2.2	I Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche	40
2.3	Le risorse strutturali delle aziende sanitarie	43
2.3.1	La capacità di offerta delle strutture ospedaliere	44
2.3.2	La capacità di offerta delle strutture territoriali	50
2.3.3	Il personale del SSN	52
2.4	Le attività del SSN	55
2.4.1	Le attività di ricovero	55
2.4.2	Le attività territoriali	60
2.5	Struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari: un confronto internazionale	63
2.6	La pandemia e le diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari	72
2.6.1	La rinuncia alle prestazioni sanitarie	72
2.6.2	Condizioni economiche e accesso ai servizi	73
2.6.3	Le liste d'attesa	76
2.6.4	Conclusioni	77
2.7	Glossario	78
2.8	Bibliografia	80
3	La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale	83
	<i>di Ludovica Borsoi, Gianmario Cinelli, Alessandro Furnari, Elisabetta Notarnicola e Silvia Rota</i>	
3.1	Introduzione	83
3.2	La spesa sanitaria: un confronto internazionale	85

3.3	I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN	92
3.3.1	Il finanziamento del SSN	92
3.3.2	La spesa sanitaria	100
3.4	Il posizionamento delle regioni: livelli di spesa e scelte di finanziamento	106
3.5	Equilibri e politiche di bilancio a supporto delle strategie regionali: cinque casi studio	116
3.6	La prospettiva aziendale nei cinque casi regionali: andamento del finanziamento e variazione dei costi sostenuti	125
3.6.1	Finanziamento e costi nella prospettiva aziendale: i valori aggregati	127
3.6.2	Approfondimento sulle aziende dei cinque casi regionali	129
3.7	Conclusioni	137
3.??	Bibliografia	143
4	Gli erogatori privati accreditati: inquadramento, esiti di salute e posizionamento nell'offerta di specialistica ambulatoriale	145
	<i>di Laura Giudice, Luigi Preti e Alberto Ricci</i>	
4.1	Introduzione, obiettivi e metodi	145
4.2	Gli attori della sanità privata accreditata	147
4.3	La spesa SSN per l'assistenza sanitaria privata accreditata	148
4.4	L'offerta ospedaliera degli erogatori privati accreditati	152
4.4.1	Dotazione strutturale	152
4.4.2	Esiti dell'attività ospedaliera: alcune evidenze	161
4.5	L'offerta distrettuale degli erogatori privati accreditati	173
4.6	Il contributo del privato accreditato nell'erogazione dei volumi di specialistica ambulatoriale: un focus su Lombardia ed Emilia Romagna	180
4.6.1	I volumi di specialistica ambulatoriale in Lombardia	180
4.6.2	I volumi di specialistica ambulatoriale in Emilia-Romagna	184
4.7	Conclusioni	187
4.8	Bibliografia e sitografia	193
5	Il ruolo dell'assistenza domiciliare nell'assistenza agli anziani non autosufficienti: un'analisi comparata	195
	<i>di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Simone Manfredi, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli e Andrea Rotolo</i>	
5.1	Introduzione e metodo di lavoro	195
5.2	Il sistema socio-sanitario e sociale per gli anziani non autosufficienti in Italia	197

5.2.1	Stima del bisogno potenziale	198
5.2.2	La capacità produttiva del sistema di offerta	198
5.2.3	Gli utenti in carico ai servizi	199
5.2.4	Stima della copertura del fabbisogno	201
5.3	L'assistenza domiciliare per gli anziani in diversi Paesi Europei	204
5.3.1	L'assistenza domiciliare in Belgio	206
5.3.2	L'assistenza domiciliare in Francia	208
5.3.3	L'assistenza domiciliare in Germania	212
5.3.4	L'assistenza domiciliare in Svizzera e Canton Ticino	215
5.4	Conclusioni per il futuro dei servizi (domiciliari e non)	222
5.5	Bibliografia	225
6	I consumi privati in sanità	229
	<i>di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Luigi M. Preti, Valeria Rappini</i>	
6.1	Premessa	229
6.2	I consumi privati in sanità nei sistemi che si «ibridizzano»	230
6.3	Perimetri, fonti e aggregati di spesa sanitaria privata	232
6.4	La spesa sanitaria privata nei confronti internazionali	235
6.5	Le dinamiche a livello nazionale	239
6.5.1	Un quadro di insieme	239
6.5.2	La composizione della spesa out of pocket e intermediata	244
6.5.3	Il mix pubblico-privato nei consumi	247
6.6	La spesa sanitaria degli over75 che vivono da soli	250
6.7	Numeri e prospettive della sanità integrativa	255
6.8	Riflessioni conclusive	261
6.9	Bibliografia	264
7	Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale	267
	<i>di Vittoria Ardito, Luca Benetti, Oriana Ciani, Carlo Federici, Alessandro Furnari e Rosanna Tarricone</i>	
7.1	Introduzione	267
7.2	Lo stato di salute della popolazione: una prospettiva internazionale	268
7.2.1	Aspettativa di vita	269
7.2.2	Dati di mortalità a confronto	273
7.3	Esiti e performance: il contesto nazionale	281
7.3.1	La speranza di vita e cronicità del Paese	282
7.3.2	Sistemi di monitoraggio e valutazione del SSN	289
7.4	Discussioni e conclusioni	303
7.5	Bibliografia	310

8	L'evoluzione del finanziamento dei farmaci in Italia	317
	<i>di Patrizio Armeni, Francesco Costa, Claudio Jommi, Francesco Malandrini, Monica Otto, Alice Tarantola</i>	
8.1	Introduzione e trend di spesa farmaceutica	317
8.2	I sistemi di governo della spesa farmaceutica in Italia attivi a livello centrale	324
8.3	I sistemi di governo della spesa farmaceutica a livello internazionale	334
8.3.1	Francia	336
8.3.2	Inghilterra	337
8.3.3	Germania	339
8.3.4	Svezia	340
8.3.5	Spagna	341
8.4	Criticità attuali ed evoluzione futura: prospettive degli stakeholder e raccomandazioni OSFAR	343
8.5	Raccomandazioni	348
8.6	Conclusioni	351
8.7	Bibliografia	353

PARTE SECONDA

MODELLI DI SERVIZIO, PERSONALE E TECNOLOGIA

9	Governo e logistica degli accessi in PS: diagnosi, trasformazioni in corso e prospettive	357
	<i>di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Alexander M. Hiedemann, Francesca Meda, Valeria Rappini</i>	
9.1	Introduzione	357
9.2	Sovraffollamento e governo degli accessi in PS: background	360
9.3	Metodologia di ricerca	365
9.4	Il PS e il sistema E-U nella prospettiva europea	367
9.5	Governo e logistica degli accessi in PS: diagnosi di sistema	370
9.6	Le trasformazioni in corso: i casi regionali	374
9.6.1	Lombardia	374
9.6.2	Prospettive	378
9.6.3	Emilia Romagna	385
9.6.4	Le prospettive: il piano di riforma	388
9.6.5	La sperimentazione: l'AUSL Romagna e il CAU di Cervia	393
9.7	Sintesi e discussione dei risultati	396
9.8	Conclusioni	400
9.9	Bibliografia	403

10 L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie	407
<i>di Gianmario Cinelli, Federica Dalponte, Lucia Ferrara, Valeria D. Tozzi, Angelica Zazzera</i>	
10.1 Introduzione	407
10.2 Obiettivi e metodi	409
10.3 Risultati	412
10.3.1 Principali differenze nei documenti regionali di recepimento del DM77	412
10.3.2 I trade-off strategici del DM77: programmazione regionale o autonomia aziendale	418
10.3.3 I processi di coinvolgimento degli attori nella programmazione territoriale	420
10.4 Discussione: tre posture nella declinazione regionale del DM77 e tre approcci nel coinvolgimento delle aziende sanitarie	424
10.5 Conclusioni	427
10.6 Bibliografia	430
11 Rispondere alle carenze di personale medico nel sistema sanitario: tra attrattività dei presidi periferici e forme di lavoro non convenzionali	433
<i>di Claudio Buongiorno Sottoriva, Mario Del Vecchio, Giorgio Giacomelli, Roberta Montanelli, Marco Sartirana, Francesco Vidè</i>	
11.1 Introduzione	433
11.2 Scopo del capitolo e metodi di ricerca	435
11.3 <i>Shortage</i> di personale: determinanti e strategie nella letteratura internazionale	436
11.4 Carenze di personale medico in Italia: tra programmazione e adattamento	439
11.5 Analisi dei casi studio	444
11.5.1 Asl Alessandria	445
11.5.2 Asl Latina	450
11.5.3 Asst Sette Laghi	454
11.5.4 AULSS Pedemontana	459
11.6 Discussione	463
11.7 Conclusioni	468
11.8 Bibliografia	471

12 La telemedicina verso il consolidamento: assetti organizzativi formalizzati ed emergenti nel SSN	473
<i>di Michela Bobini, Paola Roberta Boscolo, Claudio Caccia, Francesco Petracca, Andrea Rotolo</i>	
12.1 Introduzione	473
12.2 Metodi di ricerca	476
12.3 Il quadro normativo: linee guida nazionali e provvedimenti regionali nell'ambito del PNRR	477
12.3.1 Le linee guida e le indicazioni nazionali	478
12.3.2 Piani operativi e modelli organizzativi regionali	479
12.4 Casi di innovazione tra modelli regionali e iniziative aziendali	484
12.4.1 Regione Emilia-Romagna e AUSL di Reggio Emilia	484
12.4.2 Regione Lazio e ASL Roma 2	488
12.4.3 Regione Lombardia e ASST Fatebenefratelli Sacco	493
12.4.4 Regione Puglia e ASL di Taranto	497
12.4.5 Regione Veneto e ULSS 2 Marca Trevigiana	501
12.4.6 Analisi comparativa dei casi regionali e aziendali	504
12.5 Suggestioni di policy e di management	508
12.6 Bibliografia	512
13 Strumenti a supporto del processo decisionale condiviso in oncologia	515
<i>di Vittoria Ardito, Oriana Ciani, Lucia Ferrara, Natalia Oprea, Valeria D. Tozzi, Angelica Zazzera</i>	
13.1 Premessa	515
13.2 <i>Patient engagement, shared decision-making</i> , e strumenti a supporto del processo decisionale	517
13.3 Obiettivi e metodi	520
13.4 SDM nel contesto italiano: survey sulle pratiche di SDM e sull'adozione di strumenti a supporto delle decisioni condivise	521
13.5 <i>Patient decision aids</i> nel contesto internazionale: un confronto con le pratiche olandesi e britanniche	528
13.5.1 Il caso olandese: BRASA	528
13.5.2 Il caso britannico: l'Age Gap Decision Tool	531
13.6 Discussione	534
13.7 Conclusioni	536
13.8 Bibliografia	538

PARTE TERZA**SOSTENIBILITÀ E FUNZIONI STRATEGICHE**

14	Alla ricerca della sostenibilità economica: quali iniziative e strumenti di <i>cost management</i> nei nuovi servizi territoriali?	545
	<i>di Alessandro Furnari, Francesca Lecci, Marco Morelli, Alberto Ricci, Franco Luigi Zurlo</i>	
14.1	Introduzione e obiettivi di ricerca	545
14.2	Richiami alla letteratura di riferimento	547
14.3	Metodologia	552
14.4	Risultati dell'analisi	554
14.4.1	ASL Roma 4 – La CdC di Fiano Romano	555
14.4.2	AUSL Ferrara – La CdC di Cittadella San Rocco	557
14.4.3	ASST Milano Nord – La CdC di Bresso	560
14.4.4	ASL BAT – La CdC di Trani	563
14.5	Discussione	564
14.5.1	Quadro sinottico dei casi	564
14.5.2	I cost driver attivati: visione d'insieme e riflessione sui fabbisogni informativi per il governo dei costi	567
14.6	Conclusioni	570
14.7	Bibliografia	573
14.8	Appendice	574
15	Internal Auditing in Sanità: stato dell'arte e prospettive evolutive	585
	<i>di Elisabetta Trincherò, Camilla Falivena, Valeria Rappini, Elisabetta Notarnicola, Francesca Lecci</i>	
15.1	Introduzione	585
15.2	Teorie di riferimento ed esperienze internazionali in materia di Internal Auditing	587
15.3	Policy regionali all'introduzione dell'Internal Auditing nella sanità italiana	590
15.3.1	Veneto	591
15.3.2	Lombardia	594
15.3.3	Emilia-Romagna	596
15.3.4	Abruzzo	596
15.3.5	Sardegna	597
15.4	L'Internal Auditing nelle Aziende Sanitarie: stato dell'arte	599
15.4.1	Provincia Autonoma di Bolzano: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige	599
15.4.2	Veneto: Azienda Ospedaliera di Verona, AULSS5 Polesana	601

15.4.3	Lombardia: ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	602
15.4.4	Emilia-Romagna: Azienda Sanitaria di Parma	603
15.4.5	Abruzzo: ASL Teramo	605
15.4.6	Sardegna: Azienda Tutela della Salute – ARES	606
15.5	Conclusioni	608
15.6	Bibliografia	611
16	Acquisti sanitari: stato dell'arte e percorsi evolutivi verso logiche di valore	615
	<i>di Veronica Vecchi, Niccolò Cusumano, Giuditta Callea, Fabio Amatucci, Manuela Brusoni, Franco Luigi Zurlo, Chiara Mauro e Francesco Longo</i>	
16.1	Introduzione	615
16.2	Gli acquisti centralizzati in sanità: aggiornamento del mercato	616
16.2.1	Metodologia e dati	616
16.2.2	Analisi	616
16.3	La governance collaborativa negli acquisti sanitari per generare valore	625
16.3.1	Il Value Based Procurement in letteratura	626
16.3.2	Il Value-based Procurement Process (VBPP)	628
16.4	Il VBPP in pratica	630
16.4.1	Creazione di valore negli acquisti di dispositivi medici con il coinvolgimento degli stakeholder clinici e non clinici	632
16.4.2	Procurement sostenibile: il caso della gara guanti di ESTAR (Toscana)	640
16.5	Conclusioni	645
16.6	Bibliografia	648
17	Il <i>payback</i> come misura di contenimento della spesa per farmaci e dispositivi medici	651
	<i>di Patrizio Armeni, Giuditta Callea, Francesco Costa, Francesco Malandrini, Monica Otto, Gaia Segantin, Pietro Sirena, Rosanna Tarricone</i>	
17.1	Introduzione	651
17.2	Possibili utilizzi del meccanismo di <i>payback</i> : analisi comparativa internazionale	652
17.2.1	Francia	655
17.2.2	Regno Unito	657
17.2.3	Germania	658

17.2.4	Svezia	659
17.2.5	Spagna	659
17.3	Il <i>payback</i> per farmaci e dispositivi medici in Italia come strumento di ripiano dello sfondamento dei tetti di spesa	660
17.3.1	Il <i>payback</i> per i farmaci	661
17.3.2	Il <i>payback</i> per i dispositivi medici	666
17.3.3	<i>Payback</i> a carico delle aziende fornitrici di farmaci e dispositivi medici: incidenza su ricavi delle vendite e utile netto	671
17.4	La reazione delle imprese	677
17.5	Conclusioni	682
17.6	Bibliografia	688
17.7	Appendice	690
	Postfazione	699
	Cambiamo rotta per il futuro della sanità pubblica <i>di Giovanni Migliore</i>	
	Gli Autori	707

Il Rapporto OASI 2023 presenta diversi casi studio.
Per il prezioso contributo nel reperimento dei dati si ringraziano
le Istituzioni, gli Enti e le Aziende riportate di seguito in ordine alfabetico:

<i>Agenzia Regionale Emergenza Urgenza - Regione Lombardia</i>	<i>AULSS Pedemontana</i>
<i>AOU Ferrara</i>	<i>AUSL Ferrara</i>
<i>AOU Pisa</i>	<i>AUSL Modena</i>
<i>AOU Sant'Orsola Malpighi – Bologna</i>	<i>AUSL Parma</i>
<i>AOU Parma</i>	<i>AUSL Reggio Emilia</i>
<i>AOU Verona</i>	<i>AUSL Romagna</i>
<i>AOU Cagliari</i>	<i>Azienda Regionale della Salute – Sardegna</i>
<i>ASL Alessandria</i>	<i>Azienda Sanitaria dell'Alto Adige</i>
<i>ASL Barletta Andria Trani</i>	<i>Azienda USL Toscana Nord-Ovest</i>
<i>ASL Lanciano-Vasto-Chieti</i>	<i>Azienda Zero Regione del Veneto</i>
<i>ASL Latina</i>	<i>BMC H24 Assistance</i>
<i>ASL Roma 2</i>	<i>CMP Global Medical Services</i>
<i>ASL Roma 4</i>	<i>Cooperativa Kairos</i>
<i>ASL Sassari</i>	<i>Ministero della Salute</i>
<i>ASL Taranto</i>	<i>Organismo Regionale per le Attività di Controllo - Regione Lombardia</i>
<i>ASL Teramo</i>	<i>Regione Abruzzo</i>
<i>ASST Fatebenefratelli Sacco</i>	<i>Regione Campania</i>
<i>ASST Milano Nord</i>	<i>Regione Emilia-Romagna</i>
<i>ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda</i>	<i>Regione Lazio</i>
<i>ASST Sette Laghi</i>	<i>Regione Lombardia</i>
<i>ASST Valtellina</i>	<i>Regione Piemonte</i>
<i>ATS Milano</i>	<i>Regione Puglia</i>
<i>AULSS Marca Trevigiana</i>	<i>Regione del Veneto</i>
<i>AULSS Polesana</i>	<i>Università degli Studi di Milano</i>

Prefazione

di Elio Borgonovi e Amelia Compagni

Durante la pandemia di Covid-19 si è spesso parlato di *next normal* o *new normal* ad indicare che il SSN, anche grazie ai fondi PNRR della Missione 6 e a quelli relativi alla digitalizzazione, avrebbe potuto, dopo l'emergenza, percorrere la strada di un deciso cambiamento e ripensamento dei suoi modelli di servizio. Il Rapporto OASI 2023 evidenzia come il *new normal* sia molto simile ad un *past normal*. Infatti, l'analisi dei dati mostra che, dopo l'extra finanziamento per fronteggiare l'emergenza Covid-19 e il correlato aumento delle assunzioni di personale sanitario, il finanziamento per la sanità è tornato a scendere con un trend che lo collocherà tra il 6,1% e il 6,5% del PIL nei prossimi anni. Anche il dibattito politico ricalca vecchi schemi interpretando in senso inverso il principio del giornalismo moderno. Secondo questo principio "i fatti sono sacri, e le opinioni libere", mentre nel dibattito sul SSN sembra valere il principio opposto secondo cui "le opinioni sono sacre, e i dati sono liberi". Per sottolineare la propria attenzione al SSN, infatti, il governo rimarca l'aumento di 3 miliardi o poco più destinati al Fondo Sanitario Nazionale, mentre le opposizioni sottolineano che lo stanziamento comunque decresce in percentuale sul PIL e non può compensare l'aumento dell'inflazione e il caro energetico. Il dibattito si concentra su aspetti particolari quali la riduzione delle liste d'attesa, il rafforzamento dell'assistenza territoriale o l'innovazione della telemedicina e in generale delle tecnologie digitali; mentre governo, opposizione e, duole dirlo, nemmeno la cosiddetta società civile né la maggior parte degli esperti si confrontano sul problema reale, quello di un ripensamento profondo del SSN dopo 45 anni dalla sua istituzione.

Il Rapporto OASI 2023 si propone di porre almeno alcune premesse per questo ripensamento, partendo dalla evidenza dei dati e dall'analisi dei principali *trade-off* – richiamati nel capitolo 1 – che dovranno essere affrontati. Visto il progressivo aumento del numero di over 65 rispetto a giovani e lavoratori, il primo *trade-off* riguarda il mix, nel sistema di welfare, tra il finanziamento per il sistema salute e la spesa pensionistica. Tutti gli esperti concordano sul fatto

che la spesa pensionistica non potrà essere sostenibile con le regole attuali. D'altra parte, però, la soluzione non potrà essere quella di ridurre le pensioni o semplicemente innalzare progressivamente l'età del pensionamento. Questa insostenibilità potrebbe, invece, essere affrontata con profonde modifiche del mercato del lavoro nella direzione di consentire forme flessibili, tra cui la possibilità per chi è ancora in condizioni di farlo di svolgere un'attività lavorativa flessibile e senza porre alle aziende l'opzione di "espellere dal mercato del lavoro" anche prima dell'età pensionabile persone a più elevato costo per assumere giovani a costo più basso. È noto che imprenditori, consulenti e lavoratori autonomi motivati e ancora in buona salute continuano a lavorare; in genere, hanno condizioni di salute migliori di pensionati inattivi o che si sentono emarginati. Quindi navigare il *trade-off* tra sistema salute e spesa pensionistica potrebbe essere possibile dirottando parte della spesa pensionistica verso il sistema salute in senso ampio, con iniziative che permettano di rendere concreti concetti ora molto in voga quali quelli dell'*healthy & active aging*.

Un secondo *trade-off* che emerge dal Rapporto OASI riguarda la strutturale divaricazione tra la domanda di prestazioni e servizi e la disponibilità di risorse a sostegno della loro erogazione. Un finanziamento del SSN più basso rispetto a quanto avvenga in altri paesi come Francia, Germania, Regno Unito, dovuto anche all'elevato peso degli interessi per l'alto debito pubblico italiano, potrà e dovrà essere affrontato almeno in parte spostando l'attenzione anche sul governo della domanda. Negli ultimi 20 anni il vincolo al finanziamento del SSN è stato affrontato soprattutto dal lato dell'offerta, con interventi finalizzati ad aumentare l'efficienza e a ridurre i costi dei servizi erogati. Questa enfasi sull'offerta ha invece trascurato di affrontare il fenomeno del progressivo spostamento di una parte della domanda verso erogatori privati, e verso forme di pagamento dei servizi *out of pocket*, oppure intermedie da fondi integrativi e assicurazioni. In effetti, in questi anni si sono levate voci anche autorevoli che hanno sottolineato questa tendenza. In questo caso, però, vale più che mai il detto secondo cui non basta gridare "al lupo, al lupo!" ossia al rischio di abbandono dei principi di universalità, equità, solidarietà del SSN. Occorrono azioni affinché si possa prevenire ed affrontare il pericolo del "lupo". Il Rapporto indica alcune linee strategiche di intervento. Da un lato un'azione più decisa per passare dalla logica delle prestazioni a quella della presa in carico, dall'altro la definizione di priorità con la revisione dei LEA non solo in termini espansivi come in passato ma anche in termini selettivi, eliminando prestazioni che facilmente si prestano a situazioni di *over-treatment*. I due aspetti sono strettamente collegati perché la logica delle prestazioni facilita un circolo vizioso secondo cui l'offerta crea la domanda e, per le prestazioni coperte dai LEA, si determina un ricorso inappropriato al servizio pubblico. Quando su questo meccanismo interviene il vincolo dell'offerta, infatti, così come è accaduto negli ultimi anni, si ha una selezione non programmata e non razionale dei servizi, che, ine-

vitabilmente, penalizza le fasce più deboli e fragili della popolazione. A nostro avviso, la gestione della domanda di servizi sanitari fa principalmente capo alla politica, che ha come scopo non solo quello di rappresentare le preferenze dei cittadini ma anche di guidare le loro aspettative. La responsabilità di navigare questo *trade-off* non può quindi esser totalmente demandata al management sanitario ma la politica (nazionale e regionale), informata dalla conoscenza dei territori e dei loro bisogni di salute che il management può offrire, dovrebbe assumere la leadership delle scelte legate a questo importantissimo *trade-off*, incluse quello più impopolari, ed esercitare una guida complessiva del sistema salute anche nelle sue componenti private. Lasciare il campo, in altre parole, non è una vera opzione.

Un terzo *trade-off* che emerge dal Rapporto OASI riguarda la divaricazione di un sistema a forte connotazione regionale. I dati dimostrano che nel periodo dell'emergenza Covid-19 le regioni dotate di quello che viene definito un forte capitale istituzionale sono state in grado di utilizzare in misura maggiore i finanziamenti previsti e hanno aumentato la dotazione di medici, infermieri, altri professionisti in misura assai più rilevante di quelle con un debole capitale istituzionale. Si ricorda che le regioni del Sud hanno utilizzato, in media, il 41% dei fondi destinati al recupero delle liste d'attesa, quelle del Centro il 57%, quelle del Nord il 92%. Inoltre, alcune regioni del Centro-Nord sono riuscite a ritornare al numero di personale del comparto salute uguale o addirittura superiore rispetto al 2009, mentre le regioni del Sud sono rimaste molto al di sotto. Anche in questo caso non è sufficiente analizzare e denunciare il fenomeno per risolverlo, né tantomeno sperare in una soluzione istituzionale, ossia una ri-centralizzazione del SSN. Ad esempio, il sistema dell'istruzione è centralizzato, ma questo non evita che vi siano forti disparità regionali. Per evitare le dinamiche secondo cui "i forti diventano sempre più forti e i deboli sempre più deboli" occorrono interventi in grado di aiutare a diventare più forti anche le regioni con capitale istituzionale, organizzativo e professionale più debole. Questa riflessione vale a maggior ragione in un periodo in cui stanno avanzando proposte di regionalismo differenziato. Il dibattito politico e sociale si focalizza sul piano dei principi, mentre dovrebbe essere portato su quale strategia sia più adeguata per governare il cambiamento e convergere sui risultati. Ad esempio, strategie di diffusione di conoscenza e di professionalità, di alleanze e scambio tra regioni, di apprendimento congiunto e di sostegno alle realtà più deboli da parte di organi centrali appaiono opzioni non solo ben conosciute ma anche di attuazione realistica.

Come sempre, il Rapporto OASI e il team di ricercatori CeRGAS che lo scrivono non si limitano ad osservare i fenomeni ma cercano di delineare alcune possibili direzioni per interventi migliorativi. Sottesa a queste proposte c'è una importante premessa. Il cambiamento non può passare da ipotetiche riforme istituzionali o essere guidato dalle tecnologie, anche quelle più avan-

zate o innovative, ma passa attraverso la motivazione e la valorizzazione delle persone, in particolare l'attenzione posta sul ruolo delle aziende e delle direzioni strategiche del top management. Più che mai oggi il top management è di fronte a un bivio: da un lato pensare che i vincoli del sistema siano insuperabili e quindi accettare una funzione di esecuzione (seppur di alto livello) di indirizzi nazionali o regionali, oppure accettare la sfida di individuare spazi strategici di innovazione. Chi sceglie la seconda alternativa ha a nostro parere la possibilità di diventare un vero innovatore che, mutuando una frase di Piero Bassetti, primo presidente di Regione Lombardia, significa "essere capace di realizzare cose improbabili". Per fare questo, occorre andare oltre la declinazione del concetto di innovazione proposta oltre 100 anni fa da Schumpeter. Infatti, l'innovazione di prodotto, ad esempio nuovi farmaci di precisione, terapie digitali, nuovi tessuti, organi artificiali, sono e saranno sempre più messi a disposizione dal progresso scientifico. L'innovazione di processo è ormai un fatto acquisito sul piano teorico e pratico tramite l'esperienza accumulata con l'implementazione dei PDTA. L'innovazione di mercato è un fatto acquisito con l'accentuazione degli interventi legati alle condizioni di cronicità che già ora assorbono circa il 70% della spesa sanitaria. Semmai, si tratta di innovare l'ampio territorio ancora poco esplorato collegato alla prevenzione, un ambito che richiede di affrontare la complessità derivante dai molti fattori che influenzano lo stato di salute quali gli stili di vita, le condizioni di lavoro, l'inquinamento ambientale. Con riguardo alla quarta dimensione dell'innovazione schumpeteriana, quella organizzativa, si può dire che sia di più difficile realizzazione, anche se il Rapporto OASI propone soluzioni quali l'approccio multiprofessionale e multidisciplinare dei *tumor board*, la razionalizzazione della rete di pronto soccorso, l'impiego di personale "laico" per liberare tempo ed energie di medici ed infermieri, professioni che oggi hanno minore attrattività.

L'innovazione che è più difficile da realizzare, ma senza la quale non si uscirà dalle "trappole" dei *trade-off* sopra riportati, può essere descritta nei seguenti termini: si tratta di una innovazione culturale che in primis riporti a dare più rilevanza all'essere che non all'apparire o avere. Questa innovazione potrebbe infatti ridare prestigio e senso a professioni legate ai servizi alle persone quali sono quelle del sistema di salute, dall'assistenza, dell'istruzione, della ricerca. Inoltre questa innovazione culturale ridarebbe dignità al "sistema dei doveri" oltre a quello dei diritti. Troppe dichiarazioni a livello internazionale, nazionale, regionale e troppe politiche, infatti, parlano di diritti ma non si preoccupano dei correlati doveri, tra cui quello fondamentale, legato al valore della responsabilità di attuare il cambiamento e non solo pensarlo. L'Italia è un Paese nel quale è più elevato che in altri il gap tra la formulazione di leggi, norme, piani, che indicano cosa fare, e la responsabilizzazione sulla loro attuazione effettiva. Spesso si pensa che l'approvazione di una legge o di un piano, semmai ottenuta con difficoltà, sia il principale risultato. In realtà, al massimo

si tratta di un passaggio intermedio, che, senza la capacità di attuazione, non produce risultati.

Infine, le direzioni strategiche delle aziende sanitarie devono affrontare l'innovazione della leadership che richiede di essere visionari (saper guardare oltre i vincoli che sembrano insuperabili), autorevoli (dimostrare di comprendere i problemi che si devono affrontare), e credibili (dimostrare coerenza tra dichiarazioni e comportamenti e attenzione alle relazioni). È grande l'impatto motivazionale di un direttore generale che lascia la scrivania e va nel pronto soccorso, negli ambulatori, che conosce i servizi e i professionisti, che discute le possibili soluzioni e che continuamente richiama la finalità di garantire buone risposte ai bisogni di salute lasciando da parte l'enfasi su procedure e adempimenti. Queste indicazioni generali diventano concrete accettando la sfida di investire sulle persone almeno quanto si investe su edifici, tecnologie, farmaci, robot, e dispositivi medici.

Buona lettura del Rapporto OASI 2023!

Elio Borgonovi, Presidente CERGAS
Amelia Compagni, Direttore CERGAS

Parte prima

Inquadramento di sistema

1 **Gestire la sanità dell’universalismo selettivo e randomico: quali trade off strategici per il management del SSN?**

di Francesco Longo e Alberto Ricci¹

1.1 **Introduzione**

Il presente capitolo intende sintetizzare i principali risultati del Rapporto OASI 2023, offrendo una lettura ampia della rapida evoluzione che il sistema sanitario italiano sta attraversando. Nel paragrafo che segue (§ 1.2) proponiamo una riflessione sui principali *trade off* del welfare italiano, delineando alcune riflessioni sulla spesa pensionistica come rilevante fattore di spiazzamento per altre aree di intervento pubblico, inclusa la sanità. Nel paragrafo (§ 1.3) si riporta come la scarsità di risorse per il SSN, insufficienti soprattutto in relazione ai bisogni in crescita, sembri delineare a livello regionale una seconda difficile scelta tra il mantenimento dell’equilibrio economico e la salvaguardia dei livelli erogativi. In un contesto che già oggi è di “universalismo selettivo”, anche se poco consapevole e non dichiarato, la risposta non può essere quella della riduzione lineare, che ha ormai esaurito gli spazi di efficientamento più facilmente conseguibili, ma la trasformazione profonda dei modelli di servizio in una logica di maggiore governo della domanda e di reingegnerizzazione dei processi di cura. Nel paragrafo (§ 1.4) si discutono alcuni elementi e leve di cambiamento rispetto ai quali il management del SSN può ambire a un rilevante spazio di azione. Nell’ultima parte del capitolo (§ 1.5), il lettore troverà le sintesi (abstract) di tutti i capitoli del Rapporto.

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

1.2 **I trade off di policy impliciti nel welfare italiano: lo squilibrio demografico e l'effetto spiazzamento della spesa pensionistica**

L'Italia del 2023² registra un numero di over65, e dunque di potenziali pensionati, doppio rispetto a quello dei minori di 15 anni: 14,1 milioni contro 7,3 milioni. Del resto, l'Italia è contemporaneamente uno dei Paesi con la più bassa fertilità al mondo (1,2 figli per donna) e con le migliori speranze di vita: 80,5 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne. INPS (2023)³ dichiara di corrispondere 13,7 milioni di pensioni previdenziali a fronte di 23,6 milioni di occupati⁴. Il rapporto tra lavoratori e pensionati è oramai di 1,7 a 1. Il dato è in costante peggioramento a causa della decrescente natalità, della ridotta percentuale di occupati (62%), di una programmazione dell'immigrazione regolare a lungo insufficiente e dell'aumento progressivo, anche se in rallentamento⁵, della speranza di vita media. La crescita della popolazione anziana e i meccanismi di rivalutazione collegati all'inflazione comportano, a politiche invariate, previsioni di aumento della spesa pensionistica di 64 miliardi nel solo periodo 2022-2026: un incremento del 22%⁶ per un comparto che già oggi assorbe il 15% del PIL, oltre il doppio della sanità pubblica (6,7%). A tale previsione si aggiunge un secondo fattore di rigidità, molto rilevante: il servizio del debito pubblico. Esso è più oneroso del passato a causa delle note dinamiche inflazionistiche e di aumento dei tassi di interesse. Anche per gli interessi passivi, che oggi assorbono il 4% del PIL, si prevede una crescita di circa 20 miliardi (+24%) entro il 2026.

A fronte di una base imponibile piuttosto statica, anzi tendenzialmente in decrescita a causa della riduzione della popolazione attiva, l'aumento automatico degli interessi sul debito e della spesa pensionistica spiazza gli altri comparti del welfare pubblico, in particolare la sanità, la scuola, il sociale e il trasporto pubblico.

L'andamento dei tassi di interesse sui mercati è però un fattore esogeno, non controllabile dai decisori nazionali. Restando nell'ambito delle scelte di destinazione delle risorse pubbliche nazionali, emerge un *trade off* tra la regolazione dell'età del pensionamento e le risorse potenzialmente disponibili per le altre aree del welfare. Un innalzamento dell'età pensionabile potrebbe essere, tra l'altro, anche una risposta ad alcune criticità del paese: l'Italia è affamata di

² Se non altrimenti specificato, i dati di inquadramento demografico sono tratti dal paragrafo 1.2 del Rapporto ISTAT 2023, pubblicato a luglio 2023. I dati si riferiscono al 2022 o all'anno più recente disponibile.

³ INPS (2023), Pensioni vigenti all'1.1.2023 e liquidate nel 2022 erogate dall'Inps, Statistiche in breve.

⁴ Dato ISTAT riferiti a settembre 2023.

⁵ Rapporto ISTAT 2023, p. 35.

⁶ Dato NADEF ottobre 2023, tavola III. 1.A., p. 62.

manodopera qualificata. Il lavoro, peraltro, con il suo potenziale intrinseco di essere “alimentatore di senso” (personale e comunitario), può essere protettivo rispetto alle condizioni di salute, a meno che non si tratti di un lavoro usurante. Periodicamente, nel dibattito scientifico, si discute di modelli per passare con più flessibilità e più gradualità dalla piena attività lavorativa alla completa inattività⁷, in abbinamento a un innalzamento dell'età pensionabile. Viceversa, anche di recente sono state avanzate proposte per mantenere un'età pensionabile relativamente ridotta, introducendo però decurtazioni sull'entità degli assegni futuri. Tuttavia, queste proposte raramente si concretizzano. Ciò accade anche, nell'opinione di chi scrive, perché il *trade off* tra età e livelli economici di pensionamento da un lato e risorse per le altre aree del welfare dall'altro non è quasi mai presente nel discorso collettivo, né nell'agenda politica. In compenso, molti di coloro che oggi sono alle soglie dell'età pensionabile hanno iniziato la propria carriera professionale prima delle riforme degli anni 90', quando l'età di ritiro dal lavoro era di 55 anni (donne) o 60 anni (uomini) in presenza di 15 anni di contributi, senza contare le molte forme di agevolazioni categoriali. La considerazione di aver già allungato di alcuni anni la propria carriera lavorativa rispetto alle condizioni “di ingresso” non tiene conto dell'insostenibilità della disciplina di allora, ma genera resistenze fortissime verso qualsiasi ipotesi restrittiva per le attuali coorti di pensionandi. Coorti che, sul piano della consistenza demografica e quindi del peso politico-elettorale, sono molto significative: a oggi in Italia abbiamo circa 9,5 milioni di persone tra i 55 e i 64 anni, mentre i giovani tra i 20 e i 34 anni sono 9 milioni. Inevitabile, in tale contesto, lo spiazzamento delle altre aree del Welfare, che avviene in modo ormai stabile, strutturale e purtroppo poco consapevole.

1.3 I trade off di policy emergenti nel SSN: equilibrio economico o mantenimento dei livelli di servizio. Quale logica trasformativa?

1.3.1 Livelli di finanziamento ridotti, copertura dei bisogni parziale e universalismo selettivo e randomico

Lo scenario demografico e macroeconomico ha un impatto diretto sul SSN. Secondo le previsioni a legislazione invariata⁸, rispetto al 2022 (ultimo esercizio consuntivato), entro il 2026 la spesa sanitaria crescerà di 8 miliardi. Si tratta di un aumento percentuale del 6% in quattro esercizi, largamente al di sotto

⁷ Si veda ad esempio Mazzaferro C. (2023), in pensione ma part time, <https://lavoce.info/archives/102230/in-pensione-ma-part-time/>

⁸ Il riferimento è alla NADEF di ottobre 2023. Non sono presi quindi in considerazione gli interventi della legge di bilancio 2024 in discussione al momento della stesura del presente capitolo.

del trend economico e inflattivo previsto, che conduce quindi a una riduzione della sua incidenza nominale e reale sul PIL: dal 6,7% al 6,1%.

Il SSN italiano, come noto, dispone di risorse per la copertura sanitaria pubblica che sono tra le più modeste dell'Europa occidentale, lontane dalle percentuali di Francia, Germania e Regno Unito, che si collocano tra il 10% e l'11% del PIL. Con tali risorse l'SSN deve prendere in carico la popolazione tra le più anziane del mondo secondo i dati ISTAT: il 24% degli italiani sono over 65; il 40% della popolazione dichiara almeno una patologia cronica, il 21% una poli-patologia; si stimano 3,9 milioni di persone non autosufficienti. In questo scenario, vengono perpetuate dichiarazioni di intenti universalistiche, con tensioni verso panieri di prestazioni coperte teoricamente sempre più generosi. Un'opzione però non realistica a fronte della contrazione delle risorse, dell'aumento dei costi di produzione e dell'incremento dei bisogni. Le ultime evidenze disponibili (2021), infatti, segnalano che ormai il 50% delle visite specialistiche ambulatoriali sono pagate privatamente, così come il 33% degli accertamenti diagnostici ambulatoriali. Allo stesso modo, la riabilitazione domiciliare e ambulatoriale è in larga maggioranza a pagamento (seppure virtualmente coperta), come da sempre l'odontoiatria (esclusa comunque dalla copertura). Il tasso di copertura dei bisogni epidemiologicamente rilevati in ambito di salute mentale e dipendenze è del 30-40%. Solo il 7% dei quasi 4 milioni di anziani non autosufficienti ha una presa in carico di tipo residenziale: prevalentemente, ricovero in RSA. Il 26% riceve assistenza domiciliare, socio-sanitaria (22%) o almeno sociale, anche se con la media ADI è di 16 accessi in un anno. Il 5% riceve assistenza, prevalentemente sociale, in centri diurni. Può essere che una quota di tali utenti riceva anche assistenza domiciliare. Tuttavia, anche adottando un criterio ottimistico che consideri come mutualmente esclusivi i diversi servizi, il tasso di copertura del bisogno si ferma al 38%. Almeno il 62% della popolazione con limitazioni funzionali, stimabile in 2,4 milioni di persone, non riceve alcun servizio pubblico.

È evidente che, in maniera tanto chiara agli analisti quanto poco familiare per l'opinione corrente, siamo di fronte a un universalismo che in realtà è selettivo, seppure in maniera implicita. Ciò pone la questione se definire delle priorità consapevoli, orientate a massimizzare il beneficio collettivo, o se continuare con priorizzazioni emergenti e inconsapevoli, che spesso rendono randomico l'accesso ai servizi, dal momento che quest'ultimo è scollegato dall'entità del bisogno. Optando una maggiore consapevolezza, si tratta di definire il livello chiamato a sciogliere i *trade off* allocativi e a definire le priorità: a livello clinico-epidemiologico, di strategie aziendali o di policy making regionale o nazionale. L'epoca storica presente, a livello internazionale e domestico, è caratterizzata da tratti di populismo bipartisan, che negano l'esistenza di *trade off* di policy. Ciò rende difficile aspettarsi una discussione pubblica e aperta su quali siano le questioni più rilevanti e quali quelle meno rilevanti nel SSN. La

selezione delle priorità sembrerebbe essere relegata, di fatto, a livello aziendale o clinico-epidemiologico.

1.3.2 I sistemi regionali in difficile equilibrio tra pareggio di bilancio e mantenimento dei livelli erogativi

In questo difficilissimo quadro, il Rapporto OASI rileva un fenomeno nuovo. Il periodo del Covid-19 è stato oggettivamente espansivo per molti sistemi sanitari regionali, soprattutto quelli con maggiore capitale istituzionale e amministrativo, come le grandi regioni del Centro-Nord del Paese. Ad esempio, diverse realtà hanno rafforzato la dotazione di personale fino a superare gli organici del 2009. All'opposto, le regioni più deboli, contraddistinte da una diffusa cultura "amministrativo-difensiva", abituate a procedure e aspettative di austerità, non hanno saputo beneficiare in modo altrettanto significativo della breve fase espansiva del SSN dovuta alla pandemia. Ad esempio, secondo i dati della Corte dei Conti⁹, nel 2022, in media¹⁰, le regioni del Mezzogiorno hanno utilizzato solo il 41% delle risorse per il recupero delle liste di attesa, a fronte di un dato del 57% al Centro e del 92% al Nord. Nel 2022, e ancor più nel 2023, si sono assottigliati i finanziamenti speciali, dal MEF volutamente tenuti esterni al perimetro del Fondo Sanitario. A fronte di costi in tendenziale aumento, diverse regioni sono entrate in una fase di difficoltà di bilancio.

In generale, si delinea una clusterizzazione inedita. Molte regioni del Centro-Nord, con una rete più robusta di servizi e di *capacity* produttiva installata, sono in grande tensione finanziaria. Per l'esercizio 2022, al Centro-Nord, i risultati negativi più rilevanti in valore assoluto¹¹ sono da ricondurre a Emilia Romagna e Toscana, tradizionalmente caratterizzate da una governance molto inclusiva rispetto agli enti locali e da una rete di erogatori prevalentemente pubblici, i cui costi sono più difficilmente contenibili attraverso tetti e budget. Le regioni del Mezzogiorno, asciugate da anni di piani di rientro, con una rete di servizi più deboli, appaiono per la maggior parte in buon equilibrio. Simbolicamente e significativamente, la Regione Calabria, purtroppo caratterizzata da deboli servizi e dalla minore speranza di vita in buona salute del Paese, presenta un avanzo di bilancio. Alla luce dei modesti tassi di copertura dei bisogni da parte del SSN, è difficile parlare di "sprechi" per le regioni in tensione finanziaria del Nord, dove il portafoglio di servizi è relativamente più ampio, ma soprattutto, relativamente più vicino all'universalismo dichiarato. L'interpretazione probabilmente più corrispondente al vero è quella di SSR che offrono una buona gamma di servizi, comunque insufficienti rispetto ai bisogni, ma, purtroppo, già superiori

⁹ Corte dei Conti (2023), Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2023, p. 277.

¹⁰ Media aritmetica.

¹¹ *Ibidem*, p. 234.

al livello che il SSN può permettersi con un livello di finanziamento tra il 6% e il 7% del PIL. Ovviamente, azioni di efficientamento sono sempre possibili in sistemi ultra complessi come la sanità: devono rimanere un costante obiettivo di lavoro per i manager e i *policy maker* del SSN. Allo stesso tempo, mai potremo recuperare i differenziali che registriamo nei confronti di altri paesi europei, magari paragonabili sul piano socio-economico e delle aspettative dei cittadini, ma con disponibilità di risorse per la sanità radicalmente diverse.

1.3.3 Espansione dei volumi o riorganizzazione di servizio: quale visione per utilizzare le risorse del PNRR?

A fronte della nuova stagione di contenimento della spesa del SSN per allineare quest'ultima ai finanziamenti definiti da parte dello Stato, non certo ai bisogni o alle innovazioni tecnologiche e cliniche oggi disponibili, occorre decidere come interpretare le risorse del PNRR destinate alla sanità ("Missione 6"). Gli investimenti dovrebbero essere orientati alla diversificazione dei setting di cura, alla sanità di iniziativa, alla presa in carico della cronicità, alla messa in sicurezza di tutte le infrastrutture, alla digitalizzazione radicale di tutti i servizi e i processi rilevanti. Qualcuno vede il PNRR in sanità, così come è stato disegnato e narrato ufficialmente, come un piano espansivo dei servizi, incoerente alla congiuntura e alle dinamiche finanziarie strutturali della spesa pubblica italiana, per come sono governate oggi. I sostenitori di questa visione si meravigliano di non trovare le risorse e il personale aggiuntivo sufficiente per popolare di contenuti di servizi i nuovi contenitori previsti dal PNRR e dal DM 77. In questa prospettiva, nuove politiche volte alla riduzione della spesa spiazzerebbero l'intero impianto della Missione 6, perché lascerebbero sostanzialmente vuoti i nuovi contenitori di servizi. Per questo motivo, altri cercano di attingere al programma *Next Generation EU* per coprire spese altrimenti finanziate con le risorse correnti ordinarie, proprio per disporre di un piccolo contributo pluriennale all'equilibrio di bilancio. Questa tendenza è incoerente con un piano finanziato a debito, ma rispondente alle esigenze finanziarie più contingenti.

In questa sede proponiamo invece una visione del PNRR e del DM 77 più coerente al quadro epidemiologico e delle risorse del SSN in essere. Il SSN ha due grandi necessità per affrontare la popolazione più anziana d'Europa con il 6,1% del PIL delineato dall'ultima NADEF: da un lato, definire priorità e perimetrare le aspettative dei pazienti, dall'altro, riallocare le risorse e i servizi a favore dei target di bisogno e dei setting ritenuti prioritari.

Nei contesti pubblici, in ambito programmatico, non c'è nulla di più difficile che definire priorità e quindi, automaticamente, gli utenti "prioritari" e "non prioritari". Qui l'esempio classico è costituito dalle classi di priorità delle prestazioni. Gli utenti non prioritari accederanno ai servizi in tempi più dilazionati, o con un'intensità assistenziale minore o diversa da quanto atteso. A

volte si tracciano dei confini per delimitare il perimetro di servizio e alcuni potenziali utenti verranno esclusi dall'accesso. Prevedibilmente, tutte le forme di rappresentanza dei soggetti ritenuti "non prioritari" protesteranno energicamente, avviando una *voice* spesso paralizzante, non solo per la programmazione, ma anche per l'intero processo di cambiamento.

Sul piano implementativo, invece, non c'è nulla di più complesso che riallocare risorse: ad esempio, spostare personale dai reparti ospedalieri delle specialità mediche agli Ospedali e alle Casa di Comunità. Anche le riallocazioni di risorse, servizi e personale creano resistenze sul lato dell'offerta, frequentemente in grado di generare una protesta esterna, tra gli stakeholder locali.

Questi processi, talora oppositivi e a volte più dialogati e negoziali, sono attesi e fisiologici in ogni contesto pubblico. Essi spingono policymaker e manager a privilegiare azioni di cambiamento che rimangano rigorosamente sul versante tecnico, attivando processi che si giocano nel perimetro scarsamente visibile della riallocazione di qualche unità di personale, di qualche setting erogativo e nella modifica di qualche procedura di eleggibilità dei pazienti e di gestione delle liste di attesa. Cambiamenti al margine, a macchia di leopardo, un'efficacia ridotta anche dalla scarsità di risorse per gli investimenti e dall'assenza di un orizzonte strategico complessivo. Interventi insufficienti per incidere sulla sproporzione tra l'evoluzione sfavorevole della demografia italiana e le modeste risorse dedicate al SSN. In tale quadro, PNRR e DM 77 rappresentano per il top e il middle management delle aziende un terreno di riorganizzazione su larga scala, di riallocazione delle risorse, di trasformazione dei servizi. Un contributo per facilitare e accelerare un processo che, in assenza di un contributo agli investimenti infrastrutturali e tecnologici, sarebbe stato ancora più lento e più disomogeneo tra le aree del Paese.

1.3.4 Quale approccio per trasformare l'offerta? Dalla logica prestazionale al governo della domanda e dei percorsi

Quale approccio di fondo adottare per ridisegnare i servizi nelle reti di offerta rinnovate grazie al PNRR? È necessario evolvere rispetto a logiche meramente prestazionali, di ricerca individuale della prestazione da parte del paziente, ma anche, di faticoso aumento della produttività come focus primario dell'organizzazione. La letteratura strategica¹², del resto, indica che i recuperi di efficienza possono aiutare le aziende a superare le crisi congiunturali; mentre in contesti strutturalmente mutati è necessario adattare il proprio posizionamento strategico.

¹² Si vedano a titolo di esempio: Derek F. Abell, (1993), *Managing with Dual Strategies. Mastering the Present Preempting the Future*, The Free Press, New York; Gary Hamel and C.K. Prahalad (1994), *Competing for the Future. Breakthrough Strategies for Seizing Control of Your Industry and Creating the Markets of Tomorrow*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts.

L'obiettivo è quindi quello di ricollocarsi verso logiche di presa in carico, da applicare soprattutto a cronici e fragili, i quali determinano una quota maggioritaria della spesa; verso logiche di calmierazione e convergenza dei consumi per paziente, di accompagnamento proattivo da parte del SSN ai consumi appropriati e sostenibili, i quali corrisponderanno a una quota più o meno ampia di domanda. Dobbiamo superare la logica che vede il prescritto nel SSN non correlato alla capacità produttiva disponibile; che osserva il cittadino, senza una guida, alla caccia della prestazione reperibile; che prova a inseguire le liste di attesa, quando in realtà non sappiamo quanti pazienti ricevono più prestazioni del necessario e quanti invece ne ricevono di meno. Cosa succederebbe se registrassimo, come probabile, che la maggior parte delle persone in lista d'attesa sono *over-treated*, mentre nessuno insegue gli *under-treated*? Le riflessioni dovrebbero partire da alcuni punti fermi, dettati dall'osservazione delle criticità esistenti, ma soprattutto dalla ragionevolezza.

- ▶ I consumi, tra pazienti omogenei in termini di patologie e stadiazione, dovrebbero essere convergenti.
- ▶ I volumi e mix delle prestazioni prescritte dovrebbero essere coerenti con quanto effettivamente erogabile.
- ▶ Le prestazioni appropriate ed effettivamente disponibili in un arco territoriale e temporale ragionevole dovrebbero essere indicate direttamente al cittadino in sede di prescrizione.

Questi passaggi rappresentano una grande rivoluzione di cultura di servizio. Richiedono processi più trasversali tra i silos aziendali e logiche di presa in carico opposte a quelle prestazionali. Soprattutto, domandano un framing diverso dei problemi, come cerca di proporre il Rapporto OASI 2023. Le liste di attesa più che essere *il problema*, *segnalano* una serie di problemi sottostanti che non possono essere genericamente inquadrati come scarsa produttività. Se le prescrizioni registrano ancora elevata e non giustificabile variabilità tra pazienti cronici omogenei e tra territori comparabili, anche perché il prescritto non tiene conto delle agende disponibili nel SSN, è inevitabile che si formino liste d'attesa e che il 50% delle visite siano poi ottenute a pagamento. A fronte di risorse certamente scarse, il problema è di programmazione, di governo clinico, di operations management, ma anche di postura, che deve passare dal focus esclusivo sull'offerta al governo della domanda, anche attraverso una rifocalizzazione dei sistemi di misurazione. Un esempio concreto: da parte di regioni e aziende è ancora oggi lacunosa la conoscenza dei volumi di prestazioni ambulatoriali ricevute dal singolo paziente in regime privato. In questo senso, l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico potrebbe rappresentare un punto di svolta. È chiaro, comunque, che, senza integrare le numerose prestazioni extra SSN, rimarrà impossibile compiere il primo passo analitico

verso una maggior razionalità ed equità, vale a dire il confronto dei consumi di pazienti omogenei.

In sintesi, i due *mantra* della nuova stagione, il contenimento della spesa e il rinnovo dei setting erogativi proposto dal PNRR, si conciliano se il secondo è occasione di riorganizzazione e ridisegno dei servizi, a fronte di risorse stabili se non in calo e di un quadro epidemiologico in trend inesorabilmente peggiorativo. Qualora, invece, il PNRR venisse interpretato come politica di espansione e diversificazione dei servizi, a fronte di risorse finanziarie e umane stabili o in riduzione, il programma di investimento risulterebbe inconsistente e anzi dannoso per la qualità dei servizi e per la reputazione del SSN.

1.3.5 È sufficiente ricevere più risorse per erogare di più? Il rapporto tra organici e volumi di prestazioni nel post-Covid

Il tema del rapporto tra risorse disponibili, riorganizzazione e livelli di risposta al bisogno si può affrontare anche da un'altra angolatura: osservando il trend del personale del SSN in relazione ai volumi di prestazioni erogate. Il Rapporto OASI, analizzando i dati del Conto Annuale, rileva che nel 2021 l'organico del SSN si è attestato a 670.561 unità, corrispondente a circa il 97% del personale registrato nel 2009, mentre alla vigilia della pandemia la percentuale era scesa al 94%. Limitando l'analisi alla componente medica, per ogni 100 medici presenti nel SSN nel 2009, oggi ne sono presenti 96, in leggera ripresa rispetto al 2019 quando erano 95. Oggi, a pandemia conclusa, il Servizio Sanitario può contare sugli organici più numerosi da dieci anni a questa parte, con una componente medica anziana, ma quantitativamente comparabile alla media europea. Se si osserva la densità di medici ogni 10.000 abitanti, nel 2021 l'Italia ne contava 41. Spagna e Germania si collocavano al di sopra (rispettivamente 46 e 45) mentre Francia e Regno Unito al di sotto (33 e 32 medici ogni 10.000 abitanti).

Tuttavia, il Rapporto OASI segnala come il SSN, al 2022, stenti a recuperare i livelli di produzione del 2019¹³, al Sud con ancora maggiori difficoltà rispetto al Nord, pur essendo finita l'emergenza Covid. Ad esempio, elaborando i dati Agenas, si rileva che le prime visite sono ancora inferiori del 14% rispetto al pre-pandemia, con il Mezzogiorno che si colloca 15 punti percentuali sotto il dato nazionale. Coerente e ancora più interessante è l'evidenza, riportata dalla Corte dei Conti e già accennata, sulla insufficiente capacità di molte regioni di utilizzare le risorse aggiuntive per recuperare la produzione proprio durante il 2022. A livello di sistema, dunque, non è stato sufficiente assumere più per-

¹³ Si precisa che, come riportato dal cap. 2 del Rapporto, i volumi di prestazioni di laboratorio già nel 2021 hanno recuperato i livelli 2019. Le difficoltà di recupero interessano soprattutto la diagnostica per immagini e le attività cliniche.

sonale e innestare risorse aggiuntive specificatamente dedicate per aumentare la produzione, pagando di fatto straordinari ai dipendenti a tariffe di libera professione. Una spiegazione che si basi su soli deficit di leadership o di organizzazione appare insufficiente. Proponiamo cinque ipotesi interpretative, non necessariamente in alternativa.

Una prima ipotesi riguarda quella componente di motivazione e slancio che ha radici organizzative. Sicuramente i dipendenti del SSN risentono della pluriennale fatica causata dallo sforzo del periodo pandemico, che, a parere di chi scrive, potrebbe non essere stata elaborata adeguatamente né a livello di sistema, né dalle singole aziende sanitarie. Alla narrazione degli “eroi” è seguita immediatamente l’attuale narrazione incentrata sulle “liste di attesa” e sulla bassa produttività del SSN, che ovviamente addita implicitamente i dipendenti del sistema stesso. Mentre è relativamente automatico trovare motivazione e spinta professionale in un contesto drammatico, in cui si è indispensabili per la sopravvivenza dei pazienti e dello stesso SSN, è più difficile mantenere elevati livelli di produttività in un contesto ordinario, in cui le debolezze del SSN riappaiono, dando l’impressione di una graduale parabola discendente che interessa l’intero sistema. In questa prospettiva, la difficoltà dei livelli nazionale, regionali e aziendali nel tracciare un percorso di cambiamento credibile per il sistema può aver contribuito alla caduta di senso e alla carenza di risultati sperimentata in alcune realtà.

Una seconda ipotesi si collega alla divergente dinamica tra realtà regionali descritta nel paragrafo precedente. Con riferimento al personale medico, grandi realtà come l’Emilia Romagna, la Toscana hanno registrato aumenti di organico del 10% e dell’8% rispetto al 2009, con una decisa accelerazione nel 2020-2021. In Campania, Sicilia e Calabria osserviamo cali tra il 22% e il 14%. La differente dinamica delle assunzioni può aver giocato un ruolo importante nel recupero dei livelli erogativi ancora più limitato nel Mezzogiorno.

Una terza ipotesi fa riferimento ai sistemi operativi aziendali e alle loro modalità di utilizzo. Il pluriennale periodo della pandemia ha allentato il ruolo e l’impulso garantito dai sistemi operativi aziendali: budget, flussi sanitari, incentivi. L’allentamento è stato di fatto autorizzato da un orientamento *mission driven* che non doveva preoccuparsi delle compatibilità economiche, che sarebbero state recuperate *ex post*. Questo ha indebolito e in parte delegittimato gli strumenti aziendali di indirizzo e monitoraggio dei risultati dei professionisti, con un impatto sulle possibilità di governo dei costi, dei volumi e dei mix di attività.

Una quarta ipotesi riguarda la fisiologica compresenza, nel settore sanitario, di più regimi di erogazione delle prestazioni. Alcuni operatori privati accreditati, alla luce delle tariffe insufficienti, soprattutto ambulatoriali, potrebbero aver preferito erogare in regime privato, saturando il budget SSN, ma rinunciando ad aggredire i budget aggiuntivi per il recupero delle liste d’attesa e della produzione pre-pandemica. Il meccanismo di finanziamento pubblico

potrebbe essere stato valutato come ormai eccessivamente distante dalle tariffe a pagamento, e comunque, non più sostenibile a fronte della crescita dei costi che ha interessato tutto il panorama degli erogatori.

Una quinta ipotesi riguarda sempre il mix di finanziamento delle prestazioni, ma osservato a livello micro. La situazione economica incerta, l'elevata domanda di prestazioni arretrate e la crescente legittimazione sociale del mercato a pagamento potrebbero aver reso alcuni professionisti delle aziende pubbliche più sensibili a questa fonte di reddito, in particolare nei contesti più ricchi del Paese. Sono le stesse aree dove si collocano anche i grandi produttori del SSN, il che potrebbe ridurre il focus sulle attività istituzionali.

Se una o più di queste interpretazioni risultassero plausibili o convincenti, si potrebbe capire come mai una sola logica prestazionale si sia rivelata parzialmente inefficace nel riportare la produzione ai livelli 2019 e a riagganciare sentieri di crescita della produttività.

1.4 I trade off strategici per il management delle aziende del SSN

Lo scenario proposto non è parte integrante del discorso pubblico e neppure dell'agenda politica. I *trade off* di *policy* descritti di seguito rimangono sotto-traccia. Essendo poco discussi esplicitamente e ricadono fisiologicamente sul management delle aziende sanitarie. Di fronte allo scenario attuale sono possibili due posture, che, in forma estremizzata, possono essere descritte come segue. Da una parte, il management del SSN può trovare nelle contraddizioni del sistema tutte le ragioni possibili per non poter realizzare alcuni piani formali assunti dal SSN stesso, dal PNRR e dal DM77 *in primis*. All'opposto, il management può assumersi la piena responsabilità del ruolo che ha e contribuire alla definizione della reale agenda delle questioni strategiche del SSN, sciogliendo alcuni dei principali *trade off*, che ricadono sui contesti e sulle *operation* delle loro aziende. Come sempre nel management, decisivo è il modo con cui i problemi vengono definiti (il *framing*), come sono identificate le possibili proposte alternative di soluzione, come vengono costruiti e attivati i fattori organizzativi abilitanti per rendere possibile un'implementazione efficace e realistica delle scelte strategiche.

1.4.1 La logica di fondo: razionare o riorganizzare?

La necessità di contenere la spesa in coerenza a un finanziamento al 6%-6,5% del PIL, in un'epoca di inflazione alta e di *shortage* di personale, impone risposte coerenti.

Le risposte si possono basare su logiche di razionamento, "potando" al margine i singoli silos di input, valorizzando il fatto che la metrica degli input rende

poco visibile l'impatto degli interventi sui servizi e sul tasso di copertura dei bisogni. Questo approccio può anche fare leva sul tema della lotta allo spreco, che non sarà mai ridotto a zero.

All'opposto, le scelte possono tendere all'avvio di un processo di profonda riorganizzazione, ovvero riallocazione delle risorse, rimodulazione dello skill mix nell'erogare i servizi, sviluppo e diffusione di nuove competenze tecniche e gestionali. A titolo d'esempio, la telemedicina è un vettore potenzialmente rilevante per riallocare attività, professionisti, trasformare la geografia dei servizi. Per dare un'immagine plastica, se, in una logica di *one stop service*, i Medici di Medicina Generale (MMG) potessero prenotare un numero pur limitato di teleconsulti con gli specialisti alla presenza del paziente, probabilmente risparmieremmo al paziente stesso e al sistema un numero importante di passaggi amministrativi: prescrizione, prenotazione, refertazione, consegna del referto al clinico richiedente. Questo potrebbe diminuire gli accessi totali ai MMG e agli specialisti, risparmiando molti passaggi all'utente. Similmente, la telemedicina e in generale la digitalizzazione potrebbero aiutare a programmare gli accessi degli utenti in modo da ottenere convergenza delle frequenze per patologie simili, appropriatezza nei consumi, maggiore programmabilità per il paziente. Standard assistenziali più ordinati potrebbero presumibilmente, implicare un minore consumo complessivo di risorse. Un esempio pratico è quello dei colloqui tra paziente e professionista che non richiedono un esame obiettivo, ma che si traducono, all'atto pratico, nella condivisione di referti e/o nella revisione al margine delle indicazioni terapeutiche nell'ambito di percorsi standardizzabili. Anche in molti di questi casi, digitalizzando la circolazione di documenti e svolgendo un numero maggiore di televisite e telerefertazioni, paziente e sistema potrebbero risparmiare molti passaggi autorizzativi, procedurali e amministrativi intermedi. La progressiva crescita delle capacità digitali degli utenti del SSN è in questo caso una grande opportunità.

Sul tema della riorganizzazione, è da sottolineare il fatto che il 78% delle Case di Comunità sono trasformazioni di strutture pre-esistenti: piccoli ospedali, poliambulatori, eccetera, che offrono una fisiologica piattaforma di riorganizzazione delle risorse già presenti.

A questo proposito, è emblematico il caso della riorganizzazione delle reti di emergenza-urgenza in Lombardia e in Emilia Romagna, presentato nel Rapporto. Si pianifica di cambiare in modo radicale le caratteristiche del servizio, da un lato per rispondere allo *shortage* di specialisti della medicina di emergenza-urgenza che ha natura strutturale e di lungo periodo, dall'altro per governare meglio domanda e funzionamento dei luoghi di accesso. Sostanzialmente, si tratta di ribilanciare l'eccesso di domanda che grava sui PS e la scarsità di accessi in continuità assistenziale. Il cambiamento avviene generando dei setting più appropriati e diversificati in relazione al bisogno dei pazienti, distinguendo, a partire dalla porta di ingresso e dal luogo erogativo, tra codici rossi e gialli da

un lato e codici bianchi e verdi dall'altro. Si cambia valorizzando l'accesso telefonico da casa e la possibilità di fare triage e telemedicina da remoto, potendo potenzialmente modificare i volumi di accesso inappropriati al PS, grazie a nuove funzioni digitali centralizzate e disponibili da remoto per tutti gli utenti.

All'opposto, si può cercare di rispondere allo shortage dei medici urgentisti in pronto soccorso con gettonisti di altre discipline, riducendo progressivamente gli orari di apertura, le retribuzioni riconosciute e l'intensità assistenziale, man mano che il vincolo delle risorse si acuisce, lasciando inalterati i modelli di servizio inadeguati e razionando progressivamente gli input. La difficoltà gestionale è probabilmente identica tra processi di innovazione e change management, che devono affrontare stakeholder resistenti al cambiamento, e scelte conservative di razionamento, che ricercano la sopravvivenza di modelli di servizi incoerenti e insostenibili nel contesto epidemiologico ed economico dato, dovendone inoltre restringere progressivamente il perimetro. Ogni giro aggiuntivo della vite del razionamento è salato quanto la gestione dell'ennesima resistenza al cambiamento. Nel primo caso difendiamo l'esistente che appare non sostenibile già dall'analisi iniziale, nel secondo caso proponiamo innovazione, sviluppo e una possibile visione per il futuro.

1.4.2 Il personale: shortage di medici o di professioni sanitarie?

Il tema della riorganizzazione rimanda a una riflessione più approfondita sul personale del SSN. La nuova programmazione delle facoltà di medicina provvederà a ristabilire dal 2030 un numero di medici specializzati consistente, con alcune specifiche carenze in discipline come emergenza-urgenza, anestesia, medicina di laboratorio. All'opposto, mancheranno significativamente gli infermieri a causa della carenza strutturale di vocazioni, indipendentemente dal numero di posti disponibili per la formazione universitaria. Nel 2023, le facoltà di medicina offriranno al settore tanti medici quanti infermieri (10.000 circa), quando il fabbisogno dei secondi è circa 2,5-3 volte il primo, anche considerando solamente la sostituzione degli occupati attualmente operanti nel sistema.

In molte delle 23 professioni sanitarie invece, al momento, non mancano i candidati interessati e interessanti, che, però, non vengono ritenuti in alcun modo fungibili per alcuni processi, attualmente di esclusiva competenza degli infermieri o di altre professioni sanitarie sempre più ricercate. In questo quadro diverse sono le strategie alternative disponibili per il management aziendale.

- ▶ Ridurre la produzione in coerenza alla carenza di personale disponibile.
- ▶ Competere con le altre aziende del SSN per acquisire più personale possibile, fisiologicamente a costi crescenti.
- ▶ Lavorare per incrementare la fungibilità tra le diverse professioni sanitarie, valorizzando maggiormente le figure più disponibili sul mercato.

- ▶ Accrescere la componente “laica” nei processi erogativi.
- ▶ Ridisegnare i servizi in una prospettiva a maggiore intensità tecnologica e minore utilizzo di persone.

Si possono imboccare più di una di queste strade contemporaneamente. In ogni caso la scelta e l'intensità del mix richiede l'elaborazione di programmi contingenti di breve periodo, di piani di medio periodo, l'assegnazione di responsabilità, la definizione di una metrica per valutare successi e insuccessi, la negoziazione con gli stakeholder. Si tratta di processi di cambiamento generativi e potenzialmente capaci di generare entusiasmo, rispetto ai quali abbiamo poche competenze ed esperienze e quindi i risultati finali, di medio periodo, sono difficilmente definibili. Ci si può avventurare in modo deciso e programmato in questo nuovo terreno; oppure, aspettare e difendere lo status quo. Tuttavia, i dati presentati nel presente Rapporto indicano chiaramente quale destino attende le aziende che adottano una resistenza passiva.

1.4.3 Quale priorità: il paziente occasionale oppure cronico?

Un SSN poco finanziato non copre tutti i bisogni ed effettua prioritizzazioni implicite, emergenti, spesso inconsapevoli, quindi difficilmente eque e in grado di massimizzare il beneficio collettivo. Quale risposta alternativa può essere delineata?

A livello aziendale è sicuramente velleitario impostare un piano organico e sistematico di prioritizzazione *top-down*. Eventuali analisi costi beneficio solleverebbero questioni etiche, sarebbero incoerenti i fini delle aziende e del SSN e probabilmente deboli sul piano delle evidenze.

Si può però lavorare all'interno delle singole aree e discipline, impostando riflessioni sui dati epidemiologici, sul mix di utenti serviti, per dedurre le attuali scelte implicite di priorità, chiedendosi, insieme ai professionisti della disciplina, se non siano necessari dei cambiamenti. A livello aziendale, infine, si potrebbe ricostruire il quadro complessivo della copertura dei bisogni per verificare l'esistenza di *gap* particolarmente impattanti sul piano sanitario o socio-economico. Un processo di analisi *bottom up* che, senza pretese di eccessive rigidità, dovrebbe aumentare la consapevolezza diffusa su bisogni e risposte e precludere a ricalibrature del sistema di offerta locale.

A questo proposito è possibile valorizzare la vera novità trasformativa nei servizi: l'accesso e le prenotazioni dei servizi avvengono sempre più attraverso canali digitali. L'attività è svolta dagli utenti, direttamente o mediante un operatore, che, comunque, satura un'agenda aziendale organizzata per specialità. Ogni meccanismo digitale di prenotazione contiene necessariamente un algoritmo di prioritizzazione che può essere cronologico, per gravità di patologia, per *follow up* del caso cronico, ecc. L'algoritmo di prenotazione tende inevi-

tabilmente a saturare le agende con alcune tipologie di pazienti, ritardando la prestazione di altri, per i quali si determina l'annacquamento o l'allontanamento del servizio. A titolo d'esempio, se ad ogni cronico viene garantito già a inizio d'anno la prenotazione di tutte le prestazioni di cui necessiterà durante l'esercizio, le agende saranno stabilmente sature rispetto a pazienti occasionali: ecco determinata la prioritizzazione dei cronici rispetto ai pazienti occasionali. Ovviamente vale anche il viceversa: se si prenota solo puntualmente, individuando di volta in volta la singola prestazione, il sistema concederà maggiore spazio ai pazienti occasionali, rispetto ai cronici. Di norma l'algoritmo non è conosciuto dai clinici, che non ne possono neanche apprezzare la rilevanza, essendo loro omesso il ragionamento appena esposto. Il responsabile amministrativo dell'algoritmo, a sua volta, non è consapevole dell'impatto clinico e sociale delle opzioni adottate. È possibile, ovviamente, proporre un processo e un framework utile ai professionisti sanitari per familiarizzarsi con queste logiche, correlarle con il quadro epidemiologico emergente e con il relativo case mix dei pazienti, per ridefinire o rimodulare le priorità dell'algoritmo di prenotazione e saturazione della capacità produttiva. Questo non richiede necessariamente, allo stato dei fatti, un confronto esplicito con gli stakeholder, non essendo il tema della definizione delle priorità in agenda nel discorso pubblico o politico. Ovviamente questo passaggio non è neppure impedito.

1.4.4 La digitalizzazione: focus sulla tecnologia o sulla strategia trasformativa?

Il processo di digitalizzazione del mondo sanitario si muove in diverse direzioni tra di loro complementari: *big data* e loro analisi a fini clinici e gestionali; ridisegno dei format di servizi, con la diffusione di tele-visita o tele-monitoraggio; diffusione di logiche di intelligenza artificiale per il supporto elettronico alle decisioni cliniche; crescita dell'interoperabilità informativa e clinica nelle filiere professionali. Coerentemente con il programma di investimento del PNRR, il SSN e i responsabili dei sistemi informatici delle aziende stanno predisponendo soluzioni e piattaforme tecnologiche. Le soluzioni tecniche che progressivamente si dispiegheranno nei prossimi tre anni sono oggi alla ricerca di problemi strategici da risolvere. Questo propone alle aziende sanitarie un interessantissimo spazio di lavoro e di autonomia: quali problemi affrontare e chi investire di questa responsabilità? Si può adottare un approccio più diffuso e decentrato che coinvolga direttamente i professionisti a trasformare i propri servizi, i propri processi di decisione clinica, i loro modelli di coordinamento professionale, attivando soprattutto percorsi di diffusione di consapevolezza e di competenza tra i professionisti sanitari, affinché contestualizzino e valorizzino le opportunità digitali disponibili nelle proprie UO. All'opposto, si può implementare un approccio più supportivo con uno staff centrale aziendale

responsabilizzato sugli obiettivi di cambiamento. L'innovazione può essere attuata inizialmente in modo profondo in pochi servizi, oppure in modo diffuso, seppur con minore capacità di accompagnamento. Si tratta di orizzonti di lavoro promettenti e inesplorati, in cui un management innovativo e con visione strategica può dare il meglio di sé, riscoprendo il gusto di costruire, quasi dalle fondamenta.

1.4.5 Big Data: raccoglierne sempre più o definire come utilizzarli meglio?

Molti attori del SSN ritengono che i dati utili per la gestione non siano disponibili, oppure siano incompleti o imprecisi. Di conseguenza in regione e aziende, molte energie sono impiegate per raccogliere ancora più dati, sempre più analitici e ancora più precisi. Eppure, le informazioni già oggi disponibili permettono una quantità di funzioni non agite davvero interessanti. Conosciamo il tasso di aderenza alle terapie prescritte da parte dei pazienti, ma non li valorizziamo per lavorare sulla *compliance*. Sappiamo i differenziali di consumato per abitante confrontando tra di loro ASL, distretti, Comuni, ma non abbiamo riti aziendali o contesti regionali per valorizzarli. Conosciamo la distanza tra prescritto e consumato e non ci interroghiamo su quali siano i driver per i quali un bisogno diventato domanda di servizi non riesca a diventare una prenotazione o una prestazione.

In realtà, il motivo dello scarso utilizzo dei dati già disponibili è probabilmente spiegabile dal fatto che non sono chiare e definite le finalità di analisi. Si vuole aumentare la produttività? Diminuire l'inappropriatezza? Colmare il gap di offerta rispetto a una domanda? Incrementare l'aderenza terapeutica? Inoltre, coerentemente con l'assenza di un chiaro obiettivo, non è identificato chi sia il responsabile aziendale di questa finalità o funzione. Ad esempio, assegnare a una persona o a una unità operativa il compito di lavorare sulle differenze di consumi tra territori paragonabili potrà attivare un percorso di ricerca ed analisi dei dati, determinerà l'esigenza di attivare riti aziendali di discussione e valorizzazione delle evidenze, avvierà la definizione di nuovi obiettivi aziendali da assegnare alle singole unità operative. Nessuno chiede o impedisce al management di attivare nuovi processi di utilizzo dei dati esistenti. Questi, fisiologicamente, faranno nascere l'esigenza di ulteriori dati, ma da subito instradati verso una finalità e accompagnati da una responsabilità aziendale ben individuata.

1.4.6 I nuovi setting del territorio: piattaforme erogative o tensori di cambiamento?

Il Rapporto analizza alcune esperienze di Case della Comunità (CdC) in fase di attivazione. I casi evidenziano, da un lato, un buon livello di chiarezza dichia-

rata degli obiettivi strategici di cambiamento che contraddistinguono le singole CdC, assieme e una marcata attenzione delle Direzioni aziendali; dall'altro, sottolineano alcuni elementi di forte continuità con l'assetto organizzativo e i sistemi operativi tradizionalmente in uso nelle aziende. All'interno delle CdC, l'assetto organizzativo dichiarato è matriciale, ma di fatto resta a prevalenza verticale, con i professionisti che mantengono i precedenti riporti gerarchici di unità operativa e dipartimento. Coerentemente, si osserva l'assenza di un qualche ciclo di programmazione e controllo focalizzato sulla CdC e, di conseguenza, di una reportistica ad hoc che sia automatizzata e non costruita di volta in volta sulla base delle necessità conoscitive contingenti. Anche nelle linee guida regionali e nazionali, si rileva l'assenza di un qualunque meccanismo di misurazione delle performance economiche e gestionali di questo nuovo setting.

Attualmente, le CdC appaiono declinate in logica *supply oriented*, con spazi e tecnologie proprie e personale sanitario prevalentemente tratto per un certo quantitativo di ore settimanali da articolazioni organizzative ospedaliere o dalle cure primarie. Se la piattaforma erogativa si confermerà come la logica stabile dei nuovi setting fisici del territorio, sarà necessario responsabilizzare sulla coerenza tra le risorse proprie e quelle appartenenti ad altri, e, poi, tra il combinato disposto delle due e le prestazioni erogate.

Se le Case della Comunità vorranno invece rappresentare un tensore orizzontale, allora l'oggetto ultimo di misurazione e responsabilizzazione dovrà evolvere verso il macro-processo della presa in carico, trasversale ai setting, fino all'introduzione di veri e propri budget di salute. Questo richiederebbe un ripensamento globale dei sistemi di controllo di gestione in una logica orientata ai processi, portando a livello di CdC metriche globali di sostenibilità, appropriatezza, efficacia e qualità complessive della presa in carico.

1.4.7 Veicolare la riorganizzazione dei servizi: approccio esclusivamente tecnico-analitico o di stakeholder management?

Le evidenze e le narrazioni proposte dal presente Rapporto OASI sono spesso distanti dal discorso pubblico e dal dibattito politico nazionale e locale. Questa distanza rappresenta uno spazio protetto di azione per il management, che non deve necessariamente aprire immediate negoziazioni con tutti gli *stakeholder* del proprio contesto per spiegare vincoli, *trade off* e scelte di priorità o di riallocazione. Ciò rappresenta una grande opportunità di azione innovativa più veloce e con meno resistenze. Bisogna inoltre considerare che, in un'epoca di populismo bipartisan dominante, è difficile esplicitare pubblicamente gli *out* e la loro soluzioni a favore di una o dell'altra polarità.

D'altra parte, un'azione innovativa non comunicata né spiegata alimenta la debolezza e l'inconsistenza di gran parte del discorso pubblico attuale, allontinando le istituzioni pubbliche dalle mappe cognitive collettive diffuse ogni

giorno dai principali *media*. Le istituzioni e le aziende, se rinunciano a comunicare e far comprendere il cambiamento, cercando forme di ascolto e coinvolgimento, rischiano di estraniarsi, di trasmettere un'idea di perenne debolezza delle soluzioni proposte e di scarsa considerazione del cittadino-paziente; fallendo una componente della loro *mission* e accentuando una delegittimazione purtroppo diffusa.

In questo contesto può essere utile riprendere testualmente¹⁴ una definizione di economicità applicata al mondo delle aziende pubbliche: “*Capacità, mantenuta nel lungo periodo, di soddisfare i bisogni ritenuti di pubblico interesse della comunità, facendo affidamento su un flusso di ricchezza fisiologico, ossia considerato economicamente sostenibile e socialmente accettabile dalla comunità stessa*”. Reinterpretando, si potrebbe affermare che il management ha l'obiettivo di migliorare stabilmente il rapporto tra risorse assorbite e soddisfacimento dei bisogni, agendo a garanzia della sostenibilità economica, ma tenendo in considerazione anche il consenso consapevole della comunità che sta servendo.

Rimane quindi una scelta strategica per il management decidere quando, in che modo e quanto intensamente dedicarsi al coinvolgimento attivo degli stakeholder locali, prima nella scelta delle priorità e poi nei processi trasformativi. È una classica situazione dove la comprensione piena del contesto può permettere di individuare il giusto punto di equilibrio di temperamento degli interessi legittimi ma contrastanti e la loro conseguente esposizione pubblica, che è l'essenza e il fascino del management pubblico.

Gli spazi strategici di autonomia e di lavoro per il management delle aziende sanitarie sono oggi rilevanti, ampi, stimolanti, garanti di grande crescita personale e professionale: il prezzo da pagare, in una società poco consapevole del proprio scenario e dei propri vincoli, è la percezione di una relativa solitudine istituzionale, che è evidentemente paradossale e dolorosa per chi lavora per gli interessi della collettività.

1.5 Sintesi dei capitoli del Rapporto

Il capitolo 2 del Rapporto offre un dettagliato panorama del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, focalizzandosi su aspetti istituzionali, dotazione strutturale, attività e risposta alla domanda di salute, oltre a posizionare il SSN nel contesto internazionale. Le riforme iniziate negli anni '90 hanno ridotto il numero di aziende sanitarie territoriali da 197 nel 2001 a 128 nel 2023, con processi di fusione mirati a ottimizzare le dimensioni istituzionali. Recentemente,

¹⁴ Borgonovi E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

alcune regioni medio-piccole hanno mostrato un'inversione di tendenza. Anche le Aziende Ospedaliere (AO) sono diminuite da 97 nel 2001 a 42 nel 2023, con l'ultima modifica introdotta nella regione Marche nel 2022. Nel complesso, negli ultimi 20 anni, le dimensioni medie delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) sono considerevolmente aumentate, con una popolazione media di 458.792 utenti a gennaio 2023. In termini strutturali, le esigenze di contenimento della spesa e riqualificazione hanno guidato una razionalizzazione dell'offerta ospedaliera e territoriale, inevitabilmente interrotta o comunque profondamente influenzata dalla pandemia nel biennio 2020-2021. Il Covid-19 ha anche influenzato il personale del SSN, con incrementi tra operatori tecnici e sociosanitari, personale infermieristico, ostetrico e vari professionisti sanitari, mentre i medici hanno registrato un aumento più modesto. Nonostante ciò, i numeri rimangono in diminuzione rispetto a un decennio fa, con particolari carenze di personale infermieristico. Per quanto riguarda le attività di ricovero, l'aumento nel 2021 non ha compensato il calo del 2020, mentre le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono complessivamente tornate a livelli pre-pandemici. Tuttavia, il recupero è da attribuire in stragrande parte al laboratorio analisi, mentre diagnostica per immagini, riabilitazione e le principali branche cliniche per acuti presentano ancora significativi gap rispetto al 2019. A livello internazionale, l'Italia si distingue per il basso numero di infermieri per 1.000 abitanti, il basso rapporto tra infermieri e medici e indicatori di attività ospedaliera inferiori rispetto ai principali paesi europei. Nel paragrafo conclusivo, si approfondisce il tema delle disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie, evidenziando come la pandemia abbia ulteriormente peggiorato la situazione, con un aumento delle rinunce alle prestazioni sanitarie considerate necessarie nel periodo 2019-2021, seguito da una lieve diminuzione nel 2022. Le lunghe liste d'attesa sono emerse come barriera principale all'accesso, particolarmente al Nord, indicando le difficoltà del sistema nel soddisfare la domanda di assistenza post-emergenza sanitaria.

Il capitolo 3 illustra i dati di spesa, finanziamento e performance economica del SSN secondo diversi livelli di rappresentazione e comparazione. Innanzitutto, si analizza l'andamento macroeconomico della spesa sanitaria, inteso come confronto tra l'entità della spesa sanitaria in rapporto al PIL (e altre misure) del nostro Paese con quella di altri Paesi Europei e degli Stati Uniti. A seguire, l'analisi approfondisce il livello nazionale, analizzando le dinamiche di finanziamento, l'entità e il ruolo delle diverse componenti della spesa del SSN. Il livello regionale è poi analizzato con l'obiettivo di apprezzare le differenze dei modelli regionali esistenti nei livelli di spesa, verificando anche le performance finanziarie delle singole regioni in termini di avanzo e disavanzo e approfondendo cinque casi studio (riferiti a Campania, Emilia Romagna, Piemonte, Puglia, Veneto) che consentono di avviare una prima riflessione

sulle politiche attivate a livello regionale per limitare il rischio del mancato equilibrio economico-finanziario nel 2022. L'ultimo livello di analisi si concentra sulle performance economiche delle aziende del sistema, analizzate con riferimento ai cinque casi di studio, che consente di approfondire il legame tra le dinamiche regionali ed aziendali e di esplorare il ruolo di entrambi rispetto al contenimento dei disequilibri. Se, fino allo scorso anno, si osservava una condizione di sostanziale disallineamento tra quanto osservato a livello aggregato e a livello locale (da un lato, l'equilibrio complessivo del SSN, osservato attraverso gli aggregati regionali e nazionali, dall'altro la difficoltà crescente delle aziende sanitarie a raggiungere l'equilibrio economico), quest'anno gli interventi di riprogettazione e riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali sollevano alcuni interrogativi sostanziali per la tenuta del SSN. I risultati delle analisi evidenziano come il livello di finanziamento per la sanità pubblica del nostro Paese, anche in chiave comparativa con altri Pasi, è stabilmente basso. La situazione di apparente equilibrio complessivo del SSN (osservato attraverso gli aggregati regionali e nazionali) va letta congiuntamente alle crescenti difficoltà riscontrate a livello di SSR e aziende nel raggiungere l'equilibrio economico, sollevando importanti interrogativi per la tenuta del SSN. In un contesto in cui, peraltro, non sono previsti consistenti interventi di aumento strutturale del finanziamento e della spesa sanitaria corrente pubblica.

Il capitolo 4¹⁵ analizza il settore degli erogatori privati accreditati. Nel 2022 la spesa del SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è stata pari a 414 euro pro capite, il 17,5% del totale della spesa sanitaria pubblica, in leggero aumento rispetto all'anno precedente (400 €, 17,4%). Dopo il calo osservato nel 2020, la spesa per assistenza erogata da privati accreditati era già cresciuta nel 2021 e ha continuato a crescere nel 2022, confermando il trend di ripresa rispetto al periodo pre-pandemico, a ritmo sostanzialmente identico rispetto alla spesa sanitaria pubblica.

A inizio 2021 gli erogatori privati accreditati detenevano complessivamente il 30% dei posti letto (PL) ospedalieri. Le 563 strutture private accreditate del Paese hanno in media dimensioni ridotte: 131 PL. Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, che raccolgono più della metà delle 75 realtà private accreditate con oltre 200 PL. Tra le specialità ad ampia diffusione in cui il privato accreditato gestisce più PL figurano Riabilitazione (77%), Ortopedia e traumatologia (38%) e Chirurgia Generale (32%). Prendendo a riferimento gli indicatori di processo ed esito introdotti dal DM 70/15, i dati relativi a colecistectomie laparoscopiche e valvuloplastiche segnalano elevati standard per oltre tre quarti delle strutture private accreditate, con

¹⁵ Il capitolo 4 è stato elaborato nell'ambito dell'Osservatorio sulla Sanità Privata Accreditata (OSPA) del CERGAS, SDA Bocconi.

percentuali superiori agli ospedali pubblici; riguardo agli interventi per frattura di femore nell'anziano, poco più di metà delle strutture raggiungono livelli di performance soddisfacenti, con un allineamento tra privato e pubblico; con riferimento al parto cesareo, la situazione è critica nel pubblico e ancor più nel privato. Al di là del raggiungimento degli standard, i dati PNE confermano l'orientamento prevalente ma non esclusivo del privato verso l'area elettiva, dove si registra un numero maggiore di strutture eroganti.

Passando al tema dell'assistenza territoriale, a livello nazionale il privato accreditato nel 2021 gestiva il 60% degli ambulatori e laboratori (con quote minime, attorno al 20%, in Liguria e Piemonte, fino a oltrepassare l'80% in Campania e Sicilia), l'84% delle strutture residenziali e il 71% di quelle semi-residenziali. Per valutare più solidamente l'effettivo ruolo rivestito dai privati in questi SSR, può essere utile analizzare i dati messi a disposizione da due regioni tra le più grandi e popolate del Paese: Lombardia ed Emilia Romagna. In Lombardia, il privato accreditato contribuisce in maniera consistente all'erogazione di prestazioni ambulatoriali, soprattutto in ambito di diagnostica strumentale (dove il contributo si attesta sul 59%) e di laboratorio (55%), ma con grande variabilità intra-regionale in termini di incidenze della componente privata e di prestazioni erogate per abitante, soprattutto con riferimento al laboratorio analisi. In Emilia Romagna emerge, invece, una maggiore uniformità del contributo privato tra le diverse aree di riferimento delle AUSL; il ruolo giocato dai privati accreditati è, tuttavia, nettamente più contenuto, con l'eccezione della diagnostica strumentale (27%).

Il capitolo 5¹⁶, dedicato al settore socio-sanitario, ha un duplice obiettivo: (i) aggiornare la tradizionale fotografia della rete socio-sanitaria pubblica e la sua capacità di prendere in carico gli anziani non autosufficienti; (ii) analizzare l'articolazione dei servizi domiciliari per anziani in quattro paesi (Belgio, Canton Ticino, Francia, Germania) per trarre indicazioni utili per il dibattito italiano, anche in relazione alla Riforma del sistema di assistenza per gli anziani (Legge Delega 33/2023). L'analisi si fonda su un disegno di ricerca qualitativo basato su analisi documentale di fonti istituzionali nazionali e dei paesi selezionati.

Rispetto al primo obiettivo, dai dati 2021 si conferma la crescente residualità del welfare pubblico di fronte alla platea di oltre 3,9 milioni di over65 non autosufficienti. In particolare, a livello nazionale il 7% di questi soggetti risiede in una struttura residenziale socio-sanitaria, il 22% è beneficiario di Assistenza Domiciliare Integrata, con una media di 16 ore di assistenza all'anno per caso, un dato che interroga circa la capacità di presa in carico completa.

¹⁶ Il capitolo 5 è stato elaborato nell'ambito dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC) del CERGAS, SDA Bocconi.

Con riferimento all'analisi comparata emergono alcune indicazioni per il dibattito italiano. Primo, per enfatizzare il ruolo del livello centrale servono strumenti operativi che possano allineare gli obiettivi e rendere i sistemi più equi, pur nella valorizzazione delle differenze territoriali. Secondo, il ruolo della valutazione è molto efficace, se è centrata sulla verifica dei bisogni, piuttosto che dei requisiti per l'accesso alle risorse pubbliche. Questo consente la definizione di budget di cura che includono sia la spesa pubblica che privata per personalizzare i servizi e ampliare la platea dei beneficiari. Terzo, definire priorità a livello di policy produce soluzioni diffuse di cui beneficia tutto il sistema. Infine, l'assistenza al domicilio deve e può essere frutto di una progettazione sul singolo caso che include la sua rete, la sua casa e le risorse attivabili e non un insieme di prestazioni disgiunte.

Il capitolo 6¹⁷ analizza dinamiche e composizione della spesa sanitaria privata. Quest'ultima, nel 2022, dunque in un quadro economico in continua mutazione, registra una normalizzazione del proprio percorso di crescita, dopo un 2021 in cui la drastica riduzione osservata l'anno precedente era stata pienamente recuperata. A differenza degli anni scorsi, quando gran parte della variazione era imputabile alla componente *out of pocket*, circa la metà della modesta variazione osservata nel 2022 è dovuta alla componente assicurativa volontaria. Il 2022 è stato caratterizzato da una nuova variabile, pressoché assente dallo scenario macroeconomico europeo, negli ultimi due decenni: l'elevata inflazione e la conseguente diminuzione del potere d'acquisto delle famiglie, che possono aver avuto un ruolo nella poco significativa crescita della spesa sanitaria privata e nella minore rilevanza assunta dai consumi sanitari privati nelle gerarchie di spesa delle famiglie.

Già le passate edizioni avevano mostrato che l'emergenza pandemica ha avuto un impatto significativo sull'accesso alle prestazioni specialistiche. Dati relativi al 2021 confermano come, per la prima volta da quando questi sono disponibili, la percentuale di prestazioni specialistiche (visite ed esami diagnostici) finanziata attraverso il ricorso a risorse private (*out of pocket* e intermedie) è cresciuta di circa 10 punti percentuali tra il 2020 e il 2021, a fronte comunque di consumi ridotti che, nel 2021, verosimilmente risentivano ancora degli impatti del Covid-19 sull'operatività delle strutture sanitarie.

Un'attenzione di rilievo è data nell'edizione di quest'anno al tema della sanità integrativa, attraverso un'analisi sulla diffusione e il grado di utilizzo delle coperture sanitarie di natura contrattuale e aziendale. L'analisi mostra come a eterogenei livelli di diffusione tra regioni meridionali e settentrionali non corrisponda un diverso livello di utilizzo delle coperture.

¹⁷ Il capitolo 6 è stato elaborato nell'ambito dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CERGAS, SDA Bocconi.

Le conclusioni insistono sulla necessità di inserire ogni ragionamento sulla spesa e i consumi sanitari privati nelle riflessioni sull'intero sistema sanitario e di lavorare al consolidamento della sanità integrativa attraverso azioni che ne favoriscano la sostenibilità nel lungo periodo.

Il capitolo 7 si propone di fornire un quadro dei principali indicatori di salute e di sviluppare alcune considerazioni in merito ai principali sistemi di monitoraggio e performance del SSN. A livello internazionale, l'aspettativa di vita italiana, pari a 82,7 anni, risulta la sesta più alta al mondo a dati 2021. A livello nazionale permangono importanti divari interregionali: si passa da un'aspettativa di vita alla nascita di 83,9 anni nella PA Trento a un valore di 81,2 anni in Sicilia. Tra 2020 e 2021, le regioni del Nord registrano un aumento nella aspettativa di vita più pronunciato di quelle del Centro-Sud, anche in virtù dell'assorbimento dei maggiori effetti legati della pandemia osservati nei dati 2020. Per quanto riguarda l'aspettativa di vita in buona salute, il dato medio nazionale è in invece in peggioramento, da 60,5 a 60,1 anni, e marcato da una forte variabilità regionale, dai 69,3 anni della PA di Bolzano (in aumento rispetto alla precedente rilevazione di 2,1 anni) ai 53,1 anni della Calabria (in calo di 1,3 anni rispetto al 2020). Sul lato della domanda di salute, la popolazione italiana conferma di essere caratterizzata diffusamente da multi-morbidità, più frequente nelle fasce più anziane della popolazione e soprattutto al Sud e nelle Isole. Dopo aver sistematizzato i diversi atti di indirizzo di programmazione sanitaria e i collegati (i) sistemi di monitoraggio e (ii) di valutazione dell'andamento del SSN, il capitolo propone inoltre un'analisi su variabilità e media dei punteggi registrati sui singoli indicatori inseriti nel Nuovo Sistema di Garanzia (CORE-NSG, 22 indicatori): in termini prospettici, esistono per gli SSR ambiti di performance definibili come (i) "di generalizzato mantenimento", (ii) "di potenziale generalizzato miglioramento" e (iii) "diffusamente da potenziare". A livello aziendale, infine, è stato considerato il modello di valutazione multidimensionale delle performance aziendali proposto da AGENAS a fine 2022 e applicato alle aziende ospedaliere del Paese. Nel 2021 sono 9 le AO/AOU con un elevato livello complessivo di performance, in riduzione rispetto al 2019, quando erano 17. Queste aziende si trovano nelle regioni centro-settentrionali del Paese e sono aziende di grandi dimensioni nel caso delle AOU (più di 700 posti letto) e di medie dimensioni nel caso delle AO (meno di 700 posti letto). Lo strumento di valutazione, che rappresenta una significativa e positiva innovazione, può stimolare la riflessione su (i) l'equilibrio nella copertura delle 5 aree di performance, oggi caratterizzate da un peso maggiore dell'area economico-finanziaria, (ii) la scelta di indicatori che favoriscano la focalizzazione sul fenomeno indagato, (iii) le possibilità sviluppo di processi di responsabilizzazione integrati (di filiera e/o tra partizioni organizzative all'interno delle aziende), (iv) l'innovazione degli oggetti di rilevazione, oggi poco orientati a processi e pazienti.

Il capitolo 8¹⁸ approfondisce il tema del finanziamento dei farmaci nel nostro Paese. Esso si fonda su un sistema di fondi/tetti che è stato oggetto di numerose proposte di revisione e modifica. Tra queste, nel 2018 il Ministro della Salute attraverso il Documento in materia di «Governance Farmaceutica» aveva indicato come i tetti di spesa farmaceutica sarebbero diventati un metodo di finanziamento residuale. Nonostante alcune variazioni negli anni, come la creazione di fondi per farmaci innovativi o la revisione delle percentuali di allocazione, non è ancora stato introdotto un meccanismo di finanziamento alternativo ai tetti di spesa.

Il capitolo ha, pertanto, l'obiettivo di: (i) indagare gli effetti dell'attuale sistema di finanziamento dei farmaci; (ii) posizionare l'attuale sistema italiano nel panorama dei sistemi di governo della spesa farmaceutica presenti in altri Paesi europei allo scopo di trarne spunto ed ispirazione; (iii) identificare possibili scenari di cambiamento, valutandone criticamente pro, contro, e potenziali percorsi di graduale adozione in Italia.

Il sistema di tetti sulla spesa farmaceutica è stato negli anni un efficace strumento di controllo di una delle principali voci di spesa sanitaria. Tuttavia, questo strumento presenta due principali criticità: la prima è il suo rapporto con le risorse complessive a disposizione per la sanità, concepito come percentuale fissa; la seconda l'impossibilità di «far comunicare» fra loro i due tetti di spesa, negando quindi la possibilità di spostare le risorse non utilizzate da un ambito all'altro. In ottica internazionale, il controllo della spesa farmaceutica avviene in maniera eterogenea, prevalentemente attraverso sistemi come i target di spesa, i budget e in maniera residuale i tetti.

In definitiva, il presente contributo fornisce un percorso concreto, attuabile senza stravolgimenti dell'assetto regolatorio (almeno nel breve periodo), e finalizzato a perseguire, in un contesto di programmazione ex ante delle risorse per i farmaci acquistati dalle aziende, un equilibrio tra controllo della spesa e riconoscimento del valore dei farmaci, in relazione al loro posto in terapia.

Il capitolo 9 approfondisce il tema del Pronto Soccorso (PS), una delle realtà oggi maggiormente sotto i riflettori dell'attenzione pubblica e delle autorità sanitarie che ne stanno facendo oggetto di riforma. Le determinanti individuate nella letteratura sul suo difficile funzionamento sono molteplici così come le soluzioni manageriali. Il capitolo adotta una prospettiva sovra-aziendale per fornire una diagnosi circa i fattori che incidono sulla difficoltà di governare la domanda in entrata e offre una sistematizzazione delle principali traiettorie di cambiamento nel ridisegno complessivo delle reti di Emergenza-Urgenza (E-U). In Italia e in molti altri paesi d'Europa gli accessi in Pronto Soccor-

¹⁸ Il capitolo 8 è stato elaborato nell'ambito dell'Osservatorio Farmaci (OSFAR) del CERGAS, SDA Bocconi.

so superano ormai da tempo i 300 ogni 1.000 abitanti l'anno. Dai confronti interregionali e internazionali emerge un quadro in cui gli accessi in PS sono forse comprimibili (cfr. Germania) ma ovviamente non del tutto evitabili. Il confronto interregionale mostra poi un'estrema variabilità di accesso tra regioni ma una sostanziale comunanza nell'afflusso consistente di urgenze minori (codici verdi e bianchi). Attraverso l'analisi di due casi di studio, Emilia Romagna e Lombardia, emerge in modo ancora più approfondito come i problemi di funzionalità dei PS siano almeno in parte riconducibili a questioni di inappropriata offerta di urgenza, alla dispersione degli accessi tra i Pronto Soccorso e a elementi di inappropriata dei canali di accesso (elevato tasso di accessi non mediati). I tentativi di ridisegno istituzionale e organizzativo in corso sono un primo importante passo in termini di costruzione di una nuova consapevolezza e di gestione dei flussi a monte. Le prime sperimentazioni analizzate nel capitolo sembrano inoltre promettenti. Dall'analisi si evince però come i fenomeni che riguardano il PS siano fortemente interconnessi con il resto della rete assistenziale e pertanto, per affrontarli è necessario mettere in atto soluzioni sistemiche. Queste trasformazioni possono usare strumenti e logiche differenti (decentramento e prossimità fisica vs. centralizzazione e digitalizzazione), a seconda delle caratteristiche specifiche dei singoli contesti territoriali.

Il capitolo 10 è dedicato al percorso di profonda revisione dei modelli organizzativi del territorio avviato nell'ultimo biennio. Nel maggio 2022 è entrato in vigore il Decreto Ministeriale nr.77 (DM77) che definisce standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per i servizi territoriali sviluppati con gli investimenti previsti dal PNRR. Il capitolo 10 approfondisce il DM77 il quale, pur evidenziando il ruolo delle politiche definite a livello nazionale sull'organizzazione dell'assistenza territoriale, lascia importanti spazi di autonomia alle regioni e alle aziende sanitarie locali. La ricerca persegue l'obiettivo di comprendere in che modo le indicazioni del DM77 sono state interpretate e recepite dalle regioni, esplorando anche il rapporto tra regioni e aziende sanitarie nella formulazione e declinazione delle scelte regionali e nella definizione del documento di recepimento del DM77. Sono stati approfonditi dieci contesti regionali attraverso l'analisi desk della documentazione regionale e l'organizzazione di un focus group. I risultati mostrano tre posture diverse delle regioni considerando sia il contenuto del documento di recepimento del DM77, sia l'iter di dialogo con le aziende sanitarie per la sua realizzazione e diffusione: (i) documenti regionali che rappresentano prevalentemente l'atto formale di recepimento del DM77; (ii) documenti particolarmente incentrati sulla descrizione del modello territoriale in essere; (iii) documenti con un elevato grado di rielaborazione dei temi del DM77. È poi stato possibile osservare tre approcci nel processo di coinvolgimento delle aziende sanitarie: (a) approccio a larga inclu-

sione; (b) guida regionale del processo di trasformazione dei servizi aziendali; (c) relazione di carattere istituzionale. La ricerca ha messo in evidenza sia la rilevanza della relazione tra regione e aziende sanitarie indotta dalla governance multilivello per il PNRR e il DM77, sia la tensione esercitata sul sistema a debole connessione del SSN nella gestione del cambiamento dei modelli locali.

Il capitolo 11 analizza il fenomeno delle carenze (shortage) di personale medico nel Servizio Sanitario Nazionale, con riferimento al contesto delle aree periferiche. Dopo aver quantificato lo shortage di medici nel SSN (che risulta in media con altri paesi Europei ma con profonde eterogeneità tra diverse specializzazioni e aree geografiche), il capitolo inquadra il tema dello shortage di personale attraverso due prospettive di analisi: (i) i fattori che influenzano le scelte dei medici in merito ai contesti presso i quali lavorare e, di conseguenza, determinano l'attrattività dei presidi periferici e (ii) le strategie che le aziende possono adottare per correggere la distribuzione del personale medico tra aree urbane e remote, tendenzialmente a sfavore di queste ultime.

Per affrontare tali prospettive sono stati analizzati quattro casi aziendali, attraverso 28 interviste semi-strutturate con rappresentanti delle direzioni strategiche, responsabili di unità operative e professionisti dei reparti di ortopedia-traumatologia e cardiologia, medicina d'urgenza e Pronto Soccorso. Lo studio dei casi ha consentito di mappare le sfide dell'attrattività dei medici nei presidi periferici e di identificare le possibili soluzioni organizzative adatte a sopperire alle carenze di personale, con un focus sull'esternalizzazione dei servizi di Pronto Soccorso.

I risultati dell'analisi identificano i fattori professionali come principali driver di scelta del posto di lavoro, in quanto l'attrattività dei presidi periferici dipende dalla capacità di sviluppare competenze, autonomia e reputazione. Tra le strategie adottate emergono l'attivazione di collaborazioni extra-aziendali, la creazione di poli di specializzazione, l'organizzazione del lavoro, l'utilizzo strategico delle leve di gestione del personale, il ruolo della leadership. Si rileva, inoltre, un ricorso diffuso (seppur con diversa intensità e ampiezza) all'esternalizzazione di turni del Pronto Soccorso, che viene presentata come soluzione organizzativa necessaria per fronteggiare l'attuale carenza di personale medico e garantire continuità operativa, economicità e qualità dei servizi ospedalieri.

Il capitolo 12 si pone l'obiettivo di contribuire al dibattito sul consolidamento della telemedicina nel SSN e di approfondire i modelli organizzativi formalizzati ed emergenti. Lo studio si basa sull'analisi documentale dei provvedimenti pubblicati nell'ambito del PNRR a partire dal 2022 e sull'approfondimento di cinque casi studio regionali, per ognuno dei quali è stato adottato un approccio multilivello intervistando referenti dell'Assessorato e di un'azienda sanitaria.

L'analisi della documentazione regionale prodotta nell'ambito del PNRR evidenzia un quadro profondamente eterogeneo, seppure tutte le regioni puntino a sviluppare una infrastruttura regionale unica. Attualmente, solo una parte degli SSR dispone di piattaforme attive a beneficio delle aziende e si osservano modelli organizzativi emergenti ed equilibri tra livello regionale e aziendale sensibilmente diversi. A livello aziendale le difformità sono ancora più marcate. In termini di responsabilità organizzative, le scelte agite nei casi studio vanno dall'identificazione di una unità organizzativa dedicata alla telemedicina all'assenza totale di responsabilità formalizzate. Per favorire il consolidamento della telemedicina, risultano più frequentemente attivate le pratiche di *change management* operative, ossia quelle volte a gestire il cambiamento indotto nella quotidianità, mentre sono raramente implementate quelle di natura strategica, finalizzate a indirizzare il cambiamento a un livello prima di tutto culturale e a costruire sinergie con tutti gli attori coinvolti.

In conclusione, negli ultimi anni il consolidamento della telemedicina è avvenuto presidiando principalmente le dimensioni infrastrutturali e tecnologiche e trascurando inevitabilmente gli aspetti organizzativi e strategici. È necessario che adesso l'attenzione si sposti sulla revisione dei modelli di servizio a livello aziendale affinché livello strategico e operativo possano essere pienamente interdipendenti e trovare reciproca coerenza in questo processo di consolidamento.

Il capitolo 13 affronta il tema del processo decisionale condiviso, o *shared decision-making*, come pilastro dell'assistenza «centrata sulla persona» e del coinvolgimento attivo del paziente in ambito sanitario. L'indagine ha analizzato lo stato dell'arte nell'adozione di approcci di coinvolgimento dei pazienti nella pratica clinica in Italia, e successivamente, esplorato i fattori che possono influenzare la diffusione in un'ottica organizzativa, con uno sguardo particolare alla gestione del tumore mammario. La ricerca ha adottato un approccio quali-quantitativo, integrando una *survey* internazionale con un focus group e due casi studio.

Dai risultati della *survey* condotta tra specialisti di unità senologiche italiane ed europee, emerge che lo stile di comunicazione «condiviso» tra paziente e medico è quello ritenuto più soddisfacente dagli intervistati. Tuttavia, solo il 42% dei medici italiani ha dichiarato di avere a disposizione strumenti di supporto alle decisioni terapeutiche nei loro centri, e tra questi, il 77% ne fa uso. Gli ausili decisionali sono in gran parte cartacei, ed emerge un ritardo nell'uso di strumenti digitali o *web-based* (9% nel nostro Paese rispetto al 30% nel resto d'Europa).

La ricerca ha anche coinvolto un panel di specialisti di sette *Breast Unit* italiane che hanno confermato alcuni degli spunti emersi della *survey*. Di fronte ai tentativi ben argomentati nella letteratura per standardizzare il processo de-

cisionale e ad esempi concreti di utilizzo di strumenti decisionali per strutturare tale processo, la pratica clinica italiana continua a sottolineare l'importanza della relazione medico-paziente e della comunicazione nella personalizzazione del trattamento. La conoscenza sul tema è ancora poco diffusa presso gli specialisti nel nostro Paese, per cui il potenziale beneficio derivante dall'adozione di questi strumenti non può ancora essere valutato adeguatamente. È importante dunque pianificare futuri progetti di *quality improvement* a livello aziendale per approfondire la comprensione del ruolo delle scelte condivise nell'assistenza sanitaria e per sviluppare strategie di implementazione di interventi che tengano conto delle specificità organizzative, professionali, cliniche e informative.

Il capitolo 14 intende indagare se e come la progettazione strategica delle Case della Comunità sia attenta a riflessioni di cost management, o meglio, di allineamento tra costo e valore prodotto per gli utenti e per la collettività, in un'ottica di sostenibilità complessiva. In particolare, il capitolo analizza quattro esperienze di CdC in fase di attivazione, dai profili e dagli obiettivi strategici dichiaratamente differenti. La ricerca raccoglie gli elementi principali di tali processi di revisione dell'offerta, ricavando informazioni sui driver di costo impattati nei singoli contesti.

Le interviste condotte evidenziano che in tutte le realtà analizzate esiste una consapevolezza dell'esistenza di una pluralità di cost driver attivati o attivabili nella strutturazione e implementazione delle CdC. Tuttavia, non sempre l'azione sul medesimo cost driver è attivata in maniera chiara, univoca o esplicita. Inoltre, si registra una percezione di maggior spazio di azione sui driver di tipo *executional*, che in genere sfruttano opportunità di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse, producendo risultati prevalentemente nel breve periodo. Ciò rappresenta un aspetto di differenziazione rispetto alla letteratura manageriale, che privilegia, per iniziative di questa portata, l'attivazione di driver di tipo *structural*. Questo aspetto può essere interpretato in vari modi, a partire dalla carenza di personale, che, ancora oggi, interessa molti ambiti aziendali, rendendo difficile collocarsi in un'ottica di compiuta innovazione strategica. Infine, si rileva l'assenza, non solo nei casi analizzati, ma anche nelle linee guida regionali e nazionali sulle CdC, di un qualunque meccanismo di misurazione delle performance economiche e gestionali di questo nuovo setting. Tale mancanza riflette l'assetto organizzativo e i sistemi operativi aziendali, che, in tutte le realtà osservate, mantengono una forte verticalità, con poteri e responsabilità incentrati sulle unità operative e sui dipartimenti. A seconda della natura che le CdC assumeranno in futuro, da semplice piattaforma erogativa fino a vero e proprio tensore organizzativo orizzontale, sarà opportuno modificare il modello di controllo in termini di oggetti, misure e flussi informativi per supportare la fase sia di pianificazione, sia di responsabilizzazione e controllo.

Il capitolo 15 studia il tema dell'Internal Auditing, definito come un'attività indipendente di *assurance e consulting* mirata a supportare il raggiungimento degli obiettivi organizzativi e migliorare la gestione dei rischi, il controllo e i processi di governance. Originariamente confinata al settore privato, l'Auditing ha guadagnato crescente importanza nel settore pubblico e nella sanità negli ultimi anni, anche in termini normativi. È, tuttavia, carente la disponibilità di studi volti ad approfondire le modalità di implementazione e le prospettive evolutive. Lo studio mira a colmare tale gap, mediante un'analisi delle principali esperienze sviluppate nella sanità italiana. Lo studio ha utilizzato l'approccio dei casi, coinvolgendo sette organizzazioni sanitarie italiane selezionate in base al livello di maturità della funzione di Internal Auditing. I casi selezionati per la ricerca appartengono a contesti geografici diversi e rendono conto della relativa variabilità degli assetti istituzionali delle aziende presenti nei diversi SSR. Sono state condotte interviste semi-strutturate volte ad approfondire gli assetti di governance, le modalità operative e, ove presenti, l'influenza delle norme regionali. La regolamentazione regionale ha rappresentato il principale driver per l'implementazione dell'Internal Auditing nelle organizzazioni sanitarie. Questa, a sua volta, è stata trainata dall'introduzione dei percorsi di certificabilità dei bilanci. Ad oggi, solo cinque delle venti regioni italiane hanno emesso normative specifiche sull'Internal Auditing in sanità, influenzando o coordinando le pratiche organizzative. Le soluzioni organizzative sono eterogenee in termini di collocazione e strutturazione della funzione, mentre il focus principale è rappresentato dalla dimensione finanziaria. È invece esclusa dal perimetro dell'Internal Auditing la dimensione clinica. In prospettiva, emerge la necessità di: investire in formazione; una struttura organizzativa più forte; una maggiore integrazione con altre funzioni, inclusa la dimensione clinica per garantire un controllo dei rischi completo.

Il capitolo 16¹⁹, dedicato ai temi del *procurement*, è strutturato in due parti. La prima parte presenta l'aggiornamento sullo stato degli acquisti centralizzati in sanità. La seconda parte, analizza attraverso la discussione di due casi studio, il Value-based Procurement Process (VBPP), quale modalità per sostenere la transizione da un procurement tradizionale e operativo verso logiche strategiche volte alla generazione di valore. Il primo caso fa riferimento alle evidenze generate da due «*action-research*» per simulare modalità di definizione e contenuti del *business case* relativo all'acquisto di due prodotti selezionati in collaborazione con due imprese aderenti all'Osservatorio MASAN²⁰. Il secondo caso fa riferimento a una gara di procurement sostenibile, applicata all'ac-

¹⁹ Il capitolo 16 è stato elaborato dal team di ricerca dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei contratti in Sanità (MASAN) del CERGAS, SDA Bocconi.

²⁰ Cfr. nota precedente.

quisto di guanti, realizzata in autonomia da ESTAR e si colloca nell'ambito di un rapporto collaborativo pluriennale tra ESTAR e l'Osservatorio, finalizzato a generalizzare e, quindi, scalare le innovazioni sperimentali avviate dalla centrale. I dati di mercato confermano, come per altro evidenziato anche nel Rapporto 2022 (Cusumano *et al.*, 2022), che la centralizzazione ha raggiunto un plateau. Per potere raggiungere nuovi risultati è quindi necessario adottare logiche diverse orientate al valore. I casi, in tal senso, consentono di definire quattro ingredienti: leadership strategica; competenze specialistiche; dialogo con il mercato; dati ed evidenze.

Il capitolo 17 si pone l'obiettivo di analizzare, con riferimento sia ai farmaci sia ai dispositivi medici, lo strumento di finanziamento e controllo della spesa costituito dal binomio tetti – *payback*.

Nel 2022 il settore dei dispositivi medici ha ricevuto dal governo italiano la richiesta di ripiano degli sfondamenti del tetto sulla spesa per gli anni 2015-2018, per un totale di quasi 2,1 miliardi di euro. Il tema del *payback* risulta particolarmente importante anche per il mondo farmaceutico, dove lo sfondamento del tetto degli acquisti diretti del solo 2022, secondo i dati del monitoraggio AIFA, impone alle farmaceutiche un ripiano pari a circa 1,35 miliardi di euro.

Più in dettaglio, il capitolo intende approfondire il tema del *payback* attraverso i seguenti punti: (i) confrontare nel panorama europeo, i diversi sistemi per il finanziamento e il contenimento della spesa sanitaria analizzando le possibili forme di *payback* comparabili con le misure per i farmaci ed i dispositivi medici attuate in Italia e capire in cosa si differenziano; (ii) mappare le altre soluzioni presenti nei principali Paesi europei per bilanciare la sostenibilità della spesa e l'accesso all'innovazione tecnologica; (iii) studiare, dal punto di vista di policy, quali sono i vantaggi e gli svantaggi del sistema tetti-payback; (iv) rilevare a quanto ammonta il *payback* richiesto alle imprese produttrici di farmaci e dispositivi medici e quali impatti comporta sui loro bilanci; (V) definire quali sistemi potrebbero consentire un superamento del *payback* e come dovrebbero i policymaker italiani gestire un'eventuale transizione verso altri sistemi.

In sintesi, questo capitolo offre una prospettiva completa sul concetto di “*payback*”, collocando tale sistema in un contesto globale e analizzando le potenziali implicazioni per l'accesso all'innovazione identificando le leve disponibili per sviluppare politiche alternative rispetto al meccanismo attuale.

2 La struttura e le attività del SSN

di Francesca Guerra, Attilio Gugiatti, Simone Manfredi, Natalia Oprea¹

2.1 Premessa

Il capitolo dipinge un quadro complessivo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, della sua organizzazione e delle sue attività, con un'attenzione particolare ai cambiamenti che ne hanno caratterizzato l'evoluzione negli ultimi anni. Inoltre, il contributo presenta un confronto internazionale sulla struttura dell'offerta, sull'utilizzo di beni e servizi e sull'appropriatezza delle cure in alcuni sistemi sanitari di Paesi europei ed extra europei.

Il modello di analisi adottato è quello economico aziendale, come descritto nel capitolo 1 del Rapporto OASI 2012 (Anessi Pessina e Cantù, 2012). Gli elementi approfonditi sono i seguenti:

- ▶ gli assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), vale a dire (i) numerosità e tipologia delle aziende e (ii) profilo dei Direttori Generali (§2.2);
- ▶ gli input, cioè le risorse disponibili secondo le scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale in termini quali-quantitativi (§2.3);
- ▶ i dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate (§2.4);
- ▶ il confronto internazionale in termini di struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari (§2.5);
- ▶ la pandemia e le diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari (§2.6).

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, il § 2.2 è da attribuirsi a Simone Manfredi e Natalia Oprea, il § 2.3 è da attribuirsi a Francesca Guerra e Natalia Oprea, il § 2.4 è da attribuirsi a Simone Manfredi e Natalia Oprea, il § 2.5 è da attribuirsi a Simone Manfredi, il § 2.6 è da attribuirsi ad Attilio Gugiatti. Si ringrazia Claudio Buongiorno Sottoriva per il prezioso supporto nella stesura del § 2.3.3.

Inoltre, il §2.7 presenta un glossario per aiutare il lettore nella terminologia adottata dagli autori.

Le fonti del capitolo sono così riassumibili²:

- ▶ dati pubblicati dal Ministero della Salute attraverso: i) l'elenco delle Aziende sanitarie locali (relativi agli anni tra il 1997 e il 2023) e delle Strutture di ricovero (relativi agli anni tra il 1997 e il 2023); ii) l'Annuario statistico del SSN (1997-2021); iii) il dataset relativo alla dotazione di posti letto per struttura ospedaliera, per stabilimento ospedaliero e disciplina (2010-2021); iv) i dati sui certificati di assistenza al parto (CeDAP, 2021); v) il Rapporto sulla Salute Mentale (2021);
- ▶ dati pubblicati dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato nel Conto Annuale, rilevazione censuaria sulle amministrazioni pubbliche (ultimo anno disponibile: 2021);
- ▶ dati pubblicati dall'OECD nel 2023 (ultimo anno disponibile: 2021).

Al momento della stesura del presente capitolo (settembre 2023) non risulta ancora pubblicato il rapporto SDO relativo all'anno 2021. Alla luce di questa mancanza, le analisi sull'attività di ricovero del SSN generalmente riportate al § 2.4 sono in parte riformulate nei contenuti poiché tratte da altre fonti informative disponibili, coerentemente all'edizione OASI 2022.

2.2 Gli assetti istituzionali

L'autonomia delle regioni italiane nello stabilire la struttura del proprio sistema si è manifestata attraverso scelte molto diverse, creando una notevole eterogeneità tra le varie regioni in termini di: (i) numero e dimensione media delle ASL e delle AO; (ii) numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL; (iii) presenza di istituti diversi da ASL e AO nel gruppo sanitario pubblico regionale. La classificazione attualmente adottata³ prevede

² In tutto il capitolo, si adotta la suddivisione ISTAT del territorio nazionale: il Nord comprende Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Province Autonome di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna; del Centro fanno parte Toscana, Umbria, Marche, Lazio; il Sud e le Isole comprendono Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

³ A partire dal 2017, si è deciso di ripartire dalla definizione dei requisiti imprescindibili per le Aziende Sanitarie Locali facendo riferimento al D.lgs. 229/99. Il decreto stabilisce che le regioni sono responsabili di individuare «[...] l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali (poi rinominate aziende all'art. 3, ndr), le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera [...]». Pertanto, le aziende sanitarie territoriali sono responsabili di una specifica area territoriale, e hanno l'obbligo di mantenere i LEA e di erogare servizi direttamen-

la ricognizione di tutti gli enti sanitari pubblici, incluse le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde, le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Regione Lombardia e l'aggiunta di tre raggruppamenti: IRCCS pubblici (comprese le Fondazioni IRCCS), Aziende ospedaliero-universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) ed enti intermedi, in aggiunta al conteggio di aziende territoriali e ospedaliere. Gli enti intermedi sono quelle forme che vanno progressivamente popolando lo spazio tra l'Assessorato regionale e le aziende sanitarie e influenzano come queste ultime operano. Nel conteggio di questi enti sono stati inclusi solo quelli che occupano esclusivamente delle attività del SSR e quindi sono strettamente collegati alla riorganizzazione della sanità regionale⁴.

Per le attività di programmazione e analisi, le regioni italiane si organizzano attraverso diversi apparati amministrativi, spesso istituendo un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR). Attualmente, sei regioni dispongono di un'ASR come parte dell'Assessorato o del Consiglio regionale: Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia, Sardegna e Lombardia⁵. È importante notare che altre regioni, come Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Umbria, Veneto, Lazio, Campania e Liguria, hanno invece eliminato la propria Agenzia⁶ negli ultimi due decenni, decidendo di trasferire le sue funzioni alle Direzioni Regionali competenti. L'ultima modifica in questa direzione è avvenuta in Emilia-Romagna che ha recentemente riorganizzato le sue strutture tecnico-amministrative, sopprimendo l'Agenzia sanitaria e sociale regionale⁷. Le modifiche includono anche l'istituzione di un nuovo Settore dedicato all'innovazione nei servizi sanitari e sociali, al fine di potenziare l'assessorato regionale. Queste configurazioni regionali riflettono diversi approcci nell'organizzazione e nel coordinamento delle strutture sanitarie regionali, ciascuno con il proprio modello di *governance*.

Nel contesto dell'organizzazione degli assetti istituzionali dei Servizi Sanitari Regionali (SSR), va sottolineato l'interesse crescente di numerose regioni verso la costituzione di enti intermedi. Attualmente, se ne contano 20, che pos-

te. In considerazione di questi elementi, si è deciso di aggiornare l'analisi longitudinale del numero di aziende territoriali e di introdurre, a partire dai dati 2016, una differente classificazione delle rinnovate aziende e agenzie lombarde.

⁴ Nonostante la rilevanza delle funzioni svolte per il settore sanitario, alcuni enti presenti sul territorio regionale (es. Aria in Lombardia, Intercenter in Emilia-Romagna e So.Re.Sa in Campania) sono stati esclusi perché non operanti esclusivamente in sanità, ma anche per altri soggetti come i Comuni.

⁵ L'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS), costituita nel 2016 e formalmente prevista dalla legge regionale del 2015, ha il compito di coordinare i controlli a livello territoriale, valutare la correttezza delle procedure di gare aggregate e definire sistemi precisi di monitoraggio delle performance.

⁶ Rispettivamente, con L.R. 12/2009, L.R. 18/2012, L.R. 18/2012, L.R. 46/2012, L.R. 4/2013, L.R. 20/2015 e L.R. 17/2016.

⁷ Delibera Giunta Regionale n. 325 del 7/03/2022, Delibera Giunta Regionale n. 1615 del 28/09/2022.

sono essere differenziati in base ai ruoli e alle responsabilità assegnate. Alcuni esercitano funzioni di governo, come la pianificazione e la programmazione operativa. Altri svolgono funzioni di supporto amministrativo e/o operativo, come la distribuzione delle risorse nel sistema, al coordinamento e monitoraggio delle attività (Del Vecchio e Romiti, 2017).

Nel panorama dei vari SSR possiamo distinguere 3 «macro-tendenze». La prima si è manifestata attraverso un sistema commisto di enti con funzioni di governo insieme ad enti principalmente con funzioni di coordinamento. Un esempio è la riforma sanitaria della L.R. 23/2015 in Lombardia, che oltre alle ATS (Agenzie di Tutela della Salute), che esercitano funzioni di governo e rappresentano un livello intermedio tra il governo della regione e le ASST (Aziende socio-sanitarie territoriali), sono presenti tre ulteriori enti intermedi con funzioni di coordinamento, promozione e vigilanza (AREU - Agenzia Regionale Emergenza Urgenza, l'Agenzia per la promozione del servizio sociosanitario lombardo e l'Agenzia di Controllo - ACSS).

In seguito, altre regioni hanno adottato scelte diverse per riformare il proprio sistema sanitario. Ad esempio, la Liguria, con la L.R. 17/2016 ha istituito A.Li.Sa. (Azienda Ligure Sanitaria), e il Veneto, con la L.R. 19/2016, che ha ridotto il numero di ULSS da 21 a 9 e istituito l'Azienda Zero. Più recentemente, anche il Lazio e il Piemonte hanno intrapreso una via simile con la creazione rispettivamente dell'Azienda Lazio.0 (L.R. 17/2021) e dell'Azienda Zero (L.R. 26/2021). A partire dal 2019, Friuli-Venezia Giulia, con la L.R. 27/2018, ha istituito l'ARCS (Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute) che ha ampliato il ruolo all'interno del SSR. Come emerge dalla Figura 2.1 gli enti sopracitati svolgono sia un ruolo di governo sia di supporto amministrativo e operativo.

Figura 2.1 **Assi di sviluppo degli enti intermedi**

Supporto amministrativo e operativo	Sì	<ul style="list-style-type: none"> – Agenzia dei controlli (Lombardia) – Agenzia di promozione del SSL (Lombardia) – AREU (Lombardia) – Estar (Toscana) – CRAS (Umbria) – ARES 118 (Lazio) – AREUS (Sardegna) 	<ul style="list-style-type: none"> – A.Li.Sa (Liguria) – Azienda Zero (Veneto) – ARCS (Friuli Venezia Giulia) – ARES (Sardegna) – Azienda Zero (Piemonte) – Azienda.0 (Lazio)
	No		<ul style="list-style-type: none"> – ATS (Lombardia)
		No	Sì

Funzioni di governo

Fonte: Elaborazione OASI a partire dal riadattamento di Del Vecchio e Romiti (2017)

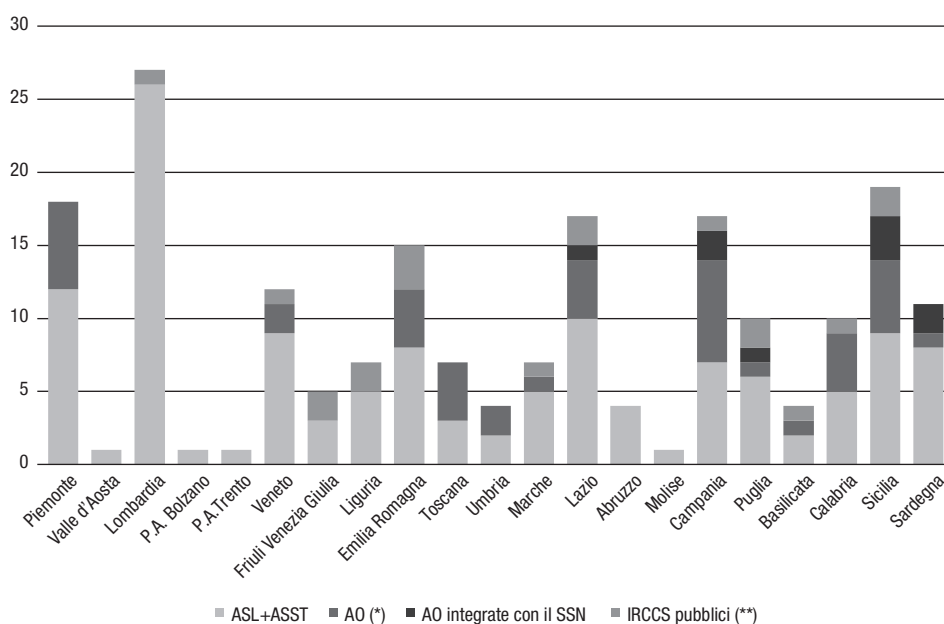
Infine, altri attori intermedi svolgono attività di supporto amministrativo e operativo nelle regioni. Oltre ai già citati enti intermedi lombardi, citiamo l'Estar toscano (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale), l'ARES 118 (Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118) del Lazio, l'AREUS (Azienda regionale per le emergenze-urgenze sarda) e la CRAS (Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità) umbra.

2.2.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

La Figura 2.2 presenta un quadro generale delle principali aziende nei sistemi sanitari regionali: ASL (e ASST), AO, Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN, IRCCS Pubblici aggiornato a giugno 2023⁸.

Diverse ondate di riforme, iniziate nei primi anni '90, hanno avuto come conseguenza il riassetto dei SSR e la riduzione, a livello nazionale, del numero di aziende sanitarie territoriali. Nell'arco di poco più di due decenni osservati,

Figura 2.2 Ricognizione degli enti pubblici dei SSR (2023)



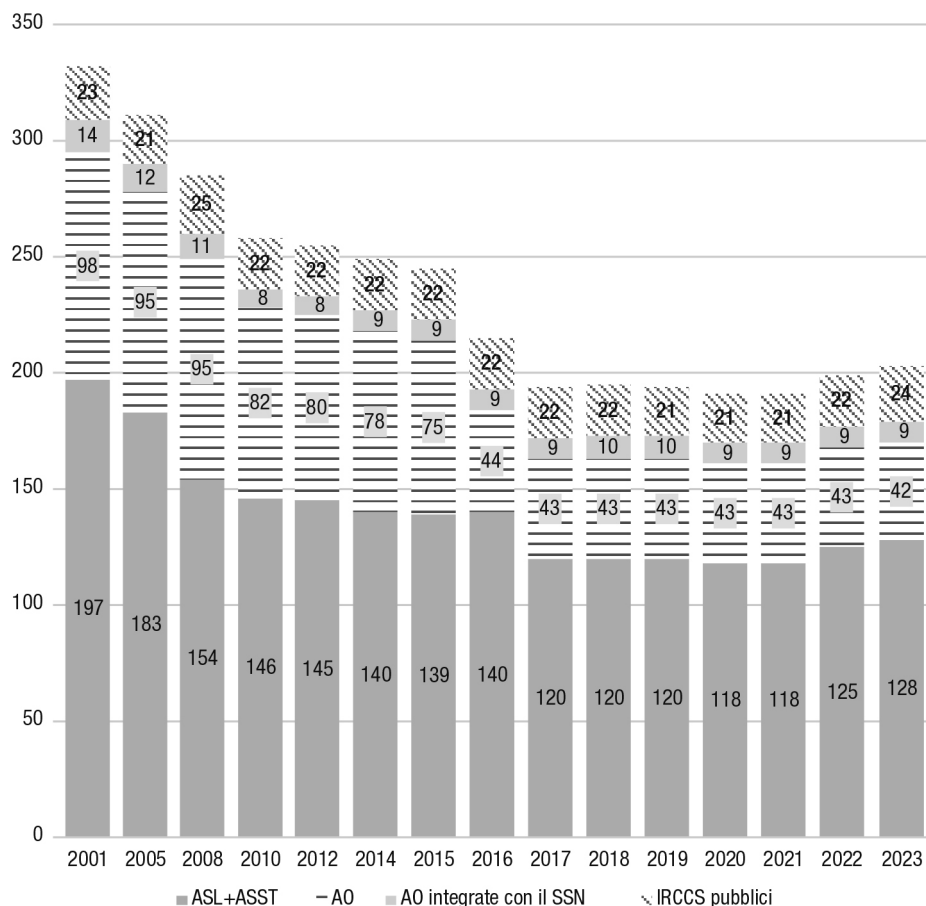
(*) Per AO si intende la somma della Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

(**) In questa rappresentazione gli IRCCS pubblici sono al netto delle Fondazioni IRCCS per una maggiore comparabilità. Tuttavia, va precisato che in Lombardia le cinque Fondazioni IRCCS sono da considerarsi parte integrante delle strutture di ricovero pubbliche, portando quindi il numero da 19 a 24 IRCCS sul territorio nazionale.

Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero)

⁸ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.3 **Aziende d'erogazione pubbliche del SSN, per anno e tipo di azienda (2001-2023)**



Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero)

il numero delle aziende è diminuito da 197 nel 2001 a 128 nel 2023 (Figura 2.3). Durante questo periodo, molte regioni hanno avviato processi di fusione con l'obiettivo di cercare le dimensioni istituzionali ottimali per le proprie aziende sanitarie. La prima accelerazione di queste fusioni si è verificata tra il 2007 e il 2012, soprattutto nelle regioni soggette ai Piani di Rientro (PdR), dal momento che l'accorpamento di aziende è stata tre le misure previste in quasi tutti i PdR (Cuccurullo 2012)⁹. Nella seconda ondata, tra 2015-2017, i riordini

⁹ Tra le più drastiche dinamiche di accorpamento nell'ambito dei PdR di quel lustro si ricordano la riduzione delle ASL calabresi da 11 a 5 (tra il 2007 e il 2012) e la diminuzione delle AO siciliane da 16 a 5 (2009).

dei SSR sono seguiti nelle regioni del Centro-Nord Italia. Tuttavia, negli ultimi due anni, è stata osservata un'inversione di tendenza limitata ad alcune regioni medio-piccole. L'ultima modifica è stata introdotta dalla riforma della sanità nella regione Marche, che istituisce 5 Aziende Sanitarie Territoriali al posto della precedente ASUR.

In seguito ai vari processi di riordino, ora esistono numerosi modelli regionali con diverse configurazioni istituzionali e architetture di gruppi sanitari pubblici a livello regionale. In alcune regioni di dimensioni limitate e/o con bassa densità abitativa (come Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento¹⁰, Provincia Autonoma di Bolzano e Molise), sono state create ASL (Aziende Sanitarie Locali) uniche. Nelle altre regioni, le ASL tendono a coincidere con le unità provinciali¹¹, con alcune eccezioni dove esistono ASL che coprono bacini d'utenza pluri-provinciali, e la Lombardia, dove sono presenti diverse ASST con confini sub-provinciali. Sempre in Lombardia, nel corso dell'ultimo anno, il numero di ASST è passato a 26 a causa della trasformazione dell'ASST di Monza in Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS) San Gerardo dei Tintori.

Anche le AO sono diminuite attraverso una serie di accorpamenti e riattribuzioni alle ASL in qualità di presidi, passando dalle 97 del 2001 alle attuali 42 (-57%)¹². L'ultima modifica è stata adottata nella regione Marche con la riforma del 2022, dove rimane la sola Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, essendo l'AO «Ospedale Riuniti Marche Nord» incorporata nelle Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro-Urbino.

Una conseguenza della progressiva riduzione del numero di aziende è stata la loro crescita dal punto di vista dimensionale, con una popolazione media per ASL pari a 458.792 utenti a gennaio 2023¹³. La regione con la popolazione media più elevata è la Toscana (1.217.051 abitanti), seguita da Campania (798.882) e Puglia (650.142). La popolazione aziendale media più bassa, invece, si registra nella regione più piccola in termini di dimensioni e numero di abitanti (Valle d'Aosta - 122.955 abitanti). Insieme alla Valle d'Aosta, Sardegna (196.879), Basilicata (268.330), Molise (289.840) e Marche (296.168) sono le regioni con una popolazione aziendale media inferiore ai 300.000 abitanti. Rispetto all'anno precedente, la situazione è tuttavia differente e mostra un progressivo aumento del numero di regioni con bacini di utenza dimensionali più contenuti. Nel

¹⁰ Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Trento presentavano ASL uniche già nel 2001.

¹¹ Anche in alcune regioni in cui la ASL coincide tendenzialmente con la provincia si contano alcune aziende sub-provinciali: Emilia Romagna, Friuli VG, Liguria, Piemonte, Veneto.

¹² Tale numero risente ovviamente della nuova classificazione adottata a partire dall'edizione 2017 del Rapporto, che ha previsto lo spostamento delle ASST e delle ATS rispettivamente nel computo delle aziende territoriali e in quello degli enti intermedi.

¹³ La base di calcolo è costituita dai dati forniti dal Bilancio Demografico ISTAT per il 31 gennaio 2023.

2021, erano solo due le regioni con una popolazione media per ASL inferiore ai 300.000 abitanti, ovvero Valle d'Aosta e Basilicata.

Gli enti pubblici dei SSR includono anche le Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari pubblici) e gli IRCCS Pubblici. Attualmente, ci sono 9 Aziende Ospedaliero-Universitarie concentrate principalmente nel Centro e Sud Italia, e 19 IRCCS pubblici¹⁴, escluse le 5 Fondazioni IRCCS pubbliche con sede in Lombardia, che insieme portano il numero totale degli istituti di ricerca a 24 sull'intero territorio nazionale.

2.2.2 I Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche¹⁵

Il presente sotto-paragrafo si articola in tre dimensioni di analisi: la prima si concentra sull'età media degli attuali DG delle aziende sanitarie pubbliche a livello nazionale e regionale e la distribuzione in termini di genere; la seconda presenta il turnover dei DG a livello nazionale e regionale; la terza valuta la formazione di una comunità professionale di DG. Ulteriori contributi affini a questi temi sono disponibili nel Rapporto OASI 2019 ai capitoli 8, con un focus sulla professione del Direttore Generale, e 16, che analizza il fenomeno della «femminilizzazione» dei ruoli apicali in sanità.

La prima dimensione di analisi rispetto i profili dei DG in carica nelle aziende pubbliche dei SSR riguarda l'età media e il genere, indagati a livello nazionale e regionale (Tabella 2.1 e Tabella 2.2). Per quanto riguarda l'età, il valore medio nazionale per il 2022 è pari a 60 anni e due mesi. Rispetto al primo anno di osservazione dei dati relativi all'età anagrafica dei DG (2020), si nota l'aumento di un anno e tre mesi dell'età media nazionale dei DG attualmente in carica.

Analizzando la distribuzione dei DG in termini di genere, anche nel 2023 si perpetua il forte sbilanciamento verso direttori generali di sesso maschile (157) rispetto alle parigrado di sesso femminile che risultano essere 41, pari ad appena il 21% del totale (Figura 2.4). Le donne risultano in minoranza in tutti i SSR, con l'eccezione di Emilia-Romagna, Toscana e Marche dove si riesce a malapena a raggiungere la parità. Al contrario, non si è osservata la presenza di alcuna DG di aziende sanitarie pubbliche di sesso femminile in Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Liguria, Umbria, Molise. Nonostante ciò, l'attuale percentuale di donne risulta la più alta registrata: infatti, nel 2000 i DG di sesso femminile erano appena il 2% del totale. Da quel momento si è

¹⁴ L'elenco completo è disponibile alla seguente pagina del sito del Ministero della Salute: <https://www.salute.gov.it/portale/ricercaSanitaria/dettaglioContenutiRicercaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ssn&tab=2>.

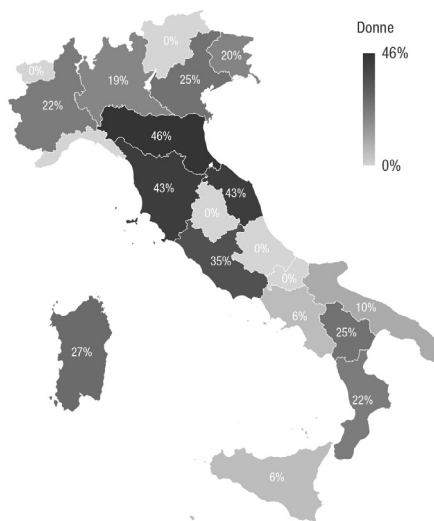
¹⁵ La principale fonte della sezione è costituita da sistematiche ricerche sui siti web delle Aziende e delle testate giornalistiche locali. A partire dal 2020, il database comprende anche i dati delle aziende ospedaliero universitarie integrate con il SSN e degli IRCCS pubblici.

Tabella 2.1 **Età media dei DG, per regione e tipo di azienda (2023)**

Regione	AO	ASL e ASST	IRCCS	Totale complessivo*
Abruzzo		62,8		62,8
Basilicata	54,0	61,0		58,7
Bolzano		58,0		58,0
Calabria	65,0	62,0		63,5
Campania	61,2	59,6	65,0	60,8
Emilia-Romagna	64,0	61,6	56,0	61,3
Friuli-Venezia Giulia		55,3	57,0	56,0
Lazio	57,6	55,9	66,5	57,6
Liguria		60,6	62,5	61,1
Lombardia		61,0	64,2	61,5
Marche	63,0	61,4	55,0	60,7
Molise		54,0		54,0
Piemonte	57,3	59,8		59,0
Puglia	57,5	58,3	56,0	57,7
Sardegna	54,7	59,6		58,3
Sicilia	63,3	59,7	58,0	61,1
Toscana	55,5	62,3		58,4
Trento		61,0		61,0
Umbria	59,0	64,0		61,5
Valle D'Aosta		65,0		65,0
Veneto	64,0	61,8	64,0	62,3
Totale complessivo	60,0	60,2	61,0	60,2

(*) Valore medio calcolato, a livello sia regionale che nazionale, come media aritmetica delle durate medie aziendali.

Fonte: OASI, 2023

Figura 2.4 **% DG aziende sanitarie pubbliche donne sul totale dei DG per regione (2022)**

Fonte: OASI, 2023

Tabella 2.2 **Durata media in carica dei DG, per regione e tipo di azienda (1996-2023 e 1996-2005)**

Regione	A0	ASL e ASST	Totale 1996-2023*	Totale 1996-2005*
Abruzzo		3,7	3,7	4,2
Basilicata	3,0	3,0	3,0	3,3
Bolzano		7,8	7,8	7,5
Calabria	2,2	1,6	1,7	1,7
Campania	3,9	3,0	3,5	4,1
Emilia-Romagna	5,0	4,1	4,2	3,9
Friuli-Venezia Giulia	3,5	3,3	3,4	4,0
Lazio	2,7	2,9	2,9	2,7
Liguria	4,9	3,6	4,0	3,1
Lombardia		4,9	4,9	4,1
Marche	3,8	2,8	3,0	3,1
Molise		3,8	3,8	4,0
Piemonte	3,2	3,3	3,3	3,5
Puglia	4,1	3,0	3,4	3,8
Sardegna	3,2	2,3	2,5	3,1
Sicilia	3,5	3,0	3,3	2,9
Toscana	4,3	4,0	4,1	3,8
Trento		4,0	4,0	5,0
Umbria	3,3	2,6	2,8	2,7
Valle d'Aosta		2,8	2,8	2,5
Veneto	4,1	4,5	4,5	4,2
ITALIA	3,6	3,6	3,6	3,6

(*) Valore medio calcolato, a livello sia regionale che nazionale, come media aritmetica delle durate medie aziendali.

Fonte: OASI, 2022

assistito a una crescita costante che rimane però troppo lontana dalla parità di genere¹⁶.

Proseguendo l'analisi dei profili dei direttori generali, la Tabella 2.2 mostra la durata media¹⁷ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, a livello sia nazionale che regionale, tra il 1996 e il 2023. La durata media nazionale è pari a 3 anni e sei mesi. Tale dato risulta invariato rispetto al periodo 1996-2005 e sottolinea l'aderenza ai 4 anni di durata teorica di molti incarichi regionali di direttori generali (nella maggior parte dei casi rinnovabili). Permangono, comunque, forti differenze tra regioni, dagli 1,7 anni della Calabria ai 7,8 della PA di Bolzano.

La terza dimensione di indagine si concentra sul grado di «professionalizzazione» dei DG considerando due variabili:

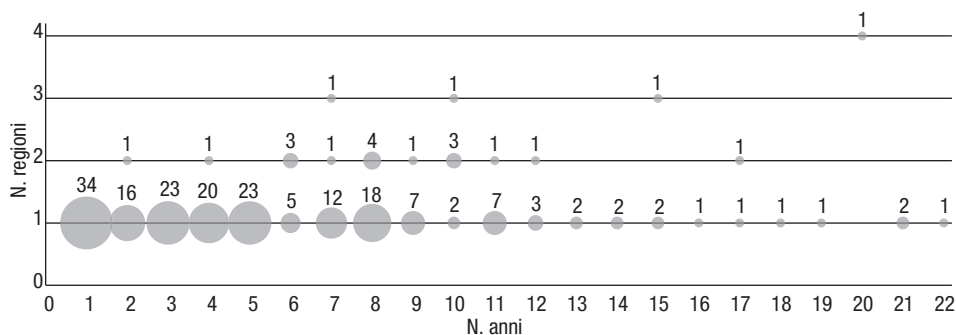
¹⁶ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

¹⁷ La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni n considerati per una determinata azienda (con $1 \leq n \leq 28$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

- ▶ anni totali in cui ciascun individuo ha ricoperto la carica;
- ▶ numero di regioni in cui i singoli individui hanno ricoperto la carica.

La Figura 2.5 incrocia le due variabili, rappresentando il fenomeno in un grafico a bolle (l'area delle bolle è proporzionale alla numerosità delle classi). Si evidenzia così, per ogni classe identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe. Sono analizzati i dati di 204 persone che attualmente ricoprono il ruolo di direttore generale in Aziende Territoriali, Aziende Ospedaliere, IRCSS e Policlinici¹⁸. Tra i DG considerati, si osserva che quasi metà ricopre il ruolo da quattro o meno, mentre in 34 (il 17% del totale) hanno maturato un'esperienza almeno decennale. Inoltre, il grafico mostra come siano ampiamente prevalenti i DG che hanno operato in una sola regione, pari a circa il 90%.

Figura 2.5 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (2023)**



Fonte: OASI, 2023

2.3 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

Le esigenze di contenimento della spesa sanitaria e di riqualificazione dei SSR hanno comportato una progressiva e costante azione di razionalizzazione dell'offerta ospedaliera e territoriale. Tali dinamiche di razionalizzazione, tuttavia, hanno visto un momento di arresto nell'anno 2020 a causa della pandemia da Covid-19, durante il quale alcuni dei fenomeni analizzati in questo contributo hanno assistito a una marcata inversione di tendenza.

Il paragrafo propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta spesso distinguendo e confrontando le dinamiche delle diverse tipologie di strutture sanitarie¹⁹.

¹⁸ Fino al 2020, la figura riportava i dati relativi a DG di aziende territoriali e ospedaliere.

¹⁹ Secondo l'attuale schema di raggruppamento delle strutture sanitarie, adottato dal Ministero

2.3.1 La capacità di offerta delle strutture ospedaliere

Per quanto riguarda il numero di strutture di ricovero autorizzate in Italia, gli ultimi dati disponibili, aggiornati al 01/01/2021 (Figura 2.6), registrano 451 strutture di ricovero pubbliche, a fronte di 572 strutture private accreditate. La figura permette di apprezzare come le strutture pubbliche siano diminuite molto drasticamente negli ultimi 20 anni a differenza di quelle private, per le quali registriamo una diminuzione decisamente meno marcata²⁰. Concentrando l'analisi sulle strutture pubbliche, si rileva una prevalenza di presidi a gestione diretta (409 in totale). Questi sono stati nel tempo accorpati in «Presidi Ospedalieri Unici» come frutto delle operazioni di «ingegneria istituzionale» che hanno cercato di diminuire i soggetti operanti nel sistema (si veda il § 2.2.1).

Dal confronto con i dati degli anni precedenti, risulta chiaro che l'assetto dell'offerta ospedaliera è frutto di profonde dinamiche di cambiamento che hanno interessato l'ultimo ventennio di politiche sanitarie: la razionalizzazione è stata introdotta già dai processi di riforma degli anni Novanta e Duemila e questa impostazione è stata ribadita dal Patto per la Salute 2014-2016²¹ e dal DM 70/2015, che ha dato ulteriore impulso alla razionalizzazione introducendo le cure intermedie.

La Tabella 2.3 analizza le strutture di ricovero dal punto di vista dimensionale, mettendo in evidenza la presenza di tre macro-classi sulla base del numero medio di posti letto per la degenza ordinaria. Le Aziende Ospedaliere (considerando anche le AO integrate con l'Università) e le AO Universitarie integrate con l'SSN presentano la maggiore dotazione di posti letto (PL), con una media, rispettivamente, di 721 e 759 PL nel 2021. Gli IRCCS, i presidi a gestione diretta delle Aziende territoriali e gli ospedali classificati si collocano a un livello dimensionale intermedio, con rispettivamente 291, 244 e 241 PL. Le case di cura private, infine, raggiungono mediamente appena 90 PL accreditati per la degenza ordinaria.

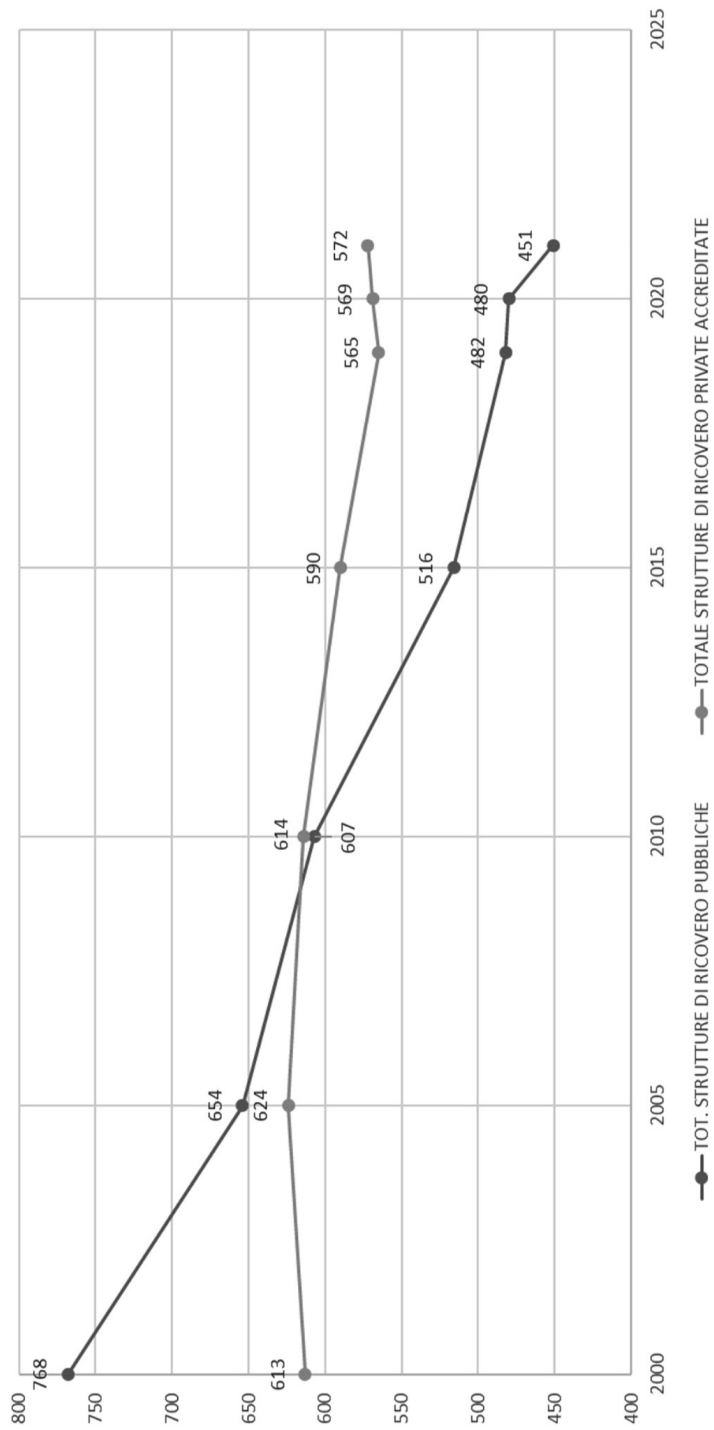
La variazione positiva di PL nel biennio 2020-2021 è in contrasto con il trend di riduzione nelle dimensioni medie delle strutture registrato negli ultimi anni ma è da ricondursi alla pandemia da Covid-19 soprattutto per quanto riguarda le AO, AO integrate con università e AOU integrate SSN, che hanno dovuto rafforzare la propria dotazione per fronteggiare l'emergenza pandemica.

della Salute nel 2009, gli istituti pubblici includono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con l'Università ed ex Policlinici universitari pubblici (AOU integrate con SSN), IRCCS pubblici e IRCCS fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta ASL; gli istituti privati sono Policlinici universitari privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi qualificati di USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate.

²⁰ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

²¹ Il Patto per la Salute 2014-2016 ha confermato, tra l'altro, l'apertura su tutto il territorio nazionale di «presidi territoriali/ospedali di comunità» per ricoveri brevi non complessi (art. 5).

Figura 2.6 **Strutture di ricovero accreditate pubbliche e private (2000-2021)**

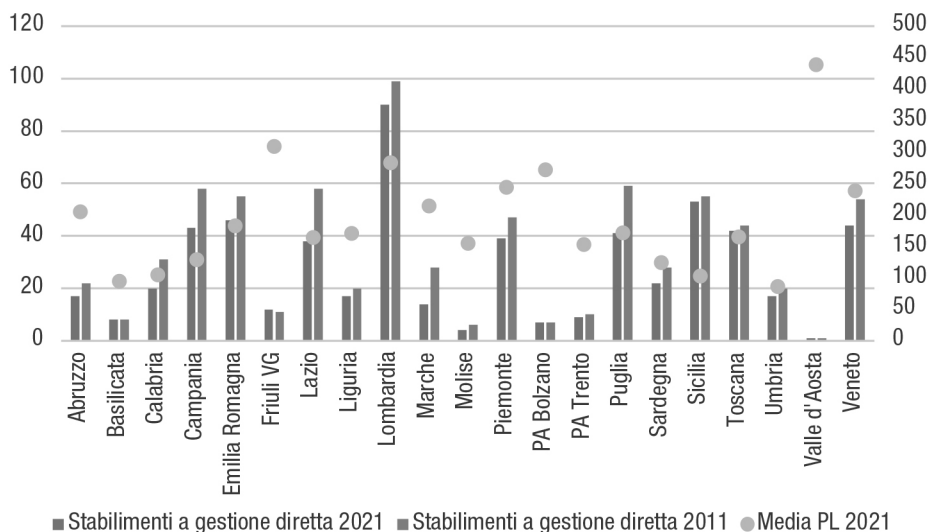


Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera

Tabella 2.3 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati per la degenza ordinaria), per tipologia di struttura di ricovero (2000-2021)**

Tipologia struttura	2000	2005	2010	2015	2019	2020	2021	Variazione 2021-2000	Variazione 2021-2020
Presidi a gestione diretta ASL	184	193	199	209	216	212	244	32,6%	15,0%
AO e AO integrate con università	774	660	680	664	664	662	721	-6,8%	9,0%
AOU integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	832	620	667	642	638	651	759	-8,8%	16,5%
IRCCS pubblici e privati	247	224	221	226	231	232	291	17,7%	25,4%
Ospedali classificati	223	211	207	211	210	202	241	8,2%	19,4%
Case di cura private accreditate	89	85	82	81	84	83	90	0,7%	7,9%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera

Figura 2.7 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (asse sx; 2010; 2021) e dimensione media (asse dx; 2021)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

Concentrando l'analisi sui presidi a gestione diretta ASL, si evidenzia come nella maggior parte delle regioni questi accorpino funzionalmente più stabilimenti ospedalieri. La Figura 2.7 confronta il numero di stabilimenti delle ASL (e delle ASST lombarde²²) nel 2011 e nel 2021. In tale arco temporale, che coincide con la fase di riordino istituzionale condotta in diverse

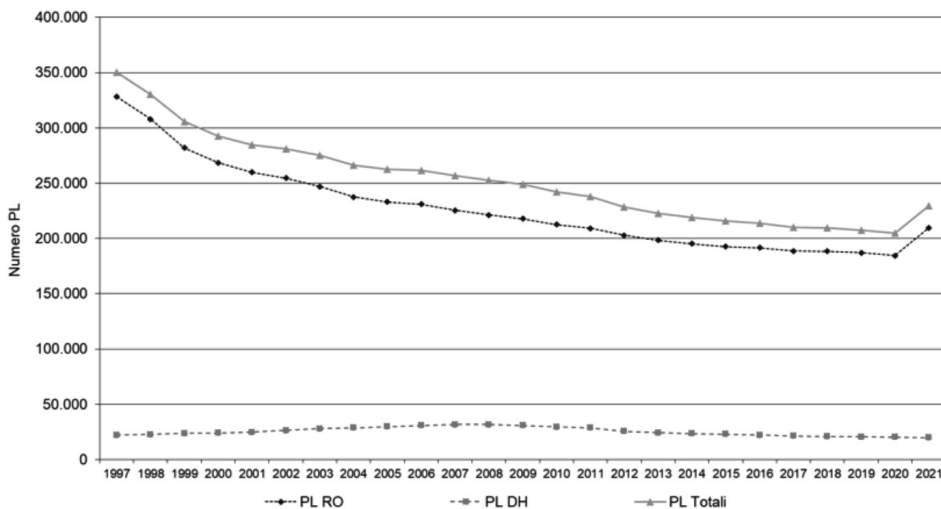
²² Già in base alla L.R. 31/97 le ASL lombarde non si occupavano più dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera (con l'eccezione dell'ASL della Valle Camonica). Il dato lombardo fa adesso riferimento al numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASST.

regioni, gli ospedali a gestione diretta sono diminuiti di 137 unità a livello nazionale.

Se tra il 2010 e il 2014 gli stabilimenti che hanno cessato la propria attività erano principalmente situati nelle regioni del Sud Italia (Puglia, -34 stabilimenti; Campania, -14; Calabria, -13), negli ultimi anni invece il fenomeno è esteso a tutto il territorio nazionale, seguendo le tempistiche con cui i vari SSR hanno provveduto alla revisione degli assetti istituzionali. Rispetto al 2020, nel 2021 il numero degli stabilimenti è rimasto invece invariato. I dati dimensionali evidenziano anche per il 2021 un numero medio di PL per gli stabilimenti del Sud, del Centro e delle Isole (rispettivamente 147, 159 e 109 PL) significativamente inferiore rispetto a quello degli stabilimenti del Nord (242). Infine, all'interno del trend di diminuzione dei PL totali negli ultimi 10 anni (in Italia -7650 fra il 2011 e il 2021), si è assistito a una inversione di tendenza fra gli anni 2020 e 2021 con un aumento di 12.532 PL causato dalla necessità di fronteggiare i mesi più duri della pandemia da Covid-19.

La Figura 2.8 mostra l'andamento del numero di posti letto in Italia dal 1997 al 2021²³. Nel 2021 il SSN italiano disponeva di 229.464 PL, di cui 209.568 (91,3%) per degenza ordinaria e 19.896 (8,7%) per ricoveri diurni (day hospital – DH e day surgery – DS). Come precedentemente ricordato, il dato è aggiornato al 01/01/2021 e mostra quindi la fotografia delle dotazioni di PL a seguito dell'inizio della pandemia da Covid-19. Tutte le considerazioni riportate dovranno quindi tenere conto di questa contingenza.

Figura 2.8 **Numero di posti letto previsti totali per regime di ricovero (1997-2021)**



Note: dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

²³ Dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento.

Rispetto al 1997, quando i PL totali del SSN erano 350.242, la dotazione complessiva è diminuita del 34,5%. Gran parte del calo è da attribuire ai PL per le degenze ordinarie (-36,1%), mentre i PL per ricoveri in regime diurno hanno subito una contrazione meno marcata (-2.170 unità, pari al -9,8%). La diminuzione dei PL ordinari è stata costante nel periodo considerato, mentre i posti letto in DH sono incrementati fino al 2008 (arrivando a costituire il 12,5% della dotazione strutturale, pari a 31.623 PL); a partire da quell'anno, la tendenza si è invertita, registrando una rapida riduzione della dotazione di posti letto in regime diurno che è proseguita anche in tempi recenti (-11,0% tra il 2015 e 2020).

Le dinamiche di riduzione della dotazione strutturale derivano da un forte impulso del livello centrale, in particolare con il D.L. 95 del 06/07/2012, che ha previsto una dotazione-obiettivo pari a 3,7 PL per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per non acuti. Il Patto per la Salute 2014-2016 e il successivo regolamento nazionale sugli standard dell'assistenza ospedaliera (DM 70/2015) hanno confermato i precedenti indirizzi sulla dotazione strutturale. Inoltre, anche la bozza di revisione del DM 70 pubblicata a ottobre 2021 conferma questi standard. Il potenziale e il fabbisogno di riorganizzazione della rete ospedaliera del SSN erano già stati evidenziati da precedenti contributi del Rapporto (Furnari e Ricci, 2016; Buongiorno Sottoriva, Furnari e Ricci, 2021).

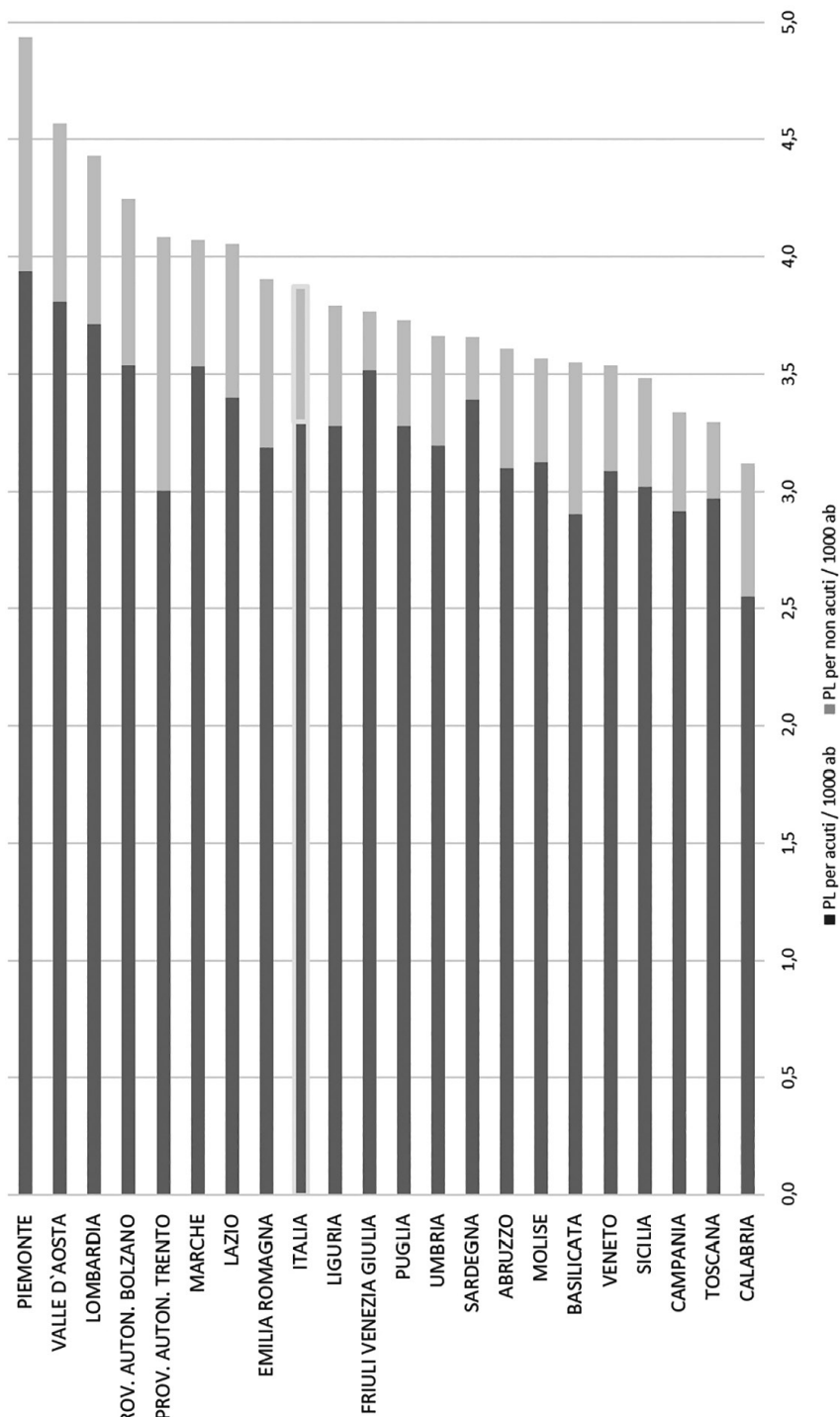
Rispetto alle indicazioni del D.L. 95/2012, nel 2020 la dotazione media nazionale di PL SSN²⁴ – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – risulta pari a 3,3 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti (Figura 2.9). La maggior parte delle regioni (ad eccezione di Abruzzo, Molise e Basilicata, che raggiungono il 3,6, Veneto e Sicilia il 3,5, Campania e Toscana il 3,3 e Calabria il 3,1) ha aumentato la propria dotazione di PL, raggiungendo l'obiettivo di 3,7 per 1.000 abitanti. Per quanto riguarda i target specifici, tutte le regioni escluse Campania, Toscana e Calabria presentano dotazioni superiori ai 3 PL per 1.000 abitanti per acuti: le dotazioni più elevate negli acuti si registrano in Piemonte (3,9), Valle d'Aosta (3,8), Lombardia (3,7). Invece, considerando il target per i non acuti, la PA di Trento, il Piemonte, la Valle d'Aosta, l'Emilia Romagna, la Lombardia, la PA di Bolzano e il Lazio raggiungono (o superano nel caso delle prime tre) il target di 0,7 PL/1.000 abitanti.

Gli aggiornamenti recenti del database dei PL del Ministero della Salute comprendono anche il dettaglio per reparti e disciplina e permettono quindi di analizzare più approfonditamente l'impatto che gli atti normativi hanno fin qui avuto sulla rete ospedaliera.

La Tabella 2.4 riporta il numero di PL totali delle principali discipline ospedaliere e il peso relativo rispetto al totale della dotazione SSN. La disciplina

²⁴ Dal calcolo sono esclusi i PL per degenze a pagamento.

Figura 2.9 **Posti letto disponibili per acuti e non acuti (RO e DH) / 1.000 abitanti (2021)**



Note: dai calcoli sono esclusi i PL per degenze a pagamento

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

Tabella 2.4 **Numero di PL totali per disciplina (2021)**

Disciplina	PL	%PL SSN	%PL SSN cumulata
Medicina generale	40.633	17,59%	17,59%
Recupero e riabilitazione	23.145	10,02%	27,61%
Chirurgia generale	20.296	8,79%	36,40%
Ortopedia e traumatologia	17.057	7,38%	43,78%
Ostetricia e ginecologia	13.204	5,72%	49,50%
Malattie infettive e tropicali	9.710	4,20%	53,70%
Terapia intensiva	8.720	3,78%	57,48%
Cardiologia	8.473	3,67%	61,14%
Lungodegenti	7.994	3,46%	64,60%
Urologia	5.989	2,59%	67,20%
Pneumologia	5.770	2,50%	69,70%
Neurologia	5.571	2,41%	72,11%
Pediatria	5.113	2,21%	74,32%
Psichiatria	5.067	2,19%	76,51%
Oncologia	4.797	2,08%	78,59%
Altre discipline	4.149	21,41%	100,00%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute – Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina

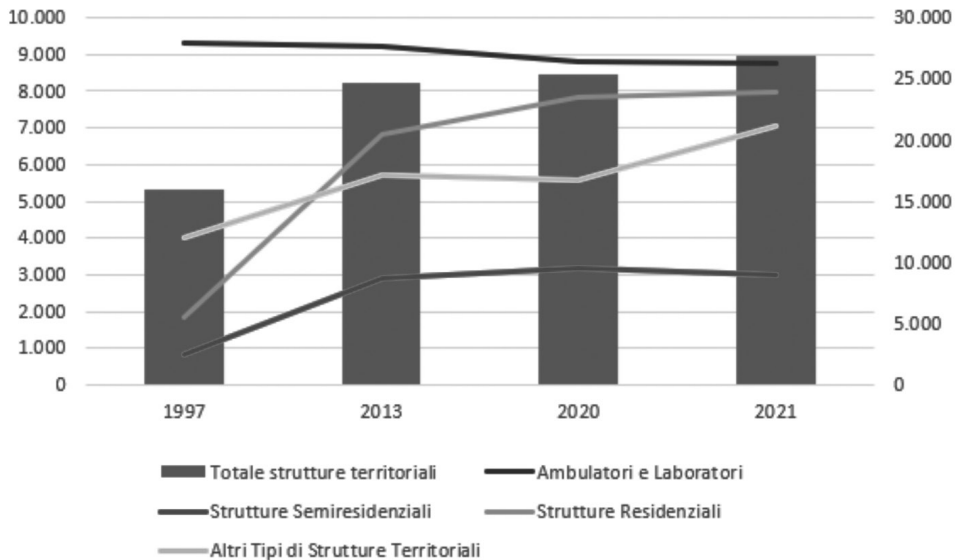
che detiene il maggior numero di PL è la medicina generale, con 30.450 PL (14,9% del totale SSN), seguita da recupero e riabilitazione (23.089 PL, 11,3%) e chirurgia generale (20.789 PL, 10,1%). Le prime 15 discipline assommano in totale il 78,6% dei PL del SSN.

2.3.2 La capacità di offerta delle strutture territoriali

La maggiore attenzione rivolta all'assistenza territoriale con l'obiettivo di rafforzarne la rilevanza a fronte della razionalizzazione dell'attività ospedaliera si è tradotta in sforzi per il potenziamento dei distretti. Questi ultimi, nella maggior parte delle esperienze regionali, sono deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare; sono responsabili, in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, della gestione delle attività socio-sanitarie delegate dai Comuni, nonché del supporto alle famiglie e alle persone in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali).

Per l'erogazione delle prestazioni territoriali, i distretti si avvalgono di una pluralità di strutture, classificabili come segue:

- ▶ strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche quali l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale (ambulatori e laboratori);
- ▶ strutture semiresidenziali, come, per esempio, i centri diurni psichiatrici e per anziani;

Figura 2.10 **Presenza di strutture territoriali nelle regioni italiane (2021)**

(*) Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno infantili, centri distrettuali e, in generale, strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute - Annuario Statistico del SSN 2020

- ▶ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA), gli *Hospice* e le case protette;
- ▶ altre strutture territoriali, come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori familiari e i centri distrettuali.

La Figura 2.10 rappresenta l'andamento delle strutture territoriali (pubbliche e private accreditate) nel periodo 1997-2021²⁵. Rispetto al 2020, si registra una riduzione pari a 0,3 punti percentuali nel numero di ambulatori e laboratori, confermando il trend decrescente registrato nella rilevazione del 2020. Più marcata la riduzione delle strutture semiresidenziali che diminuiscono di 5,8 punti percentuali. Le altre tipologie di strutture, al contrario, registrano un trend crescente: le «altre strutture territoriali» (centri dialisi, centri di salute mentale, etc.) vedono un incremento di 27,1 punti percentuali dal 2020, e del 16,8 per quelle residenziali. L'aumento di queste ultime due tipologie di strutture ha più che compensato la riduzione del numero di ambulatori e laboratori e del numero di strutture semiresidenziali, in un trend di generale aumento delle strutture territoriali, come mostrato in figura.

²⁵ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

2.3.3 Il personale del SSN

Il personale è un elemento chiave del Servizio Sanitario Nazionale, di rilevante importanza per una completa comprensione delle aziende sanitarie. Si tratta di una risorsa critica, poiché la qualità dei servizi erogati dipende in massima misura dalle persone che contribuiscono a erogarli, oltre a costituire una quota significativa dei costi del sistema sanitario.

La Figura 2.11 mostra l'andamento della numerosità del personale dipendente del SSN²⁶ tra il 2001 e il 2021, distinguendo i diversi ruoli professionali²⁷. Nel corso degli anni, il numero totale dei dipendenti è diminuito, passando da 689.475 unità nel 2001 a 670.566 nel 2021 (una diminuzione del 2,7%)²⁸. Tuttavia, a partire dal 2017 si è verificata una inversione di tendenza, con un leggero incremento annuale fino al 2019 e un aumento più rilevante nel biennio 2020-2021, influenzato dalle politiche di risposta alla pandemia del Covid-19. Distinguendo per i diversi profili professionali, nel 2021 si registravano 108.250 medici, 280.315 infermieri e 123.143 operatori tecnici e sociosanitari.

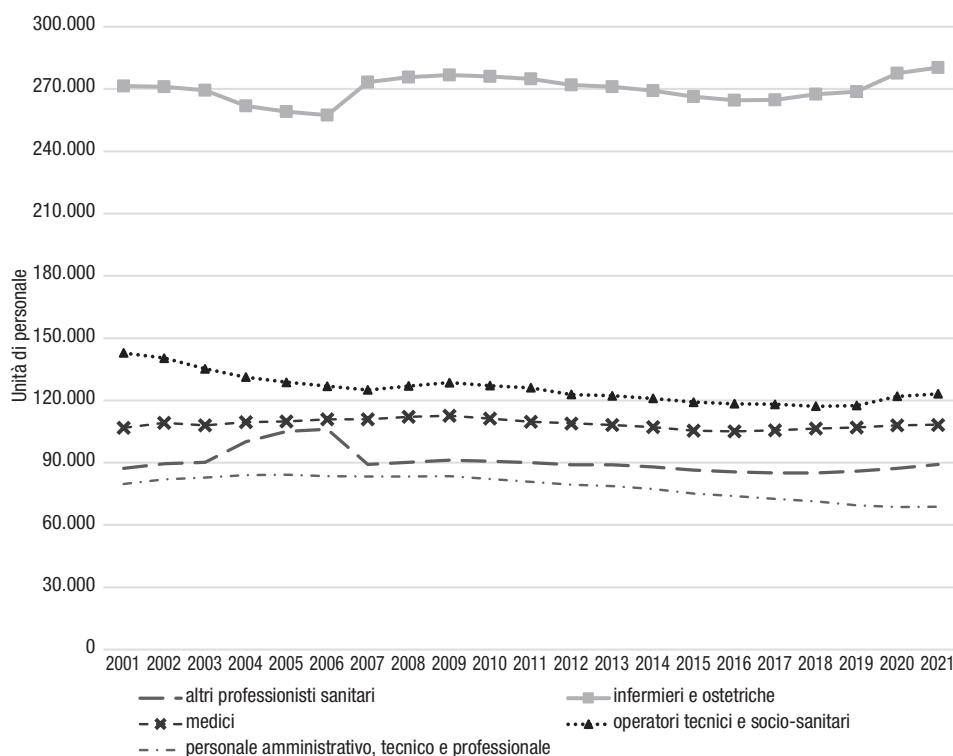
Nel periodo di osservazione, dal 2001 al 2021, emergono tre diverse tendenze nell'organico del SSN. Tra il 2001 e il 2010, l'organico è rimasto sostanzialmente stabile (-0,1%). Tuttavia, è possibile osservare andamenti eterogenei tra medici, infermieri, personale tecnico-amministrativo (+4,3%, +1,7% e +3,1%, rispettivamente) e operatori tecnici e sociosanitari (-11%). A partire dal 2011 si è invece evidenziato un marcato trend di contrazione, visibile fino al 2019, che ha comportato una riduzione complessiva del personale pari a 4,9%, con la maggiore riduzione tra il personale tecnico-amministrativo (-14%) e tra gli operatori tecnici sociosanitari (-6,8%).

La pandemia da Covid-19, come già descritto anche nel Rapporto OASI precedente, ha avuto un profondo impatto sul dimensionamento dell'organico del SSN, con variazioni significative tra i vari ruoli. Nel lasso di tempo 2019-2021, abbiamo osservato un incremento degli operatori tecnici e sociosanitari (4,8%), del personale infermieristico e ostetrico (4,4%), e dei vari professionisti sanitari (3,8%), mentre i medici hanno registrato un aumento inferiore (1,1%). Per comprendere meglio questa tendenza, abbiamo confrontato il numero assoluto di professionisti nel periodo 2019-2021 con quello del periodo precedente

²⁶ Sono inclusi i dipendenti appartenenti al CCNL Sanità.

²⁷ Nella categoria 'altri professionisti sanitari' rientrano i professionisti sanitari diversi da medici ed infermieri iscritti ad un ordine professionale (ad es. chimici, farmacisti, odontoiatri, psicologi, dirigenti sanitari non medici). Come 'personale amministrativo, tecnico e professionale' si intendono figure non sanitarie con ruolo amministrativo o compiti specifici (ad es. dirigenti amministrativi, dirigenti ruolo tecnico, architetti, avvocati, informatici). Infine, nella categoria 'operatori tecnici e sociosanitari' sono inclusi i profili con ruolo tecnico di natura non professionale, ovvero principalmente operatori sociosanitari e operatori tecnici addetti all'assistenza.

²⁸ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.11 **Unità di personale SSN, per ruolo professionale (2001-2021)**

Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ragioneria Generale dello Stato – Conto Annuale

2010-2019. Durante il decennio precedente, c'erano state significative riduzioni nel personale infermieristico e ostetrico (-7.360 unità), negli operatori tecnici e socio sanitari (-9.522 unità) e nei medici (-4.247 unità). Tuttavia, nel solo periodo 2019-2021, abbiamo assistito ad un aumento del personale infermieristico e ostetrico (+11.678 unità), degli operatori sociosanitari (+5.585) e dei medici (+1.206). Nonostante questi incrementi, i numeri rimangono modesti e non sono ancora sufficienti per colmare i vuoti accumulati nel decennio precedente o a soddisfare eventuali aumenti degli standard di servizio. In particolare, la dotazione di professionisti infermieri e ostetriche in Italia risulta ancora notevolmente sottodimensionata, specialmente se confrontato il rapporto medici/infermieri con altre realtà internazionali, sia europee che extra europee (si veda il § 2.5 per maggiori informazioni a riguardo). Inoltre, è necessario considerare l'età media dei professionisti del settore. Nel 2021, l'età media dei medici era di 50,5 anni, 46,8 anni per il personale infermieristico e ostetrico e di 52,5 anni per il personale tecnico-amministrativo.

Per quanto riguarda invece il numero di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), personale in convenzione con il SSN

responsabile dell'assistenza primaria e quindi dell'accesso dei cittadini ai servizi sanitari, i dati 2021 registrano 40.250 MMG e 7.022 PLS (Tabella 2.11). Nel corso degli ultimi anni, sia il numero di MMG sia quello di PLS si sono ridotti. Tra il 2020 e il 2021, si è verificata una diminuzione di 1.457 unità di MMG (-3,5%) e 263 unità di PLS (-3,6%). Inoltre, la media di assistiti per ogni MMG è aumentata del 8,6% rispetto al dato del 2013 raggiungendo un valore medio 1.260 assistiti per medico. Per quanto riguarda le scelte per professionista, la P.A. Bolzano si conferma come quella con il numero massimo sia per gli MMG (1.519) sia per i PLS (1.207). In linea con gli anni precedenti, le regioni del Nord presentano valori più elevati rispetto alla media nazionale per quanto riguarda sia l'assistenza agli adulti (eccetto la Liguria), sia quella ai pazienti pediatrici (eccetto l'Emilia-Romagna). In tutte le regioni si registra un numero medio di scelte superiore a quota 1.000 per gli MMG. È opportuno ricordare

Tabella 2.5 **Numero MMG e PLS, numero medio di scelte e diffusione dell'indennità associativa, per regione (2021)**

Regione	Numero MMG	Numero scelte MMG	% MMG con indennità per attività in forma associativa	Numero PLS	Numero scelte per PLS	% PLS con indennità per attività in forma associativa
Piemonte	2.882	1.303	72,9	375	1.076	42,4
Valle D'Aosta	79	1.352	64,6	14	916	85,7
Lombardia	5.774	1.430	70,0	1.121	963	66,5
P.A. Bolzano	292	1.519	45,2	61	1.207	85,2
P.A. Trento	330	1.436	80,0	70	912	100,0
Veneto	2.995	1.408	79,5	538	986	84,9
Friuli-Venezia Giulia	768	1.377	82,8	116	968	17,2
Liguria	1.054	1.239	71,3	156	915	78,8
Emilia-Romagna	2.850	1.351	84,3	595	812	71,3
Toscana	2.653	1.221	72,2	448	966	60,3
Umbria	719	1.055	75,8	105	805	53,3
Marche	1.042	1.253	83,1	166	898	57,2
Lazio	4.244	1.186	74,1	741	800	66,7
Abruzzo	1.036	1.074	58,6	147	854	76,9
Molise	244	1.084	20,9	36	745	36,1
Campania	3.631	1.278	49,3	730	887	61,5
Puglia	3.144	1.100	75,1	538	782	83,1
Basilicata	435	1.098	61,4	56	849	62,5
Calabria	1.089	1.325	35,8	186	962	77,4
Sicilia	3.871	1.078	49,9	656	781	74,5
Sardegna	1.118	1.200	46,6	167	760	44,3
ITALIA 2021	40.250	1.260	67,5	7.022	890	67,5
ITALIA 2020	41.707	1.238	68,3	7.285	883	66,5
ITALIA 2013	45.203	1.160	70,1	7.705	890	65,9

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute - Annuario Statistico del SSN 2021

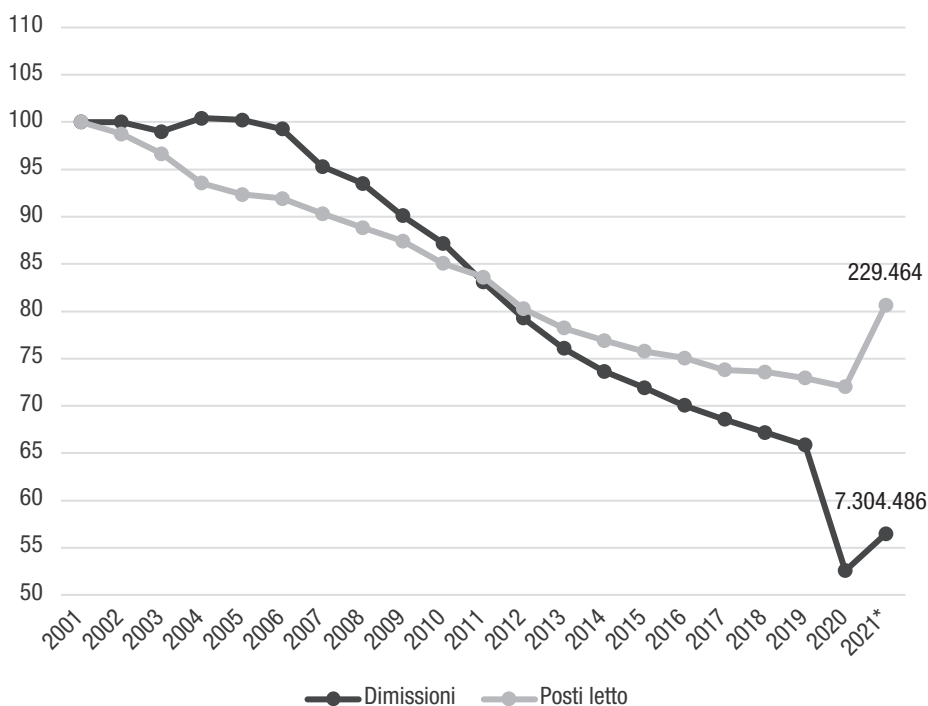
che il contratto dei medici di medicina generale e dei pediatri prevede, salvo molteplici tipologie di eccezioni, che ciascun medico di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti e ciascun pediatra 800 bambini, con possibilità di arrivare in deroga fino agli 880 assistiti. Tra i 6 e i 14 anni d'età, inoltre, il bambino può essere assistito alternativamente dal pediatra o dal medico di famiglia. La Tabella 2.5 fornisce anche la percentuale di medici che sono organizzati in forma associativa e, di conseguenza, ricevono l'indennità collegata prevista negli accordi collettivi nazionali e regionali integrativi. Tra le regioni con i tassi più alti, si distinguono l'Emilia-Romagna (84,3%) e la PA di Trento per i pediatri (100%). È rilevante notare come nel periodo tra il 2013 e il 2021 la percentuale di medici organizzati in forma associativa è diminuita leggermente per gli MMG (-2,6 punti percentuali). Questo fenomeno può essere attribuito, in parte, all'aumento dell'anzianità professionale all'interno della categoria (il 75% dei MMG ha oltre 27 anni di anzianità di laurea, contro il 65% del 2013, e soltanto 1,6% dei MMG hanno meno di 6 anni di servizio). D'altra parte, occorre anche considerare il fatto che le regioni da tempo hanno iniziato a lavorare su forme aggregative più complesse, quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), con l'intento di ridimensionare il ruolo dell'associazionismo «classico».

2.4 Le attività del SSN

2.4.1 Le attività di ricovero

Al momento della stesura del presente paragrafo (settembre 2023) non risulta ancora pubblicato il rapporto SDO relativo all'anno 2021. Alla luce di questa mancanza, le consuete analisi sull'attività di ricovero del SSN sono interrotte e gli autori si focalizzano unicamente su specifici elementi per cui sono a disposizione altre fonti informative. Ove risulta necessario interrompere le serie storiche dei precedenti rapporti OASI, la prospettiva adottata è volta ad evidenziare l'impatto del Covid-19 sul SSN, enfatizzando le sostanziali differenze tra gli anni 2019, 2020 e 2021 di alcuni fenomeni che risultano particolarmente significativi. Per una fotografia più completa delle attività di ricovero fino all'anno 2019, si rimanda il lettore al capitolo 2 del Rapporto OASI 2021.

Innanzitutto, dai dati generali sui volumi SDO si evince nel periodo 2019-2020 una drammatica contrazione dell'attività di ricovero (Figura 2.12) che a livello nazionale si assesta a -21,0%. In un solo anno si è verificata una diminuzione dell'attività di ricovero simile a quella registrata nel periodo 2011-2019 (-20,7%). Al contrario, come confermato dal Rapporto PNE 2022 (Agenas 2022), nel 2021 si è registrato un aumento dei volumi SDO pari a +501.158

Figura 2.12 **Trend dimissioni e PL, numeri indice con base 100, Italia (2001-2021)**

Note: *Nell'indisponibilità del dato sui volumi SDO 2021, gli autori hanno stimato il dato 2021 sommando al dato disponibile per l'anno 2020 l'aumento in termini assoluti indicato nel Rapporto PNE 2022 (Agenas 2022, p. 21).

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO (più anni), Agenas – Rapporto PNE (2022) e Ministero della Salute – Posti letto per struttura ospedaliera (più anni).

ricoveri rispetto al 2020, aumento non sufficiente per colmare il precedente crollo: persiste una contrazione del 14% di ricoveri confrontando i dati 2021 e 2019.

La Tabella 2.6 illustra attraverso i dati pubblicati dal Ministero della Salute all'interno dell'Annuario Statistico del SSN la distribuzione dei dimessi da ricoveri per acuzie in regime ordinario per causa di ricovero per gli anni 2019, 2020 e 2021. Questa rappresentazione consente di declinare l'effetto di Covid-19 rispetto alle diverse cause di ricovero e verificarne l'eventuale ripresa nel 2021. Nonostante dal confronto tra il 2021 e il 2020 si evinca un generale aumento dei volumi di ricovero (+5,7%), con l'unica sostanziale eccezione dei ricoveri per polmonite (-9,8%), il confronto tra il 2021 e il 2019 ribadisce il diffuso calo dei ricoveri. In termini assoluti, le malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente segnano la contrazione più marcata (rispettivamente -155.462 e -111.444 ricoveri confrontando il dato 2021 e 2019).

Tabella 2.6 **Distribuzione dei dimessi per acuzie in regime ordinario (2019, 2020 e 2021)**

Causa di ricovero	2019	2020	2021	Δ%21-20	Δ%21-19
Malattie infettive e parassitarie	131.712	102.505	109.208	6,5%	-17,1%
Tumori	656.555	568.717	604.319	6,3%	-8,0%
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	152.207	101.442	117.010	15,3%	-23,1%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	56.884	44.341	44.905	1,3%	-21,1%
Disturbi psichici	144.381	111.291	117.868	5,9%	-18,4%
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	174.765	124.495	133.201	7,0%	-23,8%
Malattie del sistema circolatorio	1.004.633	790.433	849.171	7,4%	-15,5%
Malattie dell'apparato respiratorio, di cui	586.970	610.308	595.429	-2,4%	1,4%
Polmoniti	150.268	274.932	248.028	-9,8%	65,1%
Malattie dell'apparato digerente	587.327	436.663	475.883	9,0%	-19,0%
Malattie dell'apparato genito-urinario	429.034	320.504	354.424	10,6%	-17,4%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	511.489	478.373	465.863	-2,6%	-8,9%
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	44.210	27.813	27.711	-0,4%	-37,3%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	416.611	300.022	356.170	18,7%	-14,5%
Malformazioni congenite	60.940	44.993	52.572	16,8%	-13,7%
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	54.484	51.284	54.398	6,1%	-0,2%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	204.077	138.334	139.974	1,2%	-31,4%
Traumatismi e avvelenamenti	540.369	453.258	476.041	5,0%	-11,9%
Ricoveri di natura speciale	251.414	212.912	221.931	4,2%	-11,7%
TOTALE	6.008.062	4.917.688	5.196.078	5,7%	-13,5%

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2021

Similmente, la Tabella 2.7 mostra il numero di giornate di ricovero per acuzie in regime ordinario per gli anni 2019, 2020 e 2021. Anche in questo caso, nonostante dal confronto tra il 2021 e il 2020 si evinca un generale aumento delle giornate di ricovero (+4,5%), il confronto tra il 2021 e il 2019 conferma la contrazione dell'attività. In termini assoluti, le malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente segnano la contrazione più marcata (rispettivamente -1.164.338 e -698.071 giornate di ricovero confrontando il dato 2021 e 2019).

La Tabella 2.8 mostra per gli anni 2019, 2020 e 2021 il numero di dimessi presso le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per alcune discipline ospedaliere selezionate. Nel 2021, a fronte di un generale aumento del numero di ricoveri rispetto al 2020 fatta eccezione per la lungodegenza (-17,9%), si registra per tutte le discipline selezionate una sostanziale diminuzione rispetto al 2019 tranne per la terapia intensiva che segna un aumento di quasi il 20% dei ricoveri. Le contrazioni più significative in termini assoluti sono rappresentate dai ricoveri in medicina generale (-145.449 ricoveri per il 2021 rispetto al 2019) e in chirurgia generale (-117.220).

Tabella 2.7 Giornate di ricovero per acuzie in regime ordinario (2019, 2020 e 2021)

Causa di ricovero	2019	2020	2021	Δ%21-20	Δ%21-19
Malattie infettive e parassitarie	1.540.342	1.290.889	1.379.098	6,8%	-10,5%
Tumori	5.319.380	4.572.430	4.632.534	1,3%	-12,9%
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	903.155	625.958	677.106	8,2%	-25,0%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	462.586	374.565	389.816	4,1%	-15,7%
Disturbi psichici	1.674.273	1.380.732	1.406.582	1,9%	-16,0%
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	1.035.050	768.031	806.516	5,0%	-22,1%
Malattie del sistema circolatorio	7.866.595	6.316.770	6.702.257	6,1%	-14,8%
Malattie dell'apparato respiratorio, di cui	5.228.965	6.755.877	7.073.004	4,7%	35,3%
Polmoniti	1.520.130	3.401.673	3.281.608	-3,5%	115,9%
Malattie dell'apparato digerente	3.879.598	3.036.153	3.181.527	4,8%	-18,0%
Malattie dell'apparato genito-urinario	2.409.758	1.865.859	2.016.561	8,1%	-16,3%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	1.978.155	1.787.701	1.737.588	-2,8%	-12,2%
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	298.817	199.934	198.177	-0,9%	-33,7%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2.122.363	1.506.431	1.716.011	13,9%	-19,1%
Malformazioni congenite	311.156	252.180	270.256	7,2%	-13,1%
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	583.837	557.006	562.764	1,0%	-3,6%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1.197.421	864.453	882.135	2,0%	-26,3%
Traumatismi e avvelenamenti	4.372.512	3.668.856	3.853.455	5,0%	-11,9%
Ricoveri di natura speciale	1.171.371	1.009.366	1.002.441	-0,7%	-14,4%
TOTALE	42.355.334	36.833.191	38.487.828	4,5%	-9,1%

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2021

Tabella 2.8 Attività di degenza delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per alcune discipline ospedaliere selezionate: dimessi (2019, 2020 e 2021)

Disciplina	2019	2020	2021	Δ%21-20	Δ%21-19
Medicina generale	868.129	738.246	722.680	-2,1%	-16,8%
Recupero e riabilitazione	122.556	87.346	85.499	-2,1%	-30,2%
Chirurgia generale	635.820	477.691	518.600	8,6%	-18,4%
Ortopedia e traumatologia	458.732	353.204	380.725	7,8%	-17,0%
Ostetricia e ginecologia	603.870	530.683	536.310	1,1%	-11,2%
Cardiologia	383.766	309.215	338.573	9,5%	-11,8%
Lungodegenti	54.005	38.882	31.920	-17,9%	-40,9%
Urologia	247.344	191.168	210.061	9,9%	-15,1%
Neurologia	164.441	133.167	138.438	4,0%	-15,8%
Terapia intensiva	55.674	64.979	66.769	2,8%	19,9%
Psichiatria	99.778	79.275	81.218	2,5%	-18,6%
Pediatria	242.797	149.001	161.096	8,1%	-33,6%
Oncologia	95.062	82.826	82.938	0,1%	-12,8%
Geriatrica	112.145	86.998	87.689	0,8%	-21,8%
Otorinolaringoiatria	136.233	86.561	94.105	8,7%	-30,9%

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2021

Similmente, la Tabella 2.9 mostra per gli anni 2019, 2020 e 2021 il numero di giornate di degenza effettuate presso le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per alcune discipline ospedaliere selezionate. Nel 2021, a fronte di un generale aumento del numero di giornate di ricovero rispetto al 2020 fatta eccezione per la lungodegenza (-25,4%), si registra per tutte le discipline selezionate una sostanziale diminuzione rispetto al 2019 tranne per la terapia intensiva che segna un aumento di quasi il 20% delle giornate di ricovero. Le contrazioni più significative in termini assoluti sono rappresentate dai ricoveri in recupero e riabilitazione funzionale (-855.425 ricoveri per il 2021 rispetto al 2019) e in chirurgia generale (-751.808).

Infine, il documento «Certificato di assistenza al parto – Analisi dell’evento nascita 2021» del Ministero della Salute fornisce utili dati per osservare il numero di parti e il numero e caratteristiche dei punti nascita (PN) (Tabella 2.10). Nel 2021, si sono registrati in Italia 395.079 parti dei quali il 99,4% è avvenuto in uno dei 399 PN pubblici, accreditati o privati. Nel 2021, il 75,9% dei PN presentava 500 o più parti all’anno. Valle d’Aosta e Marche risultano le regioni con una maggiore percentuale di PN che superano i 500 parti l’anno, rispettivamente il 100 e il 90,9%. Al contrario, Molise e la PA di Trento presentano le percentuali inferiori con il 33,3 e il 50%. L’ultima colonna della Tabella 2.10 riporta il numero di punti nascita PN ogni 1.000 parti registrati con riferimento all’anno 2021: valori prossimi a 1,00 indicano una buona capacità di allinea-

Tabella 2.9 **Attività di degenza delle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate per alcune discipline ospedaliere selezionate: giornate di degenza (2019, 2020 e 2021)**

DISCIPLINA	2019	2020	2021	Δ%21-20	Δ%21-19
Medicina generale	8.879.158	7.976.482	8.283.893	3,9%	-6,7%
Recupero e riabilitazione	3.015.406	2.212.288	2.159.981	-2,4%	-28,4%
Chirurgia generale	3.920.753	3.103.292	3.168.945	2,1%	-19,2%
Ortopedia e traumatologia	3.188.082	2.461.597	2.566.953	4,3%	-19,5%
Ostetricia e ginecologia	2.360.692	2.023.465	2.034.218	0,5%	-13,8%
Cardiologia	2.377.541	1.965.390	2.086.772	6,2%	-12,2%
Lungodegenti	1.186.110	829.427	618.881	-25,4%	-47,8%
Urologia	1.212.807	940.094	999.464	6,3%	-17,6%
Neurologia	1.551.214	1.273.460	1.336.275	4,9%	-13,9%
Terapia intensiva	763.972	923.189	1.038.080	12,4%	35,9%
Psichiatria	1.238.721	1.034.622	1.017.541	-1,7%	-17,9%
Pediatria	1.102.707	717.093	759.108	5,9%	-31,2%
Oncologia	876.875	747.043	748.415	0,2%	-14,6%
Geriatría	1.274.337	1.043.366	1.063.581	1,9%	-16,5%
Otorinolaringoiatria	504.272	357.945	378.148	5,6%	-25,0%

Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2021

Tabella 2.10 **Distribuzione dei punti nascita per regione (2020)**

Regione	Numero punti nascita	% con 500 parti e oltre	Punti nascita per 1.000 neonati
Piemonte	26	76,9%	1,00
Valle d'Aosta	1	100,0%	1,37
Lombardia	55	81,8%	0,81
P.A. Bolzano	5	80,0%	0,97
P.A. Trento	4	50,0%	1,01
Veneto	32	81,3%	0,99
Friuli-Venezia Giulia	10	60,0%	1,30
Liguria	10	80,0%	1,23
Emilia-Romagna	20	85,0%	0,67
Toscana	24	79,2%	1,06
Umbria	6	83,3%	1,08
Marche	11	90,9%	1,26
Lazio	33	66,7%	0,89
Abruzzo	9	77,8%	1,10
Molise	3	33,3%	2,26
Campania	52	73,1%	1,21
Puglia	26	76,9%	0,99
Basilicata	5	60,0%	1,38
Calabria	11	90,9%	0,88
Sicilia	45	73,3%	1,23
Sardegna	11	54,5%	1,39
ITALIA 2021	399	75,9%	1,01
ITALIA 2019	443	74,0%	1,02
ITALIA 2009	665	63,3%	1,17

mento allo standard ministeriale di 1.000 parti l'anno per PN, mentre valori al di sopra di 1,00 indicano una ridotta capacità media dei PN di raggiungere la soglia di casistica. Nel 2021 tale indice si assesta in Italia a 1,01 PN per 1.000 neonati.

2.4.2 Le attività territoriali

Attraverso i dati pubblicati dal Ministero della Salute all'interno dell'Annuario Statistico, vengono presentate le principali attività territoriali, inclusa l'attività di specialistica ambulatoriale e l'assistenza fornita da strutture residenziali e semiresidenziali. Per ulteriori dettagli sull'attività domiciliare, inclusa l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e sul settore sociosanitario, si invita a consultare il Capitolo 5 del presente Rapporto.

Nel 2021, le prestazioni di specialistica ambulatoriale hanno raggiunto complessivamente 1,298 miliardi, evidenziando un netto aumento rispetto al 2020 (circa 1,046 miliardi; +24,1%). È importante notare che le prestazioni sono aumentate in tutti gli ambiti di attività per il forte calo subito nel 2020 a

Tabella 2.11 **Distribuzione del numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per branca di appartenenza e regione (2020-2021)**

Regione	Laboratorio		Diagnostica per immagini - Medicina nucleare		Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica		Attività clinica		Radioterapia		Medicina fisica e riabilitazione		Altro	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Piemonte	50.650.460	62.236.953	81.065	96.814	2.868.825	3.366.721	7.322.552	8.199.852	540.283	552.479	1.957.650	2.250.271	1.528.495	1.572.633
Valle D'Aosta	1.873.595	2.344.358	4.175	5.352	101.307	121.722	157.945	195.136	11.600	12.342	112.998	137.308	136.453	159.347
Lombardia	163.912.671	190.234.201	646.042	236.566	8.439.888	10.791.515	16.834.203	21.071.205	493.492	508.659	4.864.509	5.326.091	4.823.859	5.451.739
P.A. Bolzano	6.111.541	9.232.203	7.211	6.304	388.308	415.934	1.201.640	1.278.231	28.544	34.643	472.635	587.386	611.621	722.041
P.A. Trento	9.851.893	11.076.101	12.690	13.936	496.635	565.822	901.877	1.084.242	57.441	47.255	364.993	406.362	168.730	120.510
Veneto	75.329.933	87.299.227	118.113	126.470	3.756.188	4.130.305	7.192.365	8.006.674	381.271	372.051	2.998.382	3.236.363	1.084.531	1.242.771
Friuli-Venezia Giulia	17.190.857	19.570.599	18.408	18.259	738.111	836.284	1.860.087	2.211.130	150.217	171.193	537.886	611.201	435.957	329.734
Liguria	25.227.800	26.887.476	107.625	57.868	1.412.795	1.651.885	1.703.817	2.060.027	213.297	225.892	907.478	1.032.488	1.646.410	1.962.972
Emilia-Romagna	57.200.091	75.412.355	67.464	80.673	3.412.688	4.382.511	6.538.628	7.638.048	466.264	511.185	1.693.798	1.985.925	1.157.965	1.246.489
Toscana	51.083.664	77.884.212	129.526	62.727	2.872.904	3.402.847	4.778.125	5.939.967	196.414	204.790	417.879	537.104	3.617.081	4.560.766
Umbria	15.958.355	19.416.346	12.780	13.191	750.285	851.312	978.855	1.120.616	127.737	125.725	243.799	271.491	648.106	689.369
Marche	27.821.836	33.113.522	35.940	40.322	1.192.803	1.641.453	1.906.508	2.171.253	79.770	93.844	663.705	778.629	1.617.111	1.534.279
Lazio	70.243.086	88.761.804	206.076	806.163	2.859.807	3.546.734	8.456.674	10.091.305	1.450.207	1.736.620	4.549.959	5.040.427	1.633.036	1.409.309
Abruzzo	20.753.306	24.062.562	32.230	57.705	972.401	1.105.639	1.803.963	2.146.749	283.743	291.316	646.554	729.473	584.265	717.724
Molise	6.282.796	8.894.698	20.009	23.492	329.345	355.893	618.059	573.251	114.060	122.789	136.398	136.926	37.869	43.063
Campania	65.652.190	93.361.656	135.729	153.729	3.855.924	5.003.879	5.572.912	6.154.588	704.302	755.702	1.885.902	2.185.276	1.962.736	2.379.570
Puglia	62.512.241	67.895.418	111.374	120.147	2.957.563	2.849.678	4.837.490	5.156.815	306.955	296.550	2.607.398	3.092.294	1.082.553	1.336.588
Basilicata	7.033.932	9.707.222	25.575	36.254	361.034	447.146	1.016.594	1.069.337	11.599	23.678	1.544.075	1.655.543	306.512	577.158
Calabria	26.735.005	26.954.102	37.797	22.370	1.003.873	1.060.036	2.034.833	1.658.773	125.034	126.958	917.083	1.034.559	758.035	719.095
Sicilia	67.894.787	87.711.077	157.062	178.777	3.088.510	3.709.453	6.047.890	7.182.776	522.524	584.623	2.514.507	4.010.137	1.239.329	1.167.741
Sardegna	23.879.861	52.972.611	20.061	17.966	1.275.000	1.406.319	1.656.554	2.069.046	363.483	330.033	1.476.584	1.738.879	642.679	668.661
ITALIA	853.199.900	1.075.028.703	1.986.952	2.175.107	43.134.194	51.643.088	83.421.571	97.079.021	6.628.237	7.108.327	31.514.172	36.784.133	25.723.333	28.611.559

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN 2021

causa dell'emergenza Covid-19, tornando nel 2021 a livelli confrontabili con quelli pre-pandemia (erano 1,207 miliardi nel 2019). Tra il 2020 e il 2021, l'incremento più considerevole si è verificato nel campo delle prestazioni di laboratorio (+26%) e in quello della diagnostica strumentale e per immagini (+20%). Sempre in queste due categorie, particolarmente significativo è il numero di prestazioni erogate in Lombardia nel 2021, rispettivamente 190 milioni e 10 milioni. Anche nel 2021, la composizione di queste attività (Tabella 2.11) evidenzia l'estrema rilevanza delle prestazioni di laboratorio (82,8% del totale).

Nel 2022, il Ministero della Salute ha pubblicato la nuova edizione del Rapporto sulla salute mentale, focalizzandosi sui dati del 2021 e offrendo un aggiornamento esaustivo riguardo al personale attivo, alle strutture pubbliche e private che forniscono assistenza specializzata e un'analisi dettagliata dei principali dati di attività e dell'utenza trattata.

Dal rapporto emerge, che nel 2021, sono stati identificati 1.245 servizi territoriali (contro i 1.299 del 2020, e 1.481 del 2017), 1.983 strutture residenziali (rispetto ai 1.949 del 2020, e 2.346 del 2017), e 742 strutture semiresidenziali (a confronto con le 811 del 2020 e 908 del 2017). Anche nel 2021 si assiste ad una generale riduzione del numero di servizi, ad eccezione di quelli residenziali. È opportuno sottolineare che questi dati sono coerenti con la tendenza degli anni precedenti.

Per quanto riguarda la capacità di accoglienza nelle strutture residenziali, si rileva una media di 5,2 PL per 10.000 abitanti, mentre nelle strutture semiresidenziali tale valore scende a 2,9 PL. Queste cifre mostrano significative differenze interregionali, soprattutto nel caso delle strutture residenziali. Ad esempio, si passa da disponibilità elevata di PL in Valle d'Aosta, Liguria e Marche (rispettivamente 14,9 PL, 15,2 PL e 11,9 PL per 10.000 abitanti), a dati notevolmente inferiori alla media nazionale in regioni come Calabria, Campania e PA Bolzano (rispettivamente 2,2 PL, 2,4 PL e 3,2 PL per 10.000 abitanti). Analizzando i dati di attività nel corso del 2021, si contano complessivamente 778.737 utenti assistiti con almeno un contatto presso strutture territoriali psichiatriche, segnando una crescita del 12,9% rispetto al 2020 (un aumento di 89.190 utenti). Inoltre, il dato di utenti presenti in strutture territoriali per 10.000 abitanti adulti passa da 135,8 nel 2020 a 145,1 nel 2021. Emerge una rilevante variabilità tra le regioni, come mostrato nella Tabella 2.12. Tuttavia, in Liguria e PA Bolzano, tra il 2020 e il 2021, si riscontra un marcato aumento, rispettivamente +231,9 utenti per 10.000 abitanti adulti e +105,3. Le uniche regioni che registrano contrazioni nei valori sono la Sicilia e l'Emilia-Romagna (-14,4 e -15,0).

Tabella 2.12 **Utenti presenti in strutture territoriali psichiatriche: tassi standardizzati per 10.000 abitanti (2021, 2020, 2019 e differenza 2021-2020 e 2021-2019)**

Regione	2019	2020	2021	Δ 2021-2020	Δ 2021-2019
Abruzzo	145,7	132,9	139,0	6,1	-6,7
Basilicata	150,6	140,8	154,0	13,2	3,4
Bolzano		134,2	366,1	231,9	
Calabria	225,8	187,7			-38,1
Campania	106,3	113,3	153,5	40,2	47,2
Emilia-Romagna	213,5	190,2	175,2	-15,0	-38,3
Friuli Venezia Giulia	136,2	120,5	174,2	53,7	38,0
Lazio	118,7	109,7	119,5	9,8	0,8
Liguria	157,4	137,8	243,1	105,3	85,7
Lombardia	176,7	123,8	155,4	31,6	-21,3
Marche	155,4	121,6	115,3	-6,3	-40,1
Molise	107,3	170,7	190,5	19,8	83,2
Piemonte	162,6	146,8	148,8	2,0	-13,8
Puglia	165,4	140,2	144,8	4,6	-20,6
Sardegna	122,4	91,5	111,4	19,9	-11,0
Sicilia	178,5	161,6	147,2	-14,4	-31,3
Toscana	118,1	101,2	94,3	-6,9	-23,8
Trento	187	173	177,6	4,6	-9,4
Umbria	192,7	189,3	193,5	4,2	0,8
Valle d'Aosta	150,3	163,5	197,9	34,4	47,6
Veneto	150,4	141	149,4	8,4	-1,0
ITALIA	157,5	135,8	145,1	9,3	-12,4

Nota: Non sono disponibili i dati della PA Bolzano per l'anno 2019 e della Calabria per l'anno 2021. Nel caso della Valle d'Aosta, il dato riportato si riferisce all'anno prima disponibile nella serie storica, il 2018.

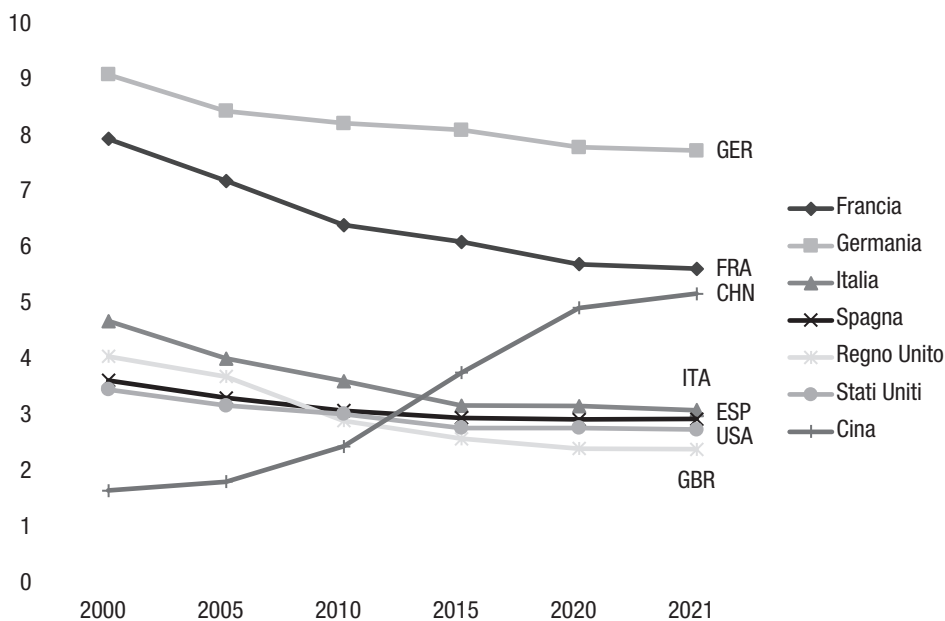
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM), 2021.

2.5 **Struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari: un confronto internazionale**

Il presente paragrafo descrivere in chiave comparativa alcuni sistemi sanitari del panorama internazionale analizzando:

- ▶ dati sulla dotazione di posti letto e sul personale medico ed infermieristico (*input*);
- ▶ dati riguardanti il livello di utilizzo delle strutture ospedaliere (dimissioni e degenza media) (*output*);
- ▶ dati relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate (proporzione dei parti cesarei; ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete) (*outcome*).

Figura 2.13 **Numero posti letto in regime ordinario ogni 1.000 abitanti (2000, 2005, 2010, 2015, 2020, 2021)**



Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

Di seguito si illustra l'andamento delle dotazioni di posti letto in regime ordinario²⁹ nelle strutture sanitarie ospedaliere in alcuni Paesi selezionati per disponibilità del dato e rilevanza (Figura 2.13)³⁰.

Tra il 2000 e il 2021, il numero di PL per 1.000 abitanti è sostanzialmente diminuito in tutti i paesi considerati con l'unica eccezione della Cina che passa da una dotazione di 1,7 PL ogni 1.000 abitanti nel 2000 a 5,2 nel 2021. Certamente l'evoluzione tecnologica ha permesso di trattare alcune patologie in setting ambulatoriale e in regime di day hospital e day surgery, rimodulando così l'offerta e riducendo la dotazione necessaria di PL ospedalieri per la degenza ordinaria (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). La riduzione è stata anche accompagnata, in alcuni Paesi, da una diminuzione delle dimissioni ospedaliere e da una riduzione della degenza media, più avanti nel paragrafo.

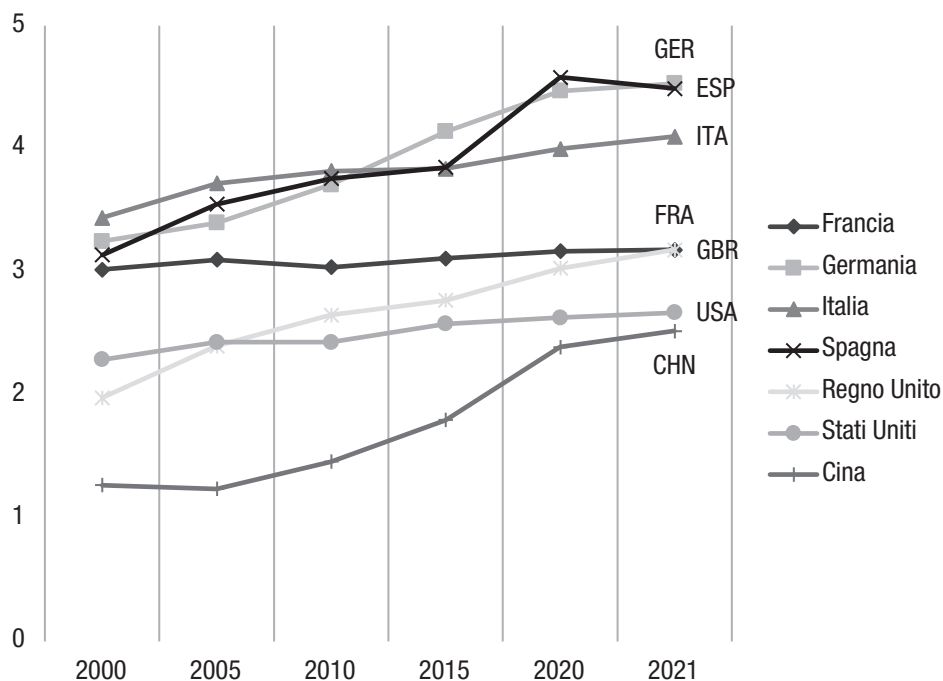
Osservate le dotazioni di PL, consideriamo ora un ulteriore input dei sistemi sanitari: il personale³¹. L'analisi dei dati internazionali evidenzia una dota-

²⁹ Sono inclusi i PL per acuti in regime ordinario (curative care beds), riabilitativi, psichiatrici e di lungodegenza. Sono esclusi i PL in day-hospital.

³⁰ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

³¹ Sono qui considerati medici e infermieri che esercitano la pratica clinica. Tra i primi sono

Figura 2.14 **Numero medici ogni 1.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021)**



Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2023

zione di personale sanitario fortemente differenziata nei diversi Paesi (Figura 2.14)³².

Anche in termini di personale medico, la Cina ha sperimentato un sostanziale aumento negli ultimi venti anni, registrando 2,5 medici ogni 1.000 abitanti nel 2021. Tra gli altri Paesi considerati, gli Stati Uniti registrano il valore più basso (2,7). L'Italia si colloca in una posizione intermedia ma leggermente superiore alla media dei Paesi OECD, con 4,1 medici ogni 1.000 abitanti. La Germania registra invece i valori più elevati tra i Paesi considerati con 4,5 medici ogni 1.000 abitanti nel 2021.

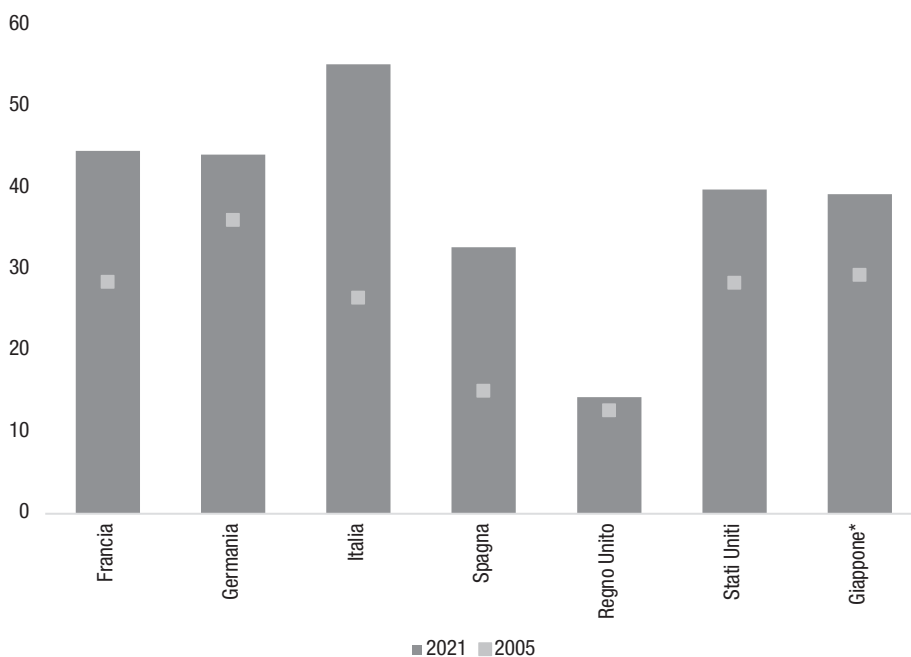
ricompresi i MMG e gli specialisti che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici e privati, mentre sono esclusi i dentisti e gli stomatologi, i professionisti con profilo esclusivamente amministrativo o di ricerca o i medici praticanti in un altro Paese; tra i secondi, invece, sono escluse le ostetriche. A causa dell'assenza di dati comparabili, per alcuni Paesi vengono considerate tutte le figure «professionalmente attive» nel settore (includendo, tra gli altri, manager, educatori e ricercatori, con un incremento complessivo di circa il 5-10%) e/o le figure con la «licenza di praticare la professione» sia rispetto al numero di medici (Grecia, Portogallo e Repubblica Slovacca) che di infermieri (Francia, Irlanda, Portogallo, Repubblica Slovacca e Stati Uniti).

³² Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Particolare attenzione dovrebbe essere posta all'invecchiamento della classe medica. Alla sostanziale stabilità del numero di medici per 1.000 abitanti consegue un aumento del numero di medici con almeno 55 anni di età sul totale dei medici. La Figura 2.15 mostra come tra 2005 e 2021 tale fenomeno abbia riguardato pressoché tutti i Paesi osservati, fatta eccezione per il Regno Unito. Più in generale, se si considera la media dei Paesi analizzati, si registra un incremento consistente nel periodo di tempo considerato pari a 13,4 punti percentuali, con valori che passano dal 25,2% del 2005 al 38,6% del 2021. Rispetto a questo indicatore, l'Italia fa registrare un duplice risultato negativo: (i) a dati più recenti è il Paese che mostra la maggiore incidenza percentuale di medici oltre i 55 anni (il 55,22%) e (ii) rispetto al 2005 (26,5%) è il Paese che registra l'incremento più consistente, pari a 28,7 punti percentuali.

Considerando invece il numero di infermieri per 1.000 abitanti, nel 2021 (Figura 2.16), la Germania conta la più alta densità di infermieri per popolazione residente, pari a 12,0 infermieri ogni 1.000 abitanti. L'Italia, con 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti, risulta avere metà degli infermieri della Germania. A partire dal 2000 la densità degli infermieri è aumentata in tutti i Paesi considerati, specialmente in Cina che registra +252% infermieri ogni 1.000 abitanti tra il 2000 e il 2021, passando da 1 a 3,52.

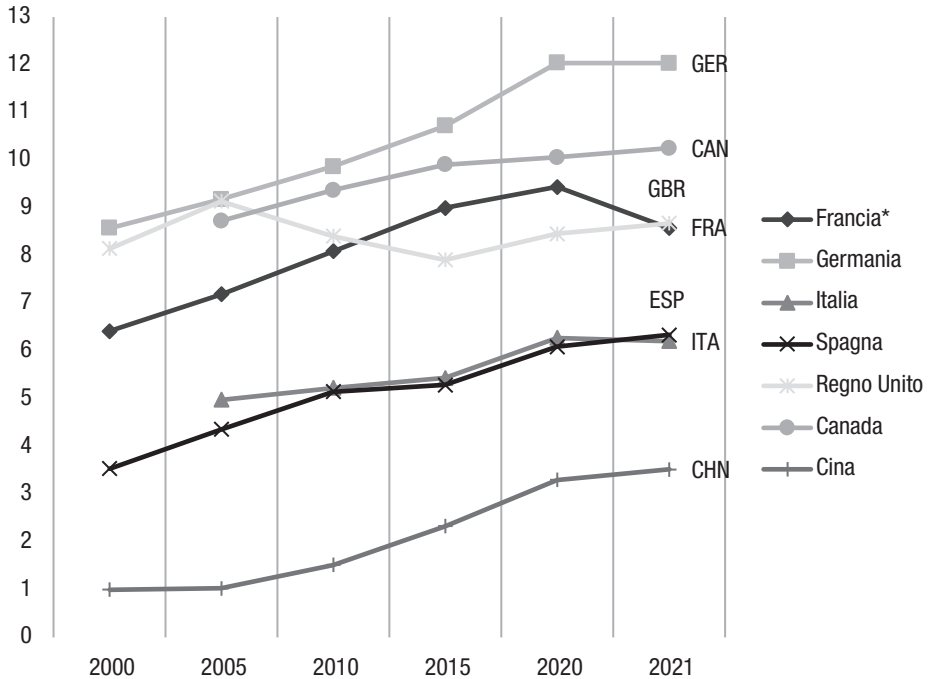
Figura 2.15 **Percentuale di medici con oltre 55 anni di età sul totale (2005 e 2021)**



Nota: *2020

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

Figura 2.16 **Numero infermieri ogni 1.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021)**



Nota: *Per la Francia sono considerati gli infermieri professionalmente attivi, tranne per il 2021 dove il dato, coerentemente agli altri Paesi, è relativo agli infermieri che praticano la professione.

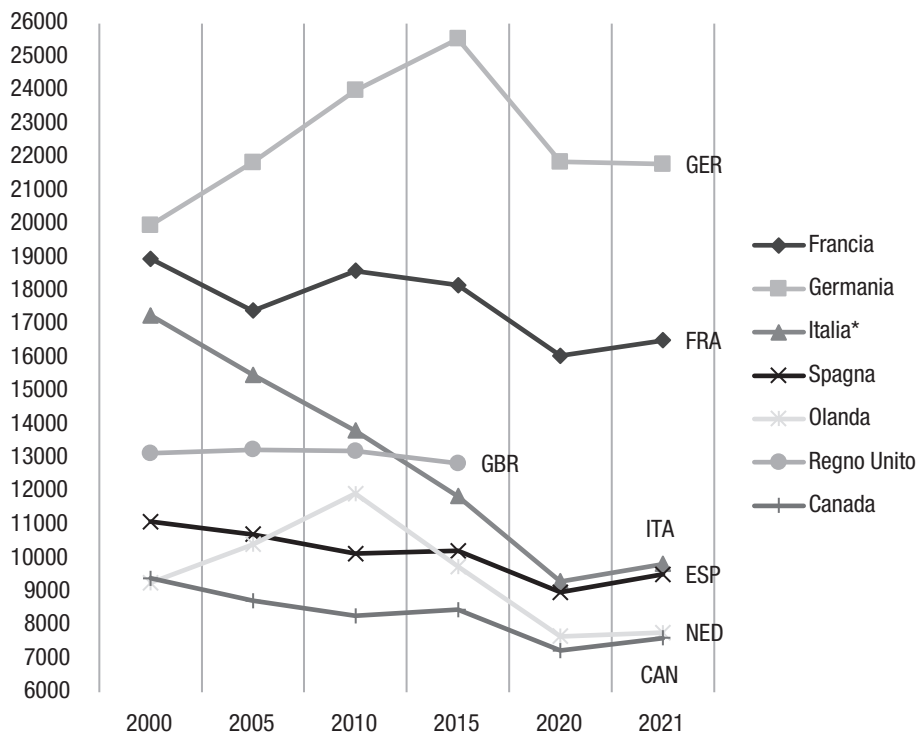
Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2023

Osservando il rapporto tra infermieri e medici³³ è possibile rappresentare lo *skill mix* nei Paesi considerati. Italia, Spagna e Cina presentano nel 2021 una minore disponibilità di infermieri per medico (rispettivamente 1,4, 1,5 e 1,4 infermieri per medico), il Canada registra il valore più alto (con 3,7 infermieri per medico) ed infine Germania, Francia e Regno Unito registrano valori medi (tutti pari a 2,7 infermieri per medico).

Definiti gli input dei sistemi sanitari, si passa ora ad analizzare gli output in termini di livello di utilizzo dei servizi sanitari. Con riferimento in particolare all'attività ospedaliera, storicamente l'Italia presenta un numero di dimissioni ospedaliere (*inpatient care*) per 100.000 abitanti inferiore alla maggior parte dei Paesi UE analizzati, ad esclusione di Spagna e Olanda (Figura 2.17). Tra i fattori che contribuiscono a spiegare i diversi tassi di utilizzo dei servizi ospe-

³³ Il rapporto infermieri/medici è stato calcolato come rapporto tra *nurse density* e *physician density*.

Figura 2.17 **Dimissioni ospedaliere in regime ordinario, per 100.000 abitanti (2000, 2005, 2010, 2015, 2020 e 2021)**



Nota: Sono esclusi dal calcolo i ricoveri erogati in regime diurno (day-hospital). * Per l'Italia, i dati del 2000 si riferiscono al 2001.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2023

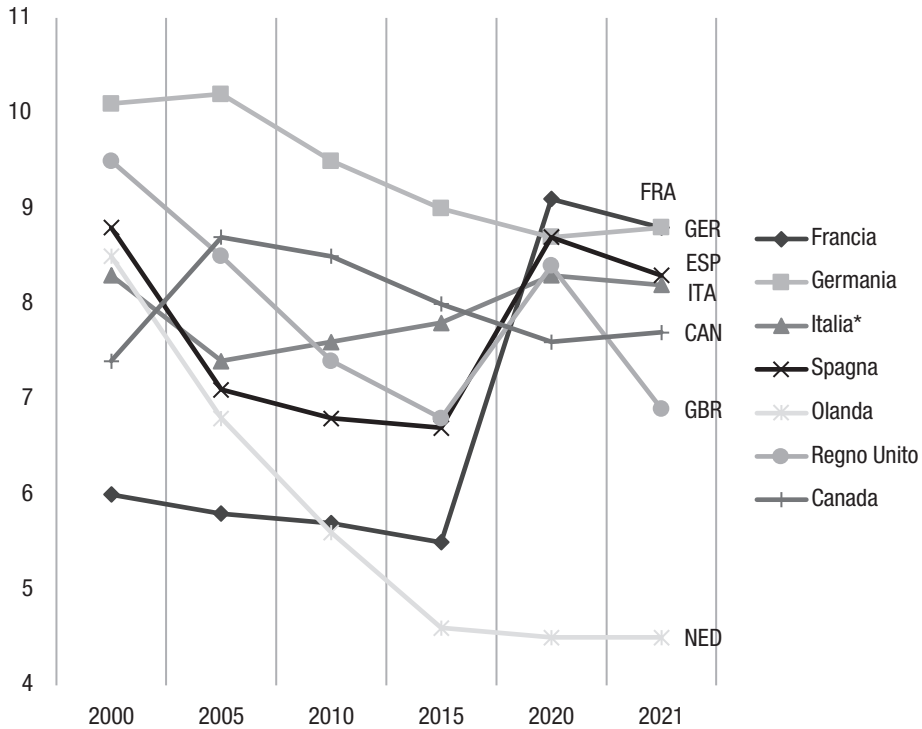
dalieri rientra la possibilità che le cure erogate in regime di ricovero in alcuni Paesi siano invece erogate in setting ambulatoriale (Peterson e Burton, 2007) oppure così come la diminuzione del numero di ospedali e dei posti letto avvenuta già a partire dagli anni '70 (WHO Hit Profile 2013, 2011). Di converso, la Germania registra i più elevati numeri di dimissioni ogni 100.000 abitanti, come riflesso dell'ampia offerta di posti letto.

Estremamente rilevante risulta comparare i volumi di dimissioni degli anni 2019, 2020 e 2021³⁴. Si nota infatti, una sostanziale diminuzione dell'attività ospedaliera in tutti i Paesi nell'anno 2020. Questo dato non può che essere letto alla luce della pandemia di Covid-19. Nel 2021 nessuno dei Paesi considerati per i quali sono disponibili i dati è tornato a livelli pre-pandemia.

Con riferimento alla degenza media (Figura 2.18) tra i Paesi considerati si

³⁴ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.18 **Durata media della degenza ospedaliera per ricoveri ordinari (2000, 2005, 2010, 2015, 2019, 2020)**



Note: La degenza media è calcolata considerando i ricoveri per acuti, riabilitazione e lungodegenza in regime ordinario. Sono esclusi i ricoveri in day hospital. * Per l'Italia, i dati del 2000 si riferiscono al 2001.

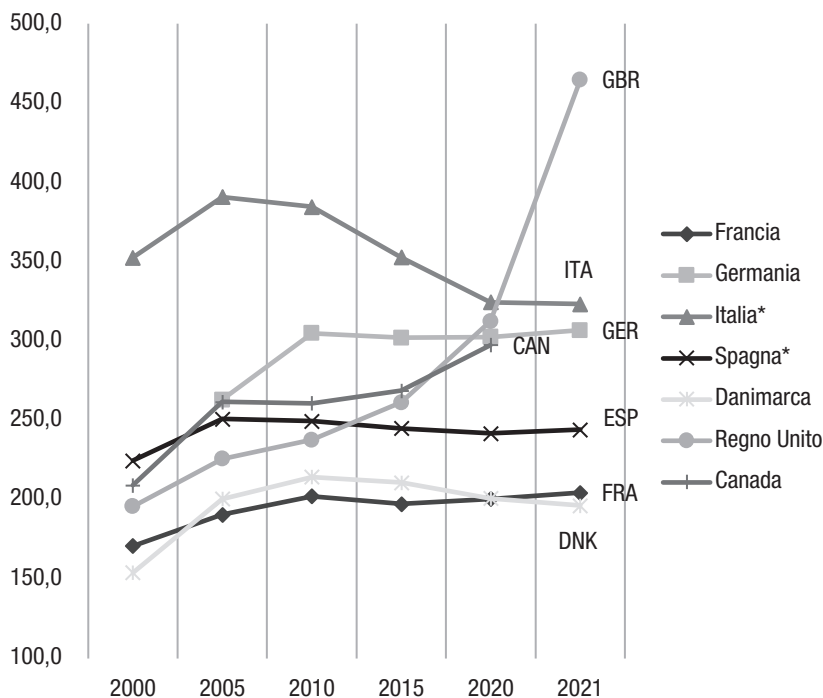
Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2023

registra una generalizzata diminuzione dei giorni tra il 2000 e il 2021, con l'eccezione di Francia (i dati segnano un'interruzione nel 2016) e Canada. Il 2020 (anno dello scoppio della pandemia) ha però segnato una variazione delle serie storiche in molti dei Paesi analizzati, invertendo in molti casi la generalizzata diminuzione dei giorni di degenza media (è possibile fare riferimento al capitolo 2 del rapporto OASI 2022). Osservando invece la differenza tra il 2021 e il 2020 si torna ad osservare una riduzione dei giorni di degenza media in Francia, Spagna e Regno Unito, mentre una sostanziale stabilità per Germania, Italia, Olanda e Canada³⁵.

Dopo aver considerato gli output dei sistemi sanitari, è interessante analizzare il grado di appropriatezza delle prestazioni erogate. In particolare, vengono prese in considerazione due tipologie di indicatori: il numero dei parti ce-

³⁵ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.19 **Numero di parti cesarei ogni 1.000 nati vivi (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021)**



Nota: * Per Italia e Spagna, i dati del 2000 si riferiscono al 2001.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data, 2022

sarei e il tasso di ospedalizzazione per alcune condizioni croniche considerate trattabili in regime ambulatoriale (asma, diabete e BPCO).

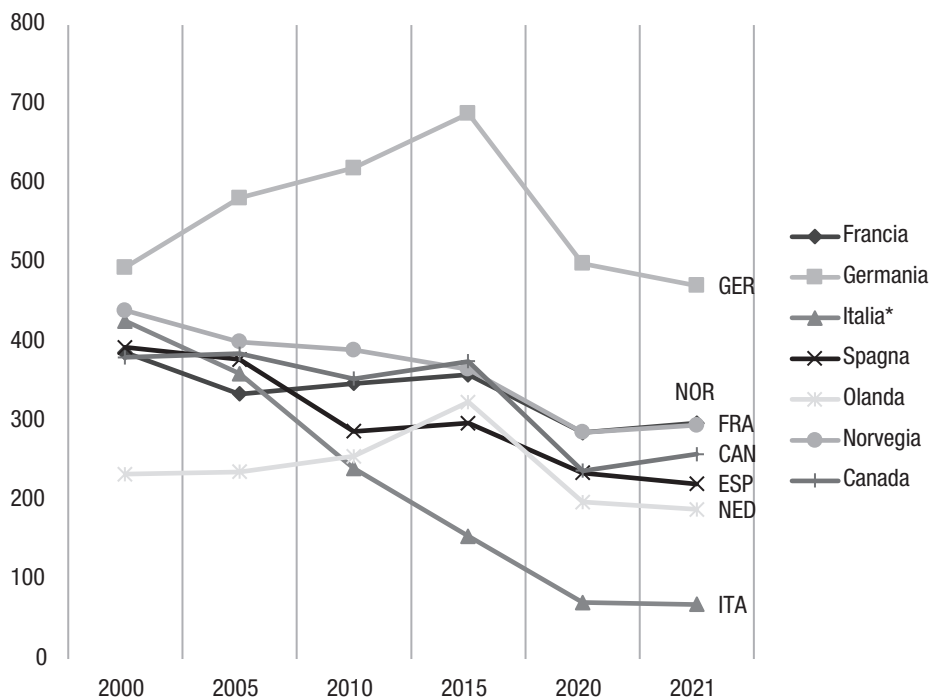
Secondo quanto stabilito dal WHO nel 1985, la percentuale di parti cesarei in una determinata regione non dovrebbe essere superiore al 10-15% (Gibbons *et al.*, 2010).

Nonostante ciò, nessuno dei Paesi considerati si attesta su valori prossimi all'indicazione del WHO (Figura 2.19). L'Italia, tra i Paesi con proporzioni più alte, dal 2015 ha invertito la tendenza di aumento e si attesta nel 2021 su valori prossimi a quelli tedeschi³⁶.

Per finire, si analizzano i dati di ospedalizzazione per condizioni croniche, che rappresentano un ulteriore *proxy* dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. Un elevato tasso di ospedalizzazione per patologie quali asma, BPCO e diabete può infatti derivare dalla bassa qualità delle cure primarie, oppure da un deficit strutturale nel numero di medici di famiglia (Menn *et*

³⁶ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

Figura 2.20 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2000; 2005; 2010; 2015; 2020; 2021)**



Note: * Per Italia, i dati del 2000 si riferiscono al 2001.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

al., 2012; Rosano *et al.*, 2013). Oltre metà delle ospedalizzazioni evitabili è legata ad una diagnosi di BPCO, seguita da complicanze da diabete e da asma (Figura 2.20)³⁷.

Anche nel 2021, come per l'anno 2020, il dato sulle ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete riscontra la drastica riduzione delle attività ospedaliere per effetto della pandemia. Nonostante ciò, nel 2021, la Germania con 471 ricoveri ogni 100.000 abitanti è il Paese con il più alto livello di ospedalizzazioni considerate come potenzialmente inappropriate. L'Italia, al contrario, è il Paese tra quelli in analisi in cui si osserva il valore più contenuto (69).

³⁷ Maggiori dati sono disponibili online sul sito OASI.

2.6 La pandemia e le diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari³⁸

2.6.1 La rinuncia alle prestazioni sanitarie

Dall'edizione 2019 del Rapporto OASI, il paragrafo finale del Capitolo sulla struttura e le attività dell'SSN è dedicato al tema delle diseguaglianze nelle condizioni di salute nei loro vari aspetti, soprattutto nelle loro conseguenze in termini di benessere dalla popolazione e di implicazioni di carattere epidemiologico e demografico. Questa scelta è stata pensata per permettere una lettura delle attività delle organizzazioni sanitarie che avesse come riferimento uno dei principi fondamentali del SSN, l'universalità dell'accesso ai servizi.

Nelle edizioni precedenti del Rapporto abbiamo evidenziato l'esistenza di notevoli differenziazioni negli stati di salute e negli indicatori demografici fra le diverse aree del paese (aree interne e periferiche, territori metropolitani, regioni settentrionali e meridionali) e all'interno delle regioni stesse. In particolare, abbiamo sottolineato l'esistenza di evidenti gradienti nelle condizioni di salute della popolazione:

- a. un gradiente Nord-Sud per quanto riguarda la speranza di vita e le condizioni di salute;
- b. un gradiente legato alle condizioni economiche, al grado di istruzione, alle condizioni abitative che agisce in maniera trasversale su queste variabili;
- c. l'esistenza di forti relazioni tra le abitudini alimentari, gli stili di vita, il consumo di alcool e il fumo, con le condizioni economiche e le aree di residenza e come queste variabili abbiano effetti importanti sulla salute e il benessere.

Ragionare su questi fattori e sulle loro conseguenze in termini di condizioni di salute e di consumi sanitari è importante momento per l'organizzazione dei servizi sanitari e la loro differenziazione, sia come aree di intervento (preven-

³⁸ Per la stesura di questo paragrafo si è fatto riferimento alle fonti utilizzate nelle scorse edizioni del Rapporto OASI cui rimandiamo, ai dati ufficiali ISTAT (BES, Aspetti della vita quotidiana, Le spese delle famiglie), nonché ai seguenti documenti:

- Senato della Repubblica, Decima Commissione, Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva del sistema di welfare e di tutela della salute. Audizioni e contributi di Banca d'Italia, Istat, Agenas, Censis, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e Gimbe nel corso delle varie audizioni del 2023;
- Eurispes-Empam, Osservatorio salute, legalità e previdenza, Secondo Rapporto sul Sistema Sanitario Italiano, Roma, 2023;
- Agenas (a cura di Randazzo, M.P.), Mobilità sanitaria e liste d'attesa. Il portale statistico di Agenas, 2023;
- Gimbe, La sanità integrativa, Report Osservatorio GIMBE 1/2019;
- Banco Farmaceutico-Osservatorio Povertà Sanitaria, Decimo Rapporto, Donare per curare. Povertà sanitaria e donazione farmaci, 2023.

zione, cura e riabilitazione), sia come ambiti territoriali (ospedale, cure intermedie e cure primarie).

Gli ultimi tre anni hanno poi necessariamente fatto sommare a queste aree tematiche gli effetti differenziati e rilevanti della pandemia le cui conseguenze hanno avuto caratteristiche notevolmente diverse sui territori, tra le classi di età della popolazione e tra gli individui rispetto a condizione sociale ed economica.

In questa edizione del Rapporto OASI intendiamo approfondire in maniera più analitica sulla base dei dati e della documentazione disponibile le diseguglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie, sia nelle loro cause e motivazioni, sia come conseguenze sulla domanda di servizi, partendo dall'analisi dei dati disponibili sulla rinuncia alle cure da parte dei cittadini³⁹.

Ogni discussione su queste tematiche deve oggi partire dalla pandemia Covid-19 e dai suoi impatti sui servizi sanitari e i comportamenti degli individui. Se è riconosciuto unanimemente che l'emergenza sanitaria causata dalla pandemia Covid-19 sia stata affrontata con un forte impegno economico e umano, d'altro canto ha ulteriormente peggiorato gli aspetti critici che influiscono sull'accessibilità alle prestazioni sanitarie⁴⁰. Durante l'emergenza sanitaria, la quota di persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie ritenute necessarie è quasi raddoppiata, passando dal 6,3% nel 2019 al 9,6% nel 2020 sino all'11,1% nel 2021.

Le serie storiche delle indagini campionarie Eurispes mostrano dati ancora più allarmanti, evidenziando che relativamente al 2022 quasi un quarto delle famiglie denunciava difficoltà economiche relativamente alle prestazioni sanitarie (quasi il 30% nelle Regioni meridionali) e che un terzo dei cittadini avesse dovuto rinunciare a prestazioni e/o interventi sanitari per indisponibilità delle strutture sanitarie.

2.6.2 Condizioni economiche e accesso ai servizi

Le restrizioni finanziarie imposte alla sanità pubblica negli ultimi anni hanno indebolito il sistema di offerta e prestazioni sanitarie, aumentando le difficoltà di accesso alle cure e ampliando le diseguglianze. Conseguenza di queste criticità sono la crescita del fenomeno della rinuncia alle prestazioni e l'aumenta-

³⁹ La rinuncia a prestazioni sanitarie è calcolata come percentuale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o a esame diagnostico pur avendone bisogno a causa di diverse motivazioni di ordine economico, logistico o delle lunghe liste d'attesa. La fonte di questi indicatori è l'indagine ISTAT «Aspetti della vita quotidiana», vari anni.

⁴⁰ Memoria dell'Istituto Nazionale di Statistica alla Decima Commissione del Senato della Repubblica, 5 maggio 2023, pagg. 8 e seguenti.

ta spesa direttamente sostenuta dai cittadini (out-of-pocket)⁴¹. La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome enfatizzava quest'ultimo elemento e sottolineava come *«l'aumento considerevole e continuo della spesa privata (...) sia strettamente collegato al sottofinanziamento del SSN»*⁴².

Sulla spesa privata in sanità rimandiamo al Capitolo di OASI ad essa dedicata. Qui preme sottolineare come le condizioni economiche delle famiglie siano uno dei fattori che condizionino l'accesso o il non accesso ai servizi sanitari.

Il peggioramento delle condizioni reddituali spinge le famiglie a contenere i consumi, inclusi quelli di tipo sanitario⁴³.

Secondo ISTAT nel 2022 il numero di famiglie in condizioni di povertà assoluta sfiorava i 2 milioni di unità pari ad una popolazione di 5,571 milioni di individui, valori sostanzialmente simili a quelli registrati durante la pandemia. I dati sulla povertà assoluta mostrano una forte caratterizzazione territoriale con punte del 10% fra le famiglie nel Mezzogiorno (12,1% fra le persone) nel 2021, rispetto, nello stesso anno, al 6,7% dei nuclei familiari del Nord e il 5,6% nel Centro.

Le elaborazioni dell'Osservatorio sulla povertà sanitaria sui dati ISTAT «La spesa delle famiglie» mettono in rilievo che la spesa pro capite mensile per servizi sanitari e spese per la salute sia attorno ai 60 Euro (61,62 Euro nel 2021). Il valore e le componenti di questa spesa si differenziano notevolmente tra famiglie considerate povere e quelle non povere. Per le prime, la spesa mensile pro capite è stata negli ultimi anni attorno ai 10 Euro destinati in gran parte all'acquisto di medicinali, mentre per le seconde è salita nel 2021 a 66 Euro. Per le famiglie povere l'incidenza delle spese mensili per servizi dentistici, ausili sanitari, attrezzature terapeutiche erano nello stesso anno inferiori a 1 Euro pro capite.

Questa differenza nella spesa sanitaria tra famiglie povere e famigli non povere *«non è imputabile al minor bisogno di cure di chi è indigente, né tantomeno a migliori condizioni di salute»*, ma al fatto che la povertà economica aumenti la povertà sanitaria⁴⁴. Una bassa spesa pro capite delle famiglie povere può essere naturalmente associata all'effetto delle esenzioni in sede di compartecipazione ai servizi del SSN, ma diventa problema sociale e sanitario quando si associa alla rinuncia alle cure e all'attività di prevenzione.

Sempre secondo i dati dell'Osservatorio sulla povertà sanitaria fra il 2019 e il 2020 le famiglie povere che hanno rinunciato a visite e accertamenti diagnostici per ragioni economiche sono aumentate del 27%, mentre quelle non

⁴¹ Cdr. Report Osservatorio GIMBE 1/2019, pagg.3-7.

⁴² Documento presentato in Decima Commissione del Senato della Repubblica, 19 aprile 2023, pag. 1.

⁴³ Cfr. Documento presentato da Banca d'Italia in Decima Commissione del Senato della Repubblica, 26 giugno 2023, pag.6.

⁴⁴ Osservatorio sulla povertà sanitaria, cit. pag. 27.

in condizioni di povertà sono diminuite del 6%. Nel complesso le rinunce alle prestazioni sanitarie per motivi economici hanno interessato poco meno di un sesto delle famiglie italiane⁴⁵.

Si ricorda a questo proposito che il pagamento di eventuali ticket su farmaci e prestazioni sanitarie e l'acquisto di farmaci di classe C o da banco e di materiale sanitario non dispensato dal SSN (es. per medicazioni, monitoraggio temperature e altri parametri) è comunque un onere rilevante proprio per le famiglie con maggiori difficoltà economiche. Senza considerare l'esclusione dai LEA e quindi dalla gratuità di prestazioni di grande impatto di ordine economico sulle famiglie come gran parte delle cure odontoiatriche.

L'indagine ISTAT sulla spesa delle famiglie mette in rilievo due tipi di comportamento, riconducibili a motivazioni di ordine economico, rispetto alle spese per visite mediche e accertamenti diagnostici di controllo preventivo: da una parte, le famiglie possono rinunciare alle visite/esami (14% delle famiglie nel 2021), dall'altra, possono rivolgersi a centri/servizi più economici (4%). Percentuali che salgono al 27,5% e 5,4% per le famiglie considerate povere, con valori vicini al 40% nel Meridione dove hanno cercato di limitare le spese sanitarie. Tuttavia, occorre segnalare un peggioramento di questi dati negli ultimi anni anche nelle Regioni del Nord con una tendenziale convergenza con il Sud Italia. «*Ciò significa che le difficoltà dei poveri residenti al Nord e nel Mezzogiorno sono molto simili*»⁴⁶, con una ovvia riflessione sulle politiche di sostegno al reddito necessarie al di là della collocazione territoriale degli individui.

Il gradiente territoriale che ha sempre caratterizzato l'indicatore ISTAT sulla rinuncia alle cure, con valori sempre inferiori nelle regioni settentrionali rispetto al resto del paese, sembra essersi annullato a partire dal 2020. Secondo ISTAT «*anche le diseguaglianze sociali nella rinuncia a prestazioni mostrano, dopo il Covid differenziali minori – le fasce più abbienti sembrano dunque aver dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie in misura maggiore che negli anni precedenti la pandemia*»⁴⁷.

A questo proposito Banca d'Italia aggiunge che le fasce di popolazione «*più abbienti sembrerebbero aver rinunciato a prestazioni sanitarie in misura maggiore rispetto al periodo pre-pandemico*», sottolineando il ruolo della lunghezza delle liste d'attesa accanto a motivazioni economiche come fattore fondamentale per la rinuncia alle cure⁴⁸.

⁴⁵ Cfr. Banca d'Italia, cit. pag. 7.

⁴⁶ Idem, pag. 40.

⁴⁷ Documento ISTAT presentato alla decima Commissione del Senato della Repubblica, 5 maggio 2023, pag. 9.

⁴⁸ Cfr. Banca d'Italia, cit. pag. 7.

2.6.3 Le liste d'attesa

La Legge di Bilancio 2022 (art. 1 commi 276-279) ha stanziato 500 milioni di Euro per l'attuazione del recupero delle prestazioni sospese/non erogate a causa della pandemia, quindi per l'attività straordinaria di erogazione di servizi. Le regioni erano tenute a stilare propri Piani di recupero con il criterio clinico prioritario del recupero degli interventi relativi alle patologie oncologiche e degli interventi legati alle patologie maggiori. Il confronto fra i volumi di attività del I semestre del 2022 con quelli del I semestre 2019 indica tuttavia un percorso in salita: le prestazioni di specialistica ambulatoriale (escluso il laboratorio) erano inferiori del 12,6%, le prime visite specialistiche di oltre il 16% e le visite di controllo erano inferiori di quasi il 20%⁴⁹.

Complessivamente la percentuale di persone che hanno effettuato visite specialistiche è scesa dal 42,3% del 2019 al 38,8% del 2022, mentre coloro che hanno effettuato accertamenti diagnostici scendono dal 35,7% al 32,0%. Queste diminuzioni sono riscontrabili in tutte le classi di età, con maggiore rilevanza per le donne e le persone anziane, mentre le Regioni con più difficoltà nel recupero dei precedenti livelli di prestazioni sono risultate quelle meridionali in genere, ma anche regioni come il Piemonte, le Marche e il Friuli Venezia Giulia.

Conseguenza di questa situazione è il cambiamento della composizione delle dinamiche che cercano di interpretare i motivi della rinuncia alle prestazioni. Le liste d'attesa costituiscono infatti il principale motivo di questo comportamento. Nel 2019 la quota di cittadini che indicava nelle condizioni economiche il motivo principale della rinuncia alle cure era del 4,3%, mentre nel 2022 questa percentuale scende al 2,9%. Allo stesso tempo le lunghe liste d'attesa come barriera all'accesso sono diventate il fattore principale (3,8% della popolazione), in particolare al Nord e nelle zone più ricche del paese. La rinuncia alle prestazioni nel Nord Italia fra le persone in buone condizioni di salute (triplicate fra il 2019 e il 2022) evidenzia, nota ISTAT⁵⁰, come le barriere all'accesso alle prestazioni siano aumentate per le difficoltà del sistema di soddisfare la domanda di assistenza dopo l'emergenza sanitaria.

Le liste d'attesa rappresentano, inoltre, una spinta al ricorso alle prestazioni pagate direttamente dai cittadini o intermedie dalle diverse forme di sanità integrativa (fondi e assicurazioni sanitarie) con ovvie distorsioni a livello territoriale e sociale causate da questi comportamenti indotti dalle carenze dell'offerta pubblica di servizi.

⁴⁹ Dati del sistema di monitoraggio Piani di Recupero delle ambulatoriali a cura di Agenas.

⁵⁰ Documento ISTAT, cit., pag. 11.

2.6.4 Conclusioni

Sulla capacità delle regioni di affrontare la complessa materia delle liste d'attesa e delle loro conseguenze in termini di accesso e rinuncia alle cure pesano complessi fattori oramai consolidati. Ricordiamo solo questi punti più volte oggetto di attente analisi da parte dei ricercatori OASI anche in questo Rapporto:

- ▶ la riduzione del personale del SSN, in particolare nelle regioni sottoposte a Piani di Rientro, e in generale le misure di contenimento delle assunzioni per il personale a tempo indeterminato;
- ▶ il crescente ricorso all'utilizzo anche per le prestazioni ambulatoriali e specialistiche a personale con contratti di impiego flessibile, temporaneo o di tipo libero professionale⁵¹;
- ▶ la carenza di personale nelle diverse qualifiche (medici, infermieri, personale tecnico-sanitario) dovuta in parte ai fenomeni crescenti di fuga all'estero alla ricerca di migliori opportunità economiche e di carriera, nonché al numero insufficiente di accessi ai corsi specialistici per professionisti sanitari;
- ▶ le rigidità dei modelli organizzativi aziendali come fattori che ostacolano il pieno utilizzo delle strutture e dei fattori produttivi;
- ▶ le relazioni, spesso conflittuali e non improntate a comuni finalità, tra aziende sanitarie e aziende ospedaliere nella gestione del fenomeno.

Al di là di questi elementi e delle iniziative aziendali e regionali messe in atto per ridurre gli impatti e migliorare le performance complessive del sistema, destano tuttavia preoccupazione le conseguenze a medio lungo termine delle rinunce alle cure e alle attività di prevenzione dovute alle condizioni economiche e sociali del paese e al ruolo assegnato dalle politiche di bilancio alla sanità pubblica.

Il quadro che emerge dall'insieme di dati e di fonti informative richiamate in questo paragrafo non può non indurre a riflessioni sull'effettiva capacità di risposta ai bisogni di salute e cura da parte del SSN, nonché sull'efficacia delle politiche sociali e delle misure di sostegno al reddito come fattore di inclusione e contrasto delle diseguaglianze. In questo contesto destano ovvie preoccupazioni le recenti previsioni contenute nella Nota di Aggiornamento del documento di programmazione economica (NADEF) per i prossimi anni in cui si prospetta una progressiva riduzione della quota della spesa SSN sul PIL fino ad arrivare nel 2026 a poco più del 6,0%.

⁵¹ Secondo Eurispes durante la pandemia oltre il 6% dei medici e il 26% degli infermieri sono stati inseriti con contratti a tempo determinato o con contratti libero-professionali. Cfr. Eurispes-Enpam, 2° Rapporto sul Sistema Sanitario Italiano, 2023.

Più in generale, non si può non condividere l'appello del Presidente della Repubblica quando ricorda la necessità di una continua difesa dei principi fondativi del SSN tra i quali l'equità di accesso alle cure e ai servizi rimane un aspetto centrale.

2.7 Glossario

Assetto istituzionale

L'assetto istituzionale delle aziende, secondo la dottrina economico-aziendale, viene inteso come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e temperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse. Nelle aziende sanitarie pubbliche, i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN, è possibile identificare prevalentemente negli organi di governo regionali i rappresentanti della popolazione. Sono le regioni che, in qualità di capogruppo del sistema regionale, oltre a strutturare il proprio apparato amministrativo, devono:

1. individuare le aziende (dotate di autonomia giuridica ed economica) che compongono il «gruppo sanitario pubblico regionale»;
2. definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi, ecc.);
3. strutturare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR;
4. delineare le politiche complessive del sistema, in termini di caratteristiche delle combinazioni economiche;
5. progettare le norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo.

Le regioni devono comunque rispettare la potestà legislativa statale relativa ai livelli essenziali delle prestazioni (LEA) concernenti i diritti sociali e politici (art. 117 Costituzione), con i relativi poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle regioni (art.120). La tutela della salute è, invece, materia a legislazione concorrente, in cui allo Stato è affidata la determinazione dei principi fondamentali (art.117). Dal combinato disposto di questi dettami costituzionali derivano forme di elaborazione condivisa della programmazione sanitaria di lungo periodo (per esempio, l'approvazione del Patto per la Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni) e gli strumenti straordinari di

ri-accentramento dei poteri in materia di tutela della Salute, come i Piani di Rientro.

Competenza delle regioni nell'organizzare il sistema sanitario pubblico regionale

In qualità di capogruppo, le regioni devono:

1. definire l'articolazione del territorio regionale in aziende sanitarie locali (ASL);
2. decidere se e come costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere integrate con l'Università) gli ospedali che hanno rilievo nazionale o regionale e che vedono la presenza di discipline ad alta specializzazione;
3. definire il ruolo di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico - IRCCS e Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex policlinici pubblici) all'interno del sistema regionale;
4. identificare eventuali altri soggetti intermedi, quali forme inter-aziendali o sovra-aziendali, con funzioni di governo, coordinamento o centralizzazione.

Cure intermedie

Le cure intermedie sono strutture sanitarie a valenza territoriale e a garanzia della continuità delle cure tra ospedale e territorio. I pazienti target di tali moduli territoriali sono pazienti in dimissione dai reparti per acuti che hanno bisogno di consolidare le proprie condizioni fisiche o continuare il recupero funzionale, così come individui provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per proseguire le terapie ed evitare un ricovero ospedaliero (per un approfondimento sulle cure intermedie si consulti il Capitolo 15 del Rapporto OASI 2016).

Ruolo del Direttore Generale nel SSN

Il ruolo strategico del Direttore Generale (DG) di un'azienda sanitaria pubblica è profondamente mutato nel corso degli ultimi anni in seguito alle significative trasformazioni degli assetti istituzionali delle aziende, caratterizzate da dimensioni sempre più ampie per effetto dei processi di accorpamento. Il DG, tradizionalmente organo focalizzato sulla gestione interna, ha assunto sempre più la funzione di «gestore di reti di relazioni» con i diversi soggetti del mondo sanitario e sociosanitario (gli stakeholder dell'azienda sanitaria), al fine di generare le condizioni interne ed esterne per la realizzazione di obiettivi assegnati dalla regione⁵².

⁵² Zuccatelli G., Carbone C. e Lecci F. (2009), «Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager», Milano, Egea.

2.8 Bibliografia

- Agenas (2022), «Programma Nazionale Esiti. Edizione 2022», Ministero della Salute: Roma
- Anessi Pessina E. e Cantù E. (2012), «Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Buongiorno Sottoriva C., Furnari A. e Ricci A. (2021), «Configurazione dell'offerta ospedaliera nazionale: dinamiche evolutive e rimodulazioni delle principali specialità medico-chirurgiche», in CER GAS (a cura di), *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea.
- Carbone C. (2003), «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in Anessi Pessina, E., Cantù, E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Cuccurullo C. (2012), «Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Romiti A. (2017), «Il riaccentramento nel contesto pubblico: implicazioni per il governo dei sistemi e delle aziende sanitarie», *Azienda Pubblica*, 1: pp. 13-32.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2012), *Eurohealth, Health Systems and the Financial Crisis*, Vol. 18, No. 1.
- Furnari A. e Ricci A. (2016), «La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri: mappatura e potenziali di riorganizzazione», in CER GAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.
- Gibbons L., Belizán J.M., Lauer J.A., Betrán A.P., Merialdi M., Althabe F. (2010), «The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage», *World Health Report (2010), Background Paper*, No. 30.
- Menn P. et al. (2012), «Direct Medical Cost of CODP – An Excess Cost Approach Based on two Population-Based Studies», *Respiratory Medicine*, 106: pp. 540-548.
- OECD (2013), «Health at a glance: Europe 2013», OECD Publishing.
- Peterson C.L. e Burton R. (2007), «USA healthcare spending: comparison with other OECD countries», *Report for Congress*, Congressional Research Service, Disponibile a questo link: http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf
- Rosano A., Loha C.A., Falvo R., van der Zee J., Ricciardi W., Guasticchi G. e de Belvis A.G. (2013), «The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review», *The European Journal of Public Health*, 23(3), pp. 356-360.

- Thomas S., Burke S. (2012), «Coping with Austerity in the Irish Health System», *Eurohealth*, 18(1): pp. 7-9.
- Tragakes, E. e Lessof, S. (2003), «Health care systems in transition: Russian Federation», *European Observatory on Health Systems and Policies*, 5(3).
- WHO (2013), «Canada: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- WHO (2011), «Portugal: Hit Summary», *Health Systems in Transition*.
- WHO European Region (2022), «Una vita sana e prospera per tutti in Italia» *Rapporto sullo stato di salute in Italia. Relazione nazionale*. Copenhagen: 2022.

2 La struttura e le attività del SSN

di Francesca Guerra, Attilio Gugiatti, Simone Manfredi, Natalia Oprea

Appendice

Tabella 2.A-1 Ricognizione degli enti pubblici dei Servizi Sanitari Regionali (2023)

Regione	ASL e ASST							Popolazione media 2023
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/15	Numero al 30/06/20	Numero al 30/06/21	Numero al 30/06/23	
Piemonte	63	22	22	13	12	12	12	353,395
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	1	1	122,955
Lombardia	84	44	15	15	27	27	26	382,721
P.A. Bolzano	4	4	4	1	1	1	1	535,774
P.A. Trento	11	1	1	1	1	1	1	542,158
Veneto	36	22	21	21	9	9	9	537,584
Friuli Venezia Giulia	12	6	6	5	3	3	3	397,397
Liguria	20	5	5	5	5	5	5	300,525
Emilia Romagna	41	13	13	8	8	8	8	553,366
Toscana	40	12	12	12	3	3	3	1,217,051
Umbria	12	5	4	2	2	2	2	427,069
Marche	24	13	13	1	1	1	5	296,168
Lazio	51	12	12	12	10	10	10	570,711
Abruzzo	15	6	6	4	4	4	4	317,465
Molise	7	4	4	1	1	1	1	289,840
Campania	61	13	13	7	7	7	7	798,882
Puglia	55	12	12	6	6	6	6	650,142
Basilicata	7	5	5	2	2	2	2	268,330
Calabria	31	11	11	5	5	5	5	368,260
Sicilia	62	9	9	9	9	9	9	533,557
Sardegna	22	8	8	8	1	1	8	196,879
ITALIA	659	228	197	139	118	118	128	459,792

Tabella 2.A-1 **Ricognizione degli enti pubblici dei Servizi Sanitari Regionali (2023)**

Regione	AO(*)						AO integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	IRCCS pubblici (**)	Enti intermedi (***)
	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/15	Numero al 30/06/19	Numero al 30/06/2020	Numero al 30/06/2023	Numero al 30/06/23	Numero al 30/06/23	Numero al 30/06/23
Piemonte	7	7	6	6	6	6	–	–	1
Valle d'Aosta	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lombardia	16	27	29	–	–	–	–	1	11
P.A. Bolzano	–	–	–	–	–	–	–	–	–
P.A. Trento	–	–	–	–	–	–	–	0	–
Veneto	2	2	2	2	2	2	–	1	1
Friuli Venezia Giulia	3	3	2	–	–	–	–	2	1
Liguria	3	3	–	–	–	–	–	2	1
Emilia Romagna	5	5	5	4	4	4	–	3	–
Toscana	4	4	4	4	4	4	–	–	1
Umbria	2	2	2	2	2	2	–	–	1
Marche	3	4	2	2	2	1	–	1	–
Lazio	3	3	4	4	4	4	1	2	2
Abruzzo	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Molise	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Campania	7	8	7	7	7	7	2	1	–
Puglia	4	6	1	1	1	1	1	2	–
Basilicata	1	1	1	1	1	1	–	1	–
Calabria	4	4	4	4	4	4	–	1	–
Sicilia	16	17	5	5	5	5	3	2	–
Sardegna	1	1	1	1	1	1	2	–	1
ITALIA	81	97	75	43	43	42	9	19	20

(*) Per AO si intende la somma della Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

(**) In questa rappresentazione gli IRCCS pubblici sono al netto delle Fondazioni IRCCS per una maggiore comparabilità. Tuttavia, va precisato che in Lombardia le cinque Fondazioni IRCCS sono da considerarsi parte integrante delle strutture di ricovero pubbliche, portando quindi il numero da 19 a 24 IRCCS sul territorio nazionale.

Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero)

Tabella 2.A-2 **Genere dei DG, per regione (2023)**

Regione	Donna	Uomo	% Donna	% Uomo
Abruzzo		4	0%	100%
Basilicata	1	3	25%	75%
Bolzano		1	0%	100%
Calabria	2	7	22%	78%
Campania	1	16	6%	94%
Emilia-Romagna	6	7	46%	54%
Friuli-Venezia Giulia	1	4	20%	80%
Lazio	6	11	35%	65%
Liguria		7	0%	100%
Lombardia	6	25	19%	81%
Marche	3	4	43%	57%
Molise		1	0%	100%
Piemonte	4	14	22%	78%
Puglia	1	9	10%	90%
Sardegna	3	8	27%	73%
Sicilia	1	17	6%	94%
Toscana	3	4	43%	57%
Trento		1	0%	100%
Umbria		4	0%	100%
Valle d'Aosta		1	0%	100%
Veneto	3	9	25%	75%
ITALIA 2023	41	157	21%	79%
ITALIA 2020	33	158	17%	83%
ITALIA 2015	34	181	16%	84%
ITALIA 2010	24	204	11%	89%
ITALIA 2005	15	263	5%	95%
ITALIA 2000	5	289	2%	98%

Fonte: OASI, 2023

Tabella 2.A-3 **Numero posti letto in regime ordinario ogni 1.000 abitanti (2000, 2005, 2010, 2015, 2020, 2021)**

Paesi	2000	2005	2010	2015	2020	2021
			UE (22)			
Austria	8,0	7,7	7,7	7,5	7,1	6,9
Belgio	6,7	6,4	6,1	5,8	5,5	5,5
Danimarca	4,3	3,9	3,5	2,5	2,6	2,5
Estonia	7,0	5,4	5,3	4,8	4,5	4,4
Finlandia	7,5	7,1	5,9	4,3	2,8	2,8
Francia	8,0	7,2	6,4	6,1	5,7	5,7
Germania	9,1	8,5	8,3	8,1	7,8	7,8
Grecia	4,8	4,8	4,5	4,3	4,2	4,3
Irlanda			2,7	2,9	2,9	2,9
Italia	4,7	4,0	3,6	3,2	3,2	3,1
Lettonia	8,8	7,9	5,7	5,7	5,3	5,2
Lituania	8,8	7,3	7,2	7,0	6,0	6,1
Lussemburgo		5,8	5,4	5,0	4,2	4,1
Olanda	4,9	4,4	4,1	3,5	2,9	3,0
Polonia		6,5	6,6	6,6	6,2	6,3
Portogallo	3,7	3,6	3,4	3,4	3,5	3,5
Repubblica Ceca	7,8	7,6	7,3	6,7	6,5	6,7
Slovacchia	7,9	6,8	6,5	5,8	5,7	5,7
Slovenia	5,4	4,8	4,6	4,5	4,3	4,3
Spagna	3,7	3,3	3,1	3,0	3,0	3,0
Svezia	3,6	2,9	2,7	2,4	2,1	2,0
Ungheria	8,2	7,9	7,2	7,0	6,8	6,8
			Altri Paesi europei			
Norvegia		5,2	4,3	3,8	3,4	3,4
Regno Unito	4,1	3,7	2,9	2,6	2,4	2,4
Svizzera	6,3	5,5	5,2	4,7	4,5	4,4

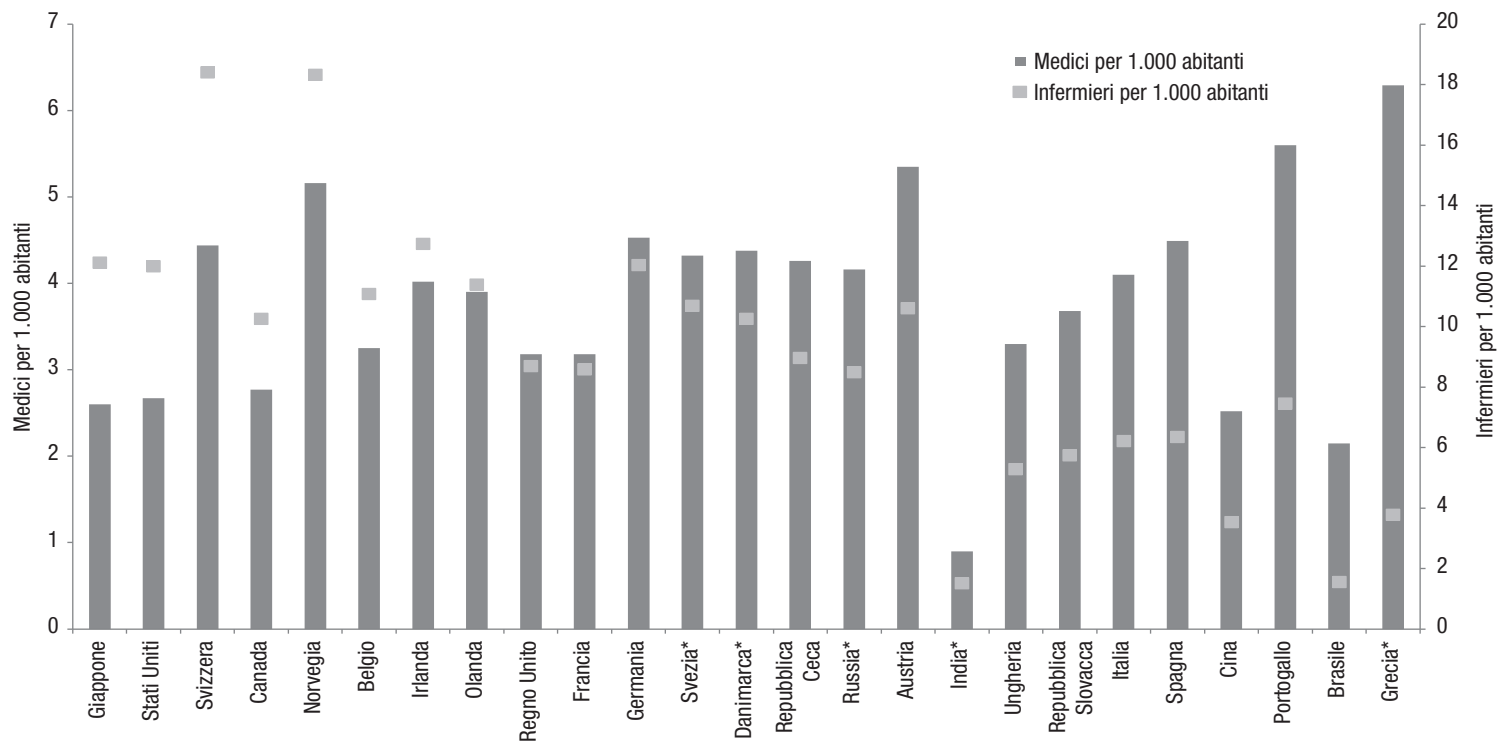
Tabella 2.A-3 (segue)

Paesi	2000	2005	2010	2015	2020	2021
Altri Paesi non europei						
Stati Uniti	3,5	3,2	3,1	2,8	2,8	2,8
Canada	3,8	3,1	2,8	2,6	2,6	2,6
Giappone	14,7	14,1	13,5	13,2	12,6	12,6
Brasile	2,8	2,5	2,6	2,4	2,5	2,5
Russia	11,4	11,0	9,4	8,4	8,0	
India	0,7	0,4	0,5	0,6		
Cina	1,7	1,8	2,5	3,8	5,0	5,2

* Il dato si riferisce al 2019

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

Figura 2.A-1 **Numero medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2021)**



Nota: Sono qui considerati medici e infermieri che esercitano la pratica clinica, fornendo rispettivamente cura e assistenza dirette al paziente. Tra i primi sono ricompresi i MMG e gli specialisti che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici e privati, mentre sono esclusi i dentisti e gli stomatologi, i professionisti con profilo esclusivamente amministrativo o di ricerca o i medici praticanti in un Paese; tra i secondi, invece, sono escluse le ostetriche. A causa dell'assenza di dati comparabili, per alcuni Paesi vengono considerate tutte le figure "professionalmente attive" nel settore (includendo, tra gli altri, manager, educatori e ricercatori, con un incremento complessivo di circa il 5-10%) e/o le figure con la «licenza di praticare la professione» sia rispetto al numero di medici (Grecia, Portogallo e Repubblica Slovacca) che di infermieri (Francia, Irlanda, Portogallo, Repubblica Slovacca e Stati Uniti). * Ultimo dato disponibile riferito ad altro anno.

Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2022

Tabella 2.A-4 **Dimissioni ospedaliere in regime ordinario, per 100.000 abitanti (2000, 2005, 2010, 2015, 2020, 2021 e variazione 2021-2020)**

Paesi	2000	2005	2010	2015	2020	2021	Δ21-20	Δ% 21-20
UE (15)								
Austria	25.933	27.317	27.637	25.553	20.179	20.917	738	3,7%
Belgio	16.301	17.242	16.662	16.442	13.903	15.113	1.210	8,7%
Danimarca		15.967	16.075	14.775				
Estonia	19.554	17.705	17.561	16.532	13.549	13.469	-80	-0,6%
Finlandia		20.130	17.776	16.635	14.322	14.368	46	0,3%
Francia	18.954	17.404	18.596	18.174	16.061	16.515	454	2,8%
Germania	19.961	21.840	23.994	25.534	21.860	21.790	-70	-0,3%
Grecia	16.243	18.990	19.960	13.607				
Irlanda	13.806	13.579	13.191	13.989	11.425	11.931	506	4,4%
Italia		15.489	13.820	11.856	9.313	9.830	518	5,6%
Lettonia				16.036	13.925	15.259	1.334	9,6%
Lituania				23.065	15.754	16.251	498	3,2%
Lussemburgo	18.859	17.909	16.692	15.224				
Olanda	9.266	10.414	11.937	9.753	7.670	7.779	109	1,4%
Polonia		14.295	16.172	16.958	12.626	14.510	1.884	14,9%
Portogallo	8.970	9.253	8.793	8.493	7.400	7.684	284	3,8%
R. Ceca	20.290	22.366	20.592	20.347	16.135	16.065	-70	-0,4%
R. Slovacca	19.198	18.550	18.786	19.575	15.480	14.272	-1.208	-7,8%
Slovenia	15.670	15.971	17.132	18.457	14.286	15.100	815	5,7%
Spagna	11.099	10.717	10.135	10.220	8.980	9.519	540	6,0%
Svezia	16.114	15.819	16.251	15.312	12.755	13.012	258	2,0%
Ungheria		25.330	20.649	20.061	14.674	12.455	-2.219	-15,1%
Altri Paesi europei								
Norvegia	15.469	17.519	17.526	16.823	14.801	15.448	648	4,4%
Regno Unito	13.145	13.250	13.211	12.837				
Svizzera		15.983	16.912	16.977	15.877	16.545	668	4,2%

Tabella 2.A-4 **(segue)**

Paesi	2000	2005	2010	2015	2020	2021	Δ21-20	Δ% 21-20
Altri Paesi non europei								
Stati Uniti	12.522	13.072	12.549					
Canada	9.402	8.731	8.277	8.466	7.236	7.620	383	5,3%
Giappone		10.550	11.528	12.412		12.327		
Brasile			5.793					
Russia			22.274	22.484				
Cina			6.958	14.965				

Nota: Sono esclusi dal calcolo i ricoveri erogati in regime diurno (day-hospital).

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2023

Tabella 2.A-5 **Durata media della degenza ospedaliera per ricoveri ordinari (2000, 2005, 2010, 2015, 2020, 2021)**

Paesi	2000	2005	2010	2015	2020	2021
			UE (22)			
Austria	9,8	8,0	7,9	8,5	8,5	8,5
Belgio	7,7	7,4	6,9		6,1	5,7
Danimarca		7,0	5,9	5,5		
Estonia	8,8	7,7	7,5	7,3	7,8	7,8
Finlandia		12,5	11,6	9,1	7,3	7,3
Francia	6,0	5,8	5,7	5,5	9,1	8,8
Germania	10,1	10,2	9,5	9,0	8,7	8,8
Grecia	8,0	8,0	6,6	7,0		..
Irlanda	6,4	6,5	6,1	5,7	5,9	5,8
Italia		7,4	7,6	7,8	8,3	8,2
Lettonia				7,9	8,4	8,6
Lituania				7,4	7,7	7,5
Lussemburgo	7,5	8,7	9,0	8,8		
Olanda	8,5	6,8	5,6	4,6	4,5	4,5
Polonia		8,2	7,6	7,3	7,2	7,3
Portogallo	7,3	7,0	7,3	7,6	8,3	8,1
Repubblica Ceca	11,4	10,7	10,2	9,3	10,3	9,5
Repubblica Slovacca	9,8	8,3	7,5	7,3	7,3	7,4
Slovenia	7,3	7,7	7,3	6,8	6,8	6,5
Spagna	8,8	7,1	6,8	6,7	8,7	8,3
Svezia	7,1	6,6	6,0	5,9	5,4	5,5
Ungheria		8,7	9,5	9,5	10,3	9,7
			Altri Paesi europei			
Norvegia	6,0	5,1	4,5	5,5	5,2	5,2
Regno Unito	9,5	8,5	7,4	6,8	8,4	6,9
Svizzera		10,6	9,0	8,4	8,2	8,1
			Altri Paesi non europei			
Stati Uniti	4,9	4,8	4,8			
Canada	7,4	8,7	8,5	8,0	7,6	7,7

Nota: La degenza media è calcolata considerando i ricoveri per acuti, riabilitazione e lungodegenza in regime ordinario. Sono esclusi i ricoveri in day hospital.

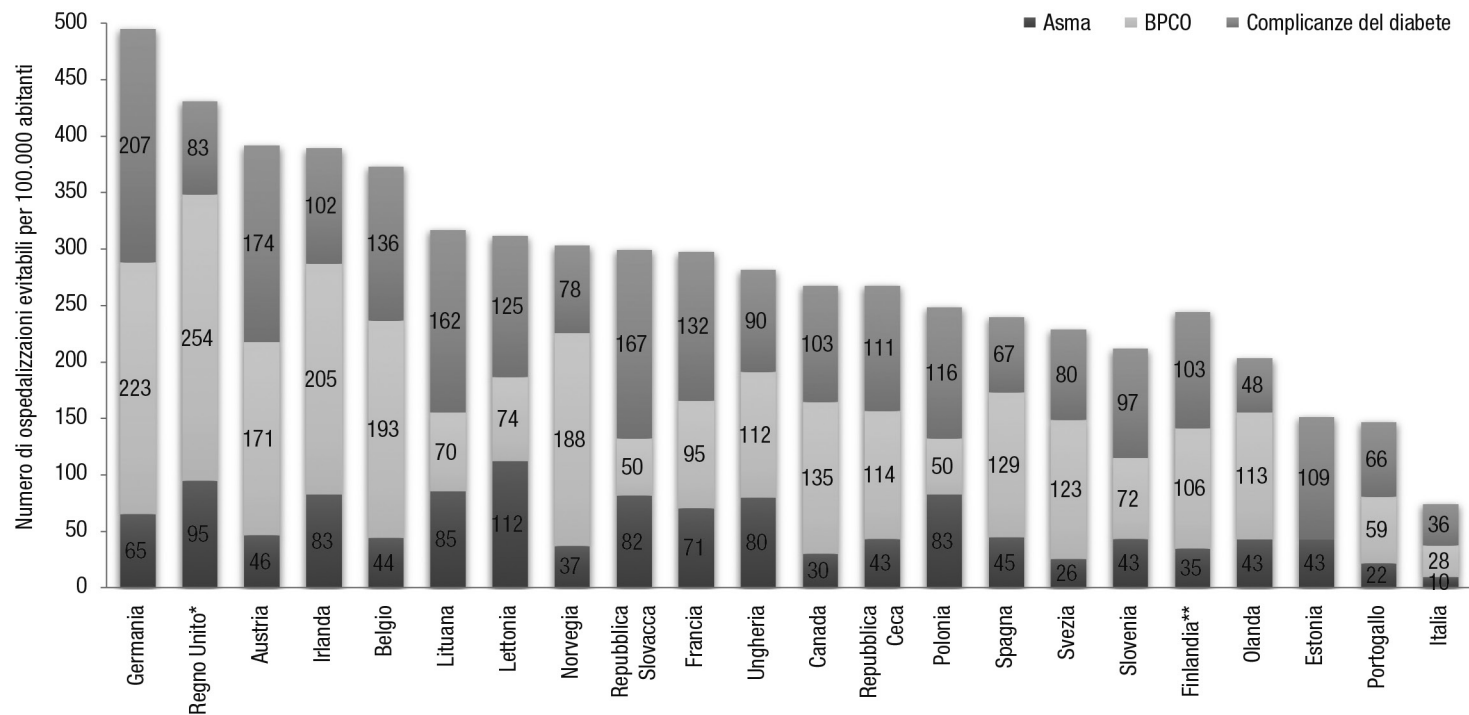
Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2023

Tabella 2.A-6 **Proporzione di parti cesarei (numero ogni 1.000 nati vivi) (2000, 2005, 2010, 2015, 2020, 2021)**

Paesi	2000	2005	2010	2015	2020	2021
			UE (20)			
Austria	167,6	238,1	282,5	286,9	296,9	304,1
Belgio		190,3	197,2		214,5	218,7
Danimarca	154,1	200,6	214,4	210,9	200,9	196,4
Estonia	145,1	188,4	203,3	186,6	195,7	200,0
Finlandia	157,8	162,7	161,4	157,0	180,3	207,3
Francia	171,0	190,6	202,3	197,3	200,5	204,5
Germania		263,0	305,0	302,1	302,6	306,9
Irlanda	207,4	251,0	260,4	301,1	347,1	355,4
Italia*	352,6	390,9	384,6	352,8	324,5	323,3
Lettonia	149,7	199,4	229,5	210,2	219,1	218,8
Lituania	128,3	189,3	248,8	198,2	187,2	210,8
Lussemburgo	198,8	242,3	259,5	304,7	281,9	208,7
Olanda	118,7	135,7	155,9	162,1		
Polonia			260,4	361,7	392,4	422,0
Repubblica Ceca	128,9	171,3	224,9	253,6	238,1	248,0
Repubblica Slovacca	146,4	200,1	261,0	302,1	294,1	295,8
Slovenia	109,8	154,6	189,7	207,9	217,1	214,3
Spagna*	224,7	251,0	249,6	245,1	241,8	244,2
Svezia		169,8	166,3	173,1	174,2	181,6
Ungheria		278,6	324,8	372,1	380,5	346,0
			Altri Paesi europei			
Norvegia				161,3	157,7	155,7
Regno Unito	195,9	225,8	237,8	261,3	312,6	464,7
Svizzera		285,3		329,3	318,8	325,9
			Altri Paesi non europei			
Canada	209,2	261,7	260,9	268,8	297,6	

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data, 2023

Figura 2.A-2 **Numero di ospedalizzazioni per asma, BPCO e diabete per 100.000 abitanti (2020 o ultimo anno disponibile)**



Note: * 2018, ** Per asma 2020.

Fonte: Elaborazione OASI su dati OECD Health Data 2022

Tabella 2.A-7 **Unità di personale SSN, per ruolo professionale (2001-2021)**

Anno	Altri professionisti sanitari	Altro personale	Infermieri e ostetriche	Medici	Operatori tecnici e socio-sanitari	Personale amministrativo, tecnico e professionale	Totale
2001	87,260	1,605	271,342	106,716	142,835	79,717	689,475
2002	89,534	1,639	271,094	109,202	140,413	82,001	693,883
2003	90,275	1,636	269,377	107,917	135,237	82,754	687,196
2004	100,116	1,611	261,890	109,492	131,257	83,981	688,347
2005	105,006	1,576	259,160	109,899	128,733	84,148	688,522
2006	106,118	1,659	257,332	110,931	126,887	83,587	686,514
2007	89,090	1,619	273,297	110,908	125,086	83,292	683,292
2008	90,229	1,554	275,747	112,120	126,918	83,381	689,949
2009	91,248	1,498	276,688	112,703	128,617	83,455	694,209
2010	90,630	1,376	275,997	111,291	127,080	82,199	688,573
2011	89,989	1,347	274,808	109,680	126,096	80,823	682,743
2012	89,037	1,289	271,941	108,933	122,871	79,367	673,438
2013	88,919	1,292	271,044	108,127	122,243	78,662	670,287
2014	87,983	1,228	269,152	107,132	120,988	77,358	663,841
2015	86,448	1,098	266,358	105,383	119,146	75,082	653,515
2016	85,519	1,108	264,647	105,097	118,409	73,961	648,741
2017	85,001	1,010	264,703	105,557	118,155	72,640	647,066
2018	85,032	902	267,523	106,473	117,217	71,361	648,508
2019	85,900	879	268,637	107,044	117,558	69,505	649,523
2020	87,365	877	277,551	107,983	121,990	68,703	664,469
2021	89,160	857	280,315	108,250	123,143	68,841	670,566
2001-10	3.86%	-14.27%	1.72%	4.29%	-11.03%	3.11%	-0.13%
2011-19	-4.54%	-34.74%	-2.25%	-2.40%	-6.77%	-14.00%	-4.87%
2019-21	3.80%	-2.50%	4.35%	1.13%	4.75%	-0.96%	3.24%
2001-21	2.18%	-46.60%	3.31%	1.44%	-13.79%	-13.64%	-2.74%

Fonte: Elaborazione OASI su dati Ragioneria Generale dello Stato – Conto Annuale

Tabella 2.A-8 **Numero di stabilimenti a gestione diretta delle ASL (2011; 2021) e dimensione media (2021)**

Regioni	Stabilimenti a gestione diretta 2021	Stabilimenti a gestione diretta 2011	PL	Media PL 2021
Abruzzo	17	22	3490	205
Basilicata	8	8	758	95
Calabria	20	31	2095	105
Campania	43	58	5527	129
Emilia Romagna	46	55	8416	183
Friuli VG	12	11	3705	309
Lazio	38	58	6247	164
Liguria	17	20	2906	171
Lombardia	90	99	25434	283
Marche	14	28	2997	214
Molise	4	6	619	155
Piemonte	39	47	9529	244
PA Bolzano	7	7	1902	272
PA Trento	9	10	1380	153
Puglia	41	59	7034	172
Sardegna	22	28	2740	125
Sicilia	53	55	5472	103
Toscana	42	44	6951	166
Umbria	17	20	1465	86
Valle d'Aosta	1	1	439	439
Veneto	44	54	10473	238

Tabella 2.A-9 **Presenza di strutture territoriali nelle regioni italiane (2021)**

Regione	Ambulatori e Laboratori	Altri Tipi di Strutture Territoriali	Strutture Semiresidenziali	Strutture Residenziali	Totale strutture territoriali
Piemonte	379	495	220	1332	2426
Valle d'Aosta	7	34	3	21	65
Lombardia	630	677	695	1481	3483
PA Bolzano	65	98	10	101	274
PA Trento	52	40	48	107	247
Veneto	433	626	521	884	2464
Friuli Venezia Giulia	97	147	67	198	509
Liguria	336	242	67	314	959
Emilia Romagna	541	936	508	924	2909
Toscana	570	462	189	596	1817
Umbria	159	170	99	197	625
Marche	172	169	81	298	720
Lazio	763	450	84	306	1603
Abruzzo	121	191	15	89	416
Molise	53	19	14	24	110
Campania	1442	570	97	177	2286
Puglia	677	639	188	457	1961
Basilicata	125	65	11	48	249
Calabria	402	162	15	142	721
Sicilia	1407	661	52	195	2315
Sardegna	347	211	21	93	672
Italia 2021	8778	7064	3005	7984	26831
Italia 2020	8803	7858	3189	5557	25407
Italia 2013	9214	6834	2886	5694	24628
Italia 1997	9335	1820	842	4009	16006

3 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale

di Ludovica Borsoi, Gianmario Cinelli, Alessandro Furnari, Elisabetta Notarnicola e Silvia Rota¹

3.1 Introduzione

Il capitolo illustra i dati di spesa, finanziamento e performance economica del SSN italiano, integrandoli con un confronto internazionale. L'intento del Capitolo è di illustrare le dinamiche e i trend evolutivi della spesa sanitaria e del relativo finanziamento, articolati in tre livelli di rappresentazione in modo da osservare le dinamiche tra il livello nazionale, regionale e aziendale. Il primo livello di presentazione e commento ai dati proposto è, infatti, relativo all'andamento macroeconomico della spesa sanitaria, inteso come confronto tra l'entità della spesa sanitaria in rapporto al PIL (oltre ad altre misure) del nostro Paese con quella di altri contesti internazionali, per discutere del posizionamento delle politiche pubbliche italiane e degli spazi di manovra possibili. L'attenzione si concentra poi sull'analisi della spesa sanitaria a livello nazionale, osservando le dinamiche di finanziamento del SSN, l'entità e il ruolo delle diverse componenti della spesa. L'anno 2022 si caratterizza per essere segnato principalmente da due fenomeni: da un lato le variazioni rispetto ai fondi straordinari e agli indirizzi programmatori, in discontinuità con il periodo pandemico e influenzate da una prima introduzione delle linee guida legate all'implementazione del PNRR; dall'altro, il fenomeno dell'inflazione e dell'aumento dell'assorbimento di alcuni fattori produttivi in sede di erogazione. Queste dinamiche tipiche del 2022 sono presenti anche a livello regionale, analizzato con l'obiettivo di apprezzare le differenze dei modelli regionali esistenti nei

¹ Sebbene il paragrafo sia frutto del lavoro congiunto degli autori il paragrafo 3.1 è attribuibile a Elisabetta Notarnicola, i paragrafi 3.2, 3.3, 3.4 a Ludovica Borsoi, il paragrafo 3.5 a Gianmario Cinelli e Alessandro Furnari, il paragrafo 3.6 ad Alessandro Furnari e Silvia Rota, il paragrafo 3.7 a tutti gli autori. Gli autori desiderano ringraziare l'Ufficio IV – Analisi aspetti economico-patrimoniali dei bilanci degli enti del SSN e definizione del fabbisogno finanziario del SSN della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute per i dati e il supporto fornito.

livelli di spesa, verificando anche le performance finanziarie delle singole regioni in termini di avanzo e disavanzo in un anno, il 2022 appunto, che sancisce la (probabile) definitiva rottura rispetto al recente passato e presenta i primi segnali di performance economica negativa del sistema. Proprio per questo, il livello regionale verrà discusso anche alla luce di alcuni approfondimenti costruiti intorno a cinque casi studio (riferiti a Campania, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia, Veneto) che consentono di avviare una prima riflessione sulle politiche attivate a livello regionale per limitare il rischio del mancato equilibrio economico-finanziario nel 2022. L'ultimo livello di rappresentazione è dato dalle performance economiche delle aziende del sistema, analizzate con riferimento ai cinque casi studio regionali identificati, con l'obiettivo di approfondire il legame tra le dinamiche regionali ed aziendali ed esplorare il ruolo di entrambi rispetto al contenimento dei disequilibri.

Il capitolo presenta i dati di confronto internazionale fino al 2021, ultimo anno disponibile sulla fonte di dati utilizzata (OECD Health Data). A livello nazionale, il capitolo presenta invece i dati 2022 a confronto con quelli 2021 e 2019, commentando quindi il primo anno che potremmo definire post emergenza COVID-19.

La fonte dei dati di spesa sanitaria pubblica nazionale utilizzata nel presente capitolo è il Ministero della Salute. Le altre grandezze utilizzate provengono da fonte ISTAT (popolazione e PIL). Le fonti utilizzate per i dati aziendali sono i Conti Economici delle aziende dell'SSN per il periodo 2019-2022, forniti dal Ministero della Salute. In merito agli aspetti metodologici inerenti alle analisi condotte, per quanto riguarda il confronto internazionale si rimanda agli approfondimenti presentati nel capitolo 3 del Rapporto OASI 2018 (Armeni *et al.*, 2018). Per un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria italiana, invece, si rimanda all'allegato del Capitolo 3 del Rapporto OASI 2009 (Armeni, 2009). Per quello che riguarda la metodologia ed un approfondimento sui dati regionali e aziendali di Conto Economico si rimanda al paragrafo 3.5 del presente capitolo.

Sotto il profilo metodologico e delle prospettive concettuali proposte, il presente capitolo, a partire dalle considerazioni espresse con riferimento all'andamento macroeconomico (nazionale e internazionale), consente di apprezzare il diverso contributo offerto dalle dimensioni finanziaria ed economica sul SSN, sui SSR e sulle aziende. Quella finanziaria in quanto espressione delle decisioni programmatiche e redistributive delle risorse (e di come queste si modificano nel tempo), nonché della capacità far fronte alle obbligazioni assunte; quella economica in quanto consente di apprezzare una rappresentazione completa delle attività aziendali e di tener conto delle combinazioni economiche in corso e in capo alle singole aziende e alle regioni. Questo è di particolare rilevanza in un anno come il 2022, che segna potenzialmente l'inizio di un periodo di transizione verso performance economiche peggiorative del sistema.

Il capitolo è così strutturato: nel §3.2 si analizzano i dati di spesa sanitaria dei principali Paesi Europei (Italia, Francia, Spagna, Germania, Regno Unito) e degli Stati Uniti; nel §3.3 sono riportati e commentati i dati relativi al finanziamento del SSN (assegnazioni e risorse complessivamente disponibili²) e alla spesa sanitaria corrente pubblica e privata a livello nazionale. Il § 3.4 è, invece, dedicato al dettaglio regionale dei dati di spesa, con un'analisi dell'evoluzione della performance finanziaria a livello regionale. Nel §3.5 si descrivono i casi studio regionali, sviluppati a partire dagli aggregati di Conto Economico in capo alle Regioni, analizzando per competenza economica l'andamento di finanziamento e costi sostenuti nel campione analizzato; similmente, ma approfondendo un diverso livello istituzionale, il §3.6 introduce la prospettiva aziendale e analizza i diversi andamenti comparando le aziende tra regioni differenti e la variabilità osservata all'interno del medesimo contesto regionale. Infine, il §3.7 delinea le conclusioni a fronte delle analisi condotte nei paragrafi precedenti.

3.2 La spesa sanitaria: un confronto internazionale

La spesa sanitaria nei sei Paesi considerati (Italia, Francia, Spagna, Germania, Regno Unito e Stati Uniti) riflette l'eterogeneità degli assetti istituzionali e si caratterizza per livelli, composizioni e dinamiche altamente differenziate. I dati presentati (fino al 2021, ultimo anno disponibile), mostrano inoltre come la pandemia di COVID-19 abbia avuto un impatto significativo sulle dinamiche di spesa in tutti i contesti osservati.

La spesa sanitaria espressa come percentuale del PIL (Figura 3.1) indica la quota dell'economia di un Paese relativa ai servizi sanitari, ovvero la proporzione della spesa complessiva destinata a tali servizi³. Tale indicatore fornisce una misura del grado di rilevanza economica del sistema sanitario rispetto al macro-sistema produttivo di un Paese, inteso come somma dei redditi di tutte le famiglie e di tutte le imprese. È importante sottolineare che, a parità di peso sul PIL, due Paesi possono mostrare livelli di accesso complessivo, di equità di accesso nella popolazione e di sostenibilità diversi a causa di differenze nei prezzi. È il caso degli Stati Uniti, sistema più vicino alle logiche di mercato e con prezzi poco regolati. Nonostante presenti un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL pari al 17,4% nel 2021 (dato più alto in assoluto), registra livelli di equità nell'accesso ai servizi inferiori a Paesi come Italia o Francia, che proporzionalmente hanno una spesa più ridotta (Van Doorslaer *et al.*, 2004). Inoltre,

² Le risorse complessivamente disponibili sono equivalenti alla voce denominata «Ricavi del SSN» come definito dal Ministero della Salute, si veda sotto per i dettagli.

³ Non si parla di settore sanitario in generale in quanto quest'ultimo comprende anche altri attori, come le imprese fornitrici, la cui dimensione economica non è inclusa in questo indicatore, se non nei limiti delle operazioni di acquisto (cfr. Del Vecchio, 2012).

Figura 3.1 **Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL (2000-2021)**

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2023.

sistemi diversamente strutturati hanno costi di funzionamento potenzialmente differenti.

In Italia, la spesa sanitaria complessiva sul PIL mostra un'incidenza del 9,4% nel 2021 (ultimo anno disponibile su OECD Health Data), inferiore rispetto agli altri Paesi considerati, a conferma del trend osservato negli ultimi anni (Figura 3.1). Seppur non mostrato in figura, è importante sottolineare come la stessa evidenza si rilevi anche considerando un sottoinsieme della spesa sanitaria complessiva, ovvero la spesa sanitaria pubblica o per schemi assicurativi obbligatori in percentuale del PIL: nel 2021, per l'Italia il rapporto è pari al 7,1%, il più basso tra tutti i Paesi considerati (Spagna: 7,7%; Regno Unito: 10,3%; Francia: 10,4%; Germania: 11,1%; Stati Uniti: 14,5%).

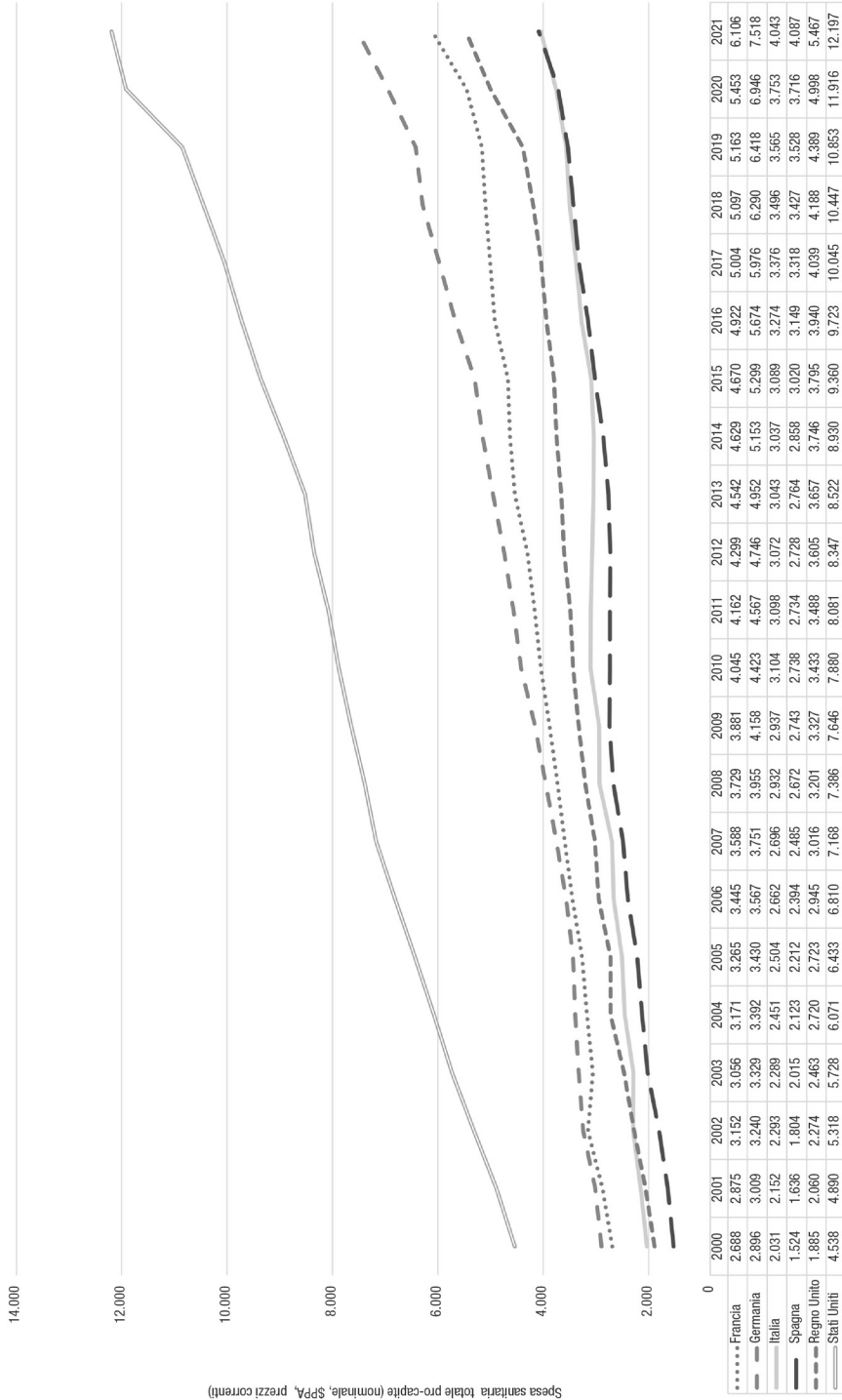
Considerando la spesa sanitaria totale in percentuale del PIL, tra il 2020 e il 2021, l'Italia ha registrato un decremento di questo indicatore (-0,2%) – sebbene si attesti a livelli leggermente superiori rispetto al 2019, l'anno prima della pandemia (+0,7%) – similmente a Stati Uniti e Germania (-1,4% e -0,01% rispettivamente). Per questi Paesi, l'incremento dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL registrato durante il primo anno della pandemia sembra quindi essere stato un fattore transitorio e non strutturale.

Guardando ai livelli di spesa, il sistema comunemente considerato come quello più vicino al mercato, quello statunitense, presenta, in media, la spesa pro-capite nettamente più elevata (Figura 3.2 e Figura 3.3). Nel 2021, il livello di spesa sanitaria complessiva pro-capite negli Stati Uniti risulta più alto del 124% rispetto alla media dei Paesi Europei considerati. In particolare, risulta più alto del 79% rispetto alla media dei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (Francia e Germania) e del 169% rispetto a quella dei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale o locale (Italia, Spagna, Regno Unito). È fondamentale interpretare i livelli di spesa di un Paese in funzione dell'insieme di servizi offerti, della loro organizzazione e gestione, e degli *outcome* di salute raggiunti grazie all'introduzione e diffusione interna dei frutti del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica (*cf.* Capitolo 7 sugli esiti di salute). Nel 2021, l'Italia presenta il dato di spesa sanitaria nominale pro-capite più basso di tutti i Paesi considerati, scendendo per la prima volta sotto il livello della Spagna. Come si vedrà nel paragrafo successivo, nel 2022 e considerando i valori reali (al netto dell'inflazione), tale differenziale sarà ancora più ampia.

Guardando all'evoluzione della spesa (Figura 3.3), si nota come i Paesi si differenzino nettamente per il tasso di crescita della spesa sanitaria nominale pro-capite. Tra il 2010 e il 2021, il tasso di crescita superiore è stato registrato dalla Germania (+70%), seguita da Regno Unito (+59%), Stati Uniti (+55%), Francia (+51%) e Spagna (+49%). L'Italia è il Paese che ha registrato il tasso di crescita meno sostenuto nell'ultimo decennio (+30%) e nettamente inferiore rispetto agli altri Paesi considerati.

Nonostante le dinamiche differenziate, è comunque interessante notare co-

Figura 3.2 Spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA e a prezzi correnti (2000-2021)



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2023.

Figura 3.3 **Evoluzione spesa sanitaria in termini nominali totale pro-capite in \$PPA e a prezzi correnti (2000-2021), numeri indice: 2000=100**



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2023.

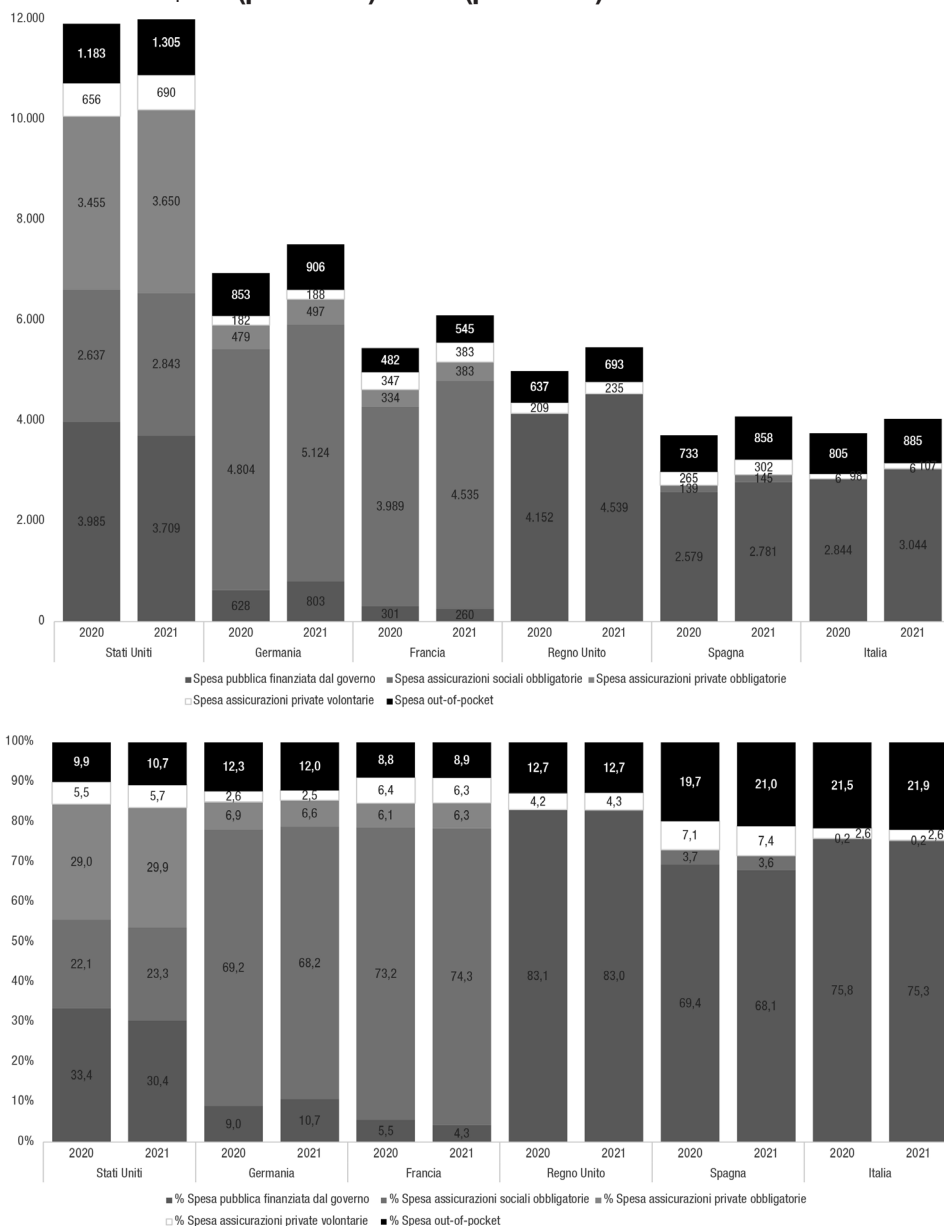
me, per effetto del COVID-19, la spesa sanitaria sia cresciuta in rapporto al PIL in tutti i Paesi. Ci aspettiamo, concluso l'effetto pandemico, che il dato 2022 segni invece un trend opposto. Il 2021 sconta ancora, infatti, la presenza di fonti di finanziamento straordinarie e di interventi e politiche dedicate alla gestione della pandemia.

Un elemento importante da considerare nel confrontare la spesa sanitaria di diversi Paesi è la sua composizione⁴ rispetto ai soggetti pagatori. Essendo un settore cruciale in ogni Paese, sia dal punto di vista sociale sia dal punto di vista economico, la sanità si caratterizza ovunque per una forte presenza del settore pubblico, sebbene con obiettivi ed estensione variabili in funzione del modello di Welfare implementato. Di conseguenza il ruolo degli altri soggetti pagatori (assicurazioni e cittadini-pazienti) è differenziato.

La Figura 3.4 mostra la composizione della spesa sanitaria pro-capite negli ultimi due anni di rilevazione disponibili (2020 e 2021), sia in termini assoluti sia in termini percentuali. Guardando alla distribuzione in termini percentuali, la componente pubblica e assicurativa obbligatoria (sociale e privata) prevista *ex-lege* è molto elevata e prevalente in tutti i Paesi, compresa nel 2021 tra il 73% (Spagna) e l'85% (Stati Uniti, Germania e Francia). Tuttavia, si rilevano delle differenze a seconda degli assetti istituzionali: nei Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (Italia, Regno Unito e Spagna) la componente più rilevante è rappresentata dalla spesa pubblica finanziata dal governo, mentre nei Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (Francia e Germania) la componente più rilevante è rappresentata dalla spesa per assicurazioni sociali. Negli Stati Uniti, un'importante voce di spesa è quella relativa alle assicurazioni private obbligatorie, che rappresentano il 30% della spesa sa-

⁴ La proporzione tra il contributo dei tre pagatori (settore pubblico, assicurazioni e cittadini-pazienti) può essere letta come una misura di equità del sistema sanitario. Più è elevata la copertura pubblica, infatti, più il sistema è caratterizzato da equità rispetto al reddito. Infatti, una quota di spesa pubblica elevata corrisponde ad una forte azione di redistribuzione della ricchezza, contribuendo a rendere il sistema più equo nell'accesso alle prestazioni. La componente privata di spesa sanitaria è, invece, maggiormente legata alla capacità di reddito degli individui. In particolare, un sistema incentrato sulla spesa privata assicurativa pone barriere all'accesso a coloro che non possono acquistare una copertura e che non rientrano nei programmi pubblici o a coloro ai quali il datore di lavoro non offre coperture assicurative sanitarie. Inoltre, un'importante barriera all'accesso è costituita da fattori culturali e di percezioni imperfette circa l'effettiva estensione della copertura pubblica, che possono rallentare la diffusione di forme assicurative complementari. Più critica è la componente out-of-pocket, in quanto si tratta di spesa direttamente sostenuta dai pazienti al momento della fruizione dei servizi e, teoricamente, almeno in parte prevenibile tramite sistemi assicurativi. Questa componente non solo crea la percezione di barriere all'accesso, ma è anche regressiva rispetto al reddito. In questa categoria, infatti, ricade anche la spesa di coloro che non hanno potuto o voluto accedere a coperture assicurative private. Tale componente, più legata al reddito che alle politiche sanitarie pubbliche, è un importante oggetto di studio (cfr. capitolo 6) in quanto presenta dinamiche proprie e non banalizzabili con una semplice lettura «per differenza» rispetto alla copertura pubblica.

Figura 3.4 **Composizione della spesa sanitaria pro-capite: finanziata dal governo, per premi assicurativi obbligatori (sociali e privati), per assicurazioni private volontarie e out-of-pocket (2020-2021) in \$PPA (pannello A) e in % (pannello B)**



Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2023.

nitaria pro-capite nel 2021 (componente molto più ridotta o pressoché nulla nei Paesi Europei).

La parte residua di spesa è coperta dal settore privato nella forma di premi assicurativi volontari, a carico dei cittadini o delle imprese che offrono copertura per i propri dipendenti, oppure di spesa *out-of-pocket*, direttamente sostenuta dai pazienti al momento dell'accesso ai servizi o dell'acquisto di beni. Nella spesa *out-of-pocket* rientrano le prestazioni non coperte da programmi assicurativi pubblici e privati o non garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (*out-of-pocket* in senso stretto) e le compartecipazioni per prestazioni solo parzialmente coperte dalla spesa pubblica.

Nel 2021, la componente *out-of-pocket* registra una notevole variabilità tra i Paesi analizzati, dall'8,8% della Francia al 21,5% dell'Italia (Figura 3.4). In termini assoluti, la spesa *out-of-pocket* negli Stati Uniti risulta la più elevata, sia nel 2020 che nel 2021. Il dato italiano suggerisce che circa un quarto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricada direttamente sull'individuo nel momento del consumo.

Il ruolo delle compartecipazioni potrebbe assumere particolare rilevanza nei Paesi in cui la spesa pubblica è sempre più soggetta a vincoli di budget e dove, come tendenza generalizzata, si è ridotta la copertura pubblica negli ultimi anni (Tinghög *et al.*, 2010). In tali circostanze, e tenendo conto delle diverse determinanti di scelte di consumo pubblico e privato, infatti, la compartecipazione può evolvere concettualmente da semplice sostituto della spesa pubblica a contributo per un *upgrade* qualitativo dei servizi. In tal senso, invece che rappresentare uno strumento iniquo che porta potenzialmente alla rinuncia alle cure, la compartecipazione potrebbe rappresentare uno dei primi *driver* della diffusione di nuovi servizi e tecnologie, liberando così risorse pubbliche per i servizi essenziali e prioritari.

3.3 I dati nazionali di finanziamento e spesa del SSN

3.3.1 Il finanziamento del SSN

Prima di illustrare i dati riferiti al sistema italiano è bene chiarire il concetto di «finanziamento del SSN» con il quale si fa riferimento, in genere, a due concetti differenti:

1. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni *ex-lege* destinate alla copertura della spesa sanitaria: si tratta, quindi, di una voce di preventivo di competenza del livello nazionale. Non corrisponde quindi alla totalità delle risorse disponibili ma si tratta di una delle fonti di finanziamento del SSN.

2. Il secondo concetto, invece, fa riferimento alle risorse complessivamente disponibili per il SSN (riportate anche a livello nazionale nei conti ministeriali con la dicitura «ricavi del SSN»). Con questa seconda accezione si fa riferimento all'insieme delle fonti di finanziamento provenienti da diversi livelli (pubblica internazionale, nazionale, regionale ma anche privata da singoli cittadini e istituzioni private) e deve essere necessariamente considerata a consuntivo in quanto numerose di queste fonti non prevedono assegnazione iniziale ma sorgono in corso di esercizio. In questo caso la dicitura ricavi è coerente con la necessità di considerare tutte le risorse, sia quelle assegnate ex ante ma anche quelle collegate a specifici servizi ed attività erogate. Infatti, nella voce «finanziamento del SSN» rientrano i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN⁵ e i trasferimenti da soggetti privati.

In questo capitolo vengono presentati dati ed evidenze relativi ad entrambe le interpretazioni, specificando di volta in volta a quale si fa riferimento. Invece è solo in relazione al secondo concetto di finanziamento (quello assimilabile ai ricavi sul livello aziendale) che viene calcolato il disavanzo. Questo perché, rispetto a quanto inizialmente previsto e stanziato in sede di Legge di Stabilità, di Patto per la Salute e di Conferenza Stato-Regioni, nella fase di consuntivazione si possono riscontrare differenze nel valore complessivo dei finanziamenti. Queste ultime possono essere dovute a:

- ▶ ulteriori risorse aggiuntive a carico dello Stato e delle Regioni e delle Province Autonome, stanziate a titolo di ripiano dei disavanzi o integrative del finanziamento per i LEA e/o per interventi in campo sanitario previsti da successive norme di legge;
- ▶ ulteriori trasferimenti di altri enti pubblici e privati⁶;
- ▶ eventuali correzioni all'ammontare delle assegnazioni, dovute a provvedimenti assunti in corso di esercizio;
- ▶ maggiori o minori ricavi ed entrate proprie.

Il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato

Per l'anno 2022, il livello di finanziamento complessivo da destinare alla spesa del SSN cui ha concorso ordinariamente lo Stato era stato inizialmente definito in 124.061,00 milioni di Euro (L. 234/2021, art. 1, c. 258).

⁵ Soprattutto ticket e proventi per le attività intramoenia.

⁶ Si ricomprendono gli ulteriori trasferimenti, oltre la quota parte del fabbisogno nazionale ripartito dal CIPE, dalla regione o dalla p.a. a carico dei loro bilanci, nonché quelli dal settore pubblico (altre amministrazioni statali, province, comuni) e da quello privato, desunti dal SIS.

Tabella 3.1 **Importi ad incremento del finanziamento iniziale**

Importo (milioni di Euro)	Descrizione	Riferimento normativo
100	Fondo per il concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi	L. 234/2021, art. 1, c. 259
194	Aumento del numero dei contratti di formazione specialistica dei medici	L. 234/2021, art. 1, c. 260
-10	Riduzione del fondo destinato a promuovere il benessere e la persona (istituito con D.L. 73/2021, art. 33, c. 6-bis)	L. 234/2021, art. 1, c. 290 e 292
10	Potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica	D.L. 228/2021, art. 1-quater, c. 2 e 4
25	Finanziamento delle spese relative a sessioni di psicoterapia	D.L. 228/2021, art. 1-quater, c. 3
200	Finanziamento dei maggiori costi per gli Enti del Servizio sanitario nazionale determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche	D.L. 50/2022, art. 40, c. 1
1.400	Finanziamento dei maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e dal perdurare degli effetti della pandemia	D.L. 144/2022, art. 5, c. 3

Tale valore è stato successivamente incrementato, soprattutto per fronteggiare il caro energia vissuto nel corso del 2022, nella misura di 1.919,00 milioni di Euro (il dettaglio di destinazioni, singoli importi e relativi riferimenti normativi è riportato nella Tabella 3.1).

A fronte di tali incrementi, che determinano un finanziamento pari a 125.980,00 milioni di Euro, è stato previsto un vincolo di destinazione per il finanziamento del Fondo per il concorso statale al rimborso alle Regioni per l'acquisto di medicinali innovativi (L. 232/2016, art. 1, c. 401), pari a 764 milioni di Euro.

Al netto di questo importo vincolato, il finanziamento finale è stato quantificato in 125.216,00 milioni di Euro (125,2 miliardi), con un incremento assoluto di 1.155 milioni di Euro (1,2 miliardi) rispetto al livello di stanziamento inizialmente previsto (in sede di preventivo e assegnazioni iniziali).

In merito alla destinazione del finanziamento, lo stanziamento è stato diviso in cinque componenti:

1. finanziamento indistinto: 119.724,16 milioni di Euro (119,7 miliardi; 95,6% del finanziamento). Questo valore, comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate nei precedenti riparti, è ottenuto come differenza tra lo stanziamento totale e la somma di stanziamenti vincolati e programmati per regioni e province autonome, stanziamenti vincolati per altri enti e accantonamenti (di cui sotto). Tale finanziamento è genericamente riferito all'esecuzione delle prestazioni rientranti nei LEA;
2. finanziamento vincolato e programmato⁷ per regioni e PP.AA.: 3.953,61 milioni di Euro (3,9 miliardi; 3,2% del finanziamento);

⁷ Finanziamento per progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e ad altre attività previste da specifiche norme di legge (es. finanziamento degli oneri

3. finanziamento finalizzato per regioni e PP.AA. legato a interventi normativi adottati per emergenza sanitaria e ripartito separatamente: 59, milioni di Euro (0,05% del finanziamento);
4. finanziamento vincolato per altri enti: 974,31 milioni di Euro (0,8% del finanziamento);
5. accantonamenti: 503,92 milioni di Euro⁸ (0,4% del finanziamento).

Le voci disaggregate di destinazione del finanziamento per il 2022 e le variazioni rispetto al 2021 sono contenute nella Tabella 3.2.

Tabella 3.2 **Articolazione delle risorse finanziarie stanziato dallo Stato per il 2022 e variazione 2021-2022 (milioni di Euro)**

Designazione risorse	Anno 2022	Anno 2021	Variazione 2021-2022
1. Finanziamento indistinto di cui	119.724	116.296	2,95%
1.1 Ospedale Bambin Gesù	258	261	-1,14%
1.2 Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	37	39	-5,78%
1.3 Finanziamento finalizzato	6.031	1.947	209,80%
1.3.1 Prevenzione e cura fibrosi cistica	4	-	-
1.3.2 Gioco d'azzardo	50	50	0,00%
1.3.3 Rinnovo convenzioni SSN	69	69	0,00%
1.3.4 Emersione extracomunitari	200	200	0,00%
1.3.5 Vaccini NPNV	186	186	0,00%
1.3.6 Stabilizzazione personale	150	150	0,00%
1.3.7 Finanziamento screening neonatale	34	34	0,00%
1.3.8 Fondi contrattuali dirigenza medica e professioni sanitarie	85	54	57,41%
1.3.9 Trasmissione certificati telematicamente ed altro	25	25	1,50%
1.3.10 Copertura soppressione superticket	554	554	0,00%
1.3.11 Concorso al finanziamento interventi titolo primo D.L. 34/2020	1.500	500	200,00%
1.3.12 Spesa per il personale per piano territoriale e ospedaliero (artt. 1-2 D.L. 34/2020)	1.116	-	-

derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari OPG, finanziamento della medicina penitenziaria, finanziamento della medicina veterinaria).

⁸ “Il D.lgs 68/2011 prevede che a partire dal 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato secondo i costi e fabbisogni medi standard regionali. Lo stesso decreto legislativo prevede che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, sia chiamato ad individuare le cinque migliori Regioni che:

- i) abbiano garantito l'erogazione dei LEA in condizione di equilibrio economico;
- ii) rispettino criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza;
- iii) non siano assoggettate a Piani di Rientro (PdR).

Da questa rosa di cinque Regioni eleggibili, la Conferenza Stato-Regioni individua le tre regioni benchmark per la determinazione dei costi e fabbisogni standard. Il costo medio pro-capite delle tre Regioni benchmark viene quindi rapportato alla popolazione pesata per genere ed età dell'anno di riferimento. Il costo medio pro-capite ponderato viene poi moltiplicato per la popolazione di ciascuna Regione o P.A., suddividendo così i risultati per i singoli LEA. Proporzionalmente sono poi determinati i relativi sub-livelli assistenziali.

Tabella 3.2 (segue)

Designazione risorse	Anno 2022	Anno 2021	Variazione 2021-2022
1.3.13 Indennità tutela malato e promozione salute per professioni sanitarie e OSS	100	100	0,00%
1.3.14 Incremento indennità di esclusività della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria	500	–	-
1.3.15 Incremento indennità di specificità infermieristica	335	–	-
1.3.16 Finanziamento proroga USCA	105	–	-
1.3.17 Indennità di natura accessoria per dirigenza medica e personale del comparto sanità	90	–	-
1.3.18 Aggiornamento LEA	200	–	-
1.3.19 Finanziamento Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan-Flu) 2021-2023	200	–	-
1.3.20 Potenziamento servizi territoriali e ospedalieri di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	8	–	-
1.3.21 Attivazione di incarichi di lavoro autonomo a psicologi	20	–	-
1.3.22 Recupero liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, screening e ricovero ospedaliero	500	–	-
1.3.23 Sperimentazione strutture di prossimità	–	25	-100,00%
2. Finanziamento vincolato e programmato per regioni e PPAA.	3.954	2.202	79,57%
2.1 Obiettivi PSN	1.500	1.500	0,00%
2.2 Emergenza veterinaria	80	40	100,00%
2.3 Emersione lavoratori extracomunitari	340	340	0,00%
2.4 Finanziamento prestazioni erogate in mobilità attiva dagli IRCCS	20	20	0,00%
2.5 Finanziamento implementazione standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici per potenziamento assistenza territoriale	91	–	-
2.6. Piano straordinario per assunzione di personale medico, sanitario e socio-sanitario per garantire esigibilità dei LEA nella regione Calabria	12	–	-
2.7 Finanziamento dei maggiori costi per aumento dei prezzi delle fonti energetiche	200	–	-
2.8 Attività di medicina penitenziaria	7	7	0,00%
2.9 Accantonamenti medicina penitenziaria	165	165	0,00%
2.10 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	55	54	1,86%
2.11 Borse di studio triennali medici medicina generale	69	69	0,00%
2.12 Riabilitazione termale motoria e neuromotoria, riabilitazione termale del motuleso e riabilitazione della funzione respiratoria e cardiorespiratoria	5	5	0,00%
2.13 Interventi di potenziamento delle attività di prevenzione e rafforzamento dei servizi erogati dai Dipartimenti di prevenzione per la sicurezza nei luoghi di lavoro	10	–	-
2.14 Finanziamento dei maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e al perdurare degli effetti della pandemia	1.400	–	-
2.18 Corsi di formazione specifica di medicina generale in relazione al corso 2021-2023	–	2	-100,00%
3. Finalizzato per regioni e PPAA. legato a interventi normativi adottati per emergenza sanitaria e già ripartito	60	1.785	-96,64%
3.1 Esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex Covid	25	29	-13,22%
3.2 Potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica	10	–	-
3.3 Bonus psicologo	25	–	-
3.4 Spesa personale per piano territoriale e ospedaliero	–	1.116	-100,00%

Designazione risorse	Anno 2022	Anno 2021	Variazione 2021-2022
3.5 Tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS)	–	70	-100,00%
3.6 Prestazioni aggiuntive personale per somministrazione vaccini Covid	–	100	-100,00%
3.7 Fondo per MMG e altri per somministrazione vaccini Covid	–	345	-100,00%
3.8 Fondo MMG per retribuzione indennità personale infermieristico	–	25	-100,00%
3.9 Fondo PLS per retribuzione indennità personale infermieristico	–	10	-100,00%
3.10 Proroga 4 mesi disposizioni Covid Hotel	–	52	-100,00%
3.11 Indennità Covid per lavoratori in somministrazione comparto sanità	–	8	-100,00%
3.12 Potenziamento neuropsichiatria infantile e adolescenziale (reclutamento professionisti sanitari e assistenti sociali)	–	8	-100,00%
3.13 Potenziamento neuropsichiatria infantile e adolescenziale (reclutamento psicologi)	–	20	-100,00%
3.14 Prevenzione per la sicurezza negli ambienti e sui luoghi di lavoro	–	3	-100,00%
4. Finanziamento vincolato per altri enti	974	723	34,85%
4.1 Istituti zooprofilattici sperimentali	266	266	0,00%
4.2 Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	42	13	220,06%
4.3 Croce Rossa Italiana	6	6	0,00%
4.6 Centro Nazionale Trapianti	2	2	0,00%
4.5 Mutui CC.DD.PP.	3	3	0,00%
4.1 Borse di studio specializzandi	656	433	51,55%
5. Accantonamenti	504	391	29,01%
TOTALE	125.216	121.396	3,15%

Fonte: Delibera n. 4/2023. Fondo sanitario nazionale 2022. Riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale (GU n.68 del 21-3-2023).

Per il 2022, le percentuali di finanziamento da attribuire ai sub-livelli assistenziali sono stati determinati come segue:

- ▶ distrettuale: 51%;
 - territoriale: 18,86%⁹;
 - specialistica: 13,30%¹⁰;
 - farmaceutica: 11,84%¹¹;
 - medicina di base: 7,00%;
- ▶ ospedaliera: 44%;
- ▶ prevenzione: 5%.

⁹ Questa voce comprende i servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, i servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), le strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).

¹⁰ Questa voce comprende tutte le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale.

¹¹ Per quanto concerne il riparto della quota relativa all'assistenza farmaceutica distrettuale, il peso include anche la componente di spesa per i farmaci di classe A distribuiti direttamente o in nome e per conto.

Per la definizione dell'assegnazione del finanziamento a livello regionale, anche per l'anno 2022, in linea con il 2021, sono state considerate cinque (invece di tre) regioni di riferimento: Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lombardia e Veneto¹². Coerentemente con quanto disposto dall'art. 27 del D.lgs. 68/2011¹³, la quota percentuale assicurata alla migliore regione benchmark è stata uguale o superiore a quella già assegnata alla stessa regione l'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione. Per l'anno 2022, la migliore regione benchmark è l'Emilia-Romagna, la cui quota di accesso è pari a 7,5467%. La Tabella 3.3 mostra la quota del finanziamento indistinto assegnata a ciascuna regione e PP.AA. per l'anno 2022, in termini assoluti e relativi, e la percentuale di popolazione residente al 1° gennaio 2021 utilizzata per il riparto.

Le risorse complessivamente disponibili per il SSN

Le risorse complessivamente disponibili per il SSN¹⁴ per l'anno 2022 (Tabella 3.4, dati aggiornati al 19 ottobre 2023) ammontano complessivamente a 133,77 miliardi di Euro, di cui 133,14 miliardi di Euro riferiti alle regioni e alle Province Autonome e 0,63 miliardi di Euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato¹⁵. Tali valori includono, oltre ai fondi messi a disposizione dal livello centrale, le risorse proprie regionali (derivanti ad esempio dalle addizionali d'imposta IRPEF e IRAP¹⁶), le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN (ticket), i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati¹⁷. Non includono, invece, i proventi della gestione

¹² In via transitoria, per gli anni 2021 e 2022, l'85% del finanziamento indistinto è stato ripartito secondo la metodologia dei costi standard e il restante 15% sulla base della popolazione residente (al 1° gennaio 2020 e 2021 rispettivamente).

¹³ Il D.lgs 68/2011 prevede che, a partire dal 2013, il fabbisogno sanitario nazionale standard sia determinato secondo i costi e fabbisogni medi standard regionali. Lo stesso decreto legislativo prevede che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sia chiamato ad individuare le cinque migliori Regioni che:

- i) abbiano garantito l'erogazione dei LEA in condizione di equilibrio economico;
- ii) rispettino criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza;
- iii) non siano assoggettate a Piani di Rientro (PdR).

Da questa rosa di cinque Regioni eleggibili, la Conferenza Stato-Regioni individua le tre regioni benchmark (nel 2021 cinque) per la determinazione dei costi e fabbisogni standard.

¹⁴ Dal 2012, sono riportate come ricavi a consuntivo per tutte le regioni e PP.AA. (tra i finanziamenti da altri enti del settore pubblico e dai privati) anche le risorse destinate dalle stesse a copertura dei disavanzi sanitari. Tali fondi derivano dai maggiori introiti fiscali relativi alla maggiorazione delle aliquote IRPEF e IRAP. Il gettito della maggiorazione delle aliquote è contabilizzato come risorsa aggiuntiva erogata dalla regione per la copertura dei LEA.

¹⁵ In particolare, ci si riferisce a: Croce Rossa Italiana (finanziamento corrente), Cassa Depositi e Prestiti (mutui pre-riforma), Università (borse di studio per gli specializzandi), Istituti Zoonofilattici Sperimentali (finanziamento corrente).

¹⁶ IRPEF: Imposta sul reddito delle persone fisiche; IRAP: Imposta regionale sulle attività produttive.

¹⁷ Gli ulteriori trasferimenti comprendono, oltre la quota parte del fabbisogno nazionale ri-

Tabella 3.3 **Riparto finanziamento indistinto a livello regionale per il 2022 – valori assoluti (milioni di Euro) e quote d’accesso**

	Valori assoluti	Quote di accesso	% popolazione residente (1 gennaio 2021)
Piemonte	8.795	7,35%	7,22%
Valle d’Aosta	255	0,21%	0,21%
Lombardia	20.101	16,79%	16,85%
Bolzano	1.061	0,89%	0,90%
Trento	1.089	0,91%	0,92%
Veneto	9.880	8,25%	8,22%
Friuli VG	2.483	2,07%	2,03%
Liguria	3.184	2,66%	2,56%
Emilia R	9.053	7,56%	7,49%
Toscana	7.592	6,34%	6,23%
Umbria	1.784	1,49%	1,46%
Marche	3.062	2,56%	2,53%
Lazio	11.515	9,62%	9,67%
Abruzzo	2.606	2,18%	2,16%
Molise	603	0,50%	0,50%
Campania	11.047	9,23%	9,49%
Puglia	7.895	6,59%	6,64%
Basilicata	1.106	0,92%	0,92%
Calabria	3.726	3,11%	3,14%
Sicilia	9.632	8,04%	8,16%
Sardegna	3.255	2,72%	2,68%
Totale	119.724	100%	100%

Fonte: i) Elaborazione su Delibera n. 4/2023. Fondo sanitario nazionale 2022. Riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale (GU n.68 del 21-3-2023); ii) Dati ISTAT per popolazione residente.

straordinaria¹⁸ e l’intraoemia, che sono portati in detrazione al livello di spesa come da prassi indicata dal Ministero della Salute.

Nel 2022, il rapporto tra finanziamento complessivo¹⁹ del SSN e PIL è diminuito di 0,3 punti percentuali rispetto al 2021 (da 7,3% a 7,0%) (Tabella 3.5). La diminuzione del rapporto è dovuta ad un aumento più consistente del denominatore (PIL) rispetto al numeratore (finanziamento del SSN). Il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 2.266 Euro (+2,82% rispetto al 2021). Complessivamente, si registra un incremento del 2,46% delle risorse totali²⁰

partito dal CIPE, dalla regione o dalla P.A. a carico dei loro bilanci, nonché quelli dal settore pubblico (altre amministrazioni statali, province, comuni) e da quello privato, desunti dal SIS.

¹⁸ Per gestione straordinaria si intende un’area del conto economico in cui vengono registrati i costi e i ricavi (oneri e proventi) di natura straordinaria rispetto alla gestione ordinaria dell’azienda e all’esercizio in corso.

¹⁹ Vedi nota a Tabella 3.6.

²⁰ A partire dall’anno 2011, le risorse complessivamente disponibili comprendono anche i costi capitalizzati (2,16 miliardi di Euro per il 2021) e il riparto della quota premiale (0,39 miliardi di

Tabella 3.4 **Articolazione delle risorse complessivamente disponibili 2022 e variazione 2021-2022**

Ricavi	Miliardi di Euro (2022)	Variazione 2021-2022 (miliardi di Euro)	Variazione 2021-2022 (%)
1. Regioni e PPAA.	133,14	3,21	2,47%
1.1 Irap e Addizionale Irpef	31,56	1,00	3,28%
1.2 Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	73,06	2,18	3,08%
1.3 Riparto quota premiale	0,50	0,11	29,01%
1.4 Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	14,59	-0,07	-0,49%
1.5 Ricavi e Entrate Proprie varie	2,72	-0,01	-0,29%
1.6 FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	7,41	0,07	1,01%
1.7 Costi capitalizzati	2,36	0,10	4,28%
1.8 Rettifiche e utilizzo fondi	0,94	-0,18	-15,96%
2. Altri enti del SSN	0,63	0,00	0,00%
2.1 Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato	0,63	0,00	0,00%
Totale	133,77	3,21	2,46%

Nota: Gli importi sono al netto dei proventi della gestione straordinaria e di quelli dell'intramoenia.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023)

rispetto ai valori dell'anno precedente (Tabella 3.4), quantomeno in termini nominali. Questi valori devono infatti essere letti anche alla luce dell'andamento dell'inflazione che ha caratterizzato il 2022 (pari al +8,1% vs +1,9% del 2021²¹). I dati in termini reali (quindi considerati al netto dell'inflazione²²) mostrano che il finanziamento complessivo per il 2022 ammonta a 118,17 miliardi di Euro, con una variazione del -5,23% rispetto al 2021 (anno in cui il finanziamento in termini reali era pari a 124,70 miliardi di Euro).

3.3.2 La spesa sanitaria

Secondo i dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), aggiornati al 19 ottobre 2023 e riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente relativa al 2022 a carico del SSN²³ è stata pari a 134,06 miliardi di Euro e ha subito un aumento del 2,7% rispetto al 2021 (Tabella 3.5), corrispondente a 3,49 miliardi, e del 3,7% (incremento medio) rispetto al 2019. Il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL diminuisce rispetto al 2021, passando

Euro per il 2021). Tale quota sarà ripartita tra le regioni sulla base di diversi criteri legati al conseguimento di determinati obiettivi, quali l'adempimento dei LEA, l'introduzione di una centrale regionale per gli acquisti e l'introduzione di misure atte a garantire l'equilibrio di bilancio.

²¹ Variazione media annua dell'indice generale dei prezzi al consumo NIC (fonte: ISTAT)

²² La spesa in termini reali è calcolata a partire dalla spesa in termini nominali applicando l'indice generale dei prezzi al consumo NIC (media annua).

²³ Regioni, Province Autonome e altri enti.

dal 7,3% al 7,0%. La diminuzione del rapporto è anche in questo caso dovuta a un aumento più consistente del PIL rispetto alla spesa.

La spesa privata corrente mostra nel 2022 un incremento rispetto al 2020 e al 2021, attestandosi a 38,8 miliardi di Euro e superando, sebbene in maniera contenuta, i livelli pre-pandemia (*cf.* Capitolo 6 del presente Rapporto per approfondimenti sulla spesa sanitaria privata).

Complessivamente, dunque, la spesa sanitaria totale corrente (pubblica²⁴ e privata) è aumentata del 2,2% nel 2022 rispetto all'anno precedente (172,8 miliardi di Euro, pari al 9,1% del PIL, Tabella 3.5), e ha subito un incremento medio del 2,9% rispetto al 2019. Anche con riferimento alla spesa è bene considerare l'effetto dell'inflazione: il dato del 2022 in termini reali (quindi al netto dell'effetto inflazione) corrisponde a 152,68 miliardi di Euro e segna una variazione del -5,50% rispetto al 2021 (anno in cui la spesa totale in termini reali è stata pari a 161,57 miliardi di Euro).

Guardando al sistema di welfare nel suo complesso, nel 2022, la spesa per le prestazioni di protezione sociale è cresciuta del 3,5% rispetto al 2021 e del 4,5% (incremento medio) rispetto al 2019 (Tabella 3.6). Nello stesso anno, la sanità ha assorbito una quota di spesa del 21,3%, paragonabile ai livelli pre-COVID (21,4% nel 2019). La previdenza continua a registrare il peso maggiore sulle spese per prestazioni di protezione sociale (66,9%), sebbene in proporzione inferiore rispetto al 2019 (68,1%). Rispetto al biennio 2020-21, la spesa per assistenza ha subito una lieve contrazione nel 2022. L'andamento tendenziale dal 2010 evidenzia come la spesa per la sanità, nonostante l'emergenza pandemica, sia cresciuta meno rispetto alla spesa per assistenza²⁵ e previdenza²⁶ (CAGR²⁷ +1,4% vs +5,9% e +2,1%, rispettivamente).

A fronte di una spesa pubblica corrente pari a 134,06 miliardi di Euro e un finanziamento complessivo pari a 133,77 miliardi di Euro, nel 2022 si registra un disavanzo di circa 290 milioni di Euro (0,2% della spesa sanitaria pubblica corrente, Figura 3.5), valore relativamente contenuto grazie all'iniezione di risorse *una tantum* per il settore stanziata per rispondere all'emergenza sanitaria e alla dinamica inflattiva legata alle recenti contingenze internazionali. Già nei precedenti Rapporti è stata ampiamente sottolineata la tendenza consolidata al mantenimento del pareggio di bilancio, confermata dalla capacità, pur

²⁴ Inclusi gli ammortamenti dal 2011.

²⁵ Rientrano in questo aggregato: pensione e assegno sociale, pensione di guerra, prestazioni agli invalidi civili, prestazioni ai non vedenti e non udenti, altri assegni e sussidi.

²⁶ Rientrano in questo aggregato: pensioni e rendite, liquidazioni per fine rapporto di lavoro, indennità per malattia/infortunio/maternità, indennità di disoccupazione, assegno integrazione salariale, assegni familiari, altri sussidi e assegni.

²⁷ Il CAGR (Compound Average Growth Rate) misura il tasso di crescita medio annuale. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a: $(\text{Valore ultimo anno} / \text{Valore primo anno})^{1/3} - 1$.

Tabella 3.5 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; disavanzo; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; PIL (1990, 1995, 2000, 2001, 2005, 2010, 2015, 2019, 2020, 2021, 2022) (milioni di Euro)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	Tasso crescita medio '90/'22	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'22	Tasso crescita medio '19/'22	
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	114.578	120.340	126.832	130.567	134.060	3,7%	8,1%	4,1%	1,6%	3,7%
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,0%	0,3%	1,1%	5,4%	2,9%	2,7%					
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	73,3%	75,2%	77,7%	78,2%	76,2%	75,8%	77,8%	77,2%	77,6%					
- % sul PIL	5,8%	4,9%	5,7%	6,0%	6,5%	6,9%	6,9%	6,7%	7,6%	7,3%	7,0%					
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	73.908	91.062	109.135	113.909	120.233	126.936	130.558	133.770	4,3%	7,5%	4,4%	1,7%	3,6%
- variazione %	-	5,7%	12,7%	10,4%	7,4%	2,1%	-0,5%	1,1%	5,6%	2,9%	2,5%					
- % sul PIL	4,8%	4,8%	5,4%	5,7%	6,1%	6,8%	6,9%	6,7%	7,6%	7,3%	7,0%					
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-5.735	-2.196	-669	-107	104	-9	-290					
- variazione %	-74,5%	-13,9%	-17,0%	-10,7%	-34,7%	-398,4%	-108,8%	3065,4%								
- % sui ricavi netti	19,4%	2,0%	4,8%	5,1%	6,3%	2,0%	0,6%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%					
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	25.576	25.625	27.808	30.994	35.807	38.441	36.094	38.595	38.774	4,8%	6,8%	2,1%	1,9%	0,3%
- variazione %	-	13,0%	7,8%	0,2%	-0,6%	1,1%	5,6%	1,4%	-6,1%	6,9%	0,5%					
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	26,7%	24,8%	22,3%	21,8%	23,8%	24,2%	22,2%	22,8%	22,4%					
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	95.749	103.311	124.604	142.324	150.385	158.781	162.925	169.162	172.834	3,9%	7,7%	3,6%	1,6%	2,9%
- variazione %	-	2,7%	10,2%	7,9%	4,5%	1,0%	1,5%	1,1%	2,6%	3,8%	2,2%					
- % sul PIL	7,0%	6,7%	7,7%	7,9%	8,3%	8,8%	9,1%	8,8%	9,8%	9,5%	9,1%					
PIL	717.861	988.244	1.241.512	1.304.137	1.493.635	1.611.280	1.655.355	1.796.648	1.661.020	1.787.676	1.909.153	3,1%	4,7%	2,4%	1,4%	2,0%
- variazione %	-	9,9%	5,6%	5,0%	2,8%	2,2%	1,7%	1,4%	-7,5%	7,6%	6,8%					

Note:

- Dati del NSS: di consuntivo per tutti gli anni.
- Le spese relative all'ospedale «Bambino Gesù» e al Sovrano Militare Ordine di Malta (SMOM) sono imputate alle funzioni «Specialistica convenzionata e accreditata» e «Ospedaliera accreditata». È esclusa la svalutazione di crediti e attività finanziarie e, fino al 2010, sono esclusi anche gli ammortamenti. A partire dall'anno 2011 sono stati inclusi nella spesa gli ammortamenti e nel finanziamento i costi capitalizzati, che consentono la sterilizzazione degli ammortamenti in termini di performance economica, secondo le regole definite dal Tavolo di verifica nella riunione del 24 marzo 2011 concernente l'avvio del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili previsto dall'Intesa Stato-regioni del 3 dicembre 2009 e dai decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale. Dal 2012, in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 e alla definizione di principi contabili uniformi contenuti nell'articolo 29 del predetto decreto legislativo, gli ammortamenti sono stati considerati nel loro totale complessivo risultante dal modello CE, così come dal lato dei ricavi per i costi capitalizzati. Sempre in relazione all'entrata in vigore del D.lgs 118/2011 a partire dall'anno 2012, l'aggregato della spesa sanitaria include anche il saldo delle voci rivalutazioni e svalutazioni.
- Dal 2013, poiché nel riparto compare la mobilità internazionale, essa è stata considerata nel conteggio della spesa. È valorizzata, però, in base ai modelli CE, in termini di saldo tra attiva e passiva.
- Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) con quote vincolate a carico dello Stato per gli altri Enti.
- La voce «Ricavi netti» comprende la somma dei ricavi al netto di quelli relativi alla gestione straordinaria e all'intramoenia. Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. Vengono inoltre incluse, dal 2012, le risorse aggiuntive stanziata dalle regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra-LEA). Nel livello di finanziamento non sono state considerate le Rivalutazioni finanziarie. Dal 2011 sono considerati i costi capitalizzati e dal 2012 anche le rettifiche e utilizzo fondi.
- I dati relativi al PIL sono di fonte International Monetary Fund (IMF). Il PIL 2022 è una stima IMF.
- La spesa sanitaria privata corrente è ottenuta da ISTAT, sezione conti nazionali.

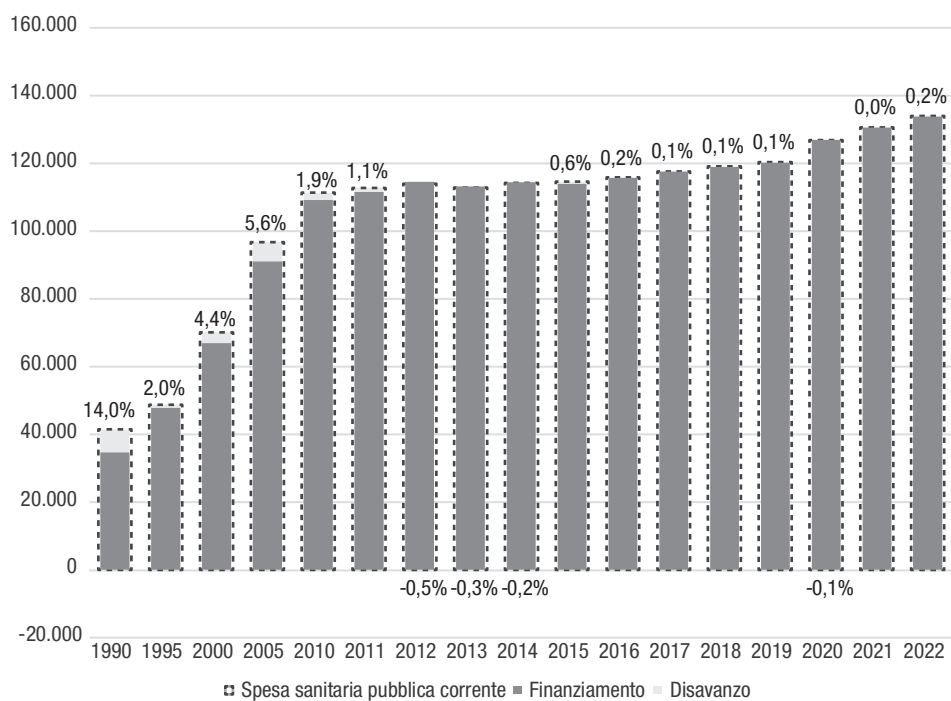
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023), ISTAT (2023), IMF (2023).

Tabella 3.6 **Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2019, 2020, 2021, 2022, 2015-2019-2022)**

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	Tasso crescita medio '90/'22	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'22	Tasso crescita medio '19/'22
Sanità																
spesa (milioni Euro)	38.790	44.534	63.384	70.185	89.896	104.447	102.922	108.502	114.960	119.764	123.429	3,7%	7,9%	4,5%	1,4%	4,4%
% sul totale	26,5%	20,3%	22,5%	23,6%	24,9%	23,8%	21,8%	21,4%	20,8%	21,4%	21,3%					
var. %	-	-1,2%	12,3%	10,7%	6,7%	2,3%	0,2%	1,1%	6,0%	4,2%	3,1%					
Previdenza																
spesa (milioni Euro)	96.413	159.556	200.375	208.045	244.675	300.998	322.747	345.766	368.179	370.827	387.947	4,4%	4,5%	4,2%	2,1%	3,9%
% sul totale	65,7%	72,7%	71,0%	69,9%	67,9%	68,5%	68,5%	68,1%	66,7%	66,2%	66,9%					
var. %	-	17,7%	2,2%	3,8%	3,3%	3,3%	1,0%	2,9%	6,5%	0,7%	4,6%					
Assistenza																
spesa (milioni Euro)	11.447	15.508	18.425	19.575	25.904	34.167	45.789	53.540	68.641	69.764	68.315	5,7%	4,0%	6,4%	5,9%	8,5%
% sul totale	7,8%	7,1%	6,5%	6,6%	7,2%	7,8%	9,7%	10,5%	12,4%	12,4%	11,8%					
var. %	-	2,2%	4,4%	6,2%	1,5%	-3,0%	9,3%	6,5%	28,2%	1,6%	-2,1%					
Totale	146.650	219.598	282.184	297.805	360.475	439.612	471.458	507.808	551.780	560.355	579.691	4,4%	5,2%	4,4%	2,3%	4,5%
var. %	-	12,1%	4,5%	5,5%	4,0%	2,6%	1,5%	2,9%	8,7%	1,6%	3,5%					

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT (2023).

Figura 3.5 **Spesa sanitaria pubblica corrente, finanziamento e disavanzo (valori assoluti e in % della spesa sanitaria pubblica corrente) (1990, 1995, 2000, 2005, 2010-2022)**

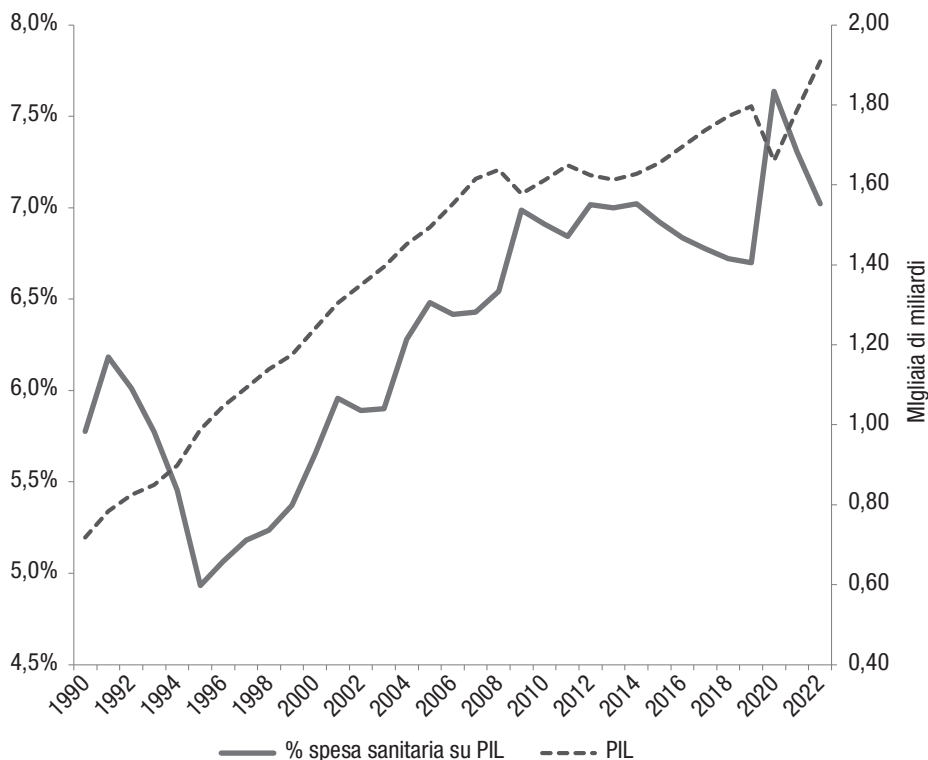


Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023).

nell'emergenza, di chiudere l'esercizio con un disavanzo contenuto e pressoché fisiologico nei suoi importi, soprattutto se confrontato con i livelli annuali di disavanzo prodotti prima del 2012. È utile ribadire, tuttavia, che questa considerazione sul contenimento del disavanzo riguarda esclusivamente la tenuta dei conti e non rappresenta, in alcun modo, una valutazione della capacità del sistema di erogare l'assistenza per cui è finanziato in modo universale, equo ed efficiente; tanto più che, a partire dal 2022, l'analisi degli avanzi e disavanzi a livello regionale (si veda paragrafo successivo) segnala un ritorno a preoccupanti livelli di disavanzo, portando a riconsiderare le strategie di ricerca di un equilibrio economico complessivo o (in alternativa) dei livelli assistenziali garantiti.

La lettura storica dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL permette di ripercorrere le principali tappe evolutive dell'approccio alla gestione delle risorse finanziarie per la sanità (Figura 3.6). Per una lettura dei trend storici, si rimanda al capitolo 4 del Rapporto OASI 2018 (Armeni *et al.*, 2018) e al Rapporto OASI 2020 (Armeni *et al.*, 2020). Nel 2022, continua da un lato la ri-

Figura 3.6 **PIL (asse dx) e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (asse sx) (1990-2022)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023), IMF (2023).

presa del PIL già osservata nel 2021, e dall'altra, la diminuzione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica, segnale preoccupante rispetto alla possibilità del SSN di allinearsi ai bisogni di salute espressi dal Paese, anche considerando gli investimenti che dovrebbero conseguire la piena implementazione del PNRR.

3.4 Il posizionamento delle regioni: livelli di spesa e scelte di finanziamento

Nel 2022, la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (in termini nominali, quindi al lordo dell'inflazione) è stata pari a 2.260 Euro (dati aggiornati al 19 ottobre 2023), con un tasso di crescita rispetto al 2021 superiore a quello della spesa complessiva (+3,0% vs +2,7%, Tabella 3.7). Questa differenza si spiega attraverso la dinamica della crescita della popolazione, che ha subito una contrazione nell'ultimo anno osservato (-0,35%). Come già sottolineato nel para-

Tabella 3.7 Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010; 2015; 2019-2022)

Valori pro-capite (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	Variazione 2021-2022	Tasso crescita medio '90/'22	Tasso crescita medio '95/'01	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'22	Tasso crescita medio '19/'22
	Piemonte	688	828	1.319	1.415	1.679	1.924	1.878	2.008	2.111	2.208	2.242	1,5%	3,8%	9,3%	3,5%	1,3%
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.522	1.830	2.188	2.130	2.136	2.368	2.510	2.561	2,0%	3,9%	9,7%	4,1%	1,3%	6,2%
Lombardia	709	868	1.198	1.344	1.589	1.842	1.941	2.045	2.151	2.208	2.266	2,7%	3,7%	7,6%	3,6%	1,7%	3,5%
Bolzano	722	995	1.603	1.683	2.067	2.196	2.290	2.460	2.710	2.838	2.882	1,6%	4,4%	9,2%	3,0%	2,3%	5,4%
Trento	731	907	1.327	1.533	1.731	2.102	2.167	2.288	2.431	2.478	2.630	6,1%	4,1%	9,2%	3,6%	1,9%	4,7%
Veneto	746	861	1.257	1.365	1.617	1.806	1.851	1.989	2.155	2.237	2.303	2,9%	3,6%	8,0%	3,2%	2,0%	5,0%
Friuli VG	730	868	1.241	1.361	1.655	1.993	1.979	2.184	2.239	2.345	2.440	4,1%	3,8%	7,8%	4,3%	1,7%	3,8%
Liguria	841	957	1.374	1.505	1.851	2.036	2.066	2.164	2.240	2.342	2.455	4,8%	3,4%	7,8%	3,4%	1,6%	4,3%
Emilia R	856	975	1.282	1.422	1.708	1.945	2.033	2.127	2.319	2.330	2.432	4,4%	3,3%	6,5%	3,5%	1,9%	4,6%
Toscana	788	891	1.256	1.412	1.658	1.911	1.994	2.089	2.254	2.302	2.359	2,5%	3,5%	8,0%	3,4%	1,8%	4,1%
Umbria	766	865	1.273	1.376	1.646	1.839	1.905	2.020	2.135	2.226	2.341	5,2%	3,6%	8,0%	3,3%	2,0%	5,0%
Marche	834	886	1.237	1.357	1.571	1.810	1.817	1.951	2.049	2.150	2.236	4,0%	3,1%	7,4%	3,3%	1,8%	4,6%
Lazio	788	891	1.319	1.464	1.930	2.030	1.927	1.932	2.061	2.118	2.173	2,6%	3,2%	8,6%	3,7%	0,6%	4,0%
Abruzzo	724	761	1.299	1.383	1.745	1.760	1.814	1.954	2.022	2.089	2.191	4,9%	3,5%	10,5%	2,7%	1,8%	3,9%
Molise	678	776	1.164	1.387	2.047	2.098	2.094	2.473	2.323	2.472	2.519	1,9%	4,2%	10,2%	4,7%	1,5%	0,6%
Campania	692	743	1.163	1.300	1.679	1.724	1.728	1.844	1.952	2.058	2.093	1,7%	3,5%	9,8%	3,2%	1,6%	4,3%
Puglia	671	783	1.123	1.223	1.522	1.769	1.779	1.912	1.988	2.109	2.177	3,3%	3,7%	7,7%	4,2%	1,7%	4,4%
Basilicata	603	707	1.079	1.184	1.513	1.816	1.851	1.926	2.034	2.131	2.217	4,0%	4,2%	9,0%	4,9%	1,7%	4,8%
Calabria	586	721	1.142	1.254	1.435	1.750	1.746	1.909	1.952	1.965	2.237	13,8%	4,3%	9,7%	3,8%	2,1%	5,4%
Sicilia	700	747	1.073	1.254	1.568	1.687	1.758	1.909	2.003	2.103	2.104	0,0%	3,5%	9,0%	3,4%	1,9%	3,3%
Sardegna	695	860	1.173	1.288	1.644	1.892	2.006	2.076	2.132	2.288	2.378	3,9%	3,9%	7,0%	4,4%	1,9%	4,6%

Tabella 3.7 (segue)

Valori pro-capite (Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022	Variazione 2021-2022		Tasso crescita medio '90/'22	Tasso crescita medio '01/'10	Tasso crescita medio '10/'22	Tasso crescita medio '19/'22	
Totale	730	846	1.223	1.356	1.660	1.856	1.889	2.001	2.116	2.194	2.260	3,0%	3,6%	3,6%	8,2%	3,6%	1,7%	4,1%
Nord	745	891	1.265	1.393	1.659	1.897	1.950	2.068	2.198	2.265	2.334	3,1%	3,6%	7,7%	3,5%	1,7%	4,1%	
Centro	792	894	1.284	1.426	1.773	1.948	1.932	1.990	2.125	2.188	2.251	2,9%	3,3%	8,1%	3,5%	1,2%	4,2%	
Sud e isole	678	767	1.138	1.271	1.600	1.750	1.784	1.917	1.998	2.099	2.164	3,1%	3,7%	8,8%	3,6%	1,8%	4,1%	
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>						1.822	1.813	1.909	2.003	2.090	2.151	2,9%	n.d.	n.d.	n.d.	1,4%	4,0%	
<i>Regioni non soggette a piani di rientro</i>												3,1%	n.d.	n.d.	n.d.	1,8%	4,2%	
<i>Coefficiente Variazione</i>	9,55%	9,70%	9,72%	8,47%	9,77%	7,95%	7,82%	8,38%	8,55%	8,68%	8,19%							
<i>Rapporto max/min</i>	46,2%	40,7%	49,3%	42,2%	44,1%	30,2%	32,5%	34,1%	38,8%	44,4%	37,7%							

Nota: Le regioni inizialmente soggette a PdR sono Lazio (28.2.07), Abruzzo (06.3.07), Campania (13.3.07), Molise (27.3.07) e Sicilia (31.7.07). La Calabria ha approvato il proprio PdR con DGR n.845 del 17.12.2009, pertanto nel 2010 è inclusa nel computo delle regioni in PdR. La Puglia e il Piemonte hanno approvato il PdR nel corso del 2010 (rispettivamente con DGR 2624 del 30.11.2010 e DGR 1-415 del 2.8.2010 e successive integrazioni) e risultano pertanto incluse a partire dal 2010. La Liguria e la Sardegna sono uscite dal Piano nel 2010 ed il Piemonte nel 2017, con valutazione positiva circa il raggiungimento degli obiettivi. La voce regioni in PdR comprende le regioni che allo stato attuale risultano essere in PdR.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023) ed ISTAT (2023).

grafo precedente, è importante valutare questi dati alla luce delle dinamiche inflazionistiche, che rendono la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite in termini reali pari a 1.997 Euro per il 2022 e 2.095 Euro per il 2021.

Il dato presenta notevoli differenze tra le regioni e PPAA, nonostante tutte abbiano registrato un incremento della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite tra il 2021 e il 2022. L'entità della variazione della spesa pro-capite, significativamente diversa da regione a regione, è frutto di diverse necessità dei territori, nonché di policy e modelli di *governance* regionale eterogenei che portano a esiti diversi rispetto al finanziamento e alla spesa. La variabilità interregionale, misurata dal coefficiente di variazione²⁸, nel 2022 è tendenzialmente in linea con quanto registrato nei tre anni precedenti.

La Tabella 3.8 e la Figura 3.7 mostrano la spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità (spesa riferita all'utilizzo delle strutture della regione), al netto della stessa (spesa riferita alla popolazione residente nella regione) e il saldo pro-capite della mobilità. È da notare come, per alcune regioni, il saldo della mobilità rappresenti una quota significativa della spesa, ad esempio (in negativo) per la Basilicata e (in positivo) per il Molise e l'Emilia-Romagna (si veda anche la Figura 3.8).

Tabella 3.8 **Spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2022). Valori assoluti (v.a.) e numeri indice (n.i)**

Regioni	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità	Saldo procapite mobilità/spesa procapite
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	percentuale
Piemonte	2.242	99,2	2.242	99,2	-0,3	-0,01%
Valle d'Aosta	2.561	113,3	2.648	117,1	-86,3	-3,37%
Lombardia	2.266	100,3	2.241	99,1	25,6	1,13%
Bolzano	2.882	127,5	2.886	127,7	-3,6	-0,12%
Trento	2.630	116,3	2.636	116,6	-6,6	-0,25%
Veneto	2.303	101,9	2.269	100,4	34,5	1,50%
Friuli VG	2.440	107,9	2.437	107,8	2,3	0,10%
Liguria	2.455	108,6	2.488	110,1	-33,1	-1,35%
Emilia R	2.432	107,6	2.364	104,6	68,6	2,82%
Toscana	2.359	104,3	2.355	104,2	3,2	0,13%
Umbria	2.341	103,6	2.359	104,4	-18,4	-0,78%
Marche	2.236	98,9	2.250	99,5	-14,1	-0,63%
Lazio	2.173	96,1	2.175	96,2	-2,5	-0,11%
Abruzzo	2.191	96,9	2.251	99,6	-60,0	-2,74%
Molise	2.519	111,4	2.395	106,0	123,9	4,92%
Campania	2.093	92,6	2.129	94,2	-35,3	-1,69%

²⁸ Calcolato come rapporto tra deviazione standard e media.

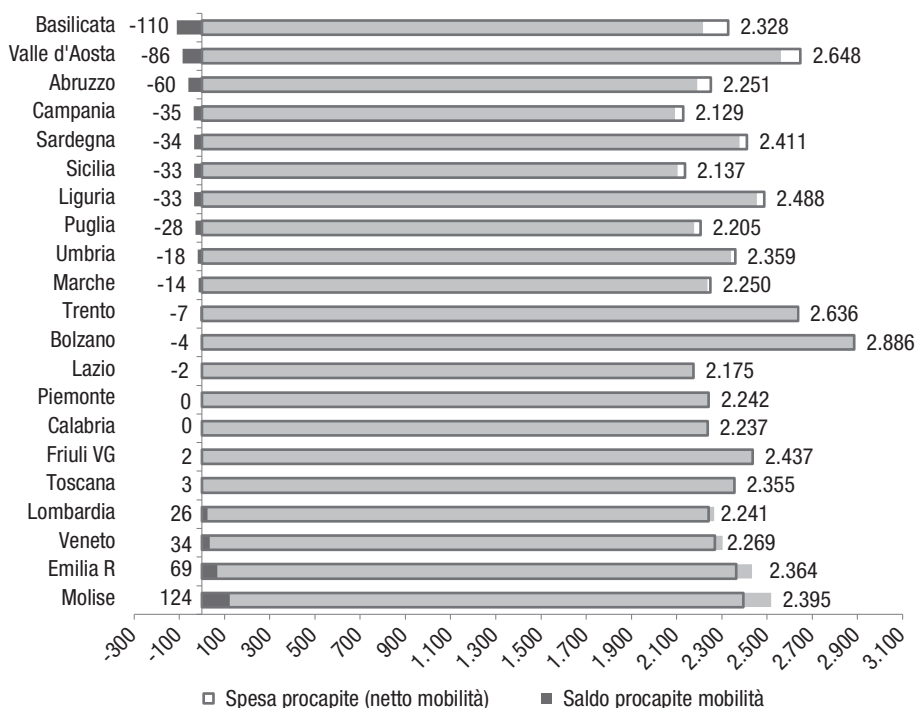
Tabella 3.8 (segue)

Regioni	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità	Saldo procapite mobilità/ spesa procapite
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	percentuale
Puglia	2.177	96,3	2.205	97,6	-27,7	-1,27%
Basilicata	2.217	98,1	2.328	103,0	-110,4	-4,98%
Calabria	2.237	99,0	2.237	99,0	0,0	0,00%
Sicilia	2.104	93,1	2.137	94,5	-33,2	-1,58%
Sardegna	2.378	105,2	2.411	106,7	-33,8	-1,42%
Totale	2.260	100,0	2.260	100,0	0,0	0,00%
Nord	2.334	103,3	2.310	102,2	24,1	1,03%
Centro	2.251	99,6	2.254	99,7	-3,3	-0,15%
Sud e Isole	2.164	95,7	2.195	97,1	-31,2	-1,44%
<i>Coeff. Var.</i>	<i>8,2%</i>	-	<i>7,9%</i>	-	-	-
<i>Rapporto max/min</i>	<i>37,7%</i>	-	<i>35,6%</i>	-	-	-

Nota: La mobilità interregionale è quella programmata, come riportata nella matrice di mobilità inserita nella proposta di riparto del 2022.

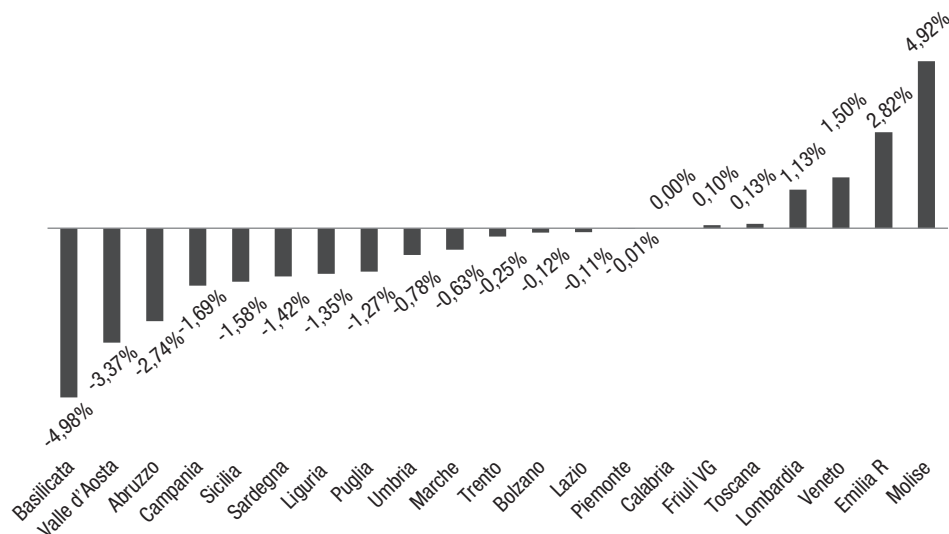
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023).

Figura 3.7 **Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo e al netto della mobilità e saldo della mobilità interregionale pro-capite (2022)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023).

Figura 3.8 **Saldo pro-capite della mobilità su spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) (2022)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023).

La Tabella 3.9 mostra l'incidenza della spesa sanitaria dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto al PIL regionale. Il dato è da leggere in una doppia prospettiva. Innanzitutto, è da notare come la variabilità tra le regioni di questo indicatore sia molto superiore rispetto a quella della sola spesa (coefficiente di variazione per il 2022: 25,0% vs 8,9%, si veda anche Tabella 3.8). Questa evidenza dimostra che, se l'intensità di spesa è relativamente poco variabile sul territorio, altrettanto non può dirsi della sua incidenza sul PIL, misura di assorbimento potenziale²⁹ da parte della sanità pubblica delle risorse generate

²⁹ Si parla di assorbimento potenziale perché la spesa sanitaria pubblica assorbe solo in parte le risorse generate dai sistemi produttivi regionali. Infatti, i meccanismi di perequazione fanno sì che l'assorbimento reale sia livellato sul territorio, al fine di evitare che la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (dal 5,4% in Lombardia e Bolzano fino all'11,5% in Sicilia) si trasformi in un ostacolo insormontabile per alcune regioni nell'erogazione dei servizi essenziali. Tale variabilità, infatti, se non fosse livellata tramite il meccanismo perequativo, comporterebbe un'accentuazione delle differenze nella capacità delle regioni di erogare i LEA, se non a prezzo di un forte aumento della pressione fiscale o delle compartecipazioni, oppure di una sostanziale distrazione di risorse da altri ambiti di intervento pubblico nelle regioni in cui l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è maggiore (soprattutto a causa del minore PIL pro-capite), con margini di manovra molto ristretti in quanto la spesa sanitaria rappresenta una quota molto rilevante della spesa pubblica regionale. In altri termini, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL mette in evidenza il trade-off tra finalità di equità del SSN sul territorio nazionale e spinte federaliste verso una maggiore responsabilizzazione delle regioni sul finanziamento e sulla spesa. Questo trade-off è la ragione principale per cui il federalismo fiscale in sanità non è stato mai applicato nella sua forma più radicale.

Tabella 3.9 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale (2010-2021)**

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	6,8%	6,6%	6,9%	6,7%	6,7%	6,5%	6,5%	6,3%	6,2%	6,3%	7,2%	6,9%
Valle d'Aosta	5,8%	5,9%	5,9%	6,1%	5,8%	5,8%	5,8%	5,5%	5,5%	5,5%	6,7%	6,6%
Lombardia	5,1%	5,2%	5,3%	5,4%	5,4%	5,3%	5,2%	5,2%	5,1%	5,1%	5,8%	5,4%
Bolzano	5,6%	5,5%	5,5%	5,4%	5,3%	5,2%	5,2%	5,3%	5,2%	5,1%	6,0%	5,9%
Trento	6,0%	6,2%	6,3%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	6,1%	5,9%	5,8%	6,6%	6,2%
Veneto	6,1%	5,9%	6,2%	6,1%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	5,8%	6,9%	6,6%
Friuli VG	7,0%	7,2%	7,5%	7,3%	7,0%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	7,4%	7,2%
Liguria	7,0%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%	6,8%	6,7%	6,6%	6,7%	6,6%	7,5%	7,3%
Emilia R	6,1%	5,9%	6,4%	6,2%	6,1%	6,0%	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%	6,8%	6,3%
Toscana	6,7%	6,6%	6,9%	6,8%	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	6,5%	6,3%	7,7%	7,4%
Umbria	7,4%	7,5%	7,8%	7,9%	8,0%	7,9%	7,9%	7,9%	7,8%	7,7%	8,8%	8,5%
Marche	7,1%	7,0%	7,2%	7,2%	7,1%	7,1%	7,1%	7,0%	7,0%	7,0%	7,9%	7,6%
Lazio	6,0%	5,9%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	5,7%	5,6%	5,6%	5,5%	6,4%	6,1%
Abruzzo	7,6%	7,3%	7,5%	7,5%	7,7%	7,6%	7,8%	7,7%	7,7%	7,7%	8,6%	8,2%
Molise	10,0%	9,8%	10,5%	11,8%	11,4%	10,8%	11,0%	10,5%	10,3%	11,6%	11,5%	11,4%
Campania	9,7%	9,6%	9,6%	9,6%	9,8%	9,7%	9,6%	9,6%	9,6%	9,5%	10,9%	10,5%
Puglia	10,4%	10,0%	9,9%	10,2%	10,4%	10,2%	10,2%	10,1%	10,0%	10,0%	11,0%	10,9%
Basilicata	9,5%	9,3%	9,3%	9,0%	9,5%	8,8%	8,8%	8,9%	8,4%	8,5%	9,8%	9,1%
Calabria	10,5%	10,3%	10,4%	10,5%	10,8%	10,7%	10,7%	10,5%	10,8%	10,9%	11,9%	11,2%
Sicilia	9,7%	9,8%	9,9%	10,1%	10,5%	10,3%	10,4%	10,5%	10,6%	10,5%	11,7%	11,5%
Sardegna	9,6%	9,8%	9,9%	10,1%	10,3%	9,9%	10,2%	9,7%	9,7%	9,6%	10,7%	10,5%
Totale	6,9%	6,8%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%	6,8%	6,7%	6,7%	6,7%	7,6%	7,3%
Coeff. di variazione	23,5%	23,1%	22,7%	24,8%	25,7%	25,0%	26,1%	25,5%	26,1%	27,6%	24,5%	25,0%

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023), ISTAT (2023).

dal sistema produttivo di ogni regione, nonché della rilevanza delle politiche sanitarie per quella regione.

Negli anni, le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee³⁰. Un primo elemento che avrebbe dovuto influenzare i comportamenti regionali è l'entità effettiva dei disavanzi. È necessario, tuttavia, usare molta cautela nell'interpretare i dati di disavanzo: esiste, infatti,

³⁰ Con la Legge 405/01, alle regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari. In particolare l'art. 4 stabilisce che «gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati (...) sono coperti dalle regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (...); variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci». Con l'accordo tra il Governo, le regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2004, sono state definite le iniziative considerate idonee per la copertura degli stessi (Jommi e Lecci, 2005). Il principio di piena responsabilità delle regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle Leggi Finanziarie per gli anni successivi.

una forte variabilità nei sistemi di rilevazione delle voci introdotte a seguito dell'adozione della contabilità economico-patrimoniale (Anessi Pessina, 2005). A partire dall'implementazione dell'armonizzazione contabile prevista dal D.lgs 118/2011 e quindi dai dati di consuntivo 2012, si registra una netta convergenza delle regioni nella contabilizzazione dei livelli di disavanzo: fino al 2011, questi ultimi erano contabilizzati dalle regioni prevalentemente al lordo delle coperture regionali, mentre dal 2012 sono riportati al netto delle stesse.

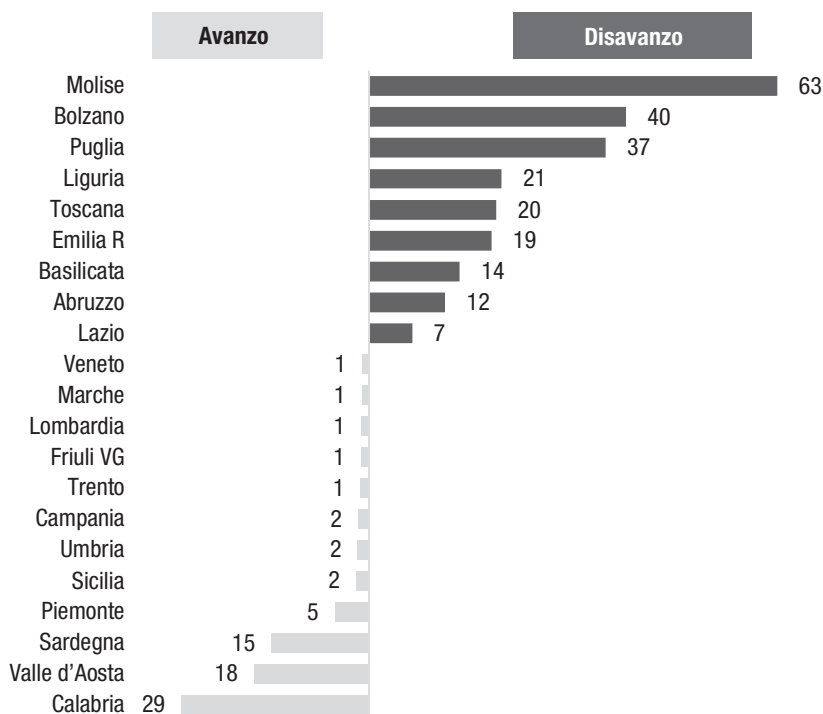
Nel 2022, il disavanzo sanitario si attesta a 290 milioni di Euro (Tabella 3.10 e Figura 3.5). A livello regionale si rileva tuttavia eterogeneità nei risultati di gestione, con dodici regioni che registrano risultati di avanzo. Tra queste, la Calabria presenta il dato in valore assoluto più elevato (54 milioni di Euro). Puglia, Emilia-Romagna e Toscana registrano i livelli di disavanzo più elevati in valore assoluto (144, 84 e 73 milioni di Euro rispettivamente), incidendo sul

Tabella 3.10 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2022)**

Regioni	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	2	5	-21	-13	-57	-6	-52	-17	-1	-2	-48	-59	-23
Valle d'Aosta	4	-2	-1	-7	-3	50	-0	-2	-1	-4	-4	-1	-2
Lombardia	-20	-14	-2	-10	-6	-15	-6	25	-6	-6	-11	-6	-12
Bolzano	-8	-17	42	5	-11	422	-22	-13	-8	-28	-27	-8	21
Trento	12	-2	190	-2	-1	-25	-1	-1	-2	-2	-2	-0	-1
Veneto	-10	-162	-42	-46	-56	-8	-17	-42	-22	-29	-6	-10	-5
Friuli VG	-14	-17	62	-16	-23	-31	-0	30	-3	-9	-22	-1	-1
Liguria	90	143	13	78	64	95	64	61	52	54	-0	1	31
Emilia R	-28	-55	10	-1	-14	8	2	13	-1	-1	-1	-0	84
Toscana	16	-14	2	25	-8	26	39	-24	18	13	91	124	73
Umbria	-9	-12	-20	-7	-10	-5	-7	-0	-4	-0	-0	-0	-1
Marche	3	-21	-50	-61	-62	-66	-25	4	-1	-1	-0	-0	-2
Lazio	1.025	775	-204	-31	-0	-3	1	18	-6	-108	-84	0	39
Abruzzo	6	-52	-48	-53	-7	0	37	46	-0	12	15	-14	15
Molise	58	37	33	70	40	26	-0	1	16	117	23	40	19
Campania	479	245	-148	-63	-183	-76	-51	-38	-36	-38	-27	-15	-9
Puglia	323	108	-4	5	-5	-10	27	8	46	38	24	133	144
Basilicata	29	31	-7	-2	-1	7	-10	-3	-2	-1	-4	-4	8
Calabria	67	110	-44	-76	-41	-43	0	9	97	122	20	-151	-54
Sicilia	29	13	-324	-120	-55	-15	-7	-5	-3	-8	-14	-2	-10
Sardegna	143	173	-18	-10	216	339	306	85	-22	-11	-27	-18	-24
Totale	2.194	1.273	-583	-333	-224	669	276	154	110	107	-104	9	290
Nord	27	-122	250	-11	-107	489	-34	54	8	-27	-121	-84	93
Centro	1.035	728	-272	-74	-80	-47	7	-2	6	-97	6	124	108
Sud e Isole	1.133	666	-561	-248	-36	228	302	103	96	231	11	-30	89

Nota: Il segno - denota un avanzo, mentre il segno + denota un disavanzo.

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 - aggiornati al 19 ottobre 2023).

Figura 3.9 **Disavanzo sanitario regionale pro-capite: Euro (2022)**

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023).

disavanzo annuale complessivo per il 69%. Le regioni in PdR³¹ nel 2022 hanno complessivamente registrato un disavanzo sanitario, pari a 144 milioni di Euro. Il peggioramento del 2022 è un segnale preoccupante per il sistema nel suo complesso e verrà approfondito con i casi studio regionali che seguono. I valori di avanzo/disavanzo sono riportati anche come valore pro-capite per ciascuna regione nella Figura 3.9.

Anche analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, si evidenziano rilevanti differenze a livello regionale. La Tabella 3.11 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi, che saranno in buona parte ripresi e analizzati nella loro evoluzione tra 2019 e 2022 nei successivi paragrafi 3.5 e 3.6.

Le differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare, al differente mix pubblico/privato nelle struttu-

³¹ Tra le regioni in PdR ricompriamo le regioni che hanno avviato il PdR nel periodo 2007-2010 e sono ancora in vigenza di piano: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia. Viene compresa anche l'unica regione con PdR «leggero»: Puglia, che a partire dall'anno 2010 è sottoposta a un piano con un livello di gravosità minore da quello ordinario.

re di offerta: ad esempio, Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Sicilia presentano dati di incidenza della spesa per fattori della produzione interni alle aziende sanitarie (personale e beni e servizi) inferiori alla media nazionale, e questo per la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). Queste regioni presentano, infatti, valori tendenzialmente superiori alla media nazionale per quanto riguarda i servizi accreditati (assistenza ospedaliera, specialistica e altra assistenza). Inoltre, si rileva una forte eterogeneità tra le regioni nel mix dei sopracitati servizi accreditati. È interessante osservare come, con riferimento specifico al personale dipendente nel 2022, Lombardia, Veneto, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Calabria presentino incidenze inferiori alla media nazionale. È bene specificare che nella Tabella 3.11 si riportano i dati come da classificazione ministeriale facendo riferimento alle macro-voci di spesa nella prospettiva regionale.

Tabella 3.11 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria pubblica nei SSR per la gestione corrente, secondo la classificazione economica (2022)**

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata
Piemonte	32,1%	38,8%	5,3%	5,4%	5,2%	3,0%	10,3%
Valle d'Aosta	41,7%	41,5%	4,8%	4,5%	2,4%	0,7%	4,4%
Lombardia	24,1%	38,3%	4,0%	6,2%	9,9%	5,3%	12,2%
Bolzano	44,5%	35,0%	4,8%	2,7%	2,5%	1,0%	9,5%
Trento	35,1%	33,3%	4,4%	4,4%	4,6%	2,1%	16,0%
Veneto	28,2%	43,6%	5,3%	4,3%	5,4%	3,5%	9,7%
Friuli VG	35,9%	41,1%	4,9%	5,1%	2,3%	2,4%	8,3%
Liguria	31,5%	40,0%	4,3%	4,9%	6,1%	3,4%	9,8%
Emilia R	32,8%	39,6%	5,0%	4,5%	5,6%	2,3%	10,2%
Toscana	33,7%	42,2%	5,3%	5,1%	3,4%	2,1%	8,3%
Umbria	33,3%	44,9%	5,1%	5,6%	2,0%	1,5%	7,6%
Marche	32,7%	40,6%	4,9%	5,9%	3,4%	1,8%	10,6%
Lazio	24,5%	36,3%	5,1%	6,2%	11,9%	4,7%	11,3%
Abruzzo	31,2%	40,7%	5,9%	6,9%	4,8%	1,7%	8,8%
Molise	23,7%	41,1%	6,4%	5,4%	9,2%	5,7%	8,5%
Campania	26,4%	38,9%	6,0%	6,5%	7,5%	7,1%	7,6%
Puglia	27,8%	38,2%	6,3%	6,4%	8,6%	3,8%	9,0%
Basilicata	32,2%	38,7%	7,0%	6,8%	1,0%	3,9%	10,3%
Calabria	27,8%	44,3%	6,0%	6,5%	4,3%	3,2%	7,9%
Sicilia	29,3%	36,5%	6,0%	5,8%	7,6%	5,4%	9,4%
Sardegna	33,3%	42,0%	5,0%	6,4%	3,0%	3,8%	6,6%
Italia	29,0%	39,4%	5,2%	5,7%	6,9%	4,0%	9,9%
Nord	29,3%	39,6%	4,7%	5,2%	6,8%	3,7%	10,8%
Centro	29,2%	39,4%	5,2%	5,7%	7,3%	3,2%	10,0%
Sud e Isole	28,5%	39,1%	6,0%	6,3%	6,7%	4,9%	8,4%

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2023 – aggiornati al 19 ottobre 2023).

3.5 **Equilibri e politiche di bilancio a supporto delle strategie regionali: cinque casi studio**

L'incremento del disavanzo complessivo registrato nel 2022 (290 milioni di Euro invece che 9 milioni come nel 2021) deve essere colto come un segnale preoccupante rispetto al futuro del SSN e alla sostenibilità dei diversi modelli regionali. Questo dato segna un punto di rottura rispetto al trend degli anni pre-pandemia e degli anni colpiti da Covid-19 e deve necessariamente portare il sistema ad interrogarsi circa il proprio futuro, anche considerando che le proiezioni 2023 sono ulteriormente peggiorative. Con l'obiettivo di approfondire le determinanti di tale peggioramento, nel presente paragrafo si propone un approfondimento riguardante cinque regioni in modo da comprendere i driver che hanno comportato un incremento dei costi nel 2022, le soluzioni *una tantum* ad oggi impiegate per mitigarne l'effetto, le strategie regionali e aziendali proposte per contenere o gestire il rischio di disavanzo nel prossimo futuro e il conseguente impatto sui modelli di servizio e la struttura dei sistemi sanitari regionali.

Al fine di ottenere una rappresentazione variegata e rappresentativa del panorama nazionale, i casi regionali analizzati sono stati quelli relativi alle regioni Campania, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia, Veneto.

Prima di presentare i dati sono necessarie alcune precisazioni metodologiche che chiariscano l'approccio usato e le modalità di aggregazione dei dati, oltre che le differenze osservabili rispetto ai paragrafi precedenti. I casi sono stati costruiti usando fonti molteplici. Si è lavorato in primis su fonti documentali, analizzando le delibere di assegnazione dei fondi regionali e quelle di approvazione dei bilanci consuntivi per gli anni 2021, 2022 e 2023 laddove disponibili. Sono quindi stati analizzati i dati regionali come presentati nel paragrafo precedente e, a partire da questi, sono state condotte interviste semi-strutturate con i referenti regionali delle Direzioni³² che si occupano del SSR e del suo finanziamento. Le interviste hanno investigato quattro macro-temi: (i) la quantificazione del disequilibrio e i driver che hanno comportato un incremento dei costi e dei ricavi; (ii) le politiche regionali e aziendali sviluppate o in corso di discussione per il contenimento dei disavanzi; (iii) la relazione fra le sostenibilità del SSN e l'attuazione del PNRR. In ultima istanza sono stati analizzati i Conti Economici ex Modello Ministeriale 2019 per verificare le dinamiche evolutive dei SSR oggetto di analisi. In questo caso, ispirandosi alla tecnica dell'analisi di bilancio³³, sono stati riclassificati i dati di CE al fine

³² Si ringraziano per il prezioso contributo il Dottor Ettore Cinque per la Regione Campania, il Dottor Luca Baldino per la Regione Emilia-Romagna, il Dottor Benedetto Giovanni Pacifico per la Regione Puglia e il Dottor Mauro Bonin per la Regione Veneto.

³³ Per una trattazione della materia con specifico riferimento alle aziende sanitarie pubbliche si veda il Capitolo 15 del Rapporto OASI 2015, il Capitolo 17 del Rapporto OASI 2017, il Capitolo 13 del Rapporto OASI 2019.

di ottenere dei macro-aggregati significativi e rappresentativi delle dinamiche regionali (presentati in questo paragrafo) e aziendali (par. 3.6). Più nello specifico, guardando al finanziamento, sono state considerate in forma aggregata le poste relative a: (i) fondo sanitario, sia indistinto che vincolato, per valutare incrementi complessivi nell'andamento del finanziamento e catturarne simultaneamente sia le variazioni legate a dinamiche strutturali e fisiologiche di evoluzione del sistema, sia quelle legate a situazioni emergenziali; (ii) risorse proprie regionali, per comprendere se e quanto le regioni abbiano «distratto» risorse da altri settori di competenza per sostenere l'erogazione di servizi sanitari; (iii) *payback*, sia di farmaci che di dispositivi medici, per dimensionare i sovra-consumi rispetto ai tetti assegnati e lo sforzo richiesto ad altri stakeholder rilevanti del sistema. Per quanto riguarda i costi, invece, la riclassificazione è stata realizzata considerando la quasi totalità delle poste presenti nel modello per produzione interna e produzione esterna (o anche committenza) proposto da Anessi Pessina e Sicilia (2009) e impiegato nella precedente edizione del Rapporto (A *et al.*, 2022), sebbene con variazioni nette nella struttura dei raggruppamenti utilizzati e alcune modifiche nella logica di classificazione³⁴. In particolare, la Tabella 3.12 offre una fotografia dell'impostazione dell'analisi qui proposta e dettaglia le poste contabili impiegate per ciascun aggregato. La loro lettura e interpretazione, proposta qui e nel successivo paragrafo 3.6, è di natura dinamica: non si concentra tanto sui valori assoluti delle singole poste negli esercizi considerati o sulla loro composizione interna, quanto sugli scostamenti osservati inter-temporalmente. Il periodo considerato nei due paragrafi è il quadriennio 2019-2022, con un'unica eccezione rappresentata dall'inserimento anche del triennio 2017-2019 nell'indagare i costi per il livello regionale (cfr. Tabella 3.13), al fine di investigare la sostenibilità del SSN non tralasciando le differenze che possono emergere dal confronto tra periodo emergenziale e quello pre-pandemico.

L'analisi, i cui dati aggregati sono presentati nelle successive Tabella 3.13 e Tabella 3.14, mira ad analizzare l'impatto della fase emergenziale nel medio periodo; pertanto, non include costi sostenuti per fronteggiare il Covid-19 e cessate al termine della fase pandemica.

La fase emergenziale, segnata dal Covid-19 e dall'inflazione, ha impattato significativamente alcune voci di costo. In particolare, la pandemia ha comportato un incremento dei costi del personale, visto che le regioni hanno incrementato gli organici per fronteggiare la diffusione del virus, e dei costi dei servizi territoriali, conseguente al rafforzamento dell'assistenza di prossimità, anche

³⁴ Nello specifico non sono state incluse nell'analisi le voci: B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata), B.9.C) Altri oneri diversi di gestione, B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali, B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali, B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti, B.13) Variazione delle rimanenze.

Tabella 3.12 **Aree, categorie, componenti impiegate e poste contabili ex Modello Ministeriale CE 2019 impiegate nell'analisi**

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente	Fonte	Poste di riferimento	
Finanziamento	Emergenziale & Strutturale	Incremento FSN	Totale	Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse*	
				Modello Ministeriale CE 2019	AA0020 - A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	
				Modello Ministeriale CE 2019	AA0050 - A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	
Finanziamento	Emergenziale & Strutturale	Risorse proprie regionali	Totale	Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse	
				Modello Ministeriale CE 2019	AA0080 - A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	
				Modello Ministeriale CE 2019	AA0090 - A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA	
Finanziamento	Emergenziale & Strutturale	Pay-back	Totale	Modello Ministeriale CE 2019	Somma delle poste incluse	
				Modello Ministeriale CE 2019	AA0890 - A.5.E.1) Rimborso da aziende farmaceutiche per pay back	
				Modello Ministeriale CE 2019	AA0921 - A.5.E.2) Rimborso per Pay-back sui dispositivi medici	
Costi	Energia	Totale	Riscaldamento	Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse	
				Modello Ministeriale CE 2019	BA1610 - B.2.B.1.4) Riscaldamento	
				Modello Ministeriale CE 2019	BA1660 - B.2.B.1.9) Elettricità	
				Modello Ministeriale CE 2019	BA1670 - B.2.B.1.10) Altre utenze	
				Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse*	
				Modello Ministeriale CE 2019	BA0020 - B.1.A) Acquisti di beni sanitari	
	Beni	Beni non sanitari	Totale	Beni non sanitari	Modello Ministeriale CE 2019	BA0310 - B.1.B) Acquisti di beni non sanitari
					Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse*
					Modello Ministeriale CE 2019	BA1580 - B.2.B.1.1) Lavanderia
	Servizi non sanitari	Servizi non sanitari	Totale	Pulizia	Modello Ministeriale CE 2019	BA1590 - B.2.B.1.2) Pulizia
					Modello Ministeriale CE 2019	BA1600 - B.2.B.1.3) Mensa
					Modello Ministeriale CE 2019	BA1570 - B.2.B.1) Servizi non sanitari*
Personale	Personale	Rinnovo contratti collettivi	Totale	Modello Ministeriale CE 2019	Somma delle poste incluse	
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2840 - B.14.D.1) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA	
				Modello Ministeriale CE 2019		

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente	Fonte	Poste di riferimento
Costi	Emergenziali	Personale	Rinnovo contratti collettivi	Modello Ministeriale CE 2019	BA2850 - B.14.D.2) Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2860 - B.14.D.3) Acc. Rinnovi contratti.; dirigenza medica
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2870 - B.14.D.4) Acc. Rinnovi contratti.; dirigenza non medica
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2880 - B.14.D.5) Acc. Rinnovi contratti.; comparto
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2120 - B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2160 - B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2200 - B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2250 - B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2290 - B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2340 - B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2380 - B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2430 - B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2470 - B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2130 - B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2170 - B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato
Costi	Emergenziali	Personale	Contratti a tempo determinato	Modello Ministeriale CE 2019	BA2210 - B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2260 - B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato

Tabella 3.12 (segue)

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente	Fonte	Poste di riferimento
Costi	Emergenziali	Personale	Contratti a tempo determinato	Modello Ministeriale CE 2019	BA2300 - B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2350 - B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2390 - B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2440 - B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2480 - B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2140 - B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2180 - B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2220 - B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2270 - B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2310 - B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro
Costi	Emergenziali	Personale	Contratti a tempo determinato	Modello Ministeriale CE 2019	BA2360 - B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2400 - B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2450 - B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2490 - B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2310 - B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2360 - B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2400 - B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2450 - B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2490 - B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro
				Modello Ministeriale CE 2019	BA2310 - B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro
Modelli di servizio emergenti	MMG	Socio-san a valenza sanitaria	Totale	Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse
				Modello Ministeriale CE 2019	BA1140 - B.2.A.12) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria
				Modello Ministeriale CE 2019	BA0410 - B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base

Area	Categoria	Componente	Sotto-componente	Fonte	Poste di riferimento	
Emergenziali	Modelli di servizio emergenti	Specialistica ambulatoriale	Specialistica ambulatoriale	Modello Ministeriale CE 2019	BA0530 - B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	
			Riabilitazione	Modello Ministeriale CE 2019	BA0640 - B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	
			Psichiatria	Modello Ministeriale CE 2019	BA0900 - B.2.A.8) Acquisito prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	
	Servizi sanitari	Totale		Derivazione da Modello CE 2019	Posta netta dei sottoconti utilizzati per altre componenti dell'analisi	
		Totale		Modello Ministeriale CE 2019	BA0400 - B.2.A) Acquisti servizi sanitari*	
	Costi	Farmaceutica	Servizi per farmaceutica		Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse
			Prodotti farmaceutici	Modello Ministeriale CE 2019	BA0490 - B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	
		Rimanenze	Modello Ministeriale CE 2019	BA0030 - B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati		
		Altro	Modello Ministeriale CE 2019	BA2671 - B.13.A.1) Variazione rimanenze sanitarie - Prodotti farmaceutici ed emoderivati		
		Totale		Modello Ministeriale CE 2019	BA0960 - B.2.A.9) Acquisito prestazioni di distribuzione farmaci File F	
Strutturali	Godimento beni di terzi	Fitti passivi		Derivazione da Modello CE 2019	Somma delle poste incluse	
		Noleggi	Modello Ministeriale CE 2019	BA2000 - B.4.A) Fitti passivi		
	Project financing	Leasing	Modello Ministeriale CE 2019	BA2010 - B.4.B) Canoni di noleggio		
		Project financing	Modello Ministeriale CE 2019	BA2040 - B.4.C) Canoni di leasing		
		Da enti SSR	Modello Ministeriale CE 2019	BA2061 - B.4.D) Canoni di project financing		
			Modello Ministeriale CE 2019	BA2070 - B.4.E) Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		

* Al netto delle poste incluse in altre componenti dell'analisi

Tabella 3.13 **Analisi delle principali voci di costo sanitari pubblici nel periodo emergenziale (2019-2022) e pre-pandemico (2017-2019). Valori assoluti in milioni di euro**

		Italia					
Tipologia	Voci	2017	2019	2022	2019-2017	2022-2019	
COSTI	EMERGENZIALI	Energia	1.607	1.663	3.186	56	1.523
		Beni sanitari e non sanitari	7.382	7.861	9.243	479	1.382
		Servizi non sanitari	5.604	5.794	6.909	189	1.115
		Personale	34.375	35.598	39.200	1.223	3.602
		Rafforzamento servizi territoriali	19.878	20.447	21.731	569	1.284
	Totale	68.846	71.362	80.269	2.516	8.906	
	STRUTTURALI	Farmaceutica	20.698	21.680	23.889	982	2.209
		Servizi sanitari	19.773	20.690	21.093	917	403
		Godimento beni di terzi	1.077	1.181	1.319	104	138
	Totale	41.548	43.550	46.301	2.003	2.751	
Totale		110.394	114.913	126.570	4.519	11.657	

Fonte: Elaborazioni su CE regionale (codice «999»), Ministero della Salute (2023).

indotto da PNRR e DM77. L'inflazione ha altresì comportato un significativo aumento del costo dell'energia. Inoltre, l'aumento dei prezzi ha impattato sugli acquisti di beni sanitari e non sanitari e dei servizi non sanitari, visto che si tratta di acquisti maggiormente soggetti alla volatilità del mercato. Le voci di costo meno impattate dalla fase emergenziale analizzate sono invece state spesa farmaceutica (che nel include gli acquisti legati ai vaccini), servizi sanitari e godimento di beni di terzi.

Durante il periodo pandemico, le voci di costo analizzate sono incrementate di circa 11,9 mld a livello nazionale. I costi impattati nel medio-periodo dalla fase emergenziale sono incrementati di 8,9 mld (12%) nel periodo segnato dalla pandemia (2019-2022), registrando un trend profondamente diverso rispetto a quello del periodo pre-pandemico (2,6 mld; 4%). La pandemia ha impattato in modo significativo sui costi del personale. I costi del personale sono incrementati di 3,6 mld nel periodo emergenziale, un aumento pari a circa tre volte quello registrato nel periodo pre-pandemico (2017-2019; +1,2 mld). Per fronteggiare la diffusione del virus i SSR hanno incrementato gli organici sospendendo le politiche di contenimento dei costi del personale tipicamente in corso nella fase pre-pandemica. L'incremento dei costi del personale connesso agli inserimenti a tempo indeterminato e determinato è stato pari a +3,3 mld (+1,1mld nel triennio precedente). La diffusione del Covid-19 e il rafforzamento dell'assistenza di prossimità promosso dal PNRR e il DM77, hanno comportato un incremento dei costi per i servizi territoriali, cresciuta di circa 1,3 mld nel periodo emergenziale (600 mln nel periodo pre-pandemico). L'inflazione, causata dal Covid-19 e dalla crisi geopolitica, ha comportato un si-

gnificativo aumento del costo dell'energia pari a 1,5 mld nel periodo. Infine, l'aumento dei prezzi ha impattato sugli acquisti di beni sanitari e non sanitari e dei servizi non sanitari, i cui costi sono incrementati di 2,5 mld nel periodo emergenziale (600 mln nel periodo pre-pandemico), seppur influenzata anche da fattori impiegati per fronteggiare la diffusione della pandemia. Dall'altro lato, le voci di costo impattate solo parzialmente dalla fase emergenziale sono complessivamente incrementate di 3,0 mld, registrando un trend simile a quello del periodo pre-pandemico (+2,0 mld). L'incremento maggiore ha riguardato la componente farmaceutica (+2,2 mld) e i servizi sanitari (+400 mln). I costi relativi al godimento di beni di terzi sono incrementati di 140 mln rispetto al periodo pre-pandemico.

In secondo luogo, sono stati analizzati gli incrementi delle principali voci di ricavi e costi registrati nel corso del 2022 rispetto all'anno precedente (Tabella 3.14). Sono stati analizzati il finanziamento ordinario e straordinario dell'esercizio e costi impattati dalla fase emergenziale comparati con quelli il cui trend di crescita non ha subito un cambiamento significativo. Tale distinzione è stata adottata al fine di quantificare l'impatto delle diverse componenti nel 2022 e

Tabella 3.14 **Incremento delle voci di ricavo e costo in selezionati SSR (2022 rispetto a 2021). Valori assoluti in milioni di euro.**

		Campania	ER	Piemonte	Puglia	Veneto	Italia	
RICAVI	Ordinarie	Incremento FSN	146	190	73	116	196	1.991
	Straordinarie	Supporto a spese energetiche (50/22 e 144/22)	148	121	118	106	132	1.600
		Payback farmaceutico	36	93	113	55	64	1.415
	Risorse proprie regionali	Risorse aggiuntive da bilancio regionale	0	104	41	0	0	889
		Risorse aggiuntive da bilancio regionale (post-pre covid)	0	292	41	0	4	2.374
	Totale		329	507	344	276	392	5.894
COSTI	EMERGENZIALI	Energia	75	197	86	104	132	1.432
		Beni sanitari e non sanitari	-33	-3	-16	6	-244	-212
		Servizi non sanitari	52	-29	-15	12	-32	114
		Personale (2022-2021)	96	18	18	2	45	298
		Rafforzamento servizi territoriali	-64	30	5	9	-2	82
	Totale	126	213	78	133	-101	1.715	
	STRUTTURALI	Farmaceutica	157	123	101	80	112	1.386
Servizi sanitari		-119	-93	-23	-138	157	-501	
Godimento beni di terzi		0	5	5	6	2	-31	
Totale	38	35	83	-52	270	854		
Totale		164	248	161	81	169	2.568	

Fonte: Elaborazioni su CE regionale (codice «999»), Ministero della Salute (2023).

poter sviluppare alcune riflessioni per il 2023 oltre che per il prossimo futuro. I cinque casi regionali consentono di comprendere se vi sono differenze significative fra i differenti SSR.

Per quanto riguarda il finanziamento, a livello regionale è stata distinta la componente ordinaria da quella straordinaria. La prima è costituita dal finanziamento indistinto e vincolato al netto del finanziamento per fronteggiare l'incremento dei prezzi dell'energia. La componente straordinaria, invece, è costituita dalle risorse aggiuntive *una tantum* fornite dal livello nazionale e dalle risorse proprie regionali eventualmente impiegate dai SSR per il contenimento dei disequilibri registrati. Tra le risorse *una tantum* sono stati considerati sia il supporto per il caro energia (D.L. 50/22 e 144/22) sia le risorse provenienti dall'accordo sul *payback*. Per quanto riguarda i costi, seguendo il metodo impiegato per l'analisi precedente, è stata adottata la distinzione fra le voci impattate dalla fase emergenziale rispetto a quelle il cui trend di crescita non ha subito un cambiamento significativo.

Nel 2022, l'incremento del finanziamento è stato pari a circa 5,9 mld. L'incremento del finanziamento attraverso risorse straordinarie è stato pari a circa 3,9 mld, pari al 66% dell'incremento totale. Di queste, una parte prevalente è stata costituita dalle risorse aggiuntive *una tantum* fornite dal livello nazionale come il supporto per il caro energia (pari a 1,6mld – cfr. *supra*) e le risorse provenienti dall'accordo sul *payback* (1,4 mld). Le risorse proprie regionali, invece, sono state pari a circa 900 mln. Dall'altro lato, l'incremento dei costi è stato pari a circa 2,9 mld. I costi impattati dalla fase emergenziale sono cresciuti di 1,7 mld. L'incremento è prevalentemente imputabile all'aumento dei costi per l'energia, pari a 1,4 mld. Il costo del personale è aumentato ulteriormente di 300 milioni rispetto al periodo precedente. I costi per servizi non sanitari, impattati dalle dinamiche inflattive, sono incrementati di oltre 100 mln. I costi per acquisti di beni sanitari e non sanitari sono diminuiti di 213 mln di euro. Le voci di costo definite «strutturali» nella classificazione qui proposta sono incrementate di circa 600 mln. L'incremento maggiore ha riguardato la spesa farmaceutica (1,4 mld). I costi per servizi sanitari sono diminuiti di 501 mln di euro. Il trend è influenzato dai costi sostenuti per fronteggiare la diffusione della pandemia, diminuiti significativamente nel 2022 rispetto al periodo precedente. La diminuzione meno marcata dei costi per acquisizione di beni (sanitari e non sanitari) rispetto a quella per servizi sanitari suggerisce che l'inflazione sugli acquisti di beni abbia comportato un incremento dei costi che in parte ha compensato la riduzione dei costi associata all'esaurirsi della pandemia di Covid-19.

L'analisi delle principali voci di ricavi e costi nei cinque casi regionali mostra differenze significative fra i SSR. Per quanto riguarda i primi, la principale differenza riguarda le risorse proprie regionali. Da un lato, Emilia-Romagna e Piemonte hanno immesso risorse aggiuntive da bilancio regionale, pari rispettivamente a 104 e 41 mln circa. Campania, Puglia e Veneto non hanno uti-

lizzato risorse regionali. L'incremento di altri ricavi ordinari e straordinari ha seguito dinamiche simili nei casi studio e le differenze fra i contesti regionali sono imputabili alle differenze registrate nei prezzi dell'energia consumata e nelle politiche legate al *payback*.

Per quanto riguarda i costi emergenziali, le maggiori differenze riguardano il rafforzamento dei servizi territoriali e i servizi non sanitari. La Campania ha diminuito i costi per servizi territoriali di 64 mln di euro, mentre l'Emilia-Romagna ha incrementato le risorse per 30 mln di euro. I costi dei servizi non sanitari sono cresciuti in Campania e Puglia (51 mln e 12 mln) e diminuiti in Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto (28, 14 e 31 mln), suggerendo che SSR e aziende hanno differenti capacità di contenere il generale incremento dei prezzi associato all'inflazione. Allo stesso modo, i costi legati a dinamiche strutturali hanno seguito un trend simile, ad eccezione dei servizi sanitari. I costi dei servizi sanitari sono infatti diminuiti significativamente in Campania e Puglia, rimasti stabili in Emilia-Romagna e Piemonte e incrementati significativamente in Veneto. L'analisi suggerisce che la fase emergenziale, segnata dalla pandemia e da fenomeni macroeconomici quali l'inflazione e il caro energia, ha comportato un incremento significativo di ricavi e costi dei SSR. Nel 2022 la sostenibilità del SSN è stata garantita dalle risorse straordinarie del livello nazionale e, in alcuni casi, dall'utilizzo di risorse proprie regionali.

3.6 La prospettiva aziendale nei cinque casi regionali: andamento del finanziamento e variazione dei costi sostenuti

A completamento dell'analisi riguardante la prospettiva nazionale e regionale, il paragrafo propone una lettura di finanziamento e risorse assorbite a livello aziendale, attingendo ai dati di Conto Economico delle singole aziende che operano nei cinque contesti regionali analizzati nel paragrafo 3.5 (Campania, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia e Veneto).

Le fonti consultate e utilizzate sono, dunque, i CE delle aziende pubbliche delle cinque Regioni per gli anni 2019, 2020, 2021 (consuntivi definitivi) e 2022 (chiusura provvisoria al IV trimestre³⁵). I dati sono stati analizzati per singola azienda e successivamente aggregati per regione e tipologia, distinguendo tra Aziende Ospedaliere (aziende prevalentemente dedicate alla produzione, ossia AO, Policlinici, AO Universitarie, I.R.C.C.S., per questo definite anche «di erogazione» nel prosieguo del capitolo) e Aziende Territoriali (categoria che racchiude tutte le aziende che esercitano prevalentemente la funzione di committenza – ASL). Le aziende inserite nell'analisi si distribuiscono per tipologia e per regione come specificato nella Tabella 3.15. Sebbene le regioni analizzate

³⁵ Dato disponibile al momento in cui si scrive, settembre 2023.

Tabella 3.15 **Distribuzione delle aziende per regione e per tipologia**

Regioni	AO	Azienda Territoriale	Totale
Campania	10	7	17
Emilia Romagna	5	8	13
Piemonte	6	12	18
Puglia	4	6	10
Veneto	3	9	12
Totale complessivo del campione	28	42	70

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2023).

siano solo cinque, nel complesso il campione di aziende indagato è significativo rispetto al panorama nazionale, rappresentando il 35% delle aziende sanitarie pubbliche complessivamente presenti nel Paese.

Impiegando il medesimo schema di riclassificazione adottato nel paragrafo 3.5 e adottando anche in questo caso una lettura delle informazioni in chiave intertemporale (periodo 2019-2022), le analisi sviluppate sul livello aziendale consentono di:

1. analizzare l'evoluzione delle principali fonti di finanziamento delle aziende (fondo sanitario, risorse proprie regionali e *payback*);
2. analizzare l'evoluzione dei principali costi di produzione, distinguendo tra componenti legate a fattori emergenziali e andamento evolutivo fisiologico e strutturale;
3. sempre con riferimento ai costi della produzione, verificare la più o meno ampia variabilità osservabile all'interno dei singoli contesti regionali;
4. posizionare le singole aziende del campione rispetto alla relazione osservata tra variazione del finanziamento e variazione dei costi di produzione nel periodo considerato.

Questo approccio consente di offrire un livello di dettaglio superiore rispetto al paragrafo precedente e di offrire qualche considerazione su caratteristiche e coerenza di postura produttiva legata a scelte allocative regionali (variazione del finanziamento) e profili di assorbimento (variazione dei costi di produzione) osservate a livello aziendale.

È bene precisare che, in termini di risultati, la fotografia fornita dal livello aziendale rispetto alle fonti di finanziamento e alla composizione dell'assorbimento di risorse può differire da quella nazionale e regionale perché utilizza dati a consuntivo della contabilità economico patrimoniale e non include i valori di Gestione Sanitaria Accentrata (GSA). Tali dati sono registrati con una logica diversa da quella di stanziamento e spesa del governo centrale e degli enti locali e seguono principi di bilancio finalizzati a rappresentare gli

accadimenti aziendali, e non le scelte di policy. Questo può quindi portare a un disallineamento tra i dati, ma consente allo stesso tempo di aggiungere una vista complementare alle analisi. I dati di bilancio delle singole aziende ci permettono, infatti, di comprendere come le scelte di policy dei livelli superiori (Stato, regione) trovino traduzione nelle pratiche aziendali e, indirettamente, nei servizi erogati dalle aziende. Come anticipato, inoltre, i valori aggregati riportati nelle pagine che seguono differiscono anche dalle analisi presentate sul livello regionale nel precedente paragrafo 3.5, dove, sebbene si utilizzi la medesima fonte e il modello della contabilità economico-patrimoniale, si tiene anche conto delle risorse afferenti alla Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), qui non considerate.

3.6.1 Finanziamento e costi nella prospettiva aziendale: i valori aggregati

Prima di proporre le analisi che impiegano lo schema di riclassificazione utilizzato per descrivere il livello regionale nel precedente paragrafo 3.5, si propongono di seguito alcune considerazioni sintetiche che contribuiscono a posizionare lo sviluppo del presente paragrafo e che si ispirano a quanto recentemente proposto dal livello nazionale rispetto al monitoraggio dell'andamento delle sole aziende ospedaliere nella prospettiva economico-finanziaria (si veda il Capitolo 7 del presente Rapporto per approfondimenti sui sistemi di monitoraggio e delle metriche impiegate dal livello centrale per caratterizzare e/o orientare le aziende del SSN). Come anticipato sopra, tutte le caratterizzazioni proposte in questo sotto-paragrafo e nel successivo riguardano le cinque Regioni campione presentate in precedenza (Campania, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia e Veneto).

In queste Regioni, a dati 2022, si registrano complessivamente livelli di finanziamento delle aziende (tecnicamente identificabili su questo livello di analisi come «ricavi») per 60,3 mld, con un incremento significativo rispetto al 2019, quando erano 54,8 mld (+10,0%). Spostando l'attenzione sui costi della produzione, è possibile notare come questi ammontino a 60,4 mld nel 2022 e siano complessivamente aumentati rispetto al 2019 dell'11,0%, quando registravano un valore complessivo di 54,4 mld. I fattori trainanti questi incrementi sono più dettagliatamente descritti nel successivo sotto-paragrafo 3.6.2. In ogni caso, sebbene i dati appena presentati riguardino solo una parte del CE delle aziende³⁶, essi segnalano un trend importante: la gestione dei recenti eventi eccezionali, quali la pandemia da Covid-19 e il fenomeno inflattivo successivo alle difficili contingenze internazionali, sembra aver avviato per le aziende un periodo di importante crescita dei costi, ad oggi compensata dall'aumento in

³⁶ Si basano infatti solo sulla riclassificazione della componente operativa e non includono la gestione straordinaria, finanziaria e tributaria.

via straordinaria e temporanea dei livelli di finanziamento. A questa considerazione a vocazione «emergenziale», se ne possono aggiungere almeno altre due, più strutturali e legate alla stratificazione nel tempo di scelte e politiche di bilancio a specificità regionale: da un lato, infatti, in via non occasionale i Contributi possono includere dei sotto-conti che confluiscono in aggregati di finanziamento non specifici che di fatto contribuiscono a sostenere e coprire le difficoltà di alcune aziende di perseguire e raggiungere l'equilibrio economico; dall'altro, è nota e a volte esplicita (es. delibera di riparto della Campania) la tendenza a «distrarre» risorse dal setting territoriale per muoverle verso quello ospedaliero, tradizionalmente più «centrale» nell'erogazione di servizi e, soprattutto, maggiormente rigido ad azioni di sviluppo organizzativo e/o sui costi nel breve periodo. Questi sono alcuni dei principali motivi per cui i risultati di esercizio delle aziende (ossia il risultato finale di Conto Economico, la cd «ultima riga», considerando in questo caso tutte le componenti di ricavo e costo e non solo quelle operative), sebbene registrino un complessivo peggioramento, abbiano tenuto negli scorsi esercizi e sembrino tenere anche nel 2022. È altresì il motivo per cui si tratta di un'informazione solo parzialmente utile a comprendere il complessivo stato di salute delle aziende. Ad ogni modo, nel 2022³⁷ il numero delle aziende delle cinque Regioni analizzate che presentano un risultato d'esercizio negativo è molto significativo e pari a 45 su 70. Nel 2019 queste erano 16. Questa evidenza è espressiva di un trend iniziato con la pandemia che racconta la crescente difficoltà delle aziende nel raggiungere l'equilibrio auspicato senza interventi straordinari degli enti sovraordinati. Anche l'entità del risultato di esercizio (sia positivo che negativo) è significativa e rappresentativa delle dinamiche sopra rappresentate: sono, ad esempio, drasticamente diminuite le aziende che presentano risultati d'esercizio positivi superiori ai 200 mila euro (16 nel 2019; solo 2 nel 2022).

Per verificare ulteriormente queste considerazioni, il risultato di esercizio può essere rapportato al totale del Valore della Produzione aziendale, utilizzato in questo caso come *proxy* delle dimensioni aziendali e corrispondente al totale dei finanziamenti raccolti a vario titolo. Anche in questo caso e coerentemente con l'aumento del numero di aziende con risultato d'esercizio negativo, si nota un generale peggioramento dell'indicatore tra 2019 e 2022 sia per le Aziende Territoriali (Tabella 3.16) che per le AO (Tabella 3.17), sebbene i valori dell'ultimo esercizio riportino un miglioramento rispetto al 2021, anno che scontava ancora marcatamente gli impatti della pandemia da Covid-19.

³⁷ Si ribadisce che per l'anno 2022 i dati utilizzati per le analisi riguardano la chiusura del IV trimestre e non sono dati definitivi. Questi potrebbero dunque subire variazioni.

Tabella 3.16 **Incidenza del risultato di esercizio sul totale del Valore della Produzione, Aziende Territoriali**

Regione	2019	2020	2021	2022
Campania	-0,45%	-0,42%	-2,80%	-0,26%
Emilia Romagna	0,00%	0,00%	-1,80%	-0,56%
Piemonte	-0,67%	-2,22%	-2,98%	-2,03%
Puglia	-0,25%	0,00%	0,00%	-0,70%
Veneto	-0,65%	-3,12%	-6,80%	-2,94%

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2023).

Tabella 3.17 **Incidenza del risultato di esercizio sul totale del Valore della Produzione, AO**

Regione	2019	2020	2021	2022
Campania	0,06%	0,05%	-8,63%	0,02%
Emilia Romagna	0,01%	0,01%	-2,73%	-1,04%
Piemonte	-4,46%	-4,23%	-4,89%	-1,29%
Puglia	-2,54%	-14,55%	-12,31%	-8,53%
Veneto	0,60%	-3,85%	-12,70%	-11,37%

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2023).

3.6.2 Approfondimento sulle aziende dei cinque casi regionali

Analizzate le misure aggregate di sintesi, è utile procedere a un successivo approfondimento e confrontare la composizione interna di finanziamenti e costi per qualificare i diversi posizionamenti aziendali nei contesti regionali di riferimento. Con riferimento alle rappresentazioni che seguono, si ricorda che si usa il termine finanziamento con riferimento alle specifiche voci dei ricavi indicati nei CE delle aziende; allo stesso modo, la composizione dei costi è informata dalle specifiche poste contabili incluse nel modello CE delle aziende e appositamente riclassificate (cfr. Tabella 3.12).

Sul fronte dei finanziamenti, è nota la maggiore necessità di contributi da parte delle aziende a seguito della pandemia (Borsoi *et al.*, 2022), sebbene per motivi differenti negli ultimi due esercizi: nel 2021, a fronte di una riduzione dei volumi di attività; nel 2022, a causa del consistente e improvviso aumento dei costi di produzione. Anche in questo caso si riconosce l'effetto «emergenziale» differenziato per le due tipologie di azienda. Nel caso delle Aziende Territoriali si nota infatti come l'entità dei contributi indistinti, sebbene aumentata rispetto al 2019, abbia visto una crescita solo marginale al 2022; nello stesso periodo, invece, l'entità dei contributi vincolati è aumentata significativamente, in funzione del combinato disposto di pandemia e dinamica inflattiva nell'acquisizione di fattori produttivi. Nel complesso, le aziende del campione hanno po-

tuto beneficiare tra 2019 e 2022 di un incremento complessivo di 6,2 mld (dato non riportato in Tabella). L'incremento del FSN è stato complessivamente pari a 5,3 mld (dato non riportato in Tabella), di cui la quota maggioritaria è stata diffusamente assegnata alle Aziende Territoriali (4,3 mld; 80%). La maggiore incidenza relativa delle AT nell'allocazione dei contributi vincolati riguarda diffusamente tutte le regioni del campione (Tabella 3.18), sebbene Campania e Veneto facciano registrare rispettivamente una quota sostanzialmente differente alla media campionaria (inferiore nel caso campano, 56%; superiore nel caso veneto, 99%). Meno uniforme è invece la variazione relativa per tipologia di azienda osservata nel tempo: mediamente le Aziende Ospedaliere hanno infatti visto crescere più marcatamente in percentuale le risorse a disposizione da FSN (mediamente +38% vs +11% delle AT). La seconda macro-componente per rilevanza è invece attribuibile al rimborso legato a *payback* per farmaci e dispositivi medici, che nel complesso del campione vale 841mln, anche in questo a maggiore impatto sulle AT (695mln; 83%). Fatta eccezione per il Piemonte, per una AO emiliano-romagnola e per le AT pugliesi, si tratta di una novità rispetto alle fonti di finanziamento per le aziende analizzate, motivo per cui le variazioni percentuali non sono possibili da calcolare o riportano valori particolarmente elevati. Si tratta tuttavia di una misura decisiva per la tenuta delle aziende, senza la quale il delta tra finanziamento e costi di produzione inseriti nello schema di riclassificazione qui proposto restituirebbe un valore fortemente negativo. Molto interessante osservare anche come, coerentemente con quanto visto a livello regionale, l'impiego di risorse proprie regionali sia una via solo residuale rispetto alle variazioni sul finanziamento nel periodo osservato, sia in termini assoluti che rispetto al loro impiego nel passato.

Guardando ai costi della produzione, la Tabella 3.19 mostra la diversa articolazione delle variazioni dei costi nel periodo 2019-2022 tra Aziende Territoriali e AO. Nel complesso, i costi di produzione qui considerati sono complessivamente aumentati di 5,93 mld (da Tabella 3.19 – dato non riportato in Tabella). La principale componente di questo incremento è rappresentata dall'assunzione di personale a vario titolo (1,7mld; 28,5% del delta totale). Mediamente, anche in questo caso sono le AT a riportare la quota di aumento più consistente (932 mln, 55%), sebbene in Campania si osservi un rapporto invertito rispetto alle altre regioni (AO fanno registrare l'aumento più consistente) e in Emilia-Romagna le due tipologie di aziende registrino un aumento dei costi per personale sostanzialmente simile in termini assoluti. Dopo il personale, le componenti che fanno registrare gli aumenti più consistenti in termini assoluti sono beni e farmaceutica (poco più di 930 mln in entrambi i casi – 15,7% ciascuna rispetto al totale della variazione 19-22). Anche in questo caso, il fenomeno riguarda maggiormente le AT delle regioni analizzate. La quarta componente è rappresentata dall'energia (+722 mln; 12,2% delle variazioni complessive). Similmente a quanto osservato in precedenza, sebbene per

Tabella 3.18 **Le aziende e il loro finanziamento: principali componenti per tipologia di azienda (variazione 2019-2022, in termini assoluti e relativi)**

	Campania			Piemonte			Puglia			Veneto		
	v.a. (min di euro)	Delta %	EMR v.a. (min di euro)	Delta %	v.a. (min di euro)	Delta %	v.a. (min di euro)	Delta %	v.a. (min di euro)	Delta %	v.a. (min di euro)	Delta %
Emergenziale & Strutturale												
Incremento FSN ospedaliero	379.003.736	36%	219.999.582	60%	343.226.076	53%	101.563.737	38%	7.985.273	3%		
Aziende territoriali	500.783.269	5%	842.016.873	11%	1.469.199.716	20%	593.383.940	8%	857.619.168	10%		
Risorse proprie regionali	-	-	4.586.017	nd	-	-	-	-	-	-		
Aziende ospedaliere territoriali	-	-	-806.017	-1%	45.481.407	nd	-	-	66.345	nd		
Pay-back	43.031.159	nd	73.169.644	364%	-	-	30.524.635	nd	-	-		
Aziende ospedaliere territoriali	126.373.791	nd	168.408.530	nd	323.712.000	4500%	76.103.377	63%	-	-		

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2022).

Tabella 3.19 **I costi sostenuti dalle aziende: principali componenti per tipologia di azienda (scostamento 2019-2022, in termini assoluti e relativi)**

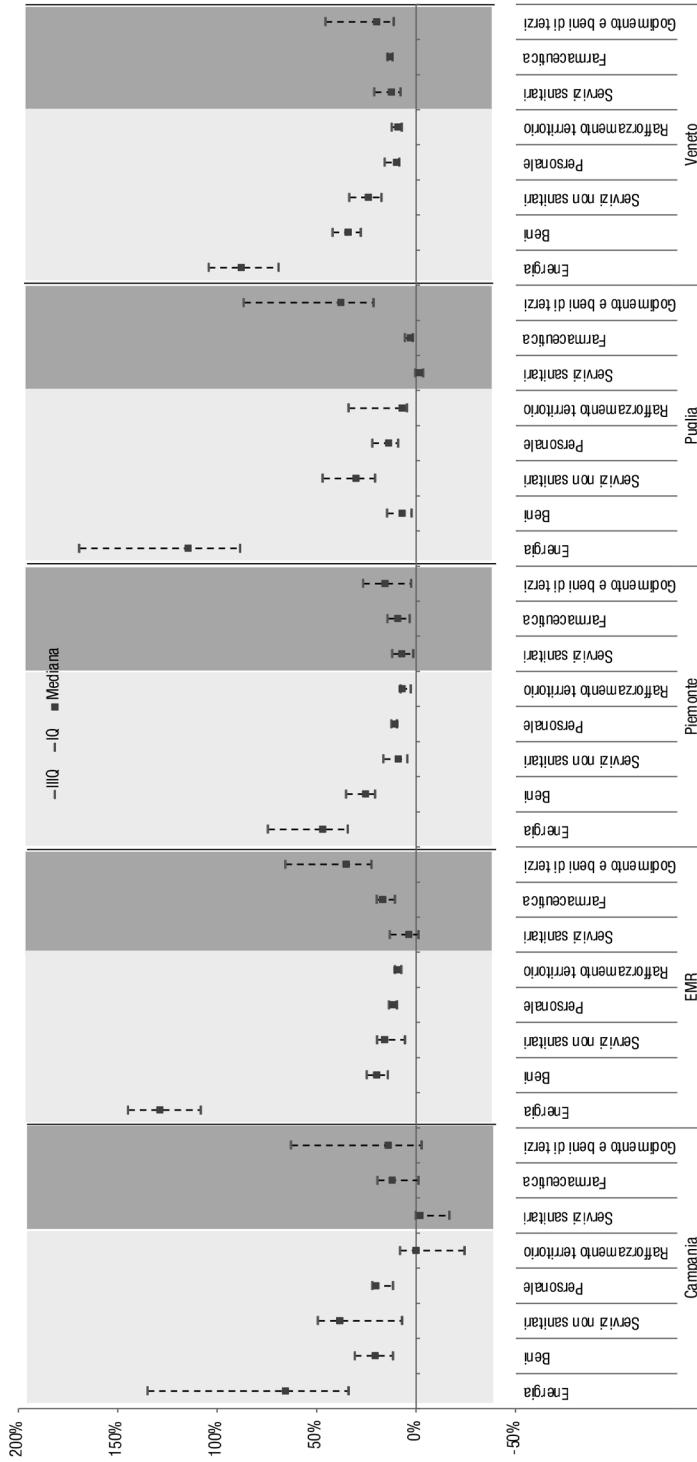
	Campania		EMR		Piemonte		Puglia		Veneto	
	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %	v.a. (mln di euro)	Delta %
Costi Emergenziali										
Energia	44.776.774	92%	61.833.507	113%	27.128.830	49%	39.669.638	171%	43.698.087	121%
	41.386.977	90%	128.050.200	136%	162.682.389	183%	67.892.107	99%	105.317.940	68%
Beni	47.958.917	18%	66.289.477	20%	38.584.544	13%	8.515.437	7%	52.586.476	25%
	76.819.698	23%	164.565.035	22%	230.189.509	44%	37.522.027	8%	210.691.118	36%
Servizi non sanitari	43.400.266	22%	13.594.428	9%	6.851.909	5%	20.477.832	29%	17.230.650	23%
	62.795.947	23%	52.965.664	17%	74.056.519	33%	86.635.852	28%	85.910.515	23%
Personale	248.585.251	28%	189.667.327	26%	87.673.214	9%	102.189.874	27%	130.792.174	27%
	182.882.422	10%	202.577.111	8%	189.202.984	10%	170.370.334	10%	187.204.168	8%
Rafforzamento servizi territoriali	-3.388.214	-12%	2.819.427	17%	-741.801	-4%	406.554	115%	116.413	9%
	156.639.134	7%	151.660.296	8%	55.541.695	3%	86.873.497	6%	185.157.624	9%
Servizi sanitari	-30.387.618	-14%	2.681.879	1%	25.579.456	14%	505.139	1%	22.789.423	25%
	-6.987.495	0%	26.594.610	1%	17.868.145	1%	-30.602.330	-2%	209.308.715	10%
Farmaceutica	16.192.545	4%	30.319.480	16%	22.941.659	7%	-1.145.194	-1%	66.296.184	23%
	267.153.771	13%	267.430.698	18%	113.128.440	7%	78.819.562	5%	73.581.281	5%
Godimento beni di terzi	3.466.990	16%	8.994.095	47%	6.523.901	16%	7.094.180	135%	3.582.298	21%
	2.669.671	6%	20.248.271	34%	18.866.081	21%	14.148.728	33%	6.407.855	6%

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2023).

motivi legati più a vetustà delle strutture e alla loro logistica diffusa sul territorio che al modello produttivo in sé e per sé, sono di nuovo le AT ad assorbire la quota preponderante di questo incremento (505 mln; 70% dell'aumento dei costi per energia). Queste evidenze rafforzano la necessità di interpretare separatamente i dati con riferimento ad AT e AO. Le prime, infatti, segnalano un progressivo spostamento dell'affidamento di servizi a erogatori privati accreditati; le seconde, al contrario, mostrano una riduzione dei costi sostenuti per «modelli di servizio emergenti» e una sostanziale stabilità nell'acquisizione di servizi e prestazioni sanitarie. I due elementi confermano una progressiva modifica del ruolo delle aziende pubbliche, che assume una particolare rilevanza considerando la stagione di sviluppo di modelli di servizio emergenti ex DM77: esse sono sempre più soggetti intermedi che fanno riferimento a terzi per l'erogazione dei servizi, e sempre meno soggetti coinvolti direttamente nella gestione in senso stretto.

Sinora si è osservato come anche tra modelli regionali differenti, l'incremento dei costi di produzione in termini assoluti sia tendenzialmente legato alla tipologia di azienda (AT vs AO), sebbene le variazioni percentuali per singolo fattore produttivo nel periodo considerato abbiano dei comportamenti meno uniformi. Questo contribuisce a spiegare la presenza di variabilità tra aziende dentro i contesti regionali e tra regioni rappresentata in Figura 3.10. Per farlo, la Figura riporta i valori corrispondenti a primo quartile, mediana e terzo quartile della distribuzione delle aziende nei singoli contesti regionali per componente di costo analizzata. Tra le componenti «emergenziali», la voce legata all'energia è quella che ragionevolmente cresce maggiormente tra 2019 e 2022 in tutte le regioni, ma con velocità molto diverse tra aziende. In Campania, Emilia-Romagna e Puglia si osservano variazioni percentuali tra 2019 e 2022 in corrispondenza del terzo quartile vicini o superiori al 150%, con una differenza importante: in Campania e Puglia la variabilità è molto più ampia (valori di primo quartile rispettivamente inferiori al 50% e vicini al 75%). Meno rilevante appare la variabilità delle altre componenti emergenziali, ad eccezione dei servizi non sanitari, che in Campania, Puglia e Veneto fanno registrare delta percentuali elevati e con una distanza tra primo e terzo quartile significativa. Allo stesso modo, guardando alle componenti di costo definite come «strutturali» dal presente capitolo, si osserva una sostanziale omogeneità negli scostamenti incrementali di «modelli di servizio emergenti», «servizi sanitari» e «farmaceutica», mentre il ricorso a godimento di beni di terzi (canoni, *leasing*, *project financing*) sembrerebbe rappresentare una pratica crescentemente in uso nelle aziende per sopperire alla carenza pregressa di investimenti o per contabilizzare le prime componenti legate al PNRR, con una variabilità significativa in praticamente tutte le regioni, a testimonianza del fatto che il ricorso a questo tipo di strumento possa dipendere fortemente da scelte gestionali locali.

Figura 3.10 I costi sostenuti dalle aziende: variabilità intraregionale delle principali componenti considerate (scostamento 2019-2022, in termini relativi)



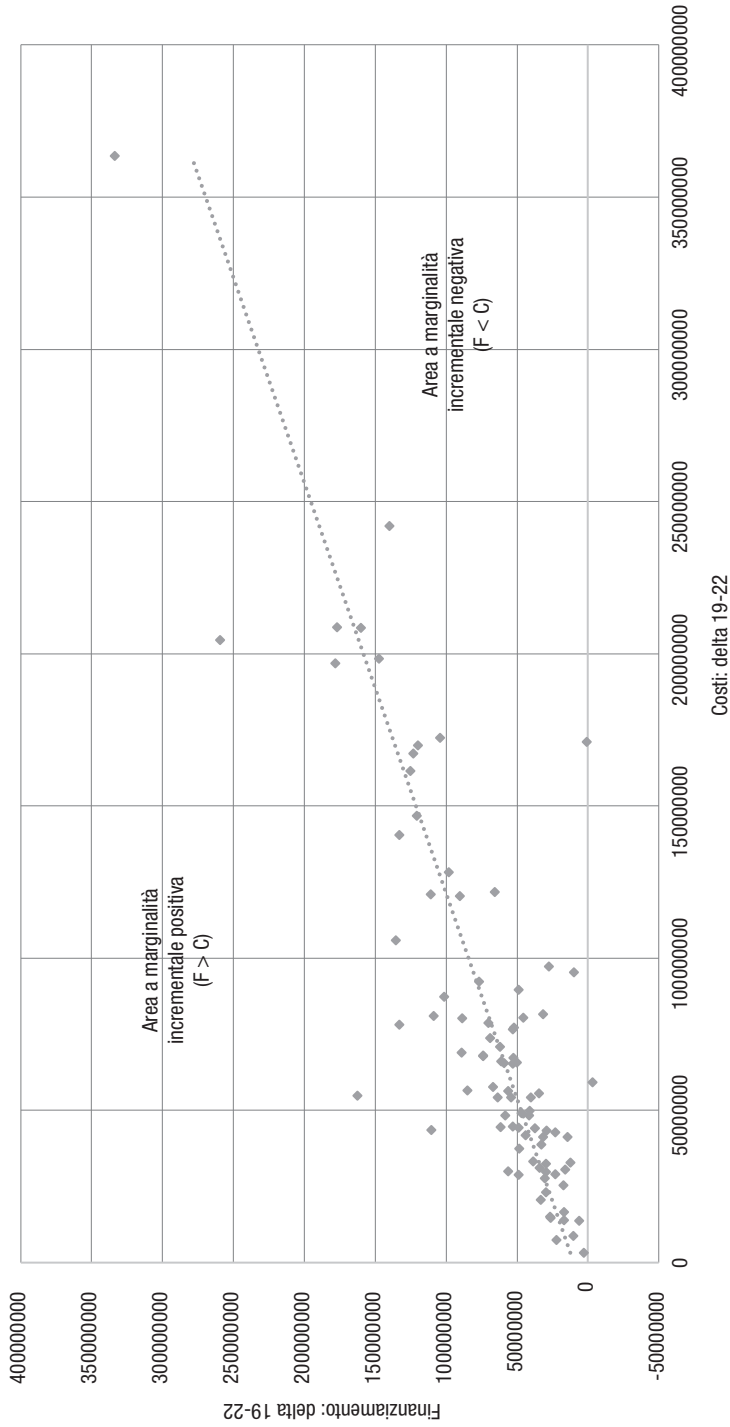
Note: I valori riportati rappresentano lo scostamento percentuale osservato in corrispondenza di primo quartile, mediana e terzo quartile della distribuzione delle aziende per singola regione, così come indicato dalla legenda in figura. L'area grigio chiaro rappresenta le componenti di costo definite come «emergenziali» nel presente capitolo; in grigio scuro, invece, le componenti di costo «strutturali».

Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2022).

Infine, la Figura 3.11 prova a offrire in un'unica rappresentazione una sintesi delle analisi sin qui descritte. In particolare, la Figura mostra la relazione osservata nelle variazioni di finanziamento e costi di produzione³⁸ nel periodo 2019-2022, valutando l'associazione tra le due componenti. Il presupposto della rappresentazione è l'ipotesi di linearità tra le due variabili: le linee di finanziamento emergenziali e l'incremento strutturale dovrebbero idealmente essere state disegnate coerentemente con l'aumento dei costi di produzione legato a fattori contingenti, attuali meccanismi di funzionamento e sviluppo dei modelli di servizio. Nel modello ideale ci si dovrebbe aspettare che i differenziali osservati rispetto al periodo pre-pandemico vedano le aziende posizionarsi in un intorno ristretto della bisettrice del quadrante proposto nella Figura (linea nera della rappresentazione) e che la linea di tendenza della distribuzione si sovrapponga di fatto a quest'ultima, assorbendo così eventuali scelte allocative regionali che abbiano «premiato» alcune aziende a discapito di altre. Eventuali scostamenti e posizionamenti lontani dalla bisettrice rappresentano per le aziende aree a marginalità incrementale positiva, quando il delta del finanziamento supera il delta dei costi registrato in azienda, o negativa, quando accade il contrario. Come detto, gli scostamenti sulle singole realtà aziendali potrebbero essere dovute a scelte allocative e di posizionamento delle regioni rispetto alla distribuzione delle risorse nelle aziende del proprio territorio. Allo stesso tempo, tuttavia, questi scostamenti potrebbero essere imputati a un aumento dei costi di produzione maggiore di quanto il finanziamento fosse in grado di coprire e sostenere nel periodo considerato. Sebbene esista una buona correlazione positiva tra le due variabili ($R^2 = 0,68$ – ergo, esiste un discreto livello di coerenza tra gli scostamenti presi in esame), la seconda chiave di lettura appena proposta sembra accreditarsi maggiormente, specialmente osservando il posizionamento delle aziende nella Figura. La maggior parte delle aziende, infatti, si posiziona nell'area al di sotto della bisettrice del quadrante, segnalando una «marginalità» negativa derivante dallo scostamento tra finanziamento e costi e, dunque, un peggioramento strutturale della situazione economica aziendale nel quadriennio 2019-2022. Anche la linea di tendenza della distribuzione ha una pendenza meno accentuata della bisettrice e si posiziona nella medesima area a marginalità negativa, segnalando delle criticità già in essere sulla tenuta economico-finanziaria complessiva

³⁸ In particolare, si tratta delle componenti legate alle quote di contributi in c/esercizio accantonate per ridestinazione a investimenti (voce «AA0240 – A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti») e gli accantonamenti per rischi (voci «BA2750 – B.14.A.6) Altri accantonamenti per rischi» e «BA2890 – B.14.D.10) Altri accantonamenti»). L'inclusione di queste due componenti sul livello aziendale deriva dal fatto che, ad eccezione del Veneto, si tratti di componenti che dipendono da scelte gestionali tipicamente locali e si configurino come leve attivabili dalle Aziende per sostenere investimenti, programmi di sviluppo e/o la gestione delle relazioni i propri stakeholder di riferimento.

Figura 3.11 La relazione tra finanziamento e costi sostenuti dalle aziende: scostamenti 2019-2022 in termini assoluti e marginalità incrementale generata



Fonte: Elaborazioni su CE delle aziende, Ministero della Salute (2022).

delle aziende. Se è vero, come osservato nei precedenti paragrafi dedicati al livello regionale, che nel complesso gli SSR soffrono un peggioramento della propria situazione sia dal punto di vista finanziario che economico, questa evidenza mostra come questa sofferenza si ripercuota anche sui livelli di economicità aziendali.

3.7 Conclusioni

Nelle conclusioni al capitolo 3 del Rapporto OASI 2021 era stata proposta una riflessione circa la necessità di distinguere, nell'analisi dei dati di finanziamento e spesa sanitaria, gli effetti transitori della pandemia dalle misure strutturali. Più in generale, si faceva riferimento al fatto che la maggior parte delle misure visibili dai dati 2020 non erano da considerarsi destinate ad incrementare in modo strutturale il finanziamento di sistema. Al netto dell'emergenza, infatti, già dai dati 2020 appariva evidente la tendenza a destinare la maggior parte del finanziamento incrementale a misure urgenti o comunque transitorie. Se questo era in qualche modo comprensibile nel 2020, poiché gli effetti della pandemia hanno iniziato a manifestarsi a valle della programmazione, e in maniera meno rassicurante per il 2021, anche il 2022 sconta nuovamente e in maniera più strutturale la necessità di rispondere a fattori emergenziali legati al contesto internazionale con misure straordinarie. Si tratta però di un esercizio che assorbe i fattori emergenziali recenti (pandemia, crisi energetica internazionale e ripresa dell'inflazione) nella consapevolezza che alcuni di questi sono inevitabilmente destinati a perdurare e/o a strutturarsi nel medio-lungo periodo. Il 2022 si conferma quindi un anno difficoltoso, in cui l'aspettativa di interventi non emergenziali e i relativi finanziamenti da intraprendere con una visione di lungo periodo è rimandata ancora una volta. L'aumento di risorse destinate alla sanità leggibile nei dati è quindi in larga misura un incremento «obbligato» e di conseguenza «apparente». «Obbligato» perché legato al momento emergenziale e in gran parte conseguenza di strategie non solo sanitarie caratterizzate da un'allocazione straordinaria e transitoria di fondi al servizio sanitario nazionale per azioni *una tantum*. Da questo punto di vista, il maggior finanziamento è anche «apparente», in quanto non è realmente destinato, se non in parte marginale, al recupero del ritardo di dotazione già discusso nei Rapporti OASI negli anni precedenti alla pandemia.

Per andare oltre gli effetti delle diverse situazioni emergenziali degli ultimi anni, un'analisi della dimensione economica del nostro SSN non può prescindere, perciò, da alcune considerazioni emerse dalle analisi presentate nei paragrafi precedenti:

1. Il livello di finanziamento per la sanità pubblica del nostro Paese è basso. Il finanziamento destinato alla gestione corrente (inclusivo di risorse destinate a sostenere le fasi emergenziali degli ultimi anni) non supera il 7,0% del PIL, in diminuzione rispetto al 2021 di 0,3 punti percentuali. Confermando quanto osservato tra 2021 e 2020, questo vuol dire che il «rimbalzo» di crescita dell'economia è stato superiore a quello relativo al finanziamento della sanità.
2. Anche il livello di spesa sanitaria corrente pubblica (e totale) è basso. Il sistema, come dato aggregato, non presenta sul 2022 problemi strutturali di disavanzo complessivo e dal 2012 il valore di spesa a consuntivo si scosta pochissimo (in positivo o in negativo) dal finanziamento complessivo. Tuttavia, è chiaro come il disavanzo di 290 milioni registrato nel 2022 (comunque in aumento rispetto a quello registrato nel 2021) possa iniziare a rappresentare un segnale di allerta per gli esercizi futuri, se letto alla luce delle risorse straordinarie occasionali stanziare nel 2022 per sostenere il rincaro dei prezzi dell'energia e il generale meccanismo inflattivo attivato dai recenti accadimenti internazionali. Come incidenza sul PIL, quindi, anche la spesa pubblica si attesta su un livello del 7,0% (in riduzione di 0,3 punti percentuali rispetto all'anno precedente), circa tre punti in meno di Francia e Germania (stesso scarto sulla spesa totale, in Italia pari al 9,1%). Questo dato, peraltro, ritorna di fatto ai livelli del 2019 (inferiore al 7%). L'Italia è, quindi, un sistema che appare ancora in equilibrio, ossia spende ciò che finanzia: in entrambi i casi, poco. Le proiezioni su 2023 e anni successivi non appaiono confortanti in questa prospettiva. Su tali premesse, la sfida non è più contenere il disavanzo complessivo, ma studiare il modo (se esiste) con cui il nostro sistema possa mantenersi al passo per *output*, qualità e *outcome*, con altri sistemi come Francia e Germania che investono quasi il 30% in più come incidenza sul PIL (e con un PIL più alto).
3. Nel 2021, l'Italia presenta il dato di spesa sanitaria nominale pro-capite più basso di tutti i Paesi considerati, scendendo per la prima volta sotto il livello della Spagna. Nel 2022, in termini nominali (al lordo dell'inflazione), la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite riferita alle regioni e PPAA è pari a 2.260 Euro. Tuttavia, se tale dato viene letto alla luce delle dinamiche inflazionistiche, la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite in termini reali passa dai 2.095 del 2021 ai 1.997 Euro del 2022, segnalando un ulteriore elemento di potenziale criticità per la tenuta complessiva del sistema e dei principi posti alla sua base.
4. La situazione apparente di equilibrio complessivo non si riflette omogeneamente in regioni e aziende. Su queste ultime ad esempio, è possibile segnalare come il risultato d'esercizio, che di per sé riflette in modo molto relativo l'effettivo stato di salute delle Aziende del SSN (cfr. par. 3.6.1), registri un importante peggioramento diffuso nelle cinque regioni analizzate (Campania, Emilia Romagna, Piemonte, Puglia, Veneto).

Non sono attualmente previsti consistenti interventi significativi di aumento del finanziamento e, di conseguenza, della spesa sanitaria corrente pubblica. Del resto, un aumento dell'incidenza sul PIL che porti l'Italia ai livelli di Francia e Germania richiederebbe circa 50 miliardi all'anno (+40% circa rispetto all'attuale livello di finanziamento) ed è chiaramente un'ipotesi poco concreta nel breve termine. Tuttavia, anche obiettivi meno ambiziosi (ad esempio di allineamento al dato di incidenza registrato in Spagna, 7,8%) richiederebbe un'allocazione di circa 9 miliardi in più all'anno al SSN. L'entità di queste differenze e il gap di risorse che si registra, rende fragile (o quanto meno non più sufficiente) l'argomento efficientista secondo cui il SSN italiano è e sarà sempre in grado di produrre ottimi risultati con molte meno risorse degli altri Paesi, e rende urgente la riflessione sul livello concreto di obiettivi credibili che si possono raggiungere. La sostenibilità del SSN dei prossimi anni inevitabilmente dipenderà dalle evoluzioni delle principali voci di entrata e spesa. Per quanto riguarda la spesa, il perdurare dell'inflazione, seppur in misura meno intensa, suggerisce che vi sarà un incremento dei costi per beni (sanitari e non sanitari), servizi non sanitari e godimento di beni di terzi (impattati al rinnovo dei contratti). Inoltre, il rafforzamento dei servizi territoriali previsto dal DM77 dovrebbe teoricamente comportare un incremento della spesa. Per quanto riguarda le entrate, la Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza (NADEF) prevede un incremento della spesa sanitaria per il 2023 (+3,6 mld, totale 134,7 mld) e una diminuzione per il 2024 (-1,8 mld, totale 132,9 mld). Nel caso in cui l'incremento atteso delle spese non sarà accompagnato da un aumento delle entrate vi è il rischio di un ulteriore incremento del disavanzo complessivo e di una minaccia alla sostenibilità dei SSR.

L'analisi dei casi regionali suggerisce alcuni spunti di riflessione sulle strategie che i SSR potranno mettere in campo per contenere o gestire il rischio di disavanzo e il conseguente impatto sui rispettivi modelli di servizio e la struttura dei sistemi sanitari.

Nel caso in cui l'incremento atteso delle spese non sarà accompagnato da un aumento delle entrate, vi è il rischio che le regioni si trovino fra due opzioni strategiche: i) registrare disavanzi per mantenere gli attuali livelli qualitativi dei servizi; ii) contenere i disavanzi indebolendo l'erogazione dei LEA. Il trade-off fra l'equilibrio economico-finanziario e gli standard di volume erogativo e qualità dei servizi è tipico del SSN e in generale delle istituzioni pubbliche. Tuttavia, sulla base delle proiezioni circa il 2023, percezione diffusa è che le regioni non potranno limitarsi a definire il proprio posizionamento lungo il tradizionale e fisiologico trade-off fra i due distinti obiettivi di *policy*, ma dovranno scegliere quale prioritizzare.

Si tratta, in parte, di dinamiche già registrate nel SSN. L'Emilia-Romagna, da un lato, ha registrato un disavanzo pari a 84 mln, che se sommato all'utilizzo di 103 mln di risorse aggiuntive regionali suggerisce una perdita strutturale

pari a 187 mln di euro. La Campania e la Sicilia, dall'altro, hanno registrato un avanzo pari rispettivamente a 9 e 10 mln di euro. In entrambi i casi l'equilibrio economico-finanziario è stata raggiunto attraverso un trasferimento di risorse dalle Aziende Territoriali a quelle Ospedaliere, aspetto che rappresenta un segnale di indebolimento dei servizi territoriali in contraddizione con gli obiettivi del PNRR e dei relativi investimenti.

È inoltre opportuno considerare che le diverse regioni hanno un livello di autonomia differente nella scelta fra le due opzioni strategiche («disavanzo» vs «servizi di qualità»). Infatti, le Regioni in Piano di Rientro (PdR) sono soggette ad un continuo processo di verifica e affiancamento e a un sistema di incentivi e sanzioni che prevede l'innalzamento automatico delle accise e Commissariamenti del livello nazionale. In questi contesti, i sistemi hanno sviluppato un forte orientamento al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e maturato dei meccanismi operativi in grado di contenere preventivamente la formazione di disavanzi, mentre meno enfasi è stata attribuita a configurazione e sviluppo dei servizi.

La percezione delle due opzioni strategiche segnala la difficoltà dei SSR di offrire servizi di qualità in condizioni di equilibrio economico-finanziario a parità di modelli di servizio e struttura dei sistemi sanitari. Secondo questa interpretazione, gli attuali modelli di assistenza non sembrano offrire ulteriori spazi di manovra per cui è possibile fronteggiare l'incremento atteso delle spese senza minare la qualità dei servizi e/o agire su una eventuale riduzione dei volumi di attività. In questo contesto, una profonda ri-organizzazione dei sistemi potrebbe permettere di offrire servizi di qualità preservando l'equilibrio economico-finanziario. I SSR e le aziende dovrebbero promuovere il ridisegno dei servizi e la riorganizzazione dei processi, sicuramente assicurando l'impiego delle risorse del PNRR (da intendere qui come programma di spesa), ma non solo. I sistemi sanitari regionali dovrebbero infatti incoraggiare le riorganizzazioni promuovendo delle logiche diverse rispetto a quelle adottate nelle politiche di contenimento dei costi registrate nel periodo pre-pandemico (2000-2019). Le politiche potrebbero focalizzarsi sul disegno di innovativi modelli di assistenza e presa in carico e sulla digitalizzazione dei servizi, superando definitivamente le politiche di contenimento dei costi (o meglio, taglio lineare) basate su singoli fattori produttivi. Inoltre, i sistemi regionali potrebbero promuovere interventi specifici e target di contenimento della spesa differenti alle diverse aziende sanitarie, in alternativa ai tagli lineari tipicamente impiegati nel periodo pre-pandemico.

Sotto questo profilo, infatti, è interessante che le analisi sul livello aziendale suggeriscano alcune importanti difficoltà sul fronte dell'economicità. Si assiste, infatti, ad una crescente sofferenza diffusa, dovuta all'aumento dei costi della produzione e ad una maggiore dipendenza da contributi da enti sovraordinati, non legati direttamente alla produzione. In altri termini, la gestione dei recen-

ti eventi eccezionali, quali la pandemia da Covid-19 e il fenomeno inflattivo successivo alle difficili contingenze internazionali, sembra aver avviato per le aziende un periodo di importante crescita dei costi, ad oggi compensata dall'aumento in via straordinaria e temporanea dei livelli di finanziamento. Come già evidenziato, la maggior parte delle aziende e delle regioni analizzate hanno infatti visto un peggioramento della propria situazione economica nel periodo 2019-2022 e le attese sul 2023 scontano le stesse criticità potenziali appena discusse sul livello regionale. In primis, è chiaro come l'aumento dei costi di produzione registri una forte variabilità tra aziende della stessa regione e tra fattori produttivi impiegati. Su tutti, il costo dell'energia, ma anche le scelte su godimento di beni di terzi, tipicamente legati a carenza di investimenti sul patrimonio aziendale. Nel primo caso, la variabilità è tipicamente ascrivibile, oltre all'aumento del prezzo della materia prima, alle condizioni di vetustà del patrimonio pubblico (per una rassegna sulle condizioni del patrimonio delle aziende del SSN si veda Amatucci *et al.*, 2021). Nel secondo caso, è chiaro che le difficoltà dell'ultimo decennio sul fronte degli investimenti ha spinto le aziende a operare scelte di acquisizione «alternative» che nel periodo emergenziale sono state ancor più pronunciate per poter garantire un adeguato livello qualitativo dei servizi. Il tema della promozione degli investimenti e di una seria riflessione sulla loro ricaduta nelle pratiche aziendali appare dunque cruciale. Già prima del 2020 si segnalava la necessità di sostenere gli enti dell'SSN rispetto a investimenti sempre più necessari ed urgenti per adeguare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche. Come noto, la pandemia ha aperto una stagione di investimenti importanti che seguono, comunque, la logica dei trasferimenti da enti sovra-ordinati e dei contributi finalizzati. Essi avranno rilevanti ripercussioni anche sulle attività aziendali e (in alcuni casi) modificheranno la struttura produttiva con conseguenze gestionali e di impatto sui costi. In assenza di valutazioni sul loro potenziale impatto nella gestione corrente, il rischio è che in futuro il disallineamento tra risultati di sistema e performance dei singoli enti sia ancora più ampio e che il modello di finanziamento alle aziende si dimostri sempre più lontano dai loro reali meccanismi di funzionamento di queste. Si tratta di un tema di equilibri finanziari ed economici, ma apre anche al rischio che universalità, uguaglianza ed equità (i principi fondamentali del SSN) diventino obiettivi ancor più alternativi tra loro (e alternativi alla qualità) a causa del vincolo di risorse crescente. A questi fenomeni, se ne aggiunge un terzo rilevante: i differenziali 2019-2022 su acquisto di beni e servizi non sanitari da parte delle aziende mostrano valori significativi (mediamente +24% in entrambi i casi) ma una variabilità contenuta tra aziende della stessa regione e, in buona parte, anche tra aziende di regioni diverse. In questo caso, segnaletico di una sua probabile strutturalità nel medio periodo, si tratta di fattori esposti al rischio di mercato (vuoi perché aumentano i prezzi di acquisizione, vuoi perché aumenta il costo del lavoro per l'erogazione del servizio). Dunque, su alcuni

di questi fattori è difficile attendersi un'inversione di tendenza rispetto ai costi unitari di acquisizione, rendendo presumibilmente poco sostenibile nel medio periodo il funzionamento delle aziende del SSN, stante l'invarianza di risorse prevista per il settore. Ciò non implica che non vi siano spazi di miglioramento potenziali e scelte gestionali e di funzionamento che nel perimetro di questi vincoli non possano rendere più «produttivo» l'assorbimento di risorse. Tuttavia, il combinato disposto di (i) velocità con cui i costi di produzione hanno fatto registrare un aumento nell'ultimo periodo e (ii) processi ri-allocativi da attivare per rendere operativa la riconfigurazione dei servizi in coerenza con gli sviluppi attesi ex DM 77 e post impiego delle risorse derivanti dal PNRR (tipicamente vischiose nel breve periodo in sistemi complessi), di fatto rischiano di minare la sostenibilità delle aziende del SSN nel prossimo futuro e di rappresentare dei vincoli eccessivi rispetto allo sviluppo e a una solida diffusione dei nuovi modelli di servizio, sia in termini di estensione che di qualità erogativa. Da un lato, dunque, questi vincoli possono rappresentare dei perimetri dati, all'interno dei quali poter lavorare su processi aziendali e stimolo all'integrazione tra setting assistenziali diversi e intra-setting per ridurre frammentazione dei servizi e ricomporre e razionalizzare quote di risorse, da intendersi in senso ampio, oggi disperse. Dall'altro, tuttavia, è bene considerare che vincoli eccessivi in una fase importante di investimento, con conseguente ri-assetto dei modelli erogativi e di servizio, possono fortemente comprimere l'efficacia dell'azione aziendale, rendendo alle volte obbligate scelte di *second best*. Su questo aspetto incidono anche alcuni fattori critici strutturali che investono tradizionalmente il SSN, inerenti alle difficoltà crescenti del livello aziendale nel recepire i corretti incentivi dal finanziamento per output, e quindi a ritenerlo un sistema sufficientemente credibile in un contesto che crescentemente chiede attenzione sugli *outcome* generati (nelle varie forme che questi possono assumere). Tale tendenza richiederebbe un ripensamento delle modalità di finanziamento e di una riflessione sui contributi che ciascun attore può offrire nel processo erogativo, aprendo una discussione su leve e spazi di manovra disponibili ai diversi livelli istituzionali. L'autonomia aziendale, e in parte anche quella regionale, è efficace nella misura in cui esiste uno spazio strategico sufficientemente ampio per valutare scelte alternative di impiego delle risorse e di produzione. Se, al contrario, la produzione risulta sempre più obbligata e, in parte come conseguenza, il finanziamento è sempre più legato agli input piuttosto che al risultato di salute generato, allora l'autonomia aziendale corre il rischio di diventare più formale che sostanziale (Vendramini *et al.*, 2017). Ciò è valido soprattutto nei contesti meno dinamici e più propensi all'immobilismo e all'isomorfismo, in cui il management tende ad agire solo formalmente gli spazi di autonomia aziendali, percependosi come «imprigionato» da scelte di policy e di finanziamento sempre più vincolanti, che fanno apparire il dato aggregato in equilibrio ma che nascondono più di una difficoltà a livello di singolo erogatore.

In conclusione, se fino allo scorso anno si osservava una condizione di sostanziale disallineamento tra quanto osservato a livello aggregato e a livello locale (da un lato, l'equilibrio complessivo del SSN, osservato attraverso gli aggregati regionali e nazionali, dall'altro la difficoltà crescente delle aziende sanitarie a raggiungere l'equilibrio economico), quest'anno gli interventi di riprogettazione e riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali sollevano alcuni interrogativi sostanziali per la tenuta del SSN. In primo luogo, è opportuno interrogarsi se e quali sistemi sanitari detengono il capitale istituzionale necessario per promuovere un profondo cambiamento nei modelli di servizio. Il disegno di innovativi modelli di assistenza e la digitalizzazione dei servizi richiedono sofisticate competenze gestionali volte a rompere la *path dependency* attraverso processi di *change management*, così come un elevato rapporto di fiducia tra i diversi attori e professionisti della filiera inter-istituzionale. La consapevolezza circa l'effettiva complessità dei processi di riorganizzazione potrebbe indurre lo sviluppo di interventi nazionali di affiancamento ai sistemi sanitari più deboli, fondati su logiche diverse rispetto a quelle adottate nelle politiche di contenimento dei costi registrate nel periodo pre-pandemico. In secondo luogo, è opportuno domandarsi quali possano essere i «luoghi» e i «livelli» dell'innovazione, ossia quali territori, attori (livello regionale, aziende sanitarie, distretti) e figure professionali (top o middle management, professionisti sanitari) siano in grado di guidare e diffondere efficaci processi di cambiamento. Il ridisegno dei servizi e la riorganizzazione dei processi richiedono un approccio *context-specific*, ossia specifico del servizio o processo, e sono sviluppati prevalentemente dal basso (bottom-up) a differenza di altre politiche come il ridisegno della struttura di offerta. Sulla base delle caratteristiche e dei modelli di *governance* dei diversi SSR, il livello regionale potrebbe promuovere la riorganizzazione dei sistemi a partire dagli attori e le figure professionali in grado di guidare il cambiamento nello specifico servizio o processo.

3.8 Bibliografia

- Amatucci F., Cusumano N., Furnari A., Vecchi V., (2021) «Strategie di gestione e valorizzazione del patrimonio immobiliare delle Aziende del SSN» in CER GAS, *Rapporto OASI 2021*, Milano, EG EA.
- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EG EA.
- Anessi Pessina E., Sicilia F., (2009), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali e delle loro aziende», E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EG EA.

- Armeni P., Borsoi L., Notarnicola E., Rota S., (2022), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale» in CERGAS, *Rapporto OASI 2022*, Milano, EGEA.
- Armeni P. (2009), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Bertolani A., Borsoi L. e Costa F. (2020), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2020*, Milano, EGEA.
- Armeni P., Bertolani A., Costa F., Otto M., Jommi C (2018), «L'acquisto di farmaci in Italia: l'effetto di approcci selettivi», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2018*, Milano, EGEA.
- Cantù E., Notarnicola E., Anessi Pessina E. (2015), «L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche», in CERGAS – Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2015*, Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. (2012), *Settore, sistema e azienda: logiche di governance in sanità*, Milano, EGEA.
- Intesa, ai sensi dell'art.115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2021 (Rep. Atti n. 152/CSR del 4 agosto 2021)
- ISTAT (2023), «I.Stat», Database, Ultimo accesso, 1 agosto 2023.
- Jommi C. e Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- OECD (2023), «OECD Health Data: Health care resources», *OECD Health Statistics*, Database, Ultimo accesso, 1 agosto 2023.
- Tinghög G., Carlsson P. e Lyttkens C. (2010), «Individual responsibility for what? – A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system», *Health Economics, Policy and Law*, 5(2), pp. 201-223.
- Van Doorslaer E., Masseria C., the OECD Health Equity Research Group Members (2004), «Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries», *OECD Health Working Paper No. 14*.
- Vendramini E.A., Armeni P., Lecci F., Ricci A. (2017), «Starve the beast to let it back to the iron cage: do budget constraints increase isomorphism?», in *Sviluppo, sostenibilità e competitività delle aziende. Il contributo degli economisti aziendali*, pp. 207-221.

4 **Gli erogatori privati accreditati: inquadramento, esiti di salute e posizionamento nell'offerta di specialistica ambulatoriale¹**

di Laura Giudice, Luigi Preti e Alberto Ricci²

4.1 **Introduzione, obiettivi e metodi**

Gli erogatori privati accreditati³ combinano la natura istituzionale privata con la provenienza pubblica di una quota, spesso rilevante, delle risorse destinate a finanziare le prestazioni fornite ai pazienti⁴. Gli attori che popolano questo particolare circuito, dunque, sono caratterizzati da peculiarità di fondo che ne influenzano il posizionamento strategico e le scelte operative (Carbone, 2013).

In particolare, si osserva che:

- ▶ in quanto aziende di servizi appartenenti al settore sanitario, i processi produttivi degli erogatori privati accreditati implicano la co-produzione dell'utente (paziente) e dell'erogatore (medico)⁵; inoltre, sono aziende contraddistinte da rilevante complessità nella gestione dei professionisti sanitari (aziende *brain intensive*);

¹ La ricerca è stata condotta nell'ambito dell'Osservatorio OSPA (Osservatorio sulla Sanità Privata Accreditata) che, per l'anno 2023, ha beneficiato di un contributo incondizionato di Assolombarda.

² Il capitolo aggiorna e amplia i contenuti del capitolo 4 del Rapporto OASI 2022 (Giudice, Preti e Ricci, 2022). Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 4.1, 4.2, e 4.7 sono attribuibili ad Alberto Ricci, il §§ 4.3 a Luigi Preti, il 4.4 e il 4.5 a Laura Giudice, il 4.6 a tutti gli autori congiuntamente. Si ringraziano Francesco Longo e i due anonimi *reviewer* del capitolo per i suggerimenti forniti. Si ringrazia Michele Ercolanoni (ARIA Spa) per le indicazioni preliminari utili all'analisi dei dataset resi disponibili dal portale Open Data di Regione Lombardia.

³ Intendiamo in questa sede con l'espressione sintetica «privati accreditati» le aziende sanitarie private che hanno ottenuto sia l'autorizzazione, sia l'accreditamento, sia la contrattualizzazione di tutta o parte della loro capacità produttiva con il SSN.

⁴ Per una presentazione dei quattro «circuiti» del settore sanitario, ottenuti dalle relative combinazioni di pubblico e privato nelle forme di finanziamento e nelle modalità di erogazione, si veda il capitolo 6 del Rapporto OASI 2018.

⁵ Va però sottolineato come lo sviluppo di innovative soluzioni tecnologiche e informatiche (come, ad esempio, la telemedicina) abbia consentito, in alcuni casi, di superare il vincolo della compresenza fisica.

- ▶ in quanto aziende private, sono contraddistinte da una fondamentale autonomia nelle scelte strategiche ed operative (ad es. nell'organizzazione del proprio personale) rispetto alle aziende sanitarie pubbliche. Allo stesso tempo, gli erogatori privati accreditati sono caratterizzati dall'esposizione a intensi meccanismi di mercato sia nelle scelte di acquisizione degli input che di cessione degli output. Inoltre, almeno di norma, sono sottoposti all'imperativo della sostenibilità economica o della generazione di utili (rispettivamente nel caso delle aziende *not for profit* e delle aziende *for profit*);
- ▶ in quanto aziende accreditate, dipendono strettamente dalle dinamiche e dalle regole proprie dei sistemi pubblici, come, per esempio, i prezzi politici (tariffe) per tutti quei casi in cui i pazienti ricevono servizi sanitari in regime SSN. Inoltre, per la pianificazione di medio-lungo periodo e la programmazione dei flussi di cassa, queste aziende dipendono fortemente dalle scelte di pianificazione del sistema operate dal pubblico a livello nazionale e regionale. Le interrelazioni con il sistema pubblico risultano particolarmente forti nel caso di emergenze sistemiche, come quella affrontata dal nostro Paese durante l'epidemia da Covid-19 (cfr. capitolo 4 Rapporto OASI 2020).

Il presente capitolo riporta una sintesi delle analisi dell'Osservatorio Sanità Privata Accreditata (OSPA) del CeRGAS Bocconi. L'obiettivo dell'Osservatorio, e delle ricerche presentate ogni anno nel Rapporto OASI, è innanzitutto l'inquadramento del settore in una logica di confronto intertemporale e interregionale. Inoltre, l'Osservatorio approfondisce alcune dinamiche emergenti di particolare rilievo per il settore, selezionate di anno in anno dai ricercatori del CeRGAS.

In particolare, come riportato dal Box 4.1, il capitolo analizza l'insieme degli erogatori privati accreditati (§ 4.2) evidenziandone la rilevanza dal punto di vista economico (§ 4.3), oltre ai profili di offerta ospedaliera (§ 4.4) e distrettuale (§ 4.5). Queste sezioni aggiornano e integrano i dati del capitolo 4 del Rapporto OASI 2022 (Giudice, Preti e Ricci, 2022). I dati amministrativi a oggi disponibili fanno riferimento prevalentemente al secondo anno interessato dalla pandemia, il 2021. Questi dati restituiscono dunque il quadro strutturale del sistema di erogatori privati accreditati (accreditamenti, capacità di offerta, distribuzione di servizi di pronto soccorso, ecc.) sul quale, peraltro, ha continuato a insistere l'emergenza Covid-19 e su cui si sono inseriti gli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, PNRR (maggio 2021). Il § 4.6 costituisce l'approfondimento tematico del 2023. Attraverso un'analisi dei dati disponibili sui portali Open Data di due tra le regioni più grandi e popolose del Paese (Lombardia ed Emilia-Romagna)⁶, il paragrafo intende proporre una ri-

⁶ Open data Volumi Prestazioni Specialistica Ambulatoriale in Regione Lombardia – Regione Lombardia (anno 2022); Open data ReportER Assistenza Specialistica Ambulatoriale – Regione Emilia-Romagna (anno 2022).

flessione sull'effettivo ruolo giocato dal sistema di erogatori privati accreditati in ambito di specialistica ambulatoriale. L'approfondimento intende proporre prime evidenze sui volumi di prestazioni erogate dai privati, cogliendo le differenze per macro-branca e partizioni territoriali intra-regionali.

L'approfondimento si basa su serie storiche aggiornate al 2022 che consentono, dunque, di inquadrare il tema in una fase storica ormai post-pandemica. Il § 4.7, infine, raccoglie le conclusioni del contributo.

Sul piano metodologico (Box 4.1), i paragrafi di inquadramento del sistema (§§ 4.2, 4.3, 4.4, 4.5) sono stati sviluppati raccogliendo e rielaborando i dati forniti da report e database amministrativi nazionali; l'approfondimento tematico (§ 4.6), come anticipato, è stato realizzato elaborando in ottica comparativa i dati regionali disponibili, relativi all'erogazione di attività di specialistica ambulatoriale.

Box 4.1 Obiettivi e fonti dell'indagine

Paragrafo	Obiettivo	Fonti e anno di riferimento
§ 4.2 Attori della sanità privata accreditata	<ul style="list-style-type: none"> Analisi delle strutture ospedaliere e territoriali private accreditate del SSN 	<ul style="list-style-type: none"> Classificazioni tratte da Ministero della Salute, Rapporto SDO (anno 2020) e Annuario Statistico (anno 2021)
§ 4.3 La spesa SSN per l'assistenza privata accreditata	<ul style="list-style-type: none"> Analisi della rilevanza economica delle prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN 	<ul style="list-style-type: none"> Ministero della Salute (anno 2022)
§ 4.4 L'offerta ospedaliera degli erogatori privati accreditati	<ul style="list-style-type: none"> Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN e del loro posizionamento erogativo in ambito di offerta ospedaliera Analisi di alcune misure di esito degli erogatori privati accreditati in ambito ospedaliero 	<ul style="list-style-type: none"> Data base Open Data posti letto SSN, Ministero della Salute (anno 2021) Annuario Statistico del SSN, Ministero della Salute (anno 2021) Programma Nazionale Esiti (anno 2021)
§ 4.5 L'offerta distrettuale degli erogatori privati accreditati	<ul style="list-style-type: none"> Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN e del loro posizionamento erogativo in ambito di offerta distrettuale 	<ul style="list-style-type: none"> Annuario Statistico del SSN, Ministero della Salute (anno 2021)
§ 4.6 Il contributo del privato accreditato in ambito territoriale	<ul style="list-style-type: none"> Analisi del contributo effettivo degli erogatori privati accreditati in termini di volumi (assoluti e relativi) di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate 	<ul style="list-style-type: none"> Open data Volumi Prestazioni Specialistica Ambulatoriale in Regione Lombardia – Regione Lombardia (anno 2022) Open data ReportER Assistenza Specialistica Ambulatoriale – Regione Emilia-Romagna (anno 2022)

4.2 Gli attori della sanità privata accreditata

Prima di analizzare il contributo degli erogatori privati accreditati al sistema salute del nostro Paese risulta necessario delineare la loro complessa geografia

all'interno del SSN. Ai fini d'analisi, le strutture d'erogazione sono distinte per livello di assistenza: ospedaliera e distrettuale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il Ministero della Salute (Rapporto SDO 2020) considera le seguenti categorie di strutture come private accreditate e dotate di posti letto (PL):

- ▶ le case di cura private accreditate;
- ▶ gli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) di diritto privato e gli IRCCS Fondazione privati⁷;
- ▶ i policlinici universitari privati;
- ▶ gli enti di ricerca;
- ▶ gli ospedali classificati;
- ▶ gli istituti qualificati presidio di ASL.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, invece, gli erogatori privati accreditati afferiscono a due principali categorie (Ministero della Salute, Annuario Statistico riferito all'anno 2021):

- ▶ gli ambulatori e i laboratori privati accreditati, che erogano attività clinica specialistica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- ▶ le strutture residenziali e semiresidenziali, che erogano principalmente assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità fisica.

4.3 La spesa SSN per l'assistenza sanitaria privata accreditata

Un primo indicatore della rilevanza del settore privato accreditato in sanità è dato dal suo peso all'interno della spesa complessiva del SSN⁸. La Tabella 4.1 evidenzia la spesa regionale pro capite per le prestazioni a carico del SSN erogate da soggetti privati accreditati nel 2022, suddivisa per le varie tipologie di attività (ospedaliera, specialistica ambulatoriale, riabilitativa, altra assistenza), espressa al lordo della mobilità interregionale.

Nel 2022, la spesa SSN per assistenza privata accreditata registra un valo-

⁷ In questa categoria sono presenti quattro rilevanti eccezioni, in quanto Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico (Milano), Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo (Pavia), Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta (Milano) e Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (Milano) sono degli IRCCS Fondazione pubblici.

⁸ Per un quadro completo della spesa sanitaria si rimanda al Cap. 3 del presente Rapporto. A partire dall'edizione 2021 del Rapporto, dalla spesa accreditata totale è stata scorporata la componente minoritaria della spesa per servizi erogati da soggetti pubblici, di carattere prevalentemente sociale, come ASP, ex IPAB, ecc.

re medio di € 414 per abitante, pari al 17,5% della spesa complessiva del SSN (Tabella 4.1), in leggero aumento rispetto a quanto registrato nel 2021 (€ 400 e 17,4%). Il dato è superiore anche rispetto a quanto registrato nel 2020 (17,0%), quando la spesa pro capite era pari a € 374 (+11% nel 2022). Rispetto al 2019, invece, sebbene si registri un valore di spesa pro capite più alto (era pari a € 378), il peso relativo sulla spesa complessiva nel 2022 è leggermente inferiore (17,8%).

In linea con quanto registrato negli anni precedenti, l'incidenza della spesa SSN per assistenza privata accreditata varia sensibilmente a livello regionale, passando dai massimi registrati in Lazio (25,5%), Lombardia (24,3%), Molise (20,3%), Puglia e Campania (19,5%), al minimo di Valle d'Aosta (5,9%), Umbria (8,6%) e Provincia Autonoma di Bolzano (8,7%).

Con l'eccezione di Marche (-2,5%) e Campania (-2,1%), rispetto al 2021 si registra in tutte le regioni un aumento della spesa per assistenza sanitaria privata accreditata (in valori assoluti), in linea con un'altrettanto diffusa crescita della spesa complessiva degli SSR⁹: da incrementi minimi, come quelli registrati in Umbria ed Emilia-Romagna (rispettivamente +1,0% e +1,4%), a quelli decisamente più marcati, per esempio, di P.A. di Bolzano (+ 9,1%) e Calabria (+11,3 %), regione che, invece, tra 2020 e 2021 aveva esperito un calo del 4,2%. Se nel caso di Umbria ed Emilia-Romagna il leggero incremento della spesa privata accreditata si inserisce in un quadro di più generale aumento della spesa totale del SSR (rispettivamente +4,4% e +2,3%), nel caso di Calabria e P.A. di Bolzano, la componente di spesa privata cresce nonostante la spesa complessiva degli SSR rimanga quasi invariata rispetto all'anno precedente (+1,1% e +0,6%, rispettivamente). Ne risulta che, in questi SSR, il peso percentuale della componente di spesa per assistenza privata accreditata vada a crescere in maniera consistente tra 2021 e 2022 (nel caso di Bolzano si passa dall'8,0% all'8,7%, nel caso della Calabria dal 12,7% al 14,0%).

La Calabria è l'unica regione in cui, tra 2021 e 2022, si registra una variazione superiore al punto percentuale nella quota di spesa per assistenza sanitaria privata accreditata; in tutti gli altri SSR si verificano incrementi inferiori all'1% oppure (più raramente) decrementi contenuti, entro la soglia del mezzo punto percentuale.

Per quel che riguarda la composizione percentuale della spesa SSN gestita da erogatori accreditati, nel 2022 non si registra una variazione significativa rispetto a quanto osservato negli anni precedenti; il 36,6% (37,1% nel 2021) della spesa complessiva (€ 151 pro capite), infatti, è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture private accreditate, mentre un altro 35,1% (34,4% nel 2021), pari a € 145 pro capite, è da imputare alla «Altra assistenza accreditata»,

⁹ Fa eccezione solo la Toscana che, tra 2021 e 2022, esperisce un lieve calo della spesa SSN per gestione corrente (-0,6%).

Tabella 4.1 La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata, per regione e tipologia (valori € pro capite – 2022)

Regione	Ospedaliera accreditata, € pro capite	Specialistica accreditata, € pro capite	Riabilitativa accreditata, € pro capite	Altra assistenza accreditata*, € pro capite	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata, € pro capite	Totale spesa SSN per gestione corrente, € pro capite	% spesa SSN per assistenza privata accreditata su totale
Piemonte	117	69	40	146	372	2.334	16,0%
Valle d'Aosta	63	19	34	54	170	2.851	5,9%
Lombardia	231	116	8	233	587	2.413	24,3%
P.A. di Bolzano	74	29	4	152	259	2.973	8,7%
P.A. di Trento	120	54	0	121	295	2.821	10,5%
Veneto	119	80	6	140	345	2.446	14,1%
Friuli-Venezia Giulia	60	56	12	104	232	2.545	9,1%
Liguria	31	33	64	147	275	2.596	10,6%
Emilia-Romagna	121	53	0	177	352	2.560	13,7%
Toscana	62	43	21	132	258	2.376	10,9%
Umbria	47	34	12	121	214	2.487	8,6%
Marche	77	42	45	124	288	2.338	12,3%
Lazio	266	104	44	163	576	2.261	25,5%
Abruzzo	103	36	55	102	296	2.282	13,0%
Molise	231	144	60	119	554	2.727	20,3%
Campania	155	147	57	63	422	2.165	19,5%
Puglia	190	78	42	128	437	2.238	19,5%
Basilicata	5	85	70	83	243	2.386	10,2%
Calabria	99	70	44	87	301	2.150	14,0%
Sicilia	159	116	41	117	433	2.240	19,3%
Sardegna	76	86	35	110	307	2.455	12,5%
ITALIA 2022	151	88	29	145	414	2.362	17,5%
ITALIA 2021	149	85	28	138	400	2.298	17,4%
ITALIA 2020	137	80	27	131	374	2.199	17,0%
ITALIA 2019	143	80	28	127	378	2.122	17,8%

* La voce "altra assistenza accreditata" include: prestazioni di psichiatria, distribuzione di farmaci File F, prestazioni termali, prestazioni di trasporto sanitario, prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e consulenze per attività libero professionale intramoenia. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture socio-sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.

Nota: la colonna sul "Totale spesa SSN per la gestione corrente" fa riferimento alla classificazione economica dei costi delle aziende del SSN e differisce dal dato riportato nelle Tabelle 3.7 e 3.8 del Capitolo 3, che include le sole voci finanziarie (esborsi).

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2023

legata prevalentemente all'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali.

Il setting riabilitativo si conferma essere quello che presenta la maggiore variabilità interregionale in termini di spesa per assistenza accreditata: considerando il coefficiente di variazione (CV¹⁰) la variabilità è pari al 68%, dato significativo. La spesa media pro capite a livello nazionale ha subito un lieve incremento rispetto agli anni precedenti (€ 29 nel 2022 vs € 28 nel 2021, € 27 nel 2020 e € 28 nel 2019), e si continuano ad osservare regioni in cui l'attività riabilitativa è quasi integralmente erogata da strutture pubbliche (P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia, tutte con una spesa accreditata pro capite inferiore alla soglia di € 10) a fronte di altre che presentano un contributo più cospicuo da parte di erogatori privati¹¹.

Anche per le restanti voci il range tra valore massimo e minimo resta notevole, ma con variabilità interregionale complessivamente più contenuta. Alla voce «Ospedaliera accreditata» si passa dai valori più alti di spesa pro capite registrati in Lazio (€ 266), Molise e Lombardia (€ 231) ai valori più contenuti registrati in Liguria (€ 31) e Basilicata (5 €)¹². Il valore medio nazionale è pari a € 151, con un CV pari al 61%, in continuità con quello del 2021. Minore variabilità (52%) si registra infine sulla specialistica ambulatoriale, con valori particolarmente elevati in Campania e Molise (€ 147 e € 144 pro capite, rispettivamente).

In sintesi, la spesa per assistenza privata accreditata anche nel 2022 conferma il trend di ripresa avviato nel 2021 rispetto al rallentamento dovuto all'emergenza da Covid-19 che ha interessato il 2020. Rispetto al 2021, il maggiore contributo alla crescita (7 euro su 14, il 50%) deriva dalla spesa per «altra assistenza accreditata» pro capite (+5,5% vs 2021; + 14,0% vs 2019). Per quanto riguarda la spesa per assistenza ospedaliera, in Lazio si osserva una crescita dell'11% rispetto al 2019; in Lombardia, che nel 2021 era caratterizzata da valori pro capite di spesa per assistenza ospedaliera inferiori a quelli osservati pre-crisi (-6,7%), nel 2022 si osserva invece una leggera crescita rispetto ai livelli del 2019 (+2%).

¹⁰ Il coefficiente di variazione è una misura relativa di dispersione che permette di valutare la variabilità dei valori registrati attorno alla media: si calcola rapportando la deviazione standard alla media ed è particolarmente utile per confrontare gruppi con medie significativamente diverse.

¹¹ Basilicata e Liguria presentano dati di spesa pro capite per assistenza riabilitativa privata accreditata pari rispettivamente a 70 € e 64 €, con altri tre contesti regionali che superano la quota dei 50 € (Abruzzo, Molise e Campania).

¹² In questo caso si segnala però un'anomalia rilevata nei dati disponibili: nel 2021 la spesa ospedaliera accreditata relativa alla regione Basilicata era pari a € 10,6 milioni ed era interamente rendicontata come privata accreditata. Nel 2022, la spesa ospedaliera accreditata risulta pari a € 11,6 milioni, ma solo € 2,4 milioni di questi risultano essere riconducibili alla spesa per assistenza sanitaria privata accreditata.

4.4 L'offerta ospedaliera degli erogatori privati accreditati

Il presente paragrafo, adottando la logica di approfondimento relativo a un singolo livello di assistenza, analizza l'assistenza ospedaliera distinguendo due differenti ambiti: la dotazione strutturale (con due approfondimenti su dati dimensionali e servizi di emergenza-urgenza) e gli esiti conseguiti dall'attività *inpatient*.

4.4.1 Dotazione strutturale

In termini strutturali, l'analisi a livello ospedaliero si focalizza sui posti letto (PL) e sulla loro recente evoluzione¹³. Considerando la dotazione complessiva di PL disponibile nel SSN al 1° gennaio 2021¹⁴, l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene il 30,4% dei posti letto totali a livello nazionale. Tali PL sono concentrati presso le case di cura accreditate (cdc) per il 66%. Le altre tipologie di strutture private accreditate hanno in dotazione il 34% dei posti letto accreditati: il 16,4% si trova presso gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, il 3,4% presso i due policlinici universitari privati¹⁵ e lo 0,4% presso enti di ricerca; il restante 13,5% è suddiviso tra ospedali classificati (10,6%) e istituti qualificati (2,9%). Ragionando per tipologia di ricovero ospedaliero, il peso del privato accreditato in termini di posti letto risulta minore nell'attività per acuti (23,3% dei PL per acuti totali del SSN), di poco superiore a quello degli erogatori pubblici quando si considera l'attività di lungodegenza (55,5% dei PL) e largamente prevalente nel campo della riabilitazione (75,7% dei PL). Per quanto riguarda il contributo delle diverse tipologie di strutture accreditate nei differenti segmenti di attività, rispetto all'assistenza per acuti la distribuzione percentuale dei PL accreditati è in massima parte allineata con quella generale, con un'incidenza leggermente inferiore delle case di cura (63,1%) a cui si contrappone un peso maggiore degli ospedali classificati (13,9%). Riguardo ai PL dedicati alla riabilitazione ospedaliera, invece, si distinguono sempre le case di cura (66,3% dei PL) ed insieme ad esse gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, i quali detengono il 23,4% dei posti letto. I PL accreditati per l'attività di lungodegenza, infine, sono quasi esclusivamente localizzati presso case di cura accreditate, che ne detengono il 96,2%.

Il ruolo delle strutture di ricovero private accreditate nei SSR dipende dalle

¹³ Per un approfondimento sul numero di strutture accreditate si rimanda al § 2.3.

¹⁴ L'ultimo aggiornamento sull'Open Data del Ministero della Salute è relativo al 1° gennaio 2021.

¹⁵ Il Policlinico Gemelli nei database ministeriali è ancora incluso come Policlinico universitario privato, nonostante abbia ottenuto dal 2018 il riconoscimento di IRCCS. Riconducendo il Policlinico Gemelli alla categoria degli IRCCS quest'ultima raggiunge il 18,3%, i Policlinici scendono allo 0,5%.

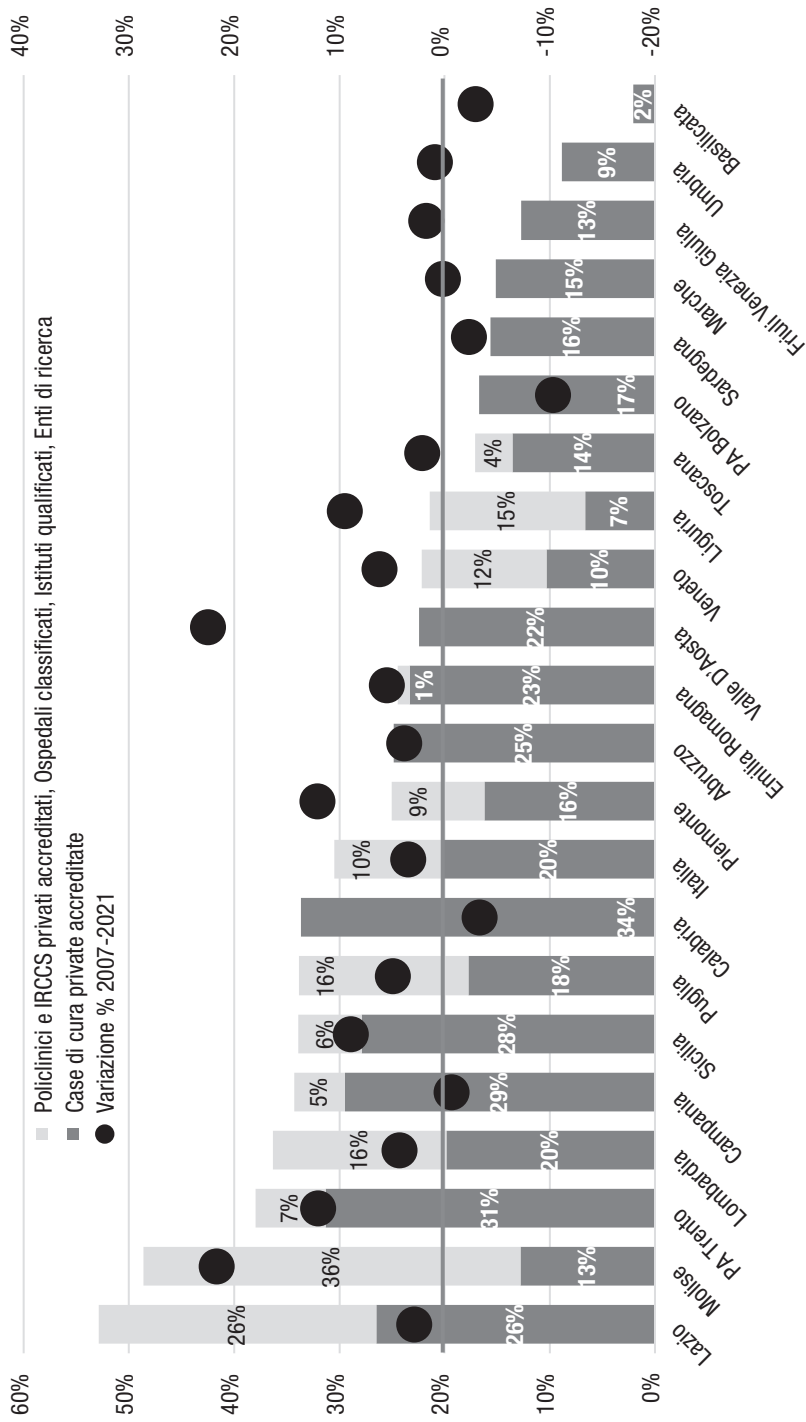
differenti scelte regionali di configurazione dell'offerta: si passa da una realtà come il Lazio, dove oltre la metà dei PL complessivi è situata presso strutture private accreditate (53%), a contesti come quelli delle regioni Umbria e Basilicata in cui meno di un posto letto su dieci (rispettivamente 9% e 2%) si trova presso erogatori privati accreditati (Figura 4.1). Adottando la medesima classificazione delle strutture private accreditate impiegata in buona parte del capitolo¹⁶, la Figura 4.1 mostra il contributo di ciascuna categoria in termini di posti letto a livello regionale. A livello nazionale, le case di cura detengono i due terzi dei posti letto accreditati e il 20% dei PL totali del SSN; coerentemente, risultano prevalenti nella maggior parte dei contesti regionali. Rivestono invece un ruolo minoritario in Molise (in cui rappresentano il 26% dei PL privati accreditati), per via della compresenza di un ente di ricerca e un IRCCS privato, oltre che in Liguria (31% dei PL privati accreditati), dove è rilevante il peso degli ospedali classificati. In Lombardia, Puglia, Lazio e Veneto, invece, si rileva una sostanziale equivalenza tra case di cura e altre strutture accreditate (le cdc rappresentano rispettivamente il 55%, 52%, 50% e 47%). In Lazio ciò è dovuto alle rilevanti dotazioni strutturali di strutture universitarie e IRCCS; in Veneto è da ricondurre alla significativa presenza degli ospedali classificati. In Lombardia e Puglia, invece, si rileva un'elevata concentrazione di IRCCS privati e ospedali classificati.

Allargando l'ambito temporale dell'analisi, tra 2007 e 2021 si registra una variazione positiva dell'incidenza dei PL accreditati sul totale della dotazione (+ 3% a livello nazionale). Nel contesto di una contrazione dell'offerta ospedaliera, sia nella componente pubblica sia in quella privata, il calo di PL privati accreditati è meno netto e la quota relativa cresce di 3 punti percentuali a livello nazionale. Vi sono tuttavia alcuni casi in controtendenza: spicca la Calabria che, pur restando tra le regioni in cui il peso strutturale degli erogatori privati accreditati risulta maggiore del dato nazionale, registra una riduzione dell'incidenza dei PL accreditati pari a 3 punti percentuali nel periodo osservato, come effetto del piano di rientro regionale. Anche in Basilicata, Sardegna e Campania, sebbene in misura minore, si registra una riduzione del peso della sanità privata accreditata a livello ospedaliero (con una riduzione del 3%, del 2% e dell'1% rispettivamente). La Provincia Autonoma di Bolzano evidenzia invece una significativa riduzione della quota di PL detenuti da strutture private accreditate (-10% tra 2007 e 2021).

Negli stessi anni si registrano aumenti significativi in Molise e in Valle d'Aosta (+22%), in quest'ultimo caso dovuto all'accreditamento dell'Istituto Clinico

¹⁶ Gli erogatori accreditati sono stati raggruppati in due categorie: 1) IRCCS e policlinici universitari privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati, Enti di ricerca; 2) case di cura private accreditate.

Figura 4.1 **Incidenza PL privati accreditati per regione e tipo di erogatore privato accreditato, 2021 (asse sx) e variazione 2007-2021 (asse dx)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2023

Valle d'Aosta¹⁷, che risale al 2013, e al relativo aumento dei PL accreditati passati da 76 nel 2019 a 127 nel 2021.

Se limitiamo l'analisi dei trend regionali all'ultimo anno solare (ovvero proponendo un confronto tra gli stock di PL rilevati al 1° gennaio del 2021 rispetto al 2020), emerge una generalizzata tendenza all'aumento dei PL privati accreditati. Eccezione fatta per Toscana ed Umbria (stabili), la maggior parte degli SSR vede aumentare la propria dotazione di PL accreditati di una quota variabile tra il 3% e il 24%; sono interessati, invece, da aumenti che superano la soglia del 50% la P.A. di Bolzano e la Valle d'Aosta (le cui dotazioni di PL privati accreditati, tra 2020 e 2021 aumentano del 76% e del 67%, rispettivamente¹⁸).

La forte prevalenza delle case di cura in quasi tutti i contesti regionali ha delle rilevanti implicazioni sulle dimensioni medie degli ospedali: le strutture private accreditate hanno in media 131 PL accreditati, oltre il 55% delle stesse ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati e il 31% ne ha tra i 100 e i 200¹⁹. Soltanto il 14% delle strutture supera i 200 PL accreditati (Figura 4.2). Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate 43 delle 75 strutture con più di 200 posti letto (57%)²⁰. Anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non raggiungono il 30% del totale (in Lazio rappresentano il 25% e in Lombardia il 27% di tutte le strutture private accreditate).

Contributi e posizionamenti rispetto alle principali specialità

Andando poi ad approfondire le principali discipline su cui si concentra maggiormente l'attività *inpatient* degli erogatori privati accreditati, emerge come la riabilitazione (77%), l'ortopedia e traumatologia (38%) e la chirurgia generale (32%) siano in assoluto le aree in cui il privato accreditato riveste il ruolo più significativo in termini di PL complessivi dedicati. Seguono per importanza cardiologia, ostetricia e ginecologia e medicina generale, specialità in cui gli erogatori privati accreditati controllano rispettivamente il 28%, 22% e 20% dei posti letto complessivamente disponibili.

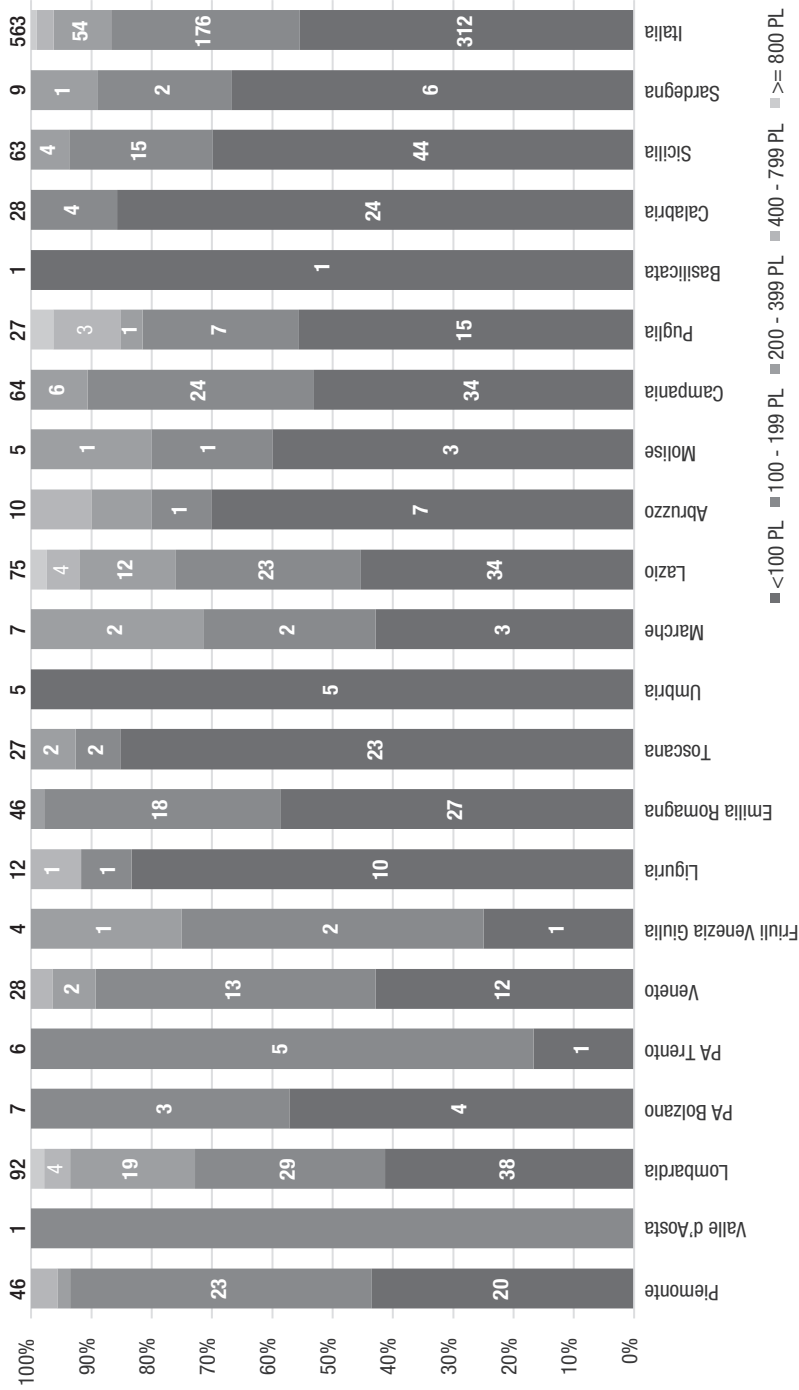
¹⁷ Si tratta dell'unico ospedale privato accreditato presente nella regione.

¹⁸ Nel caso della P.A. di Bolzano aumentano, da un anno all'altro, sia i PL pubblici (+6,4%, 1.902 nel 2021) sia i PL privati accreditati (+76%, 381 nel 2021), mentre in Valle d'Aosta l'aumento dei PL privati accreditati (+67%, 127) si accompagna a un leggero decremento dello stock di PL pubblici (-2,2%, 439 nel 2021).

¹⁹ In questa categoria figurano Lazio, Piemonte, Campania e Lombardia che sono rispettivamente dotate di 23, 23, 24, e 29 strutture di questa dimensione.

²⁰ In queste due regioni si concentrano circa due terzi degli IRCCS e dei policlinici universitari privati in termini sia di sedi sia di posti letto. Consultando l'elenco pubblicato sul sito del Ministero della Salute al 2020, 20 dei 30 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio. A questi si aggiungono i due policlinici universitari privati (che si trovano in Lazio).

Figura 4.2 Suddivisione percentuale degli ospedali privati accreditati per classe dimensionale, 2021. Le etichette delle serie riportano i valori assoluti degli ospedali rientranti in ogni classe



Le etichette delle serie riportano i valori assoluti degli ospedali rientranti in ogni classe e il totale per territorio

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Open data Posti letto 2023

Oltre alla marcata eterogeneità osservata a livello nazionale nel peso dei PL privati accreditati per singola disciplina, anche con riferimento a una stessa branca si osservano sensibili difformità tra regioni diverse. La Tabella 4.2 riporta l'incidenza percentuale dei posti letto del privato accreditato rispetto alla dotazione di PL complessiva relativa alle prime sei discipline per capacità erogativa, in ciascuna delle regioni analizzate²¹ e a livello nazionale. Il ragionamento può essere completato notando come la componente privata accreditata presenti un mix erogativo specifico in ogni regione (Tabella 4.3).

In Piemonte, in cui il privato accreditato controlla il 25% dei PL complessivi (-3,4% rispetto al 2020), la quota privata è relativamente contenuta nelle discipline per acuti, mentre è largamente preponderante in ambito riabilitativo²²: 86% dei PL, rispetto al già elevato dato nazionale del 77% (Tabella 4.2).

A riprova della marcata specializzazione del privato piemontese, la riabilitazione rappresenta il 49% dei posti letto privati accreditati (in diminuzione rispetto al 2019, in cui il dato era 57%), contro un valore nazionale del 24% (Tabella 4.3).

Ha subito, invece, un incremento di 5 punti percentuali la quota di PL dedicati alla medicina generale, che è passata dal 6% all'11% dei PL privati accreditati piemontesi in due anni: nel 2021 i PL accreditati dedicati alla medicina generale in Piemonte sono 556.

In Lombardia l'incidenza del privato accreditato è pari al 36% dei PL complessivi; con riferimento alle principali specialità (Tabella 4.2), si rilevano valori allineati o lievemente superiori a quelli nazionali, con la rilevante eccezione dell'ortopedia (45%, +7 punti percentuali rispetto al dato nazionale) e della cardiologia (44%, +16 punti). Anche in Lombardia si coglie un grado di maggiore focalizzazione produttiva del privato accreditato regionale sulla riabilitazione rispetto al panorama nazionale: la disciplina assorbe il 29% dei PL privati accreditati regionali (Tabella 4.3).

Emilia-Romagna, Veneto e Toscana presentano un contributo complessivo del privato accreditato in termini di PL che si attesta intorno al 20% (nello specifico, rispettivamente, 24%, 22%, 17%); con riferimento alle specialità considerate, questi SSR presentano incidenze di norma ridotte, sempre al di sotto del dato nazionale o al massimo allineate (Tabella 4.2). Da segnalare che in Toscana all'ortopedia è dedicato il 18% dei posti privati accreditati contro un dato nazionale del 9% e la quota di PL assorbiti dalla riabilitazione è pari al 31% (quando il dato nazionale è pari a 24%). Emilia-Romagna e Veneto, invece, non evidenziano particolari specializzazioni erogative (Tabella 4.3).

²¹ Sono state prese in considerazione le principali regioni italiane per dimensione geografica e popolazione (nello specifico, le regioni con una popolazione che supera i 3 milioni di abitanti).

²² Il riferimento è alla disciplina "Recupero e riabilitazione funzionale" (cod. 56).

Tabella 4.2 **Incidenza percentuale del privato accreditato su PL SSN, principali specialità, 2019 e 2021**

	Piemonte		Lombardia		Veneto		Emilia Romagna		Toscana		Lazio		Campania		Puglia		Sicilia		ITALIA	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
Medicina generale	12%	11%	26%	19%	15%	15%	16%	14%	7%	8%	45%	53%	33%	32%	27%	21%	24%	21%	20%	20%
Recupero e riabilitazione	86%	86%	75%	76%	56%	63%	66%	67%	76%	77%	92%	95%	82%	84%	82%	78%	72%	73%	75%	77%
Chirurgia generale	17%	16%	31%	31%	21%	22%	24%	24%	12%	13%	47%	45%	45%	47%	29%	29%	42%	43%	30%	32%
Ortopedia e traumatologia	20%	19%	44%	45%	24%	30%	32%	28%	29%	30%	54%	58%	34%	35%	36%	37%	47%	54%	35%	38%
Ostetricia e ginecologia	5%	5%	19%	19%	7%	10%	8%	8%	3%	3%	50%	49%	50%	47%	27%	25%	22%	23%	20%	22%
Cardiologia	12%	10%	43%	44%	8%	6%	14%	14%	16%	18%	38%	35%	37%	35%	40%	39%	31%	34%	27%	28%
Totale	29%	25%	38%	36%	20%	22%	24%	24%	17%	17%	52%	53%	36%	34%	36%	34%	34%	34%	30%	32%

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2023

Tabella 4.3 **Incidenza percentuale delle principali specialità sul totale dei PL privati accreditati, 2019 e 2021**

	Piemonte		Lombardia		Veneto		Emilia Romagna		Toscana		Lazio		Campania		Puglia		Sicilia		ITALIA	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
Medicina generale	6%	11%	10%	10%	12%	12%	12%	10%	9%	10%	12%	18%	11%	11%	8%	9%	8%	7%	10%	11%
Recupero e riabilitazione	57%	49%	32%	29%	27%	26%	19%	16%	29%	31%	22%	20%	20%	21%	21%	19%	17%	17%	27%	24%
Chirurgia generale	4%	4%	8%	7%	11%	9%	8%	8%	7%	8%	9%	7%	18%	16%	8%	7%	14%	12%	10%	9%
Ortopedia e traumatologia	5%	4%	10%	9%	10%	10%	13%	11%	18%	18%	8%	8%	7%	7%	9%	8%	12%	12%	10%	9%
Ostetricia e ginecologia	1%	1%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	1%	1%	5%	4%	13%	11%	6%	5%	4%	4%	4%	4%
Cardiologia	1%	1%	6%	5%	1%	1%	2%	2%	3%	3%	3%	2%	5%	4%	6%	5%	5%	5%	4%	3%
Altro	26%	30%	31%	37%	36%	39%	44%	51%	33%	29%	41%	41%	26%	30%	42%	47%	40%	43%	35%	40%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open data posti letto, 2023

Il Lazio presenta incidenze più elevate della media nazionale in tutte le discipline considerate (Tabella 4.2). Gli scostamenti più elevati si registrano con riferimento all'ortopedia (58%, +20 punti percentuali rispetto al dato nazionale), alla medicina generale, peraltro in crescita di 8 punti percentuali rispetto al 2019 (53%, +33) e all'ostetricia e ginecologia (49%, +27 punti). La specializzazione del privato laziale rispetto al profilo erogativo nazionale si concentra sull'area della medicina generale (18% dei PL privati accreditati, + 7 punti percentuali rispetto al dato nazionale); tale quota è cresciuta significativamente nel corso degli ultimi due anni (+ 6 punti percentuali) (Tabella 4.3).

La Campania (regione in cui il privato accreditato fornisce il 34% dei PL) presenta incidenze sostanzialmente maggiori o allineate rispetto al dato nazionale in tutte le discipline analizzate (Tabella 4.3). Spiccano le quote del privato accreditato nella medicina generale (32%, + 12 punti rispetto al dato nazionale), chirurgia generale (47%, + 15 punti) e soprattutto in ostetricia e ginecologia (47%, +25 punti). La specializzazione del privato campano in queste ultime due specialità si coglie anche analizzandone l'incidenza sul totale di posti letto privati regionali (Tabella 4.3). La chirurgia generale impiega il 16% dei PL accreditati contro un valore nazionale del 9%, l'ostetricia e ginecologia una quota pari a 11%, contro un valore nazionale del 4%. La riabilitazione evidenzia invece incidenze inferiori rispetto al dato nazionale (21% contro 24%).

La Puglia, in cui più di un terzo dei PL complessivi (34%) sono controllati dagli erogatori privati, presenta incidenze sostanzialmente allineate o maggiori rispetto al dato nazionale in tutte le discipline considerate (Tabella 4.2). Spicca la quota di privato accreditato della cardiologia, che raggiunge il 39% della dotazione regionale (+11 punti rispetto al valore nazionale). Non emergono specializzazioni erogative del privato pugliese (Tabella 4.3). Anche in questo caso si nota la minore rilevanza della riabilitazione, che rappresenta il 19% dei posti privati accreditati (quota che, a livello nazionale, si attesta sul 24%).

In Sicilia, come nelle altre due grandi regioni del Mezzogiorno, la percentuale del privato accreditato è allineata o maggiore di quella nazionale in tutte le specialità analizzate (Tabella 4.2). Anche in questo SSR il sistema di erogatori privati accreditati contribuisce con il 34% dei PL complessivi. A differenza della Puglia, il privato evidenzia quote particolarmente elevate in area chirurgica: chirurgia generale (43%, +11 punti rispetto al valore nazionale) e ortopedia (54%, +16). In termini di specializzazione produttiva, non emergono posizionamenti netti; la chirurgia generale e l'ortopedia dispongono di una quota di PL superiore al dato nazionale (12% dei posti privati regionali a fronte di un'incidenza nazionale del 9%) mentre la riabilitazione, come nel resto del Mezzogiorno, incide meno (17% vs 24% nazionale) nel mix di offerta privata accreditata (Tabella 4.3).

I servizi di emergenza-urgenza

L'erogazione di servizi di emergenza ospedaliera garantisce agli erogatori privati un'integrazione ancora più profonda nella rete d'offerta del SSN: questi servizi, infatti, devono essere accompagnati da specifiche discipline a complessità crescente, coerentemente con il bacino di utenti servito (cfr. capitolo 9 del Rapporto OASI 2021).

La Tabella 4.4, che riporta la distribuzione geografica dei 614 ospedali pubblici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso (PS) o Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA), mostra che 64 di questi (10,4%) sono privati accreditati. Su 64 ospedali privati accreditati dotati di PS, circa la metà (31) dispone di un DEA, di primo (25 strutture) o secondo livello (5 strutture). Il 42% degli ospedali privati accreditati con servizi di emergenza è situato in Lombardia (27 strutture, pari al 27% degli ospedali dotati di servizi di emergenza a livello regionale); segue il Lazio (14 strutture; 28%). La totalità dei DEA di II livello in ospedali privati accreditati si trova in queste due regioni, in cui la componente privata rappresenta oltre un quarto della rete regionale dell'emergenza urgenza, evidenziando una notevole integrazione con l'offerta ospedaliera complessiva. Le altre regioni in cui il privato gestisce oltre il 10% dei servizi di emergenza-urgenza sono Calabria (3 strutture; 15%), Liguria (2; 14%), Veneto (6; 13%) e Puglia (4; 12%). Nelle altre regioni il ruolo del privato appare limitato, inferiore al dato nazionale del 10%. Infine, ribaltando

Tabella 4.4 **Distribuzione dei Servizi di Emergenza-Urgenza privati accreditati per tipologia e incidenza sul totale dei servizi di emergenza regionali, 2021**

Regione	PS in ospedali privati accreditati	DEA I livello in ospedali privati accreditati	DEA II livello in ospedali privati accreditati	Totale Servizi Emergenza in ospedali privati accreditati	Totale Servizi Emergenza in ospedali pubblici	Totale complessivo Servizi Emergenza	% Servizi Emergenza in ospedali privati su totale SSN
Piemonte	1	0	0	1	43	44	2%
Lombardia	15	9	3	27	73	100	27%
Veneto	4	2	0	6	42	48	13%
Liguria	1	1	0	2	12	14	14%
Lazio	7	5	2	14	36	50	28%
Campania	5	0	0	5	51	56	9%
Puglia	0	4	0	4	30	34	12%
Calabria	0	3	0	3	17	20	15%
Sicilia	0	2	0	2	61	63	3%
Italia	33	26	5	64	550	614	10%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Elenco strutture della rete dell'emergenza ospedaliera 2023

la logica di osservazione, solo l'11% delle strutture private accreditate presenti sul territorio nazionale è sede di PS o DEA.

4.4.2 Esiti dell'attività ospedaliera: alcune evidenze

Il paragrafo riprende l'approfondimento già realizzato nell'edizione 2017 del Rapporto (Petracca e Ricci, 2017). Al tempo era da poco in vigore il Decreto Ministeriale 70/2015, che aveva introdotto soglie di volume ed esito per la valutazione quantitativa e qualitativa dell'assistenza ospedaliera, stabilite sulla base delle evidenze clinico-scientifiche allora disponibili, e applicabili a tutti gli ospedali del SSN, sia pubblici che privati accreditati. I valori degli indicatori di volume ed esito, aggiustati per i principali fattori di rischio clinico, erano stati tratti a livello di singolo stabilimento ospedaliero dal sito del Programma Nazionale Esiti (PNE) ed erano relativi all'anno 2015. Le analisi avevano evidenziato le buone performance degli erogatori privati accreditati, soprattutto nell'ambito delle attività chirurgiche elettive. Con l'obiettivo di aggiornare quanto emerso dai dati 2015 alla luce dell'effettiva applicazione del DM 70 e degli impatti che il biennio Covid ha avuto sull'attività degli erogatori ospedalieri, le analisi riprendono gli indicatori di esito ufficialmente introdotti dal DM 70 integrando a questi un'indicatore relativo all'attività cardiologica interventistica, contenuto in una delle bozze di revisione del DM 70 circolate in una prima fase di ripensamento della rete ospedaliera italiana²³. La fonte delle analisi rimane il sito del Programma Nazionale Esiti (PNE) 2022, che riporta dati relativi all'anno 2021; inoltre, è proposto un confronto con i risultati relativi al 2015. Da un punto di vista metodologico si segnala che, rispetto all'edizione utilizzata per le precedenti analisi, non compare più la fattispecie delle strutture in audit: dall'edizione 2022 del PNE è stato avviato da AGENAS, in via sperimentale, un percorso di audit integrato che prevede la verifica della qualità della codifica e di eventuali criticità clinico-organizzative attraverso la promozione di attività di miglioramento continuo (AGENAS, 2022). Gli indicatori oggetto di analisi sono i seguenti:

- ▶ proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni (valore target: uguale o superiore al 70%);
- ▶ proporzione di interventi chirurgici per frattura del femore effettuati entro 48 ore su persone ultrasessantacinquenni (valore target: uguale o superiore al 60%);
- ▶ proporzione di tagli cesarei primari (valori target: uguale o inferiore al 15% per i punti nascita sotto i 1.000 parti; uguale o inferiore al 25% per i punti nascita oltre i 1.000 parti);

²³ Proposta di aggiornamento del DM 70 circolata nell'ottobre 2021 e disponibile al seguente link: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato939105.pdf>

- ▶ tasso di mortalità a 30 giorni per valvuloplastica o sostituzione di valvole isolate (valore target: uguale o inferiore al 4%);
- ▶ proporzione di angioplastica coronarica percutanea effettuata entro 90 minuti dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta (valore target: uguale o superiore al 60%).

Per tutti gli indicatori sono escluse le strutture con volumi di erogazione inferiore ai 50 casi annui, valore soglia stabilito da AGENAS per l'applicazione dei modelli di aggiustamento del rischio, ma sono incluse le strutture che non rispettano l'eventuale casistica minima prevista dal DM 70 (es. le strutture tra i 51 e i 100 interventi minimi previsti l'intervento di colecistectomia laparoscopica).

Con riferimento al primo indicatore, l'analisi della degenza post-operatoria che segue un intervento di colecistectomia laparoscopica (CL) valuta la capacità di stabilizzare e dimettere in tempi adeguati il paziente che si sottopone a un intervento di chirurgia generale mini-invasiva ormai considerato routinario. Le strutture pubbliche e private accreditate che eseguono CL e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi secondo adeguati parametri di rischio clinico sono 425 (Tabella 4.5). Di queste, 276 (65%) sono pubbliche e 149 (35%) sono private accreditate (nel 2015 la percentuale dei privati accreditati era pari al 29%). A livello nazionale, 361 stabilimenti raggiungono lo standard (85% contro il 52% del 2015) mentre 64 non lo raggiungono (15% contro il 25% del 2015)²⁴. Tale percentuale di compliance si attesta sul 92% per i privati accreditati, mentre scende al 81% per i pubblici. La percentuale più elevata di ospedali che raggiungono lo standard si registra tra i privati accreditati del Nord (98%, 49 su 50), a seguire i pubblici e i privati accreditati del Centro (93% in entrambi i casi con, rispettivamente, 57 *compliant* su 61 e 25 *compliant* su 27). I valori minimi si registrano invece per le strutture pubbliche del Mezzogiorno (71%, con 51 su 72).

La Figura 4.3 consente di approfondire l'eventuale variabilità tra le diverse tipologie di ospedali, rapportando la percentuale di stabilimenti che raggiungono lo standard. A livello di SSN, l'81% dei presidi delle ASL e l'82% di AO, AOU e IRCCS rispetta lo standard, dimostrando un significativo miglioramento rispetto alle performance del 2015, che si attestavano nell'intorno del 50%. Gli ospedali privati accreditati registrano percentuali di *compliance* ancora superiori rispetto ai pubblici (con una media del 92%): il valore di *compliance* più alto (100%, contro il 75% del 2015) si registra per gli ospedali privati accreditati fortemente integrati con la rete di offerta pubblica (36 stabilimenti tra

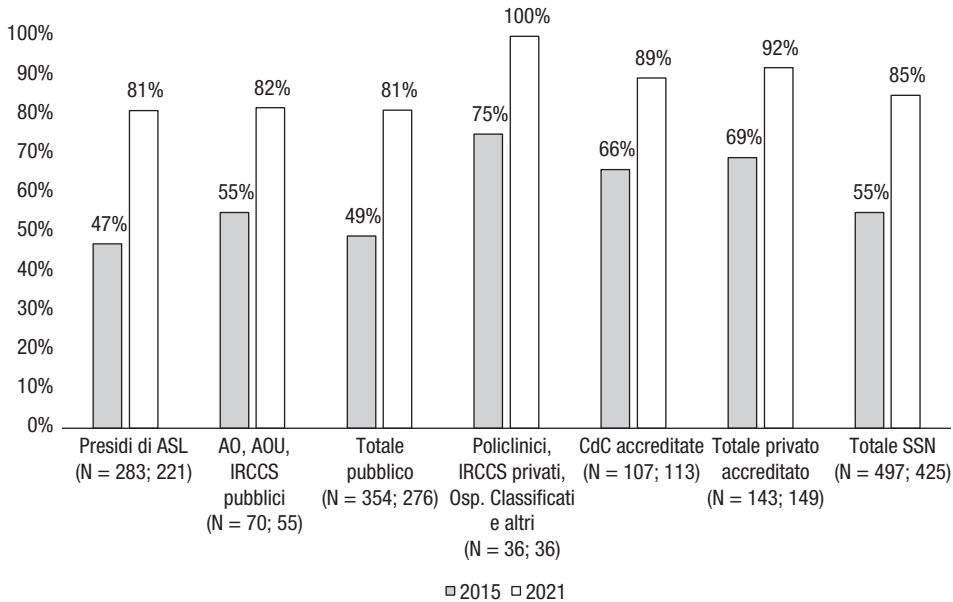
²⁴ Da notare come, nel 2015, per ben 115 ospedali dei 497 (23%) era stata richiesta una procedura di audit sulla qualità dei dati; pertanto, non erano stati considerati nella valutazione ultima di compliance con lo standard di riferimento.

Tabella 4.5 **Colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a tre giorni: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015, 2021)**

	2015				2021			
	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Totale	Totale
N.	87	58	30	175	116	27	143	
NORD – pubblico	44	8	1	53	49	1	50	
NORD – privato accreditato	48	16	9	73	57	4	61	
CENTRO – pubblico	15	5	3	23	25	2	27	
CENTRO – privato accreditato	30	27	49	106	51	21	72	
SUD E ISOLE – pubblico	36	8	23	67	63	9	72	
SUD E ISOLE – privato accreditato	50%	33%	17%	100%	81%	19%	100%	
%	83%	15%	2%	100%	98%	2%	100%	
NORD – privato accreditato	66%	22%	12%	100%	93%	7%	100%	
CENTRO – pubblico	65%	22%	13%	100%	93%	7%	100%	
CENTRO – privato accreditato	28%	25%	46%	100%	71%	29%	100%	
SUD E ISOLE – pubblico	54%	12%	34%	100%	88%	13%	100%	
SUD E ISOLE – privato accreditato	165	101	88	354	224	52	276	
TOTALE – pubblico	95	21	27	143	137	12	149	
TOTALE – privato accreditato	260	122	115	497	361	64	425	
TOTALE – SSN	47%	29%	25%	100%	81%	19%	100%	
TOTALE – pubblico	66%	15%	19%	100%	92%	8%	100%	
TOTALE – privato accreditato	52%	25%	23%	100%	85%	15%	100%	
TOTALE – SSN								

Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

Figura 4.3 **Colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a tre giorni: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, per natura giuridica e tipologia ospedale (2015, 2021)**



Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

policlinici universitari privati, IRCCS privati, enti di ricerca, ospedali classificati ed equiparati), seguiti dalle case di cura accreditate, che raggiungono una percentuale di *compliance* pari all'89% (nel 2015 era 66%).

Per quanto riguarda il secondo indicatore, una degenza preoperatoria inferiore a due giorni per i pazienti ultrasessantacinquenni che presentano una frattura al collo del femore è considerato un requisito minimo per assicurare la presa in carico chirurgica efficace di questa categoria di pazienti. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati che operano pazienti anziani con frattura del femore e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi sono 426 (Tabella 4.6). Di questi, 362 sono pubblici (84,9% del totale vs 89,3% del 2015) e 64 sono privati accreditati (15% del totale vs 10,6% del 2015). Il numero decisamente più ridotto dei privati accreditati è al tempo stesso un limite in termini di confrontabilità con il pubblico e una conferma: i privati accreditati più raramente del pubblico si trovano a prendere in carico questi pazienti fragili che provengono prevalentemente dalle reti dell'emergenza-urgenza. È opportuno, ad ogni modo, sottolineare che il numero di privati accreditati all'interno del campione è cresciuto del 36,1% rispetto al 2015 (64 strutture vs 47 del 2015, pari rispettivamente a 15% e 10,6%).

Tabella 4.6 **Intervento per frattura del femore entro 2 giorni dal ricovero: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015, 2021)**

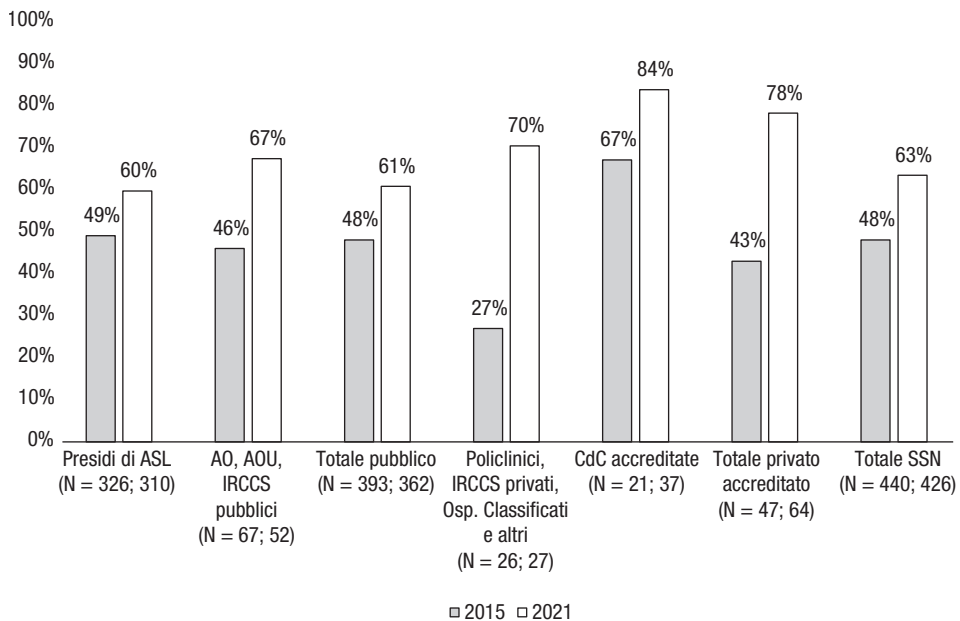
	2015				2021			
	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Totale	Totale
N.	108	47	23	178	110	55	165	
	11	7	7	25	22	5	27	
CENTRO – pubblico	45	19	12	76	48	22	70	
CENTRO – privato accreditato	7	3	1	11	11	2	13	
SUD E ISOLE – pubblico	37	32	70	139	62	65	127	
SUD E ISOLE – privato accreditato	1	3	7	11	17	7	24	
%	61%	26%	13%	100%	67%	33%	100%	
NORD – pubblico	44%	28%	28%	100%	81%	19%	100%	
NORD – privato accreditato	59%	25%	16%	100%	69%	31%	100%	
CENTRO – pubblico	64%	27%	9%	100%	85%	15%	100%	
CENTRO – privato accreditato	27%	23%	50%	100%	49%	51%	100%	
SUD E ISOLE – pubblico	9%	27%	64%	100%	71%	29%	100%	
SUD E ISOLE – privato accreditato	190	98	105	393	220	142	362	
TOTALE – pubblico	19	13	15	47	50	14	64	
TOTALE – privato accreditato	209	111	120	440	270	156	426	
TOTALE – SSN	48%	25%	27%	100%	61%	39%	100%	
TOTALE – pubblico	40%	28%	32%	100%	78%	22%	100%	
TOTALE – privato accreditato	48%	25%	27%	100%	63%	37%	100%	

Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

Delle 426 strutture complessivamente considerate, se ne contano 270 che raggiungono lo standard (pari al 63,3% vs il 47,5% del 2015). La percentuale di erogatori pubblici *compliant* è pari al 60,7% mentre per i privati accreditati è pari al 78,1%. La percentuale di ospedali che raggiunge lo standard è più alta tra i privati accreditati del Centro (85% con 11 su 13 strutture). Seguono gli stabilimenti privati accreditati del Nord (81%, 22 su 27); tra le restanti, solo le strutture pubbliche del Mezzogiorno presentano valori di compliance inferiori alla soglia del 50% (49%, con 62 su 127 strutture).

La Figura 4.4 mostra la percentuale di stabilimenti che raggiungono lo standard per tipologia di struttura. Sul fronte pubblico, il 61% degli ospedali rispetta lo standard, in aumento rispetto al 2015 (48%). Gli ospedali privati accreditati registrano percentuali di *compliance* superiori rispetto ai pubblici (78% vs 61%), dimostrando inoltre un significativo miglioramento rispetto ai valori raggiunti nel 2015 (43%). I valori di compliance più elevati si registrano per le case di cura private accreditate (84% vs 67% del 2015); seguono i policlinici, IRCCS privati, enti di ricerca, ospedali classificati ed equiparati (70% vs 27% del 2015), sebbene entrambi questi campioni presentino dimensioni piuttosto ridotte (rispettivamente sono 37 le case di cura e 27 i policlinici, IRCCS, ecc.).

Figura 4.4 **Intervento per frattura del femore entro 2 giorni dal ricovero: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, per natura giuridica e tipologia ospedale (2015, 2021)**



Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

Seguono AO, AOU e IRCCS pubblici, con *compliance* al 67% (vs 46% del 2015), mentre registrano la percentuale di *compliance* più bassa (60% vs 49% del 2015) i presidi delle ASL.

La percentuale di parti cesarei primari costituisce un classico indicatore di appropriatezza clinica in ambito perinatale. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati con sala parto e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi sono 367 a livello nazionale. Di questi, 308 sono pubblici (84%) e 59, circa il 16%, sono privati accreditati. Di queste 367 strutture, a livello nazionale se ne contano 101 che rispettano le soglie massime (pari al 28%, contro il 23% del 2015), registrando valori tra i più lontani dalle soglie minime di tutti gli indicatori di esito. Gli stabilimenti pubblici che raggiungono lo standard sono il 30% del totale, contro il 15% dei privati accreditati. Entrambe le categorie risultano in miglioramento rispetto al 2015 (in cui i valori erano rispettivamente pari al 25% e 12%). La percentuale di ospedali che rispetta lo standard è più alta tra i pubblici del Nord (46%, 63 su 138), seguiti dai privati accreditati del Nord (31%, 5 su 16) e dai pubblici del Centro (21%, 12 su 57). I privati accreditati del Centro che rimangono entro le soglie sono il 12% (1 su 8), mentre gli ospedali del Mezzogiorno che rispettano lo standard sono il 15% dei pubblici (17 su 113) e solo il 9% dei privati accreditati (3 su 35) (Tabella 4.7).

Come riporta la Figura 4.5, a livello di SSN, gli ospedali pubblici registrano percentuali di compliance superiori rispetto ai privati accreditati anche considerando le singole categorie di strutture. I valori di compliance più alti (39%) si registrano per le Aziende ospedaliere e gli IRCCS pubblici, mentre i più ridotti si registrano per le case di cura private accreditate (10%) da un lato e policlinici e IRCCS privati accreditati, dall'altro (25%).

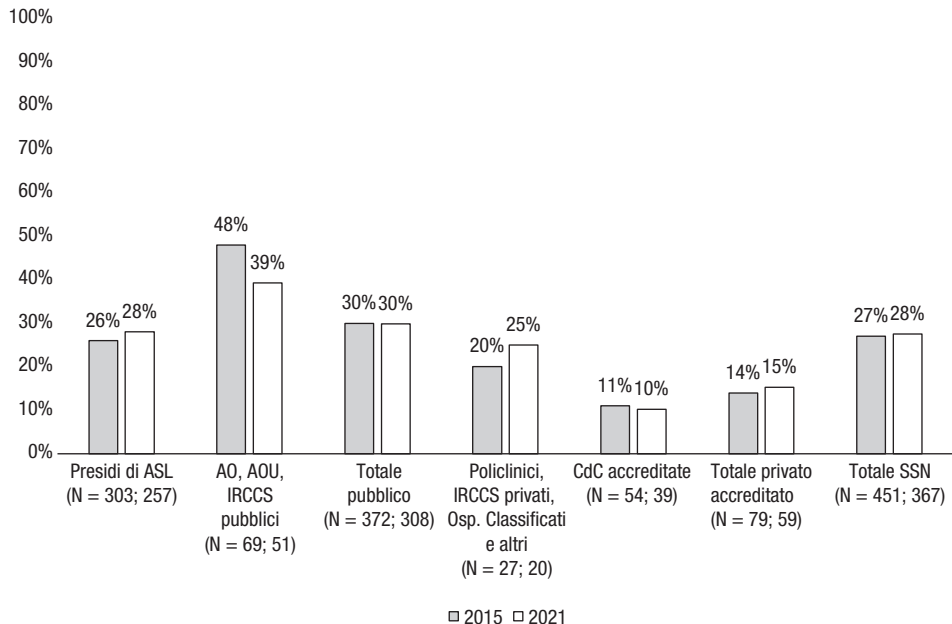
La mortalità a 30 giorni per gli interventi di valvuloplastica isolata, prestazione ad alta complessità in costante aumento in termini di volumi, rappresenta una proxy della qualità clinica assicurata nei centri cardiocirurgici. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati che hanno eseguito valvuloplastiche e che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi sono 92 (Tabella 4.8). Di questi, 55 (60%, vs 56% del 2015) sono pubblici e 37 (40%, vs 44% del 2015) sono privati accreditati. Il 79% delle strutture raggiunge lo standard (contro il 53% del 2015). Tale percentuale è pari al 78% per gli ospedali pubblici (vs 49% del 2015) e all'81% per i privati accreditati (contro il 58% del 2015). La percentuale di ospedali che rispetta lo standard raggiunge i valori massimi tra le strutture private accreditate del Centro (100%, 4 su 4), sebbene si tratti di un campione esiguo, seguite dai privati accreditati del Nord (94%, 17 su 18) e dalle strutture pubbliche del Nord (93%, 26 su 28). Le strutture del Mezzogiorno, invece, si fermano a livelli più bassi, con il 53% di strutture pubbliche *compliant* (9 su 17) e il 60% di privati accreditati che rispettano lo standard (60%, con 9 su 15).

Tabella 4.7 Percentuale di parti cesarei primari: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015, 2021)

	2015			2021			
	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/da effettuare	Totale	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Totale
N.	71	77	18	166	63	75	138
NORD – pubblico	7	8	6	21	5	11	16
NORD – privato accreditato	16	37	16	69	12	45	57
CENTRO – pubblico	1	5	6	12	1	7	8
CENTRO – privato accreditato	6	51	78	135	17	96	113
SUD E ISOLE – pubblico	2	13	33	48	3	32	35
SUD E ISOLE – privato accreditato	43%	46%	11%	100%	46%	54%	100%
%	33%	38%	29%	100%	31%	69%	100%
NORD – privato accreditato	23%	54%	23%	100%	21%	79%	100%
CENTRO – pubblico	8%	42%	50%	100%	13%	88%	100%
CENTRO – privato accreditato	4%	38%	58%	100%	15%	85%	100%
SUD E ISOLE – pubblico	4%	27%	69%	100%	9%	91%	100%
SUD E ISOLE – privato accreditato	93	165	112	370	92	216	308
TOTALE – pubblico	10	26	45	81	9	50	59
TOTALE – privato accreditato	103	191	157	451	101	266	367
TOTALE – SSN	25%	45%	30%	100%	30%	70%	100%
TOTALE – pubblico	12%	32%	56%	100%	15%	85%	100%
TOTALE – privato accreditato	23%	42%	35%	100%	28%	72%	100%

Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

Figura 4.5 **Percentuale di parti cesarei primari: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, per natura giuridica e tipologia ospedale (2015, 2021)**



Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

Passando all'analisi per tipologia di struttura (Figura 4.6)²⁵, le percentuali più elevate si registrano per presidi di ASL (95%), seguite da policlinici, IRCCS privati e osp. classificati (92%); i valori più ridotti si registrano presso le aziende ospedaliere e gli IRCCS pubblici (69%).

Prendendo in considerazione, infine, l'ultimo indicatore, si tratta di una misura di recente introduzione all'interno del PNE (2021) finalizzata a rappresentare la tempestività di intervento con cui viene eseguita la procedura di angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) per pazienti con STEMI²⁶. Diversi studi hanno dimostrato come l'esecuzione di alti volumi di questa procedura in pazienti con un infarto miocardico acuto e sopraslivellamento del tratto ST (STEMI), purchè nelle fasi precoci dell'episodio, è associata a migliori outcome²⁷. Gli stabilimenti pubblici e privati accreditati

²⁵ In questo caso non è stato possibile inserire il riferimento ai valori 2015 in quanto non erano stati calcolati nel 2015 e il sito del PNE non consente di recuperare i dati precedenti all'edizione in corso.

²⁶ Trattandosi di un indicatore di recente introduzione, non sono disponibili i valori corrispondenti dell'anno 2015, i quali sono invece riportati per un confronto per gli altri indicatori considerati.

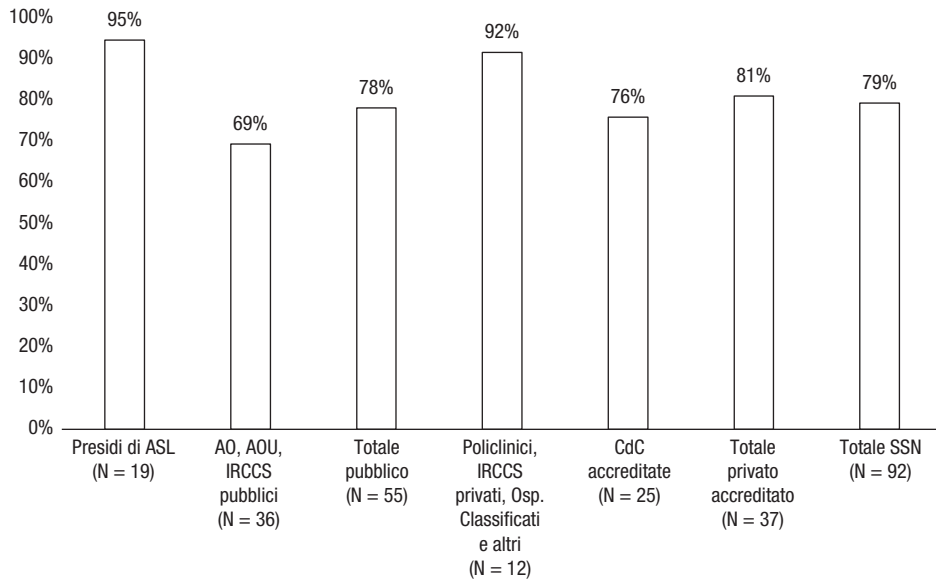
²⁷ PNE, 2022

Tabella 4.8 **Mortalità a 30 gg per valvuloplastica isolata: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2015, 2021)**

	2015				2021			
	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Strutture con audit in corso/ da effettuare	Totale	Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Totale	
N. NORD – pubblico	12	0	13	25	26	2	28	
NORD – privato accreditato	15	0	5	20	17	1	18	
CENTRO – pubblico	6	0	4	10	8	2	10	
CENTRO – privato accreditato	4	0	2	6	4	0	4	
SUD E ISOLE – pubblico	7	0	9	16	9	8	17	
SUD E ISOLE – privato accreditato	4	0	10	14	9	6	15	
% NORD – pubblico	48%	0%	52%	100%	93%	7%	100%	
NORD – privato accreditato	75%	0%	25%	100%	94%	6%	100%	
CENTRO – pubblico	60%	0%	40%	100%	80%	20%	100%	
CENTRO – privato accreditato	67%	0%	33%	100%	100%	0%	100%	
SUD E ISOLE – pubblico	44%	0%	56%	100%	53%	47%	100%	
SUD E ISOLE – privato accreditato	29%	0%	71%	100%	60%	40%	100%	
TOTALE – pubblico	25	0	26	51	43	12	55	
TOTALE – privato accreditato	23	0	17	40	30	7	37	
TOTALE – SSN	48	0	43	91	73	19	92	
TOTALE – pubblico	49%	0%	51%	100%	78%	22%	100%	
TOTALE – privato accreditato	58%	0%	43%	100%	81%	19%	100%	
TOTALE – SSN	53%	0%	47%	100%	79%	21%	100%	

Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023 e PNE 2017

Figura 4.6 **Mortalità a 30 gg per valvuloplastica isolata: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, per natura giuridica e tipologia ospedale (2021)**



Fonte: Elaborazione OASI su dati PNE 2023

che presentano la casistica sufficiente per standardizzare i volumi secondo adeguati parametri di rischio clinico sono 219 (Tabella 4.9). Di questi, 183 (84%) sono pubblici e 36 (16%) sono privati accreditati. Il 40% delle strutture complessive raggiunge lo standard; nello specifico, rispetta lo standard il 39% degli ospedali pubblici e il 44% dei privati accreditati. La percentuale di ospedali che rispettano lo standard raggiunge i valori massimi tra le strutture private accreditate del Centro (50%, 2 su 4), sebbene si tratti di un campione esiguo; seguono le strutture pubbliche del Centro (47%, 16 su 34) i privati accreditati del Mezzogiorno (47%, 8 su 17), e le strutture pubbliche del Nord (43%, 38 su 88). Invece, si attestano su livelli più bassi i privati accreditati del Nord (40%, 6 su 15) e le strutture pubbliche di Sud e Isole (30%, 18 su 61).

Passando all'analisi per tipologia di struttura (Figura 4.7), le percentuali di *compliance* più elevate si registrano presso le case di cura private accreditate (79%), seguite dai presidi delle ASL (44%).

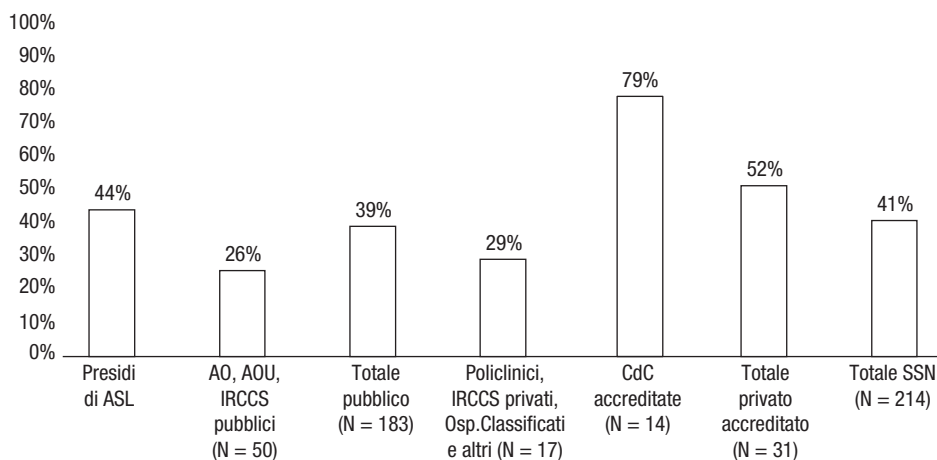
I valori più bassi si registrano con riferimento alle Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici (26%) e nel caso di policlinici e IRCCS privati (29%). Nel complesso, le strutture private accreditate risultano più aderenti agli standard (il 52% di esse li rispetta) delle strutture pubbliche (39%), sebbene il numero di strutture eroganti private accreditate sia esiguo.

Tabella 4.9 **Proporzione angioplastica coronarica entro 90 minuti dall'accesso con infarto STEMI in fase acuta: ripartizione degli stabilimenti in base a macroarea geografica, natura giuridica e raggiungimento dello standard (2021)**

		2021		
		Strutture che raggiungono lo standard	Strutture che non raggiungono lo standard	Totale
N.	NORD – pubblico	38	50	88
	NORD – privato accreditato	6	9	15
	CENTRO – pubblico	16	18	34
	CENTRO – privato accreditato	2	2	4
	SUD E ISOLE – pubblico	18	43	61
	SUD E ISOLE – privato accreditato	8	9	17
%	NORD – pubblico	43%	57%	100%
	NORD – privato accreditato	40%	60%	100%
	CENTRO – pubblico	47%	53%	100%
	CENTRO – privato accreditato	50%	50%	100%
	SUD E ISOLE – pubblico	30%	70%	100%
	SUD E ISOLE – privato accreditato	47%	53%	100%
	TOTALE – pubblico	72	111	183
N.	TOTALE – privato accreditato	16	20	36
	TOTALE – SSN	88	131	219
	TOTALE – pubblico	39%	61%	100%
%	TOTALE – privato accreditato	44%	56%	100%
	TOTALE – SSN	40%	60%	100%

Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023

Figura 4.7 **Proporzione angioplastica coronarica entro 90 minuti dall'accesso con infarto STEMI in fase acuta: percentuale degli stabilimenti che rispettano lo standard, per natura giuridica e tipologia ospedale (2021)**



Fonte: elaborazione OASI su dati PNE 2023

4.5 L'offerta distrettuale degli erogatori privati accreditati

L'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale rappresenta uno dei principali obiettivi di politica sanitaria che i sistemi sanitari più avanzati stanno facendo propri, al fine di fronteggiare le sfide demografiche ed epidemiologiche del nostro tempo.

Anche negli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza la revisione dell'offerta territoriale riveste una particolare importanza, catalizzando 7 miliardi di stanziamento all'interno della Missione 6, cifra mantenuta (con target quantitativi rivisti) anche a seguito della revisione recentemente proposta dal Governo Italiano²⁸. Per quanto riguarda l'attività territoriale, le strutture che presidiano tale dimensione, erogando prestazioni ambulatoriali e residenziali, sono le seguenti: ambulatori e laboratori, strutture residenziali, strutture semiresidenziali e altre strutture territoriali (centri di dialisi, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori familiari, centri distrettuali)²⁹.

La Tabella 4.10 presenta la distribuzione delle strutture territoriali nelle diverse regioni italiane riportando, per ciascuna categoria, il totale per l'anno 2021 e l'incidenza delle strutture private accreditate nel 1998 e nel 2021. Questa fotografia, di prima approssimazione, offerta dagli unici dati messi a disposizione dal SSN, presenta alcuni caveat interpretativi: si basa infatti sul numero di strutture, senza considerarne né la casistica né la complessità dei casi trattati. L'attività territoriale risulta gestita prevalentemente da erogatori privati accreditati³⁰, che hanno trovato spazi di sviluppo a fronte di una rete di offerta pubblica relativamente poco sviluppata, con l'eccezione di alcune regioni. Nei 23 anni considerati, il peso del privato in termini strutturali è cresciuto complessivamente dal 39% al 56%³¹ (con uno scostamento negativo di 2 punti percentuali rispetto al 2020, in cui il dato era pari a 58%, nonostante il numero complessivo di strutture, da un anno all'altro, sia cresciuto di 1.424 unità, + 6%). La crescita in questione ha interessato

²⁸ Il documento di revisione redatto dal Ministro per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR è disponibile al seguente link: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1690468240.pdf>

²⁹ Per maggiori approfondimenti relativi ai distretti e alle strutture impegnate nell'erogazione di prestazioni territoriali si veda il capitolo 2 del presente Rapporto.

³⁰ Tale analisi confronta erogatori pubblici e privati accreditati in meri termini strutturali, non essendo possibile valutare anche l'aspetto dimensionale servendosi dei dati di attività.

³¹ Tale crescita in termini strutturali è determinata da due differenti trend: per ambulatori e laboratori che erogano attività specialistica si registra, lungo i 23 anni considerati, una contrazione nel numero di strutture private accreditate meno marcata rispetto a quella del pubblico; per le altre categorie di strutture, invece, nel privato accreditato si registra un importante aumento nel conteggio delle strutture (tutte le categorie hanno almeno triplicato il proprio numero), mentre nel pubblico il numero è rimasto stabile o ha visto una riduzione.

Tabella 4.10 **Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati, per regione (1998-2021)**

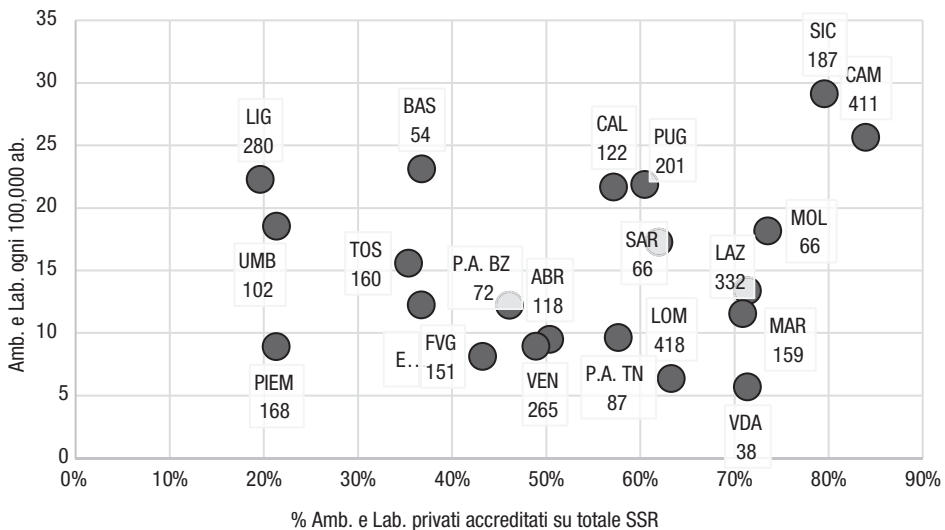
Regioni	Ambulatori e Laboratori				Strutture residenziali				Strutture semiresidenziali				Altri tipi di strutture territoriali				Totale strutture territoriali			
	Totale strutture		% Ambulatori e Laboratori privati accreditati		Totale strutture		% Strutture residenziali private accreditate		Totale strutture		% strutture semiresidenziali private accreditate		Totale strutture		% altre strutture private accreditate		Totale strutture territoriali		% totale strutture territoriali private accreditate	
	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998	2021	1998
Piemonte	379	22%	21%	1.332	57%	90%	220	42%	81%	495	2%	18%	2.426	24%	64%					
Valle d'Aosta	7	21%	71%	21	2%	86%	3	-	100%	34	0%	6%	65	4%	43%					
Lombardia	630	41%	63%	1.481	68%	90%	695	41%	83%	677	2%	18%	3.483	34%	70%					
P.A. di Bolzano	65	17%	46%	101	52%	89%	10	-	40%	98	2%	24%	274	16%	54%					
P.A. di Trento	52	17%	58%	107	20%	82%	48	0%	85%	40	0%	18%	247	15%	67%					
Veneto	433	46%	49%	884	51%	87%	521	43%	75%	626	21%	22%	2.464	39%	61%					
Friuli-Venezia Giulia	97	24%	43%	198	45%	56%	67	8%	37%	147	4%	5%	509	24%	36%					
Liguria	336	31%	20%	314	57%	89%	67	7%	69%	242	0%	3%	959	25%	42%					
Emilia-Romagna	541	31%	37%	924	47%	91%	508	32%	88%	936	6%	4%	2.909	31%	52%					
Toscana	570	36%	35%	596	50%	70%	189	12%	44%	462	7%	7%	1.817	30%	40%					
Umbria	159	15%	21%	197	37%	66%	99	0%	31%	170	3%	7%	625	15%	33%					
Marche	172	30%	71%	298	14%	71%	81	14%	60%	169	2%	4%	720	24%	54%					
Lazio	763	59%	71%	306	38%	79%	84	0%	20%	450	3%	8%	1.603	46%	52%					
Abruzzo	121	44%	50%	89	80%	72%	15	100%	20%	191	0%	2%	416	41%	32%					
Molise	53	49%	74%	24	0%	88%	14	0%	100%	19	0%	5%	110	40%	68%					
Campania	1.442	74%	84%	177	30%	63%	97	24%	30%	570	2%	30%	2.286	65%	67%					
Puglia	677	47%	62%	457	60%	95%	188	21%	91%	639	0%	25%	1.961	38%	60%					
Basilicata	125	21%	37%	48	23%	67%	11	100%	18%	65	4%	18%	249	20%	37%					
Calabria	402	49%	57%	142	46%	80%	15	13%	33%	162	14%	10%	721	45%	51%					
Sicilia	1.407	72%	80%	195	15%	64%	52	14%	23%	661	3%	11%	2.315	62%	58%					
Sardegna	347	46%	61%	93	18%	87%	21	8%	67%	211	1%	4%	672	36%	47%					
ITALIA	8.778	49%	60%	7.984	50%	84%	3.005	30%	71%	7.064	5%	14%	26.831	39%	56%					

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN, 2023

tutte le categorie e si riconferma la presenza di una consistente variabilità interregionale:

- ▶ nel caso degli «Ambulatori e Laboratori», le strutture private accreditate sono prevalenti rispetto a quelle pubbliche (60% vs 40%), con una tendenza in crescita negli ultimi 23 anni³². La variabilità interregionale risulta sostenuta, con una forte dispersione intorno al dato medio. Le regioni evidenziano una amplissima variabilità sia in termini di numerosità di strutture, sia in quanto a incidenza del privato accreditato (Figura 4.8). I valori massimi del contributo del privato accreditato sono raggiunti in: Campania (84%), dove sono complessivamente presenti 1.442 tra laboratori e ambulatori sia pubblici che privati (26 strutture ogni 100.000 abitanti, come si può vedere nella Figura 4.8); Sicilia, regione in cui ne sono complessivamente ubicate 1.407 (29 strutture ogni 100.000 abitanti) e l'80% è di natura privata accreditata. Le quote minori, invece, si registrano al Centro-Nord e, in particolare, in: Liguria dove il privato accreditato rappresenta il 20% di 336 ambulatori e laboratori totali (che si traducono in 22 ambulatori e laboratori ogni 100.000

Figura 4.8 **Incidenza percentuale degli ambulatori e laboratori privati accreditati sul totale del SSR e numerosità degli ambulatori e laboratori totali (pubblici e privati accreditati) per 100.000 abitanti, 2021**



Nota: le etichette indicano la sigla della regione e la densità abitativa in abitanti per kmq.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2023 e ISTAT.

³² È utile tenere presente che la categoria “Ambulatori e Laboratori” ha fatto registrare una lieve decrescita nel 2020 (pari allo 0,4%) rispetto al 2019.

abitanti); Piemonte, in cui 80 (il 21%) dei 379 ambulatori e laboratori sono privati accreditati (9 strutture totali ogni 100.000 ab); e in Umbria, dove 33 ambulatori e laboratori su 159 totali (19 strutture ogni 100.000 ab.) sono privati accreditati (circa il 21%).

- ▶ con riferimento alle strutture «Residenziali» e «Semiresidenziali», il privato accreditato registra nel periodo di tempo osservato una crescita in entrambi i segmenti che l'ha portato a occupare, a livello strutturale, un ruolo predominante: rappresenta rispettivamente l'84% delle strutture residenziali e il 71% di quelle semiresidenziali³³. Nel confronto interregionale sono soprattutto le regioni del Nord Italia a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate (84% delle strutture residenziali, 73% delle semiresidenziali), mentre le regioni del Centro e del Sud presentano valori sotto la media nazionale. Il gap è particolarmente pronunciato nel segmento delle semiresidenziali, dove per Centro e Sud il peso degli accreditati scende rispettivamente al 39% e al 47%. Fanno eccezione Molise e Puglia che, per entrambe le tipologie, presentano dati superiori alla media nazionale. Ad ogni modo, è importante sottolineare che strutture di questo tipo sono complessivamente molto meno diffuse nelle regioni del Centro e Sud Italia, come testimonia il confronto relativo al numero di presidi, sia pubblici che privati, per 100.000 abitanti nei diversi contesti regionali: per citare solo qualche esempio, mentre in Lombardia ci sono 7 strutture semiresidenziali ogni 100.000 abitanti, e ben 11 in Veneto, in Sicilia e Sardegna il valore scende a 1 struttura semiresidenziale ogni 100,000 ab., mentre in Calabria il dato è di 0,8 strutture ogni 100.000 ab.
- ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali»³⁴, che raggruppano in logica residuale le strutture che svolgono attività di tipo territoriale e non ricadono nelle precedenti classi, il privato accreditato ha conservato un ruolo residuale e nel 2021 presenta una quota pari al 14% del totale delle strutture³⁵.

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, le strutture deputate all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali in nome e per conto del SSN sono gli ambulatori e i laboratori, sia pubblici sia privati accreditati, che erogano tradizionalmente tre principali categorie di attività³⁶:

³³ Le strutture «Residenziali» e «Semiresidenziali» sono interessate nel complesso da un lieve scostamento negativo (-58) rispetto al 2020, ma è da sottolineare la crescita delle strutture residenziali (+126) e la riduzione di quelle semiresidenziali (-184).

³⁴ La categoria «Altre strutture territoriali» rimane pressoché stabile con uno scostamento negativo dello 0,1% rispetto al 2019.

³⁵ Il contributo risulta limitato ad eccezione di qualche contesto territoriale: la Campania presenta una percentuale pari al 30% mentre Puglia e P.A. di Bolzano si attestano nell'intorno del 25% (rispettivamente, 25% e 24%).

³⁶ A queste prestazioni tradizionali, sotto la spinta volta a trasferire in regime ambulatoriale una quota crescente delle prestazioni erogate in day hospital, si sono progressivamente aggiunti

- ▶ l'attività clinica, che include le visite specialistiche, le prestazioni riabilitative e terapeutiche, che assolvono alla funzione di consulenza diagnostica o terapeutica;
- ▶ le indagini di diagnostica strumentale (RX, TAC, ECG, ecc.), a supporto della formulazione delle diagnosi e delle successive terapie per mezzo di apposite tecniche strumentali;
- ▶ le analisi di laboratorio.

La Tabella 4.11 riporta il confronto tra strutture pubbliche e private accreditate in termini di specializzazione per tipo di assistenza. Emerge un posizionamento altamente differenziato.

Tabella 4.11 **Confronto ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati per tipo di assistenza erogata e macro-area geografica (2021, %)**

	Pubblico			Privato		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Nord	94%	39%	40%	79%	53%	27%
Centro	96%	33%	25%	54%	42%	47%
Sud	96%	41%	32%	45%	23%	48%
ITALIA	95%	38%	34%	53%	32%	43%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico del SSN, 2023

Il 95% delle strutture pubbliche eroga attività clinica, con sostanziale omogeneità su tutto il territorio nazionale, mentre, tra gli erogatori privati accreditati, solo poco più di una ogni due (53%) garantisce visite specialistiche e altre attività terapeutiche. Si rileva però una differenza marcata tra strutture private accreditate del Nord, dove si osservano dati solo parzialmente inferiori a quelli del pubblico (79%), e quelle del Centro e Sud (rispettivamente pari a 54% e 45%). Le strutture pubbliche offrono più frequentemente anche prestazioni di diagnostica strumentale rispetto a quelle accreditate (38% contro 32%), mentre l'erogazione di indagini di laboratorio è mediamente più frequente tra le strutture private accreditate (43% contro il 34% del pubblico). Complessivamente, pur tenendo presente il notevole livello di aggregazione dei dati disponibili, si registra una maggiore tendenza alla focalizzazione tra le strutture private accreditate: in media, infatti, ambulatori e laboratori

pacchetti di prestazioni ambulatoriali coordinate e complesse (PAC), che assicurano al paziente una maggiore facilità d'accesso alle prestazioni e raggruppano un insieme di indagini cliniche e strumentali multidisciplinari. Tali prestazioni vengono garantite dagli ambulatori ospedalieri o dai poliambulatori territoriali dotati di tutte le discipline previste dagli specifici percorsi di cura.

accreditati si concentrano esclusivamente su un solo tipo di assistenza (poco meno del 30% delle strutture accreditate eroga congiuntamente almeno due categorie di assistenza), mentre tra le strutture pubbliche è molto più comune la multi-specializzazione. Al Nord gli erogatori privati accreditati mostrano un posizionamento in termini di linee di attività più simile a quello pubblico, sebbene un po' più orientato alla diagnostica strumentale (il 53% delle strutture accreditate se ne occupa, a fronte del 39% di quelle pubbliche). Al Sud, invece, la quote di strutture che erogano sia attività clinica sia diagnostica strumentale è circa la metà rispetto alle quote di strutture pubbliche che si occupano di questi filoni (rispettivamente il 45% delle strutture private contro il 96% delle strutture pubbliche per l'attività clinica; 23% vs 41% per la diagnostica strumentale); emerge, invece, una maggiore focalizzazione sull'attività di laboratorio (il 48% delle strutture private se ne occupa, mentre sul fronte pubblico solo il 32% delle strutture).

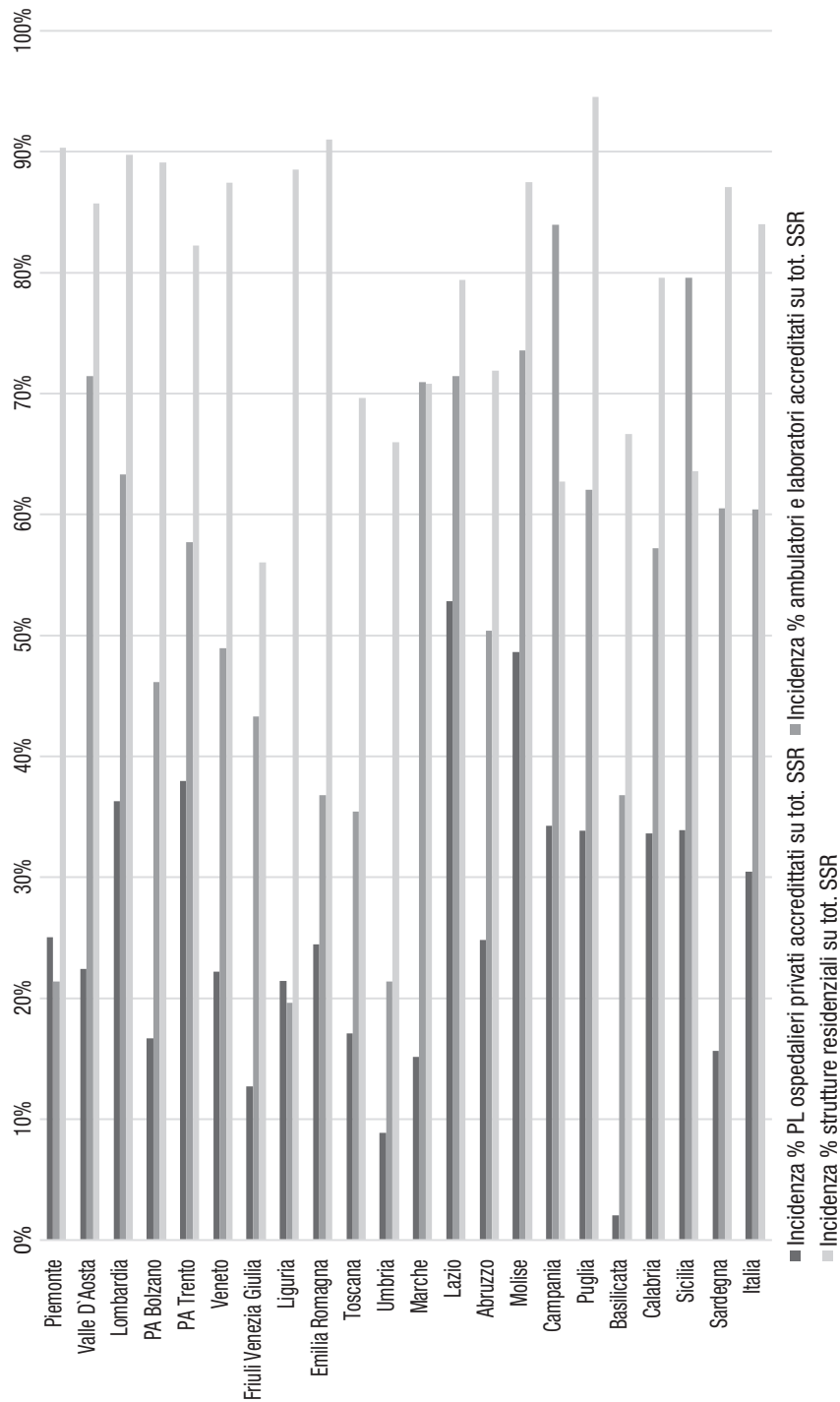
In sintesi, come è possibile osservare nella Figura 4.9, gli erogatori privati accreditati costituiscono una componente molto significativa dell'ecosistema salute in tutti gli SSR. Sul fronte dell'assistenza ospedaliera, il contributo del privato accreditato è caratterizzato da una significativa variabilità regionale: si passa da regioni, come Lazio e Molise, dove il suo peso si attesta intorno al 50%, passando per diversi SSR in cui i privati accreditati contribuiscono più di un terzo dei PL complessivi (Lombardia con il 36%, P.A. di Trento con il 38%, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia con il 34%), per arrivare a realtà, come la Basilicata e l'Umbria, dove l'incidenza dei posti letto accreditati è minoritaria (non supera il 10%).

Tendenzialmente più alto in tutte le regioni e province autonome (fanno eccezione solo Piemonte e Liguria) è il peso percentuale del privato accreditato in ambito di assistenza distrettuale osservabile, in particolare, nell'incidenza di ambulatori e laboratori accreditati sul totale delle strutture. In questo ambito solo Liguria, Piemonte e Umbria presentano un peso percentuale del privato accreditato inferiore al 30%, mentre in tutti gli altri SSR il peso del privato accreditato raggiunge quote molto significative, toccando picchi superiori al 75% in Campania (84%) e Sicilia (80%).

Decisamente dominante, infine, risulta il ruolo del privato accreditato con riferimento all'assistenza fornita dalle strutture residenziali: in nessun caso le strutture residenziali accreditate rappresentano una quota inferiore al 50%. In diversi contesti, le strutture residenziali private accreditate sono più dell'80% di quelle complessivamente presenti presso la regione o P.A.³⁷, a

³⁷ È però importante tenere presente come le strutture residenziali siano realtà molto più diffuse nelle regioni del Nord Italia e molto meno presenti nel Centro e nel Sud, il che esita in numeri complessivi di strutture residenziali, sia pubbliche che private, molto eterogenei tra le diverse aree del Paese.

Figura 4.9 **Inquadramento dei Servizi Sanitari Regionali analizzati: quota di offerta gestita dal privato accreditato, 2021**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Annuario statistico del SSN 2023, Open data. Posti letto 2023 e ISTAT

riprova di un ruolo molto importante di questi erogatori nei sistemi di offerta sanitaria delle varie regioni.

4.6 Il contributo del privato accreditato nell'erogazione dei volumi di specialistica ambulatoriale: un focus su Lombardia ed Emilia Romagna

Il paragrafo di approfondimento intende concentrare l'attenzione sull'effettivo contributo fornito dal sistema degli erogatori privati accreditati nell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in regime SSN. Sono dunque presentati i principali risultati di analisi svolte sui dati relativi all'attività di specialistica ambulatoriale, reperibili tramite i portali Open Data di due regioni tra le più grandi e popolate del Paese, Lombardia ed Emilia-Romagna.

L'approfondimento intende proporre e discutere le evidenze emerse in termini di volumi di prestazioni erogate dai privati accreditati, cogliendo le differenze per macro-branca e partizioni territoriali intra-regionali. I volumi, al lordo della mobilità, sono sempre suddivisi tra le seguenti macro-branche: (i) attività clinica, (ii) attività diagnostica strumentale e (iii) attività diagnostica di laboratorio.

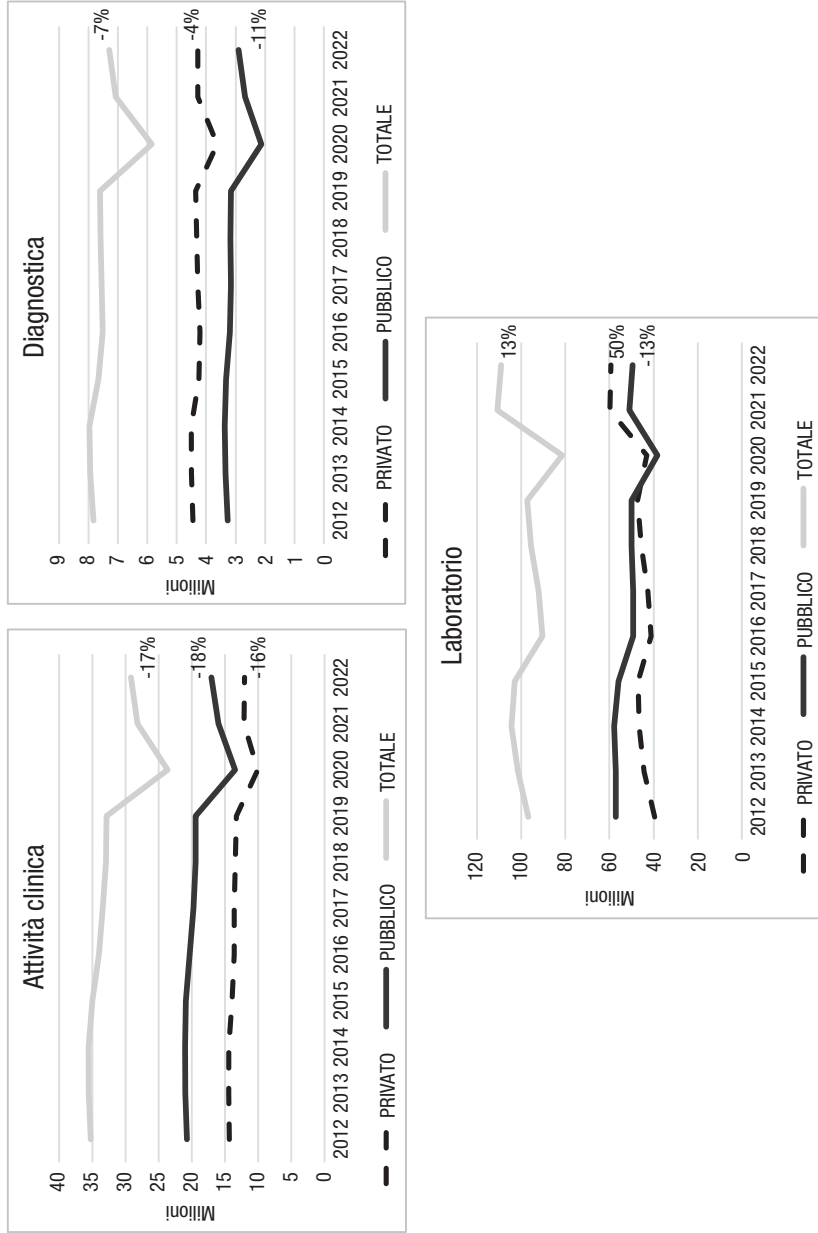
4.6.1 I volumi di specialistica ambulatoriale in Lombardia

Prendendo in considerazione l'attività clinica, nel 2022 il privato accreditato ha erogato il 41% dei 29,3 milioni di prestazioni complessivamente offerte dal SSN in Lombardia. Ciò denota un ruolo significativo del privato accreditato nel sistema di erogazione delle prestazioni ambulatoriali del SSR, ruolo che è caratterizzato da una certa stabilità nel tempo; già nel 2012, infatti, gli erogatori privati erano responsabili di quasi il 43% delle prestazioni complessive (Figura 4.10).

I volumi totali in valore assoluto di prestazioni afferenti alla branca dell'attività clinica erano allora più elevati di quelli odierni: nel 2012 erano state erogate 35 milioni di prestazioni, pertanto i volumi relativi al 2022 sono inferiori rispetto a quelli di dieci anni prima del 17% circa. A questa diminuzione ha contribuito in modo significativo l'emergenza da Covid-19, ma era già in corso un trend discendente iniziato nel biennio 2015-2016 (come si può apprezzare in Figura 4.10).

Il calo ha interessato in modo abbastanza equivalente sia il contributo degli erogatori del SSN sia quello del privato accreditato: a fronte di un calo complessivo dei volumi del 17% in dieci anni, la componente pubblica ha registrato un calo del 18%, quella privata accreditata del 16%. Dopo il picco negativo registrato nel 2020 (23,7 milioni di prestazioni, -28% rispetto all'anno prima),

Figura 4.10 Volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime SSN, per tipologia di struttura erogatrice. Branche a confronto, Lombardia, 2012-2022



Fonte: elaborazione OASI su dati Open data Volumi Prestazioni Specialistica Ambulatoriale in Regione Lombardia 2023

i livelli pre-pandemia (quasi 33 milioni nel 2019) non sono ancora stati recuperati a distanza di 3 anni.

Se si considera invece la branca della diagnostica, gli erogatori privati accreditati forniscono il 59% dei quasi 7,4 milioni di prestazioni erogate nel 2022. In questo caso la componente privata accreditata riveste un ruolo ancora più importante, nonché consolidato nel tempo, perché stabile su questi livelli almeno dal 2012. In quest'area, nei 10 anni intercorsi tra il 2012 e il 2022, i volumi sono calati decisamente meno di quanto è accaduto all'attività clinica (Figura 4.10). Nel complesso i volumi erogati sono diminuiti del 7%, un calo che però ha pesato decisamente meno sugli erogatori privati accreditati rispetto ai pubblici (-4% vs -11% rispettivamente). Con riferimento a questi ultimi, al 2022 si è tornati molto vicini ai livelli di erogazione pre-Covid: permane uno scarto minimo del 4%.

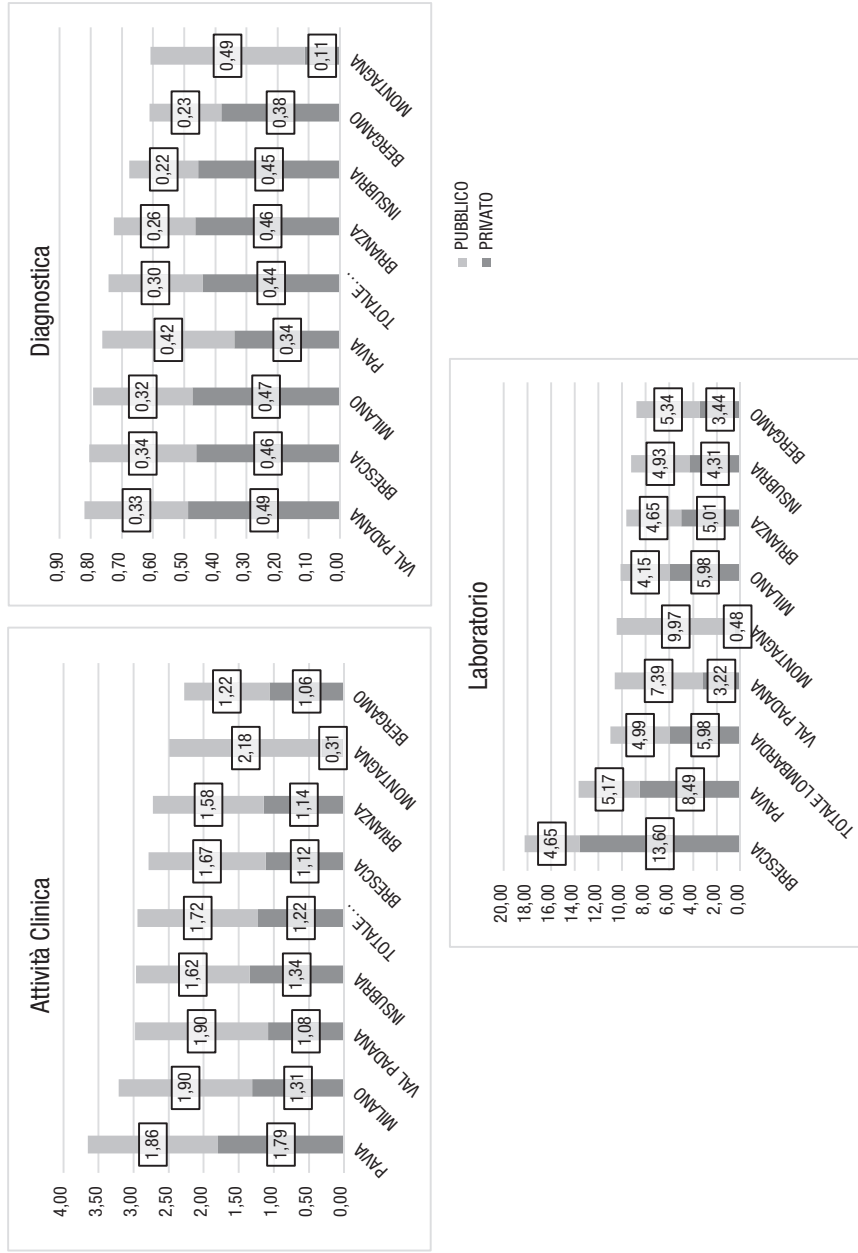
La branca nella quale, invece, si è verificato un completo recupero dei volumi già nel 2021 è quella delle prestazioni di laboratorio. Queste ultime superano i livelli di erogazione pre-pandemia, che si erano mantenuti sostanzialmente costanti rispetto ai livelli del 2012. Nella branca del laboratorio i volumi complessivi di prestazioni erogate si esprimono fisiologicamente su altri ordini di grandezza: nel 2022 si registrano 109 milioni di prestazioni di laboratorio, +12% rispetto al 2012 quando se ne erogavano 97 milioni. Allora il contributo del privato accreditato corrispondeva al 40% delle prestazioni totali; al 2022 tale contributo risulta cresciuto fino al 55%, dando evidenza di una maggiore rilevanza degli attori privati accreditati in questo campo (Figura 4.10). A riconferma di ciò è proprio la componente privata accreditata ad aver trainato il recupero dei volumi nel biennio 2021-22, con un aumento del 50% rispetto al 2012; il contributo degli erogatori pubblici, invece, ha registrato un calo del 13% nello stesso lasso di tempo.

Se prendiamo poi in considerazione le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nelle varie aree della regione, evidenziandone la parte proveniente da strutture pubbliche da un lato e la quota originata da strutture private che operano in accreditamento con il SSR dall'altro, emerge un quadro di interessante variabilità.

In primo luogo, come si può apprezzare nella Figura 4.11, è molto variabile il numero di prestazioni complessivamente erogate per abitante a seconda della zona presa in considerazione: in particolare, la più alta variabilità si registra con riferimento alle prestazioni di laboratorio (il coefficiente di variazione è del 26%, il più alto tra le tre branche). Qui si passa da un minimo di 9 prestazioni pro capite erogate nell'area dell'ATS di Bergamo a un valore doppio (18) registrato presso l'ATS di Brescia, aree peraltro confinanti; a livello regionale, il numero di prestazioni erogate per abitante è pari a 11.

Si registra una variabilità non indifferente, ma decisamente più contenuta anche nelle altre branche: in ambito di attività clinica si ha un coefficiente

Figura 4.11 **Numero di prestazioni pro capite erogate, per tipo erogatore e area geografica. Branche a confronto, Lombardia, 2022**



Fonte: elaborazione OASI su dati Open data Volumi Prestazioni Specialistica Ambulatoriale in Regione Lombardia 2023

di variazione del 14%, con valori minimi registrati di nuovo presso l'ATS di Bergamo (2 prestazioni pro capite) e valori massimi dell'ATS di Pavia, dove le prestazioni cliniche erogate per abitante sono 4; a livello regionale le prestazioni pro capite sono pari a 3. Infine, il coefficiente di variazione più basso lo si registra in ambito di diagnostica strumentale (11%), ambito nel quale, in tutta la Lombardia, si eroga in media meno di una prestazione per abitante (0,74).

Anche il contributo relativo del privato accreditato per ciascuna branca oscilla in maniera rilevante: se consideriamo le prestazioni di laboratorio, si ritrova nuovamente il coefficiente di variazione più alto (44%) e si passa da zone, come quella dell'ATS Montagna, dove il privato accreditato eroga solo il 5% delle prestazioni di laboratorio, ad aree come quella di competenza dell'ATS di Brescia, in cui il privato accreditato è responsabile per il 75% delle prestazioni di laboratorio erogate. Presentano livelli di variabilità più contenuti ma comunque significativi anche le branche della diagnostica e della clinica (entrambe con un CV del 27%): presso l'area di competenza dell'ATS Montagna si registrano le quote di privato accreditato più basse (12% per l'attività clinica e 19% per la diagnostica), mentre i valori massimi si registrano rispettivamente per l'attività clinica nell'area dell'ATS di Pavia (49%) e per l'attività diagnostica presso l'ATS dell'Insubria (67%).

4.6.2 I volumi di specialistica ambulatoriale in Emilia-Romagna

Le medesime analisi sono state sviluppate anche sui dati della regione Emilia-Romagna e restituiscono un quadro di ruoli e posizionamenti della componente privata accreditata significativamente diverso da quello emerso per la Lombardia.

In questo SSR, con riferimento all'attività clinica, nel 2022 il privato accreditato contribuisce con il 17% delle prestazioni complessivamente erogate in Emilia-Romagna, che sono 8,9 milioni. Il ruolo degli erogatori accreditati nel SSR, per quanto concerne l'attività clinica, è dunque piuttosto contenuto, seppur stabile nel tempo. Nel 2012 infatti, i volumi di prestazioni complessivamente erogate si attestavano su ordini di grandezza paragonabili a quelli del 2022 (9,2 milioni) e il contributo della componente privata accreditata era già pari al 16%.

Anche in Emilia-Romagna l'emergenza da Covid-19 ha comportato significativi rallentamenti nei numeri di prestazioni erogate, non solo nella branca della clinica, ma anche in ambito di prestazioni diagnostiche e di laboratorio, come si vedrà di seguito.

Per quanto riguarda le prestazioni cliniche, i volumi erogati nel corso del 2020 si sono rivelati inferiori del 25% rispetto ai livelli dell'anno precedente (7,5 milioni vs 10 milioni del 2019); nel 2022 il recupero dei livelli pre-Covid è

ancora in corso: le prestazioni cliniche complessivamente erogate sono il 12% in meno rispetto a quelle del 2019, delta distribuito in maniera omogenea tra componente pubblica e componente privata. Rispetto al 2012, invece, i volumi erogati sono rimasti sostanzialmente invariati: -3%, con lievi variazioni sia sul versante pubblico sia su quello privato (Figura 4.12).

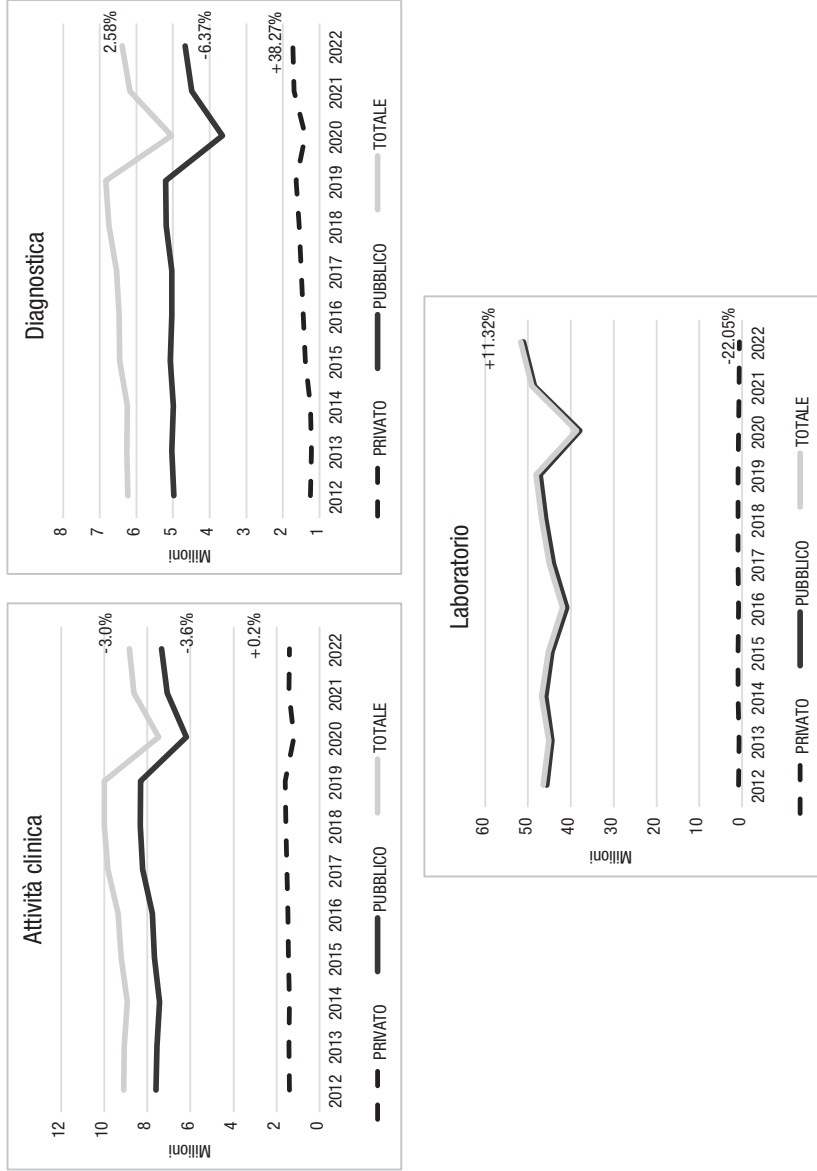
In ambito di diagnostica strumentale, si registrano volumi di prestazioni complessivamente erogate di quasi 6,4 milioni, valore non lontano da quello della Lombardia, pari a 7,4 milioni, che però ha una popolazione superiore al doppio. Il contributo degli erogatori privati convenzionati anche in Emilia-Romagna è rilevante (27%). Inoltre, il ruolo rivestito da questa componente ha esperito una crescita nel corso degli ultimi 10 anni, in quanto nel 2012 i privati accreditati erano responsabili solo del 20% dei volumi totali di diagnostica strumentale in Emilia-Romagna. È inoltre interessante notare come, negli stessi 10 anni, i volumi totali non siano calati (differentemente da quanto accaduto in Lombardia): si è verificato un leggero aumento, del 2,6%, trainato prevalentemente dalla componente privata accreditata (+38%) a fronte di una decrescita dei volumi pubblici (-6%). In ambito diagnostico, al 2022 si è tornati molto vicini ai livelli pre-Covid (permane uno scarto del 6% rispetto ai volumi del 2019); anche in questo caso il recupero è stato trainato dai privati accreditati, i quali hanno erogato più prestazioni rispetto ai livelli del 2019 (+6%).

Infine, anche nell'SSR emiliano-romagnolo la branca del laboratorio si riconferma l'unica in cui si è verificato un superamento dei livelli di erogazione pre-pandemia (+8% rispetto al 2019). In questo ambito i volumi complessivi di prestazioni erogate si esprimono naturalmente su livelli più alti rispetto alle altre due branche (quasi 52 milioni di prestazioni nel 2022). In Emilia-Romagna il contributo degli erogatori privati accreditati nella medicina di laboratorio appare di fatto marginale: 632.585 prestazioni, corrispondenti all'1,2% del totale e peraltro in diminuzione rispetto al 2012 (-22%). È pertanto possibile affermare che il recupero e superamento dei livelli pre-Covid siano completamente attribuibili all'erogazione aggiuntiva prodotta dalle strutture pubbliche (+8% rispetto al 2019); in quegli stessi anni (tra il 2019 e il 2022) il numero di prestazioni erogate dal privato accreditato è invece diminuito del 29% circa.

Da questi dati emerge quindi come in Emilia-Romagna, in ambito ambulatoriale e territoriale, la componente privata accreditata rivesta un ruolo più contenuto, con la parziale eccezione della branca della diagnostica strumentale, in cui più di un quarto delle prestazioni proviene da strutture che operano in accreditamento con il SSR, con un trend di volumi in leggera crescita.

Passando ad analizzare le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nelle varie aree del SSR, distinguendo la parte proveniente da strutture pubbliche e la quota originata da strutture private accreditate, emerge il seguente

Figura 4.12 Volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime SSN, per tipologia di struttura erogatrice. Branche a confronto, Emilia-Romagna, 2012-2022



Fonte: elaborazione OASI su dati ReportER Attività Specialistica Ambulatoriale 2023

quadro. In primo luogo, come si può apprezzare nella Figura 4.13, il numero di prestazioni complessivamente erogate per abitante varia poco a seconda della zona presa in considerazione. La più alta variabilità si registra con riferimento alle prestazioni di laboratorio (il cui coefficiente di variazione è pari a 11%): si passa infatti da un minimo di 10 prestazioni pro capite erogate (sia da strutture pubbliche sia da strutture accreditate) nell'area dell'AUSL di Parma a un valore massimo di quasi 14 prestazioni (13,6) dell'AUSL di Piacenza. A livello regionale, il dato complessivo è di 11,6 prestazioni di laboratorio per abitante. Si registra una variabilità ancora più contenuta nelle altre branche: in ambito di attività clinica si oscilla tra 1,6 prestazioni pro capite (Imola) e 2,2 (Ferrara); il dato medio regionale è pari a 2 prestazioni cliniche pro capite. In ambito di diagnostica strumentale, infine, si passa da un minimo di 1,1 (Piacenza) a un massimo di 1,5 prestazioni per cittadino (presso le AUSL di Ferrara, Romagna, Modena e Bologna). In questo ambito il dato regionale è pari 1,4 prestazioni di diagnostica strumentale per abitante.

Per quanto riguarda il contributo relativo del privato accreditato ai volumi erogati, nell'ambito delle prestazioni di laboratorio questo rimane molto basso (1%), se non addirittura nullo presso le zone di competenza di diverse AUSL (Piacenza, Bologna, Ferrara, Modena e Imola); fa eccezione solo l'AUSL di Reggio Emilia, in cui il contributo del privato accreditato raggiunge il 3%. Più significativo in tutte le AUSL risulta il contributo degli erogatori privati accreditati in termini di diagnostica strumentale: in tutte le aree il privato accreditato contribuisce con una quota rilevante, ricompresa tra il 25% (AUSL Modena) e il 34% delle prestazioni complessive (AUSL Parma); solo Ferrara si distacca da questa tendenza (14%).

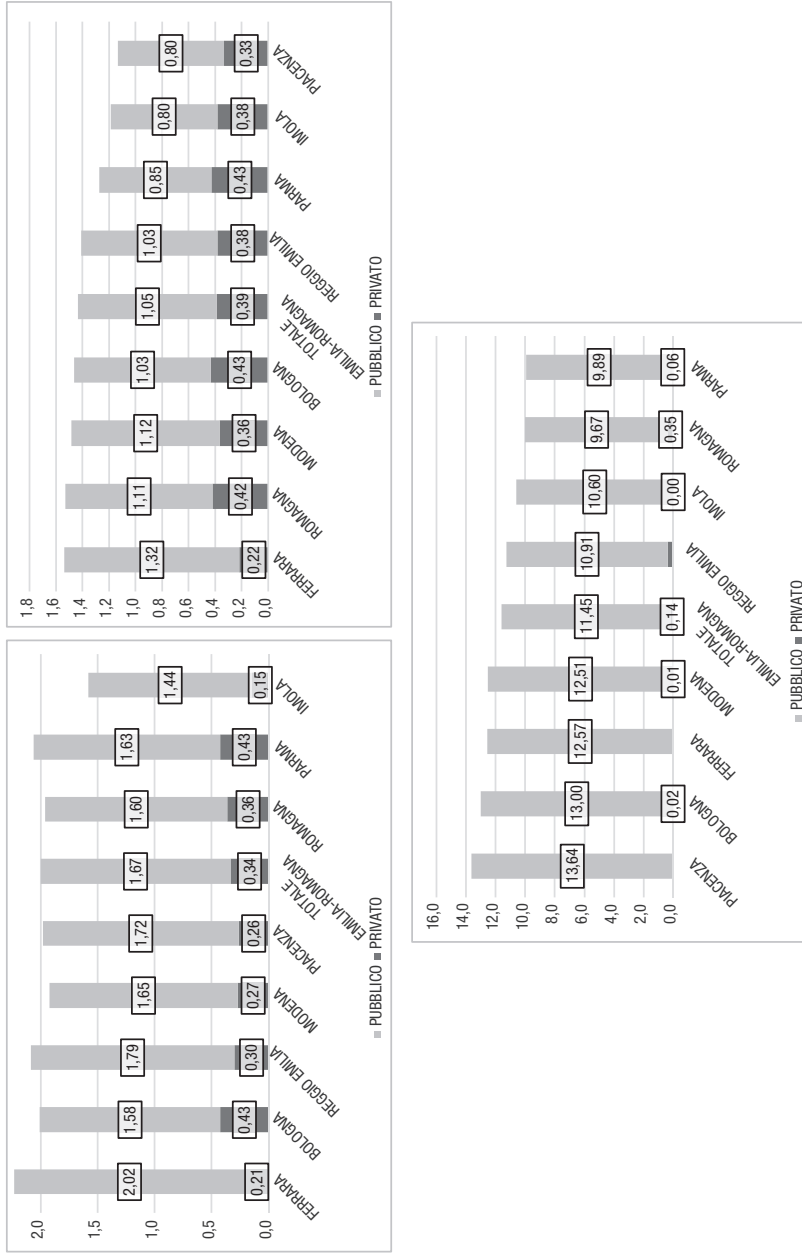
La maggiore variabilità nel contributo relativo del privato accreditato, infine, si rileva nell'ambito dell'attività clinica: qui il coefficiente di variazione si attesta sul 35%. Il peso minore lo rivestono i privati accreditati che operano presso l'AUSL Ferrara (5%), mentre il contributo più significativo si registra presso l'AUSL Romagna (16%).

4.7 Conclusioni

Le analisi condotte in questo capitolo consentono alcune riflessioni sul ruolo del privato accreditato nel SSN italiano, che si appresta ad affrontare i cambiamenti e le sfide di una stagione di finanza pubblica contraddistinta da una relativa scarsità di risorse correnti.

Analizzando i dati di spesa e offerta di servizi, emerge come il privato accreditato costituisca una componente rilevante del Servizio Sanitario Nazionale. Nel 2022 la spesa del SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati

Figura 4.13 **Numero di prestazioni pro capite erogate, per tipo erogatore, per area geografica. Branche a confronto, Emilia-Romagna, 2022**



Fonte: elaborazione OASI su dati Open data ReportER Attività Specialistica Ambulatoriale 2023

è stata pari a 414 euro pro capite, il 17,5% del totale della spesa sanitaria pubblica, in leggero aumento rispetto all'anno precedente (400 €, 17,4%). Dopo il calo osservato nel 2020, la spesa per assistenza erogata da privati accreditati era già cresciuta in modo rilevante nel 2021 e ha continuato a crescere nel 2022, confermando il trend di ripresa rispetto al periodo pre-pandemico (+10%). Rispetto al pre-pandemia, il dato è ancora inferiore in termini relativi (17,8% nel 2019), ma superiore in valore assoluto: nel 2019 la spesa pro capite era pari a € 378. Del resto, nello stesso triennio la spesa totale SSN cresce, in termini nominali pro capite, dell'11%: da € 2.122 a € 2.362. Dunque un incremento in linea con la crescita della spesa sanitaria pubblica

Il ruolo del privato è rilevante in tutti i setting di offerta e tendenzialmente in crescita. Il capitolo riporta i principali dati di dotazione strutturale e performance del privato nel contesto del SSN.

Al 2021, rappresenta il 30% dei posti letto ospedalieri, +3 punti percentuali rispetto al 2007, con alcune specialità in cui offre la maggior parte dei PL. È il caso dei setting non acuti, sempre più rilevanti alla luce dei cambiamenti epidemiologici in corso: in quest'ambito il privato offre il 56% dei posti per lungodegenza e il 76% di quelli delle specialità riabilitative. Con riferimento all'acuzie, il ruolo del privato è rilevante soprattutto in area chirurgica: tra le principali specialità, si segnalano ortopedia (38% dei posti letto) e chirurgia generale (32%). Come molti presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL³⁸, le 563 strutture private accreditate del Paese hanno in media dimensioni ridotte: 131 PL. Il 55% delle strutture ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati, il 31% ne ha tra i 100 e i 200, soltanto il 14% supera i 200 PL accreditati (Figura 4.2). Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate oltre la metà (57%) delle 75 strutture con più di 200 posti letto. Non stupisce che in tali regioni i privati gestiscano oltre un quarto dei servizi di emergenza-urgenza del SSR, a fronte di un dato nazionale del 10%. Inoltre, consultando l'elenco pubblicato al 2023 sul sito del Ministero dell'Università e Ricerca, 20 dei 30 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio. Questi dati sono sufficienti a delineare la variabilità dei profili degli erogatori privati accreditati, sia tra i sistemi regionali, sia all'interno di uno stesso SSR.

Gli indicatori di processo ed esito introdotti dal DM 70/15 confermano un quadro che non si presta a facili semplificazioni. Sul piano interpretativo, non bisogna scambiare dati relativi ad alcuni singoli interventi come una valutazione dell'intera attività ospedaliera erogata nel SSN. Tuttavia, le evidenze proposte sono relative a prestazioni diffuse e socialmente rilevanti per le quali esistono, da ormai sette anni, capillari rilevazioni a livello di singola struttura.

I dati 2021 relativi a colecistectomie laparoscopiche e valvuloplastiche se-

³⁸ Cfr. cap. 2 del presente Rapporto.

gnalano standard elevati per il 92% e l'81% delle strutture private accreditate, con percentuali superiori agli ospedali pubblici (81%, 78%). Da rilevare che, per queste due prestazioni, le strutture private rappresentano il 35%-40% degli ospedali inclusi nell'analisi. Per quanto riguarda la tempestività degli interventi al femore nell'anziano, la percentuale di raggiungimento dello standard appare più contenuta, e sostanzialmente allineata, per pubblico e privato (57%, 56%). La tempestività delle angioplastiche è secondo standard nella metà delle strutture private (52%), più ridotta nelle pubbliche (39%). Infine, con riferimento al parto cesareo, il raggiungimento degli standard si attesta su percentuali molto basse nel pubblico (30%) e ancor più nel privato (15%). Per queste ultime tre prestazioni la quota di accreditati si assesta sempre tra il 15% e il 16%. I dati PNE confermano dunque l'orientamento prevalente del privato verso l'area della chirurgia elettiva, dove si registra un maggior numero di strutture eroganti e una percentuale più elevata di *compliance*. Inoltre, a livello generale, rispetto ai dati 2015, si nota un netto miglioramento dei livelli di raggiungimento degli standard per quanto riguarda tutte le prestazioni, con l'eccezione del parto cesareo. Questo dato andrebbe ovviamente valutato nel complesso della casistica SSN per comprendere se il miglioramento è generalizzato o meno. Infine, i dati confermano un rilevante divario qualitativo tra Centro-Nord e Mezzogiorno che riguarda sia le strutture pubbliche che quelle private con riferimento a colecistectomie, valvuloplastiche e parti cesarei; il divario riguarda solo il pubblico con riferimento al femore, mentre non emerge per le angioplastiche. Queste evidenze appaiono coerenti con la rilevazione per macro area clinica condotta recentemente da Agenas e AIOP (2023).

Passando al tema dell'assistenza territoriale, a livello nazionale (2021) il privato accreditato gestisce il 60% degli ambulatori e laboratori. Si tratta di quote minime, attorno al 20%, in Liguria e Piemonte, fino a oltrepassare l'80% in Campania e Sicilia. Inoltre, è privato accreditato l'84% delle strutture residenziali e il 71% di quelle semiresidenziali. Per valutare più compiutamente il ruolo rivestito dai privati in ambito territoriale, è utile analizzare i dati dei volumi di prestazioni effettivamente erogati nel decennio 2012-2022 messi a disposizione da due regioni tra le più popolate e significative del Paese, anche per la qualità dei loro modelli sanitari: Lombardia ed Emilia-Romagna.

Innanzitutto, osservando i volumi totali SSN, si registrano livelli pro capite molto simili per il laboratorio analisi (rispettivamente 11 e 11,6 prestazioni per abitante), livelli più elevati in Emilia se si considera la diagnostica (1,4 prestazioni contro 0,7), maggiori in Lombardia per la clinica (3 contro 2).

In Lombardia, il privato accreditato contribuisce in maniera fondamentale all'erogazione di prestazioni ambulatoriali. Nell'ambito della diagnostica strumentale, la quota si attesta al 59%, in quello del laboratorio al 55%, per quanto riguarda l'attività clinica al 41%. Negli anni, la percentuale del privato è cresciuta notevolmente (+15 p.p.) nell'area del laboratorio, trainando il recupero

dei volumi complessivi del SSR; prestazioni di laboratorio che, a differenza degli altri due ambiti, hanno superato sia i livelli 2012 che quelli 2019. La Lombardia, inoltre, presenta grande variabilità intra-regionale (tra ATS) in termini di incidenze della componente privata e di prestazioni erogate per abitante, soprattutto con riferimento al laboratorio analisi.

In Emilia-Romagna emerge innanzitutto un ruolo più contenuto dei privati accreditati: si passa da una quota rilevante in ambito diagnostico (27%), a una più ridotta per l'attività clinica (17%) fino alla sostanziale assenza nell'area del laboratorio. Al 2022, i volumi di prestazioni cliniche e diagnostiche hanno recuperato i livelli 2012 e 2019; nel caso della diagnostica è stato rilevante l'apporto del privato accreditato, cresciuto del 40% nel decennio. Il laboratorio, come in Lombardia, presenta volumi superiori al 2012 e al 2019, ma la crescita è da attribuire unicamente alle strutture pubbliche. A livello di differenze tra territori, inoltre, l'Emilia-Romagna presenta una maggiore uniformità del contributo privato tra le diverse aree di riferimento delle AUSL.

Nel complesso, le due regioni differiscono non tanto per i volumi complessivi di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogati, quanto per la macro-area nella quale presentano i maggiori volumi erogativi pro capite, per la rilevanza del privato nelle singole specialità, per le differenze infra-regionali non solo in termini di quota di offerta privata accreditata, ma anche per le prestazioni pro capite. Indubbiamente l'Emilia-Romagna si presenta come un sistema più omogeneo, caratterizzato da una prevalenza dell'erogazione pubblica, con la rilevante eccezione dell'ambito diagnostico, dove il contributo privato è rilevante. La Lombardia, che, per inciso, presenta una popolazione doppia, si presenta come un sistema con volumi di specialistica ambulatoriale sostanzialmente equidivisi tra pubblico e privato accreditato, con una maggiore diversificazione tra i territori.

Questo panorama, ovviamente, offre solo una prima visuale e apre a nuove domande, a cui non è stato possibile rispondere sulla base dei dati disponibili in entrambe le regioni. Se ne elencano alcune. Rispetto ai dati presentati, qual è la quota di prestazioni erogata da strutture ospedaliere, ma «per esterni»? Qual è la quota di visite specialistiche all'interno dell'attività clinica? Qual è la componente di prestazioni erogate in mobilità per ognuna delle branche considerate? Quali differenze si possono rilevare a livello intra-aziendale (o al livello di ASST lombarde)? E soprattutto, quali sono i volumi pro capite erogati in regime privato? Inoltre, sarebbe interessante riproporre queste analisi a livello nazionale, o quantomeno, in contesti regionali del Centro-Sud caratterizzati da elevata componente privata accreditata, come Lazio, Campania, Sicilia.

Allo stesso tempo, il panorama offre già spunti per interpretare il potenziale ruolo del privato in anni di rapidi cambiamenti dell'offerta territoriale, guidati dal PNRR, dal DM 77/22 e dai conseguenti atti di programmazione sanitaria regionale. Fondi per investimenti, standard organizzativi e processi di cambia-

mento che però vanno a inserirsi in contesti di offerta e di governance regionale molto differenziati (Marotta e Ricci, 2021). In questo ambito, è possibile delineare tre posizionamenti.

Il primo emerge nei territori e nelle specialità in cui il privato accreditato eroga quote molto rilevanti di attività SSN. Una soglia convenzionale potrebbe essere quella di un terzo dell'attività, ma l'analisi condotta ci restituisce il quadro di molti territori lombardi in cui il contributo privato supera il 50%. In tali realtà il soggetto pubblico (ATS o ASL) si configura come committente ancora più che come erogatore di assistenza specialistica ambulatoriale. In un'ottica di continuità di cure, appare ragionevole un coordinamento stretto tra i percorsi di presa in carico dei pazienti, spesso gestiti da soggetti pubblici, e la programmazione delle attività diagnostica e clinica, in consistente parte erogata dal privato. I meccanismi di committenza dovrebbero incentivare gli operatori privati non solo a orientare il proprio case mix coerentemente con le necessità epidemiologiche tracciate dal pubblico e a garantire elevati standard qualitativi, ma anche a integrare i meccanismi operativi. Tale integrazione dovrebbe diventare una scelta conveniente per il privato, fonte di vantaggio competitivo, magari in termini di maggiore stabilità dei contratti e di incremento dei budget assegnati. Riprendendo la tassonomia riportata da Brown e Keast (2003), ci si pone in un contesto di *collaborazione*. I due soggetti, che riconoscono una forte interdipendenza per raggiungere i rispettivi fini, lavorano assieme per innovare in profondità il sistema di risposta al bisogno, in un'ottica di lungo periodo e di co-produzione del servizio. Questa ottica di collaborazione richiede un approccio di attenzione, fiducia e valorizzazione reciproca che mal si concilia con approcci meramente dirigisti, o all'opposto, lassisti. In entrambi i casi, il committente pubblico rischia di non cogliere le effettive capacità produttive del privato e di esporsi con una programmazione irrealistica.

In territori e specialità in cui il privato eroga quote rilevanti, ma chiaramente minoritarie, di specialistica ambulatoriale (15%-30%) l'integrazione dei processi erogativi è meno fondamentale, ma risulta comunque importante l'orientamento della produzione del privato verso elevati livelli qualitativi e verso le necessità epidemiologiche del territorio: quali prestazioni erogare, in quali luoghi, a quali profili indicativi di pazienti. L'individuazione delle necessità epidemiologiche, però, può beneficiare dell'esperienza sul campo degli erogatori privati e deve tenere conto del profilo di offerta che essi rendono disponibile. Si aprono spazi per una relazione di *coordinamento* tra il privato e l'SSN, in cui l'interscambio informativo si formalizza e il relativo contenuto è utilizzato dagli attori per la pianificazione e le decisioni di medio termine che riguardano, in questo caso, la co-programmazione delle attività SSN. Il supporto del privato nel rispondere alle necessità epidemiologiche diventa un fattore di successo, almeno negli ambiti erogativi in cui il SSN finanzia la risposta a quote significative di domanda sanitaria. Anche in tali contesti, in fase di programmazione

sono da valorizzare approcci negoziali che consentano previsioni realistiche su volumi e profili di prestazioni offerte.

Infine, esistono territori e specialità in cui l'erogazione di prestazioni avviene quasi totalmente da parte delle aziende sanitarie pubbliche. Il privato ha piena libertà di posizionamento e di ricerca di un vantaggio competitivo nelle aree non coperte dal pubblico. Quest'ultimo svolge solo un ruolo di regolazione, a tutela della qualità del servizio e dei livelli di equità, che necessita comunque della disponibilità di informazioni su profili dell'attività erogata al di fuori del SSN. In quest'ottica di *cooperazione*, in cui tutti i soggetti del settore riconoscono il contributo degli altri attori per rispondere al bisogno di salute, rimangono opportuni scambi informativi tra pubblico e privato.

4.8 Bibliografia e sitografia

- AGENAS e AIOP (2023), Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali italiani.
- Bobini M., Longo F., Ricci A. (2020), «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo nella risposta del SSN al Covid-19», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2020*, Milano, Egea, pp. 163-202.
- Brown, K., & Keast, R. (2003). Community-government engagement: Community connections through networked arrangements. *Asian Journal of Public Administration*, 25(1), pp. 107–132.
- Carbone C. (2013), *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea.
- Carbone C., Longo F., Ricci A. (2014), «Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2014*, Milano, Egea, pp. 437-462.
- Giudice L., Preti L., Ricci A. (2022), «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo potenziale nell'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2022*, Milano, Egea, pp. 151-198.
- Marotta A., Ricci A. (2021), «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo potenziale nell'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2021*, Milano, Egea, pp. 175-217.
- Ministero della Salute (2023), Annuario Statistico del SSN – anno 2021, disponibile online https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=6192
- Ministero della Salute (2023), Database Posti letto per struttura ospedaliera 2021, disponibile on line <https://www.dati.salute.gov.it/>
- Ministero della Salute, Assistenza Specialistica Ambulatoriale, disponibile

online <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4701&area=Lea&menu=distrettuale>

Regione Lombardia (2023), Portale ReportER, sezione Assistenza Specialistica Ambulatoriale, disponibile online <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/reporter>

Regione Lombardia (2023), Volumi Prestazioni Specialistica Ambulatoriale in Regione Lombardia, disponibile online <https://www.dati.lombardia.it/dataset/Volumi-Prestazioni-Specialistica-Ambulatoriale-in-/hdbq-kes5>

5 Il ruolo dell'assistenza domiciliare nell'assistenza agli anziani non autosufficienti: un'analisi comparata

di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Simone Manfredi, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli e Andrea Rotolo¹

5.1 Introduzione e metodo di lavoro

Il 2023 appare come un anno in cui il sistema socio-sanitario di assistenza agli anziani affronta delle sfide di rimodulazione e di potenziale ridisegno delle regole che lo governano. Questo riguarda sia un servizio specifico, l'assistenza domiciliare, che oggi spesso è presentato nella visione «*Ageing in place*» (Pani-Arreman *et al.*, 2021) come la soluzione su cui investire nel prossimo futuro, sia gli aspetti di governance, finanziamento e funzionamento dei servizi. Il primo tema, quello dell'assistenza domiciliare, è stato posto in particolare dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza² che ha fissato un obiettivo nazionale in termini di erogazione di servizi di assistenza domiciliare per gli anziani. I dati illustrati più sotto in Tabella 5.6 mostrano come attualmente solo tre regioni soddisfano gli standard richiesti, avviando per tutte le altre un periodo di intenso lavoro e investimento sul potenziamento dei servizi domiciliari. Il secondo tema è invece derivato dalla emanazione del disegno di legge contenente la proposta di Riforma del sistema di assistenza per gli anziani (Legge Delega 33/2023) che entro fine anno porterà alla promozione di nuove regole per il funzionamento del sistema. Questo potenzialmente porterà ad un ridisegno complessivo del sistema non autosufficienza, andando oltre il tema dell'assistenza domiciliare e coinvolgendo tutte le tipologie di servizi. In questo capitolo presentiamo alcuni dati di base per sostenere la discussione su queste tematiche. Ipotizzare, infatti, un intervento massivo su una tipologia di servizio o riguardante il ridisegno del sistema, implica necessariamente partire dall'esi-

¹ Nonostante il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, il § 5.1 è da attribuirsi a Elisabetta Notarnicola, § 5.2 a Eleonora Perobelli, il § 5.3 a Simone Manfredi, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Andrea Rotolo, il § 5.4 a Giovanni Fosti, Francesco Longo ed Elisabetta Notarnicola.

² Subinvestimento: M6C1 I1.2.1 – Assistenza domiciliare

stente almeno per due ordini di motivi. Il primo è che nessun cambiamento in questo ambito potrà partire da una base nulla, dato che il sistema (seppur frammentato e parziale come illustrano i dati) è radicato su una regolamentazione regionale e competenze erogative stratificatesi negli ultimi 20 anni circa, che ha plasmato in vario modo i servizi, il loro funzionamento e la relazione tra questi e le famiglie. Il secondo motivo, strettamente correlato al primo, è che nessun cambiamento potrà essere implementato in tempi rapidissimi e necessiterà di un tempo di transizione in cui i servizi e le politiche attuali dovranno evolvere e modificarsi. I dati presentati in questo Capitolo intendono supportare la discussione, rendendo evidenti alcune specificità del sistema attuale che necessariamente influenzeranno qualsiasi decisione ed evoluzione futura:

1. I dati mostrano come il sistema socio-sanitario pubblico per gli anziani non autosufficienti sia oggi incredibilmente parziale ed eterogeneo nella sua capacità di presa in carico. La prima parte del Capitolo illustra i dati riferiti all'offerta, alla domanda di servizi e al bisogno potenziale, mostrando le lacune del sistema. Sia il potenziamento dell'assistenza domiciliare, che il ripensamento del sistema prendono le mosse da questi numeri e pongono quindi il tema di quali siano agli obiettivi futuri da raggiungere nell'ipotesi di voler potenziare il sistema.
2. I dati mostrano come l'assistenza domiciliare sia una componente del sistema, certamente la più rilevante in termini di numerosità delle persone raggiunte, ma non in termini di intensità assistenziale garantita. Qualsiasi ripensamento dell'assistenza domiciliare dovrebbe quindi essere inquadrata in un ripensamento complessivo dei servizi per le persone anziane e non può prescindere dalla messa in relazione con quanto accade negli altri servizi esistenti (pubblici e a pagamento privato).
3. L'evoluzione dei sistemi di presa in carico degli anziani è un tema oggi oggetto di discussione a livello europeo. Altri Paesi, confrontabili con il nostro, hanno già intrapreso riforme importanti o presentano sistemi di servizi più articolati del nostro. Per questo sarebbe opportuno e utile che il sistema italiano si confrontasse con quanto accade in altri contesti.

Alla luce di queste considerazioni, il Capitolo passa in rassegna dati ed evidenze che discutono dello stato dell'assistenza agli anziani in Italia e degli sviluppi dell'assistenza domiciliare. Per questo nel paragrafo 5.2 si presentano i dati più aggiornati (riferiti al 2020 e al 2021) rispetto all'offerta e domanda di servizi e al bisogno potenziale, in modo da valutare la capacità di risposta del sistema pubblico. Nel paragrafo 5.3 si presenta lo stato dell'arte dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in alcuni Paesi europei (Belgio, Francia, Germania e Svizzera con un affondo sul Canton Ticino). Nel paragrafo 5.4 si traggono alcune conclusioni per la revisione del sistema di assistenza agli anziani in Italia, con un focus sull'assistenza domiciliare.

5.2 Il sistema socio-sanitario e sociale per gli anziani non autosufficienti in Italia

La presente sezione aggiorna la consueta mappatura dei dati di fabbisogno, capacità di offerta e utenza in carico della rete socio-sanitaria e sociale per anziani non autosufficienti. Per approfondimenti circa l'impostazione e il metodo di analisi, si rimanda al Capitolo 6 del Rapporto OASI 2016. In questa sede, è opportuno rammentare che il sistema socio-sanitario e sociale non dispone di un sistema informativo organico che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il numero e la tipologia di prestazioni di cui usufruisce, né di arrivare a dare una rappresentazione completa ed esaustiva del settore. Ne deriva il rischio di includere lo stesso utente più volte qualora beneficiario di più interventi. Per limitare questo inconveniente sono quindi considerati unicamente i servizi reali (anche detti *in kind*), mentre sono esclusi i trasferimenti monetari. Inoltre, sono state escluse dalla stima le misure tipicamente locali riconducibili al «sostegno alla domiciliarità» (come, ad esempio, l'assistenza sociale professionale, gli interventi per l'integrazione sociale, gli interventi educativo-assistenziali e quelli per l'inserimento lavorativo), considerando esclusivamente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata, che hanno invece diffusione a livello nazionale.

Infine, al momento in cui si scrive (luglio 2023) ISTAT non ha pubblicato l'aggiornamento della rilevazione sui Presidi Socio-Assistenziali per l'anno 2021. La scelta degli autori è di proporre un aggiornamento della fotografia della rete grazie ad altre fonti, cronologicamente più prossime alla pubblicazione del Rapporto OASI. In particolare, verranno utilizzati:

- ▶ i dati dell'Annuario Statistico del SSN riferiti al 2021 per una fotografia della rete di offerta socio-sanitaria;
- ▶ i dati della Spesa Sociale dei Comuni prodotti da ISTAT riferiti al 2020 per il calcolo degli utenti in carico ai servizi *in kind* ad afferenza sociale.

Il disallineamento temporale tra le due fonti sopracitate porta, come già avvenuto per il Rapporto OASI 2022, a separare la trattazione delle due componenti della rete di offerta (socio-sanitaria e sociale) per evitare di comparare dati 2021 con quelli eccezionali del 2020. Infine, si ritiene che la rilevazione ISTAT sui Presidi Socio-Assistenziali rimanga la fonte più attendibile per quantificare l'effettiva offerta residenziale socio-sanitaria e sociale, grazie alla possibilità di differenziare i posti per livello di assistenza sanitaria erogata. Al contempo, è altrettanto rilevante offrire al dibattito rilevazioni aggiornate, pur rimarcando la criticità dell'assenza di dati più recenti e il consueto marcato scarto temporale tra anno di riferimento dei dati nelle fonti istituzionali e momento della loro pubblicazione.

5.2.1 Stima del bisogno potenziale

In questa sede, per «anziani non autosufficienti» si intendono le persone di età superiore o uguale a 65 anni, con gravi limitazioni funzionali secondo la classificazione proposta da ISTAT (2021) nell'indagine europea Ehis. Ad oggi questa risulta la fonte più accurata per cogliere le limitazioni cognitive, oltre che funzionali, tra la popolazione over65. Si rimanda al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2022 per maggiori dettagli sull'indagine.

La popolazione non autosufficiente viene dunque stimata applicando la percentuale di anziani con limitazioni funzionali (28,4%) alla popolazione over65 per l'anno oggetto di analisi tratto da ISTAT³.

Per il 2021, la stima degli anziani non autosufficienti è dunque pari a 3.959.395 individui, in crescita rispetto alla precedente rilevazione in virtù dell'aumento della popolazione anziana. Infatti, non disponendo di un aggiornamento della prevalenza della non autosufficienza, la stima aumenta in virtù del costante invecchiamento della popolazione. Ciò nondimeno, non si esclude che questa stima sia al ribasso, vista l'evoluzione continua del profilo epidemiologico della popolazione.

5.2.2 La capacità produttiva del sistema di offerta

Come anticipato, in assenza di un aggiornamento della rilevazione ISTAT sui Presidi Socio-Assistenziali, si è optato per l'utilizzo di fonti differenti per aggiornare la consueta fotografia della rete di offerta, pur nella consapevolezza che i dati ISTAT forniscono una indicazione più realistica dell'effettiva dotazione di posti letto in RSA a livello nazionale (*cf.* Capitolo 6 OASI 2016).

La Tabella 5.1 permette di analizzare la capacità del sistema di offerta pubblico socio-sanitario per tipologia di servizio erogato, confrontando le annualità 2019, 2020 e 2021. I dati segnalano un aumento del 4% dei posti letto residenziali: in assenza di chiarimenti espliciti circa la natura di questa variazione, una delle ipotesi possibili è che la crescita sia riconducibile all'attivazione di posti letto dedicati alla gestione di pazienti con Covid-19 che, in alcune regioni, sono stati collocati straordinariamente nei presidi socio-sanitari. Allo stesso modo, la riduzione del 16% dei posti nei centri diurni può essere ricondotta alla scelta adoperata da alcuni gestori di chiudere strutture, nell'impossibilità di avviare i servizi viste le misure di contenimento in atto nel 2020 e in parte del 2021 che in molte regioni hanno previsto la chiusura assoluta o forti limitazioni per i servizi diurni. L'11% di calo nelle ore di assistenza domiciliare integrata erogate

³ L'indagine ISTAT è stata condotta tra soggetti che vivono al domicilio, quindi non coglie direttamente le specificità dei bisogni di chi vive in strutture residenziali. Al contempo, si ritiene di allinearsi alla scelta dell'Istituto di applicare la prevalenza di 28,4% a tutta la popolazione over65 per maggiore chiarezza espositiva e di allineamento con il dibattito nazionale.

Tabella 5.1 **Capacità produttiva complessiva della rete per tipo di servizio erogato, 2019, 2020, 2021**

Tipo di servizio	2019	2020	2021	Δ 2019-2021
Residenziale*	203.679	208.459	211.673	4%
Semiresidenziale**	17.507	16.781	14.782	-16%
Domiciliare (ADI)***	15.789.122	13.202.896	14.060.282	-11%

* posti letto ** posti centri diurni *** ore erogate

Fonti: Ministero della Salute (2021, 2022, 2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

sono un segnale chiaro dell'impatto della pandemia sull'assistenza in casa, dovuta alle restrizioni imposte nelle fasi più acute della diffusione del virus e per il blocco dei servizi ritenuti non fondamentali, e rimasta compromessa anche nei mesi successivi. Inoltre, parte della diminuzione è ascrivibile al forte calo nel numero di ore medie erogate per ogni caso anziano descritto nelle ultime edizioni dell'Annuario Statistico del SSN, passato dalle 18 del 2019 alle 16 del 2021. Sebbene l'ADI rimanga il servizio più capillare sul territorio (cfr. infra), rimane attuale la riflessione sull'effettiva capacità di un servizio così limitato e contingentato nel tempo di dare risposta ai bisogni assistenziali degli anziani, pur da contestualizzare in un biennio (2020-2021) in cui la capacità di garantire gli accessi si è scontrata con gli sconvolgimenti della pandemia.

Per quanto concerne la rete di servizi sociali, non sono disponibili dati sulla rete di offerta nazionale, salvo per i posti letto in strutture residenziali proposto da ISTAT nella rilevazione dedicata. Nel 2020 questi sono stati 11.171, in calo del 33% rispetto alla rilevazione relativa al 2018. Anche in questo caso, l'assenza di dati interpretativi limita la capacità di analizzare puntualmente le ragioni di questo andamento. Tra le ipotesi più plausibili, un calo dovuto alle chiusure delle strutture sociali durante il 2020.

5.2.3 Gli utenti in carico ai servizi

La Tabella 5.2 illustra la distribuzione degli utenti in carico per tipologia di servizio socio-sanitario tra il 2019 e 2021, che risulta fortemente condizionata dall'impatto della pandemia (si rimanda ai Rapporti OASI dal 2020 al 2022 per maggiori approfondimenti su questo tema). L'Annuario del SSN non fornisce spiegazioni puntuali sulle variazioni osservate. Per quanto concerne l'importante diminuzione di utenti in carico alla rete residenziale e semiresidenziale possono essere avanzate almeno due interpretazioni. Da un lato, una causa è riconducibile alle normative regionali che durante la pandemia hanno imposto chiusure dei servizi anche per lunghi periodi, o modifiche nei criteri di accesso che hanno causato una minor domanda di inserimenti nei servizi. Dall'altro lato, le preferenze delle famiglie potrebbero essere cambiate, predili-

gendo la permanenza al domicilio con caregiver informale in luogo all'accesso ai servizi, anche grazie alle opportunità offerte dal telelavoro. I centri diurni hanno visto la maggior contrazione del numero degli utenti in carico, come già evidenziato sopra rispetto ai posti disponibili, accogliendo quasi la metà delle persone tra il 2019 e il 2021. Segue poi la residenzialità, dove il calo degli utenti 2021 è stato in larga parte dovuto a un calo dei nuovi ingressi. Infine, si segnala come il numero di utenti over65 complessivamente in carico a ADI sia aumentato del 2%, in controtendenza rispetto agli altri servizi. L'analisi congiunta dei dati di offerta e di utenza in carico ad ADI permette di osservare come in ogni caso l'aumento della platea di soggetti in carico sia raggiunta mediamente con un numero inferiore di ore per caso.

Tabella 5.2 **Utenti in carico alla rete socio-sanitaria per tipo di servizio erogato, 2019, 2020, 2021**

Tipo di servizio	2019	2020	2021	Δ 2019-2021
Residenziale	292.578	280.421	284.141	-3%
Semiresidenziale	28.453	21.706	16.225	-43%
Domiciliare (ADI)	858.896	844.823	879.030	+2%

Fonti: Ministero della Salute (2021, 2022, 2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per quanto concerne i servizi ad afferenza sociale, si propongono (Tabella 5.3) i dati di utenza in carico ai *setting* residenziali, semiresidenziali e al SAD. Questi dati permettono di vedere chiaramente l'impatto della pandemia anche sulla rete sociale: gli ospiti dei servizi residenziali sociali sono diminuiti del 39% rispetto al 2018; gli utenti dei centri diurni del 42%. Entrambi i servizi hanno risentito delle misure restrittive per l'accesso di nuovi utenti durante le fasi più acute della pandemia. Sono invece cresciuti gli interventi domiciliari, in relazione alle misure straordinarie messe in campo dai comuni per raggiungere gli anziani durante i lockdown.

Tabella 5.3 **Utenti in carico alla rete sociale per tipo di servizio erogato, 2018 vs 2019 e 2020**

Tipo di servizio	2018	2019	2020	Δ 2018-2020
Residenziale	14.330	12.882	8.777	-39%
Semiresidenziale	291.026	294.005	169.883	-42%
Domiciliare (SAD)	128.285	129.830	133.817	+4,3%

Fonti: ISTAT (più anni). Spesa sociale dei Comuni. Anno 2018; Anno 2019; Anno 2020. ISTAT (2023). Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anni 2018-2020.

5.2.4 Stima della copertura del fabbisogno

Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta a livello nazionale e gli utenti in carico ai diversi servizi, si analizza il tasso di copertura del fabbisogno per gli anziani non autosufficienti, ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del fabbisogno potenziale. Il tasso di copertura è stato distinto fra servizi socio-sanitari e servizi sociali. Tale suddivisione è stata operata al fine di ridurre il rischio di sovrapposizioni naturalmente presenti in tali ambiti (è infatti probabile che una stessa persona ricorra sia a servizi di tipo sociale che di tipo socio-sanitario, ad esempio di ADI e di SAD, integrandoli fra loro). Inoltre, la distinzione si lega alle diverse annualità cui sono riferiti i dati.

Tabella 5.4 **Tassi di copertura del bisogno dei servizi socio-sanitari, anno 2021**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
3.959.395	Residenziale	284.141	7,2%
	Semiresidenziale	16.225	0,4%
	Domiciliare (ADI)	879.030	22,2%

Il tasso di copertura del bisogno garantito dalla rete socio-sanitaria pubblica è complessivamente molto contenuto, e il servizio più capillare risulta essere ADI, pur con tutte le riserve già espresse in precedenza sull'effettiva capacità di presa in carico e che verranno approfondite più avanti nel paragrafo. I servizi semiresidenziali raggiungono una quota prossima allo zero del fabbisogno, rimanendo di gran lunga il *setting* meno diffuso della rete; mentre la residenzialità copre il 7% del bisogno sugli over65 non autosufficienti. Quest'ultimo dato sale quasi al 10% se l'utenza in carico viene messa in relazione con la fascia di popolazione più in target per il servizio, gli over75 non autosufficienti (Tabella 5.5)⁴. La Tabella 5.5 mostra la copertura del bisogno tramite RSA nelle diverse regioni italiane, che registra un'ampia variabilità che segue la geografia del Paese: nelle regioni del Nord i tassi di copertura sono superiori al 10%, nel Centro-Sud presentano valori molto inferiori, compresi tra l'1 e il 5% (con l'eccezione delle Marche, che raggiungono il 19% degli over75 non autosufficienti). Questa distribuzione dei tassi di copertura è coerente con la presenza delle strutture sul territorio nazionale, anche se l'assenza del dato sulla distribuzione dei posti letto per regione impedisce una rappresentazione a livello locale.

⁴ La popolazione over75 non autosufficiente è stata calcolata applicando le prevalenze della non autosufficienza per area geografica e fascia di età (75-84 e 85+) fornite da ISTAT (2021a), per dettagli si veda Capitolo 1 del 4° Rapporto OLTC.

Tabella 5.5 **Tasso di copertura del bisogno della popolazione 75+ non autosufficiente tramite RSA. Dettaglio regionale, anno 2021**

Regione / Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Popolazione over75 non autosufficiente	Copertura del bisogno
PA di Bolzano	5.642	20.791	27,1%
PA di Trento	6.290	23.250	27,1%
Marche	11.383	59.613	19,1%
Veneto	40.908	219.697	18,6%
Lombardia	79.070	440.295	18,0%
Toscana	26.145	148.551	17,6%
Friuli-Venezia Giulia	10.062	63.346	15,9%
Liguria	13.099	92.152	14,2%
Piemonte	28.355	219.890	12,9%
Emilia-Romagna	22.918	218.022	10,5%
Valle d'Aosta	596	5.735	10,4%
Umbria	3.424	35.723	9,6%
Calabria	5.975	102.756	5,8%
Lazio	10.202	192.551	5,3%
Abruzzo	2.959	80.552	3,7%
Puglia	7.034	219.831	3,2%
Molise	463	19.652	2,4%
Sicilia	5.488	257.172	2,1%
Sardegna	1.322	97.825	1,4%
Basilicata	423	33.018	1,3%
Campania	2.383	252.061	0,9%
Italia	284.141	2.972.326	9,6%

Fonti: ISTAT (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2021.

Ministero della Salute (2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2021.

Si conclude la rappresentazione della capacità della rete di rispondere al fabbisogno attraverso la distribuzione regionale della copertura tramite ADI, che come visto (Tabella 5.4) è oggi il servizio pubblico più capillare. La Tabella 5.6 mostra questo approfondimento e l'ampia variabilità nella capacità di questo strumento di intercettare una quota più o meno ampia del bisogno, a seconda dei contesti. I casi in carico sono messi in relazione sia con la popolazione over65 non autosufficiente, ritenuta il target più coerente per questa misura, sia con la popolazione over65 generale, in linea con i target PNRR. Questi ultimi, infatti, definiscono l'esigenza di assistere il 10% della popolazione con più di 65 anni al domicilio entro il 2026. Questa rappresentazione permette dunque di apprezzare quanto l'assistenza tramite ADI attualmente contribuisca al raggiungimento di questi obiettivi nazionali.

Dalla Tabella seguente si evince una forbice di ben 67 punti percentuali tra la regione che raggiunge oltre due terzi della popolazione over65 non autosuffi-

Tabella 5.6 **Tasso di copertura del bisogno della popolazione 65+ e della popolazione 65+ non autosufficiente tramite ADI. Dettaglio regionale, anno 2021**

Regione / P.A.	Popolazione 65+	Prevalenza N.A. 65+	65+ non auto	Casi ADI anziani	Copertura 65+ N.A. via ADI	Copertura 65+ via ADI
Molise	76.120	25,8%	19.639	13.965	71%	18%
Veneto	1.142.745	23,7%	270.831	140.049	52%	12%
Toscana	952.609	26,8%	255.299	115.951	45%	12%
Emilia-Romagna	1.073.202	33,0%	354.157	112.642	32%	10%
Friuli-Venezia Giulia	319.340	21,7%	69.297	20.827	30%	7%
P.A. di Trento	121.842	24,1%	29.364	7.759	26%	6%
Lombardia	2.286.466	24,4%	557.898	146.498	26%	6%
Basilicata	131.267	33,0%	43.318	8.671	20%	7%
Abruzzo	316.711	32,7%	103.564	17.679	17%	6%
Liguria	436.284	21,7%	94.674	14.970	16%	3%
Sicilia	1.079.447	34,6%	373.489	55.392	15%	5%
Marche	381.162	32,3%	123.115	17.360	14%	5%
Lazio	1.293.472	26,9%	347.944	48.902	14%	4%
Umbria	227.477	30,3%	68.926	9.398	14%	4%
Piemonte	1.112.287	22,9%	254.714	34.567	14%	3%
Campania	1.118.545	34,0%	380.305	51.606	14%	5%
Puglia	909.396	32,8%	298.282	38.749	13%	4%
Sardegna	401.716	35,2%	141.404	12.023	9%	3%
Calabria	425.625	35,6%	151.523	10.724	7%	3%
P.A. di Bolzano	105.549	24,1%	25.437	1.106	4%	1%
Valle d'Aosta	30.269	24,0%	7.265	192	3%	1%
Italia	13.941.531	28,4%	3.959.395	879.030	22%	6%

Fonti: ISTAT (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2021.

Ministero della Salute (2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2021.

ciente stimata, il Molise, e la Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano, che ne intercettano circa il 3%.

Il Molise risulta come *outlier*, mentre le regioni rimanenti possono essere suddivise in tre cluster: un primo, concentrato nel Centro-Nord, in cui viene raggiunta oltre un quarto del target (Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento); segue un cospicuo numero di regioni che coprono tra il 10 e il 20% del fabbisogno (Basilicata, Marche, Puglia, Campania, Umbria, Sicilia, Liguria, Abruzzo, Lazio). Infine, un ultimo gruppo di territori raggiunge meno del dieci per cento dei potenziali beneficiari: Sardegna, Calabria, Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta. La variabilità delle fonti nel tempo e l'eccezionalità dell'annualità oggetto di indagine, ancora pesantemente influenzata dalla pandemia, fanno sì che sia complesso interpretare le differenze territoriali. Vogliamo però

rimarcare in questa sede che le differenti performance regionali riflettono diversi posizionamenti con riferimento a: scelte di allocazione delle risorse SSN e extra; investimenti riferiti alla rete dei servizi domiciliari; articolazione della rete di offerta e diversi modi di considerare il settore socio-sanitario.

In conclusione, si riportano i tassi di copertura del bisogno tramite la rete sociale (Tabella 5.7) per il 2020. Coerentemente con l'anno di riferimento dei dati, gli utenti in carico sono rapportati alla stima della popolazione non auto-sufficiente per il 2020, pari a 3.935.982 individui⁵. La Tabella 5.7 illustra come i servizi residenziali di fatto raggiungano una quota prossima allo zero del bisogno, con maggiore presenza (per quanto limitata a 4,3% del bisogno) dei servizi semiresidenziali. Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) garantisce una esigua copertura, pari al 3,4% del totale.

Tabella 5.7 **Tassi di copertura del bisogno dei servizi sociali, anno 2020**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi sociali	Tasso di copertura servizi sociali
3.935.982	Residenziale	8.777	0,2%
	Semiresidenziale	169.883	4,3%
	Domiciliare (SAD)	133.817	3,4%

Complessivamente, i dati illustrati in questa sezione segnalano la limitata capacità della rete di welfare pubblico di intercettare il proprio bacino di utenti potenziali, con ampia variabilità regionale. Le evidenze circa le effettive capacità di presa in carico di ADI richiedono un ripensamento complessivo della misura, per destinare al meglio gli importanti fondi del PNRR sulla partita domiciliare. Inoltre, appare più che mai necessario sollecitare la creazione di un sistema informativo per l'intero settore, che metta a disposizione di cittadini, addetti ai lavori e ricercatori dati aggiornati, coerenti e solidi.

5.3 L'assistenza domiciliare per gli anziani in diversi Paesi Europei

Il dilemma del futuro del settore dell'assistenza agli anziani è spesso risolto invocando la necessità di maggiori investimenti (finanziari e di sviluppo) dei servizi forniti al domicilio, immaginati come in grado di estendere in modo efficace ed economico la platea dei beneficiari e di migliorare gli esiti dell'assistenza. In questo senso, a livello nazionale il tema è stato affrontato sia dal PNRR che nella Riforma Anziani (Legge Delega 33/2023). Sono stati definiti

⁵ Fonte: Capitolo 5 del Rapporto OASI 2022, la modalità di calcolo è la medesima descritta precedentemente.

degli obiettivi e principi strategici volti sia a sostenere la diffusione dell'assistenza domiciliare (guardando principalmente ad ADI) ma anche a ripensarne le modalità di erogazione del servizio. Non si è ancora investito, però, su una riflessione che riguardi gli aspetti di fruizione e la filosofia del servizio, rimandando al futuro ogni considerazione rispetto ad una riprogettazione di come l'assistenza domiciliare venga oggi concepita e come questa si integri con altre forme di assistenza. Ci poniamo pertanto alcune domande: posto che alcune criticità sono riconosciute dal settore e dai policy maker, come ripensare l'assistenza domiciliare per gli anziani? Possiamo trarre alcuni insegnamenti da altri contesti che per caratteristiche o tradizione sono assimilabili a quello italiano? Quali obiettivi porsi rispetto al futuro del servizio? Si offre di seguito un approfondimento su quattro paesi europei, scelti con riferimento alle loro caratteristiche e ai modelli di assistenza domiciliare che appaiono di rilievo per il confronto con il nostro paese (secondo quanto descritto in un report pubblicato nel 2021 dalla Commissione Europea):

- ▶ Il Belgio è stato scelto per il modello di governance implementato, simile a quello italiano attualmente in vigore per il sistema socio-sanitario e per essere un sistema che ha un investimento sul settore Long Term Care superiore alla media europea;
- ▶ La Francia è stata scelta perché è uno dei pochi paesi europei che prevede una prestazione monetaria (l'APA, si veda i paragrafi dedicati) assimilabile all'Indennità di Accompagnamento italiano, pilastro del sistema di Long Term Care del nostro paese. Inoltre, il paradigma proposto, accentrato su standard nazionali, è allineato a quanto contenuto nel disegno di legge di Riforma Anziani.
- ▶ La Germania è stata scelta perché tra i modelli europei presenta un sistema incentivante verso l'assistenza domiciliare e ha investito nel tempo per creare le condizioni per una maggiore diffusione di questa, pur con un assetto di governance profondamente diverso da quello italiano.
- ▶ La Svizzera, ed in particolare l'approfondimento sul Canton Ticino, sono stati scelti per prossimità geografica e in considerazione del fatto che molti gestori e provider dei servizi operanti nel nord Italia sono attivi anche in Ticino, considerando i due mercati prossimi e in un continuum. È interessante quindi analizzare le scelte dei provider in questo contesto.

Sono stati costruiti quindi quattro casi studio, che nelle conclusioni verranno comparati con il caso italiano, realizzati attraverso un'analisi documentale basata su tre fonti: reportistica internazionale di matrice europea (documenti e report di diverse DG oltre che di Eurostat) o OECD; paper scientifici internazionali riferiti ai diversi paesi; materiale normativo, legislativo e informativo degli specifici paesi rinvenuti tramite website istituzionali.

I casi sono rappresentati tramite una griglia comparativa dei servizi, delle modalità di accesso e funzionamento, oltre che di inquadramento dei modelli di funzionamento e finanziamento generale. Gli elementi analizzati per ciascun caso sono stati dunque:

- ▶ Governance del servizio,
- ▶ Ammontare dell'investimento pubblico e modalità di finanziamento,
- ▶ Target potenziale specificato, potenziale bacino di utenza, target raggiunto anche in termini di numero di utenti in carico,
- ▶ Caratteristiche del servizio in termini di percorsi di accesso, intensità garantita, ruolo della tecnologia, professionisti coinvolti,
- ▶ Sistemi di monitoraggio e sistemi di controllo.

5.3.1 L'assistenza domiciliare in Belgio

Ispirato dal modello bismarckiano e basato sulla solidarietà tra cittadini, il sistema sanitario e sociosanitario belga si fonda su assicurazioni sociali obbligatorie (mutue) ed è articolato su due livelli: il governo federale e gli enti federati. Il governo federale stabilisce il quadro normativo dell'assistenza, ad esempio in riferimento alle assicurazioni sanitarie obbligatorie e le tariffe rimborsabili per i servizi e le prestazioni. In riferimento all'assistenza domiciliare, il governo federale finanzia, tramite le assicurazioni sanitarie obbligatorie, gli interventi puramente sanitari (infermieristici). I governi regionali (di Fiandre, Vallonia e Bruxelles) sono responsabili dell'organizzazione, implementazione e controllo dei servizi sanitari e sociosanitari. I governi regionali detengono infatti la competenza negli ambiti delle cure preventive, della salute mentale e dell'assistenza LTC. Nello specifico, i governi regionali sono responsabili dell'erogazione e coordinamento delle cure domiciliari e, assieme alle comunità linguistiche (fiamminga, francofona e germanofona), definiscono la normativa e il finanziamento per l'assistenza sociale domiciliare e per i contributi per la non autosufficienza. Infine, il livello comunale è responsabile del supporto sociale per le persone a basso reddito e, ove presenti, della gestione della quota di strutture sanitarie o sociosanitarie di loro proprietà (Gerkens & Merkur, 2020).

Secondo i dati Eurostat (2023), a fronte di una spesa sanitaria totale di 55,49 miliardi di euro nel 2021 (l'11% del PIL), la spesa per l'assistenza domiciliare LTC si attese a 5,00 miliardi (il 9% della spesa sanitaria). Questo valore è ripartito tra la spesa pubblica pari a 2,24 miliardi (il 44%), gli schemi assicurativi obbligatori pari a 2,32 miliardi (il 46%), le assicurazioni volontarie pari a 0,31 miliardi (il 6%) e la spesa *out-of-pocket* sostenuta dalle famiglie pari a 0,1 miliardi (il 3%).

Le risorse LTC così definite sono impiegate sia nella forma di servizi diretti (*in-kind*) che di supporto finanziario (*cash transfer*). Partendo dai servizi

in-kind, deve essere fatta una distinzione tra i servizi puramente sanitari, che includono visite domiciliari, assistenza infermieristica e riabilitazione, e gli interventi di supporto socioassistenziale («*community service*»), che includono interventi di supporto alle attività domestiche, la preparazione di pasti e la cura della persona (Gerkens & Merkur, 2020). I primi sono erogati nel rispetto della normativa federale e all'interno degli schemi assicurativi obbligatori. I secondi, invece, ricadono nella competenza degli enti federati e sono finanziati grazie a budget definiti dalle regioni e dalle comunità linguistiche e dalla compartecipazione dell'utenza (secondo la fascia di reddito). Da questa frammentarietà nasce l'esigenza di istituire o potenziare strutture locali di coordinamento degli interventi: nelle Fiandre VAZG, in Vallonia AViQ e *Dienststelle für ein selbstbestimmtes Leben* per la comunità germanofona, e a Bruxelles IRIScare e BRUSANO. Tali enti, di natura giuridica pubblica nei primi tre casi e di natura giuridica privata negli ultimi due, rappresentano il punto di contatto per i cittadini per la gestione ed erogazione delle prestazioni LTC.

Passando ai servizi *cash transfer*, le politiche relative ai contributi per la non autosufficienza sono differenti nelle tre regioni, sebbene ne condividano l'impostazione e i principi. In tutte e tre le regioni sono presenti contributi per permettere una libera organizzazione della cura e dell'assistenza al beneficiario o ai suoi caregiver (Commissione Europea, 2021). Tali contributi sono erogati dagli enti locali di coordinamento sulla base della condizione di dipendenza della persona anziana e della situazione reddituale del suo nucleo familiare.

Il target di riferimento per i servizi di assistenza domiciliare LTC sono sia persone anziane con limitazioni funzionali che persone con disabilità. Per quanto riguarda le persone anziane, nel 2019 erano stimate 479.900 persone non autosufficienti (Commissione Europea, 2021). Nel 2020, 111.485 persone over65 (il 5,0% del totale della popolazione over65, OECD) sono state assistite da servizi LTC al domicilio. I dati Eurostat segnalano che il 75,5% di persone over65 con gravi difficoltà ha dichiarato di aver ricevuto assistenza domiciliare (Eurostat, 2019).

L'attivazione di questi servizi è possibile accedendo ai centri di coordinamento del servizio integrato di assistenza domiciliare (SISD), centri gestiti o convenzionati con gli enti locali preposti al coordinamento degli interventi LTC sopra riportati. I centri di coordinamento dell'assistenza domiciliare si occupano della valutazione multidisciplinare, propongono i piani di intervento e coordinano i professionisti attivati grazie alla figura del *case manager*.

Rispetto alla valutazione del bisogno, all'interno del piano eHealth nazionale, è stato sviluppato il sistema BelRAI sul modello internazionale interRAI. BelRAI è uno strumento nazionale condiviso che propone scale standard di valutazione dei bisogni assistenziali per diversi target di utenza e *setting* assistenziali (Gerkens & Merkur, 2020), tra cui l'ambito LTC. Le scale proposte per LTC raccolgono informazioni sulle prestazioni funzionali, sulle capacità

cognitive, sulla salute mentale e sul benessere relazione della persona anziana, oltre alle informazioni cliniche.

Valutato il bisogno assistenziale, l'assistenza è erogata in équipe con medici di medicina generale, infermieri, personale sociosanitario, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, psicologi, assistenti sociali e assistenti familiari. Secondo gli ultimi dati disponibili, nel 2016 gli infermieri che fornivano assistenza domiciliare erano 6.254 (FTE). Anche in Belgio il tema del personale del settore LTC è di particolare interesse. È da notare che dallo scoppio della pandemia di Covid-19 sono stati previsti aumenti salariali degli operatori del settore (+6% per gli operatori di struttura e +4,5% per gli operatori che lavorano in *setting* domiciliare, OECD 2023).

In sintesi, in Belgio il supporto domiciliare LTC è erogato tramite servizi *in-kind* sanitari (finanziati dalle assicurazioni obbligatorie secondo la normativa federale), *in-kind* socioassistenziali (finanziati secondo le normative regionali) e *cash transfer* (di competenza degli enti federati). La frammentarietà degli interventi è ricomposta dalla presenza di strutture di coordinamento locale e, più recentemente, dalla sperimentazione di una scala di valutazione del bisogno assistenziale unica.

5.3.2 L'assistenza domiciliare in Francia

L'assistenza domiciliare proposta in Francia per le persone anziane non autosufficienti è denominata attualmente SAAD (*services d'aide et d'accompagnement à domicile* ovvero servizio di supporto e accompagnamento al domicilio) e regolata da normative e regolamentazioni nazionali promosse dal governo centrale⁶ e dalla cassa nazionale per l'autonomia (*Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*, CNSA). Il modello francese prevede infatti che la modalità di finanziamento di questi interventi sia misto, in parte di matrice fiscale (finanziamento dal livello nazionale tramite fonti afferenti alla fiscalità generale) e in parte di matrice assicurativo-contributiva, avendo introdotto un prelievo obbligatorio sui redditi personali destinato alle politiche per la non autosufficienza. Altri livelli di governo coinvolti sono quello dei Dipartimenti (paragonabili ai nostri enti intermedi provincia/regione), responsabili dell'allocazione a livello locale dei fondi ricevuti dal livello nazionale, della contrattualizzazione degli enti gestori (per la maggior parte privati e enti del terzo settore) e dei processi di accesso e presa in carico dei cittadini tramite le Agenzie Sanitarie Territoriali (anche dette ARS). I Comuni hanno responsabilità rispetto all'integrazione dei servizi SAAD con servizi di ma-

⁶ Esiste un sito apposito che illustra tutte le misure e gli interventi per le persone anziane: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/les-services-daide-domicile>

trice sociale e intervengono a finanziare i servizi per i cittadini con limitate capacità di reddito.

Attualmente, il settore dell'assistenza domiciliare è oggetto di una importante riforma nazionale promossa a fine 2021 e parte della Legge di finanziamento del sistema sociale per il 2022⁷. Questa riforma punta ad una riorganizzazione dei servizi di assistenza domiciliare, unificando le tre tipologie oggi esistenti (SAAD, servizi domiciliari per anziani non autosufficienti, SSIAD, servizi infermieristici a domicilio, e SPASAD, servizi polivalenti al domicilio) riconoscendo come i servizi attualmente «non rispondono ai bisogni delle persone anziane, sono frammentati, poco visibili, basati su meccanismi poco comprensibili per gli utilizzatori finali, connotati da scarsa coerenza e integrazione tra loro». La riforma prende avvio a seguito di una sperimentazione di un servizio unico ed integrato condotta in alcune regioni partita nel 2019 e conclusa a dicembre 2021 con indicatori molto positivi rispetto agli esiti per i cittadini⁸. La riforma si completa anche di una revisione del sistema di finanziamento che include:

- ▶ Passaggio da tariffa oraria a tariffa per pacchetto di servizio modulata secondo profili di bisogno degli utilizzatori;
- ▶ Definizione di una tariffa minima riconosciuta a livello nazionale (fissata in 22 euro ora);
- ▶ Definizione di un budget dedicato alle ARS locali per sostenere progetti di innovazione;
- ▶ Revisione dei contratti collettivi nazionali dei lavoratori del settore per adeguarli al costo della vita e alle nuove professionalità emergenti.

La riforma è in implementazione dal 30 giugno 2023, mentre si scrive è possibile quindi riassumerne i contenuti, ma non ancora le modalità applicative o, tanto meno, i risultati. Quello che ci aspetta, nei prossimi mesi, sono linee guida che riguardino l'uniformazione delle procedure di accesso per l'utente delle diverse forme di assistenza oggi esistenti in un unico processo di presa in carico, oltre che la modifica delle regole di accreditamento dei provider dei servizi, per allinearle alla nuova modalità assistenziale che supera la frammentazione tra servizi e propone una risposta univoca ed organizzata alle famiglie.

Guardando allo stato attuale delle cose, nel 2021 le risorse complessivamente allocate alla non autosufficienza degli anziani a livello nazionale tramite CNSA, altri fondi nazionali e risorse stanziare a livello locale, erano pari a 27,1 miliardi di euro (CNSA, 2023) dedicati a interventi a sostegno dell'autonomia.

⁷ LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022

⁸ https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2020-01/RAP_ETAPE_SPASAD%20INTGRES%20%282019%29.pdf

Di queste il 56% sono state spese per interventi a domicilio, il 44% per diverse forme di servizi e residenzialità. Oltre alle risorse dedicate agli interventi, nel 2022 sono stati investiti dal livello nazionale 240,5 milioni per la riqualificazione, ristrutturazione e innovazione dei servizi per anziani che ha visto l'approvazione di 180 progetti di miglioramento, oltre a 223,14 milioni di euro per l'innovazione dei servizi domiciliari (CNSA, 2023).

La modalità di allocazione della spesa per interventi domiciliari è connessa alle modalità di accesso ed erogazione dei servizi. I cittadini possono accedere ai servizi domiciliari finanziati dal sistema pubblico tramite una prestazione monetaria denominata APA (*allocation personnalisée d'autonomie*). La titolarità di questo assegno consente l'attivazione dei servizi domiciliari che può avvenire, a scelta del cittadino, tramite l'ingaggio di enti già contrattualizzati dai Dipartimenti (che vengono quindi automaticamente remunerati da questi ultimi tramite l'APA del cittadino), ingaggio di enti non contrattualizzati ma autorizzati (in questo caso il cittadino riceve dal Dipartimento APA e remunera l'ente gestore) o, in ultima istanza, tramite l'assunzione diretta di personale assistenziale. Oltre ad APA, possono essere utilizzate per finanziare l'assistenza domiciliare altre prestazioni monetarie, come ad esempio: ASPA (*allocation de solidarité aux personnes âgées*) e prestazioni sociali dei comuni. L'importo di APA dipende dal profilo del cittadino ed è modulato sia rispetto al profilo del bisogno (classificato secondo la scala AGGIR in quattro diversi livelli di intensità, si veda sotto), del suo reddito e del piano assistenziale definito. In ogni caso è previsto che l'importo garantito da APA non superi l'80% delle prestazioni ricevute in modo che tutti i cittadini affrontino una partecipazione minima pari al 20% del totale. A livello nazionale si stabilisce un valore massimo che APA non può superare per ognuno dei quattro profili, per il 2023 i valori mensili massimi (definiti plafond) sono: per il livello 1, 1.914,04 euro, per il livello 2, 1.547,93 euro, per il livello 3, 1.118,61 euro, per il livello 4, 746,54 euro (CNSA, 2023).

Le attività previste con SAAD e finanziabili tramite APA e altre prestazioni pubbliche sono attualmente quelle legate al supporto alla vita quotidiana (igiene personale, pulizia della casa, pasti, etc.), inclusi il trasporto della persona quando necessario, la consegna di pasti a domicilio e l'attivazione di servizi di telesoccorso e teleassistenza. È previsto il loro ampliamento in funzione della riforma 2023. Le prestazioni legate ad attività sanitarie (somministrazioni di farmaci, terapie, ecc.) sono invece attualmente gestite tramite altra prestazione (SSIAD) e in prospettiva integrate in SAAD.

Il target dell'intervento è quello delle persone over60 che presentano profili di non autonomia, classificati secondo la griglia AGGIR⁹ (Aguilova *et al.*,

⁹ AGGIR ovvero Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources. Si tratta di una scala che valuta il livello di autonomia strumentale con riferimento ad attività della vita quotidiana

2014). Guardando al totale dei beneficiari APA (che includono anche gli anziani che ricevono servizi diversi dall'assistenza domiciliare) nel 2021 questo è stato pari a 1,3 milioni di cittadini, pari al 7,2% della popolazione di 60 anni o più (18,1 milioni di persone complessivamente) (DREES, 2023, *Enquête Aide sociale*; INSEE, 2023, *Estimations de population*). Di questi 1,3 milioni la maggior parte ha ricevuto supporto al domicilio (790.000, il 60,7%, contro i 536.000 in struttura). Rispetto alle caratteristiche delle persone prese in carico la ripartizione tra i quattro livelli di gravità previste vede una prevalenza del livello GIR 4 (il meno grave) che riguarda il 58% delle persone a domicilio, seguito dal livello 3 (22%), 2 (18%) e 1(2%). La distribuzione è molto diversa (e ribaltata) per gli anziani percettori di APA per servizi domiciliari (14% GIR 1 e 43% GIR 2).

Il processo di accesso ai servizi domiciliari parte con la richiesta di APA che il singolo cittadino presenta al proprio Dipartimento. Il primo step vede l'apertura di una pratica amministrativa cui segue l'attivazione di una équipe multidisciplinare che si occupa delle valutazioni dei singoli. Queste vengono organizzate al domicilio della persona anziana con lo scopo di svolgere la valutazione del bisogno secondo la scala AGGIR adottata a livello nazionale, ma anche di svolgere una valutazione parallela riguardante l'organizzazione dell'abitazione (in modo da prevedere adattamenti o accorgimenti) e la gestione delle attività assistenziali da parte dei caregiver già presenti. Il contenuto e l'intensità delle prestazioni non è quindi predefinito ma viene definito in sede di valutazione, quando viene predisposto un piano di cura che definisce l'articolazione del servizio, l'entità della compartecipazione e il ruolo dei caregiver familiari. Tale piano viene poi sottoposto ad approvazione amministrativa del Dipartimento, che definisce l'importo conseguente di APA (valorizzando i servizi inseriti) e attiva il processo formale.

Il sistema francese propone quindi un modello che, avendo fissato dei parametri nazionali univoci e standardizzati, ha introdotto delle procedure e una filosofia del servizio unica per ogni territorio. Questo però lascia in ogni caso la flessibilità di definire pacchetti di cura e assistenza flessibili, progettati con e per il singolo cittadino, in una logica di pacchetti di presa in carico e non di singola prestazione, con significativi spazi di soggettività nel processo autorizzativo amministrativo. Il sistema riconosce i suoi limiti nella frammentazione delle diverse componenti dell'assistenza domiciliare e nella eterogeneità dei territori per presenza di gestori di pari livello qualitativo e disponibilità numerica. Se infatti a monte, si è lavorato per un sistema che garantisse pari accesso e possi-

considerando sia la funzionalità fisica che cognitiva della persona. Una valutazione con grado AGGIR 1 rappresenta una persona allettata con limitatissima autonomia, un grado AGGIR 6 rappresenta la piena autonomia. I gradi considerati per l'accesso alle prestazioni sono quelli dall'1 al 4.

bilità in tutti i contesti, la presenza e le caratteristiche dei provider determinano nei fatti le possibilità di accesso effettivo in ogni territorio.

5.3.3 L'assistenza domiciliare in Germania

Il settore LTC tedesco è fortemente decentralizzato. Si basa su un'assicurazione obbligatoria per la LTC, gestita da un sistema autonomo e distinto di mutue per la non autosufficienza, introdotta nel 1994, che si compone di una parte pubblica obbligatoria per la popolazione generale (*Statutory Health Insurance* – SHI) e una privata per le persone più facoltose, la cui sottoscrizione rende esenti dall'obbligo assicurativo per la LTC (*Substitutive Private Health Insurance* – PHI). L'assicurazione per la LTC è separata da quella sanitaria, pur ricalcandone lo schema logico e istituzionale. L'87% della popolazione è coperta obbligatoriamente via SHI, l'11% via PHI – cui possono o devono accedere persone oltre un certo livello di reddito, lavoratori autonomi e alcune categorie di dipendenti pubblici. Il rimanente 2% (es. militari) hanno programmi assicurativi ad hoc (Blümel *et al.*, 2020). La SHI è finanziata equamente tra datore di lavoro e lavoratore e dal 1° luglio 2023 sono entrate in vigore le nuove quote di contribuzione (Legge 155/2023), con un aumento di 0,6 punti percentuali rispetto al passato. Le nuove quote sono pari al 3,4% del reddito annuale lordo, che sale al 4% nel caso di persone senza figli. Al crescere del numero dei figli è prevista una riduzione del contributo. Nel caso della PHI, i premi sono graduati in relazione all'età al momento della sottoscrizione della polizza (e non al reddito), e il premio massimo è stabilito per legge. I servizi rimborsati da SHI e PHI sono sostanzialmente equiparati, ciò che cambia sono i massimali per il premio, la contribuzione massima e la co-assicurazione di familiari (Commissione Europea, 2017).

In termini di governance, il livello nazionale ha la competenza sulla definizione delle regole, proponendo e coordinando la legislazione sul settore; definendo beneficiari, livello dei contributi assicurativi, diritti e doveri di tutti gli attori inclusi nel sistema di LTC (Länder, mutue LTC, provider di servizi, utenti). La competenza è assegnata al Ministero della sanità (Bundesministerium für Gesundheit – BMG). I 16 länder devono garantire adeguate infrastrutture per l'erogazione di servizi di LTC. La maggior parte delle decisioni viene tuttavia concordata con le rappresentanze ufficiali dei professionisti e dei provider, definiti quali «*legitimized civil society organizations*» che si incontrano in Comitati Federali per concertare la legislazione nazionale. In questi comitati si procede con negoziazioni collettive tra mutue LTC e provider di servizi (o loro associazioni), che vengono monitorate dallo Stato. Questi accordi e contratti contengono principalmente informazioni circa i livelli di remunerazione, standard di qualità, tipologia e quantità di prestazioni da erogare. L'allocazione dei budget complessivi ai singoli provider è primariamente in capo alle associazioni dei provider stessi di servizi.

In questo quadro, la tipologia di interventi domiciliari possibili si divide in due casistiche, sempre legate al sistema assicurativo obbligatorio (SHI o PHI):

- ▶ Erogazione di un'indennità economica, senza attivazione di servizi. Tipicamente è scelta da chi può contare su forme di caregiving familiare. Nel 2019 risultava l'opzione più scelta da chi riceve LTC al domicilio (64% del totale, Destatis, 2023).
- ▶ Attivazione di servizi domiciliari professionali contrattualizzati con le mutue LTC. In questo caso il provider è pagato direttamente dall'assicurazione sociale con tariffe fisse legate al livello di assistenza assegnato all'utente (cfr. infra).

I criteri di accesso ai servizi di LTC, compresi quelli domiciliari, sono stati profondamente riformati tra il 2015 e il 2017 con i tre atti di Rafforzamento della Long-Term Care (Pflegerstärkungsgesetze I-III) che hanno portato a un aumento del bacino di beneficiari dovuto all'espansione da 3 a 5 livelli di assistenza, dando maggiore riconoscimento alla demenza e ai disturbi cognitivi (Blümel et al, 2020). Inoltre, sono state introdotte diverse misure per espandere l'ambito di intervento di LTC o aumentare la flessibilità tra diverse misure, quali benefit per i caregiver familiari (es. il diritto a ferie aggiuntive), misure per l'adeguamento della logistica domestica, l'espansione delle indennità economiche.

Oggi, l'accesso alle misure domiciliari (e, più complessivamente, di LTC) è mediato da una valutazione del bisogno multi-dimensionale che definisce il livello di autonomia degli individui, inteso come impedimenti o incapacità in sei ambiti, valutati dal Servizio Medico del SIH (*Medizinischer Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung – MDK*) o dal suo equivalente presente nel PIH, con i seguenti pesi: mobilità (10%); capacità cognitive e di comunicazione, comportamento e problemi psicologici (15%); livello di autosufficienza (40%); restrizioni di salute, stress correlato a terapie (20%); organizzazione della vita quotidiana e dei contatti sociali (15%). La valutazione attorno a queste 5 aree classifica i cittadini attorno altrettanti livelli di assistenza erogabili, che condizionano le tariffe riconosciute ai provider nel caso di erogazione di servizi professionali, oltre al livello dell'indennità economica. La valutazione si ripete ogni anno e la MDK ha il compito di garantire equità nel sistema e che le cure erogate siano appropriate rispetto ai bisogni dei cittadini (Lorenz-Dant, Fischer e Hämel, 2021).

La platea di persone che hanno potenzialmente bisogno di servizi di LTC stimata dall'Istituto di Statistica Tedesco (Destatis) per il 2019 (anno più recente disponibile) è pari a 4,1 milioni di persone, che comprende soggetti di tutte le età. Una pubblicazione recente (Fischer, 2022) afferma che l'80% delle prestazioni LTC sono erogate a persone con più di 65 anni.

Nel 2019 l'80,2% dei soggetti con bisogni di LTC era in carico a servizi, di cui:

- ▶ il 64% (2.116.451) ricevono unicamente l'indennità monetaria e sono curati da caregiver informali;
- ▶ il 30% (982.604) ricevono servizi professionali al domicilio.

La quota rimanente rientra in casistiche residuali, ossia persone che ricevono solo contributi statali (5%) e persone che frequentano i centri diurni (1%).

Poiché il pacchetto assistenziale è flessibile e segue il livello di assistenza assegnato al cittadino e il contratto di cura tra provider del servizio e mutua LTC, non è stato possibile ricostruire il livello medio dell'intensità assistenziale erogata e la tipologia di personale coinvolto. Per quanto riguarda l'indennità monetaria per sostenere la permanenza al domicilio con caregiver informale, il contributo cresce all'aumentare dei livelli di assistenza (Blümel *et al.*, 2020), oscillando per il 2020 tra i 316 e i 901 euro al mese. Inoltre, i caregiver di persone «*in need of care*» possono richiedere un assegno di massimo €125/mese, indipendentemente dal livello di gravità assistenziale attribuito al loro congiunto.

La gestione del personale nei servizi LTC tedeschi merita un approfondimento, poiché presenta problematiche molto simili all'attuale contesto italiano, con proposte di soluzioni che vedono protagonista il governo centrale, intervenuto a più riprese sul tema in anni recenti. Ad esempio, nel 2018 è stata lanciata un'azione inter-ministeriale con i provider di servizi che ha avuto come esito la promulgazione di una «Azione collettiva per i lavoratori di cura (*Konzertierte Aktion Pflege*) che ha portato nel 2019 a promuovere diverse azioni legate a: formazione, gestione del personale, benessere sul luogo di lavoro e promozione della salute, approcci di cura innovativi e digitalizzazione, reclutamento di personale infermieristico dall'estero e remunerazione. Nel 2019 è stata inoltre emanata una legge per il miglioramento dei salari nella cura (*Pflegelöhneverbesserungsgesetz*) che ha portato a due risultati. In particolare, l'introduzione di salari minimi per lavoratori professionalizzati, mentre il salario minimo per l'assistenza infermieristica è stato aumentato e uniformato tra tutti i lander. Sempre nel 2019 sono stati chiusi accordi con i governi di Filippine, Messico e Kosovo per il reclutamento di professionisti da impiegare in servizi di LTC ed è stata creata l'Agenzia tedesca per i professionisti sanitari e della LTC (*Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe*) per supportare i servizi di LTC nel reclutamento del personale. Nonostante questi sforzi, gli studi mappati ai fini di questo Capitolo ribadiscono che il problema di fondo sono i salari più bassi rispetto alla media sanitaria e la minore attrattività del settore, unita a una presenza diffusa di caregiver informali, come avviene in Italia (si veda a riguardo il 5° Rapporto OLTC).

Le risorse totali dedicate all'assistenza domiciliare per il 2020 (anno più recente disponibile) sono state pari a €44.344.000.000 (Eurostat, 2023), di cui il

79% provenienti dalle assicurazioni obbligatorie precedentemente citate. La quota rimanente attiene a fonti utilizzate per la copertura dei costi dei servizi non coperti dall'assicurazione, e si distribuisce tra un 4% di finanziamento pubblico riferito ai contributi comunali messi in campo per i soggetti più vulnerabili economicamente (Commissione Europea, 2021); un 5% di polizze volontarie, sottoscritte per coprire il delta tra costo del servizio e quanto riconosciuto dall'SHI (Blümel *et al.*, 2020) e un 13% di spesa out-of-pocket, ossia l'esborso diretto delle famiglie nella compartecipazione al servizio. Non è stato possibile ricostruire il dato circa la quota media di copertura dei costi di home care attraverso le mutue di LTC.

In sintesi, il settore domiciliare di LTC tedesco si fonda su un modello mutualistico, che prevede l'accesso agli interventi tramite valutazione di un Servizio Medico associato alla mutua di appartenenza. La valutazione si basa su 5 assi con diversi pesi; l'esito della ponderazione assegna a ogni persona un livello di assistenza da 1 a 5. Il livello di assistenza può tradursi in due tipologie di misure liberamente scelte dal paziente: erogazione di un'indennità monetaria, crescente al crescere del livello oppure attivazione di servizi professionalizzati. L'assicurazione copre solo parte del costo dei servizi professionalizzati, la quota rimanente può essere coperta via: assicurazione volontaria, solo per chi è sottoscrittore di SHI; compartecipazione out-of-pocket; intervento pubblico comunale per i soggetti che non sono in grado di sostenere i costi della compartecipazione. I servizi erogati sono regolati da contratti tra mutue LTC e provider di servizi, che definiscono le tariffe e i livelli di qualità del servizio da erogare. L'80% delle persone con bisogni di LTC risulta in carico a interventi domiciliari, con una prevalenza di soggetti che sceglie l'erogazione di un'indennità monetaria per farsi assistere da caregiver informali.

5.3.4 L'assistenza domiciliare in Svizzera e Canton Ticino

Il caso dell'assistenza domiciliare in Svizzera presenta alcune criticità dal punto di vista descrittivo. La Svizzera, infatti, si configura come una Repubblica Federale: è una federazione composta da 26 stati chiamati cantoni. Questi ultimi hanno pertanto una notevole autonomia, compresa quella in ambito di sistema sanitario e socio-sanitario e di organizzazione e finanziamento dei servizi per anziani. Tuttavia, per dimensioni e caratteristiche, sarebbe limitante comparare il caso di un singolo cantone con i casi di altri paesi europei oggetto del seguente studio. Per questo motivo, si è scelto laddove possibile di rappresentare alcune dimensioni (ad esempio, relative alle risorse impiegate) a livello di Stato Federale, mentre per illustrare meglio il funzionamento dei servizi domiciliari si è deciso di far riferimento al caso del Canton Ticino. La scelta del Ticino come area di approfondimento è legata non solo alla maggior vicinanza geografica e alla condivisione di alcuni elementi culturali con il nostro

paese (ad esempio, la lingua), ma anche perché il territorio del Canton Ticino è sempre più spesso oggetto di attenzione e di interesse per i provider italiani di servizi che intendono espandere il proprio portafoglio di attività.

Secondo i dati raccolti dall'OCSE, la Svizzera nel 2021 ha speso complessivamente per i servizi per la Long Term Care il 2,4% del Prodotto Interno Lordo (PIL). Se si guarda nello specifico ai servizi domiciliari (non solo per gli anziani), la Svizzera nel 2021 ha speso 3.020,20 milioni di franchi svizzeri, pari a circa 3,118 Miliardi di Euro. Questa voce all'interno delle statistiche raccolte a livello di stato federale comprende non solo prestazioni erogate verso parte della popolazione non anziana, ma anche prestazioni di lunga durata o altre tipologie di servizi più assimilabili alle cure di tipo sanitario. La voce «aiuti al domicilio», più pertinente rispetto agli scopi del presente studio perché fa riferimento ai servizi domiciliari in senso stretto, era pari nel 2021 a 258,22 milioni di franchi svizzeri, pari a circa 266.654.420 €. In questa voce, inoltre, non è possibile distinguere tra risorse investite dai cantoni e risorse investite dai comuni, anche se l'istituto di statistica svizzero specifica che la comparabilità tra diversi cantoni sarebbe comunque difficile viste le diverse modalità di classificazione adottate da ciascuno.

Nel 2019 la popolazione svizzera complessiva era di 8,6 milioni di persone. Di queste, il 18,7% è rappresentato da over 65.

Per avere un'idea più precisa dei tassi del bacino potenziale di utenza (e, successivamente, della capacità di presa in carico) dei servizi domiciliari, è necessario fare un carotaggio a livello cantonale. Nel Canton Ticino, su una popolazione di over 65 residenti nel territorio pari a 78.899 (dati riferiti al 2017¹⁰), la quota di persone con difficoltà nello svolgimento di attività di base (ADL) e attività strumentali (IADL) era rispettivamente del 15,3% (pari a 12.368 persone) e del 45% (pari a 36.379 persone). Considerando entrambe le categorie di persone con limitazioni si arriva dunque a una popolazione di 48.747 individui con potenziali necessità di essere assistite al domicilio (o attraverso altra forma di servizio per over 65). Considerando che nel Canton Ticino i servizi domiciliari ¹¹secondo la normativa «sono destinati a chi temporaneamente oppure in modo duraturo necessita di cure e sostegno in seguito a eventi quali la maternità, la malattia o l'infortunio oppure a causa di difficoltà dovute a disabilità o vecchiaia», la platea potenziale è piuttosto ampia. Soprattutto perché non vengono identificati criteri puntuali per l'accesso al servizio che, di conseguen-

¹⁰ <https://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/index.php?fuseaction=temi.tema&proId=32&p1=33> ma anche <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/statistica-regioni/ritratti-regionali-cifre-chiave/cantoni/ticino.html>

¹¹ <https://www4.ti.ch/dss/dasf/temi/familiari-curanti/prestazioni-e-servizi-per-persone-che-necessitano-di-assistenza/assistenza-cura-e-sorveglianza-a-domicilio/servizi-di-assistenza-e-cura-a-domicilio-sacd> ma anche <https://www2.supsi.ch/cms/ispas/gli-studi/cura-dellanziano/aiuti-a-domicilio/> e <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html>

za, è rivolto a molte categorie tra cui, a titolo esemplificativo, si citano: persone anziane dipendenti, persone in fin di vita che necessitano di cure palliative, persone con malattie degenerative, persone con disabilità fisiche o mentali, ma anche donne in gravidanza a rischio, famiglie che necessitano di assistenza per la cura dei bambini o di altri familiari. Per poter stimare, dunque, la capacità di presa in carico del sistema a livello cantonale, si è scelto di partire dai dati sull'utenza in carico over65 (per restringere il campo ai soli anziani), per poi riportare questo dato alla stima di persone con potenziale necessità di essere assistite al domicilio (48.747, come definito nel paragrafo precedente).

In particolare, il numero di utenti over 65 in carico ai servizi al domicilio era di 3.113 persone (nell'intera Svizzera i servizi domiciliari raggiungono complessivamente 96.980 persone over 65¹²). Per quanto riguarda il Canton Ticino, il tasso di copertura calcolato in relazione al bacino di utenza potenziale è del 6,38%.

Utilizzando il numero di ore erogate (e fatturate) nell'ultimo anno a disposizione (2021) è possibile invece stimare l'intensità assistenziale offerta. Complessivamente, per gli over 65 sono state fatturate 226.211 ore di assistenza, pari a un'intensità assistenziale di 73h all'anno per utente anziano.

Nello specifico, i servizi di assistenza e cura a domicilio nel Canton Ticino sono definiti dalla Legge cantonale sull'assistenza e cura a domicilio (LACD del 16 dicembre 1997). Essa prevede che i servizi di questo tipo forniscano prestazioni temporanee o durature, preventive o riabilitative, eseguite presso l'abitazione dell'utente e finalizzate a mantenerlo. Si tratta di una definizione in ogni caso ampia, perché comprende diverse tipologie di intervento, sia di carattere sanitario, sia di carattere socioassistenziale: cure medico-terapeutiche, cure di base, aiuti di economia domestica, consulenza igienica, sanitaria e sociale, informazione e attivazione delle risorse disponibili sul territorio, educazione e prevenzione sanitaria. Ciascun cantone, dunque, decide in autonomia in merito all'organizzazione e al finanziamento del servizio, spesso prevedendo una distribuzione di competenze tra livello centrale (cantonale) e comuni. Nel caso del Canton Ticino, il livello cantonale è in particolar modo responsabile della pianificazione che viene svolta periodicamente sulla base dell'analisi dei bisogni del territorio e approvata dal Gran Consiglio su proposta del Consiglio di Stato. Il cantone, attraverso il Dipartimento della sanità e della socialità, è anche responsabile della verifica dell'applicazione di quanto pianificato, nonché del rispetto degli standard di servizio e di personale predefiniti.

I comuni, invece, partecipano alla pianificazione (vengono sentiti e coinvolti dal Consiglio di Stato) e successivamente sono chiamati a garantire l'offerta di prestazioni stabilita nel proprio comprensorio, avendo inoltre la facoltà di

¹² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/aide-soins-domicile.html>

definire progetti specifici o supplementari. I comuni partecipano inoltre alla copertura del fabbisogno finanziario degli enti erogatori dei servizi domiciliari veri e propri, dei servizi complementari (definiti «di appoggio») e dei costi degli aiuti diretti (contributi economici) nei limiti previsti dalla legge.

Per quanto riguarda, infine, l'erogazione del servizio, esistono i SACD e i provider privati. Sono considerati Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) le organizzazioni e gli operatori che offrono prestazioni di assistenza e cura a domicilio; sul territorio ticinese esistono 6 SACD riconosciuti dal Canton Ticino e si caratterizzano per essere gestiti da associazioni di diritto privato senza scopo di lucro e sono finanziati per le prestazioni che erogano tramite un contratto di prestazione. Accanto ai 6 SACD esistono inoltre diversi servizi di assistenza e cura a domicilio privati.

Le prestazioni di assistenza domiciliare vengono erogate sulla base di una prescrizione medica e i servizi offerti comprendono:

- ▶ valutazione dei bisogni, consigli mirati e coordinamento dei provvedimenti in base alle esigenze;
- ▶ informazione e attivazione delle risorse disponibili sul territorio;
- ▶ consulenza igienica, sanitaria e sociale;
- ▶ educazione e prevenzione sanitaria;
- ▶ cure medico-terapeutiche (medicazioni, somministrazione della terapia, prelievi per esami di laboratorio, misurazione dei parametri vitali, ecc.);
- ▶ cure di base (aiuto per vestirsi, svestirsi e alzarsi, igiene personale, ecc.);
- ▶ aiuti di economia domestica (pulire, stirare, ecc.).

Le cure medico-terapeutiche e le cure di base sono coperte dall'assicurazione malattia di base. Le altre prestazioni sono fatturate direttamente all'utente in funzione del suo reddito, secondo il tariffario stabilito dalla Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD). Queste possono essere in parte coperte da assicurazioni complementari private.

Da un punto di vista organizzativo, il servizio è erogato dalle unità operative dei SACD. Ogni unità operativa è costituita da un'équipe polivalente composta almeno da un operatore o operatrice appartenente ad ognuna delle seguenti categorie professionali:

- ▶ infermiere/a;
- ▶ operatore sociosanitario o aiuto familiare;
- ▶ ausiliario/a dell'assistenza a domicilio.

Ogni unità operativa è poi diretta da un/a capo-équipe che vigila affinché gli interventi dei vari operatori avvengano in modo coordinato e razionale.

La Tabella 5.8 riassume le principali caratteristiche dell'assistenza domici-

Tabella 5.8 L'assistenza domiciliare in 5 paesi: una visione comparata*

	Belgio	Italia	Francia	Germania	Swizzera (Canton Ticino)
Governance del servizio	<ul style="list-style-type: none"> – Livello nazionale (definizione del quadro normativo per gli interventi sanitari) – Livello regionale (definizione degli interventi socio-sanitari, implementazione degli interventi sanitari e coordinamento tra politiche) – Livello comunale (implementazione degli interventi sociali) – Provider profit, non profit e non profit con partecipazione pubblica (erogazione del servizio) 	<ul style="list-style-type: none"> – Livello regionale (definisce entità del finanziamento, modalità di utilizzo e assegnazione, caratteristiche dei servizi, regole di ingaggio) – Aziende sanitarie (autorizzazione, accreditalimento e contrattualizzazione dei provider) – Provider pubblici, profit e non profit (erogazione del servizio) 	<ul style="list-style-type: none"> – Livello nazionale (tramite CNSA (definizione dei criteri di accesso, delle politiche dei servizi e dei livelli di finanziamento)) – Livello Dipartimentale (implementazione delle politiche, finanziamento aggiuntivo, accesso ai servizi) – Livello comunale (integrazione con politiche sociali) – Provider profit e non profit (erogazione del servizio) 	<ul style="list-style-type: none"> – Livello nazionale (definizione dei criteri di accesso e dei livelli di contribuzione obbligatoria per l'assicurazione LTC) – Livello länder (assicurano adeguate infrastrutture per l'erogazione dei servizi) – Comitati federali (partecipati da assicurazioni e provider di servizi, definiscono i livelli di remunerazione, standard di qualità e tipologia di prestazioni erogate) – Assicurazioni (richiesta di accesso e valutazione annuale del bisogno) – Provider privati e non profit (erogazione del servizio) 	<ul style="list-style-type: none"> – Livello cantonale (pianificazione e verifica) – Livello comunale (garanzia erogazione servizio e finanziamento) – Provider non profit con partecipazione pubblica + privati profit (erogazione del servizio)
Meccanismi presa in carico e organizzazione servizio	<ul style="list-style-type: none"> – Accesso presso i centri di coordinamento del servizio integrato di assistenza domiciliare – Successiva valutazione del bisogno da parte di personale sanitario (in alcuni casi commissione generale o specialista ospedaliero dopo un ricovero) – Approvazione di un piano di assistenza che può prevedere l'erogazione di interventi sanitari, socioassistenziali e cash transfer – Coordinamento degli interventi assistenziali da parte di un case manager 	<ul style="list-style-type: none"> – Processo differenziato tra regioni. Generalmente ADI "semplice": Accesso prescritto dal medico di medicina generale o specialista ospedaliero dopo un ricovero – Approvazione di un piano di assistenza che può prevedere ADI "complessa": Accesso valutato da commissione di valutazione con équipe multidisciplinare – Redazione di un piano assistenziale con pacchetto di prestazioni 	<ul style="list-style-type: none"> – Attivazione del processo di richiesta di indennità monetaria (APA) – Successiva attivazione della valutazione del bisogno al domicilio – Approvazione di un piano di cura con relativo budget di cura abbinato all'erogazione di APA – scelta libera del provider da parte del cittadino 	<ul style="list-style-type: none"> – Richiesta di accesso a interventi di LTC alla propria assicurazione – Valutazione del bisogno a cura di una commissione medica dell'assicurazione e assegnazione di un livello di assistenza da 1 a 5 – Libera scelta del cittadino tra indennità monetaria o pacchetto di servizi, entrambi funzione del livello di assistenza assegnato. Libera scelta dei provider, tra quelli contrattualizzati dall'assicurazione. – Ri-valutazione annuale del bisogno a cura della commissione medica dell'assicurazione 	<ul style="list-style-type: none"> – Necessaria prescrizione medica – Offerto un ampio portafoglio di attività (dalla prestazione sanitaria a quella sociale, passando per il <i>counselling</i>) – Il servizio è erogato dalle unità operative (composte da équipe polivalenti e guidate da un/a capo/a équipe)

Tabella 5.8 (segue)

	Belgio	Italia	Francia	Germania	Swizzera (Canton Ticino)
Risorse impiegate per assistenza domiciliare LTC, valori e composizione.	Le risorse (pubbliche, private, da assicurazioni) dedicate all'assistenza domiciliare LTC nel 2021 sono state pari a 5,0 miliardi di euro.	Le risorse dedicate all'assistenza domiciliare per over65 nel 2022 sono state pari a € 4.772.884.000.	Per i servizi domiciliari stanziati complessivamente nel 2022 15,1 miliardi di euro (56% del totale investito su LTC, l'80% circa sono over65), non autosufficienza anziani).	Le risorse dedicate all'assistenza domiciliare nel 2020 sono state pari a €44.344.000.000 (riferito a tutti i target di LTC, l'80% circa sono over65).	Per i servizi domiciliari definiti "aiuti al domicilio" nel 2021: 258,22 milioni di franchi svizzeri (pari a circa 266.654.420 €).
Fonte: Eurostat, 2023	Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, 2023	Fonte: CNSA, 2023	Fonte: Eurostat, 2023	Fonte: Ufficio Federale di Statistica Svizzera	Fonte: Ufficio Federale di Statistica Svizzera
Risorse sanitarie impiegate per assistenza domiciliare LTC, valori e composizione.	Totale: € 4.999.330.000 Intervento pubblico: 44% Assicuraz. obbligatorie: 46% Assicuraz. volontarie: 6% Spesa privata: 3%	Totale: € 3.184.000.000 Intervento pubblico: 96% Assicuraz. obbligatorie: 0% Assicuraz. volontarie: 1% Spesa privata: 3%	Totale: € 8.892.200.000 Intervento pubblico: 42% Assicuraz. obbligatorie: 51% Assicuraz. volontarie: 1% Spesa privata: 6%	Totale: € 44.344.000.000 Intervento pubblico: 4% Assicuraz. obbligatorie: 78% Assicuraz. volontarie: 5% Spesa privata: 13%	Totale*: € 2.830.320.000 Intervento pubblico: 21% Assicuraz. obbligatorie: 56% Assicuraz. volontarie: 2% Spesa privata: 21%
Fonte: Eurostat, anno più recente disponibile	(Anno 2021)	(Anno 2021)	(Anno 2020)	(Anno 2021)	(Anno 2021) *Svizzera
Risorse sanitarie per assistenza domiciliare LTC, % PIL.	0,99% del PIL (Anno 2021)	0,18% del PIL (Anno 2021)	0,39% del PIL (Anno 2020)	1,23% del PIL (Anno 2021)	0,42% del PIL (Anno 2021)
Elaborazione degli autori su dati Eurostat, più anni					

	Belgio	Italia	Francia	Germania	Svizzera (Canton Ticino)
Bacino di utenza (anno più recente disponibile)	Circa 480.000 cittadini over65 non autosufficienti nel 2019.	3,9 milioni di cittadini over65 non autosufficienti nel 2021.	18,1 milioni di cittadini over60. Di questi il 7,2% è stato nel 2021 beneficiario della prestazione APA (1,3 milioni di over60)	Nel 2019, 4,1 milioni di persone con bisogni di LTC, si stima che l'80% abbia più di 65 anni.	Nel 2017 (ultimo anno disponibile), 48.747 individui con potenziali necessità di essere assistite al domicilio (calcolate come over 65 con difficoltà nello svolgimento di ADL o iADL).
Capacità di presa in carico del sistema (anno più recente disponibile)	<ul style="list-style-type: none"> - Nel 2019 111.485 persone over65 assistite con servizi al domicilio LTC (il 75,5% degli over65 con gravi difficoltà, Eurostat) - Non sono presenti dati sull'intensità assistenziale 	<ul style="list-style-type: none"> - Nel 2019 il 52,1% degli over65 con gravi difficoltà è assistito con servizi al domicilio LTC (Eurostat). - Nel 2021 il 22% di over65 non autosufficienti in carico a ADI, mentre - Intensità assistenziale: 16/h medie per caso assistito 	<ul style="list-style-type: none"> - Nel 2019 il 64,2% degli over65 con gravi difficoltà è assistito con servizi al domicilio LTC (Eurostat). - Considerando i 790.000 utilizzatori di APA al domicilio e la popolazione anziana di riferimento (18,1 min) i beneficiari corrispondono al 4,36% del totale. - Non sono disponibili dati sulle ore erogate. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nel 2019 il 56,1% degli over65 con gravi difficoltà è assistito con servizi al domicilio LTC (Eurostat). - Tasso di copertura: 80,2%, di cui il 64% con indennità monetaria; il 30% con servizi professionali. - Non sono disponibili dati sulle ore erogate. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tasso di copertura: 6,38% - Intensità assistenziale: 73h / anno per utente over65

* Per Italia si sceglie di inserire i dettagli riferiti ad Assistenza Domiciliare Integrata ADI.

liare nei paesi oggetto d'indagine: Belgio, Italia, Francia, Germania e Svizzera (Canton Ticino).

5.4 Conclusioni per il futuro dei servizi (domiciliari e non)

I quattro casi presentati, forniscono alcuni spunti di riflessione per l'evoluzione dei servizi per anziani in Italia che possono essere riassunti intorno a quattro grandi temi: la governance complessiva del sistema, il livello di spesa pubblica e le modalità di finanziamento dei servizi, le caratteristiche dei servizi stessi e le modalità di accesso e di presa in carico.

Rispetto alla governance del sistema, tutti i casi analizzati condividono un doppio livello di responsabilità, articolata sul livello nazionale e sul livello intermedio (Regioni, Dipartimenti, Länder, Cantoni). Sebbene sia diverso il livello di autonomia e il contenuto delle decisioni assegnate ad ogni livello, i quattro casi condividono il fatto che le regole fondamentali siano state definite a livello centrale, lasciando al livello intermedio la gestione del sistema e dei servizi. Tra questi, certamente Francia e Germania sono più spinti nell'aver definito a livello nazionale entità del finanziamento, criteri di accesso, standard dei servizi, mentre Belgio e Svizzera, lasciano maggior grado di autonomia seppur fissando paletti e obiettivi. Il sistema italiano oggi, sia per quello che riguarda l'assistenza domiciliare che l'assistenza agli anziani più in generale, sposta molto più spazio decisionale e gestionale sul livello intermedio: sono le regioni infatti a definire entità del finanziamento (e modalità di utilizzo e assegnazione), caratteristiche dei servizi, regole di ingaggio ecc... senza avere un quadro nazionale chiaro e definito. In prospettiva, invece, la riforma e gli obiettivi PNRR dovrebbero introdurre un maggior coordinamento a livello nazionale (con gli obiettivi univoci fissati da PNRR – sebbene a tempo determinato – e con un modello di governance più accentrato come proposto dalla Riforma). In prospettiva, la strada italiana sembra quella francese, con criteri di accesso, processi codificati, caratteristiche dei servizi (in termini di standard minimi) definiti in modo univoco a livello nazionale. Certamente dal confronto proposto, il modello francese è quello che sulla carta presenta una maggior uniformità rispetto alle garanzie offerte ai cittadini, questo accade però in virtù di un forte investimento a livello di Dipartimenti (ad esempio rispetto all'allocazione delle risorse anche per investimenti e progetti innovativi e rispetto alla codifica dei processi di presa in carico gestiti dal livello intermedio con un forte raccordo tra verifiche amministrative e di progettazione dei servizi e dei budget di cura). Il caso francese ci ricorda quindi come non sia sufficiente definire regole univoche e delegare l'implementazione ai livelli più vicini al cittadino, ma che piuttosto serva un presidio forte e coerente per tutti i livelli. Rispetto al futuro della governance del sistema italiano, questi elementi rischiano di essere

sottovalutati, considerando che il sistema oggi è profondamente eterogeneo e sedimentato su modelli regionali che differiscono non tanto per l'allocazione delle responsabilità (che invece è simile tra regioni) quanto piuttosto per le modalità di gestione e per la visione strategica promossa, invece ben presidiata e coordinata nel modello francese. Il modello italiano assomiglia attualmente di più a quello svizzero, che ugualmente vede una eterogeneità spinta tra Cantoni per quello che riguarda lo sviluppo del sistema.

Rispetto alla spesa pubblica e al modello di finanziamento implementato, l'Italia risulta essere il Paese che tra questi ha il più basso livello di spesa pubblica per assistenza domiciliare e per LTC in generale. Questo è un primo elemento che, ancora prima del modello assicurativo o da fiscalità generale, deve essere considerato come dato di partenza. Superando il confronto rispetto al finanziamento complessivo del sistema e guardando alle modalità di finanziamento dei servizi emergono due elementi di confronto tra modelli. Un primo elemento riguarda la definizione del costo (o remunerazione delle prestazioni), con Francia e Belgio che hanno definito dei valori univoci a livello nazionale (minimi o di riferimento in alcuni casi), con Svizzera e Germania (ma anche Italia) che invece lasciano alla contrattazione con i provider o al livello locale la definizione dei valori riconosciuti per la singola prestazione. L'altro elemento riguarda la decisione circa la compartecipazione che per Francia e Germania, similmente alle tariffe riconosciute, è un parametro su cui sono date indicazioni a livello nazionale e che viene considerato nel totale del budget di cura allocato al singolo cittadino. Negli altri casi, la compartecipazione è invece un elemento definito a livello locale, che non necessariamente viene considerato nella definizione delle risorse allocate. Gli stessi due paesi (Francia e Germania) prevedono che le prestazioni monetarie (l'equivalente della nostra Indennità di Accompagnamento, con alcune differenziazioni) siano utilizzabili per l'accesso diretto ai servizi o in ogni caso considerate nella definizione del budget di cura a disposizione. Proprio quest'ultimo aspetto differenzia ulteriormente i Paesi: ancora una volta Francia e Germania partono dalla definizione di pacchetti assistenziali, rispetto ai quali definiscono poi le fonti di finanziamento, pubbliche o private. Oggi, invece, il sistema italiano è più simile a quello belga o svizzero, che propone prestazioni in funzione del budget disponibile e non viceversa. Il sistema italiano dovrebbe spostarsi verso il modello del budget di cura (o per lo meno così esplicita la riforma in discussione). Il modo in cui questo è reso possibile nei Paesi oggetto di studio fa comunque riferimento alle condizioni preliminari già discusse (omogeneità, concordanza di visione tra livelli di governo, percorsi di accesso omogenei etc.) che risultano essere elementi indispensabili per poter implementare il budget di cura. I sistemi con una spesa maggiore allocano poi una parte significativa del finanziamento annuale al finanziamento dell'innovazione dei servizi, al supporto dei provider rispetto ai costi crescenti e ad una valorizzazione del costo del personale

(tramite un sostegno alla definizione dei livelli retributivi). Tutto questo non accade attualmente in Italia, in cui la necessità di investimento e di sostenere costi maggiori (anche del personale) viene scaricata a valle sui provider di fatto impedendo qualsiasi aggiustamento e avanzamento del sistema.

Rispetto alle specificità dell'assistenza domiciliare è interessante notare come tutti i Paesi analizzati partano dall'esistenza di diverse tipologie di assistenza domiciliare (per finalità) e abbiano già proceduto o stiano procedendo ad una integrazione e riqualificazione dell'assistenza a casa come presa in carico unica. Di fatto in Italia questo accade implicitamente, quando il legislatore privilegia ADI non incentivando altre forme di assistenza al domicilio sebbene esistenti (ad esempio SAD) o esplicitamente, quando nella riforma in discussione si parla di nuove forme di assistenza integrata. La tendenza quindi a ricomporre e soprattutto coordinare gli interventi è confermata a livello europeo. Rispetto al contenuto delle prestazioni, alcuni Paesi (Germania e Belgio) considerano tra i destinatari dell'assistenza a casa anche i caregiver, individuando riconoscimenti o servizi loro dedicati. Le singole componenti dell'assistenza erogata differiscono da Paese a Paese, passando da un elenco molto vasto e flessibile (come per Francia e Germania che includono ad esempio anche l'aspetto dell'adattamento domestico) a elenchi di natura più prestazionale come per Svizzera, Belgio e Italia. Tutti i casi analizzati centrano in ogni caso la progettazione dell'assistenza su un piano di cura che ha caratteri sostanziali di decisione rispetto a cosa offrire. Il caso italiano vede invece l'elaborazione del piano di cura come un documento più formale o quasi di ratifica delle ore concesse, e non integra in nessun modo interventi privati o di altra tipologia. Solo Svizzera e Italia mantengono inoltre un servizio di assistenza domiciliare pensato per la popolazione in senso generico, mentre gli altri tre Paesi prevedono mission, regole e provider specifici per il solo target anziani. Dalla nostra analisi emerge come attualmente la tecnologia non sia una leva utilizzata in nessuno dei casi trattati, confermando come in ambito non autosufficienza la digitalizzazione sia più lenta che in altri comparti.

Rispetto ai percorsi di accesso per i cittadini è necessario osservare lo sforzo di uniformità promosso da Francia, Germania e Belgio per arrivare a scale e procedure di valutazione condivise e univoche. Questo ha permesso di spostare il baricentro della valutazione da una verifica di compliance di requisiti ad una vera e propria valutazione del bisogno. Non a caso, queste sono gestite da équipes multiprofessionali (antitetiche rispetto alle commissioni di valutazione attive nel sistema italiano) che disgiungono il «giudizio» rispetto ai bisogni assistenziali da quello sull'assegnazione delle risorse, di fatto separando il processo di autorizzazione. In tutti e quattro i casi (inclusa Svizzera) rimane attivo poi un soggetto care manager collegato all'ente pubblico titolare della valutazione e dell'assegnazione delle risorse e non del gestore dei servizi (come nel

caso italiano). Questo consente di mantenere un presidio sulle risorse impiegate ma anche sulla qualità e sull'appropriatezza dei servizi attivati, lasciando la responsabilità al soggetto pubblico di farsi promotore di rivalutazioni o di modifiche.

Nell'insieme i quattro casi ci dicono alcune cose rispetto al sistema italiano, da considerare rispetto a interventi e revisioni del modello di assistenza agli anziani:

- ▶ in presenza di più livelli di governo e volendo valorizzare il ruolo del livello centrale serve un allineamento di visioni, ma anche di strumenti operativi che possano allineare gli obiettivi e rendere i sistemi più equi seppur nella valorizzazione delle differenze territoriali;
- ▶ il ruolo della valutazione è molto efficace, se è centrata sulla valutazione dei bisogni, piuttosto che sulla verifica dei requisiti per l'accesso alle risorse pubbliche;
- ▶ questo consente la definizione di budget di cura che includono sia la spesa pubblica che privata: solo così è possibile prendere in carico un maggior numero di bisogni e di casi e di proporre soluzioni flessibili e personalizzate (al contrario, la remunerazione di singole prestazioni conduce alla situazione opposta: meno casi, minore flessibilità);
- ▶ alcune priorità (investimenti e valorizzazione del personale) se non scaricate nella loro risoluzione al livello dei gestori dei servizi, producono soluzioni diffuse di cui beneficia tutto il sistema;
- ▶ l'assistenza al domicilio deve e può essere frutto di una progettazione sul singolo caso che include la sua rete, la sua casa e le risorse attivabili e non un insieme di prestazioni disgiunte.

In una fase in cui si discute di come potenziare l'assistenza domiciliare e ripensare il sistema, questi elementi devono essere considerati per promuovere un cambiamento positivo, sostenibile e duraturo nel tempo.

5.5 Bibliografia

- Aguilova L, Sauzéon H, Balland É, Consel C, N’Kaoua B. (2014), *Grille AGGIR et aide à la spécification des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie [AGGIR scale: a contribution to specifying the needs of disabled elders]*, *Revue Neurologique*, 170(3), pp.216-21.
- Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Busse R. (2020). *Germany: Health system review. Health Systems in Transition*, 2020; 22(6): pp.i-273.
- CNSA (2023). *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, 2023.
- Commissione Europea (2017). *Peer Review on «Germany's latest reforms of*

- the long-term care system».* *Host Country Discussion Paper – Germany.* Disponibile a questo link.
- Commissione Europea (2021). *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Country profiles, Volume II.* Disponibile a questo link.
- Destatis (2023). *People in need of long-term care.* Disponibile a questo link.
- Eurostat. *Expenditure for selected health care functions by health care financing schemes.* Disponibile a questo link.
- Eurostat. *Self-reported use of home care services by people with severe difficulty in personal care activities by sex and age.* Disponibile a questo link.
- Fischer, T. (2023). «Home care in Germany during the COVID-19 pandemic: A neglected population?», *Journal of Nursing Scholarship*, 55(1), pp.215-225.
- Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E. (2022), *Il presente e il futuro del settore. Long Term Care: cantieri aperti. 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care.* Milano, Egea.
- Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A. (2016), «Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi», in CER-GAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.
- Gerkens S. e Merkur S. (2020). «Belgium: Health system review», *Health Systems in Transition*, 22(5).
- Istat (2023). *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anni 2018-2020.* Disponibile a questo link.
- Istat (2021). *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019.* Disponibile a questo link.
- Istat, (più anni). *Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2020; Anno 2019; Anno 2018.*
- Legge 155/2023, Governo federale tedesco. *Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Legge per il sostegno e il sollievo nella cura Atto di assistenza e soccorso – PUEG).* Disponibile (in tedesco) a questo link.
- Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 30 novembre 2010.
- Regolamento d'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio del 22 agosto 2012.
- Longo F., Manfredi S., Meda F., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A. (2022). «Il posizionamento strategico dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti nelle regioni italiane: un'analisi comparata», in CER GAS SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2022.* Milano, Egea.
- Lorenz-Dant K., Fischer T. and Hämel K., «COVID-19 and the Long-Term Care system in Germany», in Comas-Herrera A., Marczak J., Byrd W., Lorenz-Dant K., Pharoah D. (a cura di) (2021), *LTCcovid International Living report on COVID-19 and Long-Term Care.* LTCcovid, Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science.

- Ministero della Salute, (più anni), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*.
- OECD (2023). *Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care*, Paris, OECD Publishing. Disponibile a questo link.
- Pani-Harreman K. E., Bours G. J., Zander I., Kempen G. I., e van Duren J. M. (2021), *Definitions, key themes and aspects of 'ageing in place': a scoping review*, *Ageing & Society*, 41(9), pp. 2026-2059.

6 I consumi privati in sanità

di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Luigi M. Preti, Valeria Rappini¹

6.1 Premessa

L'analisi di questo capitolo si concentra sui consumi privati in sanità (CPS), cioè l'insieme di beni e servizi sanitari finanziati attraverso una spesa posta direttamente a carico delle famiglie (*out of pocket*), delle imprese (per esempio, la medicina del lavoro) o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso). Il capitolo, curato dall'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CERGAS-SDA Bocconi offre, come di consueto, attraverso l'esplorazione delle fonti più aggiornate, un quadro complessivo dei «numeri» del settore dei consumi privati in sanità e delle sue principali determinanti fino al 2022.

Il capitolo di quest'anno, a differenza delle ultime due edizioni (Del Vecchio, Fenech, Preti e Rappini, 2021, 2022), pur tenendo in considerazione le discontinuità generate dall'emergenza da Covid-19, riprende la tradizionale struttura degli analoghi contributi offerti nei rapporti OASI precedenti la pandemia.

Dopo un breve richiamo all'approccio (§ 6.2) e ad alcuni aspetti metodologici (§ 6.3), il rapporto propone una serie di dati e riflessioni che partono dalle dinamiche internazionali (§ 6.4) e si soffermano su un quadro generale del contesto italiano (§ 6.5) indagando la composizione per funzioni di spesa, per fonti di finanziamento e per loro destinazione. Un approfondimento specifico è dedicato alla spesa sanitaria degli over75 che vivono da soli (§ 6.6) e un secondo alla sanità integrativa, recentemente oggetto di rinnovata attenzione nel dibattito politico (§ 6.7). Come per i precedenti rapporti l'ultimo paragrafo (§ 6.8) è dedicato ad alcune riflessioni conclusive e di sintesi sulle principali evidenze emerse.

¹ Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, il § 6.8 può essere attribuito a Mario Del Vecchio, i §§ 6.2 e 6.3 a Valeria Rappini, i §§ 6.4 e 6.5 a Lorenzo Fenech e i §§ 6.6 e 6.7 a Luigi Preti.

6.2 I consumi privati in sanità nei sistemi che si «ibridizzano»

I consumi privati hanno assunto un ruolo che non può essere considerato marginale, sia per l'entità delle risorse coinvolte sia per quello che essi rappresentano nei complessi processi di consumo di cittadini-utenti alla ricerca del soddisfacimento dei propri bisogni di salute. I tradizionali rapporti tra pubblico e privato nei sistemi sanitari dei paesi avanzati hanno subito cambiamenti strutturali in tutte le dimensioni di funzionamento, a causa di un insieme variegato di fattori. Tra le possibili cause, un ruolo da non sottovalutare è quello giocato da una costante espansione delle opportunità di cura che rende, da una parte, impossibile il sostegno pubblico a tutto ciò che è potenzialmente utile per la salute e, dall'altra, difficoltosa la costruzione di gerarchie condivise rispetto alla «meritorietà» dei diversi consumi (ciò che deve rientrare nel perimetro pubblico e ciò che ne può rimanere fuori). La crescente standardizzazione dei processi di produzione ed erogazione dei servizi sanitari incontra, poi, una domanda decisamente meglio informata rispetto al passato consentendo, in alcuni ambiti, un ricorso meno problematico ai meccanismi di mercato (Tinghög G., Carlsson P., Lyttkens C., 2009). L'esito complessivo è l'emergere di sistemi sanitari in cui il complesso intreccio tra pubblico e privato indebolisce la forza interpretativa dei consueti modelli di rappresentazione (mutualistici, a servizio sanitario nazionale, ecc.), costringendo gli studiosi a moltiplicare modelli e varianti per poter garantire un minimo di generalizzabilità (Toth, 2016). Si tratta, sempre più, di sistemi «ibridi» nei quali un intenso combinarsi delle dimensioni pubblico e privato si accompagna a una progressiva contaminazione tra sistemi.

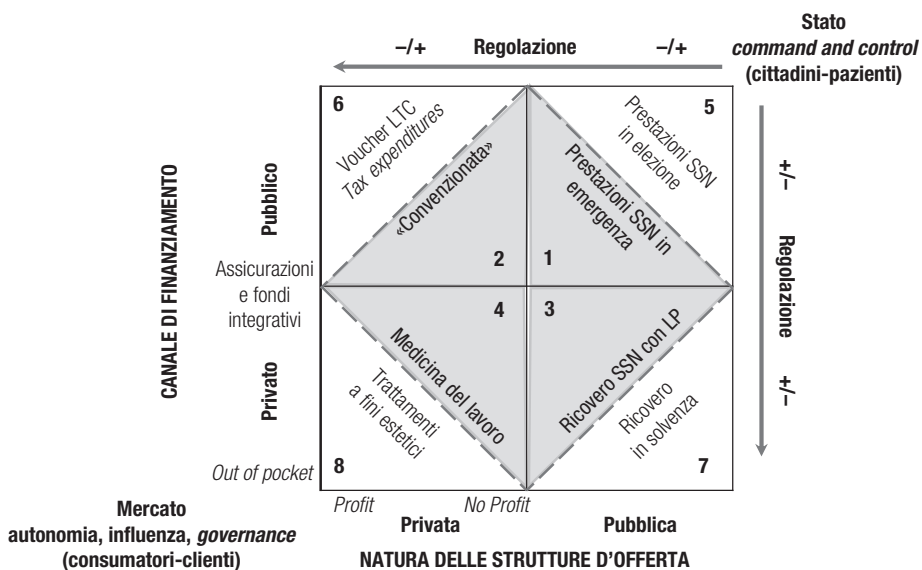
Alla luce di quanto appena esposto, la Figura 6.1 rappresenta il nuovo *framework* di riferimento introdotto a partire dal Rapporto 2019 (Del Vecchio *et al.*, 2019). Alle tradizionali dimensioni di «produzione» e «finanziamento», che aiutano a definire le aree di interesse dei consumi privati, si aggiunge la dimensione relativa all'effettiva capacità di influenza e decisione dell'utente sul processo di consumo. Ciascuno dei «tradizionali» quattro quadranti viene, di conseguenza, ulteriormente suddiviso: le aree più interne sono caratterizzate da un maggior potere di decisione sulle modalità di fruizione esercitato dal sistema pubblico, mentre le corrispondenti sezioni più esterne esprimono un crescendo di logiche di mercato e riflettono una maggior libertà e discrezionalità del singolo utente. Non è perciò detto che la condizione di finanziamento privato e produzione privata sia di per sé sufficiente a garantire tutte le condizioni normalmente associate a un «consumo privato». Infatti, nel medesimo tradizionale quadrante privato-privato, possiamo ora evidenziare due situazioni molto differenti: la medicina del lavoro, più vicina a un consumo pubblico per gli elevati livelli di «prescrittività» (Figura 6.1, circuito 4), e i trattamenti sanitari a fini estetici pienamente caratterizzati da dinamiche di

mercato (Figura 6.1, circuito 8). Distinzioni analoghe possono essere utilmente applicate agli altri quadranti, rendendo evidente la complessità dell'intero scenario.

A una rappresentazione che aggiunge una ulteriore dimensione rispetto a quelle tradizionalmente considerate (finanziamento e produzione), corrisponde, inoltre, un insieme complesso e articolato di diversi circuiti, attori e meccanismi di produzione: da una parte, l'onere può ricadere sulle famiglie, sui fondi e le assicurazioni o sulle imprese e, dall'altra, i destinatari delle risorse possono essere la stessa pubblica amministrazione, le imprese fornitrici di beni o servizi, o i professionisti (Del Vecchio, 2012).

Le riflessioni fin qui svolte sorreggono e rafforzano le idee di fondo che sono alla base del lavoro dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità. I consumi privati non possono essere considerati come un insieme indistinto, non è sufficiente prendere semplicemente atto che essi pesano per circa un quarto sulla spesa totale e rappresentano una componente strutturale e fisiologica del sistema sanitario. Bisogna conoscerli e analizzarli nelle singole componenti, evidenziando, anche attraverso quadri concettuali diversi da quelli del passato, i non banali intrecci che li legano ai consumi pubblici. In questa prospettiva il capitolo presenta dati ed evidenze di un fenomeno che è sempre più spesso oggetto di un dibattito, purtroppo, ancora, non sempre sufficientemente informato.

Figura 6.1 **Gli otto circuiti del settore sanitario: pubblico e privato tra finanziamento, produzione ed equilibri di influenza**



6.3 Perimetri, fonti e aggregati di spesa sanitaria privata

La quantificazione della spesa sanitaria privata, sia in termini aggregati che in termini disaggregati, pone preliminarmente il tema della definizione dei metodi di stima e dei perimetri assunti per definire l'oggetto di studio. Rispetto ai metodi, le stime possono basarsi su indagini quantitative, su dati amministrativi o, in caso di fonti secondarie, sull'integrazione di più fonti primarie. Il metodo dipende dagli obiettivi che i diversi soggetti vogliono perseguire nel raccogliere o incrociare i dati. Le principali fonti e stime ufficiali della spesa sanitaria sono riportate nella Tabella 6.1.

A differenza della spesa pubblica, il cui perimetro non può essere oggetto di fraintendimenti, in quanto definito dalle norme e dagli ambiti di operatività delle aziende sanitarie pubbliche, non è altrettanto chiaro l'ambito della spesa privata (Tabella 6.2).

Tabella 6.1 **Stime aggregate delle principali fonti istituzionali sulla componente privata della spesa sanitaria italiana**

Fonti	Aggregati e metodi di riferimento	Classificazioni	Italia (ultimo anno disponibile)	Anni disponibili	Soggetta ad aggiornamenti e revisioni	Livello di utilizzo
ISTAT	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (Sec2010) integrando dati amministrativi e campionari	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP 1999)	41,4	1995-2022	Si	Nazionale
	Spesa sanitaria rilevata dall'Indagine sulla spesa delle famiglie residenti (sostenute in Italia e all'estero)*	Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP 2018)*	34,4	2022	No	Nazionale e regionale
	Spesa sanitaria sostenuta dalla popolazione residente (spesa diretta delle famiglie e da regimi volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA 2011)	International Classification for Health Accounts (ICHA)	41,5	2012-2022	Si	Nazionale
OECD, Eurostat, WHO	Spesa sanitaria privata (spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il System of Health Accounts (SHA 2011) che utilizza il Joint Health Accounts Questionnaire (JHAQ) per la trasmissione dei dati	International Classification for Health Accounts (ICHA)	41,5	1970-2022	Si	Internazionale

* Dall'edizione 2023 l'Indagine sulla Spesa delle famiglie è stata redatta secondo la nuova classificazione COICOP 2018. La serie storica armonizzata con le edizioni precedenti non è ancora disponibile.

Tabella 6.2 I perimetri e i range di stima della spesa sanitaria privata (2021)

Riduzione del perimetro		Area delle stime ufficiali		Allargamento del perimetro	
Le stime variano se vengono sottratti alle stime ufficiali (nell'ordine): le forme di compartecipazione obbligatoria (ticket), le <i>tax expenditures</i> e la spesa per assistenza in RSA		Le stime variano in funzione dei soggetti considerati: le famiglie (residenti e non), le forme sanitarie integrative (assicurazioni e fondi) e gli altri regimi di finanziamento volontari (imprese e no profit)		Le stime variano se sono aggiunte alla stima ufficiale (nell'ordine): la componente di spesa intermediaata non ancora stimata da ISTAT (fondi), le spese per integratori e prodotti omeopatici, la spesa per assistenza ai disabili e anziani	
25,8	29,4	33,7	36,7	41,4	41,5
Configurazioni e componenti di spesa considerate					
Spesa sanitaria OOP (spesa diretta delle famiglie)		Spesa sanitaria privata (include tutti i regimi di finanziamento volontari)			
- 3,6 (spesa per assistenza in RSA)	- 4,3 (detrazioni e deduzioni)	- 3,0 (ticket su specialistica e farmaceutica)	Spesa diretta delle famiglie residenti in Italia e all'estero	Spesa per consumi finali delle famiglie sul territorio economico (include parte dei rimborsi da assicurazioni)	Spesa privata (spesa delle famiglie residenti e degli altri regimi di finanziamento volontari)
				+ 0,7 (Componente non assicurata dei fondi integrativi ed enti assistenziali)	+ 4,6 (spesa per integratori, omeopatici ed erboristici)
					+ 2,6 (assistenza disabili e/o anziani a domicilio e/o casa di cura)
Razionale					
Esclusione di spese non strettamente sanitarie	Esclusione <i>tax expenditures</i> su IRPEF	Esclusione compartecipazione obbligatoria (assimilabile a tassazione)	Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)	Sistema dei conti nazionali (ISTAT-CN)	Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)
				Aggiustamento stima della componente di spesa intermediaata dai fondi (*)	Inclusione di altre aree di consumo vicine o riconducibili alla sanità

L'ISTAT, all'interno della Contabilità Nazionale², stima la spesa sanitaria per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico in 41,4 miliardi di euro, valore intermedio tra quelli riportati nella Tabella 6.2. La stima assume quindi una definizione di popolazione circoscritta a quella presente sul territorio economico. La stessa ISTAT, aderendo ai sistemi di contabilità internazionale ICHA-SHA, fornisce un'ulteriore stima pari a 36,7 miliardi di euro, considerando la spesa della popolazione residente; l'aggregato si riferisce in questo caso ai consumi delle famiglie italiane entro e fuori i confini nazionali. Sempre le stime ufficiali cambiano inoltre a seconda dell'insieme dei soggetti considerati. Mentre il dato appena riportato (36,7 miliardi) considera esclusivamente la spesa di individui e famiglie, la stima di 41,5 miliardi (proveniente sempre dal sistema ICHA-SHA) include al suo interno la spesa di imprese, assicurazioni, ecc. Residenza e tipologia dei soggetti presi in considerazione spiegano quindi una buona parte delle differenze tra le stime di spesa sanitaria ufficiali (Del Vecchio *et al.*, 2017).

È possibile, inoltre, allargare il perimetro oltre i confini delle classificazioni internazionali (ICHA), includendo nella voce «medicinali» anche gli integratori alimentari e i prodotti omeopatici (già presenti nella classificazione COICOP) o addirittura la spesa relativa all'assistenza a domicilio o in casa di cura di anziani e disabili, caratterizzata quasi sempre da una componente sanitaria, sebbene non prevalente. Analogamente, il perimetro potrebbe restringersi escludendo delle spese sanitarie private quelle relative ai contributi per l'assistenza LTC (tipicamente la componente alberghiera che rimane a carico delle famiglie in caso di ricovero in RSA, o l'intera retta quando totalmente a carico dell'assistito), la spesa per compartecipazione obbligatoria per l'acquisto di farmaci e servizi pubblici, in quanto l'obbligatorietà rende tale contributo più

² I Conti Nazionali stimano i consumi finali delle famiglie sul territorio economico secondo la classificazione COICOP (*Classification of Individual Consumption by Purpose*). Le stime SHA (*System of Health Accounts*) fanno invece riferimento al sistema di classificazione ICHA (*International Classification of Health Accounts*) che riguarda le famiglie residenti e che prende in considerazione, oltre alla spesa diretta delle famiglie (spese dirette per l'acquisto di beni e servizi sanitari, per i quali si attinge da redditi e/o risparmi), anche altri regimi di finanziamento «volontario»: le assicurazioni e i fondi sanitari integrativi, le istituzioni senza scopo di lucro (accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni provenienti da cittadini, istituzioni pubbliche, imprese), le imprese (accordi mediante i quali le imprese finanziano o forniscono direttamente i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime contributivo pubblico o privato). L'OCSE utilizza da ormai diversi anni il sistema di riferimento ICHA-SHA. Recentemente, l'ISTAT ha provveduto, in coordinamento con Eurostat e gli istituti di statistica europei, a una revisione delle serie storiche dei Conti Nazionali, basate sul sistema SEC (Sistema Europeo dei Conti), finalizzata a introdurre miglioramenti di processi e metodi di stima derivanti anche dall'utilizzo di fonti informative nuove o aggiornate. Per l'Indagine sulla spesa delle famiglie viene utilizzata a partire dal 2023 la classificazione COICOP 2018, con l'obiettivo di armonizzare ulteriormente le stime con le classificazioni in uso a livello internazionale. A titolo di esempio, dall'edizione 2023 la voce "Integratori" è stata incorporata dalla spesa per medicinali.

simile a una forma di tassazione o, anche, eliminare dal computo i benefici fiscali concessi alla spesa sanitaria privata, in quanto risorse che rientrano nella disponibilità del contribuente. La stima può quindi variare significativamente passando da un massimo di 49,4 miliardi a un minimo di 25,8 miliardi.

Esistono quindi in generale almeno tre questioni per cui, non solo in Italia, ma anche a livello internazionale, è ormai fuorviante parlare di definizione univoca di spesa sanitaria privata.

La prima dimensione è la popolazione di riferimento, che come si è già accennato può essere quella residente – e l'aggregato riferirsi ai consumi delle famiglie italiane entro e fuori i confini nazionali (il turismo sanitario di italiani all'estero) – oppure essere quella presente sul territorio economico – e l'aggregato di spesa considerare l'intera produzione all'interno del territorio nazionale consumata da famiglie residenti e non residenti (il turismo sanitario estero in Italia).

La seconda questione attiene ai meccanismi di finanziamento e alla distinzione tra meccanismi pubblici e privati (Del Vecchio, 2015). Si tratta in sostanza del dibattito relativo a una classificazione dei meccanismi di finanziamento che guardi non tanto alla natura istituzionale dei soggetti che raccolgono le risorse (pubblici o privati), quanto alla volontarietà o meno del trasferimento (Thomson *et al.*, 2009). La spesa privata obbligatoria – che, sotto certe circostanze, può essere assimilata a quella pubblica – è un fenomeno riscontrabile in alcuni Paesi che vengono così a caratterizzarsi per una elevata combinazione di meccanismi di finanziamento diversi (sistemi assicurativi misti come USA e Svizzera, sistemi ad assicurazione integrativa obbligatoria come la *complémentaire santé* in Francia).

La terza questione è, infine, quella relativa al perimetro dell'universo di beni e servizi sanitari. Non è questo il luogo per approfondire il tema di cosa sia o non sia riconducibile all'ambito sanitario, ma bisogna sottolineare come la questione del perimetro sia influenzata dai mutamenti che stanno avvenendo nei bisogni prevalenti della popolazione, dalle dinamiche demografiche che spostano i bisogni dall'acuzie alla cronicità e ampliano le aree di intervento verso confini meno definiti, fino al passaggio dal concetto di *healthcare* a quello di *wellbeing* (Dolan, 2013), con la conseguenza di estendere i confini tradizionali del settore sanitario e di renderli sempre più sfumati, mobili e frastagliati.

6.4 La spesa sanitaria privata nei confronti internazionali

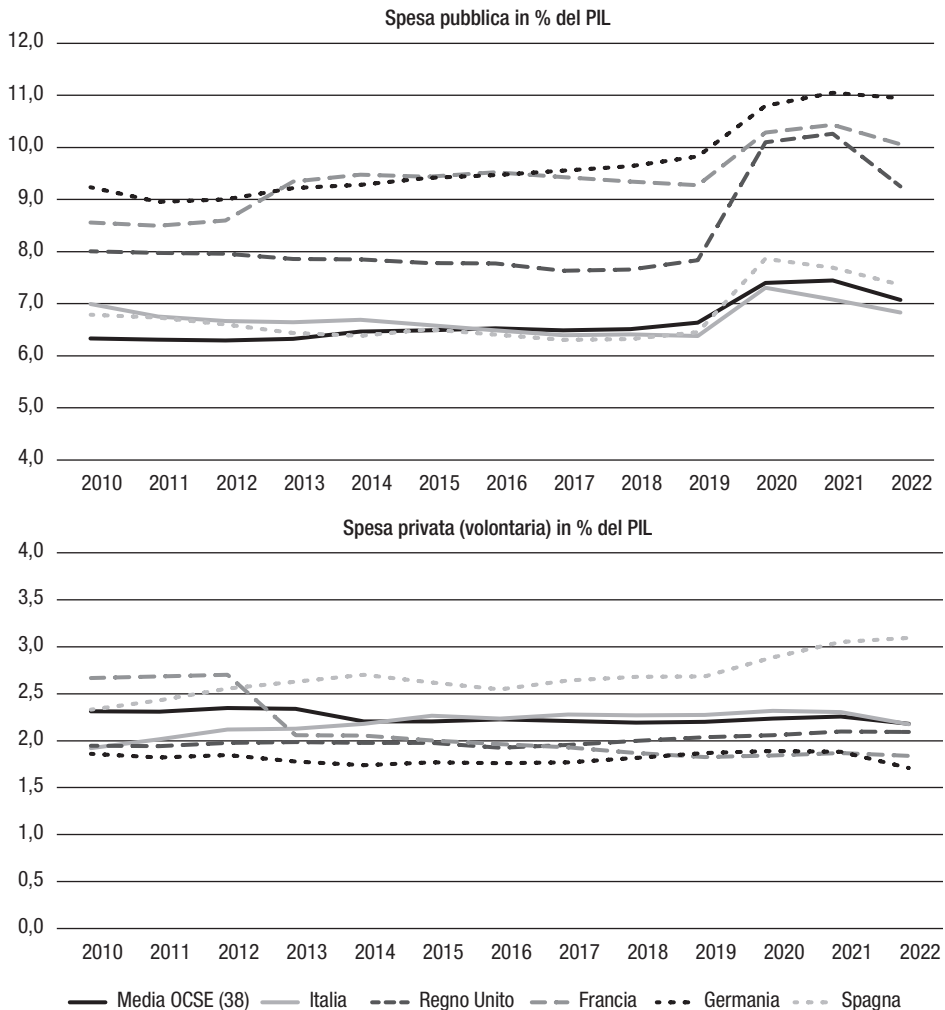
Archiviato il periodo pandemico, lo scenario internazionale, pur se ancora segnato dalle discontinuità generate dall'emergenza di Covid-19, torna a evidenziare le strutturali differenze tra paesi nell'ammontare di risorse che ognuno destina alla tutela della salute. A partire dall'edizione di quest'anno dell'*OECD Health Statistics*, è disponibile per tutti i paesi OCSE un dato di spesa successivo al 2020 e in molti casi anche un dato aggregato aggiornato al 2022.

I rapporti precedenti (Del Vecchio *et al.*, 2022) avevano mostrato come il Covid-19 avesse impresso una sostanziale accelerazione nei tassi di crescita delle risorse pubbliche di molti paesi avanzati e non. Paesi come il Regno Unito, ad esempio, erano riusciti ad aumentare, tra il 2019 e il 2021, le risorse pubbliche pro capite per un ammontare pari a circa 700 euro, ovvero il 22% in più rispetto alle risorse registrate nel 2019. Nonostante variazioni pressoché nulle nella componente privata, un tale aumento della spesa pubblica (o assimilabile) era riuscito a produrre una significativa crescita delle risorse complessivamente destinate alla tutela della salute.

Il 2022, primo vero anno privo dei tratti emergenziali, segna una sostanziale discontinuità con i due anni precedenti in termini di risorse destinate alla tutela della salute. La Figura 6.2 mostra l'andamento della spesa sanitaria pubblica (e assimilabile) e di quella privata volontaria (*out of pocket* e intermediata) in rapporto al PIL per la media dei 36 paesi OCSE e in dettaglio per i principali paesi europei: Germania, Regno Unito, Francia, Italia e Spagna. Gli andamenti dell'indicatore riflettono, evidentemente, il combinarsi delle dinamiche della spesa con quelle del PIL. A fronte di una drastica riduzione del prodotto interno lordo e di un rilevante aumento della spesa conseguenti all'emergenza, il 2020 aveva visto un repentino aumento della spesa sanitaria pubblica sul PIL, mentre il trend della spesa privata seguiva in modo poco elastico le dinamiche del reddito, come ampiamente discusso nei rapporti precedenti. Anche nel 2021 la ripresa del PIL è stata accompagnata da rilevanti tassi di crescita della spesa sanitaria, sia dal lato pubblico che da quello privato volontario, tanto da segnare un ulteriore incremento rispetto al 2020 nell'indicatore della spesa sanitaria sul PIL. Il 2022 segna invece una discontinuità. Sia la media dei 36 paesi OCSE che i paesi osservati mostrano un'inversione di tendenza rispetto all'ultimo biennio. Sul fronte della spesa pubblica, la media OCSE segna una riduzione dal 7,4% al 7,1% e di un delta paragonabile è la riduzione dei cinque principali paesi europei, con il Regno Unito che perde addirittura un punto percentuale passando dal 10,3% al 9,3%. Meno marcata è invece la riduzione sul fronte della spesa privata volontaria. In questo caso la media OCSE si colloca un decimo di punto percentuale sotto il dato del 2021 (da 2,2% a 2,1%). In Italia, Francia e Germania le differenze sono negative e si collocano in un range di valori compreso tra lo 0,1 e lo 0,2%, mentre i valori rimangono invariati in Regno Unito e Spagna, rispettivamente al 2,1% e 3,1% del PIL.

Riproponendo la situazione all'anno più recente disponibile, la Tabella 6.3 mostra in dettaglio la spesa sanitaria pro capite e in percentuale del PIL per i principali paesi europei e OCSE. Il ranking dei paesi risulta ancora falsato dalla presenza di paesi con dati di dettaglio aggiornati al 2021, anno ancora fortemente influenzato, tanto nelle dinamiche della spesa sanitaria, quanto in quelle del PIL, dall'emergenza sanitaria. In termini di risorse complessivamente a disposizione del sistema, non sorprende come l'Italia si confermi in

Figura 6.2 **Andamento della spesa sanitaria pubblica e privata obbligatoria (in alto) e della spesa privata volontaria (in basso) in % del PIL, 2010-2022,**



Fonte: elaborazione OCPS su dati OCSE (OECD Health Statistics 2022).

coda alla classifica dei principali paesi europei e OCSE (9,0%), precedendo soltanto Grecia (8,6% per il 2022³) e Irlanda (6,1%). Questo posizionamento è notoriamente spinto tanto dalla componente pubblica, che si attesta tra i

³ Il dato per la Grecia riportato in tabella è relativo al 2021, anno per il quale sono disponibili i dati di dettaglio relativi ai diversi canali di finanziamento. Per il 2022 sono disponibili i dati di spesa aggregata che mostrano come la spesa complessiva sul PIL sia pari al 8,6%, rispetto al 9,2% del 2021.

valori più bassi per i paesi avanzati (2.208 euro e 6,8% del PIL), precedendo soltanto Portogallo (6,7%), Grecia (5,1%) e Irlanda (4,7%), quanto da quella privata, la quale, attestandosi su valori in linea con quelli degli altri paesi, non compensa il basso livello di finanziamento pubblico che caratterizza il nostro sistema. L'Italia si conferma, inoltre, tra i paesi avanzati quello con la minore quota di risorse intermediata dal settore assicurativo, dalle imprese e dalle istituzioni non-profit (0,2% del PIL) e con una spesa privata supportata in larga parte direttamente dai bilanci delle famiglie (635 euro pro capite e 1,9% del PIL).

Il confronto internazionale evidenzia chiaramente come il nostro paese sia ancora più degli altri rientrato in un percorso di razionalizzazione e contenimento della crescita della spesa sanitaria. Tanto per la spesa sanitaria pubblica, per la quale paesi come Francia e Germania impiegano circa il doppio in termini di risorse pro capite e un terzo in più in termini di PIL, che per la spesa complessiva, dove solo la Grecia registra valori inferiori in termini sia assolu-

Tabella 6.3 **Spesa sanitaria pro capite (in euro) per regime di finanziamento e paesi OCSE selezionati, 2022 (o ultimo anno disponibile)**

Paese	Spesa Pubblica o Privata Obbligatoria		Spesa Intermediata Volontaria		Spesa OOP (€ pro capite e % del PIL)		Spesa privata volontaria (€ pro capite e % del PIL)		Spesa Sanitaria Totale (€ pro capite e % del PIL)	
	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%
	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)	(€ pro capite e % del PIL)
Germania	5.086	10,9%	146	0,3%	648	1,4%	794	1,7%	5.879	12,7%
Francia*	3.852	10,4%	285	0,8%	405	1,1%	690	1,9%	4.542	12,3%
Austria	4.406	8,8%	361	0,7%	893	1,8%	1.254	2,5%	5.659	11,4%
Paesi Bassi*	4.715	9,7%	315	0,6%	519	1,1%	834	1,7%	5.548	11,4%
Belgio*	3.717	8,6%	217	0,5%	855	2,0%	1.072	2,5%	4.790	11,0%
Spagna*	1.957	7,7%	202	0,8%	574	2,3%	776	3,1%	2.734	10,7%
Portogallo	1.558	6,7%	195	0,8%	702	3,0%	897	3,8%	2.455	10,6%
Finlandia*	3.698	8,2%	191	0,4%	746	1,7%	937	2,1%	4.636	10,3%
Grecia*	980	5,7%	70	0,4%	526	3,1%	596	3,5%	1.577	9,2%
Italia	2.208	6,8%	79	0,2%	624	1,9%	703	2,2%	2.912	9,0%
Irlanda	4.665	4,7%	721	0,7%	644	0,6%	1.365	1,3%	6.030	6,1%
Paesi non €										
Stati Uniti*	8.625	14,5%	584	1,0%	1.103	1,9%	1.687	2,9%	10.313	17,4%
Svizzera*	6.214	8,0%	787	1,0%	2.043	2,6%	2.830	3,6%	9.175	11,8%
Regno Unito	3.998	9,3%	223	0,5%	682	1,6%	905	2,1%	4.903	11,3%
Canada	4.161	8,0%	805	1,5%	868	1,7%	1.673	3,2%	5.834	11,2%
Svezia	4.883	9,2%	59	0,1%	747	1,4%	806	1,5%	5.690	10,7%

* I dati sono riferiti al 2021. Nota: per i paesi non appartenenti all'area Euro sono stati applicati i tassi di cambio medi tra euro e valute nazionali relativi all'anno 2021 o 2022 (Fonte: BCE).

Fonte: elaborazione OPCS su dati OCSE (OECD Health Statistics 2023).

ti che relativi, l'Italia assume un posizionamento caratterizzato da debolezza strutturale che non potrà che riflettersi sui livelli di copertura complessiva dei bisogni e sugli standard assistenziali assicurati.

6.5 Le dinamiche a livello nazionale

6.5.1 Un quadro di insieme

Al fine di osservare le dinamiche della spesa sanitaria privata a livello nazionale, viene in questa sede riproposta la serie storica della spesa sanitaria privata in relazione alle principali grandezze macroeconomiche relative al nostro Paese.

Osservando i dati del sistema di contabilità ISTAT-SHA (Tabella 6.4), nell'ultimo decennio la spesa sanitaria totale corrente italiana è cresciuta costantemente, eccetto che tra gli anni 2012 e 2013, in cui ha subito una riduzione superiore a un miliardo. La crescita nell'arco di tempo considerato è imputabile sia alla componente pubblica, che è passata da 108,3 miliardi del 2012 ai 130,4 miliardi del 2022, che a quella privata, che è passata da 34,4 a 41,5 miliardi di euro tra il 2012 e il 2022. Nel periodo considerato, pur crescendo in valori assoluti, la spesa sanitaria privata si è mantenuta relativamente costante in relazione al PIL (dal 2,1% del 2012 al 2,2% del 2022). Così non è stato per la componente pubblica, la quale fino al 2019 ha progressivamente diminuito il suo peso sul reddito (da 6,7% a 6,4%), per poi innalzarsi di quasi un punto nel 2020 (7,3%) e riprendere, in seguito, una dinamica calante che dovrebbe condurre nel 2026 a una percentuale di spesa pubblica sul PIL inferiore a

Tabella 6.4 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata in relazione alle grandezze macroeconomiche, 2012-2022**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Tutti i regimi di finanziamento (totale)											
Miliardi di euro	142,7	141,5	144,3	146,6	148,0	150,7	153,8	155,5	159,9	167,8	171,9
In % del PIL	8,8	8,8	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,7	9,6	9,4	9,0
Spesa della pubblica amministrazione											
Miliardi di euro	108,3	107,2	108,9	109,1	110,1	111,1	113,6	114,7	121,4	126,6	130,4
In % della spesa sanitaria totale	75,9	75,8	75,4	74,4	74,4	73,7	73,9	73,7	75,9	75,5	75,9
In % del PIL	6,7	6,6	6,7	6,6	6,5	6,4	6,4	6,4	7,3	7,1	6,8
Spesa diretta delle famiglie e regimi volontari											
Miliardi di euro	34,4	34,3	35,5	37,5	37,9	39,6	40,2	40,8	38,5	41,2	41,5
In % della spesa sanitaria totale	24,1	24,2	24,6	25,6	25,6	26,3	26,1	26,3	24,1	24,5	24,1
In % del PIL	2,1	2,1	2,2	2,3	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

quella del 2019⁴. Come conseguenza di tali dinamiche tra il 2012 e il 2019, il peso della spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria totale passa dal 24,1% al 26,3%. Le maggiori risorse destinate alla sanità per far fronte all'emergenza da Covid-19 (15,7 miliardi tra il 2019 e il 2022, +13,6%) hanno fatto crescere il peso della spesa pubblica, ridimensionando quindi la componente privata (dal 26,3% al 24,1%). La spesa privata mostra nel 2022 un tasso di crescita contenuto (+0,8%), attestandosi a valori di poco superiori al 2019 (700 milioni, +1,6%). La crescita osservata nel 2021 (+7%) ha quindi rappresentato una eccezione rispetto al trend osservato nell'ultimo decennio.

Un trend analogo a quello dei dati sistematizzati dal Sistema dei Conti delle Sanità (SHA) proviene tenendo conto dei diversi aggregati e perimetri di riferimento del sistema dei Conti Nazionali e della stima OASI per la spesa sanitaria corrente (si veda il Capitolo 2 di questo Rapporto per un dettaglio). In aggiunta si nota come il peso della spesa sanitaria pubblica rispetto alla spesa pubblica per beni e servizi (escludendo quindi i trasferimenti) sia tornato ai livelli precedenti l'emergenza Covid-19 (35,8% nel 2022 a fronte del massimo del 37% toccato nel 2021), e come anche il peso della spesa privata sui bilanci delle famiglie sia tornato a livelli osservati durante gli anni precedenti la pandemia (3,5% nel 2019 e nel 2022) (Tabella 6.5).

Nelle passate edizioni del Rapporto è stata posta molta enfasi sulla relazione tra dinamiche del prodotto interno lordo, della spesa sanitaria pubblica e di quella privata, riflettendo sull'ipotesi di residualità o sostituzione della spesa privata, secondo la quale questa nascerebbe come risposta alle dinamiche della spesa pubblica, e sulla relazione con il PIL, inteso come indicatore di ricchezza

Tabella 6.5 **Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata (SHA), 2012-2022**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Spesa sanitaria totale corrente											
Miliardi di euro	146,9	145,8	148,2	150,4	151,8	155,0	157,0	158,8	162,9	171,5	174,4
Spesa sanitaria pubblica corrente											
Miliardi di euro	114,0	112,9	114,3	114,6	115,9	117,7	119,1	120,3	126,8	130,6	132,9
In % della spesa per consumi finali della PA	35,4	35,3	35,9	36,2	35,9	36,0	35,6	36,0	36,9	37,0	35,8
Spesa sanitaria delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico											
Miliardi di euro	32,9	32,9	33,9	35,8	35,9	37,3	37,9	38,4	36,1	40,9	41,5
In % della spesa delle famiglie	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,7	4,0	3,5

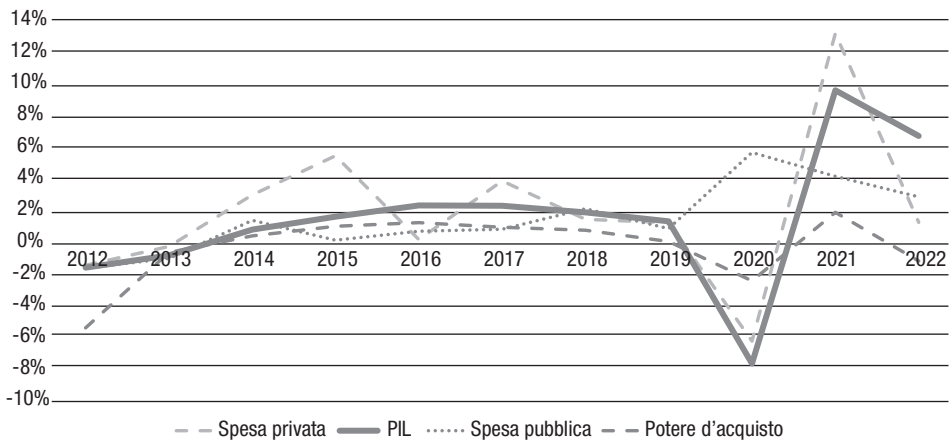
Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Spesa sanitaria pubblica) e ISTAT-Contabilità Nazionale (Spesa sanitaria privata, PIL, Spesa per consumi finali della PA, Spesa per consumi delle famiglie).

⁴ Si veda in dettaglio il Documento di Economia e Finanza (DEF) del 2023: https://www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/def_2023/DEF-2023-Programma-di-Stabilita.pdf

e disponibilità a pagare delle famiglie, ed emerso dalle evidenze come buon indicatore predittivo della spesa privata (Armeni e Ferrè, 2014; Del Vecchio, Fenech e Prenestini, 2015; Del Vecchio *et al.*, 2022).

Gli avvenimenti internazionali del 2022 e il conseguente effetto sui prezzi delle materie prime hanno prodotto una spinta inflazionistica, assente nelle dinamiche macroeconomiche europee degli ultimi decenni. Nel 2022 il PIL a prezzi correnti è cresciuto del 6,8% rispetto all'anno precedente, a fronte però di un'inflazione (misurata a partire dall'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività – NIC) pari all'8,1%. La combinazione di questi due fattori ha portato a una diminuzione del potere d'acquisto⁵ delle famiglie, che tra il 2022 e il 2021 si è ridotto dell'1,1% (ISTAT, 2023), dinamica che può contribuire a spiegare la crescita contenuta della spesa sanitaria privata nel 2022. Per evidenziare il potenziale ruolo del potere d'acquisto delle famiglie nello spiegare la variazione della spesa sanitaria privata, la tradizionale Figura 6.3⁶ è stata integrata con la serie storica del potere d'acquisto delle famiglie italiane, mettendo

Figura 6.3 **Tassi di crescita su base annuale di spesa sanitaria pubblica, privata, PIL e potere d'acquisto delle famiglie, 2012-2022**



Fonte: elaborazione OCPS su dati OASI (Spesa sanitaria pubblica) e ISTAT (spesa sanitaria privata e PIL).

⁵ Indicatore definito come reddito lordo disponibile in termini reali delle famiglie consumatrici (ISTAT, 2023)

⁶ Nel leggere la figura si segnala che un aggiornamento ISTAT del settembre 2023 ha significativamente rivisto al rialzo tutte le componenti del PIL. Nelle nuove stime di Contabilità Nazionale, il PIL è cresciuto del 9,7% nel 2021 (dal 7,6% della stima precedente) e del 6,8% nel 2022 (invariato rispetto alla stima precedente, a fronte di volumi rivisti al rialzo). L'aggiornamento ha riguardato anche la stima della spesa sanitaria delle famiglie sul territorio economico, che ha raggiunto i 41,4 miliardi nel 2022 (38,8 miliardi la stima precedente) e i 40,9 miliardi nel 2021 (38,6 miliardi la stima precedente). L'aumento della spesa privata si attesta dunque al 13,3% nel 2021 (+6,9% la stima precedente) e al 1,4% (+0,5% la stima precedente) nel 2022.

in evidenza come tale grandezza si discosti fortemente dal PIL nel 2022 e possa contribuire a spiegare il modesto livello di crescita della spesa privata.

In un contesto di forte volatilità dei prezzi risulta ancora più interessante osservare le dinamiche della spesa generale delle famiglie e di come queste abbiano reagito al repentino aumento dei prezzi di alcuni prodotti del paniere di consumo registrato nel 2022. La Tabella 6.6 mostra una riduzione pronunciata del peso della spesa sanitaria sui bilanci delle famiglie italiane, passato dal 4% del 2021 al 3,5% del 2022, raggiungendo un livello già osservato tra il 2015 e il 2019. Simile sorte è toccata alle spese per alimentari e bevande (da 15,5% a 14,4%), a vantaggio di componenti di spesa quali trasporti (da 11,7% a 12,1%), abitazione e utenze (da 24,3% a 24,8%) e alberghi e ristoranti (da 8,0% a 9,5%).

Nel calcolo del dato sulla variazione dell'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività, l'ISTAT consente di ricostruire la variazione dell'indice per le singole componenti del paniere di spesa nella classificazione Ecoicop⁷. Per la sanità, l'indice tiene conto degli importi per beni e servizi pagati dai consumatori finali e combina un sistema di rilevazione centralizzata (es. i far-

Tabella 6.6 **Spesa per consumi finali sul territorio economico delle famiglie residenti e non residenti (percentuale), 2011-2022**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Alimentari e bevande non alcoliche	14,2	14,4	14,3	14,3	14,3	14,3	14,2	14,3	16,5	15,5	14,4
Bevande alcoliche, tabacco, narcotici	4,3	4,3	4,1	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,6	4,4	4,0
Vestitario e calzature	6,2	6,1	6,2	6,2	6,1	6,1	6,2	6,0	5,4	5,3	5,5
Abitazione e utenze	23,1	23,7	23,4	23,2	22,9	22,6	22,5	22,5	25,1	24,3	24,8
Mobili e manutenzione casa	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,1	6,2	6,1	6,3	6,6	6,3
Sanità	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,7	4,0	3,5
Trasporti	12,7	12,4	12,5	12,3	12,3	12,6	12,9	13,0	11,1	11,7	12,1
Comunicazioni	2,8	2,6	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2	2,3	2,2	2,0
Ricreazione e cultura	6,8	6,5	6,5	6,6	6,7	6,7	6,7	6,7	6,1	6,4	6,9
Istruzione	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8
Alberghi e ristoranti	9,5	9,7	9,8	10,0	10,1	10,3	10,3	10,4	6,9	8,0	9,5
Beni e servizi vari	9,8	9,9	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,3	11,1	10,8	10,3
Totale consumi delle famiglie	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

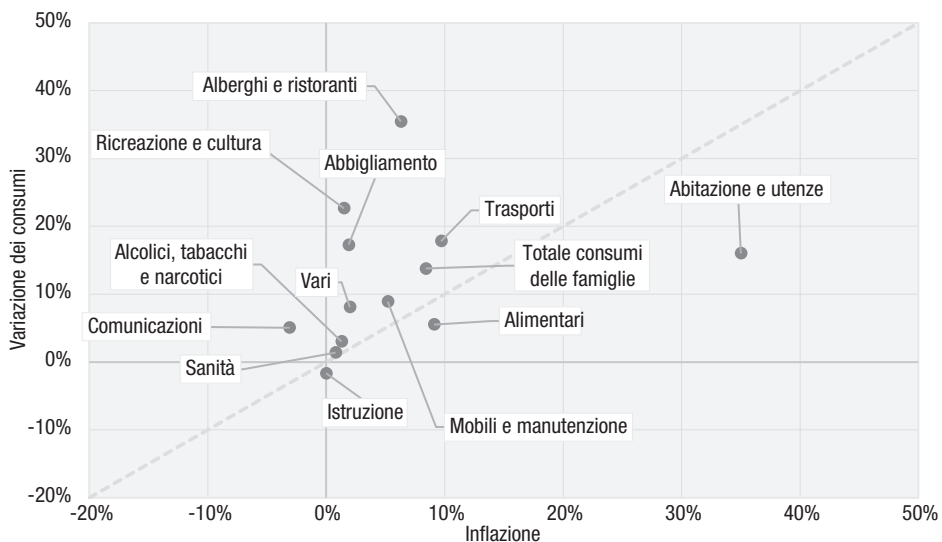
⁷ Le procedure di stima dell'indice dei prezzi al consumo fanno riferimento alla normativa armonizzata europea e in particolare al Regolamento (CE) n. 2166/1999, il Regolamento (UE) n. 792/2016 e il Regolamento d'esecuzione (UE) n. 1148/2020.

maci di fascia A) e una rilevazione territoriale (i farmaci di fascia C e SOP/OTC, i ticket per le prestazioni specialistiche ambulatoriali pubbliche, i prezzi delle prestazioni non pubbliche), includendo tra le unità di campionamento le aziende sanitarie pubbliche, le farmacie territoriali, gli studi medici specialisti, i laboratori e i poliambulatori (ISTAT, 2013; ISTAT, 2023).

La dinamica dei prezzi si inserisce quindi come un elemento rilevante non solo nel dibattito economico, ma in maniera specifica anche sul consumo di sanità per le famiglie e sulla sostenibilità degli erogatori di prestazioni sanitarie, pubblici e privati. Su quest'ultimo aspetto si segnala infatti come l'aumento dei prezzi dei fattori produttivi (tra tutti energia e personale) che si è abbattuto sulle aziende erogatrici di prestazioni sanitarie (a titolo di esempio, l'AGENAS riposta un aumento del 79% dei costi energetici delle aziende sanitarie pubbliche nel 2022) non sia stato scaricato dai produttori sul prezzo al consumatore finale (l'inflazione media sui servizi sanitari è stata pari all'1,2% per i servizi ambulatoriali – con variazioni tra -0,2% delle prestazioni di laboratorio, +1,5% per la diagnostica per immagini e +2,5% per i servizi paramedici – e all'1,1% per i servizi ospedalieri), determinando quindi una naturale riduzione delle marginalità.

È possibile inoltre mettere in relazione la variazione percentuale della spesa tra il 2021 e il 2022 con la variazione percentuale dell'indice dei prezzi relativa allo stesso periodo (Figura 6.4). Per voci di spesa quali istruzione, alimentari

Figura 6.4 **Variazione % della spesa per consumi finali e tasso di inflazione (NIC) per voce di spesa, 2022**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

e abitazione e utenze, la variazione percentuale della spesa è stata inferiore a quella dei prezzi. Nel caso della sanità la crescita della spesa (+1,4%) ha in parte compensato la crescita dei prezzi (+0,8%): la variazione dei consumi reali è stata dunque positiva, ma molto contenuta (+0,4%). Anche le spese per alberghi e ristoranti, ricreazione, abbigliamento e trasporti e alcolici, tabacchi e narcotici hanno invece registrato aumenti più che proporzionali rispetto all'aumento dei prezzi, in modo molto più marcato di quanto avvenuto per la sanità.

6.5.2 La composizione della spesa out of pocket e intermediata

All'interno di questo paragrafo si approfondisce il tema della composizione della spesa sanitaria privata volontaria (*out of pocket* e intermediata) a partire dai dati del Sistema dei Conti per la Sanità (SHA). L'edizione di quest'anno del Rapporto riserva al par. 6.7 un approfondimento specifico sulla sanità integrativa, cui si rimanda per gli aspetti di dettaglio relativi a questa componente.

Il 2022 segna una battuta d'arresto nella crescita della spesa sanitaria privata, che nel perimetro SHA aumenta solo dello 0,8% rispetto al 2021. Tale variazione è in realtà frutto di due dinamiche distinte. Da un lato, la componente principale della spesa diretta delle famiglie (*out of pocket*) rimane sostanzialmente invariata a 36,8 miliardi di euro (+0,3%), mentre continua a crescere a ritmi sostenuti la componente intermediata (+5,2%), sia nella componente assicurativa, che supera i 3,5 miliardi (+4,6%), che nelle componenti residuali che fanno riferimento alle imprese (+5,5%) e alle istituzioni non-profit (+10,5%).

Riprendendo il consolidato processo di stima della spesa per funzioni (rimandando ai capitoli dei rapporti precedenti per un approfondimento), si ri-

Tabella 6.7 **Spesa sanitaria privata per regime di finanziamento, 2012-2022**

La spesa sanitaria privata	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Spesa diretta delle famiglie	31,51	31,46	32,53	34,41	34,51	35,88	36,22	36,49	34,31	36,73	36,84
Regimi di finanziamento volontari, di cui:	2,91	2,85	2,94	3,08	3,37	3,71	3,98	4,35	4,18	4,44	4,67
– Assicurazioni sanitarie volontarie	2,27	2,18	2,16	2,25	2,50	2,74	2,93	3,23	3,19	3,36	3,51
– Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	0,17	0,19	0,21	0,22	0,22	0,26	0,33	0,36	0,36	0,39	0,43
– Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,47	0,49	0,57	0,60	0,65	0,70	0,72	0,76	0,63	0,69	0,72
Totale	34,42	34,31	35,47	37,48	37,88	39,58	40,20	40,83	38,49	41,17	41,50

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

Tabella 6.8 **La spesa sanitaria privata per consumi finali per voci di spesa, 2021-2022**

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	Miliardi di €			%	
		2021	2022		2021	2022
Servizi ospedalieri	Ricoveri ospedalieri	1,9	1,8	5,4	4,5%	13,0%
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	3,6	3,6		8,6%	
Servizi ambulatoriali	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	5,3	5,4	20,7	13,0%	49,7%
	Servizi dentistici	8,7	8,6		20,7%	
	Servizi diagnostici	3,3	3,2		7,8%	
	Servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	3,5	3,5		8,4%	
Beni sanitari	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SOP, con ticket e differenza di prezzo)	9,2	9,9	15,4	23,9%	37,2%
	Altri prodotti medicali non durevoli (bende, garze, siringhe, ecc.)	1,4	1,1		2,7%	
	Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	4,4	4,4		10,7%	
Totale		41,2	41,5		100%	

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

tiene utile fornire alcune considerazioni rispetto alle singole voci di spesa che compongono il paniere della spesa sanitaria privata. La Tabella 6.8 mostra la spesa sanitaria privata relativa all'anno 2022, articolata per le tre macro-categorie di servizi ospedalieri, servizi ambulatoriali e beni sanitari, a loro volta suddivise in nove micro-voci di spesa. Servizi e beni seguono due trend diversi: mentre la componente servizi si riduce complessivamente di circa 100 milioni, quella dei beni sanitari aumenta di oltre 400 milioni di euro.

Gran parte della flessione è attribuibile alla riduzione della spesa per servizi dentistici (-0,8%) e dei ricoveri in strutture di assistenza a lungo termine (-0,9%). Ancora tra i servizi è in controtendenza la voce relativa ai servizi medici, ovvero la micro-categoria che include la spesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime di solvenza e pubblico (ticket). La componente servizi sembra dunque aver assorbito completamente, come era già evidente nel 2021, la drastica riduzione registrata durante la pandemia e principalmente dovuta al rallentamento delle attività. Sull'andamento osservato nel 2022 e atteso negli anni successivi, i trend in atto incidono diversamente. Mentre la spesa per servizi dentistici è notoriamente più sensibile alle dinamiche del reddito e del potere d'acquisto delle famiglie, la spesa per servizi medici e quella per servizi diagnostici dipende molto, oltre che da queste dinamiche, anche dalla capacità di offerta del sistema pubblico. Nel 2022 infatti la componente di ticket per la specialistica ambulatoriale incassata dalle aziende pubbliche si è ancora attestata al di sotto del dato registrato nel 2019 (Tabella 6.10). Incrociando i dati della Figura 6.6, che dimostrano un evidente aumento nel 2021 della quota di visite specialistiche ed esami diagnostici finanziata privatamente, anche in un

trend di riduzione dei consumi (Figura 6.5), la spesa per servizi medici e diagnostici potrebbe mostrare nei prossimi anni un'ulteriore crescita, anche solo per via del differenziale tra il ticket e i prezzi medi di mercato delle prestazioni. Stesso destino potrebbe toccare alla spesa per servizi paramedici, dato che interessa ambiti di assistenza tradizionalmente poco presidiati dal SSN (es. la salute mentale).

All'interno della componente dei beni sanitari, oltre la metà dell'incremento è dovuto alla maggiore spesa per farmaci (+7,6%). Come al solito alcuni distinguono sono dovuti (Tabella 6.9). Entrambe le componenti di compartecipazione (ticket e differenza con il prezzo di riferimento) per la spesa farmaceutica convenzionata (farmaci in classe A) rimangono al di sotto dei valori del 2019. La compartecipazione per differenza di prezzo, in particolare, rimane sostanzialmente invariata rispetto al 2021, mentre la compartecipazione per ticket aumenta del 4,7%. In quest'ultimo caso va segnalato inoltre come nel 2020 tre regioni (Toscana, Umbria e PA di Trento) abbiano abolito il ticket sulla farmaceutica convenzionata. La classe che ha registrato l'incremento maggiore è quella degli acquisti privati dei farmaci di classe A che è aumentata di oltre il 16% rispetto al 2021. A differenza delle passate edizioni, per il 2022 non è

Tabella 6.9 **La spesa per medicinali, 2019-2022**

Spesa per medicinali	2019	2020	2021	2022	Δ 2022-2021 (%)
Spesa per farmaci in senso stretto, di cui:	8.843	8.668	9.215	9.919	+7,6%
– ticket in quota fissa regionale	459	409	409	417	+4,7%
– differenza prezzo di riferimento	1.123	1.078	1.083	1.084	+0,1%
– acquisto privato farmaci in Classe A	1.544	1.528	1.644	1.908	+16,1%
– farmaci in Classe C con ricetta	3.066	3.269	3.466	3.523	+1,6%
– Automedicazione (SOP e OTC)	2.651	2.384	2.624	2.987	+13,9%
Spesa per altri medicinali e/o prodotti farmaceutici (omeopatici, erboristici, integratori, ecc.)	4.207	4.180	4.621	NA	–

Fonte: elaborazione OCPS su dati AIFA.

Tabella 6.10 **La spesa sanitaria privata per circuito di offerta, 2022**

	Servizi	Beni	Totale
PUBBLICO			
<i>Ticket</i>	1,5	0,4	4,1
<i>Intramoenia o differenza prezzo di riferimento</i>	1,1	1,1	
PRIVATO	23,5	13,9	37,4
TOTALE	26,1	15,4	41,5

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT, Corte dei Conti, Ragioneria Generale dello Stato e AIFA.

disponibile l'informazione relativa ad altri medicinali o prodotti farmaceutici (integratori, omeopatici, ecc.) per via del cambiamento alla metodologia di raccolta dei dati dell'Indagine sulla spesa delle famiglie di cui si è accennato in precedenza, sebbene si desume dai dati relativi al solo canale farmaceutico una crescita del segmento prodotti notificati e integratori pari al 7,9% rispetto al 2021 (4,5 miliardi di euro) (Federfarma, 2023). Da segnalare inoltre la rilevante riduzione della spesa per articoli sanitari (-24%), verosimilmente il frutto di una riduzione negli acquisti di DPI che, secondo quanto riportato nell'aggiornamento delle note metodologiche del sistema SHA descritto nell'edizione dello scorso anno (Del Vecchio *et al.*, 2022), ricadevano proprio all'interno di questa voce di spesa.

6.5.3 Il mix pubblico-privato nei consumi

È noto come le risorse finanziarie impiegate dalle famiglie per il soddisfacimento dei bisogni di salute siano destinate tanto al circuito di offerta privato, quanto quello pubblico. In quest'ultimo caso ciò avviene non solo attraverso i meccanismi di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie pubbliche (ticket), ma anche attraverso il pagamento delle prestazioni erogate dai professionisti delle aziende sanitarie pubbliche in regime di libera professione (*intramoenia*). I dati relativi al 2022 mostrano come le risorse private destinate ad alimentare il circuito pubblico attraverso i) i *ticket* pagati dai cittadini per fruire di prestazioni sanitarie, ii) i *ticket* sulla farmaceutica convenzionata, iii) il pagamento della differenza con il prezzo di riferimento per i farmaci *off-patent* e iv) il pagamento delle tariffe delle prestazioni in *intramoenia* presso le aziende sanitarie pubbliche sia pari a 4,1 miliardi di euro, rappresentando circa il 10% della spesa sanitaria privata complessiva (Tabella 6.10). Il recupero pressoché totale dei ricavi dell'attività *intramoenia* e quello parziale delle compartecipazioni alle attività istituzionali hanno riportato il dato vicino ai livelli già registrati prima del 2020.

Dopo la riduzione registrata nel 2020, interamente attribuibile alla sospensione o al rallentamento delle attività, e il parziale recupero del 2021, il dato sulla spesa per compartecipazioni nel 2022 risulta ancora inferiore a quello registrato nel 2019. Come già accaduto nel 2020 e come già emerso dalla discussione sull'andamento della spesa farmaceutica nel paragrafo precedente, tale riduzione è da attribuire quasi esclusivamente alla componente dei servizi ambulatoriali. Rispetto alla stessa tabella dei rapporti precedenti, la Tabella 6.11 introduce un diverso perimetro delle compartecipazioni per servizi, riprendendo il dato raccolto dalla Ragioneria Generale dello Stato attraverso il sistema Tessera Sanitaria (TS). Oltre a riprendere la spesa per compartecipazione rendicontata tra i proventi diretti delle aziende sanitarie pubbliche, il sistema TS consente di raccogliere anche quanto versato dai cittadini in forma

Tabella 6.11 **Spesa per compartecipazioni in Italia, 2009-2022**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Spesa totale per compartecipazioni							
Miliardi di euro	3,3	3,3	3,4	3,4	2,7	3,0	NA
% sulla spesa sanitaria delle famiglie	9,2%	8,8%	9,0%	8,8%	7,4%	7,8%	NA
Compartecipazioni per servizi sanitari (Specialistica ambulatoriale, PS, altri)							
Miliardi di euro	1,8	1,8	1,8	1,8	1,2	1,5	NA
- di cui: Ricavi delle Aziende Sanitarie pubbliche	1,3	1,3	1,4	1,4	0,8	1,0	1,0
Ricavi degli erogatori privati accreditati	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	NA
- di cui: Per quota fissa	1,3	1,3	1,3	1,3	1,0	1,5	NA
Per franchigia (<i>superticket</i>)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,2	–	–
% sulla spesa per servizi sanitari delle famiglie	10,3%	9,8%	9,8%	9,9%	7,0%	8,1%	NA
Compartecipazioni per farmaci (ticket su ricetta e differenza sul prezzo di riferimento)							
Miliardi di euro	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5
- di cui per ticket in quota fissa	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4
- di cui per differenza sul prezzo di riferimento	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
% sulla spesa per beni sanitari delle famiglie	11,6%	11,1%	11,5%	10,9%	10,5%	10,0%	NA

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT, Corte dei Conti, Ragioneria Generale dello Stato e AIFA.

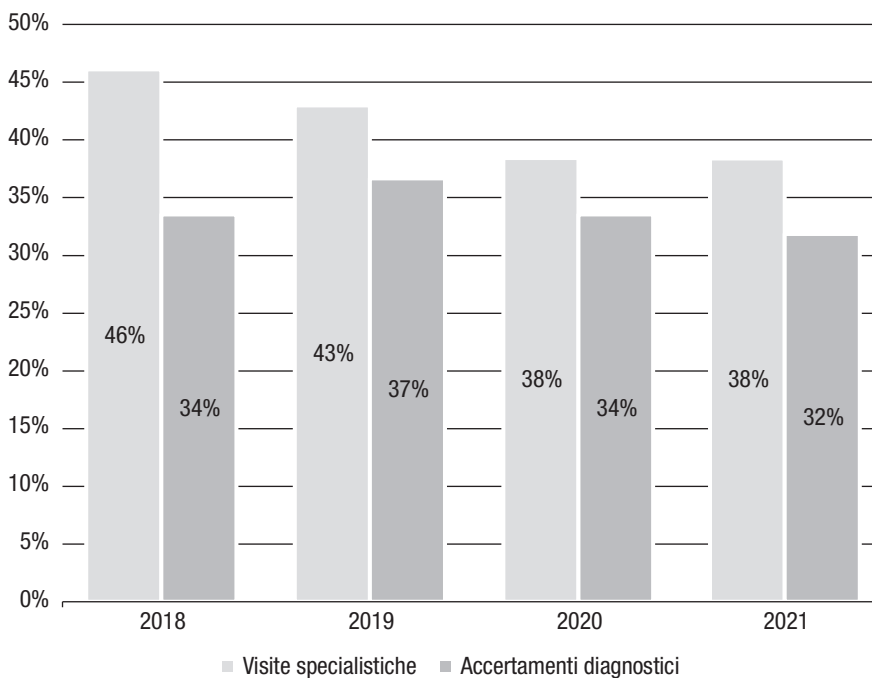
di *ticket* per prestazioni erogate da erogatori privati accreditati. Tale voce è visibile nei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche solo tramite saldo all'interno della spesa per l'acquisto di specialistica convenzionata. Dal dettaglio relativo al 2022 si osserva come la voce intesa come ricavi delle aziende sanitarie pubbliche (1,0 miliardi) è ancora del 28% inferiore al dato 2019 (1,4 miliardi), sebbene rispetto al 2021 sia cresciuta dell'8%. È da evidenziare come la riduzione sia in parte dovuta all'abolizione della franchigia da 10 euro (*superticket*) a partire dal settembre 2020.

Come evidenziato nei rapporti precedenti, la composizione dei consumi tra circuiti pubblici e privati varia in modo significativo a seconda dell'area di beni o servizi coinvolta nella risposta ai bisogni di salute. Si ricorda in proposito come le rilevazioni e le stime possono riferirsi a consumi in termini di flussi monetari (quanto hanno speso le famiglie per visite, quanto ha speso il SSN per visite) oppure a quantità fisiche di consumo (numero di visite erogate per canale). Mentre la spesa è la grandezza tipicamente utilizzata per i confronti intertemporali e internazionali, nel momento in cui si scende nel dettaglio dei singoli settori e si vogliono confrontare i valori di consumo, quest'ultima grandezza presenta delle insidie, avendo come unica fonte di stima le indagini campionarie sulla popolazione. Per il mix tra pubblico e privato nel consumo di prestazioni sanitarie, viene in aiuto ormai da diverse edizioni l'indagine sugli aspetti della vita quotidiana, indagine multiscopo realizzata annualmente con lo scopo di studiare molteplici aspetti di abitudini e stili di vita degli italiani. L'indagine registra la modalità di pagamento di due prestazioni «traccianti»: le visite specialistiche e gli esami diagnostici. Con tutti i caveat del caso dovu-

ti alle metodologie di indagine, e in particolare al momento di effettuazione dell'intervista, la disponibilità dei dati aggiornati al 2021 consente di fornire alcune considerazioni indubbiamente rilevanti sui cambiamenti nelle abitudini di consumo sanitario dei cittadini italiani occorse durante l'emergenza pandemica. Innanzitutto, la Figura 6.5 mostra come la percentuale di italiani che dichiara di aver effettuato una prestazione sanitaria nei 12 mesi precedenti l'intervista anche nel 2021 si colloca ampiamente al di sotto dei dati pre-pandemici, con il 38% degli italiani che ha dichiarato di aver effettuato (nei 12 mesi precedenti l'intervista) una visita specialistica nel 2021, contro il 46% osservato nel 2018. Il dato è addirittura inferiore a quello osservato nel 2020, sebbene questo elemento possa in parte essere attribuito alle tempistiche di somministrazione delle interviste. Similmente, anche il dato sugli accertamenti diagnostici si conferma inferiore a quelli del 2018 e, soprattutto, 2019, attestandosi al 32%. Appare evidente, quindi, come il biennio caratterizzato dall'emergenza sanitaria abbia segnato significativamente la frequenza di accesso alle principali prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale.

Ancora più rilevante è probabilmente il dato sulla modalità di pagamen-

Figura 6.5 **Percentuale di italiani che ha effettuato almeno una prestazione sanitaria, 2018-2021**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

to delle stesse prestazioni. Mentre il dato 2020 rimaneva in linea con quello osservato negli anni precedenti, il 2021 segna una decisa discontinuità con il passato per entrambe le prestazioni. Sia per le visite specialistiche che per gli accertamenti diagnostici si osserva un rilevante spostamento tra prestazioni pubbliche finanziate attraverso il pagamento di un *ticket* e prestazioni totalmente a carico dell'utente. Per le visite specialistiche la percentuale di servizi con finanziamento a carico del cittadino raggiunge nel 2021 il 50%, tra prestazioni direttamente a carico (44%) e prestazioni intermedie da un fondo o un'assicurazione (6%). Analogamente, la percentuale di accertamenti finanziati privatamente si attesta al 33% nel 2021 (28% in *out of pocket* e 5% con rimborso diretto o indiretto da parte di un'assicurazione o un fondo), a scapito delle prestazioni finanziate in compartecipazione (da 40% a 36%) e quelle ad accesso tramite esenzione dal *ticket* (dal 32% al 30%). Soltanto i dati relativi al 2022 ci permetteranno di capire quanto questo rilevante spostamento verso i circuiti di finanziamento e consumo privati sia un evento legato alle contingenze emergenziali o quanto invece sia un fenomeno strutturale alimentato dalle crescenti difficoltà del SSN a rispondere alla domanda di servizi ambulatoriali da parte dei cittadini.

6.6 La spesa sanitaria degli over75 che vivono da soli

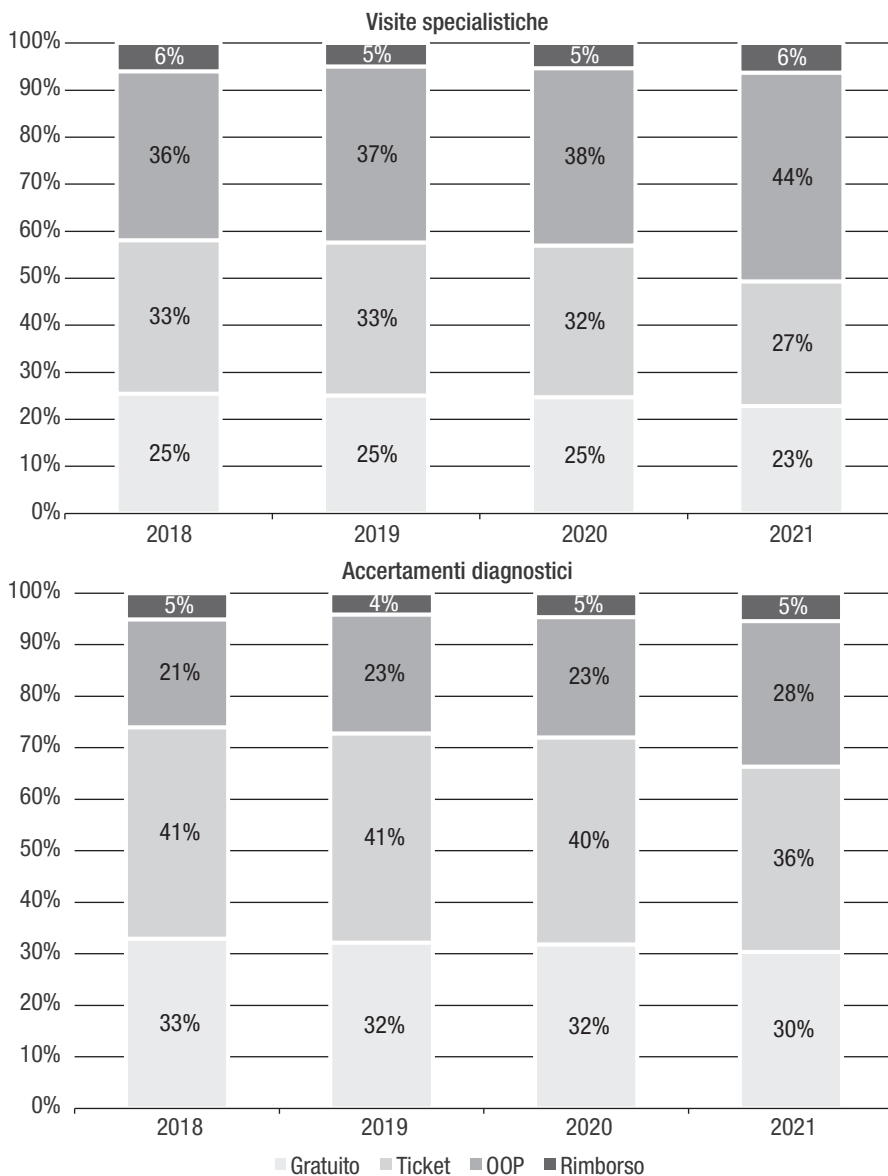
Il primo dei due approfondimenti proposti nella corrente edizione del Rapporto è relativo alla spesa sanitaria dei nuclei familiari composti da un unico individuo con età superiore ai 75 anni (d'ora in poi "anziani soli" per semplicità). L'approfondimento è realizzato attraverso l'analisi dei dati disaggregati dell'Indagine sulla spesa delle famiglie relativa al 2021 e ha l'obiettivo di estrarre alcune considerazioni rispetto a una tipologia di nucleo familiare, quella degli anziani soli, che per caratteristiche sociali ed economiche rappresenta una sfida rilevante per i sistemi di welfare dei paesi avanzati.

La Tabella 6.12 fornisce le prime indicazioni sulla distribuzione di tali nuclei rispetto al reddito equivalente⁸ (indicata in decili di reddito) e l'area di residenza. Dall'ultima riga si evince innanzitutto come la distribuzione dei nuclei ricalchi quella della popolazione generale, con una marginale differenza tra il nord ovest, dove i nuclei di anziani soli (29,7%) sono presenti più che proporzionalmente rispetto alla popolazione (28,1%). Si registrano invece differenze

⁸ Per reddito equivalente si intende il reddito disponibile della famiglia standardizzato rispetto alla dimensione del nucleo familiare, dividendo l'importo per una scala di equivalenza in cui il primo adulto assume valore 1, gli adulti ulteriori assumono valore 0,5 e i bambini sotto i 13 anni assumono valore 0,3. A titolo esemplificativo, per una famiglia composta da due adulti e un bambino il coefficiente è pari a 1,8. Per i nuclei individuali il reddito equivalente coincide con il reddito disponibile.

significative rispetto alla tipologia di comune di residenza, per cui si osserva come i nuclei di anziani soli siano distribuiti in modo più che proporzionale alla popolazione nei centri di area metropolitana (18,4% vs 16,7%) e me-

Figura 6.6 **Modalità di pagamento (%) per tipologia di prestazione nell'anno precedente l'intervista, 2018-2021**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

Tabella 6.12 **Distribuzione percentuale per reddito e territorio di residenza dei nuclei di anziani over 75 soli, 2021**

Decile di reddito equivalente (spesa media mensile)	Ripartizione geografica									
	Nord-ovest		Nord-est		Centro		Sud e Isole		Italia	
	Anziani soli (75+)	Tot.	Anziani soli (75+)	Tot.	Anziani soli (75+)	Tot.	Anziani soli (75+)	Tot.	Anziani soli (75+)	Tot.
I (€ 1.580)	3,8	5,6	3,1	3,9	3,0	7,1	7,5	19,5	4,6	10,0
II (€ 1.740)	8,1	6,6	9,2	5,4	9,9	7,3	24,3	17,7	13,7	10,0
III (€ 1.911)	7,8	7,8	8,7	7,8	12,6	9,3	19,0	13,8	12,4	10,0
IV (€ 1.883)	17,9	9,1	18,7	8,2	18,3	10,7	19,6	11,5	18,7	10,0
V (€ 2.377)	14,9	10,9	13,3	10,1	9,8	9,6	9,7	9,4	11,9	10,0
VI (€ 2.405)	11,8	10,9	16,0	12,1	11,8	10,5	5,3	7,6	10,6	10,0
VII (€ 2.609)	11,6	11,8	9,5	12,7	9,7	11,2	6,1	6,0	9,1	10,0
VIII (€ 3.041)	8,0	12,3	6,5	13,2	5,6	10,5	3,1	5,7	5,7	10,0
IX (€ 3.193)	6,7	12,3	8,5	13,6	11,4	11,7	3,5	4,7	7,0	10,0
X (€ 3.910)	9,6	12,8	6,6	13,0	8,0	12,3	2,0	4,2	6,3	10,0
Totale	29,7	28,1	19,1	19,7	20,3	20,5	31,0	31,7	100,0	100,0

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (ISF).

no nelle periferie di area metropolitana o i comuni con popolazione superiore ai 50.000 abitanti (30,4% vs 31,0%) e i comuni con popolazione inferiore ai 50.000 abitanti (51,1% vs 52,3%). Analizzando i decili di reddito equivalente, i nuclei di anziani soli si collocano nella parte inferiore della distribuzione dei redditi, sebbene non possano essere annoverati tra i nuclei familiari più poveri del Paese. Il 61,3% di essi si colloca infatti nella prima metà della distribuzione, ma guardando al primo decile dei redditi equivalenti, ovvero il gruppo che raccoglie le famiglie italiane più povere, solo il 4,6% dei nuclei di anziani soli si colloca in questa fascia, meno che la metà rispetto alla popolazione generale. Si tratta inoltre di una caratteristica che prescinde dall'area di residenza dei nuclei. Anche nelle regioni meridionali, dove la popolazione che vive nei primi cinque quintili di reddito equivalente nazionale è pari al 72%, i nuclei di anziani soli che vivono in questa fascia è pari al 80%, sebbene anche in questo caso ci sia una minore presenza nella classe delle famiglie più povere in assoluto. Gli strumenti previsti dal nostro sistema di previdenza consentono quindi ai nuclei di anziani soli di non collocarsi tra le famiglie più povere del paese.

In linea con quanto emerso dai precedenti rapporti, la Tabella 6.13 evidenzia come la spesa sanitaria pesi significativamente di più sui bilanci familiari dei nuclei di anziani soli (6,4%) rispetto alla famiglia media (4,8%), con una spesa che è maggiormente finalizzata all'acquisto di beni, soprattutto medicinali (50%), rispetto ai servizi, a differenza di quanto accade per la famiglia media che riserva la maggior parte delle risorse all'acquisto di servizi sanitari, soprattutto servizi dentistici (23,8%), rispetto ai medicinali che si collocano al

Tabella 6.13 **Spesa sanitaria e socio-assistenziale annuale dei nuclei di anziani over 75 soli, 2021**

	Anziani soli (75+)			Totale		
	€ pro capite	% spesa sanitaria	% spesa familiare	€ pro capite	%	% spesa familiare
Servizi medici	196,8	16,4%	1,1%	96,0	15,6%	0,8%
Servizi dentistici	138,0	11,6%	0,7%	146,4	23,8%	1,1%
Servizi paramedici	91,2	7,6%	0,5%	50,4	8,1%	0,4%
Medicinali	598,8	50,0%	3,2%	236,4	38,4%	1,8%
Articoli sanitari	64,8	5,4%	0,3%	30,0	4,8%	0,2%
Attrezzature terapeutiche	108,0	9,0%	0,6%	56,4	9,2%	0,4%
Spesa sanitaria familiare	1.197,6	100,0%	6,4%	615,6	100,0%	4,8%
Personale di assistenza convivente	262,8	–	1,4%	13,2	–	0,1%
Personale di assistenza a domicilio	259,2	–	1,4%	20,4	–	0,2%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (ISF).

secondo posto (38,4%). In valori assoluti pro capite, un anziano solo spende in sanità ogni anno circa il doppio (1.198 euro) rispetto all'individuo medio (616 euro). Il rapporto è positivo per tutte le voci di spesa, e in particolare per medicinali (599 euro contro 236 euro, +153%) e servizi medici (197 euro contro 96 euro, +105%), mentre è minore per i servizi dentistici (138 euro contro 146 euro, -5,7%).

Un ulteriore capitolo di spesa che interessa i nuclei di anziani soli e che invece risulta marginale per una famiglia media è la voce per servizi di assistenza ad anziani e disabili, sia per personale convivente che per il personale a domicilio. In termini assoluti i nuclei di anziani soli spendono circa venti volte di più per il personale convivente e tredici volte di più per i servizi di assistenza al domicilio. In termini relativi entrambi pesano per circa l'1,4% della spesa mensile complessiva. L'informazione sulla spesa per il personale di assistenza è difficilmente utilizzabile per la stima aggregata della spesa destinata a questa tipologia di servizi (oltre 2 miliardi di euro) sia perché non sempre la spesa risulta effettivamente a carico dell'anziano (ma dei familiari non conviventi), sia per la rilevanza del ricorso a personale informale e non regolarizzato. I nuclei di anziani soli che dichiarano queste spese sono infatti pari soltanto al 1,8% per il personale convivente e al 2,7% per il personale a domicilio, mentre recenti stime sulla presenza di badanti in Italia evidenziano un rapporto di 1 a 15 con la popolazione over 75 (Notarnicola e Perobelli, 2023). Guardando comunque all'importo medio registrato per i nuclei che dichiarano effettivamente di sostenere queste spese, pari a circa 1.230 euro mensili per il personale convivente e a circa 770 euro mensili per i servizi a domicilio, i confronti tra nuclei familiari si possono ritenere verosimili.

Si vuole evidenziare da ultimo come tanto le spese sanitarie quanto quelle

Tabella 6.14 **Spesa sanitaria e socio-assistenziale annuale dei nuclei di anziani over 75 soli per territorio di residenza, 2021**

Spesa per beni e servizi sanitari	Anziani soli (75+)		Totale	
	€ pro capite	% su spesa	€ pro capite	% su spesa
Nord-ovest	1.281,6	6,1%	663,6	4,7%
Nord-est	1.160,4	5,9%	674,4	4,9%
Centro	1.108,8	5,1%	603,6	4,5%
Sud e Isole	1.198,8	8,7%	528,0	5,1%
Italia	1.197,6	6,4%	615,6	4,8%
Spesa per assistenza ad anziani e disabili (personale convivente e a domicilio)	Anziani soli (75+)		Totale	
	€ pro capite	% su spesa	€ pro capite	% su spesa
Nord-ovest	704,4	3,3%	43,2	0,3%
Nord-est	708,0	3,6%	49,2	0,4%
Centro	552,0	2,5%	34,8	0,3%
Sud e Isole	214,8	1,6%	16,8	0,2%
Italia	522,0	2,8%	33,6	0,3%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (ISF).

assistenziali risentano, soprattutto nel peso che assumono nei bilanci dei nuclei di anziani soli, dell'area di residenza. L'elemento più interessante da evidenziare su questo aspetto è l'inversione nel peso delle spese sanitarie e assistenziali (come somma delle spese per personale convivente e a domicilio) tra i nuclei residenti al sud e quelli residenti al nord (Tabella 6.14). Nelle regioni meridionali è maggiore il peso delle spese sanitarie che rappresentano l'8,7% delle spese familiari complessive, dovute principalmente alla spesa per medicinali, a fronte di una media pari al 6,4% per i nuclei di anziani soli e del 4,8% per la famiglia media. Sempre nelle regioni meridionali è ancora poco rilevante il peso delle spese assistenziali (1,6% della spesa totale), mentre nelle regioni settentrionali assume valori significativamente superiori (3,6% nel nord-est e 3,3 % nel nord-ovest).

Entrambi i risultati possono essere correlati a una serie di fattori, quali il diverso stato di salute della popolazione più anziana (stando ai dati dell'Indagine ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana, il 4,1% degli anziani soli residenti nelle regioni meridionali dichiara di stare molto male, a fronte del 1,5% del nord-ovest), la differenza nei comportamenti prescrittivi e nelle abitudini di consumo di prodotti farmaceutici (si veda a questo proposito il contributo dell'edizione 2020 sulle differenze regionali nella spesa farmaceutica a carico dei cittadini) e i prezzi dei prodotti farmaceutici che, a differenza dei servizi (la spesa media dei nuclei che spendono in personale convivente è pari a 1.300 euro mensili nel nord-ovest e 690 euro nel sud), non tengono conto delle differenze territoriali nel potere d'acquisto delle famiglie.

6.7 Numeri e prospettive della sanità integrativa

Al tema della sanità integrativa, intesa come l'insieme di soggetti di natura diversa che finanziano prestazioni sanitarie in modo complementare (finanziando servizi e spese escluse dalla copertura pubblica) o supplementare (finanziando servizi inclusi nella copertura), è sempre stato dedicato ampio spazio all'interno del contributo dell'OCPS al Rapporto OASI. Per un approfondimento sulla struttura del settore e di come questo si inquadri all'interno del mondo delle *voluntary health insurance* nel panorama internazionale si rimanda al Capitolo 6 del Rapporto OASI 2019 (Del Vecchio *et al.*, 2019). Il tema della sanità integrativa è tornato alla ribalta nel 2023 anche grazie alla rinnovata attenzione ad esso dedicata dal Parlamento Italiano, e in particolare dal Senato della Repubblica che ha avviato, a partire da gennaio, una nuova indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria, sulla scia di quanto già fatto dalla Camera dei Deputati nel 2019. Gli ultimi mesi sono stati inoltre caratterizzati da un particolare attivismo da parte del Ministero della Salute che nel settembre 2022 ha, attraverso due distinti decreti ministeriali⁹, affidato all'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero le funzioni di monitoraggio delle attività svolte dai fondi e istituito, presso la DG della Programmazione Sanitaria dello stesso ministero, l'Osservatorio sui fondi sanitari integrativi con funzioni di studio e ricerca. Le funzioni di monitoraggio prevedono l'utilizzo di un apposito cruscotto con la finalità di monitorare l'attività dei fondi raccogliendo informazioni su: (i) classificazione delle prestazioni (LEA vs parzialmente escluse vs totalmente escluse), (ii) macro-area assistenziale (distrettuale, ospedaliera, ecc.), (iii) livello e tipo di prestazione (laboratorio, strumentale, riabilitazione, ecc.), (iv) numeri e valori in euro, oltre alle informazioni su aderenti e beneficiari. Le attività dell'Osservatorio invece prevedono il coinvolgimento di rappresentanti istituzionali (oltre al Ministero della Salute, MEF, Ministero del Lavoro, Agenzia delle Entrate, Agenas e Conferenza Stato-Regioni) e delle diverse anime dei fondi iscritti all'Anagrafe e avrà il compito di promuovere attività di ricerca, dibattito e confronto sul tema della sanità integrativa e dei suoi sviluppi futuri. Infine, un ulteriore provvedimento passato sottotraccia nella seconda parte del 2022 è la revisione¹⁰ del paniere delle prestazioni erogabili dai Fondi sanitari integrativi del SSN (anche noti come fondi di tipo A, ovvero la componente complementare della sanità integrativa). Specificatamente, la revisione normativa amplia e specifica le aree di intervento per i Fondi sanitari integrativi del SSN aggiungendo alle presta-

⁹ Il Decreto del Ministero della Salute del 15 settembre 2022 e il Decreto del Ministero della Salute del 30 settembre 2022.

¹⁰ La Legge n. 118/2022 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021) ha modificato l'art. 9, comma 5 del D.Lgs 502/1992

zioni già previste (prestazioni non incluse nei LEA come quelle odontoiatriche e le cure termali), la quota a carico del paziente di prestazioni incluse nei LEA erogate dal SSN e di prestazioni sociosanitarie in strutture accreditate semi/residenziali o in ADI): (i) la prevenzione primaria e secondaria non a carico del SSN, (ii) le prestazioni di *long-term care* non a carico del SSN e (iii) le prestazioni sociali per il soddisfacimento dei bisogni del paziente cronico sempre non a carico del SSN. I dati dell'Anagrafe dei fondi riportati nelle edizioni precedenti del Rapporto (Del Vecchio *et al.*, 2019) mostrano l'esiguità dei fondi integrativi del SSN rispetto alla più ampia e popolata categoria di enti e casse aventi finalità assistenziali (detti fondi di tipo B). Ciononostante, la modifica normativa traccia una linea eloquente sulla direzione che gli enti della sanità integrativa dovrebbero intraprendere agli occhi del regolatore.

La comprensione delle dinamiche di settore passa da una sistematizzazione di dati che fanno riferimento a fonti diverse e non sempre coerenti. Attraverso un'integrazione dei dati provenienti da ANIA per la componente assicurativa e dal Dipartimento delle Finanze del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) per la componente contrattuale è possibile ricostruire longitudinalmente un quadro indicativo dello stato del settore in termini di cittadini coinvolti e soprattutto risorse impiegate, con un dettaglio a livello regionale che finora non è mai stato oggetto di analisi pubbliche.

La Tabella 6.15 riprende i dati del settore assicurativo già oggetto di pubblicazione nelle precedenti edizioni del rapporto. Nel 2022 i premi raccolti per il ramo malattia continuano la loro crescita sostenuta, aumentando del 13% rispetto al 2021 e di circa il 20% rispetto al 2019. Aumenta in modo marginale rispetto agli anni precedenti la quota dei premi relativi alle polizze individuali, che rappresentano in valore (33%) e in numeri una quota minoritaria del fatturato di settore. Nel 2022 non è disponibile il dettaglio sulla ripartizione tra polizze relative ai fondi sanitari e le altre polizze collettive, ma è ragionevole immaginare come la situazione non abbia subito cambiamenti rilevanti rispetto agli anni precedenti, dove le prime rappresentavano oltre il 55% dei premi raccolti dal ramo. Il dato sicuramente più rilevante, e che stimola una serie di interrogativi sulla sostenibilità del settore, è quello relativo al rapporto tra sinistri e premi (*loss ratio*). Il 2021 era stato infatti caratterizzato dall'allarmante dato del 110% per le polizze relative ai fondi sanitari, che avevano fatto aumentare all'82% l'indice complessivo del ramo, dal 70% dell'anno precedente. Il dato relativo ai fondi era il risultato di un'indagine ad hoc realizzata da ANIA e non è disponibile un aggiornamento per il 2022. Osservando però il dato dell'intero ramo, questo sembra essere ritornato a valori fisiologici registrati prima del 2021, essendosi ridotto al 71%. Assumendo minore volatilità nel livello di utilizzo delle altre componenti¹¹, è

¹¹ Le fattispecie di polizze individuali e polizze collettive diverse da fondi sanitari hanno mostrato valori del *loss ratio* stabili nel tempo. Tra il 2019 e il 2021 questo è passato dal 46% al 48%

Tabella 6.15 **Dati relativi alle polizze assicurative del ramo malattia, 2019-2022**

Spesa per polizze del ramo malattia	2019	2020	2021	2022
Premi raccolti nel ramo (mln di €)	3.062	3.105	3.277	3.703
% polizze relative a polizze individuali	32%	30%	32%	33%
% polizze relative a fondi sanitari e altri enti similari	56%	59%	56%	67%
% polizze relative ad altre polizze collettive	12%	10%	12%	
Rapporto sinistri-premi (loss ratio) del ramo malattia	67%	70%	82%	71%
Rapporto sinistri-premi (loss ratio) per le polizze relative a fondi sanitari ed altri enti similari	83%	84%	110%	na

Fonte: elaborazione OCPS su dati ANIA.

ragionevole immaginare che per le polizze collettive relative a fondi sanitari il valore del *loss ratio* si sia attestato per il 2022 tra l'85 e il 90%, dato inferiore ma comunque vicino alla soglia critica del 100%.

I dati del Dipartimento delle Finanze del MEF descrivono i fenomeni nella prospettiva del sistema fiscale. Le informazioni infatti derivano dalle dichiarazioni dei redditi dei contribuenti, considerato che tre diverse tipologie di contributi alla sanità integrativa godono di benefici fiscali diretti per le imposte sul reddito: gli enti e le casse aventi esclusiva finalità assistenziale e istituite da accordi o contratti aziendali (ex art. 51 del TUIR), i fondi sanitari integrativi del SSN (ex art. 10 del TUIR) e le società di mutuo soccorso (ex art. 83 del Dlgs 117/2017). In primo luogo, i dati evidenziano la costante crescita dei contribuenti che dichiarano di versare contributi alle varie forme di assistenza integrativa. Nel 2021 sono oltre 9,4 milioni, il 20% in più rispetto al 2018 e il 10% in più rispetto al 2020, e rappresentano quasi il 23% dei contribuenti totali. Trattandosi di redditi individuali, il dato non è soggetto a rischio di *double counting* (presente invece nel dato rilasciato dall'Anagrafe dei fondi sanitari pubblicato nelle edizioni precedenti del rapporto), ma non tiene conto dei familiari a carico e soprattutto delle polizze individuali e collettive non soggette a benefici fiscali, per cui può essere considerato come il limite inferiore della copertura effettiva di sanità integrativa dei cittadini italiani. I contributi versati hanno superato la soglia dei 2,6 miliardi (+3,8% rispetto al 2020) e combinando il dato con quello fornito da ANIA emerge come oltre il 70% dei contributi risulti intermediato dal settore assicurativo. La spesa intermediata dai fondi, ovvero l'importo corrispondente alle prestazioni per le quali viene richiesto un rimborso o a cui gli assistiti accedono direttamente, ha superato i 3,1 miliardi, cui sono corrisposti rimborsi effettivamente liquidati superiori a 2,2 miliardi di euro. Complessivamente dunque i rimborsi hanno rappresenta-

per le polizze individuali e dal 56% al 55% per le altre polizze collettive (ANIA, 2022). È quindi ragionevole assumere che anche nel 2022 abbiano mantenuto valori paragonabili a quelli degli anni precedenti.

Tabella 6.16 **Dati relativi ai contributi versati a enti e casse con finalità assistenziali, fondi sanitari integrativi del SSN e società di mutuo soccorso, 2018-2021**

	2018	2019	2020	2021
Assistiti	7.851.720	8.449.076	8.551.519	9.412.573
Tasso di copertura (% del totale dei contribuenti)	19,0%	20,3%	20,8%	22,7%
Contributi versati	€2.362.683.964	€2.472.168.473	€2.532.357.227	€2.629.404.236
Contributo pro capite	€301	€293	€296	€279
Importo spesa	€2.631.479.250	€3.054.988.725	€2.883.785.574	€3.145.693.287
Spesa pro capite	€335	€362	€337	€334
Importo rimborsi	€1.802.419.919	€2.073.223.969	€2.006.605.424	€2.248.333.056
Rimborso pro capite	€230	€245	€235	€239
<i>Loss ratio</i> (Rimborsi su contributi)	76,3%	83,9%	79,2%	85,5%
Scoperto medio (Rimborsi su spesa)	31,5%	32,1%	30,4%	28,5%

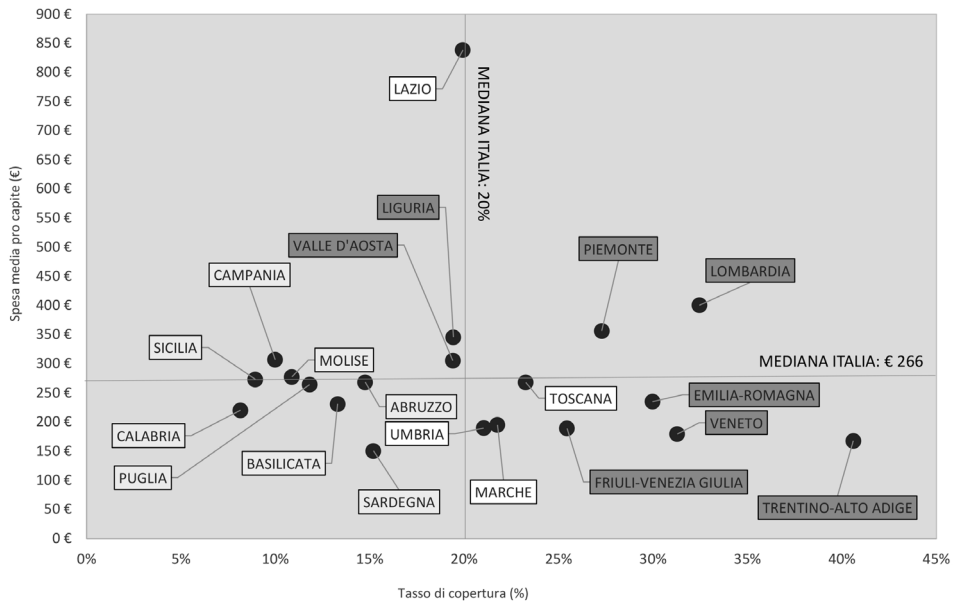
Fonte: elaborazione OCPS su dati MEF – Dipartimento delle Finanze.

to l'85,5% dei contributi versati e coperto in media il 71,5% della spesa degli assistiti. Spesa e rimborsi sono cresciuti in modo proporzionale rispetto al numero di assistiti (la spesa pro capite è rimasta stabile negli anni e pari a 334 euro), ma più che proporzionalmente rispetto ai contributi, facendo aumentare nel tempo il *loss ratio*.

È noto come l'origine primariamente contrattuale delle forme di assistenza integrativa che godono di benefici fiscali ha determinato nel tempo una diversa diffusione del fenomeno guidata dalle differenti condizioni occupazionali presenti nel Paese. La Figura 6.7 e la Figura 6.8 mostrano a livello regionale la relazione tra copertura della popolazione e, rispettivamente, la spesa pro capite e il tasso di utilizzo, calcolato come la percentuale di contribuenti alle forme di assistenza integrativa che dichiarano di aver sostenuto una spesa intermedia nell'anno. Innanzitutto è necessario sottolineare come da entrambe le figure emerga l'eccezione laziale (probabilmente riconducibile alla sola città di Roma), regione che pure a fronte di un tasso di copertura coincidente con la mediana nazionale (20%) presenta eccezionali valori di spesa pro capite (839 euro) e di utilizzo delle forme di assistenza (66%). Tolta questa eccezione, che sorprende solo per l'entità dei valori, essendo il Lazio notoriamente una regione in cui la sanità integrativa ha livelli di utilizzo maggiori rispetto alle altre, emerge un quadro molto variegato da cui si fatica ad estrarre relazioni significative.

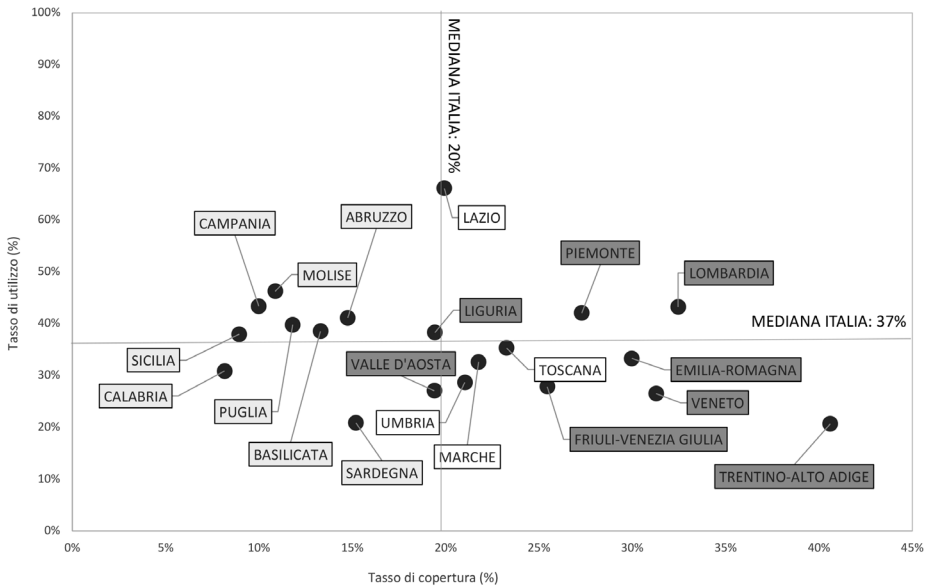
Guardando alla Figura 6.7 si nota quanto il tasso di copertura della popolazione sia differenziato tra regioni meridionali, centrali e settentrionali, con queste ultime che, con le sole eccezioni di Liguria e Valle d'Aosta, si posizio-

Figura 6.7 Tasso di copertura e spesa media pro capite dichiarata, 2021



Nota: le etichette in grigio chiaro evidenziano le regioni meridionali, quelle in bianco le regioni centrali, quelle in grigio scuro le regioni settentrionali. Fonte: elaborazione OCPS su dati MEF – Dipartimento delle Finanze.

Figura 6.8 Tasso di copertura e tasso di utilizzo, 2021



Nota: le etichette in grigio chiaro evidenziano le regioni meridionali, quelle in bianco le regioni centrali, quelle in grigio scuro le regioni settentrionali. Fonte: elaborazione OCPS su dati MEF – Dipartimento delle Finanze.

nano tra quelle con i tassi di copertura più elevati. Il dato non sorprende data la natura prevalentemente contrattuale delle coperture integrative e dall'attivismo mostrato da alcune regioni, tra tutte Veneto e Trentino-Alto Adige, nel costruire ulteriori forme di assistenza rivolte ai lavoratori residenti all'interno delle rispettive regioni. Sulla spesa media emerge un dato variegato e non correlato con il tasso di copertura (escludendo l'*outlier* Lazio, il coefficiente di correlazione lineare è pari a $-0,07$), né evidentemente con il reddito pro capite delle regioni. La Sardegna è quella con la spesa pro capite più bassa (151 euro) e la Lombardia quella con la spesa più elevata (401 euro). Si alternano in mezzo regioni settentrionali, centrali e meridionali. La Campania, ad esempio, presenta una spesa media pari a 307 euro, superiore a regioni come Toscana (268 euro), Emilia-Romagna (235 euro) e Veneto (180 euro). Purtroppo non è possibile scomporre le voci di spesa, ma una potenziale spiegazione potrebbe essere individuata nelle aree di uso delle coperture, con regioni «basso-spendenti» come Sardegna e Veneto in cui le coperture potrebbero essere maggiormente destinate a finanziare servizi ambulatoriali, e regioni «alto-spendenti» come Lazio e Lombardia in cui potrebbe essere più frequente l'utilizzo delle coperture per spese di ricovero.

Dalla Figura 6.8 emerge invece una moderata correlazione negativa (escludendo l'*outlier* Lazio, il coefficiente di correlazione lineare è pari a $-0,39$) tra tasso di copertura e tasso di utilizzo del fondo. Emerge infatti come le regioni meridionali, pur essendo caratterizzate da tassi di copertura della popolazione inferiori, abbiano tassi di utilizzo delle coperture mediamente superiori rispetto alle regioni centrali e settentrionali. La regione con il tasso di utilizzo maggiore (tolto il Lazio) risulta essere il Molise (46%), seguita da Lombardia (43%) e Campania (43%). Il dato può essere interpretato alla luce della maggiore prevalenza al nord di coperture derivanti dai contratti nazionali, caratterizzati notoriamente da un minore livello di consapevolezza degli assistiti, rispetto alle coperture aziendali, relativamente più diffuse nelle regioni meridionali (si pensi ad esempio alle coperture previste dai grandi gruppi bancari, i cui dipendenti sono distribuiti uniformemente sul territorio nazionale). Combinando le due figure emerge dunque come nelle regioni meridionali si registri un utilizzo superiore cui corrisponde al contempo una spesa pro capite inferiore rispetto alle regioni settentrionali. La elevata variabilità sembra dunque essere il frutto della combinazione di una molteplicità di variabili molto diverse tra loro quali il funzionamento dei SSR e il rapporto dei cittadini con esso, le politiche di contenimento della spesa sanitaria, tessuto produttivo e mercato del lavoro.

La lettura complessiva dei dati evidenzia in modo inequivocabile la crescita costante ma eterogenea delle coperture integrative, mettendo in risalto alcuni elementi di tensione ancora irrisolti. Innanzitutto, si protrae l'ambiguità circa la mancata ricomposizione tra sistema sanitario pubblico a tutela della salu-

te del cittadino, da una parte, e sanità integrativa che tutela primariamente la salute dei lavoratori dipendenti e che trae legittimazione dalle relazioni industriali, dall'altra. L'attività di monitoraggio affidata all'Anagrafe, frutto di una lunga interlocuzione tra Ministero e rappresentanti dei fondi, è un primo tassello che potrebbe contribuire a ricondurre a una regia unitaria il tema del finanziamento e dell'erogazione dalle prestazioni, lasciando però immutata l'ambiguità circa il posizionamento effettivo di questo settore rispetto al SSN (e viceversa) e le dimensioni sulle quali gli attori intendano perseguire il suo sviluppo. A questo elemento si aggiungono gli interrogativi su un settore che finora è stato caratterizzato da una politica di mantenimento di premi/contributi esigui, una focalizzazione sulle prestazioni di frequenza, e che per la sua sostenibilità ha fatto leva su una quota di inattivi consistente e politiche di convenzionamento finalizzate a negoziare con gli erogatori prezzi sempre più bassi. È evidente come gli elementi emersi ed accentuati negli ultimi anni, quali le dinamiche inflattive sul settore dell'erogazione, la maggiore attenzione sui temi della salute e consapevolezza delle forme di assistenza integrative andranno a interagire con ulteriori elementi di incertezza quali l'esplosione dei bisogni legati alla cronicità e alla non autosufficienza, le prospettive di crescita demografica che incideranno sulla numerosità della popolazione in età lavorativa e quindi sulla capacità contributiva, il prolungarsi del sottofinanziamento del SSN e le aspettative degli stakeholder nelle relazioni industriali e con il mondo degli erogatori, prospettando la necessità di un ridisegno del settore nel medio-lungo periodo.

6.8 Riflessioni conclusive

Il contributo di quest'anno dimostra, una volta di più e con grande evidenza, la bontà degli assunti di fondo che hanno sempre sorretto le attività e le riflessioni dell'Osservatorio: da una parte, la complessità dei fenomeni indagati, i quali poco si prestano alle semplificazioni, spesso ideologiche, che dominano il dibattito pubblico e, dall'altra, la necessità di ricostruire pazientemente i dati attorno ai quali provare ad articolare interpretazioni fondate e ragionevoli.

A differenza di quanto spesso affermato, e percepito dall'opinione pubblica, un decennio di dati mostra la sostanziale, e per certi versi sorprendente, stabilità in relazione al PIL dei consumi privati nel loro insieme. In un decennio, prima dominato da una contrazione dell'impegno pubblico e che ha poi visto l'irrompere dell'epidemia, con tutte le sue conseguenze in termini di impatto su risorse e bisogni, la percentuale di reddito destinata dai consumatori al soddisfacimento dei bisogni di salute è rimasta immutata.

Ciò non significa che il fenomeno sia privo di dinamiche interne, anche significative, o che lo stesso ancoraggio ai livelli di reddito sia frutto di mec-

canismi privi di complessità. Le evidenti difficoltà del sistema pubblico non solo nel recuperare le prestazioni non erogate durante la pandemia, ma anche nel raggiungere i livelli di produzione pre-Covid non sembrano avere finora prodotto quell'incremento di spesa privata che molti paventavano. Le visite specialistiche, una componente specifica dei consumi che pesa poco meno del 15% sul totale, ma di grande visibilità presso l'opinione pubblica, hanno invece sperimentato nel Covid un cambiamento di rilievo nel mix delle fonti di finanziamento a favore dei consumi privati. Bisognerà attendere qualche anno per capire la reale natura, congiunturale o strutturale, di quanto avvenuto.

Come interpretare tali fenomeni rimane un esercizio difficoltoso. Nel contrastare una probabile spinta all'aumento dei consumi possono essere intervenuti fattori diversi e interconnessi quali: l'intensificarsi dei vincoli di bilancio per le famiglie nella crisi e nel successivo riaccendersi dell'inflazione; una gerarchia effettiva delle preferenze di individui e famiglie che potrebbe collocare i consumi sanitari in una posizione meno elevata di quanto non venga comunemente ipotizzato (ad esempio rispetto a spese considerate voluttuarie come alberghi e ristoranti); l'emergere di tensioni nel sistema di offerta anche per le difficoltà nel reclutamento dei professionisti. Sono queste tutte variabili che potrebbero al tempo stesso spiegare la stabilità dei consumi sotto condizioni diverse e i rilevanti mutamenti intervenuti in alcune componenti.

In questa prospettiva, si conferma l'importanza di guardare alla spesa sanitaria privata non solo come insieme unitario, ma nelle sue specifiche componenti. Nel capitolo è ben dimostrato, ad esempio, come i consumi di visite specialistiche rappresentino qualcosa di molto diverso dai consumi di farmaci. Le differenze rilevanti, poi, attraversano non solo le tipologie di consumo, ma anche i consumatori come ben evidenziano le riflessioni su una categoria di individui, sempre più significativa in una società che invecchia, come gli over75 che vivono da soli.

L'importanza di analisi specifiche e puntuali nulla toglie alla urgenza di una riflessione sull'intero sistema sanitario e le sue dinamiche evolutive. I confronti internazionali, che iniziano a tornare significativi dopo il covid (il 2019 era l'ultimo anno normale), confermano «l'anomalia italiana» sia in termini di spesa sanitaria totale in relazione al PIL che di composizione, con particolare riferimento alla componente intermediata.

L'Italia con la popolazione più anziana del continente è tra i paesi che spendono meno. La Tabella 6.3 ci dice che investe in sanità meno di noi solo l'Irlanda, con Portogallo e Spagna che ci superano di più di un punto e mezzo, per non guardare ai 3/4 punti che si separano da Francia e Germania. Anche ipotizzando rilevanti (e improbabili) differenziali di efficienza ed efficacia tra il nostro paese e gli altri e guardando, poi, alla struttura per età della nostra popolazione, sembrerebbe inevitabile prevedere la necessità di aumentare in maniera significativa le risorse complessive che la nostra collettività investe

nella tutela della salute. Se il sistema è impegnato nel giro di alcuni anni a portare la spesa pubblica dall'attuale 6,8% al 6,2% del PIL, un livello più basso di quello registrato nel 2019, il recupero di livelli di spesa sanitaria paragonabili a quelli degli altri paesi dovrà vedere un contributo importante da parte della componente privata.

Non è questa la sede per riflettere su come ciò potrà avvenire e quali condizioni dovranno essere garantite per attutire gli inevitabili riflessi sull'equità che uno spostamento sulla componente privata genera. Il contributo che, all'interno del rapporto, OCPS annualmente dedica ai consumi privati è, infatti, orientato all'analisi piuttosto che alle proposte. Le prospettive aiutano però a individuare dove possa essere più utile approfondire le analisi. Se le prospettive sono di un maggiore e migliore contributo della componente privata al soddisfacimento dei bisogni di salute, il ruolo dei consumi collettivi non pubblici potrebbe risultare fondamentale. Le ragioni sono varie, ma è sufficiente sottolineare come rispetto alla spesa *out of pocket* la componente intermediata, da una parte, sia caratterizzata da un minor rischio di iniquità e, dall'altra, sia meglio attrezzata rispetto alle asimmetrie informative. Alcune iniziative istituzionali segnalano, in effetti, una certa attenzione al tema, ma il dibattito, seppure agli inizi, sembra utilizzare visioni stereotipate e tradire una certa debolezza nella messa a fuoco delle dinamiche fondamentali che attraversano il settore, da qui la scelta di dedicare un approfondimento alla sanità integrativa.

Sebbene all'apparenza gli allarmi sulla sostenibilità, il superamento della soglia del 100% nel rapporto sinistri-premi registrato nel 2021, sembrano essere rientrati, rimangono ancora da affrontare e definire una serie di aspetti necessari per un definitivo consolidamento della sanità integrativa come secondo pilastro del nostro sistema. Si tratta in parte di dinamiche strutturali, analoghe a quelle che toccano il sistema sanitario nel suo complesso, e rispetto alle quali la sanità integrativa dovrà trovare risposte adeguate, tanto nella sua collocazione e architettura istituzionale quanto negli strumenti e capacità gestionali. Questioni come: una base contributiva in diminuzione per via dell'invecchiamento della popolazione e conseguente uscita dal mondo del lavoro dei settori più densi di forza lavoro; spazi limitati per aumenti nelle contribuzioni in un contesto di basse retribuzioni e di sforzi tesi a diminuire il cuneo fiscale, disparità territoriali nella copertura e nei consumi, eccessiva dipendenza da politiche di compressione dei margini degli erogatori, seppur affrontabili, non hanno soluzioni semplici. Costruire le condizioni per la sostenibilità di questo settore significa combinare una maggiore disponibilità di risorse a un sistema di regole che ne delinea un preciso posizionamento nel quadro di un sistema universalistico, definisca le aspettative degli assistiti, chiarisca il rapporto tra contributi e benefici e intervenga sui rapporti di forza tra soggetti assicuratori, enti responsabili delle coperture e mondo degli erogatori, pubblici e privati.

In sintesi e per concludere, la progressiva uscita dal Covid ripropone al no-

stro sistema sanitario le medesime urgenze che ci accompagnano da anni, ovvero quelle segnate da una trasformazione del sistema che per potere essere governata ha bisogno di scelte e di analisi in grado di rappresentare e decifrare una realtà complessa.

6.9 Bibliografia

- AIFA (2023), «L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto OsMed 2022», Disponibile a questo link: <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2022>.
- ANIA (2023), «L'assicurazione italiana 2021/2022», Disponibile a questo link: <https://www.ania.it/documents/35135/0/LAssicurazioneItaliana-2023+WEBVER.pdf/68ffb7ef-d05a-fffe-0ee5-d3c43987829c?t=1688648107342>.
- Armeni P. e Ferrè F. (2014), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», In CERGAS Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2014*. Milano, Egea.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2022), «Rapporto annuale sulle spese fiscali 2022», Disponibile a questo link: https://www.mef.gov.it/ministero/commissioni/red_spe_fis/index.html.
- Corte dei Conti (2023), «Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica», Disponibile a questo link: <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=6b3c3b5a-0ce7-4242-82b9-0662cea9a490>.
- Del Vecchio M. (2012), *Settore, sistema e azienda. Logiche di governance in sanità*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2015), «Pubblico e privato in sanità: nuove sfide per un tema antico», In Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2015), «I Consumi Privati in Sanità: i dati», In Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Prenestini A. (2015), «Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS», *Health Policy*, 119(3): pp. 356-366.
- Del Vecchio M., Fenech L. Mallarini E., Rappini V. (2013), «I Consumi Privati in Sanità», In Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2013*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech e Rappini V. (anni vari), «I Consumi Privati in Sanità», In CeRGAS-SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI (edizioni varie)*, Milano, Egea.

- Federfarma (2023), «La spesa farmaceutica nel 2022», Disponibile a questo link: <https://www.federfarma.it/Documenti/spesa/2022/spesa2022.aspx>.
- ISTAT (2023), «Conto trimestrale delle AP, reddito e risparmio delle famiglie e profitti della società», *Statistiche Flash*, 5 aprile 2023, Disponibile a questo link: <https://www.istat.it/it/files//2023/04/Conto-Ap-reddito-famiglie-profitti-società-4trim2022.pdf>.
- Notarnicola E. e Perobelli E. (2023), «Il settore Long Term Care per anziani non autosufficienti in Italia: rete di welfare, «badantato», posizionamento dei gestori e innovazioni in corso», In Fosti G., Notarnicola E. e Perobelli E. (a cura di), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care*, 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Milano, Egea.
- OECD (2023), *Health Statistics 2022*, Disponibile a questo link: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
- OECD, Eurostat, WHO (2017), *Manual A System of Health Accounts (SHA, revised edition)*, Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2014), *Guidelines for the Implementation of the SHA 2011 Framework for Accounting Health Care Financing*, Paris, OECD.
- OECD, Eurostat, WHO (2013), *Guidelines to Improve Estimates of Expenditure on Health Administration and Health*, Paris, OECD.
- Ragioneria Generale dello Stato (2023), «Il monitoraggio della spesa sanitaria», *Studi e pubblicazioni*, luglio 2020.
- Thomson S., Foubister S., Mossialos E., (2009), *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses*, Copenhagen, World Health Organization.
- Tinghög G., Carlsson P., Lyttkens C. (2009), «Individual responsibility for what? – A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system», *Health economics, policy, and law*. 5. 201-23.
- Toth F. (2016). «Classification of healthcare systems: Can we go further?», *Health Policy*, 120(5), pp. 535-543.

7 **Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale**

di Vittoria Ardito, Luca Benetti, Oriana Ciani, Carlo Federici, Alessandro Furnari e Rosanna Tarricone¹

7.1 **Introduzione**

Da alcuni anni il Rapporto OASI si è occupato di sistematizzare e discutere in ottica comparativa, a livello internazionale e nazionale, dati disponibili sullo stato di salute del nostro Paese, con collegamenti ai sistemi di monitoraggio sull'andamento complessivo del SSN (Ciani *et al.*, 2018; Ciani *et al.*, 2019; Ciani *et al.*, 2020, Ardito *et al.*, 2021). L'espressione «esiti» o «*outcomes*» utilizzata in questo capitolo del Rapporto fa riferimento a misure di salute il cui continuo miglioramento rappresenta un'ambizione del SSN sin dalla sua istituzione. Misure di esito importanti sono per esempio l'aspettativa di vita alla nascita, complessiva o in buona salute, oppure i tassi di mortalità, generale o per cause specifiche. L'art. 32 della nostra Costituzione stabilisce infatti come la tutela della salute sia un diritto fondamentale dell'individuo, nonché interesse della collettività, la cui responsabilità è di competenza concorrente di Stato e Regioni. Ne consegue che la riduzione delle disuguaglianze rispetto a salute e accesso ai servizi rappresenti uno dei principi fondamentali del SSN, nella consapevolezza che sistemi iniqui peggiorano *de facto* le condizioni di salute di tutti (il cosiddetto «paradosso delle diseguaglianze») (Berkowitz *et al.*, 2020). A partire dal 2019 (Ciani *et al.*, 2019), il capitolo integra anche l'aspetto di *performance* del sistema. La funzione di erogazione di servizi è probabilmente la più nota dell'intero SSN, accanto ad altre funzioni quali raccolta e allocazione di risorse, investimenti in persone, infrastrutture e attrezzature, combinazione di risorse e lavoro sul sistema di attese da parte delle comunità di riferimento. Valutare la performance del SSN è importante per stabilire se il raccordo tra programmazione strategica nazionale, tattiche e azioni implementate av-

¹ Sebbene il paragrafo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, il paragrafo 7.1 è attribuibile a Oriana Ciani, il paragrafo 7.2 a Vittoria Ardito e Luca Benetti, il paragrafo 7.3 a Carlo Federici e Alessandro Furnari, il paragrafo 7.4 a tutti gli autori.

vicinino il sistema all'obiettivo finale di tutela della salute. Si tratta tuttavia di meccanismi tutt'altro che semplici da analizzare e leggere, dal momento che richiedono approcci multidimensionali, scelte soggettive di postura strategica per la prioritizzazione degli elementi e attenzione particolare nella definizione di soglie o standard di riferimento. A livello di sistema Paese, il monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) rappresenta un importante e fondamentale sistema strutturato di valutazione multidimensionale della performance, punto di riferimento per la verifica degli adempimenti richiesti alle regioni circa le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini. Questo meccanismo recepisce e prova a integrare diversi «silos» disciplinari, frutto di lavori su specifici ambiti di sviluppo del SSN, nel tentativo di offrire una lettura sinergica e ragionata dell'andamento complessivo di sistema. A questo riguardo, il capitolo prova a offrire una panoramica dei principali sistemi di monitoraggio attivati per il rafforzamento del SSN, che tipicamente tendono a confluire nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), ma che aprono anche a modalità di rappresentazione parallele e utili al supporto decisionale dei diversi livelli istituzionali (es. Piano Nazionale Esiti - PNE, modello di valutazione multidimensionale delle aziende sanitarie di AGENAS).

In questo quadro, il presente capitolo è così strutturato: il paragrafo 7.2 è dedicato alla prospettiva internazionale sugli esiti di salute, con un focus su aspettativa di vita (7.2.1) e mortalità (paragrafo 7.2.2); il paragrafo 7.3 approfondisce il contesto nazionale, con dettagli relativi a esiti di salute (i.e., speranza di vita) a livello regionale e con una rassegna sulla diffusione della cronicità (paragrafo 7.3.1). A seguire, un approfondimento dedicato ai sistemi di programmazione, monitoraggio e valutazione delle performance del SSN, esplorando le diverse accezioni che queste possono avere all'interno di un sistema complesso quale il SSN (7.3.2). Il capitolo si conclude con una sintesi delle evidenze riportate e con alcune conseguenti riflessioni per la programmazione del SSN.

7.2 Lo stato di salute della popolazione: una prospettiva internazionale

Il presente paragrafo propone alcune considerazioni generali sullo stato di salute della popolazione, in ottica di comparazione internazionale², rappresentando un aggiornamento rispetto alla precedente edizione del Rapporto (Ardito *et al.*, 2022).

² Sono stati considerati i principali Paesi europei (Grecia, Portogallo, Irlanda, Norvegia, Repubblica Slovacca, Lussemburgo, Italia, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Francia, Ungheria, Polonia, Repubblica Ceca, Austria, Finlandia, Germania, Belgio, Olanda, Svezia, Svizzera), a cui sono stati aggiunti USA, Canada, Giappone e i Paesi BRIC (Brasile, Russia, India e Cina).

Le fonti informative considerate sono i principali osservatori e database di monitoraggio presenti a livello internazionale:

- ▶ OECD (*OECD Health Statistics 2023*), con riferimento all'anno 2021 o all'ultimo anno disponibile;
- ▶ WHO (*Global Health Observatory database*), con riferimento al 2021 o all'ultimo anno disponibile;
- ▶ GBD (*Global Burden of Disease*), con riferimento al 2021 o all'ultimo anno disponibile;
- ▶ *Our World in Data*, con riferimento alla mortalità dovuta a COVID-19 dal 2020 al 2023.

L'analisi si concentra su alcuni indicatori rilevanti per la definizione delle priorità di policy di salute pubblica. In particolare, sono qui considerati l'aspettativa di vita generale e in buona salute, oltre ai tassi di mortalità.

7.2.1 Aspettativa di vita³

La prima dimensione presa in esame riguarda la speranza di vita nei 28 Paesi considerati tra il 2000 e il 2021, con particolare riferimento all'aspettativa di vita alla nascita (Tabella 7.1).

All'interno dei paesi in esame si osserva un aumento di circa tre anni e mezzo (+3,6 anni) dell'aspettativa di vita tra il 2000 e il 2021. I primi tre paesi secondo tale indicatore sono rispettivamente il Giappone (84,5), la Svizzera (83,9) e la Spagna (83,3) con l'Italia che si trova al sesto posto, con un'aspettativa di vita pari a 82,7 anni. Si nota che la gran parte di questo trend crescente si registra nella prima parte del periodo (2000-2010), mentre tra 2010 e 2019 si denota un graduale appiattimento delle differenze su base temporale. Nel Regno Unito, per esempio, la curva di crescita della longevità era praticamente continua dal dopoguerra con le donne che «guadagnavano» un anno di aspettativa ogni 5 di calendario; e gli uomini uno ogni tre anni e mezzo. Tuttavia il trend ha subito dal 2010 un forte rallentamento dovuto, secondo ricercatori ed ex consiglieri del Ministero della Salute, ai profondi tagli operati alla spesa sociale e al *National Healthcare Service* (NHS) inglese negli ultimi anni (Campbell, 2017). Negli USA, si è osservata una sostanziale stabilità nel valore dell'indicatore tra 2010 e 2019 (rispettivamente 78,6 e 78,9 anni), che aveva portato alcuni autori a chiedersi se si trattasse di una «anomalia» o dell'inizio di una stagnazione o declino dell'aspettativa di vita. Acciai e Firebaugh (2017) hanno ad esempio evidenziato come nel 2015 la riduzione

³ A partire dal Rapporto OASI 2019, per l'aspettativa di vita alla nascita sono stati considerati i dati forniti dall'OECD, in virtù del mancato aggiornamento, al momento della stesura del capitolo, delle rilevazioni del WHO in precedenza utilizzate.

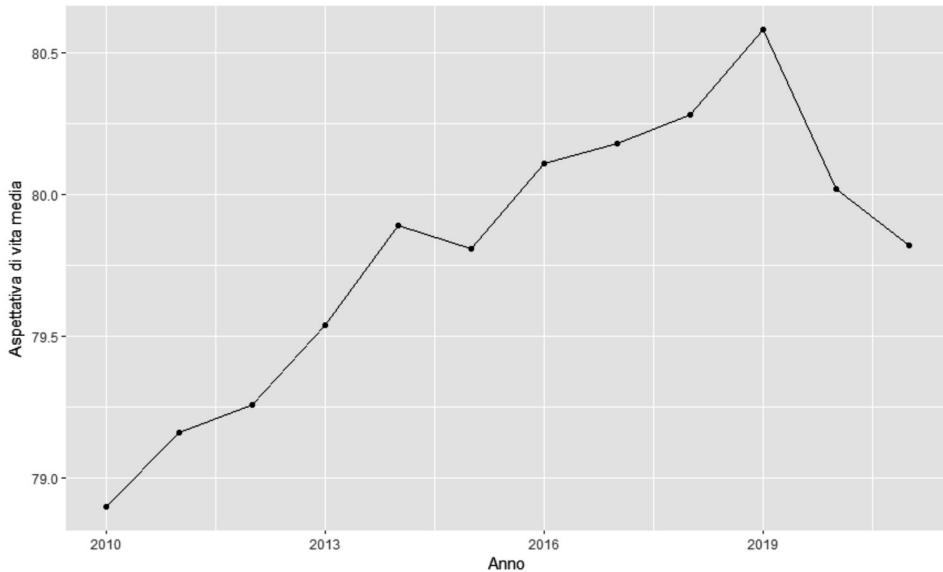
Tabella 7.1 **Aspettativa di vita alla nascita (2000, 2010, 2020)**

Paesi	2000	2010	2020	2021	Differenza 2000- 2010	Differenza 2010- 2021	Differenza 2000- 2021	Differenza 2021- 2020	Differenza 2020- 2019	Differenza 2021- 2019
Giappone	81,2	82,9	84,6	84,5	1,7	1,6	3,3	-0,1	0,2	0,1
Svizzera	79,9	82,7	83,1	83,9	2,8	1,2	4	0,8	-0,9	-0,1
Spagna	79,3	82,4	82,4	83,3	3,1	0,9	4	0,9	-1,6	-0,7
Norvegia	78,8	81,2	83,3	83,2	2,4	2	4,4	-0,1	0,3	0,2
Svezia	79,7	81,6	82,4	83,1	1,9	1,5	3,4	0,7	-0,8	-0,1
Italia	79,9	82,2	82,3	82,7	2,3	0,5	2,8	0,4	-1,3	-0,9
Lussemburgo	78	80,8	82,2	82,7	2,8	1,9	4,7	0,5	-0,5	0
Francia	79,2	81,9	82,3	82,4	2,7	0,5	3,2	0,1	-0,7	-0,6
Irlanda	76,6	80,8	82,6	82,4	4,2	1,6	5,8	-0,2	-0,2	-0,4
Belgio	77,8	80,3	80,8	81,9	2,5	1,6	4,1	1,1	-1,3	-0,2
Finlandia	77,7	80,2	82	81,9	2,5	1,7	4,2	-0,1	-0,1	-0,2
Canada	79	81,4	81,7	81,7	2,4	0,3	2,7	0	-0,6	-0,6
Danimarca	76,9	79,3	81,6	81,5	2,4	2,2	4,6	-0,1	0,1	0
Portogallo	76,9	80,1	81,1	81,5	3,2	1,4	4,6	0,4	-0,8	-0,4
Olanda	78,2	81	81,4	81,4	2,8	0,4	3,2	0	-0,8	-0,8
Austria	78,2	80,7	81,3	81,3	2,5	0,6	3,1	0	-0,7	-0,7
Regno Unito	77,9	80,6	81	81	2,7	0,4	3,1	0	-0,3	-0,3
Germania	78,2	80,5	81,1	80,8	2,3	0,3	2,6	-0,3	-0,2	-0,5
Grecia	78,6	80,6	81,4	80,2	2	-0,4	1,6	-1,2	-0,3	-1,5
Cina	72	75,3	78	78,1	3,3	2,8	6,1	0,1	0,3	0,4
Rep. Ceca	75,1	77,7	78,3	77,2	2,6	-0,5	2,1	-1,1	-1	-2,1
U.S.A.	76,7	78,7	77	76,4	2	-2,3	-0,3	-0,6	-1,8	-2,4
Polonia	73,8	76,4	76,5	75,5	2,6	-0,9	1,7	-1	-1,5	-2,5
Rep. Slovacca	73,4	75,6	77	74,6	2,2	-1	1,2	-2,4	-0,8	-3,2
Ungheria	71,9	74,7	75,7	74,3	2,8	-0,4	2,4	-1,4	-0,8	-2,2
Brasile	70,1	72,9	75,3	74	2,8	1,1	3,9	-1,3	0,2	-1,1
Russia	65,6	69	73,2	73,2	3,4	4,2	7,6	0	0	0
India	62,6	66,5	70,9	70,2	3,9	3,7	7,6	-0,7	0,2	-0,5

Fonte: Elaborazioni su dati OECD 2023

del valore dell'indicatore fosse stato influenzato, per gli uomini, da un aumento della *midlife mortality* dovuta a un maggior rischio di morire per avvelenamento accidentale o omicidio, mentre per le donne da una più precoce mortalità per alcune malattie non trasmissibili (es. cardiovascolari e patologie psichiatriche).

Nella precedente edizione si era messa in evidenza l'inversione di tendenza sull'aspettativa di vita tra il 2019 e il 2020 dovuta alla pandemia da COVID-19. I nuovi dati evidenziano come il trend negativo, pur persistendo anche tra il 2020 e il 2021, stia rallentando. In particolare, se tra il 2019 e il 2020 vi è stato un calo di circa 0,6 anni sull'aspettativa di vita media, tale diminuzione nel 2021 è stata in media di 0,2 anni. Il seguente grafico riporta l'aspettativa di vita media dei paesi considerati tra il 2010 e il 2021.

Figura 7.1 **Aspettativa di vita media dei paesi Europei tra il 2010 e il 2021**

Fonte: Elaborazione dati OECD 2023

Nei paesi in esame, tra il 2019 e il 2021, l'aspettativa di vita si è ridotta in media di 0,8 anni, raggiungendo dei picchi di -3,2 nella Repubblica Slovacca, -2,5 in Polonia e di -2,4 anni negli Stati Uniti. Con riferimento all'Italia, l'aspettativa di vita risulta pari a 82,7 anni nel 2021. Se nella rilevazione precedente alla pandemia da COVID-19 del 2019 l'Italia si posizionava tra i primi paesi al mondo per aspettativa di vita (83,6 anni), inferiore solo a Giappone, Svizzera e Spagna, a dati 2021 l'Italia si colloca invece al sesto posto per speranza di vita, assieme al Lussemburgo, perdendo quindi posizioni rispetto ai paesi che registrano valori più elevati per tale indicatore (Giappone, Norvegia, Svizzera, Spagna e Svezia).

In aggiunta a questa misura che esprime la «quantità» di vita attesa, l'aspettativa di vita in buona salute (*healthy life expectancy*) offre un'indicazione sulla sua «qualità». L'aspettativa di vita in buona salute permette infatti di monitorare la salute anche in quanto fattore produttivo, valutare l'occupabilità dei lavoratori anziani e controllare i progressi compiuti in termini di accessibilità, qualità e sostenibilità dell'assistenza sanitaria. Non a caso, questa misura figura tra i principali indicatori strutturali europei e la sua importanza è stata riconosciuta nella Strategia di Lisbona (Commissione Europea, 2017). Nel momento in cui si scrive (ottobre 2023), non è stato possibile aggiornare tale indicatore per mancato rilascio di dati più recenti. Per completezza, si riporta la Tabella 7.2, ripresa dal Rapporto OASI 2022, che offre una panoramica sull'aspettativa di

Tabella 7.2 **Aspettativa di vita in buona salute alla nascita e a 60 anni (2000, 2019)**

Health life expectancy (HALE) at birth (years)				Health life expectancy (HALE) at age 60 (years)			
Paese	2000	Paese	2019	Paese	2000	Paese	2019
Giappone	71,6	Giappone	74,1	Giappone	18,7	Giappone	20,4
Svezia	69,9	Svizzera	72,5	Francia	18,0	Francia	19,7
Canada	69,4	Spagna	72,1	Svizzera	17,7	Svizzera	19,5
Francia	69,3	Francia	72,1	Svezia	17,4	Spagna	19,4
Svizzera	69,3	Italia	71,9	Canada	17,3	Canada	19,0
Spagna	69,1	Svezia	71,9	Spagna	17,3	Italia	18,9
Italia	69,0	Lussemburgo	71,6	Italia	17,1	Svezia	18,9
Olanda	68,8	Norvegia	71,4	Germania	16,8	Portogallo	18,6
Grecia	68,6	Olanda	71,4	Grecia	16,8	Irlanda	18,6
Germania	68,5	Canada	71,3	Norvegia	16,7	Norvegia	18,5
Norvegia	68,4	Irlanda	71,1	Austria	16,7	Lussemburgo	18,5
Lussemburgo	68,3	Portogallo	71,0	Lussemburgo	16,7	Finlandia	18,5
Austria	68,2	Danimarca	71,0	Belgio	16,6	Germania	18,5
Belgio	67,8	Finlandia	71,0	Olanda	16,6	Olanda	18,4
Finlandia	67,8	Austria	70,9	Finlandia	16,5	Grecia	18,4
Regno Unito	67,6	Grecia	70,9	Portogallo	16,3	Austria	18,3
Danimarca	67,6	Germania	70,9	Regno Unito	16,3	Regno Unito	18,3
Irlanda	67,1	Belgio	70,6	Danimarca	16,0	Danimarca	18,2
Portogallo	66,8	Regno Unito	70,1	U.S.A.	15,7	Belgio	18,2
Rep. Ceca	65,9	Rep. Ceca	68,8	Irlanda	15,7	Polonia	16,8
U.S.A.	65,8	Polonia	68,7	Brasile	14,8	Rep. Slovacca	16,6
Polonia	65,0	Cina	68,5	Polonia	14,7	U.S.A.	16,4
Rep. Slovacca	64,7	Rep. Slovacca	68,5	Rep. Ceca	14,6	Brasile	16,4
Cina	63,7	Ungheria	67,2	Rep. Slovacca	14,2	Rep. Ceca	16,3
Ungheria	63,0	U.S.A.	66,1	Cina	14,0	Cina	15,9
Brasile	61,7	Brasile	65,0	Ungheria	13,6	Ungheria	15,3
Russia	57,3	Russia	64,2	Russia	12,3	Russia	15,0
India	52,9	India	60,3	India	11,3	India	13,2

Note: il colore bianco indica i Paesi europei inclusi nel campione, il grigio scuro i BRIC, mentre il grigio chiaro rappresenta i restanti Paesi extra europei. La WHO definisce l'aspettativa di vita in buona salute (healthy life expectancy – HALE) come la stima del numero medio equivalente di anni che una persona vivrà in «piena salute», considerando gli anni vissuti con qualche disabilità dovuta a malattie o incidenti. In estrema sintesi, l'indicatore viene calcolato per ogni Paese utilizzando i dati, disaggregati per età e sesso, sulla mortalità e i dati sull'incidenza, prevalenza, durata e anni vissuti con disabilità, aggiustati per la severità di ciascuna condizione di salute considerata.

Fonte: Elaborazioni su dati WHO 2020

vita in buona salute a dati del 2019, in uno scenario pre-pandemico. Dal punto di vista di tale indicatore l'Italia risulta al quinto posto per aspettativa di vita in buona salute (71,9 anni) preceduta solamente da Giappone (74,1), Svizzera (72,5), Spagna (72,1) e Francia (72,1). I dati del 2019 mostrano anche come lo scarto tra aspettativa di vita totale e aspettativa di vita in buona salute alla nascita vada da 8,5 anni in Cina ai 12,8 anni di USA. Nel caso dell'Italia, la diffe-

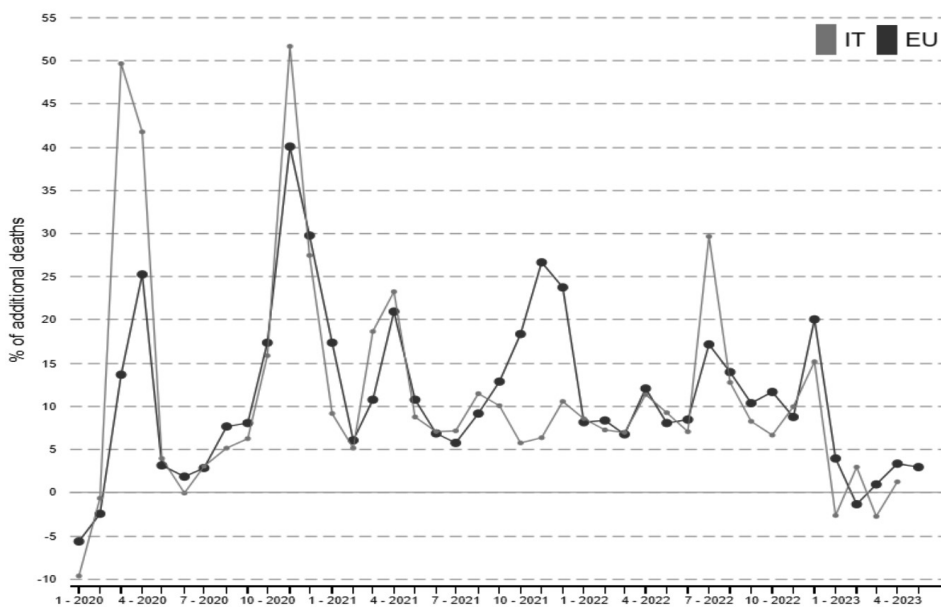
renza tra le due dimensioni è pari a 11,7 anni. Tale indicatore fornisce un'idea della quantità media di tempo vissuto con una patologia invalidante nell'arco della vita. Durante questi anni il cittadino sarà verosimilmente più a contatto con il sistema sanitario e di assistenza sociale del proprio Paese, beneficiando di servizi e assorbendo risorse. Queste cifre sono di estrema importanza nel disegno dei sistemi di tutela della salute, in considerazione della loro potenziale rilevanza nel consumo di servizi sanitari e nell'evoluzione dei bisogni di salute di una popolazione.

7.2.2 Dati di mortalità a confronto

Le considerazioni sull'aspettativa di vita possono essere integrate dall'analisi dei tassi di mortalità per le singole cause di decesso. Sono riconosciuti alcuni limiti nell'uso della mortalità come stimatore del bisogno: ad esempio, non restituisce informazioni sulla severità delle patologie, la sua evoluzione dipende da fattori che evolvono lentamente nel tempo e che non sempre sono riconducibili all'azione degli enti preposti alla tutela della salute pubblica. Tuttavia, i tassi di mortalità restano indicatori utili a livello macro per offrire un quadro dello stato di salute di una popolazione, anche in virtù della loro diffusione e comparabilità su dimensioni, come le sopracitate cause di morte, che l'aspettativa di vita non permette di rappresentare.

A partire dal 2020 fino alla data in cui si scrive, il COVID-19 ha contribuito in modo significativo ad innalzare la mortalità a livello globale, alterando i trend osservati e commentati nelle edizioni precedenti del Rapporto. In questi ultimi mesi, i dati di mortalità, sia negli adulti sia neonatale, sono oggetto di continue elaborazioni da parte di ciascun Paese. I dati di mortalità del 2020, che ricomprendano quindi gli impatti della pandemia, sono disponibili per un sottoinsieme piuttosto limitato di paesi in Europa (fonte: WHO). Si precisa ad ogni modo che differenze in termini di metodologia utilizzata o di tempistiche di elaborazione da parte di ciascun Paese potrebbero restituire dei dati non sufficientemente armonici da consentirne un'analisi ed un confronto adeguati allo stadio attuale. Ad integrazione dei tassi di mortalità ogni 100.000 abitanti, la Figura 7.2 confronta invece l'eccesso di mortalità osservato in Italia rispetto alla media dell'Unione Europea dall'inizio del 2020 fino a maggio 2023 (ultima rilevazione disponibile). Tale indicatore rappresenta la percentuale di decessi in eccesso osservati su base mensile nei mesi in cui è iniziata l'emergenza pandemica, rispetto alla media di decessi registrati su base mensile tra il 2016 e il 2019 per l'area geografica di riferimento. Rispetto alla media dell'Unione Europea, si osserva come il nostro Paese sia stato colpito pesantemente dal COVID-19 in ciascuna ondata (*wave*), a cui è corrisposto un maggior numero di decessi in eccesso rispetto al triennio 2016-2019, rispetto alla media di confronto.

Figura 7.2 **Eccesso di mortalità su base mensile (confronto tra Italia e media europea)**



Nota: Tale dato è calcolato come percentuale di decessi in eccesso nei mesi in esame rispetto alla media dei decessi tra il 2016 e il 2019 su base mensile.

Fonte: Eurostat 2023

Un ulteriore aspetto rilevante è legato all'andamento dei tassi di mortalità per alcune cause specifiche, la cui riduzione è spesso identificata come obiettivo strategico verso cui tendere nei più importanti documenti di programmazione sanitaria, sia internazionali (WHO) sia nazionali (es. Piano Sanitario Nazionale). Secondo il *Global Burden of Disease Study* (GBD), a livello globale, le malattie non trasmissibili sono la causa principale di *disability adjusted life years* (DALY), contribuendo sia alla componente di anni vita persi (YLL) sia a quella di anni di vita trascorsi con disabilità (YLD). Le malattie cardiovascolari e i tumori sono i primi tra i 22 gruppi di malattie e lesioni considerate nello studio. In particolare, l'analisi per indice sociodemografico indica per contesti agiati, i DALY legati al cancro hanno superato i DALY legati alle malattie cardiovascolari, rendendo i tumori la principale causa del carico totale di malattia nel 2019 (Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration).

A partire da queste considerazioni, la Tabella 7.3 mostra i tassi di mortalità standardizzati per 100.000 abitanti per specifiche cause di morte. In Italia (dati del 2017) la mortalità per malattie cardiovascolari (249,0 per 100.000 abitanti, in aumento rispetto alla rilevazione del 2016 pari a 242,2) è superiore a quella

Tabella 7.3 **Mortalità per 100.000 abitanti per causa di morte – tasso standardizzato* (2021 o ultimo anno disponibile)**

	Tutte le cause	Tumori	Malattie dell'apparato endocrino	Disturbi mentali e del comportamento	Malattie del sistema nervoso	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Sintomi, segni, cause indefinite	Cause esterne di mortalità	Anno
Austria	842,7	199,3	42,1	32,3	31,2	281,7	36,6	29,7	33,7	47,1	2021
Belgio	796,8	207,6	19,9	37,7	40,6	200	90,7	36,4	54,6	58,7	2018
Canada	712,4	204,7	24,7	63,6	37	178,4	63,7	31,1	20,7	47,7	2019
Repubblica Ceca	1199	226,5	52,2	18,2	35	422,7	65,5	45,5	26,9	47,6	2021
Danimarca	815,1	236,7	26,2	53	41,6	171,5	84	34,3	68,8	34,7	2020
Finlandia	774,1	186,7	12,9	36,9	142,6	254,3	23,8	38	5	52,4	2020
Francia	714,9	218,4	25	28,7	44,7	160,8	50,1	29,4	68,8	50	2017
Germania	850	213,2	31,2	49,5	30,2	282,4	52,4	38,2	32,8	39	2020
Grecia	828,7	211,7	18,5	16,4	26,3	278,9	73,7	22,2	54,3	35,2	2020
Ungheria	1197	292,1	32,3	42,9	19,6	594,2	76	58,1	3,2	51,5	2019
Irlanda	824,1	240,1	21	56,3	43,2	247,5	111,6	28,2	3,5	32,6	2018
Italia	729,2	215,9	32,7	25,2	34	249	56,8	26,6	15,6	31,6	2017
Giappone	586,6	180,4	9,9	8,6	21,2	142,9	66,7	24,4	59,4	36,9	2020
Lussemburgo	702,9	177,7	19,9	49,4	30	170,5	49,2	31,1	28,4	36	2021
Olanda	821,2	226,9	17,8	57,3	40,8	171,2	50,5	23,9	44,2	46	2020
Norvegia	764,7	212,7	18,8	51,4	39,2	204	81,8	23,8	39,8	48,6	2016
Polonia	1169,8	262	31,9	10,6	19,7	428,5	70,6	45,9	122	51,4	2020
Portogallo	789,5	215,3	33,9	37,3	29,2	221,6	81,8	35	46,2	40,5	2019
Repubblica Slovacca	1062,2	256,1	16,5	17,1	28,2	470,1	65,9	57,5	45	58,6	2019
Spagna	703,7	191,1	22,8	28,6	38,2	178,6	53,3	35,5	13,5	29,4	2021
Svezia	761,5	196,8	23,6	54,6	46,6	246	56,7	24	23,7	47,1	2018
Svizzera	728,1	173	14,6	53,2	33,3	191,3	35,6	24,6	41,6	38,6	2020
Regno Unito	895,9	227,2	15,5	66,7	58,6	196,3	88,6	42,6	22,5	38	2020
U.S.A.	1034,3	187,2	50	45,9	81,3	279,2	82,6	37,8	15,3	87,2	2020
Brasile	1344,8	181,9	83,9	12,9	50,6	339,7	151,9	53,6	82,1	82,9	2020
Russia	1327,8	208,4	32	15	80,1	633,8	42,6	68,2	103,4	93,2	2019

* Il numero di decessi in base a genere e cause è estratto dal WHO Mortality Database. L'età rappresenta il criterio di standardizzazione, calcolato dall'OECD Secretariat utilizzando la distribuzione per età della popolazione 2010 dei Paesi OECD. Le cause di morte seguono la classificazione ICD-10 (International Classification of Diseases 10).

Note: per Austria, Germania, Olanda, Spagna, Repubblica Ceca e Stati Uniti si fa riferimento all'anno 2020; per Grecia, Lussemburgo, Regno Unito, Repubblica Slovacca, Polonia, Ungheria, Canada, Brasile, Russia e Giappone all'anno 2019; per Belgio, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Portogallo, Svezia e Svizzera al 2018; per Italia al 2017; per Francia e Norvegia al 2016. Non sono presentati dati relativi a India e Cina.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD 2023

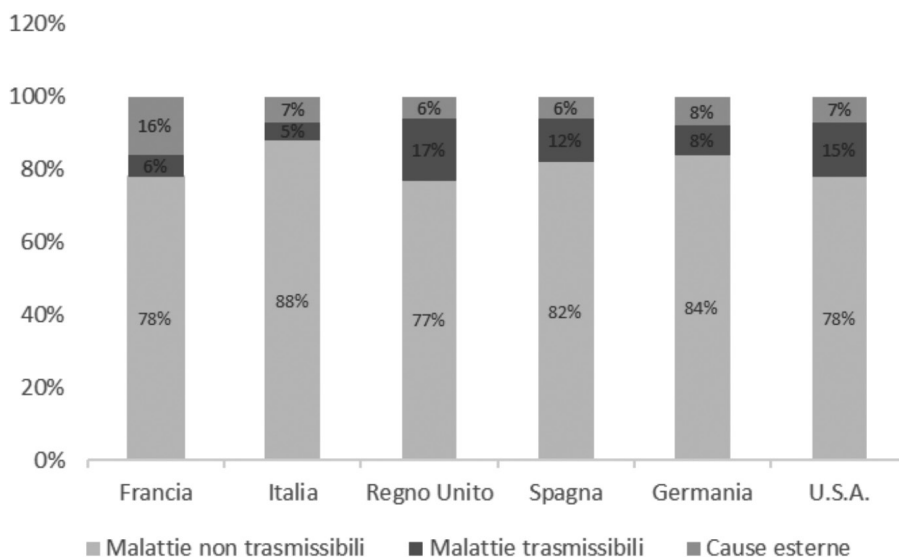
per tumori (215,9 per 100.000 abitanti, in lieve riduzione rispetto al dato della precedente rilevazione pari a 218,15). Nonostante la riduzione registrata generalizzata nella mortalità dovuta a malattie del sistema cardiocircolatorio nel corso degli ultimi due decenni in Italia, i tassi relativi al nostro Paese risultano ancora distanti da quelli registrati in Giappone (142,9, dato del 2020), Francia (160,8, dato del 2017) o Lussemburgo (170,5, dato del 2021). A titolo esemplificativo, si consideri che in Italia nel 1990 il tasso di mortalità per questo tipo di patologie era pari a 469,3 per 100.000 abitanti, a cui corrispondeva una mortalità per neoplasie maligne pari a 264,7 per 100.000 abitanti. Già nel 2006 si registrava, invece, un significativo calo del tasso di mortalità per malattie cardiovascolari (292,6 per 100.000 abitanti; -37,7%) a fronte di una riduzione più contenuta registrata nella mortalità per cause tumorali (226,4 per 100.000 abitanti; -22,6%). Secondo gli ultimi dati disponibili, l'Italia si colloca al quindicesimo posto nel campione analizzato per mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio (stabile rispetto alla posizione occupata nella precedente edizione del Rapporto), con un dato di mortalità di 249,0 decessi ogni 100.000 abitanti rispetto alla media di 276,7 decessi ogni 100.000 abitanti del campione analizzato. Va però considerato che essendo il trend in decrescita, il fatto che i dati relativi all'Italia siano datati al 2017 potrebbe comportare una sottostima della posizione attuale.

Entrambe le aree di patologia rientrano tra le cosiddette malattie non trasmissibili (*non communicable diseases – NCDs*), su cui da tempo è posta l'attenzione dei responsabili di sanità pubblica a livello internazionale, dato che a queste si deve oltre il 71% della mortalità osservata e circa 15 milioni di morti premature all'anno nella fascia di età tra 30 e 69 anni (WHO, 2018). Rispetto alla mortalità osservata, nei Paesi ad alto reddito la percentuale di morti dovute a NCDs arriva a rappresentare circa il 90% dei decessi (Figura 7.3). Fino al 2019, la percentuale delle cause di morte (trasmissibili, non trasmissibili e cause esterne) era rimasta pressoché invariata per i paesi considerati negli anni (88% Italia, 92% Spagna e Germania, 90% USA, 89% Regno Unito, 87% Francia per le non trasmissibili). Con le rilevazioni del 2020 e del 2021, laddove disponibili, si nota invece un peso percentuale più alto delle malattie trasmissibili, presumibilmente riconducibile alla pandemia di COVID-19 (12% per la Spagna, 15% per gli USA, 17% per il Regno Unito e 8% per la Germania).

Con riferimento ai 15 milioni di morti premature annue⁴, nel mondo l'80% è dovuto a malattie cardiovascolari (35%), cancro (28%), malattie respiratorie (12%) e diabete (5%). In tutti i Paesi, il dato è maggiore per gli uomini rispetto

⁴ Per morti premature si fa riferimento ai decessi tra i 30 e i 70 anni di età per malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche. Tale indicatore è calcolato sulla base dei tassi di mortalità specifici per età per le quattro cause di morte considerate (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3411>)

Figura 7.3 **Distribuzione percentuale delle cause di morte sul totale dei decessi per macro-categoria, principali Paesi, 2020 o ultimo dato disponibile**



Note: Dati del 2017 per la Francia, del 2019 per l'Italia, del 2020 per Regno Unito, Germania e U.S.A. e del 2021 per la Spagna

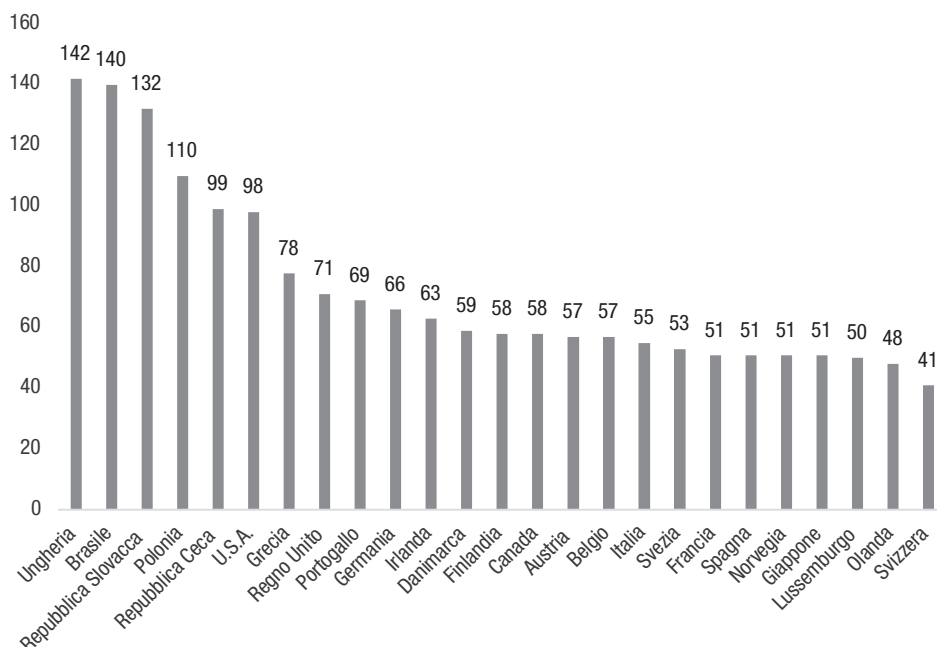
Fonte: Elaborazioni su dati del WHO Mortality Database.

alle donne e, tra il 2000 e il 2016, si è assistito a un trend decrescente della mortalità prematura dovuta a NCDs nei principali Paesi del mondo, soprattutto grazie agli investimenti in prevenzione nelle regioni ad alto reddito (Boscolo *et al.*, 2017).

A integrazione di quanto appena evidenziato, la Figura 7.4 riporta un altro interessante indicatore legato alla mortalità, l'*amenable mortality*, utile a comprendere quanto questa possa essere imputabile a eventuali carenze dei sistemi sanitari in termini di efficacia e tempestività delle cure e degli interventi diagnostico-terapeutici di provata efficacia esistenti per rispondere all'insorgere della causa primaria di morte dell'individuo. I dati riferiti al 2021 (o ultimo anno disponibile) restituiscono un quadro tutto sommato confortante per l'Italia (55 decessi ogni 100.000 abitanti under 75 a dati del 2017), con appena 9 Paesi con un valore dell'indicatore più contenuto, seppur di poco: Danimarca, 54 per 100.000 abitanti; Svezia, 53; Francia, Spagna, e Norvegia, 51; Giappone, 49; Olanda, 48; Lussemburgo, 43 e Svizzera, 39. Come sopra, il fatto che i dati relativi all'Italia siano datati al 2017 (più vecchi rispetto alle rilevazioni di tutti gli altri Paesi) potrebbe comportare una posizione reale migliore dal punto di vista di tale indicatore al tempo presente.

In aggiunta alla prospettiva di analisi appena illustrata e in modo complementare, la Figura 7.5 propone per i paesi considerati un confronto tra

Figura 7.4 **Mortalità riconducibile ai servizi sanitari (*amenable mortality*), tasso standardizzato di morti premature (under 75) ogni 100.000 abitanti (2020 o ultimo anno disponibile)**

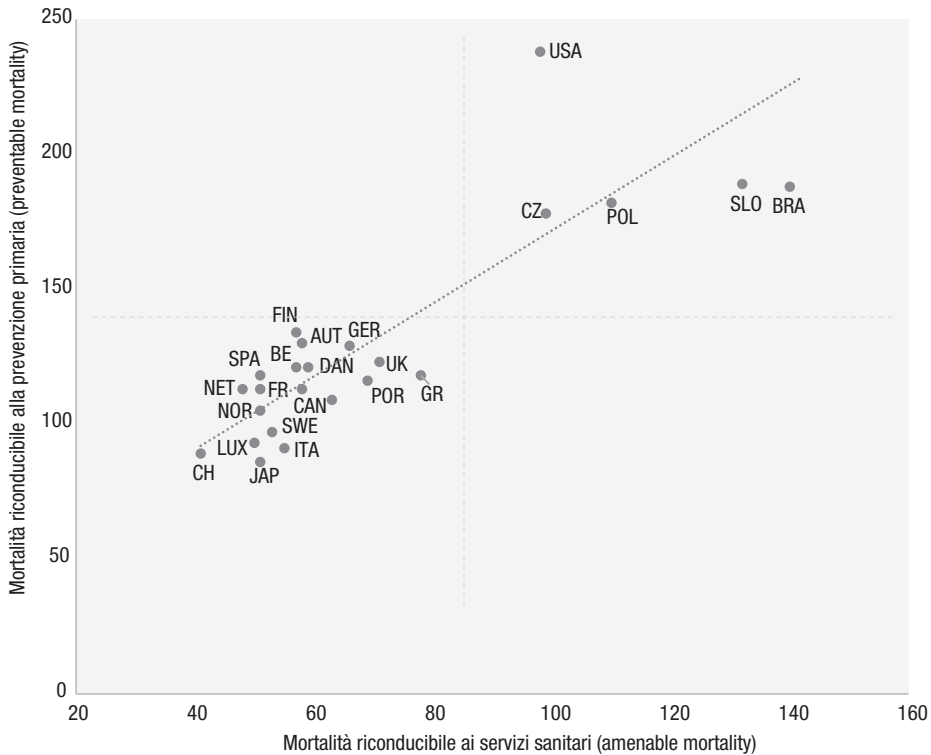


Note: I dati relativi a Austria, Germania, Olanda, Spagna, Repubblica Ceca, USA fanno riferimento al 2020; quelli relativi a Grecia, Lussemburgo, Regno Unito, Repubblica Slovacca, Polonia, Ungheria, Canada e Brasile al 2019; quelli relativi a Belgio, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Portogallo, Svezia, Repubblica Ceca al 2018; quelli relativi a Italia al 2017; quelli relativi a Francia e Norvegia al 2016.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD 2023

L'incidenza della «*treatable (o amenable) mortality*», vale a dire dei decessi potenzialmente evitabili tramite sistemi sanitari in grado di operare in modo tempestivo ed efficace, compreso attraverso programmi di prevenzione secondaria volti a contenere a valle la fatalità delle malattie/patologie, e l'incidenza della «*preventable mortality*», vale a dire dei decessi potenzialmente evitabili tramite buone politiche di sanità pubblica e prevenzione primaria volte a ridurre a monte l'incidenza delle malattie. Il grafico mostra un trend lineare: nel quadrante in alto a destra figurano paesi con elevata mortalità lungo entrambe le dimensioni di analisi, come ad esempio Slovenia, Brasile, Polonia e Ungheria; nel quadrante in basso a sinistra, invece, figurano Paesi come Svizzera, Giappone, Svezia e Lussemburgo, che, evidenziando valori contenuti in entrambe le dimensioni di indagine, sono indicativi di sistemi sanitari in grado di intervenire efficacemente a monte e a valle, sia sulla prevenzione di primo e secondo livello, sia sul trattamento. In questo senso, il

Figura 7.5 **Confronto tra la mortalità riconducibile ai servizi sanitari (*amenable mortality*) e la mortalità riconducibile alla prevenzione primaria (*preventable mortality*) ogni 100.000 abitanti (tassi standardizzati)**

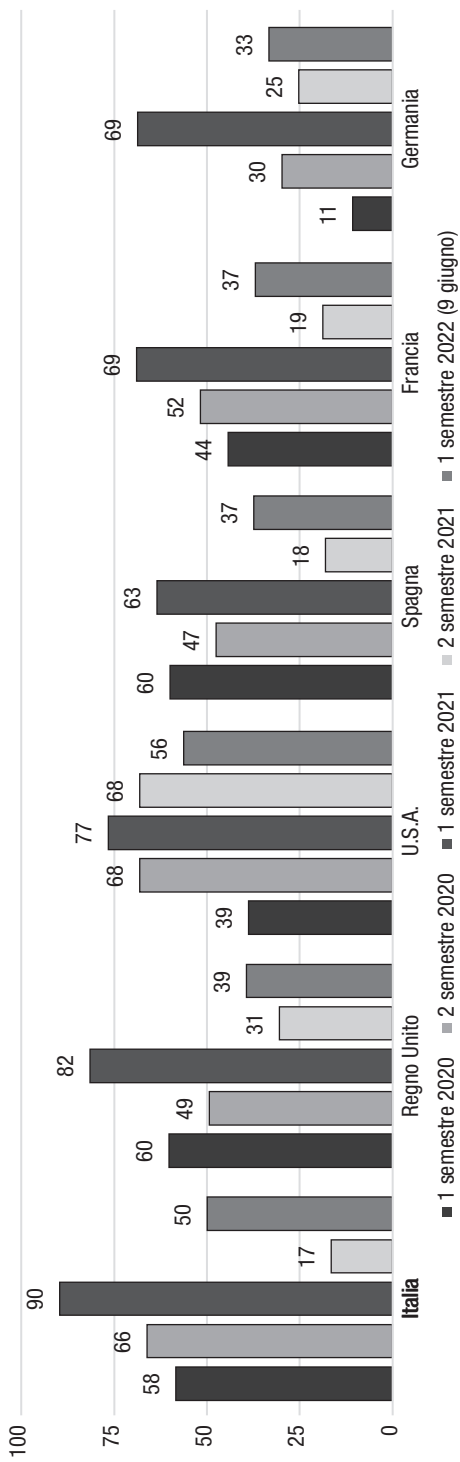


Fonte: Elaborazioni su dati OECD 2023

caso dell'Italia è piuttosto rassicurante, assumendo valori in linea con quelli degli altri Paesi simili per complessità dei sistemi sanitari e per struttura socio-economica.

La pandemia COVID-19 sicuramente ha cambiato e sta continuando a cambiare il profilo di numerose rilevazioni e statistiche fin qui riportate. La Figura 7.6 mostra le morti confermate (in soggetti positivi a SARS-CoV-2) ogni 100.000 abitanti dovute a COVID-19 nel periodo compreso tra gennaio 2020 e giugno 2023 per Italia, Regno Unito, USA, Spagna, Francia e Germania. Premettendo che ogni Paese ha definito delle linee guida ad hoc per il conteggio delle morti dovute a COVID-19, generando inevitabili differenze di reporting tra diverse giurisdizioni, si precisa che rientrano nel computo delle morti per COVID-19 sia i decessi confermati da un test di laboratorio (causa diretta), sia i decessi per i quali il COVID-19 ha avuto un ruolo chiave nel causare le complicazioni che hanno portato alla morte (causa sottostan-

Figura 7.6 **Morti confermate a causa COVID-19 ogni 100.000 abitanti (dati aggiornati al 1 semestre 2023)**



Fonte: elaborazioni su dati «Our World in Data» (<https://ourworldindata.org/>)

te) (Our World in Data). Guardando al tasso delle morti confermate a causa COVID-19 rispetto alla popolazione complessiva, nel periodo di riferimento in Italia si è registrato un tasso cumulato di 319 morti ogni 100.000 abitanti, corrispondente ad un numero di decessi totale di 188.210 persone. Nel caso italiano si nota come il tasso di decessi per COVID-19 cresca rapidamente nei primi tre periodi osservati, con l'incidenza più elevata nel 1 semestre del 2021, pari a 90 morti ogni 100.000, per poi ridursi drasticamente nella seconda metà dell'anno, aumentare nella prima parte del 2022 e stabilizzarsi, infine, nel 2023 (10 morti per COVID-19 ogni 100.000 abitanti). Al netto dell'andamento iniziale sui primi tre periodi in esame, in Italia e in tutti gli altri paesi emerge un trend stagionale con il numero di morti nel primo periodo dell'anno che supera quello relativo al secondo semestre. Ad eccezione degli USA, dove il tasso di mortalità causa COVID-19 ogni 100.000 abitanti nel secondo semestre del 2021 è paragonabile a quello delle altre finestre temporali, l'Italia non appare l'unico Paese con un simile trend. Se confrontati con la Tabella 7.3, i dati mostrano come nei Paesi più colpiti dalla pandemia l'effetto del virus sulla mortalità ha dimensioni rilevanti.

7.3 Esiti e performance: il contesto nazionale

Il presente paragrafo propone una rappresentazione di alcune rilevanti misure di esito e di performance che mirano a inquadrare lo stato di salute della popolazione italiana e del suo SSN. In questo quadro, il paragrafo riporta il confronto interregionale di speranza di vita generale e in buona salute (par. 7.3.1), con l'aggiunta di un rinnovato approfondimento sulla prevalenza delle cronicità rispetto alla precedente edizione del capitolo (Ardito *et al.*, 2022), e propone un approfondimento sui sistemi di monitoraggio del SSN (par. 7.3.2). A tal fine, sono state considerate le seguenti fonti informative:

- ▶ ISTAT (*Sistema di nowcast per indicatori demografici*), con riferimento agli anni 2002-2022 o ultima rilevazione disponibile;
- ▶ BES (*Rapporto BES: Il benessere equo e sostenibile in Italia, 2022*), con riferimento all'anno 2022;
- ▶ ISTAT (*Indagine su decessi e cause di morte*), con riferimento agli anni 1990-2022 o ultima rilevazione disponibile;
- ▶ ISTAT (*Indagine su stato di salute e comorbidità*), con riferimento agli anni 2002-2022 o ultima rilevazione disponibile;
- ▶ Ministero della Salute (*Griglia di Monitoraggio LEA – Nuovo Sistema di Garanzia*), con riferimento agli anni 2019-2021.

7.3.1 La speranza di vita e cronicità del Paese

La Tabella 7.4 mostra come la speranza di vita alla nascita tra il 2005 e il 2021 sia aumentata di 1,9 anni a livello nazionale, raggiungendo un valore di 82,5 anni. Le regioni che nel 2021 fanno registrare la più elevata speranza di vita nel Paese sono la PA di Trento, la PA di Bolzano e il Veneto (rispettivamente 83,9, 83,4 e 83,3 anni), mentre i valori più modesti si osservano in Campania, Sicilia e Molise (rispettivamente 80,7, 81,2 e 81,4 anni). Tuttavia, rispetto ai dati pre-COVID del 2019, l'aspettativa di vita alla nascita di riduce in tutte le regioni italiane di un valore medio pari a -0,7 anni, e le regioni in cui si è osservata una riduzione più pronunciata sono Molise (-1,6 anni), Puglia e Friuli Venezia Giulia (entrambe -1,2 anni).

Tabella 7.4 **Speranza di vita alla nascita e a 65 anni (2005, 2010, 2015, 2021)**

Regione	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni			
	2005	2010	2015	2021	2005	2010	2015	2021
Piemonte	80,6	81,6	82,1	82,5	19,2	20,0	20,2	20,3
Valle d'Aosta	79,7	81,3	81,1	82,3	19,1	19,8	19,9	20,5
Lombardia	80,9	82,0	82,8	83,1	19,4	20,1	20,5	20,7
PA Bolzano	81,3	82,7	83,2	83,4	19,9	20,8	21,2	21,1
PA Trento	81,4	82,5	83,5	83,9	20,0	20,7	21,2	21,5
Veneto	81,4	82,4	82,9	83,3	19,7	20,3	20,7	21,0
Friuli Venezia Giulia	80,6	81,8	82,4	82,3	19,4	20,1	20,5	20,2
Liguria	80,7	81,6	82,2	82,7	19,5	19,9	20,4	20,5
Emilia Romagna	81,3	82,3	82,9	83,0	19,8	20,4	20,7	20,7
Toscana	81,5	82,4	82,8	83,2	19,7	20,4	20,7	20,8
Umbria	81,1	82,3	82,9	83,2	19,5	20,5	20,8	21,0
Marche	82,1	82,8	83,0	83,1	20,3	20,8	20,9	20,8
Lazio	80,4	81,2	82,2	82,6	19,1	19,6	20,3	20,4
Abruzzo	81,1	81,6	82,3	82,6	19,5	20,1	20,5	20,6
Molise	80,6	81,6	82,1	81,4	19,3	20,3	20,4	20,0
Campania	79,1	80,0	80,5	80,7	18,1	18,8	19,0	19,2
Puglia	80,9	82,0	82,4	82,0	19,4	20,1	20,3	20,0
Basilicata	80,6	81,8	82,0	82,3	19,2	20,1	20,3	20,4
Calabria	80,5	81,5	81,9	81,6	19,1	20,0	20,1	19,9
Sicilia	80,0	80,8	81,3	81,2	18,6	19,3	19,6	19,5
Sardegna	80,6	81,8	82,2	82,6	19,6	20,5	20,7	20,9
Nord	81,0	82,1	82,7	83,0	19,5	20,2	20,5	20,7
Centro	81,1	81,9	82,6	82,9	19,5	20,1	20,5	20,6
Sud	80,1	81,1	81,6	81,5	18,8	19,6	19,8	19,8
ITALIA	80,7	81,7	82,3	82,5	19,3	20,0	20,3	20,4

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2023

Anche con riferimento all'aspettativa di vita a 65 anni si registra un aumento generalizzato nel periodo in analisi, con un arresto nel biennio della pandemia Covid-19. A livello nazionale, infatti, si raggiunge un valore pari a 20,4 anni, con un incremento di +1,1 anni tra il 2005 e il 2021. Tuttavia, tutte le regioni fanno registrare una riduzione tra il 2019 e il 2021, con i cali più alti registrati anche in questo caso in Molise (-1,2 anni), Friuli Venezia Giulia (-1,1 anni) e Puglia (-1,0 anni) e, più in generale, un calo leggermente più significativo nelle regioni del Centro-Sud rispetto alle regioni del Nord d'Italia (rispettivamente, -0,7 anni nel Centro e Sud d'Italia, e -0,5 anni nel Nord d'Italia).

Dopo aver analizzato la «quantità» di vita attesa, è interessante valutarne la «qualità» utilizzando come *proxy* la speranza di vita in buona salute⁵. La Tabella 7.5 permette di osservare come la speranza di vita in buona salute alla nascita mostri una rilevante eterogeneità interregionale: si passa dai 53,1 anni della Calabria (in riduzione rispetto ai dati del 2021 di -1,3 anni) ai 69,3 della PA di Bolzano (in aumento rispetto ai dati del 2021 di +2,1 anni), con un dato medio nazionale di 60,1 anni, in leggera riduzione rispetto al dato 2021 (60,5 anni; -0,4). In generale, il 2022 si contraddistingue per la riduzione di questo indicatore rispetto al valore della precedente rilevazione in 11 regioni, con i maggiori decrementi osservati in Liguria (-3,6 anni), Valle d'Aosta (-2,3 anni) e PA di Trento (-2,3 anni). Se si considera la popolazione con oltre 65 anni di età, a livello nazionale, a fronte di una speranza di vita a 65 anni pari a 20,4 anni (rif. tabella precedente), circa la metà degli anni di vita (10 anni) trascorrono mediamente senza limitazioni nelle attività quotidiane⁶, nonostante l'aumento dell'incidenza di malattie croniche legate all'invecchiamento e dei pazienti multi-cronici. La PA di Bolzano vanta la maggior aspettativa di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni pari a 12,4 anni (in aumento di +3,5 anni rispetto al 2021), seguita da PA di Trento 12,2 anni), Toscana (11,6) e Lombardia (11,4). I valori più modesti si riscontrano invece in Sicilia (7,4 anni), Campania (7,5 anni) e Basilicata (7,9 anni). È interessante notare che tale indicatore si riduce rispetto al corrispettivo valore del 2021 in 7 regioni (Liguria, Marche, Molise, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna).

Mettendo in relazione le diverse variabili indagate finora, emerge come a

⁵ La rilevazione qui presentata differisce da quanto riportato nella Tabella 7.2 in virtù del diverso metodo di stima utilizzato da BES e WHO. In particolare, il BES stima i valori a partire dalla prevalenza di individui che rispondono positivamente («bene» o «molto bene») alla domanda sulla salute percepita nell'ambito dell'indagine ISTAT «Aspetti della vita quotidiana». Si specifica che tale metodologia di natura soggettiva presenta delle criticità di misurazione legata alla diversa percezione che ambienti socio-culturali diversi possono avere in merito al quesito posto. Per quanto concerne il metodo di stima adottato dal WHO, invece, si rimanda alla Tabella 7.2 del presente capitolo.

⁶ Coerentemente a quanto segnalato nella nota precedente, anche la «speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni» differisce da quanto presentato nella Tabella 7.2, in virtù della diversa metodologia adottata da BES e WHO e descritta in precedenza.

Tabella 7.5 **Speranza di vita in buona salute alla nascita e speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (2022, dati provvisori)**

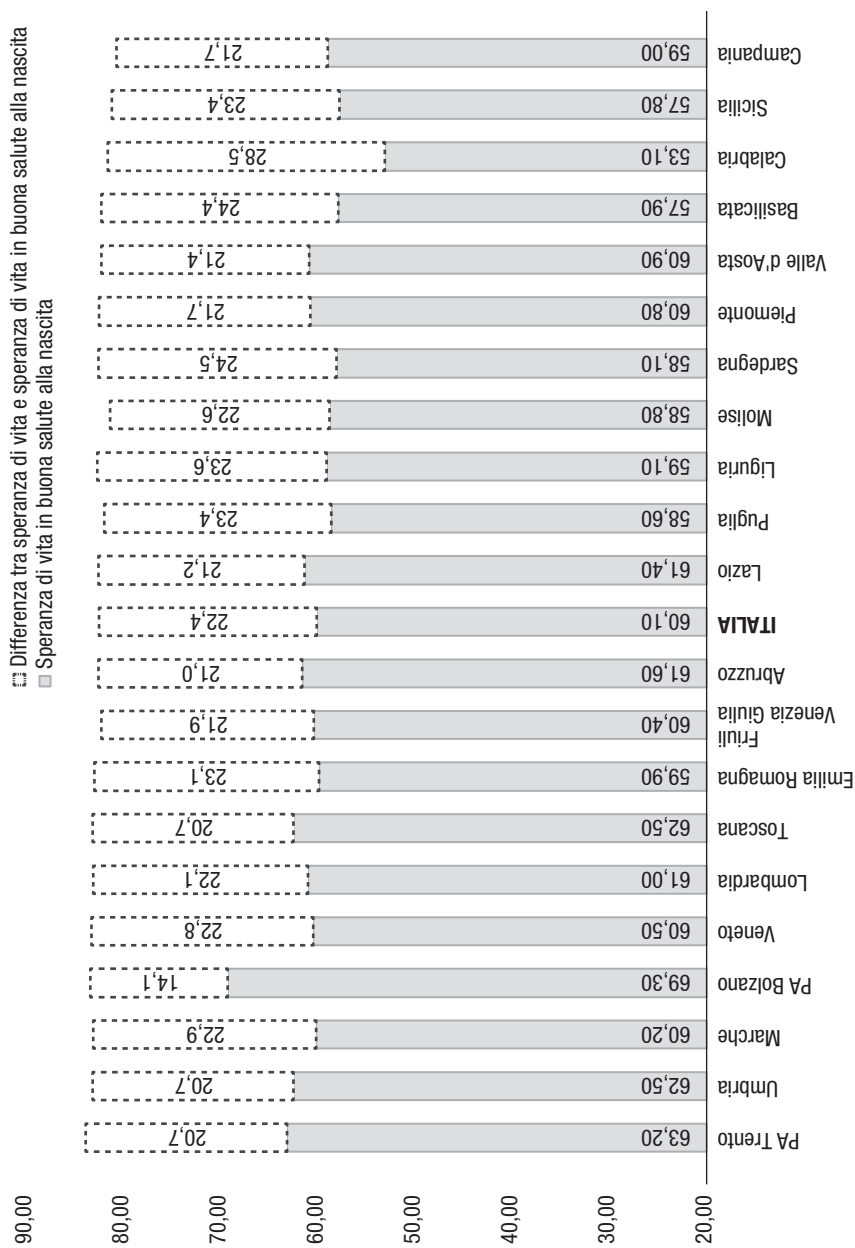
Regione	Speranza di vita in buona salute alla nascita	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni
Piemonte	60,8	10,7
Valle d'Aosta	60,9	10,4
Lombardia	61,0	11,4
PA Bolzano	69,3	12,4
PA Trento	63,2	12,2
Veneto	60,5	11,0
Friuli Venezia Giulia	60,4	11,3
Liguria	59,1	10,5
Emilia Romagna	59,9	10,6
Toscana	62,5	11,6
Umbria	62,5	10,4
Marche	60,2	10,0
Lazio	61,4	10,0
Abruzzo	61,6	9,6
Molise	58,8	9,3
Campania	59,0	7,5
Puglia	58,6	9,3
Basilicata	57,9	7,9
Calabria	53,1	9,2
Sicilia	57,8	7,4
Sardegna	58,1	8,8
ITALIA	60,1	10

Fonte: Rapporto BES 2022

livello nazionale il differenziale tra aspettativa di vita alla nascita generale e in buona salute sia pari a 22,4 anni, in aumento rispetto alla precedente edizione del Rapporto, quando era pari a 21,6 anni (Ardito *et al.*, 2022). Similmente a quanto osservato nelle precedenti edizioni, a dati 2021-2022 le regioni che fanno registrare i valori più elevati di tale differenziale sono Calabria (28,5 anni), Sardegna (24,5 anni) e Basilicata (24,4 anni). Viceversa, le regioni con il differenziale più contenuto sono PA di Bolzano (14,1 anni), PA di Trento, Umbria e Toscana (tutte 20,7 anni) (Figura 7.7). Sebbene la stima della speranza di vita in buona salute alla nascita sia stata derivata da misure soggettive (sulla base del numero di individui che rispondono «bene» o «molto bene» alla domanda sulla salute percepita dell'indagine ISTAT «Aspetti della vita quotidiana»), va sottolineato come i valori dell'indicatore siano fortemente correlati alla mortalità, alla presenza di malattie croniche, alla disabilità e ai consumi sanitari, oltre a cogliere la variabilità degli effetti che i diversi eventi patologici producono sulla qualità della vita dei soggetti (Crialesi *et al.*, 2014).

Oltre alla speranza di vita, alla nascita e a 65 anni, un altro dato interessante

Figura 7.7 **Differenziale in anni tra speranza di vita (2021) e speranza di vita in buona salute alla nascita (2022, dati provvisori), per regione**



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2023 e Rapporto BES 2022

per illustrare le condizioni di salute di un Paese è relativo alla prevalenza delle cronicità. In continuità con l'edizione precedente del rapporto (Ardito *et al.*, 2022), si propone pertanto un approfondimento sulla diffusione delle malattie croniche in Italia, con uno spaccato per regioni, contesto abitativo di riferimento, e titolo di studio, aggiungendo inoltre una vista per classe di reddito.

In particolare, la Tabella 7.6 e la Tabella 7.7 classificano i malati cronici con 6 anni o più rispettivamente in base alla all'area geografica di residenza e al contesto abitativo di riferimento. Nello specifico, le tabelle riportano il dettaglio delle persone con almeno una o due malattie croniche, con malattie croniche in buona salute e delle persone che non soffrono di alcun tipo di cronicità. Si nota come nel Centro Italia ci siano più persone in buona salute (71,4 persone

Tabella 7.6 **Malati cronici con 6 anni o più in base all'area geografica, ogni 100 persone con le stesse caratteristiche (dati 2022)**

Malati cronici con 6 anni o più in base all'area geografica	Persone con almeno una malattia cronica	Persone con almeno due malattie croniche	Persone con malattie croniche in buona salute	Persone in buona salute
Abruzzo	41,9	20,7	48,2	71,7
Basilicata	42,5	25,5	39,6	66,6
Calabria	40,9	24,3	34,2	62,2
Campania	39,7	22,5	44,1	72,0
Emilia-Romagna	40,4	21,4	43,1	69,6
Friuli-Venezia Giulia	40,8	22,3	46,3	69,1
Lazio	40,2	22,3	47,3	72,0
Liguria	43,0	24,1	38,3	66,1
Lombardia	40,7	20,1	50,9	71,6
Marche	42,7	22,3	43,7	68,7
Molise	39,5	23,2	40,2	67,2
Piemonte	41,6	21,7	43,2	69,5
PA di Bolzano	31,2	11,4	61,4	83,9
PA di Trento	37,8	18,3	52,7	75,1
Puglia	38,7	21,4	40,2	68,8
Sardegna	44,6	25,2	42,9	66,4
Sicilia	39,2	23,0	35,0	68,6
Toscana	38,5	19,2	46,8	71,4
Trentino Alto Adige	34,5	14,9	56,6	79,5
Umbria	41,2	21,7	50,3	71,8
Valle d'Aosta	40,6	19,8	48,0	71,1
Veneto	41,5	20,2	46,3	70,3
Nord	40,8	20,7	46,9	70,6
Centro	40,1	21,3	46,9	71,4
Sud	39,9	22,4	41,7	69,4
Isole	40,6	23,5	37,2	68,0
Italia	40,4	21,5	44,7	70,2

Fonte: elaborazioni su dati Istat 2023

Tabella 7.7 **Malati cronici con 6 anni o più in base al contesto abitativo di riferimento, ogni 100 persone con le stesse caratteristiche (dati 2022)**

Malati cronici con 6 anni o più in base al contesto abitativo di riferimento	Almeno una malattia cronica	Almeno due malattie croniche	Con malattie croniche in buona salute	In buona salute
fino a 2,000 ab,	42,4	22,8	40,3	66,4
2,001 - 10,000 ab,	39,9	21,0	44,8	70,2
10,001 - 50,000 ab,	40,1	20,9	44,2	70,1
50,001 ab, e più	40,4	21,7	43,4	69,2
centro area metropolitana	41,4	23,3	44,7	70,0
periferia area metropolitana	40,1	20,8	48,4	73,1

Fonte: elaborazioni su dati Istat 2023

ogni 100 con le stesse caratteristiche, a fronte di una media nazionale di 70,2) o con malattie croniche in buona salute, al pari col Nord Italia (46,9 persone ogni 100 con le stesse caratteristiche, a fronte di una media nazionale di 44,7), mentre nel Sud Italia e nelle isole vi è una maggiore concentrazione di persone con almeno due malattie croniche ogni 100 persone con le medesime caratteristiche (rispettivamente 22,4 e 23,5 persone, a fronte di una media nazionale di 21,5). In particolare, le regioni che riportano un miglior dato di persone in buona salute sono PA di Bolzano (83,9 persone), Trentino Alto Adige (79,5) e PA di Trento (75,1), mentre le regioni con il più alto tasso di persone con almeno due malattie croniche sono Basilicata (25,5 persone), Sardegna (25,2) e Calabria (24,3). Guardando invece al contesto abitativo di riferimento, si osserva un trend opposto rispetto a quello commentato nella precedente edizione del rapporto (Ardito *et al.*, 2022). Vi è infatti una maggiore probabilità di essere in buona salute se si vive in periferia (73,1), piuttosto che nel centro di un'area metropolitana (70,0 persone), così come di sviluppare almeno una malattia cronica nelle zone metropolitane rispetto a quelle periferiche (rispettivamente, 41,4 e 40,1 persone ogni cento con le stesse caratteristiche).

A seguire, la Tabella 7.8 categorizza i malati cronici con 6 anni o più in base al titolo di studio conseguito. È infatti ampiamente documentato in letteratura che livelli di istruzione più elevati sono tradizionalmente associati a migliori *outcome* di salute, compresa una minore prevalenza ed incidenza di malattie croniche (Choi *et al.*, 2011; Oude *et al.*, 2019, Raghupathi *et al.*, 2020). In questo caso, si riporta lo spaccato per tipologia specifica di cronicità: artrosi/artrite, broncopolmonite cronica, diabete, disturbi nervosi, ipertensione, allergie, malattie del cuore, osteoporosi, ulcera gastrica o duodenale. Similmente a quanto osservato nel precedente Rapporto, anche i dati del 2022 mostrano che, per ogni caso considerato, la probabilità di soffrire di patologie croniche è inversamente proporzionale rispetto al titolo di studio conseguito. Si osservano meno cronicità in chi ha conseguito un corso di laurea o post-laurea rispetto a chi ha

Tabella 7.8 **Malati cronici con 6 anni o più in base al titolo di studio conseguito, ogni 100 persone con le stesse caratteristiche (dati 2022)**

Malati cronici con 6 anni o più in base al contesto abitativo di riferimento	persone con almeno una malattia cronica	persone con almeno due malattie croniche	persone con malattie croniche in buona salute	persone in buona salute
fino a 2,000 ab,	42,4	22,8	40,3	66,4
2,001 - 10,000 ab,	39,9	21,0	44,8	70,2
10,001 - 50,000 ab,	40,1	20,9	44,2	70,1
50,001 ab, e più	40,4	21,7	43,4	69,2
centro area metropo- litana	41,4	23,3	44,7	70,0
periferia area metro- politana	40,1	20,8	48,4	73,1

Fonte: elaborazioni su dati Istat 2023

conseguito un diploma di scuola superiore; meno cronicità in chi ha un titolo di diploma superiore rispetto a chi ha una licenza di scuola media; e così via.

Infine, la Tabella 7.9 classifica i malati cronici con 15 anni o più in base alle categorie professionali (tra cui, dirigente, quadro, lavoratore in proprio, operaio/a, studente, casalingo/a), ed allo stato occupazionale (ossia, occupato, in cerca di prima occupazione, disoccupato/a in cerca di nuova occupazione, ritirato/a dal lavoro, e in altra condizione). Ogni 100 persone con le medesime caratteristiche, 80,6 dirigenti, imprenditori, e liberi professionisti sono in buo-

Tabella 7.9 **Malati cronici con 15 anni o più in base alle categorie professionali e allo stato occupazionale, ogni 100 persone con le stesse caratteristiche (dati 2022)**

Malati cronici con 15 anni o più in base alle categorie professionali e allo stato occupazionale	Almeno una malattia cronica	Almeno due malattie croniche	Con malattie croniche in buona salute	In buona salute
dirigenti, imprenditori, liberi professionisti	35,0	12,6	65,5	80,6
direttivo, quadro, impiegato	33,4	12,1	63,0	79,7
lavoratore in proprio, coadiuvante familiare, co.co.co.	32,8	12,1	59,7	77,3
operaio, apprendista	30,2	10,6	56,7	77,4
casalinga-o	56,8	36,3	33,1	53,3
studente	19,3	4,6	81,8	91,8
occupato	32,4	11,6	60,9	78,7
in cerca di prima occupazione	22,0	7,5	60,0	84,4
disoccupato alla ricerca di nuova occupazione	33,4	14,5	46,9	70,4
ritirato-a dal lavoro	78,0	53,3	32,0	40,3
in altra condizione	73,3	51,8	16,2	28,3
totale	45,2	24,4	43,7	66,4

Fonte: elaborazioni su dati Istat 2023

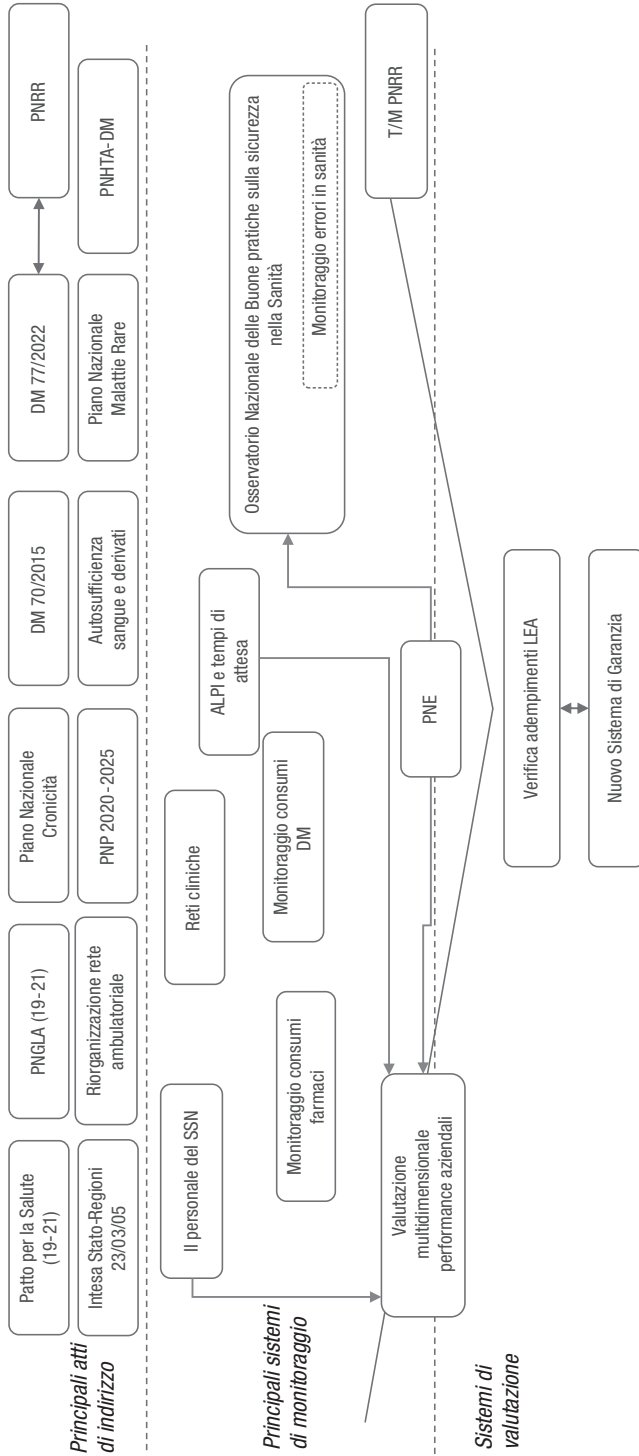
na salute, a fronte di soli 77,4 operai e apprendisti. Si nota un maggior numero di casalinghi/e con almeno una o almeno due malattie croniche (rispettivamente, 56,8 e 36,3 persone ogni 100 con le stesse caratteristiche), rispetto alle altre categorie professionali. Ovviamente dietro questo dato esiste un fattore confondente dovuto all'età. Guardando invece allo stato occupazionale, i soggetti in cerca di prima occupazione sono la categoria con il maggior numero di persone in buona salute ogni 100 con le stesse caratteristiche, chiaramente anche per motivazioni anagrafiche. Confrontando i soggetti occupati con quelli disoccupati in cerca di nuova occupazione, nei primi si contano 80,6 persone in buona salute ogni 100 con le stesse caratteristiche, mentre nei secondi tale dato scende a 70,4 persone. Similmente, i primi contano un minor numero di persone ogni 100 con le stesse caratteristiche con almeno una o due malattie croniche (rispettivamente, 32,4 e 11,6), rispetto ai secondi (rispettivamente, 33,4 e 14,5).

7.3.2 Sistemi di monitoraggio e valutazione del SSN

Il monitoraggio del SSN nelle sue diverse articolazioni è un'attività centrale per cogliere e provare a rappresentarne la capacità di tenuta e di efficacia nel perseguimento degli obiettivi di sistema. Si tratta di un complesso meccanismo che investe i diversi livelli istituzionali che lo caratterizzano e che richiede un reciproco adattamento tra priorità trasversali e capacità di approfondire specifici ambiti clinico-assistenziali. La tenuta complessiva può essere di fatto garantita soltanto bilanciando le due componenti. Nel farlo, inevitabilmente, sono richieste delle scelte di prioritizzazione a monte, tipicamente soggettive, che investono tanto il livello tecnico-manageriale quanto il suo raccordo con il sistema di attese di una comunità e il livello politico che ne esprime la rappresentanza. Questi ultimi due elementi sono essenziali per cogliere l'importanza della ciclicità delle attività di programmazione e monitoraggio, con specificità chiaramente differenziate in base all'oggetto e al livello istituzionale di osservazione.

In questo contesto, la Figura 7.8 propone una schematizzazione dei principali strumenti che guidano e/o orientano il funzionamento complessivo del SSN nelle sue diverse articolazioni. Si tratta di un primo tentativo di catturare e isolare in un'unica rappresentazione i principali strumenti di programmazione e monitoraggio del sistema sanitario. Trattandosi di una forma di rappresentazione sintetica, non è stato possibile includere la totalità degli strumenti in dotazione al SSN. Tuttavia, è stata comunque proposta un'accurata selezione di quelli ritenuti principali dai sistemi nazionale e regionali, provando a offrire un quadro ampio e sufficientemente esaustivo di come il SSN cerchi di governare nella complessità. In particolare, sono state identificate tre famiglie.

Figura 7.8 Programmazione sanitaria e sistemi di monitoraggio del SSN: quadro sinottico



Note: l'acronimo PNGLA fa riferimento al Piano Nazionale Governo Liste di Attesa; PNP si riferisce al Piano Nazionale Prevenzione; PNHTA-DM fa riferimento al Piano Nazionale HTA per i dispositivi medici; «Autosufficienza sangue e derivati» fa riferimento al «Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti» pubblicato annualmente in Gazzetta Ufficiale per l'anno di riferimento; con «Riorganizzazione rete ambulatoriale» si fa riferimento all'Accordo Stato-Regioni 23 marzo 2011 in merito ai «Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica e di laboratorio». Nei sistemi di monitoraggio non è stato esplicitamente inserito il riferimento alle metriche designate in ambito PNHTA-DM, in quanto non ancora operative. Quando si parla di «personale del SSN» si fa riferimento al monitoraggio attivo presso AGENAS e Ministero della Salute, che confluisce nell'analisi pubblicata da AGENAS «Il personale del Servizio Sanitario Nazionale». La dicitura «T/M PNRR» fa infine riferimento a Target e Milestones del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Fonte: rielaborazione degli autori su fonti istituzionali

- ▶ **Atti di indirizzo:** documenti programmatici che indicano le principali linee di indirizzo rispetto a specifici temi (es. configurazione rete ospedaliera, rete territoriale, modalità di azione per rispondere a fabbisogni di salute).
- ▶ **Sistemi di monitoraggio:** complesso di strumenti destinati a verificare l'andamento di specifici ambiti attraverso la selezione di elementi prioritari che li caratterizzano e parametri che li descrivano.
- ▶ **Sistemi di valutazione:** complesso di strumenti e meccanismi attivati per definire e regolare il ciclo di verifica e ri-programmazione del conseguimento di obiettivi da parte di organizzazioni e livelli istituzionali sovraordinati.

Le tre famiglie rappresentano tre momenti diversi nel ciclo della programmazione sanitaria. La prima mira a offrire la direzione di politica sanitaria del Paese; la seconda ha l'obiettivo di accompagnare la gestione dei diversi livelli istituzionali e sostenere il SSN nelle sue articolazioni attraverso la verifica della congruenza tra indirizzo e implementazione e/o attraverso lo sviluppo di metriche disegnate ad hoc; la terza offre sinteticamente elementi e criteri per proporre pareri in merito al conseguimento degli obiettivi istituzionali da parte del sistema sanitario. Ambito trasversale, il passaggio essenziale è dettato dalla fase di definizione della misurazione, tanto più cruciale quanto più operazionalizza le priorità e prova a rappresentare, attraverso misure oggettive, il fenomeno che cerca di descrivere.

In sintesi, i diversi atti di indirizzo rappresentano la cornice all'interno della quale si inseriscono le scelte regionali e aziendali di configurazione dei servizi e di allocazione delle risorse, successivamente monitorati dal Comitato LEA in sede di valutazione degli adempimenti LEA, recentemente aggiornata a dati 2019. Qui per «verticali» si intendono i diversi ambiti disciplinari (prevenzione, assistenza ospedaliera, attività trasfusionale, ...) che caratterizzano le attività del SSN. Essi sono dotati di appositi strumenti di monitoraggio e, laddove non espressamente previsto, richiedono l'individuazione di soggetti responsabili a livello regionale e, a cascata, aziendale. In questo senso, il PNE rappresenta un primo connettore di ambiti disciplinari, fungendo da punto di raccordo delle diverse prospettive di osservazione del SSN e dei SSR in termini di appropriatezza organizzativa ed esiti di salute generati. In seconda battuta, il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG, descritto nel capoverso successivo), cerca di rendere omogenee le diverse prospettive di cui si compone il SSN, offrendo una rappresentazione di sintesi dei livelli di risultato in termini di erogazione dei LEA. Il tentativo, non sempre pienamente centrato, è quello di rappresentare in ottica integrata ed esaustiva le diverse dimensioni che compongono gli ambiti di attività del SSN e di rapportarlo ai fabbisogni di salute espressi dalla popolazione. Nello schema proposto, è stato incluso inoltre anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che viene descritto nel perimetro degli attuali sistemi di monitoraggio. Come noto, si tratta di un programma di spesa che

avrà impatto sulla gestione e le modalità di erogazione dei servizi. L'impatto e l'eventuale effetto «moltiplicatore» che potrà generare in termini di benefici sui meccanismi operativi aziendali e sui risultati regionali e nazionali sono tutti da costruire. Il fatto che target e *milestone* che lo caratterizzano offrano modesti spazi di approfondimento rispetto a metriche di monitoraggio dei risultati effettivamente conseguibili in termini di funzionamento successivo al termine del 2026 posto per la realizzazione degli interventi rappresenta il motivo per cui viene posizionato solo tangenzialmente all'interno del framework qui proposto.

Come già trattato in precedenti versioni del Rapporto (Ardito *et al.*, 2021), l'attività di monitoraggio dell'erogazione dei LEA rappresenta un importante e strutturato momento di verifica multidimensionale del profilo quali-quantitativo dei servizi erogati dal SSN e, implicitamente, della sua *performance*. Rappresenta un punto di riferimento per la verifica degli adempimenti richiesti alle Regioni circa le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire ai cittadini. In questo quadro, il NSG rappresenta lo strumento attraverso cui operationalizzare il monitoraggio delle condizioni di qualità, appropriatezza e equità dei servizi erogati dal SSN. Recentemente aggiornato (DM 12 marzo 2019) rispetto alla precedente versione, è costituito da un sistema descrittivo, di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata nelle diverse regioni, disegnato allo scopo di integrare il lavoro del Comitato LEA in sede di verifica degli adempimenti dei SSR e monitorare l'erogazione dei LEA nelle regioni con riferimento a efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia ed appropriatezza clinica, e sicurezza delle cure. Il NSG è organizzato per macrolivelli di monitoraggio: ai tradizionali tre già previsti dal precedente sistema di garanzia (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera) ne vengono aggiunti tre che provano a rappresentare in maniera più ampia il tema dell'evoluzione della domanda e della capacità del sistema di rispondere ai fabbisogni emergenti (elementi di contesto per la stima del bisogno sanitario, aspetti di equità sociale e monitoraggio PDTA). Per ciascuna macro-area sono individuati dei set di indicatori, per un totale di 88. In particolare:

- ▶ 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- ▶ 33 per l'assistenza distrettuale;
- ▶ 24 per l'assistenza ospedaliera;
- ▶ 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- ▶ 1 indicatore di equità sociale;
- ▶ 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).

Ad oggi il NSG risulta ancora non pienamente operativo in quanto, per via delle recenti dinamiche congiunturali (su tutte, la pandemia da COVID-19), non è

ancora collegato allo sblocco della prevista quota premiale e al relativo accesso a risorse aggiuntive per le regioni adempienti. Questo tempo di latenza sta consentendo comunque di testarne l'efficacia e allungando la fase sperimentale. Nello specifico, la sperimentazione è stata attivata su un sottoinsieme di 22 indicatori, definiti come CORE-NSG, mentre per gli indicatori NO CORE è in corso di affinamento la modalità di calcolo e rappresentazione e i relativi dati sono in fase di consolidamento. Anche alla luce di questa considerazione, le analisi che seguono sono focalizzate sulle rilevazioni CORE-NSG. In particolare, la Tabella 7.10 riporta i 22 indicatori oggetto di valutazione.

In discontinuità rispetto alla vecchia griglia LEA, dove il punteggio per ciascuna regione veniva calcolato aggregando i diversi macro-livelli sottoposti a monitoraggio, con il nuovo sistema i punteggi dei livelli di prevenzione, assistenza ospedaliera e distrettuale/territoriale vengono riportati in forma separata, ciascuno su una scala normalizzata da 0 a 100, e calcolati come una media pesata dei punteggi degli indicatori per ciascun macro-livello. La soglia minima ai fini della «sufficienza» in ciascun livello è stabilita al 60% (mentre per la griglia LEA, il punteggio totale minimo per essere considerati adempienti era 160, corrispondente a circa il 70% del punteggio massimo ottenibile). Analizzando i risultati sperimentali fatti registrare dalle singole regioni sulle singole aree identificate dal NSG, emerge un quadro sostanzialmente confortante, almeno rispetto alla soglia di sufficienza impiegata come metrica per la valutazione del livello quali-quantitativo di erogazione dei LEA, sebbene non manchino spazi importanti di miglioramento. In sintesi, a dati 2021 (Tabella 7.11):

- ▶ Sette regioni (Valle d'Aosta, PA Bolzano, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna) figurerebbero come «non adempienti».
- ▶ Due regioni (Valle d'Aosta e Calabria) registrano in tutte le aree valori al di sotto della soglia di «sufficienza».
- ▶ Sicilia e PA Bolzano soffrono in maniera particolare sul fronte della prevenzione.
- ▶ Molise e Sardegna, oltre alle già citate Calabria e Valle d'Aosta, fanno registrare difficoltà nell'area ospedaliera.
- ▶ L'area distrettuale registra criticità in Campania e Sardegna, oltre alle già citate Calabria e Valle d'Aosta.

Indagando le aree, è interessante notare l'andamento dei singoli indicatori in ottica comparata. La Tabella 7.12 ne offre una sintesi, sviluppata lungo due direttrici: da un lato, la variabilità dei risultati conseguiti dalle singole regioni (espresso dal coefficiente di variazione⁷ – CV – della distribuzione); dall'altro

⁷ Il coefficiente di variazione è un indice di dispersione che permette di confrontare misure di fenomeni riferite a unità di misura differenti; è, dunque, una grandezza adimensionale, ossia

Tabella 7.10 **Indicatori «core» del Nuovo Sistema di Garanzia per area di monitoraggio**

Area prevenzione	Area distrettuale	Area ospedaliera
P01C – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	D03C* - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a b/l termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	H01Z – Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente
P02C – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	D04C* - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	H02Z – Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui
P10Z – Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario
P12Z – Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	H05Z – Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
P14C – Indicatore composito stili di vita	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
P15C – Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, colon e mammella	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) D27C - Percentuale di ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	H017C/H18C – Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con ≥ 1.000 parti
	D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	
	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	
	D33Z - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	

* Indicatori D03C e D04C da inserire nel CORE ad anni alterni. Nell'anno 2020 è stato inserito nel CORE l'indicatore D03C

Tabella 7.11 **Simulazione applicazione indicatori CORE-NSG: sintesi 2021**

Regione	2021			Simulazione adempienza 2021
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area ospedaliera	
Piemonte	86,05	84,47	81,36	✓
Valle D'Aosta	45,31	49,31	52,59	✗
Lombardia	86,84	93,09	85,33	✓
PA Bolzano	51,97	68,05	80,75	✗
PA Trento	92,55	79,33	96,52	✓
Veneto	84,63	95,60	84,65	✓
Friuli Venezia Giulia	85,32	79,42	78,22	✓
Liguria	73,05	85,92	73,60	✓
Emilia Romagna	90,73	95,96	94,50	✓
Toscana	91,37	95,02	88,07	✓
Umbria	91,97	73,64	82,31	✓
Marche	82,62	89,38	85,90	✓
Lazio	80,78	77,61	77,12	✓
Abruzzo	77,74	68,46	69,25	✓
Molise	82,99	65,40	48,55	✗
Campania	78,37	57,52	62,68	✗
Puglia	67,85	61,66	79,83	✓
Basilicata	79,63	64,22	63,69	✓
Calabria	52,96	48,51	58,52	✗
Sicilia	45,53	62,19	75,29	✗
Sardegna	61,63	49,34	58,71	✗

Fonte: Nuovo Sistema di Garanzia (2023)

il punteggio medio (range 0-100; soglia di «accettazione»: 60) attorno a cui gira questa variabilità. Il combinato disposto dei due fattori consente infatti di offrire una fotografia su (i) grado di convergenza/divergenza dei risultati conseguiti dalle regioni e (ii) livello di performance mediamente raggiunto dai SSR, considerati in forma aggregata, sui singoli indicatori. Per entrambe le dimensioni sono stati individuati tre livelli di classificazione. In particolare:

- ▶ La variabilità interregionale è stata considerata «contenuta» o «nulla» (alto livello di convergenza) in presenza di $CV < 0,10$, «media» in presenza di un CV compreso tra 0,10 e 0,35 (estremi inclusi, convergenza media), «elevata» (basso livello di convergenza) in presenza di $CV > 0,35$.
- ▶ Per quanto riguarda il punteggio medio, invece, in caso di valori al di sotto della soglia di 60, le performance complessive sono state ritenute modeste e al di sotto della soglia di accettazione minima; nel caso di valori compresi tra 60 e 80 (estremi inclusi), le performance dei SSR sono state considerate

non riferita ad alcuna unità di misura, ed è calcolato come rapporto tra la deviazione standard di una distribuzione (misura di dispersione dati intorno a un indice di posizione) e la sua media.

di livello medio; con valori superiori alla soglia discrezionale di 80, infine, le performance sono state considerate elevate/eccellenti.

Utilizzando queste lenti, la lettura della Tabella 7.12 consente di far emergere innanzitutto come in nessun caso si osservino contestuali bassi livelli di performance e variabilità o contestuali livelli elevati in entrambe le dimensioni. Nel primo caso, si tratta di una nota estremamente positiva, nella misura in cui nessuna degli indicatori vede un generalizzato sotto-raggiungimento dei valori soglia previsti; nel secondo caso, invece, l'assenza di indicatori è più legata al metodo impiegato per l'analisi: il limitato range dei punteggi medi (80-100) considerato nel caso di elevati livelli di performance, limita la possibilità di ottenere valori del coefficiente di variazione superiori allo 0,35. Parallelamente, non si segnalano nemmeno indicatori caratterizzati simultaneamente (i) da bassa variabilità e livelli di performance medi e (ii) da variabilità media e livelli di performance bassi, al di sotto della soglia di 60. Si segnala, invece, come:

- Per buona parte delle metriche NSG-CORE (8 sui 20 considerati – 40%), i risultati conseguiti dai SSR sono caratterizzati da un livello di performance

Tabella 7.12 **Variabilità e punteggi medi conseguiti dalle regioni sui singoli indicatori CORE-NSG: quadro di sintesi su dati 2021**

Indicatore	Variabilità punteggi (CV)	Punteggio medio	Tipologia di metrica
AREA PREVENZIONE			
P01C – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	0,41	77,83	Livelli di performance medi ed elevata variabilità interregionale
P02C – Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	0,54	67,80	Livelli di performance medi ed elevata variabilità interregionale
P10Z – Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	0,21	75,69	Livelli di performance e variabilità interregionale medi
P12Z – Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	0,16	93,94	Livelli di performance elevati con una variabilità interregionale media
P14C – Indicatore composito stili di vita	0,15	66,39	Livelli di performance e variabilità interregionale medi
P15C – Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, colon e mammella	0,44	67,95	Livelli di performance medi ed elevata variabilità interregionale

Indicatore	Variabilità punteggi (CV)	Punteggio medio	Tipologia di metrica
AREA DISTRETTUALE			
D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	0,00	100,00	Livelli di performance diffusamente elevati
D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	0,92	50,71	Livello di performance modesto ed elevata variabilità interregionale
D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	0,43	78,91	Livelli di performance medi ed elevata variabilità interregionale
D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	0,07	96,36	Livelli di performance diffusamente elevati
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	0,38	76,31	Livelli di performance medi ed elevata variabilità interregionale
D27Z - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	0,32	78,82	Livelli di performance e variabilità interregionale medi
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	0,60	44,77	Livello di performance modesto ed elevata variabilità interregionale
D33Z - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	0,55	65,96	Livelli di performance medi ed elevata variabilità interregionale
AREA OSPEDALIERA			
H01Z – Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	0,00	100,00	Livelli di performance diffusamente elevati
H02Z – Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui	0,44	66,06	Livelli di performance medi ed elevata variabilità interregionale
H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	0,02	99,40	Livelli di performance diffusamente elevati
H05Z – Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	0,28	73,32	Livelli di performance e variabilità interregionale medi
H013C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	0,41	60,27	Livelli di performance medi ed elevata variabilità interregionale
H017C/H018C – Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con =1.000 parti	0,65	49,15	Livello di performance modesto ed elevata variabilità interregionale

Note: è stata considerata la variabilità, in termini di coefficiente di variazione, fatta registrare dai punteggi conseguiti su ciascuna metrica da parte delle regioni. Non sono invece stati considerati i pesi relativi attribuiti a ciascuna di esse. Si specifica inoltre che il numero di indicatori presenti nella tabella è 20, alla luce del fatto che gli indicatori D03C e D04C vengono inseriti nel CORE ad anni alterni (nell'anno 2021 è stato inserito l'indicatore D03C) e che gli indicatori H017C e H018C vengono considerati in unica soluzione.

Fonte: Rielaborazione degli autori su dati Nuovo Sistema di Garanzia (2023)

medio (punteggio medio compreso tra 60 e 80) e un'elevata variabilità ($CV > 0,35$). Ciò implica che vi siano delle regioni che fanno registrare valori particolarmente elevati nei singoli indicatori e altre che, al contrario, registrano dei punteggi particolarmente bassi. La distribuzione delle metriche lungo le tre aree di osservazione è abbastanza bilanciata: in tre casi si tratta di metriche legate all'area prevenzione, in tre casi all'assistenza distrettuale e in due a quella ospedaliera.

- ▶ Strettamente collegato, in quattro casi gli indicatori fanno registrare nuovamente livelli di performance medi, ma in questo caso accompagnati da una minore variabilità (CV compreso tra 0,10 e 0,35). Rispetto al precedente, in questo caso l'omogeneità tra risultati conseguiti dalle regioni è maggiore, sebbene persista una certa divaricazione tra regioni con punteggi elevati e regioni con valori più contenuti. Due delle metriche appartenenti a questo gruppo fanno riferimento all'area distrettuale, una a quella ospedaliera e una all'area prevenzione.
- ▶ Per cinque indicatori le regioni fanno registrare diffusamente dei punteggi medi elevati (range 80-100 nei punteggi medi). In quattro di questi casi (due dell'area distrettuale, due di quella ospedaliera), la variabilità è pressoché nulla, mostrando una generalizzata convergenza da parte di tutte le regioni nel raggiungimento di elevati standard sulla metrica considerata. In un solo caso, al contrario, la variabilità osservata è maggiore, con un CV lievemente superiore alla soglia posta dalla presente analisi ($CV = 0,16$), testimoniando la presenza di poche regioni (nello specifico, due) con un punteggio basso sui livelli di performance.
- ▶ Infine, in tre casi, gli indicatori mostrano livelli di performance bassi accompagnati da elevati livelli di variabilità. In questo caso, dunque, sono le regioni si posizionano in maniera profondamente differenziata rispetto al conseguimento dei valori target degli indicatori, mostrando una certa eterogeneità nei livelli di performance raggiunti.

La fotografia qui descritta ha delle potenziali implicazioni anche se vista in termini di prospettici. Se, infatti, si va oltre la lettura statica e di posizionamento dei valori dei singoli indicatori e si prova ad abbracciare un approccio maggiormente orientato alla programmazione, è infatti interessante notare come le metriche possano essere fondamentalmente organizzate in tre famiglie: (i) aree di generalizzato mantenimento dei risultati conseguiti, caratterizzate da una variabilità molto contenuta e in cui tendenzialmente tutte le regioni fanno registrare valori elevati degli indicatori osservati; (ii) aree di generalizzato possibile miglioramento, laddove a livelli di performance medi corrisponde una variabilità media o elevata; (iii) aree diffusamente da potenziare, laddove i livelli di performance registrati sono particolarmente modesti e sono accompagnati da una variabilità elevata. Queste ultime due aree riguardano ben 15

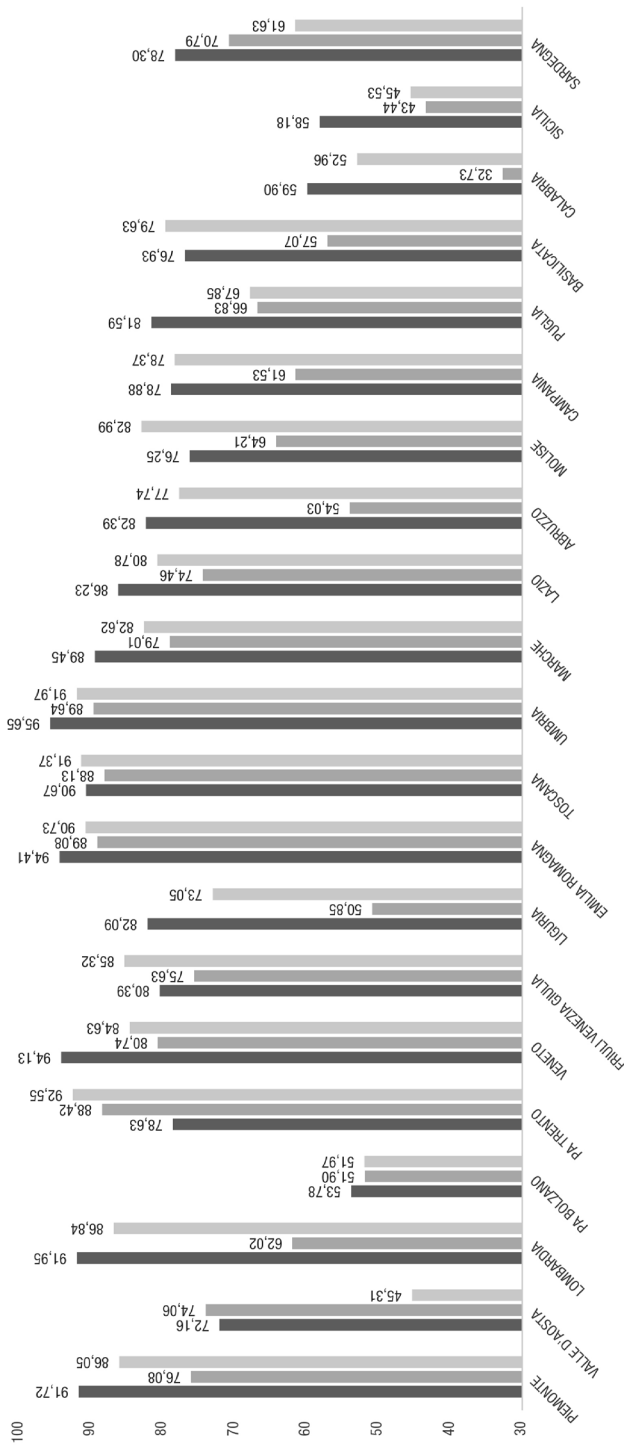
indicatori sui 20 (75%) e testimoniano (i) come esistano spazi di miglioramento significativi per buona parte dei SSR sulle dimensioni selezionate e (ii) come la scelta delle metriche abbia margini per orientare un cambiamento nei comportamenti degli attori e agire sui meccanismi di funzionamento interni al sistema.

Analizzando l'andamento nel tempo delle tre macro-aree oggetto di sperimentazione, le Figure che seguono rappresentano l'evoluzione nel periodo 2019-2021 rispettivamente per l'area prevenzione (Figura 7.9), l'area distrettuale (Figura 7.10) e l'area ospedaliera (Figura 7.11). Nel primo caso si osserva un fisiologico peggioramento generalizzato nel 2020, chiaramente come esito della pandemia da COVID-19. Nel 2021 si osserva una complessiva ripresa, in alcuni casi superando i valori registrati nel 2019 (PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Molise e Basilicata – tutte al di sopra della soglia di 60), in altri invece permane un lieve peggioramento rispetto al periodo pre-pandemico. Nel caso dell'area distrettuale, si osserva invece una dinamica opposta per le regioni del Nord, che registrano un miglioramento generalizzato nel 2020, presumibilmente dovuto al minore accesso inappropriato al *setting* ospedaliero, e una riduzione, anche importante, nel 2021 (ad eccezione di PA Bolzano, PA Trento, Liguria ed Emilia Romagna); mentre le regioni meridionali registrano una graduale riduzione delle performance sia tra 2019 e 2020 che tra 2021 e 2020. Nell'area ospedaliera, infine, si osserva una distribuzione nel tempo simile a quanto osservato per l'area prevenzione. Anche in questo caso, pesa l'emergenza pandemica sui dati 2020, che segnano una forte riduzione rispetto al 2019, con un successivo effetto rimbalzo nel 2021, in cui si registrano valori lievemente al di sotto del periodo pre-pandemico, ad eccezione di PA Bolzano, Marche, Lazio, Campania e Puglia, Calabria e Sicilia.

Nel raccordo istituzionale, è interessante notare le modalità con cui le regioni incorporano le metriche contenute nel NSG, che in qualche modo operazionalizzano le priorità strategiche di sistema e che conseguentemente rappresentano elementi di riferimento per tutti gli SSR del Paese. In particolare, senza carattere di esaustività, dall'analisi documentale delle delibere di assegnazione degli obiettivi regionali di tre regioni (Piemonte, Emilia Romagna e Sicilia – dati non riportati in Tabella o Figura), è possibile individuare almeno tre distinte posture:

- ▶ Attivazione di un monitoraggio ad hoc costituito dall'intero NSG, con un obiettivo di processo legato al controllo sui risultati conseguiti nei diversi item di valutazione proposti dallo stesso NSG (Piemonte);
- ▶ Riproposizione degli obiettivi del NSG in capo al top management dell'Assessorato e, a cascata, sui DG aziendali di regione (Sicilia);
- ▶ Selezione di alcune metriche da inserire nel processo di responsabilizzazione del top management della capogruppo regionale (es. Assessorato Salute), ritenute particolarmente importanti per il SSR (Emilia-Romagna).

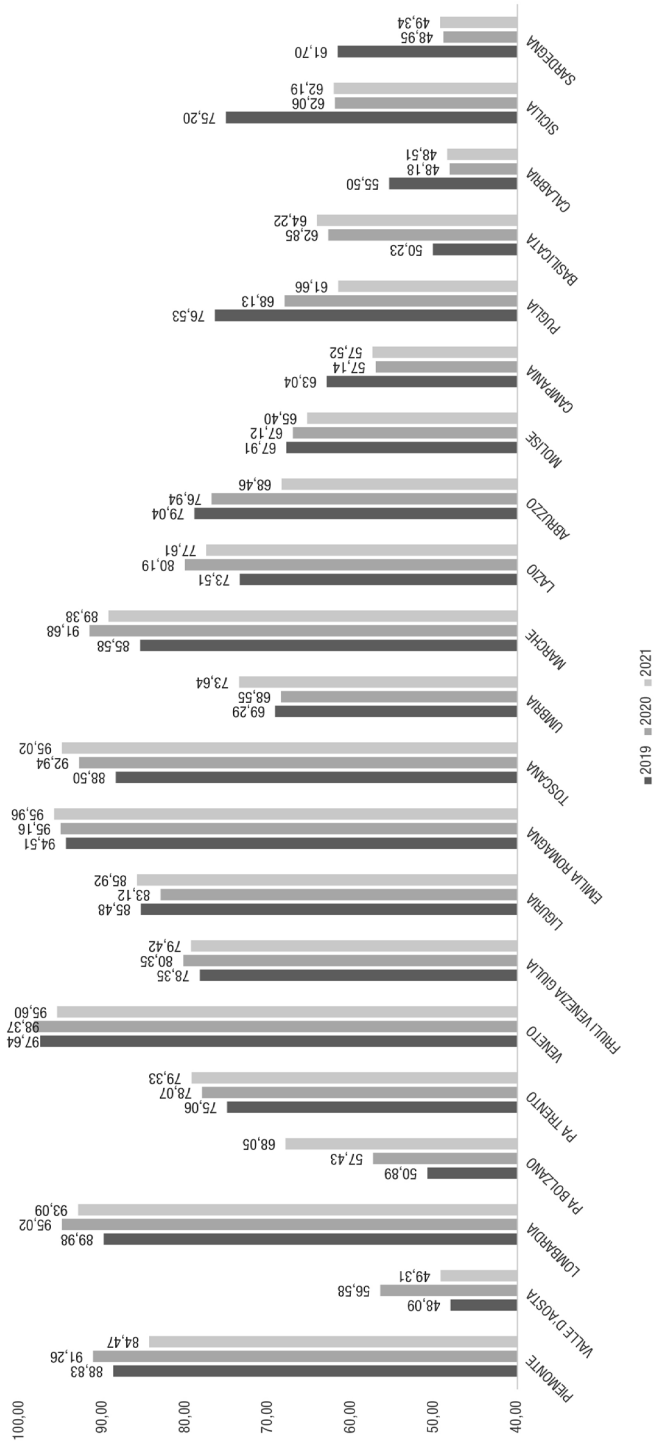
Figura 7.9 Indicatori CORE-NSG: area prevenzione, andamento 2019-2021



■ 2019 ■ 2020 ■ 2021

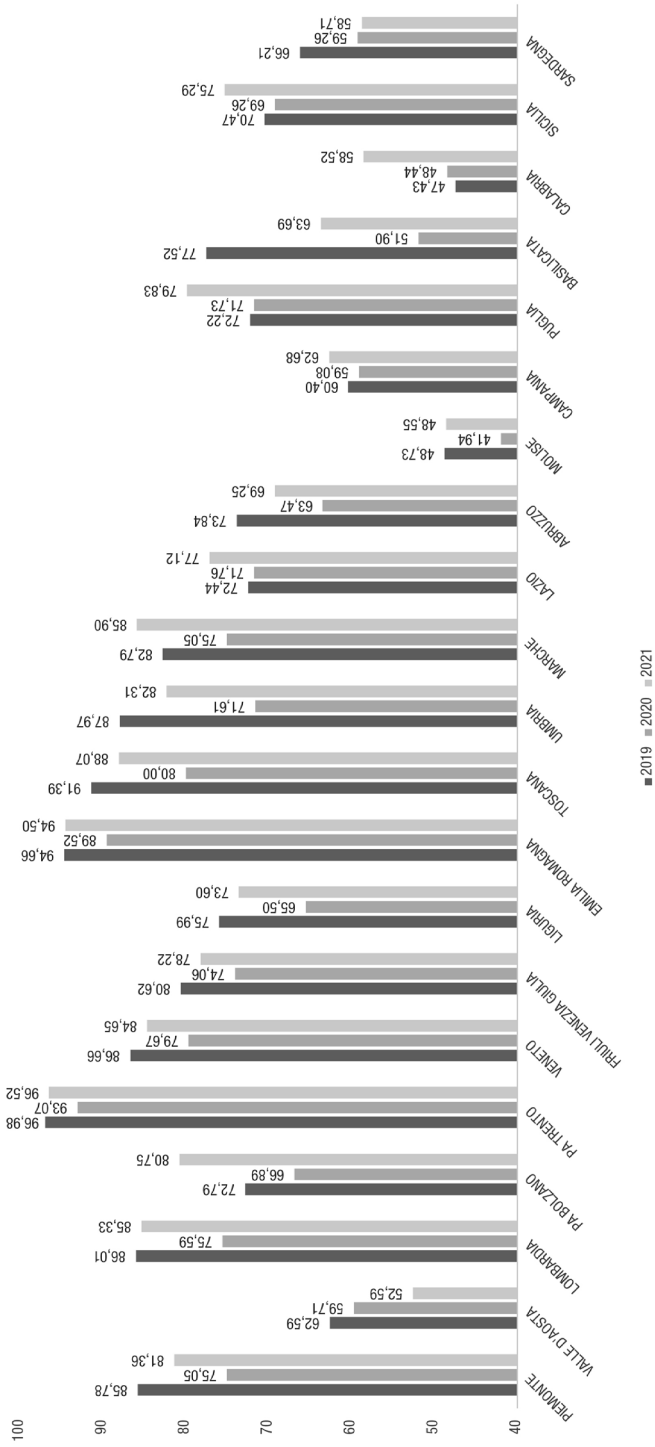
Fonte: Nuovo Sistema di Garanzia (2023)

Figura 7.10 Indicatori CORE-NSG: area distrettuale, andamento 2019-2021



Fonte: Nuovo Sistema di Garanzia (2023)

Figura 7.11 Indicatori CORE-NSG: area ospedaliera, andamento 2019-2021



Fonte: Nuovo Sistema di Garanzia (2023)

Sintetizzato il raccordo tra livello nazionale e regionale, senza in questa sede voler proporre la medesima lettura sul rapporto regione-aziende, è comunque interessante osservare come il livello centrale abbia promosso degli strumenti di monitoraggio e valutazione anche per il singolo livello aziendale. Oltre al già noto PNE, AGENAS ha anche disegnato un modello di valutazione delle performance delle strutture erogatrici del Paese (Aziende Ospedaliere – AO - e Ospedaliero-Universitarie - AOU). La principale novità di processo riguarda la volontà del livello centrale di istituire un sistema istituzionale di monitoraggio della performance aziendale. Nel disegnare il modello di riferimento sono stati impiegati alcuni ambiti di analisi tradizionali, altri di nuova introduzione, ed è stato immaginato uno strumento dinamico di elaborazione e rappresentazione dei risultati. Il modello prevede la definizione di 5 aree di performance (Accessibilità, Governance dei Processi Sanitari, Sostenibilità economico-finanziaria, Personale, Investimenti), 16 sub-aree, a loro volta operazionalizzate in 40 indicatori (Tabella 7.13) con una buona corrispondenza rispetto agli obiettivi in capo alle direzioni generali aziendali (Tabella 7.14). Questa struttura a *matrioska* è stata applicata in relazione a quattro cluster di aziende, identificati incrociando dimensionamento (numero posti letto) e natura giuridica (AO vs AOU) utilizzando i dati del triennio 2019-2021. La Figura 7.12 offre la rappresentazione di sintesi proposta da AGENAS (2023): i risultati mostrano come nel 2021 siano 9 le AO/AOU con un elevato livello complessivo «di performance», in riduzione rispetto al 2019, quando erano 17. Le Aziende individuate come altamente performanti si trovano tutte nelle regioni settentrionali e centrali del Paese e, salvo un'eccezione, sono caratterizzate da grandi dimensioni nel caso delle AOU (più di 700 PL) e di medie dimensioni nel caso delle AO (meno di 700 PL).

7.4 Discussioni e conclusioni

Il capitolo ha provato a sintetizzare le principali misure di esito e performance del SSN e a proporre alcune considerazioni rispetto ai sistemi di monitoraggio al momento attivi a presidio del funzionamento complessivo di sistema. La finalità di questa impostazione è duplice: da un lato, provare a rispondere al mai banale quesito «*come stiamo? Quale livello di salute permette di raggiungere il SSN?*»; dall'altro, comprendere a quali condizioni questi risultati di salute vengono raggiunti e quali sono logiche e strumenti impiegati per catturarne le performance nelle sue diverse dimensioni e monitorare il funzionamento complessivo del SSN.

Dopo la riduzione registrata nel 2020 a causa del COVID-19, nel 2021 torna a salire l'aspettativa di vita alla nascita nel nostro Paese, che passa dai 82,3 anni del 2020 a 82,7. L'Italia continua dunque a vantare una delle aspettative di

Tabella 7.13 **Aree, sub-aree e indicatori individuati nell'ambito del «Modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle AO» (AGENAS, 2023)**

Aree	Sub-aree	Indicatori
Accessibilità	Tempi di attesa	Protesi d'anca entro 180 giorni
		Tumore mammella entro 30 giorni
		Colon retto entro 30 giorni
		Polmone entro 30 giorni
		Prostata entro 30 giorni
	Pronto soccorso	Accessi con permanenza >8h
		Abbandoni del PS
Governance processi organizzativi	Appropriatezza	Ricoveri ad alto rischio appropriatezza
		DH diagnostici su DH medici
		Dimissioni DRG medici da reparti chirurgici
	Efficienza	Interventi per sala operatoria
		Degenza media pre-operatoria
		Indice comparativo di performance (ICP)
	Attrattività	Mobilità attiva alta complessità
		Mobilità attiva interventi oncologici
Sostenibilità economico patrimoniale	Sintesi gestioni	Margine gestione caratteristica
		Incidenza gestione straordinaria su valore della produzione
	Ricavi	Incidenza ricavi da prestazioni su valore della produzione
		Utilizzo contributi vincolati
	Intramoenia	Margine di ricavo attività intramoenia
	Costi operativi	Incidenza costo del personale su valore della produzione
		Incidenza costo farmaci ed emoderivati su valore della produzione
		Incidenza costo dispositivi medici su valore della produzione
		Incidenza costo servizi appaltati su valore della produzione
		Incidenza costo annuo beni durevoli su valore della produzione
		Costo giornata di degenza
	Gestione dei rischi	indice di sinistrosità
		incidenza costi gestione rischi su valore della produzione
	Gestione magazzino	Rotazione magazzino farmaci ed emoderivati
		Rotazione magazzino dispositivi medici
Debiti e solvibilità	Incidenza debiti vs fornitori su passività	
	Giornate durata media debiti vs fornitori	
Personale	Dotazione per PL	Infermieri per posto letto
		Medici per posto letto
	Gestione personale	Assunzioni
		Costo personale tempo determinato e flessibili su tempo indeterminato
		Incidenza costo formazione su costo personale
Investimenti	Obsolescenza patrimonio	Obsolescenza macchinari e attrezzature
		Vetustà apparecchiature (>10 anni)
	Capacità investimento	Incremento immobilizzazioni

Fonte: AGENAS (2023)

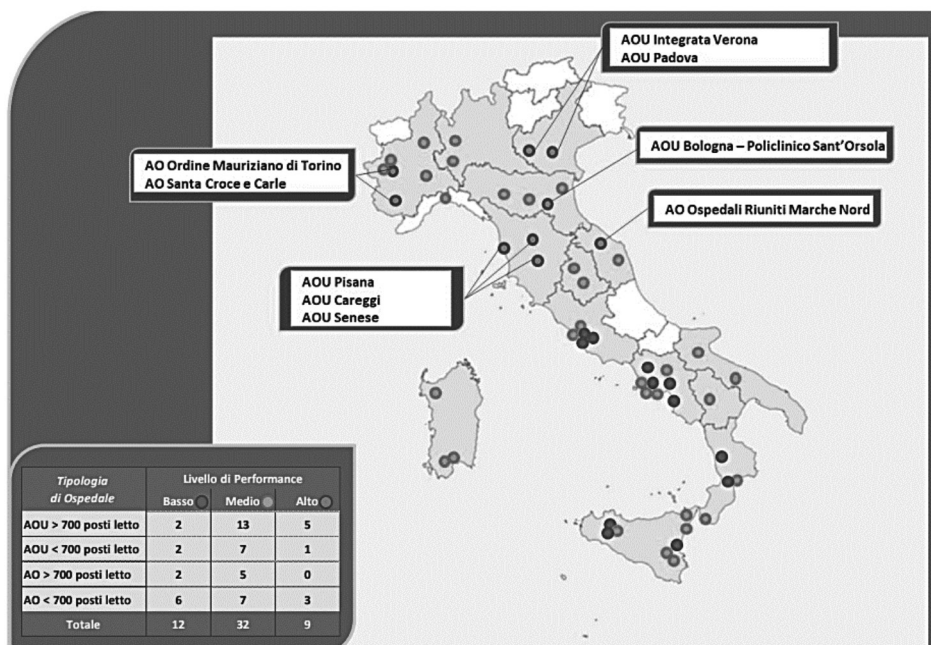
Tabella 7.14 **Coerenza tra obiettivi dei Direttori Generali di AO e AOU e aree di performance individuate da AGENAS (2023)**

	Piemonte	Lombardia	Veneto	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Lazio	Umbria	Marche	Campania	Basilicata	Puglia	Sicilia	Sardegna
Accessibilità	✓ 23%		✓ 8%		✓ 19%	✓ 19%	✓ 25%	✓	✓	✓ 11%			✓ 20%	
Governance processi	Tempi di attesa, accessibilità P.S.	✓ 9%	✓ 35%	✓ 20%	✓ 65%	✓	✓ 13%	✓ 10%	✓	✓	✓ 29%	✓	✓ 34%	✓ 25%
	Qualità, appropriatezza, esiti					✓	✓ 9%	✓ 15%		✓	✓ 6%		✓ 5%	✓ 10%
Sostenibilità econ.patrim.	Governo clinico, sicurezza, umanizzazione cure				✓						✓ 6%		✓ 5%	✓ 10%
	Farmaceutica e dispositivi medici	✓ 3%		✓ 20%	✓ 35%	✓	✓ 13%	✓ 10%	✓		✓ 19%	✓		
Investimenti	Incremento mobilità attiva/recupero mobilità passiva			✓ 3%							✓ 20%			
	Tempi di pagamento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Equilibrio di bilancio	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Personale	Efficienza finanziaria e ademp.ti ecoe-am.m.vi			✓ 4%	✓	✓	✓ 30%	✓ 10%	✓			✓	✓ 10%	✓ 30%
	Digitalizzazione	✓ 2%		✓ 13%	✓				✓	✓	✓ 5%	✓	✓ 17%	
Adempimenti normativi, altro	Patrimonio edilizio e tecnologico	✓ 9%	✓ 15%		✓		✓ 13%					✓		
	PNRR	✓ 1%		✓ 15%		✓		✓ 10%	✓			✓		✓ 10%
	Risorse umane			✓ 2%	✓				✓		✓ 2%			
	Contrasto Covid-19	✓ 50%	✓ 20%		✓							✓		
	Donazione organi e tessuti	✓ 3%	✓						✓				✓ 9%	✓ 15%
	Flussi informativi			✓ 4%	✓	✓			✓	✓	✓ 4%			
	Trasparenza e anticorruzione		✓	✓	✓								✓ 2%	
	Altro		✓ 30%	✓ 13%			✓ 4%	✓ 10%		✓	✓ 4%	✓	✓ 3%	

Nota: Piemonte: obiettivi 2021; Lombardia: obiettivi sia ATS che ASST

Fonte: AGENAS (2023)

Figura 7.12 **Applicazione del «Modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle Aziende Ospedaliere» – Anno 2021**



Nota: le Aziende con alta performance sono evidenziate nella mappa.

Fonte: AGENAS (2023)

vita alla nascita più elevate a livello internazionale, sebbene in calo rispetto al periodo pre-pandemico. Questi dati ovviamente sono lo specchio della mortalità in eccesso registrata nell'ultimo biennio considerato. Per analizzare l'andamento della mortalità nei due anni di pandemia attraverso confronti internazionali si preferisce considerare le statistiche sulla mortalità complessiva, ovviando al *bias* introdotto dalle differenti procedure per la conta dei decessi causati da COVID-19. Considerando il tasso standardizzato di mortalità, che elimina le differenze nella struttura per età tra i vari paesi, l'Italia riporta un valore di 729 morti ogni 100 mila abitanti, al di sotto della media europea. Inoltre, la mortalità in eccesso complessiva permette di cogliere non solo l'impatto sui decessi direttamente attribuibili a SARS-CoV-2, ma anche gli effetti indiretti dovuti al rallentamento dei servizi sanitari impegnati a fronteggiare l'emergenza del contagio o alle misure economiche, sociali e comportamentali introdotte in risposta alla pandemia. In termini di confronto sulla mortalità in eccesso rispetto al periodo pre-pandemico, il nostro Paese ha invece mostrato in ciascuna ondata, valori più estremi rispetto alla media dell'Unione Europea.

Se si sposta l'attenzione all'interno dei confini nazionali, considerando le rilevazioni ISTAT, nel 2021 le regioni del Nord fanno registrare nuovamente un aumento della speranza di vita alla nascita e a 65 anni, dopo la flessione del 2020, con valori che tornano al di sopra delle regioni del Centro e con un differenziale che torna ad aumentare rispetto al Sud. Per quanto riguarda l'aspettativa di vita in buona salute, il dato medio nazionale è in invece in peggioramento, da 60,5 a 60,1 anni, passando dai 69,3 anni della PA di Bolzano (in aumento rispetto alla precedente rilevazione di 2,1 anni) ai 53,1 anni della Calabria (in calo di 1,3 anni rispetto al 2020). Il differenziale tra aspettativa di vita alla nascita generale e in buona salute è pari a 22,4 anni, in aumento di 0,8 anni rispetto alla rilevazione precedente. Quindi, a fronte dell'aumento dell'aspettativa di vita, nel periodo 2020-2021 l'indicatore della speranza di vita in buona salute alla nascita si è ridotto probabilmente come effetto-strascico della pandemia. L'aspettativa di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni è pari invece a 10 anni, con una forbice che va da 12,4 anni nella PA di Bolzano a 7,4 anni in Sicilia, in riduzione rispetto alla rilevazione precedente soprattutto nelle Regioni del Centro-Sud.

Sul lato della domanda di salute, un aspetto evidentemente rilevante rispetto all'andamento epidemiologico del Paese è, come noto, rappresentato dalla cronicità. I dati ISTAT rilevano la realtà di una popolazione italiana multimorbida, ovviamente più frequente nelle fasce via via più anziane della popolazione, soprattutto al Sud e nelle Isole, più per le donne che per gli uomini, soprattutto in zone periferiche rispetto a quelle centrali e man mano che ci si allontana dal cuore di un'area metropolitana. Le patologie croniche più diffuse sono l'ipertensione, i problemi osteoarticolari inclusa l'osteoporosi, il diabete,

alcune patologie a carico del sistema nervoso, tra cui Alzheimer e la demenza senile, bronchiti, allergie e ulcere gastriche. Il rischio di sviluppare malattie croniche si conferma minore tra le persone con laurea o studi post-laurea, mentre aumenta tra chi possiede al massimo la licenza elementare. Queste evidenze confermano teorie note e ben affermate sui determinanti della salute e richiamano ancora una volta e con forza la necessità di politiche, sanitarie e non sole, a cavallo con altri settori dell'economia pubblica, capaci di cogliere e indirizzare i bisogni delle fasce più disagiate e fragili della popolazione, con l'obiettivo di garantire livelli di salute equi per tutti.

Le riflessioni appena proposte possono rappresentare elementi importanti anche in sede di programmazione sanitaria, in quanto consentono di posizionare l'attuale sistema di offerta e quello in fase di definizione con i programmi di investimenti avviati (es. PNRR e declinazione nel sistema sanitario tradotta nel DM77/2022) rispetto ai fabbisogni di salute attuali ed emergenti. È quindi importante proporre alcune considerazioni sulle modalità con cui oggi vengono monitorate le attività promosse dal SSN, per rappresentarne punti di forza e debolezza, oltre che fotografarne l'evoluzione ad oggi e quella potenziale dei prossimi anni. A differenza delle precedenti edizioni del Rapporto, dove perlopiù si è privilegiato il monitoraggio dei livelli di aderenza rispetto alle soglie previste dal DM 70/2015 («Standard quantitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera») su alcune prestazioni «sentinella», in questa edizione si è provato a sistematizzare le diverse fonti di monitoraggio attive a livello di SSN, con alcuni affondi su strumenti e loro applicazione ai diversi livelli istituzionali. Al contrario, similmente alle precedenti edizioni del Rapporto, un tema centrale trattato è rappresentato dall'applicazione del Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA, diventato formalmente operativo dal 1° gennaio 2020 ma nei fatti ancora non utilizzato per lo sblocco della quota premiale alle regioni connessa al raggiungimento dei livelli minimi di erogazione dei LEA. I risultati sulla sperimentazione 2021 mostrano come sette regioni (Valle d'Aosta, PA Bolzano, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna) figurerebbero come «non adempienti». Un'analisi su variabilità e media dei punteggi registrati sui singoli indicatori considerati (CORE-NSG, 20 indicatori su 22) per ciascuna regione fa emergere come esistano nel sistema di monitoraggio e valutazione disegnato a livello centrale:

- ▶ aree di generalizzato mantenimento dei risultati conseguiti, caratterizzate da una variabilità molto contenuta e in cui tendenzialmente si registra una convergenza nei valori elevati fatti registrare dalle regioni negli indicatori osservati (5 indicatori);
- ▶ aree di generalizzato possibile miglioramento, laddove a livelli di performance medi corrisponde una variabilità media o elevata (12 indicatori);

- aree diffusamente da potenziare, laddove i livelli di performance registrati sono particolarmente modesti e sono accompagnati da una variabilità elevata (3 indicatori).

Queste ultime due aree riguardano il 75% delle metriche NSG-CORE e testimoniano, da un lato, come esistano spazi di miglioramento significativi per buona parte dei SSR sulle dimensioni selezionate e, dall'altro, come la scelta delle metriche abbia margini per orientare un cambiamento nei comportamenti degli attori e agire sui meccanismi di funzionamento interni al sistema. A sua volta, inoltre, questa eterogeneità si riflette anche in forti differenze in termini di esiti tra le regioni e le macro-aree italiane. Come evidenziato nel capitolo, iniquità territoriali, spesso con una direttrice da Nord a Sud, sono state evidenziate per diversi indicatori, tra cui la speranza di vita, la mortalità, alcune metriche utilizzate nel NSG. Oltre al gradiente geografico, permangono ancora oggi delle differenze negli esiti per diverse classi socio-economiche, per genere e per diversi livelli di istruzione, come ad esempio rilevato nella prevalenza di disturbi cronici. Uguaglianza e equità all'accesso dei servizi sanitari sono due dei principi fondanti del nostro SSN, ma ancora poco sviluppati sono gli indicatori nei vari sistemi di monitoraggio esistenti che pongono il focus su queste dimensioni e sulla conseguente equità degli esiti di salute. Sotto il profilo del monitoraggio degli esiti, è ragguardevole lo sforzo prodotto da AGENAS per produrre evidenze sulla capacità di regioni, strutture e operatori di rispondere al fabbisogno di salute, sia in termini di appropriatezza organizzativa che di esiti di salute generati. Il Programma Nazionale Esiti (PNE) rappresenta un interessante esempio in questa direzione e l'auspicio è che si integri sempre di più con gli altri strumenti di programmazione e monitoraggio impiegati ai diversi livelli istituzionali del SSN. Similmente, il modello di valutazione multidimensionale delle performance aziendali proposto da AGENAS è un secondo elemento apprezzabile nella sua concettualizzazione e nella sua messa a terra. Esso pone enfasi sulla definizione di logiche di benchmark che possano contribuire a confrontare l'andamento di aziende simili per natura giuridica e posizionamento nel SSN. È degna di nota anche l'adozione di approcci *evidence-based* e l'ulteriore spinta impressa allo sviluppo della cultura del dato come fattore per ridurre la discrezionalità di alcuni elementi decisionali e, potenzialmente, orientare il comportamento degli attori in gioco. Un ulteriore elemento interessante è rappresentato dal tentativo di leggere gli accadimenti in termini dinamici, anche solo attraverso fotografie istantanee, confrontando i risultati raggiunti dalle aziende nelle singole annualità analizzate.

Rileggere il modello impiegando in forma parzialmente aggregata i quadri interpretativi tipicamente presidiati nell'approcciare il design dei sistemi di performance management (PM), quale che sia il livello e/o il fenomeno che questo si preoccupa di rappresentare e misurare, è un esercizio ritenuto utile in

questa sede analizzando (i) finalismi e destinatari, (ii) design, metodo e misurazione, (iii) incorporazione e utilizzo nelle prassi operative.

L'obiettivo dichiarato in sede di presentazione del modello è quello di realizzare un «*sistema di valutazione integrato capace di catturare la capacità del management aziendale di conseguire gli obiettivi assistenziali stanti le risorse disponibili, attraverso il governo dei processi e l'adozione di modelli organizzativi adeguati*» (AGENAS, 2023). Nei principi espressi, la finalità del modello è duplice: da un lato, guardare all'efficacia dell'azione manageriale nel perseguire i fini istituzionali; dall'altro, stimolare l'attivazione di circoli virtuosi di mutuo apprendimento e convergenza di posizionamento delle aziende attraverso l'applicazione di logiche di *benchmarking*. Nel farlo, nel modello sono inserite diverse dimensioni rilevanti, che in linea di principio possono rappresentare un interessante punto di partenza nel sostenere quel collegamento tra risorse, processi e risultati essenziale per determinare efficacia e valore prodotto nell'erogazione dei servizi. In maniera meno nitida, il modello non esplicita se la direzione sia quella di valutare ex-post l'operato dei nodi della rete erogativa in elezione o quanto invece sia finalizzato a supportare la programmazione sanitaria nazionale. Spostando l'attenzione sul *design*, lo sviluppo su tre livelli del modello proposto è apprezzabile, così come la scelta di disarticolare le 5 aree di performance in 16 sub-aree ad ampio spettro, coprendo dimensioni considerate «tradizionali» nell'ultimo decennio del SSN (es. appropriatezza, qualità, aspetti economico-finanziari) e dimensioni più «innovative» e di frontiera (es. tempi d'attesa e PS, personale, investimenti). Ancora una volta, appaiono poco o modestamente presidiate le dimensioni di esperienza, *outcome* (funzionale e clinico) e di collegamento tra risorse impiegate e risultati conseguiti, sebbene vi sia un'associazione positiva tra le Aziende con elevati risultati di performance ed esiti di salute (AGENAS, 2023). La scelta delle metriche sconta invece alcuni aspetti potenzialmente critici legati a (i) bilanciamento nella copertura delle 5 aree (16 su 40 afferiscono all'area della sostenibilità economico-patrimoniale delle aziende), (ii) capacità di esprimere il fenomeno che mira a descrivere (es. infermiere per posto letto e medico per posto letto; interventi per sala operatoria; indicatori su investimenti legati a poste patrimoniali e non orientati ai benefici indotti dalla loro realizzazione), (iii) processi di responsabilizzazione integrati (di filiera e/o tra partizioni organizzative all'interno delle aziende), (iv) oggetti di rilevazione «classici» e poco orientati a processi e pazienti. È stato di fatto ben interpretato il «come» misurare, mentre meno enfasi è stata posta sul «cosa» e «perché» misurare. Attenzione, inoltre, ai rischi connessi all'impiego di simili strumenti e ai processi collegati, che se non adeguatamente gestiti possono condurre all'attivazione di meccanismi distorsivi. Tra questi, ad esempio:

- il fatto di porre enfasi su aree e indicatori individuati per lo sviluppo del modello può ridurre l'attenzione su altri elementi rilevanti, anche nelle mede-

sime aree di valutazione (si pensi ad esempio al rischio di attribuire minore importanza relativa al monitoraggio dei tempi d'attesa legati a prestazioni diverse da quelle monitorate);

- ▶ interpretare la multidimensionalità sotto il mero profilo degli input (o al massimo output) di sistema, tenendo fuori aspetti legati all'esperienza del paziente e agli *outcome* clinici o funzionali, riduce la possibilità di proporre riflessioni più approfondite e strutturate sul collegamento tra dimensioni e cicli programmatori di risorse, processi, risultati;
- ▶ la poca enfasi sulla generazione di valore prodotto dalle aziende sia in termini di servizi erogati che di benefici più generali prodotti sul contesto di riferimento, senza peraltro differenziare il sistema di attese e di bisogno in cui la singola azienda opera, rischia di comprimere l'efficacia della rendicontazione agli stakeholder depotenziando i collegati e potenziali processi di *accountability*;
- ▶ promuovere ulteriore disallineamento tra fabbisogni esterni ai contesti aziendali e oggetti di analisi e misure funzionali ai processi decisionali interni può indurre a ridurre le spinte al cambiamento di pratiche e *tool* manageriali.

Strettamente collegato a quest'ultimo punto, è quindi il quesito circa quali processi di responsabilizzazione possano venire attivati da strumenti di questo tipo, specialmente considerando la potenziale estensione metodologica dello strumento al *setting* territoriale, dove, più marcatamente che nel *setting* ospedaliero, lo sviluppo dei modelli di servizio ed eterogenei ruoli e funzioni degli attori sono stati delegati a livello locale.

7.5 Bibliografia

- Acciai F., Firebaugh G. (2017), «Why did life expectancy decline in the United States in 2015? A gender-specific analysis», *Soc Sci Med* 2017, 190:174–80, Disponibile a questo link: doi:10.1016/j.socscimed.2017.08.004.
- AGENAS (2023), «Modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle Aziende Ospedaliere», Disponibile a questo link: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/24maggio/slide_Sistema_performance_Aziende_Ospedaliere_Agenas_24_maggio_2023.pdf.
- AIFA (2020), «Linee guida per la compilazione del Dossier a supporto della domanda di rimborsabilità e prezzo di un medicinale», Disponibile a questo link: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/AIFA_Linee+Guida_v.+16.9.2020+per+consultazione+pubblica.pdf/64f8d5b5-69df-a799-9ae7-36a5743d5f17.
- Andrade L.F., Ludwig K., Ramos-Goni J.M., Oppe M., de Pouvourville G.

- (2020), «A French Value Set for the EQ-5D-5L», *Pharmacoeconomics*, 38(4):413-425.
- Ardito V., Ciani O., Federici C., Furnari A., Tarricone R. (2022), «Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale» in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2022*, Milano, EGEA.
- Ardito V., Ciani O., Federici C., Furnari A., Finch A., Jommi C., Malandrini F., Meregaglia M, Tarricone R. (2021), «Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale» in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2021*, Milano, EGEA.
- Bailey H., Janssen M.F., La Foucade A., Kind P. (2019), «EQ-5D-5L population norms and health inequalities for Trinidad and Tobago», *PLoS One*, 2019;14(4): e0214283.
- Barchielli A., Balzi D., Ciani Passeri A., Marseglia A.R., Miceli M. (2016), «Use of regional health administrative databases to estimate the prevalence of mental disorders and health service utilization in a Local Health Unit of Tuscany Region (Central Italy)», *Epidemiol Prev.*, 40(1):65-73, Disponibile a questo link: doi: 10.19191/EP16.1.P065.016. PMID: 26951704.
- Berkowitz S.A., Cené C.W., Chatterjee A. (2020), «COVID-19 and Health Equity - Time to Think Big», *N Engl J Med*, Disponibile a questo link: doi:10.1056/NEJMp2021209.
- Bosa I., Castelli A., Castelli M., Ciani O., Compagni A., Galizzi M.M., Garofano M., Ghislandi S., Giannoni M., Marini G., Vainieri M. (2021), «Corona-regionalism? Differences in regional responses to COVID-19 in Italy», *Health Policy*, 31:S0168-8510(21)00197-4, Disponibile a questo link: doi: 10.1016/j.healthpol.2021.07.012. Epub ahead of print.
- Buehler J.W., Devine O.J., Berkelman R.L., Chevarley F.M. (1990), «Impact of the human immunodeficiency virus epidemic on mortality trends in young men, United States», *American Journal of Public Health*, vol. 80, no. 9, pp. 1080-1086.
- Boscolo P., Ciani O., Federici C., Furnari A., Tarricone R. (2017), «Gli esiti di salute del Servizio Sanitario Nazionale» in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.
- Campbell D. (2017), «Rise in life expectancy has stalled since 2010, research shows», *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/society/2017/jul/18/rise-in-life-expectancy-has-stalled-since-2010-research-shows>.
- Campbell D. (2017), «Rise in life expectancy has stalled since 2010, research shows», *The Guardian*, Disponibile a questo link: <https://www.theguardian.com/society/2017/jul/18/rise-in-life-expectancy-has-stalled-since-2010-research-shows>.

- Casadei G., Tolley K., Bettio M., Bozza F., Cafaro A., Dall'Ara M.C., Pedrazzini A., Scintu V., Zanutti G., Bignamini A.A. (2020), «Investigation of Health-Related Quality of Life Outcomes in Cancer Patients: Findings from an Observational Study Using the EQ-5D in Italy», *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 2:1579–1584.
- Cénat J.M., Blais-Rochette C., Kokou-Kpolou C.K., Noorishad P.G., Mukunzi J.N., McIntee S.E., Dalexis R.D., Goulet M.A., Labelle P.R. (2021), «Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis», *Psychiatry Res.*, 295:113599, Disponibile a questo link: doi: 10.1016/j.psychres.2020.113599.
- Commissione Europea (2017), «Anni di vita in buona salute», Disponibile a questo link: https://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years_it.
- COVID-19 Excess Mortality Collaborators (2022), «Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21», *Lancet*, 399(10334):1513-1536, Disponibile a questo link: doi: 10.1016/S0140-6736(21)02796-3.
- Choi A.I., Weekley C.C., Chen S.C., Li S., Kurella Tamura M., Norris K.C., Shlipak M.G. (2011), «Association of educational attainment with chronic disease and mortality: the Kidney Early Evaluation Program (KEEP)», *Am J Kidney Dis.*, 58(2):228-34, Disponibile a questo link: doi: 10.1053/j.ajkd.2011.02.388. PMID: 21601328; PMCID: PMC3144262.
- Ciani O., Federici C., Furnari A., Tarricone R. (2019), «Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale» in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, Milano, EGEA.
- Ciani O., Federici C., Furnari A., Tarricone R. (2018), «Gli esiti di salute del Servizio Sanitario Nazionale» in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2018*, Milano, EGEA.
- Corrao G., Rea F., Di Martino M., Lallo A., Davoli M., DIE PIALMA R., Bellotti L., Merlino L., Pisanti P., Lispi L., Skrami E. (2019), «Effectiveness of adherence to recommended clinical examinations of diabetic patients in preventing diabetes-related hospitalizations», *International Journal for Quality in Health Care*, 31(6):464-72.
- Corrao G., Rea F., Mancina G., Perseghin G., Merlino L., Martini N., Carbone S., Carle F., Bucci A., Dajko M., Arcà S. (2021), «Cost-effectiveness of the adherence with recommendations for clinical monitoring of patients with diabetes», *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, (11):3111-21.
- Corrao G., Rea F., Di Felice E., Di Martino M., Davoli M., Merlino L., Carle F., De Palma R. (2020), «Influence of adherence with guideline-driven recommendations on survival in women operated for breast cancer: Real-life evidence from Italy», *The Breast*, 53:51-8.

- Crialesi R., Gargiulo L., Iannucci L. (2014), presentazione «L'indagine Istat sulle condizioni di salute ed il ricorso ai servizi sanitari», Disponibile a questo link: <http://www.ceistorvergata.it/public/CEIS/file/press/L%E2%80%99indagine%20Istat%20sulle%20condizioni%20di%20salute%20ed%20il%20ricorso%20ai%20servizi%20sanitari.pdf>.
- Czaja C.A., Miller L., Colborn K., Cockburn M.G., Alden N., Herlihy R.K., Simões E.A. (2020), «State-level estimates of excess hospitalizations and deaths associated with influenza», *Influenza and other respiratory viruses*, vol. 14, no. 2, pp. 111-121.
- Deaths and Mortality. Centers for Disease Control and Prevention (2020), Disponibile a questo link: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/deaths.htm>
- De Filippo O., D'Ascenzo F., Angelini F., et al. (2020), «Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during COVID-19 Outbreak in Northern Italy», *N Engl J Med*, 383(1):88-89, Disponibile a questo link: doi:10.1056/NEJMc2009166
- De Maria R. (2020), «Caratteristiche ed errori della gestione sanitaria della pandemia da COVID-19 in Italia: una défaillance di sistema», *Rivista Trimestrale di SCIENZA DELL'AMMINISTRAZIONE*.
- Encheva M., Djambazov S., Vekov T., Golicki D. (2020), «EQ-5D-5L Bulgarian population norms», *Eur J Health Econ*, 21(8):1169-1178.
- EuroQol Research Foundation (2018), «EQ-5D is a recommended tool for use in cost-utility analyses around the globe», Disponibile a questo link: <https://euroqol.org/eq-5d-is-a-recommended-tool-for-use-in-cost-utility-analyses-around-the-globe/>.
- Fattore G. (2009), «Le linee-guida AIES sulla valutazione economica degli interventi sanitari», *PharmacoEconomics Italian Research Articles*, 11:81-82.
- Furnari A., Ricci A. (2016), «La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri: mappatura e potenziali di riorganizzazione» in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, EGEA.
- Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration. (2022), «Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019», *JAMA Oncol.*, 8(3):420–444, Disponibile a questo link: doi:10.1001/jamaoncol.2021.6987
- Golicki D., Niewada M. (2017), «EQ-5D-5L Polish population norms», *Arch Med Sci*, 13(1):191-200.
- ISTAT (2020), *Indagine su decessi e cause di morte*, Dati disponibili online: <http://dati.istat.it/>.
- ISTAT (2020), *Sistema di nowcast per indicatori demografici*, Dati disponibili online: <http://dati.istat.it/> (sezione «Popolazione e famiglie», Indicatori demografici).

- ISTAT (2019), *Rapporto BES: Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma, ISTAT.
- ISTAT (2021), *Rapporto BES: Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma, ISTAT, Disponibile a questo link: <https://www.istat.it/it/archivio/269316>.
- ISTAT (2012), *Il lavoro femminile in tempo di crisi*.
- Janssen B., Szende A. (2014), «Population Norms for the EQ-5D», *Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D*, Springer Open, pp. 19-30.
- Jiang R., Janssen M.F.B., Pickard A.S. (2021), «US population norms for the EQ-5D-5L and comparison of norms from face-to-face and online samples», *Qual Life Res*, 30(3):803-816.
- Ludwig K., Graf von der Schulenburg J.M., Greiner W. (2018), «German Value Set for the EQ-5D-5L», *Pharmacoeconomics*, 36(6):663-674.
- Mallet J., Massini C., Dubreucq J., Padovani R., Fond G., Guessoum S.B. (2022), «Santé mentale et Covid : toutes et tous concernés. Une revue narrative [Mental health during the Covid pandemic, a narrative review] », *Ann Med Psychol (Paris)*, 180(7):707-712, Disponibile a questo link: French. doi: 10.1016/j.amp.2022.07.019.
- Mazzucco S., Campostrini S. (2022), «Life expectancy drop in 2020. Estimates based on Human Mortality Database», *PLoS ONE*, 17(1): e0262846, Disponibile a questo link: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262846>.
- Ministero della Salute (2020), «Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)», Disponibile a questo link: <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>.
- Ministero della Salute e AGENAS (2020), *Portale del programma nazionale Esiti 2019*, Disponibile online: <https://pne.agenas.it/>.
- Ministero della Salute (2006), *Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*.
- OECD (2020), «OECD Health Data», *OECD Health Statistics database*.
- OECD (2022), «Caesarean sections» (indicator), Disponibile a questo link: <https://doi.org/10.1787/adc3c39f-en>.
- Oude Hengel K., Robroek S.J.W., Eekhout I., van der Beek A.J., Burdorf A. (2019), «Educational inequalities in the impact of chronic diseases on exit from paid employment among older workers: a 7-year prospective study in the Netherlands», *Occup Environ Med.*, 76(10):718–25.
- Our World in Data (2020), Disponibile online: <https://ourworldindata.org/coronavirus>, Ultimo accesso: 04/08/2020.
- Palladino A. (2020), *Coronavirus, linee guida vecchie e fondi spesi male. Così il piano pandemico dell'Italia è andato in tilt*.
- Pfoh E.R., Chan K.S., Dinglas V.D., Cuthbertson B.H., Elliott D., Porter R., Bienvenu O.J., Hopkins R.O., Needham D.M. (2016), «The SF-36 Offers a Strong Measure of Mental Health Symptoms in Survivors of Acute Respi-

- ratory Failure. A Tri-National Analysis», *Ann Am Thorac Soc.*, 13(8):1343-50, Disponibile a questo link doi: 10.1513/AnnalsATS.201510-705OC. PMID: 27111262; PMCID: PMC5021072.
- Pisano G.P., Sadun R., Zanini M. (2020), «Lessons from Italy's Response to Coronavirus», *Harvard Business Review*, Disponibile a questo link: <https://hbr.org/2020/03/lessons-from-italys-response-to-coronavirus>.
- Prevolnik Rupel V., Ogorevc M. (2020), «EQ-5D-5L Slovenian population norms», *Health Qual Life Outcomes*;18(1):333.
- Raghupathi, V., Raghupathi, W. 2020), «The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015», *Arch Public Health*, 78, 20 (2020), Disponibile a questo link: <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5>
- Rapporto Salute e Equità (2022), «Gap Analysis per l'Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA», 8° Report, Disponibile a questo link: <https://www.panoramasanita.it/wp-content/uploads/2022/06/Report-Gap-Analysis-NSG-LEA-ok-15-giugno.pdf>
- Rapporto salute mentale (2020), *Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)*, Disponibile a questo link: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3212_allegato.pdf
- Roth G., [...], Murray C.J.L. (2018), «Global, regional, and national age-sex specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017», *Lancet*, 18;392(10159):1736-1788.
- Serfling R.E. (1963), «Methods for current statistical analysis of excess pneumonia-influenza deaths», *Public health reports*, vol. 78, no. 6, pp. 494.
- Tarricone R., Torbica A., Tozzi V.D. (2020), «Per Aspera ad Astra: Italy and COVID-19», *Economia & Management Plus*, Disponibile a questo link: <https://emplus.egeaonline.it/en/396/coronavirus-emergency/1158/per-aspera-ad-astra-italy-and-covid-19>.
- UK Office for National Statistics (2020), *Deaths involving COVID-19, England and Wales: deaths occurring in June 2020*.
- Varma P., Junge M., Meaklim H., Jackson M.L. (2021), «Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey», *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 109:110236.
- Van Ginneken E., Siciliani L., Reed S., Eriksen A., Tille F., Zapata T. (2022), «Addressing backlogs and managing waiting lists during and beyond the COVID-19 pandemic», *TEN.*, 28(1):35.
- Versteegh M.M., Vermeulen K.M., Evers S.M.A.A., Ardine de Wit G., Prenger R., Stolk E.A. (2016), «Dutch Tariff for the Five-Level Version of EQ-5D». *Value Health*, 19(4):343-52.
- Washington Post (2020), «Coronavirus is becoming America's leading cause of

- death», Disponibile a questo link: <https://www.washingtonpost.com/outlook/2020/04/16/coronavirus-leading-cause-death/?arc404=true>
- Weinberger D.M., Chen J., Cohen T., Crawford F.W., Mostashari F., Olson D., Pitzer V.E., Reich N.G., Russi M., Simonsen L. (2020), «Estimation of excess deaths associated with the COVID-19 pandemic in the United States, March to May 2020», *JAMA Internal Medicine*.
- WHO (2022), «Mental health: strengthening our response», Disponibile a questo link: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO (2018), «World Health Statistics», *Global Health Observatory database*.
- WHO (2017), «Non-Communicable Diseases», Disponibile a questo link: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- Eurostat Birth and Fertility Data (2021), *Women in the EU are having their first child later*.
- Xie F., Pullenayegum E., Gaebel K., Bansback N., Bryan S., Ohinmaa A., Poissant L., Johnson J.A., Canadian EQ-5D-5L Valuation Study Group (2016), «A Time Trade-off-derived Value Set of the EQ-5D-5L for Canada», *Med Care*, 54(1):98-105.
- Zylke J.W., Bauchner H. (2020), «Mortality and Morbidity: The Measure of a Pandemic», *JAMA*, Disponibile a questo link: [doi:10.1001/jama.2020.11761](https://doi.org/10.1001/jama.2020.11761).

8 L'evoluzione del finanziamento dei farmaci in Italia

di Patrizio Armeni, Francesco Costa, Claudio Jommi, Francesco Malandrini, Monica Otto, Alice Tarantola¹

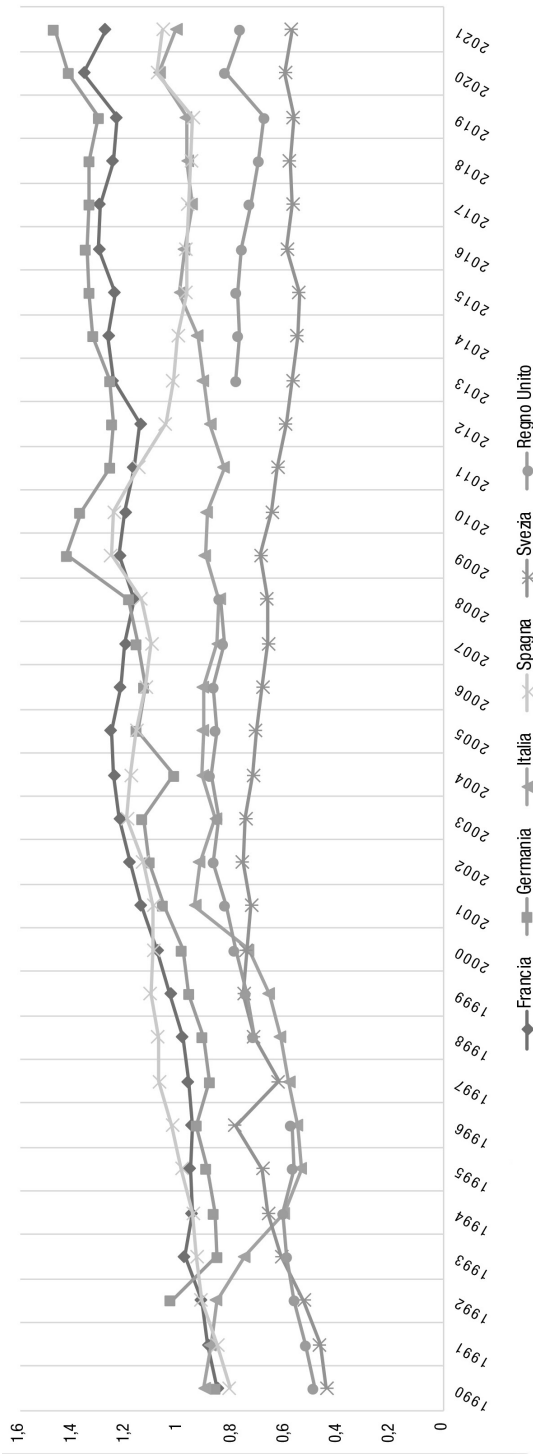
8.1 Introduzione e trend di spesa farmaceutica

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) costituisce un sistema composto da strutture e servizi che, in ottemperanza all'articolo 32 della Costituzione, si impegna a fornire a tutti i cittadini un accesso universale ed equo ai servizi sanitari. Una porzione del finanziamento generale del SSN è destinata a sostenere la spesa farmaceutica. Il finanziamento dei farmaci in Italia si fonda su un sistema di fondi/tetti che è stato oggetto di numerose proposte di revisione e modifica. Tra queste, nel 2018 il Ministro della Salute attraverso il Documento in materia di «*Governance Farmaceutica*»² aveva indicato come i tetti di spesa farmaceutica sarebbero diventati un metodo di finanziamento residuale (come citato dal documento di documento congiunto AIFA-MINSAL del 2018 «In relazione alle iniziative precedentemente illustrate, finalizzate al governo del settore farmaceutico, il tetto di spesa ed i meccanismi di *payback* in caso di superamento dei tetti di spesa farmaceutica devono gradualmente diventare strumenti residuali di controllo della spesa farmaceutica stessa»). Tuttavia, oggi questi tetti rappresentano ancora il principale strumento di finanziamento per la spesa farmaceutica. Nonostante alcune variazioni negli anni, come la creazione di fondi per farmaci innovativi o la revisione delle percentuali di allocazione, non è ancora stato introdotto un meccanismo di finanziamento alternativo ai tetti di spesa (Jommi *et al.*, 2021).

¹ Questo capitolo illustra i risultati di una delle due ricerche che ogni anno vengono svolte dall'OSFAR del Cergas Bocconi. L'OSFAR, nato nel 1997, è finanziato da AstraZeneca, BMS, Boehringer Ingelheim, Merck Sharp & Dhome, Novartis, Pfitzer, Sanofi e Takeda. Per quanto il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 8.1, 8.2 sono da attribuire a Patrizio Armeni, Francesco Costa e Monica Otto, il §§ 8.3 a Alice Tarantola e Francesco Malandrini, il §§ 8.4 a Patrizio Armeni e Francesco Costa ed infine il §§ 8.5 a Claudio Jommi.

² https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3567_listaFile_itemName_0_file.pdf (Ultimo accesso luglio 2023).

Figura 8.1 Spesa farmaceutica pubblica sul PIL (%) nei principali Paesi europei

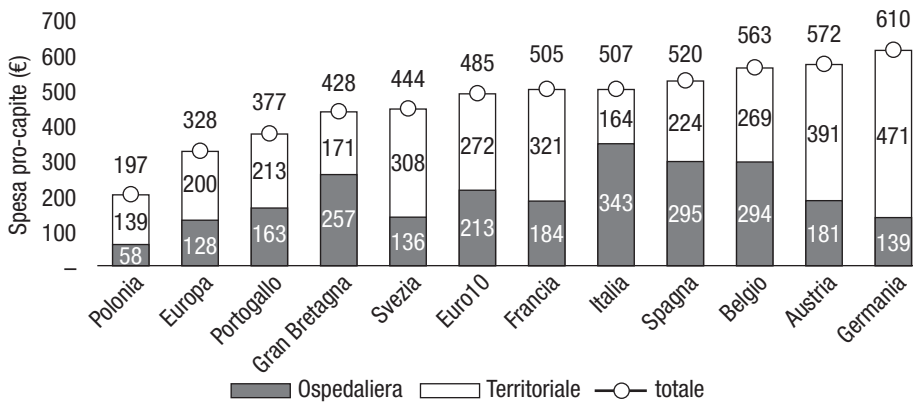


Fonte: Elaborazioni OSFAR su dati OCSE; 2023

Accanto al sistema dei tetti sulla spesa farmaceutica, l'Italia è stata caratterizzata da numerose azioni di contenimento della spesa farmaceutica sia a livello nazionale ad es. MEA e Tetti di spesa (cfr infra) sia regionale a es. Ticket (Amoroso *et al.*, 2016, Armeni *et al.*, 2018, Jommi *et al.*, 2021). Tali misure hanno contribuito a determinare una spesa farmaceutica pubblica che presenta valori in linea con i principali Paesi europei. In particolare, si notano valori più bassi rispetto a Francia, Germania e Spagna e maggiori rispetto a Regno Unito e Svezia (Figura 8.1). Se si considera poi la composizione della spesa farmaceutica totale (pubblica + privata) nel contesto internazionale, emerge come nel nostro Paese la componente ospedaliera abbia l'incidenza maggiore in assoluto, presumibilmente anche per effetto delle forme alternative di distribuzione dei farmaci come la distribuzione diretta – DD – ed in nome e per conto – DPC³ (Armeni *et al.*, 2017), che in Italia rientrano nel bilancio della spesa ospedaliera (Figura 8.2).

Con specifico riferimento al contesto nazionale, la spesa farmaceutica complessiva mostra un trend di crescita dal 2001 al 2022 simile a quello della spesa sanitaria (Figure 8.3), con un tasso di crescita medio annuale del 2,5%. Per quanto concerne, invece, la spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), quella farmaceutica (calcolata al lordo dei *payback*) è mediamente aumentata del 2,2% rispetto al 2,6% della spesa sanitaria, di-

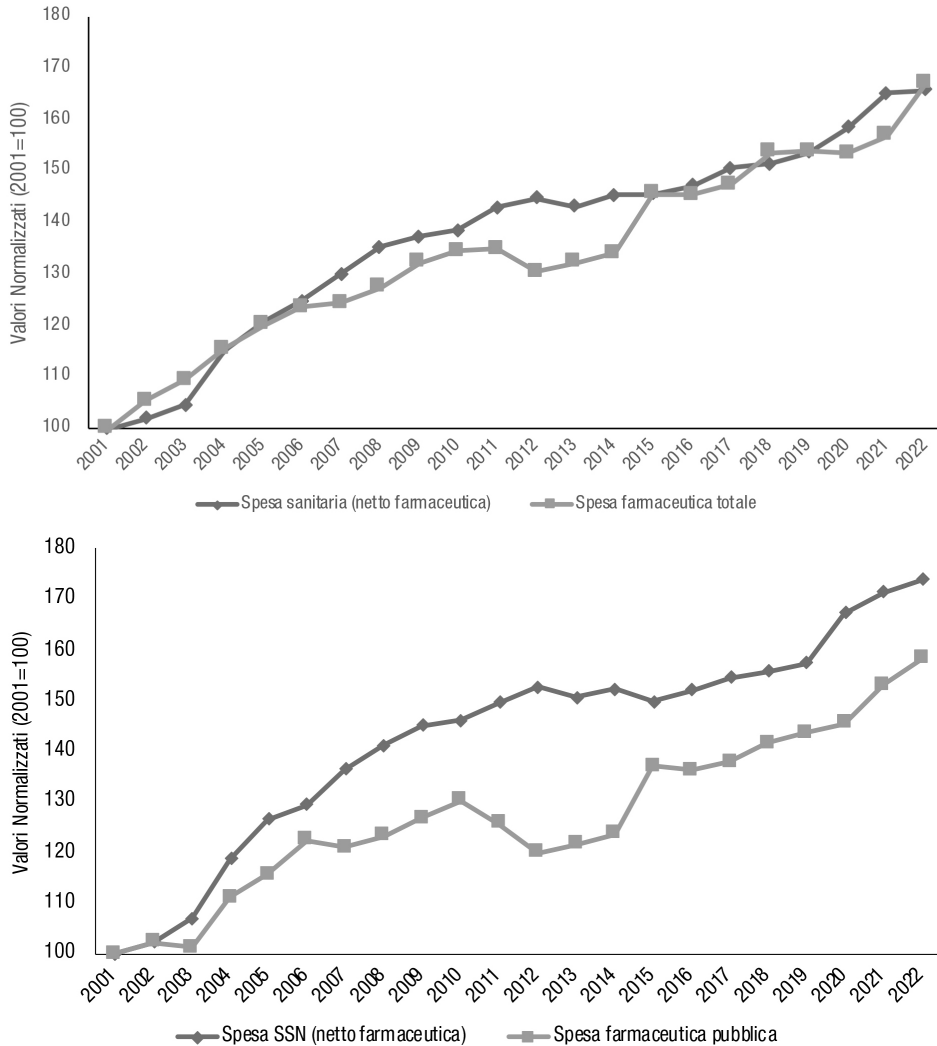
Figura 8.2 **Confronto internazionale della spesa farmaceutica totale pro-capite per canale di erogazione (2021)**



Fonte: AIFA (2022), Rapporto OSMED 2021

³ La distribuzione diretta (DD) è intesa come la dispensazione, per il tramite delle strutture sanitarie, di medicinali ad assistiti per la somministrazione al proprio domicilio. Questa distribuzione può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private (distribuzione per conto – DPC).

Figure 8.3 **Trend della spesa sanitaria (netto farmaceutica) e farmaceutica totale e pubblica (2001-2022; 2001=100)**



Fonte: Elaborazioni OSFAR su dati AIFA e Ministero della Salute; 2023

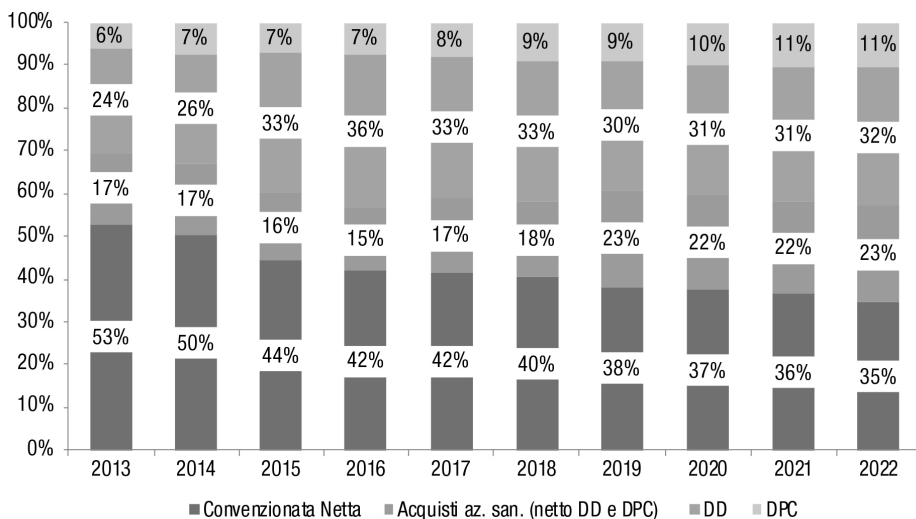
mostrando quindi un trend di crescita più contenuto, per effetto delle citate politiche di contenimento della spesa implementate nel corso degli anni. Come già emerso nel confronto internazionale (cfr. supra), la componente che incide maggiormente sulla spesa farmaceutica è la spesa farmaceutica ospedaliera. Con specifico riferimento al contesto nazionale ed alla spesa farmaceutica pubblica, gli acquisti di farmaci da parte delle aziende sanitarie pubbliche hanno visto aumentare progressivamente il proprio peso

passando complessivamente dal 47% del 2013 al 64% del 2021, per effetto dell'incremento registrato da tutte le sue componenti (vale a dire includendo la DD e la DPC); mentre la spesa convenzionata è sistematicamente diminuita, passando dal 53% nel 2013 al 35% nel 2022 (Figura 8.4).

Il trend crescente della spesa per farmaci acquistati da aziende sanitarie pubbliche è in parte legato alla prevalenza di nuovi farmaci lanciati in *setting* specialistici / ospedalieri ed in parte generato dalla diffusione di forme alternative di distribuzione dei farmaci (DD e DPC) che hanno visto negli anni transitare in questi canali (soprattutto nella DD) farmaci a maggiore costo. Infatti, sempre dal 2013 al 2022, la quota rappresentata da DD e DPC è passata dal 30% al 42% della spesa farmaceutica pubblica complessiva. Tali trend si confermano anche a livello regionale, seppur con una certa eterogeneità: gli acquisti di farmaci da parte delle aziende sanitarie pubbliche risulta avere un'incidenza maggiore nel Centro-Nord (65,3%), con il picco della PA di Bolzano (72,6%), rispetto al Sud e Isole (64,4%), con la Regione Lombardia che riporta un minimo del 58,8 di farmaci acquistati da aziende ospedaliere.

Alla luce di tale contesto, con il presente contributo, l'OSFAR (Osservatorio Farmaci) del Cergas Bocconi si pone l'obiettivo di: (i) indagare gli effetti dell'attuale sistema di finanziamento dei farmaci; (ii) posizionare l'attuale sistema italiano nel panorama dei sistemi di governo della spesa farmaceutica presenti in altri Paesi europei allo scopo di trarne spunto ed ispirazione per

Figura 8.4 **Composizione della spesa farmaceutica pubblica a livello nazionale (2013-2022)**



Fonte: Elaborazioni OSFAR su dati AIFA; 2023

Figura 8.5 Composizione della spesa farmaceutica pubblica a livello regionale (2013-2022)

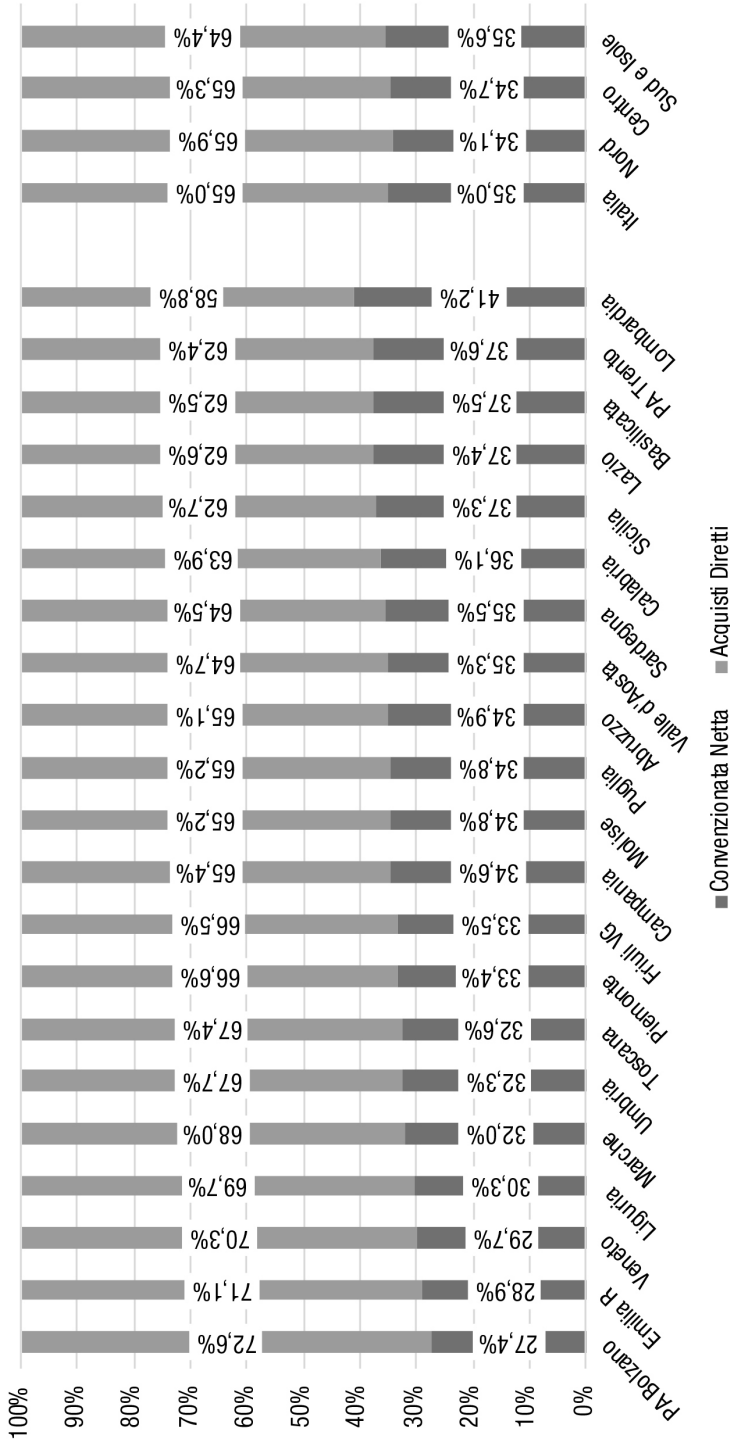
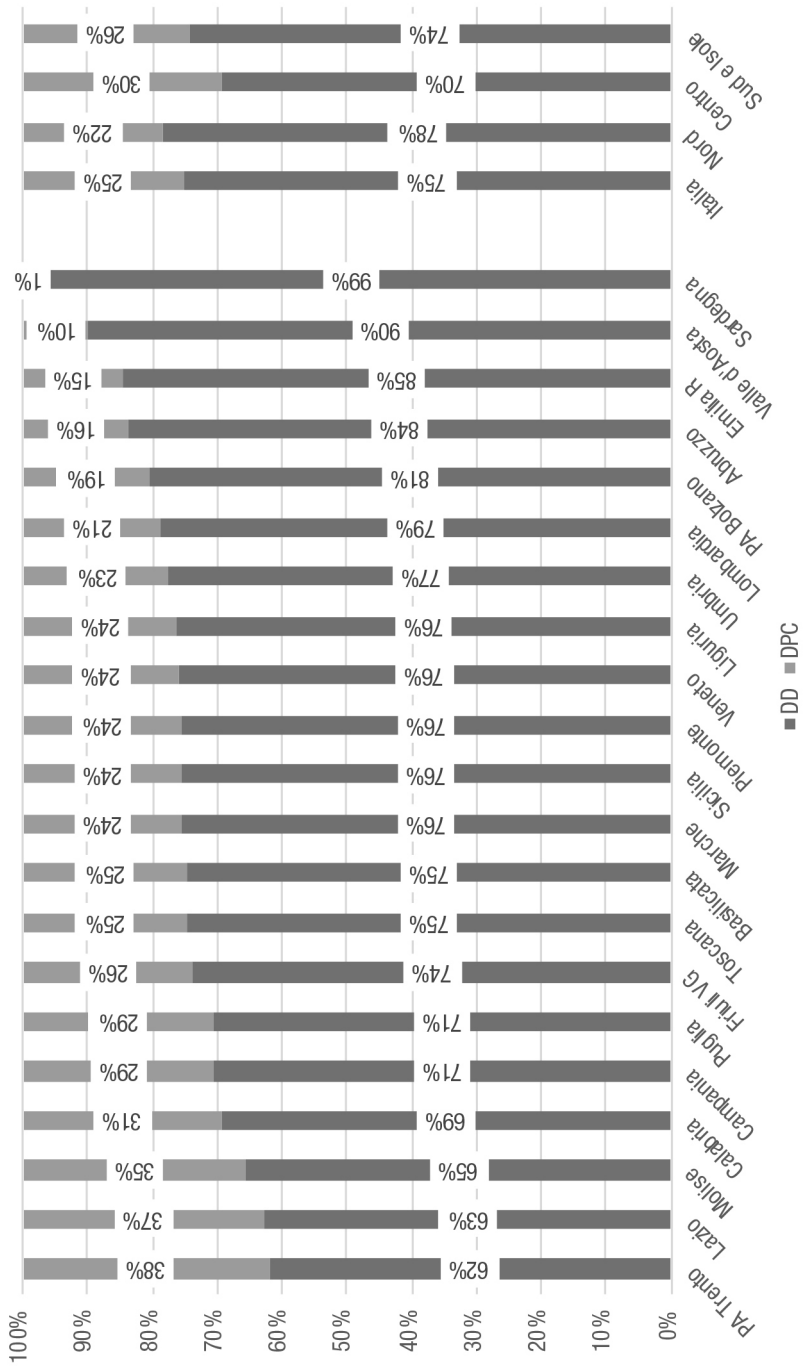


Figura 8.6 **Composizione della spesa regionale (2022) per medicinali erogati in distribuzione diretta (DD) e in distribuzione per conto**



Fonte: Elaborazioni OSFAR su dati AIFA; 2023

l'evoluzione del sistema italiano, come già auspicato dal documento di *governance* farmaceutica precedentemente citato (cfr. supra); (iii) identificare possibili scenari di cambiamento, valutandone criticamente pro, contro, e potenziali percorsi di graduale adozione in Italia. A tale scopo, il capitolo si propone di illustrare: (i) un'analisi comparata dei sistemi di programmazione, controllo, e governo della spesa farmaceutica nei principali Paesi europei (Francia, Spagna, Germania, Svezia, UK) (cfr. 8.3); (ii) la ricostruzione della storia regolatoria dei tetti in Italia e del loro impatto sul governo dell'assistenza farmaceutica (cfr. 8.2); (iii) scenari alternativi all'attuale sistema di finanziamento dei medicinali in Italia attraverso il coinvolgimento di *key opinion leader*⁴ (cfr. 8.4) tramite un focus group, sulla base delle evidenze prodotte dal confronto internazionale.

8.2 I sistemi di governo della spesa farmaceutica in Italia attivi a livello centrale

A valle del processo di regionalizzazione, avviato nei primi anni duemila, i diversi livelli istituzionali (centrale e regionale) sono responsabili del governo dell'assistenza farmaceutica. In particolare, con la riforma del Titolo V della Costituzione avvenuta nel 2001, si è assistito ad un'accelerazione del processo di decentramento a livello regionale: la sanità, e di conseguenza anche l'assistenza farmaceutica, è diventata oggetto di legislazione concorrente «Stato-Regioni» con conseguenti potenziali conflitti di competenze.

Nell'ambito del governo della spesa farmaceutica, sono state quindi identificate le aree di intervento di competenza centrale (attive uniformemente su tutto il territorio nazionale) e le aree di competenza decentrata, che risentono della facoltà di ogni singola regione di poter intervenire autonomamente, in accordo con gli indirizzi e le politiche concordate a livello nazionale.

Le principali azioni di governo della spesa farmaceutica attive a livello centrale sono:

- ▶ La negoziazione del prezzo e della rimborsabilità dei farmaci e di eventuali accordi di rimborsabilità condizionata (*Managed Entry Agreements*, MEA)⁵;

⁴ In qualità di *Key Opinion Leader* sono stati coinvolti due responsabili del sistema farmaceutico regionale, un esponente del mondo clinico, ed esponenti di Cittadinanzattiva, Farmindustria, ed Egualia.

⁵ I *Managed Entry Agreements* (MEA), sono accordi di accesso condizionato al mercato per farmaci innovativi e/o ad alto costo che consentono di mettere a disposizione nuovi trattamenti per i pazienti, pur nell'incertezza data dalla mancanza di informazioni su benefici terapeutici o costi effettivi.

- ▶ L'attribuzione del *label* di indicazione innovativa e l'attivazione dei benefici conseguenti⁶;
- ▶ La gestione del sistema di tetti sulla spesa farmaceutica⁷.

Il finanziamento dei farmaci in Italia e i tetti alla spesa farmaceutica

Il principale strumento di controllo della spesa farmaceutica applicato in Italia è il sistema dei tetti (Jommi & Minghetti 2015; Costa & Jommi 2018; Jommi 2020). Tale strumento attualmente coincide anche con il sistema di finanziamento dell'assistenza farmaceutica. Introdotto per la prima volta con la Legge 278/1993⁸, tale strumento è stato modificato ed aggiornato negli anni. Nella sua prima edizione (1993), il tetto sulla spesa farmaceutica pubblica (generata in tutti i *setting* assistenziali) veniva stabilito annualmente tenendo in considerazione tre diversi fattori: i) la spesa farmaceutica degli anni precedenti; ii) gli andamenti demografici e iii) l'andamento dei prezzi dei farmaci. Con la Legge finanziaria del 1998 (L. 449/97)⁹ viene, per la prima volta, introdotto un sistema di ripiano a valle di un accertato sfondamento del tetto. La normativa impone, quindi, agli attori della filiera (imprese produttrici, imprese distributrici e farmacie) di ripianare il SSN con un ammontare pari al 60% dello sfondamento del tetto. Nel 2001 (L. 405/01)¹⁰, per la prima volta, il tetto di spesa viene applicato a un particolare *setting* di dispensazione/erogazione del farmaco e identificato come percentuale fissa di una voce contabile senza più tenere in considerazione in maniera esplicita fattori che possono influenzare direttamente i livelli di spesa farmaceutica (es. andamento dei prezzi e aspetti demografici). Il tetto in vigore per il 2002, è infatti definito esclusivamente per l'assistenza farmaceutica territoriale e non può superare (a livello nazionale e in ogni singola regione) il 13% della spesa sanitaria complessiva. Negli anni a seguire, il tetto di spesa viene periodicamente modificato, incrementando il suo livello di incidenza sulla spesa sanitaria complessiva e considerando, al suo interno, anche la spesa sostenuta per farmaci erogati in *setting* ospedaliero (Figura 8.7).

Soltanto nel 2007 si assiste ad un'importante revisione del sistema dei tetti

⁶ Lo Status di innovatività assegnato da AIFA presuppone la valutazione di tre elementi basilari: bisogno terapeutico, valore terapeutico aggiunto e robustezza delle prove scientifiche sottoposte dall'azienda a supporto della richiesta di innovatività.

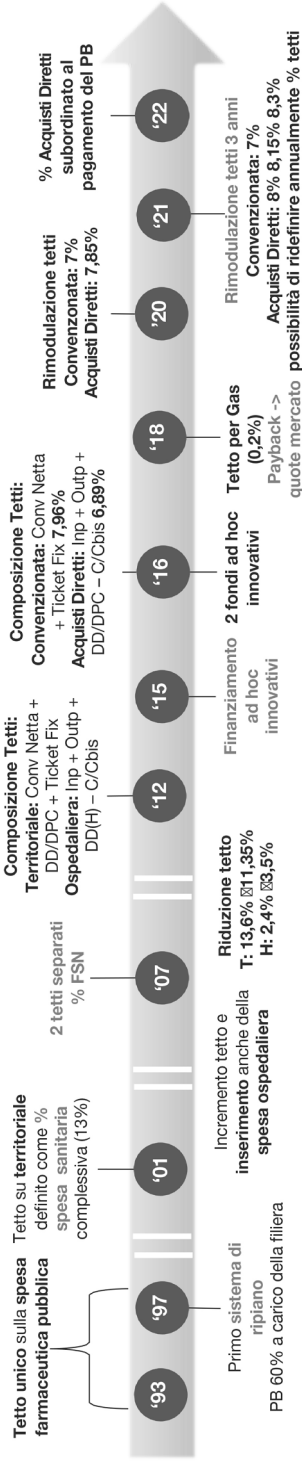
⁷ Il tetto è un limite massimo di risorse, deciso preventivamente e destinato alla spesa e acquisto di un determinato servizio o bene. Nel contesto dei sistemi di contenimento di spesa, il superamento del tetto di solito comporta dei meccanismi di ripiano economico per recuperare lo sfioramento della soglia prestabilita.

⁸ Legge 278/93 «Misure urgenti in materia di partecipazione alla spesa sanitaria, di formazione dei medici e di farmacovigilanza».

⁹ Legge 449/97 «Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica».

¹⁰ Legge 405/01 «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria».

Figura 8.7 Cronologia dei principali atti normativi relativi al finanziamento dei farmaci in Italia (1998-2022)



NB: gli anni si riferiscono all'anno riportato nell'atto normativo

Nota: Si segnala che la proposta di Legge di bilancio per il 2024 prevede una rimodulazione dei tetti di spesa per il 2024 con un incremento del tetto sugli acquisti diretti e una rimodulazione del tetto sulla spesa farmaceutica convenzionata

sulla spesa farmaceutica in Italia. Con la L. 222/07¹¹, infatti, vengono previsti due tetti separati per la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, rispettivamente del 14% e del 2,4% del finanziamento cui concorre lo Stato¹². Va specificato che i livelli di finanziamento della spesa farmaceutica ospedaliera risultano inferiori alla spesa sostenuta per lo stesso canale negli anni precedenti. Infatti per la prima volta i due tetti non sono più calcolati come una percentuale dei livelli di spesa sostenuti per l'assistenza sanitaria ma sono ancorati ai livelli di finanziamento. Pertanto, le risorse a disposizione dell'assistenza farmaceutica sono fortemente vincolate ai trend di crescita delle risorse complessive per la sanità. Ciò significa che, se il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) non cresce o cresce a tassi molto bassi, anche le risorse per la farmaceutica cresceranno in maniera limitata, indipendentemente dalle priorità identificate in fase di programmazione dal Ministero della Salute, dal mix dei bisogni della popolazione e dall'offerta tecnologica identificata nelle pipeline delle imprese produttrici. Inoltre, i due tetti sono da considerarsi indipendenti l'uno dall'altro, non consentendo così eventuali spostamenti di risorse da un silos all'altro per compensare eventuali scostamenti in un tetto con risorse non utilizzate nell'altro. La non comunicabilità dei tetti e il fatto che l'eventuale avanzo di uno dei due tetti non possa ancora oggi essere utilizzato per compensare almeno in parte l'eventuale sfondamento dell'altro tetto (norma attualmente ancora in vigore), pertanto, determina quindi di fatto la perdita di risorse inizialmente stanziata per l'assistenza farmaceutica.

Negli anni, il tetto sulla spesa farmaceutica territoriale è andato incontro a progressive riduzioni (13,6% nel 2009; 13,3% nel 2010; 13,1% nel 2012) fino a raggiungere l'11,35% a partire dal 2013 (L. 135/2012)¹³. In contrapposizione, il tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera¹⁴ è stato rimodulato in positivo, passando dal 2,4% (in vigore dal 2008) al 3,5% dal 2013. Con la L. 135/2012, inoltre, vengono riviste le voci di spesa che compongono i singoli tetti. In particolare, il tetto sulla spesa farmaceutica territoriale viene calcolato a partire dalla

¹¹ Legge 222/07 «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale»

¹² Finanziamento da considerarsi al netto delle somme non rendicontate dalle aziende sanitarie (ovvero di finanziamenti per soggetti centrali, quale Croce Rossa Italiana, Cassa Depositi e Prestiti, ecc.).

¹³ Legge 135/12 «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini»

¹⁴ La spesa per farmaci acquistati dalle aziende sanitarie pubbliche è definita al netto i) dei vaccini, ii) delle preparazioni officinali/medicinali ospedaliere, iii) dei medicinali esteri e iv) del plasma derivati di produzione regionale e coincide con quella risultante ad esito della procedura di consolidamento del dato della Tracciabilità contenuta nel documento: «Tracciabilità del Farmaco – Metodologia per la stima del valore economico mancante delle forniture di medicinali direttamente a carico del SSN»

spesa farmaceutica convenzionata netta¹⁵ a cui sono aggiunte nuovamente le sole compartecipazioni alla spesa farmaceutica in quota fissa regionale, la spesa per forme alternative di distribuzione dei farmaci (DD e DPC di fascia A).

Spesa convenzionata netta: Spesa convenzionata
lorda – compartecipazioni totali – sconto

Il tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera viene calcolato a partire dal dato di tracciabilità del farmaco al netto della spesa per le forme alternative di distribuzione dei farmaci (sola fascia A) e dalla spesa per farmaci in fascia C e Cbis.

Spesa farmaci acquisti diretti: spesa *Inpatient* + spesa
Outpatient + spesa DD/DPC

La gestione dell'eventuale sfondamento dei tetti, calcolato come scostamento assoluto tra il livello di finanziamento programmato e la spesa sostenuta, è stato normato inizialmente dalla L. 222/2007 e poi richiamato all'interno della L. 135/12. In particolare, la Legge del 2012 prevede che l'eventuale sfondamento della spesa farmaceutica territoriale venga totalmente ripianato dalla filiera in proporzione alle relative quote di spettanza sui prezzi dei medicinali. Nel caso invece di un eventuale sfondamento del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera la responsabilità al ripiano sia a carico delle imprese farmaceutiche e delle regioni per il 50% ciascuna, in proporzione ai rispettivi disavanzi, ad eccezione delle Regioni in equilibrio di bilancio complessivo sulla sanità, che non sono tenute al ripiano. Per ulteriori dettagli sulla gestione del ripiano conseguente allo sfondamento dei tetti di spesa si rimanda al Capitolo 17 del presente rapporto.

Nel 2015 (L.190/14 – Legge di Stabilità per il 2015)¹⁶, si assiste ad un'ulteriore rivoluzione nel panorama del finanziamento dell'assistenza farmaceutica. A valle dell'entrata in commercio dei primi farmaci in grado di eradicare il virus dell'epatite C cronica, è stato rivisto il sistema di finanziamento dei farmaci innovativi (tendenzialmente ad alto costo) prevedendo, pertanto, delle risorse ad hoc e svincolando la spesa per questa tipologia di farmaci dalle risorse complessive a disposizione della farmaceutica. Tale azione ha confermato che il sistema di finanziamento dei farmaci, definito come percentuale fissa del FSN, risulti essere uno strumento difficilmente versatile nell'accogliere l'innovazione tecnologica.

¹⁵ Spesa per farmaci che transitano dalle farmacie aperte al pubblico (esclusa la Distribuzione in nome e Per Conto – DPC), al netto delle compartecipazioni alla spesa farmaceutica e delle scontistiche obbligatorie per legge al SSN

¹⁶ Legge 190/14 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)»

Con la Legge finanziaria per il 2017 (L. 232/16)¹⁷, e a seguito dei diversi ricorsi ai tribunali amministrativi per controversie legate al *payback* da sfondamento dei tetti negli anni precedenti (Capitolo 17 del presente rapporto), il sistema dei tetti vede una sua rimodulazione. Tale revisione non solo riguarda la denominazione dei due tetti, ma anche la loro composizione e il livello di finanziamento collegato al FSN. In particolare: i) il tetto sulla spesa farmaceutica territoriale, scorporato dalle voci di spesa per DD e DPC di fascia A, è rideterminato nella misura del 7,96% del FSN e assume la denominazione di tetto sulla spesa farmaceutica convenzionata; ii) il tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera, calcolato al lordo della spesa per i farmaci di fascia A in DD e DPC, è rideterminato nella misura del 6,89% del FSN e assume la denominazione di tetto sulla spesa farmaceutica per acquisti diretti. Nonostante la rimodulazione delle percentuali, il livello di finanziamento per i farmaci acquistati direttamente dalle aziende sanitarie risulta inferiore ai livelli di spesa sostenuti negli anni precedenti. Tale revisione ha notevolmente semplificato la modalità di calcolo evitando così eventuali incongruenze dovute allo scorporo di voci di spesa ospedaliera e alla loro conseguente attribuzione al tetto costituito da voci di spesa farmaceutica convenzionata. La logica di definizione dei tetti, pertanto, non si basa più sul setting di erogazione / dispensazione del farmaco bensì sul soggetto che acquista la specialità medicinale (filiera convenzionata o aziende sanitarie pubbliche). Nello stesso atto normativo è stato rivisto anche il sistema di finanziamento dei farmaci ad indicazione innovativa, prevedendo l'istituzione di un ulteriore fondo ad hoc destinato al finanziamento di farmaci innovativi ad indicazione oncologica (500 milioni per farmaci innovativi non oncologici e 500 milioni per farmaci innovativi oncologici). Anche nel caso del finanziamento dei farmaci innovativi, possiamo intendere i due fondi ad hoc come ulteriori silos di spesa non comunicanti fra loro. Inoltre, eventuali sfondamenti dei due fondi concorreranno al raggiungimento del tetto di spesa per acquisti diretti.

Con la L. 145/18 viene ulteriormente specificato che il tetto sugli acquisti diretti, pari al 6,89% del FSN, incorpora al suo interno una quota, pari allo 0,2% del FSN, destinata esclusivamente al finanziamento dei gas medicinali (ATC V03AN). Conseguentemente, per gli altri acquisti diretti il tetto è rideterminato nella misura pari al 6,69% del FSN. La Legge definisce anche che, a decorrere dall'anno 2019, il *payback* sarà calcolato sulle quote di mercato delle aziende titolari di AIC (Capitolo 17 del presente rapporto).

I tetti vengono rimodulati nuovamente con la L.178/2020¹⁸ (finanziaria

¹⁷ Legge 232/16 «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019»

¹⁸ Legge 178/20, «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023»

2021), in cui il tetto sulla spesa farmaceutica convenzionata è fissato per il 2021 al 7% del FSN, mentre il tetto sugli acquisti diretti al 7,85% (fermo restante lo 0,2% del FSN destinato ai gas medicinali). La stessa Legge, inoltre, introduce esplicitamente la possibilità di ridefinire annualmente il valore percentuale dei tetti pur mantenendosi complessivamente all'interno del 14,85% del FSN. Se quindi permane il principio per cui i tetti non sono «vasi comunicanti», vengono introdotti elementi di flessibilità nella rideterminazione dei tetti stessi. Viene anche specificato che quanto previsto per i tetti 2021 è subordinato al pagamento da parte delle aziende farmaceutiche degli oneri di ripiano relativi al superamento del tetto degli acquisti diretti dell'anno 2018. Per la prima volta, pertanto, il livello di finanziamento è subordinato al pagamento del *payback*.

Con la L. 234/21¹⁹ il tetto sulla spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8% per l'anno 2022, dell'8,15% per l'anno 2023 e dell'8,30% a decorrere dall'anno 2024. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali (0,2%) e il limite della spesa farmaceutica convenzionata (7%).

Conseguentemente, il valore complessivo della spesa farmaceutica è rideterminato nel 15% per l'anno 2022, nel 15,15 % nel 2023 e nel 15,30% a decorrere dal 2024. Anche in questo atto normativo è richiamata la facoltà degli organi preposti a rivedere annualmente le percentuali di finanziamento sulla base dell'andamento del mercato dei farmaci e del fabbisogno assistenziale. A questo importante atto normativo, che si impegna nella direzione di una crescita dei livelli di finanziamento dei farmaci acquistati dalle aziende sanitarie pubbliche, segue un Decreto del 23 novembre 2022 che vincola le percentuali del tetto sugli acquisti diretti al pagamento del *payback* da parte delle imprese produttrici. Per le aziende che risultano inadempienti al pagamento del *payback* viene, infatti, applicato il valore percentuale del 7,85% del FSN. Risulta quindi evidente come, a partire dal 2021, le imprese considerino l'incremento del tetto sugli acquisti diretti come uno sconto sull'eventuale *payback*.

Infine, la L. 106/21²⁰ ha previsto la riunificazione dei due fondi ad hoc per farmaci ad indicazione innovativa. Inoltre, con la Legge di bilancio per il 2022, è stato stabilito un incremento delle risorse a disposizione per l'acquisto di farmaci innovativi di 100 milioni di euro per l'anno 2022, di 200 milioni di euro per l'anno 2023 e di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024²¹.

¹⁹ Legge 234/21 «Legge di Bilancio per l'anno 2022».

²⁰ Legge 106/21 «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, recante misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali.»

²¹ È inoltre da segnalare che nella proposta di Legge di bilancio per il 2024 è prevista un'ulteriore modifica ai tetti di spesa farmaceutica a partire dal 2024. La variazione prevede una rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica convenzionata al 6,8% del FSN e un incremento del tetto sugli acquisti diretti al 8,5% del FSN.

Una rappresentazione grafica dell'evoluzione del sistema di finanziamento dei farmaci in Italia è illustrata in Figura 8.7.

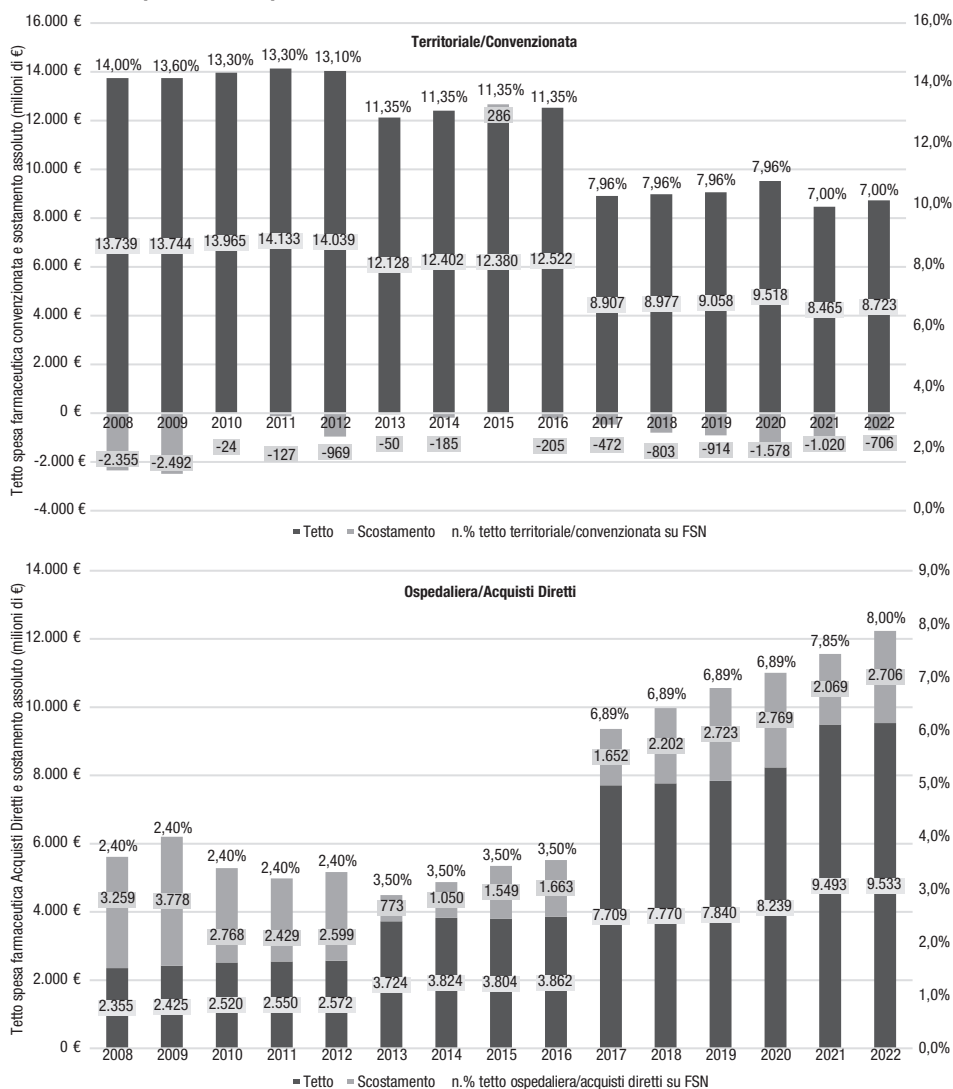
Si nota come negli anni, e soprattutto nell'ultimo triennio, l'attenzione dei *policy maker* si sia focalizzata maggiormente sulla gestione della spesa farmaceutica sostenuta dalle aziende sanitarie pubbliche. La spesa sostenuta per farmaci acquistati direttamente dalle aziende sanitarie, infatti, negli anni ha subito una crescita repentina se paragonata alla spesa farmaceutica convenzionata (cfr 8.5). Nonostante i diversi interventi, i livelli di spesa farmaceutica sostenuta dagli enti erogatori pubblici negli anni sono risultati cronicamente superiori ai livelli di finanziamento programmati (Figura 8.8). Nell'ultimo decennio, infatti, la spesa farmaceutica ospedaliera / per acquisti diretti ha sempre superato di oltre il 20% le risorse disponibili, determinando un sistematico sfondamento del tetto programmato²² (Report n. 42 OSFAR, 2022). Anche i dati provvisori pubblicati nel monitoraggio AIFA della spesa farmaceutica Nazionale e Regionale per il 2022 (pubblicato il 19 luglio 2023), mostrano un'incidenza percentuale della spesa per acquisti diretti (comprensiva dei gas medicinali) sul FSN pari al 10% (Figura 8.8) con uno scostamento assoluto pari a 2.706 milioni di euro e il mancato rispetto del tetto programmato in tutti i contesti regionali.

Per quanto riguarda i livelli di spesa farmaceutica territoriale / convenzionata, l'analisi della serie storica (Tabella 8.1) mostra un sistematico rispetto del tetto di spesa ad eccezione del 2015, unico anno in cui la spesa farmaceutica territoriale ha superato le risorse a disposizione. È importante aggiungere che non solo il tetto è stato sempre rispettato, ma anche che le risorse a disposizione non sono state totalmente utilizzate (l'incidenza della spesa convenzionata sul tetto negli ultimi 5 anni non ha mai superato il 90%), comportando così la perdita di risorse che non possono essere utilizzate per compensare l'eccesso di spesa per acquisti diretti. Questo trend è da imputare, da un lato, ad una consolidata flessione dei livelli di spesa farmaceutica convenzionata ormai registrata da oltre 10 anni (cfr supra) e dall'altro, ad un livello di finanziamento ancora non del tutto adeguato ai livelli di spesa effettiva e, nello specifico, ad un sistematico sottofinanziamento della spesa per acquisti diretti. Questi dati sono confermati anche da quanto emerge nell'ultimo monitoraggio AIFA, in cui complessivamente l'incidenza percentuale della spesa farmaceutica convenzionata sul rispettivo tetto è pari al 6,42% e il tetto viene rispettato in tutte le regioni ad eccezione di Lombardia, Basilicata, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria e Sardegna. Le risorse non utilizzate, quindi, sono state pari a 705,7 milioni di euro.

Il sistema di tetti sulla spesa farmaceutica è stato negli anni un efficace strumento di controllo di una delle principali voci di spesa sanitaria cioè quella farmaceutica. Tuttavia, questo strumento presenta due principali criticità:

²² Per maggiori informazioni sulle classi terapeutiche si veda al seguente link riferito al rapporto OSMED 2023: <https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1967301/Rapporto-OsMed-2022.pdf>

Figura 8.8 **Incidenza delle due tipologie di spesa farmaceutica sui rispettivi tetti (2008-2022)**



Fonte: Elaborazione dati OSFAR

- i) il suo rapporto con le risorse complessive a disposizione per la sanità, concepito come percentuale fissa. Tale sistema di allocazione delle risorse non tiene in considerazione in maniera esplicita l'evoluzione nel tempo dei bisogni della popolazione e il trend di innovazione tecnologica;
- ii) l'impossibilità di «far comunicare» fra loro i due tetti di spesa, negando quindi la possibilità di spostare le risorse non utilizzate da un tetto all'altro.

Tabella 8.1 Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti e scostamento del tetto programmato (2022)

Regione	Tetto 7,65% Acquisti Diretti	Spesa Acquisti diretti esclusi Gas Medicinali	Scostamento assoluto rispetto al tetto del 7,65%	Tetto 0,20% Gas Medicinali	Spesa Gas Medicinali	Scostamento assoluto rispetto al tetto dello 0,20%	Tetto 7,00% Convenzionata	Spesa convenzionata	Scostamento Convenzionata
Abruzzo	207,806,614	305,437,032	97,630,418	5,432,853	7,101,082	1,668,229	190,149,843	195,674,386	5,524,543
Basilicata	88,781,362	121,460,505	32,679,143	2,321,081	3,318,389	997,308	81,237,848	84,216,779	2,978,931
Calabria	302,917,468	426,591,188	123,673,720	7,919,411	12,793,180	4,873,769	277,179,382	281,415,458	4,236,076
Campania	880,273,026	1,288,643,672	408,370,646	23,013,674	22,466,313	-547,361	805,478,586	830,829,752	25,351,166
E. Romagna	724,401,302	1,019,496,795	295,095,493	18,938,596	17,341,971	-1,596,625	662,850,865	482,970,778	-179,880,087
Friuli V.G.#	192,914,340	283,593,623	90,679,283	5,043,512	3,079,454	-1,964,058	176,522,925	152,273,220	-24,249,706
Lazio	915,551,570	1,140,068,482	224,516,911	23,935,989	20,457,842	-3,478,147	837,759,607	806,222,224	-31,537,382
Liguria	261,385,431	360,325,144	98,939,713	6,833,606	3,571,044	-3,262,562	239,176,211	199,007,992	-40,168,220
Lombardia	1,598,406,910	1,698,807,498	100,400,587	41,788,416	32,074,911	-9,713,505	1,462,594,559	1,544,487,096	81,892,537
Marche	243,764,821	364,342,815	120,577,993	6,372,937	4,301,207	-2,071,729	223,052,778	198,106,911	-24,945,867
Molise	48,466,065	65,808,931	17,342,867	1,267,087	1,914,602	647,516	44,348,033	41,268,672	-3,079,361
P.A. Bolzano	82,488,585	104,719,062	22,230,477	2,156,564	1,199,732	-956,832	75,479,751	46,978,842	-28,500,909
P.A. Trento#	84,781,459	97,927,240	13,145,781	2,216,509	489,162	-1,727,347	77,577,806	63,222,109	-14,355,697
Piemonte	700,607,007	902,853,231	202,246,224	18,316,523	21,312,647	2,996,124	641,078,307	518,231,899	-122,846,408
Puglia	627,808,501	884,924,251	257,115,750	16,413,294	20,044,555	3,631,261	574,465,295	583,442,813	8,977,518
Sardegna#	253,492,335	395,896,588	142,404,253	6,627,251	8,824,625	2,197,375	231,963,770	232,679,064	725,294
Sicilia#	760,158,246	902,389,431	142,231,186	19,873,418	35,109,250	15,235,832	695,569,637	654,756,768	-40,812,868
Toscana	607,212,496	767,172,293	159,959,798	15,874,836	10,732,537	-5,142,300	555,619,277	437,996,060	-117,623,217
Umbria	144,356,636	205,544,798	61,188,162	3,774,030	4,706,239	932,209	132,091,039	113,481,820	-18,609,219
V. D'Aosta#	19,847,463	20,214,023	366,560	518,888	608,731	89,843	18,161,077	13,803,774	-4,357,303
Veneto	787,533,534	966,850,706	179,317,172	20,589,112	8,866,232	-11,722,880	720,618,920	536,235,125	-184,383,795
Italia	9,532,955,171	12,238,763,943	2,705,808,772	249,227,586	240,313,705	-8,913,881	8,722,965,516	8,017,301,541	-705,663,974

N.B. Il tetto complessivo sulla spesa farmaceutica per acquisti diretti è pari al 7,85% coerentemente con quanto previsto dal decreto del 23 novembre 2022. I dati sono espressi in migliaia di €.

Fonte: Elaborazione dati di Monitoraggio della Spesa farmaceutica Nazionale e Regionale AIFA.

8.3 I sistemi di governo della spesa farmaceutica a livello internazionale

Al fine di confrontare i diversi sistemi di governo della spesa farmaceutica in Europa e trarne quindi spunto ed ispirazione per proporre scenari evolutivi del sistema italiano, è stata implementata una ricerca sulle principali politiche sanitarie attive in: Francia, Regno Unito, Germania, Svezia e Spagna. La scelta dei Paesi ha voluto tenere in considerazione modelli di assistenza sanitaria diversi (modelli Bismarck e modelli Beveridge) e realtà nazionali con forme di governo differenti (realtà centralizzate e realtà regionalizzate). La ricerca²³ delle informazioni rilevanti è avvenuta attraverso l'analisi: i) di contributi bibliografici dalla letteratura scientifica; ii) della letteratura grigia; iii) dei siti istituzionali; iv) della normativa vigente. Nei casi in cui la disponibilità delle informazioni è risultata particolarmente limitata, è stato necessario confrontarsi direttamente, tramite intervista, con professionisti dell'industria farmaceutica residenti nei Paesi oggetto dell'indagine. Le informazioni raccolte sono state sistematizzate all'interno di schede Paese e confrontate fra loro attraverso un quadro sinottico (Tabella 8.2). L'attività di ricerca si è quindi strettamente focalizzata sugli strumenti di finanziamento dei farmaci adottati dai Paesi identificati. Per approfondimenti in merito a eventuali sistemi di ripiano della spesa farmaceutica (si rimanda al Capitolo 17 del presente rapporto); per maggiori informazioni in merito ai sistemi di definizione del prezzo dei farmaci e all'utilizzo di logiche basate sull'*Health Technology Assessment* (HTA)²⁴.

Per evitare possibili fraintendimenti dovuti alle differenze nella terminologia utilizzata tra i vari Paesi, si propone la creazione di un glossario che possa chiarire i diversi sistemi di contenimento macroeconomico adottati da ciascuna nazione.

- ▶ **BUDGET:** Nel Sistema di contabilità nazionale, è uno strumento contabile finanziario. Nella finanza nazionale, il periodo coperto da un budget è di solito un anno, noto come anno finanziario o fiscale, che può o non può corrispondere all'anno in corso.
- ▶ **TARGET:** Si riferisce ad un obiettivo di spesa prestabilito. È quindi un parametro finanziario che indica la quantità massima di risorse monetarie che si prevede di allocare o spendere per raggiungere un determinato scopo. L'obiettivo del target di spesa è quello di fornire un riferimento finanziario

²³ Le parole chiave utilizzate nella ricerca ed associate ai Paesi indagati sono state: : expenditure cap, budget medicines/drug/pharmaceutical cost containment, medicines/drug/pharmaceutical cost control, medicines/drug/pharmaceutical expenditures control.

²⁴ Amoroso N. *et al.* (Capitolo 10 – Rapporto OASI 2016)

Tabella 8.2 Confronto tra i diversi sistemi di programmazione e controllo della spesa e le modalità di ripiano adottate in caso di superamento del limite nei vari Paesi oggetto di indagine

Paese	SSN e Governance	Sistemi di determinazione dell'ammontare della spesa	Limite soggetto a ripiano	Altri strumenti	Pagamenti previsti dalla legge da parte delle aziende verso i pagatori pubblici	Medicinali che beneficiano di esenzione o riduzione
Francia	Bismark	Target: ONDAM (importo M)	SI	/	SI (clausola di salvaguardia)	ASMR 1 e 2: esenzione totale rispettivamente per 36 e 24 mesi ASMR 3: esenzione 50% per 24 mesi ASMR 4: esenzione 25% per 24 mesi
Regno Unito	Beveridge	Budget: VPAS (90% delle imprese)	SI	Esistenza di fondi ad hoc	SI (l'ammontare da ripianare è definito da una % fissa dello scostamento sulla base delle quote di mercato delle imprese)	OTC, anestetici dentali, farmaci Lista 1 NHS, vaccini acquistati a livello centrale, farmaci generici
Germania	Bismark	Fondi assicurativi obbligatori: non soggetti a ripiano	NO	/	/	/
Svezia	Beveridge	Target: non soggetto a ripiano; Tetti per prodotto (MEA)	NO	/	SI (MEA)	/
Spagna	Beveridge	Target (tetto abolito)	NO	/	/	Farmaci generici
Italia	Beveridge	Tetti di spesa (convenzionata e acquisti diretti) come % fissa della spesa sanitaria	SI	Fondo farmaci innovativi	SI (Payback)	Farmaci innovativi

Fonte: Elaborazione OSFAR

per garantire una gestione adeguata delle risorse, evitando sprechi e assicurando una pianificazione finanziaria efficace. Il raggiungimento del target di spesa può richiedere il monitoraggio costante delle spese effettive e l'adozione di misure correttive se necessario, al fine di rispettare l'obiettivo prefissato.

- ▶ **TETTO:** È un limite massimo di risorse, deciso preventivamente e destinato alla spesa e acquisto di un determinato servizio o bene. Nel contesto dei sistemi di contenimento di spesa, il superamento del tetto di solito comporta dei meccanismi di ripiano economico per recuperare lo sfioramento della soglia prestabilita.

8.3.1 Francia

Il sistema sanitario francese è un sistema a copertura universale, basato sul meccanismo dell'assicurazione pubblica (*Assurance Maladie*), finanziata da contributi sociali, tasse, e premi assicurativi, che copre quasi tutta la popolazione del Paese.

Negli ultimi anni, la spesa sanitaria è aumentata notevolmente (D. Kourouklis *et al.*, 2022), quindi il Paese ha dovuto introdurre diverse misure per controllare tale spesa. Nello specifico, sono stati adottati diversi strumenti quali: sconti sui prezzi standard per determinati tipi di farmaci acquistati dall'assicurazione sanitaria, riduzione dei prezzi per i farmaci maturi e stipula di accordi per evitare l'incremento dei prezzi.

Nel 1996, al fine di garantire un sistema sanitario sostenibile, la Francia ha istituito ONDAM (*Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie*), un meccanismo di controllo per le spesa di assicurazione sanitaria complessiva del Paese, sulla base di trend storici ed epidemiologici, un obiettivo per le spese di assicurazione sanitaria complessiva del Paese, attraverso la Legge di Finanziamento della Sicurezza Sociale (*Loi de financement de la Sécurité Sociale*, LFSS)²⁵.

Oltre a definire l'obiettivo sanitario e, indirettamente, anche quello farmaceutico, la LFSS stabilisce annualmente l'importo M (*Montant M*), una soglia di fatturato delle imprese produttrici, che viene determinato in base al trend di crescita del mercato. Questo meccanismo tende a responsabilizzare le imprese produttrici di farmaci sulle vendite, poiché se il fatturato di un'azienda supera l'importo M, essa è tenuta a ripianare un importo a favore dell'*Assurance Maladie*. Questo meccanismo di ripiano è noto come «clausola di salvaguardia» ed è diventato negli ultimi anni un vero e proprio sistema di governo della spesa

²⁵ Haute Autorité De Santé, <https://www.has-sante.fr/https://www.has-sante.fr/>; Loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

farmaceutica²⁶. In caso di sfondamento, il contributo delle aziende è progressivo, ovvero aumenta all'aumentare dello scostamento.

Non tutti i farmaci rientrano in questo meccanismo di ripiano: per esempio, per i farmaci a cui è stata assegnata una classificazione ASMR 1 e 2 (*Amélioration du Service Médical Rendu* – vale a dire farmaci con un beneficio incrementale molto rilevante o importante), l'esenzione completa da questo meccanismo è valida rispettivamente per 36 e 24 mesi. La classificazione ASMR 3 e 4 (vale a dire farmaci con un beneficio incrementale modesto o poco rilevante), hanno rispettivamente un'esenzione del 50% e del 25% per 24 mesi²⁷.

In sintesi, la Francia ha adottato un sistema estremamente articolato che considera i vincoli di spesa pubblica, le pipeline previste, i trend demografici ed epidemiologici, e il target progressivo di crescita della spesa sanitaria. Questo sistema si basa su una formula complessa che, negli ultimi anni, ha generato notevoli risparmi per il sistema che può quindi contare su risorse incrementali da destinare all'innovazione tecnologica in sanità.

8.3.2 Inghilterra

Il Sistema Sanitario del Regno Unito è stato creato nel 1948 come primo Servizio Sanitario Nazionale (NHS – *National Health Service*), a disposizione di tutti i residenti (universalistico), gratuitamente (o con bassi livelli di compartecipazione alla spesa) e finanziato dalla raccolta fiscale (Cylus *et al.*, 2015).

Per far fronte alle crescenti necessità di finanziamento, sono state implementate negli anni varie strategie volte a ridurre la spesa sanitaria complessiva, tra cui un budget per il Servizio Sanitario Nazionale (NHS). In particolare, al fine di meglio governare la spesa per farmaci, il Regno Unito ha introdotto sconti per i farmaci ad alto costo e gare competitive volte a ottenere prezzi sempre più bassi. Inoltre, nel 2019, il Regno Unito ha istituito il VPAS (*Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access*), un programma a carattere volontario che sostituisce il PPRS (*Pharmaceutical Pricing Regulation Scheme*), programma obbligatorio che prevedeva meccanismi di pagamento retroattivi per gli eccessi di spesa sulle vendite dei farmaci branded soggetti a regolamentazione.

Il VPAS è un accordo quinquennale²⁸ tra il Dipartimento della Salute e dell'Assistenza Sociale (*Department of Health and Social Care*, DHSC) e l'associazione di categoria dell'industria farmaceutica (The Association of the British Pharmaceutical Industry). Questo accordo è volto a garantire l'acces-

²⁶ <https://www.leem.org/sites/default/files/2022-10/Kit-PLFSS-VersionAnglaise.pdf>

²⁷ LEEM, Les Entreprises Du Médicament, <http://leem.org>

²⁸ L'ultima scadenza del VPAS è prevista per la fine del 2023

sibilità dei farmaci branded in tutto il Regno Unito e a supportare l'accesso e l'adozione di nuovi farmaci ai fini di una rapida innovazione.

Tale meccanismo adotta un approccio basato su tre fasi distinte: *i*) definizione del trend di spesa per i farmaci branded, *ii*) misurazione delle variazioni rispetto alle vendite effettive, *iii*) identificazione della percentuale di copertura delle spese eccedenti²⁹.

Al suo avvio, nel 2019, è stata definita la proiezione del trend di spesa per il quinquennio, prendendo in considerazione due tipologie di tendenze: a) un trend predittivo basato sulla spesa degli anni precedenti (*forecast growth rate*), e b) un trend di crescita della spesa determinato *ex ante* e stabilito al 2% annuo (*allowed growth rate*). Ogni anno viene effettuato un confronto tra la spesa effettivamente registrata e la discrepanza tra il dato ottenuto dal trend predittivo e quello calcolato utilizzando la *allowed growth rate*. In seguito, viene calcolata la percentuale delle vendite delle aziende rispetto al fatturato totale. Questo valore viene quindi utilizzato per determinare l'entità dello scostamento, prendendo in considerazione la differenza tra i dati effettivamente registrati delle vendite e quelli derivanti dai due trend previsionali.

Le singole imprese, quindi, concorrono al ripiano sulla base delle loro quote di mercato registrate annualmente (per maggiori dettagli si rimanda al Capitolo 17 del presente rapporto). Questo programma riguarda i farmaci *branded* ed esclude esplicitamente i farmaci OTC (*Over The Counter*, ossia quelli da banco), gli anestetici dentali, i vaccini acquistati a livello centralizzato e i farmaci contenenti sostanze allucinogene (come LSD, MDMA) elencati nella cosiddetta Lista 1 del NHS. Negli ultimi 5 anni si è osservato un notevole incremento della percentuale dello scostamento, portando ad un ammontare da ripianare sempre più significativo. Il valore percentuale, infatti, è aumentato dal 9,6% al momento dell'avvio del VPAS nel 2019 fino al 26,5% nel 2023.

Durante una recente tavola rotonda tra i principali *stakeholder* coinvolti, le imprese hanno espresso preoccupazioni riguardo all'incremento significativo dell'entità da ripianare, poiché si teme possa avere conseguenze negative sugli investimenti e sulla conduzione di studi clinici, minando così i valori promossi dal VPAS come incentivo per l'innovazione.

In conclusione, sarà particolarmente interessante capire come il sistema evolverà, una volta raggiunto il termine – ormai prossimo – di questo schema. Probabilmente sarà necessario istituire un tavolo di confronto tra il governo e l'industria al fine di proporre un programma reciprocamente vantaggioso, che promuova la sostenibilità del sistema sanitario britannico senza compromette-

²⁹ NICE, <https://www.nice.org.uk/>, England NHS, <https://www.england.nhs.uk/> NICE, <https://www.nice.org.uk/>, England NHS, <https://www.england.nhs.uk/>, www.gov.uk/government/consultations/proposed-update-to-the-2023-statutory-scheme-to-control-the-costs-of-branded-health-service-medicines/proposed-update-to-the-2023-statutory-scheme-to-control-the-costs-of-branded-health-service-medicines

re i processi di ricerca e sviluppo sostenuti dall'industria e che rappresentano un'opportunità di innovazione per il Paese.

8.3.3 Germania

In Germania, il sistema sanitario è basato su un modello di assicurazione obbligatoria, noto come Sistema Bismarck. Questo è finanziato attraverso contributi obbligatori legati all'occupazione e offre assistenza sanitaria gratuita a tutti i cittadini attraverso i fondi assicurativi sanitari. I pagamenti assicurativi si basano su una percentuale del reddito, e sono in parte a carico del dipendente e in parte del datore di lavoro³⁰. La GKV-Spitzenverband è l'associazione dei fondi sanitari obbligatori, che rappresenta i loro interessi e interagisce, in loro nome, con le associazioni di medici e farmacisti, con le aziende farmaceutiche e con altri attori del sistema sanitario. e svolge un ruolo importante nella negoziazione del prezzo dei farmaci, nel rimborso delle cure e nel controllo della spesa farmaceutica. La GKV-Spitzenverband è un'organizzazione che rappresenta gli interessi delle casse malattia obbligatorie e negozia in loro nome con le organizzazioni di medici e farmacisti, con le aziende farmaceutiche e con altri attori del sistema sanitario. In particolare, la GKV è responsabile della definizione dei prezzi dei farmaci, del rimborso dei costi delle cure, della definizione delle prestazioni sanitarie offerte dalle casse malattia e della tracciabilità di spesa farmaceutica³¹.

In merito al governo della spesa farmaceutica, in Germania, attualmente non è attivo un sistema basato su tetti o soglie che prevedano un ripiano dell'eccedenza di spesa. Le casse malattia ed il governo effettuano delle previsioni di spesa che vengono riviste dalle casse malattia le quali, a loro volta, identificano il budget a disposizione per i farmaci in funzione dei livelli salariali. In altre parole, se i salari aumentano, anche il budget disponibile per la spesa farmaceutica è maggiore. I livelli di spesa farmaceutica vengono, inoltre, costantemente monitorati e, in caso di scostamento rispetto alle previsioni, le casse di assicurazione malattia possono adottare misure per contenere la spesa, come negoziare prezzi più bassi con i produttori di farmaci, bloccare temporaneamente la vendita di farmaci costosi o promuovere l'uso di farmaci generici. Inoltre, per ridurre l'impatto crescente della spesa farmaceutica sulla sostenibilità economica del paese, il Ministero Federale della Salute (*Bundesministerium für Gesundheit* – BMG), attraverso la legge sulla stabilizzazione finanziaria GKV (GKV-FinStG), ha modificato ed introdotto alcune azioni volte al contenimento della spesa farmaceutica che agiscono sul prezzo (ad

³⁰ Ministero della Salute tedesco (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>)

³¹ Associazione delle compagnie assicurative sanitarie tedesche (<https://www.gkv-spitzenverband.de/english/home/home.jsp>)

esempio, accordi prezzo volume o sconti obbligatori) e sul contingentamento dei fatturati.

In sintesi, il sistema tedesco non applica misure stringenti nel contenimento della spesa farmaceutica ma predilige azioni correttive sui prezzi dei farmaci.

8.3.4 Svezia

La Svezia ha un sistema sanitario pubblico e universalistico, che garantisce l'accesso alle cure mediche a tutti i cittadini svedesi e ai residenti del Paese, indipendentemente dalla loro situazione economica o posizione assicurativa³². Il sistema sanitario è organizzato in tre livelli istituzionali (nazionale, regionale e locale) ed è finanziato principalmente attraverso le tasse, che rappresentano l'80% del finanziamento totale. Il restante 20% viene finanziato attraverso le tariffe sanitarie, le quali sono principalmente applicate ai farmaci come forma di co-payment.

In Svezia è presente un target di spesa farmaceutica³³. La preparazione del bilancio farmaceutico centrale coinvolge i ministeri della salute e delle finanze, con la decisione finale presa dal ministero delle finanze. Il target di spesa farmaceutica in Svezia non presenta meccanismi di ripiano nel caso di eventuale sforamento. Inoltre, per governare la spesa dei farmaci ad alto costo è stato introdotto, a partire dal 2014, l'uso più consolidato dei MEA, prevalentemente di carattere finanziario (Anderson *et al.*, 2020). Gli accordi prevedono un eventuale *payback* a favore sia del livello centrale (per il 70%) sia delle singole autonomie locali (per il 30%). Il processo è coordinato da TLV³⁴ (*Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket*), attraverso consultazioni tripartite in cui TLV, Regioni e produttori negoziano i singoli accordi. TLV monitora, inoltre, i risultati dei MEA, elaborando due volte l'anno (giugno e dicembre) delle previsioni del rimborso legato agli accordi per l'intero anno corrente. In particolare, le elaborazioni sono utilizzate come base per definire la quota di rimborso allo Stato ed alle Regioni che avviene nel mese di febbraio. Un'ulteriore verifica del rimborso a consuntivo viene effettuata a marzo, al fine di correggere eventuali scostamenti tra la stima ed il risultato finale. Dal 2023, la TLV ha integrato nel report anche i tre anni futuri per stimare, tramite l'incidenza dei nuovi trattati e la quantità ed il tipo di accordi, l'impatto dei MEA nella sostenibilità economica del Paese³⁵. Infine il sistema svedese non adotta un target di spesa particolarmente articolato ma si evince un ampio utilizzo ampio e consolidato dei MEA con monitoraggio e previsioni/stime degli stessi.

³² Socialstyrelsen (<https://www.socialstyrelsen.se/english/>)

³³ Si veda definizione all'inizio del paragrafo 8.3. Si veda definizione all'inizio del paragrafo 8.3.

³⁴ <https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2023-06-16-fler-atgarder-behovs-for-att-dampa-kostnadsutvecklingen-pa-lakemedel.html>

³⁵ https://www.tlv.se/download/18.37fe9a401884c407c339bb5a/1685692143104/prognos_besparingar_sidooverenskommelser_2023-2026.pdf

8.3.5 Spagna

In Spagna, il sistema sanitario è stato istituito dalla Legge Sanitaria Generale del 1986 e copre circa il 98% della popolazione. La gestione del sistema sanitario è affidata all'Istituto Nazionale di Salute (INSALUD), all'interno del sistema di previdenza sociale³⁶. Il *Servicio Nacional de Salud* (SNS) è fortemente decentrato con le 17 comunità autonome che hanno competenze sulla pianificazione, sull'erogazione e sulla gestione dei servizi sanitari. L'agenzia regolatoria spagnola per i medicinali è l'*Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios* (AEMPS)³⁷, che ha il compito di valutare, approvare e monitorare la sicurezza dei farmaci e dei prodotti sanitari. A livello statale, il Ministero della Salute, del Consumo e del Benessere Sociale (MSCBS) è l'istituzione responsabile del settore farmaceutico.

Nel 2016, al fine di garantire la sostenibilità della spesa farmaceutica pubblica, è stato firmato un accordo tra governo e Farmaindustria chiamato «*Convenio De Colaboracion Entre La Administración General Del Estado Y Farmaindustria*»³⁸. L'accordo prevedeva azioni di ripiano nel caso in cui il tasso di crescita della spesa per farmaci originator avesse superato il tasso di crescita del PIL nominale o del PIL reale nel medio o breve termine³⁹.

In concomitanza alla fine dell'accordo con Farmaindustria che non ha visto rinnovo, anche a causa dell'ondata pandemica Covid-19, il Governo spagnolo ha adottato il *Valtermed* (*Valor Terapéutico en la Práctica Clínica Real de los Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y Económico en el SNS*), un programma del SSN volto a misurare e a valutare i risultati di efficienza e di spesa per i farmaci ad alto impatto economico e con un importante valore aggiunto. Valtermed è un programma che coinvolge oltre 11.000 pazienti e oltre 6.000 utenti registrati su tutto il territorio nazionale⁴⁰. L'obiettivo di questo nuovo metodo programmatico è quello di avere informazioni utili nelle diverse fasi del ciclo di utilizzo del farmaco. Si tratta di informazioni fondamentali per la valutazione di alcuni prodotti ad alto impatto terapeutico ed economico nella pratica clinica e nelle corrette decisioni di governance dei servizi farmaceutici e di monitoraggio della spesa. Il programma, infatti, valuta la possibilità di

³⁶ <https://insaludrd.org/>

³⁷ <https://www.aemps.gob.es/?lang=en>

³⁸ <https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2017/01/Convenio-de-Sostenibilidad-entre-la-Administraci%C3%B3n-General-del-Estado-y-Farmaindustria.pdf>

³⁹ PIL nominale (beni e servizi al loro prezzo corrente) nel medio periodo di 3 anni dell'economia spagnola e tasso di crescita del PIL reale (prezzi dei beni e servizi mantenuti costanti a un anno base) dell'anno corrente dell'economia spagnola prevista dall'*articolo 12.3 della legge organica 2/2012 del 27 aprile*

⁴⁰ Valtermed consente di avere informazioni ottimali per un adeguato processo decisionale nella gestione dei servizi farmaceutici, fornendo grandi opportunità nella valutazione farmaco terapeutica e farmaco-economia.

introdurre diversi accordi tra il produttore e il Sistema Sanitario, tra, tra cui: i) MEA basati sull'outcome come il payment by result; ii) capping di spesa per paziente; iii) tetto massimo di spesa per prodotto e iv) accordi prezzo-volume. Inoltre, a questi strumenti tradizionali si aggiunge l'inclusione dei farmaci nella piattaforma SEGUIMED (Software integrativo per il controllo e la gestione dell'approvvigionamento di medicinali).

In conclusione., in Spagna non è stato rinnovato l'accordo sul tetto della spesa farmaceutica, sia a causa dell'ondata pandemica sia per questioni legate alla performance delle aziende, ma si è passati invece al monitoraggio di farmaci ad alto impatto economico implementando sistemi di controllo specifici per prodotto e per paziente.

Gli obiettivi di questa analisi sono orientati a mettere in evidenza e discutere gli effetti del finanziamento a fondi o tetti fissi sui vari livelli del sistema sanitario. Dall'analisi effettuata emerge un quadro basato su un framework costituito da tre elementi principali: la tipologia del sistema sanitario e la governance adottata, i sistemi di controllo della spesa farmaceutica e l'eventuale sistema di ripiano, nonché la diversa flessibilità dei modelli adottati nei vari paesi e i differenti gradi di responsabilizzazione delle imprese coinvolte. Il modello francese, si configura come un modello altamente strutturato e tra i più completi in Europa. Grazie a una legge introdotta nel 1999 e ancora vigente, si osserva una forte responsabilizzazione delle aziende farmaceutiche. Queste aziende sono chiamate a rispondere nel caso in cui si superi una soglia di spesa prefissata annualmente.

Anche nel Regno Unito, le imprese sono chiamate a una responsabilizzazione tramite uno schema volontario, la cui adesione è facoltativa da parte delle aziende farmaceutiche. Qui viene definito un tasso di crescita consentito annualmente.

Per quando riguarda la Spagna si è visto un passaggio dall'uso di un sistema di controllo del tasso di crescita della spesa farmaceutica correlato al tasso di crescita del PIL reale e l'eventuale ripiano dello sfondamento ad un sistema più complesso nel tracciare i pazienti in trattamento con farmaci ad alto costo e sviluppando analisi di costo-efficacia e costo-beneficio.

Al contrario, negli altri paesi oggetto di indagine, quali Germania e Svezia, non esistono tetti o un sistema altamente strutturato che coinvolga le aziende farmaceutiche in modo simile. Naturalmente, per limitare le spese, vengono stipulati accordi e si cerca di rispettare le previsioni di spesa definite annualmente, senza tuttavia imporre vincoli effettivi come riscontrato nel nostro paese, ma anche in Francia e nel Regno Unito.

8.4 Criticità attuali ed evoluzione futura: prospettive degli stakeholder e raccomandazioni OSFAR

I risultati del confronto tra il sistema di finanziamento della spesa farmaceutica italiana e dei principali Paesi europei sono stati condivisi all'interno di un focus group, tenutosi nel mese di giugno 2023. Il focus group ha coinvolto:

- ▶ due rappresentanti regionali (Lombardia e Veneto);
- ▶ un rappresentante del mondo clinico (oncologia);
- ▶ due rappresentanti delle associazioni di categoria delle imprese (Farmindustria ed Egualia);
- ▶ una rappresentante del mondo dei pazienti (Cittadinanzattiva).

La prima parte dell'incontro è stata dedicata a riassumere i risultati della ricerca sul confronto internazionale e a sottolineare le peculiarità del caso italiano. Pertanto, la convergenza intorno ad un unico tavolo di attori con prospettive diverse ha consentito di analizzare l'eterogeneità delle percezioni rispetto al sistema dei tetti in Italia e alle sue possibili strade evolutive. L'obiettivo del focus group è stato quindi duplice: i) raccogliere le percezioni relative ai pro e ai contro del sistema attuale di finanziamento italiano della spesa farmaceutica e ii) discutere possibili scenari evolutivi di tale sistema, a partire da tre proposte presentate loro.

Sulla base dell'opinioni raccolte durante il focus group, l'OSFAR ha poi elaborato le proprie raccomandazioni. Tali raccomandazioni pertanto non sono frutto della ricerca del consenso unanime del focus group ma rappresentano la visione dell'OSFAR che tiene conto delle posizioni emerse durante l'incontro. Per maggiore dettaglio in questo paragrafo mostreremo:

- ▶ Gli input che osfar ha fornito ai partecipanti del focus group (3 scenari);
- ▶ Le opinioni raccolte dai partecipanti del focus group;
- ▶ Le raccomandazioni dell'OSFAR elaborate a partire da tali opinioni.

Il focus group è stato organizzato in due parti. Nella prima parte le principali caratteristiche del sistema a tetti italiano sono state descritte ai partecipanti

Input del focus group: peculiarità del caso italiano e scenari evolutivi ipotizzati
Il caso italiano, coerentemente con quanto esposto in precedenza, è stato presentato attraverso le seguenti peculiarità:

- ▶ variazione nel tempo del finanziamento della spesa farmaceutica non collegata alla variazione dei bisogni di cura e delle opportunità terapeutiche previste in arrivo sul mercato;

- ▶ crescita massima programmata della spesa farmaceutica pubblica, al netto dei farmaci innovativi, *al massimo* pari alla crescita complessiva della spesa sanitaria pubblica (ma tipicamente inferiore);
- ▶ l'innovazione (nuovi lanci) produce un aumento del costo-opportunità delle risorse a disposizione della spesa farmaceutica pubblica, fissate mettendo in potenziale competizione: i) nuovi farmaci e farmaci maturi, nel caso in cui il nuovo farmaco non sia dichiarato pienamente innovativo, oppure ii) farmaci innovativi tra loro;
- ▶ ripartizione del finanziamento tra spesa convenzionata e spesa per acquisti diretti poco sensibile all'andamento storico e prospettico dei due comparti, sebbene negli ultimi anni siano state più volte modificate le quote relative dei due tetti;
- ▶ tetto di spesa sugli acquisti diretti sistematicamente (e significativamente) inferiore alla spesa, con programmazione di spesa per l'anno successivo sempre inferiore alla spesa consuntivata l'anno precedente;
- ▶ evoluzione finora improntata alla creazione di fondi ad-hoc (nei fatti, altri tetti, come nel caso dei farmaci innovativi), a rimodulazioni marginali delle percentuali di riferimento, e all'inserimento di alcune dinamiche di crescita (sugli acquisti diretti). Queste ultime sono recentemente state vincolate alla compliance rispetto al *payback* e alla contestuale rinuncia a ricorsi (o alla loro cessazione);
- ▶ *payback* ripartito tra le imprese in funzione della quota di mercato e, pertanto, in modo indipendente rispetto alla redditività.

Nella seconda parte del focus group, hanno costituito la base per tre scenari possibili di evoluzione delle politiche sui tetti, da discutere insieme ai partecipanti nel focus group. (Tabella 8.3)

Risultati del focus group: pro e contro del sistema attuale

I partecipanti al focus group hanno evidenziato i seguenti vantaggi del sistema a tetti. I rappresentanti regionali nello specifico hanno sottolineato come il tetto sugli acquisti diretti abbia un ruolo di contenimento della spesa complessiva. Inoltre, soprattutto grazie alle modifiche apportate nel tempo, è migliorata in modo sensibile la credibilità dei dati utilizzati per definire i *payback* visto che la gran parte dei contenziosi inizialmente intentati dalle imprese riguardava proprio questo aspetto. Anche dal punto di vista dei rappresentanti delle imprese, l'esistenza in sé di un tetto di spesa non va considerato come un elemento del tutto negativo, se fosse associato ad un livello di finanziamento coerente con le esigenze terapeutiche. In questa prospettiva, è interessante sottolineare come i medesimi strumenti siano stati connotati positivamente o negativamente in funzione del livello di finanziamento associato se quest'ultimo è insufficiente, infatti, qualunque strumento è stato ritenuto possibile fonte di distorsione.

Tabella 8.3 **Possibili scenari evolutivi**

DESCRIZIONE DEI TRE SCENARI POSSIBILI DI EVOLUZIONE PROPOSTI COME INPUT AI PARTECIPANTI DEL FOCUS GROUP
Scenario 1
Eliminazione del tetto sulla spesa convenzionata
Separazione del finanziamento dei farmaci esclusivi e di quelli off-patent, questi ultimi da gestire soprattutto in funzione di un livello di competizione efficiente e sostenibile per il mercato (ad esempio, impostando un obiettivo sul numero target delle imprese in gara, analisi del prezzo a base asta efficiente, in modo da evitare l'impoverimento eccessivo del mercato e la creazione di nuove situazioni di oligopolio o monopolio)
Svincolo del calcolo dell'ammontare del tetto sugli acquisti diretti da totale finanziamento SSN. Adozione di un sistema di finanziamento «alla francese» che tenga conto dell'innovazione prevista, dell'evoluzione delle linee guida, dei trend epidemiologici, pur mantenendo la coerenza con i vincoli di finanza pubblica
<i>Payback</i> legato alla crescita del fatturato delle singole aziende
Scenario 2
Simile allo scenario 1 eccetto che per il <i>payback</i> , che rimane uno strumento di parziale ripiano ma è che sarebbe legato allo scostamento dalle previsioni di vendita delle singole aziende per ogni prodotto e concordate preventivamente con AIFA (similmente a quanto avveniva in passato con il c. d. budget azienda, ma beneficiando ora di flussi di dati meno problematici)
Scenario 3
Simile ai primi due scenari sulla separazione di in-patent e off-patent
Per i nuovi lanci, graduale sostituzione del finanziamento a tetto con il finanziamento a farmaco (e in seguito anche ad indicazione), con stanziamento incrementale pari al <i>budget impact</i> incluso nel dossier, e rivalutato alla luce del prezzo finale (inclusi gli sconti). In tal modo, la spesa farmaceutica per le nuove indicazioni è programmata sulla base della somma degli stanziamenti, in coerenza con un ammontare massimo, definito (come nei precedenti scenari) sulla base di previsioni che tengano esplicitamente in conto le pipeline dell'innovazione. Lo stanziamento pari al <i>budget impact</i> è utile anche per identificare come fonte di finanziamento il recupero di risorse da altre voci di spesa (es. minori ricoveri) o la necessità, sempre sulle altre voci di spesa di stanziamenti aggiuntivi (es. costi di somministrazione, monitoraggio).ue Questo, nel lungo termine costituirebbe la base per un finanziamento di patologia, maggiormente legato ai bisogni e alle dinamiche specifiche delle singole aree terapeutiche e di prevenzione
Utilizzando questi scenari come riferimento, è stato chiesto ai partecipanti di esprimere le proprie opinioni sui seguenti punti-chiave del finanziamento della spesa farmaceutica utilizzando un questionario dettato dall'intervistatore:
Key Points
Quale aggregato finanziare in modo esplicito?
Esempi: spesa farmaceutica complessiva rimborsabile, alcuni aggregati di riferimento separatamente con criteri diversi (es. convenzionata/acquisti diretti (status quo), oppure in-patent/off-patent, oppure convenzionata/acquisti diretti (status quo), innovativi/non innovativi), singoli farmaci con verifica della coerenza con vincoli di finanza pubblica.
Come definire l'ammontare totale stanziato?
Esempi: Quota massima prefissata del FSN (status quo), target di crescita declinato per singola impresa, target di crescita complessiva della spesa (complessiva o per aggregati), valutazione ad hoc multifattoriale anno per anno (pipeline, demografia, epidemiologia, ecc).
Come definire il ripiano degli sfondamenti?
Esempi: ripiano integrale o parziale (oggi al 50% a carico delle imprese per gli acquisti diretti), a carico di solo imprese o anche di altri soggetti (es. regioni come nello status quo).
Come definire il riparto degli sfondamenti tra le imprese?
Esempi: Ogni impresa partecipa allo sfondamento complessivo (es. quota fissa del fatturato, quote di mercato a prescindere dal fatturato e dall'utile -status quo-) oppure ogni impresa paga in funzione dei risultati di fatturato o redditività raggiunti nell'anno di competenza, in modo da non pregiudicare la stabilità aziendale (ma così rendendo variabile la quantità di ripiano ottenibile).

In generale, riguardo a questo primo argomento di discussione tutti gli attori coinvolti hanno sottolineato diverse disfunzionalità del sistema attuale. La prospettiva dei clinici ha evidenziato come l'attuale sistema, pur garantendo un controllo dei costi nel breve termine, tenda a deresponsabilizzare gli attori coinvolti. Da parte delle regioni, si è notato un certo apprezzamento per il sistema attuale che, pur non garantendo il completo ripianamento dei costi, tende quanto meno a mitigare gli sforamenti. Tuttavia, proprio le rappresentanze regionali hanno sottolineato l'attuale carenza di programmazione basata sull'innovazione prevista e sui bisogni clinici e la mancata considerazione dei costi netti (che pur rappresentano una dimensione specifica del valore nel value-framework dell'AIFA)⁴¹ in fase di approvazione dei nuovi farmaci. Questi fattori combinati portano l'attuale tetto ad essere palesemente inadeguato rispetto al fabbisogno. I rappresentanti delle associazioni d'impresa hanno sottolineato l'esigenza di una revisione quantitativa dei tetti di spesa (rivedendo le percentuali), di sfruttare al meglio le risorse già oggi disponibili per la farmaceutica pubblica e di introdurre nella programmazione anche i costi evitati (così come suggerito anche dalle regioni). Per quanto riguarda i prodotti maturi, inoltre, le difficoltà dell'industria riguardano anche l'incertezza crescente del mercato, e sono aggravate da un sistema di finanziamento che attualmente scarica una parte consistente dei costi sulle imprese e sulle regioni, peraltro impostando un doppio sistema di contenimento dei costi (i tetti di spesa e le gare ospedaliere, o la lista di trasparenza per gli acquisti in regime di convenzione). Infine, la prospettiva dei cittadini e dei pazienti ha evidenziato le disuguaglianze nell'accesso ai farmaci sul territorio nazionale, sollecitando una revisione almeno quantitativa dei tetti di spesa farmaceutica. Inoltre, si è sottolineata l'importanza di passare da una logica di budget separati e indipendenti (silos) ad una di programmazione integrata della spesa pubblica basata sui fabbisogni crescenti della popolazione, peraltro aggravati da un progressivo impoverimento di larghe fasce della società.

Risultati del focus group: l'evoluzione del sistema di finanziamento

Se il sistema attuale mostra, per molti versi, prospettive convergenti sui principali ambiti di criticità del sistema a tetti, in merito agli scenari evolutivi del meccanismo di finanziamento della spesa farmaceutica in Italia emerge, invece, una visione maggiormente sfaccettata e differenziata.

Dal punto di vista clinico, l'enfasi si è focalizzata soprattutto sulla necessità di un approccio multifattoriale alla programmazione della spesa farmaceutica. Inoltre, la prospettiva clinica ha sottolineato che la disponibilità del sistema a pagare per ogni nuovo farmaco dovrebbe essere maggiormente parametrata al valore delle terapie anziché prevalentemente commisurata alla coerenza tra il

⁴¹ Value framework AIFA: <https://www.aifa.gov.it/valutazioni-economiche>

loro costo e il budget a disposizione, evitando quindi un approccio meramente finanziario. Secondo questo punto di vista, limitando a priori la spesa farmaceutica in modo indipendente dal valore da essa generato, si rischia di privilegiare altri comparti incompressibili della spesa pubblica come la spesa previdenziale a scapito della spesa sanitaria, con conseguenze negative sulla salute pubblica presente e futura. In merito agli aggregati da programmare in modo esplicito tramite un tetto, in questa prospettiva sarebbe opportuno eliminare il tetto sulla spesa convenzionata sostituendolo però con controlli e interventi mirati sulla variabilità prescrittiva e sulla relativa appropriatezza⁴². Le regioni, pur riconoscendo la necessità di rivedere le aree di inappropriata prescrittiva, hanno evidenziato la percezione che il sistema attuale (finanziamento definito come percentuale massima delle risorse per la sanità pubblica al netto di quelle non rendicontate dalle aziende sanitarie) funzioni relativamente bene ad eccezione dell'evidente definanziamento. Le regioni hanno proposto, in tal senso, di identificare e correggere le aree di inappropriata prescrittiva e di rivalutare quantitativamente i tetti di spesa, anche tenendo in considerazione i risparmi derivanti da un uso più appropriato delle risorse. In tale prospettiva è stata anche sottolineata l'attuale peculiarità del sistema di governo della spesa convenzionata che include, oltre al costo del farmaco anche quello del servizio di distribuzione (attraverso il meccanismo delle quote di spettanza degli attori della filiera), mentre nel caso degli acquisti diretti ciò non avviene perché l'aggio alle farmacie per la DPC non è incluso nell'aggregato di spesa farmaceutica. Rispetto alla destinazione di finanziamenti mirati a particolari categorie di farmaci, la prospettiva evidenziata dai rappresentanti delle regioni è quella di mantenere finanziamenti aggiuntivi per l'innovatività, come avviene anche oggi, ma di riservare finanziamenti specifici per farmaci che, pur non essendo innovativi secondo i criteri attuali, comportano risparmi della spesa sanitaria. Per quanto riguarda il riparto degli sforamenti, oltre ad un'implicita diminuzione ex-ante degli sfondamenti conseguente ad una maggior disponibilità di risorse, le regioni hanno evidenziato la necessità di non gravare in modo disuguale sulle imprese, per evitare di minacciare ulteriormente la stabilità del mercato e la disponibilità delle terapie (già in crisi dall'attuale interpretazione dei meccanismi di governo delle gare). Ciò comporterebbe un sistema di ripartizione degli oneri di ripiano che tenga conto dei risultati delle imprese. I rappresentanti delle associazioni di categoria delle imprese hanno sottolineato l'importanza di non stravolgere il sistema attraverso discontinuità che aumenterebbero l'incertezza invece di ridurla. In tale prospettiva, la priorità è stata posta in primo

⁴² «Art. 15-bis – Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse: Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a: assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza ed in attesa della definizione linee guida consensuali, come previsto dal Piano dall'art. 14».

luogo sulla necessità di garantire risorse adeguate al sistema nel suo complesso, unitamente ad una programmazione più olistica del fabbisogno economico in ambito farmaceutico. Per quanto riguarda il payback, se da un lato la prospettiva dell'industria ha mostrato interesse per la necessità di non pesare in modo eccessivamente svincolato dalla performance reddituale, dall'altro lato ha messo in luce la potenziale distorsione introdotta da un payback parametrato alla crescita del fatturato, in quanto tale aspetto penalizzerebbe le imprese che ampliano la propria quota di mercato, ovvero imprese maggiormente innovatrici o che introducono prodotti più inclini a generare risparmi. Pertanto, la modalità di parametrizzazione del payback alla performance aziendale dovrebbe evitare di penalizzare le imprese con performance migliore, al fine di non scoraggiare l'innovazione o l'ingresso nel mercato di prodotti a costi contenuti, pur evitando di affossare ulteriormente le imprese in difficoltà. Tra queste ultime, spesso, vi sono i produttori di farmaci maturi, che hanno mostrato un rilevante tasso di uscita dal mercato o di riduzione del portafoglio. Per i prodotti maturi sarebbe opportuno rimodulare il payback o eliminarlo del tutto, tenendo conto che il meccanismo dell'acquisto in gara ha già un impatto di contenimento dei costi e, di conseguenza, dei margini delle imprese. Infine, la prospettiva di cittadini e i pazienti ha evidenziato come il punto focale dell'evoluzione del finanziamento della spesa farmaceutica debba essere la necessità di garantire la disponibilità dei farmaci essenziali. A tale scopo, la tendenza evolutiva dovrebbe partire dal rifinanziamento dei tetti attraverso una valutazione multifattoriale del fabbisogno previsto e dalla lotta all'inappropriatezza prescrittiva.

8.5 Raccomandazioni

Alla luce di quanto emerso nel focus group, l'Osservatorio Farmaci ha elaborato le seguenti considerazioni e raccomandazioni:

- i) Lo strumento in sé: i tetti sono strumenti potenti per ridurre la spesa ma non creano responsabilizzazione sui processi e sui percorsi, rimanendo strumenti puramente finanziari. Il fatto che altri Paesi utilizzino meccanismi analoghi è una dimostrazione implicita della loro efficacia finanziaria ex ante, aggiunta a forme di payback per ottenere delle risorse ex post. Tuttavia, il loro utilizzo dovrebbe essere il più possibile limitato e reso meno vincolante, perché l'obiettivo reale è quello di utilizzare in modo efficiente le risorse nel processo assistenziale complessivo, attraverso la diffusione di incentivi sistemici di natura decisionale e comportamentale. La sostenibilità della spesa pubblica, salvo casi emergenziali, non dovrebbe essere solo vincolata ex-ante definendo un ammontare massimo, bensì venire gradualmente gestita dai decisori pubblici mediante la capacità di mantenere

l'equilibrio tra risorse disponibili e accesso (es. con un processo di prezzo e rimborso basato crescentemente su logiche di HTA, con la produzione di linee guida scientifiche, ecc.).

- ii) La dinamica del cambiamento e il bisogno di continuità: una parte consistente della disfunzionalità dell'attuale sistema è imputabile senz'altro alla quantità di risorse messe a disposizione. Sebbene la natura dello strumento del tetto di spesa non sia ideale per favorire lo sviluppo di sistemi decisionali intrinsecamente capaci di coniugare bisogni, domanda e risorse (anzi è concettualmente un concetto opposto), il suo funzionamento con un vincolo di bilancio credibile potrebbe essere comunque in grado di evitare molte delle distorsioni odierne. Questa riflessione nasce dalla considerazione che il tetto sugli acquisti diretti (incluse le sue forme analoghe del passato) è in realtà sottofinanziato sin dall'origine e in modo crescente nel tempo. Pertanto, è possibile che molte delle criticità e delle distorsioni evidenziabili oggi tra cui, ad esempio, la percezione di costante emergenza economico-finanziaria sul farmaco che rappresenta un'incoerenza rispetto ad un servizio sanitario complessivamente in equilibrio (almeno a livello nazionale, Gugiatti *et al.*, OASI 2022), possano in realtà essere risolte già tramite una revisione della quantità di risorse assegnate alla farmaceutica. Ciò pone l'accento sul desiderio, espresso diffusamente da diversi attori del sistema, di procedere con cambiamenti che preservino, almeno nel breve termine, elementi di continuità e di consolidamento. Pertanto, nella dinamica del cambiamento, anche mantenendo attiva la necessaria convergenza verso sistemi di finanziamento e controllo della spesa diversi dal tetto, è necessario procedere con gradualità, identificando piuttosto una traiettoria evolutiva che cambiamenti repentini e drastici. In tal senso, la priorità a breve termine è quella, a parità di meccanismo, del pieno utilizzo delle risorse assegnate e dell'incremento del quantitativo stanziato. Nel medio termine sarà importante rivedere la metodologia di determinazione del fabbisogno finanziario al servizio dell'assistenza farmaceutica, identificando gli ambiti specifici da programmare e adottando un mix di strumenti macro e micro per il controllo della spesa. Nel dettaglio, la spesa farmaceutica convenzionata dovrebbe gradualmente abbandonare il meccanismo del tetto per consentire il pieno funzionamento degli strumenti già oggi esistenti e già oggi più efficaci (es. lista di trasparenza, sistemi di governo delle prescrizioni a livello regionale e locale), rafforzando però la valutazione di appropriatezza al fine di ridurre gli evidenti divari di comportamento prescrittivo tra aree diverse del Paese. Per quanto riguarda la spesa per acquisti diretti, invece, sarà fondamentale introdurre meccanismi di previsione del fabbisogno multifattoriali, che tengano conto dell'andamento epidemiologico e demografico, dell'innovazione prevista e dell'impatto economico e finanziario netto e non limitato alla sola prospettiva del servizio sanitario ma, almeno, esteso a quella

dell'intera spesa pubblica (quindi anche, ad esempio, alla spesa previdenziale). In tale prospettiva, è consigliabile prevedere l'individuazione in sede programmatoria di almeno tre tipologie di farmaci: i farmaci innovativi, i farmaci in-patent non innovativi e i farmaci off-patent. Queste tre categorie dovrebbero essere programmate in modo separato in quanto sono governate da logiche differenti e ciò consentirebbe di mitigare l'effetto di crescita del costo-opportunità che è, invece, particolarmente presente oggi. Nel tempo, questa differente programmazione della spesa, maggiormente orientata alla comprensione delle dinamiche dell'innovazione prevista, può lasciare più spazio al ruolo dell'HTA e delle valutazioni economiche nel corso dei processi di prezzo e rimborso in sede AIFA. Nel lungo termine, quindi, la sperata sempre maggior confidenza dell'AIFA con le valutazioni economiche come l'analisi di costo-efficacia e la maggiore affidabilità delle previsioni di spesa netta ottenibili dalle analisi di impatto sul budget potranno consentire, simultaneamente, di orientare la negoziazione del prezzo rispetto alla disponibilità a pagare (sebbene non esplicita) per il valore terapeutico aggiunto e di programmare (e stanziare) la spesa prevista per ogni nuovo farmaco rimborsato. In tal modo, gradualmente, la definizione di un ammontare di risorse complessivo per l'assistenza farmaceutica, sempre basato su una logica di determinazione multifattoriale, assumerebbe la funzione di budget (quindi di uno strumento gestionale) piuttosto che quella di un mero vincolo finanziario. Quindi, tale cifra rappresenterebbe il valore rispetto al quale l'accesso all'innovazione (anticipata dall'esercizio previsionale) avviene a condizioni sostenibili per entrambi i lati del mercato, orientando il prezzo rispetto al valore e lo stanziamento complessivo alla variazione di risorse netta prevista in seguito all'introduzione del nuovo farmaco (come risultante dal budget impact analysis). Con tale sistema a regime, la coerenza tra bisogni, domanda e risorse è trasferita, anche per la spesa per acquisti diretti, alla capacità dei sistemi decisionali nei limiti di uno stanziamento complessivo più consapevole e in grado di non appiattire ogni decisione sulla mera esigenza di risparmio immediato. All'interno di questi limiti la decisione di rimborsabilità sarà correlata a quella del finanziamento (sarà importante, a tal fine, la partecipazione del MEF). Il principio-guida della prevalenza della sostenibilità di lungo periodo rispetto al risparmio immediato vale anche per i farmaci off-patent, dove tuttavia, lo strumento principale per regolare la spesa è, e dovrebbe rimanere, la gara (ma istruita e gestita in modo diverso). Sul tema degli acquisti in gara, non approfondito in questa sede, rimandiamo alle raccomandazioni già espresse nel rapporto OASI 2016. In questo programma di lungo termine, il cui completamento è però ottenibile solo attraverso un percorso di cambiamenti incrementali e gradualisti, anche il payback tenderà a cambiare il suo significato. Nel tempo, per effetto del diverso modo di identificare le somme da stanziare per la farmaceutica, il

payback evolverà da mero strumento finanziario di recupero risorse ex-post, svincolato dai risultati d'impresa, a strumento di condivisione tra imprese e sistema pubblico dell'extra-spesa (e quindi di profitti superiori a quelli attesi) nei casi in cui la domanda di un farmaco superi le previsioni ritenute mutualmente soddisfacenti, da impresa e sistema pubblico, in fase contrattuale.

8.6 Conclusioni

I tetti sulla spesa farmaceutica sono stati un elemento portante del governo dell'assistenza farmaceutica in Italia, non solo come politica in quanto tale, ma anche come investimento di risorse per la loro programmazione e monitoraggio e per la gestione dei *payback*.

Come più volte espresso in questo capitolo e sostanzialmente condiviso dagli *stakeholder* coinvolti nel Focus Group, i tetti di spesa per fattori produttivi possono essere un potente strumento di programmazione *ex ante* della spesa. Ciò è dimostrato dalla presenza in diversi Paesi di forme dirette o indirette di programmazione della spesa per farmaci. I tetti di spesa poi, se accompagnati da forme di compartecipazione allo sfondamento, diventano uno strumento di condivisione del rischio di una spesa considerata «non sostenibile».

I tetti di spesa per fattori produttivi sono però strumenti del tutto incoerenti con una logica di responsabilizzazione delle aziende e dei professionisti sanitari per processi assistenziali, a meno che tali processi siano cristallizzati nel tempo in termini di contributo dei singoli fattori produttivi e si parta da un loro utilizzo efficiente. Questo è difficile che avvenga in generale, ma certamente non avviene nel mercato farmaceutico, dove (i) vengono sistematicamente lanciate nuove soluzioni terapeutiche, con valore differenziale rispetto a quelle eventualmente esistenti molto variabile anche in termini di riflessi sul processo assistenziale e non solo di esito clinico, (ii) le scadenze brevettuali generano un abbattimento dei costi medi dei farmaci. Per questo motivo, OSFAR ha più volte richiamato l'opportunità di trasformare i tetti vincolanti in target di riferimento (si veda paragrafo 8.3), in vista di un graduale abbandono degli stessi (Jommi *et al.*, 2021) (Amoroso *et al.*, 2016). Questo ovviamente genera un rischio di crescita molto più consistente della spesa per farmaci, ma il SSN ha sviluppato nel tempo diversi strumenti che possono garantire relativamente la tenuta complessiva del sistema, pur con una dinamica di maggiore o minore investimento in fattori produttivi, che dipende dalla loro capacità di generare efficienza tecnica, efficienza allocativa e di tutela della salute.

Qualunque obiettivo e sistema di responsabilizzazione rispetto al suo raggiungimento (incentivo o sanzione) deve essere poi credibile e raggiungibile. La spesa per farmaci utilizzati in ambito ospedaliero e quella per farmaci acquistati da aziende sanitarie è in generale crescita, motivata dal lancio di diver-

si farmaci in *setting* specialistici e, con riferimento agli acquisti diretti, all'attivazione di forme alternative di distribuzione dei farmaci. Fissare un tetto di spesa ad un livello nettamente inferiore rispetto alla spesa consuntivata l'anno precedente, significa predeterminare il suo sfondamento e, quindi, un *payback*. Sarebbe quindi opportuno considerare la realistica / credibilità degli obiettivi come elemento chiave delle politiche associate ai tetti.

Il presente capitolo ha poi richiamato più volte l'esigenza di semplificare la gestione dei tetti e dei fondi, qualora sia ritenuto utile il loro mantenimento. La lunga descrizione dell'evoluzione dei tetti di spesa sul farmaco in Italia rappresenta molto bene il livello di complessità con cui tale strumento è stato gestito (cfr. 8.2). La proposta descritta in questo capitolo da una parte mira a semplificare il sistema dei tetti, prevedendo l'eliminazione di quello sulla convenzionata, dall'altro propone un approccio più articolato per il tetto sugli acquisti, che rappresenta il focus delle azioni di governo.

Come sopra si è ricordato, i tetti di spesa in Italia sono stati definiti come percentuale delle risorse assegnate al SSN. Per diversi anni poi l'incidenza complessiva, come somma dei due tetti, non è stata modificata. Negli altri Paesi, invece, si è fatto in genere riferimento al trend atteso del mercato farmaceutico, che dipende dall'ingresso di nuovi prodotti, dal loro posto in terapia (assenza di alternative terapeutiche, presenza di alternative caratterizzate da un profilo rischio-benefici peggiore del nuovo farmaco, presenza di alternative terapeutiche con un profilo rischio-benefici che ne determina la sostanziale intercambiabilità rispetto al nuovo farmaco) e dalle scadenze attese dei brevetti. Alcuni scenari proposti nel presente capitolo vanno in questa direzione, prevedendo un graduale superamento di tetti di spesa collegati al finanziamento del SSN.

Il capitolo ha poi evidenziato come i tetti di spesa predeterminati senza considerare la dinamica del mercato farmaceutico possono minare la costo-opportunità dell'approvazione al rimborso di nuovi farmaci. In termini generali, il superamento di una logica *silos* aiuta ad evitare che l'impatto sulla spesa farmaceutica sia il *driver* delle scelte di prezzo e rimborso. È però importante non solo superare la logica *silos*, ma anche superare il principio per cui l'impatto sulla spesa complessiva del settore sanitario sia l'elemento portante del processo negoziale, richiamando invece la rilevanza della coerenza tra costo e valore (*value-based pricing*). Si tratta della stessa conclusione a cui è giunta una recente survey internazionale con esperti in materia di HTA e della sua applicazione alla negoziazione di prezzi e rimborso dei farmaci: per quanto l'impatto sulla spesa debba essere considerato, il *primus movens* della negoziazione del prezzo deve essere il rapporto tra costi incrementali e benefici incrementali (Jommi *et al.*, 2023) per ogni paziente trattato, cui segue una valutazione della coerenza tra risorse disponibili ed impatto sulla spesa.

In definitiva, il presente contributo fornisce un percorso concreto, attuabile senza stravolgimenti dell'assetto regolatorio (almeno nel breve periodo), e fi-

nalizzato a perseguire, in un contesto di programmazione *ex ante* delle risorse per i farmaci acquistati dalle aziende, un equilibrio tra controllo della spesa e riconoscimento del valore dei farmaci, in relazione al loro posto in terapia. L'obiettivo ultimo deve però essere il graduale superamento dei tetti di spesa e la fiducia che il sistema, anche a livello delle singole realtà locali e dei professionisti sanitari, sappia gestire le disponibilità terapeutiche in un'ottica di efficienza e priorità per il paziente ed il SSN.

8.7 Bibliografia

- AEMPS, *Agenzia Spagnola per i farmaci*, Disponibile a questo link, Ultimo accesso aprile 2023.
- AIFA (2022), *Rapporto OSMED 2021*, Roma, Disponibile a questo link, Ultimo accesso giugno 2023.
- AIFA (2023), *Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale. dgennaio-dicembre 2022 (1° rilascio)*, Disponibile a questo link.
- AIFA (2023), *Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale. dgennaio-dicembre 2022 Consuntivo*, Disponibile a questo link.
- Bundesgesundheits Ministerium, *Ministero della Salute tedesco*, Disponibile a questo link, Ultimo accesso luglio 2023.
- Farmaindustria Spagnola (2016), *Convenio de Colaboración entre la Administración General del Estado (Ministerios de Hacienda y Función Pública, y de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad) y Farmaindustria*, Disponibile a questo link, Ultimo acceso giugno 2023.
- Gkv Spitzenverband, *Associazione delle compagnie assicurative sanitarie tedesche*, Disponibile a questo link, Ultimo accesso luglio 2023.
- Haute Autorité De Santé, Disponibile a questo link, Ultimo accesso giugno 2023.
- Insalud, Disponibile a questo link, Ultimo acceso maggio 2023.
- Bfarm, *Agenzia Federale per i Farmaci e i Prodotti Sanitari*, Disponibile a questo link, Ultimo accesso Luglio 2023.
- England NHS, Disponibile a questo link, Ultimo accesso maggio 2023.
- LEEM, Disponibile a questo link, Ultimo accesso aprile 2023.
- NICE (2023), *Proposed update to the 2023 statutory scheme to control the costs of branded health service medicines*, Disponibile a questo link, Ultimo accesso aprile 2023.
- AIFA (2023), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022*, Roma, Disponibile a questo link.
- Ministero della Salute (n. d.), *Documento in materia di Governance farmaceutica*, Disponibile a questo link.
- Sito governativo Regno Unito, *Proposed update to the 2023 statutory scheme to*

- control the costs of branded health service medicines*, Disponibile a questo link, Ultimo accesso giugno 2023.
- Socialstyrelsen, Disponibile a questo link, Ultimo accesso maggio 2023.
- TLV, Disponibile a questo link, Ultimo accesso giugno 2023.
- URSAFF, Disponibile a questo link, Ultimo accesso maggio 2023.
- Amoroso N., Armeni P., Costa F. (2016), «Il governo dell'assistenza farmaceutica in Italia: possibili traiettorie di cambiamento», *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.
- Andersson E., Svensson J., Persson U., Lindgren P. (2020), «Risk sharing in managed entry agreements-A review of the Swedish experience», *Health Policy*, Apr;124(4):404-410, Disponibile a questo link.
- Armeni P., Bertolani A., Borsoi L., Costa L., Costa F. (2018), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», *Rapporto OASI 2018*, Milano, Egea.
- Armeni P., Costa F., Furnari A. (2017), «Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale», *Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- Armeni P., Costa F., Jommi C., Malandrini F., Otto M., Tarantola A., OSFAR, (2022), *Report n. 42*, Disponibile a questo link.
- Costa, F. & Jommi, C. (2018) *Le principali politiche del farmaco in Italia. In Osservatorio del farmaco 2018*, pp. 129-154, Milano, Egea.
- Cylus J., Richardson E., Findley L., et al. (2015), «United Kingdom: Health system review», *Health System in Transition*, 17(15), pp. 1-126.
- Gugiatti A., Manfredi S., Meda F., (2022), *Rapporto OASI 2022*, Capitolo 2, Disponibile a questo link.
- Jommi C. e Minghetti P. (2015), «Pharmaceutical Pricing Policies in Italy, in Zaheer-Ud-Din Babar», *Pharmaceutical Prices in the 21st Century*, London, Springer.
- Jommi C. (2020), «Politiche di accesso e valutazione economica» in Vegeto E., Maggi A., Minghetti P. (a cura di), *Farmaci biotecnologici: aspetti farmacologici e clinici 2020*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana: 431-447.
- Jommi C., Armeni P., Bertolani A., Costa F., Otto M., (2021), *Il futuro dei fondi per farmaci innovativi: risultati di uno studio basato su Delphi Panel*, GRHTA (Global and Regional Health Technology Assessment);8:22-28.
- Jommi C., Pippo L., Bortolami A., Canonico PL., Corsico G., Di Gesù M., Dirodi B., Perrone L., Pulimeno S., Santacroce R., Buzzetti B., Scroccaro G. (2021), *Il governo dell'assistenza farmaceutica in Italia: il ruolo di Stato e Regioni. Politiche Sanitarie 2021*, 22(3):117-124.
- Jommi C., Bertolani A., Armeni P., Costa F., Otto M. (2023), «Pharmaceutical pricing and managed entry agreements: An exploratory study on future perspectives in Europe», *Health Policy and Technology*, Disponibile a questo link.
- Kourouklis D. (2021), «Public subsidies for R&D and public sector pharmaceutical innovation», *Applied Economics*, 2021;53:3759-77.

Parte seconda

Modelli di servizio, personale e tecnologia

9 **Governo e logistica degli accessi in PS: diagnosi, trasformazioni in corso e prospettive¹**

di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Alexander M. Hiedemann, Francesca Meda, Valeria Rappini

9.1 **Introduzione**

I Pronto Soccorso (PS) rappresentano oggi una delle realtà maggiormente sotto i riflettori dell'attenzione pubblica e delle autorità sanitarie che ne stanno facendo oggetto di riforma. Il PS, con i suoi 20 milioni di accessi l'anno e l'elevata varietà di domanda, costituisce da sempre un oggetto particolarmente rilevante e critico. Le questioni del sovraffollamento e dei tempi di attesa sono, poi, ben conosciute da tempo a livello globale ed è ampia la letteratura che ne ha trattato determinanti e soluzioni (Asplin, 2003; Mengoni e Rappini, 2007; Mazzocato *et al.*, 2012; Fee *et al.*, 2012; Chen *et al.* 2014; Mary P. Mercer *et al.*, 2019). Il periodo che stiamo attraversando da qualche anno è però caratterizzato da forti elementi di discontinuità che rendono queste strutture del SSN particolarmente vulnerabili. I PS e tutta la rete di Emergenza-Urgenza (E-U), a inizio 2020, si sono trovati a fronteggiare in prima linea l'emergenza Covid-19, dimostrando elevate capacità di adattamento e di risposta attraverso l'implementazione di innovazioni gestionali, la disponibilità di personale e l'attivazione di forti sinergie con l'ecosistema sanitario (cfr. Rapporto OASI 2020). Lo scenario post-pandemico restituisce un quadro ancora più problematico e articolato. Allo sforzo eroico è seguito un graduale rientro alla normalità caratterizzato da più protocolli (ad esempio, Covid-19 e non-Covid-19) e più pazienti. Sul lato della domanda vi sono poi delle pressioni fisiologiche che si fanno sempre

¹ Sebbene il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, il § 9.1, § 9.6.1, § 9.7 sono da attribuirsi a Lorenzo Fenech; il § 9.5 è da attribuire a Lorenzo Fenech e Valeria Rappini; il § 9.2, § 9.3, § 9.6.2 sono da attribuirsi a Francesca Meda; il § 9.4 è da attribuirsi ad Alexander M. Hiedemann; § 9.8 è da attribuirsi a Mario Del Vecchio. Si ringraziano per i materiali forniti e il supporto offerto nella ricostruzione dei casi (in ordine alfabetico): Mattia Altini, Francesca Bravi, Francesca Cartellaro, Andrea Duca, Fabia Franchi, Roberta Mazzoni, Mattia Quargnolo, Giuseppe Maria Sechi, Alberto Zoli.

più intense. L'invecchiamento demografico determina non solo un incremento della domanda sanitaria, ma anche di quella sociale, aumentando quindi sia la quantità che la varietà di domanda che può affluire nei PS. Il consolidamento della c.d. industrializzazione dei servizi (Levitt, 1976) e la recente trasformazione digitale dei servizi (Verhoef *et al.*, 2021) stanno poi innalzando le attese-pretese dei pazienti-consumatori rispetto alla fruibilità e ai tempi di risposta anche dei servizi sanitari. Queste pressioni sul lato della domanda sono associate a una profonda difficoltà nel reclutare, se non addirittura mantenere, le professionalità che operano nei PS. In tale contesto, si susseguono in ordine sparso gli interventi che vanno più o meno direttamente a impattare sulla gestione dei PS: dal PNRR, alla rivisitazione del DM 70/2015, all'aumento delle risorse per i medici d'urgenza. Alcune riforme, specialmente quelle portate avanti a livello regionale, vanno poi riconfigurare i servizi attorno ai bisogni che afferiscono al PS e saranno quindi oggetto di attenzione del presente capitolo.

Prima di entrare in merito agli obiettivi che il presente contributo vuole consegnare al dibattito e alla letteratura, è necessaria una premessa sulla definizione dell'oggetto di analisi: il Pronto Soccorso. Secondo la definizione ministeriale il «Pronto Soccorso è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. In riferimento a tale definizione, la mission del PS appare complessa: garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziale attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita» (Ministero della Salute, 2019). Il PS è dunque un oggetto complesso e dai confini non molto netti.

Il PS gestisce innanzitutto una gamma di servizi che va a rispondere a una domanda molto ampia e variegata. Si tratta, da un lato, di servizi di emergenza (*emergency care*) il cui scopo è quello di dare risposta a pazienti in condizioni di pericolo di vita, che necessitano di assistenza immediata attraverso una diagnosi rapida e la somministrazione di un trattamento medico o chirurgico in tempi brevi; e, dall'altro, dai servizi d'urgenza (*urgency care*) che si occupano di chi non è in situazione di pericolo di vita, ma che richiede e necessita un'attenzione sollecita e urgente². La realtà, come è noto, presenta molte più gradazioni: l'emergenza (rosso), l'urgenza (arancione), l'urgenza differibile (azzurro), l'urgenza minore (verde) e la non urgenza (bianco). Il periodo Covid-19 e il recente passaggio dai 4 ai 5 codici colore rendono le rilevazioni poco confrontabili e i dati poco aggregabili. A puro scopo esemplificativo, prendendo come riferimento Emilia Romagna e Toscana che al momento dell'analisi ri-

² NHS England. About urgent and emergency care; 2023. Accessed 8 Aug 2023. <https://www.england.nhs.uk/urgent-emergency-care/about-uec/>.

portano i dati del 2022 secondo la classificazione aggiornata, si osserva che in queste regioni almeno il 10% degli accessi rientra nella non urgenza e almeno il 70% è collocabile nell'urgenza minore o differibile (cfr. parag. 9.5). Quello dell'urgenza è un sotto-universo molto ampio di bisogni la cui nomenclatura, le tipologie di servizio e l'intensità assistenziale variano di molto tra i sistemi sanitari a livello internazionale: nei paesi ad alto reddito i servizi di *urgency care* vengono variamente posizionati tra le cure primarie (*family o general practice care*) e i servizi di emergenza e di assistenza ospedaliera (Huibers *et al.*, 2009). A seconda della tipologia e della vocazione dei servizi ricompresi nelle cure di urgenza, la loro collocazione fisica può di conseguenza variare, spaziando dalla loro inclusione diretta nei dipartimenti di PS (*emergency departments*) a modelli che invece prevedono centri distaccati sul territorio (*urgent care centers, minor injuries units*, ecc.) (Chaundhry *et al.*, 2006).

Al momento, in Italia, il principale collettore sia dell'emergenza che dell'urgenza rimangono le 609 strutture di PS censite dal Ministero come servizi ospedalieri. Si tratta di strutture la cui centralità, gestione e configurazione sarà inevitabilmente influenzata da ciò che sta accadendo alla domanda, al ripensamento dell'intera offerta sanitaria, all'evoluzione delle tecnologie e delle conoscenze.

Nell'osservare, illustrare e interpretare le trasformazioni in corso, il capitolo adotterà prevalentemente le chiavi di lettura dell'Operations Management per capire in che modo si vuole incanalare meglio la variabilità naturale, ridurre quella artificiale e progettare dei percorsi più fluidi, a maggior valore per l'utente. A differenza di altri settori e di altri ambiti della sanità, riprogettare la logistica del paziente di PS assume, però, una connotazione di sistema e una dimensione di lavoro sovra-aziendale, andando così a incidere sulla ragion d'essere e sul ruolo dei PS, sulle interdipendenze tra gli stessi PS e sulle interdipendenze tra i PS e il resto del sistema territoriale e ospedaliero. Dopo anni di lavoro e di letteratura sulla logistica interna dei PS (*walk-in, See&Treat*, modelli previsionali di accesso, *visual management*, ecc.), oggi l'attenzione si concentra sulla capacità di separare a monte i flussi e sulla conseguente ridefinizione degli spazi, dei ruoli e dei saperi lungo tutta la filiera che va a comporre e ricomporre il flusso di «Input-Throughput-Output» (Asplin, 2003).

L'obiettivo del presente capitolo è pertanto triplice.

1. Fornire una diagnosi circa i fattori che riducono la capacità governare la domanda in entrata (limitare e separare i flussi a monte) e di allocare in modo efficiente ed efficace gli accessi lungo la filiera dei servizi di E-U.
2. Identificare le principali trasformazioni e innovazioni in corso nel ridisegno complessivo delle reti di offerta.
3. Trarre le prime indicazioni e lezioni manageriali dalle sperimentazioni in corso (risultati, ostacoli e fattori facilitanti).

9.2 Sovraffollamento e governo degli accessi in PS: background

Il sovraffollamento di pazienti in PS (*overcrowding*) può essere definito come «una situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla» (Ministero della Salute, 2019); in altri termini, il sovraffollamento dei pazienti è caratterizzato da uno squilibrio tra offerta e domanda (Lindner *et al.*, 2021). Benché sia un problema noto da svariati anni in letteratura, tanto da essere definito «un problema globale di salute pubblica» (Di Somma *et al.*, 2015), attualmente non esiste un approccio o un metodo condiviso per misurarlo o quantificarlo precisamente (Asaro *et al.*, 2007; Welch *et al.*, 2012): le evidenze disponibili sono perlopiù a livello di singolo paese (cfr. paragrafo seguente). La letteratura internazionale si è invece lungamente concentrata nell'investigare, da un lato, le possibili cause dell'*overcrowding* e, dall'altro, gli impatti provocati in termini di efficacia delle cure e di performance del sistema sanitario.

Gli impatti riguardano principalmente l'incremento dei tempi di attesa, che a loro volta possono comportare un maggiore tasso di abbandoni del PS da parte di pazienti non ancora visitati da un medico (*left without been seen*). È stato osservato che questo gruppo di pazienti spesso vede un peggioramento delle proprie condizioni cliniche e ha maggiore probabilità di ripresentarsi in PS (Sartini *et al.*, 2022). Il rientro in PS viene spesso utilizzato come indicatore di qualità della struttura di emergenza poiché può essere causato da una dimissione prematura, da una mancata diagnosi o da una errata pianificazione di trattamento o dimissione (Kim *et al.*, 2020). Inoltre, numerosi rientri in PS comportano un incremento di utilizzo delle risorse e dei costi ad esse associate (Duseja *et al.*, 2015). Diversi studi hanno poi dimostrato come l'*overcrowding* impatti negativamente sulla qualità delle cure erogate in pronto soccorso, aumentando il rischio di outcome avversi per i pazienti, il rischio di infezioni ospedaliere e la probabilità di errori nella gestione dei pazienti (Jo *et al.*, 2015; Menon *et al.*, 2021). Può comportare la formulazione di diagnosi errate o il verificarsi di errori medici (Duseja *et al.*, 2015), poiché il sovraffollamento spinge i medici ad accelerare il processo di dimissione per liberare posti letto per altri pazienti (Lindner *et al.*, 2021). L'*overcrowding* non impatta solamente sui pazienti e sulla qualità delle cure che essi ricevono, ma anche sugli stessi professionisti dedicati all'emergenza, riducendo la loro soddisfazione, aumentando il rischio di *burn out* e diventando una delle principali cause di contrazione dell'organico (Crook *et al.*, 2004; Lindner *et al.*, 2021).

Rispetto alle cause dell'*overcrowding*, la letteratura è concorde nell'identificare diversi fattori. Se si guarda alle risorse interne (al PS e all'ospedale), il sovraffollamento può dipendere dalla carenza di personale d'emergenza, dalla

mancanza di posti letto disponibili, sia in PS che nei reparti di ricovero (il che genera il noto fenomeno del *boarding*), ma anche dalla necessità di richiedere consulti specialistici e/o indagini diagnostiche ulteriori che possono allungare i tempi di permanenza in PS (Jung *et al.*, 2021). Mentre nei primi casi si tratta di mancanza effettiva di risorse, nell'ultimo si tratta di gestione (non pienamente ottimale) di queste ultime.

Vi sono poi tutta una serie di «fattori d'ingresso» che influenzano, condizionano e «inflazionano» la domanda di servizi di PS. Tra questi, gli accessi non urgenti risultano essere una delle principali cause del sovraffollamento delle strutture di emergenza. Si tratta di pazienti che non richiedono attenzione immediata o interventi complessi e che potrebbero essere trattati in setting di cure primarie e ambulatoriali (van den Heede *et al.*, 2016). Si stima, a livello internazionale, che tali casi varino da un 20% ad un 40% degli accessi totali in PS (Berchet, 2015; Carret *et al.*, 2009). Vengono indicati come «accessi inappropriati» o «accessi evitabili», benché la loro inappropriata sia dibattuta. L'inappropriata non dovrebbe riguardare (esclusivamente) la bassa urgenza (codici verdi e bianchi) ma piuttosto quanto questi accessi contribuiscano a dirottare le risorse del PS da situazioni di pericolo di vita a problemi di salute meno gravi (Grunier *et al.*, 2011). Inoltre, è un tema anche di razionalità economica in quanto i costi associati alle cure primarie per pazienti non urgenti sono notevolmente inferiori a quelli dell'emergenza, sia in termini di costo del lavoro sia in termini di utilizzo di risorse di diagnostica (Eichler *et al.*, 2014). L'insieme degli «accessi inappropriati» è ampio e cambia a seconda del contesto; generalmente si intende ne facciano parte: pazienti con patologie croniche, pazienti che accedono per performance inadeguate delle strutture di offerta territoriale, accessi ripetuti (*frequent flyers*), pazienti anziani (*over85*) in cui si verifica un declino funzionale, deprivazione e isolamento sociale, mancanza di una rete familiare di supporto, ecc. Si tratta di un fenomeno che ha chiare radici nei trend socio-demografici che stiamo attraversando: invecchiamento progressivo della popolazione, aumento delle malattie croniche, cambiamenti nella struttura familiare con un incremento di persone sole in tarda età senza una rete di supporto attorno (Carret *et al.*, 2009).

Non si tratta però solamente di fattori sistemici, ma anche di preferenze e attitudini individuali dei pazienti. Coster *et al.* (2017) identificano sei ragioni che spiegano perché i pazienti scelgono di accedere al PS: accesso limitato o poca confidenza e conoscenza dei servizi di cure primarie; avversione al rischio e percezione della propria condizione come urgenza non differibile; maggiore convenienza percepita, in quanto il PS viene visto come un *one-stop shop* che offre cure complete, con sistemi e dotazioni di diagnostica avanzata e grazie ad un team di professionisti specializzati in medicina di emergenza (Lowthian *et al.*, 2011); l'influenza dei propri familiari, della rete sociale o degli stessi pro-

fessionisti sanitari; la convinzione di necessitare delle risorse e delle strutture offerte dal sistema di emergenza.

In sintesi, le motivazioni alla base dell'elevato accesso in PS sono variegata e possono dipendere da carenze nell'attività programmata (attese, incapacità di strutturare un servizio adeguato, assenza di PDTA, etc.), dall'assenza di servizi di urgenza alternativi o semplicemente dalle asimmetrie informative rispetto alle alternative disponibili o alle propensioni della popolazione.

Van den Heede & Van den Voorde (2016), nell'indagare gli interventi per ridurre l'utilizzo del PS, ne offrono una sistematizzazione, classificandoli a seconda che agiscano sul lato dell'offerta dei servizi o su quello della domanda. Rispetto ai primi, gli interventi riguardano: (i) l'ampliamento della disponibilità di risorse di cure primarie (in termini di numerosità di *general practitioners* (GPs), oppure aumento di ore di assistenza di cure primarie e ambulatorio (*out-of-hours access*), o ancora, apertura di centri dedicati, come i *walk-in centres* in UK, gestiti da personale infermieristico e dedicati alla bassa complessità, o i *community centres* negli USA, rivolti principalmente a cittadini che abitano in zone rurali, poco servite o che non possiedono assicurazione sanitaria; (ii) l'utilizzo di servizi telefonici, sia ex ante per svolgere triage telefonico e una prima valutazione del bisogno finalizzato alla prioritizzazione dei pazienti, sia in itinere come servizio di consulto, soprattutto per i servizi di cure primarie urgenti fuori orario prestabilito e sia ex post, come servizio di follow up in seguito alla dimissione, per monitorare lo stato di salute del paziente e minimizzare il rischio di ritorno in PS; (iii) l'istituzione di «*pre-hospital interventions*», intesi come la presenza di medici e personale che presta assistenza direttamente sulla scena o che, tramite valutazione del bisogno, riferisce e orienta il paziente presso un altro setting di assistenza, diverso dal PS (come ad esempio unità per infortuni minori); (iv) la formalizzazione di attività di *case management* e coordinamento dei percorsi di cura, che aiutino il paziente a «navigare» tra setting e professionisti (*individual care planning*) e che a livello di sistema prevedano dei percorsi strutturati per bisogni uniformi (es. per pazienti cronici, anziani fragili, *frequent flyers*, etc.).

Rispetto al lato della domanda, gli autori evidenziano: (i) interventi di sensibilizzazione, educazione e *self-management* diretti alla popolazione o anche a specifici target di bisogno (es. pazienti cronici), con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza sul proprio stato di salute e sull'utilizzo appropriato delle risorse sanitarie; (ii) l'introduzione di soluzioni di *cost-sharing*, sotto forma di compartecipazione alla spesa per l'utilizzo di servizi di PS, come disincentivo all'accesso. Gli autori evidenziano come l'uso efficace dei servizi di emergenza e urgenza sia complesso da definire e da valutare in quanto dipende da molteplici fattori interrelati, che riguardano sia la tipologia di bisogno sia l'organizzazione dei servizi, e che sono specifici di ogni contesto.

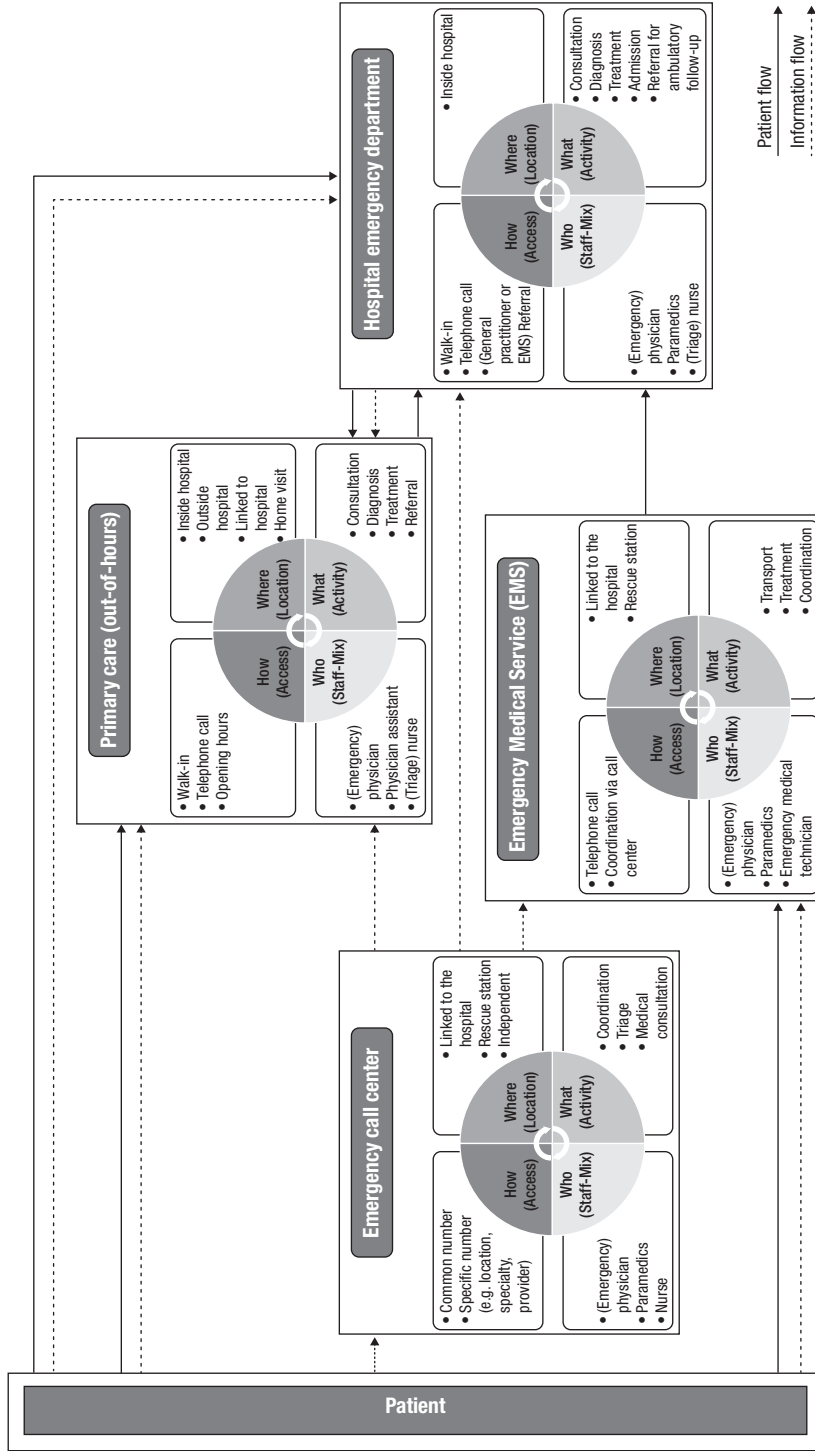
Inoltre, dalla letteratura emerge chiaramente come il sovraffollamento sia di certo un problema rilevante ma non l'unico: adeguata attenzione va dedicata infatti anche al durante (*throughput*), per evitare fenomeni di *boarding*, ma anche al post (*output*) per minimizzare il rischio di *frequent flyers* o di scarso coordinamento con il resto della filiera dei servizi (Sartini *et al.*, 2022).

Per sviluppare interventi che siano efficaci è prima necessario formulare una rappresentazione comprensiva del sistema di E-U per conoscerne il funzionamento e il relativo perimetro: a questo proposito, Baier *et al.* (2019), analizzando il sistema di *emergency and urgency care* in diversi paesi (Australia, Danimarca, UK, Francia, Germania e Olanda), hanno sviluppato un framework di analisi che ne permette la valutazione comparata, evidenziando quali attori lo costituiscono e quali relazioni e meccanismi di collaborazione sussistono tra di loro (Figura 9.1). Il framework mostra quattro «livelli» di servizio del sistema E-U: (i) il triage telefonico che indirizza i pazienti a seconda del bisogno rilevato; (ii) il servizio di medicina d'urgenza e di trasporto (equivalente al nostro 118); (iii) i servizi di cure primarie e ambulatoriali; (iv) il PS. Le caratteristiche di ciascun livello di servizio possono essere descritte da quattro dimensioni principali: accesso (come accedono i pazienti al servizio?), posizione (dove si trova il servizio?), attività (che tipo di servizi vengono erogati?) e staff-mix (chi eroga il servizio?).

Ciascun elemento del framework assume delle caratteristiche differenti a seconda del contesto territoriale di riferimento. Lo studio mostra come i diversi paesi indagati abbiano messo in campo una serie di riforme del sistema E-U per rispondere primariamente a tre obiettivi: (i) affrontare il costante incremento di accessi in PS; (ii) assicurare un coordinamento efficace tra gli attori del sistema; (iii) assicurare che i pazienti in condizioni più gravi vengano trattati con risposte appropriate, in termini sia di competenze specialistiche che di risorse tecnologicamente avanzate. Le riforme vengono raggruppate in quattro principali categorie.

1. Aumento della disponibilità dei servizi di cure primarie urgenti: si tratta dell'istituzione di nuovi servizi diretti a rispondere ai bisogni di urgenza minore, nella forma di call center con funzioni informative e di orientamento, visite domiciliari o centri di cure primarie per bisogni urgenti come i *walk-in centres* o le unità dedicate alle lesioni o infortuni lievi (*minor injuries units*);
2. Centralizzazione dei servizi di cure primarie urgenti: in alcuni casi si è provveduto a raggruppare questi servizi per aree geograficamente vaste, al fine di ottenere una serie di vantaggi quali, in particolare, offrire un unico punto di contatto per i cittadini facilmente accessibile (i centri di cure primarie sono di norma supportati da una infrastruttura informatica dedicata, che permette di svolgere triage telefonico in modo unitario e assicurando maggiore equità);

Figura 9.1 Rappresentazione del sistema di emergenza e urgenza



Fonte: Baier et al. (2019).

3. Coordinamento tra *emergency care* e cure primarie urgenti: il coordinamento ha lo scopo di assicurare che il cittadino si rivolga al servizio più appropriato per il suo bisogno; il coordinamento viene raggiunto utilizzando diverse modalità, ad esempio istituendo un numero per l'urgenza non grave che faccia una prima valutazione della richiesta e orienti il paziente oppure collocando i centri di cure primarie dentro l'ospedale per assicurare velocità di smistamento e presa in carico;
4. Centralizzazione dell'emergenza: in pochi casi si è provveduto a implementare una riforma di centralizzazione dei servizi di emergenza collocandoli in pochi grandi ospedali, per semplificare il sistema nel suo complesso, ridurre il rischio di dispersione e di parcellizzazione delle risorse.

In ogni caso si tratta di riforme sostanziali che cambiano profondamente la natura e la rete dei servizi e che non possono prescindere da una considerazione complessiva di sistema: per agire sui servizi di emergenza e sui PS in particolare, è necessario tenere in considerazione anche quanto di esterno è funzionalmente collegato al PS stesso.

9.3 Metodologia di ricerca

La ricerca ha previsto tre macro-fasi di attività: 1) l'analisi desk delle evidenze disponibili rispetto ai sistemi di E-U di quattro paesi benchmark (Francia, Inghilterra, Germania e Spagna) con l'obiettivo di posizionare il contesto italiano nel confronto internazionale; 2) l'analisi desk, la raccolta e la rielaborazione dei dati disponibili rispetto al sistema E-U italiano e la mappatura della normativa vigente a livello nazionale. In questa fase sono state consultate principalmente le seguenti fonti informative: l'Annuario Statistico del SSN, il database delle strutture di emergenza del Ministero della Salute, il portale TrovaStrutture di Agenas. Le evidenze raccolte sono state messe in relazione e interpretate alla luce della normativa vigente; 3) la realizzazione di due casi studio regionali (Lombardia ed Emilia Romagna), volti alla descrizione e all'analisi dei processi di trasformazione della rete E-U al momento in atto. Le due regioni sono state scelte in quanto rappresentano due modelli e due approcci differenti ma parimenti rilevanti per analizzare la trasformazione della rete E-U. Entrambe le regioni, infatti, hanno intrapreso un percorso di riforma sostanziale del sistema E-U, partendo da contesti differenti e agendo su leve di servizio diverse (cfr. paragrafi seguenti).

I casi studio sono stati condotti attraverso il seguente approccio metodologico: innanzitutto, è stata analizzata la normativa regionale e sono stati raccolti i dati disponibili relativi alle strutture di emergenza e al loro utilizzo. In particolare, per la Lombardia sono stati raccolti dati primari direttamente dall'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU), mentre per l'Emilia

Romagna è stato primariamente utilizzato il portale digitale open access della Regione (ReportER), integrato con dati direttamente forniti dagli interlocutori delle interviste. Questa prima fase è servita a formulare la «diagnosi» e l'interpretazione del contesto attuale da cui ha preso avvio il processo di riforma. Successivamente, sono state effettuate interviste semi-strutturate nel periodo giugno-luglio 2023, coinvolgendo diversi referenti che, nelle due regioni, hanno partecipato al processo di riforma. In Emilia Romagna sono stati ascoltati più livelli istituzionali, partendo da quello regionale (Dirigenti responsabili dell'Assistenza Ospedaliera e dell'Assistenza Territoriale della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare), per poi fare un carotaggio a livello aziendale (Direttore Sanitario dell'AUSL Romagna e un'unità in staff presso il Dipartimento di Cure Primarie e Medicina di Comunità per il Distretto di Ravenna) e a livello distrettuale (Direttore del Distretto di Ravenna). In Lombardia l'approfondimento qualitativo ha riguardato più livelli dirigenziali di AREU (l'Agenzia Regionale per l'Emergenza Urgenza) in qualità di Agenzia che supporta gli organi decisionali regionali dal punto di vista tecnico ed è coinvolta direttamente nelle innovazioni gestionali trattate nel capitolo; in particolare sono stati intervistati i vertici strategici dell'AREU, il Direttore Generale e il Direttore Sanitario, e i responsabili delle neo-funzioni di Integrazione percorsi di cura ospedale – territorio e Coordinamento regionale PS.

Le interviste sono state articolate in due principali aree tematiche: la prima incentrata sul contesto *as is*, chiedendo una descrizione sintetica del sistema E-U allo stato attuale, evidenziandone caratteristiche organizzative, strutturali, di coordinamento con il resto dei punti della filiera e le principali criticità ad oggi riscontrate. La seconda invece focalizzata sul processo di trasformazione *to be*, cogliendone obiettivi e impatti desiderati, interventi e azioni pianificate per il loro raggiungimento e infine il processo di governance e di decision-making adottato per la realizzazione del piano di riforma. Le domande sono state sufficientemente ampie per consentire al partecipante di introdurre nuovi temi e ulteriori spazi di riflessione. Le interviste sono state registrate, trascritte e successivamente analizzate e sistematizzate. Le informazioni raccolte durante le interviste sono state confrontate con i documenti aziendali e regionali rilevanti, precedentemente analizzati³.

³ Nel caso dell'Emilia Romagna, sono state condotte 5 interviste semi-strutturate online di circa 1 ora ciascuna con le figure istituzionali riportate nel paragrafo. Oltre a queste, è stata condotta in data 18 luglio 2023 una visita in loco presso il nuovo Centro di Emergenza Urgenza (CAU), ex Punto di Primo Intervento (PPI) presso la Casa di Comunità di Cervia, afferente al Distretto di Ravenna. La visita è stata accompagnata da quattro referenti regionali (uno dell'Assistenza Ospedaliera, due dell'Assistenza Territoriale e il Direttore dell'Area Cure Primarie), dal Direttore Sanitario dell'AUSL Emilia Romagna, il Direttore del Distretto di Ravenna. Nella prima parte della visita è stata svolta, dal Direttore del Distretto di Ravenna, una presentazione del CAU, evidenziandone il processo di trasformazione, il funzionamento, gli standard di funzionamento e i dati di attività. Successivamente, il personale clinico della struttura ha illustrato gli spazi del CAU, inseriti al piano terra della Casa di Comunità.

Le informazioni derivanti dall'analisi desk a livello nazionale, dalla mappatura dei processi di trasformazione regionali e dai casi studio sono state integrate e sistematizzate per restituire una visione aggiornata del PS e del sistema E-U e identificare quali sfide e quali traiettorie di cambiamento stiano attraversando.

9.4 Il PS e il sistema E-U nella prospettiva europea

Come anticipato nell'introduzione e nella parte di background teorico, la complessità, l'ampiezza e l'ambiguità del concetto di PS rende particolarmente difficile un confronto a livello internazionale. Il PS è universalmente riconosciuto come il principale punto di accesso (Schoor e Venkatesh, 2012) per l'assistenza medica in caso di emergenze mediche, traumi e condizioni acute potenzialmente letali (NHS, 2023; Gomez, 2006). Vi sono però diverse modalità di declinazione dei modelli di emergenza e di setting di cura che rendono le rilevazioni e le misurazioni non direttamente confrontabili (WHO, 2015).

Non essendoci dei rapporti aggiornati che riescano al momento a sistematizzare in modo uniformato i dati per un confronto internazionale, si è quindi proceduto con una rilevazione ad hoc attraverso la documentazione istituzionale di un campione di paesi. Si è deciso di prendere come riferimento, in particolare, i paesi più popolosi dell'Europa occidentale (Euro Health Consumer Index, 2018), ovvero Francia, Inghilterra, Germania e Spagna. Questi paesi presentano trend e soluzioni di governo distintive volte a fronteggiare le crescenti complessità di sistema come l'aumento dell'aspettativa di vita, il cambiamento della morbilità, la carenza di professionisti. Inoltre, condividono criticità specifiche del PS come l'inappropriatezza della domanda, la cultura dell'«immediatezza» nella gestione dei PS, l'aumento del numero degli accessi.

In questi paesi i PS si contraddistinguono come strutture ospedaliere dedicate, specificamente progettate e dotate di personale per fornire assistenza di emergenza 24 ore su 24. Diversamente, paesi come la Danimarca e i Paesi Bassi includono nella definizione di PS anche, rispettivamente, cliniche ambulatoriali e strutture aperte solo durante il giorno (Baier *et al.*, 2019). Rispetto ai paesi selezionati, i setting che meglio si avvicinano, per missione e struttura, ai PS italiani sono le *Structure des urgences* in Francia, gli *Accident & Emergency Department* di «Tipo 1»⁴ in Inghilterra, le *Zentrale Notaufnahmen* in Germania e i *Servicios de Urgencias Hospitalarios* in Spagna.

Dal confronto (si veda Tabella 9.1) si nota innanzitutto un'elevata differen-

⁴ In Inghilterra si distinguono 3 tipologie di A&E: «Tipo 1», pronto soccorso con servizio 24 ore su 24, sette giorni su sette; «Tipo 2», pronto soccorso mono-specialistico; «Tipo 3», centro di trattamento urgente aperto almeno 12 ore al giorno anche su appuntamento prenotabile tramite il Servizio NHS 111 o indicazione del MMG.

Tabella 9.1 **Confronto internazionale, 2022 o anno più recente disponibile**

	Popolazione (in 1000) ¹	Densità abitanti/km2 (2019)	Abitanti per PS (2019)	Km ² per PS (2019)	Accessi x 1.000 abitanti	Accessi totali PS (in 1000)	% di ricoverati (2016-17) ²	Contatti medico/anno (in %) ³		
								0	1	2+
Spagna (Servicios de Urgencias Hospitalarios)	46.934,6	94	166.434	1.794	444	20.860 ⁴	10	65,1	22,1	12,8
Inghilterra (Accident & Emergency Department)	56.300,0	432	331.176	766	441	24.827 ⁵	29 ⁶	67,4	19,4	13,2
Italia (PS)	60.359,5	195	96.635	496	340	20.000	16	48,3	22,7	29,1
Francia (Structure des urgences) ⁷	66.993,0	123	106.507	877	328	22.012 ⁸	20	49,8	26,9	23,3
Germania (Zentrale Notaufnahmen)	83.019,2	238	77.952	336	125	10.400 ⁹	43	46,9	21,8	31,3

¹ Eurostat (2019) EU population up to over 513 million on 1 January 2019 (11/4/2019). Il dato dell'Inghilterra è stato ottenuto togliendo dal dato relativo al Regno Unito il numero di abitanti di Scozia, Galles e Irlanda del Nord. ² LGCAS (2020 July). ³ Si tratta di medici generalisti (*general practitioners*). Eurostat (2022) Self-reported consultations of a medical professional by sex, age and degree of urbanization. ⁴ Ministerio de Sanidad (2021) Urgencias atendidas en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), frecuentación por 1.000 habitantes y porcentaje de urgencias ingresadas sobre el total de urgencias atendidas según comunidad autónoma (<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla27.htm>) ⁵ NHS, Hospital Accident and Emergency Activity 2019-20 (<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-accident--emergency-activity/2019-20>) ⁶ Dato stimato sulla base dei dati LGCAS (2020 July). ⁷ Compende le DROM (Martinique, Guyane, Mayotte, Guadeloupe, La Réunion). ⁸ DREES (2021) Les établissements de santé, Ch. 25, p. 140. ⁹ Regierungskommission (2023) Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstelle.

Fonte: elaborazione autori sui documenti istituzionali dei vari paesi (Ministeri, agenzie, etc.) e database Eurostat.

ziazione nella densità di PS nella popolazione (abitanti per PS) e nel tasso di accesso al PS (accessi per 1.000 abitanti). Quest'ultimo dato è in linea con i risultati di precedenti report EUSEM (LGCAST, 2020). Si osserva poi come il dato sui tassi di accesso sia poco associabile alla densità di PS sul territorio o sugli abitanti, mentre esiste una più chiara relazione inversa con il tasso di accesso dal Medico di Medicina Generale.

In questo quadro, la Germania spicca in quanto presenta numeri di gran lunga inferiori di accesso in PS nonostante l'elevata densità di PS sulla popolazione. Ciò può essere motivato dalla peculiarità del sistema tedesco in cui di 27,8 milioni di pazienti, solo 10,4 milioni si sono rivolti ai dipartimenti centrali di emergenza (ZNA - *Zentrale Notaufnahmen*) nel 2019, mentre 8,8 milioni di acuti hanno trovato risposta in regime «KV-Bereitschaftsdienst» ambulatoriale o di guardia medica (Mangiapane *et al.*, 2021) e 8,6 milioni nei PS «decentrati» (Regierungskommission, 2023). A ciò si aggiunge il ruolo dei medici sul territorio come punto di riferimento fondamentale nella presa in carico dei pazienti. In merito, dai dati Eurostat (2022) si evince che il 31,3% della popolazione tedesca ha avuto due o più contatti annui con un medico.

Cambiando prospettiva e guardando ai trend emergenti, le complessità visute dai PS in Europa sembrano essere comuni: crescente numero degli accessi al PS, riduzione delle strutture sanitarie sul territorio, crescenti difficoltà nel rispetto dei tempi standard di trattamento dei pazienti. Tra i paesi oggetto di analisi, si evidenzia quanto segue.

- ▶ La Francia è caratterizzata da una crescita di oltre il 20% degli accessi, dalla riduzione di oltre il 6% delle strutture sanitarie tra 2013 e 2019 e da accessi inappropriati stimati da Naouri *et al.* (2020) fino a un 27,4% del totale degli accessi;
- ▶ L'Inghilterra è caratterizzata da un aumento degli accessi pari al 25% tra il 2007/2008 e 2017/2018 (Torjesen I., 2018) e da una decrescente capacità di dimissione o trasferimento dei pazienti entro quattro ore dall'accesso al PS passata da 93,5% a maggio 2020 a 72,3% ad aprile 2022 (NHS, A&E Attendances and Emergency Admissions) dovuta alla carenza di personale sanitario;
- ▶ La Germania, in cui il numero complessivo dei pazienti urgenti curati dal servizio di reperibilità (KV) e nei PS degli ospedali è passato da 24,9 milioni nel 2009 a 27,8 milioni nel 2019 (+12%), registra un graduale spostamento della domanda dai KV-Bereitschaftsdienst (-12%) verso le strutture «centrali» e «decentrate» (+28%) (Regierungskommission, 2023);
- ▶ La Spagna è caratterizzata da un significativo aumento del numero di accessi di cui l'80% si stima avvenga su iniziativa del paziente, senza essere indirizzato da altri servizi (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Guardando al futuro dei PS la Germania emerge come il sistema che, pur condividendo con gli altri paesi analizzati un'importante crescita della domanda di servizi di E-U tra il 2009 e il 2019, è stato in grado di metter in atto politiche capaci di ricostruire gradualmente il «patto» con i pazienti a livello «decentrato». Tale traguardo è confermato da un numero di emergenze trattate a livello centrale dai *Zentrale Notaufnahmen* in diminuzione (da 10,7 a 10,3 milioni di casi tra il 2016 e il 2019). Similarmente, anche gli altri paesi analizzati stanno sperimentando nuove soluzioni volte a far fronte alle complessità evidenziate. Tra le principali iniziative in Francia si segnalano (i) la definizione di un canale «breve», un canale «lungo» (paziente che richiede diversi esami aggiuntivi e deve essere ricoverato in ospedale) e, ove necessario, di un canale di semplice consultazione che ha portato alla riduzione a meno di 2 ore della permanenza in PS per il 50% dei pazienti; (ii) la creazione di un *Service d'accès aux soins (SAS)* nell'ambito del «patto di rifondazione del PS» di settembre 2019 per l'accesso a un professionista sanitario in grado di fornire consulenza medica, offrire un teleconsulto, indirizzare il paziente al servizio più idoneo e ove necessario, attivare l'intervento di un SMUR (Servizio Mobile di Urgenza e Rianimazione) o di un trasporto sanitario. In Inghilterra si sottolinea l'iniziativa NHS IMPACT (*Improving Patient Care Together*) volta a creare le condizioni per il miglioramento continuo delle performance agendo a livello sistemico – dall'aumento della forza lavoro e della loro flessibilità, al miglioramento della capacità di *discharge* e al rafforzamento della rete nel territorio attraverso la *Urgent Community Response (UCR)*.

9.5 Governo e logistica degli accessi in PS: diagnosi di sistema

Il nostro SSN presenta una variabilità di assetti e comportamenti con i suoi 21 SSR. Sebbene i dati siano anche in questo caso frammentati, godono comunque di una maggiore confrontabilità rispetto a quelli internazionali. Il confronto interregionale rivela una situazione variegata (Tabella 9.2): si passa dai quasi 500 accessi ogni 1.000 abitanti della Provincia di Bolzano ai circa 260 della Sardegna. Pur escludendo questi *outlier*, che presentano peculiarità territoriali significative, il coefficiente di variazione interregionale per il tasso di accesso si attesta comunque intorno al 15%. In Tabella 9.2 le regioni vengono mostrate in ordine decrescente rispetto alla frequenza di accesso al PS.

Da uno sguardo alle correlazioni positive più consistenti (quelle che superano il 60%) si osserva innanzitutto come il tasso di accesso in PS aumenti con la fruibilità percepita del servizio e si riduca in presenza di un maggiore tasso di utilizzo di risposte alternative presenti nel territorio (visite per guardia medica). La variabilità nel tasso di accesso in PS non sembra tanto legata all'intensità e al grado di sviluppo dell'assistenza territoriale (scarsa/nulla cor-

Tabella 9.2 Accessi PS per 1.000 abitanti per regione e variabili potenzialmente correlate, 2019 o anno più recente disponibile

Classificazione dati Indicatori	Accessi al PS		Distribuzione PS		Dotazione risorse		Utilizzo cure primarie		MMIG per 10.000 abitanti (2021)
	Accessi x 1.000 abitanti	Accessi per PS	Densità abitanti/km ²	Km ² per PS	Abitanti per PS	Abitanti per ambulanza specialistiche	Tasso di accesso visite specialistiche	Visite Continuità Assistenziale per 100.000 abitanti	
PA Bolzano	496	37,732	72	1,057	76,181	0	n.d.	7	5
Emilia Romagna	407	44,362	197	549	107,974	23,750	50	8	6
Veneto	401	41,055	264	382	100,797	20,372	43	12	6
Liguria	398	43,303	277	387	107,330	14,448	48	21	7
Toscana	393	39,238	159	621	98,680	31,639	46	20	7
Umbria	383	23,783	101	605	61,010	7,793	44	26	8
Abruzzo	377	30,508	117	677	79,366	13,367	43	28	8
PA Trento	370	28,837	87	887	77,436	2,521	n.d.	10	6
Lombardia	353	36,169	47	244	101,538	66,560	48	10	6
Valle D'Aosta	346	43,276	47	3,261	122,955	4,345	46	8	6
Friuli Venezia Giulia	342	37,451	150	721	108,381	19,936	50	10	6
Sicilia	336	26,421	186	417	77,452	28,066	46	37	8
Marche	325	27,278	158	519	82,269	13,116	41	21	7
Basilicata	320	29,548	53	1,679	89,443	44,722	35	56	8
Puglia	317	36,911	200	575	114,731	23,219	33	23	8
Lazio	303	34,847	331	345	114,142	44,241	47	11	7
Molise	292	21,954	65	1,115	72,460	19,323	48	66	8
Piemonte	291	28,498	167	577	96,380	52,097	36	10	7
Campania	283	29,361	409	249	101,676	26,924	30	23	6
Calabria	269	25,449	121	761	92,065	29,555	32	43	6
Sardegna	261	19,151	65	1,095	71,592	16,773	50	53	7
Coeff. di deviazione*	13%	21%	13%	90%	17%	65%	15%	71%	12%
Correlazione con il tasso di accesso al PS*	-	58%	-58%	-7%	-1%	-34%	60%	-41%	-4%
ITALIA	340	33,374	195	496	96,635	30,968	43	19	7

* Esclusi Prov.di Bolzano e Sardegna (rispettivamente min e max).

Fonte: Elaborazione autori su varie fonti istituzionali (Ministero della Salute, Agenas, ISTAT).

relazione con la densità di MMG e correlazione addirittura positiva con il tasso di utilizzo di visite specialistiche), ma a quanta parte della risposta territoriale riesca effettivamente a soddisfare il particolare bisogno (percepito come) urgente della popolazione. Questa interpretazione sembra coerente con quanto emerge in letteratura e segnala la presenza di gap specifici e puntuali nelle forme e modalità di risposta a bisogni differenziati della popolazione piuttosto che generiche carenze nel sistema di offerta ospedaliera e territoriale (Mengoni e Rappini, 2007).

In mancanza di alternative percepite come adeguate, il PS ospedaliero resta quindi un collettore di un'elevata e variegata quantità di domanda che, tra l'altro, sembra essere distribuita in modo molto frammentato e disorganico nella rete dei PS. In media, i PS in Italia gestiscono 33.000 utenti (Tabella 9.3). Circa il 37% dei PS gestisce meno di 20.000 accessi, target minimo fissato dal Ministero per i PS di base. Solo il 6% dei PS gestisce più di 70.000 accessi, nonostante il 16% dei PS totali figurino come DEA di II livello, e pertanto dovrebbero gestire più di 70.000 accessi. Le evidenze sembrano quindi suggerire in alcuni casi un eccesso di dotazione, in altri difetti di posizionamento o comunque squilibri interni alle reti dei PS e a come queste si sono configurate e consolidate nel tempo.

Il fenomeno dei tanti PS sotto i 20.000 accessi e dei pochi PS qualificati come DEA di II livello che superano i 70.000 potrebbe essere in parte frutto di un disallineamento tra indicazioni ministeriali e attuazione delle stesse. In teoria i PS dovrebbero gestire bacini d'utenza tra gli 80.000 e i 150.000 abitanti, i DEA di I tra i 150.000 e i 300.000 e i DEA di II livello tra i 600.000 e i 1.200.000 in una evidente logica di complementarità e non sostituzione. In pratica, i PS base hanno un bacino d'utenza medio in Italia di circa 220 mila abitanti, i DEA di I livello intorno ai 240 mila abitanti e i DEA di II livello intorno ai 620 mila. Sembrerebbe quindi esserci una «dotazione» di PS disallineata rispetto agli standard in particolare per i PS sede di DEA di II livello. In questo modo ci si allontana dalla logica di complementarità a favore di una sostituiva rendendo difficile distinguere un bacino d'utenza di un DEA di I e di un PS «base» e ambizioso lo standard previsto per i PS sedi di DEA di II livello.

Certi squilibri sono naturali nelle regioni più piccole, meno popolose, isolate geograficamente o caratterizzate da situazioni di difficile viabilità e accessibilità fisica alle strutture. Si tratta, ad esempio, di Valle D'Aosta, Sardegna, Province Autonome del Trentino-Alto Adige e Umbria. In questo caso, ragioni di equità e di conformazione del territorio ne spiegano alcune peculiarità.

Attorno ai DEA di II livello rimane comunque aperta la questione degli standard di accesso e vocazione rispetto a un bacino di popolazione più o meno ampio. La scelta di dove allocare i sempre più scarsi medici d'urgenza e a chi e quanti posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) o di medicina d'urgenza assegnare passa necessariamente da una attenta revisione comples-

Tabella 9.3 **Tasso di offerta di PS e distribuzione degli accessi per regione e tipologia di PS, 2019 o anno più recente disponibile**

Classificazione dati	Popolazione				Distribuzione strutture				Accessi al PS		Distribuzione PS per fasce di accesso		% ricoveri da PS
	Abitanti per Tot PS	Abitanti per PS base	Abitanti per DEA1	Abitanti per DEA2	% di DEA di II livello	Km ² per Tot PS	Accessi x 1.000 abitanti	Accessi per PS	% PS < 20.000 accessi (2017)	% di PS > 70.000 accessi (2017)	% di ricov.		
V. D'Aosta	122.955	122.955	0	122.955	100	3.261	346	43.276	0	0	17		
Puglia	3.900.852	114.731	325.071	557.265	21	575	317	36.911	22	5	14		
Lazio	5.707.112	114.142	248.135	259.414	10	345	303	34.847	15	10	14		
F.V.G.	1.192.191	108.381	1.192.191	149.024	18	721	342	37.451	8	8	14		
Emilia Romagna	4.426.929	107.974	210.806	553.366	29	549	407	44.362	40	19	13		
Liguria	1.502.624	107.330	375.656	214.661	21	387	398	43.303	21	5	15		
Campania	5.592.175	101.676	174.755	430.167	18	249	283	29.361	36	8	13		
Lombardia	9.950.742	101.538	231.413	242.701	14	244	353	36.169	42	2	13		
Veneto	4.838.253	100.797	268.792	193.530	10	382	401	41.055	31	10	12		
Toscana	3.651.152	98.680	202.842	243.410	11	621	393	39.238	34	13	13		
Italia	58.850.717	96.635	218.776	240.207	16	496	340	33.374	36	6	13		
Piemonte	4.240.736	96.380	302.910	212.037	23	577	291	28.498	28	2	11		
Calabria	1.841.300	92.065	306.883	167.391	15	761	269	25.449	64	0	19		
Basilicata	536.659	89.443	134.165	536.659	17	1.679	320	29.548	50	0	17		
Marche	1.480.839	82.269	296.168	134.622	11	519	325	27.278	28	0	13		
Abruzzo	1.269.860	79.366	141.096	181.409	0	677	377	30.508	38	6	14		
Sicilia	4.802.016	77.452	177.852	184.693	15	417	336	26.421	45	3	13		
P. Trento	542.050	77.436	108.410	542.050	14	887	370	28.837	57	14	12		
P. Bolzano	533.267	76.181	88.878	0	533.267	14	1.057	37.732	43	14	12		
Molise	289.840	72.460	96.613	289.840	0	1.115	292	21.954	0	0	15		
Sardegna	1.575.028	71.592	143.184	196.879	14	1.095	261	19.151	71	0	19		
Umbria	854.137	61.010	122.020	170.827	14	605	383	23.783	59	6	16		

Fonte: Elaborazione autori su varie fonti istituzionali (Ministero della Salute, Agenas, ISTAT).

siva del governo e della logistica dell'input e da una trasformazione formale e sostanziale del network di PS che saranno oggetto dei paragrafi successivi.

9.6 Le trasformazioni in corso: i casi regionali

L'analisi dei casi regionali permette di approfondire la diagnosi da un punto di vista sia qualitativo che quantitativo e di esplorare i processi di cambiamento in corso.

9.6.1 Lombardia

La Lombardia si presenta con una configurazione di tasso di accesso al PS e tasso di offerta di PS di poco superiore alla media italiana. Il tasso di accesso si attesta sui 352 accessi per 1.000 abitanti nel 2019 (media italiana 340) e il numero di abitanti per PS era intorno ai 101 mila (media italiana 97mila). Dopo l'importante flessione degli accessi nel periodo pandemico il rientro alla normalità è caratterizzato da un dato di 313 accessi per 1.000 abitanti (elaborazione su dati AREU e ISTAT). Dei circa 3 milioni di accessi nel 2022, il mix dei codici sembra abbastanza in linea con il dato nazionale: circa il 76% è urgenza minore o differibile e la percentuale di accessi che si traducono in ricovero è intorno al 13%. Vi è poi una forte similitudine rispetto al mix di tipologie di PS. L'aderenza al dato medio è naturalmente ascrivibile per buona parte alla grandezza della regione in questione. Con i suoi circa 10 milioni di abitanti concorre in modo rilevante nella determinazione delle medie nazionali. L'ampiezza territoriale conferisce poi una varietà territoriale che si avvicina, in piccolo, a quella del resto del territorio nazionale, tranne che per l'assenza del mare. Per questo secondo motivo in particolare la Lombardia ha le caratteristiche strutturali per essere una regione paradigmatica rispetto al contesto italiano anche se sappiamo che bisogna tener conto delle peculiarità del suo sistema sanitario regionale e delle scelte fatte dalle politiche sanitarie. Tra le peculiarità attinenti al sistema di Emergenza-Urgenza vi è senza dubbio la presenza di AREU, un'agenzia specializzata sull'E-U. AREU nasce nel 2009 con la missione di attuare la programmazione e il controllo, assicurando i LEA in materia di emergenza urgenza extraospedaliera, di attività trasfusionali, di trasporti sanitari e sanitari semplici inclusi gli organi e i tessuti destinati ai trapianti. Ad AREU afferiscono quattro Sale Operative Regionali dell'Emergenza Urgenza (SOREU) sanitaria a valenza interprovinciale: SOREU Metropolitana a Milano, dei Laghi a Como, delle Alpi a Bergamo, della Pianura a Pavia. Le competenze maturate nel tempo da AREU e la visione d'insieme che deve necessariamente avere per coordinare le attività del 118 la rendono un «partner» sempre più strategico per la regione e pertanto, come

vedremo, il suo ruolo nella governance dell’Emergenza-Urgenza si sta ulteriormente ampliando.

9.6.1.1 Diagnosi e premesse al cambiamento⁵

Il primo aspetto rilevante che emerge dalle analisi è la questione della difficoltà di orientamento e indirizzamento degli accessi. Da una parte, circa il 74% degli accessi avviene in modo spontaneo e autonomo; vi sono infatti accessi spontanei anche tra i codici gialli e i codici rossi (Tabella 9.4). Dall’altra, vi è un utilizzo spesso inappropriato del 118 che prende in carico il 7% dei codici bianchi e il 20% dei codici verdi, un dato che in valore assoluto ammonta a circa 440mila accessi. Il tema dell’accesso spontaneo dei codici maggiori, da una parte, e il fenomeno del sovra-utilizzo del 118 per i codici minori, dall’altra, sono sicuramente due sintomi che suggeriscono di guardare al governo degli accessi come un ambito prioritario di lavoro.

Le difficoltà nel governare l’accesso possono in parte contribuire a spiegare e a indurre alcune delle tipiche criticità del percorso in uscita. Si nota, ad esempio, come l’8% dei codici verdi venga ricoverato (ca. 250mila ricoveri). Il fenomeno dei ricoveri urgenti per urgenze differibili aumenta notevolmente la variabilità «artificiale» e cioè quella indotta dal sistema e può rappresentare uno

Tabella 9.4 **Totale accessi in Lombardia per codice colore, tipo di accesso e tipo di esito, 2022**

	Bianco (8%)	Verde (68%)	Giallo (20%)	Rosso (2%)	Non eseguito (1%)
INPUT					
Da 118	7%	19%	41%	72%	14%
AUTONOMO	91%	79%	57%	27%	64%
ALTRO	2%	2%	2%	1%	22%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%
OUTPUT					
Dimissione a domicilio	78%	83%	68%	32%	75%
Ricovero in reparto di degenza	1%	8%	26%	54%	7%
Dimissione a strutture ambulatoriali	1%	1%	1%	0%	0%
Trasferimento ad altro istituto	0%	1%	2%	4%	1%
Il paziente abbandona il PS prima della visita medica	15%	5%	1%	0%	16%
Il paziente abbandona il PS in corso di accert. e/o prima della chiusura C.C.	4%	2%	2%	1%	1%
Rifiuta ricovero	0%	1%	1%	1%	0%
Deceduto in PS	0%	0%	0%	7%	0%
Giunto cadavere	0%	0%	0%	0%	0%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaborazione degli autori su dati AREU.

⁵ Tutti i dati presentati in questo paragrafo derivano da rielaborazioni degli autori su dati e evidenze direttamente fornite da AREU Lombardia.

spreco di risorse nel momento in cui la rapidità della soluzione non coincide in realtà con la soluzione più appropriata. Dalle interviste emerge infatti come vi sia sicuramente un cluster di utenti anziani fragili che richiedono l'utilizzo del 118 in entrata e che vengono poi ricoverati. Rispetto a questo tipo di popolazione, ad esempio, potrebbe più appropriato da un punto di vista del rischio clinico evitare l'accesso in ospedale quando non ve ne è strettamente bisogno.

Un dato a cui porre attenzione in fase di output è il tasso di abbandono prima di essere visitato o prima di un accertamento. Il fenomeno chiaramente riguarda soprattutto i codici bianchi (quasi il 20% abbandona prima della chiusura della cartella clinica) e i codici verdi (7%). Si tratta, appunto, con molta probabilità di quegli accessi «evitabili» che seppur meritevoli di tutela dovrebbero essere orientati verso altri setting di cura (laddove disponibili).

La dispersione degli accessi a monte non è però solo una mancanza di governo della domanda o di alternative al PS; vi è anche una questione di frammentazione e confusione nella rete di PS. Se si vanno ad analizzare i dati per tipologia di PS (Tabella 9.5 e Tabella 9.6), si nota, come il mix di codici in entrata, di canali di accesso e di uscita non vari in maniera molto significativa per tipologia di PS.

I PS di base rappresentano circa il 40% dei PS e gestiscono circa 20mila casi all'anno, tendendo a essere «isolati ed autosufficienti»: solo l'1% degli accessi viene trasferito in altra struttura e il tasso di ricovero è pari a quello degli altri livelli di PS (15%). I DEA di I livello gestiscono in media circa 30 mila accessi, dato che si conferma al di sotto del target ministeriale di 45mila accessi l'anno. Questo dato è coerente con il fatto che circa il 65% è mono-specialistico (dati Fenice) e risulta hub per una sola specialità. I DEA di II nella maggior parte

Tabella 9.5 **Totale accessi in Lombardia per codice colore, tipo di accesso e tipologia di struttura, 2022**

	PS	DEA I	DEA II	TOT
Totale	1.028.041	1.303.826	779.983	3.111.850
Bianco	9,7%	6,8%	9,3%	8,4%
Verde	68,2%	68,6%	67,4%	68,2%
Giallo	19,2%	21,0%	20,5%	20,3%
Rosso	1,6%	2,3%	2,7%	2,2%
Nero	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Non eseguito	1,3%	1,2%	0,0%	0,9%
	100%	100%	100%	100%
118	21%	24%	26%	23%
AUTONOMO	77%	75%	70%	74%
ALTRO	2%	1%	5%	2%
	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaborazione degli autori su dati AREU.

Tabella 9.6 **Totale accessi in Lombardia per codice colore, tipo di esito e tipologia di struttura, 2022**

	PS	DEA I	DEA II	TOT
Totale	1.132.073	1.303.557	779.962	3.215.592
Dimissione a domicilio	74%	77%	76%	76%
Ricovero in reparto di degenza	15%	13%	15%	14%
Il paziente abbandona il PS prima della visita medica	6%	5%	3%	5%
Il paziente abbandona il PS in corso di accert. e/o prima della chiusura della c.c.	3%	2%	3%	2%
Trasferimento ad altro istituto	1%	1%	1%	1%
Rifiuta ricovero	1%	1%	1%	1%
Dimissione a strutture ambulatoriali	0%	0%	1%	0%
Deceduto in PS	0%	0%	0%	0%
Giunto cadavere	0%	0%	0%	0%
Totale	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaborazione degli autori su dati AREU.

dei casi gestiscono una casistica di molto superiore o vicina ai 70.000 accessi, con dei tassi di abbandono inferiori alle altre categorie e dei tassi di ricovero nella media. Bisogna però notare come la distinzione tra tipologie di PS possa essere in molti casi fuorviante. La popolazione dei PS base è comunque variegata, con alcuni PS che arrivano a gestire circa 40.000 accessi (quasi dei DEA di I). Vi sono poi dei DEA di II livello che gestiscono intorno ai 50.000 pazienti così come altri che ne gestiscono più di 80.000mila (Tabella 9.7).

Il risultato finale di questa uniformazione verso il basso, in termini di casistica trattata, soprattutto dei DEA di I livello, spiega quanto già osservato a su base nazionale sulla distribuzione degli accessi tra i PS, di fatto molto

Tabella 9.7 **Cluster di strutture di emergenza in Lombardia per fasce di accessi, 2022**

Cluster di PS (per volumi di accesso)	Accessi	Accessi (%)	Numero di PS (%)	Numero di PS	Di cui PPI	Di cui PS «base»	Di cui DEA I Livello	Di cui DEA II Livello
<10.000	72.441	2%	9%	9	4	5	0	0
>10.000 < 20.000	420.183	13%	26%	27	0	22	5	0
>20.000 < 45.000	1.119.816	33%	37%	38	0	17	21	0
> 45.000 < 70.000	1.237.558	37%	22%	22	0	0	15	7
>70.000	497.691	15%	6%	6	0	0	0	6
Totale	3.347.689	100%	100%	102	4	44	41	13
% PS in target					100%	39%	37%	54%

Fonte: Elaborazione degli autori su dati AREU.

parcellizzati tra strutture di emergenza a più basso livello (Tabella 9.7). Sembra dunque esserci in primis un eccesso di dotazione di PS che è solo in parte spiegabile con le ragioni dell'equità e della necessità di tenere dei presidi nelle aree territorialmente più disagiate e a minor densità di popolazione. Vi è infatti una elevata sovrapposizione tra le tipologie di PS rispetto al numero di accessi target. L'inefficiente e confusa allocazione delle risorse tra i PS rappresenta sicuramente una fonte di dispersione degli accessi e disorientamento della domanda; rappresenta, dunque, uno degli oggetti della riforma analizzata nel successivo paragrafo.

9.6.2 Prospettive

La Lombardia ha avviato già da qualche anno un percorso di revisione sostanziale di tutto il sistema di PS che non è racchiuso in un'unica riforma. A partire dal 2022 vengono proposte una serie di indicazioni e progettualità che vedono nella più recente DGR n. XII/787 di luglio 2023 sul «Piano di riordino delle strutture, attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza urgenza ospedaliera» un ultimo importante tassello di una revisione complessiva di cui proponiamo una rivisitazione e ricomposizione.

La carenza di medici urgentisti, da una parte, e le criticità richiamate nella rete dei PS dall'altra, impongono innanzitutto una revisione nella allocazione delle risorse e delle responsabilità all'interno della rete dei PS. L'ultima DGR del 31 luglio segnala infatti come si renda «necessario rivedere l'offerta ospedaliera regionale iniziando dalla riclassificazione dei PS e dei DEA di I e di II livello, pubblici e privati accreditati». Si tratta di una «revisione e razionalizzazione della rete dei DEA/PS, coerente con il riordino della rete ospedaliera Regionale che, dopo approvazione da parte della Giunta Regionale, diventerà operativo nel 2024». La DGR sembra prendere atto dello stato di confusione e sovrapposizione che si è andata in pratica a formare nel tempo tra PS, DEA di I e DEA di II. In attesa di vedere come saranno riorganizzate le reti ospedaliere, il principio che sembra ispirare l'organizzazione è quello di incanalare e concentrare in modo chiaro e netto il flusso dell'E-U verso strutture fisiche e organizzative con risorse dedicate e specializzate che dovranno rispecchiare degli standard ben precisi e che porteranno alcune realtà a dover adeguare la forma alla sostanza o viceversa. La concentrazione della casistica più urgente e a più alto carico assistenziale passa innanzitutto da rivisitazione dei criteri di accreditamento. Coerentemente con le linee guida nazionali, si ribadisce che «la dotazione delle postazioni dedicate all'Osservazione Breve Intensiva (OBI)⁶ è individuata mediante il criterio di una postazione ogni 5.000 accessi

⁶ Secondo le Linee di Indirizzo del Ministero, l'OBI costituisce una «modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso

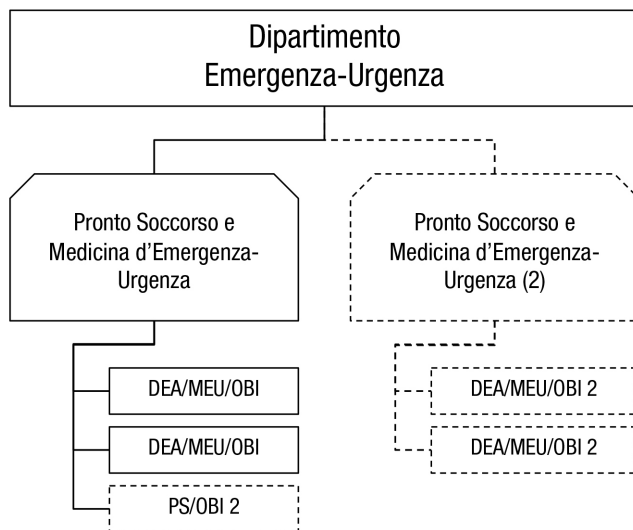
al PS» e si specifica quali siano i requisiti di presa in carico e quali siano gli standard e la tipologia di personale. Si introduce poi una novità in quanto gli ospedali dovranno dedicare dei posti letto all'emergenza urgenza e che «il numero complessivo di letti afferenti alle UUOO di Medicina d' E-U non può essere superiore a 24 posti letto complessivi per i DEA di II livello e 12 per i DEA di I livello. I posti letto sono da considerarsi all'interno dei posti letto complessivi accreditati». La riallocazione degli asset è associata a una riconfigurazione degli assetti organizzativi. Le Strutture sede di DEA di I e II livello devono prevedere, all'interno della loro organizzazione una UO complessa di «PS e Medicina d'E-U» in cui i PS diventano delle strutture organizzative semplici che afferiscono ai DEA che diventano le sedi fisiche e organizzative degli OBI, dei Medici D'Urgenza e dei Posti letto d'Emergenza-Urgenza. È evidente quindi il tentativo di ridefinire la quantità e la tipologia delle risorse (postazioni OBI, posti letto per la degenza e medici) nella rete dei PS secondo criteri di concentrazione e specializzazione delle risorse. A tal proposito nella DGR si sottolinea la centralità delle figure dei MEU (Medici d'Emergenza Urgenza) nella presa in carico dei pazienti di E-U, ma anche la necessità di focalizzare il loro operato rispetto alla loro specializzazione, in modo da valorizzarne la vocazione ed economizzare il loro utilizzo. Allargando qui la visuale si osserva come queste figure dovranno necessariamente diventando patrimonio comune di un flusso logistico comune. In pratica, dal punto di vista organizzativo e operativo questo significa che la turnistica sarà sempre più condivisa tra AREU e i Dipartimenti di E-U.

Questo percorso porterà alla revisione e razionalizzazione della rete dei DEA/PS entro il 2024. Si tratta comunque di una traiettoria complessa che avrà bisogno dei suoi tempi perché, come accennato nell'introduzione del capitolo, la revisione delle reti dei PS intreccia razionalità tecniche, ragioni sociali e ragioni politiche, ma ora è chiaro che è evidentemente inevitabile.

Nel mentre vanno avanti i lavori per la riprogettazione della rete ospedaliera e della strettamente connessa rete di PS. Ciò che AREU sta promuovendo nel breve è l'orientamento della domanda e la presa in carico dei codici minori che, come osservato nella diagnosi, costituiscono un importante fonte di variabilità e inappropriata. L'obiettivo principale è «orientare il bisogno di cura non emergente-urgente che si rivolge ai PS di Regione Lombardia, verso le cure territoriali, potenziando la risposta territoriale con strumenti di telemedicina

rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali. Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, l'esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo».

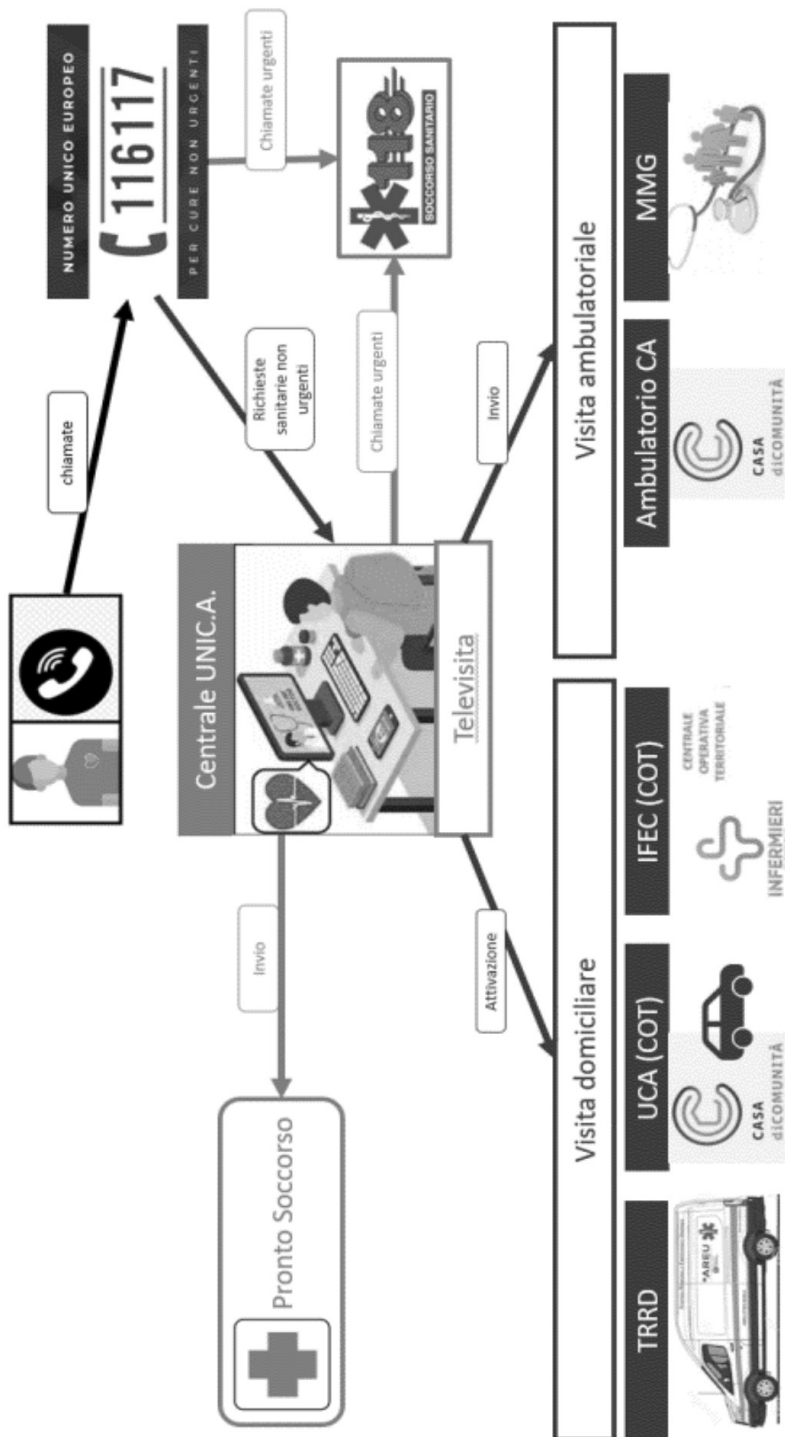
Figura 9.2 **I Dipartimenti di E-U secondo la DGR del 31 luglio 2023 della Regione Lombardia**



(televisita e teleassistenza) e favorendo la transizione verso la gestione a domicilio in particolare di pazienti fragili, con il supporto di trattamenti e diagnostica adeguati».

La riforma dei servizi si basa su tre azioni. La prima è lo sviluppo di un servizio di telemedicina d'urgenza da parte di AREU per evitare i trasporti inappropriati attraverso il 118 e la conseguente attivazione di un servizio di Risposta Rapida Domiciliare. Lo sviluppo di questo servizio è indirizzato principalmente alle urgenze differibili e alle riacutizzazioni di pazienti anziani fragili. Il servizio fa perno su una Centrale Medica Integrata ed è stato già sperimentato in alcune aree montane della Lombardia ed è in fase di sperimentazione in ATS di Milano (vedi paragrafo successivo per un approfondimento). La seconda e la terza azione afferiscono al campo dell'urgenza territoriale. Da una parte, il potenziamento del numero unico 116-117 con l'obiettivo di ridurre il più possibile gli accessi spontanei in PS. A questo si lega lo sviluppo di una app apposita per fornire informazioni non sanitarie, supportare il cittadino, attraverso un sistema di *dispatch*, nella scelta del servizio più idoneo al suo bisogno di cura e indirizzandolo successivamente al servizio territoriale. Si prevede inoltre una campagna informativa del servizio. Vi è quindi la necessità di sviluppare quei servizi atti a garantire una risposta sanitaria al bisogno di salute per il cittadino che si rivolge al NEA 116117. Della fase di risposta diventa perno fondamentale la creazione di una centrale unica (Uni.Ca) di telemedicina e la conseguente riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale. A questa deve seguire lo sviluppo anche di un servizio di Risposta Rapida Domiciliare. In tal

Figura 9.3 Il modello di tele-presenza in carico dell'emergenza-urgenza



Fonte: AREU.

modo si prevede che le attività che afferiscono alla Centrale si concludano con i seguenti esiti: 60% tele-visita e/o prescrizione dematerializzata; 15% attivazione del TRRD (Team di Risposta Rapida Domiciliare); 10% invio autonomo in PS; 15% visita ambulatoriale presso le postazioni di Continuità Assistenziale sul territorio. Il modello di Uni.CA fa leva su una riorganizzazione della Continuità Assistenziale basata sulla centralizzazione e la razionalizzazione di risorse che anche in questo caso risultano scarse e frammentate nei vari ambulatori territoriali.

Nel complesso, questi interventi dovrebbero garantire un miglioramento nell'utilizzo della capacità produttiva complessiva, nella fluidità dei processi e nella *patient experience*.

È interessante notare come tale progettualità nasca e si basi sull'esperienza portata avanti e promossa dal sistema pre-ospedaliero e in particolare da AREU che nel 2022 aveva avviato una sperimentazione attraverso la CMI (Centrale Media Integrata), utilizzata principalmente per ridurre l'utilizzo inappropriato delle ambulanze per i codici minori. Visti i risultati della sperimentazione (vedi paragrafo successivo) e visti anche i risultati del 118 nel prendere in carico la domanda (performance «allarme-target» sopra la media italiana), AREU entra nel progetto di Uni.CA come referente per varie attività: la clinica (referente clinico di progetto), la formazione, il monitoraggio e lo sviluppo dell'informatica. Le attività che riguardano la gestione delle risorse e del personale sono di responsabilità della Continuità Assistenziale.

Bisogna qui rilevare come un quarto pilastro, ormai esplicitato anche nella DGR del 31 luglio 2023, per il miglioramento del governo e la logistica degli accessi e dei processi che coinvolgono i PS sia proprio l'Agenda Regionale per l'Emergenza Urgenza. La visione è ormai da qualche tempo quella di potenziare il ruolo di AREU in varie direzioni e a vari livelli. In primo luogo, attraverso una funzione di supervisione, di indirizzo e di promozione di buone pratiche della rete di PS. Ecco, dunque, che AREU diventa nel 2021 «Agenzia» e non più Azienda, rafforzando quindi il suo ruolo di supporto alla governance e di supporto tecnico-specialistico sia alla regione che alla rete di PS. Nasce poi, con il POAS di agosto 2022, la struttura complessa «Integrazione percorsi di cura ospedale – territorio» che include la struttura semplice «Coordinamento regionale PS». Una struttura che ha già avuto modo, ad esempio, di organizzare delle giornate di formazione per tutti gli addetti di PS o di ispirare la stesura della DGR del 9 settembre 2022 sugli «interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal PS». Questa necessità di individuare una governance complessiva e centralizzata per supervisionare i flussi di PS era già emersa durante il periodo Covid-19 (cfr. Rapporto OASI 2020) e si concretizza nel 2022 con l'istituzione di un «Osservatorio regionale dei ricoveri in area medica». In secondo luogo, il ruolo di AREU dovrebbe svilupparsi supervisionando lo sviluppo e la creazione, appunto, di Uni.CA. Questo secondo passaggio in par-

ticolare è molto delicato. Se il rationale di fondo è chiaro. Si tratta di un passaggio strategico che incide sul posizionamento di AREU in quanto estende il suo raggio d'azione in tre direzioni. Da una parte, estende il suo target ufficiale ai codici minori, seppur in modo indiretto e per evitare accessi in PS. Si tratta in realtà un'operazione che istituzionalizza il fatto che 118 già prende in carico una parte di codici minori. L'altro aspetto da osservare è che entra, seppur in maniera indiretta e attraverso la telemedicina, nella fase di throughput e di trattamento. Infine, Uni.Ca forza l'integrazione tra Emergenza Urgenza e Continuità Assistenziale che può rappresentare un punto di forza del modello in quanto costringe gli attori a integrarsi o può diventare terreno di scontro e di «guerre di territorio», rallentando il percorso di cambiamento.

9.6.2.1 La sperimentazione: la CMI per la telemedicina d'urgenza

La Regione Lombardia con la Legge Regionale 29 dicembre 2022, n. 34 (Legge di Stabilità) e ha affidato ad AREU la funzione specifica di attivare sul territorio regionale la CMI (Centrale Medica Integrata) con «il compito di rivalutare le chiamate pervenute alle sale operative regionali di emergenza urgenza (SO-REU) identificate come non emergenti/urgenti, rispondendo all'iniziale bisogno di cura e riorientando successivamente, attraverso il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117), il cittadino sui servizi territoriali, ivi compresa la medicina di continuità assistenziale». L'obiettivo è triplice: 1) ridurre l'utilizzo inappropriato delle risorse destinate all'Emergenza Urgenza (trasporto in ambulanza e accesso in PS), intercettando e orientando il bisogno di cura non urgente del paziente che si rivolge al 112 verso i servizi della rete territoriale, garantendo al contempo le stesse opportunità di cura; 2) ridurre l'ospedalizzazione (accesso a PS e successivo ricovero) in particolare dei soggetti fragili, favorendo l'home-treatment anche con il supporto, ove necessario, di un team dedicato alle visite domiciliari (Team di risposta rapida domiciliare TRRD); 3) supportare le dimissioni precoci da PS/OBI di pazienti che necessitano di osservazione, rivalutazione, eventuale prosecuzione di terapia parenterale. In particolare tale attività si rivolge a pazienti fragili e anziani (età > 80 anni), in caso di riacutizzazioni lievi di patologie croniche (scompenso cardiocircolatorio, BPCO, Diabete Mellito) così come nella gestione del dolore cronico.

Il target sono gli adulti clinicamente stabili, con prima valutazione ABCD⁷ nei limiti, in assenza di red flags per i sintomi o segni riferiti. Vengono esclusi i pazienti pediatrici e le donne gravide. Rientrano tra i problemi clinici presi in carico dalla CMI, a titolo esemplificativo: febbre, vomito/diarrea, dolore del

⁷ Con valutazione ABCD si intende quell'insieme di valutazioni effettuate sul paziente nelle primissime fasi salvavita. Include la valutazione dello stato di coscienza e vie aeree (Airways), la valutazione del respiro (Breathing), la valutazione del circolo (Circulation) e la valutazione dello stato neurologico (Disability).

rachide o agli arti, alterazione glicemica o dei valori pressori, traumi minori distali degli arti, vertigine, cefalea. Si tratta, in pratica, dei i codici verdi degli over80 che arrivano con 118 e vengono spesso ricoverati. In una prima fase, la CMI è attiva dalle 8 alle 18, con il compito di rivalutare le chiamate trasferite dalla SOREU ritenute non urgenti, tramite *clinical pathways* standardizzate e condivise e stabilire priorità e risposta di cura appropriata. I medici della CMI, al termine della tele-visita, inviano il referto della visita tramite link con SMS al cittadino, e possono attivare inoltre una o più delle seguenti risposte:

- ▶ Prescrizione dematerializzata (terapie, accertamenti diagnostici);
- ▶ Attivazione di servizi di cura territoriali/domiciliari, attraverso l'attività del 116117.

La CMI è composta da personale medico esperto di PS e personale tecnico di SOREU. Medici esperti di PS reclutati nell'ambito delle attività del Sistema E-U pre-ospedaliero, in addendum alle convenzioni in essere tra AREU e le ASST/IRCCS e Ospedali Privati Accreditati sedi di PS. Medici specializzandi MEU, sotto supervisione e tutoraggio del medico senior, assunti con contratti LP. Nell'ambito dell'attività di CMI viene istituita la figura di infermiere «flus-sista» che rivaluta le chiamate dei pazienti in attesa di ambulanza, identificati a primo filtro di SOREU come non emergenti-urgenti e pone eventuale indicazione a trasferimento in CMI. Tale attività è finalizzata a migliorare ulteriormente l'appropriatezza degli accessi a PS.

Da gennaio 2022 a settembre 2023 è stata avviata una fase sperimentale con un medico di CMI e due specializzandi in Medicina d'Urgenza a comporre il Team di Risposta Rapida Domiciliare. In questa fase sono state gestite 15.400 chiamate al 118 tramite CMI. Circa il 21% è confluito nell'attivazione di una missione di 118 e il circa il 7% in un'indicazione di invio in Pronto Soccorso. Ben circa il 56% delle chiamate si è invece concluso con una tele-visita e il 16% con la tele-visita e l'attivazione della visita a domicilio. Per quanto riguarda l'età dei pazienti, il 60% aveva un'età superiore ai 65 anni e il 30% agli ottanta anni.

Nelle fasi sperimentali AREU sta poggiando su accordi e convenzioni di rotazione del personale con PS e ospedali. Il tema di non avere risorse dedicate rappresenta però un ostacolo per portare il modello su scala regionali. Secondo i referenti di AREU bisognerebbe avere l'infermiere o specializzando. Da una parte c'è la necessità di formare e sviluppare il capitale umano per questo tipo di servizio. Dall'altra, per evitare che questo servizio specializzato in urgenze si trasformi in un'interfaccia virtuale del SSN e venga utilizzato in modo inappropriato è altrettanto necessario sviluppare Uni.Ca sul territorio. La sperimentazione ha fornito evidenza del bisogno di una virtualizzazione di servizi che prendano in carico quesiti clinici dei codici minori, prescrizioni e certificati di malattia che sarebbero di pertinenza dei medici di continuità assistenziale.

9.6.3 Emilia Romagna

In Emilia Romagna nel 2019 si registrava un dato di accessi al PS significativamente più elevato rispetto a quello nazionale: 407 accessi per 1.000 abitanti contro 340; dopo una flessione rilevante nel periodo pandemico, nel 2022 la regione registra 353 accessi per 1.000 abitanti. La regione conta 12 DEA di II livello, 8 DEA di I livello, 19 PS di base e 15 Punti di Primo Intervento (PPI)⁸, per una popolazione complessiva di circa 4,5 milioni; il numero di abitanti per struttura di emergenza è intorno ai 108mila residenti (mentre la media italiana si attesta ai 97mila). Dei circa 1,7 milioni di accessi totali nel 2022, 66% sono codici verdi e bianchi e si traducono in ricovero per il 13% del totale, in linea con il dato nazionale (13%).

9.6.3.1 Diagnosi e premesse al cambiamento⁹

Il processo di trasformazione del sistema dell'emergenza e urgenza in Emilia Romagna parte innanzitutto da un'analisi del bisogno e della casistica che si presenta al PS: nel 2022, dei più di 1,7 milioni di accessi al PS, 66% sono risultati codici verdi e bianchi (rispettivamente 52% e 14%), mentre circa 24% sono stati classificati come urgenza differibile (azzurro), 8,4% come urgenza (arancione) e 2,4% come emergenza richiedente accesso immediato (rosso). Gli accessi si concentrano per oltre il 76% nei 12 DEA di secondo livello (60%) e negli 8 DEA di primo livello (16%) della regione, mentre i 19 PS di base e 15 PPI raccolgono rispettivamente il restante 17% e 6% degli accessi totali. Confrontando la distribuzione degli accessi per codice triage e per struttura, si nota come tutte le strutture diano una risposta quantitativamente comparabile ai codici verdi, che di fatto cubano poco più della metà degli accessi totali in ciascuna tipologia di struttura di emergenza (attestandosi tra il 51% e il 54%); i codici bianchi tendono a concentrarsi nei PPI preposti alla bassa complessità (31%), ma rimangono significativi anche nei DEA di II livello (15%) e nei PS (11%); sugli arancioni e azzurri, DEA di II, I e PS risultano sostanzialmente simili, con una leggera prevalenza di arancioni e minore presenza di azzurri nei DEA di II livello.

Raggruppando le strutture di emergenza per fasce di accesso, si nota come la

⁸ Il Punto di Primo Intervento viene definito dal DM 70/2015 come presidio «operativo nelle 12 ore diurne e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne. Qualora gli accessi superino le 6.000 unità anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura. [...] I Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale».

⁹ Tutti i dati presentati in questo paragrafo derivano da elaborazioni degli autori sulle evidenze disponibili al portale regionale open access ReportER, flusso PS: <https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportERHome/stats/flusso/1> (ultimo accesso 10 agosto 2023).

Tabella 9.8 **Totale accessi (%) in Emilia Romagna per codice triage e struttura di emergenza, 2022**

Codice triage / struttura di emergenza	DEA 2	DEA 1	PS	PPI	Totale
Rosso	3,1%	2,1%	1,1%	0,4%	2,4%
Arancione	9,1%	8,0%	8,3%	2,6%	8,4%
Azzurro	22,0%	29,5%	27,0%	13,2%	23,5%
Verde	50,8%	54,1%	52,9%	53,0%	51,8%
Bianco	15,0%	6,3%	10,6%	30,8%	13,8%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Elaborazione degli autori su dati ReportER.

metà degli accessi (51%) si riversa su DEA di II livello con più di 70mila accessi l'anno; un 23% si concentra nelle strutture «intermedie» che raccolgono tra i 20mila e 45mila accessi l'anno, prevalentemente DEA di I livello e PS di base; mentre strutture tra i 45 e 70mila accessi da un lato e tra i 10 e 20mila dall'altro sembrano essere relativamente meno utilizzate dalla popolazione. Infine, quasi tutti i PPI si attestano sotto la soglia dei 10mila accessi l'anno, benché questa fotografia annuale non permetta di apprezzare le ampie differenze stagionali che si registrano nella numerosità degli accessi, i quali aumentano specialmente nel periodo estivo in prossimità di località turistiche, servite prevalentemente da presidi a bassa complessità e lontane dai grandi centri urbani.

Rispetto alla modalità di arrivo dei cittadini in PS, nel 2022 si registra che il 76% degli accessi totali avviene tramite arrivo autonomo, mentre solo il 22% è mediato dal sistema del 118. In sede di intervista si evidenzia come l'accesso autonomo dei cittadini renda di fatto più complessa una presa in carico precoce del bisogno e una corretta distribuzione dei casi nelle sedi più appropriate e di fatto su questo verte uno dei punti fondamentali della riforma di riorganizzazione della rete E-U, che punta a minimizzare gli accessi su base autonoma al PS.

Tabella 9.9 **Cluster di strutture di emergenza in Emilia Romagna per fasce di accessi, 2022**

Cluster per numerosità di accessi	Accessi	Accessi (%)	Numero strutture	Numero strutture (%)	Di cui DEA 2	Di cui DEA 1	Di cui PS	Di cui PPI
<10.000	66.325	4%	14	27%	0	0	3	11
>10.000 < 20.000	185.442	11%	12	23%	0	0	8	4
>20.000 < 45.000	395.569	23%	13	25%	1	6	6	0
> 45.000 < 70.000	203.106	12%	4	8%	2	2	0	0
>70.000	895.164	51%	9	17%	9	0	0	0
Totale	1.745.606	100%	52	100%	12	8	17	15

Fonte: Elaborazione degli autori su dati ReportER.

Tabella 9.10 **Totale accessi (%) in Emilia Romagna per modalità di arrivo e struttura di emergenza, 2022**

Modalità di arrivo	Autonomo	Sistema 118	Altro*	Totale
PPI	95,5%	4,3%	0,2%	100%
PS	81,8%	17,5%	0,4%	100%
DEA 1	76,7%	21,7%	1,6%	100%
DEA 2	71,3%	24,6%	3,6%	100%
Totale	75,5%	21,7%	2,5%	100%

* Rientrano in questa categoria accessi tramite altri mezzi di soccorso non 118, eliosoccorso non 118, ambulanze dell'esercito, Vigili del Fuoco, polizia, etc.

Fonte: Elaborazione degli autori su dati ReportER.

Per quanto riguarda l'esito di dimissione, più del 65% degli accessi viene dimesso a domicilio, coerentemente con la maggior parte della tipologia verde-bianco della casistica che si presenta al PS. Poco più del 12% degli accessi viene ricoverato presso lo stesso ospedale di accesso, dato in linea con quello nazionale che si attesta intorno al 13%. Rispetto ai codici minori, si evidenzia come la quasi totalità di bianchi e verdi (63% su 66%, ovvero circa 1 milione di accessi) non esiti in ricovero, rappresentando un quantitativo potenzialmente riallocabile in strutture a più bassa complessità organizzativa. Di questi, una quota significativa corrispondente a circa il 22% (390mila accessi), sono codici verdi e bianchi che non esitano in ricovero e che ricevono solamente una prestazione in PS, di fatto rappresentando la quota di bisogno a più bassa complessità rilevabile. I trasferimenti presso altre strutture appaiono casi non frequenti, dimostrando il carattere di «autosufficienza» delle strutture di emergenza. Un dato lievemente più alto (2,2%) si riscontra nel caso di trasferimento ad altro stabilimento ospedaliero in regione, probabilmente in ragione della necessità di accedere a specialità concentrate solamente in alcuni presidi. Un dato rilevante riguarda gli abbandoni prima della visita in PS, che ammontano al 5,1% degli accessi totali. Incrociando questo dato con il codice triage (dato non presente in Tabella), come presumibile, si nota un decremento del tasso di abbandono all'aumentare della gravità: il 10,3% dei codici bianchi abbandona il PS prima della visita, il 6% dei codici verdi, il 2,3% dei codici azzurri, lo 0,5% dei codici arancioni e lo 0,2% dei codici rossi.

L'analisi del bisogno mostra dunque che: gran parte degli accessi al PS avvengono per problematiche lievi o comunque differibili e che possono essere trattate in strutture a più bassa complessità organizzativa; gli accessi si concentrano in pochi presidi prevalentemente ad alto livello di emergenza; gli accessi avvengono per la maggior parte in via autonoma e sotto forma di autopresentazione da parte dei cittadini; la pandemia, nonostante le forti imposizioni, non ha avuto effetti a lungo termine sul riorientamento dei bisogni dei cittadini, che di fatto continuano a preferire il PS quale struttura aperta h24 rispetto alle alternative territoriali.

Tabella 9.11 **Totale accessi in Emilia Romagna per esito di dimissione e struttura di emergenza, 2022**

Esito di dimissione		PPI	PS	DEA 1	DEA 2	Totale
Dimissione domicilio e territorio	Dimissioni a domicilio	69,2%	68,7%	67,3%	65,4%	66,5%
	Presenza in carico da MMG	9,8%	12,6%	11,1%	7,4%	9,0%
	Dimissione a strutture ambulatoriali	7,6%	1,3%	0,5%	2,4%	2,2%
Trasferimento	Trasferimento a struttura territoriale	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	Trasferimento ad altro PS (dentro o fuori regione)	2,9%	0,8%	0,2%	0,0%	0,4%
	Trasferimento ad altro stabilimento ospedaliero della RER	3,8%	3,0%	1,7%	1,9%	2,2%
	Trasferimento ad altro stabilimento ospedaliero ubicato fuori della RER	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ricovero	Ricovero in reparto di degenza dello stesso ospedale	3,0%	8,0%	11,8%	14,7%	12,3%
Decesso	Deceduto in PS	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
	Giunto cadavere	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Abbandono PS e rifiuto ricovero	Paziente abbandona PS prima della visita medica	2,7%	3,7%	5,8%	5,5%	5,1%
	Paziente abbandona PS prima della chiusura della cartella clinica	0,4%	0,9%	0,7%	1,2%	1,0%
	Rifiuta ricovero	0,6%	0,7%	0,8%	0,7%	0,7%
Totale		105.890	305.385	283.423	1.050.908	1.745.606

Fonte: Elaborazione degli autori su dati ReportER.

9.6.4 Le prospettive: il piano di riforma

Partendo da queste premesse, il piano di riforma della rete E-U è stato formalizzato con le «Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la Riorganizzazione della Rete dell'E-U in Emilia-Romagna» adottate con DGR 1206 del 17 luglio 2023. Le linee di indirizzo si sostanziano in quattro allegati, che rispettivamente sono dedicati all'analisi del contesto, allo sviluppo del sistema 118, al progetto di realizzazione e implementazione del 116117, all'istituzione dei Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) territoriali. Attraverso questi tre «oggetti» (118, 116117 e CAU) si sostanziano gli obiettivi della riforma: offrire una risposta efficace alla domanda (crescente e mutevole) di salute dei cittadini accogliendola nel setting più appropriato rispetto al bisogno, ottimizzando le risorse disponibili. Il metodo, ispirato al sistema d'emergenza danese (Lindskou *et al.*, 2019), è quello della separazione dei flussi (da un lato le emergenze-urgenze indifferibili, dall'altro le urgenze differibili) e delle rispettive strutture idonee alla loro presa in carico. Le strutture per la gestione dell'E-U indifferibile, per la presa in carico delle patologie complesse e tempo dipendenti, con alto livello di complessità organizzativa e tecnologica, restano gli ospedali con DEA II o DEA I livello, verso le quali l'accesso deve avvenire

previo contatto telefonico 118 o 116117. La risposta alle urgenze differibili di bassa complessità clinico-assistenziale viene invece garantita invece all'interno dei CAU. Obiettivo della riforma è che di norma l'accesso venga mediato, dal 116117 o direttamente dal 118, e che l'autopresentazione rimanga una modalità residua, da disincentivare.

La visione che alimenta questa riforma, secondo gli intervistati, parte dalla necessità di garantire appropriatezza dei setting di risposta e non dalla considerazione della «inappropriatezza» della domanda (come tradizionalmente vengono considerati i codici minori in PS). In questo senso, si configura come una riforma ambiziosa perché comporta un cambio significativo di paradigma: verso una più definita separazione dei flussi, una più definita e circoscritta vocazione dei setting di E-U, un sistema che, per funzionare, deve essere integrato e adeguatamente compreso dalla popolazione in tutti i suoi meccanismi.

Questa visione e questo approccio sono stati resi possibili grazie ad un lavoro inter-settoriale all'interno della DG Salute e Welfare della Regione, che ha visto coinvolti l'Assistenza Ospedaliera e l'Assistenza Territoriale nella progettazione e nella realizzazione dei contenuti della delibera. Il lavoro è partito nelle sue fasi preliminari con gli Stati Generali della Salute della Comunità¹⁰, un percorso partecipativo con professionisti, istituzioni, territori, la comunità scientifica e i cittadini, indetto dalla Regione a novembre 2022 per sviluppare riflessioni collettive sulle direzioni future della sanità in regione. Successivamente, tra dicembre e gennaio 2023, da parte della Regione, su impulso dell'Assistenza Ospedaliera e di quella Territoriale, sono stati organizzati diversi incontri con le Direzioni Strategiche di tutte le aziende sanitarie, per riflettere sulle priorità riguardanti il sistema E-U. Da questo lavoro preparatorio, sono state definite le criticità principali da cui partire e impostato il metodo di lavoro. La Regione, a inizio febbraio 2023, ha formato tre gruppi di lavoro misti e molto ampi, partecipati dalle Direzioni aziendali, Dipartimenti di Cure Primarie, E-U, professionisti e clinici, etc., e a ciascuno ha assegnato un «oggetto» di lavoro, coerentemente con le competenze espresse da ogni gruppo: il sistema 118, il numero 116117 e i CAU.

La centrale operativa 116117 viene intesa non come un semplice numero, ma come un «sistema di risposta» ai bisogni del cittadino, risposta che può essere: (A) di tipo informativo tramite l'utilizzo di schede presenti nell'applicativo del Centro di Risposta 116117 o tramite il trasferimento della chiamata al servizio in grado di fornire l'informazione; (B) di tipo operativo, tramite trasferimento della chiamata al servizio in grado di erogare la prestazione. La Regione identifica i servizi erogabili dal 116117, distinguendoli tra obbligatori e opzionali.

¹⁰ <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/organizzazione/stati-general-della-salute-della-comunita>.

Tabella 9.12 **Servizi previsti dal 116117 secondo la DGR 1206 del 17 luglio 2023 della Regione Emilia Romagna**

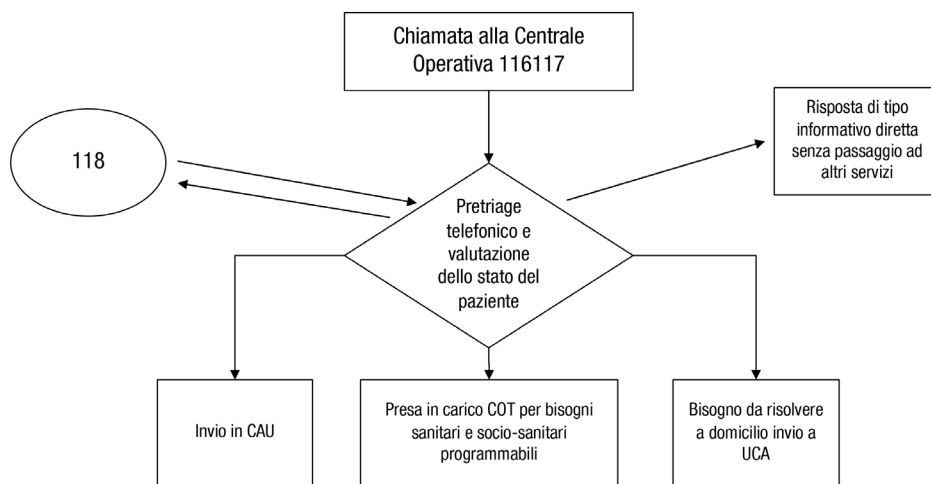
Tipo di servizio erogato	Obbligatorio	Opzionale (consigliato)
Prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di continuità assistenziale	B	
Modalità di accesso al MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento	A	B
Consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di CA e dopo l'orario di chiusura, con eventuale inoltro della chiamata al 118 se appropriato	A	B
Individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente di emergenza territoriale 118	B	
Modalità di accesso alla guardia medica turistica	A	B
Connessione con Centrali Operative Territoriali - COT	A, B	
Programmazione accessi ai Centri di Assistenza e Urgenza (CAU)	A, B	
Trasporti sanitari	A	B

Fonte: DGR 1206 del 17 luglio 2023.

Lo schema generale di risposta del 116117 è riassunto in Figura 1.4 e si basa sui seguenti principi: (i) integrazione fra le centrali operative 118 e 116117; (ii) interoperabilità dei sistemi informativi tra centrale operativa 118, 116117, CAU, DEA, COT; (iii) direzione medica ed infermieristica unica della centrale operativa 118 e centrale operativa 116117. L'integrazione delle due centrali «è necessaria per garantire un governo degli accessi alle reti dell'emergenza ed ai setting di risposta alle urgenze differibili assicurando che, laddove vi siano chiamate inappropriate all'una o all'altra centrale vi siano sistemi di passaggio che portino all'invio di un mezzo di soccorso pre-ospedaliero laddove necessario e che non venga inviato tale mezzo laddove il bisogno non sia per una patologia tempo-dipendente» (DGR 1206 del 17 luglio 2023, p. 55).

Per garantire questa integrazione necessaria, si prevede di istituire le centrali 116117 dove già sono presenti quelle del 118, ovvero Parma, Bologna e Ravenna. Le centrali 116117 prevedono un modello organizzativo a tre livelli: (i) operatori tecnici di centrale svolgono una funzione di primo filtro, rispondendo alle richieste di accesso a prestazioni sanitarie non urgenti, utilizzando uno strumento informativo dedicato e seguendo algoritmi di risposta predefiniti; (ii) in caso di situazioni particolari, non chiare o non ricomprese negli algoritmi di centrale, gli operatori possono inoltrare la chiamata agli infermieri di centrale, che valutano se il cittadino debba essere indirizzato verso il sistema 118 o altro servizio sanitario; (iii) infine, è prevista la presenza di medici di centrale, specialmente esperti di medicina territoriale (specialmente cure primarie) e/o continuità assistenziale, che supportano gli infermieri per casi di bassa complessità e decidono quali servizi attivare per l'erogazione della risposta al bisogno intercettato. La Regione quindi sostanzia e amplia le indicazioni ex

Figura 9.4 **Schema di risposta del 116117 previsto dalla DGR 1206 del 17 luglio 2023 della Regione Emilia Romagna**



Fonte: DGR 1206 del 17 luglio 2023.

DM 77/2022 relative al numero 116117, dotandolo delle competenze necessarie a svolgere le funzioni assegnate.

Il 116117, per come viene disegnato e progettato, intende essere il mezzo con cui raggiungere l'obiettivo di mediare la (quasi) totalità degli accessi in PS, tramite un pre-triage telefonico. È chiaro che passare dall'attuale 23-24% di accessi mediati alla totalità rappresenta un salto importante, che richiede un periodo di adattamento e transizione, che potrà essere più o meno lungo anche a seconda dei singoli contesti territoriali e della capacità del sistema di comunicare efficacemente le proprie innovazioni.

Se il 116117 rappresenta il modo con cui ripensare il primo accesso e il primo filtro del sistema E-U, l'istituzione dei CAU territoriali persegue l'altro grande obiettivo del piano di riforma, ovvero la netta separazione dei flussi in due canali distinti. I CAU vengono definiti come «strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico-assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei PPI e nei PS». I CAU possono essere collocati all'interno di Case della Comunità (CdC), oppure presso le attuali sedi di PPI, presso gli ospedali di prossimità con PS di base e sprovvisti di DEA di I e II livello. Anche forme aggregative strutturate di medicina generale possono essere sede di tali setting assistenziali, a patto che siano idonee e dotate dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici necessari, definiti dalla delibera. I CAU sono deputati a risolvere «situazioni di urgenza clinica non a carattere di emergenza con necessità di una valuta-

zione tempestiva», che si traducono nella compresenza di almeno due criteri di accesso su tre.

- ▶ Paziente autonomo deambulante.
- ▶ Dolore lieve o moderato secondo la Numerical Rating Scale (NRS)¹¹.
- ▶ Bassa criticità del motivo principale di presentazione e bassa complessità del percorso clinico diagnostico assistenziale che si stima essere conclusivo presso gli ambulatori del CAU (prestazioni di primo livello, per esempio: ECG, profilo esami biochimici di base, EGA, ecografia, Diagnostica per immagini dove è prevista) e nell'ambito dei percorsi che possono essere attivati dai CAU.

Una differenza sostanziale rispetto al PS riguarda l'assenza di codice triage. Al CAU infatti non è previsto l'utilizzo del codice colore per classificare i pazienti e l'invio deve avvenire (preferibilmente) tramite valutazione della centrale 116117. Per rispondere al bisogno indicato, la dotazione minima di personale prevede un'equipe formata da un medico e un infermiere, il cui impegno orario e l'eventuale attivazione di ulteriori professionisti dipendono dai volumi e dalle tipologie di attività svolte.

La fase immediatamente successiva all'adozione della delibera è una fase di transizione in cui alle aziende sanitarie viene chiesto di formulare un piano di programmazione e attivazione dei CAU sul proprio territorio, tenendo come orizzonte temporale di riferimento l'avvio delle centrali 116117 (marzo 2024), ma potendosi anche estendere oltre a tale data. Insieme alla collocazione fisica dei CAU, le aziende sono chiamate a compiere i seguenti passaggi.

- ▶ Definire le procedure di interfaccia/integrazione di questi ultimi con gli altri punti della rete, in particolare: MMG/PLS, COT, DEA di riferimento, CdC, forme aggregative di MMG (UCCP/AFT), trasporto secondario e 118, accesso a percorsi di approfondimento clinico (*fast track*, etc.).
- ▶ Avviare la progressiva razionalizzazione delle sedi di CA, con la contestuale apertura dei CAU, ferma restando la possibilità di mantenerne alcune attive in ragione di esigenze geografiche e demografiche (zone svantaggiate, densità abitativa, affluenza turistica, etc.).
- ▶ Avviare l'attività delle UCA, a cui affidare l'attività domiciliare, secondo quanto stabilito dal DM 77/2022¹².

¹¹ Numerical Rating Scale - NRS (Downie, 1978; Grossi, 1983) è una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore a 10 punti; la scala prevede che l'operatore chieda al malato di selezionare il numero che meglio descrive l'intensità del suo dolore, da 0 a 10, in quel preciso momento.

¹² Come stabilisce il DM 77/2022: «L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere

9.6.5 La sperimentazione: l'AUSL Romagna e il CAU di Cervia

Per analizzare la traduzione concreta di questo piano di riforma, l'analisi si è concentrata sul territorio dell'AUSL Romagna e in particolare sul PPI di Cervia, recentemente diventato CAU. Il contesto dell'AUSL Romagna rappresenta un punto di vista privilegiato attraverso cui leggere il piano di riforma della rete E-U regionale, poiché già da tempo ha intrapreso un percorso di trasformazione della propria rete di assistenza, che si mostra coerente e funzionale al raggiungimento degli obiettivi di questa riforma. Infatti, questo processo vede le sue radici sin dall'adozione del Piano Sanitario regionale 1999-2001 (DGR 1267/2002) con l'organizzazione delle aree di attività secondo il modello *Hub and Spoke*, per poi essere rafforzato con il DM 70/2015, che ha imposto la razionalizzazione dei piccoli presidi ospedalieri. L'AUSL Romagna ha infatti trasformato i PS di base in PPI, classificandoli come ospedalieri e afferenti al DEA di riferimento se superavano la soglia dei 6.000 accessi annui, oppure come territoriali se invece non superavano questa soglia, imposta da DM 70/2015. Attualmente, l'AUSL Romagna conta, come strutture della rete E-U, 9 PPI, 3 DEA di I livello e 4 DEA di II livello; questi ultimi afferiscono ai quattro ospedali polispecialistici di Ravenna, Forlì, Rimini e Cesena, mentre i DEA di I livello afferiscono agli ospedali di Lugo, Faenza e Riccione, definiti «ospedali distrettuali» per la complessità della casistica che è generalmente meno elevata rispetto ai quattro presidi sede di DEA di II livello. L'azienda è suddivisa in 8 distretti: Cesena e Valle del Savio, Rubicone, Forlì, Faenza, Lugo, Ravenna, Riccione e Rimini, che insieme costituiscono un territorio di oltre 5.100 km² e con un bacino di utenza complessivo di 1,1 milioni di residenti (ca. 25% della popolazione in Emilia Romagna). Rispetto ai dati di accesso al PS, si ripropongono le medesime evidenze del livello regionale: nel 2022 si contano 465.427 accessi al PS (ca. 30% del totale regionale), di cui 67% codici verdi e bianchi, il 61% non esitano in ricovero (ca. 300mila accessi), il 76% arriva su autopresentazione, il 62% si rivolge a DEA di II livello, il 21 a DEA di I, il 17% a PPI.

Partendo da queste premesse, l'AUSL Romagna ha elaborato un piano aziendale per rispondere alle indicazioni regionali in merito alla riorganizzazione della rete E-U, che si articola in diverse azioni da intraprendere da qui al 2025.

Le azioni riguardano: (i) la conversione degli attuali 9 PPI in CAU e l'apertura di ulteriori 11 che saranno localizzati in CdC, ambulatori o altre strutture territoriali, o presso forme aggregative di MMG con requisiti idonei o in prossimità di DEA, a seconda delle specifiche caratteristiche ed esigenze dei territori distrettuali; (ii) la realizzazione di 12 UCA secondo i criteri stabiliti

attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico».

Tabella 9.13 **Piano aziendale 2023-2025 AUSL Romagna di riorganizzazione rete E-U**

AUSL Romagna oggi		AUSL Romagna nel 2025	
DEA II	4	DEA II	4
DEA I	3	DEA I	3
PPI	9	CAU	21
UCA	–	UCA	12
Unità di CA	29	Unità di CA	2

Fonte: dati raccolti in sede di intervista

dal DM 77/2022, di cui 3 a valenza inter-distrettuale e 9 a valenza distrettuale; la riduzione dei punti di CA, da 29 a 2. Gli attuali 9 PPI che saranno i primi a diventare CAU (entro dicembre 2023) prevedono un'apertura h24, mentre i successivi 11, da attivare nel 2024, prevedono un'apertura h12, con possibili estensioni h16 in periodi estivi nel caso si trovino in località turistiche.

Il piano si basa su alcuni principi fondanti: (i) la caratterizzazione dei CAU non può prescindere dalla considerazione delle specificità territoriali e della variabilità dei flussi a seconda del periodo (inverno-estate) e pertanto, deve garantire sufficiente flessibilità organizzativa; (ii) in generale, per la localizzazione dei CAU si tende a preferire, per le zone rurali, all'interno di CdC in quanto si possono creare sinergie reciproche tra i due setting (il CAU dà una risposta di accesso immediato, la CdC dà risposta a bisogni specifici attraverso le specialità presenti), mentre per le zone urbane, in prossimità di DEA in modo da assicurare integrazione e possibilità di veloce smistamento tra bassa e alta complessità; (iii) il valore aggiunto del CAU è tanto più alto quanta più forte la sua integrazione con il resto della rete: in altre parole, il CAU deve rispondere tempestivamente ad un bisogno percepito come urgente e saper orientare il cittadino nei possibili altri servizi di cui può aver bisogno.

Si è detto come l'AUSL Romagna rappresenti un contesto privilegiato per l'adozione della riforma della rete E-U e il PPI di Cervia ne è l'esempio concreto. Il PPI si trova al piano terra della CdC San Giorgio di Cervia che al suo interno raggruppa i seguenti servizi: punto informativo e sportello amministrativo, CUP, ambulatorio prelievi, ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità, servizio di assistenza domiciliare infermieristica, medicina generale di gruppo, consultorio familiare, pediatria di comunità, servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, servizio di medicina riabilitativa, servizio di igiene pubblica e vaccinazioni, ambulatorio di salute mentale, emodialisi, posti letto di ospedale di comunità, ambulatorio di radiologia, servizio di assistenza sanitaria ai turisti. La CdC nasce dalla riconversione dell'ex ospedale civile di Cervia e il PPI al suo interno parte come progetto sperimentale a settembre 2020, sulla spinta degli effetti della pandemia. Dopo

un primo periodo di chiusura per Covid-19, già nel luglio 2020 il PPI funzionava h24. L'equipe di personale è generalmente formata da un medico e un infermiere nelle 24 ore e prevede un potenziamento di risorse nei mesi estivi a seconda delle esigenze di attività e volumi di accesso. In questi primi due anni di sperimentazione (2021-2023), l'equipe medica del PPI ha previsto la presenza di: 3 medici in quiescenza con contratto Covid-19 (2 ex PS, 1 geriatra), 9 medici con contratto di CA (tranne 1, gli altri sono incaricati temporanei), 2 MMG, 4 specializzandi (1 da PS, 1 da Anestesia, 1 da Psichiatria, 1 da Medicina Legale). La disponibilità dei professionisti è sempre stata in funzione delle attività svolte e alcuni medici hanno svolto attività solamente nei periodi estivi e per fasi brevi.

L'accesso dei pazienti al PPI avviene su modello di tipo prestazionale sulla base dell'orario di arrivo (e non in base a triage). Nella fase di accoglienza del paziente, l'infermiere effettua una valutazione spot-check al fine di identificare sintomatologie che necessitano la centralizzazione presso DEA, quali dolore toracico, dispnea, dolore addominale severo (NRS > 6), cefalea intensa inusuale, disturbo neurologico acuto. Se riscontrate, il paziente viene subito trasferito al DEA di competenza. Inoltre, il PPI di Cervia beneficia di alcuni percorsi fast track con il DEA di Ravenna (pediatria, ostetricia, oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia), il che significa che alla valutazione dell'infermiere, se ritenuto idoneo, il paziente viene inviato direttamente al medico specialista di riferimento ed evita la sosta in PS.

Rispetto agli accessi e ai flussi di attività, va notato che la città di Cervia conta circa 28mila residenti, con un indice di vecchiaia particolarmente elevato (243,3 nel 2022, era 188 nel 2002), ma con una grande differenza tra i mesi invernali e quelli estivi: nei mesi di luglio e agosto la popolazione cresce fino a 10 volte la popolazione invernale, ed è prevalentemente giovane. Questo spiega l'estrema variabilità degli accessi su base mensile, che passano da 360 ca. a gennaio fino a più di 2.300 ad agosto. La media degli accessi giornalieri passa infatti da 15 tra i mesi ottobre-marzo a 70 nei mesi luglio-agosto. Gli accessi si concentrano prevalentemente nella fascia diurna, dalle 8.00 alle 12.00.

Le problematiche prevalenti nel 2022 hanno riguardato lesioni e dolori agli arti, dolore addominale, richiesta di prescrizioni o prestazioni, trauma cranico, eritema, febbre, lombalgia, otalgia, dolori minori, tosse/congestione, faringodinia, cambio di medicazione dispnea, etc. Rispetto all'esito di dimissione, più del 60% degli accessi si è concluso con dimissione al domicilio, 16% dimissioni presso strutture ambulatoriali, 10% presa in carico diretta dallo specialista grazie ai percorsi di *fast track*, 5% trasferimento ad altro PS della regione. Di questi ultimi, i motivi principali per il trasferimento sono stati: dolore addominale (55; 16%), dolore toracico di sospetta causa cardio-vascolare (39; 11%), dispnea (31; 9%), cardiopalmo/polso irregolare (22; 6%), trauma cranico (18; 5%). Un punto di forza del CAU di Cervia è la possibilità di accedere ai ser-

vizi di radiologia: il medico di CAU può infatti richiedere direttamente RX (torace, addome e segmenti ossei) e talvolta ecografie o tac mirate al quesito clinico, previo accordo telefonico con il radiologo. Questo chiaramente facilita la diagnostica e la risoluzione «in house» del problema.

9.7 Sintesi e discussione dei risultati

Dal confronto internazionale emerge come il nostro SSN presenti tassi di accesso al PS in linea con altri grandi paesi europei a vocazione universalistica. Si tratta di un punto di partenza importante per chi, come nel caso italiano, si sente ed è al centro di un ciclone. Dai confronti interregionali e internazionali emerge un quadro in cui gli accessi in PS sono forse comprimibili (vedi Germania) ma ovviamente non del tutto evitabili. Emerge poi come la tipica convinzione che gli accessi in PS siano la cartina al tornasole di un malfunzionamento del sistema di offerta nel suo complesso e in particolare di quello in elezione è da scartare o comunque ridimensionare.

Da almeno alcuni decenni i paesi europei oggetto di analisi (ma non solo) hanno a che fare con un fenomeno di elevato, se non crescente, afflusso nei PS di domanda per urgenze minori o differibili che in Italia raggiunge circa il 70% del totale. Difficilmente si può parlare di domanda inappropriata, ma ci si può sicuramente chiedere se il PS in quanto «costola ospedaliera» sia effettivamente il setting più appropriato sia da un punto di vista clinico che organizzativo. Sia dalla letteratura che dalle evidenze dei confronti interregionali emerge come non sia tanto l'assenza di territorio a ridurre gli accessi c.d. «inappropriati» in PS, ma l'assenza o l'inadeguatezza di servizi territoriali dedicati all'urgenza. Nell'ultimo decennio molti paesi europei hanno promosso interventi per ridurre gli accessi in PS individuando nei servizi di *primary urgent care* una delle principali traiettorie di lavoro. Si tratta di un cantiere ancora in corso di cui le evidenze non sono tuttavia univoche e necessitano ulteriori sistematizzazioni. Dall'approfondimento del caso italiano, è emerso come in questo cantiere di lavoro sia entrata anche l'Italia, sebbene con un certo ritardo rispetto ad altri paesi e con velocità diverse nei diversi contesti regionali.

Dall'analisi dei dati emerge innanzitutto come l'afflusso indifferenziato di non urgenze (codici bianchi) e di urgenze minori (codici verdi) al PS generi variabilità artificiale e non consenta un'adeguata programmazione e specializzazione delle risorse. In secondo luogo, risulta una questione di sovrappollamento percepito dei PS sebbene molti di essi gestiscano quantitativi di accessi teoricamente alla loro portata: l'accesso medio ai PS è di circa 30.000 accessi l'anno e ci sono PS con meno 10.000 accessi l'anno. Dall'analisi dei dati si evince anche uno sbilanciamento nella distribuzione degli accessi e della casistica tra i PS: di fatto, vi sono molti PS che raccolgono un quantitativo di accessi limitato.

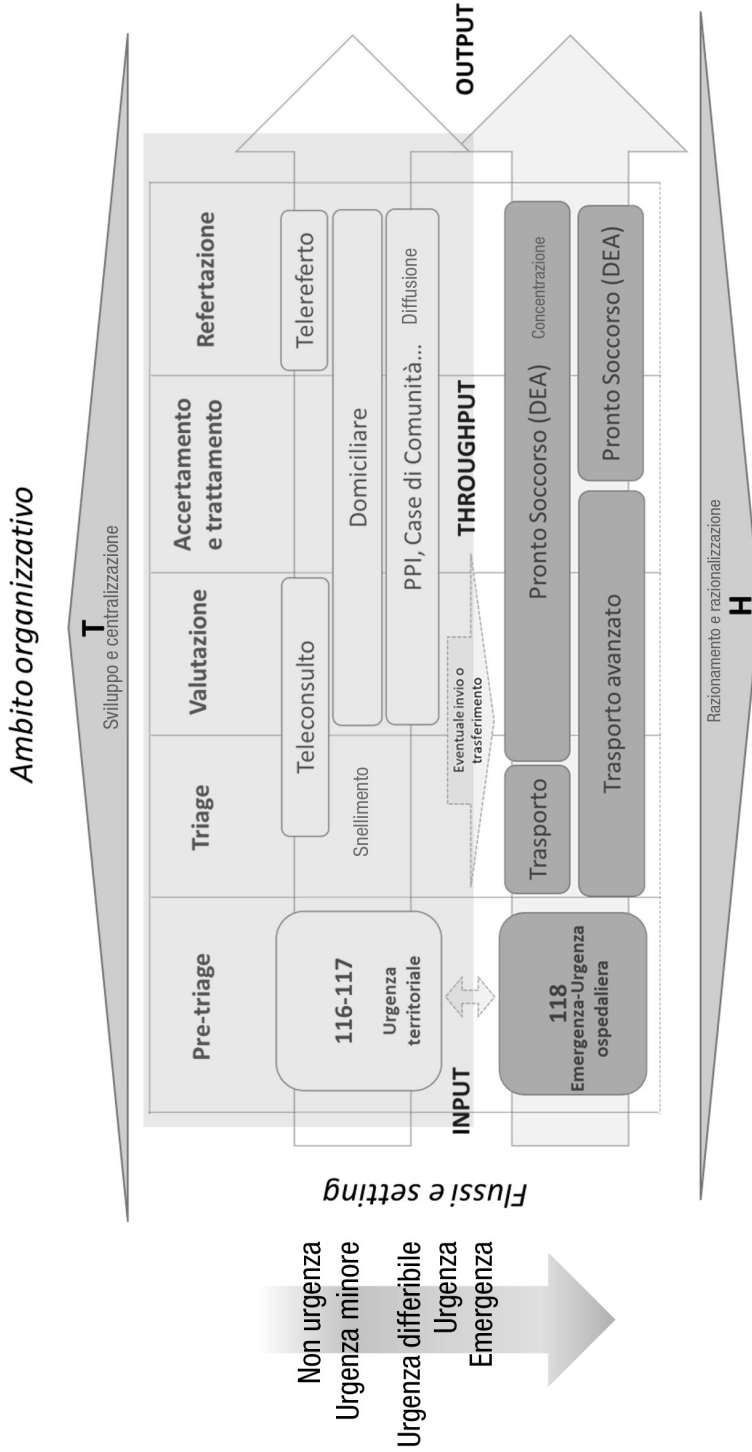
Questo fenomeno potrebbe trovare una parziale spiegazione nella necessità di garantire equa distribuzione territoriale delle strutture di emergenza (specialmente in aree remote e svantaggiate), tuttavia, risulta difficile ricondurlo solamente a questa ragione.

Dall'approfondimento delle due regioni è stato possibile rilevare come esista una sorta di «anarchia» dell'accesso in PS. Vi è, ad esempio, una non irrilevante percentuale di autopresentazione anche per i codici gialli e in parte anche per i rossi così come vi è una non irrilevante percentuale di codici minori che accedono tramite l'utilizzo dell'ambulanza. Questo si associa anche a una inadeguata distribuzione dei PS, delle loro dotazioni e vocazioni. Vi sono evidentemente retaggi nella distribuzione della rete ospedaliera, dati da volontà politiche, da ragioni organizzative (multi primariati) non propriamente tecniche che non hanno reso possibile finora la chiusura o trasformazione di alcuni presidi e una riallocazione più efficiente ed efficace delle risorse. Non è un fenomeno solo italiano; la questione del PS come «fortino inamovibile» da parte delle comunità locali, politiche e professionali e le difficoltà di una ristrutturazione della rete di PS è ben nota e globale (Baier *et al.*, 2019). Se a questi retaggi si aggiunge oggi una sempre più ridotta capacità produttiva in termini di posti letto e medici d'urgenza, la tempesta si fa sempre più perfetta e non più sostenibile.

Ecco dunque che i sistemi regionali analizzati stanno lavorando su due ambiti principali del percorso del paziente che accede ai servizi di E-U (Figura 9.5). Il primo è quello del governo dei c.d. fattori di ingresso (Input). In questo caso l'obiettivo è mediare la quasi totalità della domanda per allineare fin da subito bisogni, domanda e servizi, evitando così l'autopresentazione spontanea e le annesse questioni delineate nel presente capitolo. La leva centrale è il potenziamento del sistema «116117-118». Il secondo è la separazione dei flussi: (i) emergenze-urgenze sanitarie a medio-elevata complessità, che sono in capo ai servizi di accettazione e E-U ospedaliera (118, PS e DEA); (ii) urgenze sanitarie a bassa complessità clinico-assistenziale, in capo alla rete assistenziale delle cure primarie. In questo caso si va a incidere proprio sul throughput e output.

Le leve attivabili sono le seguenti. Sul fronte dei c.d. codici minori, lo sviluppo dei servizi di Emergenza Territoriale (come ad esempio l'istituzione dei CAU quali ambulatori territoriali di *primary urgency care*), approfittando anche delle opportunità offerte dal PNRR e dalle indicazioni del DM77/2022 come lo sviluppo della telemedicina d'urgenza territoriale connessa al 116117 e il rafforzamento delle cure domiciliari. A complemento di ciò, una maggiore concentrazione delle risorse dedicate all'emergenza e centralizzazione della casistica acuta nei DEA di I e II livello. Il risultato atteso è di un governo dei fattori di ingresso totalmente telefonica e una maggiore differenziazione dei percorsi a monte che dovrebbe ridurre gli accessi in PS o comunque la variabilità artificiale ad essi correlati.

Figura 9.5 Il nuovo percorso del paziente in urgenza-emergenza: proposta di framework per identificare le traiettorie di cambiamento



Fonte: elaborazione degli autori su Baier *et al.* (2019) e Asplin (2003).

Le ragioni e le traiettorie per una trasformazione seguono dei principi cardine dell'*operations management*: progettazione e/o ridisegno dei processi nell'ottica di incanalare meglio la varietà naturale, ridurre la variabilità artificiale e snellire i processi. Tale impostazione appare coerente con quanto osservato per gli altri paesi europei nel background: aumento della disponibilità dei servizi di cure primarie urgenti; centralizzazione e razionalizzazione dei servizi di cure primarie urgenti; coordinamento tra *emergency care* e cure primarie urgenti; centralizzazione e concentrazione delle risorse dedicate all'emergenza.

Tali ipotesi di riconfigurazione hanno una portata enorme non solo perché incidono sulla gestione di oltre 20 milioni di accessi l'anno ma anche perché comportano un significativo riassetto del sistema di offerta e il superamento di storiche inerzie e resistenze a vari livelli. In una prospettiva di cambiamento organizzativo, se gli obiettivi si assomigliano, i disegni e le traiettorie che nel concreto prenderanno i singoli contesti regionali potranno differenziarsi a seconda dei diversi punti di partenza, vocazioni, rispettivi punti di forza e ostacoli variamente presenti. È evidente che una regione come la Lombardia deve affrontare un percorso di sistematizzazione e razionalizzazione della rete dei PS che implica la trasformazione dei PS base in punti per l'Urgenza Territoriale o Punti di Primo Intervento. Un percorso che in Emilia Romagna è stato già intrapreso o che ha portato alla concentrazione della casistica nei DEA di II livello. Il passaggio ai c.d. CAU dovrebbe essere quindi facilitato rispetto ad altri contesti regionali. D'altra parte, la centralizzazione di alcuni processi attraverso AREU e ARIA in Lombardia può favorire una più rapida implementazione della telemedicina d'urgenza territoriale.

La ricomposizione dei setting e dell'organizzazione passa però anche da uno sviluppo e ricomposizione delle risorse umane e dei saperi. In Emilia Romagna, ad esempio, il piano contiene anche una stima del fabbisogno di personale medico e infermieristico necessario ad attivare questi setting nuovi o riconvertiti, stima che, al momento in cui si scrive (agosto 2023), dovrà essere sottoposta alla valutazione della Regione. Il tema del personale, soprattutto medico, è percepito dagli intervistati come l'elemento più critico in ottica di fattibilità e implementazione del piano. Questo perché, per come ad oggi è configurata la continuità assistenziale, tende ad essere erogata principalmente da specializzandi che concentrano l'attività in pre-festivi, festivi e notturni. Si teme quindi, con il passaggio da punti di CA a CAU, di non riuscire immediatamente a coprire le ore diurne e nei giorni feriali. Si ritiene pertanto necessario iniziare a sviluppare una riflessione congiunta con le scuole di specializzazione, affinché possano riconoscere dei percorsi più flessibili che permettano agli specializzandi di prestare attività nei nuovi setting. Secondo il parere degli intervistati, infatti, questo sarebbe vantaggioso per molteplici motivi: innanzitutto, permetterebbe di

avvicinarsi alla professione medica partendo dalla bassa complessità, imparando a riconoscere come si manifesta quello che è poi la gran parte del bisogno di salute della popolazione, imparando a discernere se è necessario il rinvio e la centralizzazione del paziente e quindi iniziando a familiarizzare con le procedure di interconnessione tra setting e professionisti; in secondo luogo, per chi sceglie un percorso nella medicina generale, si ritiene sia benefico iniziare a confrontarsi con il resto della rete, imparare a utilizzare strumentazione base di diagnostica, conoscere il portafoglio di servizi a cui il paziente può accedere, ecc.; e infine, si tratta anche di un tema di sicurezza sul lavoro, in quanto è sensibilmente diverso prestare servizio di continuità assistenziale all'interno di una struttura presidiata, con personale infermieristico di supporto, con procedure definite, rispetto a non avere alcuna struttura di supporto. Appare dunque chiaro che non è più solamente un discorso di quantità, di ore di attività o di teste, ma piuttosto di ruoli, competenze e modalità di integrazione tra queste.

9.8 Conclusioni

Oltre al suo eccezionale rilievo intrinseco, il tema del PS è di particolare interesse per la sua «paradigmaticità». I problemi che attraversano il mondo dell'E-U sono, infatti, rappresentazioni specifiche di fenomeni che per loro natura si manifestano in molte altre componenti di funzionamento del sistema sanitario. Il PS non è, quindi, solo una parte del sistema fortemente interconnessa con le altre, come più volte sottolineato nel testo, ma esprime anche, e forse in maniera più evidente, criticità che rimandano a dinamiche e problemi più generali che tutti i segmenti della sanità sono chiamati ad affrontare.

Una prima area da considerare è quella del progressivo venir meno delle condizioni alla base delle tradizionali partizioni organizzative articolate su discipline e saperi. Il tema è già stato affrontato in altre edizioni del Rapporto OASI. In estrema sintesi: sulle UUOO, in particolare su quelle ospedaliere, hanno sempre collassato dimensioni di responsabilità diverse, dimensioni che ora tendono a distinguersi e autonomizzarsi. Le divisioni, e il PS tra esse, hanno tradizionalmente rappresentato al tempo stesso: un sapere prevalente, in questo caso la medicina di urgenza; un setting ovvero un luogo fisico e un insieme di processi produttivi caratteristici (il reparto); un bisogno da soddisfare generalmente definito in senso ampio cui corrispondeva «il paziente» caratterizzato come portatore del bisogno che il sapere reclamava come propria area di competenza. Una serie di dinamiche ha progressivamente rotto l'unitarietà e unicità che caratterizzavano le risposte sia in termini di responsabilità che di percorsi. Saperi, *setting* e problemi/pazienti rappresentano ora, e sempre più, altrettanti elementi di un puzzle da ricomporre attraverso la progettazione e

messa in funzione di soluzioni differenziate. A rendere più complessa una evoluzione già di per sé difficile concorrono le inevitabili inerzie, da una parte, di professionisti, che difendono territori consolidati a fronte delle incertezze implicite nella assunzione di nuovi ruoli e, dall'altra, dei pazienti e della popolazione i quali perdono i tradizionali punti di riferimento senza essere sicuri nei nuovi assetti di potere contare sui medesimi livelli di risposta del passato.

In questo quadro è agevole collocare il tema affrontato nel capitolo. Il ruolo svolto dal PS, quello che la popolazione è abituata a conoscere e identificare con luogo fisico, diventa un'area di bisogni cui il sistema nel suo complesso deve dare risposta attraverso percorsi, *setting*, saperi variamente configurati, risolvendo problemi di natura tecnica e operativa, ma soprattutto individuando strategie di *change management* istituzionale e organizzativo in grado di superare le resistenze dei principali attori coinvolti. Le soluzioni possono essere variamente configurate, lo sforzo di progettazione dei diversi modelli di servizio è sicuramente importante, ma ciò che risulterà decisivo è la qualità dei processi attuativi e l'impegno che i sistemi regionali saranno in grado di produrre.

Una seconda area, in parte connessa alla prima, è quella relativa all'accesso e alla multicanalità. Anche qui il PS sperimenta problemi generali: da una parte, la necessità di presidiare e gestire i punti di accesso ai diversi percorsi, perché in molti casi l'accesso e le sue modalità sono ancora in grado di condizionare i percorsi effettivamente seguiti dai pazienti e la loro razionalità, dall'altra, l'esigenza di garantire un ragionevole grado di multicanalità ovvero come garantirsi che canali di accesso differenti, progettati per facilitare la prossimità e fruibilità dei servizi, possano comunque assicurare «l'instradamento» del cittadino nel percorso più coerente rispetto ai suoi bisogni. Se tali esigenze sono sempre più comuni ad altri servizi, si pensi ad esempio al ruolo previsto per COT e PUA, il PS ha sicuramente maggiore dimestichezza con queste logiche essendo da tempo abituato a funzionare non solo in termini di triage, ma anche di percorsi dedicati (*fast track*). La sfida per il mondo dell'E-U è di riuscire a trasferire logiche e strumenti finora confinati all'interno del PS su una scala aziendale e a volte regionale, coinvolgendo servizi diversi e integrando mondi culturalmente lontani come quelli della medicina di urgenza e della assistenza primaria.

Un terzo terreno comune è rappresentato dalle dimensioni di riferimento rispetto alle quali riarticolare il sistema di risposta ai bisogni. Per molti servizi sanitari, e quelli relativi all'E-U sono tra essi, si pone il problema di come integrare ed espandere la propria struttura di offerta oltre i tradizionali confini definiti dalla fisicità, sfruttando le opportunità offerte dalla telemedicina e dalla digitalizzazione in genere. Anche se il PS in quanto tale non può che rimanere il prototipo della fisicità necessaria, l'intero mondo dell'E-U può e deve rappresentare un terreno di elezione per la virtualizzazione dei servizi. Inoltre, anche all'interno della dimensione fisica molti servizi stanno ripensan-

do ai modelli di risposta ai bisogni in logiche che potrebbero essere definite «*glocal*». Si tratta di una maggiore articolazione delle scale di erogazione: da una parte c'è una spinta verso la prossimità e il potenziamento della dimensione locale, come testimoniato dalla riflessione emiliano romagnola sui CAU e la loro collocazione, e, dall'altra, si avverte una tensione contrapposta in direzione di una maggiore concentrazione e sfruttamento di tutti i vantaggi consentiti da dimensioni geografiche più ampie, esemplare in questo senso l'esperienza di AREU e le sue prospettive. Il risultato del ripensamento non sembra essere quello di un decentramento o di una concentrazione, di una coesistenza all'interno del sistema complessivo di risposta ai bisogni di scale diverse. È un esercizio complesso, anche nel caso dell'EU, che necessita di meccanismi di coordinamento sofisticati, ma che può rappresentare l'unica soluzione percorribile rispetto alla natura e dimensione dei problemi da affrontare.

Da ultimo vi è il tema delle discipline, dei professionisti e, in una prospettiva più ampia, di come stia cambiando il rapporto tra saperi, bisogni e sistemi di erogazione dei servizi. Le difficoltà di reperimento di medici per i PS e la risposta delle aziende sono state analizzate in un differente capitolo del presente Rapporto (capitolo 11), ma sono fenomeni che, se non sono il drive principale del cambiamento, hanno comunque favorito una presa di coscienza e impresso urgenza ai processi di trasformazione. Lo *shortage* di specialisti medici, e più recentemente di infermieri, ha colpito diverse parti del sistema e le risposte di breve periodo, così come è avvenuto per i PS, sono stati l'ampliamento del novero di professionisti arruolabili (pensionati, specializzandi, soluzioni contrattuali più favorevoli, etc.) e un aumento degli sforzi competitivi (attrattività delle aziende). Il sistema dell'E-U aiuta, più chiaramente di quanto non avvenga in altri contesti, a comprendere i limiti di strategie che guardano solo alla offerta di professionisti senza intervenire sulla domanda ovvero sulle variabili che legano i bisogni ai saperi necessari (tipologia e quantità) per il loro soddisfacimento. Nel caso del PS l'aumento dell'offerta appare, peraltro, poco praticabile, considerata la scarsa attrazione che la specialità di medicina di urgenza esercita nei confronti dei laureati in medicina. L'intervento su variabili che influenzano la domanda di professionisti come la concentrazione della produzione e l'utilizzo di professionalità diverse diventa non solo l'opzione più razionale, ma anche l'unica concretamente praticabile.

In sintesi, lo sguardo che è stato qui offerto sui PS aiuta a comprendere i problemi e prospettive di una componente del sistema di risposta ai bisogni di salute della popolazione fondamentale sia in termini di percezioni della pubblica opinione (e quindi di consenso) che di interconnessioni operative con altre parti del sistema. Il PS, però, aiuta anche a comprendere alcuni problemi che tutto il sistema e le singole componenti sono chiamati ad affrontare. Da questo punto di vista le soluzioni e le prospettive aperte dal mondo dell'E-U costituiscono un patrimonio di conoscenze ed evidenze da non sottovalutare.

9.9 Bibliografia

- Asplin, B. R., Magid, D. J., Rhodes, K. V., Solberg, L. I., Lurie, N., & Camargo Jr, C. A. (2003), «A conceptual model of emergency department crowding», *Annals of emergency medicine*, 42(2), pp. 173-180.
- Asaro, P. V., Lewis, L. M., & Boxerman, S. B. (2007), «The impact of input and output factors on emergency department throughput», *Academic Emergency Medicine*, 14(3), pp. 235-242.
- Atzema, C. L., & Maclagan, L. C. (2017), «The transition of care between emergency department and primary care: a scoping study», *Academic Emergency Medicine*, 24(2), pp. 201-215.
- Baier, N., Geissler, A., Bech, M., Bernstein, D., Berchet, C. (2015), *Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand*.
- Carret, M. L. V., Fassa, A. C. G., & Domingues, M. R. (2009), «Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors», *Cadernos de saude publica*, 25, pp. 7-28.
- Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., ... & Shekelle, P. G. (2006), «Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care», *Annals of internal medicine*, 144(10), pp. 742-752.
- Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017), «Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis», *Academic emergency medicine*, 24(9), pp. 1137-1149.
- Cowling, T. E., Jackson, T., ... & Quentin, W. (2019), «Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands—Analyzing organization, payment and reforms», *Health Policy*, 123(1), pp. 1-10.
- Creswick, N., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2009), «Understanding communication networks in the emergency department», *BMC health services research*, 9, pp. 1-9.
- Crook, H.D., Taylor, D.M., Pallant, J.F., Cameron, P.A. (2004), «Workplace Factors Leading to Planned Reduction of Clinical Work among Emergency Physicians», *Emerg. Med.*, 16, pp. 28–34.
- Duseja, R.; Bardach, N.S.; Lin, G.A.; Yazdany, J.; Dean, M.L.; Clay, T.H.; Boscardin, W.J., Dudley, R.A. (2015), « Revisit Rates and Associated Costs After an Emergency Department Encounter: A Multistate Analysis», *Ann. Intern. Med.*, 162, pp. 750–756.
- Eichler, K., Hess, S., Chmiel, C., Bögli, K., Sidler, P., Senn, O., ... & Brügger, U. (2014), «Sustained health-economic effects after reorganisation of a Swiss hospital emergency centre: a cost comparison study», *Emergency Medicine Journal*, 31(10), pp. 818-823.

- EUSEM (2020), European Emergency Medicine in Numbers, Disponibile a questo link, (https://eusem.org/images/European_EM_in_numbers.pdf)
- Gruneir, A., Silver, M. J., & Rochon, P. A. (2011), «Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs», *Medical Care Research and Review*, 68(2), pp. 131-155.
- Huibers, L., Giesen, P., Wensing, M., & Grol, R. (2009), «Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models», *BMC health services research*, 9(1), pp. 1-8.
- Lindner, G., & Woitok, B. K. (2021), «Emergency department overcrowding: Analysis and strategies to manage an international phenomenon», *Wiener Klinische Wochenschrift*, 133, pp. 229-233.
- Lindskou, T. A., Mikkelsen, S., Christensen, E. F., Hansen, P. A., Jørgensen, G., Hendriksen, O. M., ... & Søvstø, M. B. (2019), «The Danish prehospital emergency healthcare system and research possibilities». *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 27(1), 100.
- Lowthian, J. A., Curtis, A. J., Cameron, P. A., Stoelwinder, J. U., Cooke, M. W., & McNeil, J. J. (2011), «Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective», *Emergency Medicine Journal*, 28(5), pp. 373-377.
- Jo, S., Jeong, T., Jin, Y.H., Lee, J.B., Yoon, J., Park, B. ED (2015), «Crowding Is Associated with Inpatient Mortality among Critically Ill Patients Admitted via the ED: Post Hoc Analysis from a Retrospective Study», *Am. J. Emerg. Med.*, 33, pp. 1725–1731.
- Jung, H.M., Kim, M.J., Kim, J.H., Park, Y.S., Chung, H.S., Chung, S.P., Lee, J.H. (2021), *The Effect of Overcrowding in Emergency Departments on the Admission Rate According to the Emergency Triage Level*, PLoS ONE 2021, 16, e0247042.
- Kim, D., Park, Y.S., Park, J.M., Brown, N.J., Chu, K., Lee, J.H., Kim, J.H., Kim, M.J. (2020), «Influence of Overcrowding in the Emergency Department on Return Visit within 72 H», *J. Clin. Med.*, 9, 1406.
- Mengoni A., Rappini V. (2007), *La domanda non urgente al Pronto soccorso: un'analisi Mecosan Anno XVI n. 62*, 61-82.
- Menon, N.V.B., Jayashree, M., Nallasamy, K., Angurana, S.K., Bansal, A. (2021), «Bed Utilization and Overcrowding in a High-Volume Tertiary Level Pediatric Emergency Department», *Indian Pediatr.*, 58, pp. 723–725.
- Ministero della Salute (2019), *Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso*.
- Ministero della Salute (2022), *Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero*.
- Sartini, M., Carbone, A., Demartini, A., Giribone, L., Oliva, M., Spagnolo, A. M., ... & Cristina, M. L. (2022, August), «Overcrowding in emergency

- department: causes, consequences, and solutions—a narrative review», In *Healthcare* (Vol. 10, No. 9, p. 1625). MDPI.
- Van den Heede, K., & Van de Voorde, C. (2016), «Interventions to reduce emergency department utilisation: a review of reviews», *Health Policy*, 120(12), pp. 1337-1349.
- Verhoef, P. C., Broekhuizen, T., Bart, Y., Bhattacharya, A., Dong, J. Q., Fabian, N., & Haenlein, M. (2021), «Digital transformation: A multidisciplinary reflection and research agenda», *Journal of business research*, 122, pp. 889-901.
- Welch, S. J., Augustine, J. J., Dong, L., Savitz, L. A., Snow, G., & James, B. C. (2012), «Volume-related differences in emergency department performance», *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38(9), 395-AP1.

10 L'implementazione del DM77 nelle regioni italiane e il ruolo delle aziende sanitarie

di Gianmario Cinelli, Federica Dalponte, Lucia Ferrara,
Valeria D. Tozzi, Angelica Zazzera¹

10.1 Introduzione

La pandemia da COVID-19 ha messo in luce come la mancanza di coordinamento tra *setting* e servizi sanitari e la frammentazione nei modelli di assistenza possano rendere i sistemi vulnerabili di fronte alle emergenze. Di conseguenza, numerosi Paesi europei hanno avviato delle riforme per promuovere lo sviluppo dell'assistenza di prossimità e l'integrazione dei servizi (WHO, 2023).

Il governo italiano ha previsto, nell'ambito della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che un'intera componente fosse dedicata alle «reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale», il cui obiettivo è «allineare i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti», e rafforzare «le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari». Più in dettaglio, la componente è composta da tre linee di investimento proponendo una sorta di riforma complessiva dell'assistenza territoriale. Le tre linee di investimento riguardano: i) le Case della Comunità (CdC) e la presa in carico della persona; ii) la «Casa come primo luogo di cura» e la telemedicina; iii) il rafforzamento dell'assistenza intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità, OdC). Dopo un lungo percorso di negoziazione tra i diversi attori coinvolti (Ministero, AGENAS, Conferenza Stato-Regioni), nel giugno 2022 è entrato in vigore il Decreto Ministeriale nr.77 (DM77) che definisce standard strutturali, organizzativi (in termini di personale e servizi

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 10.1 e 10.3.2 sono da attribuire a Gianmario Cinelli, i §§ 10.2 e 10.3.1 a Federica Dalponte, i §§ 10.3.1 e 10.3.3 ad Angelica Zazzera, i §§ 10.3.3 e 10.4 a Lucia Ferrara e il § 10.5 a Valeria D. Tozzi.

Si ringraziano i referenti regionali per la loro disponibilità: Camillo Odio di Regione Abruzzo, Francesco Noto di Regione Campania, Fabia Franchi di Regione Emilia-Romagna, Eleonora Alimenti di Regione Lazio, Federica Segato di ATS Milano per Regione Lombardia, Antonella Caroli di Regione Puglia, Anna Beltrano e Simona Dei per la Regione Toscana, Franco Ripa di Regione Piemonte, Massimo Annichiarico di Regione Veneto.

da erogare) e tecnologici omogenei per le strutture territoriali sviluppate con gli investimenti previsti dal PNRR.

Il programma di investimenti e il potenziamento dell'assistenza territoriale sono interventi con finalità diverse che richiedono azioni e competenze differenti. Entrambi gli interventi toccano direttamente il modello di offerta dei servizi territoriali delle regioni. Tuttavia, nel primo caso gli sforzi del livello regionale sono compiuti per programmare e realizzare opere infrastrutturali e acquisti in tecnologie e apparecchiature nei tempi e nelle modalità previste. Nel secondo caso, invece, l'efficace attuazione della riforma richiede la trasformazione dei servizi, la revisione dei processi e lo sviluppo delle competenze attese nel nuovo modello di assistenza territoriale attraverso la realizzazione di un processo di *change management* (Bobini *et al.*, 2022).

Il DM77 evidenzia il ruolo delle politiche definite a livello centrale e nazionale sull'organizzazione e offerta dell'assistenza territoriale. Infatti, il governo centrale ha definito un modello di assistenza e degli standard organizzativi comuni al fine di garantire una distribuzione omogenea delle strutture sul territorio. Questi standard organizzativi nazionali rappresentano una novità significativa per l'assistenza territoriale. Prima del DM77, il ruolo del livello centrale era fondamentalmente concentrato sulla definizione dei LEA, mentre lo sviluppo dell'assistenza territoriale era affidato all'autonomia delle regioni. Pur ampliando il potere del livello centrale, il DM77 lascia degli spazi di autonomia alle regioni e alle aziende sanitarie locali: infatti, non sono stati definiti la vocazione e il target dei servizi, il sistema di ruoli e responsabilità, l'organizzazione delle interdipendenze, le forme di collaborazione da mettere in atto e la programmazione dei processi operativi (§3.2). Di conseguenza, il ruolo delle regioni va oltre la mera implementazione e comprende la definizione dei contenuti delle politiche regionali dell'assistenza territoriale e la relazione con le aziende sanitarie all'interno delle quali i processi di trasformazione dei servizi devono avvenire.

Per analizzare l'efficacia delle politiche regionali di sviluppo dell'assistenza territoriale è rilevante sottolineare alcune questioni (Bobini *et al.*, 2022).

In primo luogo, l'entità degli aggiustamenti richiesti rispetto alle esperienze preesistenti e all'effettivo grado di determinatezza e cogenza del modello disegnato a livello centrale. Infatti, i sistemi sanitari regionali, oltre a presentare modelli di assistenza territoriale eterogenei, hanno anche un grado di sviluppo degli stessi molto differente. Se in alcuni casi, infatti, hanno già adottato quanto il DM77 propone, altri sistemi ne sono completamente a digiuno. In virtù di questi due elementi, all'interno del SSN si trovano, da un lato, alcune regioni con un grado di sviluppo del territorio forte e un modello di assistenza simile a quello delineato dal PNRR e dal DM77 e, dall'altro, altre regioni con uno sviluppo del territorio debole e ancora lontano da quello prospettato.

In secondo luogo, le differenze in termini di capitale istituzionale e capacità

manageriali dei sistemi sanitari regionali sono molto varie, considerando che tutti gli interventi previsti dovranno trovare attuazione con le risorse disponibili a legislazione vigente.

In terzo luogo, le complessità derivanti dalle interdipendenze fra il programma di investimenti e il processo di riforma dell'assistenza territoriale vedono nella trasformazione delle politiche in contenuti di management a livello aziendale un elemento cruciale. Nelle prerogative del livello nazionale, il programma di investimenti dovrebbe rappresentare il volano per innescare il rafforzamento dell'assistenza territoriale. Tuttavia, i due interventi hanno tempistiche e sistemi di incentivi differenti, e sono frequentemente coordinati da diversi gruppi di lavoro sia a livello regionale che aziendale. In questo contesto vi è il rischio che gli investimenti, soggetti a un monitoraggio incisivo del livello nazionale, precedano il processo di trasformazione dei servizi, risultando in ultima istanza disfunzionali.

10.2 Obiettivi e metodi

Alla luce dello scenario appena introdotto, la ricerca persegue il duplice obiettivo di:

- ▶ comprendere in che modo le indicazioni del DM77 sono state interpretate e recepite dalle regioni italiane, intuendo le strategie emergenti a livello regionale per lo sviluppo dell'assistenza territoriale;
- ▶ esplorare il rapporto tra regioni e aziende sanitarie nella formulazione e declinazione delle scelte regionali e nella definizione del documento di recepimento del DM77.

A questo scopo, all'interno del capitolo sono stati analizzati dieci contesti regionali (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana e Veneto), selezionati con l'obiettivo di toccare tutte le aree geografiche del Paese (Nord-ovest, Nord-est, Centro, Sud e Isole).

Dal punto di vista metodologico, sono stati utilizzati metodi di ricerca di tipo qualitativo che associano all'analisi della documentazione regionale l'organizzazione di un focus group. A seguito dell'illustrazione dei metodi, nel capitolo vengono presentate e discusse le indicazioni fornite dalle regioni, seguite da alcune riflessioni e sui processi di cambiamento avviati.

1) *Analisi desk della documentazione regionale di recepimento del DM77*

Il primo passaggio metodologico ha previsto l'analisi *desk* dei documenti regionali che recepiscono e declinano le indicazioni del DM77 nelle regioni analizzate tramite un *framework* di analisi elaborato ad hoc. È opportuno sot-

tolineare che ai fini di questo capitolo sono stati considerati esclusivamente i documenti di recepimento del DM77 pubblicati dalle regioni entro dicembre 2022², i quali restituiscono una lettura parziale della programmazione regionale in termini di assistenza territoriale, ma che consentono di disporre di una base di materiali comparabili tra le diverse regioni allo scopo di scorgere il percorso intrapreso.

Le dimensioni di analisi del *framework* adottato includono: i) grado di «sovrapposizione» tra il testo del DM77 e ciascun documento regionale di recepimento (analisi testuale³ per rintracciare porzioni di testo del documento originario all'interno delle versioni regionali); ii) presenza/assenza nel documento regionale di ciascuno dei 14 temi affrontati nel DM77 (stratificazione popolazione; Distretto Socio-sanitario; CdC; IFeC; UCA; COT; CO116117; assistenza domiciliare; OdC; cure palliative; salute dei minori, donne, coppie e famiglie; prevenzione; telemedicina; sistemi informativi); iii) peso dei contenuti del DM77 all'interno del documento regionale (questa voce indaga il peso dei temi del DM77 all'interno dei documenti regionali di recepimento, sia in maniera aggregata rispetto al totale del documento, sia per ciascun tema in maniera relativa rispetto agli altri); iv) presenza di elementi aggiuntivi rispetto ai contenuti del DM77 (come riferimento a esperienze regionali di interesse, riferimento a temi non presenti nel DM77, cronoprogramma del processo implementativo, indicatori di monitoraggio); v) presenza di una mappatura dell'*as is* a livello regionale sull'assistenza territoriale: per ciascun tema, si indaga la presenza di riferimenti alla normativa precedente e la ricognizione dell'offerta presente (ad esempio con indicazione del numero di strutture o posti letto); vi) presenza di indicazioni su come riadattare l'*as is* alle innovazioni proposte dal DM77; vii) indicazioni su chi ha lavorato alla creazione dei contenuti del documento regionale di recepimento.

Una volta esaminate le dimensioni del *framework* per caratterizzare e inquadrare gli atti di programmazione, l'analisi ha approfondito i contenuti attraverso alcuni modelli interpretativi. Per cogliere le scelte delle regioni e quindi le indicazioni per le aziende sanitarie, sono stati individuati alcuni temi cruciali nei processi implementati, denominati trade-off, relativi alla definizione

² I documenti considerati per le singole Regioni sono: DGR n. 773 del 13/12/2022 per Regione Abruzzo, DGR n. 682 del 13/12/2022 per Regione Campania, DGR n. 2221 del 12/12/2022 per Regione Emilia-Romagna, DGR n. 643 del 26/07/2022 per Regione Lazio, DGR n. XI/7592 del 15/12/2022 per Regione Lombardia, Deliberazione del Consiglio n. 257 - 25346 del 20/12/2022 per Regione Piemonte, DGR n. 1868 del 14/12/2022 per Regione Puglia, DGR n. 591 del 16/12/2022 per Regione Sicilia, DGR n. 1508 del 19/12/2022 per Regione Toscana. Al momento della scrittura del contributo (luglio 2023), non risulta ancora ufficializzato il documento di recepimento del DM77 della Regione Veneto (le informazioni raccolte sulla Regione Veneto derivano dal focus group), pertanto la documentazione regionale analizzata fa riferimento alle restanti 9 Regioni.

³ La comparazione dei documenti è stata effettuata attraverso il programma Copyleaks (<https://copyleaks.com/>).

Tabella 10.1 **Framework di analisi dei documenti regionali di recepimento del DM77**

i) Grado di sovrapposizione con il DM77	
ii) Presenza dei 14 temi del DM77	
iii) Peso dei temi del DM77 sull'intero documento	
iv) Presenza di elementi aggiuntivi rispetto a DM77	Riferimento a esperienze regionali di interesse
	Riferimento a temi non presenti nell'indice DM77
	Cronoprogramma
	Indicatori monitoraggio
v) Mappatura as is	Ricognizione normativa
	Ricognizione offerta
vi) Indicazioni per riadattare as is	
vii) Attori coinvolti nel processo di redazione del documento	

Fonte: elaborazione degli autori

di vocazioni e target prioritari dei servizi su alcuni setting o aree tematiche strategiche promossi dal DM77. Tali scelte sono denominate trade-off poiché, in assenza di un orientamento fornito dalla regione, ciascuna azienda sanitaria dovrà affrontarle in autonomia.

2) *Conduzione del Focus Group con referenti regionali*

Il *focus group* si è svolto il 31 maggio 2023 e ha visto la partecipazione di referenti regionali di tutte le regioni oggetto della ricerca⁴. Dal punto di vista metodologico, il focus group è stato gestito seguendo la *Nominal Group Technique* (NGT) (Gallagher *et al.*, 1993). Si tratta di una tecnica di consenso utilizzata per strutturare le interazioni all'interno del gruppo che permette di raccogliere le diverse opinioni incoraggiando la generazione di nuove idee. L'incontro è stato condotto virtualmente, registrato e trascritto. L'obiettivo è stato quello di condividere con i partecipanti le informazioni emerse dall'analisi documentale e integrarle, indagando come le regioni fossero giunte all'elaborazione del loro documento di recepimento e come avessero condotto l'eventuale confronto con gli stakeholder regionali tra i quali si è posta particolare attenzione a quelli provenienti dalle aziende sanitarie.

A ciascun partecipante è stato inviato preventivamente il *framework* di ana-

⁴ Il focus group ha visto la partecipazione di Camillo Odio di Regione Abruzzo, Francesco Noto di Regione Campania, Fabia Franchi di Regione Emilia-Romagna, Eleonora Alimenti di Regione Lazio, Federica Segato di ATS Milano per Regione Lombardia, Antonella Caroli di Regione Puglia, Anna Beltrano di USL Toscana Sud Est per Regione Toscana, Massimo Annichiarico di Regione Veneto. Si ringraziano inoltre Franco Ripa di Regione Piemonte, che non potendo partecipare al focus group è stato intervistato separatamente, e Simona Dei di USL Toscana Sud Est, che ha fornito un'ulteriore intervista per Regione Toscana.

lisi dei documenti compilato con le informazioni di tutte le regioni. Ai partecipanti è stato chiesto di analizzare il *framework* e validare le informazioni riportate. Inoltre, durante l'incontro sono state poste ai partecipanti 3 domande relative a: i) la presenza di altri documenti/atti regionali di programmazione territoriale oltre al documento di recepimento del DM77; ii) l'adozione di altri strumenti di progettazione/co-progettazione per definire la programmazione territoriale; iii) l'attivazione di processi di confronto/co-progettazione con le aziende sanitarie. Durante l'incontro, ogni partecipante ha risposto alle tre domande relativamente al proprio contesto, per poi prendere parte a una discussione di gruppo. Quanto emerso è stato utilizzato per integrare le informazioni del *framework* di analisi (Tabella 10.2) e sintetizzato nella Tabella 10.4 (paragrafo 10.3.3), che esplicita le modalità e il momento del coinvolgimento delle aziende sanitarie da parte delle regioni.

10.3 Risultati

I risultati della ricerca vengono illustrati in 3 sezioni: i) la prima restituisce gli esiti dell'analisi *desk* della documentazione regionale di recepimento del DM77 attraverso il *framework* di cui sopra; ii) la seconda analizza se i trade-off strategici contenuti nel DM77 sono stati affrontati nella delibera regionale di recepimento; iii) la terza esplora la relazione tra regioni e aziende sanitarie attraverso i processi di coinvolgimento di queste ultime nella formulazione delle scelte regionali e nella definizione del documento.

10.3.1 Principali differenze nei documenti regionali di recepimento del DM77

La Tabella 10.2 introduce il *framework* popolato dalle informazioni desunte dai documenti regionali allo scopo di cogliere le principali differenze fra gli stessi.

La prima voce di analisi fa riferimento alla percentuale di testo del DM77 rintracciato in quello regionale di recepimento. Dei 9 documenti regionali, quelli di Lazio, Lombardia e Toscana mostrano un importante grado di rielaborazione con una sovrapposizione inferiore al 10%. Per i documenti di Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna e Sicilia la percentuale è tra il 10 e il 30%, mentre per quelli di Piemonte e Puglia supera il 30%⁵.

⁵ Occorre evidenziare che Agenas ha condiviso con le Regioni alcune indicazioni riguardanti la struttura del documento regionale, definita come segue: i) introduzione e analisi del contesto regionale; ii) riorganizzazione della rete territoriale (Distretto, Medicina Generale, recepimento e attuazione degli standard previsti dal DM77 per i vari servizi, integrazione con altri servizi non delineati nel DM77 come RSA, salute mentale, ecc.); iii) fabbisogno di personale per il

Tabella 10.2 Il framework di comparazione del DM77

	Abruzzo	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Lombardia	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana
i) Grado di sovrapposizione con DM77	10-30%	10-30%	10-30%	<10%	<10%	>30%	>30%	10-30%	<10%
ii) Presenza dei 14 temi del DM77	13/14	12/14	11/14	10/14 ¹	13/14	14/14	13/14	14/14	14/14
iii) Peso dei temi del DM77 sull'intero documento	27%	61%	29%	76%	63%	60%	52%	45%	46%
iv) Presenza elementi ag- giuntivi rispetto a DM77	X			X		X		X	X
v) Riferimento a temi non pre- sentati nell'indice DM77	X	X	X	X	X	X		X	X
vi) Cronoprogramma	X		X	X	X	X		X	X
vii) Indicatori monitoraggio				X			X		X
viii) Mappatura as is	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Tutti i temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Tutti i temi
ix) Ricognizione normativa	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Tutti i temi	Alcuni temi	Tutti i temi	Alcuni temi
x) Ricognizione offerta	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Alcuni temi	Tutti i temi	Tutti i temi	Alcuni temi	Tutti i temi	Alcuni temi
xi) Indicazioni per riadattare as is		X		X	X			X	X
xii) Attori coinvolti nel processo di redazione del documento				X		X			X

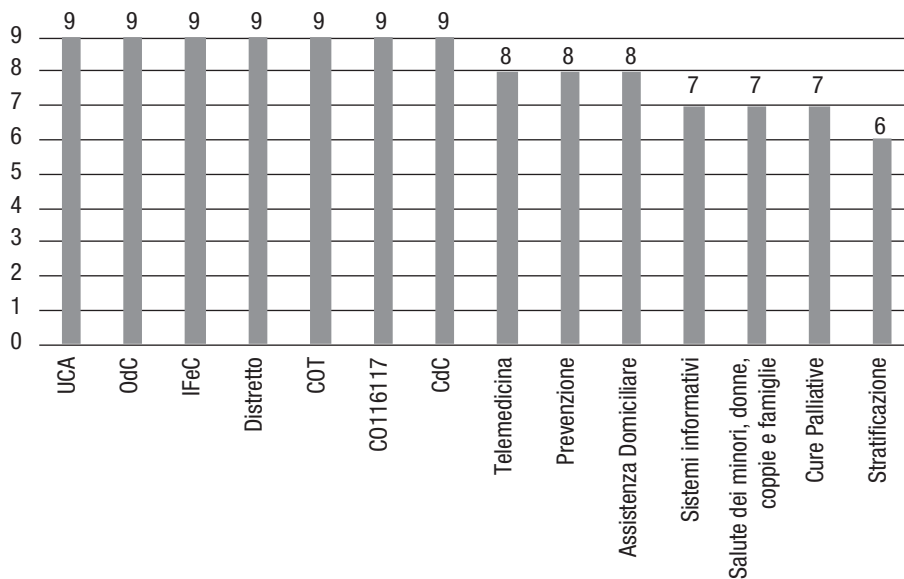
¹ Con riferimento ai temi non trattati all'interno della DGR n. 643 del 26/07/2022 (ovvero, Assistenza Domiciliare; cure palliative; salute dei minori, donne, coppie e famiglie; prevenzione), va sottolineato che essi sono affrontati nella Determinazione n. G18206 del 20 dicembre 2022, Allegato 1 – «Atto di programmazione regionale quale recepimento del DM 77/2022 ad integrazione della DGR 643/2022».

Fonte: elaborazione degli autori

La seconda voce analizza la presenza o meno dei 14 temi che compongono l'indice del DM77 (presentati nel paragrafo 10.2). Piemonte, Sicilia e Toscana affrontano nel documento di recepimento tutti i temi che compongono l'indice del DM77, mentre le restanti ne affrontano un numero variabile tra 10 e 13. Assumendo invece una vista trasversale rispetto ai temi, si può notare come alcuni temi siano affrontati da tutte le regioni (in particolare, UCA, OdC, IFeC, Distretto, COT, CO116117 e CdC), mentre il tema della stratificazione della popolazione è approfondito in 6 regioni, come mostrato in Figura 10.1.

La terza voce del *framework* riguarda il livello di approfondimento dei temi del DM77 all'interno dei documenti regionali di recepimento, sia in maniera aggregata rispetto al totale del documento, sia per ciascun tema in maniera relativa rispetto agli altri. In primo luogo, è interessante notare la variabilità del peso attribuito ai 14 temi (inteso come numero di pagine dedicate): si va infatti da una percentuale minima del 27% dell'intero documento regionale per l'Abruzzo a un massimo del 76% per il Lazio. Analizzando il numero di

Figura 10.1 **Presenza dei temi che compongono l'indice del DM77 all'interno dei documenti regionali (numero di regioni che affrontano ciascun tema)**



Fonte: elaborazione degli autori

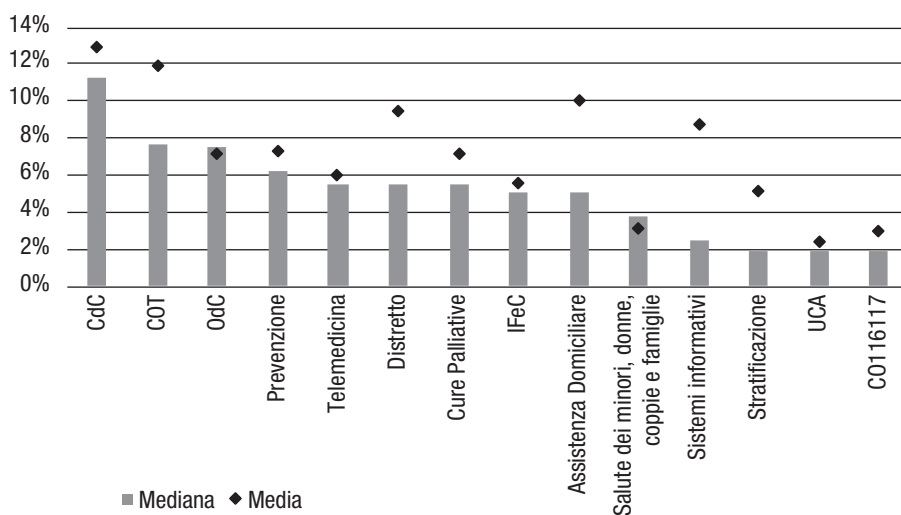
funzionamento dei servizi e piani di formazione; iv) sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività; v) modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione. Delle 9 regioni analizzate, soltanto due sono rimaste strettamente legate alla struttura proposta da Agenas, mentre le altre hanno individuato sezioni dedicate a temi ritenuti rilevanti nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria.

pagine dedicate a ciascuno dei 14 temi, si osserva una diversa sensibilità delle regioni ai temi presenta nell'«agenda» del DM77: in particolare, la prevenzione per l'Abruzzo (19%), la COT per la Campania (23%), la CdC per l'Emilia Romagna (22%), la transizione digitale per il Lazio (42%) e la Sicilia (18%), l'assistenza domiciliare per la Lombardia (48%), il Distretto per il Piemonte (24%) e la Toscana (23%), le cure palliative per la Puglia (27%).

Adottando, anche in questo frangente, una prospettiva per temi e in particolare calcolando il valore mediano e medio di pagine dedicate ad ogni tema, è possibile individuare quali siano quelli maggiormente approfonditi. Dal valore mediano si deduce che il tema maggiormente approfondito sia quello della CdC (11%), seguito da quello della COT (8%) e dell'OdC (8%), come mostrato in Figura 10.2. Il dato medio mostra alcune «punte» che si discostano da quello mediano quando i temi sono trattati da alcune regioni in maniera particolarmente approfondita rispetto ad altri. È il caso della COT, a cui si dedica molto spazio in Campania (23%) e Puglia (23%), del Distretto in Piemonte (24%) e Toscana (23%), dell'assistenza domiciliare in Lombardia (48%), della transizione digitale in Lazio (42%) e della stratificazione in Campania (19%).

Va debitamente sottolineato che alcuni temi non presenti o poco approfonditi nei documenti analizzati dalla ricerca sono stati affrontati in altri atti formali coevi o successivi o erano già stati oggetto di formalizzazione da parte della regione (in questo caso vengono spesso citati nel documento, come evi-

Figura 10.2 **Livello di approfondimento di ciascun tema del DM77 all'interno dei documenti regionali di recepimento (mediana e media)**



Fonte: elaborazione degli autori

denziato nell'analisi della macroarea sulla ricognizione normativa). È questo il caso, ad esempio, della Regione Piemonte che accompagna il proprio atto di recepimento del DM77 con altri 11 atti formali, o della Regione Lombardia che prevede di affrontare con delibera futura ad hoc il tema della presa in carico della cronicità, o ancora della Regione Lazio che integra la DGR 643/2022 con la Determinazione n. G18206 del 20 dicembre 2022 e inserisce nella Determinazione n. G02706 del 28 febbraio 2023 una declinazione di maggior dettaglio e specificità della programmazione contenuta in tale DGR. È evidente che la fotografia rappresentata in Figura 10.2 potrebbe subire variazioni se si considerassero gli altri atti normativi regionali che affrontano separatamente i temi del DM77. Tuttavia, come anticipato nel paragrafo 10.2, si è deciso di restringere l'analisi al documento di recepimento del DM77, al fine di rendere tra loro comparabili le regioni.

La quarta macroarea del *framework* riguarda la presenza di elementi aggiuntivi rispetto a quelli che compongono l'indice del DM77. In primo luogo, si osserva l'ampio riferimento a esperienze aziendali già attive prima del DM77 nell'ambito dell'assistenza territoriale, citate da 5 regioni delle 9. Alcune regioni fanno riferimento a esperienze attivate da singole realtà aziendali: è il caso dell'Abruzzo, che cita l'Agenzia di Integrazione e Continuità Ospedale-Territorio (AgICOT) dell'ASL di Teramo e della Sicilia che menziona le AFT nell'ASP di Ragusa. Altre regioni citano esperienze regionali o diffuse tra le aziende: il Lazio riserva ad ognuno degli oggetti del documento – CdC, OdC, IFeC, telemedicina, COT e sistemi informativi – una sezione dedicata al censimento delle esperienze già attive nelle 10 ASL, il Piemonte cita l'esperienza dello sviluppo dei Piani Locali per la Cronicità, la Regione Toscana, infine, menziona il progetto «a casa in buona compagnia» avviato nell'ambito dell'assistenza domiciliare. In merito a temi specifici che compaiono all'interno del documento regionale di recepimento del DM77, si osserva quello della presa in carico della cronicità (trattata nei documenti di Abruzzo, Lazio, Piemonte e Toscana), della salute mentale e dipendenze (presente in Abruzzo, Lombardia, Sicilia e Toscana), dell'integrazione con i servizi sociali (di cui scrivono in Lombardia e Toscana), della digitalizzazione e del fascicolo sanitario elettronico (Campania, Abruzzo e Sicilia), oltre ad alcuni approfondimenti particolari come la gestione delle emergenze pandemiche e delle farmacie territoriali (Abruzzo), la figura dello psicologo di base (Toscana) e il ciclo dell'audit (Lazio). È utile ricordare che alcuni di questi temi, seppur non presenti nei documenti regionali di recepimento del DM77 oggetto di esame, sono affrontati dalle regioni all'interno di altri atti normativi separati e quindi non rappresentati nella presente analisi.

Relativamente alla presenza di un cronoprogramma delle azioni delineate e agli indicatori di monitoraggio, emerge che il primo non è presente in 2 regioni e in 3 è riportato lo stesso contenuto nei Contratti Istituzionali di

Sviluppo⁶ sottoscritti a maggio 2022. In taluni casi sono presenti dei cronoprogrammi dedicati ad alcuni oggetti specifici come la realizzazione della Centrale 116117 (Abruzzo), gli interventi di transizione digitale (Lazio) o lo sviluppo dell'ADI (Lombardia). Anche gli indicatori di monitoraggio non trovano grande spazio nel documento e non sono presenti nella maggior parte degli atti regionali. Se ne trovano solo alcuni esempi su temi specifici come IFeC, COT, qualità e priorità degli interventi in Lazio, mentre nelle altre regioni sono presenti riferimenti generali al processo di monitoraggio o alla tipologia di variabili da monitorare (Campania ed Emilia Romagna), oppure alcuni esempi di indicatori da sviluppare ulteriormente (Sicilia).

La quinta voce del *framework* si riferisce alla mappatura dello stato dell'arte offrendo una panoramica sia dal punto di vista dell'offerta di servizi, sia degli atti normativi prodotti nel tempo dalla regione. Il lavoro sul recepimento del Decreto è, infatti, stata occasione per mettere a sistema una rappresentazione dell'intera filiera di servizi regionali di assistenza territoriale. In tutte le 9 regioni esaminate è presente una mappatura degli atti normativi precedenti a quello in esame che descrivono l'offerta territoriale. Il Piemonte e la Toscana strutturano il loro documento in modo che per ciascun tema trattato ci siano i principali riferimenti normativi, mentre le altre regioni riportano gli atti normativi solo per alcuni temi (AFT e UCCP in Sicilia, Distretto e CdC in Lombardia, ecc.). Allo stesso modo, il documento di recepimento è stata l'occasione per presentare l'offerta complessiva dei servizi territoriali preesistente al DM77, con il conteggio di strutture e posti letto disponibili (principale voce censita rispetto alla dotazione). Questa mappatura viene compiuta in modo esteso in Piemonte, Lombardia e Sicilia, mentre le altre regioni la concentrano su alcuni oggetti come le forme organizzate della medicina generale (in Lazio, Abruzzo e Campania), i consultori (in Abruzzo, Campania, Piemonte, Toscana e Puglia), e le CdS/PTA (in Sicilia, Emilia Romagna e Puglia).

Infine, le ultime due voci del *framework* riguardano la presenza di indicazioni su come «riadattare» lo stato dell'arte dei servizi/strutture alle innovazioni proposte dal DM77 e l'indicazione delle persone che hanno contribuito alla realizzazione del documento. La presenza di indicazioni su come adeguare l'offerta esistente alla futura configurazione introduce il tema cruciale della gestione del cambiamento. Gli sforzi fatti in questo senso sono principalmente relativi a come trasformare le strutture che diventeranno le CdC. Rispetto alla seconda voce, solo in Lazio e in Piemonte viene esplicitato chi ha preso parte alla definizione del documento, mentre per gli altri contesti è molto difficol-

⁶ Il Contratto istituzionale di Sviluppo tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province Autonome rappresenta uno degli strumenti di programmazione identificato dalla normativa nazionale per la Missione 6 Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza - PNRR (art. 56 del Decreto Legge 31 maggio 2021 n. 77). Tutti i 21 CIS previsti sono stati sottoscritti dal Ministero della Salute e dalle Regioni e Province Autonome a fine maggio 2022.

tosu ricostruire quali figure regionali ed eventualmente aziendali sono state coinvolte in questo processo. Per approfondire questo aspetto e analizzare i processi di coinvolgimento delle aziende è stato svolto il *focus group* i cui risultati sono presentati successivamente.

10.3.2 I trade-off strategici del DM77: programmazione regionale o autonomia aziendale

Il DM77 prospetta alcuni rilevanti cambiamenti nella filiera dei servizi territoriali la cui implementazione richiede una serie di decisioni che regioni e aziende sanitarie sono chiamate a compiere. I cambiamenti introdotti dai quadri normativi nazionali lasciano spazi di autonomia che possono essere gestiti sia dalla regione che dalle singole aziende. Tali aree di indeterminatezza del Decreto sono relative a temi quali la vocazione e il target dei servizi delle strutture o modelli organizzativi proposti, il sistema delle responsabilità nella gestione dei nuovi setting di cura, ecc. L'analisi dei documenti regionali è stata condotta intercettando alcune di queste scelte strategiche; vengono denominati in questa sede *trade-off* perché tali scelte non sono state compiute dal livello nazionale e quindi costituiscono spazi di autonomia per le regioni e per le aziende (Longo *et al.*, 2023).

La ricerca quindi ha ricostruito se i *trade-off* strategici contenuti nel DM77 siano stati affrontati effettivamente dalle regioni, attraverso gli atti formali di programmazione (e in quali casi con il coinvolgimento delle aziende sanitarie), o piuttosto lasciati all'autonomia delle aziende. Più in dettaglio, il contributo ha analizzato la definizione di vocazioni e target prioritari dei servizi su alcuni setting o aree tematiche strategiche promossi DM77: i) la stratificazione della popolazione e la sanità di iniziativa; ii) le Case della Comunità (CdC); iii) Le Centrali Operative Territoriali (COT); iv) gli Ospedali di Comunità (OdC). L'ipotesi di fondo è che l'identificazione di vocazioni e target di riferimento sia sintomatica di una visione strategica sul processo di cambiamento e di un orientamento determinato rispetto a specifici fini di tutela della salute. Si ricorda che per quanto riguarda le vocazioni e i target prioritari dei servizi, soltanto per gli OdC il Decreto individua i possibili target⁷. In questo caso, la prioritizzazione dei target, all'interno dei quattro gruppi definiti dal livello nazionale, può rappresentare un orientamento di questo modello di offerta rispetto a fabbisogni specifici e contingenti del contesto regionale o aziendale. Negli altri casi, il Decreto non individua vocazioni e target dei servizi. Si pensi ai target

⁷ I target dell'OdC sono: a) pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio; b) pazienti affetti da multimorbilità provenienti da una struttura ospedaliera; c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi; d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo

prioritari per la stratificazione della popolazione e la sanità di iniziativa. La stratificazione della popolazione, e il conseguente reclutamento dei pazienti, possono essere realizzati sulla base di metriche profondamente differenti, come ad esempio: a) gruppi di patologia; b) stadio di patologia; c) grado di aderenza alla terapia; d) livello di educazione sanitaria; e) condizioni socio-economiche (Tozzi *et al.*, 2023). Attraverso la combinazione di queste metriche è possibile definire target di pazienti oggetto degli interventi di sanità di iniziativa e presa in carico della cronicità anche molto differenti. L'indeterminatezza del DM77 riguarda anche le CdC e le COT: nel primo caso, il DM77 individua i servizi obbligatori e facoltativi, lasciando indeterminato il portafoglio di servizi specialistici e l'intensità degli interventi oltre al target di riferimento. Regioni e aziende hanno di conseguenza ampie possibilità di definire la vocazione delle CdC, tra i due estremi di «presidio sanitario» e «presidio di comunità» (Del Vecchio *et al.*, 2022). Nel caso delle COT, il Decreto stabilisce che coordinino il trasferimento dei pazienti fra setting e il team dedicato ad esse. Tuttavia, lo sviluppo di modelli aziendali di cure di transizione richiede la progettazione di meccanismi operativi specifici per i diversi setting da collegare e questa operazione è di una certa complessità e si scontra con lo stato dell'arte dei sistemi già esistenti (Dalponte *et al.*, 2022; Ferrara & Dalponte, 2023). La Tabella 10.3 mostra se le regioni hanno definito le vocazioni e i target prioritari dei servizi attraverso gli atti analizzati, permettendo di fare alcune considerazioni.

In primo luogo, il coinvolgimento delle aziende sanitarie nei contenuti della declinazione regionale del DM77 ha seguito logiche profondamente differenti nei diversi SSR. Abruzzo, Campania, Lazio, Lombardia e Toscana, con intensità differente, hanno definito le vocazioni e i target prioritari dei servizi nelle linee guida regionali di adozione del DM77. Al contrario, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia e Sicilia non hanno affrontato questi trade-off strategici nel Decreto regionale analizzato. Nel caso di queste ultime regioni, dietro all'assenza di indicazioni regionali si osservano due approcci alternativi. In alcuni casi, come in Emilia Romagna, le regioni hanno supportato le aziende attraverso strumenti meno direttivi, come la condivisione di buone pratiche o momenti formativi (si veda il paragrafo 3.3) che spesso al momento della pubblicazione dell'atto regionale di recepimento del DM77 erano ancora in corso. In altri casi, le regioni hanno attribuito implicitamente alle aziende sanitarie il compito di affrontare i trade-off strategici.

In secondo luogo, le regioni analizzate hanno proposto modelli di assistenza differenti, individuando vocazioni e target prioritari diversi per i servizi promossi dal DM77. Per quanto riguarda la stratificazione della popolazione e la sanità di iniziativa, soltanto Lazio e Lombardia hanno indicato le metriche attraverso cui sviluppare i *cluster* di pazienti target, richiamando, in entrambi i casi, metodologie regionali precedenti al Decreto. Le due Regioni adottano approcci differenti visto che in Lombardia la stratificazione avviene per ora

esclusivamente sulla base di informazioni di tipo sanitario (gruppi o stadi di patologia)⁸, mentre in Lazio cominciano ad essere considerati anche indicatori sociali o ambientali, come l'indice di deprivazione o il livello di inquinamento.

Nel caso delle CdC, Campania, Lazio, Lombardia e Toscana hanno definito dei modelli regionali di riferimento. Questi modelli in alcuni casi divergono per target di pazienti e tipologia di servizi: ad esempio, la Campania, in cui i servizi territoriali sono storicamente più deboli, ha promosso un modello di riferimento nella direzione del «presidio sanitario», focalizzato su servizi specialistici, mentre la Toscana, ha privilegiato servizi legati alla sanità di iniziativa e allo sviluppo di reti sociali, ispirandosi maggiormente al modello del «presidio di comunità».

Le COT costituiscono il servizio su cui la programmazione regionale è stata maggiormente incisiva. Abruzzo, Campania, Lazio, Lombardia hanno definito flussi e target prioritari delle transazioni, mentre la Toscana si è limitata ad individuare i primi. Le COT rappresentano anche il servizio su cui appare in maniera più marcata la differenza tra regioni, in particolare nell'individuazione dei target prioritari dei pazienti. Abruzzo e Lombardia hanno individuato i pazienti cronici indipendentemente dallo stadio della patologia, mentre Campania e Lazio hanno stabilito che le COT devono gestire prioritariamente le transizioni dei cronici ad alta complessità. La Lombardia, inoltre, ha adottato un approccio maggiormente estensivo individuando anche gli anziani non autosufficienti fra i target di pazienti. In sintesi, la cronicità è il target prioritario della transizione attraverso le COT e (ad eccezione dell'Abruzzo) Campania, Lazio, Lombardia e Toscana si focalizzano o ammettono a tale forma di transizione la complessità clinico assistenziale.

In ultimo, nel caso degli OdC, nessuna delle Regioni analizzate ha specificato i target di pazienti prioritari all'interno dei quattro gruppi definiti dal DM77. In questo caso, saranno le aziende sanitarie a stabilire le vocazioni dei singoli OdC sulla base delle caratteristiche dei contesti locali.

10.3.3 I processi di coinvolgimento degli attori nella programmazione territoriale

Il focus group ha permesso di cogliere il coinvolgimento delle aziende sanitarie di erogazione dei servizi nelle attività relative alla definizione del documento di recepimento del DM77. La Tabella 10.4 sintetizza i principali risultati emersi con una attenzione particolare al coinvolgimento delle aziende sanitarie relativamente a: modalità di coordinamento adottato, natura formale o informale del coinvolgimento, ampiezza dei soggetti coinvol-

⁸ Il documento regionale indica a tendere l'inclusione di indicatori socio-economici (indice di deprivazione, indicatori di qualità dell'aria, nucleo familiare) nella stratificazione

Tabella 10.3 I trade-off strategici del DM77: programmazione regionale o autonomia aziendale

Aree strategiche	Trade-off	Abruzzo	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Lombardia	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana
Stratificazione della popolazione e sanità di iniziativa	La regione ha individuato dei criteri per clusterizzare la popolazione?	-	-	-	- Fattori clinici - Fattori socio-economici - Fattori ambientali	- Fattori clinici	-	-	-	-
Casa della Comunità	La regione ha individuato delle vocazioni/modelli di riferimento per le CoC?	-	- Salute (servizi specialistici) - Assistenza primaria - Accesso e case mgmt	-	- Accesso e case mgmt - Prevenzione - Salute minori e donna - Presa in carico cronici - Comunità e reti sociali - Salute (servizi specialistici)	- Prevenzione - Assistenza primaria - Salute (servizi specialistici) - Comunità e reti sociali	-	-	-	- Accesso e case mgmt - Prevenzione - Presa in carico cronici - Valutazione del bisogno - Comunità e reti sociali
Opedate di Comunità	La regione ha individuato target di pazienti prioritari fra i 4 cluster individuati dal DM?	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COT	La regione ha individuato i flussi (step-up & step-down)?	Step-up & Step-down	Step-up & Step-down	-	Step-up & step-down	Step-up & Step-down	-	-	-	step-up & step-down
	La regione ha individuato i target di pazienti prioritari?	- Pazienti con fragilità sanitaria e/o sociale - Pazienti cronici	- Pazienti con fragilità sanitaria e/o sociale - Pazienti cronici ad alta complessità	-	- Pazienti con fragilità sanitaria e/o sociale - Anziani non autosufficienti - Pazienti cronici ad alta complessità	- Pazienti con fragilità sanitaria e/o sociale - Anziani non autosufficienti - Pazienti cronici	-	-	-	-

Fonte: elaborazione degli autori

ti (ampiezza del coinvolgimento) e momento in cui esso è avvenuto (prima o dopo la pubblicazione dell'atto regionale).

La declinazione del DM77 a livello regionale ha visto nella maggior parte dei casi (8 regioni su 10) il coinvolgimento delle aziende sanitarie. Tuttavia, esso è avvenuto con diversi strumenti riassumibili in tre tipologie: a) cabine di regia/tavoli di coordinamento; b) gruppi di lavoro/tavoli tecnici; c) incontri informativi. Nel primo caso, si fa riferimento a uno strumento che svolge prevalentemente una funzione di orientamento strategico e di indirizzo in cui il coinvolgimento delle aziende riguarda prevalentemente referenti della direzione strategica (ad esempio, il DG). Nel secondo caso, si tratta di un gruppo di coordinamento su temi specifici a cui viene demandato il ruolo di svolgere approfondimenti e/o analisi specifiche rispetto al contesto regionale o delle aziende sanitarie. In questa fattispecie, il contributo offerto dalle aziende sanitarie è robusto e spesso arriva da professionisti con specifiche *expertise* (ad esempio, direttori di distretto). Nel terzo caso si fa riferimento a uno strumento meno strutturato in cui i livelli aziendali sono stati coinvolti in un processo di condivisione della linea strategica regionale.

Per comprendere il livello di coinvolgimento aziendale è inoltre utile osservare se questi strumenti siano stati istituiti con atti formali o se avessero natura più informale, spesso legata a iniziativa del singolo referente regionale o a routine pregresse nella relazione regione-aziende. Il coinvolgimento delle aziende è definibile anche come esteso o ristretto a seconda di quanto l'invito a partecipare alla definizione del documento regionale sia stato allargato a più

Tabella 10.4 **Le tipologie di coinvolgimento delle aziende**

Regioni ¹	Modalità di coinvolgimento	Formale / Informale	Esteso / Ristretto	Momento rispetto a pubblicazione atto regionale
Abruzzo	Cabina di regia	Informale	Ristretto	Dopo
Campania	Incontri (informativi)	Informale	Ristretto	Dopo
Emilia-Romagna	Gruppi di lavoro	Formale	Esteso	Prima
Lazio	Cabina di regia e gruppi di lavoro	Formale	Esteso	Prima
Lombardia	Cabina di regia e tavoli tecnici	Formale	Esteso	Prima
Piemonte	Tavolo di coordinamento	Informale prima, poi formalizzato	Esteso	Prima e dopo
Puglia	ND	ND	Ristretto	Dopo
Toscana	Incontri (informativi)	Informale	Esteso	Dopo
Veneto	Cabina di regia e gruppi di lavoro	Formale	Esteso	Dopo

¹ Nella tabella non è presente la Regione Sicilia in quanto non è stato possibile raccogliere le informazioni puntuali sulle modalità e sul momento del coinvolgimento delle aziende.

Fonte: elaborazione degli autori

componenti. In questo lavoro consideriamo come «coinvolgimento ristretto» la sola partecipazione di referenti regionali (compresa l'agenzia, se presente), dell'azienda zero (ove presente) insieme alle direzioni strategiche aziendali. Per «coinvolgimento esteso» si intende una cabina di regia/tavolo/gruppo composto da rappresentanti regionali (compresa l'agenzia, se presente), dell'azienda zero (ove presente), il top management aziendale, il middle management aziendale, ed eventualmente altri referenti identificati a seconda del tema in oggetto (ad esempio direttori di distretto o di dipartimento).

Infine, attraverso il focus group, è emersa una differenza tra regioni rispetto al momento del coinvolgimento delle aziende: quando le aziende sono state coinvolte prima della pubblicazione del documento regionale, il loro contributo è stato funzionale alla definizione di alcuni contenuti, viceversa, il coinvolgimento ex-post ha avuto lo scopo di illustrare alle aziende le decisioni regionali, raccogliendo feedback e facendo un'operazione di gestione del consenso.

Per quanto riguarda la modalità del coinvolgimento, è difficile ricondurle a categorie definite, in quanto le scelte regionali hanno risentito delle prassi di scambio con le aziende già consolidate. Tuttavia, nel tentativo di sintesi del presente lavoro, è possibile delineare alcuni tratti distintivi. Laddove è stata identificata solo una cabina di regia (come nel caso della Regione Abruzzo), questa era composta da referenti regionali e dai quattro direttori generali delle ASL, si è incontrata frequentemente ma in maniera informale e non è stata coinvolta nei lavori di stesura del documento ma ha avuto più un ruolo di *consultant*. Dove la cabina di regia è stata affiancata da gruppi di lavoro (Lazio, Lombardia e Veneto), questa ha definito i temi a cui dare priorità nel documento, inquadrandone fini e interpretando le funzioni, con un lavoro di allineamento dei significati di fondo. I gruppi di lavoro (in Lombardia definiti «tavoli tecnici») hanno poi avuto un ruolo più operativo fino alla stesura del documento, declinando le indicazioni di massima della cabina di regia, a cui poi veniva fornita la versione finale per approvazione. Tali gruppi hanno dovuto riflettere su questioni più di dettaglio (senza mai definire un modello unico uguale per tutti i contesti locali) preservando la specificità di ogni contesto, priorità fortemente riconosciuta in tutte le regioni. Nei casi in cui sono presenti solo gruppi di lavoro (come nella Regione Emilia Romagna) essi si sono dedicati al ragionamento sia sul DM77 sia su altri temi identificati come rilevanti. Infatti, partendo da un modello di offerta territoriale molto simile a quello previsto nel DM77, la regione ha colto l'occasione del lavoro sul nuovo atto programmatico territoriale per rendere più omogenee le esperienze già in essere, riconducendole a maggiore unitarietà e attivando un'ampia concertazione e dialogo con tutti gli stakeholder interni ed esterni alla regione, percorso che si è sostanziato nei cosiddetti «Stati Generali». Infine, il tavolo di coordinamento di Regione Piemonte ha avuto una natura più ibrida a metà tra le cabine di regia e i gruppi di lavoro, riunendosi (prima informalmente e poi con il supporto di un atto

formale) su temi diversi a seconda delle priorità identificate e coinvolgendo diverse figure a seconda del tema.

In tutte le regioni le cabine di regia/tavoli di coordinamento e i gruppi di lavoro hanno avuto luogo prima della pubblicazione del documento, proprio per la loro natura funzionale alla definizione dello stesso. Nei casi in cui il coinvolgimento è avvenuto tramite incontri informativi (Campania e Toscana), essi sono stati organizzati in modo informale dopo la pubblicazione del documento in maniera più o meno estesa a seconda delle persone coinvolte. Occorre precisare che in queste due regioni, il tema del DM77 si è inserito nei modelli tradizionali di confronto tra regione e aziende sanitarie (tutte, non solo quelle territoriali) con una evidente asimmetria in termini di soggetti coinvolti per via delle diverse configurazioni dell'assetto istituzionale regionale. Nel contesto toscano, infatti, gli incontri periodici tradizionalmente calendarizzati tra regione e direzioni delle aziende sanitarie sono stati l'occasione per omogeneizzare alcune differenze esistenti tra le 3 AUSL sugli oggetti del DM77, partendo dalla percezione condivisa che molti di essi fossero già presenti (come ad esempio, le ACOT che precedevano le COT). Dal focus group è emerso inoltre che un'ulteriore modalità di coinvolgimento aziendale frequentemente adottata è stata l'organizzazione di momenti formativi sui contenuti del DM77 rivolti alle ASL ed erogati o direttamente dalla regione o da provider esterni.

10.4 Discussione: tre posture nella declinazione regionale del DM77 e tre approcci nel coinvolgimento delle aziende sanitarie

Dalle informazioni raccolte sembrano emergere tre posture diverse nell'impianto del primo atto di recepimento del DM77, considerando non solo il contenuto del documento ma anche l'iter di dialogo con le aziende sanitarie per la sua realizzazione e diffusione. Tali posture non rappresentano un giudizio di merito né una valutazione sui reali processi di cambiamento che deriveranno da un insieme ampio di sforzi e interventi da leggersi soprattutto in fasi più avanzate di implementazione del Decreto (e del PNRR). Quello che descrivono sono modalità differenti di avviare la fase di contestualizzazione locale dei cambiamenti voluti dal DM77.

- a. Regioni in cui il documento regionale è prevalentemente l'atto formale di recepimento del DM77 (Puglia, Emilia-Romagna). Il caso dell'Emilia-Romagna è paradigmatico in quanto, a fronte di esperienze territoriali già molto sviluppate e non dovendo impegnarsi in uno sforzo programmatico ingente rispetto alla parte infrastrutturale (Longo *et al.*, 2023), usa il documento regionale di recepimento del DM77 per delineare a livello macro alcuni indirizzi e lascia la definizione di scelte più puntuali ad altri atti o a momenti di

concertazione con le aziende, anche per non perdere il patrimonio di esperienze già maturate dalle diverse ASL. La Regione Puglia, invece, ribadisce in larga parte i contenuti del Decreto collocandoli nel quadro di norme che hanno delineato il modello di offerta territoriale pugliese e ribadendo la centralità di alcune esperienze avviate nella fase emergenziale (come il ruolo delle USCA per plasmare le neonate COT o quello di alcune forme di telemedicina).

- b. Regioni con documenti particolarmente incentrati sulla descrizione del modello territoriale in essere come quelli di Toscana, Abruzzo, Sicilia e Piemonte. Si tratta di documenti che, attraverso la trattazione dei temi principali del DM77, costruiscono una rappresentazione, una sintesi dell'attuale modello regionale di assistenza territoriale mettendo a sistema quanto la regione ha già fatto su ciascun tema trattato. Viene costruita una sorta di lettura unitaria e ufficiale dello stato dell'arte della rete dei servizi territoriali esplicitando la *baseline* sulla quale si inseriscono i contenuti del Decreto e dalla quale è possibile dedurre delle forme di prioritizzazione.
- c. Regioni con documenti con un elevato grado di rielaborazione dei temi del DM77 (Campania, Lazio, Lombardia). Si tratta dei contesti in cui molti dei trade-off strategici discussi in precedenza sono stati affrontati in modo esplicito all'interno del documento regionale con un diverso grado e modo di coinvolgimento delle aziende sanitarie. Si intravede un tentativo di orientare i processi di cambiamento che sono già in corso all'interno dei contesti aziendali.

Come anticipato, tra gli scopi del contributo c'è quello di conoscere il rapporto regione - aziende sanitarie nella realizzazione della riforma dei servizi territoriali indotta dal DM77: si è fatto riferimento al primo «passo» formale rappresentato dall'atto regionale di recepimento, immaginando che esso possa fare luce su questo tema sia attraverso il suo processo di formulazione che i contenuti veicolati. È possibile osservare tre tipologie di processo di coinvolgimento delle aziende sanitarie:

- a. Approccio a larga inclusione: Emilia Romagna, Lazio, Lombardia e Piemonte hanno illustrato un modello di scambio tra regione e aziende sanitarie che passa per momenti di confronto diretto con le direzioni delle aziende sanitarie e (in alcuni casi) con i professionisti delle aziende su specifici temi funzionale all'elaborazione dei contenuti del documento. Questo è avvenuto in modo formalizzato e precedente alla pubblicazione del documento regionale. Le informazioni derivano non solo dallo studio del documento stesso ma anche (soprattutto nel caso dell'Emilia Romagna) dalla ricostruzione del processo avviato. Attraverso questo approccio sembra emergere un modello cogenerativo dei contenuti che in alcuni casi il documento regionale rappre-

senta (Lazio, Lombardia e Piemonte), mentre nel caso emiliano-romagnolo anticipa solamente.

- b. Guida regionale del processo di trasformazione dei servizi aziendali: Abruzzo e Veneto, con modalità diverse, hanno previsto il coinvolgimento esteso delle aziende solo dopo la pubblicazione dell'atto di adozione del DM77 promuovendo una sorta di processo informativo e di generazione di consenso con i soggetti che localmente sono chiamati a implementare i contenuti della riforma. A queste si associa anche il Piemonte che abbina ad un dialogo con le aziende sanitarie ex ante anche momenti di confronto seguenti alla pubblicazione. In tutti i tre casi, i contenuti del DM77 hanno attivato momenti formali di coinvolgimento delle aziende sanitarie (cabina di regia, ecc.).
- c. Relazione istituzionale: l'analisi dei casi di Campania e Toscana sottolinea che il tema dell'adozione regionale del DM77 non ha attivato modelli nuovi di dialogo tra regione e aziende sanitarie, ma è stato gestito nel binario dei consueti momenti di scambio. Questo spiega l'informalità di tali momenti di confronto che hanno coinvolto le direzioni strategiche delle aziende sanitarie. La principale differenza tra questi due casi è il numero delle realtà aziendali coinvolte: infatti, se nel caso toscano è prassi che vi siano dei momenti stabili di confronto con tutte le realtà aziendali (si consideri l'assetto istituzionale di riferimento con tre sole AUSL), in quello campano sono i contenuti a definire i partecipanti agli incontri (nel caso del DM77, le ASL).

I diversi approcci non sono cristallizzati ma possono subire trasformazioni nel tempo come il caso del Piemonte testimonia chiaramente. Soprattutto quando si osservano modelli nuovi di relazione regione-azienda o dedicati al DM77 regionale è immaginabile che possano mutare gli approcci quando cambiano le persone nei ruoli regionali coinvolti, oppure si diffonde la conoscenza di pratiche nuove che inducono comportamenti mimetici.

In generale, è possibile osservare una naturale centralità della regione sul tema del DM77 che arriva a compiere scelte puntuali su quelle aree di indeterminatezza a cui si faceva riferimento nei paragrafi precedenti come dimostrano i seguenti 4 casi:

- ▶ Abruzzo, Campania, Lazio, Lombardia e Toscana arrivano a definire target e vocazioni per una buona parte dei servizi trattati producendo interpretazioni «regionali» sui temi del DM77 derivanti dalla contestualizzazione nel modello esistente (eccezionale è invece il fatto che in alcun contesto venga data priorità a uno o più dei target degli OdC);
- ▶ Lazio e Lombardia riprendono il tema dell'analisi di popolazione per arrivare a forme di stratificazione. Anche in questo caso, la scelta nasce da una forma di raccordo con il patrimonio di esperienze regionali già sviluppate: l'esperienza sul tema maturata dal Dipartimento Epidemiologico del Lazio

e dall'Osservatorio Epidemiologico della Lombardia è ripresa e sintonizzata rispetto alle nuove modalità di offerta dei servizi;

- ▶ Campania, Lazio, Lombardia e Toscana definiscono un modello di riferimento per la CdC in coerenza con il resto della filiera delle cure esistenti. La CdC è stata preceduta dalle esperienze e dal dibattito sulla Casa della Salute che ne ha anticipato le prerogative rendendola meno sconosciuta delle altre innovazioni organizzative (COT, IFoC, ecc.). Nonostante ciò, alla CdC viene dedicato ampio spazio nei documenti regionali. Oltre ad esserci un tema di raccordo con quanto già avviato da ciascuna regione, c'è quello di integrazione con le nuove unità di offerta come gli OdC e i nuovi modelli di transizione quali le COT;
- ▶ Abruzzo, Campania, Lazio e Lombardia oltre a definire il target almeno prioritario delle COT trattano il tema del flusso della transizione. La cronicità appare il grande target di riferimento con una grande attenzione ai processi di dimissione dagli ospedali per la casistica a maggiore complessità clinica e/o assistenziale.

Per quel che riguarda le altre regioni, non si può che far riferimento al fatto che gli atti analizzati rappresentano solo il primo passo formalmente compiuto nel processo di implementazione a livello locale del DM77 dal quale traspare come i contenuti del Decreto siano un nuovo importante oggetto della relazione regione-aziende e che in molti contesti il ruolo delle aziende sanitarie sia stato cruciale anche in questa prima fase di recepimento.

10.5 Conclusioni

La ricerca rappresenta l'occasione per riflettere sul processo di cambiamento che il PNRR e il DM77 hanno avviato: l'interesse nasce non solo dai contenuti che animano questo cambiamento, incentrato sulla rete delle cure territoriali, ma anche dal modo con il quale esso avviene per via della commistione tra le due disposizioni e della pluralità di soggetti che coinvolge in un arco temporale molto lungo.

In primo luogo, si osserva la rilevanza della relazione regione-azienda sanitaria indotta dalla *governance* multilivello per il PNRR e il DM77. La declinazione regionale del DM77 risente della gestione del PNRR per almeno due motivi, sebbene i fini siano molto diversi: in primis, si osserva che gran parte dei contenuti della Missione 6 si ritrovano all'interno del DM77. Questo crea in alcuni casi una certa confusione nella gestione dei due atti e delle competenze attivate principalmente nelle regioni (si ricordi quella rilevata nel cronoprogramma di alcuni documenti regionali che si rifacevano alle scadenze del Piano). Inoltre, viene alimentato il fabbisogno di coordinamento tra le scelte com-

piute sul piano infrastrutturale (contenuto principale degli interventi previsti nel Piano) e quelle relative all'offerta dei servizi su cui si concentra il Decreto. Il secondo motivo è che entrambi gli atti interessano sia le regioni (che hanno avviato interlocuzioni specifiche con le ASL per l'elaborazione del Piano) che le aziende chiamate a riorganizzare l'intera filiera delle cure per via delle innovazioni introdotte dal Decreto. La varietà delle posture regionali osservate si inserisce (e si spiega) all'interno di un quadro ampio di elementi che toccano la relazione tra regione e aziende sanitarie:

- ▶ La riforma dei servizi territoriali si inserisce nella *governance* multilivello⁹ che caratterizza le politiche europee nel tentativo di raccordare il modo con il quale i diversi livelli istituzionali operano e nel bilanciamento tra la traduzione di scelte politiche in soluzioni per la comunità, i fabbisogni contingenti delle comunità e delle istituzioni interessate dalle politiche stesse. È una contingenza nuova quella che vede il rispetto di quadri, orientamenti e obblighi di rilievo internazionale, oltre che nazionale, proprio su quel segmento della filiera delle cure che si caratterizza per la maggiore vicinanza al cittadino (in termini non solo di bisogni ma anche di attese) quali sono i servizi territoriali. Le regioni e al loro interno le aziende hanno trovato spesso proprio nelle scelte di organizzazione dei servizi e nei modelli di cura territoriale alcuni dei loro elementi più distintivi. Armonizzare, nei diversi contesti, il sistema di offerta già esistente con quello da implementare sia in ottemperanza al Piano che al Decreto passa necessariamente da una interrelazione tra regione e aziende sanitarie.
- ▶ L'adozione locale del DM77 riguarda scelte relative ai processi tecnici, organizzativi ed economici capaci di realizzare i fini di tutela della salute che regioni e aziende sanitarie interpretano (funzione amministrativa). Essi si sviluppano a valle di funzioni a valenza politica che traducono le finalità astratte e generali in fini specifici e storicamente attualizzati (funzione di governo). A tre anni dall'avvio del PNRR e a molti mesi dalla versione definitiva del Decreto (funzionali sono state anche le versioni preliminari sulla creazione del consenso) si osserva un largo consenso sui contenuti specifici e una grande attenzione sulle funzioni più di tipo am-

⁹ Governance multilivello è di solito associata alle politiche dell'Unione Europea e molti dei contributi sia di matrice giuridica che di politiche pubbliche è a tali contenuti che fanno riferimento in modo prioritario (Jordan, 2001; George, 2004). Nelle analisi delle politiche pubbliche il concetto di governance è utilizzato per designare l'attività concreta di governo più che le istituzioni di governo formalmente identificate, facendo quindi riferimento alle dinamiche, ai procedimenti effettivi e ai concreti partecipanti al processo di policy making (cioè il processo durante il quale una politica pubblica viene formulata e attuata), e non solo a ciò che è formalmente previsto a priori dalle norme di riferimento.

ministrativo che le amministrazioni pubbliche stanno mettendo in campo. È in questo specifico frangente che si inserisce la relazione regione-aziende sanitarie funzionale alla trasformazione dei servizi territoriali.

In secondo luogo, i contenuti e la natura delle due disposizioni mettono in tensione il sistema a debole connessione (*loosely coupled system*) del SSN (Weick K. E., 1976; Borgonovi E., 2005). La sanità pubblica in Italia è uno splendido esempio di *loosely coupled system* sia per la configurazione di tipo Beveridge sia per la riforma del Titolo V della Costituzione. Tali sistemi si caratterizzano per importanti processi adattivi agli ambienti di riferimento nel perseguire fini omogenei: coniugare la contingenza e la specificità della filiera dei servizi territoriali, all'interno di un quadro di relazioni istituzionali che arriva a coinvolgere il livello europeo, nella fase in cui le funzioni amministrative delle amministrazioni pubbliche sono in corso, passa attraverso un ulteriore stress nella relazione regione-aziende sanitarie. Se le regioni rappresentano l'interlocutore diretto (e quindi il livello di responsabilità) dei livelli sovraordinati rispetto ai processi di recepimento, le aziende sanitarie sono il livello istituzionale in cui si giocano i processi di cambiamento sul piano gestionale, organizzativo ed operativo. Il sistema dei vincoli che fa da cornice rispetto alla riforma dei servizi territoriali proposta dal DM77 induce a riorganizzare i modelli di organizzazione delle cure già esistenti non essendo praticabile alcuna strategia additiva. Quindi, il tema della gestione del cambiamento dei modelli locali (anche la configurazione dei distretti socio sanitari differisce tra le ASL della medesima regione) passa da un dialogo tra regione e aziende su un oggetto nuovo (in tutti i contesti analizzati il DM77 è un tema centrale in tale relazione) e/o con modalità nuove (alcune regioni gestiscono il nuovo tema all'interno dei modelli tradizionali di relazione con le aziende, mentre altre hanno avviato modalità nuove e in alcuni casi originali).

Le tre posture e i tre approcci descritti rappresentano le diverse modalità con le quali i sistemi regione-aziende sanitarie stanno sviluppando processi adattivi all'ambiente di riferimento che si è arricchito di elementi di complessità che perdureranno nel tempo. In questo sforzo, l'autonomia delle aziende (nei processi trasformativi degli assetti tecnici e operativi e di cambiamento degli ambienti di riferimento) e l'armonizzazione dei quadri amministrativi che la regione può produrre (sia per dar corso ai processi di cambiamento locale che per integrare il quadro delle politiche pregresse sui medesimi temi) rappresentano due elementi cruciali per evitare che vi sia una distrazione dai fini che tali cambiamenti devono produrre per la tutela della salute delle comunità locali. Infatti, è un rischio proprio dei sistemi a debole connessione che i processi adattivi sviino dai fini di riferimento delle istituzioni al crescere della complessità (Fusarelli L. D., 2002; Meyer H.D., 2002). Questo è un rischio a cui non si può non far riferimento in questa sede: è singolare osservare che spesso venga

cercato il fine della CdC (che è diverso dal target o dalla vocazione) piuttosto che quello della COT. In realtà, occorrerebbe interrogarsi su come l'interazione tra una pluralità di strumenti (resa più ampia dal DM77/2022) produca dei fini per via della loro interazione. L'assenza di una riflessione in questa direzione (presente solo nella documentazione del Lazio) risulta preoccupante proprio per la natura dei sistemi a debole connessione che rischiano l'eterogenesi dei fini. Ciò per via di alcune caratteristiche intrinseche dei sistemi a debole connessione: a) nei contesti sanitari esiste una pluralità di mezzi che possono produrre il medesimo risultato (quindi è legittimo e doveroso interrogarsi in termini di obiettivi di salute per target specifici per le CdC, ad esempio); b) non vi sono forme di coordinamento stabili e continuative (nelle burocrazie professionali i modelli gerarchici non trovano terreno fertile); c) si osserva l'assenza di regole e regolamenti unitariamente interpretabili; d) tutte le istituzioni pubbliche (tra cui le aziende e le regioni) partecipano a reti di ruoli, istituzioni e aziende con tempi di feedback molto lenti.

Questa ricerca non presenta risultati definitivi, ma intende introdurre una chiave di lettura dei fenomeni in corso proponendo riflessioni e punti di attenzione che emergono proprio dal modo con il quale si legge quanto sta accadendo alla filiera dei servizi territoriali per via del PNRR e del DM77.

10.6 Bibliografia

- Bobini, M., Cinelli, G., Del Vecchio, M., Longo, F., Meda, F., Oprea, N., Tozzi, V., & Zazzera, A. (2022), «Il PNRR e i sistemi sanitari regionali: Modelli di governance e processi di change management», *Rapporto OASI 2022*, pp. 348–379, Egea.
- Borgonovi, E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea.
- Dalponte, F., Ferrara, L., Zazzera, A., & Tozzi, V. (2022), «COT tra indicazioni nazionali e declinazioni territoriali», *Rapporto OASI 2022*, pp. 433–464, Egea.
- Del Vecchio, M., Giudice, L., Preti, L. M., & Rappini, V. (2022), «Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione», *Rapporto OASI 2022*, pp. 407–432, Egea.
- Ferrara, L., & Dalponte, F. (2023), «Funzioni e geografie della COT e la gestione della transizione», In V. Tozzi & F. Longo (a cura di), *Management della cronicità*, Egea.
- Fusarelli, L. D. (2002), «Tightly coupled policy in loosely coupled systems: Institutional capacity and organizational change», *Journal of Educational Administration*, 40(6), pp. 561-575.
- Gallagher, M., Hares T. I. M., Spencer J., Bradshaw C., & Webb I. A. N. (1993),

- The nominal group technique: a research tool for general practice?, *Fam. Pract.*, vol. 10, no. 1, pp. 76–81.
- George, S. (2004), Multi-level governance and the European Union. *Multi-level governance*, 107-126.
- Jordan, A. (2001), The European Union: an evolving system of multi-level governance... or government?, *Policy & Politics*, 29(2), 193-208.
- Longo, F., Guerra, F., & Zazzera, A. (2023), «La trasformazione dell'assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: Le variabili strategiche», *ME-COSAN*, 2022/123.
- Meyer, H. D. (2002), «From “loose coupling” to “tight management”? Making sense of the changing landscape in management and organization theory», *Journal of Educational Administration*, 40(6), pp. 515-520.
- Tozzi, V., Listorti, E., & Ferrara, L. (2023), «Epidemiologia della cronicità: Dalla popolazione alle popolazioni», In V. Tozzi & F. Longo (a cura di), *Management della cronicità*, Egea, pp. 13–46, Disponibile a questo link, <https://www.egeaeditore.it/ita/prodotti/sanita-e-salute/management-della-cronicita-.aspx>
- Weick, K. E. (1976), «Educational organizations as loosely coupled systems», *Administrative science quarterly*, pp. 1-19.
- WHO. (2023), *Regional technical meeting on integrated care delivery. Report: Virtual meeting, 8 December 2022*, World Health Organization, Regional Office for Europe.

11 Rispondere alle carenze di personale medico nel sistema sanitario: tra attrattività dei presidi periferici e forme di lavoro non convenzionali¹

di Claudio Buongiorno Sottoriva, Mario Del Vecchio, Giorgio Giacomelli, Roberta Montanelli, Marco Sartirana, Francesco Vidè²

11.1 Introduzione

Nelle ultime due edizioni del presente capitolo (Del Vecchio *et al.*, 2021 & 2022) si è discusso dapprima delle politiche di reclutamento e gestione del personale immesso nel sistema sanitario durante l'emergenza pandemica e poi delle necessità di personale nei diversi – e numerosi – *setting* territoriali attivati nell'ambito del DM 77 e del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Già lo scorso anno sottolineavamo, dunque, la necessità di una strategia di gestione delle risorse umane, che trascendesse l'accidentale e ripensasse *skill-mix* e dotazioni di personale, dopo gli anni della crisi finanziaria e del debito pubblico, che aveva ristretto notevolmente lo spazio di manovra.

La carenza di operatori sanitari nelle aree periferiche rappresenta un problema internazionale (WHO, 2021). Diversi Paesi, infatti, si trovano a dover gestire aree territoriali in cui la popolazione ha un accesso insufficiente ai servizi sanitari a causa della carenza di personale (AHEAD, 2022). Questo fenomeno si acuirà ulteriormente considerando la curva demografica, ovvero l'invecchia-

¹ Ringraziamo le aziende che hanno raccontato le loro esperienze, in particolare Asl Alessandria, Asl Latina, Asst Sette Laghi e Aulss Pedemontana. Si ringraziano per la preziosa collaborazione tutti gli intervistati, in particolare: Luigi Vercellino, Pier Paolo Scaroni, Federico Nardi, Luigi Pollarolo, Danilo Baccino, Danilo Chirillo, Federico Bertolo, Enrico Raspino (Asl Alessandria), Sergio Parrocchia, Paolo Margheron, Salvatore di Maggio, Monica Iorio, Angelo Nocca, Raffaele Papa, Armando Sparagna (Asl Latina), Antonio di Caprio, Andrea Favaro, Maria Irma Dramissino, Andrea Micaglio, Giovanni Morani e Antonio Pepe (Aulss Pedemontana), Elena Reborà, Battistina Castiglioni, Fabio Buzzetti, Francesco Surace, Diego Baù, Massimo Bignotti, Anna Maddalena Iadini, Riccardo Pavesi (Asst Sette Laghi), Antonio De Luca (Cooperativa Kairos), Cristian Perez (CMP Global Medical Services), Antonio Magliocca (BMC H24 Assistance).

² Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro congiunto degli autori, i § 11.1 e 11.4 sono da attribuire a Claudio Buongiorno Sottoriva, i § 11.2 e 11.3 a Francesco Vidè, il § 11.5 a Claudio Buongiorno Sottoriva, Giorgio Giacomelli, Marco Sartirana, Francesco Vidè, il § 11.6 a Roberta Montanelli e il § 11.7 a Mario Del Vecchio.

mento del personale sanitario, che determinerà la necessità di sostituire un numero significativo di operatori. Le carenze di professionisti sanitari minacciano, quindi, l'esigenza di garantire a tutti i cittadini equità nell'accesso alle cure, con un impatto significativo sull'efficacia del sistema sanitario nel suo complesso. Il fenomeno della carenza di personale è nel frattempo divenuto un tema sempre più rilevante nel dibattito pubblico anche italiano, specialmente per le figure mediche e infermieristiche. Le mancanze sono di volta in volta rilevate a livello di sistema sanitario³, includendo sia le strutture pubbliche che quelle private, di servizio sanitario nazionale⁴, con uno sguardo rivolto in prevalenza al settore pubblico, a livello di singole aziende⁵ o, infine, a singoli territori e presidi al loro interno⁶. La pluralità di livelli è collegata con la molteplicità di fattori che intervengono nell'allocazione di professionisti nel mercato del lavoro sanitario.

Le carenze, infatti, potrebbero essere motivate dal disallineamento tra la domanda di personale e la formazione di nuovi professionisti da parte del sistema universitario; dalla ridotta attrattività delle offerte di lavoro da parte delle aziende sanitarie, che vedono i propri concorsi scarsamente partecipati o le loro offerte di lavoro rifiutate; dalla maggiore attrattività di impieghi più flessibili, come la libera professione, o nel settore privato o all'estero; dalla poca attrattività dei presidi localizzati in aree periferiche.

Tuttavia, l'immissione di nuovi medici nel sistema è già definita almeno per i prossimi 10-11 anni e, secondo le nostre stime poco dopo il 2030 il *gap* accumulato negli ultimi anni sarà completamente riassorbito e si tramuterà in un eccesso di medici. Dunque basta sedersi «sulla riva del fiume» e aspettare? In questo contesto, infatti, le aziende sanitarie si confrontano con fattori in massima parte imm modificabili, come ad esempio il numero di professionisti disponibili, quelli in formazione, il numero di posti messi a bando, il loro salario.

Vi sono almeno due ragioni per cui, invece, non si può soltanto temporeggiare: (i) le carenze che il sistema sanitario, o alcune sue parti, sta vivendo, sono una realtà, e dunque le iniziative locali sono rilevanti perché permettono di affrontare e sopportare meglio il presente; (ii) le criticità già presenti nel sistema, oggi esaltate dalle carenze e dagli squilibri nell'offerta di professionisti, sono destinate a restare anche in tempi di maggiore abbondanza: ad esempio, elementi come la qualità del lavoro, l'eterogenea attrattività delle specialità me-

³ Ad es. ANSA (https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2023/01/25/rapporto-crea-mancano-30.000-medici-e-250.000-infermieri_42db1fde-ea5b-4904-92dc-5198899267bc.html)

⁴ Ad es. AGI (https://www.agi.it/data-journalism/medici_infermieri_pensioni_quota_100-4882899/news/2019-01-23/)

⁵ Ad es. Nurse24 (<https://www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/carenza-infermieri-opsi-taranto-chiede-ispezione-ministero.html>)

⁶ Ad es. Alto Adige (<https://www.altoadige.it/cronaca/carenza-di-medici-e-infermieri-alto-adige-tra-i-territori-pi%C3%B9-colpiti-1.3405087>)

diche, la difficoltà a definire i fabbisogni di personale a fronte della variabilità degli afflussi ai servizi nelle aree soggette a stagionalità delle presenze, le difficoltà a reclutare e trattenere i professionisti nei presidi periferici, la riduzione o stagnazione generalizzata delle risorse a disposizione del SSN.

11.2 Scopo del capitolo e metodi di ricerca

All'interno di questo capitolo si inquadra il tema dello *shortage* di personale medico tentando dapprima di definirlo e quantificarlo, per poi approfondire due ordini di questioni ad esso legate.

- i. L'impegno delle aziende nell'attrarre professionisti, in particolare da allocare presso i propri presidi periferici.
- ii. Il ricorso delle aziende a forme di reclutamento e inquadramento del personale «non canoniche» come l'esternalizzazione dei servizi, che in questo capitolo è declinata nell'ambito dei Pronto Soccorso (PS).

Ci siamo concentrati su aziende che i) hanno riscontrato problemi di attrattività nei propri presidi periferici, e che ii) hanno sperimentato l'esternalizzazione, per alcune discipline, a società o cooperative.

Abbiamo identificato aziende sanitarie territoriali (Asl di Alessandria, in Piemonte; Asl di Latina, nel Lazio; Asst Sette Laghi, in Lombardia; Ulss 7 Pedemontana, in Veneto) che includono nel loro territorio vari presidi di dimensioni medio-piccole e localizzati in aree periferiche. Sebbene nella letteratura internazionale sulle politiche sanitarie non esista una definizione univoca di area periferica (in inglese *rural* o *remote area*), tra le caratteristiche di questi territori figurano prevalentemente la ridotta densità abitativa e la distanza dai centri urbani di maggiori dimensioni a motivo delle condizioni oro-geografiche, della scarsità di vie di comunicazione, ecc. Le quattro aziende che abbiamo selezionato sono inoltre esse stesse localizzate in contesti periferici all'interno della propria regione, dal momento che la città principale del territorio è di relativamente ridotte dimensioni e, da un punto di vista dell'attrazione dei professionisti sanitari, scontano la concorrenza di altri grandi poli metropolitani presenti nella stessa regione o in aree limitrofe.

Da un punto di vista metodologico la ricerca si è sviluppata in due fasi:

- i. Analisi desk finalizzata ad approfondire il dimensionamento dello *shortage* di personale, specialmente medico, previsto in Italia e analisi della letteratura internazionale sul tema dell'attrattività e della gestione del personale in situazioni di tensione nel mercato del lavoro.

- ii. Svolgimento di ventotto interviste con il personale delle aziende sanitarie oggetto di analisi. In particolare, sono stati intervistati membri delle direzioni strategiche (direttori generali o sanitari, o altri dirigenti apicali da loro segnalati), direttori e professionisti dei reparti di ortopedia-traumatologia e cardiologia, direttori di medicine d'urgenza o PS, dirigenti di cooperative o società a cui vengono esternalizzati turni di PS. Nell'analizzare i dati qualitativi sono emersi come particolarmente rilevanti i framework di Weinhold e Gurtner (2014) e di Henkens *et al.*, (2008) che hanno quindi guidato l'interpretazione dei risultati.

Il capitolo è dunque strutturato in tre sezioni. Innanzitutto, vengono richiamati i principali spunti tratti dalla letteratura internazionale in tema di attrattività delle aziende sanitarie e di gestione delle tensioni nel mercato del lavoro, seguiti da un'analisi critica in merito alla programmazione dei fabbisogni e alla carenze di personale medico nel contesto italiano. Segue un approfondimento dei quattro casi analizzati rispetto a fattori di attrattività ed esternalizzazioni nei PS. Da ultimo, le evidenze raccolte nei casi vengono sistematizzate e interpretate sulla base dei framework teorici prima delle conclusioni del capitolo.

11.3 Shortage di personale: determinanti e strategie nella letteratura internazionale

La letteratura accademica ha affrontato il tema dello *shortage* di personale attraverso due prospettive di ricerca: (i) l'analisi dei fattori che influenzano la scelta dei professionisti sanitari di lavorare o meno in contesti remoti e che possono determinare la carenza di personale (es. Weinhold e Gurtner, 2014; Couper *et al.*, 2007; Richards *et al.*, 2005); (ii) l'identificazione delle strategie e degli interventi che possono essere adottati per correggere l'inequiva distribuzione del personale sanitario tra aree urbane e periferiche e per far fronte alle tensioni nel mercato del lavoro (es. Wilson *et al.*, 2009; Henkens *et al.*, 2008; Grobler *et al.*, 2015; Buykx *et al.*, 2010).

Con riferimento al primo punto, le principali criticità che determinano lo *shortage* di personale presso aziende sanitarie periferiche sono state classificate in sei categorie (Weinhold e Gurtner, 2014).

- i. Condizioni infrastrutturali: la collocazione geografica in aree remote rappresenta un primo ostacolo all'attrazione di professionisti sanitari e causa della diffusa carenza di personale. Infatti, la distanza dai centri urbani e da luoghi di aggregazione, l'inadeguatezza del sistema dei trasporti, la limitata diffusione di infrastrutture di comunicazioni elettroniche possono

disincentivare la scelta dei professionisti di prestare servizio presso aree periferiche in cui rischiano di sostenere costi aggiuntivi per spostamenti e connettività;

- ii. Condizioni socio-culturali: una diretta conseguenza della collocazione delle aziende sanitarie in aree periferiche è l'isolamento sociale che rischia di impattare sia il professionista sanitario sia il suo nucleo familiare. Si pensi, per fare alcuni esempi, alle possibili limitate opportunità di lavoro per il coniuge oppure all'assenza di strutture scolastiche qualificate per i figli. Tutto questo riduce potenzialmente la platea degli operatori interessati a un posto di lavoro in queste zone.
- iii. Condizioni politiche: la definizione del quadro normativo e le scelte di politica sanitaria possono influenzare l'organizzazione del sistema di offerta dei servizi (ad esempio, il livello dei finanziamenti e la distribuzione delle strutture sul territorio), riducendo l'interesse e la convenienza a prestare servizio in zone remote;
- iv. Condizioni relative al sistema educativo e formativo: il sistema educativo può incrementare la preferenza a stabilirsi e lavorare in determinati territori attraverso la possibilità di accedere ad una formazione professionale continua, l'inserimento nel percorso formativo di sessioni dedicate all'assistenza sanitaria in aree periferiche, la collocazione delle scuole di specializzazione (ad esempio, con riferimento alla tendenza dei professionisti neo-specializzati ad iniziare a lavorare dove si sono specializzati);
- v. Condizioni relative all'organizzazione del lavoro professionale: le scelte che vengono prese a livello organizzativo da parte delle aziende sanitarie possono influenzare l'ampiezza della mancanza di personale. In questo senso, il livello di isolamento professionale, la scarsità di casistica ospedaliera, le ridotte opportunità di formazione e il minore accesso a dotazioni tecnologiche rappresentano elementi organizzativi e professionali che scoraggiano gli operatori sanitari a prestare servizio nelle aree periferiche;
- vi. Condizioni relative al trattamento economico: la remunerazione dei professionisti può avere un impatto sia direttamente (ad esempio, con il trattamento stipendiale) sia indirettamente (ad esempio, attraverso le opportunità di libera professione).

Riguardo al secondo ambito di ricerca, la letteratura accademica ha proposto diversi schemi interpretativi attraverso cui classificare gli interventi utili per affrontare il fenomeno e offrire risposte a queste criticità, sia a livello di sistema sia a livello aziendale. Tra i contributi più significativi, si evidenzia il *framework* proposto da Wilson e colleghi (2009), che individuano alcune leve di gestione del personale e di sistema utilizzabili per ridurre l'iniqua distribuzione di personale medico:

- i. Selezione, per inserire nel sistema educativo e nelle aziende sanitarie profili coerenti con i fabbisogni dei sistemi sanitari periferici;
- ii. Formazione, per stimolare l'interesse alla medicina di comunità attraverso la progettazione e la realizzazione di percorsi formativi;
- iii. Incentivi, per sostenere da un punto di vista economico-finanziario la prestazione di servizio presso aree periferiche;
- iv. Supporto, per creare le opportunità professionali e le condizioni organizzative necessarie per rendere attrattivi i posti di lavoro nelle zone remote;
- v. Leva coercitiva, per «forzare» la presenza di operatori sanitari in contesti periferici attraverso specifici interventi normativi o indicazioni degli ordini professionali.

Altri studi si focalizzano sulle strategie che possono essere adottate per affrontare la carenza di personale all'interno di un mercato del lavoro «teso», cioè con un numero maggiore di posti di lavoro disponibili rispetto al numero di lavoratori disposti o in grado di occuparli. In particolare, vengono identificate quattro strategie che le organizzazioni possono adottare per incrementare l'offerta (Henkens *et al.*, 2008):

- i. incrementare l'offerta di lavoro dei professionisti attualmente in servizio (ad esempio, incoraggiando il personale a fare straordinari, incentivando i part-time a lavorare ore extra, richiamando i dipendenti in pensione);
- ii. attrarre e rivolgersi a nuovi gruppi di potenziali lavoratori (per esempio lavoratori stranieri);
- iii. apportare aggiustamenti strutturali alla propria funzione di produzione (ad esempio, sostituendo la tecnologia al capitale umano per l'erogazione di alcuni servizi);
- iv. esternalizzare il lavoro attraverso *outsourcing* del personale e collaborazione con agenzie esterne.

In questo contesto, il presente capitolo si pone l'obiettivo di approfondire come le aziende sanitarie italiane stiano affrontando il tema della carenza di personale medico, con particolare riferimento all'attrazione di nuovi professionisti per ampliare l'offerta di lavoro e all'esternalizzazione di parte della forza lavoro attraverso appalti a cooperative. Per la riorganizzazione dei servizi si rimanda agli altri capitoli e, in particolare, al Capitolo 9, relativo all'organizzazione dei PS.

11.4 Carenze di personale medico in Italia: tra programmazione e adattamento

L'Italia si è da più di un lustro dotata di strumenti normativi e modelli statistici per la determinazione dei fabbisogni di professionisti. La normativa⁷ stabilisce che, nel calcolo, siano considerati «obiettivi e livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali; modelli organizzativi dei servizi; offerta di lavoro; domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa». Definire i fabbisogni di professionisti, dunque, implica considerare congiuntamente la domanda (cioè quanti professionisti sono richiesti oggi e quanti in futuro, che a loro volta sono influenzati dai modelli e livelli di servizio desiderati, nonché dai bisogni, attuali e prospettici, delle popolazioni di riferimento) e l'offerta (cioè quanti professionisti sono a disposizione al tempo presente, quanti saranno formati e quanti usciranno dalla forza lavoro in futuro).

Masnick e McDonnell (2010) ritengono questa operazione particolarmente difficoltosa, perché *nel tentativo di isolare uno qualsiasi degli elementi, lo si trova intrecciato con tutto il resto dell'universo*, dovendo tenere in considerazione innumerevoli fattori che si influenzano vicendevolmente. Esistono infatti diverse criticità quando occorre determinare i fabbisogni di personale sanitario. Occorre, *in primis*, considerare che una qualsiasi modifica al sistema formativo in essere produrrà i suoi primi effetti tra un numero di anni pari almeno alla durata della formazione del professionista, pertanto, ogni *policy* relativa ai percorsi formativi avrà effetti visibili soltanto nel medio-lungo periodo, ben oltre le tempistiche dei cicli politici.

Esiste poi uno sbilanciamento dell'enfasi posta su domanda e offerta: le riflessioni sul tema della carenza di professionisti muovono spesso dal presupposto che il problema risieda nelle dinamiche legate alla seconda. Quest'ultima è sufficientemente facile da modellare e i suoi meccanismi sono chiari, divenendo preponderante nel dibattito pubblico. Invece, il tema della domanda e dei bisogni di salute è solitamente assunto come stabile, quando invece è una delle variabili principali (Birch *et al.*, 2013).

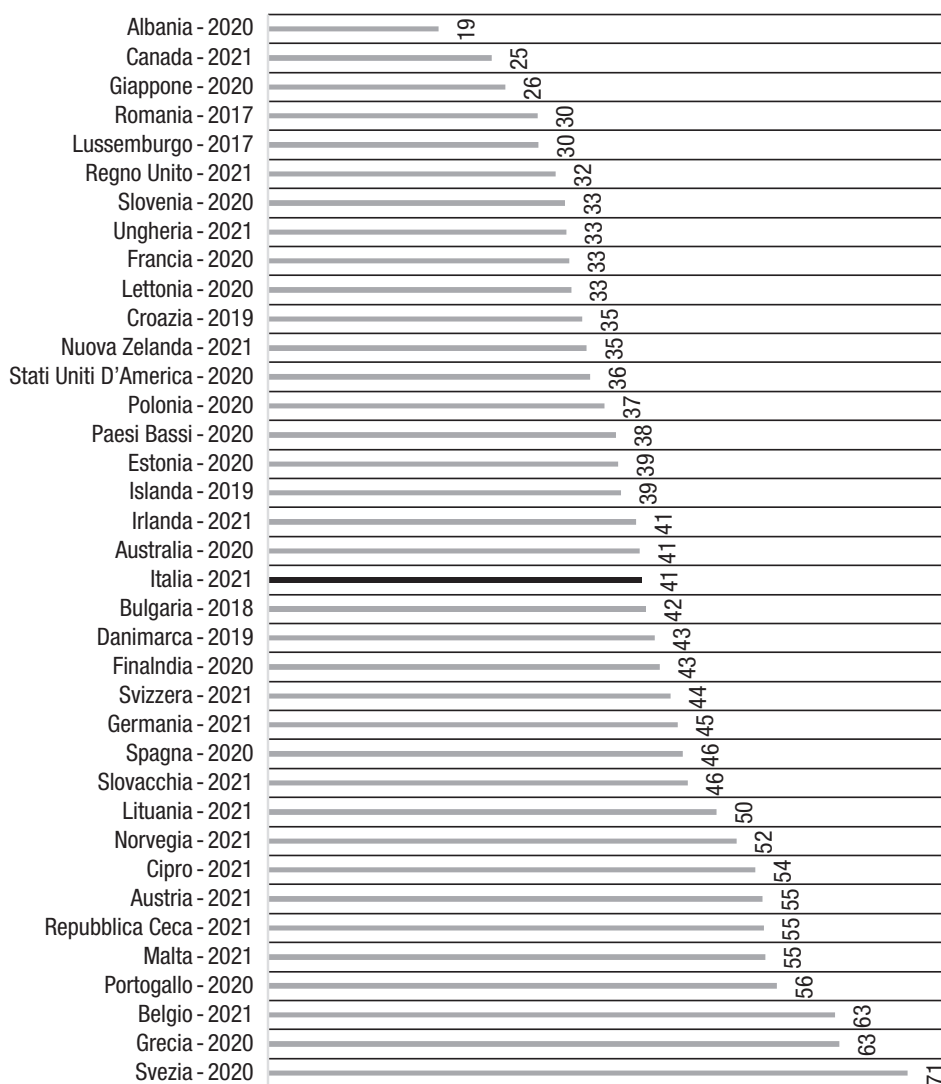
Esistono inoltre numerosi attori coinvolti, formalmente o informalmente, nei processi decisionali (ad es. ministeri, università, regioni e province autonome, ordini professionali, sindacati), che devono operare tenendo in considerazione, più o meno consapevolmente, una parte di mercato direttamente controllata (le aziende sanitarie pubbliche), una direttamente influenzata (le strutture private accreditate) e una solo regolata (strutture e professionisti operanti sul mercato privato). Inoltre, il processo di determinazione dei fabbisogni non è necessariamente coordinato alle decisioni relative al finanziamento ed è autonomo rispetto alla definizione degli standard di servizio.

⁷ Art. 6 ter, d.lgs. n.502/1992.

Nell'ultimo periodo, inoltre, le carenze di personale hanno riguardato anche altri paesi, tanto che l'OECD ha dichiarato che *le carenze di skill nella forza lavoro sanitaria sono un tema globale, che affligge Paesi di regioni diverse e diversi livelli di reddito* (OECD & International Labour Organization, 2022, p. 10 e ss.) a tutti i livelli, internazionale, nazionale, locale (WHO, 2022).

Se si osserva la densità di medici ogni 10.000 abitanti, nel 2021 l'Italia ne

Figura 11.1 **Medici ogni 10.000 abitanti per paesi europei e altri principali paesi occidentali**



Fonte: World Health Organisation (2023)

contava 41. Tra i principali paesi europei, Spagna e Germania si collocano al di sopra (rispettivamente 46 e 45) mentre Francia e Regno Unito al di sotto (33 e 32). L'Italia mostra dunque una densità medica nella media, e invece una densità infermieristica particolarmente ridotta, ben al di sotto dei confronti europei, fatta eccezione per la sola Spagna (WHO, 2022).

Concentrando l'analisi sulla situazione italiana e, in particolare, sulla dinamica di impiego nel SSN, occorre notare che il personale del SSN nel 2021 si è attestato al valore più alto dal 2013 ed ammonta a circa il 97% del personale registrato nel 2009. Limitando l'analisi alla componente medica, per ogni 100 medici presenti nel SSN nel 2009, oggi ne sono presenti 96, per una riduzione assoluta di 4.453 unità. Si tratta di una contrazione che nasconde dinamiche eterogenee tra territori e nei sotto-periodi. Le regioni che hanno registrato contrazioni molto consistenti sono prevalentemente nel sud Italia: Campania (-15%), Molise (-34%), Basilicata (-16%), Calabria (-22%), Sicilia (-14%), con l'aggiunta della Liguria (-15%). Altre regioni, invece, si sono discostate in positivo dal trend nazionale: Abruzzo (+4%), Emilia-Romagna (+10%), Friuli – Venezia Giulia (+2%), Lombardia (+5%), P.A. di Trento (+13%) e di Bolzano (+20%), Toscana (+8%), Umbria (+4%) e Valle d'Aosta (+1%).

Dunque, la carenza di medici maturata negli ultimi anni non è, stando ai numeri, particolarmente pronunciata nel SSN, specialmente nel post-Covid. Sono invece alcuni territori più di altri ad aver vissuto estreme riduzioni di personale e questa eterogeneità è destinata potenzialmente ad aumentare⁸.

Eterogeneità a cui si è assistito anche riguardo alle diverse specializzazioni, pur a fronte di un generalizzato aumento dei posti nelle facoltà di medicina. Limitandoci a quelle osservate nel resto del capitolo, gli iscritti totali in scuola di specializzazione per la medicina d'emergenza-urgenza sono aumentati vertiginosamente negli ultimi anni, anche tenendo in considerazione che le stesse scuole sono entrate a pieno regime soltanto dal 2015/2016. L'ortopedia, invece, ha visto più che raddoppiare i propri iscritti nel periodo 2009-2021 (da 859 a 1.845), mentre la cardiologia (da 1.256 a 2.248) mostra un aumento del 70%. In totale, le scuole di specializzazione hanno vissuto un punto di minimo storico di 25.379 iscritti nel 2011/2012, per arrivare nel 2022/2023 a 46.904.

Come sottolineano Della Valle e colleghi, tuttavia, una parte rilevante dell'aumento di borse di specializzazione non ha prodotto gli effetti sperati, visto che in numerose specialità la saturazione dei posti a disposizione è ridotta. Gli stessi autori evidenziano che nel 2022 sono stati coperti soltanto il 35% dei posti in Medicina d'Emergenza Urgenza contro l'88% dell'Ortopedia e Traumatologia e il 98% dei posti in Cardiologia.

Per quanto riguarda il futuro, la distribuzione dei medici per fascia d'età mo-

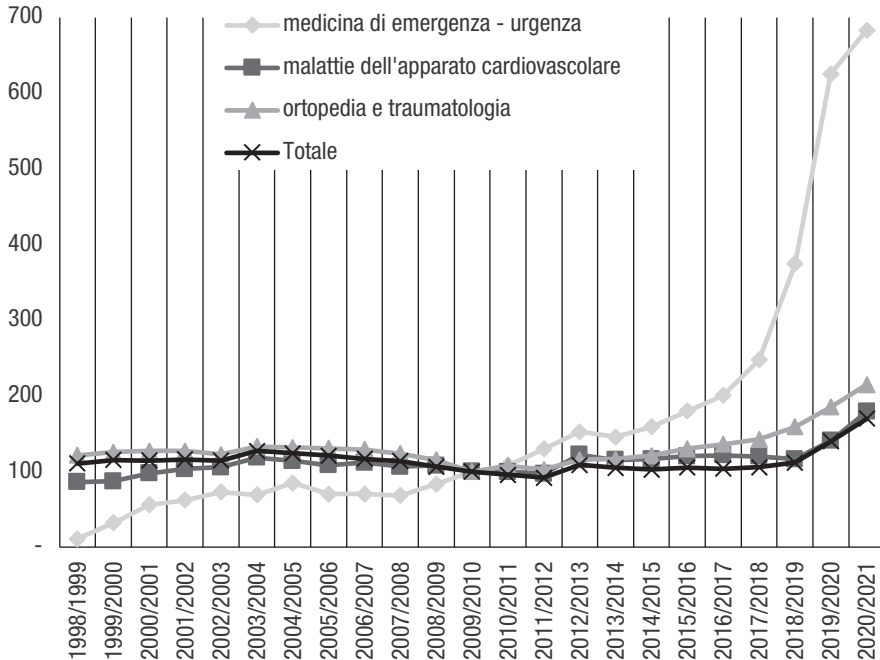
⁸ Della Valle *et al.*, 2023 (<https://lavoce.info/archives/101468/pochi-medici-oggi-ma-forse-troppi-domani/>)

Tabella 11.1 **Personale medico del SSN per regione (2009-2021)**

Medici	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2019 (100=09)	2021 (100=09)
Abruzzo	2.623	2.536	2.574	2.685	2.693	2.737	2.773	2.711	2.691	2.643	2.689	2.713	2.722	103	104
Basilicata	1.230	1.210	1.271	1.237	1.242	1.244	1.225	1.185	1.164	1.169	1.119	1.059	1.034	91	84
Calabria	4.502	4.343	4.217	4.016	3.889	3.762	3.735	3.768	3.751	3.755	3.689	3.574	3.526	82	78
Campania	10.992	10.554	10.192	9.862	9.689	9.487	9.306	9.163	9.050	9.243	9.358	9.370	9.326	85	85
Emilia-Romagna	8.592	8.687	8.684	8.692	8.590	8.427	8.202	8.142	8.257	8.505	8.904	9.274	9.429	104	110
Friuli-Venezia Giulia	2.630	2.597	2.594	2.630	2.650	2.601	2.519	2.550	2.611	2.627	2.668	2.693	2.682	101	102
Lazio	9.516	9.131	8.794	8.546	8.321	8.110	7.831	7.707	7.632	7.808	8.097	8.560	8.886	85	93
Liguria	4.055	3.999	3.853	3.770	3.744	3.738	3.688	3.653	3.600	3.541	3.520	3.507	3.438	87	85
Lombardia	14.343	14.347	14.433	14.378	14.316	14.194	14.077	14.261	14.499	14.697	14.870	15.036	15.059	104	105
Marche	3.104	3.132	3.091	3.047	2.997	2.979	2.958	2.963	2.991	2.981	3.003	3.033	3.075	97	99
Molise	666	582	545	536	524	512	470	438	426	462	501	476	439	75	66
Piemonte	8.869	8.958	8.774	8.620	8.530	8.436	8.319	8.397	8.443	8.424	8.405	8.350	8.149	95	92
Provincia Autonoma di Bolzano	879	869	870	867	888	888	900	949	942	954	968	953	989	110	113
Provincia Autonoma di Trento	935	980	967	1.007	1.016	999	987	1.036	1.062	1.092	1.106	1.136	1.125	118	120
Puglia	6.893	6.926	6.482	6.368	6.286	6.377	6.278	6.382	6.651	6.741	6.628	6.544	6.628	96	96
Sardegna	4.188	4.135	4.110	4.152	4.255	4.308	4.291	4.318	4.211	4.110	4.151	4.037	3.847	99	92
Sicilia	10.388	9.927	9.877	10.074	9.976	9.739	9.394	9.074	8.926	9.163	9.017	8.940	8.945	87	86
Toscana	8.156	8.268	8.217	8.213	8.222	8.282	8.167	8.057	8.281	8.365	8.245	8.531	8.832	101	108
Umbria	1.909	1.904	1.934	1.942	1.945	1.965	1.940	1.968	1.976	2.009	1.975	1.994	1.978	103	104
Valle d'Aosta	299	316	328	343	349	359	344	328	311	310	316	325	301	106	101
Veneto	7.932	7.889	7.865	7.941	7.998	7.979	7.970	8.045	8.080	7.873	7.812	7.875	7.835	98	99
Italia	112.703	111.291	109.680	108.933	108.127	107.132	105.383	105.097	105.557	106.473	107.044	107.983	108.250	95	96
Italia (2009=100)	100,0	98,7	97,3	96,7	95,9	95,1	93,5	93,3	93,7	94,5	95,0	95,8	96,0		

Fonte: Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato

Figura 11.2 **Numero totale di iscritti nelle scuole di specializzazione (2009-2021). Anno base 2009/2010 = 100**



Fonte: Ministero dell'Università e della Ricerca.

stra che nei prossimi anni si assisterà a un numero relativamente limitato di pensionamenti medici. Secondo i nostri calcoli più conservativi, il sistema formerà meno medici di quanti sarebbero necessari fino al prossimo anno. Da quel momento, gli ingressi saranno maggiori delle uscite, senza considerare però coloro che andranno a lavorare all'estero. In ogni caso, comunque, il *gap* medico accumulato nello scorso decennio e nell'ultimo triennio sarà recuperato pienamente solo entro la fine del decennio in corso. Si tratta di dinamiche già definite dalle scelte di politiche pubbliche degli anni passati, considerando che i medici che si specializzeranno nel 2030 sono, ad oggi, già all'interno del sistema formativo⁹. Gli attuali ingenti ingressi nella laurea di base in medicina, invece, entreranno nel mercato del lavoro in un momento storico in cui il *gap* sarà già divenuto un *surplus*, con conseguenze potenzialmente gravi sugli equilibri del sistema.

In sintesi, dunque, il sistema sanitario italiano conta ad oggi un numero di medici nella media degli altri paesi europei. Si tratta di un dato che si è comunque ridotto negli ultimi anni, in conseguenza sia delle ristrettezze economiche

⁹ A un simile, pur non completamente sovrapponibile, risultato sono giunti, con dati FNOMCEO, anche Della Valle e colleghi.

dello scorso decennio, sia di errori nella programmazione degli ingressi che hanno ingenerato un gap attuale rilevante. Questa carenza è destinata a scomparire entro il 2030. Occorre tuttavia sottolineare le eterogeneità precedentemente descritte: la diversa attrattività tra le discipline e le divergenti situazioni regionali, nonché la riflessione accademica sulle aree periferiche, anche all'interno di contesti locali altrimenti omogenei. Le considerazioni di questo Capitolo, dunque, devono essere interpretate alla luce di queste molteplici carenze, *al plurale*, piuttosto che di una singola carenza a livello nazionale.

11.5 Analisi dei casi studio

In questo capitolo sono analizzate quattro aziende: Asl Alessandria, Asl Latina, Asst Sette Laghi, Ulss Pedemontana. Come già sottolineato, queste aziende i) hanno riscontrato problemi di attrattività nei propri presidi periferici, e ii) hanno sperimentato l'esternalizzazione di parte dei propri turni a società o cooperative. Con riferimento al primo punto, abbiamo analizzato le specialità di cardiologia e ortopedia, in quanto discipline – una medica e l'altra chirurgica – di natura specialistica ma al contempo ampiamente diffuse anche nei presidi di minori dimensioni. Con riferimento al secondo punto, ci siamo concentrati sull'esternalizzazione di turni di PS, vista la rilevanza del fenomeno a livello nazionale. La Tabella 11.2 riporta le caratteristiche essenziali delle quattro aziende. Successivamente, dopo una breve introduzione per ciascuna azienda, sono illustrati i risultati con riferimento alla sfida dell'attrattività in cardiologia e ortopedia e all'esternalizzazione dei professionisti di PS.

Tabella 11.2 **Prospetto sintetico dei casi-studio**

	Asl Alessandria	Asl Latina	Asst Sette Laghi	Ulss Pedemontana
Regione	Piemonte	Lazio	Lombardia	Veneto
Numero di assistiti	405.701 (2023)	565.999 (2023)	436.589 (2021)	365.923 (2020)
Estensione del territorio	3.559 km ²	2.256 km ²	1.198 km ²	1.483 km ²
Numero di presidi nella rete dell'emergenza-urgenza	2 DEA di I livello (Casale Monferrato e Novi Ligure); 2 Ospedali di base con PS (Tortona e Acqui Terme); 1 PS di area disagiata (Ovada)	1 DEA di II livello (Latina), 1 DEA di I livello (Formia), due PS pubblici (Terracina e Fondi) e 1 privato accreditato (Aprilia)	1 DEA di II livello (presidio di Varese), 5 ospedali con PS (Filippo Del Ponte, Tradate, Luino, Cittiglio e Angera)	2 DEA di II livello (Bassano del Grappa e Santorso) e 1 PS di area disagiata (Asiago)
PL aziendali	1029 (2021)	922 (2021)	1225 (2021)	909 (2023)
Stima dei turni di PS esternalizzati	65-70% a Novi Ligure e Casale Monferrato (giugno 2023)	16-20% a Terracina e Fondi (giugno 2023)	40% a Tradate, Luino, Angera e Cittiglio (giugno 2023)	50% ad Asiago (giugno 2023)

11.5.1 Asl Alessandria

L'Asl di Alessandria è una delle dodici aziende sanitarie locali della regione Piemonte. Il territorio di riferimento dell'azienda misura 3.559 km² e comprende 187 Comuni per una popolazione complessiva, al 1° gennaio 2023, di 405.701 abitanti.

Questo territorio occupa l'area sud-orientale del Piemonte e, confina con tre regioni: Lombardia, Liguria ed Emilia-Romagna. Questa posizione pone la Asl di Alessandria in competizione con le aziende di diversi servizi sanitari regionali per l'attrazione di professionisti, oltre ad offrire ai suoi abitanti la possibilità di accedere alle cure erogate dai presidi sanitari di diverse regioni. Allo stesso tempo, questo territorio è in prevalenza montuoso o collinare, generando alcune complessità logistiche negli spostamenti per raggiungere le strutture sanitarie.

Le attività dell'Asl di Alessandria sono eseguite presso cinque presidi ospedalieri: Ospedale Santo Spirito di Casale Monferrato, DEA di I livello (269 PL); Ospedale San Giacomo di Novi Ligure, DEA di I livello (223 PL); Ospedale SS. Antonio e Margherita di Tortona, ospedale di base con PS (127 PL); Ospedale Mons. Giovanni Galliano di Acqui Terme, ospedale di base con PS (114 PL); Ospedale Civile di Ovada, ospedale di area disagiata con PS (62 PL). I DEA di I livello sono gestiti da un direttore di struttura complessa DEA, mentre i restanti presidi sono gestiti dai direttori della direzione medica di ciascun ospedale.

Nella medesima area del Piemonte Sud-Est opera come DEA di II livello l'Azienda Ospedaliera «SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo». Rispetto alle nostre analisi, i PS della Asl di Alessandria sono i DEA di I livello di Novi Ligure (26.364 accessi nel 2019¹⁰) e Casale Monferrato (25.950). Vi sono poi gli ospedali di Tortona (17.455), Acqui Terme (15.139) e Ovada (7.194).

Per le discipline oggetto di indagine in questo capitolo, ed escludendo l'AO di Alessandria, la Provincia conta tre reparti cardiologici, nei due DEA, a Novi Ligure (8 PL, oltre a 5 di UTIC) e a Casale Monferrato (9, oltre a 4 di UTIC), e nel privato accreditato «Policlinico Monza» (10). Per quanto riguarda i reparti ortopedici, essi sono sei e si trovano negli ospedali pubblici di Casale Monferrato (24), Novi Ligure (10), Tortona (20), Acqui Terme (18) e nei privati accreditati «Villa Igea» ad Acqui Terme (20) e al Policlinico Monza (9)¹¹.

La sfida dell'attrattività

L'azienda sta affrontando da alcuni anni una sfida nel reclutamento di giovani professionisti negli ospedali periferici, in misura particolarmente marcata per

¹⁰ AGENAS (<https://trovastrutture.agenas.it/web/index.php?r=site%2Fload-selezione>)

¹¹ Ministero della Salute, DB Posti Letto (2021) (<https://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglio-Dataset.jsp?menu=dati&idPag=153>)

le specialità caratterizzate da una significativa tensione tra domanda e offerta di professionisti: la maggiore possibilità di scelta dello specialista, infatti, tende a far preferire, per motivi spesso legati alle opportunità di tipo professionale (tecnologia, casistica, possibilità di fare ricerca) i centri dove ci si è specializzati (vale a dire le AOU). Per provare a colmare questo *gap*, l'Azienda sta operando principalmente su due fronti: (i) esplorando possibili convenzioni con centri universitari (laddove non vi siano gli standard necessari a entrare nella rete formativa) in modo da offrire ai professionisti la possibilità di svolgere attività di particolare specializzazione, (ii) tentando di costruire nicchie di eccellenza, attraverso l'investimento in tecnologia e l'attrazione di professionisti di significativa reputazione.

Sulla base delle interviste condotte con i responsabili di UO, i fattori economici sembrerebbero secondari, se non addirittura irrilevanti, specialmente in termini di capacità attrattiva dei giovani professionisti: non potendo competere con l'offerta del privato su questo fronte, gli intervistati hanno evidenziato la preminenza dei fattori di natura professionale e la necessità, per l'azienda, di intervenire su questi ultimi, notando peraltro che – specialmente nei centri urbani minori – alla reputazione professionale costruita nel pubblico consegue spesso un riverbero spendibile nella libera professione, che può a sua volta tradursi in una maggiore soddisfazione economica (*«quando si comincia a sapere che sei bravo, la gente viene a cercarti nel privato»*).

Nel caso della cardiologia, le interviste condotte con i professionisti impegnati in strutture periferiche dell'azienda hanno confermato che i principali fattori che influenzano la capacità di attrarre professionisti sono da ricondurre alla dimensione professionale, mentre le questioni economiche sono percepite come secondarie. A livello di sistema, il surplus di domanda di specialisti rispetto all'offerta ha determinato una posizione di scelta particolarmente forte per i cardiologi, che quindi tendono a prediligere i centri maggiori. Nonostante ciò, in alcune sedi del territorio è stato possibile sviluppare nicchie di eccellenza; la tendenza prevalente, tuttavia, riflette una certa difficoltà ad offrire ai giovani professionisti condizioni competitive rispetto ai centri più grandi, specialmente sotto il profilo tecnologico. A questo si accompagna un carico di lavoro tendenzialmente più intenso, dettato dal rapporto tra turni e personale a disposizione, che impedisce spesso di concentrarsi sull'alta specializzazione. A fare da contraltare a questi limiti, le esperienze dei cardiologi intervistati sottolineano in maniera convergente un importante spazio di crescita e autonomia professionale, con un conseguente effetto in termini di costruzione di una reputazione professionale (alla quale si accompagnano, evidentemente, opportunità lavorative).

Anche nel caso dell'ortopedia, si riscontra a livello aziendale un problema di capacità attrattiva verso i professionisti più giovani, i quali sembrano cercare opportunità di sviluppo professionale sopra ogni altra cosa. Nel caso dell'or-

topedia – sulla base delle interviste condotte con i professionisti che lavorano in strutture periferiche dell’azienda – le questioni che influenzano l’attrattività sono allineate a quanto evidenziato per la cardiologia. Emergono come prevalenti i fattori professionali, con particolare riguardo a due dimensioni: (i) la possibilità di accesso a strumentazione tecnologicamente innovativa e (ii) il numero medio di interventi a cui un giovane professionista ha possibilità di partecipare. Riguardo al primo elemento, la possibilità di sperimentare metodiche innovative attraverso strumentazione avanzata – oltre che rappresentare un attrattore per la chirurgia di elezione, lato pazienti – costituisce un forte fattore di competizione nell’attrarre giovani professionisti: nelle parole di uno degli ortopedici intervistati, «oggi la chirurgia è tecnologia». Questo elemento ha poi effetti a cascata che riguardano la possibilità di portare specializzandi sul territorio e, anche se nel caso di specie in misura ancora molto limitata, partecipare alle reti formative (ad esempio, nel caso della chirurgia di anca e bacino con il CTO di Torino). Con riferimento al secondo elemento, nelle sedi periferiche – seppure esposte a casistica inferiore, in termini di volumi assoluti e complessità, rispetto ai grandi centri ospedalieri – un giovane ortopedico può intervenire con una frequenza maggiore in ragione del minore affollamento professionale e rendersi autonomo in tempi notevolmente più rapidi. Riprendendo le parole di uno degli ortopedici intervistati «si ha la possibilità, da subito, di diventare un riferimento e farsi un nome. [...] In altre parole, si ha la possibilità di dipingere su una tela bianca»; e ancora: «[quella chirurgica] è una professione nella quale è fondamentale *fare la mano* [...] e imparare a gestire lo stress durante il momento dell’intervento». A tale maggiore opportunità di intervento, tuttavia, deve corrispondere una disponibilità di sale ed equipe che non è sempre facile allestire, alla luce dei vincoli di contesto.

Una soluzione innovativa sviluppata nell’ortopedia di Casale Monferrato riguarda l’attivazione di una convenzione gratuita con due professionisti del privato specializzati in particolari interventi, che periodicamente (un giorno a settimana) lavorano presso il reparto formando i colleghi più giovani e aumentando la numerosità della casistica (in ragione del riconoscimento professionale che portano con sé), e ottenendo in cambio la possibilità di intervenire su casi particolarmente complessi (che nel privato non avrebbero modo di intercettare). Esercitare la leva della formazione in comando esterno è invece più difficile, perché i numeri raramente consentono di rinunciare – anche soltanto pochi giorni al mese – a una persona per permettere che si sposti verso centri specialistici per formarsi: «sarebbe di certo un investimento, non un costo, ma alla fine i turni bisogna coprirli».

Le esternalizzazioni nei PS della Asl di Alessandria

La gestione dei PS di Acqui Terme, Ovada e Tortona è in carico alle Strutture Complesse (SC) di Medicina Interna dei singoli punti ospedalieri: di con-

sequenza, i Direttori delle SC Medicina Interna sono anche Direttori dei PS, che non fanno parte della struttura di Medicina e Chirurgia d'Accettazione d'Urgenza (MeCAU) pur ricadendo all'interno del Dipartimento Emergenza-Urgenza presso gli ospedali di Novi Ligure e Casale Monferrato le linee di accettazione sono state (in tutto o in parte) esternalizzate. In dettaglio, le due linee di accettazione del PS di Novi Ligure sono esternalizzate a medici di cooperative, che sono suddivisi in due turni giornalieri da 12 ore (8:00-20:00 e 20:00-8:00). A questi si aggiungono 3 medici strutturati (di cui uno part-time) che gestiscono cinque posti letto dedicati ai pazienti in osservazione breve intensiva (OBI). A Casale Monferrato, invece, una sola delle due linee di accettazione viene esternalizzata, mentre l'altra è gestita da cinque medici interni. Qui i cinque letti OBI sono gestiti da un medico con turni diurni da lunedì a venerdì (8:00-16:00): alla fine del turno eventuali pazienti vengono presi in carico dai medici in accettazione. Complessivamente, nei due PS l'impresa che fornisce il servizio copre 72 ore di turni giornalieri (48 per Novi Ligure e 24 per Casale Monferrato). Le ore di turni esternalizzati rappresentano oltre il 65% delle circa 3.000 ore di turni richieste ogni mese nei due presidi.

Le esternalizzazioni nei PS non rappresentano una scelta strategica della ASL di Alessandria ma derivano dalla strutturale carenza di personale medico, a fronte di uscite per pensionamenti o trasferimenti che vengono difficilmente colmate attraverso nuove assunzioni a causa dei fattori professionali, organizzativi ed economici descritti in precedenza. Anche i recenti concorsi banditi hanno consentito di attrarre esclusivamente medici che, per esigenze familiari, desiderano riavvicinarsi al proprio territorio di origine o residenza. Di conseguenza, presso il PS di Novi Ligure non c'è organico sufficiente per gestire internamente anche solo una linea di accettazione, mentre a Casale Monferrato si evidenzia il rischio di ulteriori cessazioni a causa di problemi fisici e *burnout* del personale. La scelta di esternalizzare solo le linee di accettazione deriva da motivazioni organizzative, con l'obiettivo di separare le attività dei medici strutturati (OBI) dai medici di cooperativa (accettazioni). Da un punto di vista legale, inoltre, si è tenuto conto delle limitazioni determinate dalla necessità di evitare il rischio dell'intermediazione di manodopera, sanzionata dalla normativa. Il direttore del PS stima che il superamento delle forme di esternalizzazione richieda l'assunzione almeno di altri dodici medici presso il PS di Novi Ligure (dove sono in servizio 2,7 unità mediche ed è prevista l'assunzione di una nuova unità) e sei medici presso il PS di Casale Monferrato (dove sono in servizio 6 unità mediche ed è prevista l'assunzione di due nuove unità).

Da gennaio 2020 le società esterne sono state selezionate attraverso capitoli di gara con criteri poco stringenti che hanno determinato casi di allontanamento di medici per inadeguata preparazione e segnalazioni sulla qualità dei servizi erogati. Inoltre, le società avevano la possibilità di presentare domanda presso tutti gli ospedali di ASL Alessandria, in assenza di un coordinamento

centrale dell'attività di esternalizzazione. Per risolvere queste criticità, in primo luogo, sono state attivate numerose «gare ponte» con contratti di breve durata (40-60 giorni) con l'obiettivo di affinare e perfezionare progressivamente i criteri di selezione, anche in vista di una gara europea di maggiore importo e durata (annuale, a decorrere da novembre 2023) che è stata attualmente espletata. Si sottolinea come limite l'incertezza generata da gare di breve durata, che possono determinare frequenti cambiamenti nelle società che si aggiudicano i servizi e la necessità di «ripartire da zero» con una nuova cooperativa. Inoltre, le stesse cooperative segnalano di preferire affidamenti di maggiore durata per pianificare piani condivisi di formazione e selezione del personale medico delle società appaltatrici, nonché introdurre codici etici. Nelle ultime versioni del capitolato sono stati introdotti limiti stringenti, che tengono in considerazione la qualità dei servizi offerti dalle società aggiudicatrici (ad esempio, impedendo l'inserimento in turno di medici i cui CV non fossero stati preventivamente vagliati dal Direttore di DEA/PS e dal Capo Dipartimento e vietando turni di durata superiore alle 12 ore) e le competenze che devono possedere i medici (richiesta di documentabile esperienza lavorativa, possesso di brevetti di corsi di rianimazione avanzata riconosciuti a livello internazionale in assenza di specializzazione, competenze linguistiche adeguate e certificate). In secondo luogo, a livello organizzativo, è stato creato un gruppo tecnico che include tutti i direttori dei PS e il direttore del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, con l'obiettivo di valutare e selezionare in modo integrato le società che presentano domanda. Inoltre, l'azienda ha fornito alcune figure di supporto per verificare il rispetto dei requisiti amministrativi-professionali dei medici (possesso di laurea, abilitazione, iscrizione all'ordine, possesso di brevetti di corsi di rianimazione avanzata). In questo modo, Asl Alessandria è riuscita ad incrementare il livello qualitativo delle prestazioni offerte, evitando allo stesso tempo di trovare in servizio medici privi dei requisiti per poter esercitare.

Le recenti esperienze di esternalizzazione hanno avuto un impatto positivo in termini di miglioramento della qualità, dell'operatività e dell'economicità del servizio. In questa prospettiva, si sono ridotte sia le segnalazioni dei pazienti all'URP sia le criticità segnalate dai medici di medicina generale del territorio nel rapporto con i professionisti del PS. Tutti i soggetti (comprese le istituzioni locali, le associazioni del territorio e le stesse cooperative) riconoscono che oggi l'esternalizzazione rappresenta l'unica soluzione per poter continuare a tenere aperti i PS. Inoltre, non si rilevano particolari criticità nell'integrazione tra medici delle cooperative e personale sanitario aziendale. Questa integrazione è stata favorita attraverso diversi interventi organizzativi: (i) la messa a disposizione di tutte le procedure aziendali sulla intranet, che tutti i medici possono consultare in qualunque momento; (ii) la promozione della cooperazione e della disponibilità dei medici strutturati nella risposta a problemi amministrativi-gestionali rilevati dai medici delle cooperative; (iii) la richiesta

alle società (anche all'interno dei capitolati di gara) di garantire la stabilità del personale attraverso l'assegnazione degli stessi medici all'interno degli stessi presidi per favorire una maggiore fidelizzazione e un migliore integrazione organizzativa; (iv) il coinvolgimento dei medici delle cooperative all'interno del piano di formazione aziendale; (v) collaborazione con le cooperative per isolare i medici che dimostrano interessi meramente remunerativi a discapito della qualità dell'assistenza; (vi) creazione di canali di comunicazione diretta e informale (es: Whatsapp) con i responsabili delle società per gestire in tempo reale eventuali problemi, oltre a riunioni mensili di allineamento.

Come prospettive future sembra necessario intervenire su due livelli. A livello di sistema, è necessario attuare politiche che consentano di equilibrare le dotazioni organiche tra aree centrali e periferiche e di incrementare le percentuali dei medici che accettano borse di studio in PS. A livello organizzativo, serve promuovere la qualità della vita e del lavoro per trattenere medici strutturati attraverso l'offerta di opportunità di formazione e responsabilizzazione, una migliore organizzazione dei turni, l'arricchimento del lavoro degli specializzandi attraverso l'apertura, per esempio, di reparti di terapia semintensiva, che integrano maggiori elementi di complessità terapeutica.

11.5.2 Asl Latina

L'Asl di Latina è una delle dieci aziende sanitarie locali della regione Lazio. Il suo territorio coincide interamente con quello della Provincia di Latina, con i suoi 33 comuni e, al 1° gennaio 2023, 565.999 abitanti¹². La zona marittima è caratterizzata da un ampio afflusso turistico nei mesi estivi, che aumenta notevolmente la popolazione dei comuni interessati. In questo contesto, la Provincia manca di infrastrutture adeguate, la cui carenza Weinhold e Gurtner (2014) identificano come uno dei fattori alla base della carenza di personale: non vi sono autostrade, treni ad alta velocità o aeroporti civili. La provincia è servita solo da treni sulla direttrice Roma-Napoli. Questo sistema rende particolarmente difficoltosi e lunghi gli spostamenti tra Roma o Napoli e i presidi sanitari della Provincia, specialmente quelli del sud.

I presidi ospedalieri pubblici, tutti di pertinenza della Asl di Latina, sono l'Ospedale «Santa Maria Goretti» di Latina, DEA di II livello (524 PL), il «Dono Svizzero» – «Nuovo Ospedale del Golfo» di Formia, DEA di I livello (213 PL) e gli ospedali «Alfredo Fiorini» di Terracina (113 PL) e «San Giovanni di Dio» di Fondi (72 PL)¹³.

¹² ISTAT – Demo (<https://demo.istat.it/?l=it>, visitato il 10 luglio 2023)

¹³ Modifica della determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021, limitatamente all'allegato tecnico, recante «Adozione del Documento Tecnico: Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015» (<https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/SAN-DD-G01328-10-02-2022.pdf>)

Rispetto alle nostre analisi, i PS della Asl sono i due DEA, e i PS di Fondi, Terracina e Aprilia, quest'ultimo localizzato in una struttura privata accreditata. A livello di accessi¹⁴, l'Ospedale «Goretti» di Latina ne contava, nel 2019, 56.328, la «Città di Aprilia» 41.303, il «Fiorini» di Terracina 32.289, il «Dono Svizzero» di Formia 27.779¹⁵, il «San Giovanni di Dio» di Terracina 21.955, l'ICOT 19.183.

Per le discipline oggetto di indagine in questo capitolo, la Provincia conta quattro reparti cardiologici, nei due DEA, a Latina (22 PL, oltre a 8 di UTIC) e a Formia con (14, oltre a 4 di UTIC), e nei due principali presidi privati accreditati, a Latina (9) e ad Aprilia con (1). Per quanto riguarda i reparti ortopedici, essi sono sei e si trovano negli ospedali pubblici di Latina (16), Terracina (17) e Formia (20) e nelle strutture accreditate di Formia (20), Latina (213¹⁶) e Aprilia (20)¹⁷.

La sfida dell'attrattività

L'azienda segnala una sofferenza sul reclutamento di professionisti in diverse specialità, quali ad esempio anestesia, medicina interna, pediatria, cardiologia, radiodiagnostica e chirurgia generale. Il problema è presente in tutta l'azienda, compreso il centro *hub* di Latina, ma nei presidi periferici si amplifica, a causa di fattori socio-culturali, professionali e formativi. Per i professionisti giovani, infatti, l'attrazione di Roma è molto forte, sia da un punto di vista lavorativo che extra lavorativo, e sono pochi quelli che decidono di trasferirsi o di viaggiare quotidianamente da Roma a Fondi o a Terracina, peraltro particolarmente distanti dalla capitale. Per diversi anni la Asl ha attratto professionisti campani, ma con le recenti politiche di reclutamento di Regione Campania questo flusso si è molto ridotto. In azienda è stato fatto ricorso a contratti libero professionali, sia per poter reclutare professionisti giovani che richiedono contratti più flessibili, sia per medici in pensione o specialisti ambulatoriali. Tuttavia, tale elemento non è privo di criticità per le conseguenze di organizzazione del lavoro nei reparti e di motivazione del personale dipendente. Un ulteriore elemento critico è la scarsità di convenzioni attive con l'università, che non consentono di poter contare sul supporto di specializzandi e rendono più difficile il reclutamento dei giovani.

Per alcuni professionisti esistono però anche vantaggi di natura professionale in un centro di minori dimensioni. Un cardiologo che dopo anni di lavoro in

¹⁴ AGENAS (<https://trovastrutture.agenas.it/web/index.php?r=site%2Fload-selezione>). L'azienda ha segnalato che gli accessi siano sostanzialmente inferiori nel 2022 rispetto al 2019, con Latina, ad esempio, che ha circa diecimila accessi in meno.

¹⁵ Quest'ultimo dato è riferito al 2020 e non al 2019.

¹⁶ L'ICOT di Latina è un ospedale monospecialistico ortopedico-traumatologico.

¹⁷ Ministero della Salute, DB Posti Letto (2021) (<https://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglio-Dataset.jsp?menu=dati&idPag=153>)

diverse regioni è rientrato nei luoghi di cui è originario riportava: «mi gratifica il contatto col paziente [e vedere] persone che conosco, cognomi che conosco, un linguaggio che conosco, un dialetto che è mio». Analogamente, tra i punti di forza c'è anche quello di un lavoro più a misura d'uomo e di una maggiore facilità nello stabilire rapporti umani più stretti con i colleghi.

Con riferimento alla cardiologia, mentre presso i presidi di Terracina e Fondi è presente solo attività ambulatoriale, l'esperienza dell'UO Formia rappresenta un caso di studio interessante rispetto agli interventi sulle leve di organizzazione del lavoro e di gestione dei professionisti su cui le aziende possono intervenire. Da alcuni anni nel reparto di Formia è stato attivato un centro di emodinamica che ha raggiunto volumi importanti a livello regionale e in cui lavora una nutrita équipe di professionisti giovani. Ciò è stato possibile da un lato grazie a una progettualità condivisa dal direttore di UO e dall'azienda; dall'altro, da un forte investimento sui percorsi di crescita individuale dei giovani, grazie all'offerta di opportunità di formazione e spazi di autonomia e valorizzazione da parte del direttore di UO.

Ciò è stato comunque possibile garantendo a diversi giovani che lo richiedevano la facoltà di lavorare con contratti libero professionali. E ad ogni modo la maggior parte di loro non ha un progetto di vita a Formia ma viaggia quotidianamente o settimanalmente dalle città di provenienza. Naturalmente è anche percepito dalle città di provenienza il limite dell'assenza nel presidio di altre discipline specialistiche, in primis la cardiocirurgia e le difficoltà di richiedere una consulenza sono rilevanti. Se questo rende i professionisti più autonomi, dall'altro li rende anche necessariamente più «soli», richiedendo loro di assumere un maggiore rischio.

Con riferimento all'ortopedia, l'esperienza del presidio di Terracina ha fatto emergere alcune delle criticità evidenziate anche in altre aziende, in particolare la scarsa disponibilità di sedute operatorie. Se un certo livello di concorrenza tra le discipline per le sale è fisiologico, il problema è quando questa è eccessiva a motivo di una insufficiente disponibilità di spazi, personale di anestesia e infermieristico. La scarsità di sedute disponibili determina l'impossibilità di garantire casistiche adeguate ai professionisti, e rende difficile se non impossibile la pratica dell'attività in elezione. E ciò necessariamente ha ricadute negative sulla capacità di attrarre professionisti giovani interessati a percorsi di sviluppo professionale. Nonostante questi limiti il presidio negli ultimi anni è stato attrattivo per alcuni professionisti provenienti dal settore privato, alla ricerca di un ambiente di lavoro più qualificato.

Le esternalizzazioni nei PS

L'azienda ha riscontrato, negli ultimi tempi, una situazione di estrema criticità in due dei tre PS che non sono sede di DEA, ovvero quelli di Terracina e Fondi, entrambi *spoke* del DEA di I livello di Formia. Uno dei manager intervistati

ha sottolineato che ad agosto 2022 «senza questi gettonisti, noi avremmo dovuto chiudere due PS [...] senza alternative», mentre tutti i quattro PS aziendali sono in difficoltà. La criticità sta nel fatto che nessuna delle strade percorse fino ad ora, a parte *l'outsourcing*, ha dato esiti positivi (avvisi, concorsi, manifestazioni di interesse). Al momento dell'intervista, l'azienda non era riuscita a reclutare neppure un professionista per il PS nei precedenti 12 mesi se non alcuni tramite contratti libero professionali, anche se poi la reale disponibilità di questi professionisti non sempre si realizza. Anche i concorsi sono scarsamente partecipati e spesso sono frequentati da personale già alle dipendenze dell'azienda, sia per la Medicina di Emergenza-Urgenza sia per altre specialità. Dunque tra le leve descritte da Henkens e colleghi (2008) nessuna è risultata capace di rispondere alle esigenze, eccetto il reclutamento da società esterne.

Nei due PS la società che fornisce il servizio copre circa 350 ore di turni (100 per Fondi e 250 per Terracina) mensilmente, che si traducono in circa 12 notti al mese coperte interamente dalla cooperativa. Sono almeno il 16% delle circa 2.160 ore di turni richieste ogni mese nei due presidi. Tuttavia, questo ammontare non basta a sostenere il fabbisogno aziendale e sono state spesso richieste ore aggiuntive, arrivando a circa il 20%. Per il periodo estivo, inoltre, è previsto un ampio afflusso turistico e al tempo stesso «i nostri professionisti devono andare in ferie», come ha commentato la direttrice di PS. L'azienda remunera attualmente il servizio a 100€ orari, e la gara è stata aggiudicata secondo il criterio di qualità-prezzo. La base d'asta è stata comunque più volte rialzata prima di ottenere delle offerte, perché presidi così periferici sono più costosi da raggiungere per i medici. Si è aggiudicata la gara una Società tra Professionisti del centro-nord Italia. Quest'ultima gestisce, al momento, circa 90 appalti per l'esternalizzazione di servizi, di cui 21 sono esclusivamente per PS, su cui turnano circa un migliaio di medici associati, che non devono avere alcuna esclusività con l'impresa. Il responsabile della società ha sottolineato che loro programmano e accompagnano i primi turni di un professionista in un nuovo presidio e hanno sempre a disposizione un numero h24 per le emergenze, anche per supportare clinicamente colleghi in difficoltà.

La scelta di esternalizzare è stata obbligata. Le criticità, agli occhi della direttrice dei due PS, sono sempre esistite, sia per gli scarsi collegamenti della zona sia per le limitazioni alle assunzioni degli anni pre-pandemici, ma sono state aggravate dal mutato contesto nazionale. In aggiunta i medici interni sono rimasti in pochi e l'età media è molto alta, con diversi professionisti prossimi alla pensione o esonerati dai turni notturni. All'interno dei presidi, inoltre, l'azienda ha fatto fatica a reclutare medici dipendenti per sopperire alle carenze.

Come altrove, la scelta di esternalizzare ha anche comportato delle criticità. Innanzitutto, anche le imprese che forniscono il servizio sono in difficoltà ed è spesso l'azienda sanitaria a doversi adattare alle esigenze dei professionisti esterni invece che viceversa, fino a doverli «convincere di persona, su ogni tur-

no». Ad esempio, è stata rilevata la difficoltà di costruire protocolli o percorsi condivisi, dato l'alto ricambio nel personale della società a cui il servizio è esternalizzato.

La direttrice ha rilevato che anche il suo carico di lavoro è notevolmente aumentato: la mole di controlli e incombenze a suo carico, nel certificare il lavoro svolto dalle imprese, è molto alta ed ha richiesto un certo periodo di adattamento. Non ha riscontrato però particolari impatti dal punto di vista dell'operatività e della qualità del servizio. Anzi, ha sottolineato che l'interazione con i professionisti interni è stata positiva: quelli con età media alta hanno accolto positivamente il sostegno nei turni più gravosi, mentre alcuni giovani medici con poca esperienza hanno beneficiato del supporto di colleghi esterni più esperti e comunque preparati.

La prospettiva futura rispetto al tema della carenza di personale nel PS, da parte dell'azienda, è negativa. Oltre alle considerazioni infrastrutturali e sociali (Weinhold e Gurtner, 2014), che sono difficilmente modificabili e che hanno radici ben più profonde dei temi qui trattati, la direttrice del PS ritiene che il problema risieda proprio nella specialità dell'emergenza urgenza. Non si tratta, per lei, soltanto di una questione economica ma che riguarda anche il quadro normativo-politico. Il responsabile dell'impresa ha sottolineato che i problemi hanno radici profonde e che l'aspetto economico è rilevante ma solo per alcuni, anche considerando l'alto carico fiscale sopportato da chi è in libera professione e la riduzione delle tutele a disposizione. C'è chi ambisce a una vita più libera e a un impiego più flessibile e chi vuole ridurre la pressione e lo stress a cui è sottoposto.

11.5.3 Asst Sette Laghi

L'Asst Sette Laghi è una delle aziende sanitarie territoriali della Lombardia, ubicata nel territorio settentrionale della Provincia di Varese. Nel gennaio 1998 è stata costituita l'Azienda Ospedaliera alla quale è stata attribuita tutta l'attività di ricovero e specialistica della parte nord della provincia di Varese. Dal 2016 (L.R. 11 agosto 2015) l'Azienda ospedaliera è stata trasformata in Azienda Socio Sanitaria Territoriale (Asst) dei Sette Laghi. Il suo ambito di operatività si estende a un'area che serve una popolazione di circa 436 mila abitanti. La prossimità territoriale con la Svizzera, a nord, rappresenta un ulteriore elemento di complessità nella gestione aziendale, con riferimento alla relativa facilità di mobilità lavorativa dei professionisti sanitari.

I comuni all'interno della giurisdizione dell'Asst Sette Laghi sono disposti in fasce geografiche differenziate, che comprendono sia zone propriamente montane che densamente urbanizzate. Questa varietà di contesti geografici contribuisce a sfide logistiche e di accesso ai servizi sanitari, specialmente per le persone che risiedono in aree remote. L'Azienda gestisce diverse sedi erogative

ospedaliera, distribuite su tre presidi: presidio di Varese, con gli Ospedali di Circolo e Fondazione Macchi (DEA di II livello, 803 PL), Filippo Del Ponte (dotato di PS pediatrico), e lo stabilimento ospedaliero di Cuasso al Monte, presidio di Tradate, con l'Ospedale Galmarini di Tradate (dotato di PS e PS pediatrico), presidio del Verbano, con gli stabilimenti ospedalieri di Luino, Cittiglio e Angera (tutti dotati di PS). Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, in Asst è presente una rete di presidi erogativi che comprende dieci strutture.

A livello di accessi¹⁸, il DEA di II livello «Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi» ne contava, nel 2019, 46.228, l'Ospedale «Galmarini» di Tradate 34.961, l'Ospedale «Circolo Causa Pia Luini» a Cittiglio 24.828, l'Ospedale «Luini Confalonieri» a Luino 16.624, l'Ospedale «Carlo Ondoli» di Angera 13.548, l'Ospedale «Filippo Del Ponte», che include PS pediatrico e ostetrico-ginecologico, a Varese 8.300¹⁹.

Per le discipline oggetto di indagine in questo capitolo, l'Asst conta tre reparti cardiologici, uno a gestione universitaria (16 PL) e uno a gestione ospedaliera (16 PL) nell'Ospedale di Varese, dove si trova anche l'UTIC (8 PL attivi) e un terzo nell'Ospedale di Tradate (12 PL, di cui 2 di UTIC). Per quanto riguarda i reparti ortopedici, essi sono tre e si trovano negli ospedali di Varese (19), Tradate (20 PL) e Luino (7 PL).

La sfida dell'attrattività

L'azienda segnala una sofferenza sul reclutamento di professionisti in diverse specialità, quali ad esempio dermatologia, igiene, ortopedia, medicina trasfusione, e soprattutto negli ospedali periferici. Per alcune di queste, la presenza di queste specialità di cooperative in servizio presso le sedi dell'azienda genera una forte percezione di iniquità da parte dei professionisti, con impatto su demotivazione e aumento delle dimissioni.

Con riferimento alla cardiologia, il rischio della scarsa attrattività dei presidi periferici è molto sentito, con la conseguenza che coloro che vi lavorano possano essere visti come «professionisti di serie B». D'altro canto, vi è la necessità di trovare soluzioni adeguate al problema, anche al fine di scongiurare l'eventuale affidamento dei reparti a cooperative, come avvenuto in altre aziende della Regione con conseguenze negative in termini di qualità e professionalità del servizio, come giudicato dal direttore della struttura che abbiamo intervistato.

Tuttavia, alcuni fattori di natura non solo professionale, ma anche economica, possono giocare anche a favore del lavoro nei centri periferici. I professionisti che operano presso ospedali periferici hanno segnalato come dedicarsi all'attività ambulatoriale in un ospedale più piccolo sia una buona palestra per

¹⁸ AGENAS (<https://trovastrutture.agenas.it/web/index.php?r=site%2Fload-selezione>)

¹⁹ Il dato è disponibile solo per il 2020.

acquisire competenze su un'ampia casistica di base, a maggior ragione in un contesto che porta necessariamente a essere autonomi e indipendenti fin da subito. Uno di loro ha commentato che ritmi di lavoro meno intensi consentono poi di dedicare più tempo ai pazienti, riuscendo ad approfondire le problematiche sia da un punto di vista clinico che umano. Inoltre, la minore concorrenza garantisce la possibilità di diventare referenti di specialità nel territorio, con evidenti conseguenze in termini di opportunità di libera professione. Infine, svolgere esclusivamente attività ambulatoriale e di conseguenza essere esonerati da turni e reperibilità notturne e nei fine settimana è visto molto positivamente, soprattutto dopo alcuni anni di lavoro.

Ad ogni modo, dal punto di vista della formazione e dell'organizzazione del lavoro professionale, l'azienda sta intervenendo su diverse leve per aumentare l'attrattività delle sedi periferiche. In particolare, la direzione del Dipartimento Cardiovascolare cerca di definire percorsi individuali di sviluppo per ogni professionista neoassunto sulla base degli interessi professionali, compatibilmente con le esigenze organizzative. Ad esempio, prevedendo per i professionisti dei centri periferici la possibilità di lavorare qualche giorno a settimana presso il centro *hub* per favorire l'apprendimento nell'ambito della cardiologia interventistica, o viceversa prevedendo per i professionisti del centro *hub* un giorno di lavoro settimanale presso i centri periferici. Questo è stato possibile da un lato garantendo ritmi di lavoro sostenibili per i professionisti, evitando ad esempio che vengano inseriti nella turnazione in PS. Dall'altro, favorendo la collaborazione tra le diverse UO di cardiologia nell'ambito del Dipartimento Cardiovascolare, che ha facilitato non solo la rotazione dei professionisti ma anche lo sviluppo di reti professionali e personali tra medici dei centri *spoke* e dell'*hub*. Ciò ha aumentato l'integrazione e ha favorito la collaborazione nella gestione dipartimentale dei pazienti. La possibilità di partecipare ad attività scientifica è un ulteriore elemento su cui l'azienda sta lavorando, e che facilita la presenza periodica di professionisti degli *spoke* presso il centro *hub*.

Guardando al futuro, vi sono alcune aree in cui l'azienda vorrebbe investire. Vi è ad esempio l'intenzione di specializzare le strutture della rete su specifiche patologie o target di pazienti, al fine di offrire visibilità ai professionisti e attrarre casistica. Si intende poi sviluppare la telemedicina, per mettere in rete PS e reparti di degenza periferici con il centro *hub* per consentire a un numero maggiore di pazienti di essere seguiti in periferia. Ma anche per consentire ad esempio a un medico reperibile di gestire da remoto le problematiche di minore entità, evitando trasferte in ospedale non necessarie. Inoltre, sarebbe auspicabile favorire l'invio di specializzandi anche ai presidi periferici nell'ambito del percorso di formazione. Da ultimo, una sfida all'orizzonte è quella delle Case della Comunità, considerate spesso un contesto di lavoro poco stimolante dagli specialisti ospedalieri. L'intenzione è quella, anche in questo caso, di favorire la rotazione dei clinici, e di proporre ai responsabili delle scuole di specialità

il coinvolgimento dei medici specializzandi perché parte della loro formazione possa avvenire anche in queste strutture territoriali.

Con riferimento all'ortopedia, si riscontra anche in questo caso un problema di attrattività su alcune sedi periferiche, con il rischio che chi vi lavora sia considerato professionalmente meno valido dai colleghi del centro *hub*. L'attività chirurgica ha maggiori fabbisogni di integrazione: pertanto nei contesti periferici la scarsità di consulenti di altre specialità, o l'assenza di reparti quali la terapia intensiva necessari per gli interventi su pazienti più complessi, rappresentano in azienda un ostacolo allo svolgimento di un'attività ritenuta professionalmente gratificante. E non sempre è facile ottenere una effettiva integrazione tra centro *hub* e presidi *spoke* per il trasferimento dei pazienti e la gestione coordinata del percorso di cura.

Al contempo, anche in questo caso sono stati segnalati dai professionisti intervistati elementi di natura professionale ed economica che rendono interessante il lavoro in contesti periferici. In particolare, la minore concorrenza consente a chi ha voglia di crescere la possibilità di farlo in tempi più rapidi, con conseguenti benefici in termini di visibilità professionale. Ciò comporta la possibilità di acquisire opportunità di libera professione, ma anche il riconoscimento di una notorietà e di uno status nell'ambito del contesto locale, più velocemente rispetto a quanto avviene in una città.

Dal punto di vista delle opportunità di utilizzare leve organizzative e formative, un'esperienza di interesse è quella dei presidi di Angera e Cittiglio, dove è presente una UO unica di ortopedia che ha accorpato le due strutture preesistenti. Inoltre, il direttore della struttura è anche direttore della scuola di specializzazione dell'Università dell'Insubria, e questo ha facilitato la presenza di specializzandi nelle sedi periferiche e il reclutamento di professionisti, ma anche la disponibilità dell'azienda a rendere disponibili sale operatorie, anestesisti e infermieri per l'attività di elezione. Ai giovani viene garantita la possibilità di lavorare fin da subito in sala operatoria, non solo in ambito traumatologico ma anche elettivo, oltre a offrire opportunità di formazione presso altre strutture e di partecipare a convegni.

Le esternalizzazioni nei PS

L'azienda riscontra rilevanti criticità nella gestione del personale medico di quattro PS presso gli ospedali di Tradate, Cittiglio, Luino e Angera, mentre non si rileva la necessità di esternalizzare turni presso i due presidi di Varese (Del Ponte e di Circolo). In particolare, il PS di Tradate, che si caratterizza per un numero superiore di accessi e per la presenza continua di due medici, ha esternalizzato un turno completo (diurno e notturno). Nei restanti PS, dove presta servizio un unico medico di giorno e di notte, a Luino e Angera vengono esternalizzati tutti i turni notturni, mentre a Cittiglio solo i turni notturni del sabato e della domenica. Complessivamente, nei quattro PS le ore di turno af-

fidate a cooperative rappresenta circa il 40% del totale. Presso il PS di Angera, inoltre, la carenza di medici si affianca a criticità relative al personale infermieristico per la presa in carico di cure sub-acute, che viene esternalizzato ad una cooperativa.

Le scelte di esternalizzazione assunte dall'azienda derivano dalla significativa e consolidata carenza negli organici, che vedono in servizio soli quattro medici strutturati a Cittiglio, tre a Tradate, due ad Angera e due a Luino (questi numeri includono i responsabili di PS). Inoltre, la scarsa attrattività del lavoro in PS (e in particolare presso *spoke* con limitate dotazioni tecnologiche e minor disponibilità delle specialità) impedisce di compensare le cessazioni con nuovi ingressi. Persino gli ex responsabili di due dei PS analizzati sono divenuti medici di medicina generale per migliorare le condizioni retributive, ridurre carichi di lavoro e *burnout*.

L'azienda continua a riscontrare criticità anche a fronte della sperimentazione di iniziative per allargare il bacino di reclutamento: la pubblicazione di una manifestazione di interesse aperta sulla intranet aziendale attraverso cui tutti i medici (non solo quelli con specialità affini, come chirurgia e medicina interna) possono iscriversi e dare la propria disponibilità per fare turni remunerati in PS; l'istituzione di un turno aggiuntivo pomeridiano con incentivi economici per prendere in carico i codici bianchi, ridurre il sovraffollamento e i tempi di *on-boarding* dei pazienti; l'apertura di nuovi bandi per assumere, in linea con la nuova normativa, medici con almeno tre anni di esperienza in PS anche senza la specializzazione in medicina di urgenza; l'incremento dell'incentivazione a 100 euro all'ora. Tuttavia, tutte queste azioni non hanno generato un consistente miglioramento nei processi di reclutamento del personale, richiamando la necessità e l'urgenza di esternalizzare turni per consentire la piena operatività dei PS.

Nel corso degli ultimi anni, i turni esternalizzati sono stati affidati attraverso una gara di durata biennale ad una cooperativa con cui non si sono rilevate criticità significative, al netto di casi minori e limitati in termini di ritardi o un approccio non positivo con il personale infermieristico, che in rari casi hanno portato a richieste di sostituzione del personale medico. Nel corso del tempo, si è instaurato un rapporto duraturo e consolidato con molti medici della cooperativa (alcuni dei quali ex dipendenti dell'azienda), che consente di garantire buoni livelli di operatività e qualità del servizio. L'integrazione tra personale esternalizzato e professionisti dell'azienda è stata favorita attraverso diversi interventi organizzativi, tra cui la condivisione di procedure, protocolli e PDTA, la formazione all'ingresso e il tutoraggio dei responsabili di PS, la condivisione delle modifiche organizzative, i contatti quotidiani tra responsabili.

La qualità del servizio viene anche riconosciuta dal territorio e dalle istituzioni locali che comprendono come le esternalizzazioni rappresentino ad oggi l'unica soluzione per mantenere aperti tutti i presidi ospedalieri. In una

prospettiva futura, invece, l'Azienda si augura di poter cogliere le opportunità offerte dalla normativa nazionale e regionale per limitare il ricorso a cooperative esterne. In primo luogo, la possibilità di selezionare non solo i medici specializzati in medicina di urgenza, ma tutti i professionisti che hanno maturato un'esperienza almeno triennale in PS può consentire di ampliare il bacino di reclutamento, offrendo l'opportunità di ri-assumere ex dipendenti (privi di specializzazione ma con maturata esperienza in PS) che hanno scelto di lavorare in cooperative o come MMG. In questa prospettiva, anche l'introduzione di incentivi potrebbe rendere più competitiva e attrattiva una posizione di lavoro in PS. In secondo luogo, una maggiore collaborazione con il territorio potrebbe contribuire alla riduzione nei flussi di ingresso in PS, soprattutto attraverso la presa in carico dei pazienti anziani e cronici.

11.5.4 AULSS Pedemontana

La Aulss 7 Pedemontana è stata costituita nel 2017 dalla fusione tra le Aziende Sanitarie di Bassano del Grappa e Alto Vicentino. Il territorio di riferimento dell'azienda misura 1.483 km² e comprende 55 Comuni per una popolazione complessiva di 365.923 abitanti. Questo territorio occupa l'area nord della provincia di Vicenza, e per una porzione rilevante è di natura montuosa. In particolare, ricomprende l'altopiano di Asiago, che è poco abitato e isolato dal punto di vista viario, ma meta di un importante flusso turistico che arriva a triplicarne gli abitanti nella stagione estiva e invernale.

L'attività ospedaliera è erogata da tre strutture: Ospedale di rete di Bassano del Grappa, DEA di I livello (389 PL), Ospedale di rete Alto Vicentino di Santorso, DEA di I livello (428 PL, ospedale che ha sostituito quelli di Thiene e Schio); Ospedale nodo di rete con specificità montana di Asiago (88 PL). L'azienda, pertanto, si caratterizza per l'assenza di ospedali *hub*. I pazienti che richiedono cure avanzate possono fare riferimento ai centri di Vicenza, *hub* provinciale, o agli ospedali universitari di Padova e Verona. I tre PS sono in capo a tre direttori di struttura complessa. A livello di accessi al PS²⁰, l'Ospedale di Bassano del Grappa ne contava 58.061 nel 2019, l'Ospedale di Santorso 64.795 e quello di Asiago 12.597. Per le discipline oggetto di indagine in questo caso, l'azienda conta due reparti cardiologici, nei due DEA, a Bassano (26 PL, oltre a 10 di UTIC) e a Santorso (22, oltre a 6 di UTIC). I reparti ortopedici invece sono tre negli ospedali di Bassano (40), Santorso (22) e Asiago (10).

La sfida dell'attrattività

L'azienda riscontra criticità nel reclutamento di professionisti, soprattutto in discipline quali la psichiatria o l'anestesia, che accomunano tutti i presidi

²⁰ AGENAS (<https://trovastrutture.agenas.it/web/index.php?r=site%2Fload-selezione>)

dell'azienda. Anche in questo caso, la direzione aziendale riscontra la rilevanza di fattori professionali e di organizzazione del lavoro. In particolare, una preferenza dei giovani medici per livelli di *work-life balance* accettabili, soprattutto tra le giovani professioniste di genere femminile, oggi preponderanti. Diversi professionisti per questo motivo scelgono di lavorare nel settore privato, ma spesso a scapito delle opportunità di sviluppo e casistica. Mentre tra coloro che decidono di lavorare nel SSN, a giudizio della direzione, molti tendono a preferire i poli universitari di Padova e Verona e centri *hub* come Treviso o Vicenza a motivo della casistica più complessa, e questo nonostante gli investimenti tecnologici e strutturali sostenuti dall'azienda negli ultimi anni. I concorsi sono gestiti centralmente da Azienda Zero; i professionisti hanno facoltà di scegliere la destinazione e questo spinge il giovane medico a fare domanda preferenzialmente per le aziende di maggiori dimensioni e dotate di ospedali *hub*, a discapito della scelta di aziende più piccole o periferiche.

Per ovviare a queste criticità, la direzione aziendale negli ultimi anni è intervenuta sulle leve di natura professionale e formativa. In primis, ha cercato di reclutare direttori di struttura «che fanno attrazione, che fanno scuola, che hanno una progettualità», ma anche capaci di creare un clima di lavoro positivo nelle equipe, di formare e di garantire autonomia, elementi rilevanti a fronte delle crescenti aspettative dei giovani professionisti. Sono stati poi definiti poli di specializzazione dei singoli presidi, soprattutto in quelle discipline in cui vi è una unica unità operativa su più presidi, come ad esempio l'urologia, la chirurgia vascolare e la nefrologia. Inoltre, è stata avviata una più stretta collaborazione con le Università di Verona e Padova, e per facilitare la presenza a rotazione degli specializzandi in uno dei presidi è stata attivata una foresteria che ospita i professionisti in formazione.

Con riferimento all'ortopedia, interessante è l'esperienza dell'ospedale Santorso, che negli ultimi anni ha saputo attrarre numerosi professionisti. Il direttore di struttura ha concordato con ogni chirurgo un piano di sviluppo individuale che prevedesse ampie opportunità di pratica operatoria traumatologica, e la possibilità di effettuare interventi di elezione su patologie di interesse, o di andare a formarsi fuori azienda ove necessario. Inoltre, sono stati coinvolti chirurghi esperti da altre aziende della Regione per venire a operare su casistiche complesse e così formare professionisti più giovani del team. Da un punto di vista della gestione degli *asset* produttivi, è stata importante la collaborazione tra direzione aziendale e UO, per l'allineamento delle strategie aziendali con le istanze professionali, garantendo adeguati spazi di sala operatoria e disponibilità di personale.

Nella stessa direzione si è sviluppata l'esperienza nel campo della cardiologia a Santorso. A fronte di un potere negoziale particolarmente forte dei giovani professionisti derivante dall'eccesso di domanda rispetto all'offerta disponibile, la leva di attrazione principale è stata quella professionale e di formazione.

Secondo quanto riportato dal direttore di struttura «l'unico motivo per cui un ragazzo si fa 200 km per andare a lavorare è se vi trova un progetto di crescita professionale valido»: analogamente all'esperienza nell'ambito dell'ortopedia, anche qui l'opportunità di intraprendere un percorso di sviluppo professionale stimolante è emersa come la carta vincente del centro periferico. Di particolare rilievo, in questo senso, assume il ruolo del responsabile, sia in termini di *mentorship* che di *leadership* dai tratti trasformativi: «il centro *hub* è una palestra più grande, dove si hanno certamente più macchinari: è tuttavia essenziale capire se c'è anche un *personal trainer*».

Negli ultimi anni, la capacità di condividere progetti di sviluppo professionali personalizzati (anche nella pratica, vale a dire in rapporto diretto con il tutor) ha determinato un significativo aumento dell'organico in servizio senza concorsi attivi, che sta avendo effetti a cascata in termini di migliore reputazione, anche nei confronti di professionisti esperti. Oltre alla leva dello sviluppo professionale individuale, legata in parte anche al riconoscimento e alla visibilità dei professionisti presenti nella struttura («...c'è la possibilità di imparare i trucchi del mestiere in un rapporto *uno a uno* con il cardiologo esperto») e che risulta chiaramente più interessante per i giovani professionisti, ulteriori leve sono state messe in campo per motivare professionalmente gli specialisti di maggiore esperienza. Su metodiche particolarmente complesse, ad esempio, sono state attivate iniziative di chiamata di *proctor* il cui onere economico ricade sul fornitore del materiale. Se da un lato è infatti rilevante sviluppare capacità attrattiva nei confronti dei giovani professionisti, non è da trascurare la capacità di tenere motivato il personale con maggiore anzianità di servizio. Un tema critico nel contesto dell'attrattività delle strutture periferiche è infatti gestire efficacemente il potenziale *gap* tra ciò che attrae i giovani, spinti dalle sfide professionali, e la capacità di preservare la motivazione dei professionisti esperti, il cui capitale di esperienza e la riconoscibilità sul territorio rappresenta un asset irrinunciabile per le aziende.

Le esternalizzazioni nei PS

Nel PS di Bassano non vi sono particolari criticità e i turni sono coperti *in toto* da personale dipendente, con i codici bianchi che sono gestiti da personale non specialista o da specializzandi. Sono invece presenti turni esternalizzati nei PS di Santorso e di Asiago, che rispettivamente hanno soltanto 8 e 2 medici strutturati, ben al di sotto delle necessità di personale.

Per quanto riguarda Asiago, la copertura dei turni degli ambulatori dei codici gialli e rossi, nonché dei letti di OBI, è demandata a personale interno o a personale libero professionista, costituito da ex dipendenti, sia pensionati che non, e da dipendenti dell'azienda in altri PS. L'altro ambulatorio, dedicato ai codici minori, e l'emergenza territoriale sono coperti per tutto l'anno e per tutti i turni da medici di cooperativa, che ammontano quindi al 50% dei turni. Per

Santorso, invece, la cooperativa garantisce un medico sempre in turno per tutto l'anno, per le emergenze territoriali, mentre i codici minori sono coperti con turni aggiuntivi remunerati per medici dipendenti, a 100€ orari, o con personale non specialista o specializzandi. Per quanto riguarda i turni esternalizzati, in accordo tra società ed azienda, «indirizziamo i medici più inesperti ai codici minori, gli altri a quelli critici e al 118». Si tratta dunque di scelte che privilegiano, per gli incarichi più complessi, personale latamente interno, dipendente o meno, mentre sono lasciati ai medici esterni i casi di emergenza territoriale o meno complessi.

Nel PS di Santorso nell'ultimo decennio il numero di medici strutturati si è più che dimezzato. Se si considera poi che i bandi di concorso hanno visto una partecipazione molto ridotta e non in grado di rispondere ai fabbisogni, la situazione ha reso imprescindibile il ricorso a personale esterno. Dunque tra le leve descritte da Henkens e colleghi (2008), l'azienda ha nei fatti intrapreso diverse azioni: ha sia lavorato per incrementare l'offerta di lavoro dei professionisti già alle dipendenze dell'azienda, si è rivolta a gruppi di lavoratori nuovi, seppur si tratti di pensionati ed ex dipendenti, che hanno lasciato l'azienda di recente, ed ha, ovviamente, esternalizzato parte dei turni. Non ha invece intrapreso azioni significative per quanto riguarda l'adozione di nuove tecnologie o modelli produttivi che modificassero sostanzialmente l'operatività dei propri PS. Si tratta certamente di «un circolo vizioso» che favorisce i liberi professionisti e penalizza i dipendenti, potendo i primi avere un buon introito a fronte di una maggiore libertà per le proprie esigenze. Chi lascia, inoltre, non teme di rimanere disoccupato e, per di più, viene messo dall'azienda in congedo, potendo poi richiedere all'azienda la reintegrazione in servizio entro cinque anni, secondo quanto previsto, almeno in passato, dal CCNL Sanità.

Dal punto di vista economico, il DS ha sottolineato che l'esternalizzazione a cooperative non è particolarmente più dispendiosa rispetto al pagamento dei turni aggiuntivi al personale dipendente, se questi ammontano, come oggi accade in Veneto e in diverse altre regioni, a 100 euro orari lordi. Questi ultimi incentivi hanno dunque reso meno conveniente, dal punto di vista economico, abbandonare il lavoro dipendente per la libera professione o il lavoro in cooperativa.

La principale criticità nel ricorso a personale di cooperativa è stata una sensibile carenza formativa e l'ampio ricambio nella copertura dei turni. Quest'ultimo è critico perché non si conosce il personale interno, specialmente infermieristico, la logistica dei materiali e neppure le procedure aziendali. Insomma, «il rischio clinico è alto» secondo la direttrice del PS di Asiago. L'azienda ha richiesto dunque, dopo le prime esperienze, una selezione di professionisti che potessero ruotare permanentemente nei turni affidati a personale esterno nel presidio in modo da poter garantire una formazione sufficiente per gestire le emergenze. Non tutti sono titolari della specializzazione in medicina di emer-

genza – urgenza, ma tramite la cooperativa sono formati per gestire le urgenze. È proprio quest'ultima a curare non solo gli aspetti formativi, persino sotto forma di tirocini, ma anche ogni aspetto documentale, sia di natura fiscale (come la fatturazione) che di altra natura (come scrittura del curriculum vitae o assicurazione) e persino il recupero crediti per medici che hanno lavorato per cooperative o società che poi non hanno corrisposto i pagamenti pattuiti. Anche la presenza continuativa di personale strutturato (o libero professionista) è garanzia di supporto continuo.

L'azienda sta provando a integrare i tre PS e creare le condizioni per non avere più bisogno delle cooperative. Il direttore del PS di Bassano del Grappa ha sottolineato che si sta lavorando su «competenze, percorsi, protocolli, osservazione breve semi intensiva» per cercare di costruire «medici specialisti in medicina di emergenza e urgenza» a tutto tondo più che «medici che stanno in PS». Il programma di interventi ha incluso un rapporto più stretto con l'Università di Padova, da cui ora provengono gli specializzandi, incentivando la permanenza degli strutturati più esperti facendoli divenire formatori dei giovani, supportandoli con turnistiche adeguate, che permettessero anche alcuni turni libero professionali remunerati, attribuendo i codici minori a professionisti non specializzati o specializzandi, sempre con il supporto di personale strutturato.

La direttrice del PS ha anche sottolineato la necessità di divieti per evitare che chi lascia il lavoro dipendente rientri poi in azienda con contratti libero professionali, nonché maggiori incentivi economici e percorsi di carriera chiari e rapidi per attrarre e trattenere professionisti.

11.6 Discussione

Nel capitolo sono state analizzate quattro aziende sanitarie locali a vocazione territoriale che includono presidi collocati in zone periferiche di quattro Regioni italiane, tre del nord e una del centro, con l'obiettivo di cogliere quali fossero, nella percezione di chi vi opera, le criticità connesse con l'attuale carenza di personale medico e le azioni intraprese per cercare di aumentare l'attrattività aziendale, oltre che la capacità di trattenere i professionisti già in forze. Il tema è stato affrontato con riferimento alle discipline dell'ortopedia e della cardiologia e con un approfondimento specifico sulle dinamiche relative ai PS.

Le principali evidenze emerse mostrano la difficoltà delle aziende oggetto di studio a essere attrattive, in particolare in alcune delle loro sedi periferiche, oltre che per alcune condizioni logistiche e infrastrutturali anche per le condizioni di sviluppo professionale attese. L'interesse dei professionisti, specie dei più giovani, è infatti quello di poter operare in centri dove sia possibile fare esperienza di situazioni diverse e complesse dal punto di vista clinico e che richiedano e permettano di sviluppare alti gradi di specializzazione.

A questo riguardo, le aziende hanno operato sia per aumentare la propria attrattività che per ottimizzare la distribuzione del personale tra i diversi presidi di erogazione dei servizi.

Utilizzando le sei categorie di Weinhold e Gurtner (2014) gli aspetti su cui le aziende analizzate si sono maggiormente concentrate per aumentare il proprio livello di attrattività, tra quelli che afferiscono al proprio ambito di azione, sembrano essere le condizioni professionali e quelle formative.

In primo luogo, per migliorare la percezione delle condizioni professionali attese, sono state sperimentate collaborazioni con centri extra-aziendali di maggiori dimensioni o di alta specializzazione per lo scambio di professionisti, sia per consentire agli interni di confrontarsi con una casistica più ampia, sia per attrarre casistica e sviluppare competenze attraverso la presenza in azienda di professionisti di particolare reputazione. Queste soluzioni, impiegate per esempio nella chirurgia dell'Ospedale Santorso nell'Aulss Pedemontana come nell'ortopedia dell'Ospedale di Casale Monferrato nell'Asl di Alessandria, prevedono la presenza di specialisti esterni con l'obiettivo di formare i colleghi interni più giovani aumentando la numerosità della casistica in ragione del riconoscimento professionale che portano con sé. Meno frequente, ma comunque presente, è la possibilità per i medici più giovani di passare interi periodi in centri specialistici per formarsi: questa alternativa è tuttavia meno impiegata a causa della carenza di personale che le aziende devono affrontare.

Anche i rapporti con le Scuole di Specializzazione e con le Università sono citati come network preziosi per consentire al personale lo sviluppo delle competenze professionali attraverso, per esempio, attività di ricerca. Per inciso, queste relazioni sono indicate anche come leve per potenziare il reclutamento dei giovani.

Rispetto al tema del miglioramento della distribuzione del personale tra le diverse sedi di erogazione dei servizi, sono state sperimentate – per esempio nell'Asl di Alessandria e nell'Asst Sette Laghi – soluzioni per offrire prospettive differenti ai professionisti (sullo stile delle equipe itineranti) nella rotazione tra le diverse sedi di erogazione delle prestazioni, con differenti forme di specializzazione. Fattore abilitante per questa strategia sembra essere stato l'utilizzo della leva organizzativa attraverso la revisione dei modelli di servizio che hanno visto anche l'accorpamento di UO diverse sotto un'unica direzione in modo da facilitare l'individuazione di coerenze tra lo sviluppo professionale dei singoli professionisti e tra gli sviluppi personali dei professionisti e le esigenze di copertura dei fabbisogni assistenziali.

Nelle esperienze studiate, emerge inoltre il tentativo di trovare spazio per la creazione di vere e proprie nicchie di eccellenza da usare come richiamo dei professionisti anche attraverso l'ammodernamento delle tecnologie disponibili (Asl di Latina e Asl di Alessandria).

In alcuni casi è stata segnalata anche l'intenzione di sfruttare maggiormente

le potenzialità della telemedicina per ampliare la casistica e il raggio d'azione dei professionisti, oltre che per coprire le aree più periferiche anche da remoto, migliorando le condizioni di lavoro dei medici, meno dipendenti dagli spostamenti fisici per visite, consulti e refertazioni, laddove possibile e opportuno dal punto di vista clinico.

Infine, da alcune realtà analizzate, come l'Asst Sette Laghi, arriva la suggestione di arricchire sempre più la formazione degli specializzandi, anche con l'esperienza nelle strutture territoriali come le Case della Comunità. Si tratta di una soluzione pensata per sviluppare competenze sull'intera filiera dei servizi, oltre che per orientare le prospettive individuali di crescita, tenendo conto dei fabbisogni delle popolazioni assistite che, sempre più, mostrano bisogni cronici e sociosanitari.

Oltre a cercare di contenere le criticità, dall'analisi emerge come le aziende cerchino anche di far leva sui propri tratti distintivi: l'esperienza dei professionisti intervistati mostra come le sedi periferiche possano essere luoghi in cui avere buone possibilità di sviluppo professionale avendo bassa pressione competitiva tra colleghi e opportunità di personalizzazione dei percorsi di crescita. Un'attenzione particolare delle aziende (Aulss Pedemontana *in primis*) è stata, in questo senso, posta nella selezione e nella formazione dei responsabili delle UO, individuati essi stessi come fattori di attrattività e di *retention* per l'azienda, se in grado di creare condizioni di lavoro coerenti con le aspettative di crescita dei diversi professionisti. Ricordiamo, infatti, che le condizioni e il clima di lavoro sono tra le principali cause di dimissioni in ambito sanitario, anche per le opportunità alternative che il mercato del lavoro offre.

Le aziende analizzate evidenziano anche come siano in grado, proprio per la condizione di *spoke* di molti dei loro presidi e per la loro vocazione territoriale, di proporre condizioni di lavoro che possono consentire un miglior bilanciamento tra vita privata e professionale, aspetto al quale sembrano particolarmente sensibili soprattutto i professionisti più giovani. La leva economica, infine, è stata citata come fattore di criticità rispetto alla rigidità dei sistemi retributivi aziendali. Tuttavia, è stata evidenziata come possibile strumento di attrattività soprattutto con riferimento alla possibilità di esercitare la libera professione, sia all'interno che all'esterno dell'azienda, in combinazione con l'opportunità – nei centri periferici anche più che in quelli di maggiori dimensioni – di costruirsi una buona visibilità professionale.

Le leve di gestione del personale (Wilson *et al.*, 2009) che sembrano essere state maggiormente utilizzate, dalle aziende analizzate, per migliorare la distribuzione del personale medico tra le diverse sedi di erogazione dei servizi sembrano essere, in ordine di intensità: il supporto nel creare opportunità professionali, la formazione per stimolare l'interesse per la medicina di comunità e la selezione (non in ingresso ma per l'assegnazione di incarichi di responsabilità organizzativa) per inserire i profili più adeguati all'ambito di riferimento.

Poco o per nulla utilizzate sembrano essere la leva degli incentivi economici e quella coercitiva (entrambe di limitatissimo impiego nei contesti analizzati).

Le sfide dell'attrattività e della *retention* si mostrano particolarmente critiche nella gestione dei PS, a causa delle tensioni nel mercato del lavoro (Henkens *et al.*, 2008).

Il primo problema in questo ambito è la carenza dei professionisti dell'emergenza urgenza, figure su cui si regge l'organizzazione del servizio. Tale carenza ha reso le condizioni di lavoro particolarmente critiche, generando frequenti fenomeni di abbandono tra i dipendenti. La situazione non sembra, peraltro, destinata a migliorare nel breve periodo data l'età media dei professionisti attualmente in forze, l'andamento dei recenti concorsi (spesso andati deserti) e lo scarso richiamo della specialità tra i giovani medici.

Un iniziale tentativo di risposta a questa situazione da parte delle aziende analizzate è stata la richiesta di disponibilità del personale interno delle altre discipline a sostenere i PS con turni aggiuntivi. A fronte della limitata risposta, dovuta anche alle generali carenze del personale illustrate precedentemente, tutte le aziende analizzate si sono trovate nella situazione di dover ricorrere all'esternalizzazione parziale del servizio. In questo modo le aziende hanno avuto tra i medici con contratti libero professionali ex dipendenti della sanità pubblica ora attivi con altre forme e condizioni di lavoro (ad esempio, una maggiore possibilità di scegliere quanti e quali turni coprire oltre a un diverso trattamento economico).

Con riferimento ai casi analizzati, le esternalizzazioni hanno riguardato dal 15/20% dei turni nei PS di Terracina e Fondi (Asl di Latina) al 60/70% di Novi Ligure e Casale Monferrato (Asl di Alessandria).

L'esternalizzazione dei turni in PS è avvenuta, in alcuni casi, a favore di cooperative, in altri, di società, alcune molto legate ai relativi territori altre più estese a livello nazionale. In tre casi su quattro l'esternalizzazione ha riguardato un blocco distinto (o per timing o per luogo organizzativo, ad esempio: tutte le notti, tutti i turni dei codici verdi, ecc.) in modo da ridurre il carico gestionale e i costi di coordinamento tra personale interno ed esterno.

Nella percezione degli intervistati la qualità del servizio, dopo un primo periodo di maggiore variabilità, sembra essere sentita come simile sia dai pazienti che dai professionisti. Viene segnalata qualche criticità per la disparità nelle condizioni remunerative e di lavoro tra personale interno ed esterno ma, allo stesso tempo, da parte degli strutturati emerge sollievo per il supporto ricevuto nella copertura dei turni, oltre al riconoscimento dell'esternalizzazione come unica via per tenere aperti PS altrimenti a rischio chiusura.

Tra gli elementi segnalati come più critici, emerge un più elevato carico organizzativo e burocratico in capo alle Direzioni dei PS e alle Direzioni Amministrative delle aziende. Per queste ultime, in particolare, l'impegno prevalente consiste nelle procedure di gara che richiedono tempistiche ampie se sopra

soglia comunitaria e frequenti rinnovi se sotto soglia. In almeno due dei casi analizzati sono state sperimentate gare brevi per affinare i contenuti e le condizioni per la costruzione di gare di più lunga durata che garantiscono maggiore continuità con vantaggio reciproco per entrambi i contraenti. La durata e le caratteristiche delle gare sono segnalate, infatti, come elementi di criticità anche da parte dalle cooperative e dalle società a cui sono esternalizzati i turni.

Dall'analisi emerge, inoltre, come le aziende stiano cercando di sperimentare soluzioni gestionali diverse per affrontare e, possibilmente, contenere il fenomeno. In particolare, con l'obiettivo di ridurre la dipendenza dal personale esterno, sono stati siglati accordi con alcune Università per facilitare il reclutamento, oltre a sfruttare gli spazi aperti da alcuni recenti provvedimenti normativi che consentono l'impiego di professionisti che non hanno ancora concluso il percorso di specializzazione, l'aumento del gettone per i turni aggiuntivi anche di medici di altri reparti, l'ampliamento del ricorso alla libera professione e la mobilità interna anche incentivata economicamente.

In una prospettiva di lungo periodo le aziende analizzate hanno avviato riflessioni per ripensare il servizio e ridurre il carico di lavoro e il fabbisogno di personale in PS. L'ipotesi è quella di un potenziamento dei servizi territoriali – Case della Comunità soprattutto – per filtrare meglio gli accessi, oltre ad un potenziamento dei servizi sociosanitari per evitare ricoveri ospedalieri impropri e impropri accessi in PS.

Sul piano amministrativo, invece, sono state identificate alcune procedure per ridurre il carico organizzativo della gestione esternalizzata dei turni (per esempio, con un supporto dedicato per verificare i requisiti professionali dei medici esterni).

Infine, dal momento che per le Direzioni dei PS la sfida principale riguarda il coordinamento del personale impiegato con regimi differenti, tra le soluzioni adottate per favorire l'integrazione tra personale interno ed esterno si segnala la richiesta da parte delle aziende agli enti terzi di un basso turnover tra i professionisti che coprono i turni in PS. Inoltre, sono state organizzate sessioni di formazione congiunta tra interni ed esterni per condividere prassi e procedure aziendali. Infine, per ridurre i costi di coordinamento, sono stati attivati canali di comunicazione informali, continui e immediati tra i responsabili delle unità operative e quelli delle cooperative.

Dall'analisi sono emerse alcune criticità, evidenziate anche dai gestori esterni, con particolare riferimento alle tensioni sul mercato del lavoro a cui si cerca di rispondere offrendo, oltre alla remunerazione, anche flessibilità nelle condizioni di lavoro, oltre alla formazione dedicata.

Rifacendosi al modello interpretativo di Henkens e colleghi (2008), è dunque possibile evidenziare come le aziende analizzate abbiano seguito prevalentemente due delle quattro strategie identificate per far fronte alle specifiche tensioni di mercato del lavoro dei PS: l'incremento dell'offerta di lavoro dei

professionisti già presenti e l'esternalizzazione di parte del servizio. In particolare, molta dell'attenzione è rivolta a come gestire l'esternalizzazione nel tentativo di contenerne gli elementi di criticità. I risultati sembrano essere meno critici di quanto percepito dall'opinione pubblica, a fronte però di uno sforzo organizzativo ed economico importante. Meno praticate sono state le opzioni legate all'impiego di nuovi gruppi di lavoratori (prassi più diffusa per altre figure professionali sanitarie, il cui reclutamento all'estero per esempio è più frequente) e gli aggiustamenti alla funzione di produzione (con interventi legati allo *skill mix change*).

Sullo sfondo delle riflessioni condivise con le aziende rimane il tema della revisione della rete di emergenza urgenza, per il quale si rimanda alla lettura anche del Capitolo 9 sui modelli dei PS.

11.7 Conclusioni

La concreta esperienza di aziende sanitarie pubbliche alle prese con un mercato del lavoro professionale particolarmente teso suggerisce l'idea che sia in atto un cambiamento strutturale nel ruolo che i temi legati alla gestione del personale hanno, e dovrebbero avere, nel funzionamento delle aziende. In termini meramente evocativi il cambiamento in questione potrebbe essere rappresentato come il passaggio della gestione delle risorse umane, con tutti i suoi meccanismi, da variabile dipendente a variabile indipendente.

La locuzione variabile dipendente rimanda a una condizione o concezione nella quale le scelte e gli strumenti normalmente collocati nell'area della direzione del personale sono solo chiamati a dare attuazione, e spesso in termini esclusivamente amministrativi, a scelte guidate da altre variabili. Elementi chiave per la gestione del personale quali i servizi offerti, la loro localizzazione, la tipologia di professionisti impiegati, sono definiti a priori, in relazione a bisogni e domande della popolazione, scelte programmatiche nazionali o regionali, indicazioni autonome rispetto alle priorità aziendali. All'insieme di compiti e meccanismi che afferiscono all'area della gestione delle risorse umane viene sostanzialmente affidata, come unica o prevalente responsabilità, quella di assicurare le eventuali procedure di reclutamento.

In un contesto di lungo periodo segnato dalla crisi del professionalismo classico e dalle sue conseguenze nel funzionamento delle aziende, le carenze di specialisti medici e di risorse infermieristiche hanno definitivamente reso evidente come politiche e strumenti di gestione delle persone devono cambiare ruolo. Da una parte, i loro livelli di efficacia, i risultati che sono stati in grado di ottenere, rilevano nel definire le opzioni effettivamente disponibili per scelte fondamentali dell'azienda, dall'altra, l'idea che i servizi sono anche e soprattutto quantità e qualità dei professionisti impegnati rendono la prospettiva del

personale una variabile strategica che deve concorrere nel determinare priorità e scelte. Se l'attrattività, a titolo di esempio, è fondamentale per riuscire ad avere i professionisti necessari, il grado di attrattività è un vincolo ineludibile nel breve periodo, mentre nel lungo diventa un elemento strategico in grado di condizionare tutti i possibili sentieri di sviluppo. La scelta di esternalizzare una funzione, con tutte le sue implicazioni a partire da tema della qualità clinica e dei meccanismi che la sorreggono, anche se generata da una emergenza, non può essere ridotta alla sola dimensione emergenziale.

In sintesi, variabile indipendente significa che le capacità di gestione del personale fanno parte a pieno titolo della gestione strategica dell'azienda e come tali, da una parte, devono essere coltivate e, dall'altra, devono riuscire a concretizzarsi in strumenti e meccanismi adeguati. In questa prospettiva di «strategizzazione» della gestione delle risorse umane nel contesto delle aziende sanitarie pubbliche si pongono almeno tre questioni di particolare criticità: i contenuti rispetto alle politiche e gli strumenti, l'inserimento della «dimensione personale» nei processi decisionali e, infine, la strutturazione organizzativa della funzione.

Sul piano dei contenuti, il superamento della visione amministrativa richiede una disponibilità di concettualizzazioni ed evidenze alle quali attingere, disponibilità che non sempre sembra essere in quantità e qualità soddisfacente. La definizione e messa in atto di politiche e strumenti nella gestione del personale non possono, infatti, essere basati su impressioni estemporanee, e se il «buonsenso» e l'esperienza personale rimangono punti di riferimento irrinunciabili, da soli non sono più sufficienti rispetto alla complessità dei problemi e alle conseguenze che derivano dalle scelte. Guardando a concettualizzazioni ed evidenze, le esperienze concretamente utilizzabili sono limitate, mentre sul piano della letteratura manageriale i pur consolidati contenuti sul tema, fanno troppo spesso riferimento a sistemi e contesti culturali diversi dai nostri quando nel campo delle risorse umane in aziende sanitarie pubbliche le differenze istituzionali e culturali sono il più delle volte decisive. Il necessario cambiamento non può perciò contare su adeguate basi concettuali e solidi riferimenti operativi. Alle fisiologiche difficoltà di una trasformazione complessa si agguincerà quindi la necessità di costruire e consolidare in itinere le conoscenze, i modelli e gli strumenti necessari. In questo senso la sperimentazione di comunità di pratica, un esercizio del management da parte dei soggetti coinvolti particolarmente riflessivo e studiosi orientati a sviluppare conoscenze di elevato valore pragmatico sono tutti fattori che potrebbero fare la differenza.

I processi decisionali di valenza strategica sia a livello di sistema sia a livello aziendale hanno finora raramente incorporato la prospettiva delle risorse umane. A livello di sistema due esempi macroscopici sono, da una parte, gli standard previsti dal PNRR chiaramente irrealistici rispetto al numero di infermieri che potranno essere effettivamente disponibili e, dall'altra, l'abnorme numero (cosiddetto programmato) di ingressi a corso di laurea a Medicina sen-

za alcuna riflessione su quale modello di assistenza possa essere in grado di assorbire un tale numero di professionisti in formazione. A livello aziendale il contributo al rapporto dello scorso anno (Del Vecchio *et al.*, 2022) segnalava la difficoltà di produrre decisioni aziendali sul terreno dei servizi e dell'organizzazione del lavoro coerenti con le prevalenti, e strutturali, condizioni sul mercato del lavoro professionale. Molti fattori concorrono a determinare tale situazione, ma due di essi appaiono di particolare criticità. Il primo è la ben conosciuta tendenza del mondo pubblico a concentrarsi sulle decisioni in sé (la delibera, il provvedimento normativo) piuttosto che sul processo e, soprattutto, i suoi effetti. Una focalizzazione sugli effetti reali, e non sul consenso o la «*compliance* normativa», renderebbe evidente la necessità di considerare la dimensione del personale come elemento fondamentale che dovrebbe permeare l'intero processo decisionale. Il secondo rimanda al tema dei contenuti, precedentemente menzionato, e a quello della strutturazione della funzione, di seguito affrontato. In assenza di contenuti solidi e di attori organizzativi legittimati a porre problemi e offrire soluzioni, i temi delle risorse umane difficilmente potranno trovare spazio nei processi decisionali, strategici o operativi che siano. Anche in questo caso non è semplice indicare interventi risolutivi, si tratta di stimolare una evoluzione complessiva che non può che partire da una presa di coscienza dell'esistenza del problema e da una sufficiente condivisione nel sistema e tra gli attori di ciò che lo determina.

Da ultimo, ed è probabilmente il punto da cui partire per innescare il cambiamento, vi è la questione della strutturazione. Lasciando qui da parte il tema della strutturazione a livello di sistema, ovvero di come l'assetto istituzionale ripartisca le responsabilità tra ministeri, agenzie, regioni, enti intermedi, senza riuscire a produrre una sintesi efficace, è opportuno porre l'attenzione sulle aziende. A questo livello le unità specializzate che dovrebbero occuparsi di personale sono quasi esclusivamente impegnate sul versante amministrativo. Le uniche tracce di politiche e strumenti di gestione delle risorse umane possono, invece, essere ritrovate nelle direzioni dei «silos professionali». Come già sottolineato, in aziende di tali dimensioni e complessità la gestione del personale ha bisogno di competenze specializzate e di prospettive unitarie a livello aziendale. Stante l'attuale grado di maturazione della funzione nel contesto sanitario pubblico, si tratta di condizioni difficilmente compatibili con scelte di decentramento e allocazione di responsabilità lungo le linee, soprattutto se di natura professionale. La costruzione di una «funzione forte» del personale in grado anche di imporre temi in agenda e di partecipare alla costruzione e realizzazione delle strategie è un esercizio complicato che dal punto di vista delle singole aziende passa attraverso la realizzazione di due non semplici condizioni. La prima è l'identificazione di professionisti in grado di ricoprire un ruolo del tutto nuovo e per il quale l'esperienza in aziende di natura diversa potrebbe non rappresentare una sufficiente garanzia. Anche la possibilità di

attingere agli attuali «capi del personale», salvo le dovute eccezioni, sembrerebbe poco prudente considerato il radicale cambiamento, anche culturale, richiesto rispetto alle funzioni che caratterizzano l'attuale ruolo. Rimane quindi la necessità di costruire una nuova leva di professionisti attraverso un adeguato mix di formazione, *learning by doing* e alimentazione di network professionali. In questa prospettiva il livello regionale e alcune agenzie nazionali potrebbero giocare un ruolo decisivo. La seconda è rappresentata dalla necessità, nella costruzione di una robusta funzione unitaria a livello aziendale, di non perdere quanto finora sviluppato dalle e nelle linee, non solo per evitare inutili guerre di posizione che possono bloccare ogni possibilità di sviluppo, ma anche perché le aziende non possono permettersi il lusso di disperdere il solo, per quanto limitato, patrimonio disponibile di competenze ed esperienze.

La sfida di strategizzare la funzione del personale nel sistema sanitario pubblico e nelle sue aziende richiederà risorse, energie e costanza, ma, purtroppo, le condizioni in cui il sistema si troverà a operare e le probabili crisi che dovrà affrontare si incaricheranno di dimostrare la bontà e ritorni degli investimenti augurabilmente fatti.

11.8 Bibliografia

- AHEAD (2022), «Action for Health and Equity: Addressing medical Deserts», *EU level research brief*.
- Birch, S., Mason, T., Sutton, M., & Whittaker, W. (2013), «Not enough doctors or not enough needs? Refocusing health workforce planning from providers and services to populations and needs», *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(2), pp. 107–113. Disponibile a questo link, <https://doi.org/10.1177/1355819612473592>
- Buykx, P., Humphreys, J., Wakerman, J., Pashen, D. (2010), «Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy», *Austrian Journal of Rural Health*
- Couper, I.D., Hugo, J., Conradie, H. (2007), «Influences on the choice of health professionals to practice in rural areas», *South African Medical Journal*
- Del Vecchio, M., Giacomelli, G., Montanelli, R., Sartirana, M., & Vidè, F. (2022), «Le politiche di skill-mix change per la trasformazione dei servizi», *Rapporto OASI 2022*, Egea.
- Del Vecchio, M., Montanelli, R., Sartirana, M., & Vidè, F. (2021), «Le politiche di reclutamento e gestione del personale assunto durante l'emergenza Covid-19», *Rapporto OASI 2021*, Egea.
- Dussault, G., Franceschini, M. (2006), «Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce», *Human Resources for Health*, 2006: 4(12).

- Grobler, L., Marais, B.J., Mabunda, S. (2015), «Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas», *Cochrane Database of Systematic Reviews*: 6
- Henkens, K., Remery, C., Schippers, J. (2008), «Shortages in an ageing labour market: an analysis of employers' behaviour», *The International Journal of Human Resource Management*, 19:7, pp. 1314-1329, Disponibile a questo link, DOI: 10.1080/09585190802110117
- Masnick, K., & McDonnell, G. (2010), *A model linking clinical workforce skill mix planning to health and health care dynamics*.
- OECD & International Labour Organization. (2022), *Equipping Health Workers with the Right Skills: Skills Anticipation in the Health Workforce*, OECD, Disponibile a questo link, <https://doi.org/10.1787/9b83282e-en>
- Richards, H., Farmer, J., Selvaraj, S. (2005), «Sustaining the rural primary healthcare workforce: survey of healthcare professionals in the Scottish Highlands», *Rural and Remote Health*: 5(365).
- Weinhold, I., Gurtner, S. (2014), «Understanding shortages of sufficient health care in rural areas», *Health Policy*: 118(2), pp. 201-214.
- World Health Organization. (2022), *Health and care workforce in Europe: Time to act*, WHO.
- Wilson N., Couper I., De Vries E., Reid S., Fish T., Marais B. (2009), «A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of health-care professionals to rural and remote areas», *Rural and Remote Health*, 9: 1060, Disponibile a questo link, <https://doi.org/10.22605/RRH1060>.
- World Health Organization (2021), *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote area*.

12 La telemedicina verso il consolidamento: assetti organizzativi formalizzati ed emergenti nel SSN

di Michela Bobini, Paola Roberta Boscolo, Claudio Caccia, Francesco Petracca, Andrea Rotolo¹

12.1 Introduzione

La diffusione dei servizi di telemedicina, ovvero l'insieme delle prestazioni sanitarie in cui l'erogatore e il beneficiario si trovano a distanza (Sood *et al.*, 2007), ha mostrato una notevole accelerazione a livello globale in risposta alla pandemia da Covid-19, anche grazie a una generale deregolamentazione che ha permesso di allentare in nome dello stato di emergenza una serie di vincoli altrimenti stringenti (Shachar *et al.*, 2020). Tutti i sistemi sanitari hanno quindi intrapreso la strada che porta verso un cambiamento irreversibile nell'erogazione dei servizi caratterizzato dalla crescente presenza di componenti virtuali nei percorsi di cura (Mann *et al.*, 2020; Wosik *et al.*, 2020).

Questa stessa crescita nell'utilizzo della telemedicina è stata osservata durante la pandemia anche nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

¹ Il disegno della ricerca, le analisi e la discussione dei risultati sono frutto del lavoro congiunto degli autori. Per quanto riguarda la stesura, il § 12.1 può essere attribuito a Paola R Boscolo, Claudio Caccia e Francesco Petracca; il § 12.2 a Michela Bobini e Francesco Petracca; i §§ 12.3, 12.4.2 e 12.4.6 a Francesco Petracca; il § 12.4.1 ad Andrea Rotolo; il § 12.4.3 a Paola R Boscolo; il § 12.4.4 a Michela Bobini; il § 12.4.5 a Michela Bobini e Paola R Boscolo; il § 12.5 a Paola R Boscolo, Francesco Petracca e Andrea Rotolo. Gli autori ringraziano per la collaborazione offerta e le informazioni fornite nel corso delle interviste in ordine alfabetico: Mattia Altini, Elena Berti, Luca Cisbani (Regione Emilia-Romagna); Cristina Marchesi, Paolo Bronzoni, Marco Foracchia, Enrica Terzi (AUSL Reggio Emilia); Michelangelo Bartolo (Regione Lazio); Giorgio Casati, Fabio Boldrini, Giovanni Capobianco, Marinella Del Giudice (MMG), Teresa Gamucci, Ruggiero Mango, Antonio Salvatore Miglietta, Barbara Porcelli, Giancarlo Tesone, Maria Cristina Zappa (ASL Roma 2); Giovanni Delgrossi (Regione Lombardia); Andrea Devitis (ASST Valtellina); Francesca De Giorgi (Istituto Neurologico Besta); Vania Ferrari (ASST FBF Sacco); Gian Vincenzo Zuccotti (Università degli Studi di Milano); Giovanni Gorgoni (Regione Puglia); Maria Giovanna Cappelli, Cosima Farilla, Salvatore Scorzafave (ASL di Taranto); Roberto Da Dalt (Regione Veneto e ULSS 2 Marca Trevigiana); Marco Gugelmetto (ULSS 2 Marca Trevigiana). Si ringrazia inoltre Francesca Massara per il supporto nell'impostazione e conduzione della ricerca.

Prima del 2020, infatti, le regioni si erano limitate a recepire formalmente le Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina approvate nel 2012 dal Consiglio Superiore di Sanità e pubblicate nel 2014 dal Ministero della Salute, che hanno incarnato il primo tentativo di definire una nomenclatura standardizzata e un quadro normativo comune. A partire da marzo 2020, invece, un numero progressivamente crescente di Servizi Sanitari Regionali (SSR) ha deliberato un proprio sistema di regole, permettendo una prima attivazione dei servizi di telemedicina con il contestuale aggiornamento dei cataloghi regionali delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Gli interventi normativi regionali susseguitisi nel 2020 si sono fisiologicamente focalizzati sull'attivazione delle televisite, gli atti medici in cui il paziente interagisce con il clinico in tempo reale, risultando però frammentati e disallineati su alcune questioni di rilievo quali il sistema di tariffazione e le modalità di compartecipazione. Stante la necessità di fornire indicazioni uniformi relative all'erogazione delle prestazioni a distanza, la Conferenza Stato-Regioni ha pubblicato a dicembre 2020 il documento recante «Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina», che ha aggiornato il sistema di regole di una serie di prestazioni e definito gli standard necessari per renderle fonte di reale innovazione organizzativa nei processi assistenziali.

Nel corso del periodo emergenziale, le aziende del SSN hanno dimostrato forte variabilità nella riorganizzazione dei propri processi di cura integrando componenti di sanità digitale. Un precedente contributo pubblicato nel Rapporto OASI 2021 aveva offerto una prima panoramica di esperienze aziendali evidenziando, salvo rare eccezioni, la prevalenza di iniziative ancora episodiche e l'assenza di un governo unitario riconducibile a una strategia di sistema organica sulla medicina digitale (Bobini *et al.*, 2021).

Negli ultimi due anni il quadro è cambiato sensibilmente. Da un lato, la cessazione dello stato di emergenza ha portato a un'inevitabile ripresa dei flussi di attività, con un ritorno generalizzato all'erogazione di prestazioni specialistiche in presenza e un impatto incerto su quelle in telemedicina. Dall'altro, si è susseguita una serie di provvedimenti che hanno portato alla progressiva evoluzione del quadro normativo, adeguandolo agli interventi previsti nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e in modo specifico nella Componente 1 della Missione 6, volta a rafforzare l'assistenza territoriale del SSN anche tramite il progressivo sviluppo e consolidamento della telemedicina. Al relativo sub-investimento (1.2.3 – «Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici») è stato destinato un miliardo di euro, che con decreto del Ministro della salute del 1° aprile 2022 è stato ripartito analiticamente in due parti: 250 milioni di euro per la messa in funzione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT) e 750 milioni di euro per il finanziamento di progettualità regionali di telemedicina. Il Decreto Ministeriale del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 6 agosto 2021 ha nominato

l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) quale soggetto attuatore di tale sub-investimento e alla stessa AGENAS con L. 25/2022 è stato attribuito il ruolo di Agenzia nazionale per la Sanità Digitale (ASD), evidenziando una chiara evoluzione nella governance di sistema. Per quanto riguarda la PNT, volta a creare un livello fondamentale di interoperabilità che garantisca standard comuni ai servizi sviluppati dalle singole regioni, la concessione AGENAS per la progettazione, realizzazione e gestione della piattaforma è stata aggiudicata a marzo 2023 a Engineering e Al maviva, player riconosciuti in ambito di innovazione digitale. Le due società hanno costituito nel luglio 2023 la società di progetto PNT Italia (costituita per il 60% da Engineering e il 40% da Al maviva) e sono attualmente impegnate nella fase di «start up» che prevede il collaudo e la successiva attivazione della piattaforma entro novembre 2023.

Se è vero che il dibattito sulla telemedicina resta prevalentemente concentrato sulla dimensione tecnologica, con le gare in corso indette dalle regioni capofila Lombardia e Puglia per la selezione rispettivamente delle infrastrutture regionali di telemedicina (IRT) e delle postazioni di lavoro, altrettanto rilevanti sono le questioni associate alla definizione di modelli e interventi organizzativi. Si configura una sfida che coinvolge e interroga trasversalmente tutti i livelli istituzionali: quello nazionale, incaricato di impartire le disposizioni normative e regolamentari sul tema; quello regionale, chiamato a definire il proprio fabbisogno per i servizi di telemedicina, i principi ispiratori del modello organizzativo regionale e le istruzioni operative per gli enti del SSR; quello aziendale, con il compito di erogare concretamente i servizi coniugando le indicazioni strategiche e operative dei livelli sovraordinati con le specificità locali e la propria visione istituzionale.

Sulla base di tali premesse, la presente ricerca si propone di contribuire al dibattito sul consolidamento della telemedicina nel SSN a vari livelli. In particolare, verrà analizzata l'evoluzione del quadro normativo nell'ultimo biennio, focalizzandosi sui provvedimenti prodotti nell'ambito del PNRR e tramite i quali le regioni stanno progressivamente esplicitando le proprie interpretazioni delle indicazioni centrali. Inoltre, il capitolo mira ad approfondire alcuni modelli organizzativi formalizzati tramite l'analisi di casi regionali e aziendali volti a identificare le configurazioni emergenti per favorire il consolidamento della telemedicina e renderla una risorsa di sistema e non più soltanto occasionale.

Il capitolo è organizzato come segue: il §12.2 presenta i metodi di ricerca utilizzati; il §12.3 approfondisce i contenuti dei provvedimenti normativi emanati; il §12.4 analizza i casi studio regionali e aziendali; il §12.5 discute i risultati osservati e propone alcune suggestioni di policy e di management.

12.2 Metodi di ricerca

La ricerca si pone in continuità con il contributo pubblicato nel Rapporto OASI 2021 (Bobini *et al.*, 2021) e approfondisce come le scelte associate all'attivazione o alla riprogettazione dei servizi di telemedicina nei contesti aziendali si intreccino con le indicazioni definite dagli altri livelli di governo.

Lo studio adotta una metodologia mista. In primo luogo, è stata condotta un'analisi desk, che si è incentrata sui documenti prodotti dal livello centrale e da quello regionale nell'ambito dell'investimento 1.2.3 del PNRR relativo alla telemedicina. L'analisi delle linee guida pubblicate dal Ministero della Salute è stata funzionale all'inquadramento del tema e all'individuazione delle priorità e degli obiettivi per i livelli subordinati. A livello regionale, l'analisi si è focalizzata sui Piani Operativi Regionali e sui modelli organizzativi per i servizi di telemedicina, la cui pubblicazione era prevista quale adempimento formale per il PNRR entro il 30 giugno 2023. Oltre alla mappatura sistematica di quanto oggettivamente programmato in tali documenti, il lavoro mira anche a rappresentare i posizionamenti regionali emergenti sul tema in chiave sinottica e comparativa.

Parallelamente, sono stati approfonditi lo stato dell'arte e le scelte organizzative di cinque casi studio regionali (Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Puglia e Veneto), identificati con l'obiettivo di rappresentare contesti geografici differenti in termini di maturità digitale e approcci prevalenti nella diffusione dell'innovazione tra decisioni regionali e autonomia aziendale. I casi studio sono stati sviluppati con un approccio multilivello, con il coinvolgimento sia di referenti dell'assessorato sia di attori delle aziende sanitarie. Il confronto con i responsabili regionali ha avuto l'obiettivo di approfondire quanto emerso dall'analisi dei provvedimenti normativi e di esplorare gli strumenti adottati per gestire il dialogo e il confronto con le aziende sanitarie sul tema. Parallelamente, anche in base ad eventuali indicazioni ricevute dai referenti regionali, è stato individuato un caso aziendale paradigmatico in termini di processi di trasformazione organizzativa per ciascun contesto regionale (AUSL Reggio Emilia, ASL Roma 2, ASST Fatebenefratelli Sacco, ASL di Taranto, ULSS 2 Marca Trevigiana).

Per l'analisi comparativa dei casi aziendali è stato adottato quale framework di riferimento quello proposto da Kho *et al.* (2020), un modello di *change management* atto a supportare l'efficace implementazione dei servizi di telemedicina, con un focus sull'aspetto umano del cambiamento organizzativo e sulla serie di pratiche e processi deliberati che possono contribuire all'obiettivo di guidare una organizzazione, e gli individui che la compongono, verso lo stato futuro desiderato. Il framework classifica il processo di cambiamento in due macrocategorie: i) pratiche di natura strategica, utilizzate per promuovere la necessità di cambiamento e stabilire alleanze strumentali per il processo di

implementazione; ii) pratiche di natura operativa, adottate per gestire l'impatto sulla routine quotidiana indotto dall'implementazione della telemedicina. Ciascuna delle pratiche individuate è inoltre organizzata all'interno del framework in base alla corrispondente fase di cambiamento in cui dovrebbe essere adottata, secondo il modello a tre fasi proposto dalla società Prosci: preparazione, gestione e sostegno (Hiatt & Creasey, 2003).

A livello metodologico, i casi studio aziendali si sono basati sull'analisi della documentazione aziendale di rilievo sul tema e su una serie di interviste semi-strutturate agli attori principali del cambiamento, con l'obiettivo di indagare in tutti i contesti oggetto di approfondimento entrambe le dimensioni di *change management*, quella strategica e quella operativa. Pur con l'obiettivo generalizzato di coinvolgere sia esponenti della direzione strategica (quali Direttore Generale e/o Direttore Sanitario) sia referenti operativi per la telemedicina, il panel degli attori effettivamente intervistati per ciascuno dei casi risulta diversificato poiché risultante dalle specificità e disponibilità delle singole aziende. Le interviste si sono svolte con un mix di attività in presenza e da remoto tra giugno e settembre 2023. Tutte le interlocuzioni sono state registrate previo consenso degli intervistati e successivamente trascritte e analizzate.

12.3 Il quadro normativo: linee guida nazionali e provvedimenti regionali nell'ambito del PNRR

Nel nostro ordinamento, il sistema di regole e provvedimenti relativi alla telemedicina è fortemente evoluto nel corso degli ultimi due anni. La Tabella 12.1 presenta sinteticamente l'elenco delle prestazioni di telemedicina individuate

Tabella 12.1 **Tassonomia delle prestazioni di telemedicina riconosciute dal SSN**

Prestazione	Definizione
Televisita	Atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver
Teleconsulto medico	Atto medico in cui il professionista interagisce con uno o più medici per dialogare riguardo la situazione clinica di un paziente, tramite videochiamata o anche in modalità asincrona
Teleconsulenza medico-sanitaria	Attività sanitaria, non necessariamente medica, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Può essere erogata alla presenza del paziente o in maniera differita.
Teleassistenza	Atto professionale che si basa sull'interazione a distanza tra professionista e paziente/caregiver
Telemonitoraggio	Modalità operativa della telemedicina che permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo
Telecontrollo	Controllo a distanza del paziente tramite una serie cadenzata di contatti con il medico, per mezzo di videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici
Teleriabilitazione	Erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone con disabilità o disturbi, oppure a rischio di svilupparli

dalle Indicazioni Nazionali pubblicate a fine 2020 e la relativa definizione. Il paragrafo, inoltre, passa in rassegna i principali interventi normativi distinguendo tra documenti prodotti a livello centrale (§12.3.1) e adempimenti del PNRR pubblicati dai SSR (§12.3.2).

12.3.1 Le linee guida e le indicazioni nazionali

L'investimento M6-C1 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina» prevede di incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio, fino a raggiungere il 10% degli over 65 entro il 2026. Tra le *milestone* di questo investimento, entro il secondo trimestre del 2022 era prevista l'approvazione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, che sono state effettivamente adottate con DM del 29 aprile 2022 e che regioni e province autonome (PA) si sono impegnate ad applicare tenendo conto delle specificità locali. Tali linee guida organizzative si propongono di definire il modello per implementare i servizi di telemedicina nell'ambito dell'assistenza domiciliare. Oltre a enfatizzare che in prospettiva futura sarà necessario integrare i tradizionali elementi costitutivi dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) con l'indicazione delle prestazioni erogabili in telemedicina, il documento sottolinea la necessità di accompagnare la diffusione di tali prestazioni con un'organizzazione tecnica locale volta a supportare gli erogatori e risolvere eventuali problematiche.

Con il DM del 21 settembre 2022, il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, ha invece pubblicato le linee guida tecniche al fine di individuare i requisiti indispensabili per tutte le soluzioni di telemedicina la cui adozione è finanziata tramite risorse del PNRR. Con l'obiettivo di supportare dal punto di vista tecnico regioni e PA nel definire le iniziative progettuali e garantire omogeneità nella loro implementazione, il decreto identifica innanzitutto i servizi minimi di telemedicina che tutte le infrastrutture regionali dovranno essere in grado di erogare: televisita, teleconsulto/teleconsulenza, telemonitoraggio e teleassistenza². Qualora una regione avesse già implementato un servizio minimo, è stata prevista la possibilità di acquisire solo l'infrastruttura per erogare i servizi minimi mancanti dalle *suite* messe a disposizione dalle regioni capofila.

² Ciascuno di questi servizi minimi può essere scomposto in un set di micro-servizi logico-funzionali che vengono classificati in tre cluster: i) specifici, ovvero propri dell'erogazione dei servizi di telemedicina e quindi utilizzati esclusivamente per l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT); ii) trasversali, ovvero necessari per l'erogazione di prestazioni sanitarie (a prescindere dal fatto che questa avvenga in presenza e/o da remoto) e che quindi vanno integrati nella IRT, laddove già esistenti, o inclusi incrementalmente; iii) opzionali, che non rappresentano un presupposto necessario per lo sviluppo dei servizi minimi e per il finanziamento con fondi del PNRR.

Queste linee guida riprendono inoltre un concetto già inizialmente prospettato in quelle del 2014, prevedendo che per ogni IRT siano presenti uno o più Centri Servizi (CS), con compiti tecnici volti a garantire la manutenzione della piattaforma, l'*help desk* per pazienti e professionisti, il monitoraggio del funzionamento dei device e la formazione di tutti gli attori coinvolti. Al CS si accompagnano i centri erogatori, con compiti prettamente clinici e quindi gestiti da operatori sanitari. Il provvedimento riporta inoltre i requisiti tecnologici affinché ciascuno dei servizi minimi possa essere efficacemente integrato all'interno dell'ecosistema di salute digitale, costituito dalla PNT, dall'IRT e dalle altre componenti introdotte da ulteriori investimenti e progettualità, come ad esempio quella relativa al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0).

Il successivo Decreto del 30 settembre 2022 del Ministro della Salute ha infine definito le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e condiviso le indicazioni per la presentazione dei progetti regionali. A tal proposito, il Decreto ha previsto che ogni regione o PA producesse il proprio Piano Operativo Regionale (POR) per i servizi di telemedicina, compilando un modello uniforme con l'indicazione del fabbisogno totale per l'IRT, delle componenti di tale fabbisogno che si intendevano acquisire tramite le gare bandite dalle regioni capofila e delle modalità di implementazione per raggiungere almeno il 70% di enti e professionisti del SSR. Sono state fissate le scadenze da rispettare per l'implementazione dei servizi di telemedicina, con la presentazione dei POR prevista entro febbraio 2023, la definizione del modello organizzativo regionale di telemedicina entro il 30 giugno 2023 e l'attivazione dei servizi di telemedicina e delle IRT per l'inizio del 2024. Inoltre, il DM ha adottato le Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina prodotte dal Gruppo di lavoro coordinato da AGENAS, con l'obiettivo di stabilire le aree cliniche prioritarie e garantire omogeneità ed efficienza nell'attuazione dei servizi a livello nazionale. Nello specifico, il documento fornisce indirizzi e indicazioni di carattere clinico-assistenziale per l'erogazione di tutti i servizi minimi, in termini di popolazione di riferimento, modalità d'erogazione possibili e professionisti coinvolti. Per il telemonitoraggio e il telecontrollo, più nello specifico, si identificano cinque target prioritari di pazienti cronici: persone affette da diabete, patologie respiratorie, cardiologiche, oncologiche e neurologiche.

12.3.2 Piani operativi e modelli organizzativi regionali

Il livello regionale ha recepito le indicazioni riportate nelle linee guida nazionali, provvedendo al rispetto degli adempimenti previsti dal PNRR.

Nel corso del mese di marzo 2023, la Commissione tecnica di valutazione presieduta da AGENAS ha valutato positivamente tutti i POR prodotti dalle regioni, richiedendone l'approvazione entro il 10 maggio 2023 con apposi-

to atto di programmazione. Per quanto riguarda la definizione del modello organizzativo regionale, da approvare entro il mese di 30 giugno, a inizio settembre 2023 risultavano deliberati e pubblicamente disponibili con atto regionale 11 documenti. Combinando le informazioni riportate nei POR e nei modelli organizzativi è possibile ricostruire, seppure parzialmente, l'attuale situazione nei contesti regionali e le evoluzioni previste (Tabella 12.2). A novembre 2023, al momento della finalizzazione del presente contributo, risultano pubblicati i modelli organizzativi di tre ulteriori SSR: Umbria, Molise e Sicilia.

Per quanto riguarda la situazione corrente rappresentata dalle regioni all'interno dei POR e dei modelli organizzativi, emerge un quadro profondamente

Tabella 12.2 **Analisi comparativa dei POR e dei modelli organizzativi regionali per i servizi di telemedicina**

Regione	Atti programmatori disponibili	Piattaforme attive a valenza regionale	Moduli da acquistare	Ulteriori considerazioni organizzative previste dal modello regionale
Piemonte	– POR [DGR 4-6815, DGR 29-7327]	– Televisita – Telemonitoraggio – Teleassistenza	– Acquisto di tutti i moduli	– Per l'abilitazione del CS si prospetta l'integrazione tra IRT e software governo COT
Valle d'Aosta	– POR [DGR 376/2023] – MO [DGR 723/2023]	– Televisita – Telemonitoraggio – Teleassistenza	– Integrazione servizi già attivi	
Lombardia	– POR [DGR 164/2023]		– Acquisto di tutti i moduli	
PA Bolzano	– POR [DGP 373/2023] – MO [DGP 555/2023]	– Televisita – Teleconsulto – Teleassistenza	– Integrazione servizi già attivi	– Disponibilità per tutti i professionisti di telemedicina a bassa complessità (TV, TC), per il solo territorio della TA, per il solo ospedale del TM – Richiesta di attivazione da inviare alla COT che attiverà il CS
PA Trento	– POR [DGP 712/2023] – MO [DGP 1167/2023]	– Televisita – Teleconsulto – Teleassistenza	– Acquisto alcuni servizi minimi (TM)	– Ruolo centrale per: i) Reti Cliniche Provinciali (RCP), che formulano proposte di riorganizzazione percorsi; ii) Reti Professionali Locali (RPL), che integrano i professionisti per vicinanza – COT garantiscono integrazione tra RPL e CE – CS provinciale e organizzato dal Dip tecnologie dell'APSS
Veneto	– POR [Decreto Dirigenziale 43/2023] – MO [DGR 775/2023]		– Acquisto di tutti i moduli	– Centralizzazione telemedicina con il supporto di CS regionale, gestito da Azienda Zero (eventualmente con gara di affidamento a terzi)
Friuli Venezia-Giulia	– POR [DGR 670/2023] – MO [DGR 1086/2023]	– Televisita – Teleconsulto	– Acquisto alcuni servizi minimi (TM)	

Regione	Atti programmatori disponibili	Piattaforme attive a valenza regionale	Moduli da acquistare	Ulteriori considerazioni organizzative previste dal modello regionale
Liguria	– POR [DGR 389/2023]	– Televisita – Teleconsulto	– Acquisto alcuni servizi minimi (TC, TA, TM)	
Emilia-Romagna	– POR [DGR 629/2023] – MO [DGR 1050/2023]		– Acquisto di tutti i moduli	– Attivazione TM sempre tramite COT che avrà il compito di contattare il CS
Toscana	– POR [DGR 460/2023] – MO [DGR 764/2023]	– Televisita – Teleconsulto – Telemonitoraggio	– Acquisto di tutti i moduli	– Incarico all'Organismo Toscano di Governo Clinico di aggiornare PDTA regionali con servizi di telemedicina – Attivazione di 3 CE, uno per USL – Richiesta la centralizzazione regionale CS, con tecnici dislocati sul territorio – Attivazione TM sempre tramite COT
Umbria	– POR [DGR 464/2023]		– Acquisto di tutti i moduli	
Marche	– POR [DGR 542/2023]		– Acquisto di tutti i moduli	
Lazio	– POR [Det G6419/2023] – MO [DGR 338/2023]	– Televisita – Teleconsulto – Telemonitoraggio	– Acquisto di tutti i moduli	– Definizione ruolo e competenze CS e CE per ogni prestazione – Raccomandata l'attivazione di UO telemedicina in tutte le aziende
Molise	– POR [DCA 9/2023]		– Acquisto di tutti i moduli	
Abruzzo	– MO [DGR 523/2023]		– Acquisto di tutti i moduli	– Creazione di una cabina di regione multidisciplinare regionale per monitoraggio e coordinamento – Previsione equipe multispecialistiche per la telemedicina (EMST) – Attivazione Centrale di TM a livello aziendale presso le CdC hub
Campania	– POR [DGR 225/2023] – MO [DGR 378/2023]	– Televisita – Teleconsulto	– Acquisto alcuni servizi minimi (TA, TM)	– Previsione istituzione CS di raccordo con la COT per le attività di operations
Puglia	– POR [DGR 594/2023]	– Televisita – Teleconsulto	– Acquisto alcuni servizi minimi (TM)	– Progettazione percorso virtuoso di formazione e digital literacy di tutti gli utilizzatori del sistema
Basilicata	– POR [DGR 254/2023]	– Televisita – Telemonitoraggio	– Integrazione servizi già attivi	
Calabria	– POR [DCA 132/2023]		– Acquisto di tutti i moduli	
Sicilia	– POR [Decreto 476/2023]		– Acquisto di tutti i moduli	
Sardegna	– POR [Deliberazione 17/34/2023] – MO [Deliberazione 21/25/2023]	– Telemonitoraggio	– Acquisto di tutti i moduli	

Legenda: CdC – Casa della Comunità; CE – Centro Erogatore; COT – Centrale Operativa Territoriale; CS – Centro Servizi; IRT – Infrastruttura Regionale Telemedicina; MO – Modello Organizzativo; POR – Piano Operativo Regionale; TA – Teleassistenza; TC – Teleconsulto; TM – Telemonitoraggio; TV – Televisita

eterogeneo. Dodici SSR segnalano la presenza di piattaforme regionali attive e disponibili per tutte le aziende, principalmente focalizzate su tele visita, teleconsulto e telemonitoraggio dei parametri vitali di pazienti con patologie croniche ad alta prevalenza. La disponibilità di strumenti a valenza regionale è sovente accompagnata da ulteriori iniziative aziendali che prevedono l'impiego di sistemi differenti, tratteggiando un quadro in cui i livelli di effettivo utilizzo delle piattaforme regionali sono estremamente variegati tra aziende di uno stesso territorio. Come è fisiologico, più omogenea è la situazione nelle regioni di minore dimensione, spesso con una sola azienda sanitaria: è il caso della Valle d'Aosta, che da luglio 2022 ha avviato il progetto Proximity³, così come delle Province Autonome di Trento e Bolzano, che dispongono da tempo di piattaforme provinciali per l'erogazione di varie prestazioni di telemedicina.

L'attuale disponibilità di piattaforme regionali non è necessariamente correlata con le scelte relative all'acquisto dei servizi minimi di telemedicina tramite le gare che Regione Lombardia è stata chiamata ad attivare in qualità di regione capofila. In totale, infatti, sono tredici i SSR che hanno optato per l'acquisto di tutti i moduli tramite gara. Tra le varie regioni che pur disponendo di sistemi attivi per l'erogazione di alcune prestazioni hanno deciso di aderire alla procedura di gara nazionale, ci sono anche alcuni SSR (è ad esempio il caso di Piemonte e Lazio) che avevano inizialmente deciso di continuare a investire nelle attuali piattaforme regionali e che hanno riconsiderato la propria decisione dopo nuovi approfondimenti tecnici. Le motivazioni che tipicamente hanno orientato queste scelte sono collegate alla garanzia che i moduli selezionati tramite gara nazionale rispettino tutti i requisiti previsti dalla normativa e siano di più facile integrazione con gli altri micro-servizi dell'ecosistema. Tra le restanti otto regioni, cinque hanno deciso di acquistare soltanto alcuni dei servizi minimi, prevalentemente relativi al telemonitoraggio, mentre tre SSR (Basilicata, Valle d'Aosta e PA di Bolzano) hanno deciso di continuare a utilizzare i loro servizi attivi e di acquisire esclusivamente i servizi a supporto del telemonitoraggio, dell'integrazione con la PNT e dell'assistenza tecnica.

Per quanto riguarda il progetto che le regioni intendono implementare con risorse del PNRR, si riscontra una forte omogeneità perché in tutti i casi si segnala la volontà di consolidare le esperienze accumulate finora con l'implementazione di una soluzione unica regionale integrata con la PNT e l'ecosistema digitale regionale. Alcuni SSR, come nel caso di Lombardia e Toscana, hanno corredato queste indicazioni con la definizione di un cronoprogramma per una diffusione progressiva dei vari servizi minimi nel territorio. La Regio-

³ Si tratta di una piattaforma innovativa, nel contenuto e nel modello di *procurement* adottato, basata su un sistema online di interazione tra medico e paziente volto a una più efficace presa in carico del paziente cronico che fa leva sull'estensivo utilizzo delle varie prestazioni di telemedicina in esso integrate. La piattaforma è stata inizialmente avviata per la presa in carico sperimentale delle cardiopatie ischemiche e dell'ipertensione arteriosa.

ne Liguria è invece l'unica ad aver proposto una specifica iniziativa da finanziare tramite fondi del PNRR, con la candidatura del progetto «Telepediatria per la next generation»⁴.

Da ultimo, dall'analisi preliminare dei modelli organizzativi già pubblicati è possibile evidenziare alcuni spunti innovativi relativi agli attori e alle strutture organizzative che le regioni si immaginano di responsabilizzare nell'erogazione dei servizi di telemedicina. Una prima considerazione è relativa alla collocazione del CS, per la quale 3 regioni (PA di Trento, Veneto e Toscana) hanno esplicitato la propria volontà di attivare un CS unico a livello regionale con la disponibilità di tecnici dislocati su tutto il territorio regionale. La Regione Campania, invece, già con DGR 682 del 13/12/2022 aveva previsto l'istituzione di un CS di raccordo con la COT per tutte le attività di *operations*. Altre indicazioni organizzative riportate negli atti regionali fanno riferimento al modello di servizio del telemonitoraggio, modalità operativa della telemedicina che è stata scarsamente adottata dalle aziende del SSN per la sua complessità organizzativa e per la mancata definizione di un sistema di regole certo. A questo proposito, vari SSR (PA di Bolzano, Emilia-Romagna e Toscana) prevedono che l'attivazione del telemonitoraggio possa avvenire esclusivamente tramite la COT, incaricata di raccogliere le richieste dai servizi ospedalieri o territoriali⁵ e di attivare il CS per le attività di distribuzione dei dispositivi e *help desk*. La Regione Abruzzo ha invece previsto l'attivazione di centrali di telemonitoraggio istituite a livello aziendale presso le Case della Comunità *hub*. Altre disposizioni di rilievo fanno riferimento alle reti professionali che si prevede di attivare a supporto dei servizi di telemedicina, con soluzioni innovative prospettate dalla PA di Trento e della Regione Abruzzo. La PA di Trento identifica quali elementi organizzativi abilitanti al disegno e all'implementazione della telemedicina due tipologie di reti: le reti cliniche provinciali, che hanno il compito di formulare per la Direzione Strategica dell'azienda sanitaria proposte di riorganizzazione dei percorsi per patologia integrati con componenti di telemedicina, e le Reti Professionali Locali (RPL), che integrano professionisti dipendenti e convenzionati assicurando vicinanza e coordinamento tra professionisti territoriali e centri erogatori. La Regione Abruzzo,

⁴ Si tratta di un progetto in virtù del quale l'IRCCS Istituto Giannina Gaslini (IGG) si propone quale centro pilota di telemedicina in ambito pediatrico in rete con le UOC di pediatria delle altre ASL liguri, che già da luglio 2022 sono entrate a far parte dell'IGG diffuso. Il progetto prevede lo sviluppo di una serie di servizi di telemedicina, quali teleconsulti a favore di vari attori (PS, pediatri di libera scelta, Dipartimenti aziendali) e televisite di controllo, oltre che l'attivazione di una centrale operativa per la teleassistenza e il telemonitoraggio pediatrico dei pazienti cronici. Tra gli obiettivi del progetto c'è anche quello di favorire la sperimentazione di modelli innovativi di rete anche extraregionale e potenziare le attività di internazionalizzazione.

⁵ A questo proposito, la Provincia Autonoma di Bolzano prevede che in questa prima fase di implementazione il telemonitoraggio possa essere attivato esclusivamente da attori ospedalieri a seguito di ricoveri per acuti.

invece, ha identificato tra le componenti principali del modello organizzativo regionale la formalizzazione di équipes multispecialistiche per la telemedicina (EMST), composte da professionisti sanitari e personale di ruolo amministrativo e tecnico. Questi gruppi verranno configurati all'interno della piattaforma di telemedicina e attivati in funzione dell'afferenza territoriale del paziente da prendere in carico.

12.4 Casi di innovazione tra modelli regionali e iniziative aziendali

12.4.1 Regione Emilia-Romagna e AUSL di Reggio Emilia

La telemedicina nella Regione Emilia-Romagna ha mostrato fino a oggi un prevalente protagonismo del livello aziendale. Le singole aziende, infatti, soprattutto prima della pandemia, hanno spesso avviato progettualità, sperimentazioni e innovazioni in ambito di televisita, teleconsulto e telemonitoraggio in assenza di un forte ruolo di regia da parte del livello regionale. L'approvazione della DGR n. 648/2016 ha sancito l'avvio del primo progetto regionale di telemedicina, finanziato con risorse previste dal Fondo Sanitario Nazionale e destinate all'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso⁶. Tale approccio ha visto una progressiva evoluzione, con la Regione che ha cercato sempre di più di porsi come sostenitrice del coordinamento e dell'integrazione tra livello locale e livello centrale, anche in coerenza con le linee guida nazionali.

La visione strategica espressa dall'Assessorato propone due principali ambiti di sviluppo nel breve-medio termine. Il primo consiste in una maggiore omogeneizzazione a livello regionale delle esperienze territoriali fino a oggi frammentate, favorita anche dall'adozione di strumenti che facilitino l'integrazione con gli strumenti e gli applicativi esistenti e la raccolta a livello centrale di dati e informazioni utili per una più efficace programmazione. In tal senso, e in linea con quanto previsto dal PNRR, anche la Regione Emilia-Romagna continua a investire nello sviluppo di una piattaforma regionale unica. Il secondo consiste nell'indirizzare l'utilizzo della telemedicina verso alcune tipologie di target che potrebbero beneficiarne maggiormente: i pazienti con patologie croniche (scompenso cardiaco, diabete e broncopneumopatia cronica ostruttiva) e le persone con bisogni di salute complessi.

Volgendo poi lo sguardo al medio-lungo periodo, l'obiettivo è quello di espandere la telemedicina anche alla medicina d'iniziativa. Attraverso la raccolta e la sistematizzazione delle banche dati esistenti e di quelle previste (si pensi, ad esempio, al FSE 2.0 o al contributo che potrebbero apportare stru-

⁶ Delibera CIPE n. 122/2015

menti di monitoraggio dei parametri personali come i dispositivi indossabili), si intende sviluppare una sempre maggiore capacità di intercettare precocemente, o se possibile prevenire, l'insorgenza di problemi di salute. Per realizzare questa visione, si prospettano sia il superamento di alcuni ostacoli che rallentano l'adozione degli strumenti tecnologici digitali (ad esempio, la normativa), sia un importante investimento in termini di formazione e accompagnamento al cambiamento per tutte le tipologie di professionisti.

La Regione Emilia-Romagna è arrivata all'elaborazione dell'attuale strategia sulla telemedicina anche sulla base delle esperienze pregresse, che hanno mostrato la potenzialità degli strumenti tecnologici digitali per la realizzazione di visite, consulti e monitoraggi a distanza. Il predetto progetto regionale di telemedicina, dopo le fasi preliminari volte alla selezione della popolazione target identificata in anziani ad alto rischio di ospedalizzazione, ha previsto una sperimentazione con 262 pazienti telemonitorati tra giugno 2021 e giugno 2022 (Berti *et al.*, 2023). Durante la pandemia, inoltre, è stata realizzata una integrazione degli strumenti di tele visita e teleconsulto resi disponibili dalla piattaforma nell'applicativo della cartella territoriale CURE che include le attività di salute mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Oggi in Regione la telemedicina è coordinata dal Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali e gestita dal Settore Risorse Umane e Strumentali, Infrastrutture, in collaborazione con il Settore Assistenza Ospedaliera, il Settore Assistenza Territoriale, il Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, il Settore Politiche Sociali, di Inclusione e Pari Opportunità. Non esiste quindi una collocazione organizzativa a sé stante per questo servizio che, al momento, intercetta nelle strutture organizzative citate sia la componente sanitaria e sociale, sia la componente tecnica interessate dallo sviluppo della telemedicina. Nell'ambito dell'investimento del PNRR sulla telemedicina, il modello prevede che la Regione abbia un ruolo di regia, coordinamento e monitoraggio, con la collocazione a livello centrale del CS, e che i centri erogatori siano collocati a livello aziendale (le aziende dovranno quindi occuparsi dell'avvio e della realizzazione operativa delle attività). Più nello specifico, la Giunta Regionale ha deliberato l'allestimento sul territorio di circa 20.000 postazioni informatiche dedicate⁷. L'obiettivo è di attivare i servizi nella primavera del 2024 e aver perseguito il monitoraggio a distanza di almeno 12.000 pazienti a fine 2025.

Lo sviluppo delle azioni fin qui illustrate e dei piani futuri è inevitabilmen-

⁷ Di queste postazioni, circa 8.000 saranno collocate negli ambulatori ospedalieri, 5.000 nelle CdC (in particolare negli ambulatori specialistici, infermieristici, di sanità pubblica, nei consultori familiari, nelle pediatrie di comunità, negli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, negli spazi dedicati ai pazienti), 3.000 presso altre strutture territoriali e 2.500 negli ambulatori di MMG e PLS fuori dalle CdC.

te legato a un'interazione costante con le aziende sanitarie. A questo scopo esiste un gruppo di lavoro regionale sulla telemedicina (che coinvolge sia il livello tecnico – tecnologico e clinico – sia quello strategico). In futuro, anche la piattaforma regionale sarà uno strumento di migliore raccordo tra il livello centrale e quello aziendale, dal momento che essa consentirà un monitoraggio completo e in tempo reale dei volumi di attività, delle tipologie di prestazioni e delle altre informazioni utili a una migliore comprensione e programmazione delle attività.

Il ruolo, l'autonomia e le relazioni con il livello centrale che hanno avuto fino a oggi le aziende sanitarie emiliano-romagnole può essere in parte compreso approfondendo il caso studio dell'AUSL di Reggio Emilia.

L'Azienda ha sviluppato in passato un forte orientamento all'innovazione nei sistemi informativi, investendo da tempo sul miglioramento infrastrutturale e sull'adozione di strumenti (come la cartella clinica informatizzata) che agiscono come fattori abilitanti di altre innovazioni, inclusa la telemedicina.

In questo ambito, la visione strategica dell'Azienda può essere considerata coerente con quanto espresso a livello regionale: si intende infatti continuare a investire nella sanità digitale laddove essa sia in grado di creare un valore aggiunto per i pazienti, limitandosi a quelle prestazioni e a quelle attività dove l'interazione da remoto non viene percepita dalle parti coinvolte (pazienti, ma anche professionisti) come un'interazione «di serie B», come sottolineato in una delle interviste da uno dei referenti aziendali. Per questo motivo, l'AUSL di Reggio Emilia intende concentrarsi soprattutto su pazienti cronici e persone non autosufficienti con problemi nello spostarsi verso i luoghi di erogazione delle cure (includendo gli ospiti delle strutture residenziali per anziani), sui follow-up oncologici e sullo svolgimento degli esami strumentali, con un'importante attenzione all'ambito della teleradiologia.

Da un punto di vista organizzativo, la responsabilità è collocata all'interno della Struttura Complessa Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche, dove è stata individuata una figura di project manager dedicata, e del Dipartimento delle Cure Primarie. Eventuali ulteriori interventi di specificazione delle responsabilità in organigramma sono ancora da valutare. È inoltre importante sottolineare l'esistenza di un gruppo di lavoro (denominato «Gruppo Smart») che è specificamente dedicato all'innovazione. I lavori del gruppo sono guidati dalla stessa Struttura Complessa «ICT» e prevedono la partecipazione di membri dell'azienda sulla base dell'interesse e delle piste di innovazione da sviluppare; anche la Direzione Strategica non è una componente fissa, ma viene invitata a partecipare ai lavori all'occorrenza.

L'offerta di prestazioni sanitarie da remoto nasce prima della pandemia favorita dall'attitudine aziendale verso le innovazioni e grazie alle condizioni propizie presenti. Come in molti altri contesti, ha successivamente visto un'ac-

celerazione in corrispondenza delle fasi più critiche della diffusione del Covid-19 e vive oggi una fase di assestamento e consolidamento. Quello della televisita è considerato al momento il progetto più maturo, perché già ampiamente diffuso. L'Azienda si sta concentrando nel realizzare la massima integrazione di questo strumento all'interno degli altri applicativi aziendali esistenti, affinché la televisita non sia solo una semplice prestazione ma possa inserirsi senza criticità all'interno del percorso più ampio dei pazienti, coordinato centralmente a livello aziendale. I dati di attività rilevati riportano 9.612 prestazioni per il 2022 e 3.988 per i primi 7 mesi del 2023, evidenziando una contrazione dell'attività di circa il 30 per cento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente⁸. Per quanto riguarda il telemonitoraggio, l'AUSL di Reggio Emilia ha preso parte al progetto regionale che ha coinvolto le Case della Salute ed è stato dunque un importante punto di partenza. Oggi si sta riflettendo su come espandere questo strumento al percorso del paziente con diabete e sulla possibilità di monitoraggio a distanza della glicemia. Infine, altri due ambiti su cui l'AUSL si è spesa in questi anni sono la telerefertazione e la teleriabilitazione. Diversamente dalla televisita, queste due prestazioni mostrano trend in crescita per quanto riguarda i livelli di attività: rispetto allo stesso periodo del 2022, nei primi 7 mesi del 2023 la teleriabilitazione ha mostrato una crescita del 63,8% (passando da 544 a 891 prestazioni), la telerefertazione cardiologica del 99,4% (da 694 a 1.384), quella radiologica del 12,1% (da 6.773 a 7.593). L'AUSL sta sperimentando anche il teleconsulto, utilizzato finora in particolare dalla guardia radiologica unificata a livello aziendale permettendo l'ottimizzazione dell'impiego dei professionisti e da implementare nel prossimo futuro per favorire il collegamento tra MMG e specialista.

Tra le progettualità in corso, c'è anche lo sviluppo di una dashboard aziendale di rendicontazione delle attività di telemedicina che consenta di tenere traccia in modo più strutturato e integrato dei volumi di attività e degli altri indicatori rilevanti, per poi poter definire obiettivi e target da raggiungere.

Infine, guardando in prospettiva futura, l'accompagnamento al cambiamento e gli ulteriori sviluppi previsti non destano preoccupazioni particolari per l'Azienda. Gli ostacoli principali che si intravedono sono principalmente di natura regolatoria, aspetti funzionali alla legittimazione organizzativa della telemedicina, mentre per quanto riguarda la necessità di formazione e altre azioni di *change management*, fino a oggi è stato richiesto uno sforzo contenuto, grazie alla spinta verso l'integrazione della telemedicina negli applicativi aziendali già in uso e conosciuti dagli operatori. Inoltre, in termini di strategia di diffusione delle innovazioni, si è sempre proceduto partendo da quelle unità

⁸ L'attività di televisita aziendale è principalmente trainata dal Dipartimento di Salute Mentale, che ha registrato nel 2022 8.819 prestazioni erogate (pari al 91,7% del totale). Tale percentuale è rimasta sostanzialmente invariata anche nei primi 7 mesi del 2023 (90,9%).

operative più propense all'utilizzo o che addirittura si fanno «sponsor» dell'uso delle nuove tecnologie, manifestando un interesse o un bisogno in tal senso. Questo tipo di approccio consente di limitare le resistenze culturali, evitando l'imposizione dello strumento qualora non se ne intraveda il valore aggiunto.

12.4.2 Regione Lazio e ASL Roma 2

La Regione Lazio ha consolidato durante il periodo della pandemia da Covid-19 varie soluzioni regionali di telemedicina che al termine dell'emergenza sono state riadattate per rispondere principalmente alle necessità cliniche dei pazienti cronici. Le piattaforme regionali di telemedicina attualmente attive e collaudate sono tre. LazioAdvice è la piattaforma regionale di telemonitoraggio, utilizzata principalmente per la gestione di pazienti Covid e per le ondate di calore e integrata da maggio 2023 anche con moduli per il telemonitoraggio delle principali patologie croniche. TeleAdvice è invece la piattaforma regionale di teleconsulto attiva nei 46 DEA regionali in collegamento con le strutture ospedaliere che assolvono il ruolo di *hub*. Fin qui TeleAdvice è stata utilizzata prevalentemente nella rete dell'emergenza per la telerefertazione degli ECG dai mezzi di soccorso mentre, a partire da giugno 2023, la piattaforma è attiva anche per i teleconsulti interaziendali. Per la televisita, infine, è stata attivata la piattaforma di interoperabilità regionale (SISMED)⁹. Sono parallelamente attive altre piattaforme acquisite da singole aziende sanitarie per l'erogazione delle televisite. Seppure non sempre coerenti con le linee guida ministeriali pubblicate nel 2022, tali sistemi hanno sovente generato volumi di attività ben superiori a quelli registrati dalla piattaforma regionale¹⁰.

La Regione Lazio aveva inizialmente deciso di continuare a utilizzare le sue piattaforme e di acquistare tramite la gara delle regioni capofila solo il modulo per i servizi minimi di teleassistenza e telemonitoraggio di II livello, attualmente non erogati in regione se non nell'ambito di iniziative locali. Dopo l'insediamento della nuova giunta a seguito delle elezioni regionali del 12 febbraio 2023, si è rivalutata la decisione e si è stabilito di acquisire tutti i servizi minimi tramite gare nazionali, prevedendo comunque un periodo di transizione in cui le attività verranno garantite dalle piattaforme regionali in vigore fino a quando non sarà terminato il processo di configurazione e messa in servizio delle nuove soluzioni. Pur con l'intenzione di incentivare fortemente l'utilizzo delle piattaforme regionali, la Regione ha contestualmente previsto la possibilità per

⁹ Il Decreto del Commissario ad Acta del luglio 2020 aveva in precedenza previsto l'attivazione e la tariffazione dei servizi di telemedicina in ambito specialistico con contestuale aggiornamento del catalogo unico regionale.

¹⁰ La piattaforma regionale ha registrato un totale di 24 mila televisite fino al 2022, mentre le aziende hanno complessivamente dichiarato di aver erogato oltre 60 mila prestazioni (considerando anche l'attività delle piattaforme aziendali).

le aziende di continuare a utilizzare strumenti differenti da quelli regionali, che non saranno oggetto di finanziamento del PNRR ma potranno essere utilizzati o acquisiti purché rispettino tutte le indicazioni previste dalle linee guida AGE-NAS. Nella consapevolezza che questa transizione sarà una sfida complessa da gestire e che le tempistiche associate presentano al momento delle incognite, la Regione ha deciso di focalizzarsi primariamente sulla definizione del proprio modello organizzativo, che rimarrà sostanzialmente invariato a prescindere dalle soluzioni tecnologiche utilizzate. A questo riguardo, la Regione Lazio è stata al momento l'unico tra gli SSR a formalizzare nei suoi atti normativi la raccomandazione per le aziende sanitarie locali e ospedaliere di attivare una unità operativa di telemedicina, che dovrebbe svolgere anche le funzioni di CS e centro erogatore a livello aziendale, idealmente collocate all'interno di un'unica articolazione organizzativa aziendale. Il modello organizzativo regionale enfatizza in realtà il fatto che i quattro servizi minimi possono generare percorsi di cura sensibilmente diversi tra loro, puntualizzando che anche i modelli di CS e centro erogatore dovrebbero assumere configurazioni e ruoli differenti, senza escludere che per alcuni di questi si possano prevedere a livello regionale modelli di servizio centralizzati in termini di infrastruttura tecnologica o coordinamento di sistema, come nel caso del teleconsulto.

La Direzione regionale salute e integrazione sociosanitaria, oltre che nella definizione delle fasi attuative per raggiungere la piena realizzazione del modello previsto, è attualmente impegnata nella puntuale identificazione della governance regionale sul tema. Finora il servizio telemedicina è stato un servizio trasversale territoriale-ospedaliero con una sola persona dedicata, ma vari modelli innovativi sono attualmente al vaglio. Per supportare la progressiva definizione e implementazione del modello organizzativo regionale, nel corso dell'estate 2023 è stato inoltre attivato un gruppo di lavoro tecnico sui servizi di telemedicina, con la partecipazione di un referente per ciascuna azienda sanitaria.

Nell'ambito del contesto finora tratteggiato, la Regione Lazio ha recentemente concluso la mappatura dell'uso e della diffusione degli strumenti di telemedicina nelle diverse aziende regionali, portando a evidenza una situazione di forte eterogeneità in cui sono state individuate tre categorie: i) aziende che devono ancora implementare i servizi di telemedicina; ii) aziende che hanno già stipulato contratti con fornitori di piattaforme e stanno iniziando a usare i nuovi applicativi; iii) aziende che erogano prestazioni di telemedicina tramite piattaforme regionali o con applicativi forniti da terze parti oppure sviluppati internamente.

Tra le aziende laziali che hanno già attivato molteplici servizi di telemedicina rientra l'ASL Roma 2, un'azienda sanitaria locale che si estende nell'area sud-est della capitale con una popolazione residente di circa 1,3 milioni di abitanti.

Già prima, e nel corso, della pandemia l'Azienda aveva avviato alcune iniziative di telemedicina principalmente sostenute dallo slancio dell'unità operativa clinica proponente e con il coinvolgimento di varie discipline. Mancavano però iniziative a valenza aziendale, che coinvolgessero a vario titolo tutte le articolazioni dell'organizzazione. Negli ultimi anni, in concomitanza con il cambio del vertice aziendale occorso nel marzo 2021, l'Azienda ha avviato un percorso di innovazione fortemente votato alla trasformazione digitale¹¹, con l'obiettivo di favorire la gestione digitale dei pazienti. Il focus strategico aziendale è infatti orientato alla presa in carico digitale sul territorio, basata sulla disponibilità di strumenti di supporto decisionale, piattaforme per la gestione dei dati e strumenti di condivisione di conoscenze ed esperienze. In questo contesto la telemedicina è una delle componenti trainanti ma richiede la preliminare abilitazione di una serie di elementi conoscitivi, senza i quali l'erogazione di prestazioni sanitarie da remoto perde inevitabilmente di valore.

Per supportare il consolidamento della presa in carico digitale dei pazienti e della telemedicina, l'ASL Roma 2 ha formalizzato alcuni interventi organizzativi. Prima di tutto, nel mese di settembre 2022 è stata istituita la UOC Percorsi Terapeutici Clinico-Assistenziali e Telemedicina, responsabile del governo aziendale della telemedicina e degli impatti che questa genera nella gestione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA). La UOC, inserita all'interno del Dipartimento di staff della Direzione Aziendale, si occupa di sostenere la transizione verso una cultura digitale e di supportare la progettazione, il disegno e l'implementazione dei progetti aziendali di medicina digitale e telemedicina. La struttura in fase iniziale raccoglie stimoli e input da parte delle varie discipline, verifica la fattibilità aziendale delle proposte e costruisce percorsi idonei che siano coerenti con la richiesta originale. Una volta conclusi la fase pilota e il collaudo dei progetti, questi vengono trasferiti al setting aziendale competente per la gestione ordinaria mentre la UOC di telemedicina mantiene un presidio trasversale e si occupa del controllo dei risultati conseguiti. Per la fase di monitoraggio è prevista anche la raccolta di questionari rivolti a pazienti e caregiver, che hanno talvolta orientato la riprogettazione di alcune iniziative sulla base dei feedback raccolti. Contestualmente, è stato deliberato un piano di rimodulazione degli incarichi professionali secondo una logica di percorsi di carriera, con l'obiettivo di favorire il trasferimento di conoscenze e garantire l'integrazione tra le differenti articolazioni aziendali. Tra gli otto criteri identificati per stabilire il peso degli incarichi e il relativo riconoscimento economico, sono state ricomprese anche le competenze digitali. Quest'ultime, insieme alle competenze professionali specialistiche, sono le uniche a cui è sta-

¹¹ L'Azienda ha un posizionamento innovativo anche in termini di comunicazione e presidio dei social network, tanto che è stata la prima azienda sanitaria pubblica ad attivare un profilo TikTok.

to attribuito un peso doppio, enfatizzando il messaggio che percorsi di carriera focalizzati anche su competenze e pratiche digitali hanno un valore maggiore rispetto a quelli tradizionali. Inoltre, sono state avviate iniziative di carattere formativo dedicate sia a dipendenti aziendali, sia ai professionisti convenzionati, anche tramite uno specifico accordo con la UOC Formazione che prevede una rotazione di sei mesi presso i servizi di telemedicina per i medici di medicina generale in formazione.

All'interno di questo contesto che di fatto tratteggia la visione aziendale sul tema e il modello organizzativo formalizzato (e ancora emergente, in parte), negli ultimi anni sono state avviate proattivamente progettualità sperimentali fondate sulla telemedicina e sulla sua applicazione in setting assistenziali diversi.

La più significativa e innovativa applicazione è il progetto «Ospedale virtuale», che permette la gestione al domicilio di pazienti che hanno esaurito la fase acuta del loro ricovero oppure sono stati intercettati in altri setting assistenziali tramite apposite scale di valutazione e possono beneficiare di un monitoraggio che prevenga eventuali complicanze e riduca accessi a setting inappropriati. Tale iniziativa costituisce un'evoluzione dell'esperienza accumulata in pneumologia durante il Covid-19 e di una precedente progettualità aziendale, «Curare@casa», nata come progetto di presa in carico di pazienti fragili in dimissione dai reparti di geriatria, pneumologia e neurologia e successivamente finanziata anche con fondi regionali. L'«Ospedale virtuale» prevede la collocazione del paziente in quella che è definita corsia virtuale e la consegna di dispositivi che permettono il telemonitoraggio coordinato dalla Centrale Operativa Aziendale, che controlla quotidianamente i dati, verifica e valida quelli eventualmente non conformi e attiva i servizi territoriali o di telemedicina necessari per la presa in carico del singolo. Il progetto ha incontrato l'interesse di molte UOC aziendali che si stanno progressivamente unendo all'iniziativa, pur con alcuni vincoli che limitano l'adesione delle discipline che necessiterebbero di strumentazioni che l'Azienda al momento non può garantire. L'ospedale virtuale conta attualmente un totale di circa 100 PL, con modelli organizzativi parzialmente diversi per le diverse discipline aziendali coinvolte. Nel caso della geriatria¹², ad esempio, i canali di alimentazione della corsia virtuale sono molteplici: oltre allo *step-down* dal ricovero ospedaliero, altri possibili vie di accesso sono il pronto soccorso, il setting ambulatoriale, la segnalazione da parte del MMG oppure l'invio da parte del Centro di disturbi per la memoria aziendale¹³. Inoltre, alla gestione della corsia virtuale di geriatria è stato

¹² Si tratta della disciplina che, dall'avvio della progettualità, ha preso in carico il numero maggiore di pazienti, pari a circa 140 a luglio 2023.

¹³ Anche la geriatria del Sant'Eugenio aveva inizialmente immaginato di usare la corsia virtuale principalmente come *step-down* dal reparto per acuti per ridurre la degenza media e favorire una maggiore rotazione dei PL. Dopo la pandemia si è registrato un consistente aggravamento delle patologie, che ha modificato il *case mix* e reso inleggibile alla corsia virtuale una parte

assegnato un team ospedaliero dedicato che viene supportato dalla Centrale Operativa per il controllo dei dati, l'invio degli alert e per eventuali interventi al domicilio del paziente. Il team ospedaliero invece si occupa personalmente del giro virtuale del reparto e del presidio della relazione con i pazienti, coerentemente con l'obiettivo di replicare il supporto garantito nel mondo reale anche per i pazienti della corsia virtuale.

Prestazioni di telemedicina sono previste anche nell'ambito del progetto MOVE-Digital, che si avvale della collaborazione del Politecnico di Milano per ridefinire alcuni processi organizzativi di carattere interaziendale. Nello specifico, il progetto pilota in corso ha l'obiettivo di mettere in rete ASL Roma 2, Policlinico Tor Vergata e Policlinico Universitario Campus Bio-Medico per la gestione delle pazienti con tumore della mammella o di quelli con sclerosi multipla, con l'obiettivo di standardizzare la presa in carico, utilizzare una piattaforma per scambiare informazioni relative al loro stato di salute, condividere le richieste di intervento negli ambiti di attività in cui ciascuna organizzazione è più carente, oltre a implementare prestazioni di televisita e teleconsulto per pazienti in terapia cronica o in follow-up dopo più di 5 anni dalla diagnosi¹⁴. Con il progetto «Liberi@mo la Salute», invece, sono state introdotte prestazioni di teleconsulto e telemonitoraggio per i detenuti del carcere di Rebibbia, grazie al supporto degli specialisti ambulatoriali del territorio e del Presidio Ospedaliero Sandro Pertini. Il sistema si basa su una piattaforma informatica omogenea e una cartella digitale ambulatoriale. Ulteriori prestazioni di telemedicina sono erogate dall'Azienda con la telerefertazione di ECG eseguiti dagli infermieri al domicilio del paziente.

In altri casi, invece, l'ASL Roma 2 sta privilegiando il tema della presa in carico digitale dei pazienti tramite lo sviluppo di piattaforme di condivisione tempestiva dei dati, con la possibilità di innestare successivamente alcune prestazioni di telemedicina. È questo ad esempio il caso della piattaforma «Per Te», che ha l'obiettivo di garantire la presa in carico olistica di soggetti cronici tramite piani individuali di sintesi che permettano la gestione della multi-cronicità e la responsabilizzazione diretta dei MMG, che hanno visione dell'intero percorso del paziente. Il progetto, dopo una fase pilota che ha visto il coinvolgimento di circa 30 MMG e l'arruolamento di pazienti con BPCO e diabete, è ora in fase di estensione sul territorio e nel prossimo futuro coinvolgerà anche assistiti con scompenso cardiaco. In questo contesto, nell'ambito di un modello di presa in carico digitale, la televisita potrebbe essere utilizzata per il controllo periodico dell'andamento clinico del paziente, mentre l'integrazione con la Centrale Ope-

cospicua dei pazienti ricoverati in reparto, spingendo all'identificazione di ulteriori canali di alimentazione.

¹⁴ In seno alla progettualità descritta, è stato ideato anche un percorso di telemonitoraggio integrato per i pazienti fragili dimessi dalle Unità Operative dei Centri MOVE-D che vede come fulcro del processo la supervisione da parte della Centrale Operativa della ASL Roma 2.

rativa di telemonitoraggio potrebbe garantire l'osservazione tempestiva del dato e l'attivazione del professionista competente. Un'ulteriore piattaforma dedicata a pazienti con scompenso cardiaco e cardiopatie ischemiche è in fase di sviluppo, nell'ambito di una collaborazione con Regione Lazio tesa ad abbattere la mortalità nelle malattie cardio-cerebrovascolari. La piattaforma si baserà in una prima fase su dati di natura amministrativa ma prevede come obiettivo di lungo termine l'integrazione anche di dati di natura clinico-strumentale e di quelli relativi alle tecniche omiche, secondo il paradigma dei Big Data. Nell'attività sono coinvolte competenze multidisciplinari, tutte interne all'ASL Roma 2, che si avvalgono della collaborazione del Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio. Infine, è in fase di avvio un ambulatorio delle cronicità pensato per gli assistiti dei 32 MMG che operano tramite le Unità di Cure Primarie (UCP) presso la Casa della Salute di Torrenova situata nel Distretto 6. L'ambulatorio ha tre coorti di pazienti target (*frequent-user* ospedalieri e del PS, pazienti arruolati in un PDTA e assistiti in carico all'assistenza domiciliare) e l'obiettivo di prevenire eventuali ricoveri o accessi inappropriati al PS, anche con il supporto di una piattaforma informatica dedicata che consente di condividere all'interno dell'equipe multi-disciplinare dati di attività e un profilo di sintesi relativo a ciascun paziente arruolato a seguito della firma di un apposito consenso.

Nel processo di consolidamento organizzativo della telemedicina nell'ASL Roma 2, restano da definire il modello e la configurazione organizzativa che l'Azienda vorrà attribuire al CS, attualmente non istituito formalmente, sebbene i sistemi informativi garantiscano la continuità nella disponibilità delle tecnologie e la risoluzione degli eventuali problemi tecnici degli applicativi. Ulteriori sfide che possono limitare la portata dell'innovazione, specialmente per un'azienda che decide consapevolmente di posizionarsi sulla frontiera dell'innovazione, sono quelle associate ai ritardi nell'aggiornamento del quadro regolamentare, che ad esempio limitano la possibilità di rendicontare alcune delle attività erogate e associarle a un setting idoneo di erogazione.

12.4.3 Regione Lombardia e ASST Fatebenefratelli Sacco

Regione Lombardia, in prima linea nella progettazione e realizzazione delle gare nazionali sulla telemedicina, si caratterizza per un contesto locale piuttosto dinamico, seppur altamente frammentato e disomogeneo, con iniziative avviate spesso da singole aziende, discipline o talvolta anche singoli professionisti. La Regione, guidata dalla Unità Organizzativa Sistemi Informativi e Sanità Digitale della Direzione Generale Welfare, ha raccolto sistematicamente informazioni circa le esperienze avviate da tutte le ATS e ASST e sottolinea l'importanza di molte iniziative, seppur non ancora sistematizzate, in parte per la mancanza di strumenti tecnologici validati e condivisi, in parte per la limitata adesione ai progetti anche all'interno delle aziende più innovative.

In Lombardia numerose esperienze di telemedicina si sono sviluppate senza delle vere piattaforme informatiche, ma piuttosto con dei «kit» strumentali, sviluppati in periodo emergenziale e utilizzabili per esperienze estemporanee, principalmente nelle televisite e in via residuale nei servizi di telemonitoraggio. Solo alcune aziende hanno adottato soluzioni tecniche organiche riconducibili ad una piattaforma strutturata per la telemedicina, capace di integrarsi con la complessa infrastruttura informatica di un ospedale: è il caso della soluzione Cod20, sviluppata dall'Università di Milano e poi adottata dall'ASST Fatebenefratelli Sacco e dalla ASST Valtellina, e di una soluzione simile a Cod20 sviluppata in collaborazione con Reply e adottata dall'Ospedale Besta. Altre aziende, come l'ASST Bergamo Est, con un approccio più organizzativo hanno immaginato ex ante un modello di collaborazione tra la Direzione strategica, il team aziendale di telemedicina incaricato ad hoc, e gruppi di lavoro autonomi, multiprofessionali e trasversali all'organizzazione. Pur riconoscendo il valore accumulato in queste esperienze, la Regione intende sviluppare a livello centrale la nuova infrastruttura software per la telemedicina, con l'obiettivo di avere un'unica piattaforma che diventi un ambiente di lavoro digitale, moderno e inclusivo. La nuova piattaforma non si sostituirà a quelle che hanno dimostrato la loro efficacia, ma piuttosto le integrerà nel nuovo ambiente, mentre diverrà una dotazione standard anche per quelle aziende che fino ad oggi non hanno sviluppato servizi di telemedicina, ma hanno già manifestato l'interesse e l'impegno ad attivare le varie tipologie di servizi possibili.

Oltre allo sviluppo infrastrutturale, la Regione intende supportare l'ampliamento dei servizi offerti in regime di telemedicina diffondendo, insieme alle televisite, anche teleconsulti, attività di assistenza e monitoraggio, oltre che nuove forme di collaborazione inter-professionale abilitate dal digitale. Un esempio potrebbe riguardare l'interazione tra MMG e specialisti su target definiti di pazienti, al fine di aumentare tanto l'appropriatezza quanto l'efficienza dei percorsi di cura. Ad oggi, il POR per la telemedicina rappresenta l'unico tentativo esplicito di programmare l'erogazione e la gestione dei servizi a distanza, in termini di volumi e patologie target, ma non vi sono sufficienti informazioni circa il modello organizzativo che avrebbe dovuto essere finalizzato entro il 30 giugno 2023. I referenti regionali sottolineano che, date le complessità e le forti differenze locali, difficilmente potrà essere sviluppato un CS centralizzato, privilegiando piuttosto un modello decentrato a livello aziendale. I progetti di digitalizzazione in essere presso Regione Lombardia sono quasi sempre d'ispirazione tecnica, ma si stanno sviluppando con un approccio fortemente inclusivo verso le aziende pubbliche e il territorio, con tavoli di lavoro formalizzati o in via di formalizzazione con le direzioni strategiche di tutte le ASST, i direttori socio-sanitari, i MMG, avvalendosi più recentemente anche del confronto con i principali gruppi privati accreditati operanti in regione.

Si sottolinea come lo sviluppo della telemedicina rappresenti per Regione

Lombardia uno dei capitoli prioritari della visione generale sulla digitalizzazione della sanità regionale, oltre che essere intrinsecamente connesso a tutte le iniziative di sanità digitale, nazionali e locali, quali il progetto nazionale del FSE, le gare per il rinnovamento dei sistemi informativi ospedalieri, l'omogeneizzazione delle cartelle cliniche elettroniche e infine il disegno e la realizzazione del primo sistema di gestione digitale del territorio SGDT, che ha l'obiettivo di sviluppare e offrire strumenti digitali ai differenti professionisti che operano nel territorio.

Tra le aziende regionali, l'ASST Fatebenefratelli Sacco vanta una delle esperienze più mature di sviluppo e adozione di una piattaforma di telemedicina in Lombardia. L'Azienda, articolata in quattro presidi, già prima della pandemia aveva avviato alcune sperimentazioni guidate da medici in ambito pediatrico presso l'Ospedale Buzzi. È nel 2020, però, che è avvenuto il salto di paradigma con la volontà di estendere, a tutta l'azienda e a tutti i professionisti, gli strumenti necessari ad offrire servizi di telemedicina, dotandosi quindi di una piattaforma ad hoc. L'avvio della telemedicina presso la ASST è riconducibile in particolare alla richiesta da parte dell'Ospedale Sacco, primo Covid hospital italiano, di attivare un servizio di telesorveglianza per pazienti Covid-19 dopo la dimissione. Per questa ragione fu sviluppata la prima piattaforma, denominata Cod19. Successivamente, la necessità di avere altre funzionalità per gestire le prenotazioni o per erogare una visita e raccogliere dati anamnestici, oltre che per preparare digitalmente un referto, ha portato allo sviluppo della già citata Cod20. Con la piattaforma, tutte le informazioni raccolte e scambiate tra medico e paziente vengono registrate in un cosiddetto «cassetto del cittadino», l'equivalente informatico di una cartellina contenente la storia clinica che il paziente porta dal proprio medico. Si tratta di uno strumento di scambio sicuro, che rispetta i requisiti di privacy e permette l'interscambio di informazioni medico-paziente, similmente ad altre soluzioni disponibili sul mercato ma ad oggi ancora scarsamente diffuse negli ospedali della Regione. La piattaforma, inizialmente a sé stante, è stata poi integrata con il CUP aziendale, che a sua volta fa da tramite con altre componenti aziendali e anche con i canali esterni, come PagoPA. Ciò ha reso la piattaforma di telemedicina parte integrante del sistema informativo aziendale. All'atto della prenotazione di una visita, l'operatore accede all'agenda e indica con un *flag* se il singolo appuntamento sarà in presenza o telemedicina. Nel secondo caso, il paziente riceve via SMS un link per connettersi alla televisita e non è necessaria un'applicazione; dopo la visita, tutte le informazioni prodotte migrano automaticamente in Cod20, facendo sì che la prenotazione e il referto siano registrati all'interno del cassetto. Solo la refertazione della visita non avviene direttamente in Cod20, ma sulle piattaforme in uso nei diversi presidi aziendali (Galileo, Aurora, Mystar, Evisit, Whospital).

I volumi di televisite e il relativo trend confermano la volontà di stabilizzare il servizio: ad oggi tutte le specialità fanno infatti uso della piattaforma, anche se con frequenza differente. Valutando complessivamente l'attività di tutti i presidi aziendali, si nota come le discipline e i servizi che si avvalgono maggiormente dei servizi di telemedicina sono la neuropsichiatria e i consultori, per lo svolgimento delle attività di mediazione familiare e consulenza sul territorio. All'Ospedale Buzzi sono state erogate quasi 2.000 televisite anestesologiche pre-intervento nel triennio 2020–2023; 657 per la neurologia pediatrica; 666 per la psicologia clinica perinatale, e oltre 400 per la nutrizione pediatrica. Al Sacco, circa 950 visite psichiatriche e 592 visite di logopedia; al Fatebenefratelli, nello stesso triennio, 426 visite di neurologia pediatrica.

Oltre all'erogazione delle televisite, la piattaforma Cod20 è utilizzata per i teleconsulti tra gli specialisti, sia all'interno dello stesso servizio che tra diversi servizi e talvolta tra diverse aziende ospedaliere, come ad esempio tra ASST Fatebenefratelli Sacco e ASST Niguarda. L'utilizzo della piattaforma Cod20 è inoltre previsto anche in ambito sperimentale¹⁵.

Nell'emergenza sanitaria ad occuparsi di Cod19 e di Cod20 è stata, soprattutto in una prospettiva IT, la responsabile del CUP e della gestione delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, su incarico e con il supporto della Direzione Sanitaria. Il 1° novembre 2020 è stata prodotta un'istruzione operativa aziendale da parte della direzione sanitaria per dettagliare le modalità di gestione del paziente ambulatoriale in telemedicina, che ha precisato le modalità operative di utilizzo degli strumenti digitali, una matrice di responsabilità sul processo, oltre che i possibili ambiti di applicazione delle televisite¹⁶.

I medici hanno reagito positivamente all'introduzione della piattaforma, talvolta con preoccupazioni legate alla percezione che potesse allungare e rallentare i processi. Si è invece dimostrata uno strumento flessibile, semplice e personalizzabile anche in base alle esigenze dei singoli. Nel 2021 è stato assegnato ai direttori di struttura complessa anche un target di televisite (in termini percentuali), raggiunto però in modo difforme.

¹⁵ Tra le sperimentazioni più efficaci, se ne segnalano in particolare due: i) quella relativa alla riabilitazione del ginocchio, per la quale il paziente veniva dimesso con una valigetta contenente un kit per la teleriabilitazione (una ginocchiera, che trasmetteva i segnali di movimento del paziente al fisioterapista, e una webcam per guidare il paziente nell'esecuzione dei movimenti); ii) il monitoraggio del soffio al cuore congenito nei bambini, nella cardiologia pediatrica, con lettura diretta da parte del cardiologo dell'Ospedale Vittore Buzzi dell'ECG eseguito all'interno dell'ambulatorio del pediatra di famiglia, nonché la possibilità di auscultare il paziente direttamente tramite il device del pediatra, con conseguente refertazione completa in ospedale senza che il bambino abbia fatto accesso in struttura.

¹⁶ Si tratta di visite di controllo o follow up, aggiornamento dei piani terapeutici, valutazioni anamnestiche per la prescrizione di esami diagnostici o stadiazione di patologia nota o sospetta, spiegazione da parte del medico degli esiti di esami diagnostici o stadiazione effettuati, e infine riabilitazione.

Dopo la pandemia è stato confermato l'interesse dell'Azienda circa il mantenimento dei servizi, ma non è stata formalizzata un'unità organizzativa, o un'altra forma di responsabilità, ad hoc sulla telemedicina.

Al momento il team che gestisce (in back office) la telemedicina opera per lo più informalmente e include, oltre alla responsabile del CUP, un ingegnere deputato alle configurazioni sulla piattaforma e al supporto tecnico a medici, infermieri e pazienti. Esiste un monitoraggio sui volumi, ma non sulle modalità di erogazione del servizio. A questo proposito i referenti aziendali testimoniano l'emergere di alcune tensioni da parte di chi supervisiona il servizio, con la necessità di rafforzare i sistemi di monitoraggio e controllo delle attività di telemedicina. La stessa responsabile del CUP racconta come, seppur abbia sviluppato competenze specifiche sulla telemedicina e in particolare sulla televisita, non sia sostenibile occuparsi anche della gestione attiva del servizio, delle sue evoluzioni o della formazione dei medici.

12.4.4 Regione Puglia e ASL di Taranto

La strategia di telemedicina regionale si incardina nel modello Care 3.0 di Regione Puglia¹⁷, basato sulla presa in carico del paziente cronico nell'ambito delle cure primarie, secondo il Chronic Care Model. L'obiettivo principale del progetto è il mantenimento in buona salute della popolazione, attraverso un processo di riorganizzazione articolato su tre presupposti principali: i) ridefinizione del sistema di relazioni tra i vari attori, all'interno del sistema territoriale e tra il sistema territoriale e la rete ospedaliera; ii) messa a punto dei modelli organizzativi e funzionali attraverso i quali definire le modalità di risposta da assicurare ai cittadini, anche attraverso la telemedicina; iii) implementazione di idonei meccanismi di valutazione. Inoltre, per l'implementazione dei modelli di cura proposti, appare imprescindibile lo sviluppo di un sistema di gestione informatico-informativo che consenta di effettuare e monitorare il reclutamento dei pazienti, l'adesione al percorso di cura programmato, favorendo l'organizzazione della presa in carico e la valutazione delle performance del processo.

La Puglia, assieme alla Lombardia, è stata individuata come regione apripista per lo sviluppo delle piattaforme nazionali di telemedicina, e in modo specifico per l'acquisizione delle postazioni di lavoro. Una sfida e insieme un riconoscimento al lavoro che in Puglia si sta realizzando nell'ambito della sanità digitale dove di recente è nata COREHealth, la prima Centrale regionale operativa di telemedicina delle cronicità e delle reti cliniche sviluppata dall'AReSS – Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale.

¹⁷ D.G.R. Puglia del 30 ottobre 2018, n. 1935: Modello di gestione del paziente cronico «Puglia Care».

Nell'ambito dell'organizzazione a matrice di AReSS, tra le aree di direzione strategica rientra anche quella eHealth¹⁸. Nell'ambito di quest'area e del servizio transizione digitale e privacy, troviamo la Centrale COREHealth, che opera in collaborazione con l'AOU Policlinico di Bari – Giovanni XXIII sia per la componente sanitaria necessaria all'erogazione delle prestazioni sia per l'ospitalità logistica della componente operativa e tecnologica. Attualmente la Centrale conta, in termini di personale, il direttore dell'area eHealth, un dirigente analista, due tecnici informatici e un collaboratore amministrativo. Inoltre, si prevede l'assunzione anche di un responsabile della Centrale. La Centrale costituisce un importante strumento innovativo dei processi di cura dei pazienti permettendo una maggiore equità di accesso all'assistenza sanitaria, garantendo al contempo continuità delle cure e una migliore qualità dell'assistenza. La Centrale assume il ruolo di *server provider*, mettendo a disposizione tecnologie e servizi correlati (ad es. il servizio di continuità tecnica, i servizi di formazione, etc.) ma lasciando l'erogazione dei servizi sanitari in capo ai clinici coinvolti nelle diverse progettualità e quindi alle rispettive Asl. Il modello organizzativo regionale risulta coerente con quanto previsto nell'ambito dell'investimento del PNRR relativo alla telemedicina e si prevede un suo sviluppo ulteriore per garantire l'interoperabilità con i nuovi strumenti a disposizione (es. COT, CUP, firma digitale, etc.).

Più nel dettaglio la COREHealth mette a disposizione del team di cura una piattaforma cloud (di back office) per la gestione telematica dei propri pazienti offrendo tutti i principali servizi di telemedicina, oltre a servizi digitalizzati per la presa in carico, la personalizzazione e gestione dei piani di cura dei pazienti e alla gestione logistica dei kit di dispositivi medici. Il team medico, in base alla specifica esigenza, fornisce al paziente il kit (tablet, saturimetro, multiparametrico, bilancia, etc.) finalizzati alla rilevazione e al monitoraggio in tempo reale dei parametri salienti. Qualora questi non risultino nella norma, scatta un sistema automatico di allarmistica che conduce a intervenire immediatamente. Un'applicazione, disponibile per Android e iOS, permette al paziente di restare in contatto col proprio medico specialista e con il caregiver tramite videochiamate e chat, di consultare l'agenda delle televisite programmate col proprio team di cura, di visualizzare il proprio piano terapeutico e l'inserimento dei parametri vitali che vengono comunicati al medico in tempo reale; favo-

¹⁸ Le altre aree di direzione strategica sono: Epidemiologia e care intelligence; Valutazione e ricerca; Innovazione di sistema e qualità. Tali aree si integrano in logica matriciale con l'area Direzione amministrativa, che assicura l'integrazione tra le aree, supportandole nelle diverse attività. Le aree di direzione strategica e le strutture speciali di progetto supportano la Direzione nelle attività dell'Agenzia, mentre l'area Direzione amministrativa, la Segreteria e il Servizio transizione digitale e privacy contribuiscono all'esercizio delle funzioni dell'ente. Tutte le aree sono a loro volta articolate in Servizi, strutture semplici in cui si concentrano competenze professionali, risorse umane e tecnologiche, finalizzate allo svolgimento delle funzioni dell'Agenzia.

risce, inoltre, la misurazione della *compliance* al percorso di cura (assunzione di farmaci, stile di vita).

La Centrale ha attivato il primo progetto a giugno 2022, nell'ambito delle pazienti con tumore al seno. Nell'ambito del progetto regionale sono state attivate due linee assistenziali stabili per tumore del seno rispettivamente su 10 Breast Unit¹⁹ e su 18 Centri di Orientamento Oncologici²⁰. Ad oggi sono stati arruolati nella piattaforma un totale di 11.373 pazienti²¹. La piattaforma costituisce un ambiente virtuale che permette la creazione di team multidisciplinari, dislocati su parti diverse del territorio, che operano secondo PDTA standard condivisi. Attualmente la Centrale opera nella rete oncologica, ematologica, in quella delle malattie rare e in alcune esperienze di cronicità sul territorio. Le patologie su cui intervenire sono state identificate a livello regionale in accordo con il modello di gestione del paziente cronico «Puglia Care». Le linee di produzione con volumi rilevanti, come quella oncologica, sono state implementate secondo logiche top-down. Esistono anche esperienze di telemedicina implementate su spinta aziendale che vengono poi supportate da COREHealth; tuttavia, queste risultano implementate su scala ridotta.

Il principale ostacolo alla diffusione di questa tecnologia su più linee di produzione risulta quello finanziario: non l'investimento tecnologico che viene fatto *una tantum* quanto piuttosto i costi per le attività di formazione dei nuovi nodi clinici che entrano a far parte della rete, fondamentale per alimentare il cambiamento dei modelli organizzativi.

Nonostante quella relativa alla telemedicina sia una progettualità principalmente sviluppata sul piano regionale in Puglia, su questa si innestano interessanti linee sperimentali a livello aziendale. Nella ASL di Taranto, ad esempio, la telemedicina è incoraggiata dalla Direzione che ne riconosce le potenzialità sia per quanto riguarda la riduzione delle liste di attesa per le visite di controllo che per limitare gli accessi inappropriati in PS. La telemedicina non è stata declinata formalmente nei documenti strategici; tuttavia, le prestazioni sono rendicontate in sede di controllo di gestione: la telemedicina è obiettivo sia per i direttori di area medica che per i direttori di distretto, sebbene non venga fornito un target quantitativo. In Direzione si tiene quindi traccia delle prestazioni di telemedicina svolte ma senza prevedere meccanismi premianti specifici. Ad oggi, non è stato formalizzato un modello organizzativo strutturato per l'implementazione della telemedicina ma si è provveduto all'identificazione di

¹⁹ Appartenenti a cinque ASL, due Policlinici Universitari pubblici, un IRCCS pubblico e due enti ecclesiastici privati.

²⁰ Appartenenti a sei ASL, due Policlinici Universitari pubblici, due IRCCS pubblici e tre enti ecclesiastici privati.

²¹ Il dato fa riferimento a ottobre 2023. Il numero è in continuo aumento in quanto vengono arruolati tra i 200 e i 300 pazienti a settimana.

un referente aziendale, in seno alla Direzione Sanitaria, come richiesto dal livello regionale durante il periodo emergenziale Covid-19. Allo stesso modo, sono assenti specifici meccanismi di *change management* per favorire l'implementazione e l'effettiva erogazione di prestazioni di telemedicina.

La ASL di Taranto ha avviato diverse esperienze di telemedicina, anche prima della pandemia, attraverso la creazione di gruppi di collaborazione tra pari senza prevedere alcun incarico organizzativo formalizzato né forma di riconoscimento monetario. I progetti aziendali sono stati indirizzati alla realtà ospedaliera in rapporto con il territorio, alle esigenze assistenziali di pazienti reclusi o residenti in aree rurali. I criteri clinici sono stati strutturati seguendo i bisogni assistenziali della popolazione in trattamento cronico. L'adesione ai progetti è avvenuta su base volontaria sia da parte dei clinici che dei pazienti. Negli anni, sono state attivate alcune prestazioni di telemedicina in ambito di BPCO, scompenso cardiaco, diabete ed ipertensione, in coerenza con quanto individuato dal modello regionale di gestione del paziente cronico «Puglia Care 3.0». Inoltre, nel 2022, la Breast Unit della ASL di Taranto ha aderito al primo progetto di telemedicina avviato dalla centrale COREHealth e destinato a pazienti con tumore al seno. Sono state attivate due ulteriori progettualità su spinta della Direzione Aziendale: quella della medicina rurale e quella della casa circondariale. Entrambe le esperienze si distinguono per il tentativo di innovare specifici segmenti della presa in carico, anche se per il momento contano su volumi limitati di pazienti.

Partendo dall'iniziativa della medicina rurale, questa nasce nell'ambito del Distretto 1 di Ginosa e del Distretto 5 di Martina Franca, proprio per le caratteristiche di questi territori difficilmente raggiungibili dai MMG. In questo contesto, il telemonitoraggio diventa essenziale per monitorare i pazienti cronici e filtrare gli accessi, intervenendo solo quando realmente necessario. Sebbene l'iniziativa sia partita su spinta locale, i kit di telemonitoraggio sono forniti da COREHealth e permettono di rilevare diversi parametri²². A distribuire i kit ai pazienti è un'equipe della ASL che è stata opportunamente formata con il supporto regionale. Il controllo dei valori monitorati è affidato al MMG che quindi può valutare in quali casi sia necessario recarsi al domicilio dell'assistito. Per un eventuale ampliamento dell'iniziativa su più larga scala sarebbe necessario reperire un maggior numero di kit per il monitoraggio e raccogliere la disponibilità dei clinici ad aderire alla progettualità²³.

L'iniziativa della casa circondariale, invece, nasce durante il Covid dall'esigenza di prestare assistenza in un contesto di difficile gestione dei focolai (non

²² Tra questi rientrano ECG e l'analisi dell'ematocrito (HTC), oltre ad essere possibile performare alcune tipologie di emogasanalisi.

²³ Attualmente nel Distretto 1 hanno aderito al progetto tre MMG per un totale di cinque pazienti monitorati, mentre nel Distretto 5 si conta un MMG per un totale di sei pazienti arruolati.

avendo possibilità di isolamento dei detenuti) e di accesso limitato per i soggetti provenienti dall'esterno. Il progetto consiste nella creazione di un ambulatorio da remoto all'interno del carcere e ha coinvolto circa 100 detenuti con malattie croniche. Il personale infermieristico provvedeva al monitoraggio dei parametri critici indicati dai medici specialisti dopo la visita in presenza, grazie alla distribuzione di dispositivi *ad hoc*. I parametri visualizzati sulla piattaforma di monitoraggio, interna alla casa circondariale, guidavano gli specialisti territoriali verso una nuova valutazione del paziente o a una consulenza con gli specialisti ospedalieri attraverso la piattaforma virtuale.

In prospettiva futura, vengono riportati quali principali ostacoli all'implementazione di nuove iniziative di telemedicina o all'ampliamento di quelle già esistenti il cambiamento culturale necessario da parte degli erogatori di prestazioni sanitarie, che talvolta faticano a intravedere il valore aggiunto di queste iniziative, oltre alla carenza di finanziamenti e di formalizzazione delle attività che può sfociare in un mancato riconoscimento degli sforzi compiuti.

12.4.5 Regione Veneto e ULSS 2 Marca Trevigiana

Storicamente, la diffusione della telemedicina in Regione Veneto è avvenuta in modo eterogeneo nelle diverse ULSS, talvolta guidata dall'entusiasmo e dall'intuizione dei singoli clinici. Soltanto dopo la pandemia, e in particolare nel 2023, la Regione ha approcciato gli sviluppi della telemedicina con una visione sistemica, ricercando un coordinamento tra le aziende sanitarie. Nello specifico, la Regione ha istituito, nell'ambito dell'Unità di coordinamento PNRR Sanità e Sociale, il cantiere di lavoro su COT e telemedicina, costituendo un gruppo di lavoro trasversale e multi-professionale tra i diversi attori del SSR (clinici, tecnici e dirigenti aziendali e regionali). La finalità per cui il tavolo è stato creato e affiancato da Azienda Zero e Arsenal.it, il centro di competenza regionale nel settore delle soluzioni ICT per la sanità, è quella di indentificare un modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina, delineato poi nella DGR n. 775 del 27 giugno 2023.

La Regione Veneto, recependo le indicazioni nazionali relative alla telemedicina nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 (L.R. n. 48/2018), riconosce che i servizi di telemedicina devono essere strutturati nella rete dei servizi al cittadino, nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure e a migliorare la qualità della vita dei pazienti²⁴. In prospettiva, la piattaforma di telemedicina sarà

²⁴ Il potenziamento e l'adeguamento dei percorsi e degli strumenti di telemedicina annovera tra i suoi obiettivi il facilitare la presa in carico, acuta e cronica, da parte del sistema sanitario regionale con particolare attenzione alle cure territoriali, al fine di favorire la deospedalizzazione e potenziare e migliorare la qualità delle cure di prossimità.

unica a livello regionale, connessa con i sistemi informativi regionali e prevedrà la gestione e l'offerta, attraverso la connessione con il Centro Servizi ed i diversi erogatori, dei servizi di telemedicina secondo le specifiche nazionali. Nello specifico, sarà Azienda Zero a rivestire il ruolo di Centro Servizi regionale, anche mediante gara di affidamento a terzi. Al fine di consentire che il processo di sviluppo e adozione della piattaforma di telemedicina sia coordinato ed il più omogeneo possibile, si prevede di effettuare una pianificazione sulla base dei carichi di lavoro e delle specificità aziendali. La Regione monitorerà lo stato di avanzamento sulla base di una pianificazione concordata con Azienda Zero e i soggetti coinvolti, raccogliendo periodicamente informazioni relative allo stato di implementazione della piattaforma. Una volta implementati i servizi, Azienda Zero si occuperà di monitorare il loro impiego effettivo attraverso appositi strumenti di analisi. Qualora da tale monitoraggio dovessero emergere delle criticità, sarà cura di Azienda Zero riportarle tempestivamente all'amministrazione regionale che potrà quindi attivare azioni e piani di miglioramento.

Il processo di condivisione e coinvolgimento delle ULSS rispetto al nuovo modello organizzativo e ai possibili strumenti è stato riavviato a febbraio 2023 con alcuni incontri di presentazione di una possibile nuova piattaforma unica agli attori rilevanti, tra cui i clinici, i responsabili dei sistemi informativi aziendali e la funzione territoriale, oltre che con incontri di formazione e discussione di alcune esperienze avviate negli anni passati in Regione. Questi incontri di condivisione hanno permesso di raccogliere suggerimenti e informazioni puntuali circa i fabbisogni aziendali e le criticità attese. Inoltre, questo processo di condivisione ha contribuito alla creazione del consenso da parte delle ULSS che rimangono i soggetti attuatori ultimi in questo campo.

Tra le diverse sperimentazioni attivate a livello aziendale, quelle della ULSS3 Serenissima e della ULSS7 Pedemontana sono state attenzionate più volte, anche all'interno del gruppo di lavoro regionale, per i loro elementi di novità: nel primo caso per via di forti collaborazioni con partner privati che hanno permesso di mettere a disposizione dei clinici, per un arco temporale definito, una piattaforma di erogazione delle televisite; nel secondo caso per il ruolo delle farmacie dei servizi come luogo di erogazione dei servizi di teleassistenza e televisita.

Le due esperienze, seppur ricche e significative per le lezioni apprese, rappresentano tuttavia soluzioni sperimentali ad oggi non routinizzate. L'approfondimento è stato realizzato sull'ULSS 2 Marca Trevigiana, presso la quale durante il periodo di pandemia è stato fatto ampio ricorso alla telemedicina per garantire l'accesso alle prestazioni non procrastinabili e la continuità all'assistenza. In particolare, si è fatto ricorso alla telemedicina per pazienti già noti, con patologie stabili dal punto di vista clinico, e che dovessero effettuare visite

di controllo, visione esami e rinnovo dei piani terapeutici. Sono state erogate prestazioni di televisita, teleassistenza e telemonitoraggio nell'ambito di numerose discipline²⁵. In particolare, durante il 2021 e il 2022 sono state erogate rispettivamente 1.352 e 1.247 prestazioni in telemedicina principalmente riconducibili ad attività di telemonitoraggio (67%), televisite di controllo (22%) e visite di teleriabilitazione (7%)²⁶.

La Direzione Aziendale aveva già identificato l'implementazione della telemedicina come obiettivo strategico, ma tale esigenza si è fatta ancora più pressante con il sopraggiungere del Covid. La Direzione Sanitaria, con l'ausilio del CUP manager e dei sistemi informativi, è stata incaricata di stendere delle linee guida aziendali, adottate poi a maggio 2020, al fine di predisporre un modello di governance condiviso e una metodologia standardizzata per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, consolidando le esperienze già in essere e favorendone di nuove. Il processo di condivisione della strategia è stato graduale, partendo dai *champions*, ovvero i clinici considerati innovatori in questo campo. A seguire sono stati convocati tutti i primari delle diverse unità operative per valutare congiuntamente la fattibilità di applicazione di queste procedure anche nelle loro discipline. Nelle linee guida operative per la telemedicina che sono state prodotte, vengono esplicitate in modo dettagliato le procedure di reclutamento (generalmente la selezione dei pazienti eleggibili viene delegata allo specialista che valuta sia i bisogni clinici che la *digital literacy* del candidato), le attività preparatorie (raccolta consenso informato e indirizzo email, verifica degli ausili tecnologici a disposizione, etc.), le modalità di contatto con il paziente, il personale ULSS coinvolto nella prestazione con vari ruoli, le buone pratiche, l'iter, la documentazione e le referenze delle unità cliniche coinvolte.

Anche dopo la pandemia la telemedicina è rimasta centrale nella strategia aziendale ed è parte integrante del Piano della performance 2022-2023. L'Azienda, infatti, intende proseguire nello sviluppo della telemedicina in quanto permette un ottimale e più razionale utilizzo delle risorse e fornisce assistenza sanitaria abbattendo i limiti della distanza, arrivando anche in aree periferiche. Gli ambiti di sviluppo della telemedicina identificati per il prossimo triennio sono: i) migliorare il coinvolgimento di MMG/PLS durante le unità di valutazione multidisciplinare e nell'elaborazione dei progetti perso-

²⁵ Le principali sono state endocrinologia, medicina interna, neurologia, cardiologia, oncologia, malattie endocrine del ricambio e della nutrizione, pneumologia, reumatologia, psichiatria, dermatologia, vulnologia. Anche sul fronte della teleriabilitazione ci sono state diverse iniziative. In particolare, sono state effettuate delle televisite fisiatriche per la prescrizione di ausili e valutazioni protesiche (circa 10 alla settimana nel periodo pandemico) ed è stata attivata la teleriabilitazione logopedica individuale (circa 5 sedute settimanali disponibili).

²⁶ Rieducazione funzionale attiva e/o passiva per patologia semplice e complessa e riabilitazione logopedica individuale.

nalizzati per i pazienti; ii) introdurre l'esecuzione degli ECG a domicilio, nelle strutture intermedie e nelle Medicine di Gruppo Integrate organizzando la refertazione da remoto e coinvolgendo le UOC di cardiologia di riferimento; iii) sperimentare l'utilizzo di una app che utilizzi la telemedicina per le consulenze da parte dei referenti ospedalieri sulle lesioni cutanee gestite a domicilio dagli infermieri e dai medici delle cure domiciliari nel distretto di Pieve di Soligo; iv) estendere l'utilizzo delle visite specialistiche neurologiche in modalità teleconsulto e televisita a tutti i distretti aziendali.

Come anticipato, le attività di telemedicina sono supervisionate dalla Direzione Sanitaria e gestite dal personale di segreteria delle UO, adeguatamente supportati dal CUP manager e dai sistemi informativi. Per valutare tali attività è stato identificato un cruscotto di indicatori che sono analizzati trimestralmente e condivisi con Azienda Zero²⁷.

12.4.6 Analisi comparativa dei casi regionali e aziendali

Come emerso dai casi passati in rassegna nei paragrafi precedenti, il consolidamento della telemedicina e della presa in carico digitale dei pazienti nei SSR oggetto di analisi sta avvenendo con un mix di elementi comuni e tratti distintivi che riguardano gli strumenti di coordinamento tra livello regionale e aziendale, gli assetti e gli interventi organizzativi formalizzati (ed emergenti) e le progettualità avviate con le relative pratiche di *change management* associate.

A livello regionale, i casi hanno evidenziato in tutti e cinque gli SSR oggetto di analisi una fase di vigorosa transizione, contraddistinta da una comunanza di finalità: la messa a punto di una infrastruttura unica regionale di telemedicina che raggruppi tutti i servizi minimi previsti e costituisca un perno fondamentale dell'ecosistema digitale regionale. Il processo di transizione verso questo obiettivo comune è invece inevitabilmente molto variegato, perché dipende dalla situazione corrente in termini di applicativi regionali già disponibili, dalla governance regionale emergente e dagli strumenti manageriali prescelti per realizzare il coordinamento tra centro e aziende sanitarie. Per quanto riguarda le piattaforme messe a punto nel biennio post-pandemico, solo Puglia e Lazio dispongono attualmente di soluzioni a valenza regionale, seppure con approc-

²⁷ In particolare sono presi in considerazione indicatori di dimensione (n. utenti seguiti negli ultimi 12 mesi; % utenti seguiti rispetto al totale di patologia); indicatori di continuità (n. mesi di attività dalla attivazione del servizio); indicatori di complessità (operatori coinvolti nell'erogazione del servizio/totale utenti; durata media del percorso in telemedicina vs in presenza); indicatori di qualità (n. prestazioni erogate entro il tempo standard); indicatori di funzionamento delle tecnologie (n. di non conformità rilevate sui sistemi di connessione e trasmissione); indicatori di efficienza (costo totale annuo del mantenimento del servizio/ n. di utenti seguiti); indicatori di efficacia (% di visite sospese per pandemia effettuate in telemedicina; miglioramento dei tempi di attesa per le visite di controllo); gradimento dell'utente (questionari di gradimento; n. utenti che escono per scelta dal percorso in telemedicina).

ci sensibilmente differenti: se la Puglia ha infatti avviato la piattaforma CO-ReHealth come riferimento istituzionale per tutte le iniziative di telemedicina, con una forte guida centralizzata, la Regione Lazio ha sostenuto la diffusione della telemedicina con lo sviluppo di piattaforme per televisita, teleconsulto e telemonitoraggio, lasciando alle aziende la possibilità di utilizzare soluzioni differenti, purché coerenti con gli standard previsti. La Regione Emilia-Romagna ha reso disponibile la piattaforma regionale ma il livello di diffusione e integrazione è stato solo parziale. In Lombardia e Veneto, invece, ha finora prevalso l'autonomia aziendale, con esperienze locali disomogenee in assenza di un approccio unico di sistema. Altrettanto variegata, e non sempre correlata con il grado di sviluppo delle piattaforme regionali, è la collocazione organizzativa della telemedicina all'interno degli Assessorati o degli enti intermedi. Se la Puglia ha da tempo istituito un servizio di telemedicina all'interno di AReSS e il Veneto ne ha previsto l'attribuzione ad Azienda Zero, le restanti regioni hanno per ora mantenuto il presidio all'interno delle Direzioni regionali ma con vocazioni prevalenti distinte: in Lombardia la telemedicina rientra nelle competenze della Direzione Welfare, Unità Sistemi Informativi e sanità digitale, in Emilia Romagna collaborano varie strutture della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, nel Lazio invece la telemedicina è stata finora coordinata da un servizio trasversale territoriale-ospedaliero. La governance regionale sul tema della telemedicina, e più in generale della sanità digitale, è in fase di evoluzione in tutti i contesti analizzati, con varie alternative al vaglio dei decisori. Tra i modelli organizzativi emergenti, per quanto riguarda la collocazione di CS e centri erogatori, si prevedono diverse configurazioni possibili in termini di centralizzazione delle attività di supporto e integrazione con gli altri setting assistenziali previsti a livello territoriale. Questo processo di progressiva trasformazione è stato fino ad ora accompagnato da strumenti e processi di coordinamento con le aziende sanitarie non strutturati e di insufficiente intensità. Tutte le regioni hanno promosso gruppi di lavoro regionali formalizzati ma che, nel momento in cui si scrive questo contributo, hanno appena avviato le proprie attività oppure si sono quasi esclusivamente concentrati su aspetti di natura tecnologica.

A livello aziendale si rilevano difformità ancora più marcate nell'adozione di modelli di erogazione delle cure da remoto, come emerge dal confronto sinottico presentato in Tabella 12.3. Per quanto riguarda l'oggetto dell'innovazione, la televisita resta la prestazione di telemedicina più diffusa. Tutti i contesti osservati sono impegnati nel superamento di una logica meramente prestazionale e stanno cercando di integrare la televisita nell'ambito della presa in carico, favorendone l'integrazione nella cura dei pazienti cronici e fragili e ridisegnando i relativi percorsi di accesso con l'obiettivo di massimizzare la qualità della *user experience*. Più variegata è la diffusione delle altre prestazioni di telemedicina

Tabella 12.3 **Comparazione dei casi studio aziendali**

	Principali progettualità e prestazioni	Responsabilità organizzativa	Processi di <i>change management</i> attivati
AUSL Reggio Emilia	<ul style="list-style-type: none"> – Televisita – Telerefertazione – Teleriabilitazione 	<ul style="list-style-type: none"> – Identificazione project manager (Servizio ICT + Dipartimento CP) 	<ul style="list-style-type: none"> – Gruppo di lavoro “Smart” dedicato all’innovazione – “Report manager”, dashboard aziendale di rendicontazione – Formazione limitata per via dell’integrazione negli applicativi in uso
ASL Roma 2	<ul style="list-style-type: none"> – Ospedale virtuale (telemonitoraggio, televisita) – MOVE-Digital (televisita, teleconsulto) – Liberi@mo la salute (teleconsulto, telemonitoraggio) – Piattaforme di gestione digitale del paziente (Per Te, ambuCRI, Big Data & SC) 	<ul style="list-style-type: none"> – UOC dedicata (UOC PDTA e Telemedicina) in staff alla Direzione Aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> – Rimodulazione incarichi con inclusione competenze digitali – Formazione per dipendenti e MMG in formazione – Comunicazione interna ed esterna
ASST FBF Sacco	<ul style="list-style-type: none"> – Televisita – Teleconsulto – Teleriabilitazione (sperimentazione) 	<ul style="list-style-type: none"> – Supervisione Direzione Sanitaria con supporto non formalizzato CUP manager e sistemi informativi 	<ul style="list-style-type: none"> – No processi di CM
ASL Taranto	<ul style="list-style-type: none"> – COREHealth mammella (telemonitoraggio, televisita) – Televisita in varie specialità – Medicina rurale (telemonitoraggio) – Casa circondariale (telemonitoraggio, televisita) 	<ul style="list-style-type: none"> – Referente aziendale (all’interno della Direzione Sanitaria) 	<ul style="list-style-type: none"> – Inclusione telemedicina negli obiettivi di programmazione
ULSS 2 Marca Trevigiana	<ul style="list-style-type: none"> – Televisita – Teleconsulto – Telemonitoraggio – Telerefertazione – Teleriabilitazione 	<ul style="list-style-type: none"> – Supervisione Direzione Sanitaria con supporto CUP manager e sistemi informativi 	<ul style="list-style-type: none"> – Definizione linee guida aziendali per la telemedicina – Identificazione <i>champions</i> – Monitoraggio con cruscotto di indicatori

quali teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza, la cui implementazione è meno immediata e che pertanto richiedono una serie di prerequisiti e condizioni organizzative che non tutte le aziende hanno già maturato. Il ricorso a tali prestazioni risulta prevalentemente ancora in forma sperimentale, con piccole coorti di pazienti coinvolte e l’utilizzo di applicativi ancora in via di sviluppo. Le eccezioni sono riconducibili a due fattispecie: l’utilizzo a livello aziendale di piattaforme regionali già consolidate (è questo il caso dell’ASL di Taranto nell’ambito della sua partecipazione al progetto COREHealth per la gestione di pazienti con tumore alla mammella) oppure la presenza di modelli organizzativi aziendali maturati nel tempo che abilitano l’erogazione consolidata anche di tali prestazioni. Rientra in quest’ultima fattispecie l’ASL Roma

2, tra le prime aziende pubbliche ad aver attivato un'unità dedicata al disegno, avvio e monitoraggio di iniziative di presa in carico che prevedono l'utilizzo sistematico di componenti di telemedicina. Come già evidenziato, l'Azienda dispone oggi di numerose progettualità, alcune delle quali si posizionano sulla frontiera dell'innovazione e ricomprendono varie prestazioni di telemedicina, come l'«Ospedale virtuale», e altre che invece sono attualmente in una prima fase volta a consolidare la presa in carico digitale del paziente e su cui verranno poi innestate prestazioni da remoto.

In termini di responsabilità organizzativa su telemedicina e sanità digitale si osservano scelte aziendali estremamente eterogenee, con soluzioni che vanno dall'identificazione di una unità organizzativa dedicata all'assenza totale di responsabilità formalizzate, con opzioni intermedie quali l'identificazione di referenti aziendali di natura tecnica o clinica e la gestione integrata tra Direzione Sanitaria e altre funzioni aziendali responsabilizzate sul tema. Le differenti configurazioni organizzative osservate sono parzialmente associate anche alle strategie e ai processi di *change management* attivati per favorire il consolidamento della telemedicina. Le pratiche definite come operative, ovvero tutte quelle volte a gestire il cambiamento indotto dalla telemedicina nella gestione quotidiana delle attività, risultano più frequentemente attivate dalle aziende, anche se non sempre rappresentate dagli interlocutori aziendali nel corso delle interviste. Si fa riferimento generalmente alle valutazioni preliminari di compatibilità delle piattaforme con gli altri applicativi già in essere a livello aziendale, all'identificazione di ruoli di coordinamento e responsabilità, all'erogazione di attività di formazione dedicata ai clinici e al ridisegno dei servizi per effetto delle nuove componenti digitali che vengono integrate. Queste pratiche si riscontrano in tutti i contesti aziendali, seppure con configurazioni differenti. Diversa è invece la situazione per quanto riguarda le pratiche di natura strategica, ovvero quelle volte a indirizzare il cambiamento a un livello prima di tutto culturale e soprattutto a costruire con tutti gli attori coinvolti delle sinergie propedeutiche all'effettiva implementazione della telemedicina. La definizione di una chiara visione strategica, formalizzata o implicita, che renda visibile il ruolo e il contributo atteso per telemedicina e sanità digitale nel raggiungimento dei fini istituzionali d'azienda è ancora in itinere in molti dei casi analizzati. In alcuni esempi sono state osservate pratiche di *change management* (CM) di natura strategica quali l'identificazione di *champions* e il monitoraggio dell'impatto della telemedicina tramite dashboard dedicate o con l'inserimento di obiettivi di budget nella programmazione aziendale. Tali pratiche sono però principalmente da ricondurre nell'ambito di singole progettualità e non ancora associate a una consapevolezza strategica trasversale ed esplicita su questi temi. Tutte le aziende stanno di fatto attivando processi di CM di natura strategica ma con gradienti importanti in termini di maturità e sviluppo. Laddove una consapevolezza strategica sul tema è ancora in fase

emergente, si osserva l'avvio di gruppi di lavoro aziendali che hanno l'obiettivo di avvicinare le Direzioni agli stakeholder chiave nel definire la via per il cambiamento. In contesti organizzativamente più maturi come l'ASL Roma 2, invece, il processo partecipativo di formulazione e condivisione di una strategia si accompagna con pratiche di CM più sofisticate come la rimodulazione degli incarichi. In questo contesto si segnala anche il caso dell'ULSS Marca Trevigiana che ha da subito impostato un processo di consolidamento di natura strategica, con la definizione di linee guida aziendali e la loro progressiva comunicazione agli attori aziendali chiave.

12.5 Suggestioni di policy e di management

Si discute di telemedicina da diversi decenni ormai, ma solo dal 2020 è stato possibile apprezzare un'accelerazione concreta tanto nella programmazione nazionale e regionale, con l'adeguamento normativo e la progettazione delle infrastrutture tecnologiche, quanto nell'avvio o consolidamento dei servizi a livello locale. I volumi di prestazioni erogate in telemedicina, principalmente televisite, sono schizzati durante l'emergenza sanitaria pur nel rispetto dei vincoli istituzionali e organizzativi vigenti nel SSN (Petracca *et al.*, 2020) e, dopo un apparente effetto rimbalzo di ritorno alla normalità, stanno oggi aumentando nuovamente di pari passo con il consolidamento tecnologico e organizzativo.

Alcune sfide e barriere tipiche del digitale, che spaziano dal riconoscimento e tariffazione delle attività svolte a distanza all'adeguamento infrastrutturale e all'integrazione tra diversi applicativi, fino alla necessità di ridefinire modelli organizzativi e di servizio e adottare pratiche in grado di superare le possibili resistenze dei professionisti sanitari, ancora oggi possono rallentare la diffusione della telemedicina e devono necessariamente essere attenzionate. Si tratta di dimensioni parallele ma tra loro interconnesse che configurano una sfida multilivello che coinvolge tutti i diversi livelli istituzionali, seppure con gradi di responsabilità differenti.

Negli ultimi tre anni, le necessità imposte dalla gestione della pandemia e il PNRR hanno traghettato tutta l'Italia verso la discussione delle necessarie dotazioni infrastrutturali e tecnologiche affinché il Paese possa investire in modo sicuro, efficace e quanto più uniforme nello sviluppo dell'ampio spettro di servizi di telemedicina. Il livello nazionale, impegnato nella regia dell'implementazione del PNRR, ha assunto un ruolo di guida nello sviluppo e diffusione della telemedicina, focalizzandosi sullo sviluppo e l'adozione della PNT, un'infrastruttura che permetterà di raggiungere l'integrazione tra i diversi sistemi regionali, e individuando in AGENAS l'attore istituzionale deputato all'attuazione di questa linea di investimento.

Il ruolo centrale di AGENAS, a cui nell'ambito della nuova *governance* della sanità digitale è stato anche attribuito il ruolo di Agenzia per la Sanità Digitale, deve coniugarsi con le scelte e le visioni non sempre omogenee delle regioni, a loro volta caratterizzate da diversi livelli di maturità e sviluppo della telemedicina.

Dall'analisi dei casi e del contesto normativo e tecnico di sviluppo della telemedicina, il ruolo delle regioni sembra svilupparsi lungo tre direttrici: i) presidio del dialogo con il livello centrale (AGENAS), correlato anche ai necessari adempimenti previsti per il PNRR; ii) definizione e consolidamento della *vision* strategica sulla telemedicina; iii) avvio (dove già non consolidato) o rafforzamento del dialogo con il livello aziendale.

Per quanto riguarda l'interlocuzione con il livello nazionale, i DM di fine 2022 hanno previsto una serie di adempimenti per le regioni e inevitabilmente avviato in tutti gli SSR un dibattito sul modello organizzativo da adottare e sul fabbisogno tecnologico e di postazioni. L'analisi del quadro normativo restituisce un contesto molto variegato in termini di strumenti e applicativi regionali a disposizione delle aziende sanitarie, ma evidenzia anche l'adesione di una gran parte dei SSR alla gara indetta dalla capofila Lombardia per l'acquisto dei servizi minimi di telemedicina, un elemento che dovrebbe facilitare il processo di omogeneizzazione previsto con la PNT. I modelli organizzativi risultano ancora solo parzialmente formalizzati ma evidenziano l'avvio di cantieri sulle configurazioni ideali per CS e centri erogatori e sul giusto equilibrio tra *hub* regionale e livello aziendale. Inoltre, gli assessorati sono impegnati nella definizione della collocazione organizzativa e delle responsabilità interne per telemedicina e sanità digitale. I casi evidenziano soluzioni variegata e matrici alternativamente tecniche, di organizzazione sanitaria o cliniche a seconda della genesi del servizio.

Se il dibattito di natura organizzativa è stato parzialmente indotto e accelerato dal PNRR, una piena riflessione di natura strategica volta a definire gli obiettivi da perseguire con maggiore priorità tramite l'ausilio della telemedicina è ancora immatura. Oltre all'ovvio miglioramento della fruibilità dei servizi per gli assistiti, la telemedicina potrebbe infatti consentire di raggiungere obiettivi molto differenti, tra cui: i) aumentare la produttività delle risorse impiegate nel sistema; ii) diminuire la variabilità dei consumi; iii) rafforzare logiche di presa in carico multicanale; iv) valorizzare i dati dei cittadini che sono più facilmente aggregabili e analizzabili se nativamente digitali; v) aumentare il livello di integrazione multidisciplinare a livello intra e inter-aziendale. Peraltro, la definizione della visione strategica relativa alla telemedicina passa dalla più ampia definizione delle strategie regionali sulla sanità digitale e sul governo del relativo ecosistema (Boscolo *et al.*, 2023).

Da ultimo, il dialogo con il livello aziendale per la definizione del modello regionale e delle priorità per il ridisegno dei percorsi dei pazienti risulta general-

mente meno presidiato, con strumenti di coordinamento ancora estemporanei e raramente formalizzati. Se è vero che le regioni che da tempo hanno investito nello sviluppo di una visione sul ruolo e sulle finalità della telemedicina sono state in grado di assumere un ruolo di guida nei confronti del livello aziendale, in altri contesti si assiste allo scollamento tra i due livelli e si evidenziano alcune esperienze aziendali in grado di sviluppare e implementare strategie mature pur in assenza di un contesto regionale propizio. In questo ambito, la ricerca ha osservato varie posture possibili a livello regionale (non mutuamente esclusive): i) focus sulla gestione degli aspetti più strettamente tecnologici o infrastrutturali e degli adempimenti richiesti dalla normativa, lasciando spazio all'imprenditorialità aziendale nell'erogazione dei servizi; ii) ruolo di incubazione di innovazioni e buone pratiche, con conseguente sforzo per la diffusione su larga scala; iii) definizione e diffusione «top-down» di un modello uniforme di telemedicina. La necessità di consolidare il dialogo e il coordinamento con le aziende passa anche da un'ulteriore area di miglioramento sulla quale le regioni potrebbero esprimere un forte ruolo di guida e per la quale sono ancora rare le esperienze mature in tal senso: la funzione di monitoraggio e valutazione, che a tendere dovrà idealmente comprendere metriche più ampie rispetto alla «semplice» verifica dei volumi di attività erogate.

Per quanto riguarda invece il livello aziendale, si osserva un notevole dinamismo, con velocità diverse anche all'interno del campione di casi studio selezionati perché paradigmatici. Dopo la fase iniziale di sviluppo dei servizi di telemedicina, che in alcune aziende ha visto il protagonismo di «imprenditori dell'innovazione» e la nascita di esperienze «dal basso», le direzioni strategiche stanno sempre di più assumendo il ruolo di guida e, nei contesti più maturi, stanno sviluppando una *vision* completa sul ruolo che la telemedicina e la presa in carico digitale dei pazienti potranno svolgere nei servizi ospedalieri e territoriali. Come si è già detto, i volumi di attività restano complessivamente modesti, ma gli sforzi aziendali si stanno concentrando in questa fase soprattutto sulle attività operative di supporto all'erogazione quotidiana dei servizi volte a favorire l'accettazione della telemedicina e a renderla routinaria (ad esempio, attraverso il ridisegno dei percorsi di accesso alla telemedicina, la formazione del personale, la comunicazione interna ed esterna). Dai casi studio è stato possibile osservare che, diversamente dalle pratiche di *change management* di natura operativa, quelle di natura strategica che impattano i formalismi dell'azienda (ad esempio, con un intervento sull'organigramma) vengono raramente attivate. Tale evidenza non è necessariamente contraria o a sfavore della routinizzazione della telemedicina, che differentemente da altre tecnologie sanitarie non si configura come un'innovazione rivoluzionaria nella pratica clinica, ma piuttosto come uno strumento che la potenzia e che può radicarsi con l'utilizzo su vasta scala da parte di tutti i clinici di questa modalità di erogazione. Dal

punto di vista della collocazione organizzativa, sembrano emergere due orientamenti prevalenti. Da un lato, si osserva la costituzione di una UOC dedicata o, con connotati parzialmente diversi, l'attribuzione di un ruolo esplicito alla direzione aziendale. In entrambi i casi, la finalità è quella di supportare la fase di disegno, avvio e valutazione delle progettualità, favorendo un governo strategico complessivo da parte del vertice aziendale nel processo di introduzione dell'innovazione digitale. Dall'altro, si rilevano interventi più «soft» dal punto di vista organizzativo, quali l'identificazione di un referente aziendale e la creazione di gruppi di lavoro o di altri meccanismi di coordinamento, che cercano di favorire il coinvolgimento di più unità operative e competenze diverse. L'impressione è che diverse soluzioni possano essere alternativamente percorribili e che alcune siano fisiologicamente più idonee di altre a seconda del livello di maturità organizzativa raggiunto da ogni singolo contesto aziendale.

Per i manager aziendali, in definitiva, restano da sciogliere alcuni trade-off nel definire il ruolo che la telemedicina potrà avere all'interno delle loro organizzazioni: i) questioni strategiche; ii) interventi organizzativi; iii) pratiche di *change management*. A livello strategico è necessario esplicitare gli obiettivi prioritari che si intende perseguire tramite la telemedicina, oltre a definire se questi debbano essere sostanzialmente omogenei per tutta l'azienda oppure specifici per ciascuna specialità o setting assistenziale. In termini di interventi organizzativi, è necessario definire chi detiene la responsabilità e quindi decidere se dare priorità alla necessità di avere una forte *ownership* (individuando una unità organizzativa «owner» o un singolo servizio referente) oppure a quella di portare insieme competenze e «menti» diverse, coinvolgendo dunque più unità operative. Il tema è complesso perché, come già evidenziato, si intreccia inevitabilmente con scelte che pertengono anche al livello regionale, con riferimento ai modelli organizzativi centralizzati o diffusi deliberati per CS e centri erogatori. Un tema non secondario è relativo alla scelta della figura a cui si decide di affidare la responsabilità organizzativa sulla telemedicina: potrebbe essere un ruolo tecnico nel caso in cui le priorità siano adottare e utilizzare nel modo più corretto l'infrastruttura tecnologica e sviluppare le dovute integrazioni con i sistemi informativi aziendali; il management delle operations (responsabili delle liste d'attesa o dei sistemi di prenotazione), nel caso in cui sia prioritario promuovere e canalizzare la domanda verso i servizi di telemedicina; così come una matrice sanitaria laddove la priorità sia attribuita all'integrazione di componenti digitali nei percorsi di cura aziendali. Una volta stabiliti la visione strategica e le responsabilità organizzative, resta da definire un piano strutturato che espliciti priorità, tempi e responsabilità per attuare il percorso di cambiamento, che potrebbe alternativamente prevedere di far avanzare tutta l'azienda alla stessa velocità oppure di coinvolgere le diverse parti in momenti e con velocità differenti. A supporto del processo di cambiamento andrebbero avviati anche riti aziendali di monitoraggio e discussione di volumi ed esiti.

In conclusione, appare evidente come sia necessario non «appiattare» il dibattito solo su questioni tecnologiche e di implementazione, ma integrare le dimensioni strategica e operativa (ad esempio, attraverso la funzione di *service design*). Su questo punto sembra prevalere per il momento uno scollamento nel sistema, con il livello centrale primariamente concentrato a definire l'impalcatura tecnologica e organizzativa del modello, senza occuparsi delle trasformazioni necessarie nei modelli di servizio per i cittadini. Un atteggiamento di maggiore apertura di sistema, che permetta di ricomporre i modelli definiti centralmente con le esperienze e le innovazioni maturate sul campo, sarà componente inderogabile per garantire che le infrastrutture regionali non restino scatole vuote e che tutte le aziende siano pronte a generare il cambiamento che i cittadini si attendono entro lo scadere dei termini dei finanziamenti PNRR. Nel contempo, un approccio troppo focalizzato sul solo ambito verticale della telemedicina rischia di non far cogliere a sistemi regionali e aziendali il contesto dell'intero ecosistema digitale e della riorganizzazione dei servizi territoriali (e quindi le relazioni tra servizi di telemedicina e CdC, COT, OdC). La ricerca e i casi studio analizzati, nonché i trade-off manageriali esplicitati in conclusione, sembrano confermare le indicazioni che derivano dalla letteratura sul tema: livello strategico e operativo sono interdipendenti, devono procedere di pari passo e trovare reciproca coerenza, sia a livello aziendale sia a livello centrale, affinché si possa fare davvero un salto di qualità nello sviluppo e nel consolidamento dei servizi di telemedicina.

12.6 Bibliografia

- Berti E., Leone L., Perin D. et al., *Progetto regionale di telemedicina 2016-2022. Dossier 278/2023*, Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali della Regione Emilia-Romagna, Disponibile a questo link: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/publicazioni/dossier/doss278>.
- Bobini M., Boscolo P.R., Tozzi V.D., Tarricone R. (2021), «La telemedicina e i processi di gestione del cambiamento nelle aziende sanitarie», in *Rapporto OASI 2021*, pp. 461-485.
- Boscolo P.R., Longo F. (2023), «L'ecosistema digitale territoriale», in Longo F., Tozzi V.D. (a cura di), *Management della Cronicità: Logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR*, Milano, Egea, capitolo 15.
- Boscolo P.R., Guerra F., Buongiorno Sottoriva C. (2023), *Sanità territoriale: come ripensare servizi e percorsi di cura col digitale*, Agenda digitale.
- Hiatt J., & Creasey T. J. (2003), *Change management: The people side of change*, Prosci.
- Kho J., Gillespie N., Martin-Khan M. (2020), «A systematic scoping review of

- change management practices used for telemedicine service implementations», *BMC Health Serv Res*, 2020;20(1):815.
- Longo F., Boscolo P. R., & Buongiorno Sottoriva C. (2022), «Un framework per la digitalizzazione del territorio», *Mecosan-Management ed Economia Sanitaria-Open Access*, (122).
- Mann D.M., Chen J., Chunara R., Testa P.A., Nov O. (2020), «COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field», *J Am Med Inform Assoc*, 2020;27(7):1132-1135.
- Petracca F., Ciani O., Cucciniello M., Tarricone R. (2020), «Harnessing Digital Health Technologies During and After the COVID-19 Pandemic: Context Matters», *J Med Internet Res*, 2020;22(12):e21815.
- Shachar C., Engel J., Elwyn G. (2020), «Implications for Telehealth in a Postpandemic Future: Regulatory and Privacy Issues», *JAMA*. 2020;323(23):2375-2376.
- Sood S., Mbarika V., Jugoo S., et al. (2007), «What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings», *Telemed J E Health*, 2007;13(5):573-590.
- Wosik J., Fudim M., Cameron B., et al. (2020), «Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care», *J Am Med Inform Assoc*. 2020;27(6):957-962.

13 Strumenti a supporto del processo decisionale condiviso in oncologia

di Vittoria Ardito, Oriana Ciani, Lucia Ferrara, Natalia Oprea, Valeria D. Tozzi, Angelica Zazzera¹

13.1 Premessa

Disegnare servizi orientati ai bisogni della persona per migliorare la qualità delle cure è diventato un imperativo, non solo nel dibattito accademico ma anche nelle scelte dei sistemi di tutela della salute, come segnalano le varie strategie promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dagli Stati Membri (WHO, 2015, North, 2020). Considerare le esigenze e le preferenze dei pazienti costituisce uno dei pilastri della cura «centrata sulla persona», un approccio che mira a comprendere le attese degli utenti e a trasformare i luoghi e gli eventi di cura in modo da coniugare i bisogni clinici con quelli umani, relazionali ed emotivi, rispettando la dignità del paziente (Barry & Edgman-Levitan, 2012).

Anche le linee guida internazionali e nazionali, in particolare nell'ambito oncologico, raccomandano il coinvolgimento attivo dei pazienti durante tutte le fasi della gestione della malattia (Cardoso *et al.*, 2019; Iwata *et al.*, 2021). In Italia, il Piano Nazionale della Prevenzione (2020-2025) ha diversi obiettivi orientati a consolidare l'attenzione alla centralità della persona (*Ministero Della Salute. Piano Nazionale Della Prevenzione*, n.d.) e anche se non fa esplicitamente riferimento al coinvolgimento attivo del paziente, mira a promuovere azioni per migliorare l'*Health Literacy* (alfabetizzazione sanitaria) e ad accrescere la capacità degli individui di interagire con il sistema delle cure. I risultati di un'indagine nazionale coordinata da Agenas

¹Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 13.1, 13.3 e 13.5.1 sono attribuibili a Natalia Oprea, il § 13.2 ad Angelica Zazzera, i §§ 13.2, 13.3 e 13.4 a Vittoria Ardito, il § 13.5.2 a Lucia Ferrara, il § 13.6 a Oriana Ciani, il § 13.7 a Valeria D. Tozzi.

Si ringraziano i partecipanti al focus group per la loro disponibilità: Leonardo Barellini (USL Toscana Nord-Ovest), Katia Cagossi (AUSL Modena), Antonio Frassoldati (AOU Ferrara), Teresa Gamucci (ASL Roma 2), Matteo Ghilli (AOU Pisa), Simona Grossi (ASL Lanciano-Vasto-Chieti), Anna Mandrioli (AOU Sant'Orsola Malpighi).

per misurare la *patient-centredness* dell'assistenza negli ospedali italiani hanno rivelato un quadro moderatamente positivo, tuttavia identificando aree di criticità e notevoli variazioni all'interno e tra vari ospedali (Cardinali *et al.*, 2021).

Una frontiera di sviluppo delle strategie di *patient engagement* è quella del processo decisionale condiviso (o *shared decision-making* – SDM, nella letteratura internazionale). Nello SDM, medici e pazienti collaborano per giungere a decisioni condivise, basate su evidenze scientifiche riguardanti le opzioni disponibili, nonché i rischi e i benefici delle terapie (Elwyn *et al.*, 2012). In Italia, sebbene vi siano alcune iniziative promettenti come PartecipaSalute e *Choose Wisely Italy*, che promuovono il coinvolgimento del paziente e la condivisione delle decisioni nell'assistenza sanitaria (Mosconi *et al.*, 2019; *PartecipaSalute. Cochrane Italia*, n.d.), tali approcci non sono ancora pienamente integrati nella pratica clinica italiana. Una recente analisi di 40 pubblicazioni successive al 2017 ha evidenziato che solo 8 studi hanno specificamente affrontato il tema dello SDM e delle strategie utilizzate per la sua implementazione. Lo studio sottolinea che le pratiche di *patient engagement*, come lo SDM, restano frammentate e prive di un disegno strutturato per promuoverle in modo più ampio (Gavaruzzi, 2022).

La domanda di ricerca del presente capitolo si inserisce in questo contesto e mira ad analizzare lo stato dell'arte nell'adozione di approcci di coinvolgimento dei pazienti nella pratica clinica in Italia, e ad esplorare i fattori che possano influenzare la loro diffusione in un'ottica organizzativa, partendo dal caso del tumore mammario. Lo studio analizza lo SDM nell'ambito del tumore mammario in quanto tale pratica risulta cruciale in settori dell'assistenza in cui le alternative diagnostiche e terapeutiche sono in continua crescita, come nel caso del tumore mammario. Proprio in questo ambito, i progressi nelle cure si sono tradotti in una gamma di opzioni terapeutiche per le quali i pazienti possono necessitare di supporto nella scelta del percorso clinico più adatto. Inoltre, il tumore mammario rappresenta un'area consolidata di ricerca riguardo la condivisione delle scelte e l'implementazione di strategie e strumenti per strutturare lo SDM.

Nelle prossime sezioni viene esaminato il concetto di *patient engagement* (PE) e la sua applicazione nelle decisioni di trattamento (i.e. *shared decision-making*), con un focus sugli strumenti utilizzati per agevolare lo SDM. In seguito, vengono presentati i risultati dell'analisi del contesto italiano ed europeo riguardo all'utilizzo delle pratiche di SDM. Infine il capitolo approfondisce l'implementazione di interventi di SDM, esaminando le sfide e le opportunità emergenti.

13.2 *Patient engagement, shared decision-making, e strumenti a supporto del processo decisionale*

Nella letteratura internazionale il tema del coinvolgimento del paziente è stato trattato ampiamente e da molteplici prospettive. Una delle più note definizioni di *patient engagement* è stata formulata da Angela Coulter nel 2011: la sua definizione si concentra sulla relazione tra pazienti e operatori sanitari che lavorano insieme per «promuovere e sostenere il coinvolgimento attivo dei pazienti e della comunità nella salute e nell'assistenza sanitaria e rafforzare la loro influenza sulle decisioni relative all'assistenza sanitaria, sia a livello individuale che collettivo» (Coulter, 2011). Altre definizioni prendono in considerazione i *setting* di cura in cui avviene il coinvolgimento del paziente: durante l'esperienza di cura all'intero del micro-sistema dell'ospedale o del reparto, all'interno della più ampia organizzazione sanitaria, o all'interno della comunità (*Patients Charting the Course*, 2011). Il PE è anche descritto in relazione al comportamento del paziente quando viene definito come l'insieme di «azioni che le persone compiono per la loro salute e per beneficiare dell'assistenza sanitaria» (CFAH, 2010).

La maggior parte dei contributi concordano sull'importanza crescente dell'adozione di strategie di PE dovuta a tre principali ragioni. In primo luogo, la cura centrata sul paziente e sulla sua famiglia e la condivisione delle decisioni riflette e accelera il cambiamento dei ruoli di pazienti e famiglie nell'assistenza sanitaria, poiché diventano sempre più attivi, informati e influenti (Hurtado *et al.*, 2001). In secondo luogo, un crescente corpo di evidenze suggerisce che il coinvolgimento dei pazienti possa portare a migliori risultati di salute (Epstein & Street, 2008), contribuire a miglioramenti nella qualità e nella sicurezza del paziente (Coulter & Ellins, 2007) e aiutare a controllare i costi dell'assistenza sanitaria (Charmel & Frampton, 2008). Infine, la maggior parte delle discussioni sul sistema sanitario evidenzia un aumento delle spese di sistema che non corrisponde ad un aumento della qualità delle cure. Nella ricerca di soluzioni a questo problema si sta diffondendo la convinzione che essendo i pazienti al centro del nostro sistema, essi debbano necessariamente fare parte della soluzione (Carman, 2012).

In un noto lavoro pubblicato sulla rivista americana *Health Affairs* da Carman *et al.* (2013), gli autori costruiscono un framework multidimensionale per rappresentare le diverse modalità di PE, esaminando le aree in cui le strategie di PE possono essere adottate, considerando anche i fattori che influenzano il desiderio e la capacità dei pazienti di essere coinvolti e il loro livello di coinvolgimento. Secondo gli autori, il PE può avvenire:

- i. durante il percorso di cura del paziente: in questo caso i valori del paziente, le sue esperienze e prospettive sono integrate nelle scelte che riguardano

- prevenzione, diagnosi e trattamento, compresa più in generale la gestione della propria salute, la selezione degli erogatori di cure o dell'assicurazione sanitaria;
- ii. nell'organizzazione dei servizi e nella *governance*: i pazienti collaborano con manager e clinici per pianificare, disegnare, erogare e valutare l'assistenza sanitaria;
 - iii. a livello di definizione di politiche sanitarie: i pazienti sono coinvolti nello sviluppo, implementazione e valutazione di politiche e programmi nazionali e locali, collaborano con *leader* e *policy maker* per definire le priorità e risolvere problemi e partecipano alla ricerca clinica e sanitaria. In tutte queste aree, il coinvolgimento del paziente può avvenire con un'intensità differente lungo il «continuum del coinvolgimento» e passa da una semplice consultazione a un coinvolgimento più strutturato alla *partnership/leadership* condivisa (Carman *et al.*, 2013).

In sintesi, il «continuum del coinvolgimento» indica quante informazioni sono condivise tra paziente ed erogatore, quanto è attivo il ruolo del paziente nella presa di decisioni e quanto il paziente o le associazioni di pazienti sono coinvolte nella presa di decisioni che riguardano l'organizzazione sanitaria o il policy making. Infine, il framework di Carman *et al.* (2013) definisce i fattori che influenzano l'adozione di strategie di PE che riguardano: i) i pazienti (livello di educazione, livello di *health literacy*, percezione del proprio ruolo); ii) l'organizzazione (politiche, pratiche e cultura); iii) la società (norme sociali, regolamentazioni, politiche). Adottare logiche di PE richiede sforzi per aumentare la consapevolezza della sua utilità da parte del sistema e dei pazienti, che passano tramite la graduale implementazione delle diverse strategie di coinvolgimento dei pazienti in modo trasversale rispetto ai tre ambiti (percorso di cura, organizzazione e *governance, policy making*).

In questo contesto, una forma di PE è rappresentata dallo *shared decision-making*, ovvero il coinvolgimento del paziente da parte del medico nella presa delle decisioni, che si realizza attraverso l'utilizzo di adeguati approcci di comunicazione, la valutazione del contesto in cui i pazienti sono chiamati a fare la propria scelta terapeutica, e la comprensione della scala valoriale e di ciò che, per ciascuna paziente, costituisce un buon esito del trattamento (*European Code of Cancer Practice*, n.d.). Molteplici studi hanno dimostrato che raggiungere una decisione in modo condiviso tra medico e paziente è associato a più bassi tassi di rimpianto rispetto alla decisione presa, a una maggiore adesione al trattamento scelto, nonché ad una minore probabilità di fallimento del trattamento (Chichua *et al.*, 2022; Han *et al.*, 2018; Jوسفeld *et al.*, 2021). Anche i più recenti aggiornamenti delle linee guida cliniche internazionali sul tumore al seno hanno sottolineato la necessità di promuovere l'adozione di approcci di presa di decisioni condivisa nella pratica clinica (Carmona *et al.*, 2021; Iwata *et al.*, 2021).

Rispetto alle modalità di coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni cliniche e di trattamento, contributi rilevanti in letteratura sono relativi agli archetipi decisionali per i processi decisionali condivisi raccolti nel framework di Charles *et al.* (2003) e ai modelli di Emanuel & Emanuel (1992) per la relazione paziente-medico. Sono cioè stati identificati quattro approcci alternativi per coinvolgere i pazienti, che corrispondono a diversi gradi di trasparenza riguardo ai trattamenti disponibili, di *disclosure* sui relativi rischi e benefici, di considerazione delle preferenze dei pazienti e di coinvolgimento del paziente nella decisione stessa. In particolare:

- ▶ il primo stile, detto «paternalistico», è uno stile di comunicazione molto frontale, in cui i clinici comunicano al paziente la decisione di trattamento, definita in autonomia o con il team multidisciplinare, e il paziente la riceve senza alcun tipo di interazione;
- ▶ il secondo stile, definito «informato», è un approccio più orientato alla condivisione, ma ancora frontale, in cui il medico condivide pro e contro di diverse opzioni di trattamento, ove disponibili, per poi comunicare quella che è opportuno percorrere;
- ▶ nel terzo stile, definito «deliberativo» il medico comunica pro e contro di diverse opzioni, per poi lasciare che il paziente deliberi completamente in autonomia circa il trattamento da seguire;
- ▶ nel quarto stile, definito «condiviso», il clinico approfondisce con il paziente le sue preferenze, rispetto allo stile di vita e a ciò che è importante per lui, consentendo dunque di raggiungere insieme una decisione condivisa.

In questo contesto, uno degli strumenti per agevolare lo SDM sono i *patient decision aids* (PDA), strumenti utilizzati da pazienti e/o medici che supportano i primi nell'ambito di un processo decisionale, rendendo espliciti i pro e i contro di ciascuna decisione, fornendo informazioni sulle possibili terapie e, più in generale, fornendo un supporto nel chiarire quale sia la decisione più in linea con la scala valoriale personale ed unica di ciascun paziente. Una recente revisione sistematica della letteratura ha rivelato che i pazienti che utilizzano tali strumenti a supporto della presa di decisione hanno maggiore chiarezza rispetto al loro set di valori, il che porta a un ruolo più attivo nel processo decisionale (Stacey *et al.*, 2017). In quest'ottica, i PDA facilitano la presa di decisioni condivisa o SDM (Bae, 2017; Elwyn *et al.*, 2012). I PDA utilizzati per facilitare la presa di decisioni condivisa si sono evoluti nel tempo, passando da semplici strumenti cartacei a soluzioni digitali sempre più sofisticate e interattive. Alcuni esempi di PDA includono strumenti di *entertainment education* come il caso di *option grid* (griglia di opzioni), contenenti informazioni numeriche e grafiche tra diverse opzioni chirurgiche in ottica comparativa (Durand *et al.*, 2021), soluzioni di mHealth come la app *Pink Journey* messa a disposizione

di donne con nuova diagnosi di tumore al seno e candidate per una mastectomia (Fang *et al.*, 2021), o infine strumenti multicanale che combinano diversi componenti, come nel caso del programma *Bridging the Age Gap*², che mette a disposizione delle pazienti over 70 con tumore al seno sia un calcolatore di rischio sia un booklet informativo (Burton *et al.*, 2021). Infine, nel tempo sono stati anche sviluppati degli standard a certificazione della qualità di tali strumenti, come gli Standard Internazionali per gli Strumenti Decisionali del Paziente (IPDAS), stabilendo dunque un set di regole *evidence-based* per guidare sviluppatori e ricercatori nella progettazione, realizzazione e valutazione di tali strumenti (Stacey *et al.*, 2021).

13.3 Obiettivi e metodi

La presente ricerca ha due obiettivi principali: a) mappare gli attuali approcci di coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni cliniche, con particolare riferimento all'ambito del percorso di cura per il tumore al seno; b) comprendere come i PDA possono supportare il coinvolgimento dei pazienti e quali condizioni favoriscono o impediscono l'adozione sistematica di tali strumenti. Queste domande mirano a comprendere meglio un fenomeno in evoluzione, per cui è appropriato un approccio quali-quantitativo di indagine (Patton, 2015). Abbiamo quindi combinato diversi metodi per studiare il fenomeno: survey integrata con un focus group e due casi studio. La ricerca ha avuto l'approvazione del Comitato Etico Bocconi.

Per raggiungere il primo obiettivo, è stata distribuita una survey per investigare lo stato dell'arte rispetto all'adozione di SDM e di strumenti a supporto nell'ambito del tumore al seno a livello europeo. La survey è stata sviluppata in modo iterativo, seguendo un approccio sistematico (Burns *et al.*, 2008).

La survey è stata indirizzata agli specialisti del tumore al seno, tra cui medici oncologi, chirurghi, radiologi, radioterapisti, psico-oncologi, e ogni altro professionista in contatto diretto con le pazienti. Pertanto, per la sua disseminazione ci si è serviti di network di professionisti e associazioni scientifiche operanti nell'ambito del tumore al seno, sia a livello nazionale, sia a livello internazionale³. La survey è stata lanciata tramite QualtricsXM© ed è rimasta attiva tra marzo e agosto 2022.

A seguire, per approfondire il secondo obiettivo di ricerca, è stato organiz-

² Si rimanda al paragrafo 13.5.2 per un approfondimento di questa esperienza

³ Le associazioni coinvolte sono: European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), European Commission Initiatives on Breast and Colorectal Cancer (ECIBS), Breast Surgical Oncology Platform (BRESO), Central-Eastern European Breast Cancer Surgical Consortium (CEEBCSC), Breast Centers Network (BCN), Seno Network Italia, Unicancer France, German Breast Cancer Group (GBG), e il Comitato Tecnico Scientifico di Europa Donna Italia

zato un focus group online. Al focus group sono stati invitati i referenti di 15 *Breast Unit* (BU) italiane selezionate sulla base delle performance di alcuni indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE)⁴. Le BU sono poi state divise in tre gruppi sulla base dei casi trattati (come dichiarati dai questionari di SenoNetwork del 2019) in piccole (meno di 300 casi), medie (tra 301 e 500 casi) e grandi (oltre 501 casi). Infine, per ciascun gruppo, sono state selezionate le cinque BU con i risultati migliori sui quattro indicatori⁵. Rispetto ai 15 invitati, al focus group hanno partecipato i referenti di sette BU in quattro regioni: AOU di Pisa, Ospedale G. Bernabeo dell'ASL Lanciano-Vasto-Chieti, Ospedale Pertini e Sant'Eugenio dell'ASL Roma 2, AOU Sant'Orsola Malpighi di Bologna, AOU di Ferrara, Ospedale Ramazzini dell'AUSL di Modena, Ospedale di Livorno dell'USL Toscana Nord-Ovest.

Infine, attraverso *desk research*, sono stati approfonditi due casi internazionali di adozione di PDA per le pazienti con tumore al seno: il caso olandese BRASA e il caso britannico del «*Age Gap Decision Tool*». Questi casi sono stati selezionati per rappresentare i diversi approcci di implementazione di PDA in contesti sanitari diversi. In particolare, è stata adottata una strategia di campionamento intenzionale a massima variazione (Patton, 2015). Per ogni caso l'analisi ha inteso mettere in evidenza alcuni elementi distintivi dell'esperienza, il target di riferimento, obiettivi, eventuali valutazioni effettuate e ostacoli e fattori facilitanti all'implementazione.

13.4 SDM nel contesto italiano: survey sulle pratiche di SDM e sull'adozione di strumenti a supporto delle decisioni condivise

A seguito della chiusura del sondaggio sui processi di SDM sono state raccolte 198 risposte valide.

La Tabella 13.1 mostra il profilo dei rispondenti. Tra i rispondenti italiani, il 54% è rappresentato da professioniste donne. In media, i profili italiani che hanno partecipato allo studio hanno 24 anni di pratica a seguito della specializzazione (min=1 anno; max=40 anni). Rispetto alle figure professionali, il 44% dei rispondenti è rappresentato da chirurghi, il 33% da medici oncologi, l'11% da radioterapisti, l'8% da radiologi, e il rimanente 2% da altri ruoli. Il 49% dei

⁴ Gli indicatori (dati del 2018): percentuale di interventi conservativi (indicatore 607), percentuale di nuovi interventi di resezione a 90 giorni dall'intervento conservativo (indicatore 612), percentuale di nuovi interventi di resezione a 120 giorni dall'intervento conservativo (indicatore 605), percentuale di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella (indicatore 606).

⁵ Per ogni indicatore è stato assegnato un punteggio da 1 a 10 in base agli indicatori della BU. Sono poi stati sommati i punteggi dei quattro indicatori e selezionate per ogni gruppo le cinque BU con il punteggio totale maggiore.

Tabella 13.1 **Profilo dei rispondenti alla survey (Italia, resto d'Europa)**

	Totale (N=198)	Italia (N=72)	Resto d'Europa ¹ (N=126)
Sesso			
Donne	117 (62%)	39 (54%)	78 (62%)
Uomini	72 (38%)	32 (44%)	40 (32%)
Non dichiarato	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
Anni di esperienza lavorativa			
Valore medio	19	24	17
Valore minimo	1	1	1
Valore massimo	40	40	39
Ruolo professionale			
Oncologo medico	70 (35%)	24 (33%)	45 (36%)
Chirurgo	70 (35%)	32 (44%)	38 (30%)
Radioterapista oncologo	18 (9%)	8 (11%)	8 (6%)
Radiologo	10 (5%)	6 (8%)	4 (3%)
Altro	30 (15%)	2 (3%)	28 (22%)
Tipo di BU			
BU con certificazione nazionale	91 (48%)	35 (49%)	28 (22%)
BU con certificazione europea	63 (33%)	26 (36%)	65 (52%)
BU non certificata	24 (13%)	10 (14%)	14 (11%)
Non lo so	13 (7%)	0 (0%)	13 (10%)
Pazienti trattati su base annua²			
≤100	7 (4%)	0 (0%)	7 (6%)
101-300	79 (40%)	30 (42%)	49 (39%)
301-500	44 (22%)	19 (26%)	25 (20%)
≥501	61 (31%)	22 (31%)	39 (31%)

Note: ¹ I rispondenti afferiscono ai seguenti paesi: Albania, Austria, Belgio, Bosnia, Bulgaria, Croazia, Cipro, Danimarca, Francia, Georgia, Germania, Grecia, Islanda, Lettonia, Lituania, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Russia, Serbia, Slovenia, Spagna, Turchia, UK. ² A livello di BU.

Abbreviazioni: BU=Breast Unit

Fonte: Elaborazione di una survey Cergas (2022)

rispondenti italiani afferisce a BU certificate a livello internazionale e il 36% a BU certificate a livello nazionale. Tra i rispondenti non italiani, invece, il 62% è rappresentato da donne, il 32% da uomini, con una anzianità di servizio media più bassa, di 17 anni (min=1 anno; max=39 anni). La maggior parte dei rispondenti non italiani è rappresentata da oncologi medici (36%), a fronte del 30% di chirurghi e 22% di altri ruoli, tra cui palliativisti, infermieri, e patologi.

Attraverso la survey sono state esaminate le modalità di interazione tra pazienti e clinici (c.d. archetipi decisionali) e i processi decisionali, con un focus particolare sullo SDM (Tabella 13.2). Ai partecipanti è stato cioè chiesto di quantificare il proprio livello di soddisfazione rispetto ai quattro archetipi descritti da Charles *et al.* (2003) e presentati nel paragrafo 13.2, su una scala da 1 a 5. È interessante notare che l'approccio «condiviso» ha ottenuto i valori più elevati tra tutti gli approcci (media: 4,29; intervallo di confidenza al 95%: 4,15-

Tabella 13.2 **Archetipi decisionali, processo decisionale e processo decisionale condiviso**

Media	Totale (N=198)	Italia (N=72)	Resto d'Europa ¹ (126)
Archetipi decisionali²			
Paternalistico	3,10	3,32	2,97
informato	3,67	3,72	3,64
Deliberativo	2,61	2,51	2,66
Condiviso	4,29	4,32	4,28
Processo decisionale³			
Il medico fornisce informazioni al paziente	4,65	4,69	4,63
Il paziente fornisce informazioni sulle sue preferenze	4,52	4,61	4,47
Il medico fornisce una raccomandazione sul trattamento	4,30	4,40	4,24
Il paziente sceglie il proprio trattamento in autonomia senza il medico	2,34	2,17	2,44
Il medico discute pro e contro delle opzioni di trattamento con il paziente	4,61	4,72	4,55
Il medico e il paziente scelgono in comune accordo un'opzione di trattamento	4,58	4,64	4,55
Si coinvolgono i familiari o il <i>caregiver</i> del paziente, se rilevanti	3,87	3,94	3,83
Processo decisionale condiviso⁴			
I pazienti possono interpretare un processo decisionale condiviso come un segno di incompetenza	1,98	2,08	1,92
È più complesso coinvolgere pazienti con un minor livello di istruzione in processi decisionali condivisi	2,86	2,79	2,90
I pazienti beneficiano di strumenti a supporto delle decisioni per essere coinvolti nelle proprie decisioni di trattamento (es. brochure, video, app)	2,98	2,89	3,04
Il supporto dell'organizzazione (es. direzione sanitaria, altri medici) è fondamentale per implementare processi decisionali condivisi	3,21	3,28	3,17
È necessario formare adeguatamente il personale sanitario sui processi decisionali condivisi	3,53	3,60	3,49
Le associazioni pazienti possono contribuire alla diffusione di approcci decisionali condivisi fornendo materiale informativo e offrendo supporto ai pazienti	3,24	3,25	3,24
Gli approcci decisionali condivisi porteranno a maggiore soddisfazione, salute mentale e qualità di vita del paziente	3,67	3,69	3,65
La mancanza di tempo e risorse (staff, spazi, strumenti) ostacola i processi decisionali condivisi	3,02	2,88	3,10

Note: ¹ I rispondenti afferiscono ai seguenti paesi: Albania, Austria, Belgio, Bosnia, Bulgaria, Croazia, Cipro, Danimarca, Francia, Georgia, Germania, Grecia, Islanda, Lettonia, Lituania, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Russia, Serbia, Slovenia, Spagna, Turchia, UK; ² Su una scala Likert da 1 a 5, dove 1 = Non idoneo e 5 = Estremamente idoneo; ³ Su una scala Likert da 1 a 5, dove 1 = Per niente importante e 5 = Estremamente importante; ⁴ Su una scala Likert da 1 a 4, dove 1 = Fortemente in disaccordo e 4 = Fortemente d'accordo.

Fonte: Elaborazione di una survey Cergas (2022)

4,44), con un valore mediamente più alto tra i rispondenti italiani rispetto ai rispondenti di altri paesi europei (rispettivamente, media di 4,32 vs. 4,28).

Tra i rispondenti italiani, tra i fattori rilevanti in un processo decisionale, la condivisione di informazioni da parte del medico al paziente in modo frontale ha totalizzato il punteggio più elevato (media di 4,69, utilizzando una scala da

1 a 5), mentre la delega della decisione clinica al paziente e la necessità di coinvolgere familiari e *caregiver* nel processo decisionale hanno totalizzato i punteggi più bassi (rispettivamente, media di 2,17 e di 3,94). Tale ordine di preferenza è comparabile a quello manifestato anche dai rispondenti internazionali, seppur questi ultimi abbiano espresso valori mediamente più bassi nella quasi totalità delle domande della survey.

Infine, sono stati investigati i fattori rilevanti in un processo decisionale condiviso, utilizzando in questo caso una scala Likert da 1 a 4. Tra i rispondenti italiani, sono risultati molto rilevanti sia il legame tra un approccio decisionale condiviso e i livelli di soddisfazione, salute mentale e qualità di vita del paziente (valore medio: 3,69), sia la necessità di formare adeguatamente il personale sanitario rispetto alle finalità di un processo decisionale condiviso e agli approcci con cui metterlo in atto (valore medio: 3,60). Viceversa, l'eventualità che i pazienti possano interpretare un processo decisionale condiviso come un segno di incompetenza è la dimensione che ha totalizzato il punteggio più basso tra i rispondenti italiani, anche se comunque risulta più elevato rispetto a quanto espresso dai professionisti stranieri (rispettivamente, valore medio di 2,08 vs. 1,92 utilizzando una scala da 1 a 4).

A seguire, è stata investigata la disponibilità e l'adozione di PDA secondo quanto percepito dagli specialisti di tumore al seno (Tabella 13.3). A livello complessivo, il 55% dei rispondenti (N=109) afferma di disporre di strumenti a supporto del processo decisionale all'interno dei centri in cui lavorano. Tale percentuale scende al 42% se si guarda solo ai rispondenti italiani, e sale al 63% tra gli altri paesi europei. Quando disponibili, i PDA sono utilizzati dall'86% degli specialisti tra il totale dei rispondenti, con tale percentuale che scende al 77% per l'Italia, e sale al 90% nel resto d'Europa. Guardando alla specificità dei PDA utilizzati, gli strumenti cartacei, come brochure, libretto o *dépliant*, rappresentano la categoria preponderante sia nel campione italiano (N=15, 65%), sia nel resto d'Europa (N=57, 80%). Gli strumenti *web-based* risultano invece di scarso utilizzo nel nostro Paese, con solo il 9% dei rispondenti che dichiara di farne uso a fronte del 30% dei rispondenti nel resto d'Europa.

Tramite la survey sono stati investigati barriere e facilitatori all'adozione dei PDA all'interno della pratica clinica, nella duplice prospettiva degli utilizzatori di tali strumenti (ovvero, coloro che dispongono di PDA nella loro struttura e ne fanno uso) e degli utilizzatori potenziali (ovvero, coloro che non dispongono di PDA nella loro struttura, ma ne farebbero uso qualora diventassero disponibili) (Tabella 13.4).

In primis, è stato chiesto di rispondere alla domanda «Secondo lei, quali aspetti sono rilevanti in un PDA?» su una scala da 1 a 5. Tra gli utilizzatori italiani, il fattore ritenuto più rilevante è il tempo necessario per l'utilizzo di tali strumenti con le pazienti, che ha totalizzato uno *score* medio di 4,35, seguito dall'utilizzo di strumenti validi, sviluppati sulla base di solide evidenze scien-

Tabella 13.3 **Disponibilità ed uso di *patient decision aids* (PDA)**

	Totale (N=198)	Italia (N=72)	Resto d'Europa ¹ (N=126)
Disponibilità di PDA			
Si	109 (55%)	30 (42%)	79 (63%)
No/ Non lo so	89 (45%)	42 (58%)	47 (37%)
Totale	198 (100%)	72 (100%)	126 (100%)
Utilizzo di PDA			
Si	94 (86%)	23 (77%)	71 (90%)
No	15 (14%)	7 (23%)	8 (10%)
Totale	109 (100%)	30 (100%)	79 (100%)
Tipologia di PDA utilizzati			
Strumenti cartacei	72 (77%)	15 (65%)	57 (80%)
<i>Conversation aid</i>	41 (44%)	12 (52%)	29 (41%)
Sessioni con un coach	38 (40%)	9 (39%)	29 (41%)
Strumenti <i>web-based</i>	23 (24%)	2 (9%)	21 (30%)
<i>Option grid</i>	16 (17%)	3 (13%)	13 (18%)
Video	8 (9%)	2 (9%)	6 (8%)
Altri strumenti	5 (5%)	2 (9%)	3 (4%)

Note: ¹ I rispondenti afferiscono ai seguenti paesi: Albania, Austria, Belgio, Bosnia, Bulgaria, Croazia, Cipro, Danimarca, Francia, Georgia, Germania, Grecia, Islanda, Lettonia, Lituania, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Russia, Serbia, Slovenia, Spagna, Turchia, UK.

Abbreviazioni: PDA=*Patient decision aid*

Fonte: Elaborazione di una survey Cergas (2022)

tifiche (*score* medio di 3,96). Le dimensioni ritenute invece meno rilevanti ai fini dell'adozione ed utilizzo dei PDA nella prospettiva dei rispondenti italiani utilizzatori sono stati l'accessibilità degli stessi in molteplici formati (es. formato cartaceo e digitale) e/o lingue (es. italiano e inglese), con uno *score* medio di 3,30, e l'integrazione degli stessi all'interno dei *workflow* già esistenti all'interno della struttura, con uno *score* medio di 3,39. È interessante notare che, fatta eccezione per il primo fattore (ossia, il tempo di utilizzo), gli *score* medi espressi dagli utilizzatori potenziali italiani sono sistematicamente più elevati di quelli relativi agli utilizzatori attuali. Tra i rispondenti internazionali, invece, il driver ritenuto più rilevante è la costruzione di PDA con un approccio *evidence-based* (*score* medio pari a 4,14 tra gli utilizzatori), seguito dalla possibilità di usufruire di tali strumenti in molteplici formati e lingue (*score* medio pari a 3,70 tra gli utilizzatori). Similmente a quanto osservato tra i rispondenti italiani, anche tra i rispondenti provenienti dal resto d'Europa si osservano per tutte le dimensioni oggetto di analisi *score* mediamente più elevati tra gli utilizzatori potenziali, rispetto a quelli degli utilizzatori effettivi.

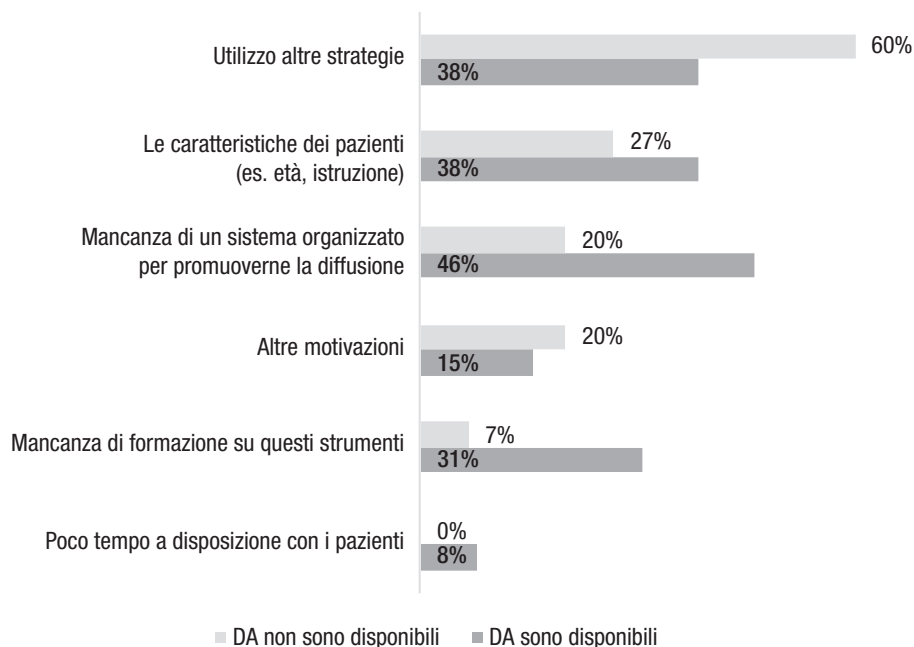
Infine, è stato chiesto di rispondere alla domanda «Quali sono gli ostacoli per cui non utilizzi/non utilizzeresti i PDA?». La Figura 13.1 riporta le risposte

Tabella 13.4 **Facilitatori all'adozione dei *patient decision aids* (PDA)**

Media ¹		Totale	Italia	Resto d'Europa ²
Tempo di utilizzo	Utilizzatori	3,75	4,35	3,56
	Utilizzatori potenziali	3,90	3,72	4,04
Layout e display	Utilizzatori	3,63	3,52	3,66
	Utilizzatori potenziali ³	-	-	-
Accessibilità in più formati e/o lingue	Utilizzatori	3,60	3,30	3,70
	Utilizzatori potenziali	3,97	3,81	4,12
Strumenti costruiti su evidenze scientifiche	Utilizzatori	4,09	3,96	4,14
	Utilizzatori potenziali	4,29	4,08	4,47
Integrazione all'interno dei workflow esistenti	Utilizzatori	3,41	3,39	3,41
	Utilizzatori potenziali	3,94	3,89	3,98

Note: ¹ Su una scala Likert da 1 a 5, dove 1 = Per niente importante e 5 = Estremamente importante. ² I rispondenti afferiscono ai seguenti paesi: Albania, Austria, Belgio, Bosnia, Bulgaria, Croazia, Cipro, Danimarca, Francia, Georgia, Germania, Grecia, Islanda, Lettonia, Lituania, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Russia, Serbia, Slovenia, Spagna, Turchia, UK. ³ Informazione non disponibile.

Fonte: Elaborazione di una survey Cergas (2022)

Figura 13.1 **Barriere all'utilizzo di *patient decision aids* (PDA)**

Fonte: Elaborazione di una survey Cergas (2022)

raccolte a livello aggregato su tutto il campione distinguendo tra i rispondenti affiliati a centri che non dispongono di PDA e rispondenti affiliati a centri che dispongono di PDA ma che, pur disponendone, non ne fanno utilizzo.

I risultati relativi al contesto italiano raccolti tramite la survey sono stati ulteriormente approfonditi con un approccio qualitativo tramite la successiva conduzione di un focus group con specialisti del tumore alla mammella operanti di alcune BU italiane (cfr. par. 2) che si è concentrato sulle barriere all'utilizzo dei PDA.

Le evidenze raccolte tramite i focus group confermano gli aspetti osservati tramite la survey. In particolare, i referenti di BU coinvolti nel focus group hanno confermato che, di fatto, in Italia i PDA hanno una diffusione limitata («[...] *ne avevo sentito parlare di questi strumenti, ma in maniera piuttosto generica, e nella nostra BU non ne facciamo uso*»). Pur riconoscendo che tali strumenti consentirebbero di intercettare in maniera più agevole e scientifica le preferenze e i valori delle pazienti, i clinici affermano che, allo stato attuale delle cose, provano di fatto ad arrivare alla scelta di un percorso terapeutico condiviso attraverso la costruzione di una relazione personale e di un rapporto di fiducia con ciascuna paziente, lasciando chiaramente spazio a differenze di approccio a seconda dei volumi di casi presi in carico dalla struttura (ad esempio, le strutture più piccole riescono a garantire una relazione più diretta con tutte le pazienti trattate fornendo il numero di telefono del medico), della modalità di presa in carico (ad esempio, in alcuni casi sia l'oncologo medico sia il chirurgo presenziano nella prima visita a prescindere dalla casistica clinica), e dello staff disponibile (ad esempio, in alcuni casi vi è disponibilità della figura del *case manager* come *contact point* per la paziente). Qualora degli strumenti siano disponibili, si tratta per lo più di strumenti non standardizzati, spesso sviluppati *in-house*, come ad esempio brochure informative che il clinico consegna alle pazienti alla fine della prima visita, quando cioè è stata comunicata la diagnosi, con l'obiettivo di discutere le opzioni di trattamento durante la seconda visita (si tratta di materiali informativi che, ad esempio, spiegano il percorso della paziente, forniscono consigli su cosa portare al momento del ricovero e danno i contatti di associazioni pazienti). Similmente a quanto evidenziato dalla survey, alcuni rispondenti hanno ribadito la necessità di sviluppare questi strumenti sulla base della letteratura o adattandoli al contesto italiano, seppur con qualche scetticismo rispetto alla possibilità che le pazienti possano interpretare in modo corretto le evidenze scientifiche se non accompagnate da schematizzazioni, disegni e, più in generale, indicazioni da parte del clinico. A tal proposito, l'ottenimento della certificazione europea EUSOMA è stato menzionato tra i principali *driver* di cambiamento in tal senso. In uno dei Centri rappresentati dal Focus Group, l'ottenimento della certificazione EUSOMA ha portato infatti allo sviluppo interno di un set di *booklet* informativi, differenziati per tener conto delle caratteristiche demo-

grafiche e specificità cliniche delle pazienti. In linea con la letteratura sul PE, sono emersi alcuni elementi che potrebbero influenzare l'utilizzo di PDA che riguardano sia le caratteristiche del paziente (la propensione al coinvolgimento varia da persona a persona, così come la capacità di interpretare le informazioni cambia a seconda di età e livello di educazione) sia dei clinici (è emerso un diverso livello di fiducia rispetto alla validità scientifica di questi strumenti e alla loro utilità per l'applicazione a casi diversi). Da questo punto di vista, è stato condiviso che una formazione dedicata rivolta ai clinici possa essere utile sia per aumentare la conoscenza sui PDA sia per comprendere come implementarli a seconda dei profili dei pazienti. Infine, l'elemento culturale risulta rilevante per capire come questi strumenti possano integrare e non sostituire il rapporto di fiducia medico-paziente tipico del contesto italiano («*mi sembra [...] che molti degli strumenti vengono da una cultura diversa dalla nostra, quindi sono poco trasferibili sui nostri pazienti che invece hanno bisogno di parlarne*»). Complessivamente, il focus group conferma l'interesse per il tema, ma al contempo evidenzia la poca consapevolezza di cosa effettivamente siano questi strumenti e delle relative potenzialità.

13.5 Patient decision aids nel contesto internazionale: un confronto con le pratiche olandesi e britanniche

I paragrafi che seguono descrivono due esperienze internazionali di utilizzo di PDA: il caso BRASA (Raphael *et al.*, 2020), sviluppato nei Paesi Bassi e il caso dell'*Age Gap Decision Tool* sviluppato nel Regno Unito (Collins *et al.*, 2017). La Tabella 13.5 sintetizza alcuni degli elementi distintivi delle due esperienze a confronto.

13.5.1 Il caso olandese: BRASA

BRASA è uno strumento di supporto alle decisioni ideato per pazienti che devono decidere se sottoporsi o meno a radioterapia (RT). Queste decisioni sono considerate sensibili alle preferenze perché vi sono evidenze che la RT riduce il rischio di recidiva locale e talvolta conferisce un piccolo beneficio di sopravvivenza; tuttavia, vanno considerati nella scelta della RT gli effetti collaterali e le conseguenze del trattamento sul paziente. Pertanto, le pazienti in diverse situazioni⁶ hanno bisogno di supporto nella scelta dell'opzione migliore

⁶ Le pazienti vengono identificate in quattro sottogruppi di casistica: rischio di recidiva basso post-mastectomia, carcinoma duttale in situ, rischio di recidiva intermedio con irradiazione della parete toracica, rischio di recidiva intermedio post-intervento conservativo con extra-dose di irradiazione.

Tabella 13.5 **L'esperienza olandese e britannica**

Paese	Paesi Bassi	Regno Unito
PDA	BRASA	Age Gap Decision Tool
Target	Pazienti che devono o meno sottoporsi alla radioterapia	Donne >70 anni con tumore al seno operabili
Obiettivo PDA	Supportare pazienti nella scelta di un trattamento in linea con le condizioni individuali, migliorando la conoscenza delle varie opzioni prima, durante o dopo l'incontro con il medico curante	Supportare clinico e paziente nella decisione condivisa rispetto a due potenziali percorsi di presa in carico (intervento chirurgico o terapia endocrina primaria / intervento chirurgico +/- chemioterapia adiuvante)
Elementi	Sito internet con testo, film di animazione e grafici per rappresentare i rischi del trattamento	Sito internet con schermate per potenziali <i>outcome</i> sulla base delle preferenze e delle caratteristiche dei pazienti Brochure informativa Algoritmo online
Dati a supporto per sviluppo PDA	Dati disponibili da trial clinici dedicati	Dati del registro tumori UK tra 2002 e 2012
Validazione PDA	Sì	Sì
Valutazione PDA	Trial pre- e post-intervento Valutazione processo	Trial clinico Valutazione processo
Coinvolgimento pazienti nel co-design	Sì	Sì
Barriere implementazione	- Sistemi informativi frammentati e scarsa interoperabilità dei dati - Le competenze informatiche dei pazienti - Scarso coordinamento tra specialisti	Organizzative e logistiche Elevato turnover e poca formazione personale Fase del percorso in cui i PDA sono usati Sovraccarico di informazioni per i pazienti
Fattori facilitanti	Co-design del PDA Raccomandazione del team multidisciplinare o del dipartimento di chirurgia Possibilità di adattamento alle esigenze logistiche del centro Integrazione nei tempi standard della visita	Co-design PDA Valutazione processo

Fonte: Elaborazione degli autori

considerando le proprie preferenze e la situazione individuale. In generale, linee guida cliniche promuovono la condivisione delle decisioni con il paziente specificamente riguardo alla RT (Recht *et al.*, 2016).

Lo strumento è un'applicazione online che guida la paziente attraverso il processo decisionale utilizzando testo, animazioni e un esercizio di chiarimento dei valori (BRASA, n.d.). L'applicazione è composta da due parti: una generale, adatta a tutti le pazienti, e una personalizzata:

- Nella parte iniziale viene introdotto il concetto di SDM e l'importanza di scegliere un trattamento in linea con i valori personali. Sono fornite informazioni generali sul cancro al seno e sul carcinoma duttale in situ, con col-

legamenti all'associazione nazionale dei pazienti, e viene presentata una descrizione pratica della RT tramite un filmato di animazione.

- Le restanti sezioni sono personalizzate per ciascuno dei quattro sottogruppi e contengono testi e riquadri grafici con informazioni sugli effetti collaterali, il rischio di recidiva e il beneficio di sopravvivenza (se presente).

Le pazienti possono stampare il riepilogo delle loro preferenze e portarlo all'incontro con il medico. Lo strumento può essere usato a casa prima della consultazione con il radioterapista, o durante e dopo l'incontro. In generale, le pazienti idonee per la RT vengono segnalate dal team multidisciplinare (MDT) nella relazione post-operatoria e indirizzate all'oncologo radioterapista curante con la raccomandazione di utilizzare il PDA.

BRASA è stato progettato secondo i criteri IPDAS, seguendo un processo iterativo di sviluppo. Sia i pazienti che i clinici hanno partecipato alla prima fase per raccogliere i loro bisogni e le attese riguardo agli aspetti più rilevanti nel processo decisionale sulla RT (Raphael *et al.*, 2020). Dopo la valutazione iniziale delle esigenze, sono state condotte diverse fasi di test alfa con i rappresentanti dei pazienti e clinici per modificare il contenuto ed assicurarsi che le informazioni sui rischi del trattamento fossero adeguatamente comunicate (Raphael *et al.*, 2020).

BRASA è stato valutato in un trial pre- e post-intervento, multicentrico in 13 dei 19 centri di radioterapia nei Paesi Bassi, testando l'adozione e l'effetto dello strumento decisionale (Raphael *et al.*, 2021). I risultati dello studio hanno mostrato che l'utilizzo dello strumento non ha ridotto il conflitto decisionale delle pazienti⁷ né ha influenzato la loro percezione del processo decisionale condiviso. Tuttavia, le pazienti esposti all'uso dello strumento hanno dimostrato una migliore comprensione delle opzioni di trattamento, optando meno frequentemente per (l'ulteriore) radioterapia. L'88% delle pazienti che hanno usato lo strumento, l'ha ritenuto utile per lo SDM.

In concomitanza con lo studio di efficacia, è stata realizzata la valutazione del processo d'implementazione del PDA (Raphael *et al.*, 2021). Per agevolare l'implementazione, i ricercatori hanno sviluppato una «scheda» per i clinici da consegnare alle pazienti, contenente il sito web e un codice di accesso. Per distribuirla, sia il dipartimento di chirurgia che quello di radioterapia possono usare la posta ordinaria o l'e-mail. Il codice di accesso aiuta a monitorare l'uso dello strumento da parte del paziente e a collegarlo al modulo di registrazione dei casi. Inoltre, è stato messo a disposizione un corso online di formazione (non obbligatorio) per i professionisti sanitari.

⁷ Il conflitto decisionale (*decisional conflict* in inglese) è un concetto consolidato nella letteratura di riferimento per misurare, attraverso scale validate, il grado di pentimento post-decisionale nei pazienti

Nel complesso, sono stati osservati livelli alti di utilizzo. L'analisi del processo ha mostrato che più pazienti erano propensi a utilizzare lo strumento quando ricevevano il link dal dipartimento di chirurgia o quando la relazione del MDT raccomandava la necessità di un processo decisionale condiviso. Un trattamento deciso/indicato dal MDT può risultare vincolante sia per il medico curante sia per il paziente, limitando l'opportunità di ricorrere ad uno SDM per scegliere il trattamento più idoneo. Di conseguenza, specificare nella relazione del MDT l'utilizzo di uno strumento o l'opportunità di decidere insieme il trattamento è un fattore abilitante. Il coinvolgimento degli utenti finali sin dalle fasi iniziali di sviluppo e la possibilità di adattare l'implementazione alle esigenze logistiche di ciascun centro sono stati elementi a favore dell'uso dello strumento in fase di implementazione. Inoltre, l'uso dello strumento non ha influenzato la durata e il numero delle consultazioni. Un ostacolo importante nell'adozione dei PDA è la percezione del tempo e la preoccupazione che il loro uso possa richiedere visite aggiuntive. Pertanto, questo esito potrebbe incoraggiare l'uso dello strumento nella routine clinica.

Rispetto all'integrazione dello strumento nel percorso di cura, è importante riflettere sul ruolo dei sistemi informativi e sulla possibilità di utilizzare dati di accesso per tracciare l'uso da parte delle pazienti. Una rappresentazione parziale dell'uso dello strumento può verificarsi in contesti in cui i sistemi informativi siano frammentati o laddove il flusso dei dati sanitari non sia integrato con altri flussi organizzativi. Anche le competenze digitali possono ostacolare l'uso dello strumento poiché pazienti con limitate competenze informatiche potrebbero rinunciare a utilizzarlo. Infine, è necessario un forte coordinamento tra vari specialisti, come in questo caso soprattutto tra chirurghi e radioterapisti, per garantire un coordinamento ottimale tra i vari momenti di cura. Come è emerso chiaramente dallo studio di valutazione dello strumento BRASA, il team multidisciplinare svolge un ruolo cruciale nel raccomandare ai pazienti e ai clinici che ne fanno parte l'utilizzo di un approccio partecipativo nella scelta del trattamento.

13.5.2 Il caso britannico: l'Age Gap Decision Tool

L'«*Age Gap Decision Tool*» è un PDA concepito appositamente per le donne con più di 70 anni che si trovano a dover prendere decisioni riguardanti il trattamento possibile e il miglior percorso d'azione in base alle loro circostanze individuali. Questo strumento mira a fornire supporto alle donne con tumore al seno operabile, rispetto a due opzioni di trattamento: intervento chirurgico e terapia endocrina primaria (PET) o intervento chirurgico con o senza chemioterapia adiuvante. Si tratta di opzioni comunemente considerate per le donne anziane con tale diagnosi.

L'«*Age Gap Decision Tool*» è composto da tre parti principali (Burton *et al.*, 2021):

- i. un PDA da utilizzare durante la consultazione con la paziente, sotto forma di una tabella di domande e risposte frequenti relative a ciascuna opzione di trattamento. Questo strumento ha un duplice obiettivo: a) supportare il medico nella discussione con i pazienti riguardo alle diverse opzioni di trattamento; e b) aiutare le pazienti a riflettere su ciò che è più importante per loro in una scala valoriale, in modo da dividerlo con il medico;
- ii. due opuscoli scaricabili per i pazienti, che forniscono informazioni dettagliate sulle possibili opzioni di trattamento in un formato comprensibile e adatto alle esigenze delle donne anziane;
- iii. un algoritmo online di predizione del rischio, che aiuta il medico a stimare la sopravvivenza a due e cinque anni per le diverse opzioni di trattamento, personalizzando i risultati in base allo stadio della malattia, al tipo di tumore, all'età del paziente e al suo stato di salute generale.

Per utilizzare l'*Age Gap Decision Tool*, i professionisti sanitari devono inserire informazioni specifiche riguardanti la condizione della donna, come l'età, lo stadio del tumore (da 1 a 3), le dimensioni del tumore e l'eventuale coinvolgimento dei linfonodi. Inoltre, lo strumento tiene conto delle eventuali comorbidità della donna e del suo livello di fragilità e autonomia nelle attività quotidiane (come per esempio mangiare, vestirsi, camminare), insieme a eventuali limitazioni in queste aree.

Tutte le informazioni possono essere scaricate e stampate per essere utilizzate durante successive consultazioni o per supportare il processo decisionale, oltre a facilitare le discussioni con familiari e amici.

Lo strumento è stato sviluppato in conformità con le linee guida e gli standard IPDAS, coinvolgendo attivamente gli utilizzatori finali (Lifford *et al.*, 2019). Il processo di *co-design* ha seguito diverse fasi (Burton *et al.*, 2021), partendo dall'analisi delle esigenze dei pazienti e procedendo con i test di un prototipo per valutare l'accettabilità e l'utilità dello strumento. I modelli predittivi del rischio alla base dell'algoritmo sono stati sviluppati utilizzando dati dal registro tumori del Regno Unito per il periodo 2002-2012, e successivamente pubblicati e validati, dimostrando livelli di accuratezza accettabili.

L'*Age Gap Decision Tool* è stato testato in uno studio clinico randomizzato come parte di un più ampio programma denominato «*Bridging the Age Gap in Breast Cancer*» del *National Institute for Health Research* (Lifford *et al.*, 2019). Le pazienti hanno mostrato livelli elevati di soddisfazione per le informazioni ricevute, il coinvolgimento nella presa di decisione e il supporto, nonché le informazioni e il tempo dedicato da parte dei clinici (Burton *et al.*, 2021). Oltre alla sperimentazione attraverso un trial, è stata condotta un'attenta valutazione del processo (Burton *et al.*, 2021), seguendo le linee guida del *Medical Research Council* (MRC), al fine di comprendere come i PDA siano stati utilizzati, valutarne l'accettabilità e utilità per il personale e i pazienti, e identificare

gli ostacoli e i facilitatori per una futura implementazione. In particolare, la valutazione ha evidenziato come il coinvolgimento degli utenti finali fin dalle fasi iniziali di progettazione, una formazione completa, la disponibilità di uno strumento costruito su solide evidenze scientifiche e la valutazione del processo siano stati fattori facilitanti che hanno contribuito a promuovere l'uso dello strumento. Inoltre, la disponibilità di informazioni sia lato clinici (sopravvivenza) che lato pazienti (maggiori informazioni disponibili) ha rappresentato un elemento che ha favorito la presa di decisioni condivise e il coinvolgimento dei pazienti nella decisione finale.

La valutazione fa emergere anche alcuni ostacoli che devono essere affrontati per implementare tali strumenti in maniera efficace:

- ▶ di tipo organizzativo, per esempio la carenza di dotazioni infrastrutturali e logistiche (es. la mancanza di computer, stampanti e accesso a internet nelle cliniche) e la breve durata delle visite che impediscono di dedicare tanto tempo allo scambio di informazioni;
- ▶ di tipo professionale, quali per esempio l'elevato *turnover* del personale e la scarsa formazione di alcuni professionisti comporta una perdita di expertise nell'uso dei PDA;
- ▶ di tipo clinico, connessi con la fase del percorso in cui vengono usati tali strumenti, infatti in numerosi casi i pazienti avevano già preso decisioni o ricevuto raccomandazioni dai clinici prima di aver accesso a tali strumenti, riducendo il valore potenziale di questo strumento;
- ▶ di tipo informativo: alcuni clinici e pazienti hanno lamentato un «sovraccarico di informazioni» ritenendo che le informazioni dell'*Age Gap Decision Tool* potessero perdersi tra la vasta quantità di informazioni correlate al cancro fornite ai pazienti da altre fonti, come organizzazioni benefiche per il cancro al seno.

Inoltre, implementazione significa adattamento. Il processo di implementazione ha spesso comportato un certo grado di adattamento dello strumento compromettendo la «fedeltà» dello stesso (Burton *et al.*, 2021). Alcuni clinici hanno personalizzato lo strumento, fornendo ai pazienti solo una componente (di solito la brochure) e adattando le informazioni sulle stime di sopravvivenza in base alla loro valutazione personale della preparazione emotiva dei pazienti, per esempio facendo riferimento solo alla sopravvivenza a 2 anni e non a 5 anni quando le stime erano troppo basse o non mostrando i risultati interi ma solo un estratto.

L'esperienza inglese dell'*Age Gap Decision Tool* è particolarmente interessante per diverse ragioni: innanzitutto, perché coinvolge un target di pazienti che vengono tradizionalmente definiti più passivi nel prendere decisioni rispetto ai target più giovani (Burton *et al.*, 2015, 2017); in secondo luogo perché ha

coinvolto i destinatari finali nel processo di sviluppo dello strumento, garantendo che le informazioni fornite fossero accurate, pertinenti e adatte a questo gruppo di età; in terzo luogo, l'implementazione dello strumento è stata accompagnata da una formazione dei clinici sull'utilizzo dello stesso, mettendo in evidenza l'importanza delle attitudini e delle competenze per la decisione condivisa; infine, lo strumento dopo essere stato sperimentato nell'ambito di un trial e valutato in termini di processo è stato successivamente introdotto nella pratica clinica, rendendolo disponibile sul sito <https://agegap.shef.ac.uk/>.

13.6 Discussione

Da anni l'attenzione crescente alla qualità delle cure, anche in ambito oncologico, e al livello di soddisfazione del paziente/cittadino nell'interazione con il sistema sanitario, ha fatto emergere l'approccio condiviso alle decisioni di trattamento – indicato in questo capitolo come processo decisionale condiviso, o *shared decision-making* – come un importante attributo dell'assistenza centrata sul paziente o un pilastro del *patient engagement*. Non è chiaro se questo approccio generi addirittura risparmi per il sistema sanitario, ulteriori studi sono necessari a riguardo (Scalia *et al.*, 2020). Sicuramente per promuovere un approccio condiviso alle scelte, alcune tecniche di comunicazione possono rivelarsi utili, tuttavia spiegare le diverse opzioni e i relativi rischi a un paziente oncologico contemporaneo, può risultare complesso tanto che si stanno sviluppando numerosi ausili decisionali per il paziente (*patient decision aid*, PDA).

Data l'utilità di questo approccio in ambiti in cui più opzioni terapeutiche siano disponibili e clinicamente valide in base alla letteratura scientifica, il setting scelto per l'approfondimento condotto sulle pratiche di SDM nel nostro Paese e all'estero è quello del tumore mammario e delle unità senologiche.

Tramite una survey abbiamo ottenuto 198 risposte valide, di cui 72 da rispondenti italiani, per lo più chirurghi e in maggioranza donne. In generale, il campione di professionisti italiani ha fornito risposte non statisticamente differenti da quelle di professionisti operanti all'estero, di fatto non confermando una ipotesi secondo la quale esisterebbe un gradiente nord-sud nell'adesione a pratiche decisionali condivise in Europa.

Nello stesso sondaggio abbiamo anche investigato la disponibilità e l'uso dei PDA nelle strutture di senologia. In generale, oltre la metà (55%) dei rispondenti ha dichiarato che questi strumenti sono disponibili come supporto alle decisioni terapeutiche nei loro centri, ma nel nostro Paese questa percentuale si riduce al 42%. Quando disponibili nella BU, i PDA sono utilizzati dall'86% dei rispondenti o dal 77% dei rispondenti italiani. Gli ausili decisionali comuni sono in gran parte cartacei, ed emerge un ritardo nell'uso di strumenti digitali o *web-based* nel nostro Paese (9%) rispetto al resto d'Europa (30%). Queste

differenze riflettono da una parte il livello di digitalizzazione non ottimale del nostro Paese – per l’edizione 2022 dell’indice di digitalizzazione dell’economia e della società (DESI), l’Italia si colloca al 18° posto fra i 27 Stati membri dell’UE. Dall’altra però potrebbero sottolineare una diversa cultura rispetto alle modalità di abilitazione di processi condivisi che puntano sulla comunicazione e sulla relazione medico-paziente piuttosto che sull’uso di strumenti di supporto, oppure semplicemente una conoscenza ancora limitata di questi ausili. La letteratura, infatti, in questo ambito è per lo più nordamericana o anglosassone.

Da ultimo, la survey ha permesso di ordinare per importanza barriere e facilitatori all’adozione dei PDA all’interno della pratica clinica così come emergenti dalla letteratura di riferimento. Va osservato qui come per gli utilizzatori italiani, soggetti a un cronico sovraccarico lavorativo, il fattore ritenuto più rilevante sia il tempo necessario per l’utilizzo di tali strumenti con le pazienti, aspetto che è marginale per rispondenti da altri Paesi, i quali danno invece relativamente più peso alle evidenze scientifiche all’origine di questi strumenti e all’accessibilità in più formati, layout o lingue.

Come secondo passaggio, abbiamo discusso questi risultati con un panel di specialisti del tumore alla mammella operanti di sette BU italiane. Linee guida cliniche internazionali per il cancro al seno sottolineano la necessità di promuovere l’adozione di approcci SDM nella pratica clinica. Gli esiti della discussione del focus group con i professionisti hanno confermato alcuni degli spunti emersi dall’analisi dei risultati della survey. In particolare, di fronte al tentativo ben argomentato in letteratura di strutturare o standardizzare il processo decisionale, anche grazie all’utilizzo di supporti *ad hoc*, la realtà clinica italiana rimane molto legata alla relazione e alla personalizzazione di questa fase molto importante del processo di cura. È pur vero che la conoscenza sul tema è generalmente ancora poco diffusa presso gli specialisti nel nostro Paese, per cui il potenziale beneficio derivante dall’adozione di questi strumenti non può essere valutato adeguatamente. A questo punto si collega pertanto un bisogno formativo mirato a sviluppare una conoscenza e una consapevolezza di questi approcci tale da permettere un adattamento idoneo al contesto italiano e soprattutto alle caratteristiche cliniche, socio-demografiche, culturali delle pazienti che ne beneficerebbero. Questo adattamento risulta necessario laddove questi ausili decisionali (PDA) sono percepiti come originati entro modelli culturali diversi, meno legati alla dimensione relazionale e più legati al dato scientifico espresso quantitativamente.

Infine la sezione relativa ai due PDA sviluppati, validati e utilizzati in UK e in Olanda, l’*Age Gap Decision Tool* e il BRASA, rispettivamente, è utile perché illustra in modo concreto cosa si intenda in altri contesti per PDA e quali forme questi possano assumere anche sfruttando le potenzialità di supporti digitali ormai molto diffusi. Sebbene la ricerca sullo sviluppo (e co-design) e

sulla valutazione dell'efficacia degli ausili decisionali avanzino speditamente, ad oggi l'implementazione nella pratica clinica di questi approcci, come mostrato anche dalla nostra survey e dal focus group successivo, procede a rilento, soprattutto nel nostro Paese. Le barriere emergenti dalla letteratura e dai dati empirici raccolti sono di tipo organizzativo e logistico (es., disponibilità di supporti informatici, copertura wi-fi, durata della visita); professionale (es., bisogno formativo degli utilizzatori); clinico (es., allineamento tra percorso del paziente e momento di supporto decisionale); culturale (es., difficoltà di elaborazione di una grossa mole di informazioni, soprattutto se espresse in modalità quantitative).

D'altra parte, oltre alla spinta fornita da disposizioni normative o linee guida, alcuni fattori possono facilitare il percorso di adozione e diffusione di approcci di SDM, tra cui formazione e cultura rispetto al tema del team multidisciplinare, lo sviluppo di approcci propri della BU co-creati insieme ai pazienti e in base alle loro caratteristiche, e supporto organizzativo inteso come idonea revisione dei percorsi assistenziali. Futuri progetti di *quality improvement* a livello aziendale o di struttura sono necessari per comprendere il ruolo delle scelte condivise nell'assistenza, quali strategie di implementazione mettere in campo e come consentire trasferibilità e la scalabilità di soluzioni efficaci in contesti diversi e nella realtà delle unità senologiche italiane.

13.7 Conclusioni

La comparazione degli esiti della survey rivela alcune differenze tra i rispondenti italiani e quelli internazionali che occorre ricondurre anche al diverso ruolo del cittadino nel proprio sistema delle cure. Nei sistemi sanitari di tipo Beveridge il finanziamento delle cure è in capo alla pubblica amministrazione, diversamente articolata nell'esercizio della funzione di tutela della salute, mentre nelle altre, con schemi diversi, esiste una maggiore responsabilità (e quindi consapevolezza) del cittadino sulla dimensione economica dell'erogazione delle cure. Nel modello universalistico, quindi, sebbene esistano strumenti che limitino la domanda delle cure proprio responsabilizzando economicamente il cittadino (i ticket, ad esempio), la regolazione della dimensione economica dell'erogazione dei servizi passa attraverso le scelte dell'intero sistema pubblico attraverso politiche e modelli di gestione specifici. Questo comporta alcune conseguenze, tra le quali si segnala la funzione di agenzia interpretata dai professionisti, che riguarda non solo l'intermediazione del bisogno ma anche delle sue soluzioni in quanto interpreti della voce dell'intero sistema delle cure. È inevitabile, quindi, la tensione tra le scelte allocative su ciascun caso trattato e l'impatto sulla spesa complessiva (soprattutto in frangenti in cui essa è in frenata, come in Italia) pur nel perseguimento della migliore pratica possibile.

Da qui la rilevanza della richiesta di avere strumenti a supporto delle decisioni condivise che aiutino le scelte allocative usando l'evidenza scientifica che, al di là delle questioni professionali, rappresenta una metrica allocativa fruibile per il clinico. Quindi, la contestualizzazione di tali strumenti in ragione non solo della configurazione del sistema, ma anche della contingenza che esso vive, rappresenta una chiave interpretativa delle evidenze che analisi come quelle qui condotte propongono su scala internazionale. Da osservatori dei sistemi, non ci si può esimere dalla domanda relativa all'*engagement* del paziente anche rispetto ai processi erogativi a cavallo tra più circuiti di finanziamento: come poter sostenere il paziente nella ricomposizione dei servizi di cui fruisce a cavallo tra più circuiti, evitando che l'impossibilità del sistema di «dare tutto a tutti» si traduca nel «dare poco a pochi»? Possiamo immaginare modelli e strumenti che supportino i professionisti nell'aiutare il paziente sulle sue scelte relative alla gestione della malattia soprattutto nei casi in cui l'accesso ai servizi non solo sanitari diventa difficile? In altri termini, i modelli di SDM possono rappresentare l'occasione per costruire non solo l'alleanza medico-paziente, ma anche quella cittadino-sistema delle cure?

Come descritto nei paragrafi precedenti, le barriere allo sviluppo di approcci di SDM dipendono da fenomeni organizzativi, professionali, clinici e informativi che hanno specificità rispetto alle diverse aree di intervento. L'oncologia, ad esempio, ha alcuni elementi specifici in merito all'organizzazione delle cure: i modelli multidisciplinari e multiprofessionali sono certamente più diffusi in questa branca della medicina che in altre, così come l'organizzazione a rete dell'offerta oncologica regionale che vede in alcuni contesti esperienze consolidate (ad esempio, la rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, o la rete oncologica Toscana). Tali esperienze sono rappresentative di una visione di sistema della pratica clinica che si inserisce all'interno di sforzi organizzativi che puntano sull'integrazione degli interventi tra contributi professionali (nel caso della multi-professionalità) o dei servizi offerti (nel caso della rete clinica regionale). Se la comunità degli specialisti del tumore mammario ha dimostrato la sensibilità e la pratica di strumenti di SDM descritta in precedenza dalla survey, è legittimo chiedersi se in altri contesti disciplinari possiamo attenderci i medesimi esiti. Sul piano clinico e professionale non si può dimenticare l'impatto che la parola cancro suscita nella vita del malato e in quella dei suoi cari: sebbene l'alfabetizzazione del paziente proprio in questa area sia spesso molto alta, la gestione delle sue attese non è certamente semplice da parte dei professionisti. Lo scenario sembra complicarsi con l'avvento della oncologia mutazionale che dispiega il suo valore in ragione delle caratteristiche genetiche del soggetto e non per la sede della malattia. Questo appare un fenomeno apripista per l'oncologia che potrà essere emulato per altre situazioni in cui la pratica clinica potrà aprirsi a queste nuove modalità di diagnosi e cura. È forse questa un'ulteriore questione che spinge a promuovere la diffusione di strumenti co-

me quelli discussi in questo capitolo? Infine, sul piano informativo, la possibilità di offrire al paziente un sistema di informazioni strutturato e autentico (in contrasto con le *fake news* che proprio sul tema salute circolano) costruito per lui/lei all'interno della relazione di cura può aiutare a distinguere i contenuti e le fonti informative per evitare quel sovraccarico che viene segnalato dalla letteratura di riferimento.

Il capitolo ha rappresentato un modo diverso per affrontare il grande tema che spesso nel sistema delle cure domestico è etichettato come «umanizzazione delle cure» (anche in oncologia) e che spesso è legato a temi quali l'empatia nella reazione e alla lettura dell'ampio spettro di bisogni che il paziente manifesta. Il tema degli strumenti di SDM va in qualche modo oltre, poiché sfida la relazione paternalistica e propone approcci paritari nelle scelte della vita e della malattia.

13.8 Bibliografia

- Bae, J.-M. (2017), «Shared decision making: Relevant concepts and facilitating strategies», *Epidemiology and Health*, 39.
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012), «Shared Decision Making—The Pinnacle of Patient-Centered Care». *New England Journal of Medicine*, 366(9), pp. 780–781.
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., Rothgang, H. (2013), «Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification», *Health Policy*, 113 (3), pp. 258-269.
- BRASA. (n.d.). Disponibile a questo link.
- Burns, K. E. A., Duffett, M., Kho, M. E., Meade, M. O., Adhikari, N. K. J., Sinuff, T., Cook, D. J., & for the ACCADEMY Group. (2008), «A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians». *Canadian Medical Association Journal*, 179(3), pp. 245–252.
- Burton, M., Collins, K. A., Lifford, K. J., Brain, K., Wyld, L., Caldon, L., Gath, J., Revell, D., & Reed, M. W. (2015), «The information and decision support needs of older women (>75 yrs) facing treatment choices for breast cancer: A qualitative study: Information and decision needs of older women with breast cancer». *Psycho-Oncology*, 24(8), pp. 878–884.
- Burton, M., Kilner, K., Wyld, L., Lifford, K. J., Gordon, F., Allison, A., Reed, M., & Collins, K. A. (2017), «Information needs and decision-making preferences of older women offered a choice between surgery and primary endocrine therapy for early breast cancer». *Psycho-Oncology*, 26(12), pp. 2094–2100.
- Burton, M., Lifford, K. J., Wyld, L., Armitage, F., Ring, A., Nettleship, A., Collins, K., Morgan, J., Reed, M. W. R., Holmes, G. R., Bradburn, M., Gath, J., Green, T., Revell, D., Brain, K., Edwards, A., On behalf of the Study

- Management Team, Harder, H., Ward, S., ... Audisio, R. (2021). «Process evaluation of the Bridging the Age Gap in Breast Cancer decision support intervention cluster randomised trial», *Trials*, 22(1), 447.
- Cardinali, F., Carzaniga, S., Duranti, G., Labella, B., Lamanna, A., Cerilli, M., Caracci, G., & Carinci, F. (2021), «A nationwide participatory programme to measure person-centred hospital care in Italy: Results and implications for continuous improvement», *Health Expectations*, 24(4), pp. 1145–1157.
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S., & Senkus, E. (2019), «Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up», *Annals of Oncology*, 30(8), pp. 1194–1220.
- Carman. (2012), «Implementation, engagement, and use: Making health care more patient-centered, reliable, and safe», Agency for Healthcare Research and Quality 2012 Annual Conference.
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013), «Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies», *Health Affairs*, 32(2), pp. 223–231.
- Carmona, C., Crutwell, J., Burnham, M., & Polak, L. (2021), «Shared decision-making: Summary of NICE guidance», *BMJ*, n1430.
- Charles, C. A., Whelan, T., Gafni, A., Willan, A., & Farrell, S. (2003), «Shared Treatment Decision Making: What Does It Mean to Physicians?», *Journal of Clinical Oncology*, 21(5), pp. 932–936.
- Charmel, P. A., & Frampton, S. B. (2008), «Building the business case for patient-centered care». *Healthcare Financial Management: Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 62(3), pp. 80–85.
- Chichua, M., Brivio, E., Mazzoni, D., & Pravettoni, G. (2022), «Shared decision-making and the lessons learned about decision regret in cancer patients», *Supportive Care in Cancer*, 30(6), pp. 4587–4590.
- Center for Advancing Health (CFAH) (2010). *A new definition of patient engagement: What is engagement and why is it important?*, Disponibile a questo link. http://www.cfah.org/pdfs/CFAH_Engagement_Behavior_Framework_current.pdf
- Collins, K., Reed, M., Lifford, K., Burton, M., Edwards, A., Ring, A., ... & Wyld, L. (2017), «Bridging the age gap in breast cancer: evaluation of decision support interventions for older women with operable breast cancer: protocol for a cluster randomised controlled trial», *BMJ open*, 7(7).
- Coulter, A. (2011). *Engaging patients in healthcare*, Open University Press.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007), «Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients», *BMJ*, 335(7609), pp. 24–27.
- Durand, M., Yen, R. W., O'Malley, A. J., Schubbe, D., Politi, M. C., Saunders, C. H., Dhage, S., Rosenkranz, K., Margenthaler, J., Tosteson, A. N. A.,

- Crayton, E., Jackson, S., Bradley, A., Walling, L., Marx, C. M., Volk, R. J., Sepucha, K., Ozanne, E., Percac-Lima, S., ... Elwyn, G. (2021), «What matters most: Randomized controlled trial of breast cancer surgery conversation aids across socioeconomic strata», *Cancer*, 127(3), pp. 422–436.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnerley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012), «Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice», *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), pp. 1361–1367.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992), «Four models of the physician-patient relationship», *JAMA*, 267(16), pp. 2221–2226.
- Epstein, R., & Street, R. (2008), «Patient-centered care for the 21st century: Physicians' roles, health systems and patients' preferences», ABIM Foundation.
- European Code of Cancer Practice. (n.d.). Disponibile a questo link.
- Fang, S.-Y., Lin, P.-J., & Kuo, Y.-L. (2021), «Long-Term Effectiveness of a Decision Support App (Pink Journey) for Women Considering Breast Reconstruction Surgery: Pilot Randomized Controlled Trial», *JMIR MHealth and UHealth*, 9(12).
- Gavaruzzi, T. (2022), «Where are we in shared decision-making in Italy? A brief updated review», *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 171, pp. 74–83.
- Han, J., Jungsuwadee, P., Abraham, O., & Ko, D. (2018), «Shared Decision-Making and Women's Adherence to Breast and Cervical Cancer Screenings», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1509.
- Hurtado, M. P., Swift, E. K., Corrigan, J., (Eds.). (2001), «Envisioning the national health care quality report», Board on Healthcare Services, Institute of Medicine. National Academy Press.
- Iwata, H., Saji, S., Ikeda, M., Inokuchi, M., Uematsu, T., Toyama, T., Horii, R., & Yamauchi, C. (2021), «Correction to: The Japanese Breast Cancer Society Clinical Practice Guidelines, 2018 edition: the tool for shared decision making between doctor and patient», *Breast Cancer*, 28(4), pp. 987–987.
- Jick, T. (1979), «Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action», *Administrative Science Quarterly* 24(4), pp. 602–611.
- Josfeld, L., Keinki, C., Pammer, C., Zomorodbakhsch, B., & Hübner, J. (2021), «Cancer patients' perspective on shared decision-making and decision aids in oncology», *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 147(6), pp. 1725–1732.
- Lifford, K. J., Edwards, A., Burton, M., Harder, H., Armitage, F., Morgan, J., Caldon, L., Balachandran, K., Ring, A., Collins, K., Reed, M., Wyld, L., & Brain, K. (2019), «Efficient development and usability testing of decision support interventions for older women with breast cancer», *Patient Preference and Adherence*, Vol. 13, pp. 131–143.

- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione. (n.d.). Disponibile a questo link.
- Mosconi, P., Roberto, A., Braga, F., Napoli, L., Anelli, M., & Colombo, C. (2019), «Choosing Wisely Italy: Online survey on opinions and behaviors of 1006 people and 355 volunteers of healthcare advocacy associations», *European Journal of Public Health*, 29(3), pp. 396–401.
- North, J. (2020), «Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges», (E. Nolte, S. Merkur, & A. Anell, Eds.; 1st ed.). Cambridge University Press.
- PartecipaSalute. Cochrane Italia. (n.d.). Disponibile a questo link.
- Patients Charting the Course: Citizen Engagement in the Learning Health System: Workshop Summary (p. 12848). (2011). National Academies Press.
- Patton, M. Q. (2015), *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 4th Ed. SAGE Publications.
- Pizzoli, S. F. M., Renzi, C., Arnaboldi, P., Russell-Edu, W., & Pravettoni, G. (2019), «From life-threatening to chronic disease: Is this the case of cancers? A systematic review», *Cogent Psychology*, 6(1).
- Raphael, D. B., Russell, N. S., Immink, J. M., Westhoff, P. G., Stenfert Kroese, M. C., Stam, M. R., Van Maurik, L. M., Van Den Bongard, H. J. G. D., Maduro, J. H., Sattler, M. G. A., Van Der Weijden, T., & Boersma, L. J. (2020), «Risk communication in a patient decision aid for radiotherapy in breast cancer: How to deal with uncertainty?», *The Breast*, 51, pp. 105–113.
- Raphael, D. B., Russell, N. S., Winkens, B., Immink, J. M., Westhoff, P. G., Stenfert Kroese, M. C., Stam, M. R., Bijker, N., Van Gestel, C. M. J., Van Der Weijden, T., & Boersma, L. J. (2021), «A patient decision aid for breast cancer patients deciding on their radiation treatment, no change in decisional conflict but better informed choices», *Technical Innovations & Patient Support in Radiation Oncology*, 20, pp. 1–9.
- Raphael, D. B., Ter Stege, J. A., Russell, N. S., Boersma, L. J., & Van Der Weijden, T. (2020), «What do patients and health care professionals view as important attributes in radiotherapy decisions? Input for a breast cancer patient decision aid», *The Breast*, 49, pp. 149–156.
- Recht, A., Comen, E. A., Fine, R. E., Fleming, G. F., Hardenbergh, P. H., Ho, A. Y., ... & Edge, S. B. (2016), «Postmastectomy radiotherapy: an American society of clinical oncology, American society for radiation oncology, and society of surgical oncology focused guideline update», *Practical radiation oncology*, 6(6).
- Scalia, P., Barr, P. J., O'Neill, C., Crealey, G. E., Bagley, P. J., Blunt, H. B., & Elwyn, G. (2020), «Does the use of patient decision aids lead to cost savings? a systematic review», *BMJ open*, 10(11).
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R.,

- & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>
- Stacey, D., Volk, R. J., & for the IPDAS Evidence Update Leads (Hilary Bekker, Karina Dahl Steffensen, Tammy C. Hoffmann, Kirsten McCaffery, Rachel Thompson, Richard Thomson, Lyndal Trevena, Trudy van der Weijden, and Holly Witteman). (2021). The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration: Evidence Update 2.0. *Medical Decision Making*, 41(7), 729–733. <https://doi.org/10.1177/0272989X211035681>
- World Health Organization. (2015) «Global strategy on people-centred and integrated health services», Interim Report. Disponibile a questo link.

Parte terza

Sostenibilità e funzioni strategiche

14 **Alla ricerca della sostenibilità economica: quali iniziative e strumenti di *cost management* nei nuovi servizi territoriali?¹**

di Alessandro Furnari, Francesca Lecci, Marco Morelli, Alberto Ricci, Franco Luigi Zurlo²

14.1 **Introduzione e obiettivi di ricerca**

Nei sistemi non a mercato o a tassi di sviluppo decrescenti (se non negativi), la variabile dei costi diventa cruciale per la sostenibilità economica delle aziende (Porter, 1985).

La letteratura scientifica (Aielli, 2012) evidenzia tre operazioni che si possono condurre sui costi. La più semplice è quella di *cost cutting* e si sostanzia in tagli più o meno lineari effettuati sui singoli fattori produttivi: tale approccio presenta un contenuto manageriale assai limitato, se non nullo, e determina ricadute spesso negative sui volumi di produzione e sulla qualità complessiva. Un intervento ad alto tasso di efficacia nel breve periodo è quello del *cost containment*: tale approccio punta a massimizzare l'efficienza operativa data dal rapporto output/input, attraverso l'allineamento della catena di generazione dei costi. Nello specifico si punta ad avere la massima convergenza possibile tra analisi del fabbisogno, acquisizione e impiego dei fattori produttivi per specifiche famiglie di output. Questo approccio viene annoverato tra le decisioni a contenuto manageriale, sebbene a bassa complessità, ma ad altrettanto bassa sostenibilità nel medio-lungo periodo. Infine troviamo gli interventi di *cost management* (CM), che utilizzano strumenti di riprogettazione per costruire una struttura di costo coerente con la strategia e impiegano le informazioni di costo con l'obiettivo di individuare opportunità di ottimizza-

¹ Gli autori ringraziano tutti gli interlocutori aziendali che hanno contribuito a questo progetto. In maniera particolare, in ordine cronologico di intervista: dott. Antonio Andreozzi (ASL Roma 4), dott.ssa Ilaria Panzini (AUSL e AOU Ferrara), dott.ssa Simona Ludi (ASST Milano Nord), dott.ssa Micaela Abbinante e dott. Aldo Leo (ASL BAT).

² Benché il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, il paragrafo 14.1 è da attribuire a Francesca Lecci, il par. 14.2 a Marco Morelli, i parr. 14.3 e 14.5.1 ad Alberto Ricci, il par. 14.4 a Franco Luigi Zurlo e Alessandro Furnari e i parr. 14.5.2 e 14.6 a Francesca Lecci e Marco Morelli.

zione nell'utilizzo delle risorse. Le forme di *cost management* sono considerate parte, seppur con gradi differenti, delle famiglie degli approcci manageriali ad alto impatto e a maggior sostenibilità nel tempo (Bergamaschi et al, 2010). Le evidenze a disposizione finora depongono per un uso spesso non consapevole dei *tool* di *cost management* nelle aziende sanitarie italiane (essendo inconsapevole l'utilizzo, i risultati conseguiti sono nella migliore delle ipotesi di *second best*), mentre nel mondo non sanitario in genere di questi *tool* si fa un uso consapevole e sistematico (Lecci e Morelli, 2011). Tale inconsapevole utilizzo può derivare dal combinato disposto di diversi fenomeni: dalla carenza di competenze, alla mancanza di informazioni utili, alla difficoltà di attivare cambiamenti significativi. Ma, tra le tante ragioni, una delle più significative è rappresentata dal fatto che spesso gli strumenti di *cost management* richiedono di generare una significativa discontinuità con il passato e determinano un impatto sulle formule di servizio e sugli assetti organizzativi (Lecci e Morelli, 2011).

La nuova stagione in atto nel SSN è caratterizzata da importanti e pervasivi processi di cambiamento e dalla contestuale necessità di perseguire un più stabile equilibrio economico-finanziario, senza compromettere, come avvenuto nel recente passato, la quantità e la qualità delle prestazioni erogate a fronte dei fabbisogni espressi. La disponibilità di rilevanti risorse per gli investimenti, derivante dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è infatti abbinata a una spesa corrente che non cresce allo stesso ritmo dei bisogni di salute e assistenza (Longo e Ricci, 2022); gli ultimi dati disponibili (Armeni *et al.*, 2022) mostrano un deterioramento dei risultati economici delle aziende sanitarie pubbliche. Da un lato, quindi, esiste la possibilità di svolgere rilevanti riallocazione di risorse tra i punti di offerta: si pensi, in primo luogo, al potenziamento del territorio e della domiciliarità previsto dalla Missione 6 del PNRR. Dall'altro lato, l'esigenza di sostenibilità economico-finanziaria ritorna cogente dopo gli anni del Covid. Questa fase appare dunque particolarmente adatta ad essere analizzata anche attraverso le lenti del *cost management*, indagando la capacità delle innovazioni introdotte dal PNRR di perseguire gli obiettivi strategici per i quali sono state create, senza compromettere oltremodo la sostenibilità complessiva del SSN, aspetto cruciale per la sopravvivenza stessa del sistema sanitario come oggi lo conosciamo.

Il capitolo, in particolare, si focalizza su uno dei più importanti processi di cambiamento in atto nel SSN: la creazione, in tutto il territorio nazionale, di una diffusa rete di Case della Comunità: allo stato attuale, entro il 2026, se ne prevedono 1.450 in tutto il Paese, realizzate *ex novo* o riadattate grazie a fondi PNRR o regionali, anche se il numero potrebbe essere riprogrammato. Una dinamica di revisione dell'offerta territoriale che, contrariamente al passato, sta avvenendo in tutto il Paese, seguendo gli standard di massima del DM 77/22; da concretizzare, però, nei contesti locali di domanda e offerta dei ser-

vizi. Il capitolo rilegge questo processo di innovazione e trasformazione della geografia e dei contenuti dei servizi, che oggi si trova ai suoi inizi, attraverso gli schemi interpretativi del governo dei costi. L'obiettivo è comprendere se e come la progettazione strategica di questi nuovi *setting* sia attenta a riflessioni di costo o meglio di allineamento tra costo e valore prodotto per gli utenti e la collettività, in un'ottica di sostenibilità complessiva. In particolare, il capitolo analizzerà quattro esperienze di CdC in fase di attivazione, raccogliendo gli elementi principali di tali processi e ricavando informazioni sui driver di costo impattati nei singoli contesti.

A tal fine il contributo è strutturato come segue: il § 14.2 sintetizza i principali contributi scientifici sul tema; il §14.3 presenta la metodologia utilizzata; il §14.4 illustra e discute i risultati dell'analisi e il §14.5 delinea le principali conclusioni.

14.2 Richiami alla letteratura di riferimento

Come sintetizzato in premessa, le possibili azioni gestionali sui costi appartengono a due grandi famiglie: quella del *cost containment* e quella del *cost management*.

Marasca (2004) dà di queste due famiglie una rappresentazione più dettagliata, segmentando, a loro volta, gli interventi di *cost management* in 3 ulteriori sottoclassi (Figura 14.1) e distinguendo complessivamente 4 potenziali interventi gestionali sui costi.

- ▶ *Cost Containment* (in senso stretto). Questa azione si concentra sulla riduzione dei costi totali dell'organizzazione attraverso misure quali la negoziazione di prezzi più vantaggiosi con i fornitori, la razionalizzazione dei processi interni per eliminare sprechi e inefficienze, la riduzione dei costi di produzione e l'ottimizzazione delle risorse disponibili. L'obiettivo principale è controllare e limitare l'aumento dei costi, mantenendo al contempo la qualità dei prodotti o servizi offerti.
- ▶ *Cost Efficiency*: l'azione di *cost efficiency* mira a utilizzare in modo efficiente le risorse disponibili per ottenere il massimo valore possibile. Ciò implica l'identificazione e l'eliminazione di attività non necessarie o a basso valore aggiunto e il miglioramento della produttività attraverso l'addestramento e lo sviluppo delle competenze dei dipendenti. L'obiettivo è massimizzare l'output ottenuto con una data quantità di risorse impiegate.
- ▶ *Cost and Value Alignment*: l'azione riguarda l'allineamento dei costi con il valore che viene generato per gli utenti e per l'organizzazione stessa. Si tratta di identificare quali sono gli elementi di valore per i pazienti e concentrare le risorse su di essi, eliminando o riducendo le attività che non contribuiscono

direttamente a generare valore. L'obiettivo è ottimizzare l'allocazione delle risorse in modo che i costi siano coerenti con il valore percepito.

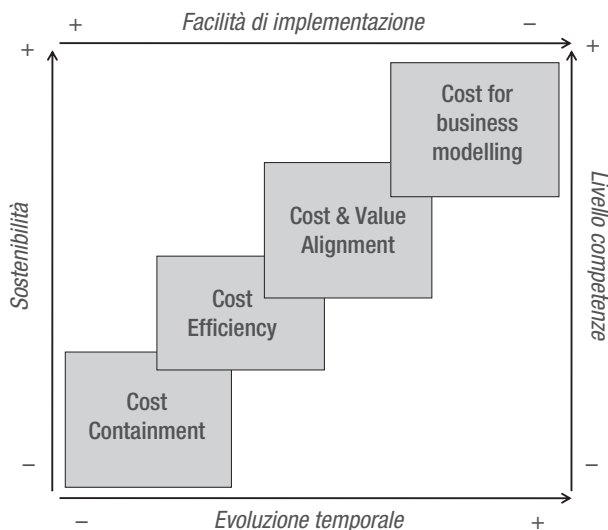
- *Cost for Business Modelling*: questa azione implica l'utilizzo dei dati sui costi per sviluppare modelli e scenari che consentano di prendere decisioni strategiche e di pianificazione efficaci. Si tratta di comprendere come i diversi fattori influenzano i costi dell'organizzazione e come i cambiamenti nelle variabili chiave possono influire sulla sostenibilità. L'obiettivo principale è fornire una base solida per l'analisi e la valutazione delle decisioni aziendali, consentendo di identificare le opzioni più vantaggiose in termini di costi e benefici.

Le quattro azioni così definite si differenziano per differenti livelli di sostenibilità, evoluzione temporale, facilità di implementazione e livello di competenze richieste.

Dalla Figura 14.1 appare evidente che in presenza di avvio di nuove formule di servizio, l'approccio da adottare non possa essere quello del *cost containment* (che si attiva tipicamente su processi e servizi già in essere), ma si debba optare per logiche più ampie e tipiche degli approcci di *cost management*.

Il *cost management*, prima ancora di essere concepito come un apparato metodologico e strumentale, viene considerato, più propriamente, in letteratura come una vera filosofia gestionale (Silvi, 1997). In questo senso diversi autori (Hansen e Mowen, 2006; Silvi, 1997) invitano a portare il *cost management* fuori dalle limitazioni concettuali derivanti dalla rigida impostazione delle tec-

Figura 14.1 **Una rilettura degli approcci manageriali sui costi**



niche contabili e organizzative su cui lo stesso si basa, poiché ritengono che, a differenza dei sistemi di contabilità direzionale tradizionale, esso si caratterizza non tanto per la strumentazione di supporto, quanto per le logiche che ne costituiscono il fondamento. Silvi (1997) presenta il CM come «un insieme di attività manageriali finalizzate, tramite l'impiego di appropriati strumenti informativi ed organizzativi, a controllare e migliorare l'efficienza e l'efficacia globale di un'azienda, nel breve e nel medio-lungo termine».

Nel corso degli ultimi trent'anni, il tema ha occupato un posto rilevante nell'ambito di un numero crescente di discipline (ad esempio, strategia, organizzazione e logistica). Ai fini della presente analisi, si riprende la classificazione di Lord (1996) che ha suddiviso le aree di studio sul CM in due ambiti:

- ▶ le ricerche che analizzano se e come le aziende utilizzano le informazioni di costo per supportare le analisi sulla catena del valore (Porter, 1985);
- ▶ le ricerche che tentano di esplicitare la relazione tra la strategia, la struttura di costo e le relazioni causali che legano i livelli di attività alle risorse assorbite, ovvero i *cost driver* (Banker e Johnston, 2007).

In entrambi i filoni il *cost management* viene presentato come una possibile leva in grado di determinare il vantaggio strategico di un'azienda, configurandosi come modello gestionale di governo delle determinanti di costo in ottica strategica. Come, infatti, sostiene Cokins (1999)³, l'espressione «*cost management*» rappresenta, in realtà, un ossimoro, perché i costi rappresentano delle conseguenze e non delle cause: ciò che si può realmente gestire non sono i costi ma le loro cause, vale a dire i *cost driver*.

Data questa premessa, qualsiasi iniziativa di gestione strategica dei costi deve essere indagata attraverso l'individuazione dei *driver* sui quali gli strumenti adottati vanno ad agire.

Non esiste in letteratura un chiaro accordo sull'elenco delle determinanti di costo: alla prima classificazione, riconducibile al contributo di Porter (1985), ne sono seguite altre (Riley, 1987; Cooper e Kaplan, 1998) nel tentativo di fornire una tassonomia esaustiva. La classificazione che raccoglie il consenso più ampio in letteratura è quella proposta da Shank e Govindarajan (1993) che, recuperando il contributo di Riley (1987), individua due livelli di *cost driver* (Tabella 14.1): quelli strutturali, in grado di incidere sulla struttura di costo di un'azienda, e quelli operativi, strettamente correlati alla capacità dell'azienda di agire con successo.

³ Si vedano anche Hansen e Mowen, 2006, p. 4: "Cost management has a much broader focus than that found in traditional costing systems. It is not only concerned with how much something cost but also with the factors that drive costs [...]. Thus, cost management requires a deep understanding of a firm's cost structure".

Tabella 14.1 **La tassonomia dei cost driver**

Structural cost drivers	Economie di scala
	Economie di raggio d'azione
	Economie di apprendimento
	Tecnologie di produzione lungo la catena del valore
	Complessità di linee produttive
Executional cost drivers	<i>Commitment</i> della forza lavoro nel miglioramento continuo
	Gestione della qualità
	Utilizzo della capacità produttiva
	Efficienza del <i>layout</i> degli impianti
	Configurazione di prodotto/servizio
	Legami con utenti e fornitori

Fonte: Adattamento da Riley, 1987

Nello specifico i driver di tipo *structural* (prevalentemente ma non esclusivamente utilizzati per azioni di *cost and value alignment* e *cost for business modelling*) sono i seguenti (Banker e Johnston, 2007).

- ▶ **Economie di scala.** Rappresentano la riduzione dei costi unitari di produzione/erogazione che si verifica quando si aumenta la scala di produzione/erogazione. In altre parole, producendo su larga scala, è possibile distribuire i costi fissi su un numero maggiore di unità prodotte, riducendo così il costo medio per unità.
- ▶ **Economie di raggio d'azione.** Si riferiscono alla riduzione dei costi che si ottiene espandendo l'ambito territoriale o la portata delle operazioni di erogazione con un aumento meno che proporzionale dei costi sostenuti. Maggiore è la copertura territoriale o la gamma di servizi offerti, maggiori possono essere gli effetti positivi sull'efficienza e sui costi complessivi.
- ▶ **Economie di apprendimento.** Indicano la diminuzione dei costi unitari che si verifica mano a mano che si acquisisce esperienza e competenza nella produzione di un determinato servizio o nell'esecuzione di un processo specifico. Maggiore è l'esperienza accumulata, minori saranno i costi per unità prodotta.
- ▶ **Tecnologia di produzione lungo la catena del valore.** Rappresenta l'adozione di tecnologie efficaci e innovative lungo l'intera catena del valore, dalla progettazione alla produzione e alla distribuzione. L'utilizzo di tecnologie avanzate può migliorare l'efficienza, ridurre i tempi di produzione e i costi associati.
- ▶ **Complessità delle linee produttive.** Si riferisce al grado di complessità dei processi produttivi e delle operazioni aziendali. Una maggiore complessità può aumentare i costi a causa della necessità di gestire e coordinare una varietà di attività, risorse e interconnessioni.

I driver di costo di natura *executional* (prevalentemente ma non esclusivamente utilizzati per azioni di *cost efficiency*) sono i seguenti (Banker e Johnston, 2007):

- ▶ *Commitment* della forza lavoro. Si riferisce all'impegno e all'investimento nella formazione, nello sviluppo e nella motivazione del personale. Un'adeguata gestione delle risorse umane, attraverso ad esempio la formazione continua e la creazione di un ambiente di lavoro soddisfacente, può contribuire a ridurre i costi associati a rotazione del personale, bassa produttività e scarse competenze.
- ▶ Gestione della qualità. Indica l'attenzione e l'investimento nella qualità dei prodotti o servizi offerti. Una gestione efficace della qualità può ridurre i costi legati a ritorni o reclami dei pazienti, migliorando la soddisfazione degli utenti e la reputazione aziendale.
- ▶ Utilizzo della capacità produttiva. Rappresenta la percentuale di capacità produttiva effettivamente utilizzata rispetto alla capacità totale disponibile. Un utilizzo efficiente della capacità può ridurre i costi unitari.
- ▶ Efficienza nel *layout* degli impianti. Si riferisce all'organizzazione e alla disposizione fisica degli impianti produttivi. Un *layout* efficiente può ridurre i tempi di trasporto, i tempi di *setup* e migliorare la fluidità delle operazioni, contribuendo a ridurre i costi complessivi.
- ▶ Configurazione di servizio. Indica il modo in cui un servizio è progettato e configurato. Una progettazione efficiente può semplificare i processi di erogazione, ridurre il numero di passaggi o le ridondanze, contribuendo a contenere i costi.
- ▶ Legami con clienti e fornitori. Si riferisce alle relazioni strategiche e collaborative con gli utenti e i fornitori. Una stretta collaborazione può consentire di migliorare l'efficienza della catena del valore, condividere costi e risorse, e ottenere vantaggi competitivi attraverso sinergie e negoziazioni favorevoli.

Da questa distinzione discendono due forme di CM (Anderson, 2007): (i) *Structural Cost Management*, che utilizza strumenti di riprogettazione organizzativa e di processo per generare azioni di *cost and value alignment* e *cost for business modelling* e costruire una struttura di costo coerente con la strategia; esso produce risultati solo nel medio/lungo periodo; (ii) *Executional Cost Management*, che impiega strumenti di management accounting finalizzati a misurare le performance di costo, prevalentemente in ottica di *benchmarking*, per individuare opportunità di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse e generare azioni di *cost efficiency*. Questo secondo approccio può, più facilmente, produrre risultati nel breve periodo.

14.3 Metodologia

La ricerca ha applicato il metodo dell'analisi dei casi multipli (Yin, 2013). Tale approccio è particolarmente adatto per rispondere a domande di ricerca che prevedano la spiegazione/descrizione dettagliata di processi aziendali e di esiti difficilmente misurabili, in ambiti caratterizzati da fenomeni nuovi e poco sistematizzati. Ciò è tanto più valido in realtà aziendali complesse a causa della presenza di categorie professionali, di logiche istituzionali plurime e di molteplici *stakeholder*, come nel caso delle aziende sanitarie pubbliche che attraversano un periodo di riassetto dei modelli di servizio.

Il campione dei casi è stato selezionato, come logico, tra le esperienze di aggregazione e rafforzamento dei servizi territoriali (I) operative da almeno sei mesi e (II) identificate come Case della Comunità (CdC) dalla programmazione regionale delineata tra 2021 e metà 2022⁴. Sono state dunque identificate delle specifiche strutture fisiche che, nel disegno programmatico regionale e aziendale, almeno a tendere, si inseriscono nei nuovi standard di offerta del distretto previsti dal DM 77/2022. Quest'ultimo prevede, in ultima analisi, che la Casa della Comunità «renda concreta l'assistenza di prossimità (p. 16)» integrando tre componenti essenziali: le cure primarie, la specialistica ambulatoriale almeno con riferimento alle discipline a maggiore diffusione e i servizi socio-sanitari a valenza sanitaria. Il modello è quello della sanità d'iniziativa, con una forte impronta multi-professionale, che assicuri un presidio a libero accesso almeno sulle 12 ore (p. 17)⁵. Il fatto che, al momento della raccolta dati, da almeno un anno, la programmazione regionale avesse identificato le strutture come Case della Comunità, rappresenta un tratto unificante delle esperienze che ne permette la confrontabilità. Un anno appare il lasso temporale minimo per cogliere degli influssi della programmazione regionale sulla conformazione di servizi già esistenti; sei mesi appare un periodo minimo per osservare lo sviluppo di un servizio appena avviato.

Nell'ambito delle strutture identificate come Case della Comunità, i quattro casi sono stati selezionati secondo il criterio della massima diversificazione. Le esperienze, infatti si differenziano in termini di (i) macro-area geografica e regione; (ii) tipologia azienda di appartenenza; (iii) urbanizzazione del contesto territoriale di riferimento; (iv) utilizzo precedente dell'immobile destinato alla CdC; (v) avvio formale dell'esperienza di CdC; (vi) metratura immobile; (vii) tipologia prevista di Casa della Comunità (hub/spoke); (viii) presenza attuale

⁴ Il riferimento è ai Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) o a delibere comunque collegate all'implementazione del PNRR. Per la Regione Lazio è stata presa a riferimento al DGR 1005/22 che ha mappato l'intera rete delle CdC, comprese quelle coerenti con il modello indicato dal PNRR ma non finanziabili attraverso tali fondi.

⁵ Per maggior approfondimenti sul modello della Casa della Comunità si rimanda, oltre che al DM 77/22, al capitolo 10 del Rapporto OASI 2022 (Del Vecchio *et al.*, 2022).

di servizi ospedalieri o socio-sanitari nello stesso complesso. Le realtà oggetto di approfondimento sono le seguenti:

- ▶ la CdC Città di Bresso (MI), gestita dalla ASST Nord Milano;
- ▶ la CdC Cittadella S. Rocco a Ferrara, gestita dalla AUSL di Ferrara;
- ▶ la CdC Fiano Romano (RM), gestita dalla ASL Roma 4;
- ▶ il PTA, in prospettiva CdC, di Trani (BAT), gestita dalla ASL Barletta-Andria-Trani.

Per il quadro dettagliato delle caratteristiche aziendali, si può fare riferimento alla Tabella 14.2.

La metodologia di analisi dei casi ha previsto sia interviste semi-strutturate, sia un'analisi documentale. Entrambe le analisi sono state svolte tra maggio e luglio 2023.

Con riferimento a ogni caso analizzato, sono state intervistate una o più persone in grado di descrivere il percorso di sviluppo della struttura territoriale verso il modello Casa della Comunità: per Bresso, la dirigente responsabile della Casa della Comunità; per Ferrara, la direttrice del dipartimento interistituzionale dello sviluppo e dei processi integrati; per Fiano Romano, il responsabile dell'area risorse finanziarie e personale, nonché direttore bilancio e referente aziendale PNRR; per Trani, il direttore di distretto di ubicazione

Tabella 14.2 **Profilo dei casi analizzati: tipo di procedura e principali servizi inclusi nel contratto**

Denominazione Struttura e Comune	CdC Fiano Romano	CdC Cittadella S. Rocco, Ferrara	CdC Bresso	CdC- PTA di Trani
Macro-area geografica	Centro	Nord	Nord	Mezzogiorno
Regione	Lazio	Emilia Romagna	Lombardia	Puglia
Azienda	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Urbanizzazione Comune* e contesto istituzionale	Intermedia, appartenenza a Città metropolitana	Elevata	Elevata, appartenenza a Città metropolitana	Elevata
Metratura immobile	1.000 mq	25.035 mq	860 mq	8.000 mq
Precedente utilizzo immobile	Edificio non utilizzato fino al 2022, poi poliambulatorio	Ospedale fino al 2012, poi Casa della Salute	Edificio scolastico	Ospedale con degenza ordinaria fino al 2018
Anno di avvio CdC	2022	2022	2022	Formalmente non avviata, tuttora PTA
Tipologia CdC	Spoke	Hub	Spoke	Hub
Presenza attuale di altri servizi sanitari	No	No	No	Attività chirurgica ospedaliera diurna

* Classificazione ISTAT sulla base del Reg. UE 2017/2391, per maggiori dettagli <https://www.istat.it/it/archivio/156224>.

Fonti: Interviste, Istat, CIS, DGR Regione Lazio 1005/21.

della struttura e la dirigente responsabile aziendale dell'informazione e comunicazione.

Nel corso delle interviste semi-strutturate, dalla durata compresa tra una e due ore, è stato chiesto ai professionisti intervistati di trattare gli argomenti che seguono.

- a. I fattori (esterni e interni) che hanno determinato l'avvio della struttura territoriale, incluse eventuali analisi epidemiologiche ed organizzative.
- b. Gli obiettivi strategici e intermedi perseguiti dall'intervento.
- c. Il processo di responsabilizzazione rispetto a tali obiettivi: persone e strumenti. La reportistica utilizzata per supportare i principali processi decisionali e monitorare il successo dell'intervento.
- d. Le principali azioni implementate e i principali processi operativi interessati dall'intervento: come sono stati rimodulati i servizi.
- e. Le leve e le competenze chiave per condurre l'intervento: fattori di successo interni.
- f. I fattori di successo esterni.
- g. Le evoluzioni prevedibili dell'esperienza.
- h. Il fabbisogno di controllo percepito in termini di oggetti, misure e processi di analisi.

Agli intervistati non sono state poste domande esplicite sui *cost driver* per non influenzarne le risposte. Tutte le interviste sono state registrate. L'attivazione dei diversi *cost driver* nei singoli casi analizzati (o, più spesso, la percezione di attivazione di un driver da parte degli intervistati) è stata individuata attraverso l'analisi dei *transcript* delle interviste, riportata dettagliatamente in appendice e sistematizzata nelle discussioni. La percezione degli intervistati sull'attivazione dei *cost driver* è stata poi classificata come bassa, media e alta sulla base della numerosità e della ricchezza di dettaglio delle stesse citazioni.

Per quanto riguarda l'analisi di documenti utili a inquadrare il contesto istituzionale e organizzativo e gli obiettivi delle nuove Case della Comunità, sono stati raccolti e analizzati i Piani delle performance delle quattro Aziende. Per approfondire, invece, il modello di servizio, sono state raccolte le Carte dei Servizi delle CdC, dove disponibili (a Bresso, Ferrara e Fiano Romano).

I *transcript* delle interviste e i Piani delle performance sono stati analizzati attraverso il software Atlas.Ti ©.

14.4 Risultati dell'analisi

Il paragrafo sintetizza i principali risultati emersi dall'analisi dei casi aziendali. Seguendo quindi la struttura dell'intervista delineata nel paragrafo precedente,

verranno mostrati i diversi modelli di servizio definiti per le Case della Comunità analizzate. Ove disponibili, sono state selezionate le citazioni corrispondenti raccolte durante le interviste, poi riprese e categorizzate in Tabella 14.5 (inserita all'interno dell'Appendice del capitolo). Nel successivo paragrafo 14.5 si darà invece evidenza dei principali *cost driver* attivati nella loro definizione.

14.4.1 ASL Roma 4 – La CdC di Fiano Romano

La struttura individuata per la CdC di Fiano Romano sorge nella zona a Nord-Est di Roma, a circa 40 km dal capoluogo laziale, e si trova sotto la giurisdizione dell'ASL Roma 4. Nello specifico, è collocata nel Distretto 4, all'estremo Est dell'area di competenza della ASL, della quale rappresenta la zona con la maggiore concentrazione di comuni e popolazione. La sede è stata individuata in un edificio di proprietà di privati, già precedentemente allestito come poliambulatorio, sebbene non fosse ancora stato pienamente utilizzato («*era una struttura vuota, però comunque di moderna concezione, uno stabile nuovo e appena ristrutturato [...] per accogliere servizi sanitari*»). Si tratta della prima esperienza completa e funzionante di CdC sviluppata dalla ASL Roma 4.

L'origine del processo di cambiamento organizzativo che ha determinato l'istituzione della CdC di Fiano Romano è da ricercare principalmente nelle scelte operate dalla recente programmazione nazionale e regionale. Si è dunque trattato di una spinta esterna alla modifica dell'assetto di offerta aziendale verso un approccio che insistesse in maniera più significativa sullo sviluppo dell'assistenza territoriale. A seguito di questo *trigger* esterno, l'azienda ha inizialmente individuato le strutture (i «muri») dove sviluppare fisicamente i *setting* assistenziali previsti dal DM77. In una seconda fase, sono state avviate analisi *ad hoc* dei bisogni di salute per determinare l'offerta da prevedere specificatamente all'interno del presidio di Fiano Romano e sostenere la definizione degli obiettivi strategici aziendali. Le analisi condotte, in stretta collaborazione con il dipartimento di epidemiologia della Regione Lazio, si sono concentrate su tre aspetti principali: l'individuazione dei principali bisogni di salute della popolazione del territorio di riferimento, lo studio dell'offerta attuale tramite analisi dei flussi di produzione e di analisi della mobilità (con particolare riferimento alla specialistica ambulatoriale) e l'indagine sugli spazi fisici, per determinare gli indici di saturazione degli spazi a disposizione. Inoltre, con il supporto del Dipartimento di Epidemiologia, sono state indagate anche le caratteristiche socio-economiche della popolazione di riferimento, quindi livello di istruzione e indice di deprivazione. Questo ha consentito anche di delineare gli ambiti dell'integrazione socio-sanitaria, individuando in dettaglio condizioni di cronicità affiancate a solitudine/deprivazione. Tali ambiti sono stati poi colmati grazie ad una forte collaborazione con il Consorzio della Valle del Tevere, andando a popolare la Cdc con numerosi servizi ad alta integrazione socio-sanitaria.

Riguardo agli obiettivi strategici per la CdC di Fiano Romano, oltre all'assistenza sanitaria di prossimità, è stato sviluppato anche il tema del ridisegno dei percorsi assistenziali nell'ottica di sostenere la presa in carico del paziente cronico, supportandone la navigazione tra i servizi esistenti sul territorio⁶. Per quanto riguarda la fase di progettazione, è stato definito un gruppo di lavoro quanto più ampio possibile, che rappresentasse adeguatamente tutte le parti in causa, inclusi il direttore di distretto, i rappresentanti dei Comuni, degli MMG, degli enti comunali, delle associazioni del terzo settore, degli specialisti ambulatoriali e del Consorzio della Valle del Tevere. Proprio la presenza di quest'ultimo Ente, che ha il compito di gestire in forma associata gli interventi e i servizi sociali di competenza dei Comuni consorziati, ha rappresentato un elemento strategico determinante ai fini della vocazione socio-sanitaria che si vuole far acquisire alla CdC. La metodologia adottata ha previsto incontri del gruppo di lavoro presieduti, per tutta la durata della progettazione (da ottobre 2022 fino alla primavera del 2023), direttamente dal direttore generale dell'ASL Roma 4, in considerazione della valenza archetipica del progetto.

L'offerta complessiva della struttura, soprattutto per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, è stata programmata in una logica di espansione, maggiore aderenza ai bisogni assistenziali di salute e ponendo attenzione all'integrazione dei servizi socio-sanitari e sociali, di concerto con il Consorzio della Valle del Tevere⁷. In altri termini, si è cercato di agire nella direzione di un potenziamento complessivo dell'offerta ambulatoriale, coerentemente con il fabbisogno di salute espresso dalla popolazione di riferimento (*«potenziando quelle che sono branche strategiche, come la diabetologia o l'assistenza cardiologica»*). Inoltre, la programmazione ha tenuto conto della configurazione fisico-logistica del territorio⁸ e le abitudini locali (*«abbiamo lanciato una survey agli utenti che frequentavano il poliambulatorio di Fiano per capire come si muovessero, se a piedi o in macchina»*). Inoltre, sono stati previsti investimenti significativi di accompagnamento e supporto sulle dotazioni tecnologiche, soprattutto per quanto riguarda l'offerta diabetologica e cardiologica⁹ e sullo sviluppo di competenze manageriali del middle management (*«la figura del direttore di distretto è fondamentale, [...] in questa fase abbiamo speso tanto tem-*

⁶ *«stiamo siglando un accordo con il Sant'Andrea proprio per la gestione dei pazienti».*

⁷ *«[...] abbiamo rivisto l'offerta [...], razionalizzando l'utilizzo degli spazi per offrire altri servizi che non erano presenti. In principal modo quelli socio-sanitari. Abbiamo destinato, faccio solo un esempio, il sabato mattina per gli incontri con gli assistenti sociali perché sapevamo che il poliambulatorio la mattina era aperto ma non utilizzato per il 90% degli spazi»; «abbiamo aumentato le ore di specialistica, che erano già a budget e non utilizzate».*

⁸ *«(ad esempio, la Casa della Comunità a Fiano è a 6 km da un'altra CdC, a Capena. [...] Alcuni servizi che erano presenti a Capena, soprattutto di diagnostica e altro, nonostante il DM 77 preveda una presenza di determinati strumenti, sono stati mantenuti su Capena».*

⁹ *«potenziare l'offerta su branche strategiche per la specialistica ambulatoriale, come diabetologia e cardiologia, ovviamente dotandole di attrezzature e strumenti idonei».*

*po ed energie per formare i direttori di distretto e [i direttori di] tutte le strutture territoriali»). I principali fattori potenziali di successo dell'esperienza di Fiano Romano sono dunque da ricondurre alla conoscenza del contesto territoriale e alla capacità di relazionarsi e mediare con la filiera degli stakeholder («col supporto del Consorzio [della valle del Tevere] abbiamo individuato 21 aree di possibile integrazione con loro, [che] attiveremo poi su tutte le Case della Comunità del territorio»). È stata presa in considerazione la generazione di esternalità positive sul *setting* ospedaliero e sulla rete dell'emergenza-urgenza, che permetterebbero di sgravare i pronti soccorso ospedalieri dell'ASL. Non è invece prevista, al momento, l'integrazione piena con gli MMG del territorio, che «hanno partecipato alla strutturazione del modello, [ma] va [ancora] raggiunto un accordo con loro per capire come devono venire in Casa della Comunità e con quale strutturazione». In un contesto così complesso e variegato, avere la possibilità di integrarsi in maniera funzionale con servizi sociali comunali, consorzi locali o MMG risulta infatti importante per il successo pieno dell'iniziativa nella sua fase di sviluppo¹⁰.*

Per monitorare le *performance* e l'efficacia del nuovo *setting* assistenziale, infine, sarà fondamentale l'utilizzo di metriche coerenti agli obiettivi aziendali e ai servizi offerti, riguardo ai quali, a fronte di una norma regionale che prevede una valutazione al termine del processo, si sta cercando di «*strutturare, con il controllo di gestione, un panel di indicatori*» che siano monitorabili pressoché in tempo reale. Un elemento di particolare interesse per la valutazione dell'efficacia della nuova CdC sarebbe rappresentato dalla valutazione dei flussi di mobilità passiva, principale obiettivo aziendale, in virtù del posizionamento geografico dell'ASL Roma 4 («*la riduzione della mobilità in certe branche ci consente di migliorare la struttura [di offerta] dei presidi; noi siamo comunque una Asl, quindi in realtà [abbiamo l'obiettivo] di non peggiorare la mobilità passiva*»).

14.4.2 AUSL Ferrara – La CdC di Cittadella San Rocco

La Casa della Comunità di Cittadella San Rocco sorge all'interno delle mura di Ferrara, nel complesso in cui, fino al 2012, era situato il vecchio ospedale Sant'Anna, poi trasferitosi a circa 9 km dal centro storico, presso la frazione di Cona. Cittadella San Rocco rappresenta un esempio di struttura già pienamente attiva come centro di assistenza esclusivamente territoriale ben prima delle nuove regolamentazioni, visto che simili punti (noti come Case della Sa-

¹⁰ «ovviamente un interlocutore chiave è il rappresentante degli MMG soprattutto su Fiano, [...] che comunque è spinto a utilizzare i servizi della Casa della Comunità. Insomma, questa è un'altra sfida molto forte. [...] senza il coinvolgimento dei medici di base si rischia di creare delle strutture poi inutilizzate».

lute) erano già integrati in maniera stabile nel contesto della sanità territoriale dell'Emilia-Romagna. I fondi PNRR, dunque, sono spesso stati sfruttati, in questo contesto, non per l'individuazione e la costruzione di nuove strutture, ma per la trasformazione e il miglioramento di quelle già esistenti e per operare scelte di localizzazione dei servizi funzionali allo svolgimento delle attività di assistenza («*Cittadella San Rocco, con il PNRR, avrà all'interno anche un Ospedale di Comunità, poi ci sarà la Centrale Operativa Territoriale, per cui sarà tutto insieme*»).

La densità di popolazione presenta una marcata variabilità tra i tre distretti della AUSL di Ferrara, dai valori relativamente elevati del comune capoluogo (327 ab/kmq) alle vaste aree interne scarsamente popolate (circa 70 ab/kmq nel distretto Sud-Est). Questa caratteristica ha rafforzato ancora di più la spinta alla creazione di strutture di assistenza territoriale da parte dell'azienda, già in tempi antecedenti il DM 77. La scelta dei servizi da inserire all'interno di Cittadella San Rocco, anche in questo caso, è partita da un'analisi epidemiologica, che ha valutato le necessità assistenziali della popolazione di riferimento, pur con le limitazioni dettate dalla disponibilità dei dati dai flussi territoriali, ancora in fase di sviluppo. Ad ogni modo, non sorprende come Case della Comunità e presidi di assistenza territoriale in senso lato siano interpretate dall'AUSL Ferrara come parti di una rete ricca di interdipendenze già organizzate. Ne consegue che anche gli obiettivi individuati siano riferiti all'intera rete e si concentrino perlopiù sullo spostamento dell'attività ospedaliera verso il territorio (sia in termini di casistica trattata che di risorse impiegate), sullo sviluppo di modelli di servizio innovativi (es. la telemedicina) e sulla razionalizzazione delle risorse di capacità¹¹.

La progettazione di Cittadella San Rocco si basa su modelli di servizio sviluppati dall'Azienda a cavallo della pandemia da Covid-19. Sia per allinearsi al disposto normativo nazionale sia per alimentare il dinamismo regionale nello sviluppo di modelli e configurazioni di servizio che contraddistinguono il contesto emiliano-romagnolo, diversi interventi hanno di recente interessato e continueranno a interessare la CdC ferrarese, tra cui si segnala, in particolare, il potenziamento della specialistica ambulatoriale¹². Inoltre, all'interno della CdC è stata inserita una forte componente di personale infermieristico di famiglia e comunità, formata appositamente per poter svolgere e interpretare al meglio

¹¹ «*Chiudiamo due o tre punti di continuità assistenziale, aumentiamo le ore di ambulatorio [disponibili negli altri] e costruiamo un ragionamento di questo tipo*».

¹² «*[Per l'oncologia territoriale, [...]] stiamo per inaugurare [un ambulatorio con] 2-3 giornate alla settimana [...], [in cui] abbiamo identificato una lista di terapie sia sottocute sia (alcune) in vena e orale, che possono essere effettuate presso la Casa della Comunità, quindi reindirizzando i pazienti che andavano in ospedale*»; o ancora «*La radiologia c'è sempre stata ed è sempre rimasta. C'è tutta l'odontoiatria, c'è la psicologia clinica, ci sono anche l'oculistica, ci sono i poliamulatori specialistici, c'è la parte del laboratorio*».

le funzioni di *case management* assegnate, cercando, da un lato, di sfruttare il personale già all'interno dell'azienda («abbiamo fatto dei bandi interni e abbiamo chiesto la disponibilità a diventare infermiere di famiglia e di comunità, effettuando un percorso formativo certificato all'interno dell'azienda e abbiamo anche attivato un master di primo livello») e, dall'altro, di reperire risorse utili dall'esterno («su 50 infermieri di comunità 20 sono stati assunti ex novo»). Parallelamente, importanti investimenti si registrano in ambito di telemedicina, ad esempio in progetti che riguardano la teleretinografia del paziente diabetico e l'assistenza cardiologica¹³. Un altro importante ambito di innovazione organizzativa riguarda poi l'introduzione di un ambulatorio di emergenza territoriale per la bassa complessità (ABC), ad oggi attivo per 12 ore al giorno con l'impegno di medici e infermieri delle cure primarie, ore che in futuro cresceranno¹⁴. Nel caso dell'ambulatorio a bassa complessità si tratta evidentemente di una scelta squisitamente aziendale, mentre l'evoluzione a CAU si inserisce in una profonda riforma strutturale stimolata dalla capogruppo regionale con la DGR 1206/23 per il riordino della rete di Emergenza e Urgenza¹⁵. Come nel caso della telemedicina, sono scelte aziendali anche la creazione di specifiche unità operative a valenza territoriale (e.g. malattie infettive territoriali, pneumologia territoriale, oncologia territoriale), quale personale venga stabilmente stanziato presso la CdC o, viceversa, come avvenga la suddivisione del tempo dei professionisti che lavorano anche presso l'azienda ospedaliera.

In termini di processo, questi interventi sono stati sviluppati costituendo un gruppo di lavoro interno che comprendesse i responsabili delle principali professionalità coinvolte all'interno dell'AUSL (responsabile dell'area tecnica, medica, infermieristica), in cui ciascuno aveva in carico la realizzazione della parte di progetto a lui afferente sotto il monitoraggio continuo e diretto della Direzione Generale aziendale. Lo sviluppo dei nuovi modelli di servizio e i processi di trasformazione attivati dal loro design e dalla loro introduzione sono stati sostenuti dal rapporto generativo con gli stakeholder esterni (MMG,

¹³ «Su Cittadella San Rocco stiamo facendo ormai da un anno un progetto di teleretinografia [con sistema patch] del paziente diabetico per cui i pazienti vanno a fare l'esame in un qualsiasi punto della provincia e l'esame viene letto dall'oculista che è dentro Cittadella San Rocco»; «[...] la tele-refertazione degli ECG l'abbiamo iniziata posizionando il macchinario con un'infermiera in una casa della Comunità e poi il cardiologo nell'ospedale referta gli ECG di tutte le Case della Comunità».

¹⁴ «Abbiamo inserito quello che abbiamo chiamato prima ABC, adesso CAU – Centro di Assistenza e Urgenza-, nel senso che c'è un ambulatorio in questo momento h 12 diventerà h 16 dedicato all'emergenza territoriale»; «per quanto riguarda le professioni infermieristiche, sono infermieri che sono stati formati anche all'urgenza, non al triage. Non c'è triage, però sì, è personale del dipartimento cure primarie».

¹⁵ «[Oltre ai CAU è stata prevista la strutturazione di un] sistema see and treat nell'ambito dei quattro pronto soccorso, con presa in carico infermieristica dei codici di bianchi e verdi che si recano in ospedale secondo determinati protocolli precostituiti».

enti locali, associazioni di volontariato¹⁶) e da un'importante integrazione con l'azienda ospedaliera, in attesa della formalizzazione dell'accorpamento delle due entità giuridiche (*«per cui dentro Cittadella San Rocco ci sono medici e servizi delle aziende ospedaliere (es. riabilitazione) che poi [lavorano anche negli] ospedali distrettuali, quindi il collegamento è molto forte»*).

Obiettivi strategici e indicatori che provano a renderli operativi sono inseriti nel piano triennale della performance aziendale. Le metriche presenti nel piano appaiono perlopiù legate all'intera rete territoriale, più che alle singole CdC come Cittadella San Rocco; rimangono ancora poco orientate a rilevare in profondità l'efficacia dell'azione aziendale nel singolo contesto di riferimento. Del resto, un elemento importante è la mancanza di flussi strutturati per monitorare automaticamente l'assistenza territoriale dei singoli punti di erogazione. Si segnalano comunque delle interessanti eccezioni. Tra queste, ad esempio, la già consolidata presenza della Casa della Salute, radicata nel territorio prima dell'approvazione del DM77, ha consentito di confrontare l'attività precedente e successiva all'introduzione dei sopra-citati interventi e di cogliere alcuni buoni risultati derivanti dall'integrazione o modifica della configurazione di offerta precedentemente attivata. Per esempio, monitorando gli accessi presso il CAU di Cittadella San Rocco, è emerso come *«all'aumentare dei codici bianchi e verdi [...], in maniera significativa diminuiscono i codici bianchi e verdi del pronto soccorso di Cona»*. Ad ogni modo, è interessante segnalare come l'approccio ai processi di responsabilizzazione e orientamento dei comportamenti segua una logica definita «per piattaforma», con un sistema di budget costruito in modo che al direttore di distretto faccia capo l'andamento complessivo delle CdC che insistono sul proprio territorio di riferimento, mentre l'erogato e l'assorbito per branca disciplinare sia di pertinenza dei dipartimenti aziendali di riferimento.

14.4.3 ASST Milano Nord – La CdC di Bresso

La Casa della Comunità di Bresso sorge nell'omonimo comune, a Nord della Città di Milano, e afferisce alla ASST Milano Nord. In particolare, è collocata all'interno del distretto del Parco Nord, in un'area che, nonostante il comune conti poco più di 26.000 abitanti, presenta comunque un'elevata densità abitativa (oltre 7.600 ab/kmq, rispetto alla già rilevante media regionale di circa 417 ab/kmq), vista anche la vicinanza con il capoluogo lombardo. L'apertura del presidio è avvenuta il 1° ottobre 2022, in una struttura che, fino alla designazione come nuova CdC, faceva parte di un complesso scolastico. Gli *input* all'avvio della Casa della Comunità sono stati gli atti normativi nazionali

¹⁶ «Una buona integrazione anche con gli enti locali, con le associazioni di volontariato, con tutto il terzo settore».

e le relative declinazioni regionali: nello specifico, il DM 77 e le linee guida regionali per la revisione del modello organizzativo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario (cfr. DGR XI/6080/22 e DGR XI/6770/22). L'assenza di servizi pre-esistenti ha facilitato la possibilità di sperimentare e declinare più liberamente le attività da svolgervi, rappresentando un'esperienza pilota per le altre CdC previste nei distretti dell'Azienda.

Nella scelta dei servizi e degli ambulatori specialistici da localizzare presso la CdC, è stata condotta un'analisi epidemiologica sul territorio della ASST, dopo una prima fase volta all'individuazione degli spazi idonei. L'obiettivo strategico di lungo termine dichiarato è l'attuazione di un'integrazione che vada oltre la classica dicotomia ospedale-territorio, e che si sviluppi in ottica bidirezionale nonché tra i diversi nodi dello stesso territorio. Lo scopo è quello di prevenire gli accessi inappropriati al pronto soccorso ed essere di supporto attivo alle categorie fragili in via predittiva al territorio a cui afferiscono, con una vista a trecentosessanta gradi delle interdipendenze da organizzare e gestire per creare valore¹⁷. Ciò deve avvenire coinvolgendo i diversi stakeholders che operano sul territorio. Emerge, infatti, l'importanza del rapporto con gli altri servizi del territorio e con tutti i suoi stakeholders come fattore critico di potenziale successo dell'iniziativa (*«La nostra Casa della Comunità si fonda su una vera e propria integrazione inter-istituzionale. All'interno della CdC, sono presenti un'assistente sociale del Comune, due medici di medicina generale – di cui uno è rappresentate dell'Aggregazione Funzionale Territoriale d'afferenza (AFT) -, otto infermieri di famiglia e di comunità – che garantiscono l'apertura costante del presidio – e i Punti Unici di Accesso (PUA) – attivi per 12 ore al giorno»*).

Per lo sviluppo della progettualità, è stato definito un gruppo di lavoro aziendale (che si ritrovava a cadenza bimestrale), composto sia da dirigenti che da professionisti loro afferenti di tutte le unità operative coinvolte, a rappresentanza di tutte le parti utili all'implementazione delle nuove articolazioni territoriali (ad esempio, Controllo di Gestione, Provveditorato, Ufficio Tecnico, DAPSS, Gestione Operativa, Sistemi Informativi, strutture afferenti alla direzione sociosanitaria, e altre). La collocazione dei vari servizi all'interno della CdC è stata predisposta in modo funzionale ai percorsi dei pazienti, ad oggi in fase di miglioramento mediante «gruppi formativi» multidimensionali. Tali iniziative, oltre a prevedere la condivisione delle informazioni, hanno l'obiettivo di ridisegnare i processi qualora necessario, considerando come valore aggiunto la partecipazione di rappresentanti degli MMG e degli assistenti sociali del comune¹⁸.

¹⁷ *«L'integrazione deve essere ospedale-territorio, [ma anche] territorio-ospedale, territorio-ospedale-territorio e territorio-territorio».*

¹⁸ *«Per noi è stato un gran successo avere qui [gli MMG], [...] stiamo costruendo con loro dei gruppi di miglioramento formativi, per ottimizzare con loro i percorsi».*

Al momento, l'attività della CdC di Bresso si concentra soprattutto sull'assistenza infermieristica di famiglia e comunità con personale dedicato stabilmente al presidio e alla presa in carico dei pazienti cronici locali. Sono inoltre attivi quotidianamente il punto prelievi e il servizio di continuità assistenziale, oltre alle attività di sportello polifunzionale (che includono sia scelta e revoca che prenotazioni visite specialistiche ed attività amministrative di supporto ai prelievi ed alle vaccinazioni), mentre, settimanalmente, l'attività vaccinale. Nella CdC è erogata anche l'assistenza clinico-specialistica ambulatoriale, sebbene con qualche sofferenza sulla saturazione della capacità infrastrutturale per via dell'assenza di specialisti, ed è in fase di sviluppo l'integrazione nella CdC con il terzo settore e con i servizi farmaceutici territoriali. È interessante sottolineare come questa stessa spinta sul *setting* territoriale abbia influito in maniera significativa anche a livello organizzativo, attraverso una modifica agli assetti dell'intera ASST. Ne sono un esempio la creazione di differenti unità complesse in afferenza alla direzione sociosanitaria (Vaccinazioni, Cure Primarie, Coordinamento attività consultoriali, Processi Igienico Sanitari del polo territoriale e i distretti Parco Nord e Media valle del Lambro, ai quali afferiscono le CdC a livello territoriale). Ogni CdC ha, inoltre, un dirigente responsabile che afferisce funzionalmente al proprio direttore di distretto e gerarchicamente al proprio direttore di unità. Tale modello matriciale si sviluppa all'interno della CdC sia per i dirigenti che per tutto il personale afferente, sviluppandosi mediante forti meccanismi di coordinamento e riflettendosi sul piano dei centri di costo¹⁹.

Dal punto di vista dei meccanismi di controllo, sono in fase di sviluppo *tools* di monitoraggio specifici dell'attività (da parte di ATS), la cui architettura ruoterà attorno all'integrazione tra dati ottenuti dagli sportelli polifunzionali della struttura e dati SGDT (Sistema di Gestione Digitale del Territorio) e rispetto ai quali sono già stati attivati momenti di interlocuzione inter-istituzionale con l'Agenzia Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti («abbiamo creato questo meccanismo di coordinamento con ARIA per il SGDT, ossia ogni mese ci incontriamo a livello strategico con i [loro] referenti»). Inoltre, sono stati avviati corsi di formazione *ad hoc* sia per la fase di alimentazione che per quella di utilizzo delle informazioni («la formazione, ad esempio per gli sportelli polifunzionale: i giovani amministrativi che stiamo assumendo vengono formati a livello trasversale, quindi su tutti i vari aspetti e le varie attività, che poi coinvolgono diversi processi, così come avviene anche per gli infermieri»).

¹⁹ «Ogni casa della comunità ha un dirigente che investe da un terzo a un quinto del proprio tempo nella [sede della] casa della comunità, per ottimizzare i costi».

14.4.4 ASL BAT – La CdC di Trani

La Casa della Comunità di Trani è afferente alla ASL BAT (Barletta-Andria-Trani). Non si tratta ancora formalmente di una CdC a pieno titolo, ma, al momento della realizzazione del presente studio, mantiene la definizione di PTA (Presidio Territoriale Assistenziale) sebbene da programmazione regionale (cfr. Contratto Istituzionale di Sviluppo tra Regione Puglia e Ministero della Salute) sia destinata a diventare una CdC Hub. La struttura afferisce al distretto 5 della ASL e sorge nell'edificio che fino a metà degli anni '10²⁰ era sede dell'Ospedale di Trani. Vista la precedente destinazione della struttura, la maggior parte degli interventi susseguitisi negli anni e che interesseranno la CdC nel prossimo futuro, non si sono concentrati necessariamente sul potenziamento in senso stretto dell'offerta, quanto sulla riduzione dei volumi ospedalieri e sulla riconversione del profilo di servizio erogato. Per le medesime ragioni, la nuova configurazione di offerta immaginata deriva solo parzialmente da analisi epidemiologiche costruite *ad hoc*²¹ e si caratterizza per scelte operate direttamente dal dipartimento ospedaliero di riferimento della singola branca disciplinare e da considerazioni specifiche sviluppate su singole progettualità. Nel complesso, dunque, anche gli obiettivi strategici in capo al PTA di Trani riflettono il processo di riconversione appena descritto. Da un lato, in un'ottica di programmazione aziendale, si mira a offrire prestazioni in grado di alleggerire la pressione sui presidi ospedalieri dell'ASL – ed in particolare i vicini ospedali di Andria e Barletta – nel tentativo di garantire maggiore appropriatezza e contenere le liste d'attesa. Dall'altro, l'obiettivo è garantire ai cittadini di Trani alcuni servizi di prossimità più o meno complessi e non necessariamente afferenti al *setting* territoriale. Questa prospettiva parzialmente antitetica deriva anche dal sistema di attese della popolazione di riferimento, che non ha ancora pienamente assorbito la riconversione del presidio ospedaliero in punto di assistenza territoriale.

L'offerta di servizi del PTA di Trani include una componente di attività ospedaliera, con sale operatorie chirurgiche, ortopediche e oculistiche per l'attività in regime diurno («*abbiamo un day service chirurgico e un day surgery ospedaliero*»). Inoltre, il presidio comprende una radiologia dotata di strumentazioni avanzate²² ed include i medici di medicina generale che assicurano una

²⁰ La riconversione dell'ospedale di Trani in PTA è stata avviata con il protocollo di intesa tra regione Puglia, Comune di Trani e ASL BAT del 10 agosto 2016 e si è conclusa con la delibera del DG della ASL BAT del 13/12/2018. Tuttavia, il progressivo ridimensionamento dell'ospedale era già in atto da alcuni anni (ad es. la chiusura del reparto di ostetricia era avvenuta nel 2004).

²¹ «*Diciamo che [gli obiettivi di riduzione della spesa, degli straordinari, della gestione dei farmaci] non passano, attualmente attraverso il distretto, stiamo ancora in una fascia in cui sono i rapporti interpersonali che creano le relazioni e i progetti*».

²² «*abbiamo una radiologia abbastanza importante con risonanza magnetica, insomma, una radiologia di peso*».

copertura h 12, la sede dell'ADI e i principali servizi amministrativi e sanitari distrettuali. Infine, all'interno della futura CdC è stato allestito anche un Punto di Primo Intervento, in sostituzione del pronto soccorso pre-esistente. Al contrario, per motivi di razionalità di rete è stato smantellato il laboratorio che insisteva sul precedente presidio ospedaliero. Sono altresì state attivate alcune sperimentazioni in telemedicina, in fase ancora embrionale e su cui potranno essere costruite le successive rimodulazioni dei servizi in chiave digitale, sia in termini di organizzazione dell'offerta che di dialogo con la domanda²³. Per quanto riguarda i prossimi interventi, la struttura mira a ospitare anche la COT, un OSCO e un nuovo servizio di RSA per l'assistenza di quei pazienti con fragilità che, sebbene clinicamente stabili, non hanno comunque la possibilità del rientro al domicilio.

Dal punto di vista degli assetti organizzativi, si è scelto di mantenere la pre-esistente allocazione del personale per afferenza al dipartimento ospedaliero di riferimento, che gestisce e monitora presenze, turni e attività dei professionisti. Sono presenti strutture semplici a valenza dipartimentale per ciascuna specialità, mentre la CdC/PTA nel suo complesso è formalmente sotto la supervisione del direttore di distretto. Questa postura implica la presenza di specialisti ospedalieri che delocalizzano la propria attività, di fatto alternando il *setting* ospedaliero in senso stretto e il presidio territoriale (*«I medici ruotano: per esempio, l'ortopedico dell'ospedale di Barletta spesso viene chiamato per fare dei piccoli interventi»*), senza tuttavia una rivisitazione di numero, ruolo e funzioni dei profili infermieristici. Similmente, anche gli oggetti di rilevazione su cui si concentrano reportistica e *budget* aziendali fanno in parte riferimento al dipartimento ospedaliero di afferenza delle singole specialità e in parte fanno riferimento al distretto, mentre non sono stati ancora prodotti report sistematici per il monitoraggio costante dell'attività dedicati esplicitamente al presidio e alla presa in carico dei pazienti in chiave trasversale e integrata.

14.5 Discussione

14.5.1 Quadro sinottico dei casi

Le esperienze osservate, come atteso, evidenziano elementi comuni e tratti di differenziazione (cfr. Tabella 14.3). Tra gli aspetti comuni segnalati dagli interlocutori, spicca naturalmente il ruolo della programmazione sanitaria nazionale scaturita dal PNRR e dal conseguente DM 77/22, che introducono e

²³ *«si sta molto lavorando sulle Breast Unit e sui follow up delle Breast. Per il resto, al momento non ci sono esperienze importanti di telemedicina»; «[su telemedicina] al momento stiamo facendo follow up anche delle visite».*

fissano standard di massima per le Case della Comunità; da notare, però, che le esperienze di trasformazione di Ferrara e Trani affondano le radici in percorsi di revisione dell'offerta in atto da almeno un decennio e che hanno trovato nei nuovi modelli organizzativi territoriali un archetipo comune a cui tendere. Tra gli altri elementi di somiglianza, dalle interviste e dall'analisi della documentazione aziendale emergono:

- ▶ l'importanza delle analisi epidemiologiche per la decisione dei servizi da localizzare nella CdC, analisi più rilevanti nelle esperienze *ex novo* e/o più orientate al potenziamento dei servizi territoriali di prossimità. Da sottolineare, però, come tali analisi restino sullo sfondo e la fase implementativa resti in tutti i casi molto legata all'offerta di servizi già esistente;
- ▶ in termini di attori, il ruolo propulsivo della Direzione Aziendale e il coinvolgimento degli enti locali nella configurazione, o riconfigurazione, dei servizi;
- ▶ l'assetto organizzativo matriciale, caratterizzato da professionisti che mantengono i precedenti riporti gerarchici di UO/dipartimento; in parallelo, gli interlocutori delineano il distretto come responsabile della committenza e del monitoraggio globale dell'esperienza;
- ▶ l'assenza di un vero e proprio ciclo di programmazione e controllo focalizzato sulla CdC e, conseguentemente, di una reportistica *ad hoc* che sia automatizzata e non costruita di volta in volta sulla base delle necessità conoscitive contingenti.

Allo stesso tempo, emergono rilevanti elementi di differenziazione.

In parte, si tratta di aspetti che appaiono fisiologici, perché legati alle necessità del contesto locale e agli obiettivi strategici della singola esperienza. Ad esempio, in realtà come Fiano e Bresso, l'obiettivo primario sottolineato dagli interlocutori è quello della costituzione di nuovi servizi territoriali per conseguire una maggiore strutturazione e un potenziamento delle attività di assistenza infermieristica per la cronicità, di specialistica ambulatoriale e di integrazione socio-sanitaria. A Fiano l'accento è sull'aumento selettivo dei volumi di alcune specialità interessate da mobilità passiva, a Bresso sui benefici dell'integrazione strutturale; in entrambi i casi, il potenziamento del territorio è molto limitato dalla scarsa disponibilità di professionisti. Allo stesso tempo, la costituzione di servizi *ex novo* è stata facilitata da alcune opportunità di investimento infrastrutturale e tecnologico, dall'assunzione di alcune unità di nuovo personale e da specifiche attività formative. In un contesto con un'offerta territoriale ricca e già strutturata come quello di Ferrara, l'obiettivo primario appare quello dello sviluppo e della reingegnerizzazione dei servizi territoriali già presenti; da un lato, per conseguire una maggiore prossimità spostando attività in ambulatorio e al domicilio grazie alla telemedicina; dall'altro, per

realizzare una migliore segmentazione dell'utenza che accede, per esempio, al CAU (Centro di Assistenza e Urgenza) invece che al PS. In tale realtà i fattori di successo appaiono la sempre maggiore integrazione inter-istituzionale con l'Azienda ospedaliero-universitaria, gli investimenti in tecnologia e in sistemi informativi maggiormente sofisticati e la possibilità di impiegare personale

Tabella 14.3 **Quadro sinottico dei casi analizzati**

Denominazione Struttura e Azienda	CdC Fiano Romano, ASL Roma 4	CdC Cittadella S. Rocco, AUSL Ferrara	CdC Bresso, ASST Nord Milano	CdC-PTA di Trani, ASL BAT
<i>Precedente utilizzo im- mobile</i>	Edificio non utilizzato fino al 2022, poi po- liambulatorio	Ospedale fino al 2012, poi Casa della Salute	Edificio scolastico	Ospedale con degenza ordinaria fino al 2018
<i>Ruolo delle analisi di domanda e offerta su scala locale</i>	Rilevante per configu- razione complessiva servizi CdC	Rilevante per configu- razione complessiva servizi CdC	Rilevante per configu- razione complessiva servizi CdC	Supporto nella riconfi- gurazione di specifiche linee di servizio
<i>Obiettivi strategici CdC</i>	Costituzione <i>ex novo</i> servizi territoriali, ac- cento su espansione selettiva volumi	Sviluppo e reingegneri- zzazione servizi terri- toriali esistenti	Costituzione <i>ex novo</i> servizi territoriali, ac- cento su integrazione	Riconversione ospeda- le con specializzazione servizi
<i>Principali attori della riconfigurazione dei servizi</i>	Direzione azienda- le (ruolo propulsivo), distretto, gruppo di lavoro ASL con parte- cipazione enti locali, MMG, specialisti con- venzionati	Direzione azienda- le (ruolo propulsivo), gruppo di lavoro AUSL, AOU, enti locali, MMG, associazionismo	Direzione azienda- le (ruolo propulsivo), gruppo di lavoro ASST, enti locali, MMG	Direzione aziendale (ruolo propulsivo), di- stretto, dipartimenti
<i>Assetto organizzativo CdC</i>	Matriciale: i professionisti rispondono ai loro riporti gerarchici di UO/dipartimento; committenza in capo al direttore di distretto			
<i>Presenza attuale di ambulatori di MMG all'interno della CdC</i>	No	Sì, due Medicine di gruppo	Sì, 2 MMG	Sì, 10 MMG
<i>Presenza di IFeC</i>	Sì, rilevante	Sì, rilevante	Sì, rilevante	No
<i>Presenza di punti per urgenza a bassa com- plessità (eccetto Conti- nuità Assistenziale)</i>	No	Sì, CAU (Centro Assi- stenza e Urgenza)	No	Sì, PPI (Punto Primo Intervento)
<i>Fattori critici segnalati</i>	Integrazione limitata con MMG	Flussi informativi scar- samente focalizzati sui punti erogativi terri- toriali	Scarsità specialisti di- sponibili, limitata satu- razione capacità	Integrazione limitata con MMG e ridotto ruo- lo infermieristico. Flussi informativi scarsamen- te focalizzati sulla pre- sa in carico
<i>Struttura reportistica</i>	Per unità organizzativa di afferenza dei professionisti distaccati in CdC, non esistenti report dedicati per CdC nella routine dei processi di controllo			
<i>Evoluzioni previste</i>	Rafforzamento inte- grazione con MMG e rafforzamento flussi informativi	Avvio COT e OSCO	Avvio flussi di mo- nitoraggio integrato con sistema regionale (SGDT)	Avvio COT, OSCO e RSA

formato. In parallelo, emerge una sensibilità verso la riduzione dei punti fisici di erogazione del servizio, come le molteplici postazioni della continuità assistenziale. Infine, il PTA e presto CdC di Trani rappresenta un esempio di riconversione di ex presidio ospedaliero. Da un lato, si specializza in alcune branche specialistiche e linee di attività in un'ottica di revisione della rete di offerta aziendale, quest'ultima caratterizzata da più stabilimenti ospedalieri concentrati in un territorio relativamente ristretto, multicentrico e densamente popolato. Dall'altro, mantiene i servizi di prossimità utili in un centro urbano di medie dimensioni, nell'ottica di modificare il profilo di servizio erogato, come la trasformazione da PS a PPI (Punto di Primo Intervento). In questo caso i fattori di successo appaiono la dotazione di competenze e di apparecchiature, con la possibilità di gestire tali *asset* in un'ottica sovra-locale, mentre un limite che traspare dall'esperienza è quello di una logica organizzativa ancora molto incentrata sulla suddivisione per specialità ospedaliere e sui ruoli clinici.

Altri aspetti di differenziazione segnalati dalle interviste, invece, evidenziano i limiti che rendono più difficile, nei singoli territori, l'avvicinamento dei modelli di servizio agli aspetti essenziali fissati dal DM 77/22. Ad esempio, emergono diversi livelli di integrazione con la medicina generale: dalle due medicine di gruppo a Ferrara, a presenze meno numericamente consistenti a Trani e Bresso, fino all'integrazione ancora in fase di avvio a Fiano. Allo stesso modo, mentre nelle tre esperienze del Centro-Nord il ruolo degli infermieri di famiglia e comunità (IFeC) appare rilevante, così come quello degli assistenti sociali, a Trani lo spazio per tali profili risulta ancora ridotto.

14.5.2 I cost driver attivati: visione d'insieme e riflessione sui fabbisogni informativi per il governo dei costi

Sebbene le esperienze rilevate appartengano a quattro realtà profondamente differenti, sia in termini di contesto in cui sono inserite sia in termini di vicende che hanno portato alla loro creazione, è possibile evidenziare alcuni elementi comuni se si guarda ai principali *cost driver* attivati in questa prima fase di attivazione delle Case della Comunità. La sintesi del legame tra le esperienze di attivazione di CdC e la relativa percezione di azione sui *cost driver* è contenuto nella Tabella 14.4, mentre il prospetto dettagliato delle citazioni che permettono tali associazioni logiche è riportato in Appendice (Tabella 14.5). Dalla Tabella 14.4 risulta evidente che, in tutte le esperienze analizzate, i cambiamenti organizzativi hanno agito su un elevato numero di *cost driver*, sia *structural* che *executional*, sebbene con un livello di intensità percepita differente.

In tutte le esperienze vengono segnalate azioni per conseguire *economie di raggio d'azione*, in virtù della sostanziale volontà delle aziende di offrire servizi che siano in grado di rispondere ai fabbisogni emersi dalle analisi epidemio-logiche attivate a supporto dell'avvio delle iniziative. Le *economie di raggio*

Tabella 14.4 **Abbinamento tra cost driver attivati dall'avvio dei nuovi modelli di servizio e casi analizzati: le percezioni degli intervistati**

Categoria di CD	Cost Driver	CdC Fiano Romano – ASL Roma 4	CdC S. Rocco – AUSL Ferrara	CdC Bresso – ASST Mi Nord	CdC-PTA Trani – ASL BAT
Structural	Economie di scala	MEDIO	MEDIO		
Cost Drivers	Economie di raggio d'azione	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
	Economie di apprendimento				
	Tecnologie di produzione lungo la catena del valore	BASSO	ALTO	BASSO	MEDIO
	Complessità di linee produttive	BASSO	ALTO	BASSO	BASSO
Executional Cost Drivers	Commitment della forza lavoro nel miglioramento continuo	MEDIO	ALTO	MEDIO	
	Gestione della qualità	MEDIO	ALTO		
	Utilizzo della capacità produttiva	ALTO	ALTO	BASSO	BASSO
	Efficienza del layout degli impianti	ALTO	ALTO	BASSO	BASSO
	Configurazione di prodotto/servizio	BASSO	ALTO	MEDIO	MEDIO
	Legami con utenti e fornitori	ALTO	ALTO	ALTO	MEDIO

d'azione, peraltro, spesso sono uno dei veicoli che consentono un migliore *utilizzo della capacità produttiva*. Ad esempio, la saturazione degli spazi ambulatoriali con le attività socio-sanitarie a Fiano e Bresso, l'impiego di personale della Continuità assistenziale per la gestione dei pazienti occasionali non urgenti a Ferrara, l'impiego della capacità erogativa installata a Trani su alcune branche specialistiche e diagnostiche in un'ottica di rete aziendale. Allo stesso tempo, una realtà appena avviata come Bresso segnala criticità nella saturazione della logistica produttiva; per esprimersi su questo aspetto in maniera più compiuta sarebbe necessario disporre di dati dettagliati di capacità potenziale e attività effettivamente svolta, e/o di copertura dei costi fissi. Tali metriche, adatte per misurare anche l'impatto delle *economie di scala*, non sono rintracciabili a livello di CdC neanche in quelle realtà (Fiano e Ferrara) che intendono espandere o modificare il *setting* delle attività territoriali per diminuire l'impatto dei costi di struttura in termini di costo medio del servizio.

In tutti i casi analizzati, si osservano esperienze *di introduzione di nuove tecnologie*. Si tratta di applicativi per la televisita e la telerefertazione (Ferrara, e in misura ancora più circoscritta, Trani), del potenziamento delle strumentazioni relative alle specialità per le quali la CdC è sede di riferimento (Fiano), o ancora, dello sviluppo di nuovi sistemi informativi (Bresso). In tutte le realtà osservate, soprattutto quelle aperte *ex novo*, vengono segnalati i benefici di fruire di un immobile appena ristrutturato con il conseguente impatto sull'*efficienza del layout dei servizi*. Investimenti edilizi e tecnologici, oltre alla creazione di sportelli unici come i PUA previsti in tutte le realtà, dovrebbero

inoltre permettere una diminuzione della *complessità delle linee produttive e la riconfigurazione del servizio*. Purtroppo, anche in questi ambiti, a oggi non è possibile ricostruire sistematicamente indicatori che permettano di apprezzare i benefici di tali azioni in termini, ad esempio, di tempi di attesa e attraversamento, di incremento dei pazienti presi in carico per tipologia di servizio, di aderenza terapeutica, di esito clinico e, sul lato economico, di costi medi di presa in carico.

Quasi tutte le realtà segnalano un rafforzamento del *legame con gli stakeholder* («*clienti e fornitori*») nell'ottica di programmare e implementare congiuntamente i nuovi servizi, segnalando progettualità con gli enti locali, ma non mancano esperienze con i cittadini, la medicina generale e convenzionata, le altre aziende sanitarie pubbliche del territorio. In questo ambito dovrebbe essere relativamente semplice osservare indicatori di capacità di risposta al bisogno del sistema locale: *in primis*, indicatori di accesso inappropriato al Pronto Soccorso o all'ospedale per acuti; oppure, trend di mobilità passiva rispetto a singoli servizi, con i relativi costi. Questi indicatori sono reperibili, attraverso elaborazioni *ad hoc*, almeno nelle realtà più strutturate a livello territoriale. Tuttavia, gli interlocutori segnalano la mancanza, a oggi, di flussi informativi di routine utili a monitorare l'impatto specifico delle attività delle Case della Comunità sul bisogno dei rispettivi bacini di utenza. Infine, nessuna delle quattro esperienze segnala indicatori di uscita dal sistema che non si riflettono in costi aziendali, come, ad esempio, consumi in regime privato.

Appaiono più circoscritte, anche se comunque interessanti, le esperienze di formazione che possono stimolare la *gestione della qualità* e il *commitment del personale* verso il miglioramento continuo. In questo senso si segnalano le esperienze di Fiano (*middle management*), Ferrara (IFeC), Bresso (gruppi formativi multidisciplinari). In questo senso, i legami con il livello dei costi risultano più difficilmente apprezzabili; in alcuni casi, potrebbero essere attivati flussi *ad hoc* su aspetti direttamente impattati dalle singole iniziative formative. Non si rilevano, quanto meno nelle percezioni degli interlocutori intervistati, iniziative atte a sfruttare *economie di apprendimento*: il dato non appare sorprendente dal momento che le Case della Comunità rappresentano una novità per tutti i contesti analizzati, quanto meno nella loro formulazione attuale e seppure con gradi di intensità differenti.

Nel complesso, nelle percezioni degli intervistati, i nuovi modelli di servizio impattano, pur con intensità variabile, sulla struttura dei costi, anche se lo spazio di manovra in riduzione o in aumento appare limitato. Allo stesso tempo, ad oggi, in presenza di meccanismi operativi aziendali ancora fortemente orientati alla dimensione verticale (dipartimenti e UUOO), è rara la possibilità di misurare l'impatto effettivo dei nuovi modelli di servizio. Questo aspetto, inevitabilmente, diminuisce anche la rilevanza del nuovo *setting* come tensore organizzativo orizzontale in grado di far convergere, in un'ottica matriciale,

gli sforzi dei responsabili sia delle aree cliniche, sia dei punti di erogazione dei servizi.

14.6 Conclusioni

Il capitolo ha riletto le dinamiche che stanno guidando l'avvio delle Case della Comunità attraverso le lenti degli strumenti che servono a presidiarne l'equilibrio economico. Nello specifico, questo importante processo di trasformazione rappresenta a tutti gli effetti un'innovazione strategica e, in quanto tale, non solo richiede la definizione delle azioni che ne consentono una sua efficace implementazione, ma necessita di una solida analisi delle leve che ne determinano la sostenibilità attuale e prospettica.

Le interviste condotte evidenziano che in tutte le aziende analizzate esiste una diffusa consapevolezza dell'esistenza di una pluralità di *cost driver* attivati o attivabili nella strutturazione e implementazione delle Case della Comunità. Tuttavia, non sempre l'azione sul medesimo *cost driver* è attivata in maniera chiara, univoca o esplicita. Si prenda, ad esempio, il *driver* della complessità delle linee produttive: a parità di azienda sono state ricostruite sia iniziative volte a ridurla, sia scelte potenzialmente in grado di generare maggiore complessità, con il rischio di produrre a tendere un aumento dei costi a causa della necessità di gestire e coordinare una varietà di attività, risorse e interconnessioni. Lo stesso avviene con il *driver* del *commitment* della forza lavoro o l'utilizzo della capacità produttiva.

Se l'attivazione di una pluralità di *driver* è fisiologica, le interviste hanno rivelato una percezione di maggior spazio di azione sui *driver* di tipo *executorial*, che in genere sfruttano opportunità di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse per generare azioni di *cost efficiency*, producendo risultati, però, prevalentemente nel breve periodo. Questo, però, rappresenta un aspetto di differenziazione dei casi analizzati rispetto a quanto codificato dalla letteratura manageriale, che privilegia, per iniziative di questa portata strategica, l'attivazione di *driver* di tipo *structural*, che poi conducono a iniziative di *cost & value alignment* e *cost for business modeling*.

Dalle interviste effettuate, infatti, è emersa una minore consapevolezza diffusa di quali scelte possano influenzare la sostenibilità economica nel medio-lungo periodo. In generale il livello di attenzione ai *driver* di tipo *structural* è più basso e sembrerebbe non essere stata pienamente sfruttata l'opportunità di usare le *CdC* per allineare la struttura di costo alla strategia. Una possibile ragione di questa evidenza potrebbe risiedere nel fatto che i *driver* di tipo *executorial* lavorano di fatto sull'ottimizzazione dei processi a risorse più o meno date: ora, sebbene attraverso le Case della Comunità vengano immesse nel sistema nuove infrastrutture e tecnologie, non solo permane, ma anzi si accentua

l'ormai nota carenza di personale. E, senza le persone, spazi e tecnologie non bastano per consentire alle le aziende di sperimentare soluzioni che non siano prevalentemente aggiustamenti di breve periodo, che, peraltro, mal si conciliano con le sfide poste dallo scenario macroeconomico. Quali che siano, infine, le ragioni del mancato allineamento tra struttura di costo e modelli organizzativi, appare indubbio che l'implementazione della casa della comunità non sia stata sempre gestita come innovazione strategica aziendale e che i sistemi di controllo non siano stati in grado di produrre informazioni utili a supportare adeguatamente le decisioni connesse a tale innovazione. Ma in assenza di un'adeguata visione strategica e di adeguati meccanismi di controllo aziendali il rischio che la CdC non possa essere messa in condizione di generare i risultati sperati appare elevato.

Non è irrilevante, a tal proposito, la diffusa e preoccupante assenza, non solo nei casi analizzati, ma anche nelle linee guida regionali e nazionali sulle CdC, di un qualunque meccanismo di misurazione delle performance economiche e gestionali di questo nuovo *setting*. Questo non solo impedisce alle aziende di condurre analisi per valutare la bontà delle scelte operate e supportare l'implementazione attraverso processi continui di aggiustamento, ma rende impossibile prevedere gli impatti di tali innovazioni sulla sostenibilità complessiva dell'iniziativa e dell'azienda nel breve e nel medio-lungo periodo. Ad oggi, a parità di efficacia attesa, non è chiaro, ad esempio, quanto spingere sul *driver* della tecnologia e/o su quello delle economie di raggio di azione; se in taluni contesti non sia meglio attivare subito la leva del *layout* degli impianti e in altri prediligere quello dell'utilizzo della capacità produttiva; se sia possibile lavorare sul *commitment* della forza lavoro e attraverso quali risorse. In sintesi, non esistono *what if analysis* o altri strumenti in grado di supportare scelte che solo in parte mostrano i loro effetti nel breve e che certamente condizioneranno gli spazi di azione gestionale e le risorse disponibili nel lungo periodo. La sostanziale assenza di misure, in sintesi, fa sì che i meccanismi di controllo non siano in grado di svolgere il proprio ruolo di orientamento dei comportamenti anche attraverso meccanismi formali di responsabilizzazione economica. Tale limite risulta peraltro legato alla tradizionale difficoltà, documentata anche dalle recenti *survey* (Dossi *et al.*, 2022), dei sistemi di controllo di evolvere verso la misurazione di oggetti trasversali (processi di erogazione dei servizi e di presa in carico dei pazienti) rispetto alle tradizionali articolazioni organizzative. La lettura dei casi ha mostrato come tale evoluzione, nel caso delle CdC sarebbe non solo necessaria ma neanche insufficiente, caratterizzandosi le CdC per la necessità di abbracciare un'ottica di misurazione e lettura dei risultati addirittura interaziendale o interistituzionale.

Appare, pertanto, necessario attivare una seria riflessione su come modificare il modello di controllo in termini di oggetti, misure e flussi informativi per supportare sia la fase di pianificazione, sia quella di responsabilizzazione e

controllo. Tale modifica dipenderà chiaramente dalla natura ultima che assumeranno le case della comunità.

- ▶ Se, come in questo momento, le CdC continueranno ad essere operativamente declinate in logica *supply oriented*, con spazi e tecnologie proprie e personale sanitario prevalentemente preso in prestito a chiamata da articolazioni organizzative ospedaliere o dalle cure primarie, sarà necessario attivare sistemi di controllo che siano in grado di responsabilizzare sulla coerenza tra le risorse proprie e quelle «prese in prestito» e, poi, tra il combinato disposto delle due e le prestazioni erogate. Questo richiederebbe, tra le altre cose, l'attivazione di strumenti contabili gestionali in grado di tracciare anche il valore associato alle transazioni interne tra setting diversi, in modo da consentire una piena responsabilizzazione delle Case della Comunità sul mix delle risorse utilizzate per le prestazioni rese e da dare evidenza del contributo che le UU.OO ospedaliere danno al funzionamento delle CdC.
- ▶ Se, come auspichiamo, le CdC ambiranno a rappresentare un tensore orizzontale sia in termini organizzativi che di presa in carico, allora l'oggetto ultimo di misurazione e responsabilizzazione non può essere il setting *stand alone* né tanto meno le prestazioni, ma il macro-processo della presa in carico (che taglia trasversalmente i *setting*) e il governo veri e propri budget di salute. Questo richiederebbe non solo un aggiustamento dei sistemi contabili direzionali, ma un ripensamento globale dei sistemi di controllo di gestione in una logica *process oriented*, portando a livello di CdC metriche globali di sostenibilità, appropriatezza, efficacia e qualità complessive della presa in carico.

Quale che sia la scelta, sarà necessario un grande salto di qualità nei sistemi di controllo in uso nelle aziende sanitarie pubbliche, sistemi che nell'ultimo ventennio hanno progressivamente perso la loro spinta gestionale e la loro capacità di lettura dei fenomeni aziendali, anche in virtù di una serie di criticità che sono tipiche di questo settore.

- ▶ Il settore sanitario genera una grande quantità di dati, provenienti da diverse fonti e sistemi. La complessità di questi dati può rendere difficile l'identificazione e l'analisi dei costi e dei correlati driver di sostenibilità in modo accurato e tempestivo.
- ▶ Esiste una mancanza di standardizzazione nelle scelte di contabilità e di registrazione dei costi tra le diverse strutture sanitarie. Ciò rende difficile il confronto diretto dei costi e la creazione di *benchmark* affidabili che possano meglio i processi decisionali.
- ▶ L'adozione di nuovi strumenti di governo strategico dei costi richiede un cambiamento culturale e organizzativo. La resistenza al cambiamento da

parte del personale sanitario e della dirigenza può rappresentare una sfida significativa.

- ▶ L'integrazione dei sistemi di gestione dei costi con altri sistemi sanitari, come i sistemi di gestione delle informazioni cliniche, può essere complessa e richiedere un'attenta pianificazione e coordinazione.
- ▶ È importante valutare l'efficacia degli strumenti di governo strategico dei costi per garantire che stiano effettivamente producendo i risultati desiderati. La misurazione e la valutazione dei risultati possono essere complesse e richiedere un monitoraggio continuo.

Affrontare queste criticità richiede un impegno a lungo termine, una collaborazione tra diverse aree aziendali e tra livelli istituzionali differenti e il definitivo superamento di una certa logica incrementale che ha permeato i sistemi di controllo nell'ultimo ventennio. E, ben più importante, richiede alle aziende che si riappropriino pienamente delle prerogative di utilizzo della leva strategica nei processi di cambiamento.

14.7 Bibliografia

- Aielli, M. (2012), *Contenere i costi: Una via per crescere senza troppe rinunce*, Egea, Milano.
- Armeni, P., Borsoi, L., Notarnicola, E., & Rota, S. (2022), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale», *Rapporto OASI 2022*, pp. 93-150, Egea, Milano.
- Anderson, S.W. (2007), «Managing Costs and Cost Structure throughout the Value Chain: Research on Strategic Cost Management», In Chapman C.S., Hopwood A.G., Shields M.D. (Eds), *Handbook of Management Accounting Research*, Elsevier, Boston.
- Banker, R., & Johnston, H. (2007), «Cost and profit driver research», *Handbooks of Management Accounting Research*, 2, pp. 531-556.
- Bergamaschi, M., Morelli, M., & Lecci, F. (2010), «Il cost management delle attività no core nelle aziende sanitarie», *ECONOMIA & MANAGEMENT*, (3), pp. 99-115.
- Cokins, G. (1999), «Using ABC to become ABM», *Journal of Cost Management*, Jan-Feb.
- Cooper, R., Kaplan, R.S. (1998), *The Design of Cost Management Systems: Text, Cases and Readings*, Prentice-Hall, Engle wood Cliffs.
- Del Vecchio, M., Giudice, L., Preti, L. M., Rappini, V. (2022), «Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione», *Rapporto OASI 2022*, pp. 407-432, Egea, Milano.
- Dossi A., Furnari A., Lecci F., Morelli M., Santoli E. (2022), «PNRR e modelli

- di servizio in trasformazione: esame di maturità per i sistemi di programmazione e controllo delle aziende del SSN», *Rapporto OASI 2022*, Egea, pp.643-671.
- Hansen, D.R., Mowen, M.M. (2006), *Cost Management: Accounting and Control*, Thomson, South-Western.
- Morelli, M., & Lecci, F. (2011), «Governare i costi e cambiamento aziendale. La lunga strada verso l'integrazione», *Mecosan*, 20(80), pp. 59-75.
- Longo, F., & Ricci, A. (2022), «La divaricazione tra narrazioni ed evidenze e l'aumento dell'autonomia implicita del management del SSN», *Rapporto OASI 2022*, pp. 3-33, Egea, Milano.
- Lord, B. R. (1996), «Strategic management accounting: the emperor's new clothes?», *Management accounting research*, 7(3), pp. 347-366.
- Porter, M. E. (1985), *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance*, The Free Press, New York.
- Riley, D. (1987), «Competitive Cost Based Investment Strategies for Industrial Companies», *Manufacturing Issues*, Booz Allen and Hamilton, New York.
- Shank, J. K. (1989), «Strategic cost management: new wine or just old bottles?», *Journal of Management Accounting Research*, Fall.
- Shank, J. K., Govindarajan, V. (1993), *SCM. The new tool for competitive advantage*, The Free Press, New York.
- Silvi, R. (1997), «Il cost management: obiettivi, logiche e modelli di analisi», In Farneti G., Silvi R. (a cura di), *L'analisi e la determinazione dei costi nell'economia delle aziende*, Giappichelli Editore, Torino.
- Marasca S., Silvi R. (2004), *Sistemi di controllo e cost management tra teoria e prassi*, Giappichelli Editore, Torino.
- Tomkins, C., Carr, C. (1996), «Reflections on the paper in this issue and a commentary on the state of strategic management accounting», *Management Accounting Research*, Vol. 7 (2).
- Yin, R.K. (2013), *Case Study Research: Design and Methods*, 5th edition, Thousand Oaks, Sage Publications.

14.8 Appendice

La Tabella 14.5 contiene le citazioni estratte dalle trascrizioni delle interviste condotte durante l'analisi, sistematizzate in modo da mostrare quali driver di costo siano stati attivati dalle varie strutture. La sintesi e l'analisi dei risultati emersi da tale elaborazione è presentata all'interno del testo del capitolo nella Tabella 14.4.

Tabella 14.5 **Cost drivers e quotes dalle interviste: visione d'insieme**

	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Structural Cost Driver	<p>Economie di scala</p> <ul style="list-style-type: none"> – “È chiaro che l'incremento di ore di specialistica su una determinata branca in un determinato momento crea un aumento della produzione” – “Potenziando quelle che sono vi ripeto tutta quella che è la diabetologia piuttosto che l'assistenza cardiologica o quant'altro” – “Potenziare le l'offerta su branche strategiche, quindi per quanto riguarda puramente specialistica ambulatoriale e ovviamente dotando di attrezzature e strumenti idonei immobili che magari comuni avevano in disuso o quant'altro che mi hanno messo a disposizione delle Asl” – “La riduzione della mobilità in certe branche ci consente comunque di migliorare la struttura dei presidi, nel senso, comunque noi siamo una Asl, quindi in realtà di non peggiorare la mobilità passiva” 	<p>Economie di scala</p> <ul style="list-style-type: none"> – “Adesso col PNRR metteremo anche un osco dentro Cittadella San Rocco” – “Su 50 infermieri di comunità: 30 e 20, diciamo 20, sono stati assunti ex novo” – “Allora sì, dentro Cittadella San Rocco, allora il cau da H 12 diventerà prima h 16 e poi h 24 entro l'anno e questo già è una cosa importante” – “Poi chiudiamo due o tre punti di continuità assistenziale, aumentiamo le ore di ambulatorio e costruiamo tutto un ragionamento di questo tipo” 	<p>Economie di scala</p> <ul style="list-style-type: none"> – “[...] il fatto dell'integrazione con l'assistente sociale del comune perché il fatto che sia qua presente facilita il fatto che, essendo giovani che loro o possano vedere casi sociali in situazioni sanitarie, in situazioni sociali e comincino a comunicarsi tra di loro” 	<p>Economie di scala</p> <ul style="list-style-type: none"> – “[riferito alla CdC] Poi abbiamo un'attività chirurgica perché abbiamo un service chirurgico, un day surgery ospedaliero, un'attività anestesiologica, chirurgica, specialistica, che si aggiunge alla chirurgia ordinaria”
Economie di raggio d'azione	<ul style="list-style-type: none"> – “A queste branche poi abbiamo rivisto insomma l'offerta dei servizi già presenti, razionalizzando quelli che sono l'utilizzo degli spazi per offrire altri servizi che non erano presenti, insomma. In principal modo quelli che vi dicevo, insomma, socio sanitari. Cioè noi abbiamo destinato, faccio solo un esempio, 	<ul style="list-style-type: none"> – “Gli infermieri di famiglia, [...] per esempio, vanno anche su ADI” – “Quello dell'oncologia territoriale, nel senso che abbiamo aperto un ambulatorio che dovrebbe funzionare, stiamo per inaugurarlo e soprattutto 2-3 giornate alla settimana dove noi abbiamo identificato una lista di terapie sia sottocute, 	<ul style="list-style-type: none"> – “[...] il fatto dell'integrazione con l'assistente sociale del comune perché il fatto che sia qua presente facilita il fatto che, essendo giovani che loro o possano vedere casi sociali in situazioni sanitarie, in situazioni sociali e comincino a comunicarsi tra di loro” 	<ul style="list-style-type: none"> – “[riferito alla CdC] Poi abbiamo un'attività chirurgica perché abbiamo un service chirurgico, un day surgery ospedaliero, un'attività anestesiologica, chirurgica, specialistica, che si aggiunge alla chirurgia ordinaria”

Tabella 14.5 (segue)

	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Structural Cost Driver	<p>il sabato mattina per gli incontri con le famiglie perché sappiamo che il poliambulatorio la mattina era aperto ma non utilizzato per il 90% degli spazi"</p>	<p>qualcuna in vena e orale, che possono essere effettuate presso la casa della Comunità, quindi prendendo in carico i pazienti che andavano in ospedale"</p>	<p>"L'ambulatorio infermieristico fa tantissime cose, un monitoraggio parametri vitali, abbiamo laboratorio, terapia educativa, prevenzione piede diabetico, monitoraggio glicemia, autocontrollo, somministrazione terapia insulinica, prevenzione delle distrofie e stiamo lavorando sulla gestione della cronicità, perché poi uscirà il nuovo DGR"</p>	<p>"[riferito alla CdC] E poi abbiamo tutti i servizi distrettuali, quindi consultorio ambulatori, servizi, servizi di base del distretto, di sportelli base dei cittadini. E poi che altro abbiamo? Il servizio farmaceutico all'interno della stessa struttura, il farmaceutico territoriale"</p>
Driver	<p>Economie di raggio d'azione</p>	<p>qualcuna in vena e orale, che possono essere effettuate presso la casa della Comunità, quindi prendendo in carico i pazienti che andavano in ospedale"</p>	<p>"L'ambulatorio infermieristico fa tantissime cose, un monitoraggio parametri vitali, abbiamo laboratorio, terapia educativa, prevenzione piede diabetico, monitoraggio glicemia, autocontrollo, somministrazione terapia insulinica, prevenzione delle distrofie e stiamo lavorando sulla gestione della cronicità, perché poi uscirà il nuovo DGR"</p>	<p>"[riferito alla CdC] E poi abbiamo tutti i servizi distrettuali, quindi consultorio ambulatori, servizi, servizi di base del distretto, di sportelli base dei cittadini. E poi che altro abbiamo? Il servizio farmaceutico all'interno della stessa struttura, il farmaceutico territoriale"</p>
Economie di apprendimento	<p>il sabato mattina per gli incontri con le famiglie perché sappiamo che il poliambulatorio la mattina era aperto ma non utilizzato per il 90% degli spazi"</p>	<p>qualcuna in vena e orale, che possono essere effettuate presso la casa della Comunità, quindi prendendo in carico i pazienti che andavano in ospedale"</p>	<p>"L'ambulatorio infermieristico fa tantissime cose, un monitoraggio parametri vitali, abbiamo laboratorio, terapia educativa, prevenzione piede diabetico, monitoraggio glicemia, autocontrollo, somministrazione terapia insulinica, prevenzione delle distrofie e stiamo lavorando sulla gestione della cronicità, perché poi uscirà il nuovo DGR"</p>	<p>"[riferito alla CdC] E poi abbiamo tutti i servizi distrettuali, quindi consultorio ambulatori, servizi, servizi di base del distretto, di sportelli base dei cittadini. E poi che altro abbiamo? Il servizio farmaceutico all'interno della stessa struttura, il farmaceutico territoriale"</p>
Tecnologie di produzione lungo la catena del valore	<p>"Potenziare le offerte su branche strategiche, quindi per quanto riguarda puramente specialistica ambulatoriale e ovviamente dotando di attrezzature e strumenti idonei"</p>	<p>"Si fa tanta telemedicina, ci sono gli infermieri di famiglia e di comunità"</p> <p>"La telemedicina e il l'ambulatorio di emergenza territoriale"</p> <p>"Ad esempio loro si occupano di telemedicina, ad esempio su Cittadella San Rocco stiamo facendo ormai da un anno un progetto di telemedicina del paziente diabetico per cui i pazienti che vanno a fare l'esame, quindi in presenza in una Casa della Salute della provincia che viene letto l'esame viene letto dall'oculista che è dentro Cittadella San Rocco"</p>	<p>"SGDT sta implementando anche loro, stanno implementando questo cruscotto al quale hanno dato l'accesso solo a pochi, però ce la faremo ad arrivare anche a quello. E stiamo analizzando proprio tutti i dati che vengono inseriti in questo sistema digitale territoriale."</p>	<p>"Si in radiologia la risonanza magnetica è nuova, sì. Tutta la radiologia è stata riorganizzata da un punto di vista strutturale e la risonanza magnetica nuova e di livello avanzato"</p> <p>"Si sta molto lavorando sulle Breast Unit e sui follow up delle breast unit. Per il resto, al momento non ci sono esperienze troppo importanti di telemedicina"</p> <p>"[su telemedicina] al momento stiamo facendo follow up importanti anche delle visite"</p>

Structural Cost Driver	Driver	ASL Roma 4	ASL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
	Tecnologie di produzione lungo la catena del valore		<p>– “E quello è il modello, cioè loro che sono il team telemedicina, loro praticamente mappano tutto e fanno procedure per tutto ciò che però è tutto replicabile. Per cui se io la faccio per San Rocco, la vale anche per Comacchio, nel senso che per noi sono una rete, cioè sono un tutt'uno”</p> <p>– “Sistema patch che conoscete, penso come deviazione delle immagini dove la stessa oculista, essendo distante in una struttura comunque distante, ha proprio tecnologicamente una postazione che può referare quella immagine che è stata eseguita da un'altra parte e con questa archiviazione, quindi con questi standard che ci assicurano sicurezza e assolutamente con tutta la procedura di corretta identificazione del paziente” – “Disorso degli ECG, c'è da anni sul T18, per cui alla fine la Tele referazione degli ECG noi l'abbiamo iniziata anche posizionando il macchinario con un'infermiera in una casa della Comunità e poi il cardiologo nell'ospedale dicendo refera gli ECG di tutte le Case della Comunità, cioè questa era un po' l'idea, però partire con la cardiologia, certamente più semplice o con la diabetologia”</p>		

Tabella 14.5 (segue)

	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Structural Cost Driver				
Driver				
Tecnologie di produzione lungo la catena del valore		<ul style="list-style-type: none"> – “Poi [la teleriferazione] man mano la stiamo estendendo a un po’ a tutte le discipline, anche quelle della riabilitazione” – “[telerimedical] per visite di controllo, chiaramente, sempre precedute da visite in presenza” – “Ad un bando PNRR sull’inclusione sociale e questa è una cosa proprio aziendale, non è mediata dalla regione. Uno di questi è sulla telerabilitazione” 		
Complessità di linee produttive	<ul style="list-style-type: none"> – Attivazione del PUA (da carta dei servizi) 	<ul style="list-style-type: none"> – “Anche Cittadella San Rocco, adesso con il pnr dentro avrà anche un OSCO, poi ci sarà la COT per cui sarà tutto insieme” – “Moltissime unità operative a carattere territoriale, molte delle quali sono anche presenti a Cittadella San Rocco, ad esempio, abbiamo le malattie infettive territoriali, la psicologia clinica e di comunità, anche quella con un direttore, la nutrizione clinica, la pneumologia territoriale e la riabilitazione territoriale” – “Sistema see and treat nell’ambito dei quattro pronto soccorso. Adesso quello di Argenta partirà a settembre, però anche il see and treat va sempre di pari passo, nel senso che la presa in carico infermieristica dei codici di bianchi e verdi che si recano in ospedale secondo determinati protocolli precostituiti” 	<ul style="list-style-type: none"> – “La nostra Casa della Comunità si fonda su una vera e propria integrazione. Come avete visto abbiamo l’assistente sociale comune, due medici di medicina generale all’interno della casa della comunità, di cui uno è AFT, e poi gli infermieri di famiglia e di comunità. Formalmente ne abbiamo 8 e i PUA sono composti da infermieri di famiglia e di comunità” 	<ul style="list-style-type: none"> – “Tutta la assistenza chirurgica, tutta l’attività chirurgica risponde a questa esigenza per cui in sala operatoria si alternano delle discipline diverse dell’ortopedia alla chirurgia di base che alleggeriscono l’attività ospedaliera più importante che viene mantenuta nei due presidi più importanti che abbiamo che sono Andria e Barletta”

	Driver	ASL Roma 4	ASL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Structural Cost Driver	Complessità di linee produttive		<ul style="list-style-type: none"> - "Ad esempio loro si occupano di telemedicina, ad esempio su Cittadella San Rocco stiamo facendo ormai da un anno un progetto di tele-lerinografia del paziente diabetico per cui i pazienti che vanno a fare l'esame, quindi in presenza in una Casa della Salute della provincia che viene letta l'esame viene letto dall'oculista che è dentro Cittadella San Rocco" - "Discorso degli ECG, c'è da anni sul 118, per cui alla fine la Tele-refertazione degli ECG noi l'abbiamo iniziata anche posizionando il macchinario con un'infermiera in una casa della Comunità e poi il cardiologo nell'ospedale dicendo referta gli ECG di tutte le Case della Comunità, cioè questa era un po' l'idea, però partire con la cardiologia, certamente più semplice o con la diabetologia" 		
Execuational Cost Driver	Commitment della forza lavoro nel miglioramento continuo	<ul style="list-style-type: none"> - "Ovviamente un interlocutore principale è il rappresentante degli MMG soprattutto su Fiano, nonché assessore alla salute del Comune di Fiano, quindi in realtà c'è uno che è peraltro membro di uno studio associato tra i più grandi del territorio, quindi di fatto avendo partecipato lui stesso alla progettazione è chiaramente particolarmente spinto a utilizzare i servizi della 	<ul style="list-style-type: none"> - "La cardiologia, i cardiologi sono più abituati, sono più digitalizzati e sono più abituati a un ragionamento di questo tipo" - "Per quanto riguarda le professioni infermieristiche, è chiaro che sono infermieri che sono stati formati anche all'urgenza, non al triage. Non c'è triage, però sì, per cui sono e però e personale del dipartimento cure primarie" 	<ul style="list-style-type: none"> - "Quindi gli MMG. Per noi è stato un gran successo averli qui, ma non è un gran successo averli fisicamente nella Case della Comunità, ma stiamo costruendo con loro dei gruppi di miglioramento formativi, per fare in modo di costruire con loro i percorsi" 	

Tabella 14.5 (segue)

	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Driver	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Executional Cost Driver	<p>Casa della Comunità. Insomma, quello secondo me è un'altra sfida molto forte. Coinvolgere i medici di base. Cioè comunque vanno coinvolti e senza il coinvolgimento dei medici di base si rischia di creare delle strutture poi inutilizzate"</p> <p>– "Però la figura del direttore di distretto è fondamentale. Fondamentale la sua formazione e ci abbiamo speso tanto tempo ed energie per tutti in questa fase per formare i direttori di distretto e tutte le strutture territoriali"</p>	<p>– "Per gli infermieri di famiglia e di comunità abbiamo fatto praticamente dei bandi interni e abbiamo chiesto la disponibilità a diventare infermiere di famiglia e di comunità, effettuando un percorso formativo che abbiamo certificato all'interno dell'azienda e adesso abbiamo anche attivato un master di primo livello"</p> <p>– "L'azienda ha messo in piedi insieme all'unità di Ferrara questo master di primo livello per infermiere di famiglia e di comunità e sponsorizza anche in parte la quota di iscrizione".</p>	<p>– "La formazione, e qui faccio un'altra parentesi, ve lo dicevo prima per gli sportelli polifunzionale, come i giovani amministrativi che stiamo assumendo cominciano ad avere una formazione trasversale, quindi su tutti i vari aspetti, le varie attività, che poi coinvolgono diversi processi"</p>	
Gestione della qualità	<p>– "Miglioramento dell'assistenza perché poi si riesce a seguire il paziente anche con strutture della Asl o comunque con strutture del sistema sanitario collegate"</p>	<p>– "Sistema see and treat nell'ambito dei quattro pronto soccorso. Adesso quello di Argenta partirà a settembre, però anche il see and treat va sempre di pari passo, nel senso che la presa in carico infermieristica dei codici di bianchi e verdi che si recano in ospedale secondo determinati protocolli precostituiti"</p>		
Utilizzo della capacità produttiva	<p>– "Destinare anche degli spazi a per frazioni di giorni per ore definite, per magari il sabato ad attività sociali e socio sanitarie"</p>	<p>– "Per cui dentro Cittadella San Rocco ci sono medici che poi vanno anche sugli ospedali distrettuali, quindi diciamo che il collegamento è molto forte"</p>	<p>– "Ogni casa della comunità ha un dirigente della casa della comunità che investe il proprio tempo fisicamente nella casa della comunità da un terzo a un quinto, per ottimizzare i costi"</p>	<p>– "I medici girano: per esempio, che ne so, ora sono in ospedale a Barletta in questo momento l'ortopedico di Barletta spesso per fare dei piccoli interventi"</p>

	Driver	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Execuational Cost Driver	Utilizzo della capacità produttiva	<p>– “A queste branche poi abbiamo rivisto insomma l’offerta dei servizi già presenti, razionalizzando quelli che sono l’utilizzo degli spazi per offrire altri servizi che non erano presenti, insomma. In principal modo quelli che vi dicevo, insomma, socio sanitari. Cioè noi abbiamo destinato, faccio solo un esempio, il sabato mattina per gli incontri con l’assistenza sociale perché sappiamo che il poliambulatorio la mattina era aperto ma non utilizzato per il 90% degli spazi”</p> <p>– “L’acquisizione di nuove ore di specialistica e comunque già erano a budget era semplicemente che non erano assegnate”</p>	<p>– “Per cui dentro Cittadella San Rocco ci sono medici che poi vanno anche sugli ospedali distrettuali, quindi diciamo che il collegamento è molto forte”</p> <p>– “Allora sì, dentro Cittadella San Rocco, allora il cau da H 12 diventerà prima h 16 e poi h 24 entro l’anno e questo già è una cosa importante”</p> <p>– “Poi chiudiamo due o tre punti di continuità assistenziale, aumentiamo le ore di ambulatorio e costruiamo tutto un ragionamento di questo tipo”</p>		
Efficienza del layout degli impianti		<p>– “Noi ad esempio abbiamo una Casa della Comunità a Fiano che ha 6 km da un’altra Casa della Comunità a Capena. Anche questo è programmazione, nel senso che alcuni servizi che noi abbiamo a Capena e comunque soprattutto di diagnostica e altro, nonostante il DM 77 preveda una presenza di determinati strumenti, abbiamo optato per mantenerli su Capena”</p> <p>– “Col supporto appunto della del consorzio e abbiamo individuato 21 aree di possibile integrazione con loro, queste a scacchiera le abbiamo attivate, le attiveremo poi su tutte le Case della Comunità per territorio”</p>	<p>– “Anche Cittadella San Rocco, adesso con il pnr dentro avrà anche un OSCO, poi ci sarà la COT per cui sarà tutto insieme”</p> <p>– “Discorso degli ECG, c’è da anni sul 118, per cui alla fine la Tele referazione degli ECG noi l’abbiamo iniziata anche posizionando il macchinario con un’infermiera in una casa della Comunità e poi il cardiologo nell’ospedale dicendo referta gli ECG di tutte le Case della Comunità, cioè questa era un po’ l’idea, però partire con la cardiologia, certamente più semplice o con la diabetologia”</p>	<p>– Edificio nuovo, ristrutturato ad hoc per la CdC, con moderna concezione spazi (informazioni, accettazione e PUA subito individuabili e fruibili a piano terra..) – DA SOPRALLUOGO il cittadino non cambia niente”</p>	

Tabella 14.5 (segue)

	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Driver	<p>– “Una struttura vuota, però comune di moderna concezione, nel senso che comunque uno stabile nuovo è stato ristrutturato dalla proprietà, perché quello non è nostro e per accogliere servizi sanitari”</p> <p>– “Destinare anche degli spazi a porzioni di giorni per ore definite, per magari il sabato ad attività sociali e socio sanitarie”</p> <p>– Attivazione del PUA (da carta dei servizi)</p>	<p>– “Abbiamo inserito quello che abbiamo chiamato prima ABC adesso CAU, nel senso che c'è un ambulatorio in questo momento è h 12 ma dovrà diventare h 16 di emergenza territoriale”</p> <p>– “Quello dell'oncologia territoriale, nel senso che abbiamo aperto un ambulatorio che dovrebbe funzionare, stiamo per inaugurarli e soprattutto 2-3 giornate alla settimana dove noi abbiamo identificato una lista di terapie sia sottocute, qualcuna in vena e orale, che possono essere effettuate presso la casa della Comunità, quindi prendendo in carico pazienti che andavano in ospedale”</p> <p>– “Sistema see and treat nell'ambito dei quattro pronto soccorso. Adesso quello di Argenta partirà a settembre, però anche il see and treat va sempre di pari passo, nel senso che la presa in carico infermieristica dei codici di bianchi e verdi che si recano in ospedale secondo determinati protocolli precostituiti”</p> <p>– “[telemedicina] per visite di controllo, chiaramente, sempre precedute da visite in presenza”</p>	<p>– “La nostra Casa della Comunità si fonda su una vera e propria integrazione. Come avete visto abbiamo l'assistente sociale comune, due medici di medicina generale all'interno della casa della comunità, di cui uno è AFT, e poi gli infermieri di famiglia e di comunità. Formalmente ne abbiamo 8 e i PUA sono composti da infermieri di famiglia e di comunità”</p> <p>– “[...] il fatto dell'integrazione con l'assistente sociale del comune perché il fatto che sia presente facilita il fatto che, essendo giovani che loro o possano vedere casi sociali in situazioni sanitarie, in situazioni sociali e comincino a comunicarsi tra di loro”</p>	<p>– “[riferito alla CdC] Abbiamo una radiologia abbastanza importante con risonanza magnetica, insomma, una radiologia di peso”</p> <p>– “Si sta molto lavorando sulle Breast Unit e sui follow up delle breast unit. Per il resto, al momento non ci sono esperienze troppo importanti di telemedicina”</p> <p>– “[su telemedicina] al momento stanno facendo follow up importanti anche delle visite”</p>
Executional Cost Driver				

	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
Execuational Cost Driver				
Driver				
Legami con clienti e fornitori	<ul style="list-style-type: none"> - "Infatti, da poco abbiamo siglato un accordo, o meglio stiamo siglando un accordo con il Sant'Andrea proprio per la gestione dei pazienti" - "Miglioramento dell'assistenza perché poi si riesce a seguire il paziente anche con strutture della Asl o comunque con strutture del sistema sanitario collegate" - "Una Survey rispetto agli utenti che frequentavano già il poliambulatorio di Fiano per capire come si muoveranno, se a piedi o in macchina" - "C'è l'inserimento in una rete gestita appunto dal primario di diabetologia di Civitavecchia. Quindi comunque sumaiati, ma all'interno di una rete. E ci sono altre figure nel senso sicuramente ci sono la parte di TSMREE, quindi tutti psichiatri infantili, piuttosto che per gli altri, cioè sono diversi, ci sono diverse figure" - "La riduzione della mobilità in certe branche ci consente comunque di migliorare la struttura dei presidi, nel senso, comunque noi siamo una Asl, quindi in realtà di non peggiorare la mobilità passiva" 	<ul style="list-style-type: none"> - Una buona integrazione anche con gli enti locali, con le associazioni di volontariato, con tutto il terzo settore" - "Lo scopo è comunque di aumentare la possibilità di raggiungere il più possibile i pazienti senza farli muovere o quando non ce n'è bisogno" - "Adesso che abbiamo aperto il CAU a Cittadella San Rocco, che è la centrale per l'emergenza territoriale, per l'assistenza, praticamente una centrale assistenziale per cui è un qualcosa di territoriale dentro il dipartimento delle cure primarie, però, viene molto ben accettato da tutti, perché è dentro questa casa della Comunità che adesso io non sono di Ferrara, ma immagino che per un ferrarese è un qualcosa di che appartiene proprio alla storia" 	<ul style="list-style-type: none"> - "Quindi gli MMG. Per noi è stato un gran successo averli qui, ma non è un gran successo averli fisicamente nella Casa della comunità, ma stiamo costruendo con loro dei gruppi di miglioramento formativi, per fare in modo di costruire con loro i percorsi" - "[...] il fatto dell'integrazione con l'assistente sociale del comune perché il fatto che sia qua presente facilita il fatto che, essendo giovani, possano vedere casi sociali in situazioni sanitarie, in situazioni sociali e comincino a comunicarsi tra di loro" - "Altro elemento molto importante è il fatto che noi abbiamo creato questo meccanismo di coordinamento con ARIA di SGGT, ossia ogni mese noi ci incontriamo a livello strategico con i rappresentanti di SGGT" 	

Tabella 14.5 (segue)

Executive Cost Driver	Driver	ASL Roma 4	AUSL Ferrara	ASST Milano Nord	ASL BAT
	Legami con clienti e fornitori	<ul style="list-style-type: none"> - "Ovviamente un interlocutore principale è il rappresentante degli MMG soprattutto su Fiano, nonché assessore alla salute del Comune di Fiano, quindi in realtà c'è uno che è peraltro membro di uno studio associato tra i più grandi del territorio, quindi di fatto avendo partecipato lui stesso alla progettazione è chiaramente particolarmente spinto a utilizzare i servizi della Casa della Comunità. Insomma, quello secondo me è un'altra sfida molto forte. Coinvolgere i medici di base. Cioè comunque vanno coinvolti e senza il coinvolgimento dei medici di base si rischia di creare delle strutture poi inutilizzate" 			

15 Internal Auditing in Sanità: stato dell'arte e prospettive evolutive

di Elisabetta Trincherò, Camilla Falivena, Valeria Rappini, Elisabetta Notarnicola, Francesca Lecci^{1,2}

15.1 Introduzione

L'Institute of Internal Auditors (IIA) definisce l'Internal Auditing come «un'attività di assicurazione e consulenza indipendente e obiettiva, progettata per aggiungere valore e migliorare le operazioni di un'organizzazione. Aiuta un'organizzazione a raggiungere i propri obiettivi portando un approccio disciplinato e sistemico per valutare e migliorare l'efficacia dei processi di gestione del rischio, di controllo e di governo» (IIA, 2020). Il Responsabile dell'Internal Auditing (RIA) è, quindi, preposto a condurre i controlli cosiddetti di terzo livello, atti a verificare l'adeguatezza e l'efficacia dei sistemi di controllo interno.

Il contesto sanitario si caratterizza per la compresenza di diverse tipologie di rischio. Brusoni *et al.* (2014) identificano le seguenti sette tipologie da presidiare nell'ambito dell'assistenza sanitaria: i) rischi correlati all'assistenza del paziente, legati al processo di cura e ai trattamenti dei dati sensibili dei pazienti; ii) rischi correlati allo staff clinico, legati all'attribuzione dei ruoli e delle responsabilità e al trattamento dei dati sensibili dello staff; iii) rischi correlati ai dipendenti, legati alla sicurezza sul luogo di lavoro; iv) rischi correlati alla proprietà, legati ai beni materiali e immateriali di proprietà (e.g., edifici, tec-

¹ Sebbene il capitolo e in particolare gli aspetti metodologici siano stati definiti dall'intero team di ricerca, i §§ 15.1, 15.2, 15.3, 15.3.2, 15.3.3, 15.3.4, 15.3.5, 15.4.1, 15.4.3, 15.4.4, 15.4.5, 15.4.6 sono da attribuirsi a Camilla Falivena ed Elisabetta Trincherò, i §§ 15.3.1 e 15.4.2 sono da attribuirsi a Camilla Falivena e Valeria Rappini, il § 15.5 è da attribuirsi a Camilla Falivena, Francesca Lecci e Elisabetta Trincherò.

² Le autrici ringraziano sinceramente per il prezioso contributo: Dott.ri Bandinu (Azienda Tutela della Salute – ARES), Caretti (Ospedale Niguarda), Catapano (Azienda Ospedaliera Alto Adige), Cervellini (ASL Teramo), De Gaspari (Azienda Zero), Fantigrossi (ORAC), Gasparini (ORAC), Gennari (AULSS 5 del Veneto), Malanca (Azienda Ospedaliera di Parma), Marciano (ASL Sassari), Morello (ORAC), Piazza (ORAC), Tiffi (Azienda Ospedaliera di Verona), Tognotti (Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari). La loro partecipazione è stata fondamentale per la conduzione del lavoro di ricerca oggetto di questo capitolo.

nologie, dati); v) rischi finanziari, legate alle modalità di finanziamento delle attività e degli investimenti; vi) rischi correlati alla Corporate Governance, legati alle scelte di vertice dell'organizzazione; vii) altri rischi (e.g., ambientale, politico, reputazionale).

Tuttavia, nelle aziende sanitarie, le prime applicazioni di Internal Auditing hanno avuto origine nella pratica clinica e sono state in prevalenza centrate sui comportamenti professionali e sulla valutazione degli errori che da tali comportamenti derivano (clinical audit) (Rappini *et al.*, 2011). Il suo utilizzo come strumento di supporto al sistema dei controlli interni è invece un fatto relativamente recente. La principale spinta all'introduzione di tale funzione in sanità è legata all'introduzione dell'obbligo di certificazione dei bilanci, i cui principali riferimenti normativi a livello nazionale sono il DM 17/09/2012 che definisce il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) e il successivo DM 01/03/2013 che prevede l'obbligo, in capo alle singole regioni, di provvedere all'approvazione e alla verifica dell'attuazione dei PAC «per il raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle aziende sanitarie».

Il lavoro di ricerca, dopo una ricognizione delle teorie di riferimento prevalentemente utilizzate in tema di Internal Auditing nei servizi pubblici, ha esplorato lo stato dell'arte delle normative regionali per cogliere gli approcci prevalenti in termini di prospettive applicative e focus (processi di gestione dei rischi, di controllo dei processi operativi sanitari e/o amministrativi-contabili e di *corporate governance*) all' Internal Auditing nelle aziende sanitarie pubbliche del nostro Paese.

A tale scopo, sono state analizzate le normative regionali in termini di sviluppo della funzione di Internal Auditing nelle aziende sanitarie pubbliche. Successivamente, l'analisi si è focalizzata sulle regioni che, a livello normativo, risultano più avanzate mediante la predisposizione di delibere e/o regolamenti volti a disciplinare tale funzione in ambito sanitario (Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Abruzzo, Sardegna). Infine, l'analisi ha ripercorso il processo di introduzione della funzione di Internal Auditing in alcune realtà aziendali delle suddette regioni (Azienda Ospedaliera di Verona, AULSS5 Polesana, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASL Parma, ASL Teramo, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari), fatto salvo una realtà aziendale che ha implementato questa funzione in maniera autonoma dalla normativa provinciale (Azienda Sanitaria dell'Alto Adige). Attraverso interviste con attori chiave a livello regionale e aziendale, la ricerca ha indagato le caratteristiche degli approcci di Internal Auditing emergenti e il loro contributo al funzionamento di una organizzazione sanitaria (ruolo, orientamento e focus); le modalità operative di applicazione dell'Internal Auditing (metodologie e strumenti sviluppati); le opzioni organizzative di implementazione della funzione di Internal Auditing tra livello regionale e livello aziendale; le prospettive evolutive.

Dalle analisi condotte per questo studio, di seguito riportate, emerge come nelle nuove formulazioni dei regolamenti aziendali sia evidente il progressivo superamento della storica dicotomia tra processi operativi-sanitari e quelli amministrativi-contabili nel determinare la qualità dei risultati delle aziende sanitarie, sia in termini di efficacia e appropriatezza, sia in termini di efficienza e sostenibilità economica. Si evidenzia come l'Internal Auditing sia considerata, con sempre maggiore forza, una dimensione rilevante per il rafforzamento del più ampio sistema di corporate governance, con l'emergere di evidenze che segnalano il superamento delle fasi iniziali di introduzione della funzione nelle aziende sanitarie (disposizioni normative regionali, adozione di regolamenti aziendali, creazione di strutture e posizioni organizzative dedicate). Il progressivo cambio di prospettiva e tali evidenze rappresentano le principali motivazioni alla base della presente ricerca.

15.2 Teorie di riferimento ed esperienze internazionali in materia di Internal Auditing

Lo sviluppo e l'utilizzo dell'Internal Auditing è spesso analizzato attraverso la lente di diverse teorie economiche e organizzative, che rappresentano talvolta uno strumento concettuale per comprendere il funzionamento delle organizzazioni, altre volte un riferimento teorico per analizzare le relazioni tra i soggetti all'interno dell'organizzazione, in alcuni casi una forma di «posizionamento» rispetto al dibattito esistente. La recente revisione della letteratura condotta da Nerantzidis *et al.* (2022), incentrata sul settore pubblico, ha individuato, tra le altre, come predominanti le seguenti teorie: i) dell'agenzia; ii) istituzionalista; iii) della legittimazione. Come emerge dallo studio di Nerantzidis *et al.* (2022), il riferimento teorico più comune è rappresentato dalla teoria dell'agenzia, introdotta da Jensen and Meckling (1976). L'Internal Auditing, nell'ambito della teoria dell'agenzia, può rappresentare uno strumento in grado di moderare l'asimmetria informativa all'interno delle organizzazioni pubbliche (Schillemans *et al.*, 2018) caratterizzate da molteplici relazioni *principal-agent* (Adams, 1994). La teoria istituzionale, riconducibile a Di Maggio and Powell (1983), viene invece adottata per spiegare il «contrasto» tra la spinta all'omogeneizzazione nell'approccio ai controlli supportata dalla normativa di riferimento e le caratteristiche specifiche dell'organizzazione che influenzano le modalità di compliance alla normativa (Lenz & Hahn, 2015). La teoria della legittimazione, diversamente dalla versione originale (Suchman, 1995) incentrata sul rapporto tra l'organizzazione e il relativo sistema sociale, si riferisce all'interno dell'organizzazione e alla necessità che l'Internal Auditing venga percepito come uno strumento di management (Schillemans *et al.*, 2018).

La strutturazione dei sistemi di controllo interno è stata accompagnata da

una crescente rilevanza dei sistemi di Internal Auditing quale elemento chiave per la garanzia dei processi di corporate governance, della gestione del rischio e dei sistemi di controllo interno (Chambers & Odar, 2015).

Tuttavia, si è da tempo sviluppato un dibattito critico in merito a quale sia il ruolo e il reale contributo dell'Internal Auditing. Con riferimento al ruolo assegnato all'Internal Auditing e alle modalità di integrazione di tale funzione all'interno dell'organizzazione, si distinguono due principali approcci: uno basato sull'instaurazione di relazioni produttive sia con il management, sia con altre categorie di stakeholder (Arena e Azzone, 2009), l'altro concentrato sulla verifica dell'efficacia del sistema di controllo interno, della gestione dei rischi e dei processi di governance da una posizione indipendente e pertanto con una presunzione di maggiore oggettività (Van Peurse, 2005). La scarsa chiarezza sul ruolo che riveste in un'organizzazione, ha portato Roussy and Perron (2018) a definire l'Internal Auditing come un «*jack of all trades, master of none*», ovvero in grado di assolvere molti compiti senza eccellere in nulla.

Mentre Eulerich *et al.* (2019) evidenzia che spesso l'Internal Auditing è percepito negativamente, Roussy (2013) descrive l'Internal Auditing come «protettore» e «aiutante» dell'organizzazione e del management dell'organizzazione. In qualità di protettore, tutela il management dai rischi, dai casi di frode o dalle inefficienze; in qualità di aiutante, fornisce raccomandazioni per supportare il management nel miglioramento delle prestazioni dell'organizzazione. Secondo alcuni autori (Arena & Azzone, 2007; Carcello *et al.*, 2018; Sarens & De Beelde, 2006), nell'ambito delle sue attività di monitoraggio dei rischi e identificazione delle debolezze dei sistemi di controllo, l'Internal Auditing può contribuire a sensibilizzare il management su questi temi, introducendo una cultura aziendale sulla gestione del rischio.

La definizione e le spiegazioni fornite dall'Internal Auditing permettono di comprendere la potenziale capacità di creare valore aggiunto della funzione di Internal Auditing. Tuttavia, la rilevazione del valore aggiunto e le determinanti che contribuiscono alla creazione di tale valore rappresentano tuttora un aspetto critico, in quanto il valore della funzione non è rappresentato meramente dal numero di azioni tipiche dell'Internal Auditing completate, quali ad esempio il numero di audit svolti (Soh & Martinov-Bennie, 2011) o dall'implementazione delle raccomandazioni fornite dall'Internal Auditing da parte dell'organizzazione (Soh & Martinov-Bennie, 2011; Ziegenfuss, 2000), ma è strettamente legato al carattere dei compiti svolti e dal modello di ruolo adottato (*watchdog* vs consulente di fiducia). Nel loro studio, D'Onza *et al.* (2015) identificano quattro fattori che sono positivamente correlati alla creazione di valore da parte dell'Internal Auditing: l'indipendenza e l'obiettività dell'Internal Auditing, il rispetto del Codice di Condotta dell'IIA, il contributo dell'Internal Auditing nella valutazione dell'efficacia dei controlli interni e il contributo dell'Internal Auditing nella valutazione dell'efficacia del sistema di gestione del rischio.

Con riferimento al settore pubblico, l'interesse verso l'Internal Auditing e le questioni ad esso correlate hanno un'origine più recente (Cordery & Hay, 2020; Hay & Cordery, 2018; Nerantzidis *et al.*, 2022). Nell'ultimo decennio si sono susseguiti diversi studi che hanno indagato il ruolo dei revisori interni a supporto della governance pubblica (Enofe *et al.*, 2013; Ferry *et al.*, 2017; Roussy, 2013). Allo stesso modo, sono stati esplorati i fattori che ne influenzano l'efficacia (Aikins, 2011; Tackie *et al.*, 2016), soprattutto in contesti geografici in via di sviluppo (Alzeban & Gwilliam, 2014; Cohen & Sayag, 2010) che hanno evidenziato la rilevanza di tale funzione nel settore pubblico. Trotman and Trotman (2015) ne delineano anche un profilo sociale, a salvaguardia dell'interesse pubblico.

Dall'analisi della letteratura internazionale emerge come ci siano significative differenze rispetto al ruolo, all'efficacia e agli ambiti di rischio della funzione di Internal Auditing tra i diversi paesi in relazione alle sfide prioritarie da affrontare. Fattori quali la probabilità e magnitudo dei rischi ambientali e di corruzione, nonché i modelli di finanziamento e il livello di *capacity building* sono alcuni esempi di elementi chiave nell'orientamento dello *scope* della funzione di Internal Auditing, oltre ovviamente alle richieste della normativa. Ad esempio, le organizzazioni sanitarie di paesi europei quali Danimarca, Grecia, Italia, Olanda, Polonia, Portogallo e Romania e australiani tipicamente implementano la funzione di Internal Auditing partendo dall'esigenza di migliorare la gestione dei rischi operativi (rischio clinico). Al contrario, le organizzazioni sanitarie di paesi quali Giordania, Indonesia, Tanzania, Nigeria, Zimbabwe che devono affrontare importanti sfide legate all'alto tasso di corruzione e mancanza di trasparenza, orientano la funzione di Internal Auditing alla gestione dei rischi di *compliance*, oltre che alla gestione dei rischi operativi legati alla mancanza di personale competente (Brown *et al.*, 2015; Rodakos *et al.*, 2021; Rumapea *et al.*, 2019; van Gelderen *et al.*, 2017).

Un esempio emblematico dell'approccio alla funzione di Internal Auditing dove il focus è quello di assistere il vertice strategico nel governo della sicurezza dei pazienti è quello delle organizzazioni sanitarie olandesi. Interviste, analisi documentale e *site-visit* alimentano Internal Auditing multidisciplinari, strutturati e approfonditi in grado di apprezzare anche segnali *soft* legati alla cultura della sicurezza (ad esempio problemi di fiducia e di comunicazione). Le attività di miglioramento che vengono identificate inseguito all'audit vengono inseriti nei sistemi di programmazione e performance management (van Gelderen *et al.*, 2017). Sia la leadership strategica che a livello di unità organizzativa ha un ruolo attivo nella promozione degli audit come un'opportunità per il personale di imparare dai problemi di sicurezza (Gelderen *et al.*, 2017).

Al contrario, quello delle organizzazioni sanitarie giapponesi, è un esempio di Internal Auditing a supporto della continuità operativa per aumentare la resilienza sanitaria in uno dei paesi al mondo più soggetti a disastri naturali.

Gli audit mirano alle attività che si svolgono durante un disastro per migliorare la continuità dell'erogazione della medicina in caso di calamità (Kajihara *et al.*, 2018).

15.3 Policy regionali all'introduzione dell'Internal Auditing nella sanità italiana

Nel nostro SSN, analogamente a quanto avvenuto in altri sistemi sanitari, le prime forme di audit si sono sviluppate con l'affermazione dell'*Evidence-Based Medicine* e sono, in principio, strettamente legate alla dimensione clinica. Viene, in primo luogo, introdotto il concetto di *medical audit* volto all'analisi critica sistematica dell'assistenza medica e il relativo impatto sulla qualità di vita dei pazienti (Roberts, 1989). Successivamente, vi è stata un'evoluzione del concetto in *clinical audit*, il quale sposta l'attenzione sull'assistenza sanitaria (Hughes, 2012). Lo spostamento di accento dall'assistenza medica a quella sanitaria riflette il progressivo superamento nei servizi sanitari della visione «medico-centrica» a favore di un approccio multidisciplinare, che tiene conto ed è un segnale dello spostamento da approcci centrati sui comportamenti professionali ad approcci focalizzati sulla centralità del paziente e sulla visione per processi, ponendo le basi per quello che poi verrà configurato come Internal Auditing. In questo senso, è possibile interpretare il riconoscimento dell'importanza delle attività di Internal Auditing a supporto delle funzioni di *clinical governance* e di *clinical risk management*.

A livello regionale è emblematica l'esperienza della Toscana che nel 2005 introduce un audit di processo finalizzato alla revisione di eventi significativi, aventi per obiettivo l'individuazione delle criticità organizzative e le relative ipotesi di miglioramento (Decreto Regione Toscana n. 6604 del 22/11/2005). A livello aziendale, le spinte all'introduzione dell'Internal Auditing sono più strettamente correlate al conseguimento dell'accreditamento istituzionale e di eccellenza e/o alla realizzazione di programmi di *quality assurance* (Rappini *et al.*, 2011). Si tratta, tuttavia, di esperienze circoscritte e per lo più legate all'affermarsi di *best practice* nelle comunità professionali. Solo recentemente, l'affermazione della pratica dell'Internal Auditing in sanità si lega al sistema dei controlli interni e si consolida con l'implementazione dei «Percorsi Attuativi della Certificabilità» (PAC) che, con il DM 17/9/2012, introducono per gli enti del Sistema Sanitario Nazionale l'obbligo di certificazione dei propri dati e dei propri bilanci, che deve essere verificata annualmente attraverso la revisione contabile del bilancio. Le aree individuate dal decreto ministeriale introduttivo sono: (i) immobilizzazioni; (ii) rimanenze; (iii) crediti e ricavi; (iv) disponibilità liquide; (v) patrimonio netto; (vi) debiti e costi.

Le regioni, pertanto, sono state chiamate a implementare le azioni e gli

strumenti necessari al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, per garantire il rispetto dell'obbligo introdotto dalla normativa. Il focus delle attività di analisi del rischio svolte dalle funzioni di Internal Auditing così costituite, almeno in prima istanza, ha coinciso con le aree critiche individuate dai PAC.

L'analisi documentale finalizzata a mappare le azioni messe in atto nei diversi contesti regionali e, in particolare, la normativa rilevante in materia di Internal Auditing in sanità ha evidenziato che, allo stato attuale, è disponibile una normativa regionale apposta solo in cinque regioni (Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Abruzzo, Sardegna). Nelle altre regioni il riferimento normativo è rappresentato dalla disciplina sull'Internal Auditing nel settore pubblico in senso lato. Un altro dato che emerge è che le principali iniziative sono state intraprese a partire dal 2018. I successivi paragrafi approfondiscono il contenuto delle delibere per le regioni che hanno deliberato in materia. Tali regioni, prese a riferimento per la ricerca, si caratterizzano per una comune tensione di partenza volta alla creazione e gestione di un sistema dei controlli interni in grado di governare i rischi amministrativo-contabili, mentre si differenziano nei percorsi evolutivi e nelle condizioni organizzative di implementazione dell'Internal Auditing.

15.3.1 Veneto

In Veneto, l'implementazione e lo sviluppo della funzione di Internal Auditing è stato caratterizzato da un processo lungo e progressivo, che ha richiesto un percorso formativo e normativo, che risale al 2010, con l'avvio della costituzione di un sistema di controllo interno regionale. Per promuovere una cultura del controllo e l'introduzione di un approccio per processi, è stata organizzata un'intensa attività di formazione che ha coinvolto circa 800 persone, afferenti sia dall'area medica, sia all'area amministrativa. I primi approcci, nati dall'introduzione dei PAC, sono stati fortemente collegati al bilancio. Tra il 2014 e il 2015, è stata condotta un'analisi dei risultati ottenuti fino ad allora e un'analisi e standardizzazione delle procedure più ad alto rischio, che ha portato alla creazione di un modello standard. La funzione di Internal Auditing viene istituita, per la prima volta, nel SSR Veneto, con la DGR n. 3140 del 14/12/2012 e successivamente consolidata con DGR n. 231 del 6/03/2018, con l'approvazione delle linee guida di indirizzo per l'espletamento della funzione, permette ad Azienda Zero³ di essere una delle prime realtà in ambito sanitario che ha introdotto un sistema di Internal Auditing in conformità alle caratteristiche

³ Azienda Zero è la GSA della Regione Veneto ed è caratterizzata da 2 sottosistemi: lavora come azienda, e lavora come GSA. La segregazione di questi due sottoinsiemi è stata oggetto di certificazione.

tradizionali di questa funzione. Anche in questo caso, l'implementazione della funzione è stata accompagnata da un'intensa attività di formazione che ha coinvolto i 12 RIA delle Aziende Sanitarie regionali, i quali hanno partecipato a un master di primo livello in Internal Auditing presso le Università di Verona e di Venezia, al fine di acquisire e uniformare le competenze.

«Vorremmo passare dal concetto di *internal audit* a *control audit*». Dott. Enrico De Gaspari, Azienda Zero.

A partire dal 2019 sono stati introdotti una serie di strumenti a supporto dell'espletamento della funzione di Internal Auditing. La metodologia di lavoro adottata nell'esercizio della funzione è di tipo *risk based* e *process oriented*: prevede il presidio del rischio amministrativo-contabile, del rischio di frode, del rischio di compliance, attraverso una apposita matrice. Per la gestione dei rischi e dei controlli viene utilizzata la metodologia del *Control Risk Self Assessment* (CRSA), una soluzione innovativa rispetto alle classiche tecniche di auditing, che poggia sul presupposto che la valutazione dei controlli debba fondarsi su un'auto-valutazione effettuata da tutto il management aziendale ed essere guidata da un soggetto (quale l'Internal Auditor) che abbia il ruolo di «facilitatore» al fine di fornire al processo una sua sistematicità. L'applicazione di tale strumento permette di stabilire le priorità di intervento calcolando un *risk scoring*, in base al quale vengono definiti i piani di audit. Il *risk scoring* è calcolato su quattro dimensioni di ugual peso le cui dimensioni presentate in Tabella 15.1: dimensionamento, rischio, organizzazione, sistema dei controlli

Tabella 15.1 **Calcolo *risk scoring***

Dimensionamento	Significatività del processo per il raggiungimento degli obiettivi aziendali
	Livello di centralizzazione/decentralizzazione
	Livello di sicurezza, adeguatezza e stabilità del sistema informatico
	Grado di informatizzazione del processo
	Impatto dei volumi generati dal processo nel bilancio aziendale
Rischio	Grado di criticità per l'alta direzione
	Rilevanza ai fini dell'anticorruzione e per l'immagine aziendale
	Discrezionalità
Organizzazione	Numero di strutture coinvolte nel processo
	Impianto organizzativo a supporto del processo
	Modifiche apportate al processo negli ultimi 3 anni
	Livello di segregazione
	Livello di specializzazione del personale coinvolto
	Livello di <i>turnover</i> del personale negli ultimi 24 mesi
Sistema dei controlli interni	livello complessivo di affidabilità dei controlli interni esistenti

Fonte: Interviste rielaborate dagli autori

interni. La valutazione è fondamentalmente basata sul livello complessivo di affidabilità dei controlli interni esistenti.

Gli strumenti sviluppati internamente – con una modalità «homemade» – hanno permesso di omogeneizzare le procedure per lo studio dei processi, mediante lo sviluppo di una matrice standard; delle attività di *risk assessment*, mediante la matrice del rischio; della rendicontazione delle attività svolte, mediante la predisposizione di un modello di audit report finale standard.

Ogni azienda, seguendo le linee guida fornite annualmente da Azienda Zero, predispose il proprio piano di audit e in più svolge una revisione limitata del PAC, per la quale i RIA vanno in un'azienda diversa da quella di loro afferenza, supportati da due esperti dell'area oggetto di audit. Per l'esecuzione di tale attività, vengono definite delle istruzioni operative ben precise e viene fatta un'attività di formazione.

La funzione di Internal Auditing, attualmente, è collocata alle dirette dipendenze della direzione amministrativa di Azienda Zero e afferisce alla UOC «Internal Audit e controlli delle Aziende SSR». Le articolazioni aziendali della funzione di Internal Auditing, che rispondono funzionalmente alla UOC centrale, sono tipicamente collocate in posizione di staff alle direzioni amministrative delle aziende sanitarie. Tuttavia, il sistema attuale sta attraversando una fase di cambiamento, che vede l'introduzione di un nuovo livello di coordinamento tra Azienda Zero e la Regione, che avrà il compito di occuparsi di attività fino ad ora non presidiate. Siffatto cambiamento modificherà il ruolo centrale adesso rivestito da Azienda Zero e anche la collocazione organizzativa della funzione – all'interno di Azienda Zero – nella quale passerà ad essere una funzione in staff alla Direzione Generale.

La figura principale coinvolta nella funzione è il RIA, coadiuvato da figure afferenti all'area da presidiare. Il successo principale raggiunto è rappresentato dalla creazione di un rapporto di fiducia all'interno delle aziende, grazie al quale l'Internal Auditing è stato percepito come uno strumento per il miglioramento e non come un mero «controllore».

In prospettiva, la Regione sta lavorando alla predisposizione di un manuale delle procedure in uso e alla definizione di standard per le procedure contabili, con l'obiettivo di elaborare un set di standard minimi regionali di controllo generali e per procedura ed il modello di sistema di controllo interno. Inoltre, si mira a migliorare il dialogo con i vari interlocutori aziendali coinvolti nella gestione del rischio (RPCT, RSPP, Clinic Risk), coinvolgendo le direzioni e le rappresentanze sindacali per favorire una maggiore componente strategica e coordinamento delle funzioni di controllo. Si intende, inoltre, includere categorie di rischio (es. cyber risk, rischi legati alla privacy) finora non monitorati dalla funzione Internal Auditing e utilizzare strumenti di analisi dei big data per arricchire il sistema informativo e la capacità di utilizzo dello stesso.

15.3.2 Lombardia

La Legge Regionale n. 17 del 4 giugno 2014, emanata dalla Regione Lombardia, disciplina il sistema di controlli interni per gli enti facenti parte del sistema regionale. Tra questi rientrano anche gli enti sanitari, rappresentati da 27 ASST, 8 ATS, 4 IRCCS e AREU. L'articolo 1 della legge regionale prevede, inoltre, la costruzione di una Rete degli uffici di Internal Auditing degli Enti del Sistema Regionale e il sostegno alla loro formazione. Nel 2019, la normativa viene aggiornata, stabilendo che l'Internal Auditing debba riportare direttamente all'organo amministrativo di vertice, al fine di garantire il rispetto del requisito di autonomia.

Un ulteriore passaggio importante è rappresentato dalla Legge Regionale n. 13 del 28 settembre 2018, la quale ha istituito l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC) con la funzione di «coordinare la rete degli uffici degli enti del sistema regionale che svolgono attività di audit interno, assicurando adeguate forme di coordinamento, impulso, condivisione di buone pratiche e dotazione di strumenti finalizzati a rafforzare il ruolo e a sostenere l'attività degli organi di controllo decentrati negli enti del sistema regionale, garantendone l'indipendenza e la terzietà e favorendo l'integrazione tra organismi, attività e strumenti di controllo centrali e decentrati» (art. 3 comma 1, lettera h).

«La funzione di ORAC è fondamentalmente quella di consolidare e monitorare la rete dei RIA per lo sviluppo e la condivisione di buone pratiche». Avv. Umberto Fantigrossi, Componente ORAC, Regione Lombardia

ORAC ha il potere di accedere a qualsiasi documentazione ed effettuare istruttorie e verifiche ispettive di propria iniziativa o in risposta a segnalazioni esterne. Può, inoltre, fornire raccomandazioni e verificarne il rispetto. Inoltre, per supportare l'attività di Internal Auditing degli enti regionali, ORAC ha investito molto nell'attività di formazione. Sono state organizzate diverse attività formative volte, in primo luogo, a sensibilizzare circa la rilevanza della funzione di Internal Auditing e, in secondo luogo, a fornire gli strumenti necessari all'espletamento della stessa.

«La crescita della consapevolezza del ruolo dell'Internal Auditing all'interno delle strutture sanitarie è un percorso graduale che passa anche attraverso la formazione». Dott.ssa Saveria Morello, Componente ORAC, Regione Lombardia

Infine, ORAC ha sviluppato un sistema di mappatura dell'evoluzione dell'implementazione della funzione di Internal Auditing. Dall'analisi del contesto regionale, emerge un quadro in evoluzione, fortemente influenzato da un lato dalla dimensione delle aziende sanitarie, dall'altro dal grado di recepimento

delle linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale (POAS) approvate con la DGR n. 628 dell'11 aprile 2022. Nelle aziende sanitarie lombarde l'Internal Auditing rappresenta primariamente una funzione di supporto (*assurance*) alla gestione dei rischi economico finanziari e di compliance. Tipicamente risponde funzionalmente e gerarchicamente alla direzione generale aziendale, mentre in alcuni casi la funzione è inserita in staff alla direzione amministrativa ed eccezionalmente in staff alla direzione sanitaria (solo in un caso). Le linee guida POAS in merito alla funzione di Internal Auditing stabiliscono «la necessità di attuare una netta segregazione con conseguente esclusione della sovrapposizione dell'incarico di RIA con lo svolgimento delle attività di controllo di primo livello e, in generale, con incarichi di tipo gestionale». Pur restando salva la possibilità di cumulo di funzioni ritenute affini, si raccomanda che «l'attività del RIA non assuma un carattere residuale ed ancillare rispetto ad altre attività prevalenti» e che «il RIA disponga comunque di una dotazione specifica di risorse interamente dedite all'attività di Internal Auditing ed appositamente formate, adeguata a garantire l'assolvimento dei propri compiti». Ciò nonostante, la mappatura condotta da ORAC nella seconda metà del 2022 ha evidenziato come sebbene la maggioranza delle aziende sanitarie pubbliche della Regione (57,5%) si sia dotata di una struttura autonoma di Internal Auditing, solo in un caso il RIA svolga questa funzione in modo esclusivo (il tempo dedicato all'Internal Auditing va dal 12% negli IRCCS al 24% nelle ASST).

In tutte le altre organizzazioni vi è un cumulo di funzioni, afferenti principalmente all'area legale, della corruzione e trasparenza e del controllo di gestione. Questo forte legame con le attività di prevenzione della corruzione, di garanzia del rispetto degli obblighi di trasparenza, di accreditamento istituzionale e di promozione della qualità orientano la prospettiva del RIA. Tale mappatura ha inoltre mostrato i primi benefici dell'investimento in formazione, mostrando situazioni maggiormente strutturate e consolidate, segno di una crescita del livello di comprensione del ruolo di supporto che l'Internal Auditing è chiamato a svolgere.

«Siamo impegnati a cambiare la prospettiva dell'Internal Auditing da costo a investimento per il futuro, anche attraverso lo sviluppo dell'expertise dei RIA delle aziende sanitarie lombarde». Dott.ssa Simona Piazza, Componente **ORAC**, Regione Lombardia

Il maggiore engagement a livello delle aziende sanitarie ha indotto inoltre un ulteriore fabbisogno di formazione e di strumenti operativi. Il commitment e il rapporto con la Regione rappresentano un riferimento di grande importanza per i RIA per colmare tale fabbisogno di conoscenze e competenze emergente dalle diverse situazioni. Questo conferma la rilevanza della rete consolidata e

presidiata centralmente dalla Regione attraverso ORAC, luogo per lo scambio di esperienze, di metodologie e di strumenti.

«Il nostro sforzo è aiutare le aziende sanitarie a servirsi dell'Internal Auditing e non subirlo». Dott. Enrico Gasparini, Componente ORAC, Regione Lombardia

15.3.3 Emilia-Romagna

In Emilia-Romagna, l'istituzione di una funzione di Internal Auditing all'interno di ciascuna azienda sanitaria è disciplinata dalla Legge Regionale n.9 del 16 luglio 2018, come prima forma di risposta all'introduzione dei PAC. Tale Legge Regionale attribuisce all'Internal Auditing i seguenti ruoli: i) controllo, revisione e valutazione delle attività e delle procedure adottate; ii) certificazione della conformità ai requisiti legali, alle linee guida, agli indirizzi regionali e alle migliori pratiche; iii) indicazione delle azioni di miglioramento necessarie per sanare eventuali non conformità delle procedure interne. La funzione è collocata in staff alla Direzione Aziendale, al fine di supportare quest'ultima nelle valutazioni di efficacia e adeguatezza dei sistemi di controllo presenti ai vari livelli. Il focus è principalmente, ma non esclusivamente, sulle procedure contabili. Al fine di promuovere e disseminare le *best practice* a livello regionale, la Regione ha inoltre istituito, senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale, un Nucleo di audit regionale con compiti di impulso, raccordo e coordinamento delle funzioni di audit aziendale.

Una recente mappatura delle dieci funzioni/strutture facenti parte del Sistema Sanitario Regionale ha rivelato che, per quanto concerne la strutturazione, l'Internal Auditing rappresenta: una funzione (quattro casi e in un caso rappresenta una funzione interdisciplinare), una struttura complessa (due casi), un gruppo multidisciplinare (due casi), un incarico di funzione (un caso), una componente del board aziendale (un caso). In termini di collocazione all'interno dell'organizzazione, l'Internal Auditing è collocato: in staff alla Direzione Generale (sei casi), in staff alla Direzione Amministrativa (tre casi), all'interno di un gruppo di progetto al servizio della Direzione Strategica (1 caso).

15.3.4 Abruzzo

In Abruzzo, la regolamentazione della funzione di Internal Auditing è contenuta nella Delibera di Giunta Regionale n. 2 del 9 gennaio 2023. In merito alla collocazione organizzativa, il regolamento prevede che l'Internal Auditing sia una funzione aziendale posta in staff alla Direzione Generale che mediante l'adozione di diversi modelli organizzativi può connotarsi come unità organizzativa che abbia come responsabile un dipendente appartenente almeno all'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari e in possesso di ade-

guate e comprovate competenze in materia di Internal Auditing, revisione contabile e processi amministrativo-contabili e gestionali delle aziende sanitarie. L'organizzazione delle attività è, invece, strettamente legata alle disposizioni del Gruppo di Lavoro Regione/Aziende Usl per il coordinamento delle attività di Internal Auditing, istituito con la Delibera della Giunta Regionale n. 36 del 07/02/2022. Il Gruppo di Lavoro riunisce i RIA delle aziende sanitarie regionali e ha il ruolo di omogenizzare le attività di audit e supportare le modalità operative correnti mediante la definizione di appositi regolamenti o l'individuazione di soluzioni operative, strumenti o metodologie in grado di apportare miglioramenti. Il Gruppo di Lavoro definisce, inoltre, in maniera armonizzata l'oggetto delle attività di audit affinché i piani di audit di tutte le aziende siano allineati e la Regione, alla conclusione dei lavori, possa disporre di documenti omogenei e comparabili. Tuttavia, le singole direzioni aziendali mantengono la facoltà di indicare ulteriori aree ritenute critiche da inserire all'interno dei piani annuali o da svolgere come audit straordinario.

Il RIA di ciascuna azienda è anche chiamato a mantenere aggiornata la propria formazione e a definire e coordinare un piano formativo per la propria struttura.

La delibera, oltre al regolamento regionale per l'attività di Internal Auditing all'interno delle aziende sanitarie, fornisce i modelli standard della documentazione a supporto del ciclo di audit. Questo è costituito dalle seguenti fasi: 1) programmazione delle attività di Internal Auditing; 2) analisi del processo e *risk assessment*; 3) predisposizione del piano di audit; 4) interventi di audit; 5) rapporto di audit; 6) piano delle azioni correttive; 7) attività di follow up. Pertanto, è stato predisposto un modello standard di: (i) lettera di notifica avvio attività di audit; (ii) rapporto di audit; (iii) verbale di audit; (iv) esiti delle verifiche trimestrali; (v) piano delle azioni correttive.

15.3.5 Sardegna

Le modalità di implementazione e conduzione delle attività di Internal Auditing per la Sardegna stanno attraversando una fase di profonda revisione, dando impulso all'efficacia di esperienze pregresse condotte a livello aziendale. La Delibera della Giunta Regionale n. 31/16 del 13 ottobre 2022 ha, infatti, introdotto le linee guida per l'avvio e l'espletamento della funzione di Internal Auditing nel Sistema Sanitario Regionale della Regione Autonoma Sardegna, alla quale viene assegnato una funzione di assurance e consulenza. L'introduzione più rilevante è l'accentramento della funzione in capo ad ARES e all'Assessorato della Sanità con l'obiettivo di omogeneizzare la gestione dei bilanci e la contabilità delle singole aziende. A tal fine, l'Assessorato della Sanità con la cabina di regia svolgerà una funzione di indirizzo e impulso della funzione di Internal Auditing su tutte le aziende sanitarie del SSR, mentre ARES quale supporto

operativo della cabina di regia definirà le linee guida minime a cui gli altri enti sanitari dovranno conformarsi, predisporrà i modelli di riferimento e coordinerà le attività di controllo interno e revisione interna. Le aziende sanitarie regionali sono, invece, chiamate a conformarsi alle indicazioni di ARES, tramite l'attivazione di una funzione che può coincidere o con una struttura organizzativa all'uopo destinata o con l'identificazione di uno o più referenti dell'Internal Auditing, ma che deve essere comunque composta da personale per quanto possibile dedicato esclusivamente allo svolgimento della funzione. Per garantire il rispetto del requisito di indipendenza, il personale dedicato alla funzione di Internal Auditing presso le singole aziende è tenuto a redigere il piano di audit della propria azienda nel rispetto delle indicazioni e degli strumenti forniti da ARES. Tuttavia, non potrà svolgere gli interventi di audit nell'azienda a cui appartiene ma solo nelle altre aziende del Sistema Sanitario Regionale in base alla convocazione e organizzazione del gruppo di audit da parte di ARES, definito in maniera dettagliata e specifica per ogni intervento di audit programmato nell'ambito del Piano di Audit regionale. Quest'ultimo è deliberato dal Direttore Generale di ARES, frutto del consolidamento dei piani di audit delle singole aziende e degli specifici Obiettivi di Audit individuati da ARES.

«La funzione deve coordinarsi in maniera graduale con le altre funzioni di controllo». Dott.ssa Milena Marciacano, RIA, ASL1 Sassari

Viene concessa la possibilità per il personale assegnato allo svolgimento delle attività di Internal Auditing sia nell'ambito di ARES, sia nelle singole aziende di svolgere ruoli e responsabilità addizionali purché la Direzione Aziendale, nella fase di affidamento dei nuovi ruoli e responsabilità, adotti le misure compensative di tutela del requisito dell'indipendenza. Tuttavia, viene esplicitamente menzionata la preferenza che l'incarico di Internal Auditing venga svolto in maniera esclusiva.

Tra i compiti affidati ad ARES vi è anche la definizione e il coordinamento delle attività di formazione, le quali dovranno anche includere una presentazione della funzione di Internal Auditing a tutte le altre funzioni aziendali, al fine di diffonderne la cultura e orientare l'organizzazione verso il miglioramento continuo.

«La formazione rappresenta assolutamente una priorità; in alcuni casi, infatti, la mancanza delle competenze necessarie si è riflessa nella collocazione della funzione all'interno del controllo di gestione per un'affinità di competenze, comportando però una confusione dei livelli di controllo». Dott.ssa Rita Bandinu, Responsabile Settore Programmazione e Controllo di Gestione, ARES Sardegna

La Tabella 15.2 sintetizza lo stato dell'arte delle normative regionali appena descritte in materia di Internal Auditing.

Tabella 15.2 **Stato dell'arte delle normative regionali in materia di Internal Auditing in sanità**

Regione	Riferimento Normativo	Ruolo della Regione	Assetto organizzativo previsto dalla normativa regionale	Mappatura delle modalità di implementazione della funzione
Veneto	Delibera Giunta Regionale n. 3140 del 14/12/2012, aggiornata da DGR n. 231 del 6/03/2018	Indirizzo mediante Azienda Zero	In staff alla Direzione Amministrativa	Formale
Lombardia	Legge Regionale n. 17 del 4 giugno 2014	Coordinamento mediante ORAC	In staff alla Direzione Generale	Formale
Emilia-Romagna	Legge Regionale n.9 del 16 luglio 2018	Coordinamento mediante il Nucleo di audit regionale	In staff alla Direzione Aziendale	Informale
Abruzzo	Delibera Giunta Regionale n.2 del 9 gennaio 2023	Indirizzo mediante un tavolo di lavoro che riunisce i RIA delle diverse aziende sanitarie	In staff alla Direzione Generale	Informale
Sardegna	Delibera Giunta Regionale n.31/16 del 13 ottobre 2022	Indirizzo mediante ARES	In staff alla Direzione Aziendale	Non disponibile

Fonte: Normativa elaborata degli autori

15.4 L'Internal Auditing nelle Aziende Sanitarie: stato dell'arte

L'universo di aziende sanitarie in cui risulta attivata anche solo formalmente una funzione di Internal Auditing è abbastanza limitato. Inoltre, si tratta prevalentemente di esperienze embrionali, con un basso commitment interno, e che nascono piuttosto da una esigenza di uniformarsi alle indicazioni regionali in tema di controlli interni. Le esperienze aziendali oggetto di approfondimento sono pertanto state selezionate nella logica della significatività in quanto percorsi consapevoli ed evoluti di sviluppo dell'Internal Auditing come attività indipendente applicata ai sistemi di *corporate governance*. Attraverso delle interviste a RIA presso strutture in Regioni che hanno deliberato in materia di Internal Auditing in sanità e, in un caso, presso una struttura che ha implementato autonomamente tale funzione, è stato possibile delineare una prima fotografia delle modalità di implementazione e conduzione dell'Internal Auditing nei contesti più avanzati.

15.4.1 Provincia Autonoma di Bolzano: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Sebbene non vi sia una normativa provinciale in materia di Internal Auditing in sanità, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si è dotata autonomamente di una funzione di Internal Auditing con il supporto di una società di consulenza

esterna. Quest'ultima si è occupata della stesura delle procedure finalizzate alla certificazione del bilancio e dello sviluppo di un piano di audit, il quale tuttavia è stato effettivamente implementato con l'entrata in servizio dell'attuale RIA.

La funzione dipende dal Direttore Generale e vede coinvolte, oltre al responsabile, quattro persone. Mentre il RIA vanta un'esperienza pregressa nel settore bancario, gli altri profili, individuati da graduatorie disponibili, non hanno alcuna esperienza nell'ambito dell'Internal Auditing e hanno profili molto eterogenei (un laureato in design, un diplomato in ragioneria, un laureato e un laureando in giurisprudenza). L'obbligo del patentino di bilinguismo rappresenta una barriera per l'individuazione e il reclutamento di profili con maggiore esperienza.

L'introduzione di tale funzione è stata incoraggiata dall'obbligo relativo ai PAC e da alcuni rilievi da parte della Corte dei Conti, che evidenziavano la necessità di condurre un'attività di valutazione dei rischi. Pertanto, il focus dell'attività di audit è stato inizialmente di tipo amministrativo-contabile. L'attuale RIA, appena insediato, ha inoltre condotto un *risk assessment* su tutti gli uffici amministrativi delle Ripartizioni, a valle del quale sono state individuate – e convalidate dal Consiglio – una serie di azioni, a diversa priorità, che saranno implementate entro 48 mesi.

«Attualmente in azienda vi è una maggiore comprensione dei potenziali benefici legati all'attività di Internal Auditing e il suo ambito di interesse si è allargato, sempre limitandosi ai controlli di terzo livello. Rimane esclusa la dimensione strettamente clinica, inclusa nella funzione di governo clinico, composto da personale sanitario che svolge un'attività prevalentemente consulenziale». Dott. Luigi Catafano, RIA Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Un anno fa è stato predisposto un regolamento aziendale per l'Internal Auditing. Tendenzialmente, l'oggetto dei controlli, da un lato, è basato sulla materialità delle voci di bilancio e, in parte, viene individuato mediante un'attività di *risk assessment*. Il piano di audit, che ha un orientamento triennale – con revisione annuale – ed esplicita il perimetro dell'attività, viene, in prima istanza, sottoposto all'approvazione del Direttore Generale. Successivamente, la proposta viene sottoposta al vaglio del Consiglio Gestionale, composto dal direttore Generale, dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal direttore tecnico-assistenziale e da tutti i direttori generali delle singole strutture ospedaliere. Infine, si richiede un parere alla Provincia, il cui esito viene comunicato indicativamente entro due mesi dalla richiesta del medesimo. La rendicontazione dell'attività svolta è obbligatoria due volte all'anno: a luglio con riferimento all'attività semestrale, a febbraio con riferimento all'attività annuale.

Manca, tuttavia, la sinergia, la coerenza e l'integrazione – anche dal punto

di vista informatico – tra le diverse funzioni di controllo e con le altre funzioni, anche perché l'Azienda Sanitaria nasce dalla fusione di quattro aziende distinte che tuttora adottano applicativi informativi differenti. L'unica eccezione è rappresentata dal controllo di gestione, che spesso fornisce dati necessari a supportare il RIA.

In prospettiva, l'esigenza principale è quella di maggiore integrazione all'interno dell'azienda e, più in generale, di sviluppo di una tassonomia e metodologia comune a tutte le funzioni di controllo.

15.4.2 Veneto: Azienda Ospedaliera di Verona, AULSS5 Polesana

L'Azienda Ospedaliera di Verona e l'AULSS5 Polesana, in conformità con il modello di Internal Auditing della Regione Veneto, hanno implementato l'Internal Auditing in staff alla Direzione Amministrativa, con dipendenza funzionale da Azienda Zero. Tuttavia, mentre il RIA dell'Azienda Ospedaliera di Verona è impegnato esclusivamente nelle attività di Internal Auditing, il RIA dell'AULSS5 Polesana è assegnato anche alla funzione di affari generali. In termini di background, pur avendo seguito percorsi formativi differenti, vi è stato un allineamento delle competenze mediante la partecipazione al master di I livello su iniziativa della Regione.

Le modalità di svolgimento delle funzioni aziendali si basano sulle indicazioni e sul coordinamento di Azienda Zero, rappresentando quindi un braccio operativo della Regione. Vengono, pertanto, implementati gli strumenti per la mappatura dei processi e per l'analisi del rischio, al fine di definire le aree da presidiare e da inserire all'interno dei piani di audit, illustrate nel paragrafo 1.3.2. Di conseguenza, le modalità operative sono piuttosto uniformi tra le varie organizzazioni, seppur possano sorgere delle differenze legate al livello di commitment delle direzioni.

«La soddisfazione più grande del nostro lavoro si ha quando i professionisti capiscono l'utilità del nostro lavoro e rincorrono per sistemare le cose». Dott. Roberto Tiffi, RIA dell'Azienda Ospedaliera di Verona.

L'area amministrativo-contabile è caratterizzata maggiormente da un approccio proattivo nella gestione dei controlli, mentre le altre aree si caratterizzano per un approccio maggiormente reattivo rispetto alla norma. La dimensione meno presidiata è quella strettamente clinica, di competenza del clinical audit in quanto necessità di conoscenze specifiche.

In prospettiva, è necessario investire ulteriormente nell'engagement delle direzioni, affinché all'interno dell'Azienda – e soprattutto da parte della componente medica – si percepisca l'utilità dell'Internal Auditing per il miglioramento dei processi e la prevenzione dei rischi.

15.4.3 Lombardia: ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

L'istituzione della Funzione Internal Auditing dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda risale al Piano di Organizzazione Aziendale 2008-2010 con definizione dettagliata delle funzioni specifiche nell'ambito del POA 2011-2014. Nel corso del 2015, anche sulla spinta di quanto previsto dalla Legge Regionale 17 del 2014 in tema di controlli interni e dell'impulso regionale alla promozione della Rete degli uffici di Internal Auditing, la funzione Internal Auditing è stata strutturata secondo l'attuale organizzazione. La funzione è in staff al Direttore Generale ed è composta dal RIA (non dedicato esclusivamente a tale ruolo e con background in campo economico) e da persone afferenti a strutture aziendali diverse (amministrative e sanitarie) che possiedono competenze specialistiche proprie delle strutture di appartenenza. Questa organizzazione, che garantisce una maggior conoscenza degli ambiti soggetti ad audit, stante la presenza di operatori della funzione Internal Auditing a conoscenza della materia, necessita di un'organizzazione complessa delle attività anche solo per l'individuazione dei momenti in cui fissare incontri per definire le attività da fare, effettuare audit programmati secondo tempistiche condivise con le strutture oggetto di audit e discutere i risultati finali. Al fine di garantire una maggiore stabilità e una più decisa continuità di azione, nel 2023, la funzione ha visto l'integrazione del gruppo Internal Auditing con una persona assegnata in modo esclusivo e a tempo pieno all'attività.

Il piano di audit prevede normalmente lo svolgimento di 4 interventi l'anno: 2 legati a nuovi ambiti e 2 di follow-up di audit precedenti volti a verificare l'implementazione delle raccomandazioni formulate) Nel 2023 gli audit/follow up sono relativi a: la gestione delle liste d'attesa, la gestione del contratto di concessione, la gestione del ciclo passivo e la gestione delle prestazioni SSN-private erogate dal servizio di assistenza specialistica odontoiatrica in service (quest'ultimo è un «audit straordinario» attivato su richiesta di ORAC).

Inizialmente l'individuazione delle aree da presidiare derivava da un'indicazione del Direttore Generale; attualmente la definizione del piano di audit si basa sull'analisi del *risk assessment* strutturato nel periodo 2016-2019 mediante la conduzione di interviste ai vari responsabili di struttura volte a identificare i rischi legati ai diversi processi e attività svolte, con una condivisione della Direzione Generale. Tale attività si è svolta in primo luogo a livello di strutture amministrative per poi estendersi, con la «riforma sanitaria regionale» e la conseguente acquisizione da parte dell'azienda di attività «territoriali», anche alle attività amministrative più propriamente «territoriali» ed infine all'ambito clinico. Il *risk assessment* aziendale, condiviso e riconosciuto anche dalle altre funzioni/strutture impegnate in attività di controllo, ha permesso di avere una visione più chiara dei rischi complessivi aziendali garantendo uno «strumento di base» utilizzabile per lo svolgimento delle specifiche attività di ciascuna funzione/struttura.

In merito all'integrazione dei controlli interni, nel POAS 2022-2024 è stato istituito un «Comitato di coordinamento dei controlli» presieduto dal Responsabile della Corruzione e Trasparenza che dovrebbe garantire la conoscenza/sinergia tra le funzioni di controllo rafforzando l'intero sistema di controlli interni ed inoltre gli indirizzi di programmazione della Regione per l'anno 2023 prevedono lo sviluppo della gestione del «*full risk based thinking*» assegnando al risk manager il «ruolo di stimolare e supportare le direzioni aziendali/unità operative nelle fasi di analisi e valutazione dei rischi ... al fine di rappresentare i rischi in una visione univoca e prioritizzata» permettendo così di superare la visione «a silos».

«Ad oggi le principali difficoltà derivano dalla necessità di migliorare l'integrazione delle funzioni di controllo aziendali, di migliorare la diffusione interna delle informazioni, di aumentare il livello di conoscenza del ruolo della funzione Internal Auditing all'interno dell'organizzazione aziendale e di rafforzare la collaborazione tra i RIA di aziende diverse. Sarebbe necessario: diffondere le analisi/informazioni più trasversali coinvolgendo la funzione Internal Auditing nella definizione delle strategie; individuare, a livello di ogni struttura aziendale, un «referente Internal Auditing» da coinvolgere in funzione degli audit annuali; individuare le modalità per un maggiore coinvolgimento/sensibilizzazione delle Direzioni aziendali anche attraverso momenti di formazione, condivisione di analisi svolte, ecc.; un coordinamento più capillare a livello regionale per un ulteriore sviluppo della «rete Internal Auditing» con scambi di conoscenze, competenze ed esperienze attuabile, inizialmente, anche semplicemente attraverso una piattaforma informatica comune e condivisa».
Dott.ssa Cristina Angela Caretti, RIA dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

15.4.4 Emilia-Romagna: Azienda Sanitaria di Parma

L'Azienda Sanitaria di Parma ha costituito la prima unità interaziendale di Internal Auditing nel 2016, prima che venisse resa obbligatoria a livello regionale nel 2018. La funzione è stata volontariamente collocata in staff alla Direzione Amministrativa. Ciononostante, il rispetto del requisito di indipendenza viene garantito dal posizionamento organizzativo che permette il riconoscimento di ruoli e responsabilità della Struttura e delle sue attività. La persona preposta al ruolo di RIA ha un background di tipo economico, con una precedente esperienza come responsabile del bilancio. Le persone che collaborano all'interno dell'unità hanno profili afferenti all'ambito economico, giuridico e, in un caso, sanitario.

L'istituzione di tale funzione è stata incoraggiata dall'introduzione dei PAC e, nel primo anno di funzionamento, l'attenzione è stata quindi incentrata sulle aree dei PAC. Con il tempo, si è sviluppata una maggiore conoscenza in materia di Internal Auditing ed è aumentato il commitment sia a livello regionale,

sia a livello aziendale (in particolare al vertice), estendendo quindi gli ambiti di interesse. La maggiore enfasi sull'Internal Auditing si è tradotta anche in una continua attività di formazione sull'attività di controllo, volta in primo luogo a consolidare una cultura del controllo. La forte legittimazione attribuita alla funzione di Internal Auditing da parte della Regione e dei vertici aziendali è ritenuta il principale punto di forza del sistema implementato.

Nell'espletamento delle proprie funzioni, il RIA ha un dialogo costante con la Regione – nello specifico con il nucleo di coordinamento regionale – che definisce le linee guida a cui riferirsi. Tuttavia, le aziende sono pienamente autonome nella definizione dei piani di audit e nell'esecuzione delle attività di controllo. La funzione di Internal Auditing si pone al vertice della piramide dei controlli quale unità di regia e coordinamento che ha il compito di presidiare il funzionamento del sistema di controllo interno e di diffondere la cultura del controllo facilitandone il consolidamento.

«Attraverso l'attività di assurance e di consulenza, l'Internal Auditing garantisce che il controllo interno non si identifichi in un'attività isolata effettuata solamente in determinate circostanze ma che tale attività sia svolta in maniera sistematica e frequente dai vertici organizzativi fino alle direzioni periferiche. Il RIA non riveste, quindi, il ruolo di ispettore, in quanto l'obiettivo non è sanzionare in caso di inefficienze, ma individuare delle azioni di miglioramento da implementare entro date tempistiche».

Dott. Michele Malanca, RIA dell'Azienda Ospedaliera di Parma

La programmazione delle attività di audit è basata su un'analisi del rischio a 360 gradi, che non riguarda solo la dimensione strettamente contabile, seppur quest'ultima sia prevalente, ma cerca di individuare le aree più sensibili. Le attività indicate nel piano di audit, il quale ha un orizzonte triennale ma viene rivisto annualmente, riguardano sia gli audit previsti per l'anno, sia i follow up relativi ad audit svolti precedentemente. Ai soggetti coinvolti nei processi oggetto di audit viene inviata una lettera 15 giorni prima dell'inizio dell'attività, previo contatto informale e diretto, nonostante ne siano già a conoscenza in quanto il piano di audit è un documento pubblico. La fase più critica del processo è rappresentata dalla chiusura, la quale coincide con la messa a regime delle azioni correttive. Pertanto, viene fatta prima una chiusura provvisoria, che consiste nella redazione di un report che indica le criticità riscontrate, le raccomandazioni proposte e le relative tempistiche. Questo report viene discusso con il management interessato, a cui si concedono 15 giorni di tempo per apportare delle integrazioni o delle modifiche. Successivamente, si procede alla chiusura definitiva, il cui output è un report che contiene anche la verifica delle azioni correttive da implementare, che saranno verificate in sede di follow up.

L'Internal Auditing è coinvolta anche nei controlli afferenti alla sfera clini-

ca. L'attività di Audit presuppone un'attività di stratificazione del rischio che permette di identificare quali attività sono più esposte e, di conseguenza, sono suscettibili di controllo.

I collegamenti con le altre funzioni sono consolidati e prevedono una più ampia collaborazione sia in riferimento alle attività di assurance, sia in riferimento all'attività di consulenza.

15.4.5 Abruzzo: ASL Teramo

L'ASL di Teramo, come le altre tre ASL della Regione Abruzzo, ha implementato la funzione di Internal Auditing in staff alla Direzione Generale. In coerenza con il regolamento regionale in materia, l'Internal Auditing rappresenta un'unità organizzativa – ma non operativa – guidata da un funzionario appartenente all'Area dei professionisti della salute e dei funzionari e tuttora priva di un'organizzazione ben definita. L'attuale RIA ha un background economico e vanta esperienza da consulente nell'ambito della revisione contabile, certificazione dei bilanci e audit. Da ottobre del 2022, l'Azienda ha iniziato a strutturare la funzione affiancando al RIA un'assistente amministrativa; la dotazione minima «standard» dell'ufficio definita dal suddetto Regolamento, prevede l'assegnazione di un'ulteriore risorsa entro la fine dell'anno in corso.

Nonostante l'afferenza formale alla Direzione Generale, il confronto in merito alle problematiche, alle criticità dell'organizzazione e alla pianificazione dei controlli avviene principalmente con la Direzione Amministrativa. La funzione svolge i controlli di terzo livello e, in maniera residuale, un'attività di *assurance*.

L'organizzazione attuale della funzione di Internal Auditing, risalente al 2022, rappresenta un'evoluzione della prima forma di strutturazione dei controlli interni, guidata da un primo regolamento aziendale volto a pianificare, su base annuale, le verifiche di audit da svolgere.

«Vi è stata una forte spinta da parte della Regione, che rappresenta un interlocutore molto presente nella definizione dei piani di audit e nella rendicontazione delle attività svolte». Dott.ssa Tania Cervellini, RIA dell'ASL di Teramo.

Nell'attuale assetto organizzativo e normativo, l'Internal Auditing aziendale, è in sostanza, dipendente funzionalmente dalla Regione, la quale rappresenta una sorta di capogruppo che definisce, in maniera armonizzata per tutti i livelli di governo, gli obiettivi strategici e programmatici da perseguire. Infatti, la Regione, attraverso il gruppo di coordinamento composto dai 4 RIA delle ASL regionali, definisce le aree sulle quali svolgere i controlli, che sono uguali per tutte le aziende. Vi è però la facoltà, per le direzioni, di definire delle attività straordinarie di controllo o delle analisi extra-piano di audit. La funzio-

ne aziendale definisce, invece, autonomamente le modalità mediante le quali condurre le «verifiche sul campo», gli *audit-test* e l'eventuale campionamento. L'armonizzazione dei piani di audit, organizzati per trimestri, è finalizzata a rendere più omogenei i dati e le procedure a livello regionale. A tal proposito, la Regione ha anche dotato le aziende sanitarie regionali dello stesso software amministrativo per la gestione della contabilità generale e analitica.

La forte spinta da parte del livello regionale ha contribuito a legittimare maggiormente la funzione tra le direzioni aziendali e all'interno dell'organizzazione regionale. Il focus è soprattutto sulla compliance alle procedure dei PAC e sulla verifica contabile dei dati a queste collegati. Il processo comprende, in prima istanza, l'invio di una lettera di avvio audit ai referenti responsabili del processo oggetto di verifica con in copia la direzione strategica aziendale; talvolta, la lettera che informa dell'imminente avvio dei controlli può includere la richiesta di documentazione preliminare a supporto. Successivamente, vengono mappati e analizzati i processi in modo da comprendere la procedura e il funzionamento dei controlli sottesi. Generalmente vengono condotti dei test tramite selezione campionaria al fine di accertare la conformità e l'efficacia delle procedure e delle metodiche adottate rispetto alle disposizioni e agli obiettivi di controllo. Il processo termina con la redazione di un rapporto e di un verbale che sintetizzano l'attività svolta e forniscono l'esito in merito alle «non conformità/problematiche» riscontrate. I documenti prodotti vengono condivisi con i responsabili dei processi oggetto di audit, al fine di definire le azioni correttive e le relative tempistiche, in base alle quali verrà poi pianificata la verifica di *follow up* da parte dell'Internal Auditing. Una volta conclusosi tale confronto, viene predisposto anche il piano delle azioni correttive, il quale indica sinteticamente, tra l'altro, le raccomandazioni e le tempistiche per ogni criticità rilevata. La documentazione che rendiconta l'attività svolta è condivisa con la direzione amministrativa, prima di procedere all'invio alla Regione. Il ciclo di un intervento di audit si conclude definitivamente con il follow-up, volto a monitorare e verificare l'esecuzione delle azioni correttive prescritte nei tempi richiesti. La dimensione finora meno presidiata è quella strettamente sanitaria, che richiede uno sforzo maggiore per far comprendere alla componente medica la rilevanza e il ruolo dell'Internal Auditing.

In prospettiva, si evidenzia la necessità di una maggiore integrazione con le funzioni di controllo e, in particolare, con l'anticorruzione, in quanto allo stato attuale le due funzioni lavorano in maniera distinta. Viene, inoltre, invocata una maggiore sensibilità nel riconoscimento dell'Internal Auditing come funzione che può apportare un grande valore aggiunto nel conseguimento degli obiettivi strategici e programmatici di controllo e quindi di miglioramento della *governance* aziendale e regionale.

15.4.6 Sardegna: Azienda Tutela della Salute – ARES

L'introduzione dell'Internal Auditing presso l'Azienda Tutela della Salute (Azienda territoriale unica su tutto il territorio regionale) nasce, nel 2019, su base volontaristica del direttore amministrativo di allora e del suo successore. L'obiettivo principale era la verifica dell'accuratezza delle informazioni di bilancio e promuovere l'omogeneizzazione dei comportamenti contabili, in quanto per la vastità e densità del territorio interessato dall'ATS, gli stessi fatti amministrativi venivano trattati in maniera differente. La prima esperienza intrapresa ha, infatti, riguardato il controllo delle giacenze di magazzino, interessando un centinaio di magazzini farmaceutici e una quindicina di magazzini economici. Quest'esperienza, che ha portato al recupero di 20 milioni di giacenze, ha contribuito anche ad accrescere la consapevolezza sull'importanza di tale funzione, evidenziando come tanti errori fossero frutto di una scarsa conoscenza dei processi e delle implicazioni legate agli errori nella gestione e contabilizzazione degli stessi. Tale esperienza, nella quale l'Internal Auditing ha svolto prevalentemente una funzione di *assurance*, ha consentito di comprendere meglio i processi, anche mediante una ricostruzione e analisi della documentazione rilevante, e di responsabilizzare maggiormente gli attori coinvolti.

«La scarsa conoscenza in materia, anche da parte delle direzioni generali, e l'implementazione a scopo meramente di compliance si sono riflessi anche nella strutturazione della funzione, che porta il RIA a operare principalmente in solitudine». Dott. Antonio Tognotti, Direttore Dipartimento Risorse economico e finanziarie, ATS Sardegna

Manca, soprattutto, una gestione delle aziende sanitarie secondo una logica per processi, che permetta di comprendere la trasversalità delle funzioni e di tendere verso un obiettivo comune. È quindi necessario investire innanzitutto nella formazione che coinvolga tanto le persone individuate come referenti – in maniera esclusiva – nelle aziende, sia le direzioni amministrative e/o generali affinché siano maggiormente consapevoli dell'importanza della funzione. In secondo luogo, è necessaria una mappatura dei processi: dei processi tipici che interessano tutte le aziende, e anche dei processi che interessano il territorio per le aziende ospedaliero universitarie. Infine, è necessario integrare bene la funzione all'interno dell'azienda perché l'auditor, oltre ad avere tutte le competenze tecniche necessarie, deve essere in grado di instaurare un rapporto di fiducia con i vari uffici per potere collaborare in qualità di consulente e non essere percepito come un ispettore.

La pandemia da Covid-19 prima e il cambiamento organizzativo a livello regionale, disciplinato dalla legge 24 del 2020 hanno arrestato i primi tentativi di

sviluppo e, soprattutto, di diffusione in altri contesti organizzativi, dopo l'esperienza positiva nella gestione delle giacenze condotta su tutto il territorio regionale. Tuttavia con la recente riforma del SSR è rimasta viva l'intenzione di investire su tale funzione, ne sono importanti testimonianze: il riconoscimento ufficiale della funzione nella LR 24/2020, il mandato del sistema di Internal Auditing di tutto il SSR adottato mediante DGR, l'istituzione di una cabina di regia regionale con sede nell'Assessorato della Sanità e il coinvolgendo di Ares nel coordinamento operativo della funzione che ha predisposto un regolamento di Internal Auditing per tutto il sistema SSR. Pertanto, con il nuovo assetto regionale, che vede la cabina di regia regionale come fulcro strategico di indirizzo e impulso e di ARES come supporto operativo delle scelte strategiche della Cabina di regia, che realizzerà coordinando le altre 13 aziende sanitarie locali, di recente il progetto ha ripreso vigore.

La Tabella 15.3 sintetizza lo stato dell'arte dell'implementazione dell'Internal Auditing nelle aziende sanitarie oggetto di analisi.

15.5 Conclusioni

L'analisi delle esperienze di implementazione della funzione di Internal Auditing ha messo in evidenza come la presenza di una regolamentazione a livello regionale contribuisca a una maggiore legittimazione della funzione all'interno del contesto organizzativo aziendale. Alcune Regioni (quali, in particolare, Lombardia ed Emilia-Romagna) ben rappresentano un esempio di applicazione della teoria istituzionale. In esse, la normativa regionale lascia una maggiore autonomia, a livello di singola azienda, nella definizione degli assetti di governance (i.e., collocazione gerarchica e composizione della funzione) e delle modalità operative (i.e., modalità di conduzione del *risk assessment*). Altre regioni oggetto di analisi (Veneto e Abruzzo), invece, rappresentano un esempio di applicazione della teoria dell'agenzia, in quanto la normativa regionale influenza in maniera significativa sia gli assetti di governance della funzione, sia le modalità operative (ad esempio, definizione dei piani di audit; messa a disposizione di strumenti puntuali a supporto delle attività di *risk assessment*).

Per quanto riguarda le prospettive applicative e il *focus*, si evidenzia come quasi nella totalità delle esperienze rilevate, il *trigger* che ha portato all'istituzione della funzione di Internal Auditing è rappresentato dall'introduzione dei PAC ed è, pertanto, di natura amministrativo-contabile. Oltre a tutelare l'azienda dal punto di vista dei rischi economico-finanziari, le funzioni di Internal Auditing analizzate sono orientate a tutelare l'azienda dai rischi di compliance e, tra questi, in particolare, dai rischi di frode e corruzione. Meno presidiati da questa funzione di controlli di seconda parte e di terzo livello, sono i rischi strategici e i rischi operativi (rischio clinico). Se il mancato presidio

Tabella 15.3 **Stato dell'arte dell'implementazione dell'Internal Auditing nelle aziende sanitarie**

Azienda Sanitaria	Collocazione gerarchica Internal Auditing	Assetto Organizzativo Internal Auditing	Focus	Punti di forza	Prospettive evolutive
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige	Direzione Generale	RIA preposto unicamente all'Internal Auditing + 4 collaboratori	Amministrativo-contabile. Esclusa dimensione clinica.	Supporto da parte della direzione. Rendicontazione semestrale.	Maggiore integrazione con le diverse funzioni di controllo.
Azienda Ospedaliera di Verona	Direzione Amministrativa	RIA preposto unicamente all'Internal Auditing	Aree critiche in base al risk scoring. Esclusa dimensione clinica.	Coordinamento e indirizzo da parte di Azienda Zero, anche in termini di strumenti a supporto.	Maggiore integrazione componente sanitaria.
AULSS5 Polesana	Direzione Amministrativa	RIA assegnato anche agli affari generali	Aree critiche in base al risk scoring. Esclusa dimensione clinica.	Coordinamento e indirizzo da parte di Azienda Zero, anche in termini di strumenti a supporto.	Maggiore integrazione componente sanitaria.
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	Direzione Generale	RIA assegnato anche ad altre funzioni + 1 collaboratore full-time + collaboratori occasionali	Aree critiche in base al risk assessment strutturato condotto tra il 2016 e il 2019. Esclusa dimensione clinica.	Risk assessment ha coinvolto sia l'organizzazione, sia il territorio.	Funzione interamente dedicata.
Azienda Sanitaria di Parma	Direzione Amministrativa	RIA + collaboratori full-time	Aree critiche, inclusa dimensione clinica.	Collaborazione con la Regione, con la direzione e con le altre funzioni.	Maggiore armonizzazione tra le modalità di implementazione della funzione tra le aziende.
ASL Teramo	Direzione Generale	RIA + 1 assistente amministrativo	Amministrativo-contabile. Esclusa dimensione clinica.	Coordinamento e armonizzazione delle pratiche a livello regionale.	Maggiore integrazione con le diverse funzioni di controllo.
Azienda Tutela della Salute - ARES	Direzione Amministrativa	RIA	Contabile. Esclusa dimensione clinica.	Esperienze su base volontaria hanno contribuito a migliorare i processi e responsabilizzare i soggetti coinvolti.	Maggiore integrazione con le diverse funzioni di controllo. Investimento in formazione per aumentare la consapevolezza aziendale.

Fonte: Interviste rielaborate dagli autori

del rischio clinico sorprende, dal momento che le funzioni di *risk management* e *patient safety management* sono tra quelle storicamente più presenti nelle aziende sanitarie, il mancato collegamento con i sistemi di controllo strategico e di gestione appare, allo stato attuale in linea con quanto sottolineato dalla letteratura internazionale.

Nelle aziende sanitarie, mai come in questo momento di tensione economica, l'efficace gestione delle risorse finanziarie e il raggiungimento degli obiettivi strategici sono di fondamentale importanza. Per garantire la trasparenza, l'efficienza e la conformità normativa, è cruciale stabilire un collegamento solido tra i sistemi di Internal Auditing e controllo strategico. Tuttavia, tale connessione tende ad essere ostacolata da alcuni fattori che richiedono una gestione proattiva.

Primo fra tutti le differenze di obiettivi e focus: il sistema di Internal Auditing si concentra principalmente sulla valutazione e sul monitoraggio dei processi aziendali, identificando i rischi e suggerendo azioni correttive. D'altro canto, il controllo strategico è orientato verso l'analisi delle strategie aziendali, l'allocazione delle risorse e l'attuazione dei piani. Le differenze di obiettivi e focus possono creare tensioni e difficoltà nel collegamento tra i due sistemi.

Inoltre, va tenuto in considerazione che il personale coinvolto nel controllo strategico e nell'Internal Auditing potrebbe avere diverse competenze e conoscenze. Mentre il controllo strategico richiede una visione ampia e una comprensione approfondita dell'ecosistema sanitario, l'Internal Auditing richiede competenze specifiche nell'analisi dei processi e nella gestione dei rischi. Questa disparità di competenze potrebbe limitare la capacità di entrambi i settori di comprendere appieno le dinamiche aziendali e di collaborare efficacemente.

Peraltro, le aziende sanitarie gestiscono una grande quantità di dati sensibili, compresi quelli relativi ai pazienti e alle operazioni finanziarie. La protezione della riservatezza delle informazioni è fondamentale, ma può creare sfide nel collegamento tra il sistema di Internal Auditing e altri *tool* gestionali (tra i quali il controllo strategico e il *risk management*). La necessità di condividere informazioni riservate per un'adeguata valutazione dei rischi può entrare in conflitto con le politiche di riservatezza aziendali.

In tal senso, la mancanza di una comunicazione chiara e tempestiva può ostacolare l'identificazione dei rischi strategici e la messa in atto di azioni correttive tempestive.

Allo stato attuale, la funzione di Internal Auditing, che rappresenta, potenzialmente, un controllo di terzo livello e di seconda parte a tutela sia della direzione strategica, sia delle singole direzioni aziendali, deve ancora guadagnarsi quella credibilità che le permetta di agire come stimolo al miglioramento della performance aziendale e al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi. Perché ciò sia possibile sono cinque potenziali ambiti di azione:

1. promuovere una comunicazione aperta e continua tra la funzione di Internal Auditing e il management strategico e operativo aziendale. Organizzare incontri regolari per discutere delle sfide, degli obiettivi e delle priorità di tutti i settori dell'azienda;

2. investire nella formazione e nello sviluppo delle competenze del personale coinvolto nelle aree di management strategico, operativo e di Internal Auditing e offrire opportunità di apprendimento e di scambio di conoscenze per favorire la comprensione reciproca delle dinamiche aziendali;
3. creare un framework di governance integrato che incoraggi l'allineamento delle attività di Internal Auditing con gli obiettivi operativi e le strategie aziendali. Assicurarsi che i processi di Internal Auditing siano integrati nel processo decisionale operativo e strategico dell'azienda sanitaria;
4. sviluppare politiche e procedure chiare e condivise per la gestione delle informazioni sensibili e la condivisione delle informazioni tra le diverse funzioni. Definire protocolli di sicurezza per garantire la riservatezza dei dati e l'aderenza alle normative relative alla protezione dei dati sanitari. Allo stesso tempo, facilitare la condivisione delle informazioni necessarie per un'adeguata valutazione dei rischi e per supportare le decisioni aziendali;
5. implementare un sistema di monitoraggio e valutazione per valutare l'efficacia del collegamento tra il sistema di Internal Auditing e il risk management e il controllo strategico.

Affrontare in modo proattivo le criticità richiede impegno, collaborazione e adattabilità. L'obiettivo deve essere quello di creare un ambiente in cui il sistema di Internal Auditing, il controllo clinico e operativo e il controllo strategico si integrino in modo sinergico, promuovendo una gestione efficace dei rischi e il raggiungimento degli obiettivi strategici nelle aziende sanitarie.

Ciò al fine di permettere lo sviluppo e il consolidamento di una cultura aziendale in grado di apprezzare e utilizzare fino in fondo il contributo offerto da questa funzione.

15.6 Bibliografia

- Adams M. B. (1994). «Agency Theory and the Internal Audit», *Managerial Auditing Journal*, 9(8), pp. 8-12. <https://doi.org/10.1108/02686909410071133>
- Aikins S. (2011). *An Examination of Government Internal Audits' Role in Improving Financial Performance*, 11, pp. 306-337.
- Alzeban A., e Gwilliam D. (2014). «Factors affecting the internal audit effectiveness: A survey of the Saudi public sector», *Journal of International Accounting, Auditing and Taxation*, 23, pp. 74-86. <https://doi.org/10.1016/j.intaccudtax.2014.06.001>
- Arena M., e Azzone G. (2007). «Internal Audit Departments: Adoption and Characteristics in Italian Companies», *International Journal of Auditing*, 11(2), pp. 91-114. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1099-1123.2007.00357.x>

- Brown A., Santilli M., e Scott B. (2015). «The internal audit of clinical areas: a pilot of the internal audit methodology in a health service emergency department», *International Journal for Quality in Health Care*, 27(6), pp. 520-522. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv085>
- Brusoni M., Trincherò E., e Vescia, M. (2014). «La gestione del rischio in sanità: elementi organizzativi e gestionali», in De Matteis R., e G. Vecchio G. (a cura di), *La responsabilità in ambito sanitario*, Cedam.
- Carcello J. V., Eulerich M., Masli A., e Wood D. A. (2018), «The Value to Management of Using the Internal Audit Function as a Management Training Ground», *Accounting Horizons*, 32(2), pp. 121-140. <https://doi.org/10.2308/acch-52046>
- Chambers A. D., e Odar M. (2015). «A new vision for internal audit», *Managerial Auditing Journal*, 30(1), pp. 34-55. <https://doi.org/10.1108/MAJ-08-2014-1073>
- Cohen A., e Sayag G. (2010). «The Effectiveness of Internal Auditing: An Empirical Examination of its Determinants in Israeli Organisation», *Australian Accounting Review*, 20(3), pp. 296-307. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1835-2561.2010.00092.x>
- Cordery C. J., e Hay D. C. (2020). *Public Sector Audit (1st ed.)*, Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780429201639>
- D'Onza G., Selim G., Melville R., e Allegrini M. (2015). «A Study on Internal Auditor Perceptions of the Function Ability to Add Value», *International Journal of Auditing*, 19. <https://doi.org/10.1111/ijau.12048>
- DiMaggio P. J., e Powell W. W. (1983). «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields», *American Sociological Review*, 48(2), pp. 147-160. <https://doi.org/10.2307/2095101>
- Enofe A. O., Mgbame C., Osa-Erhabor V. E., e Ehiorobo A. J. (2013). «The Role of Internal Audit in Effective Management in Public Sector», *Research Journal of Finance and Accounting*, 4, pp. 162-168.
- Eulerich M., Kremin J., e Wood D. A. (2019). «Factors that influence the perceived use of the internal audit function's work by executive management and audit committee», *Advances in Accounting*, 45, 100410. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.adiac.2019.01.001>
- Ferry L., Zakaria Z., Zakaria Z., e Slack, R. (2017). «Watchdogs, helpers or protectors? – Internal auditing in Malaysian Local Government», *Accounting Forum*, 41(4), pp. 375-389. <https://doi.org/10.1016/j.accfor.2017.10.001>
- Gelderens S., Hesselink G., Westert G., Robben P., Boeijen W., Zegers M., e Wollersheim H. (2017). «Optimal governance of patient safety: A qualitative study on barriers to and facilitators for effective internal audit». *Journal of Hospital Administration*, 6, 15. <https://doi.org/10.5430/jha.v6n3p15>
- Hay D., e Cordery C. (2018). «The value of public sector audit: Literature and

- history», *Journal of Accounting Literature*, 40(1), pp. 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.acclit.2017.11.001>
- Hughes M. (2012). *Clinical Audit. A Manual for Lay Members of the Clinical Audit Team*.
- Jensen M. C., e Meckling W. H. (1976). «Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure», *Journal of Financial Economics*, 3(4), pp. 305-360. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X)
- Kajihara C., Kono K., Munechika M., Kaneko M., e Sano M. (2018). «Internal Audit for Business Continuity Management System Focused on Procedure Manuals in Hospitals», *Total Quality Science*, 4, pp. 92-98. <https://doi.org/10.17929/tqs.4.92>
- Lenz R., e Hahn U. (2015). «A synthesis of empirical internal audit effectiveness literature pointing to new research opportunities», *Managerial Auditing Journal*, 30(1), pp. 5-33. <https://doi.org/10.1108/MAJ-08-2014-1072>
- Nerantzidis M., Pazarskis M., Drogalas G., e Galanis S. (2022). «Internal auditing in the public sector: a systematic literature review and future research agenda», *Journal of Public Budgeting*, 34, pp. 189-209. <https://doi.org/10.1108/JPBAFM-02-2020-0015>
- Rappini V., Trincherò E., e Zavattaro F. (2011). «Lo sviluppo dell'internal auditing in sanità. Tre esperienze di eccellenza a confronto», *Economia & Management*, 6.
- Roberts D. A. (1989). «Working for Patients' the 1989 White Paper on the Health Service: An Over-Review and Commentary», *Teaching Public Administration*, 9(1), pp. 33-40. <https://doi.org/10.1177/014473948900900103>
- Rodakos A., Koutoupis A., Thysiadou A., e Kampouris C. (2021). «A systematic literature review on the implementation of internal audit in European and non-European public hospitals», *Journal of Governance and Regulation*, 10, pp. 336-342. <https://doi.org/10.22495/jgrv10i4siart13>
- Roussy M. (2013). «Internal auditors' roles: From watchdogs to helpers and protectors of the top manager», *Critical Perspectives on Accounting*, 24, pp. 550-571. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2013.08.004>
- Roussy M., e Perron, A. (2018). «New Perspectives in Internal Audit Research: A Structured Literature Review» *Accounting Perspectives*, 17(3), pp. 345-385. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1911-3838.12180>
- Rumapea M., Bagariang N., Hemalli D., Purba P., Jamaluddin, Purba E., Pasaribu D., e Sagala E. (2019). *Evaluation of Internal Control of Payroll System in Hospital*. <https://doi.org/10.1109/ICoSNIKOM48755.2019.9111544>
- Sarens G., e De Beelde I. (2006). «The Relationship between Internal Audit and Senior Management: A Qualitative Analysis of Expectations and Perceptions», *International Journal of Auditing*, 10(3), pp. 219-241. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1099-1123.2006.00351.x>

- Schillemans T., van Twist M., van der Steen M., e de Jong I. (2018). «New development: Breaking out or hanging on? Internal audit in government» *Public Money & Management*, 38(7), pp. 531-534. <https://doi.org/10.1080/09540962.2018.1527574>
- Soh D. S. B., e Martinov-Bennie N. (2011). «The internal audit function», *Managerial Auditing Journal*, 26(7), pp. 605-622. <https://doi.org/10.1108/02686901111151332>
- Suchman M. C. (1995). «Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches», *Academy of Management Review*, 20, pp. 571-610.
- Tackie G., Marfo-Yiadom E., e Achina S. (2016). «Determinants of Internal Audit Effectiveness in Decentralized Local Government Administrative Systems», *International Journal of Business and Management*, 11, 184. <https://doi.org/10.5539/ijbm.v11n11p184>
- Trotman A., e Trotman K. (2015). «Internal Audit's Role in GHG Emissions and Energy Reporting: Evidence from Audit Committees, Senior Accountants, and Internal Auditors», *AUDITING: A Journal of Practice & Theory*, 34, pp. 199-230. <https://doi.org/10.2308/ajpt-50675>
- Van Gelderen S. C., Zegers M., Boeijen W., Westert G. P., Robben P. B., e Woltersheim H. C. (2017). «Evaluation of the organisation and effectiveness of internal audits to govern patient safety in hospitals: a mixed-methods study», *BMJ Open*, 7(7), e015506. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015506>
- Van Peurseem K. (2005). «Conversations with Internal Auditors – The Power of Ambiguity», *Managerial Auditing Journal*, 20, pp. 489-512. <https://doi.org/10.1108/02686900510598849>
- Ziegenfuss D. E. (2000). «Developing an internal auditing department balanced scorecard», *Managerial Auditing Journal*, 15(1/2), pp. 12-19. <https://doi.org/10.1108/EUM000000005305>

16 Acquisti sanitari: stato dell'arte e percorsi evolutivi verso logiche di valore

*di Veronica Vecchi, Niccolò Cusumano, Giuditta Callea,
Fabio Amatucci, Manuela Brusoni, Franco Luigi Zurlo, Chiara Mauro
e Francesco Longo¹*

16.1 Introduzione

Il presente capitolo, elaborato dal team di ricerca dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei contratti in Sanità (MASAN), è strutturato in due parti. La prima parte (§16.2), come di consueto, presenta l'aggiornamento sullo stato degli acquisti centralizzati in sanità. La seconda parte, analizza, nel framework teorico della governance collaborativa e del *public value management*, il *Value-based Procurement Process* (VBPP), quale modalità per sostenere la transizione da un procurement tradizionale e operativo verso logiche strategiche volte alla generazione di valore (§16.3). Le modalità per attuare questa evoluzione sono al centro dell'agenda di ricerca dell'Osservatorio MASAN sin dalla sua origine, attraverso un approccio di ricerca collaborativo e longitudinale con i suoi aderenti e con gli stakeholder del sistema. Questo approccio ha portato alla realizzazione di una serie di documenti metodologici e alla generazione e disseminazione di evidenze. Il capitolo presenta due casi illustrativi (§16.4), sviluppati nell'ambito dell'Osservatorio MASAN, che mettono in evidenza, in logica esemplificativa e generalizzabile nel loro approccio, le condizioni organizzative e operative per impostare gare d'appalto in logica VBPP.

¹ Il capitolo è stato finanziato dall'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità (MASAN). Sebbene il capitolo sia frutto delle idee e del lavoro dell'intero team di ricerca dell'Osservatorio MASAN, i paragrafi 16.1, 16.3, 16.4, 16.4.2 e 16.5 sono stati scritti da Veronica Vecchi; il paragrafo 16.2 è stato scritto da Niccolò Cusumano con il supporto di Franco Luigi Zurlo; il paragrafo 16.4.1 da Giuditta Callea con il supporto di Chiara Mauro. La revisione complessiva del capitolo è stata curata da Fabio Amatucci, Manuela Brusoni e Francesco Longo.

16.2 Gli acquisti centralizzati in sanità: aggiornamento del mercato

16.2.1 Metodologia e dati

L'analisi dello stato dell'arte della centralizzazione degli acquisti in Italia copre il periodo dal 2013 al 2022. Il database è stato costruito con la metodologia descritta in Cusumano *et al.* (2021) usando come fonte gli open data dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ANAC². È bene precisare che nel prosieguo si utilizzeranno in modo intercambiabile i termini di acquisto e approvvigionamento.

Rispetto all'analisi del 2021, sono state implementate alcune migliorie, soprattutto per quanto riguarda le definizioni delle macro-categorie merceologiche; inoltre sono stati fatti i necessari aggiornamenti per considerare i mutati assetti istituzionali regionali. Il database è stato consolidato con dati aggiornati al 31 dicembre 2022, al fine di garantire una migliore usabilità e affidabilità del dato e quindi maggiore rigore delle analisi³. In relazione alle macrocategorie merceologiche (es. dispositivi medici, farmaci, vaccini) si è fatto riferimento ai codici CPV (*Common Procurement Vocabulary*) presenti nel dataset ANAC che sono molto granulari.

16.2.2 Analisi

La Tabella 16.1 presenta i dati relativi al valore totale bandito per acquisti di beni e servizi da parte di aziende sanitarie, centrali regionali e soggetti aggregatori, Consip e Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19, per il periodo 2013-2022. Il valore comprende anche gli acquisti inferiori a 40.000€⁴. Il dato rappresenta, quindi, il valore potenziale complessivo del mercato degli acquisti pubblici in sanità.

È bene notare, come osservato in Cusumano *et al.* (2021 e 2022), che l'attività di acquisto non segue un andamento costante. Il valore complessivo delle gare bandite, infatti, può aumentare in coincidenza del rinnovo di contratti giunti a scadenza oppure per il lancio di nuove iniziative centralizzate in sostituzione di quelle aziendali. È, tuttavia, evidente come, nel lungo periodo, il valore complessivo degli acquisti banditi evidenzia un trend di crescita. Il valore delle procedure bandite nel 2022 è circa il doppio rispetto al 2016, a fronte di

² I dataset utilizzati per le analisi sono disponibili sul sito web di ANAC all'indirizzo <https://dati.anticorruzione.it/opendata/opendata/dataset>.

³ Il download ha riguardato non solo i dati relativi al 2021 e 2022, non inclusi in Cusumano *et al.* (2021), ma anche gli anni precedenti, al fine di tenere conto dei vari aggiornamenti da parte di ANAC dei dati già inseriti. Tali aggiornamenti potrebbero determinare lievi differenze rispetto ai dati presentati nel capitolo OASI.

⁴ L'analisi viene effettuata a livello di lotto identificato da Codice Identificativo di Gara (CIG) e per gli acquisti inferiori ai 40.000€ da SmartCIG o CIG semplificato.

Tabella 16.1 **Acquisti di beni e servizi per la sanità (miliardi di euro, anni 2013-2022, importo totale bandito)**

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	1,5	1,9	3,1	1,7	2,9	4,0	2,7	5,8	2,6	3,5
Valle d'Aosta	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2
Lombardia	5,1	3,8	9,3	6,8	10,1	9,1	21,3	12,8	15,7	28,8
P.A. Bolzano	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	1,4	1,0	0,6	1,3	1,1
P.A. Trento	0,2	0,2	0,2	0,2	0,7	0,4	0,4	0,6	0,9	1,1
Veneto	1,4	1,3	1,9	1,5	5,0	2,9	4,4	5,5	7,7	4,3
FVG	0,4	1,4	0,8	0,7	1,8	1,6	1,3	1,4	2,6	1,6
Liguria	0,4	1,0	0,3	1,5	0,9	1,2	1,8	2,6	1,0	1,0
E-R	3,1	2,2	2,7	2,6	5,4	3,3	5,3	3,2	2,9	6,8
Toscana	1,2	1,3	1,4	2,4	9,1	3,7	5,0	3,2	8,2	3,5
Umbria	0,3	0,8	0,5	0,5	1,2	1,5	0,9	0,9	0,8	0,9
Marche	0,5	0,9	0,7	0,5	1,3	1,2	1,3	1,4	3,2	1,4
Lazio	2,2	2,7	1,1	5,5	4,4	1,9	3,7	5,5	3,6	4,2
Abruzzo	0,6	0,4	1,8	0,8	0,6	1,4	0,8	2,1	1,0	2,3
Molise	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Campania	1,7	2,2	3,5	6,8	7,2	3,0	2,7	6,2	6,1	5,0
Puglia	2,3	1,0	1,6	0,9	3,7	2,4	2,4	5,0	4,3	7,2
Basilicata	0,2	0,2	0,2	0,6	0,6	0,3	1,0	0,4	0,5	0,3
Calabria	1,3	0,5	0,5	0,4	1,5	0,8	0,2	0,3	0,6	0,7
Sicilia	4,4	2,4	1,9	5,9	8,9	4,1	3,4	4,6	7,8	5,0
Sardegna	1,0	0,8	0,9	2,5	2,5	1,6	1,8	3,3	1,6	2,6
Comm. Straord.								9,5	3,2	0,7
Consip	7,1	12,2	11,3	3,9	6,8	8,2	11,4	7,1	10,0	15,7
Totale	35,5	37,6	44,3	46,2	75,1	54,3	73,0	82,2	85,8	98,1
Variazione % vs anno precedente		5,9	17,8	4,3	62,6	-27,7	34,4	12,6	4,4	14,3

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

un aumento della spesa per beni e servizi del 35% (vedi Capitolo 3). Questa divergenza trova una serie di spiegazioni:

1. la difficoltà ad aggiudicare iniziative centralizzate o i maggiori tempi richiesti per le gare aggregate, possono indurre le aziende sanitarie più virtuose a bandire gare aziendali per assicurare la continuità della fornitura; questo può portare a una parziale sovrapposizione o duplicazione del valore di bandito per la medesima categoria merceologica, che poi non si traduce in valore di consumato/spesa effettiva.
2. durata maggiore dei contratti posti a base di gara, con il conseguente aumento del valore degli stessi.
3. con il passare degli anni, le centrali, soprattutto, sono diventate più efficienti nella programmazione delle gare, con la conseguente riduzione delle pro-

roghe contrattuali; questo si traduce in un incremento effettivo del numero di gare.

Rispetto al 2021, il 2022 ha registrato un aumento del valore del bandito del 14,3%, dato che rappresenta la variazione più elevata degli ultimi 3 anni, nonostante l'incidenza, nel biennio precedente, degli acquisti eseguiti dal Commissario Straordinario per far fronte alle esigenze pandemiche. Gli acquisti Covid, che hanno toccato il picco nel 2020 con 9,5 miliardi di euro, sono, ormai, del tutto marginali nel 2022. Continua, invece, a crescere in maniera significativa (+57% rispetto al 2021) l'attività di Consip in sanità, anche come conseguenza delle gare nazionali in attuazione del PNRR.

La Tabella 16.2 presenta i dati relativi alla percentuale di acquisti centralizzati sul totale di quelli condotti per ciascuna regione, sia anno per anno sia come media 2020-2022. Il dato medio calcolato sul triennio è fondamentale per apprezzare l'incidenza degli acquisti centralizzati, in considerazione della durata pluriennale dei contratti. Come già evidenziato nell'analisi condotta da Cusumano *et al.* (2022), le regioni settentrionali mantengono, ad esclusione di Piemonte e Valle d'Aosta, una quota di acquisti centralizzati generalmente, salvo eccezioni, superiore al resto del Paese. Toscana e Friuli-Venezia Giulia confermano una quota di acquisti centralizzata con una media di oltre il 90% nel triennio 2020-2022. Queste due regioni, sin dal 2015, hanno registrato valori di centralizzazione molto elevati. Seguono Lombardia, Veneto, Liguria. Bisogna notare che la Liguria, che ha modificato l'assetto istituzionale del sistema regionale degli acquisti centralizzati⁵, mantiene un livello di centralizzazione medio negli ultimi anni molto alto, ha registrato una progressiva riduzione del volume degli acquisti centralizzati (72% nel 2022, rispetto al 73% del 2021 e al 90% del 2020). Tra le regioni del sud, la Campania mostra dati di aggregazione molto alti, e si conferma tra le più attive a livello nazionale; tuttavia, registra una leggera flessione rispetto al 2021. I territori che presentano un tasso di centralizzazione maggiore sono accomunati dall'aver posto la funzione di acquisto centralizzato in capo a enti del SSR (ESTAR, EGAS – ARCS, Azienda Zero). Valle d'Aosta, le Province Autonome di Bolzano e Trento, Molise e Calabria sono le uniche regioni che non raggiungono il 50% di centralizzazione degli acquisti. Per le regioni Valle d'Aosta e Molise e per le Province Autonome il dato non tiene conto della presenza di un'unica azienda sanitaria, per cui il processo di centralizzazione è connaturato alle scelte di assetto istituzionale. Regione Calabria invece continua a presentare dei ritardi nel processo di centralizzazione.

⁵ Le funzioni svolte da Alisa sono state attribuite alla Stazione Unica Regionale (SUAR) per l'acquisto delle categorie merceologiche da DPCM, e a Liguria Digitale per l'approvvigionamento delle apparecchiature ad elevato contenuto tecnologico ed informatico (Legge Regionale 5 marzo 2021, n. 2 e Allegato B della DGR 23 aprile 2021, n. 354).

Tabella 16.2 **Quota di acquisti centralizzati sugli acquisti regionali (anni 2013-2022, importo bandito per acquisti superiori a 40.000€)**

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Media 2020-2022
Piemonte	45%	32%	53%	30%	56%	70%	54%	73%	49%	42%	54%
Valle d'Aosta	0%	0%	0%	39%	41%	52%	5%	48%	39%	49%	45%
Lombardia	31%	10%	17%	77%	79%	56%	85%	84%	74%	89%	82%
P.A. Bolzano	37%	60%	53%	15%	26%	59%	40%	24%	70%	22%	39%
P.A. Trento	0%	0%	0%	31%	33%	21%	16%	8%	18%	28%	18%
Veneto	4%	9%	16%	43%	84%	66%	78%	82%	87%	70%	80%
FVG	0%	0%	85%	89%	83%	93%	92%	88%	92%	90%	90%
Liguria	7%	85%	42%	91%	78%	88%	85%	90%	73%	72%	78%
E-R	45%	36%	65%	47%	72%	64%	77%	47%	43%	65%	52%
Toscana	26%	34%	89%	95%	97%	90%	92%	81%	97%	93%	90%
Umbria	0%	0%	20%	38%	81%	60%	60%	47%	60%	76%	61%
Marche	0%	0%	6%	5%	67%	63%	52%	59%	77%	54%	63%
Lazio	55%	73%	13%	86%	78%	47%	72%	77%	67%	68%	71%
Abruzzo	0%	0%	0%	23%	25%	45%	19%	59%	24%	68%	50%
Molise	0%	0%	11%	68%	71%	66%	14%	84%	13%	12%	36%
Campania	27%	49%	81%	78%	91%	57%	64%	80%	81%	72%	78%
Puglia	0%	0%	0%	23%	68%	22%	32%	61%	57%	84%	67%
Basilicata	0%	0%	44%	87%	83%	76%	93%	79%	81%	69%	76%
Calabria	75%	60%	70%	74%	92%	68%	21%	0%	58%	38%	32%
Sicilia	0%	0%	0%	85%	85%	66%	70%	65%	73%	46%	62%
Sardegna	0%	0%	0%	62%	55%	26%	51%	76%	62%	83%	73%
Totale	17%	21%	32%	57%	69%	60%	56%	62%	62%	61%	62%

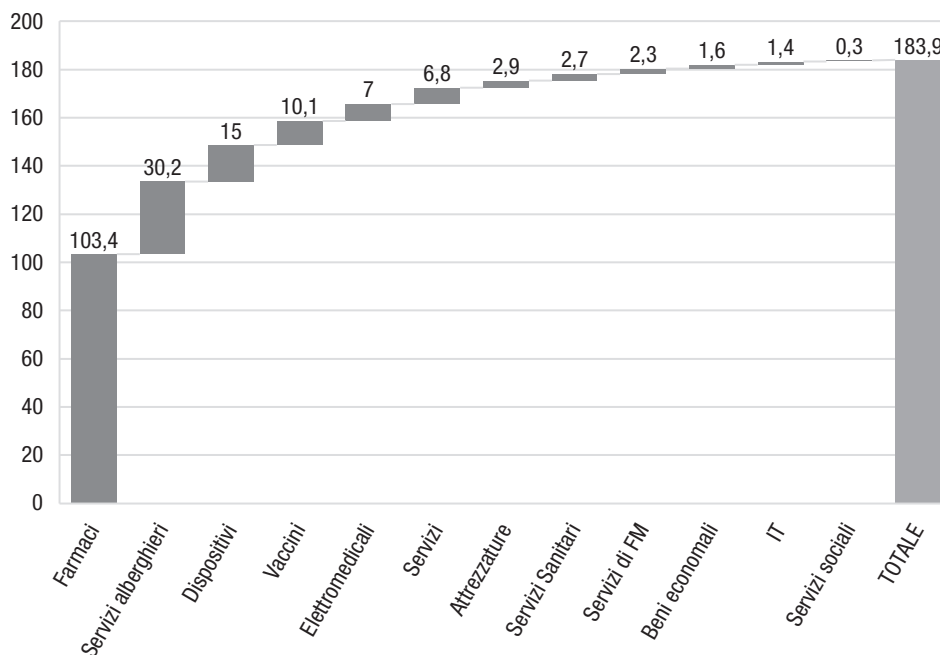
Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

Guardando i dati da una prospettiva nazionale complessiva, la percentuale di acquisti centralizzati sembra essersi assestata intorno al 60% ormai da diversi anni, e tutto ciò nonostante la pandemia e le varie modifiche agli assetti regionali degli acquisti intercorse negli ultimi anni. Sarà interessante vedere nel prossimo futuro l'evoluzione di questi valori, soprattutto a fronte della modifica del codice avvenuta con il D.lgs 36/2023 degli appalti e dell'entrata in vigore effettiva, dal primo luglio 2023, del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti⁶.

Per quanto riguarda, invece, le categorie merceologiche su cui insistono gli acquisti centralizzati (vedi Figura 16.1 in relazione al periodo 2016-2022), la maggior parte degli acquisti (oltre il 56% del totale) fa riferimento ai Farmaci,

⁶ Secondo l'art. 63 del D.lgs 36/2023 che riprende l'articolo 38 del D.lgs 50/2016 le stazioni appaltanti sono soggette a un sistema di qualificazione, gestito da ANAC, per valutarne la capacità di gestione dell'affidamento e dell'esecuzione dei contratti. In assenza di qualificazione una stazione appaltante deve rivolgersi a un soggetto qualificato.

Figura 16.1 **Acquisti delle centrali regionali di committenza e soggetti aggregatori per categoria merceologica (importo aggiudicato per acquisti superiori a 40.000€, miliardi di euro, anni 2016-2022)**



Legenda: FM = facility management, IT = information technology, per «Servizi» si intendono servizi non ricompresi nelle categorie «Servizi alberghieri» e «Servizi di Facility Management»

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

mentre a seguire, ad incidere in maniera più consistente sono i Servizi Alberghieri⁷, Dispositivi medici e Vaccini. Si tratta, in altre parole, delle categorie previste da DPCM⁸, per cui è obbligatorio l'intervento dei soggetti aggregatori e per cui, come si è già scritto anche in passato, il processo di centralizzazione è più semplice data la maggior standardizzabilità dei beni/servizi.

La Tabella 16.3 mostra il dettaglio degli acquisti centralizzati per le categorie merceologiche DPCM, banditi dalle centrali di committenza/soggetti aggregatori, con il dettaglio anno per anno dal 2016 al 2022 e, nell'ultima colonna, la media complessiva su tutto il periodo considerato. Una misura di questo tipo permette di valutare l'efficienza del processo di centralizzazione degli acquisti su cui le centrali dovrebbero incidere maggiormente. Non stupisce, perciò, che in varie regioni il tasso di copertura sia prossimo al 90%. In particolare,

⁷ Si intendono qui pulizie e sanificazione, ristorazione, lavanolo.

⁸ DPCM 24 dicembre 2015 e DPCM 11 luglio 2018.

Tabella 16.3 **Quota di acquisti centralizzati per categorie merceologiche da DPCM banditi dai soggetti aggregatori sul totale regionale negli anni 2016-2022 per acquisti superiori a 40.000€**

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Media 2016-2022
Toscana	97%	99%	98%	99%	86%	99%	99%	97%
FVG	91%	98%	96%	94%	95%	99%	94%	95%
Lombardia	85%	91%	75%	92%	89%	86%	96%	88%
Lazio	95%	91%	79%	90%	91%	82%	84%	87%
Campania	95%	97%	67%	78%	92%	94%	84%	87%
Liguria	95%	85%	94%	88%	90%	79%	64%	85%
Sicilia	92%	97%	79%	89%	85%	84%	53%	83%
Basilicata	92%	79%	81%	96%	83%	86%	61%	82%
Veneto	62%	93%	81%	76%	89%	95%	75%	82%
Umbria	67%	92%	90%	63%	56%	68%	82%	74%
Sardegna	78%	64%	43%	67%	88%	84%	93%	74%
E-R	56%	81%	76%	88%	65%	52%	78%	71%
Piemonte	43%	78%	87%	66%	87%	76%	57%	70%
Marche	0%	88%	80%	66%	76%	86%	66%	66%
Calabria	91%	96%	85%	34%	0%	41%	67%	59%
Puglia	26%	78%	31%	45%	76%	69%	91%	59%
Abruzzo	40%	34%	56%	28%	76%	38%	83%	51%
Valle d'Aosta	1%	63%	42%	6%	0%	77%	10%	28%
Molise	0%	80%	0%	15%	0%	0%	10%	15%
P.A. Bolzano	5%	10%	8%	5%	0%	36%	19%	12%
P.A. Trento	5%	23%	0%	27%	0%	2%	0%	8%
Totale	85%	90%	75%	85%	84%	85%	86%	84%

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

la Toscana e il Friuli-Venezia Giulia mantengono il primato già evidenziato nel Rapporto OASI 2022 (Cusumano *et al.*, 2022), con oltre il 95% di acquisti centralizzati. A registrare, invece, i valori più bassi, troviamo le Province Autonome di Trento e Bolzano e le regioni di Molise, Valle d'Aosta e Calabria, cioè, come già detto, i contesti in cui la centralizzazione avviene a livello aziendale e non regionale, essendo presente un'unica azienda sanitaria per l'intero territorio. Questi dati confermano i valori complessivi illustrati in Tabella 16.2.

I fattori che possono spiegare la coesistenza tra gare centralizzate e aziendali in queste categorie in cui, in teoria, varrebbe un obbligo di legge per la tipologia di esecuzione, possono in realtà essere diversi: *in primis* la necessità di garantire l'approvvigionamento di specifici prodotti in mancanza di specifiche iniziative centralizzate; l'esistenza di vincoli organizzativi e di prassi; specifiche necessità di carattere clinico e un aumento di capacità operativa a livello aziendale come conseguenza della centralizzazione che può aver sgravato la funzione acquisti a livello locale.

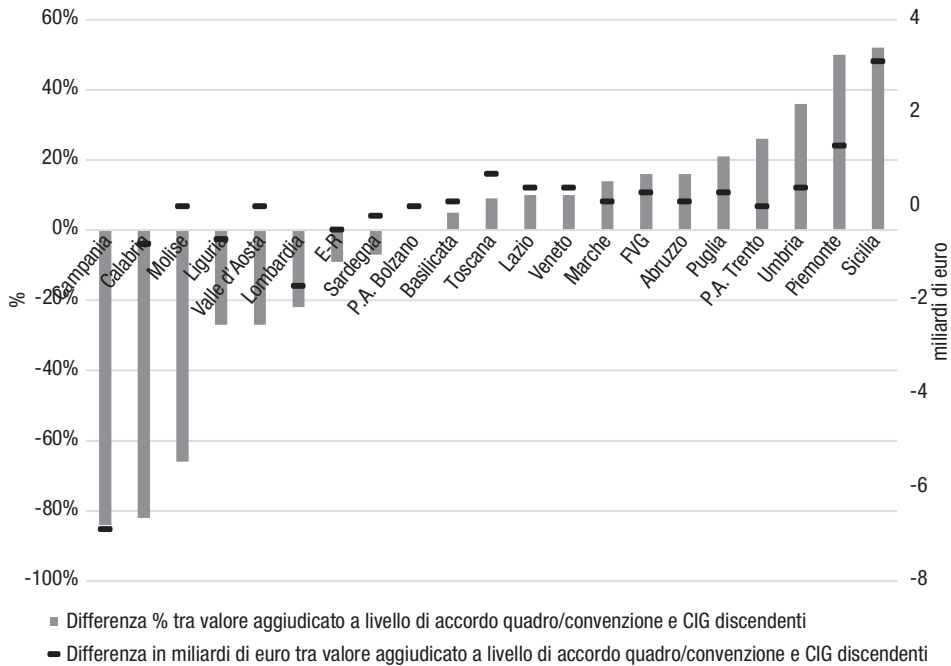
Per valutare l'efficacia dell'attività di approvvigionamento delle centrali di committenza/soggetti aggregatori, è interessante analizzare il confronto tra il valore degli accordi quadro/convenzioni aggiudicati⁹ dai soggetti aggregatori e il valore degli appalti specifici, individuati dai Codici Identificativi di Gara (CIG), discendenti discendenti da essi (vedere Figura 16.2), che denota l'effettivo utilizzo del contratto centralizzato. L'accordo quadro indica, infatti, il valore stimato dell'intera operazione contrattuale. Valore a cui l'Amministrazione che lo stipula non è vincolata. L'appalto specifico rappresenta, invece, il valore che effettivamente l'Amministrazione si impegna a ordinare, fermo restando che il valore effettivo degli ordinativi potrebbe ulteriormente variare.

In media, dal 2016 al 2022, il valore degli accordi quadro/convenzioni aggiudicati è superiore di circa 3,5 miliardi di euro al valore degli appalti specifici che discendono da essi. Si tratta di circa il 6% di discrepanza, rappresentata dalla linea grigia in figura. Tuttavia, questo valore medio è frutto di una variabilità regionale molto ampia. Sebbene la maggior parte delle regioni si posizioni in *range* di variazione contenuta entro il margine del 20%, in positivo o negativo, che si può considerare fisiologica, alcune si discostano in maniera più significativa. Un primo tema, emerso in sede di analisi, e che contribuisce a spiegare almeno parte della variazione in questo contesto, è rappresentato dalla qualità del dato: se, infatti, all'atto della richiesta del CIG è obbligatorio fornire l'importo del lotto, la comunicazione dell'importo di aggiudicazione è di fatto rimessa alla discrezione del RUP. In assenza di un adempimento, purtroppo ne consegue che il dato sulle aggiudicazioni sia carente. Oltre a questo, a spiegare lo scostamento tra i due valori possono contribuire anche la omessa indicazione del CIG dell'accordo quadro/convenzione oppure i casi di acquisto inferiore ai 40.000 euro (i cosiddetti SMARTCIG o CIG semplificati), per i quali il tracciato ANAC non prevede l'indicazione dell'eventuale CIG di riferimento. Quest'ultimo fenomeno sembra rilevante soprattutto in alcune regioni, che occupano la parte sinistra della Figura 16.2. Ancora una volta emerge come sia fondamentale il tema della comunicazione corretta e, soprattutto, completa dei dati relativi ai contratti in essere, per far fronte alle esigenze di monitoraggio e coordinamento, sia dal lato delle singole aziende sia da parte dei soggetti aggregatori.

Per quanto riguarda, infine, le tempistiche relative all'esecuzione dei processi di acquisto e l'aggiudicazione, si conferma una tendenza positiva di riduzione dei tempi (Tabella 16.4), come evidenziato negli scorsi anni nel Rapporto OASI 2021 e 2022 (Cusumano *et al.*, 2021 e 2022). Il 2022, infatti, risulta il primo anno in cui le durate medie sono scese al di sotto dei 100 giorni sia per le

⁹ Il periodo di riferimento è il triennio 2016-2018 in quanto per legge la durata massima consentita di un accordo quadro è di quattro anni, per cui, al momento della pubblicazione del presente capitolo, gli strumenti presi in analisi dovrebbero essere giunti ad esaurimento.

Figura 16.2 **Scostamento in valore percentuale tra importo aggiudicato degli accordi quadro/convenzioni nel periodo 2016-2018 da parte delle centrali di committenza e valore degli appalti discendenti superiori ai 40.000€ fino al 31/12/2022**



procedure condotte dalle aziende sia quelle centralizzate. In generale, un'altra conferma delle analisi precedenti è data dal fatto che le gare condotte dalle centrali di committenza mantengano tempi superiori (in media 96 giorni) per l'affidamento rispetto alla controparte aziendale (in media 62 giorni). Queste tempistiche non considerano, tuttavia, i tempi di progettazione delle gare che, specialmente a livello regionale, per alcune categorie merceologiche, possono dilatarsi.

Entrando nel dettaglio delle categorie merceologiche, a richiedere tempi maggiori per le gare aziendali sono le procedure relative a dispositivi medici, servizi sociali e attrezzature; mentre quelle per forniture di farmaci e vaccini sono tra le più rapide. Dal lato delle procedure centralizzate, sono invece i servizi alberghieri, i dispositivi medici e i servizi di *facility management* a registrare i tempi di aggiudicazione maggiori. Le gare per la fornitura di farmaci e vaccini sono, infatti, tendenzialmente al prezzo più basso, comportano quindi tempi di valutazione rapidi.

I tempi si dilatano quando le procedure si incagliano, in genere per complessi iter di valutazione oppure per i ricorsi. Analizzando, ad esempio, le gare

Tabella 16.4 **Durata media (in giorni) delle procedure di acquisto condotte da aziende e centrali di committenza regionali per categoria merceologica negli anni 2016-2022**

Categorie Merceologiche		Anni							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Media
Aziende	Attrezzature	226	149	146	133	89	68	64	134
	Beni economici	95	98	129	104	89	102	56	100
	Dispositivi	267	289	274	332	155	171	79	236
	Elettromedicali	143	137	166	144	81	160	65	131
	Farmaci	87	54	62	74	97	49	48	67
	IT	69	75	72	65	55	50	42	63
	Altri servizi	101	97	92	85	72	66	44	81
	Servizi alberghieri	103	146	85	95	54	46	46	87
	Servizi di Facility Management	92	96	100	101	75	93	45	88
	Servizi sanitari	120	109	110	68	78	66	61	88
	Servizi sociali	106	172	192	168	100	91	72	136
Vaccini	91	77	29	50	79	49	18	62	
Aziende (tempi medi)		178	180	179	212	115	123	62	155
Centrali	Attrezzature	213	311	349	296	142	160	192	248
	Beni economici	173	192	104	124	73	116	105	121
	Dispositivi	525	483	332	377	339	279	110	389
	Elettromedicali	220	359	228	316	125	104	131	239
	Farmaci	162	192	112	133	105	105	94	130
	IT	122	172	122	104	102	80	137	125
	Altri servizi	181	229	209	198	161	103	102	171
	Servizi alberghieri	359	743	482	404	227	207	113	493
	Servizi di Facility Management	404	511	262	379	242	144	69	370
	Servizi sanitari	167	321	205	124	178	180	68	196
	Servizi sociali	71	72	152	138	86	153	133	113
Vaccini	92	212	66	74	74	47	70	97	
Centrali (tempi medi)		244	271	179	194	134	145	96	185
Totale (tempi medi)		203	215	179	206	124	129	75	166

Fonte: elaborazioni Osservatorio MASAN dati ANAC

per l'acquisto di dispositivi medici con importo del singolo lotto superiore a 1 milione di euro, avviate tra il 2016 e il 2021, risulta aggiudicato un valore pari al 57% al bandito (11,1 miliardi contro un bandito di 19,5 miliardi di euro), con una media di 424 giorni tra la data di pubblicazione e quella di aggiudicazione. Al 31/12/2022, gare per un valore di 8,4 miliardi di euro non risultano aggiudicate in media da oltre 1.092 giorni. Se si sono registrati in questi anni passi in avanti positivi, esistono ancora notevoli margini di miglioramento. L'Osservatorio MASAN, a tal proposito, ha elaborato delle indicazioni metodologiche disponibili sul proprio sito a supporto di un approccio programmatico e anticipatorio dei possibili «incagli» (Cusumano *et al.*, 2020).

16.3 La governance collaborativa negli acquisti sanitari per generare valore

Le sfide della società sono sempre più complesse: l'invecchiamento della popolazione (nelle economie mature), la salute pubblica, il crescente divario economico e sociale, il cambiamento climatico, la sicurezza, la migrazione, la scarsità delle risorse naturali, solo per citare qualche esempio. Si tratta di sfide che possono essere, *mutatis mutandis*, sintetizzabili con gli obiettivi di sostenibilità globale, i cosiddetti *Sustainable Development Goals* (SDGs), definiti dalle Nazioni Unite. Affrontare queste sfide richiede una mobilitazione di capacità, soluzioni e capitali che non possono essere assicurati solo dalle istituzioni pubbliche o filantropiche, soggetti la cui *mission* istituzionale è la generazione di valore pubblico (o valore per la società). Le stesse Nazioni Unite inseriscono tra gli obiettivi di sostenibilità il numero 17, «*partnership for the goals*», che include «*multi-stakeholder partnership*». Quanto previsto dalle agende internazionali fonda le sue radici nelle evidenze generate dalla ricerca scientifica di management pubblico. Già nel 1995 Mark Harrison Moore introdusse il concetto di Valore Pubblico che ha rappresentato la base per delineare un nuovo modello di funzionamento della pubblica amministrazione, ritenuto più adeguato rispetto al paradigma del *New Public Management* (NPM), che aveva introdotto modelli di funzionamento aziendali nel settore pubblico. D'altra parte, il NPM aveva focalizzato l'attenzione in modo eccessivo sul concetto di *Value for Money* (VfM) e in particolare sull'economicità e sull'efficienza produttiva, perdendo spesso di vista l'evoluzione dei fabbisogni della società e l'insorgere di problemi ad alta complessità, che richiedono attenzione all'efficacia dei servizi e alla loro capacità di soddisfare i bisogni emergenti. Il nuovo paradigma emergente, chiamato *Collaborative Governance* o *Public Value Management*, si fonda sul riconoscimento che il valore pubblico non è generato solo dalle aziende pubbliche, ma piuttosto dal network di stakeholder che le amministrazioni sono in grado di coordinare, orchestrare e guidare (Crosby *et al.*, 2017). La Governance Collaborativa è un modello ibrido di *policy making* e di gestione dei servizi pubblici, che è deliberato, multilaterale e volto alla co-produzione di risultati e soluzioni. Nell'ambito della Governance Collaborativa, si riconosce che gli stakeholder diversi dalle istituzioni pubbliche possono avere una responsabilità nella generazione di outcome pubblici e rilevanti per la società, specialmente in contesti complessi. Tutto questo non è altro che la conferma che il valore pubblico si produce anche al di fuori della PA, ed è potenziato dall'intersezione di pubblico e privato (profit e non profit). In questo contesto, per assicurare la generazione di valore pubblico, ai manager pubblici è richiesta la capacità di far leva su network interorganizzativi e le loro risorse, di utilizzare logiche collaborative ed essere aperti a nuove soluzioni in modo adattivo ed evolutivo, soprattutto per quanto riguarda l'erogazione di servizi

(Stocker, 2006). Uno degli aspetti più interessanti del *Public Value Management* è il pragmatismo, ovvero la capacità di capire «cosa funziona» o quale modello di governance è più appropriato (O'Flynn, 2007). Questo significa superare il concetto del «*one-best-way for once and for all*» (l'approccio dell'unico modello migliore) (Alford & Hughes, 2008).

La Governance Collaborativa si concretizza attraverso varie forme di collaborazione, tra cui forme evolute di procurement (public procurement – 2P), come per esempio il *Value-based Procurement Process* (VBPP) elaborato e proposto dall'Osservatorio MASAN (vedere l'approfondimento al §16.3.1); partnership pubblico privato (3P); *public-private plural partnership* (4P, che prevedono anche il coinvolgimento di attori del terzo settore); forme di network interistituzionale e di co-produzione (Vecchi, 2023). Qui ci focalizziamo sul procurement e in particolare sul framework del VBPP elaborato dall'Osservatorio MASAN proprio per contribuire alla sperimentazione di logiche di Governance Collaborativa nel procurement sanitario.

16.3.1 Il Value Based Procurement in letteratura

La ricerca di valore pubblico in sanità e la centralità del paziente hanno interessato nell'ultimo decennio anche la funzione acquisti. Il *Value Based Procurement* (VBP) rappresenta un tema sempre più dibattuto a livello politico, nel mercato e nella letteratura scientifica. Il concetto di VBP, soprattutto nel confronto con gli operatori di mercato, fa spesso riferimento alla possibilità e ai vantaggi di introdurre contratti con pagamento legato all'outcome clinico. Il VBP ha già trovato frequente applicazione ai farmaci, ad esempio attraverso il *Managed Entry Agreement* per governare l'incertezza nell'esito del paziente: vengono pagate solo le somministrazioni che si sono rilevate ex post efficaci per la salute del singolo paziente. All'opposto, la sperimentazione del VBP su altre categorie merceologiche può apparire più articolata, per la complessa raccolta di dati clinici su cui impostare le gare e pagare i fornitori e per la forte dipendenza dell'outcome clinico dell'utilizzatore del bene/servizio acquistato. In Italia, è meritevole di citazione l'esperienza di ESTAR, che ha intrapreso un percorso di acquisto dei dispositivi medici di uso consolidato basato sul beneficio clinico per il paziente¹⁰. La valutazione comparativa dei prodotti sulla base del *Net Monetary Benefit* (NMB) è stata talvolta abbinata a meccanismi di pagamento basati sulla condivisione del rischio tra l'acquirente e il fornitore¹¹. Dato il contenuto altamente innovativo e le complessità operative, queste

¹⁰ Per un approfondimento si veda la Deliberazione di Giunta Regionale 11.10.2021, n. 1038, «Linee di indirizzo regionali su *Procurement Value-Based* di dispositivi medici di uso consolidato».

¹¹ Alcuni esempi di applicazione del *Net Monetary Benefit* sono descritti in Cusumano *et al.* (2021).

prime esperienze appaiono come sforzi isolati non solo nel panorama del SSN, ma anche a livello internazionale dove vi sono pochissimi casi documentati e nella maggior parte di tipo sperimentale. Tra le esperienze internazionali più interessanti, anche per la presenza di documentazione che ne illustra la genesi, gli obiettivi e le caratteristiche, è la gara pilota per la gestione del paziente affetto da stenosi valvolare severa realizzata dall'Hospital Clínic di Barcellona, descritta in sintesi nel seguito del capitolo.

Talvolta, sono state realizzate forme contrattuali che traggono ispirazione dai cosiddetti *bundled payment* (BP) relativi a interi percorsi terapeutici del singolo paziente. Il BP fa leva sulla capacità e sull'incentivo dell'erogatore di gestire un determinato budget per paziente e al contempo di assicurare un determinato livello di outcome clinico complessivo: il margine economico dipende dalla capacità di ridurre eventi avversi, quali ad esempio infezioni e recidive, e minimizzare il numero di prestazioni. La maggior parte dei BP è stata introdotta negli Stati Uniti (con l'*Affordable Care Act*) e nei sistemi sanitari basati su assicurazioni sociali obbligatorie (modello Bismark); esistono alcuni casi anche nei sistemi sanitari nazionali di tipo Beveridge. Gli studi disponibili (Steenhuis *et al.*, 2020; Zanotto *et al.*, 2021; Struijs *et al.*, 2020) indicano, nella maggior parte dei casi, risultati positivi in termini di contenimento della spesa e, in alcuni casi, in termini di innalzamento della qualità delle cure. Interessanti sono le parole di Robinson (2008) che evidenzia come il settore dei dispositivi medici non sia in grado di esprimere il suo potenziale (in relazione all'adozione di logiche di VBP) a causa della debolezza della domanda, dovuta alla carenza di dati, alla rigidità dei meccanismi di pagamento e alle deboli competenze nelle strutture organizzative che analizzano, acquistano e utilizzano i prodotti. Superare questi gap richiede, a chi acquista, di diventare più sofisticato e, a chi vende, di migliorare le proprie conoscenze sulle esigenze dell'acquirente e di operare in modo più orientato all'efficacia complessiva sul paziente e meno prestazionale. La letteratura di management (Meehan *et al.*, 2017) ha definito il VBP come quel processo che cerca di allineare, in modo strategico, le risorse, i prodotti e i servizi del fornitore a obiettivi del SSN definiti sulla base di outcome latamente intesi e considera tutti i costi e i benefici legati a un ampio spettro di attività interdipendenti. Nelle sue forme più evolute, il VBP si basa su innovazioni di mercato volte a produrre un impatto in termini di valore-in-uso di beni e servizi, da valutare in relazione all'intera catena del valore dei servizi di cura e assistenza, e che può tradursi anche in una riduzione dei costi totali del processo di cura (concetto che non va confuso con il prezzo di acquisto).

Facendo riferimento alla letteratura sul procurement (Cheng *et al.*, 2018), sono molte le barriere all'introduzione di innovazioni di questo tipo, tra cui: le scarse competenze; la mancanza di incentivi, di leadership strategica, di strumenti operativi e di prodotti (specie per il procurement *green*); la preferenza e l'apparente sicurezza di un procurement tradizionale, basato su logiche di

economicità di breve termine; l'avversione al rischio (paura del ricorso, paura della Corte dei Conti etc.). D'altra parte, la letteratura (Ansell & Gash, 2008) evidenzia che, per attuare logiche di governance collaborativa, sono essenziali alcune condizioni, formali e informali: competenze e organizzazione; leadership generativa, per assicurare fiducia (*trust*), *commitment*, definire chiare regole, gestire il dialogo ed esplorare reciproci vantaggi; incentivi; contesto favorevole alla collaborazione e capitale sociale; regole per assicurare legittimità; processi volti a generare outcome intermedi (i cosiddetti «*small wins*») per alimentare la fiducia e l'orientamento alla collaborazione.

Da un punto di vista metodologico, la letteratura ha anche evidenziato che le complessità del procurement, specialmente di quello sanitario, richiedono un approccio longitudinale di medio-lungo periodo e collaborativo per generare valore (Walker *et al.*, 2008).

16.3.2 Il Value-based Procurement Process (VBPP)

Alla luce della letteratura e delle evidenze empiriche internazionali e nazionali, e attraverso un costante lavoro di ricerca di tipo induttivo-deduttivo, l'Osservatorio MASAN ha proposto una rivisitazione del concetto di valore, da outcome clinico in sé e per sé a valore conseguibile attraverso una nuova postura al procurement. Infatti, la creazione di valore non dipende solo dal modo in cui una gara è strutturata (cioè da come considera o premia il maggior valore), ma, piuttosto, da un processo complessivo, che parte dalla definizione dei bisogni, definizione degli outcome attesi e arriva fino alla gestione e monitoraggio del contratto. In altre parole, il valore si genera attraverso tutte le fasi del processo di acquisto e gestione dei fornitori, secondo un approccio sistematico e non puntuale limitato al singolo contratto / fornitore. In questo contesto, appare dunque più appropriato parlare di *Value-based Procurement Process* (VBPP). Il termine processo non indica solo le diverse fasi dell'acquisto; esso si riferisce anche al fatto che per generare valore serve un processo evolutivo, che si rafforza nel tempo e diventa elemento di convergenza e crescita degli attori del sistema.

Il VBPP, illustrato in Figura 16.3, fonda il suo razionale nelle logiche di management che sottendono la strutturazione e gestione di un contratto d'appalto, ma l'approccio può essere esteso anche alle partnership in senso stretto (PPP come concessioni). In particolare, il suo snodo cruciale è rappresentato dalla costruzione del *business case*, quale strumento con il quale esplorare i fabbisogni a cui rispondere e valutare le modalità contrattuali più adeguate a rispondervi. La costruzione del *business case*, che avviene attraverso una robusta fase di analisi e programmazione, non può prescindere da una attenta valutazione di: (i) ciò che non ha funzionato nello scenario cosiddetto *as-is* (lo stato attuale); (ii) ciò che potenzialmente è disponibile sul mercato, soprattutto per

quanto riguarda soluzioni migliorative o innovative; (iii) condizioni di contesto, con riferimento alla cosiddetta *readiness* organizzativa all'adozione della nuova soluzione, eventuali barriere o fattori abilitanti. L'analisi di mercato può essere fatta utilizzando in modo più strutturato e più aperto la consultazione preliminare di mercato (art. 78 del Nuovo Codice). Grazie a ciò, il VBPP dovrebbe sostenere la capacità delle amministrazioni di scegliere in modo fondato, e quindi molto difendibile, e non necessariamente sulla base di calcoli meccanicistici, l'introduzione di modelli più innovativi di acquisto, capaci di generare più valore in termini di *Value for Society* (VfS) e non solo di *Value for Money* (VfM) (Box 16.1).

Box 16.1 Il Value for Society

Il concetto di VfS è associato al paradigma del *Public Value Management*. Diversi autori hanno evidenziato come quest'ultimo non sia un monolite (Jørgensen & Bozeman, 2007), ma, piuttosto, è articolato attraverso una pluralità di valori che devono essere perseguiti dalle PA e che, peraltro, possono dar luogo a trade-off. Per esempio, scegliere di acquistare *green* e più sostenibile genera ricadute di lungo termine, ma a discapito del risparmio di breve periodo. Ugualmente, acquistare forniture con materiali più duraturi o più adeguati può avere un prezzo di acquisto più alto nel breve periodo, ma ridurre gli sprechi e ottimizzare i costi di medio termine, oltre a generare risparmi grazie all'utilizzo più efficace delle risorse (es. riduzione delle degenze post-operatorie) e al conseguimento di migliori esiti clinici (es. riduzione di infezioni e recidive). Il nuovo Codice dei Contratti offre importanti sponde per operare scelte di procurement capaci di generare VfS, con i suoi articoli di principio, nello specifico quello del risultato – art. 1, e quello della fiducia – art. 2. Il riferimento è poi esplicito all'art. 108. Il VfS non è sempre di facile misurazione quantitativa, ma ciò non significa che le amministrazioni non possano costruire un *business case* utilizzando anche evidenze qualitative per suffragare le proprie scelte verso modelli di acquisto più strategici.

Elemento essenziale del VBPP, come conseguenza del *business case*, è la definizione del *petitum* – l'oggetto della gara -, del modello contrattuale e dei criteri di valutazione.

A differenza del *Value-Based Healthcare*, che prevede la remunerazione dell'assistenza sanitaria erogata in base ai risultati di salute dei pazienti, il VBPP non implica necessariamente una condivisione del rischio e quindi un pagamento legato al valore generato, in quanto il valore da conseguire è definito a monte, nella scelta dell'oggetto dell'acquisto.

Il VBPP consente di passare da un procurement di tipo operativo a uno di tipo strategico, le cui rispettive caratteristiche sono illustrate in Figura 16.4 (Vecchi *et al.*, 2020). In particolare, l'approccio strategico cerca di superare una relazione transazionale tra acquirente e fornitore e vede l'operatore economico come partner per conseguire gli obiettivi strategici di medio/lungo termine dell'amministrazione e assicurare resilienza e adattamento. Le scelte sono guidate non solo dalla ricerca dell'economicità ma del VfS, quindi un valore più

Figura 16.3 **Schema del *Value-based Procurement Process* elaborato dall'Osservatorio MASAN**



Figura 16.4 **Le caratteristiche del *procurement* tradizionale vis à vis strategico**

APPROCCIO TRADIZIONALE	➔	APPROCCIO STRATEGICO
Driver: costo e compliance	➔	Driver: efficienza, efficacia, innovazione, valore
Relazione transazionale con il mercato	➔	Relazione di partnership
Acquisti puntuali	➔	Acquisto di soluzioni
Valutazione elementi formali, scarsa discrezionalità	➔	Valutazione della capacità di rispondere al fabbisogno, gestione del rischio, sostenibilità
Focus: breve termine	➔	Focus: medio/lungo termine, resilienza, individuazione di risposte ai fabbisogni

Fonte: Vecchi *et al.*, 2020.

rotondo e composito, come scritto sopra (Box 16.1). La generazione di valore viene perseguita sia attraverso la definizione delle specifiche tecniche sia attraverso i criteri e i processi di valutazione; oppure attraverso la richiesta di soluzioni a un problema. Tra le soluzioni troviamo anche i cosiddetti contratti chiavi in mano o *bundled*, che si propongono di superare l'acquisto puntuale di singoli elementi. Altro aspetto importante è il profilo dell'operatore economico, e quindi l'approccio strategico si basa sull'identificazione di requisiti di partecipazione più selettivi e mirati, benché siano giustificati e non vadano a ledere il principio della concorrenza.

16.4 Il VBPP in pratica

Generare innovazione e valore nel processo di acquisto richiede un approccio evolutivo, collaborativo e longitudinale nel tempo (Walker *et al.*, 2008), basato su casi pilota che possono sfociare nei cosiddetti «*small wins*», cioè sperimentazioni circoscritte e virtuose, utili per rafforzare le competenze, creare legit-

timità e fiducia in un diverso paradigma e stimolare processi di emulazione. La mimesi è una delle tre forze isomorfiche che muovono le decisioni, secondo la teoria istituzionale (DiMaggio & Powell, 1983), soprattutto per quanto riguarda l'adozione di innovazioni in contesti complessi e incerti (Hong *et al.*, 2022).

In questo paragrafo proponiamo due casi selezionati tra le ricerche sviluppate nell'ambito dell'Osservatorio MASAN¹², con l'obiettivo di comprendere condizioni e modalità per attuare il VBPP.

In entrambi i casi è stato adottato un approccio di ricerca di tipo «*Mode 2*» (Gibbons *et al.*, 1994), che rientra nelle finalità istituzionali dell'Osservatorio MASAN e rappresenta la sua metodologia scientifica di riferimento. Esso prevede una stretta collaborazione tra manager, del pubblico e del privato, e ricercatori nella produzione di conoscenza, attraverso un processo di cosiddetta «*engaged scholarship*» (Van De Ven & Johnson, 2006), in altre parole l'opportunità per i ricercatori di inserire teorie nella pratica e per i manager di contribuire con le loro evidenze ed esperienze alla teoria. Si tratta di un approccio particolarmente appropriato al public procurement per la sua natura complessa, pratica e dinamica (Walker *et al.*, 2008).

I casi selezionati riguardano:

1. la costruzione del *business case* con il coinvolgimento di stakeholder clinici e non clinici;
2. la gara per l'acquisto di guanti realizzata da ESTAR e impostata secondo logiche di procurement sostenibile.

Il primo caso (§16.4.1) fa riferimento alle evidenze generate da due «*action-research*», che hanno coinvolto, in un ambiente neutro con finalità di costruzione di una conoscenza condivisa, una serie di stakeholder rilevanti, mediante alcuni *focus group*, per simulare modalità di definizione e contenuti del *business case* relativo all'acquisto di due prodotti selezionati in collaborazione con due imprese aderenti all'Osservatorio. Esso consente, quindi, di comprendere appieno la costruzione del *business case* quale elemento cruciale del VBPP.

Il secondo caso (§16.4.2) si colloca nell'ambito di un rapporto collaborativo pluriennale tra ESTAR e l'Osservatorio, finalizzato a generalizzare e, quindi,

¹² Non sono state incluse nel presente capitolo, in quanto pubblicate nei Quaderni e altri output dell'Osservatorio MASAN (link), le ricerche realizzate in relazione a: il «Buon Capitolato» (nell'ambito della ricerca Impact for Shape, con il supporto incondizionato di Olympus); il «Vendor Rating» (realizzato con la collaborazione di tutti gli aderenti all'Osservatorio); il «PPP a sostegno dell'innovazione digitale» (ricerca realizzata con il supporto incondizionato di Dedalus); «Creazione di valore con il procurement. Il caso dei dispositivi per il trattamento del diabete» (ricerca commissionata da Medtronic).

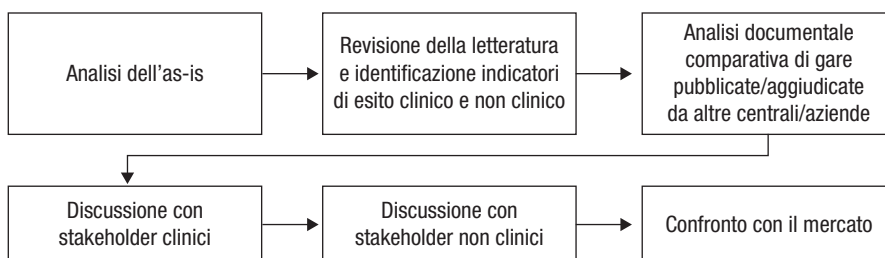
scalare le innovazioni sperimentali avviate dalla centrale. Esso fa riferimento a una gara di procurement sostenibile realizzata in autonomia da ESTAR, dalle cui evidenze è in corso di definizione, con il supporto dell'Osservatorio, un framework metodologico per favorire l'adozione sistemica e in logica incrementale, anche sulla base della maturità del mercato, del procurement sostenibile (vedi §16.4). Il caso, anche mediante la narrazione che riflette e comunica le intenzioni, il *commitment* e il *modus operandi* degli attori (Höglund *et al.*, 2021), consente di comprendere le condizioni organizzative e le scelte operative per attuare un procurement sostenibile, quale forma di VBPP.

16.4.1 Creazione di valore negli acquisti di dispositivi medici con il coinvolgimento degli stakeholder clinici e non clinici

La generazione di valore negli acquisti di dispositivi medici con il coinvolgimento degli stakeholder clinici – medici operanti in aziende sanitarie pubbliche – e non clinici – rappresentanti di centrali regionali e soggetti aggregatori, provveditori economi e farmacisti ospedalieri, ingegneri responsabili dell'implementazione di registri e di monitorare gli esiti – per la costruzione del *business case* è stata oggetto di due ricerche non ancora pubblicate, analoghe per metodologia ma differenti per merceologia considerata: la prima ha riguardato le reti riassorbibili per l'ernia addominale¹³ la seconda le lenti intraoculari monofocali a visione intermedia per la cataratta¹⁴.

Le ricerche si sono articolate in una serie di fasi successive da cui è stata derivata una metodologia generale che possa supportare operativamente le centrali e le aziende sanitarie nel momento in cui avviano i lavori propedeutici alla indizione di una gara in grado di generare valore (Figura 16.5).

Figura 16.5 **Metodologia operativa per l'implementazione di gare value-based per i dispositivi medici**



¹³ Progetto di ricerca sviluppato con il supporto incondizionato di Becton Dickinson.

¹⁴ Progetto di ricerca sviluppato con il supporto incondizionato di Johnson e Johnson, divisione Vision.

Gli step per la costruzione del business case

La costruzione del *business case* inizia con l'analisi dell'*as-is* (step 1). L'amministrazione deve verificare il raggiungimento degli obiettivi che si era prefissata nella gara precedente, la coerenza del disegno di gara, la correttezza dei quantitativi posti a gara, i quantitativi effettivamente ordinati (da riportare ai volumi di prestazioni erogate), il tasso di erosione dei lotti, eventuali criticità nel corso dell'esecuzione del contratto, incluse possibili problematiche legate alla sicurezza dei dispositivi (ad esempio segnalazioni di incidenti avvenuti nelle strutture sanitarie, avvisi di sicurezza e richiami dal mercato). A supporto dell'efficacia di questa attività, è fondamentale un sistema puntuale di monitoraggio dell'esecuzione del contratto, nel quale gli attori rilevanti – clinici utilizzatori, direttore dell'esecuzione del contratto (DEC), responsabile unico di progetto (RUP), responsabile regionale e/o aziendale della dispositivo-vigilanza, mercato – siano interconnessi e scambino periodicamente (ad esempio con relazioni semestrali) informazioni utili a garantire l'individuazione precoce e la soluzione delle criticità.

Nell'analisi dell'*as-is* i due attori critici da coinvolgere attivamente sono i clinici e il mercato dei fornitori. Per raccogliere il giudizio sulla bontà delle gare da parte di chi ha utilizzato i prodotti aggiudicati si suggerisce l'adozione di un modulo per rilevare il percepito articolato in una serie di item, quali la qualità dei prodotti aggiudicati, l'ampiezza della gamma dei prodotti a cui hanno avuto accesso, la qualità di eventuali servizi accessori, il rapporto con il fornitore, le criticità occorse, eventuali nuovi bisogni a cui i prodotti in gara non sono in grado di rispondere, nuovi prodotti da introdurre in affiancamento o in sostituzione. La raccolta del feedback deve essere fatta su larga scala, idealmente invitando tutti gli utilizzatori finali a compilare il modulo. Ciò è utile a instaurare un rapporto collaborativo tra chi acquista, che si deve porre in una posizione di ascolto dei bisogni dei clinici, e chi utilizza, che deve sentirsi parte attiva e artefice della costruzione della gara, a cui contribuisce con indicazioni e commenti. Per ridurre l'impegno a carico sia dei clinici sia del personale deputato alla elaborazione delle informazioni, si suggerisce di utilizzare moduli in formato digitale, snelli, costituiti per lo più da domande con risposte multiple pre-definite oltre a campi aperti opzionali per fornire ulteriori dettagli. La costruzione di gare che intendano acquistare valore per il paziente e per il sistema non può prescindere da un confronto precoce e approfondito anche con i fornitori attraverso la conduzione di una consultazione preliminare di mercato per fasi. Dopo avere illustrato gli obiettivi che intende conseguire in un incontro fisico/virtuale o in un documento scritto (fase 1), l'amministrazione potrebbe richiedere al mercato un giudizio in forma scritta sulle criticità percepite sia nella procedura di gara precedente sia nell'esecuzione del contratto e chiedere informazioni sulle soluzioni innovative che è in grado di fornire e sulle evidenze cliniche ed economiche a supporto (fase 2). Per valutare i prodotti/servizi

innovativi proposti, le amministrazioni sono libere di definire l'orizzonte temporale della letteratura di riferimento ed eventuali indicazioni in merito all'*impact factor* minimo richiesto (rilevanza scientifica delle riviste), avendo cura di individuare una soglia coerente con i singoli settori disciplinari. Si raccomanda di non limitare il perimetro degli studi alle sole evidenze sperimentali (trial clinici randomizzati), la cui conduzione nel settore dei dispositivi medici talvolta non è fattibile o non è etica (Drummond *et al.*, 2009), ma di considerare anche le evidenze osservazionali (*real world evidence*). Una volta ricevute le risposte, si suggerisce un incontro di approfondimento *one-to-one* con il singolo fornitore, preferibilmente di persona o in alternativa virtuale (fase 3). Si sottolinea come la richiesta delle referenze di letteratura al mercato, con indicazione del titolo e del DOI, sia esattamente il *modus operandi* adottato da ESTAR nelle consultazioni preliminari propedeutiche all'utilizzo del NMB.

In alternativa o in aggiunta alle informazioni ricevute dal mercato, è consigliabile verificare la disponibilità di revisioni di letteratura o report di HTA recenti o, in loro assenza, svolgere autonomamente una revisione di letteratura, meglio se con approccio sistematico (ovvero ricerca su database bibliografici basata su parole chiave, replicabile e aggiornabile), per identificare le evidenze cliniche ed economiche e mappare la numerosità e il setting (sperimentale o osservazionale) degli studi clinici, gli anni di pubblicazione delle evidenze, gli indicatori clinici (es. esito clinico e qualità di vita) e non clinico (perdite di produttività, preferenze del paziente) utilizzati a livello internazionale per misurare l'efficacia dei prodotti, e le evidenze di costo-efficacia e di impatto sul budget disponibili (step 2)¹⁵. La conoscenza degli indicatori di esito clinico da parte delle centrali e dei provveditori economi rappresenta un elemento facilitatore nel confronto con i clinici durante i lavori al collegio tecnico. Per agevolare l'interpretazione degli indicatori, non sempre immediata ai non addetti ai lavori, può essere utile che la centrale o il provveditore economo coinvolgano un clinico regionale/aziendale di riferimento. La raccolta delle evidenze cliniche ed economiche per finalità di acquisto è coerente con il modello di integrazione tra *Health Technology Assessment* (HTA) e procurement proposto dalla Cabina di Regia del Programma Nazionale di HTA dei Dispositivi Medici, che prevede la compilazione da parte dell'utilizzatore finale clinico di un modulo

¹⁵ Nelle ricerche qui descritte sono state condotte due revisioni sistematiche della letteratura. La ricerca bibliografica inerente alle evidenze cliniche è stata fatta sul database Pubmed con la stringa di ricerca («outcome*» OR «result*» OR «indicator*» OR «effect*») AND («biosynthetic*» OR «bioabsorbable*» OR «bioresorbable*» OR «resorbable» OR «absorbable») AND («mesh*» OR «prothes*») AND «hernia*» per le reti e («outcome*» OR «result*» OR «indicator*» OR «effect*») AND («monofocal» AND ((«intraocular» AND «lense*») OR «IOL»)) AND «cataract*» per le lenti. La ricerca bibliografica inerente alle evidenze economiche è stata fatta sui database Pubmed e Web of Science con le parole chiave («cost effectiveness» OR «cost utility») concatenate con il nome della tecnologia di interesse.

standard di richiesta di acquisto che include una sintesi delle evidenze disponibili¹⁶. La conduzione di revisioni di letteratura e/o la ricerca di revisioni già pubblicate richiede personale qualificato ed esperto in numero sufficiente per svolgerle. Se da un lato, questo aspetto potrebbe essere visto come una barriera all'adozione del modello proposto, dall'altro si sottolinea come l'esigenza di una revisione di letteratura ad hoc potrebbe non essere necessaria per tutte le tecnologie e potrebbero essere sufficienti le informazioni ricevute dal mercato. Sarà la centrale, di volta in volta, a stabilire il *modus operandi*.

In parallelo o subito a valle della revisione della letteratura, è importante svolgere una analisi di dettaglio che compari la propria gara con quelle svolte in altri contesti regionali o aziendali (step 3). Per facilitare la comparazione, è utile utilizzare una matrice che funga da *extraction protocol* da alimentare con la durata delle gare, il numero e la descrizione dei lotti, i criteri di valutazione della componente tecnica, la formula prezzo, il fabbisogno stimato, il prezzo a base d'asta e di aggiudicazione, eventuali lotti deserti e/o contenzioso.

Una volta raccolto ed elaborato questo set di informazioni, è il momento di avviare un confronto diretto con un campione di clinici utilizzatori esperti (step 4). Possono essere coinvolte sia figure operanti nel bacino territoriale di riferimento (ad esempio i clinici selezionati come membri del collegio tecnico) sia professionisti provenienti da altre regioni o aziende sanitarie, preferibilmente in numero non superiore a 4-5 per favorire lo scambio approfondito di esperienze sulla modalità di acquisto utilizzata in diversi contesti territoriali. Nelle ricerche descritte sono stati identificati e coinvolti i professionisti sanitari che avevano fatto parte delle commissioni tecniche e/o di aggiudicazione, dalla documentazione delle gare analizzate nello step precedente¹⁷. I clinici hanno partecipato a un focus group virtuale della durata di due ore, durante il quale hanno condiviso la loro esperienza con la gara in essere e ragionato su una lista di possibili criteri in grado di cogliere il valore della tecnologia in oggetto, moderati da economisti sanitari esperti di acquisti pubblici, valutazioni economiche e HTA, revisioni sistematiche di letteratura e conduzione

¹⁶ Per un approfondimento sul modello di integrazione tra HTA e procurement si veda il documento finale della Cabina di Regia dell'HTA (link) e l'Allegato 4 Individuazione delle tecnologie da sottoporre ad Assessment ed integrazione dei risultati di HTA nelle fasi di procurement e nei PDTA (link).

¹⁷ Nella ricerca sulle reti riassorbibili per l'ernia sono state analizzate le procedure di gara dell'Area Vasta Emilia Nord (2016), di ALISA (2017) relativa al fabbisogno di Liguria e Valle D'Aosta, dell'ospedale San Giovanni Addolorata (2018) per l'area di aggregazione comprendente, oltre alla azienda capofila, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I e la ASL Roma 1, e di ESTAR (2019 e 2019 e 2021). Per le lenti intraoculari a visione intermedia per la cataratta sono state analizzate le gare regionali di ARCA Lombardia (2019), Intercent-ER (2019) e ESTAR (2020) e le gare aggregate della ASL di Asti (2019), gara interaziendale per la stazione appaltante, la ASL e la Azienda Ospedaliera di Alessandria e della ASP di Agrigento (2020), gara di bacino occidentale.

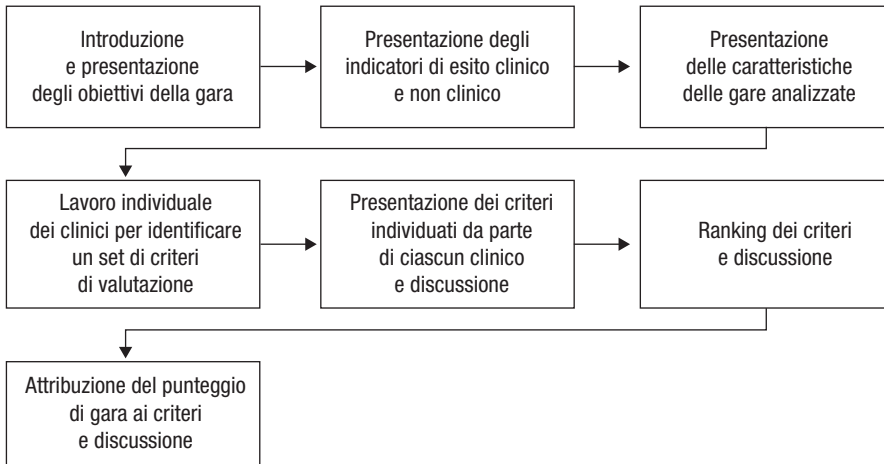
di interviste e focus group, con il supporto di un ricercatore con funzione di osservatore e verbalizzatore. Nella conduzione dell'incontro, è importante che la moderazione sia neutrale, aperta, priva di giudizi e punti di vista personali per non influenzare opinioni e risposte. La metodologia di lavoro seguita e che si suggerisce di utilizzare, eventualmente modificandola e adattandola per rispondere a specifiche esigenze, è un approccio strutturato, articolato in più fasi definite a priori e sintetizzato in Figura 16.6. Dopo la presentazione degli obiettivi che l'amministrazione intende perseguire tramite la procedura di gara¹⁸, è opportuno prevedere una sintesi degli indicatori clinici e non clinici identificati in letteratura e delle caratteristiche delle gare analizzate, concentrandosi sugli elementi più rilevanti per i clinici (criteri di valutazione, presenza di accordo quadro). A valle di questa introduzione, inizia il coinvolgimento diretto dei clinici in un confronto finalizzato a trovare una convergenza su una lista di indicatori da proporre per essere utilizzati come criteri di valutazione in sede di gara. Se dall'interlocuzione con il mercato emergesse che taluni elementi rilevanti sono ben consolidati nell'offerta di mercato, potrebbe essere valutato l'utilizzo di tali elementi anche come requisiti funzionali e non solo quali criteri di valutazione. Il metodo proposto è stato elaborato a partire dalla *nominal group technique*, una tecnica di brainstorming strutturato utilizzata in ricerca qualitativa, adattata per favorire il confronto in un contesto di meeting virtuale (Gallagher *et al.*, 1993). In una fase iniziale di *silent generation*, ai medici viene richiesto di lavorare individualmente e identificare un elenco di indicatori adatti a catturare il valore della tecnologia da proporre quale criterio di valutazione in sede di gara che successivamente, a turno, presentano ai colleghi. L'elenco degli indicatori proposti viene discusso dapprima per definire un ordine di priorità e successivamente per formulare una proposta di punteggio in gara¹⁹. Per ampliare la base di rilevazione delle dimensioni del valore da considerare in gara (criteri) e, eventualmente, il loro peso relativo (punteggi), è possibile costruire survey *ad hoc*, da sottoporre a gruppi più ampi di professionisti, eventualmente anche tutti gli utilizzatori di una regione.

Per le tecnologie non salva vita per le quali è legittimo ritenere che il paziente

¹⁸ Nel caso delle ricerche descritte, sono stati illustrati gli obiettivi della ricerca.

¹⁹ L'applicazione della *nominal group technique* si basa sull'utilizzo di strumenti di lavoro come cartelloni, post-it e pennarelli. La conduzione di focus group in videocollegamento ha imposto un adattamento del metodo tradizionale, con l'utilizzo di survey online compilate ed elaborate istantaneamente per raccogliere il punto di vista dei clinici. Più in dettaglio, un ricercatore ha inserito in tempo reale l'elenco degli indicatori proposti dai clinici in una survey online preparata sulla piattaforma Qualtrics e inviato il link per la compilazione. I clinici hanno compilato la survey al momento, ordinando i criteri dal più importante al meno rilevante. Le risposte sono state elaborate in forma anonima e il ranking è stato mostrato immediatamente ai partecipanti. Nel caso delle reti per l'ernia, visto il numero elevato di indicatori proposti, i primi dieci per ordine di importanza sono stati inseriti in una seconda survey online, con il mandato di fornire una proposta di punteggio di gara per ciascuno.

Figura 16.6 **Metodologia operativa per la conduzione della discussione con i clinici**



possa avere preferenze (ad esempio lenti intraoculari, ausili per incontinenza, dispositivi per il diabete), può essere opportuno coinvolgere nella costruzione del *business case* pazienti o associazioni di pazienti con l'obiettivo di costruire un ambiente che favorisca la *compliance* alla terapia. Tale coinvolgimento è in linea con il ruolo sempre più attivo previsto dalle direttive europee per i pazienti esperti sia nello sviluppo sia nella valutazione dei dispositivi medici. Esistono già esempi di gare la cui strategia è stata costruita con il coinvolgimento di associazioni di pazienti²⁰.

A valle della discussione con gli utilizzatori finali, è importante condividere l'analisi comparativa delle gare con i rappresentanti delle centrali e delle aziende sanitarie le cui gare sono state analizzate nello step 3, al fine di discutere eventuali informazioni non presenti nella documentazione di gara e confrontarsi sui risultati ottenuti dalle gare e sulle criticità incontrate (step 5). Operativamente, il confronto con le centrali e le aziende sanitarie è stato gestito con la presentazione dei risultati degli step precedentemente descritti (sintesi degli indicatori di esito clinico e non clinico, analisi comparativa delle gare, sintesi

²⁰ A titolo di esempio, le associazioni di categoria dei pazienti sono state coinvolte, insieme ai professionisti clinici e agli operatori economici, nel disegno della strategia di gara della procedura ARIA_2021_010 per ausili monouso ad assorbimento per incontinenza. Nella determina (link) si legge che «In particolare, a seguito del confronto con le associazioni di categoria dei pazienti e con i professionisti del settore, è stato ritenuto importante apportare elementi di modifica e miglioramento rispetto alle gare pregresse e, pertanto, ragionare su elementi attinenti a:

- I prodotti offerti, valutando l'inclusione di prodotti finora non compresi nelle gare;
- Le modalità di definizione degli affidatari dell'appalto, permettendo una aggiudicazione contemporanea anche a più fornitori.»

degli spunti raccolti con i clinici) e con un doppio giro di tavolo per commenti e approfondimenti.

Si suggerisce, poi di elaborare e sintetizzare le informazioni raccolte nei diversi momenti di confronto e condividerle con il gruppo tecnico incaricato di scrivere il capitolato di gara. Una volta che il gruppo tecnico ha predisposto il disegno di gara, si suggerisce di prevedere un ulteriore momento di confronto con il mercato, anch'esso per fasi, con la raccolta di commenti scritti sulla documentazione resa disponibile seguita da incontri *one-to-one* con le imprese (step 6).

Un processo di preparazione di gare innovative così articolato potrebbe disorientare i membri della commissione giudicatrice. Per assicurare una piena comprensione degli obiettivi della gara, dei criteri di valutazione e della modalità di assegnazione dei punteggi, è fondamentale un briefing approfondito alla commissione giudicatrice da parte del RUP, possibilmente con il coinvolgimento anche dei membri del collegio tecnico. Potrebbe anche essere suggerito l'utilizzo di strumenti di supporto alla valutazione, come discusso nel caso successivo.

Raccomandazioni

Le due ricerche consentono di individuare alcune raccomandazioni.

1. La costruzione di gare con approccio orientato al valore richiede di coinvolgere un gruppo ampio di stakeholder che possa dare il suo contributo e portare prospettive diverse. Un confronto aperto tra chi acquista e il fornitore permette di condividere le strategie e gli obiettivi della gara e avere piena consapevolezza delle soluzioni disponibili sul mercato. I clinici costituiscono un tassello fondamentale del processo. I chirurghi della parete addominale e i chirurghi oftalmologi operanti nelle regioni le cui gare sono state approfondite hanno partecipato con un forte interesse ai focus group, apportando la propria prospettiva, ma anche allargando il campo di contributo attraverso ulteriori competenze, diverse rispetto a quelle a cui sono solitamente esposti. È emerso, tuttavia, come sia difficile motivare il clinico a partecipare ai collegi tecnici, ma che si possa perfezionare un sistema di incentivi non monetari che attirino l'attenzione e stimolino il loro contributo riducendo la possibilità di ritrosia ad essere coinvolti nelle procedure di gara, come la possibilità di contribuire all'estensione di linee guida per l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici da usare per la costruzione delle gare o realizzare pubblicazioni scientifiche a valle dei lavori dei collegi tecnici stessi. Inoltre, per riuscire a porre i pazienti al centro è necessario prendere in considerazione la loro voce e definire il loro contributo. Questo aspetto richiede la definizione di adeguate modalità di coinvolgimento, analogamente a quella utilizzata per i clinici.

2. L'importanza e il valore delle evidenze scientifiche. Le recenti disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale ai regolamenti europei sui dispositivi medici e sui diagnostici in vitro (decreto legislativo 5 agosto 2022, n. 137, in vigore dal 28 settembre 2022) ribadiscono la volontà di «garantire che i processi decisionali del SSN siano informati da evidenze scientifiche sul potenziale impatto clinico, organizzativo, economico, sociale, legale ed etico dell'introduzione nella pratica clinica di tecnologie sanitarie» (art. 22 comma 1). Inoltre, prevede che, entro 180 giorni dall'entrata in vigore del decreto, le regioni e le province autonome, con un accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, stabiliscano «le modalità operative per rendere i procedimenti di acquisto più efficienti tenendo conto delle risultanze conseguenti all'esercizio delle funzioni di HTA [...] nonché sulla base degli obiettivi individuati dal Programma nazionale HTA» (art. 22 comma 3).
3. Portare negli acquisti sanitari logiche di valore secondo una prospettiva allargata, che tiene in considerazione non solo le ricadute economiche immediate delle scelte di acquisto sui bilanci degli erogatori e delle regioni, ma anche i costi e i benefici di medio e lungo periodo per la società nel suo complesso, non è automatico né semplice e richiede volontà, investimenti e tempo.
- (i) La programmazione sanitaria nazionale e regionale deve maturare la consapevolezza della necessità di passare da logiche di acquisto al prezzo più basso a logiche di acquisto di valore e della potenzialità di diffusione del VBPP. Questo deve tradursi in un mandato chiaro alle centrali regionali e ai soggetti aggregatori, anche supportato da un adeguato sistema di misurazione delle performance che vada al di là dei risparmi conseguiti.
- (ii) Portare logiche di HTA negli acquisti richiede poi un investimento in competenze: i soggetti coinvolti negli acquisti a livello regionale e aziendale debbono ricevere una adeguata formazione. Ancor più critica è la necessità di dotare di nuove competenze il personale sanitario, che è l'utilizzatore principale delle tecnologie sanitarie. Gli attuali percorsi di formazione universitaria sono focalizzati unicamente sugli aspetti clinici. Di conseguenza i professionisti sanitari, in partenza, sono carenti di quel set di competenze e di bagaglio culturale che consentirebbe loro di contribuire fattivamente alla generazione di valore attraverso la partecipazione ai collegi tecnici e alle commissioni di aggiudicazione. Oltre alla mancanza di competenze specifiche, il contesto attuale è caratterizzato da una generale mancanza di consapevolezza dell'importanza del loro contributo alla scrittura di buoni capitolati di gara. Il «sistema» ha, quindi, il dovere di mettere in campo tutte le azioni possibili per sensibilizzare i professionisti a svolgere un ruolo pivotale nel processo di gara creando al contempo incentivi adeguati.

- (iii) La creazione di valore per il paziente passa necessariamente attraverso l'identificazione delle dimensioni del valore e di come misurarlo, ma richiede anche un investimento in IT per ammodernare i sistemi informativi e automatizzare la raccolta routinaria di informazioni dettagliate sugli esiti dei pazienti, evitando in tal modo raccolte straordinarie di dati tramite registri ad hoc implementati per le singole iniziative di gara e che costituiscono un aggravio di lavoro per il personale deputato alla loro alimentazione.

Box 16.2 **La validità del VBPP oltre i confini del SSN²¹**

Gli elementi salienti per la costruzione del VBPP elaborati attraverso le ricerche – progettazione dell'iniziativa a partire dallo studio dell'*as-is* e del modello di diagnosi e cura dei pazienti, identificazione di criticità, colli di bottiglia e *unmet need*, definizione di ambiti di azione volti a correggere e migliorare le criticità riscontrate e specifiche linee di azione, confronto approfondito con il mercato – sono rintracciabili anche nel processo strategico e operativo seguito dall'Hospital Clínic di Barcellona nella gara pilota per la gestione completa, trasversale e multidisciplinare della stenosi valvolare aortica (progetto MITMEVA). Gli obiettivi che l'amministrazione si è posta con la gara trovano riscontro nei criteri di valutazione, che riflettono le linee di azione del progetto. Il caso prevede un meccanismo di condivisione del rischio, nella misura del 5% del valore della gara, che si attua attraverso un meccanismo di pagamento basato sul raggiungimento di alcuni risultati, misurati attraverso il sistema di indicatori su cui l'ospedale si è confrontata con il mercato in fase di consultazione preliminare. Questo caso conferma la validità del VBPP anche oltre i confini del SSN e quindi le sue potenzialità per una diffusione di logiche di acquisto value-based.

16.4.2 **Procurement sostenibile: il caso della gara guanti di ESTAR (Toscana)²²**

Una delle forme di procurement strategico in grado di generare VfS è il procurement cosiddetto sostenibile, cioè quello che integra, con modalità differenti, dimensioni di sostenibilità ambientale e sociale. Il ruolo del procurement

²¹ Per un approfondimento si veda G. Callea, Dall'innovazione di prodotto, all'innovazione organizzativa, all'appalto innovativo: il progetto pilota di gestione della stenosi valvolare aortica dell'Hospital Clínic de Barcelona, Teme 05-06/2023, pp. 26-31, link.

La gara ha previsto l'aggiudicazione secondo l'offerta economicamente più vantaggiosa con 96 punti attribuiti a criteri qualitativi, allineati con gli obiettivi che la gara si è prefissata, premianti le misure educative rivolte ai cittadini e ai pazienti che hanno ricevuto l'impianto di una valvola cardiaca, il programma di ottimizzazione del *referral* dei pazienti, la fornitura e la gestione dei materiali forniti, il sistema di supporto per la pianificazione dell'impianto di valvola aortica transcateretere (TAVI), il supporto logistico audiovisivo per la realizzazione di incontri multidisciplinari di valutazione diagnostica e della terapia da parte dell'*heart team*, il supporto digitale per il programma di riabilitazione pre- e post- intervento, il follow-up ed il monitoraggio per la valutazione dell'acquisto attraverso la raccolta di dati e il calcolo di indicatori per la valutazione del servizio.

²² Si ringraziano in particolare Paolo Torrico, Direttore Dipartimento Acquisizione Beni e Servizi, ed Erika Fiumalbi, UOC Metodi e Controlli – Dipartimento Farmaceutica e Logistica.

per contribuire al SDG n. 12 *sustainable consumption and production* è molto rilevante, sia a livello aziendale sia a livello dell'intera catena del valore. Il procurement pubblico sostenibile è poi considerato una vera e propria policy per generare innovazione, perché può stimolare il mercato a mettere a punto nuove soluzioni da integrare nella produzione di servizi pubblici, appunto più sostenibili, che possono poi essere scalate e utilizzate anche al di fuori della sfera pubblica. L'importanza di introdurre logiche di procurement sostenibili nella realizzazione di servizi sanitari deriva dagli impatti economici della supply chain (Yawar & Seuring, 2017), i cui costi ammontano a circa il 40% della spesa sanitaria complessiva (Bowen *et al.*, 2022). In Europa, le sole spese per servizi ancillari e per le forniture mediche ammontano al 23% della spesa sanitaria²³.

Il procurement pubblico può interiorizzare le dimensioni di sostenibilità in quattro momenti del ciclo dell'approvvigionamento:

1. in fase di qualificazione del fornitore (CHI partecipa) attraverso la definizione di requisiti speciali di partecipazione per potere inviare una propria offerta oppure essere invitati (art. 87 del nuovo Codice); questa fase potrebbe essere supportata da meccanismi di *vendor rating*, la cui applicazione al procurement nazionale è oggetto di un quaderno MASAN (Osservatorio MASAN, 2023);
2. in fase di definizione delle specifiche tecnico-funzionali (COSA si acquista) dei beni, servizi e lavori oggetto dell'appalto, facendo ricorso a etichettature come l'ecolabel o ad altri elementi spesso definiti dai criteri ambientali minimi (CAM) o, ancora, fattori collegati in modo specifico all'oggetto dell'appalto ritenuti rilevanti dall'amministrazione e argomentati in modo adeguato, per ridisegnare la catena del valore alleggerendo l'impatto ambientale e sociale;
3. durante la fase di valutazione delle offerte (COME si valuta), definendo ad esempio opportuni criteri premianti (art. 57 comma 2 e art. 108 comma 4) o valutando sulla base del costo del ciclo di vita (art. 108 comma 6);
4. in sede di esecuzione, definendo requisiti d'esecuzione e clausole contrattuali, nonché strumenti per il monitoraggio dei risultati conseguiti e degli impatti generati, anche volti all'applicazione di premi o penali.

La letteratura dedicata al procurement sostenibile in sanità è assai limitata (Bentahar *et al.*, 2023) e, in generale, quella riferita al procurement sostenibile pubblico indica come vi sia una tendenza all'isomorfismo istituzionale. Si tende, cioè, a utilizzare un approccio per lo più cosmetico o simbolico: viene assegnato solamente qualche punteggio premiale su temi ambientali e più re-

²³ Eurostat (online data codes: hlth_sha11_hf and nama_10_gdp), accesso luglio 2023.

centemente di tipo sociale, come per esempio la presenza femminile in posizioni apicali nelle strutture organizzative degli operatori economici, o ci si limita ad adottare gli standard imposti dalla legge. In Italia i CAM relativi alla sanità riguardano i servizi di ristorazione, pulizia e sanificazione, gestione del verde e dispositivi per incontinenza. Sul piano dei farmaci e dei dispositivi medici, la letteratura evidenzia ancora difficoltà nell'applicazione di metodi di valutazione e criteri per l'inclusione di aspetti ambientali all'interno di valutazioni HTA. Inoltre, la pluralità dei portatori di interesse che, direttamente o indirettamente, hanno voce e ruolo nella realizzazione dei servizi sanitari rende complessi l'identificazione e il bilanciamento degli elementi di sostenibilità lungo l'intero processo produttivo, nonché un monitoraggio sistematico e quindi affidabile.

Forme più avanzate si rilevano tra le utilities, spesso quotate, i cui sforzi sono trainati dalle politiche ESG (*Environment, Social, Governance*), e da alcune grandi aziende di stato, come RFI, che assegna un numero sempre più consistente di punti, in fase di valutazione, al profilo di sostenibilità del fornitore e alla sua capacità di gestire in modo sostenibile i cantieri.

Questi trend sono confermati anche da una survey condotta dall'Osservatorio MASAN nei mesi di aprile-maggio 2023, rivolta alle imprese associate, che costituiscono un campione rilevante di fornitori delle aziende sanitarie pubbliche italiane, e da alcune interviste ai buyer delle principali centrali di committenza regionali. La survey evidenzia non solo quanto emerge dalla letteratura scientifica, ma anche che il mercato sembra non essere ancora pronto, ad eccezione di alcuni casi, ad offrire prodotti e soluzioni sostenibili al di fuori di quanto previsto dai CAM. Inoltre, la sostenibilità sembra essere prevalentemente limitata alla dimensione corporate e fa fatica a guardare all'offerta di nuove soluzioni sostenibili per i propri clienti.

Tuttavia, alcuni segnali di cambiamento sono in atto, in Italia e all'estero e sono ascrivibili all'adozione di strategie di sostenibilità. Sempre di più sono le gare, sia di aziende sanitarie che di centrali, che introducono elementi di sostenibilità tra i criteri di valutazione. In genere, attraverso l'assegnazione di punteggi a certificazioni ambientali e ad altri elementi puntuali (spesso il packaging e i trasporti). Nel Regno Unito, l'NHS ha adottato una strategia per assicurare la transizione all'obiettivo Net-zero entro il 2045. In Italia, ESTAR, la centrale di committenza per il procurement sanitario della regione Toscana, è in procinto di elaborare una strategia di sostenibilità volta a guidare le scelte dei buyer.

Il caso

La gara per l'acquisto di guanti ad uso sanitario, pubblicata a dicembre 2022 da ESTAR, è composta da 14 lotti, ha un valore complessivo di 120 milioni di euro e copre un periodo di 48 mesi. Al momento in cui si scrive, sono in corso le operazioni di valutazione delle offerte. Il disegno di questa gara ha richiesto

circa un anno di lavoro e ha visto la collaborazione di un team di sei persone, con il supporto esterno dell'agenzia ambientale regionale (ARPAT). All'avvio della fase di disegno della strategia di gara, il team di approvvigionamento di ESTAR ha affrontato una decisione cruciale: replicare la procedura di gara precedente o perseguire l'innovazione? Optando per quest'ultima, ESTAR ha cercato di «alzare l'asticella» sugli aspetti ambientali e di sostenibilità in senso più ampio. Dalle parole del Direttore del dipartimento acquisti: «Nel mercato dei dispositivi di protezione personale, come i guanti, le caratteristiche tradizionali del prodotto potrebbero non essere sufficienti a catturare il valore, rischiando che la procedura di gara diventi un mero esercizio legale». È da notare che in Italia non esiste una regolamentazione specifica che impone l'utilizzo del procurement sostenibile per l'acquisto di guanti. Tuttavia, ESTAR ha tratto ispirazione dal CAM per i prodotti tessili, i dispositivi di protezione individuale e le mascherine, che pone l'attenzione su sostanze chimiche pericolose, etichette ecologiche, materiali riciclati e confezionamento.

Per garantire un approccio ben informato, ESTAR ha condotto una consultazione di mercato in due fasi: un primo incontro con i principali attori di mercato, seguito da un questionario. Questo scambio trasparente ha permesso al team di valutare non solo la preparazione del mercato riguardo alle sfide ambientali, ma anche la sua posizione su altre questioni di sostenibilità, in particolare i diritti civili e umani, dato che la produzione dei guanti avviene principalmente in paesi emergenti. In particolare, il dialogo con il mercato è stato utile per capire che molti produttori aderiscono ad associazioni internazionali che impongono, in logica di *self-regulation*, il rispetto di rigorose regole sui diritti umani che si applicano all'intera catena di fornitura. Di conseguenza, ESTAR ha deciso di estendere il focus della sostenibilità sia agli aspetti ambientali sia sociali. Inoltre, durante la consultazione, è emerso che certificazioni come SA8000 Accountability Sociale, UNI ISO 45001 Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro, EMAS Schema di Eco-Gestione e Audit e ISO 14001 Sistema di Gestione Ambientale sono già piuttosto diffuse tra i fornitori. Pertanto, l'utilizzo solo delle certificazioni ambientali o di sostenibilità non avrebbe sfidato sufficientemente i *player* del mercato. Tuttavia, per evitare possibili ricorsi, spesso utilizzati per sostenere un approccio di procurement più conservativo o inclusivo, ESTAR ha scelto di utilizzare le certificazioni nell'ambito dei criteri premiali anziché come requisiti obbligatori di partecipazione.

Considerazioni simili sono state fatte anche per questioni come il consumo energetico e l'uso di fonti rinnovabili lungo la catena del valore, il consumo d'acqua, i sistemi di riciclo, la gestione avanzata dei rifiuti e il packaging eco-sostenibile (realizzato con materiali riciclati e utilizzando inchiostri a base d'acqua). Poiché questi fattori sono comuni ma non tutti presenti contemporaneamente, sono stati considerati come criteri di valutazione anziché come

requisiti funzionali. Per la dimensione sociale, sono stati considerati l'adozione di politiche di rispetto dei diritti umani, la partecipazione ad associazioni internazionali attive nella prevenzione del lavoro forzato e l'utilizzo di audit avanzati, anche non programmati, sulla supply chain dei produttori di guanti. Dopo la consultazione di mercato, è stato costruito il disciplinare di gara, prestando attenzione a tre aspetti cruciali: la scelta degli elementi ambientali e sociali rilevanti da utilizzare come criteri di valutazione, l'ammontare dei punteggi da assegnare e la definizione di una griglia per agevolare gli offerenti e la commissione di gara. ESTAR ha deciso di assegnare sette punti alle tematiche ambientali e sette punti a quelle sociali, con ulteriori dieci punti per la minore presenza di sostanze chimiche.

Nei documenti della procedura di gara è stata inserita una griglia per aiutare i partecipanti a fornire informazioni pertinenti per il processo di valutazione. Inoltre, ai partecipanti è stato richiesto di fornire spiegazioni dettagliate sulla catena del valore al fine di poter valutare l'impatto ambientale e sociale complessivo. La griglia è stata progettata anche per supportare la commissione di gara nelle proprie attività valutative. È importante notare che l'assegnazione dei punteggi non si basa su un approccio binario sì/no, che spesso è preferito nelle PA, come forma poco strategica di gestione del rischio. Invece, data la complessità degli elementi oggetto di valutazione, la griglia rappresenta un approccio più flessibile (e per certi aspetti innovativo) per mettere i valutatori nelle condizioni di apprezzare le differenze delle offerte in termini di sostenibilità e, quindi, di esprimere il giudizio in modo più oggettivo.

Lezioni apprese dal caso

Il caso consente di evidenziare cinque lezioni utili a comprendere condizioni organizzative e operative per attuare logiche di VBPP.

1. In Italia, l'acquisto di guanti ad uso sanitario non è supportato da CAM, ma ciò non ha frenato la stazione appaltante nel superare un approccio al procurement basato solo sull'utilizzo di certificazioni. La mancanza di regole vincolanti non è stata percepita come un limite, ma al contrario, come un'opportunità per andare oltre un mero esercizio legale. Le norme sul procurement sostenibile, come i CAM, possono rappresentare sia un'opportunità sia un limite. La letteratura scientifica ha enfatizzato l'importanza della regolamentazione nel supportare il procurement sostenibile (Ahsan & Rahman, 2017). Il caso, tuttavia, evidenzia che quando la normativa non è presente, oppure quando potrebbe essere obsoleta rispetto agli avanzamenti del mercato, è necessario adottare un approccio al procurement di tipo strategico se si intende «alzare l'asticella» sulla sostenibilità. Non è un caso che questo sia stato fatto da ESTAR che aveva già sperimentato alcune innovazioni in ambito VBP, come scritto sopra.

2. Serve una leadership strategica e ambidestra per passare a un procurement sostenibile più ambizioso. La leadership ambidestra (Uhl-Bien & Arena, 2018) si basa sulla capacità di bilanciare valori quali *compliance*, concorrenza, economicità, da un lato, e innovazione e *Value for Society* dall'altro. Come osservato dal Responsabile degli Approvvigionamenti di ESTAR, introdurre innovazioni in termini di sostenibilità è più difficile, rispetto alle innovazioni cliniche, perché manca consapevolezza tra gli utenti di beni e servizi; tuttavia chi acquista può assumere un ruolo di promotore efficace ponendo domande che ne stimolino la consapevolezza.
3. Il dialogo con il mercato gioca un ruolo fondamentale per ridurre l'asimmetria informativa e valutare «quanto può essere alzata l'asticella». Se ESTAR, ad esempio, avesse reso le certificazioni un requisito di qualificazione obbligatorio, avrebbe escluso alcuni fornitori, potenzialmente portando a un ricorso e ritardi nell'approvvigionamento. Inoltre, un ricorso con esito sfavorevole per la stazione appaltante avrebbe potuto incrementare l'avversione al rischio, ostacolando futuri avanzamenti al procurement sostenibile. Ma, soprattutto, il dialogo con il mercato ha consentito di apprezzare la necessità di valutare la sostenibilità, sia ambientale che sociale, non solo su alcuni elementi puntuali (come il packaging o i trasporti) ma sull'intera *value chain* e questo è l'elemento di grande novità e merito di questa procedura di gara.
4. Il caso dimostra che quando la sostenibilità ambientale e sociale viene incorporata nei criteri di selezione, è cruciale assegnare un punteggio non marginale, affinché possa rilevare effettivamente nella scelta del fornitore e non essere un mero esercizio formale. Sette punti alla sostenibilità ambientale e sette punti a quella sociale rappresentano un valore tra i più alti non solo nel panorama nazionale ma anche internazionale, come emerge dalla letteratura scientifica di riferimento. Inoltre, è da apprezzare la scelta di non aver utilizzato un sistema di valutazione di tipo binario, in considerazione del fatto che la sostenibilità è un concetto ampio e può essere declinata in modo differente, sia a livello strategico che operativo.
5. Per passare a un procurement più sofisticato, il team, la competenza e gli strumenti sono essenziali. Nel caso specifico, la scelta di introdurre uno strumento ad hoc (la griglia) per supportare la commissione di valutazione nell'analizzare le offerte appare davvero interessante nel panorama nazionale.

16.5 Conclusioni

Il capitolo evidenzia i principali risultati dell'attività di ricerca dell'Osservatorio MASAN condotta nel corso del 2022 e nel primo semestre del 2023. Due sono le principali attività dell'Osservatorio: (i) il monitoraggio del mercato del

procurement centralizzato e (ii) la ricerca collaborativa, secondo l'approccio «*Mode 2*», volta a co-generare evidenze e conoscenze per supportare la transizione da un procurement tradizionale e operativo ad un procurement strategico (secondo il modello del VBPP).

I dati di mercato confermano, come peraltro evidenziato anche nel Rapporto OASI 2022 (Cusumano *et al.*, 2022), che la centralizzazione ha raggiunto un plateau. La centralizzazione è stata introdotta in Italia per perseguire obiettivi di razionalizzazione e contenimento della spesa (Vecchi *et al.*, 2019) e, quindi, *Value for Money* nella sua accezione più ristretta ma anche dominante a livello internazionale. Il monitoraggio conferma che il processo di centralizzazione può trovare applicazione, seppur in modo non immediato e non immune da fenomeni di isomorfismo, a beni e servizi standardizzabili (come farmaci e vaccini, che rappresentano le categorie che maggiormente assorbono l'attività delle centrali regionali). Più difficile è la sua applicazione a categorie merceologiche meno standardizzabili; o il cui valore-in-uso dipende da (i) fabbisogni e condizioni di contesto specifiche o (ii) innovazioni la cui introduzione richiede leadership, competenze specialistiche, collaborazione e dialogo tra gli stakeholder e apertura al cambiamento. Tuttavia, come già scritto in Cusumano *et al.* (2022), sono anche e proprio le centrali di committenza più avanti nel processo di centralizzazione che potrebbero liberare risorse e capacità, forti tra l'altro dell'esperienza maturata, per avviare sperimentazioni volte all'adozione di logiche di procurement più strategico. Il capitolo dedica la sua seconda parte ad alcuni casi sviluppati in seno all'Osservatorio e volti a comprendere e facilitare l'adozione del VBPP. La necessità di adottare logiche di valore nel procurement è stata affrontata nelle pagine del Rapporto OASI sin dal 2019 (Vecchi *et al.*, 2019, Cusumano *et al.*, 2020b, Cusumano *et al.*, 2021). Nel rapporto OASI 2022 (Cusumano *et al.*, 2022) era stata data una prima definizione di VBPP, successivamente messo meglio a fuoco e operazionalizzato, anche grazie alle diverse ricerche sul campo condotte. In particolare, il capitolo propone le evidenze di due casi che consentono di apprezzare sia le modalità per definire il *business case*, quale strumento strategico per supportare le scelte di innovazione, sia le condizioni organizzative e le scelte operative per attuare uno specifico tipo di VBPP, cioè il procurement sostenibile.

Il primo caso è apprezzabile perché non solo descrive un metodo puntuale per la costruzione del *business case*, ma soprattutto perché il metodo proposto deriva da due simulazioni che dimostrano che il processo è fattibile e replicabile. La ricerca ha riguardato due merceologie diverse e ha coinvolto stakeholder clinici e non clinici nella costruzione «in vitro» del *business case*, cercando di simulare, in un ambiente neutro, il processo che dovrebbe essere effettivamente posto in essere per avviare una gara in logica VBPP. L'approccio può essere adottato sia a livello aziendale che a livello di centrale regionale. L'adozione a livello aziendale, tuttavia, potrebbe essere facilitata grazie alla maggior vicin-

nanza tra vertici strategici, funzione acquisti e stakeholder. Tuttavia, è indubbia, la necessità di skills avanzate, che dovrebbero essere disponibili a livello di SSN nel suo complesso e attivate a supporto delle gare locali, almeno in una prima fase di consolidamento.

Il secondo caso è apprezzabile in quanto riguarda una gara innovativa realizzata da una delle centrali che ha meglio saputo attuare il processo di centralizzazione e che dimostra, dunque, che le centrali più mature possono effettivamente diventare «hub di competenze» (traiettoria evolutiva indicata già in Amatucci *et al.*, 2018 e in Vecchi *et al.*, 2019). Inoltre, le lezioni apprese dal caso forniscono spunti, sia strategici che operativi, per stimolare un effettivo avanzamento del procurement sostenibile.

I casi consentono di definire quattro ingredienti salienti per attuare il VBPP.

1. L'importanza della leadership strategica; ciò significa che gli assessorati regionali devono selezionare con cura i manager a cui affidare la guida delle centrali.
2. Le competenze specialistiche di cui si devono dotare le centrali per far in modo che il valore clinico e la sostenibilità non siano un mero «*thicking the box*», ma possano davvero permeare le scelte di acquisto e quindi le strategie competitive del mercato; a tal proposito, e semmai in una fase di start up, le centrali più avanti e competenti potrebbero agire da «consulenti» delle altre, al fine di favorire un avanzamento del VBPP e del procurement sostenibile. Mobilitare competenze su sostenibilità ed HTA nel breve periodo è complesso.
3. La centralità dell'interlocazione preliminare con il mercato, non tanto come mero confronto volto anche a ridurre il rischio di ricorsi, quanto soprattutto come momento di dialogo e confronto costruttivo per rendere possibile una co-evoluzione del sistema e un mutuo apprendimento.
4. La necessità di ripensare il rapporto sistema informativi e procurement. Oggi la digitalizzazione nel procurement non può essere più solo intesa come dematerializzazione della gara ma, piuttosto, come messa a punto di sistemi che possano rendere più efficiente ed efficace, promuovendo lo svolgimento delle attività in parallelo e non in sequenza, l'intero processo della supply chain, comprese le fasi di monitoraggio e valutazione in itinere.

Da notare un punto molto importante. Introdurre cambiamenti richiede consenso e d'altra parte l'innovazione nel settore pubblico si genera anche per rispondere alle pressioni dell'ambiente esterno. Se gli stakeholder clinici e le associazioni di pazienti possono rappresentare un fulcro di queste pressioni al cambiamento per l'introduzione di gare con più attenzione al valore clinico, per quanto riguarda la sostenibilità ambientale e sociale è necessario una maggior sensibilizzazione delle organizzazioni sanitarie (Roman, 2017).

Infine, merita una considerazione la questione tempi. Se nella prima parte del capitolo sono stati evidenziati i lunghi tempi per aggiudicare le gare di alcune categorie merceologiche, nella seconda parte si sono proposte metodologie sofisticate e *time-consuming*. È evidente che su gare standard e tradizionali la variabile tempo dovrebbe essere gestita in modo efficiente; mentre, è accettabile, soprattutto in fase di start up, un investimento temporale maggiore per introdurre gare più sofisticate in logica VBPP.

16.6 Bibliografia

- Ahsan K. e Rahman S. (2017), «Green public procurement implementation challenges in Australian public healthcare sector», *Journal of Cleaner Production*, 152, pp.181-197.
- Alford J. e Hughes O. (2008), «Public value pragmatism as the next phase of public management», *The American Review of Public Administration*, 38(2), pp.130-148.
- Amatucci F., Callea G., Cusumano N., Longo F., Vecchi V. (2018), «La funzione acquisti nel SSN alla luce dei processi di aggregazione della domanda: attori e strumenti», in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2018*, Milano, Egea.
- Ansell C. e Gash A. (2008), «Collaborative governance in theory and practice», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), pp.543-71.
- Bentahar O., Benzidia S., Bourlakis M. (2023), «A green supply chain taxonomy in healthcare: Critical factors for a proactive approach», *The International Journal of Logistics Management*, 34(1), pp. 60-83.
- Bowen B., Galceran B. C., Karim S., e Weinstein W. (2022), «Optimizing health system supply chain performance», *McKinsey Insights*.
- Cheng W., Appolloni A., Amato A., Zhu Q. (2018), «Green public procurement, missing concepts and future trends – A critical review», *Journal of Cleaner Production*, 176, pp.770-784.
- Crosby B. C., 't Hart P., Torfing J. (2017), «Public value creation through collaborative innovation», *Public Management Review*, 19(5), pp. 655-669.
- Cusumano N., Amatucci F., Brusoni M., Callea G., Longo F., Vecchi V. (2020), «Quaderno 02-2020 I tempi di gestione dei processi di approvvigionamento centralizzato», *Quaderni dell'Osservatorio MASAN*.
- Cusumano N., Vecchi V., Amatucci F., Brusoni M., Callea G., Longo F. (2020), «Evoluzioni e impatti della centralizzazione degli acquisti nel SSN: proposte per il miglioramento dei sistemi regionali», in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2020*, Milano, Egea.
- Cusumano N., Vecchi V., Brusoni M., Callea G., Amatucci F., Longo, F. (2022), «Procurement sanitario: aggiornamento sullo stato della centralizzazione

- degli acquisti e tendenze emergenti nell'attuazione del PNRR», in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2022*, Milano, Egea.
- Cusumano N., Vecchi V., Callea G., Amatucci F., Brusoni, M., Longo F. (2021), «Acquisti sanitari: la pandemia e il consolidamento del mercato. L'urgenza di traiettorie evolutive», in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea.
- DiMaggio P.J. e Powell W.W. (1983), «The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organisational fields», *American Sociological Review*, 48(2), pp. 147-160.
- Drummond M., Griffin A., Tarricone R. (2009), «Economic evaluation for devices and drugs – same or different? », *Value Health*, 12(4), pp. 402-404.
- Gallagher M., Hares T., Spencer J., Bradshaw C., Webb, I. A. N. (1993), «The nominal group technique: a research tool for general practice?», *Family practice*, 10(1), pp. 76-81.
- Gibbons M.L., Limoges C., Nowotney H., Schwartman S., Scott P., Trow M. (1994), *The New Production of Knowledge: The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*, Londra, Sage.
- Höglund L., Mårtensson M., Thomson K. (2021), «Strategic Management, Management Control Practices and Public Value Creation: The Strategic Triangle in the Swedish Public Sector», *Accounting Auditing and Accountability Journal*, 34(7), pp. 1608-1634.
- Hong S., Kim S. H., Kwon M. (2022), «Determinants of digital innovation in the public sector», *Government Information Quarterly*, 39(4), 101723.
- Jørgensen T. B. e Bozeman B. (2007), «Public values: An inventory», *Administration & Society*, 39(3), pp. 354-381.
- Meehan J., Menzies L., Michaelides R. (2017), «The long shadow of public policy; Barriers to a value-based approach in healthcare procurement», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 23(4), pp. 229-241.
- Moore M. H. (1995), *Creating public value: strategic management in government*, Harvard University Press.
- O'Flynn J. (2007), «From new public management to public value: Paradigmatic change and managerial implications», *Australian Journal of Public Administration*, 66(3), pp. 353-366.
- Osservatorio MASAN (2023), «Costruire un sistema di riferimento del fornitore», *Quaderni dell'Osservatorio MASAN*.
- Robinson J. C. (2008), «Value-based purchasing for medical devices», *Health Affairs*, 27(6), pp. 1523-1531.
- Roman A. V. (2017), «Institutionalizing sustainability: A structural equation model of sustainable procurement in US public agencies», *Journal of Cleaner Production*, 143, pp. 1048-1059.
- Steenhuis S., Struijs J., Koolman X., Ket J., Van Der Hijden E. (2020), «Unraveling the Complexity in the Design and Implementation of Bundled Pay-

- ments: A Scoping Review of Key Elements From a Payer's Perspective», *The Milbank Quarterly*, 98(1), pp. 197–222.
- Stoker G. (2006), «Public value management: A new narrative for networked governance?», *The American Review of Public Administration*, 36(1), pp. 41-57.
- Struijs J. N. (2015), «How Bundled Health Care Payments Are Working in the Netherlands», *Harvard Business Review*.
- Uhl-Bien M. e Arena M. (2018), «Leadership for organizational adaptability: A theoretical synthesis and integrative framework», *The Leadership Quarterly*, 29(1), pp. 89-104.
- Van De Ven A. H. e Johnson P. E. (2006), «Knowledge for Theory and Practice», *The Academy of Management Review*, 31(4), pp. 802–821.
- Vecchi V., Amatucci F., Callea G., Cusumano N., Longo F. (2019), «Gli effetti della centralizzazione degli acquisti: prime evidenze empiriche», in Cergas (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, Milano, Egea.
- Vecchi V., Cusumano N., Boyer E. J. (2020), «Medical supply acquisition in Italy and the United States in the era of COVID-19: the case for strategic procurement and public–private partnerships», *The American Review of Public Administration*, 50(6-7), pp. 642-649.
- Vecchi V. (2023), «Partnership in sanità: why, what, how?», *Quaderni dell'Osservatorio MASAN*.
- Walker H., Harland C., Knight L., Uden C., Forrest S. (2008), «Reflections on longitudinal action research with the English National Health Service», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 14(2), pp. 136-145.
- Yawar S. A. e Seuring S. (2017), «Management of social issues in supply chains: A literature review exploring social issues, actions and performance outcomes», *Journal of Business Ethics*, 141(3), pp. 621-643.
- Zanotto B. S., Etges A. P. B. S., Marcolino M. A. Z., Polanczyk C. A. (2021), «Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review», *Journal of Healthcare Management*, 66(5), pp. 340–365.

17 Il *payback* come misura di contenimento della spesa per farmaci e dispositivi medici

di Patrizio Armeni, Giuditta Callea, Francesco Costa, Francesco Malandrini, Monica Otto, Gaia Segantin, Pietro Sirena, Rosanna Tarricone¹

17.1 Introduzione

Nel 2022 il settore dei dispositivi medici ha ricevuto per la prima volta dal governo italiano la richiesta di ripiano degli sfondamenti del tetto sulla spesa per gli anni 2015-2018, per un totale di quasi 2,1 miliardi di euro. L'intero settore industriale del device ha risposto riportando all'attenzione un tema particolarmente importante anche per il mondo farmaceutico, dove lo sfondamento del tetto degli acquisti diretti del solo 2022, secondo i dati del monitoraggio AIFA impone alle farmaceutiche un ripiano pari a circa 1,35 miliardi di euro (AIFA, 2022).

Il capitolo si pone l'obiettivo di analizzare, con riferimento sia ai farmaci sia ai dispositivi medici, lo strumento di finanziamento e controllo della spesa costituito dal binomio tetti di spesa (definiti come una percentuale fissa del finanziamento del SSN) – *payback*. Più in dettaglio, il capitolo intende rispondere alle seguenti domande:

1. Nel panorama europeo, vi sono sistemi per il finanziamento e il contenimento della spesa sanitaria che prevedono forme di *payback* comparabili con le misure per i farmaci ed i dispositivi medici attuate in Italia? Se vi sono, in cosa si differenziano?
2. Quali altre soluzioni sono presenti nei principali Paesi europei per bilanciare la sostenibilità della spesa e l'accesso all'innovazione tecnologica?

¹ Sebbene il capitolo sia riconducibile al lavoro di squadra condotto da tutti gli autori, il § 17.1 è stato elaborato da Patrizio Armeni, i § 17.2 e 17.3.1 da Francesco Costa, Gaia Segantin e Francesco Malandrini, il §17.3.2 da Giuditta Callea e Gaia Segantin, il § 17.3.3 da Patrizio Armeni e Francesco Malandrini, il §17.4 da Pietro Sirena, il §17.5 da Patrizio Armeni, Giuditta Callea, Monica Otto e Rosanna Tarricone. La revisione complessiva del capitolo è stata curata da Monica Otto e Rosanna Tarricone.

3. Dal punto di vista di policy, quali sono i vantaggi e gli svantaggi del sistema *tetti-payback*? Esistono evidenze sull'impatto in termini di accesso alle tecnologie?
4. Dal punto di vista economico-aziendale, a quanto ammonta il *payback* richiesto alle imprese produttrici di farmaci e dispositivi medici e quali impatti comporta sui loro bilanci?
5. Quali sistemi alternativi, anche tra quelli già adottati in altri Paesi, potrebbero consentire un superamento del *payback*? Come dovrebbero i policymaker italiani gestire un'eventuale transizione verso questi altri sistemi?

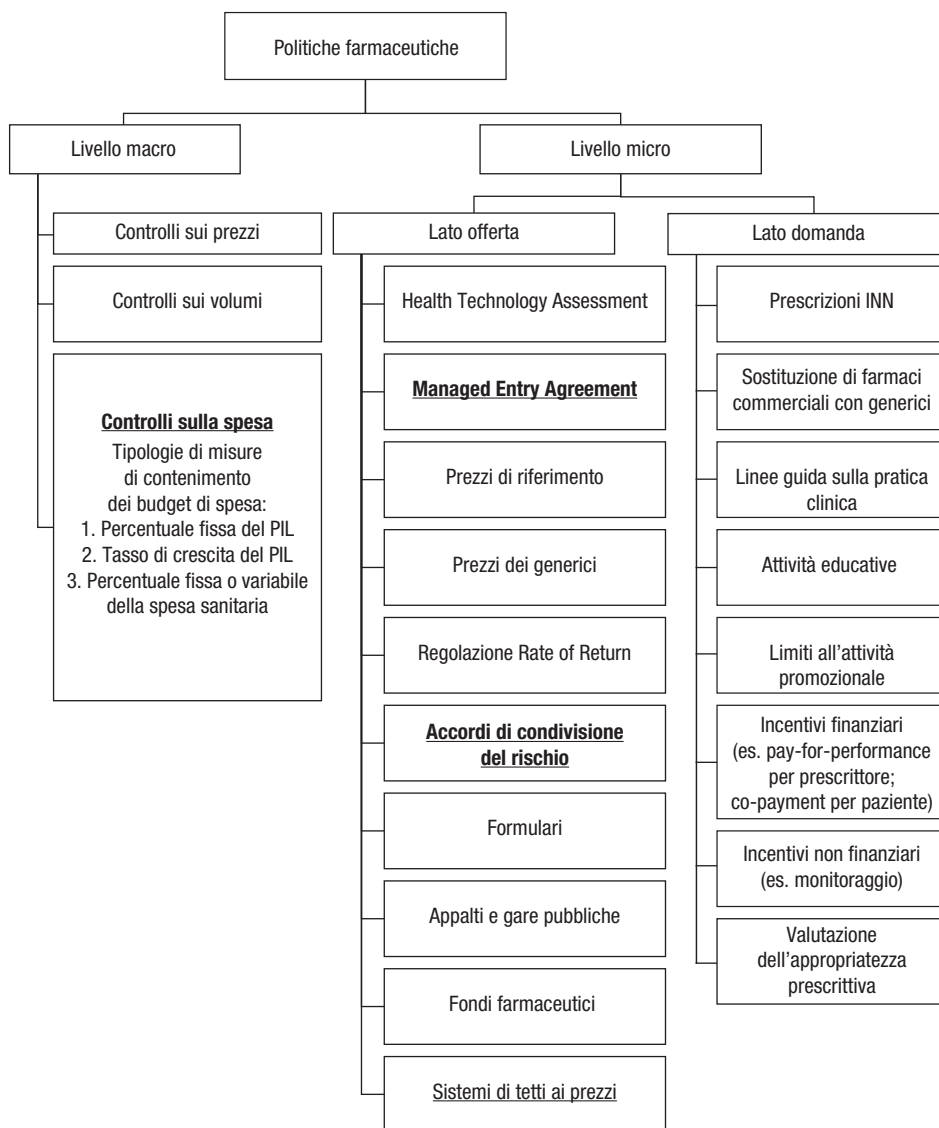
L'obiettivo d'impatto del capitolo è duplice: da un lato, si vuole offrire un'analisi rigorosa e ampia dello strumento *tetto-payback* che finora in Italia è stato prevalentemente speculativo o focalizzato sul momento contingente, cercando invece di concentrare l'attenzione sul posizionamento dello strumento in seno ad un panorama più complesso di policy e di leve di finanziamento. Dall'altro lato, si vuole analizzare il caso italiano in una prospettiva europea, discutendone le peculiarità e i punti di contatto alla luce delle scelte operate da altri Paesi, favorendo la comprensione e la valutazione del meccanismo italiano che è sicuramente poco noto all'estero.

Il capitolo è strutturato come segue: il § 17.2 è dedicato al confronto internazionale e contiene un approfondimento sulle forme di contenimento della spesa sanitaria che comprendono *payback* a carico delle imprese; il § 17.3 presenta l'analisi del contesto italiano in termini di evoluzione normativa e include l'analisi di dati quantitativi su farmaci e dispositivi medici (ammontare del *payback*, impatto sul bilancio delle imprese e, limitatamente ai dispositivi medici, relazione tra *payback* e spesa per prestazioni sanitarie acquistate da erogatori privati); nel § 17.4 viene riportata una sintesi della reazione delle imprese al *payback* in termini di contenzioso avviato; nel § 17.5, infine, vengono discussi i principali punti emersi, identificando le leve disponibili per sviluppare policy alternative rispetto meccanismo attuale.

17.2 Possibili utilizzi del meccanismo di *payback*: analisi comparativa internazionale

In ambito sanitario il termine *payback* indica, genericamente, la restituzione finanziaria di una parte degli importi percepiti da parte dei fornitori di tecnologie sanitarie ai sistemi sanitari. Le motivazioni alla base della restituzione possono essere diverse, in generale riconducibili allo sfioramento di livelli predefiniti di spesa o alla performance del prodotto nella pratica clinica. Per comprendere le diverse accezioni di utilizzo del *payback*, un utile schema di riferimento è la classificazione delle misure di contenimento della spesa a li-

Figura 17.1 **Sistema di classificazione delle politiche di contenimento della spesa farmaceutica nei diversi livelli di governance**



Fonte: elaborazione da Kanavos & Casanovas (2020).

vello macro e micro proposta da Kanavos & Casanovas (2020) (Figura 17.1). Sebbene lo schema sia stato originariamente sviluppato con riferimento al settore farmaceutico, esso è generalizzabile anche a quello dei dispositivi medici. Come evidenziato in figura, a livello macro il *payback* può derivare da misure di contenimento della spesa che fissano un tetto massimo, fisso o variabi-

Tabella 17.1 **Tipologie di *payback* rilevanti nell'ambito del governo della spesa farmaceutica e per dispositivi medici**

Forme di <i>payback</i>	Descrizione
Livello macro	
Ripiano della spesa farmaceutica convenzionata	Misura per effetto della quale la filiera del comparto farmaceutico (aziende produttrici, grossisti e farmacisti) è chiamata a ripianare al 100% l'eccedenza della spesa farmaceutica, in caso di superamento del tetto stabilito per legge.
Ripiano degli acquisti diretti di farmaci da parte delle aziende sanitarie pubbliche	Misura per effetto della quale le aziende produttrici sono chiamate a ripianare il 50% dello sfondamento del tetto sulla spesa per acquisti diretti.
Ripiano della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici	Misura per effetto della quale i produttori e i distributori di dispositivi medici sono chiamate a ripianare una percentuale (40% nel 2015, 45% nel 2016 e 50% a decorrere dal 2017) dello sfondamento del tetto sulla spesa per dispositivi medici.
Livello micro	
Schemi di rimborso condizionato (MEA)	Meccanismi utilizzati per legare l'effettivo onere a carico del terzo pagatore ai volumi di utilizzo o all'efficacia reale di una nuova tecnologia (farmaco o dispositivo medico). Alcuni esempi di utilizzo da parte di AIFA sono gli sconti prezzo-volume, il <i>cost sharing</i> (che prevede la riduzione del prezzo del farmaco nei cicli di trattamento iniziali, finché non è chiaro se il paziente risponde), il <i>payment by results</i> (il produttore rimborsa il pagatore per i <i>non-responders</i>), il <i>risk sharing</i> (il 50% del costo dei <i>non-responders</i> viene rimborsato dal produttore) ed il <i>payment at results</i> (il pagamento viene effettuato in tranche, solo nel caso di esito positivo del trattamento) (Garrison <i>et al.</i> , 2013).
Accordi di condivisione del rischio nell'ambito di gare pubbliche per l'acquisto di dispositivi medici	Meccanismo che prevede la restituzione di una quota del prezzo di acquisto (abituamente il 50%) se l'esito misurato nel mondo reale è peggiorativo rispetto a quello promesso in sede di gara e la causa è imputabile alla performance del prodotto. ¹
Payback per sfondamento tetti di prodotto	Meccanismo relativo allo sfondamento dei tetti di prodotto ai sensi della delibera CIPE n. 3 del 1/2/2001 in attuazione di quanto disposto dall'art. 48, c. 33 del DL n. 269 del 30/11/2003, convertito con modificazioni dalla L. n. 326 del 24/11/2003. In caso di sfondamento degli importi dedicati ai tetti di prodotto (es. fondo innovativi), le tecnologie rientranti nelle categorie che hanno accesso al fondo devono essere finanziate con il tetto di spesa per acquisti diretti, concorrendo così con le altre specialità medicinali.
Sistemi di tetti ai prezzi: Payback 5%+5%	Meccanismo che consente alle aziende farmaceutiche di richiedere ad AIFA la sospensione della riduzione del prezzo del 5% per le specialità medicinali di cui esse sono titolari dietro versamento del relativo controvalore su appositi conti correnti indicati dalle Regioni, introdotto in seguito alla sospensione delle due differenti forme di riduzione del prezzo dei farmaci pari al 5% ciascuna previsto dalla (L. 27/12/ 2006, n. 296 - Legge finanziaria 2007).
Sistemi di tetti ai prezzi: Payback 1,83%	Onere (sconto) sulla spesa farmaceutica convenzionata (art. 11, c. 6, del DL78/2010 convertito con modificazioni nella L. 30/07/2010, n.122, e ulteriormente modificato sulla base di quanto disposto dall'art. 2, c. 12-septies del DL 29/12/2010, n.225, convertito, con modificazioni, dalla L. 26/02/ 2011, n.10. e ss.mm.ii.) a carico delle aziende farmaceutiche calcolato sul prezzo di vendita al pubblico dei medicinali dispensati a carico del SSN, in regime di erogazione convenzionale.

¹ Per un approfondimento dell'utilizzo degli accordi di risk-sharing da parte di ESTAR in Toscana si veda Cusumano *et al.* (2021), Acquisti sanitari: la pandemia e il consolidamento del mercato. L'urgenza di traiettorie evolutive, in Rapporto OASI 2021.

le, rapportato al prodotto interno lordo (PIL) o alla spesa sanitaria. A livello micro, invece, è utilizzato in ambito farmaceutico come strumento di governo dell'incertezza attraverso la stipula dei Managed-Entry Agreement (MEA) e come sistema di tetto ai prezzi. Un ulteriore utilizzo, sia per farmaci sia per dispositivi medici, è quello connesso agli accordi di condivisione del rischio. La Tabella 17.1 presenta le diverse forme di *payback* per farmaci e dispositivi medici attualmente utilizzate in Italia. All'applicazione del *payback* con finalità di ripiano di eventuali scostamenti di spesa dai livelli di finanziamento programmato è dedicato un approfondimento nel § 17.3.

Al fine di meglio comprendere lo strumento del *payback* come misura di contenimento della spesa per farmaci e dispositivi medici, è stata condotta un'analisi comparativa a livello internazionale per approfondire le attuali misure di *governance* attive nei Paesi europei considerati. Nel dettaglio, sono stati studiati i contesti di 5 Paesi europei: Regno Unito, Francia, Germania, Spagna e Svezia². Tale ricerca è stata condotta tramite un'analisi della letteratura grigia e dei siti ufficiali delle istituzioni dei Paesi studiati.

La Tabella 17.2 mostra una sintesi dei Paesi europei analizzati che utilizzano forme di *payback* per il controllo della spesa per farmaci e dispositivi medici. Nel seguito del capitolo, per ogni Paese, sono descritti brevemente i criteri di determinazione del finanziamento di farmaci e dispositivi medici e gli eventuali meccanismi di contenimento della spesa per tecnologie, ove presenti. Per approfondimenti più dettagliati in merito ai criteri di finanziamento e *governance* dell'assistenza farmaceutica, si rimanda al capitolo 8 del presente rapporto.

17.2.1 Francia

Per quanto riguarda il finanziamento per farmaci in Francia, il target di spesa farmaceutica è stabilito dal sistema ONDAM (*Objectif national de dépenses d'assurance maladie*), a cui è associato un meccanismo di ripiano del superamento del target identificato. Il sistema ONDAM, attivo dal 1996, è stabilisce annualmente gli obiettivi di spesa sanitaria da raggiungere e non superare (fra cui la spesa per farmaci e la spesa per dispositivi medici).

L'ONDAM viene determinato dalla *Loi de financement de la Sécurité sociale* (LFSS), equivalente della legge di bilancio italiana, sulla base di criteri storici e dati epidemiologici. A partire dal target annuale ONDAM, la LFSS determina anche il cosiddetto «Importo M», ovvero una soglia sul fatturato delle imprese farmaceutiche, aggiustata annualmente in base al trend di cresci-

² Sono stati scelti questi Paesi per avere un confronto fra sistemi sanitari differenti: il Regno Unito ha un sistema sanitario di tipo Beveridge, Francia e Germania hanno sistemi sanitari di tipo Bismarck, Spagna e Svezia hanno sistemi sanitari fortemente decentralizzati.

ta del comparto, che consente di identificare le imprese chiamate a ripianare lo sfondamento della spesa farmaceutica rispetto al target di spesa (Importo M). In altre parole, in Francia saranno solo le imprese che hanno superato, in termini di fatturato, l'importo M a ripianare eventuali scostamenti positivi dal target di spesa. Il meccanismo di ripiano della spesa si chiama «Clausola di Salvaguardia» ed avviene a favore dell'*Assurance Maladie* (il sistema centralizzato di assicurazione sociale). L'importo del pagamento dovuto dalle imprese si calcola sulla dimensione del superamento dell'Importo M ed è su scala progressiva, ovvero aumenta all'aumentare dello scostamento del fatturato dall'Importo M (se il superamento è inferiore a 0.5%, allora l'impresa è tenuta a restituire il 50% dell'eccesso del suo fatturato rispetto a M; se lo scostamento è compreso fra +0.5% e 1%, l'impresa deve restituire il 60% dell'eccesso; se lo scostamento è maggiore all'1% l'impresa restituisce il 70% dell'eccesso). La clausola ha quindi lo scopo di incoraggiare le imprese del settore farmaceutico a mantenere il volume del loro fatturato all'interno di valori ritenuti sostenibili per il Paese.

Per quanto concerne i dispositivi medici, occorre innanzitutto ricordare che essi sono rimborsati nel sistema sanitario francese, al pari dei farmaci. Dal 2017 le leggi francesi in materia di programmazione finanziaria hanno iniziato a disciplinare il mercato dei dispositivi medici in maniera sempre più simile a quello farmaceutico, iniziando così un percorso di avvicinamento delle politiche di governo delle due tecnologie. In questo percorso di avvicinamento regolatorio, la LFSS per l'anno 2020 ha introdotto la clausola di salvaguardia anche per le imprese dei dispositivi medici.

Sebbene gli obiettivi sottostanti le due clausole siano uguali, la clausola di salvaguardia dei dispositivi medici ha però profonde differenze rispetto alla base di calcolo per identificare lo sfondamento del target di spesa in ambito farmaceutico e il relativo riparto tra le imprese produttrici. Per meglio comprendere il meccanismo della clausola di salvaguardia per i dispositivi medici, bisogna ricordare che il sistema ONDAM, analogamente a quanto avviene per i farmaci, prevede alla voce *produits de santé* l'ammontare del target di spesa destinato ai dispositivi medici (*dispositifs médicaux*). Inoltre, all'interno di questo target vi è, a sua volta, una voce dedicata ai dispositivi medici innovativi che sono i soli a cui si applica la clausola di salvaguardia e il relativo *payback*. Il target per i dispositivi medici viene identificato analogamente a quanto accade per i farmaci. Il contributo dovuto dalle imprese di dispositivi medici deriva dallo sfondamento dell'obiettivo di spesa fissato dall'ONDAM, calcolato sulla base dei flussi di rimborso assicurativo e non sui flussi effettivi di spesa (e quindi di fatturato)³. Per quanto riguarda la metodologia di ripiano dell'eventuale

³ I flussi di rimborso possono essere superiori ai flussi effettivi di spesa. I livelli di spesa sostenuta dalle strutture erogatrici sono, infatti, il frutto di un'attività negoziale dei prezzi di acquisto

scostamento dal target, l'importo totale è calcolato collettivamente per poi essere ripartito, sulla base del confronto dei singoli fatturati⁴ delle imprese con l'importo M dei dispositivi medici (Damiano, 2020). A differenza di quanto avviene per i farmaci, l'entità del ripiano prevista è predeterminata e pari al 10% dello scostamento accertato.

Pertanto, sia nel settore farmaceutico sia in quello dei dispositivi medici, il sistema francese adotta un modello di *payback* per mantenere la spesa sanitaria entro limiti predefiniti, stabilendo un tetto di spesa e una soglia di fatturato, l'importo M. Mentre nel settore farmaceutico, l'importo del *payback* è calcolato progressivamente in base al superamento dell'importo M, per i dispositivi medici è stabilito un ripiano fisso del 10% dello scostamento.

17.2.2 Regno Unito

Nel Regno Unito esiste una metodologia di *payback* per il ripiano della spesa farmaceutica. Il governo del Regno Unito stabilisce annualmente un budget globale per l'NHS (National Healthcare Service) che copre tutti i costi di assistenza sanitaria, inclusi i farmaci. Questo budget è ogni anno oggetto di alcune limitazioni volte a contenere la spesa sanitaria. Tali limitazioni prevedono delle misure di restrizione, fra le quali il *Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access* (VPAS), volto a responsabilizzare le imprese del settore nella generazione di un fatturato sostenibile per il sistema.

Il VPAS è un accordo volto a stabilire dei meccanismi per la sostenibilità economica del comparto sanitario⁵. In base all'adesione (quasi la totalità dei produttori) al VPAS, le imprese forniscono un contributo finanziario al Department of Health and Social Care (DHSC) del Ministero della Salute.

Il periodo di validità dell'ultimo VPAS in vigore è riferito al quinquennio 2019-2023. Il sistema di governo della spesa farmaceutica si compone di tre fasi:

1. Definizione del trend di spesa per farmaci *branded*;
2. Misurazione dello scostamento rispetto alle vendite effettive;
3. Identificazione della percentuale di ripiano.

La definizione del trend di spesa, calcolato nel 2019 per il quinquennio successivo, si basa su due tendenze: i) un trend predittivo sulla base della spe-

dei dispositivi medici e pertanto potranno risultare inferiori all'importo rimborsato dalle assicurazioni.

⁴ Anche in questo caso si valuta il fatturato generato dall'entità del rimborso e non dal dato di spesa effettivo.

⁵ VPAS: <https://healthmedia.blog.gov.uk/2023/03/28/voluntary-scheme-for-branded-medicines-pricing-and-access-vpas-media-fact-sheet/>

sa degli anni precedenti (*forecast growth rate*); ii) un trend di crescita della spesa costruito sulla base di un tasso fisso deciso ex ante e pari al 2% annuo (*allowed growth rate*). Ogni anno, nel mese di novembre viene confrontato il dato di spesa effettivamente registrato con la differenza tra il dato ottenuto dal trend predittivo e dal trend costruito utilizzando la percentuale del 2%. A novembre, inoltre, viene calcolata l'incidenza percentuale delle vendite imputabili alle aziende aderenti al VPAS sulle vendite totali. Tale tasso viene utilizzato per identificare l'entità dello scostamento scontando la differenza ottenuta tra i dati di vendita realmente registrata e la differenza ottenuta dai due trend previsionali. L'ammontare da ripianare è definito da una percentuale fissa dello scostamento che varia annualmente e che viene decisa ex ante sulla base delle analisi previsionali effettuate ad avvio dello schema. In particolare: per il 2019 è pari al 9,6% dello scostamento, per il 2020 al 5,9%, per il 2021 al 5,1%, per il 2022 al 15% e per il 2023 al 26,5%. Le singole imprese concorrono al ripiano sulla base delle quote di mercato registrate annualmente.

In sintesi, nel Regno Unito il controllo della spesa farmaceutica è gestito attraverso un approccio proattivo che coinvolge le aziende farmaceutiche nel VPAS. Questo sistema, strutturato su base volontaria, prevede un meccanismo di ripiano basato su previsioni di spesa e sulla definizione annuale di percentuali fisse di ripiano dello scostamento (le imprese farmaceutiche possono scegliere se aderirvi o meno, e qualora scegliessero di non aderire, esse rientrano automaticamente nello schema alternativo, ovvero lo «*statutory scheme*» obbligatorio. Il vantaggio per le imprese di aderire al VPAS è quello di poter accedere a strumenti che facilitano le procedure di accesso al mercato delle tecnologie sanitarie innovative).

Per quanto concerne invece il mercato dei dispositivi medici, il Regno Unito non prevede un sistema di *payback*. Ciò riflette le differenti politiche di regolamentazione e finanziamento tra i due settori.

17.2.3 Germania

Attualmente in Germania non sono applicati sistemi di ripiano della spesa farmaceutica (il cui tetto è stato in vigore dal 1993 al 2001). Per maggiori dettagli in merito al sistema di finanziamento dell'assistenza farmaceutica si rimanda al capitolo 8 del presente rapporto. I sistemi di governo della spesa farmaceutica si basano su strumenti differenti dall'applicazione di budget o target di spesa e conseguenti misure di ripiano. Tra i principali strumenti vi è la facoltà delle assicurazioni di negoziare dei MEA di carattere finanziario (es. accordi di prezzo/ volume) e l'incremento delle scontistiche obbligatorie.

Per quanto concerne il mercato dei dispositivi medici, in Germania non sono previsti meccanismi che comportino un onere da parte delle imprese di di-

positivi medici a ripagare le Krankenkassen (i pagatori del sistema sanitario tedesco)⁶.

17.2.4 Svezia

In Svezia il governo dell'assistenza farmaceutica è fortemente basato sull'applicazione di accordi di rimborsabilità condizionata (accordi collaterali) definiti tra il livello centrale, le contee, e le imprese produttrici. Eventuali *payback* associati ai MEA saranno devoluti in parte al livello centrale (30%) e in parte alle singole contee (70%). Nonostante la presenza di un target di spesa annuale, non è attivo alcun sistema di ripiano in caso di scostamento positivo. Per maggiori dettagli riferito al sistema di finanziamento dell'assistenza farmaceutica si rimanda al capitolo 8 del presente rapporto.

Per quanto concerne i dispositivi medici, non sono attivi meccanismi di contenimento della spesa. L'organo competente per le valutazioni dei dispositivi medici, e dunque per gli *assessment* volti a introdurre nel sistema sanitario svedese i DM è il TLV (The Dental and Pharmaceutical Benefit Agency).

17.2.5 Spagna

La gestione del sistema sanitario spagnolo è affidata all'Istituto Nazionale di Salute (INSALUD). Il sistema sanitario è organizzato a livello regionale, dunque in Spagna vi è una forte *governance* decentralizzata. Anche per quanto concerne la responsabilità finanziaria, le 17 regioni spagnole hanno competenze concorrenti con il livello nazionale sulla programmazione e la gestione dei fondi sanitari.

Attualmente non è attivo un sistema di ripiano della spesa per farmaci sep-

Tabella 17.2 **Sintesi dell'utilizzo di forme di *payback* per il governo della spesa per farmaci e dispositivi medici in un campione di Paesi europei**

	Farmaci		Dispositivi medici	
	Politiche macro	Politiche micro	Politiche macro	Politiche micro
Francia	Clausola di salvaguarda	MEA (in misura molto limitata)	Clausola di salvaguarda	No
Germania	No	No	No	No
Italia	% dello sfioramento del tetto di spesa	MEA, tetti di spesa, sconti obbligatori	% dello sfioramento del tetto di spesa	Accordi di <i>risk sharing</i>
Spagna	No	No	No	No
Svezia	No	MEA	No	No

⁶ IGES (2020), Reimbursement of Pharmaceuticals in Germany. www.iges.com/e15094/e15095/e15096/e17469/IGES_Reimbursement_Pharmaceuticals_Germany_2020_2021_WEB_ger.pdf

pure in passato (fino al 2019) era attivo una forma di *payback* per il ripiano degli scostamenti rispetto alla crescita del PIL. In particolare, il *payback* si attivava soltanto a valle di uno scostamento registrato dal confronto della crescita della spesa farmaceutica (per farmaci branded) e la crescita del PIL reale dell'anno di riferimento. Il *payback* corrispondeva alla totalità dell'eccedenza di crescita rispetto al PIL.

Il riparto della quota di *payback* fra le imprese avveniva sulla base dei seguenti criteri (ordinati in ordine di priorità):

- ▶ Fatturazione (aziende con fatturati più alti ripianavano di più, proporzionalmente all'entità del fatturato);
- ▶ Tasso di crescita delle aziende farmaceutiche nell'anno antecedente al calcolo dell'importo del *payback*;
- ▶ Fattore di correzione in base al tipo di vendita (per le vendite di farmaci in farmacia si applicava un coefficiente di correzione più basso per diminuire il peso di tali vendite, mentre per le vendite di farmaci in ospedale si applica un coefficiente di correzione più alto, affinché pesino di più).

Negli anni 2018 e 2019 l'entità del *payback* è stata pari a 452 milioni di euro. Dal 2019 in poi nessun accordo di questo tipo è stato siglato o prorogato per i successivi anni. Ad oggi, tramite un'analisi della letteratura grigia (Hernandez, 2022), si può affermare che Farmaindustria sia in procinto di siglare un nuovo accordo per la rivisitazione del «Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia» (PRTR) in ottica di ripianificazione strategica del ruolo dell'industria farmaceutica, ma non vi sono ancora dettagli in merito in quanto tale accordo non è ancora disponibile.

Per maggiori informazioni in merito alla definizione del sistema di finanziamento dei farmaci e al sistema «Valtermed» si rimanda al capitolo 8 del presente rapporto.

Per quanto concerne invece il mondo dei dispositivi medici, in Spagna non vi sono misure simili per i dispositivi medici⁷.

17.3 Il *payback* per farmaci e dispositivi medici in Italia come strumento di ripiano dello sfondamento dei tetti di spesa

In Italia il *payback* viene utilizzato come misura di contenimento della spesa sia per i farmaci sia per i dispositivi medici. In questo paragrafo viene illustrato il quadro normativo di riferimento e vengono presentati dati sul trend del *payback* dal 2015 al 2022. I dati derivano dai provvedimenti normativi e

⁷ INSALUD (Instituto Nacional de la Salud), sito ufficiale. <https://insaludrd.org/>

documenti pubblici o sono frutto di elaborazioni a partire dal Fondo sanitario regionale e dai Modelli di rilevazione del Conto economico delle aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche italiane.

17.3.1 Il *payback* per i farmaci

Il principale strumento di contenimento della spesa farmaceutica applicato in Italia è il sistema dei tetti (Costa & Jommi, 2018), a cui è associato un ripiano dell'eventuale extra spesa attraverso l'applicazione del *payback*. Lo strumento del *payback* è associato a quattro principali momenti, identificati da altrettanti atti normativi, emanati negli ultimi 25 anni e sintetizzati di seguito. L'obiettivo del seguente paragrafo è illustrare come si è evoluto il *payback* e come è attualmente applicato⁸.

Seppure in Italia fosse già attivo un sistema di tetti sulla spesa farmaceutica sin dal 1993, il *payback* è stato introdotto per la prima volta con la Legge 449/97 che prevedeva un ripiano nel caso di sfondamento del tetto unico sulla spesa farmaceutica pubblica (identificato come percentuale sulla spesa sanitaria complessiva). In particolare, l'atto normativo identificava due momenti di confronto, durante l'anno, tra la spesa sostenuta e il tetto di riferimento:

- ▶ In corso di anno, sulla base delle proiezioni trimestrali, una commissione mista (composta anche da rappresentanti dell'industria) valutava l'entità dello scostamento registrato in quel momento e le eventuali azioni correttive necessarie;
- ▶ A consuntivo, in caso di scostamento positivo accertato, veniva applicato il *payback* del 60% a titolo di ripiano dello sfondamento.

La suddivisione dell'onere tra gli attori della filiera avveniva sulla base delle quote di spettanza sui prezzi di cessione dei medicinali.

Il secondo momento di revisione del sistema di *payback* è avvenuto con la Legge 222/07, nell'ambito della quale il tetto unico è stato diviso in due tetti (tetto sulla spesa farmaceutica territoriale e tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera), calcolati come percentuale del fondo sanitario nazionale (FSN). Seppure coesistevano due tetti separati, il *payback* veniva applicato soltanto a titolo di ripiano dello sfondamento del tetto sulla spesa farmaceutica territoriale. L'accertamento dell'eventuale scostamento avveniva attraverso l'utilizzo di budget aziendali costruiti sulla base dei volumi e dei prezzi dei farmaci dell'ultimo anno. In caso di eventuale scostamento, il ripiano era totalmente a carico della filiera (ripartito sulle rispettive quote di spettanza). Inoltre, al fine di promuovere e incoraggiare l'innovazione tecnologica in ambito farmaceutico, lo sfondamen-

⁸ Per maggiori dettagli in merito all'evoluzione del sistema dei tetti in Italia si rimanda al capitolo 8 del presente rapporto.

to delle risorse destinate a farmaci innovativi era ripartito tra tutte le imprese in proporzione dei rispettivi fatturati relativi a farmaci non innovativi *in patent*. Relativamente alla spesa farmaceutica ospedaliera, l'eventuale scostamento veniva rilevato dai modelli di conto economico e lo scostamento accertato era recuperato interamente a carico delle Regioni attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera o di altre voci del Servizio sanitario regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale.

Il terzo evento che ha modificato in maniera sostanziale, la gestione del *payback* farmaceutico, è avvenuto a valle di uno dei più importanti momenti di crisi economica del ventunesimo secolo che ha portato all'attivazione di una serie di misure di contenimento della spesa pubblica. Tra queste, la Legge 135/2012 (Spending Review) ha portato modifiche al sistema introdotto nel 2007. In maggiore dettaglio, per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale, l'atto normativo ha introdotto maggiori dettagli sulla modalità di ripiano dello sfondamento alle Regioni evidenziando che il 25% del valore totale dello sfondamento viene ripianato in proporzione allo sfondamento del tetto registrato nelle singole Regioni. Il restante 75% viene ripianato in base alla quota di accesso delle singole Regioni al riparto della quota indistinta al netto delle quote di mobilità interregionale. Inoltre, le Regioni per le quali si prevedeva uno sfondamento del tetto dovevano adottare misure, inclusa l'adozione di forme particolari di distribuzione dei farmaci, per coprire almeno il 30% dello sfondamento del tetto.

Sul fronte della spesa farmaceutica ospedaliera, la *spending review* ha introdotto, anche per questo tetto, il *payback* come forma di ripiano. In particolare, in caso di sfondamento, le imprese farmaceutiche dovevano ripianare per il 50% lo sfondamento complessivo nazionale. Il restante 50% era a carico delle Regioni, in proporzione ai rispettivi disavanzi. Le Regioni in equilibrio di bilancio complessivo sulla sanità non erano tenute al ripiano. Il ripiano dello sfondamento a carico delle imprese avveniva in funzione del budget azienda⁹ e veniva erogato dalle regioni in base alla quota di riparto al netto della mobilità interregionale. Lo sfondamento imputabile alla vendita di farmaci orfani ed innovativi viene ripianato da tutte le aziende titolari di AIC in proporzione ai rispettivi fatturati relativi ai medicinali non orfani e non innovativi coperti da brevetto. L'entità del ripiano della spesa farmaceutica territoriale e, più in generale, i criteri di riparto dello sfondamento tra le imprese produttrici rimangono invariati rispetto a quanto già normato nel 2007.

Negli anni, si sono susseguiti diversi atti normativi che hanno rimodulato sia la base di calcolo dei tetti di spesa sia il finanziamento dei farmaci innovati-

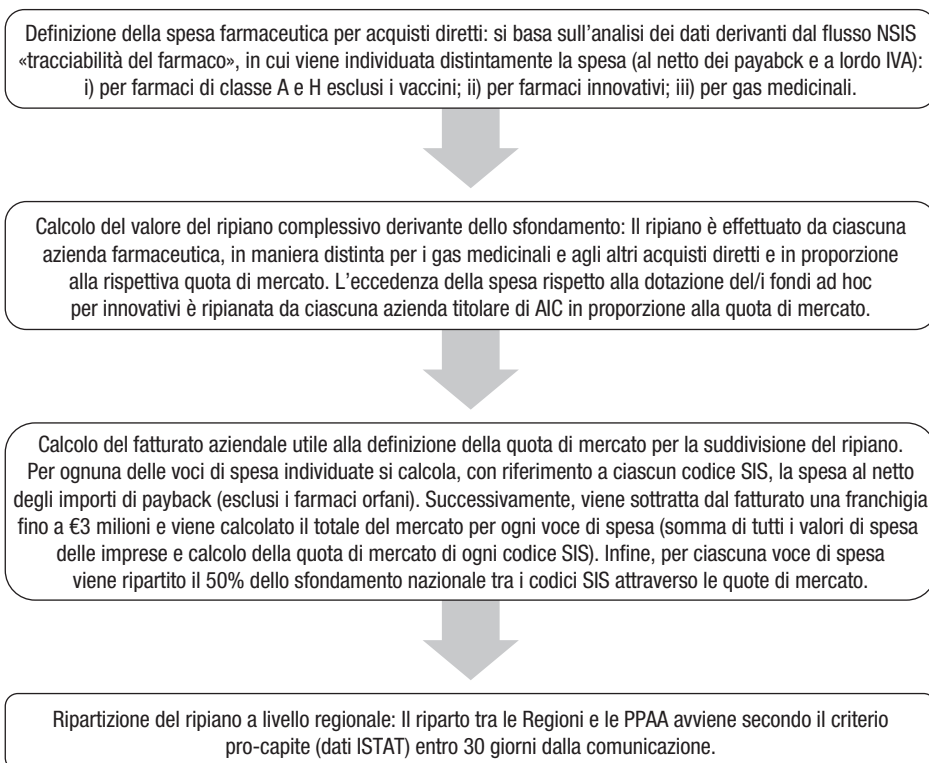
⁹ La spesa farmaceutica per la costruzione dei relativi budget veniva calcolata al netto: i) del *payback* 5%; ii) del *payback* relativo ad accordi prezzo/volume; iii) *payback* da MEA; iv) spesa per farmaci orfani. La variazione percentuale del mercato per farmaci era determinata attraverso tre diversi *step*: i) calcolo delle risorse incremental; ii) allocazione delle risorse incremental al budget; iii) calcolo dell'incremento percentuale attribuibile al budget.

vi. Un ulteriore elemento innovativo nella gestione del *payback* farmaceutico è stata introdotta con la Legge 145/2018 – Legge finanziaria per il 2019, che ha definito una nuova metodologia per il calcolo del riparto del *payback* fra le imprese produttrici. Infatti, viene abbandonato lo strumento del budget aziendale che viene sostituito con un sistema basato sulle quote di mercato come risultanti dalla fatturazione elettronica. Tale metodologia è attualmente in uso. In particolare, il calcolo del ripiano dello sfondamento del tetto sulla spesa farmaceutica per acquisti diretti¹⁰ post 2018 si basa su quattro fasi, riportate nella Figura 17.2.

Si segnala, inoltre, come negli ultimi anni il livello di finanziamento della spesa farmaceutica (entità della percentuale sul FSN) sia stato subordinato al pagamento del *payback* pregresso da parte delle imprese produttrici.

La Tabella 17.3 mostra l'entità del ripiano a carico delle imprese in seguito allo sfondamento del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera (fino al 2017)

Figura 17.2 **Fasi del calcolo del ripiano dello sfondamento del tetto sulla spesa farmaceutica per acquisti diretti**



¹⁰ Dopo il 2015 non si è più assistito allo sfondamento della spesa farmaceutica territoriale o convenzionata, pertanto attualmente non è stata pubblicata una metodologia di calcolo del relativo *payback* a titolo di ripiano.

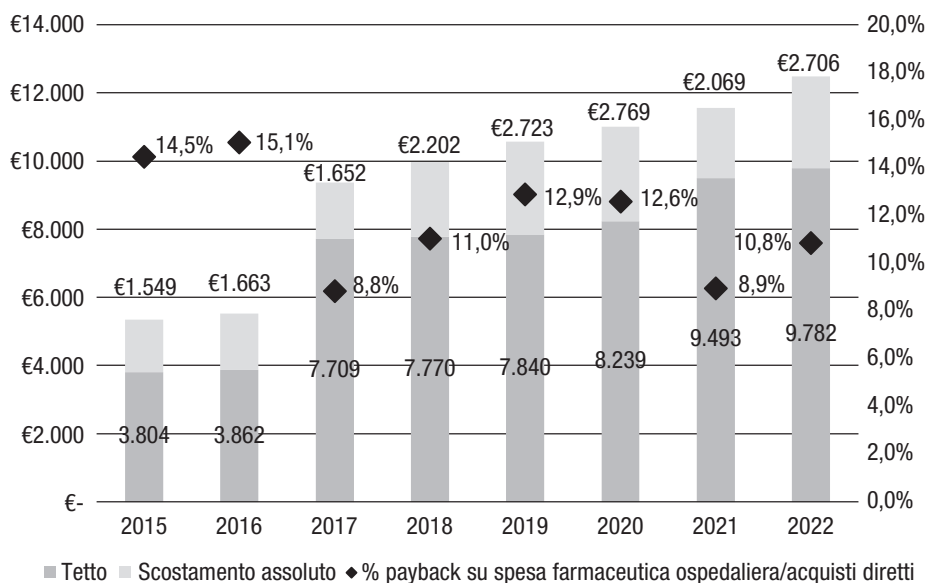
Tabella 17.3 Payback sulla spesa farmaceutica ospedaliera/acquisti diretti per gli anni 2015-2022 (ultimo anno disponibile) e convenzionata 2015

Regione	Spesa farmaceutica per acquisti diretti										Spesa farmaceutica convenzionata 2015
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022			
PIE	45.301.472	53.399.332	37.847.984	59.087.181	84.362.371	98.297.249	68.204.440	101.123.112			-
VDA	928.818	806.618	-	315.577	794.236	734.435	114.673	183.280			-
LOM	97.332.397	104.765.132	4.466.856	23.979.543	66.896.729	59.332.957	-	50.200.294			-
PA BZ	5.670.668	5.662.695	6.979.699	8.252.241	11.623.989	12.091.896	7.062.763	11.115.239			-
PA TN	-	2.946.338	683.745	4.441.155	5.963.476	5.957.792	3.735.922	6.572.891			-
VEN	37.649.475	46.077.383	26.581.266	40.497.984	70.108.746	79.595.089	53.872.375	89.658.586			-
FVG	13.924.359	19.676.651	33.698.878	37.400.877	45.871.260	47.086.671	37.135.641	45.339.642			-
LIG	25.259.246	25.760.631	23.989.799	38.030.618	40.798.799	46.712.642	36.754.037	49.469.857			-
ER	66.523.439	79.387.760	84.858.072	113.132.540	125.366.864	126.310.275	115.795.383	147.547.747			-
TOS	98.252.196	101.834.544	101.730.414	88.622.162	98.193.530	124.881.150	88.037.467	79.979.899			-
UMB	16.209.254	18.754.864	20.951.134	28.392.613	31.429.199	34.308.155	32.872.809	30.594.081			-
MAR	25.704.232	32.453.482	35.372.522	43.407.238	49.695.347	56.598.580	43.873.899	60.288.997			15.437.513
LAZ	54.311.188	59.720.637	76.545.524	115.237.171	127.670.586	124.613.298	100.623.768	112.258.456			148.563.614
ABR	25.431.798	23.926.113	21.078.464	37.369.119	47.663.884	51.602.603	40.444.733	48.815.209			31.467.410
MOL	2.139.341	2.134.874	3.633.090	5.779.576	9.924.938	9.644.826	6.835.334	8.671.434			345.684
CAM	79.502.442	79.473.321	99.145.333	134.236.366	182.654.999	183.134.196	150.220.736	204.185.323			174.686.914
PUG	75.337.319	68.609.341	107.761.594	142.339.424	148.496.642	137.798.741	115.541.097	128.557.875			143.111.940
BAS	7.450.124	10.341.900	13.970.066	16.800.271	21.000.089	19.492.129	12.200.355	16.339.572			6.590.187
CAL	30.444.025	26.678.693	39.310.772	58.415.744	66.589.298	60.272.735	49.324.654	61.836.860			49.458.973
SIC	35.583.937	40.503.670	61.042.817	72.728.289	98.083.646	87.543.585	79.890.791	71.115.593			62.404.986
SAR	32.302.897	28.745.298	54.621.075	61.250.121	66.384.565	69.939.497	61.115.187	71.202.127			109.132.178
ITALIA	774.601.504	831.659.270	825.813.448	1.101.007.924	1.361.431.243	1.384.483.307	1.034.700.866	1.352.904.386			741.777.760

Fonte: elaborazione da dati di Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale e nazionale AIFA. Si precisa che il totale delle rispettive colonne non corrisponde alla somma dei valori regionali tenendo fede ai valori riportati da AIFA nei documenti pubblicati. Per approfondimenti, fare riferimento alle note metodologiche di calcolo riportate nei monitoraggi AIFA, ove presenti.

e sugli acquisti diretti delle aziende sanitarie pubbliche (dal 2018) nonché sulla farmaceutica convenzionata nel 2015, unico anno in cui si è verificato lo sfondamento del tetto¹¹. L'andamento complessivo del trend nazionale dello sfondamento dei tetti di spesa, ripianato per il 50% dalle imprese, è riportato nella Figura 17.3, che mostra anche gli importi percentuali del *payback* a carico delle imprese farmaceutiche sul totale della spesa reale ospedaliera/per acquisti diretti. Gli importi percentuali del *payback* sul totale della spesa ospedaliera nel 2015 e nel 2016 risultano più alti rispetto al 2017 a causa del passaggio da spesa ospedaliera a spesa per acquisti diretti in quanto la categoria degli acquisti diretti include più tipologie di farmaci. Nel 2018 si assiste ad un incremento del *payback* spiegabile dalla variazione della base di calcolo del tetto, che include anche la spesa sostenuta per farmaci distribuiti direttamente e in nome e per conto. Un ulteriore momento di discontinuità del trend si osserva nel 2021, presumibilmente come effetto che l'emergenza pandemica da COVID-19 ha avuto sull'offerta sanitaria.

Figura 17.3 **Trend della spesa farmaceutica ospedaliera / acquisti diretti, dello sfondamento del tetto e dell'incidenza percentuale del *payback* sulla spesa 2015-2022 (dati in milioni di euro)**



Fonte: elaborazione da dati di Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale e nazionale ALFA.

¹¹ Si precisa che l'importo del *payback* relativo alla farmaceutica convenzionata calcolato a seguito degli accertamenti degli scostamenti non sempre corrisponde agli effettivi importi pagati dalle imprese (cfr. *infra*).

17.3.2 Il payback per i dispositivi medici

Aspetti normativi

L'istituzione e l'applicazione del *payback* per i dispositivi medici sono passate attraverso un lungo iter di provvedimenti normativi, sintetizzati nella Tabella 17.4. Il processo è stato avviato con il DL n. 98/2011 che, con un obiettivo dichiarato di controllo e razionalizzazione della spesa, ha istituito un tetto all'acquisto di dispositivi medici proporzionale al fabbisogno sanitario regionale.

Il flusso informativo deputato alla rilevazione della spesa per l'acquisto di dispositivi medici è, fino al 2018, il modello di conto economico (CE) delle

Tabella 17.4 **Provvedimenti normativi in materia di payback dei dispositivi medici**

Provvedimento normativo	Misura
DL 6/7/2011, n.98 convertito con modificazioni da L. 15 luglio 2011, n. 111	Istituzione di un tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici nella misura del 5.2% del FSR (art. 17 c. 2)
Decreto 15/6/2012	Nuovo Modello di rilevazione economica «Conto Economico» (CE), che aggiunge le seguenti voci di conto specifiche: Dispositivi medici (BA0220), Dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230) e Dispositivi medico diagnostici in vitro (BA0240), tutte insieme aggregate nella voce Dispositivi medici (BA0210)
DL 6/7/2012, n. 95 (Spending review), convertito con modificazioni da L. 7/8/2012, n. 135	Determinazione del tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici nella misura del 4.9% del FSR per l'anno 2013 e del 4.8% a decorrere dal 2014 (art. 15 c. 13 l. f).
L. 24/12/2012, n. 228 (Legge di stabilità 2013)	Riduzione del tetto di spesa al 4.8% del FSR per il 2013 e al 4.4% a decorrere dal 2014 (art. 1 c. 131)
DL 19/6/2015, n. 78 convertito con modificazioni da L. 6/8/2015, n. 125	Conferma del tetto al 4,4% del FSR (art. 9-ter). Certificazione in via provvisoria del superamento del tetto nazionale e regionale con decreto del MdS di concerto con il MEF, da pubblicare entro il 30/9 di ogni anno, sulla base dei dati di consuntivo riportati nei modelli CE regionali, salvo conguaglio da certificare entro il 30/09 dell'anno successivo (art. 9-ter c.8). Eventuale superamento del tetto di spesa certificato posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per una quota del 40% nel 2015, 45% nel 2016 e 50% a decorrere dal 2017. Ripiano proporzionale all'incidenza % del fatturato delle aziende fornitrici sul totale della spesa regionale per l'acquisto di dispositivi a carico del SSN (art. 9-ter c.9).
Atti n. 181 e n. 182/CSR 7/11/2019	Definizione dei tetti di spesa per gli anni 2015-2018 e 2019.
DM 6/7/2022	Certificazione del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici a livello nazionale e regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018.
DL 9/8/2022, n. 115 (Decreto aiuti bis) convertito con modificazioni da L. 21/9/2022, n. 142	Entro 90 giorni dalla data di pubblicazione de DM di certificazione del superamento dei tetti, definizione dell'elenco delle aziende fornitrici soggette al ripiano per ciascun anno 2015-2018 da parte di regioni e province autonome, previa verifica della documentazione contabile. Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del predetto DM, da adottarsi d'intesa con la CSR, adozione di linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali. Conseguenti iscrizioni sul bilancio del settore sanitario 2022. Assolvimento da parte delle aziende fornitrici ai versamenti in favore di regioni e province autonome entro 30 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti regionali e provinciali. In caso di inadempimento all'obbligo del ripiano, compensazione dei debiti per acquisti di dispositivi fino a concorrenza dell'intero ammontare. (art. 18 c.1).

Provvedimento normativo	Misura
Atto n. 213/CSR 28/9/2022	<p>Intesa sullo schema di DM per l'adozione delle linee guida propedeutiche all'emanazione dei provvedimenti regionali e provinciali, condizionatamente all'impegno del Governo a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. individuare il più celermente possibile – e comunque entro la definizione del <i>payback</i> per l'anno 2019 – un ente centrale o ufficio ministeriale che, alla stregua di quanto avviene da parte di AIFA per il <i>payback</i> farmaceutico, certifichi per Regione gli importi dovuti a tutela dell'intero percorso di riscossione per ridurre il possibile contenzioso; 2. aprire un tavolo di confronto con il Ministero dell'Economia e Finanze per definire criteri comuni di valutazione dei rischi e per la gestione dell'eventuale contenzioso; 3. adottare i provvedimenti e le modifiche normative necessarie, anche attraverso la costituzione di uno specifico Tavolo di lavoro interistituzionale, per addvenire in tempi rapidi a definire una modalità analoga di ripiano del <i>payback</i> sia farmaceutico sia dei dispositivi medici determinata sulla base dell'ammontare del superamento dei tetti nazionali e regionali della spesa farmaceutica e della spesa per l'acquisizione di dispositivi medici allo scopo di assicurare l'appropriatezza nell'assegnazione delle risorse disponibili in rapporto alla maggiore spesa sostenuta, da applicarsi a partire dalle annualità di <i>payback</i> non ancora assegnate alle Regioni e Province autonome.
L. 234/2021 (Legge di bilancio 2022)	Dispositivi medici correlati alle azioni di contenimento e contrasto della pandemia, rientranti nell'elenco «Acquisti di dispositivi e attrezzature per il contrasto all'emergenza Covid-19» della Presidenza del Consiglio dei ministri ed acquistati dalle regioni e Province autonome, esclusi dal computo del tetto di spesa per gli anni 2020 e 2021 (art.1 c. 287).
DL 11/1/2023, n.4	Sostituzione delle parole «entro trenta giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti regionali e provinciali» con «entro il 30 aprile 2023».
DL 30/03/2023, n. 34 (Decreto Bollette) convertito con modificazioni da L. 28/5/2023, n. 56	Istituzione di un fondo nazionale di 1,085 miliardi di euro a supporto del pagamento da parte dello stato di metà dell'onere 2015-2018 per le imprese che si impegnano a non impugnare dinanzi al TAR i documenti attestanti il loro onere a pagare il <i>payback</i> (art. 8 c.1) e slittamento al 30 giugno 2023 della scadenza per il pagamento del <i>payback</i> 2015-2018 per le imprese che non abbiano attivato contenzioso o che intendano rinunciare al loro diritto al contenzioso (art. 8. c.3).
DL 10/5/2023, n.51 (Decreto Enti) convertito con modificazioni da L. 3/7/2023, n. 87	Sostituzione delle parole « entro il 30 aprile 2023» con «entro il 31 luglio 2023».
DL 28/7/2023, n. 98 (Decreto Caldo)	Proroga dal 31 luglio al 30 ottobre 2023 del termine per il versamento degli importi dovuti dalle imprese fornitrici di dispositivi medici.

Legenda CSR Conferenza Stato-Regioni, DL decreto legge, DM decreto ministeriale, FSR fondo sanitario regionale, L legge, Mds ministero della salute, MEF ministero dell'economia e delle finanze, TAR tribunale amministrativo regionale

aziende del SSN e, a partire dal 2019, la banca dati della fatturazione elettronica delle aziende fornitrici¹². Il tetto alla spesa è calcolato in percentuale rispetto al FSR. Il suo eventuale superamento è inizialmente posto a carico unicamente delle regioni, attraverso misure di contenimento della spesa sanitaria regionale o di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Il tetto,

¹² La banca dati della fatturazione elettronica include la spesa, al lordo di IVA, imputata a livello di singolo codice prodotto. Il costo del bene è imputato obbligatoriamente separato da quello del servizio accessorio.

inizialmente fissato al 5.2% del FSR, è stato progressivamente ridotto fino a raggiungere a partire dal 2014 il 4.4%, valore tuttora in vigore. Il provvedimento istitutivo del *payback* per i dispositivi medici, ispirato all'esistente *payback* per il contenimento della spesa farmaceutica, è il DL n. 78/2015, che introduce il concetto che una parte dello sfioramento del tetto di spesa regionale venga posto a carico delle aziende fornitrici. La compartecipazione al superamento è prevista in misura crescente (40% nel 2015, 45% nel 2016 e 50% a decorrere dal 2017) sulla base dell'incidenza percentuale del fatturato di ciascuna impresa fornitrice sul totale della spesa per l'acquisito di dispositivi medici a carico del SSR. In assenza dei necessari decreti attuativi, l'implementazione del *payback* ha avuto un lungo periodo di latenza fino alla certificazione dei superamenti dei tetti 2015-2018 nel 2022. Le modalità procedurali del ripiano a carico delle aziende fornitrici vengono definite dal Ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni. Ai sensi del Decreto Aiuti-bis del 2022, le regioni e le province autonome adottano con proprio provvedimento l'elenco delle aziende fornitrici soggette al ripiano per ciascun anno, previa verifica della documentazione contabile, ed effettuano le conseguenti iscrizioni sul bilancio del settore sanitario 2022, con compensazione dei debiti fino a concorrenza dell'intero ammontare in caso di inadempimento all'obbligo del ripiano da parte delle aziende fornitrici. A seguito della ricezione, il 15 dicembre 2022, delle richieste di pagamento per gli anni 2015-2018, le aziende fornitrici di dispositivi medici sono ricorse ai tribunali amministrativi regionali. Alla luce dei dubbi circa la costituzionalità della disciplina normativa, il Governo con DL n.34/2023 (cd. Decreto Bollette) ha disposto l'istituzione di un fondo di 1,085 miliardi euro per limitare l'impatto del *payback* per le aziende fornitrici che si impegnano a non impugnare dinanzi al TAR i documenti attestanti il loro onere a pagare il *payback*. I successivi DL n. 51/2023 (c.d. Decreto Enti) e n. 58/2023 (c.d. decreto Calore) hanno spostato la data per il pagamento della restante quota da parte delle aziende fornitrici dapprima al 31 luglio e successivamente al 30 ottobre 2023.

In Tabella 17.5 sono riportati gli estremi dei provvedimenti regionali che hanno stabilito gli importi del *payback* a carico delle aziende fornitrici per il periodo 2015-2018, individuati attraverso ricerche sui siti web delle singole regioni e province autonome¹³. Le aziende fornitrici di dispositivi medici hanno impugnato tali delibere regionali presentando ricorsi ai tribunali amministrativi regionali, come descritto nel §17.4.

¹³ Le ricerche non hanno evidenziato provvedimenti normativi in Provincia Autonoma di Trento, Lazio, Campania e Calabria. In Basilicata, risulta che non siano ancora stati pubblicati i dati relativi agli importi del *payback* a carico delle aziende fornitrici per il periodo 2015-2018 (AFORP, 2023). In queste regioni, probabilmente, non sono stati pubblicati i provvedimenti regionali in merito alle quote di pagamento del *payback* a carico delle aziende fornitrici in attesa del pronunciamento dei TAR sui ricorsi presentati.

Tabella 17.5 Atti regionali determinanti gli importi del *payback* a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per il periodo 2015-2018

Regione	Atto regionale
Piemonte	Atto DD 2426/A1400A/2022
Valle D'aosta	Provvedimento dirigenziale n. 8049 del 14 dicembre 2022
Lombardia	Decreto 18311 del 14 dicembre 2022
P.a. Bolzano	Decreto n. 24408-2022
Veneto	Decreto del Direttore generale Area Sanità e Sociale n. 172 del 13 dicembre 2022
Friuli V.G.	Decreto GRFVG-DEC-2022-0029985-P del 14 dicembre 2022
Liguria	Atto 7967/2022
Emilia Romagna	DD 24300/2022
Toscana	Decreto regionale 24681 del 14 dicembre 2022
Umbria	DD n. 13106 DEL 14 dicembre 2022
Marche	Decreto del direttore del dipartimento salute n° 52 del 14 dicembre 2022
Abruzzo	Determinazione direttoriale n. DPF/121 del 13 dicembre 2022
Molise	Decreto del commissario ad acta n. 40 del 15 dicembre 2022
Puglia	Determinazione n. 1 dell'8 febbraio 2023
Sicilia	D.R.S. n.1282 del 19/12/2022; D.A. n.1247 del 13 dicembre 2022
Sardegna	Determinazione n.1356/26987 del 28 novembre 2022

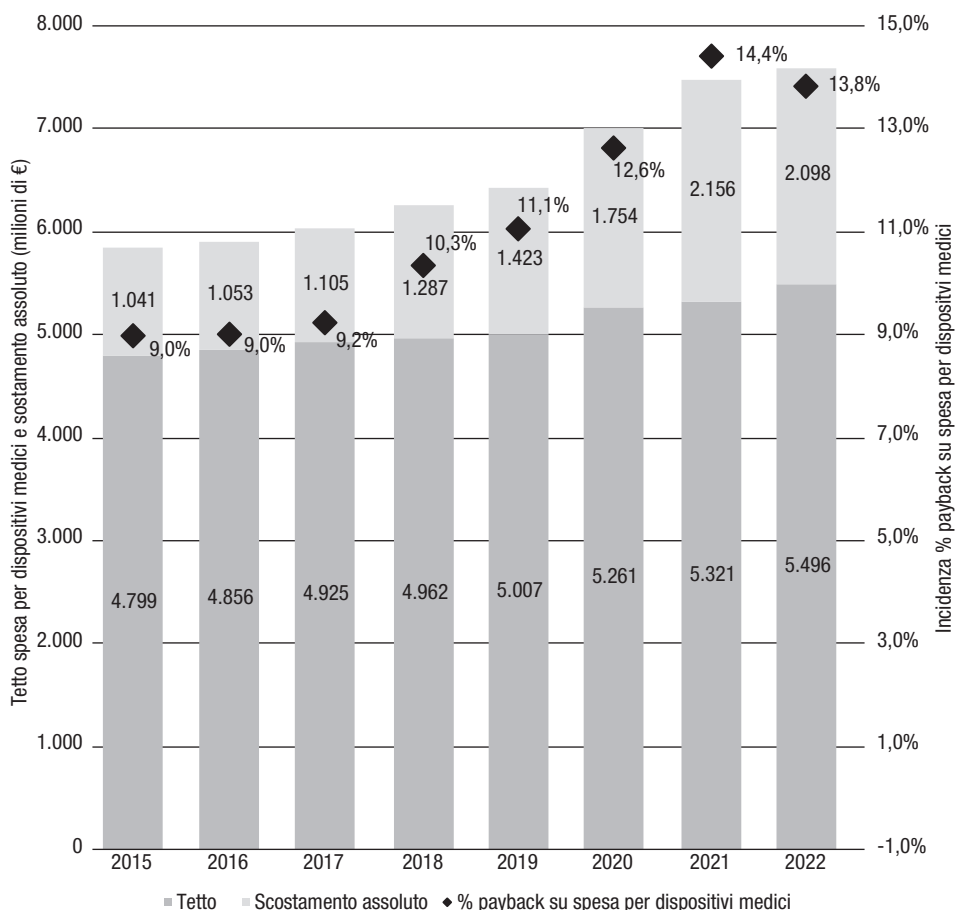
Trend di spesa 2015-2022

In questa sezione vengono presentati alcuni dati quantitativi sull'andamento della spesa per l'acquisto di dispositivi medici, tetto, superamento del tetto e quota di ripiano a carico delle aziende fornitrici. Per il periodo 2015-2018 è stato utilizzato il Decreto 6 luglio 2022 come fonte per la spesa per l'acquisto di dispositivi medici, per il superamento del tetto e per il FSR. Per gli anni a partire dal 2019, in assenza della certificazione del superamento del tetto, non ancora disponibile alla data di pubblicazione del presente capitolo, sono stati utilizzati i modelli CE come fonte per la spesa per l'acquisto di dispositivi medici e il monitoraggio AIFA della spesa farmaceutica per il FSN¹⁴.

Tra il 2015 ed il 2022, la spesa per l'acquisto di dispositivi medici ha registrato un incremento del 31.3% (+18.1% nel periodo 2019-2022), passando da 5,8 a 7,6 miliardi di euro, incremento trainato anche dai dispositivi utilizzati per la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19 (Figura 17.6). Analogo trend si osserva per lo sfondamento del tetto, pari a 4,49 miliardi di euro nel quadriennio 2015-2018 e a 7,43 miliardi nel quadriennio successivo. Anno dopo anno, l'incidenza dello sfondamento ha visto un aumento rilevante a partire dal 18% del biennio 2015-2016 al 27,6% del 2022. Nel periodo 2015-2018 tre regioni hanno sempre mantenuto la spesa entro il tetto (Lombardia, Lazio e

¹⁴ Si ringraziano Salvatore Maiorino e Tommaso Montefinese (Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute) per l'invio della spesa per l'acquisto di dispositivi medici e per l'acquisto di servizi sanitari da privato 2021 e 2022.

Figura 17.4 **Sintesi FSR, spesa per dispositivi medici, tetto di spesa e superamento del tetto di spesa (2015-2022) (dati in milioni di euro)**



Campania) mentre gli sforamenti maggiori si sono registrati in Abruzzo (sforamento medio nel quadriennio del 41,4%), Toscana (40,9%), Umbria (40,1%), nelle Province Autonome di Trento (38,9%) e Bolzano (37,9%) e nelle Marche (36,4%)¹⁵. Nel secondo quadriennio, in concomitanza con la pandemia, tutte le regioni italiane hanno registrato uno sfioramento del tetto, ad eccezione della Lombardia nel 2020.

Le situazioni più critiche si sono verificate in Provincia Autonoma di Bolzano (sforamento medio nel quadriennio 2019-2022 del 49,3%), Friuli Venezia Giulia (48,3%), Umbria (42,6%), Marche (42,2%), Toscana (42,0%) e Abruzzo (41,7%).

¹⁵ I dati di dettaglio a livello regionale sono presentati nella Tabella 17.12 in appendice.

Analisi di correlazione tra spesa per l'acquisto di dispositivi medici e di prestazioni sanitarie da privati accreditati

In considerazione dell'eterogeneità dei modelli regionali di erogazione delle prestazioni sanitarie, con una diversa presenza di erogatori privati, l'analisi dello sfioramento del tetto per l'acquisto di dispositivi medici da parte delle aziende pubbliche del SSN è stata complementata con l'osservazione della quota di FSR utilizzata per l'acquisto di prestazioni sanitarie ospedaliere, ambulatoriali e riabilitative dal privato¹⁶.

In Italia solo le strutture sanitarie pubbliche del SSN hanno l'obbligo di compilazione dei Modelli CE. Al contrario, le strutture sanitarie private accreditate, pur essendo equiparate alle strutture pubbliche, non hanno alcun obbligo di rilevazione e trasmissione alle regioni, e pertanto non si conosce la spesa per dispositivi medici da esse sostenuta. Per verificare se le regioni che non sfiorano il tetto non siano in realtà contesti con forte presenza del privato e, viceversa, le regioni apparentemente più critiche non siano in realtà quelle che provvedono direttamente all'erogazione dei servizi sanitari, senza acquistarli dal privato, è stata svolta un'analisi di correlazione tra l'incidenza della spesa per l'acquisto di dispositivi medici e di prestazioni sanitarie dal privato accreditato. L'analisi di correlazione evidenzia effettivamente una maggiore incidenza della spesa per l'acquisto di dispositivi medici al diminuire di quella per l'acquisto di servizi sanitari dal privato (Figura 17.5).

17.3.3 Payback a carico delle aziende fornitrici di farmaci e dispositivi medici: incidenza su ricavi delle vendite e utile netto

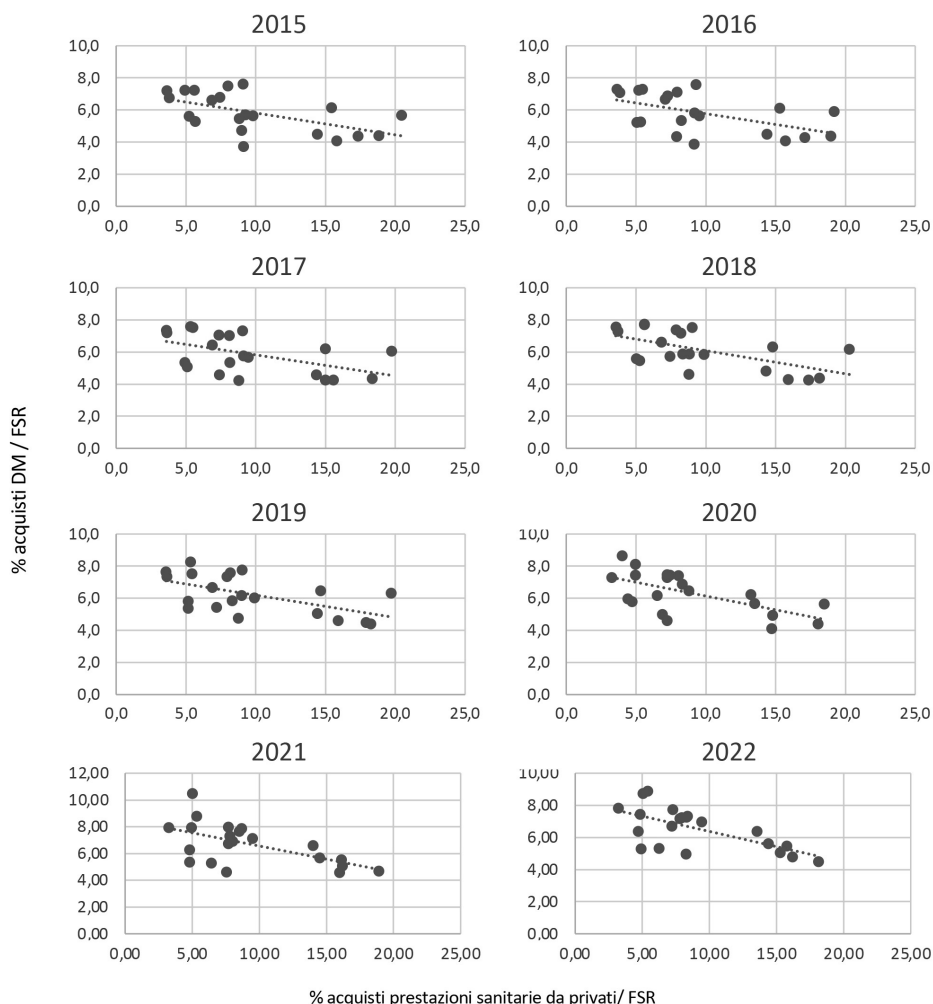
Obiettivi e metodi

Al fine di valutare l'incidenza – e quindi l'impatto – del *payback* sulla redditività delle imprese del farmaco e del dispositivo medico, sono stati estrapolati dalla Banca Dati AIDA (Analisi Informatizzata delle aziende italiane) i dati relativi alla redditività (ricavi delle vendite¹⁷ e utile netto) delle aziende fornitrici del SSN chiamate al ripiano. Questi dati sono poi stati relazionati con l'entità del *payback*, ricavata dai documenti informativi pubblicati da AIFA per il ripiano della spesa farmaceutica, e dalle delibere regionali di Lombardia,

¹⁶ L'indicatore di sintesi è calcolato come incidenza percentuale della somma delle voci di conto BA0580 – B.2.A.3.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato, BA0680 – B.2.A.4.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa da privato (intra-regionale, BA0690 – B.2.A.4.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa da privato (extraregionale), BA0840 – B.2.A.7.4) -Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato e BA0890 – B.2.A.7.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato per cittadini non residenti – Extraregione (mobilità attiva in compensazione) sul FSR desunto dal Decreto 6lio 2022 per il periodo 2015- 2018 e dal monitoraggio della spesa farmaceutica di AIFA per il periodo 2019-2022.

¹⁷ Come fatturato è stata estratta da AIDA la voce «Ricavi delle vendite e prestazioni».

Figura 17.5 **Correlazione tra incidenza della spesa per acquisti di dispositivi medici su FSR e incidenza della spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privati su FSR (2015-2020)**



Toscana e Piemonte per il ripiano della spesa per dispositivi medici. Nel seguito del paragrafo, è riportata la metodologia di analisi dettagliata per i farmaci e per i dispositivi medici.

Farmaci

Le aziende farmaceutiche soggette a ripiano dello sfondamento del tetto sugli acquisti diretti per l'anno 2021 (ultimo anno disponibile al momento della redazione del presente capitolo) sono state identificate dal riepilogo dei versamenti pubblicato da AIFA (2021). Sono state calcolate le incidenze percentuali del *payback*

sui ricavi delle vendite e sull'utile netto, *clusterizzando* per classe dimensionale. La Figura 17.6 mostra la metodologia di selezione del campione delle imprese oggetto di analisi. Le analisi presentano delle limitazioni circa l'individuazione esatta della ragione sociale correlata alla sede fiscale delle varie imprese.

Dispositivi medici

Poiché non tutte le regioni italiane hanno pubblicato il riparto del *payback* tra le aziende fornitrici di dispositivi medici, l'analisi ha preso in considerazione tre regioni rappresentative in termini di popolazione e diversa presenza del privato accreditato, che si riflette in diversi livelli di sfondamento del tetto di spesa per i dispositivi medici, e nelle cui delibere regionali fosse riportato il valore del fatturato regionale: Piemonte, Lombardia e Toscana. Infine, nelle tre regioni oggetto di studio, è stata calcolata l'incidenza percentuale del *payback* sul fatturato 2018. La Figura 17.7 mostra la metodologia di selezione del campione delle imprese oggetto di analisi.

Figura 17.6 **Selezione del campione di aziende farmaceutiche per l'analisi dei dati di fatturato**

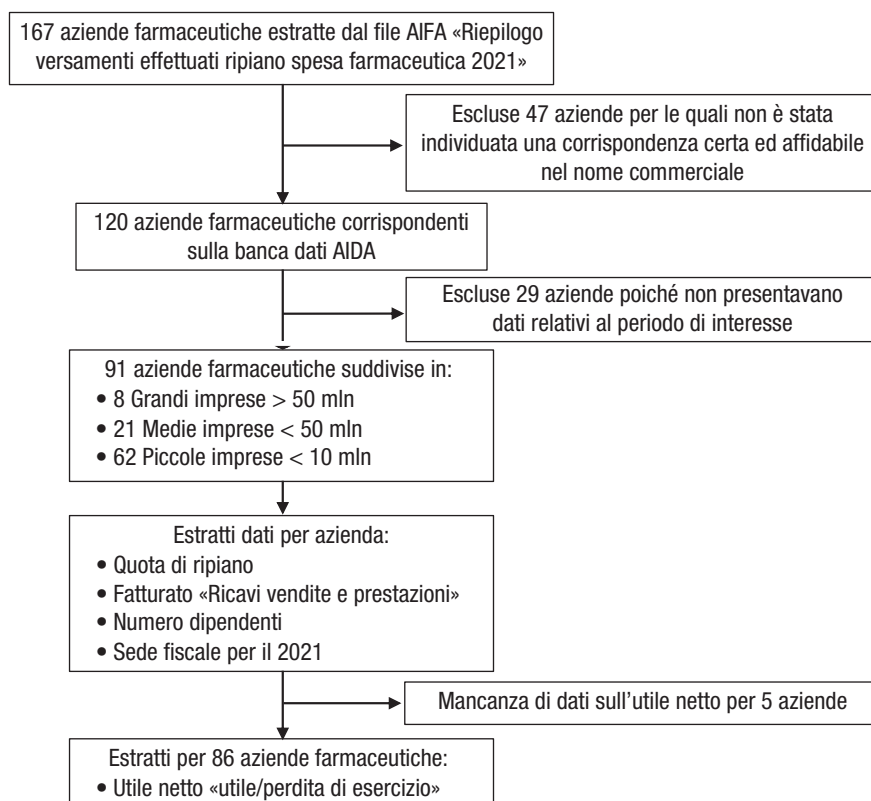
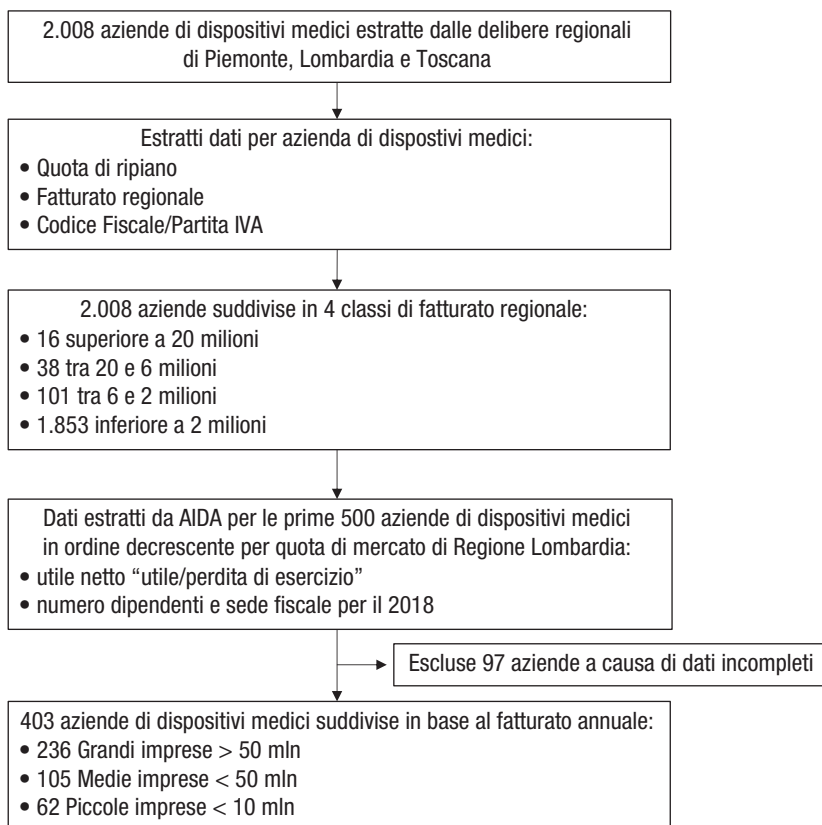


Figura 17.7 **Selezione campione di imprese di dispositivi medici oggetto dell'analisi sui dati di fatturato**



Risultati

Aziende farmaceutiche

La Figura 17.6 evidenzia come, nel 2021, il *payback* a carico delle 91 aziende farmaceutiche per le quali sono stati reperiti i dati di performance su AIDA, rappresenti circa il 42% del totale del *payback*, quasi interamente a carico delle imprese di grandi dimensioni (contributo versato pari a circa 423 milioni di euro, equivalente al 40,9%). In termini numerici, le grandi aziende, caratterizzate da ricavi delle vendite medi di circa 389 mila euro, rappresentano il 37% di quelle analizzate. Le piccole imprese analizzate, con fatturato medio di circa 5 milioni di euro, rappresentano il 4,8% in termini numerici e lo 0,1% in termini di entità del *payback* versato. Le analisi dell'incidenza del *payback* 2021 sull'utile netto (dato mediano per limitare gli effetti degli *outlier*) delle imprese mostra come il ripiano incida per oltre il 26,5%, con un peso maggiore per le medie imprese in cui tale valore supera il 40,0% (Tabella 17.7).

Tabella 17.6 **Fatturato e incidenza percentuale del *payback* sul fatturato delle aziende farmaceutiche 2021 per classe dimensionale**

Classe dimensionale imprese	N (%)	Payback (%)	Ricavi			% Payback/Fatturato			
			Media	Min	Max	Media	Min	Max	Mediana
Piccole (< 10 mln)	8 (4,8%)	844.568 (0,1%)	4.400.642 €	104.738 €	9.556.809 €	2,7%	0,3%	6,7%	0,5%
Medie (< 50 mln)	21 (12,6%)	11.233.857 (1,1%)	26.468.111 €	10.118.043 €	49.955.083 €	2,4%	0,1%	8,0%	1,7%
Grandi (> 50mln)	62 (37,1%)	422.930.888 (40,9%)	388.450350 €	53.146.834 €	1.831.636.879 €	2,4%	0,1%	12,0%	2,3%
Non classificate ¹	76 (45,1%)	599.691.550 (57,9%)	-	-	-	-	-	-	-
Totale	167 (100%)	1.034.700.865 (100%)	271.153.375 €	104.738 €	1.831.636.879 €	2,4%	0,1%	12,0%	2,4%

76 aziende presenti nel documento «Riepilogo versamenti effettuati ripiano spesa farmaceutica 2021» pubblicato da AIFA (ultimo aggiornamento in data 10/05/2023) sono state escluse dal campione o per mancanza di corrispondenza in AIDA (47 aziende) o per mancanza dei dati di performance (29).

Fonte: Elaborazione dati AIDA e Ripiano AIFA 2021.

Tabella 17.7 **Utile netto e incidenza percentuale del *payback* sull'utile netto delle aziende farmaceutiche 2021 per classe dimensionale**

Classe dimensionale imprese	N.	Utile netto			% Payback/Utile netto
		Mediana	Min	Max	Mediana
Piccole	7	194.172 €	-365.537 €	391.468 €	26,2%
Medie	20	560.062 €	-2.239.477 €	7.395.742 €	40,0%
Grandi	59	9.250.563 €	-72.689.284 €	442.604.000 €	18,6%
Totale	86	2.738.612 €	-72.689.284 €	442.604.000 €	26,5%

Fonte: Elaborazione dati AIDA e Ripiano AIFA 2021

Aziende dispositivi medici

La Tabella 17.8 evidenzia come nel 2018 nelle tre regioni analizzate – Piemonte, Lombardia e Toscana – alle aziende con un fatturato regionale inferiore a 2 milioni di euro (nel caso specifico fatturato medio di 1,6 milioni di euro), pari a oltre il 92% dei fornitori di dispositivi medici, è stato richiesto il 15,5% del valore complessivo del *payback* 2018. Le aziende più grandi, con un fatturato medio regionale di circa 48 milioni di euro, pur rappresentando lo 0,8% dei fornitori, hanno ricevuto dalle regioni la richiesta di pagamento del 41% del *payback*. Mediamente, il *payback* incide sul fatturato regionale nella misura del 9%. L'incidenza maggiore (10,9%) si registra nella classe di fatturato tra i 2 e i 6 milioni di euro. Il *payback* del solo 2018 pesa per il 15% (14%) dell'utile netto (dato mediano) delle piccole (medie) imprese, oltre due volte e mezzo

Tabella 17.8 **Fatturato regionale e incidenza percentuale del payback per i dispositivi medici sul fatturato regionale 2018 in Piemonte, Lombardia e Toscana**

Classe di fatturato annuale	N (%)	Payback (%)	Fatturato regionale			Incidenza % payback su fatturato regionale				
			Media	Min	Max	Media	Min	Max	Mediana	
<2 milioni	1.853 (92,3%)	29.261.755 (15,5%)	1.596.684 €	6 €	1.958.714 €	130.104,31 €	8,6%	1,2%	21,4%	8,2%
<6 milioni	101 (5,0%)	38.052.439 (20,2%)	3.466.331 €	2.014.663 €	5.897.916 €	2.593.329 €	10,9%	1,3%	21,4%	10,6%
<20 milioni	38 (1,9%)	43.947.689 (23,3%)	10.693.732 €	6.013.262 €	19.982.365 €	9.046.156 €	10,5%	1,5%	21,4%	10,3%
>20 milioni	16 (0,8%)	77.514.787 (41,1%)	48.335.850 €	23.567.863 €	165.614.516 €	28.602.946 €	9,9%	1,4%	15,4%	10,0%
Totale	2.008 (100%)	188.776.671 (100%)	917.963.863 €	6 €	165.614.516 €	10.980 €	8,8%	1,2%	21,4%	8,9%

Fonte: Elaborazione dati delibere regionali Piemonte, Lombardia e Toscana

Tabella 17.9 **Utile netto e incidenza percentuale del payback per i dispositivi medici sull'utile netto 2018 in Piemonte, Lombardia e Toscana**

Classe dimensionale imprese	N	Payback	Utile netto		Incidenza % payback su Utile netto	
			Mediana	Min	Max	Mediana
Piccole	236 (58,6%)	11.733.660 € (8,2%)	58.386 €	-863.874 €	2.561.590 €	13,9%
Medie	105 (26,1%)	27.661.761 € (19,4%)	740.069 €	-4.277.656 €	16.461.491 €	14,9%
Grandi	62 (15,4%)	103.535.768 € (72,4%)	3.835.146 €	-88.281.000 €	254.061.000 €	5,5%
Totale	403 (100%)	142.931.190 € (100%)	175.525 €	-88.281.000 €	254.061.000 €	13,7%

Fonte: Elaborazione dati AIDA e delibere regionali Piemonte, Lombardia e Toscana.

tanto quanto incide sull'utile delle grandi imprese (5,5%) (Tabella 17.9). L'analisi svolta non fornisce il quadro complessivo del *payback* dovuto a tutte le regioni, molte delle quali come visto non hanno ancora pubblicato un proprio atto regionale contenente gli importi richiesti. Pur in presenza di un quadro parziale e limitato a sole tre regioni (Piemonte, Lombardia e Toscana), l'analisi mostra come il *payback* pesi gravemente sull'utile, soprattutto delle piccole e medie imprese.

17.4 La reazione delle imprese

A partire dal 2013 e sino al 2018, con l'introduzione del sistema dello sfioramento della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, numerose case farmaceutiche hanno impugnato innanzi al TAR, con molteplici ricorsi e successivi motivi aggiunti, i provvedimenti emessi da AIFA. I ricorsi sono stati promossi individualmente dalle case farmaceutiche, ma, stante l'elevato numero di contenzioso, il TAR per comodità ha fissato udienze «dedicate», ove venivano trattate oltre cento cause ad udienza. Le ragioni dei ricorsi e successivi motivi aggiunti sono stati molteplici.

I meccanismi di controllo della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera introdotti dalle disposizioni di legge risultavano in primo luogo intrinsecamente incompatibili con le libertà economiche fondamentali che sono garantite dal Trattato di funzionamento dell'Unione Europea e già dall'art. 41 della Costituzione italiana posto a tutela dell'iniziativa economica privata.

I provvedimenti impugnati dalle case farmaceutiche (e le disposizioni di legge che ne hanno previsto l'emanazione) hanno fatto gravare sui produttori un'imposizione che è totalmente sganciata dalla loro capacità contributiva.

Nel corso dei giudizi era stata peraltro sollevata la questione di illegittimità costituzionale delle leggi di cui si tratta, perché contrarie agli artt. 3, 9, 23, 32, 41, 42, 53 e 97 della Costituzione.

Ulteriore contestazione è stata svolta sulle procedure di ripiano dello sfioramento del tetto della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera che avrebbero comunque dovuto essere regolamentate e gestite da AIFA secondo i principi del giusto procedimento amministrativo e del buon andamento della Pubblica Amministrazione. In particolare, AIFA avrebbe dovuto rispettare l'esigenza di trasparenza dell'azione amministrativa e di contraddittorio con le aziende farmaceutiche, segnatamente per quanto riguarda l'oggettività e la verificabilità dei dati della spesa farmaceutica in base ai quali era stato determinato il ripiano di ciascuna azienda farmaceutica.

Viceversa, si contestava un sistematico abuso di potere amministrativo da parte di AIFA, la quale non solo ha gestito i procedimenti di cui si tratta con scarsa trasparenza e ancora più scarso rispetto del contraddittorio con le azien-

de farmaceutiche, ma ha anche svolto un ruolo di «supplenza del legislatore», integrando e modificando le numerose manchevolezze delle disposizioni legislative. In particolare, AIFA aveva più volte modificato gli importi indicati sul proprio Front-End a carico delle società ricorrenti, giungendo alla quantificazione dell'importo finale quando già era decorso il termine di quindici giorni imposto alla stessa.

In merito proprio alla correttezza ed alla trasparenza dei dati, il TAR in numerose sentenze si è espresso riconoscendo il diritto delle aziende farmaceutiche: *«a conoscere tutti i dati diversi ed ulteriori in forza dei quali l'intimata amministrazione ha fondato, dopo aver effettuato le dovute minuziose operazioni di controllo, i calcoli sulla base dei quali ha assegnato alla ricorrente il budget provvisorio»*, riconoscendo il diritto all'accesso agli atti¹⁸. La contestazione principale mossa dalle aziende farmaceutiche e riconosciuta dal TAR, infatti, era proprio in merito alla correttezza dei dati raccolti da AIFA e posti alla base dei calcoli dei budget. In particolare, il TAR ha accertato che tali importi non erano stati determinati da AIFA in modo legittimo, risultando inevitabilmente viziati «a valle» i provvedimenti che venivano impugnati con i ricorsi.

I motivi posti alla base dei ricorsi tendevano a far emergere che:

- ▶ I dati della spesa farmaceutica per la distribuzione diretta dei farmaci in fascia A, il cui importo deve essere sottratto da quello complessivo della spesa farmaceutica delle strutture ospedaliere pubbliche ai fini della determinazione dei budget aziendali¹⁹, erano stati quantificati da AIFA al di fuori di qualsiasi garanzia di trasparenza e di contraddittorio con le aziende farmaceutiche;
- ▶ I dati della spesa farmaceutica per i farmaci di fascia C e C-bis, il cui importo doveva essere sottratto da quello complessivo della spesa farmaceutica delle strutture ospedaliere pubbliche ai fini della determinazione dei budget aziendali²⁰, erano stati quantificati da AIFA al di fuori di qualsiasi garanzia di trasparenza e di contraddittorio con le aziende farmaceutiche, rimanendo inadempiente agli obblighi di accesso agli atti e ai documenti pertinenti riconosciuti anche dal Tribunale amministrativo;
- ▶ La quantificazione degli importi del ripiano era avvenuta al lordo dell'IVA sul controvalore economico dei farmaci commercializzati dalle aziende farmaceutiche: tenuto conto che tale imposta era stata già versata al fisco, si era determinata una sua duplicazione che è illegittima e comunque irragionevole;

¹⁸ TAR Lazio, Sez. Terza Quater, sentenze numero 3156/2015, 3157/2015, 3165/2015 e 3195/2015, tutte pubblicate il 24 febbraio 2015.

¹⁹ Ai sensi dell'art. 15, c. 5 del decreto-legge n. 95 del 2012.

²⁰ Ai sensi dell'art. 15, c. 5 del decreto-legge n. 95 del 2012.

- ▶ AIFA non aveva dato evidenza di aver operato una compensazione infragrupo e tra spesa farmaceutica territoriale e spesa farmaceutica ospedaliera²¹;
- ▶ La determinazione e la pubblicazione dei ripiani non erano avvenute nel rispetto dei termini inderogabilmente stabiliti dalla legislazione in materia, cosicché gli atti amministrativi impugnati erano di per sé evidentemente illegittimi, tanto più che essi erano stati emanati a posteriori, cosicché non era stato possibile alle aziende farmaceutiche svolgere alcun controllo preventivo sull'andamento del proprio fatturato ai fini del contenimento della spesa da parte del SSN e che anzi la fissazione del suo limite massimo era avvenuta ex post con effetto retroattivo;
- ▶ Non risultava che AIFA avesse realmente provveduto al monitoraggio mensile «della spesa farmaceutica in rapporto al tetto, in ogni Regione e a livello nazionale»²² al fine di quantificare in modo veritiero e ragionevole i ripiani della spesa farmaceutica territoriale e, rispettivamente, ospedaliera;
- ▶ La spesa farmaceutica ospedaliera rilevante ai fini del ripiano non era stata quantificata da AIFA né tenendo conto degli importi pagati dalle aziende farmaceutiche a titolo di *payback* in relazione ai farmaci di fascia A venduti in ospedale né al netto delle somme restituite dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra-sconti, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano²³, in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata (*payment by results, risk sharing e cost sharing*) sottoscritte in sede di contrattazione del prezzo del medicinale²⁴.

Il TAR, sin dai primi ricorsi, ha accolto le istanze di sospensione promosse dalle aziende ospedaliere contestualmente ai ricorsi, con la conseguenza che alcun importo nell'immediatezza dei ricorsi è stato versato dalle stesse. Successivamente e dopo lunghe trattative, alla fine del 2019 AIFA ha rideterminato gli importi dovuti a titolo di sfondamento e i contenziosi sono stati abbandonati dalle case farmaceutiche.

A decorrere dal 2022, la stessa sorte giudiziaria hanno avuto i provvedimenti emessi per lo sfioramento del tetto di spesa sostenuta dal SSN per l'acquisto di dispositivi medici. La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del decreto ministeriale del 6 luglio 2022, con cui è stato certificato il superamento del tetto di spesa, è stata alla base della proposizione di numerosi ricorsi dinanzi al TAR.

Il contenzioso che ne è derivato può essere suddiviso in tre fasi.

In un primo momento gli operatori economici hanno impugnato i decreti

²¹ Ai sensi dell'art. 1241 c.c.

²² Ai sensi dell'art. 5, c. 2, lett. d) del decreto-legge n. 159 del 2007 e dall'art. 15, c. 8, lett. e) del decreto-legge n. 95 del 2012.

²³ In violazione dell'art 15, c. 6, lett. c) del decreto-legge n. 95 del 2012.

²⁴ Ai sensi dell'art. 48, c. 33 del decreto-legge 30 settembre 2003 n. 269 (convertito, con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003 n. 326 e ss. mm. ii.)

ministeriali attuativi del sistema del *payback*. Una sintesi delle doglianze poste a fondamento dei ricorsi può essere così schematizzata:

- ▶ In primo luogo, sono state sollevate alcune questioni di legittimità costituzionale della normativa sul *payback*:
 - Il prelievo posto a carico delle aziende fornitrici viene calcolato in base al fatturato senza alcuna valutazione dei costi, inevitabilmente variabili da azienda ad azienda, ponendosi quindi in contrasto con gli art. 53 e 3 Cost.
 - In relazione all'art. 23 Cost. la normativa in questione non chiarisce né l'oggetto della pretesa impositiva, né i criteri che l'Amministrazione dovrebbe seguire nel determinare l'obbligazione tributaria.
 - In relazione ai parametri interposti ex art. 117 Cost., costituiti dal Primo Protocollo addizionale alla CEDU, dall'art. 6 CEDU in relazione al principio di certezza del diritto, e dall'art. 5 par. 4 del TFUE in relazione al principio di proporzionalità dell'azione amministrativa.
- ▶ È stata, inoltre, richiesta una questione di rinvio pregiudiziale alla Corte di Giustizia ex art. 267 del TFUE, in relazione alla violazione degli artt. 16 e 52 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, per come interpretata dal consolidamento dell'orientamento della Corte di Giustizia UE.
- ▶ Per quanto concerne i vizi di legittimità propri dei provvedimenti impugnati, è stato censurato il fatto che i tetti di spesa regionali siano stati fissati in via retroattiva e senza alcuna distinzione in base alle diverse realtà territoriali, mentre il compito della Conferenza Stato-Regioni consisteva proprio nel fare in modo che i tetti di spesa regionali fossero individuati in modo mirato e specificamente riferito alle esigenze locali.

La successiva fase processuale ha riguardato i provvedimenti regionali attuativi dei decreti ministeriali impugnati nella prima fase, che le regioni hanno adottato entro il termine del 15 dicembre 2022, e con i quali sono stati approvati gli elenchi delle aziende fornitrici di dispositivi medici soggette al ripiano per gli anni dal 2015 al 2018, con conseguente richiesta di pagamento degli importi dovuti a titolo di *payback*. Dal momento che il termine di pagamento degli importi posti a carico delle aziende a titolo di ripiano era stato fissato in trenta giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti regionali²⁵, generalmente i ricorrenti hanno chiesto al TAR Lazio di adottare misure cautelari di sospensione. Tuttavia, il predetto termine di 30 giorni è stato prorogato dapprima al 30 aprile e, successivamente, al 31 luglio e poi al 31 ottobre. Ciò ha determinato il rinvio delle camere di consiglio inizialmente fissate per la discussione

²⁵ Vedi art. 9-ter, c. 9-bis del decreto-legge 19 giugno 2015 n. 78 (convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125 al 30 aprile 2023).

dell'istanza cautelare di sospensione dei provvedimenti regionali contenenti la richiesta di pagamento. I provvedimenti regionali di rinvio del pagamento sono stati impugnati con motivi aggiunti, facendo valere anzitutto in via derivata i vizi contestati nei confronti dei decreti ministeriali impugnati con il ricorso principale, ed inoltre, gli eventuali vizi connessi alle singole modalità di calcolo delle quote di ripiano poste a carico delle singole aziende. Nella quasi totalità dei casi, infatti, le regioni hanno omesso di comunicare l'avvio del procedimento ai soggetti destinatari²⁶, precludendo quindi qualsiasi apporto collaborativo, in violazione del principio di partecipazione al procedimento amministrativo. Naturalmente ciò è dipeso dal breve lasso di tempo in cui le regioni sono state costrette ad intervenire. In molti casi, gli atti di motivi aggiunti proposti dagli operatori hanno incluso una domanda ex art. 116 del codice del processo amministrativo, di ostensione della documentazione posta a fondamento dei provvedimenti regionali. Su tale specifica richiesta il TAR ha provveduto accogliendo le istanze e fissando all'uopo una camera di consiglio.

La terza fase processuale ha preso origine dalla previsione di un meccanismo deflattivo del contenzioso (e, almeno in parte, riconducibile allo schema del condono), in base al quale le aziende coinvolte nel meccanismo del *payback* che non avevano proposto ricorso, o che vi avessero successivamente rinunciato, avrebbero potuto beneficiare di una riduzione del 52% del debito quantificato dalle Regioni, da versare entro il 30 giugno 2023. Avverso tale previsione alcuni operatori hanno proposto motivi aggiunti, mentre altri si sono limitati a presentare un'istanza cautelare urgente ex art. 56 c.p.a., che il TAR Lazio ha generalmente accolto, fissando la camera di consiglio al 2 agosto 2023. In effetti, per gli operatori che non hanno aderito alla proposta «transattiva» elaborata dal Governo, a partire dal 1° luglio 2023 avrebbe trovato applicazione il meccanismo di compensazione previsto dall'art. 9 ter comma 9 bis del D.L. n. 78/2015, con la conseguenza che le Regioni avrebbero potuto compensare i crediti derivanti dalle forniture con i debiti delle aziende derivanti dal *payback*. Da qui l'esigenza di una misura cautelare urgente.

«Al di là di pronunce sulle istanze di accesso agli atti e sulle misure cautelari urgenti, il TAR per il Lazio non si è ancora pronunciato sul sistema del *payback* relativo ai dispositivi medici. La sezione competente ha fissato un'udienza «pilota» per il 24 ottobre 2023 al fine di deliberare nel merito sulle questioni in oggetto. Difficile quindi fare una previsione sulla tenuta del meccanismo di ripianamento della spesa pubblica. Di certo si può immaginare che, anche in caso di rigetto delle istanze cautelari, gli operatori si rivolgeranno al Consiglio di Stato, che prevedibilmente è la sede più consona per affrontare i delicati problemi giuridici e politici che la materia presenta.

²⁶ Ai sensi dell'art. 7 della legge n. 241/90.

17.5 Conclusioni

In Italia, come in altri paesi europei, le misure di contenimento della spesa per tecnologie sanitarie (come ad esempio farmaci e dispositivi medici) includono forme di restituzione finanziaria generalmente indicate con il termine «*payback*». Dal confronto internazionale, tuttavia, risulta evidente come dietro al medesimo termine si celino, in realtà, concetti molto diversi tra loro. L'eterogeneità di queste misure corrisponde anche ad una eterogeneità di impatto. Se, infatti, non è insolito che l'industria sia chiamata a forme di «restituzione», le modalità di tale restituzione possono di fatto configurare effetti ed incentivi così distanti da rendere opportuno non classificarle come afferenti ad un concetto unitario di *payback*. Ad esempio, un *payback* proporzionale all'extra-fatturato di ogni singola impresa rispetto ad un accordo preventivo (il modello francese è basato su un impianto simile) configura di fatto uno sconto ex-post, analogo a quello che si attiva nel caso di accordi prezzo-volume.

In Italia, invece, il *payback* è calcolato come percentuale dello sfondamento complessivo del mercato rispetto ad un tetto di spesa prefissato (due tetti per i farmaci²⁷ e uno per i dispositivi medici) a livello regionale. Tale onere di ripiano viene poi ripartito fra le imprese. Tra le singole imprese la quota di riparto viene calcolata sulla base delle rispettive quote di mercato, ottenendo un effetto più simile ad una tassa sulle vendite che ad uno sconto, perché l'ammontare dovuto è meno direttamente collegato a vendite superiori alle previsioni della singola impresa. A differenza di una tassa, però, il suo ammontare non è facilmente prevedibile per un'impresa, né tantomeno è previsto un meccanismo di parametrizzazione dell'onere di ripiano rispetto alla performance reddituale. Tale circostanza mette in luce la principale criticità del sistema di *payback* italiano, ovvero, la sua indipendenza rispetto ai risultati d'impresa.

Sotto un profilo puramente teorico, la ripartizione dell'onere di ripiano per quote di mercato dovrebbe pesare sul fatturato di ogni impresa in modo identico (stessa percentuale sul fatturato). Tuttavia, questo non avviene per diverse ragioni, tra cui:

1. I portafogli delle imprese farmaceutiche sono variamente diversificati, quindi imprese con un portafoglio maggiormente concentrato su farmaci non innovativi che vengono acquistati tramite il canale degli acquisti diretti avranno un onere di ripiano che incide in quota maggiore sul proprio fatturato; lo stesso vale per le imprese di dispositivi medici che vendono in via esclusiva o prevalente al servizio sanitario nazionale.

²⁷ A questi si potrebbe aggiungere il fondo per i farmaci innovativi, che di fatto è un tetto di spesa, il cui sfondamento ricade sul tetto degli acquisti diretti.

2. Le vendite alle aziende ospedaliere private non vengono tracciate ai fini della verifica della tenuta dei tetti, con alcune eccezioni per i farmaci. Ciò rende il rispetto del tetto più agevole nelle regioni con molto privato accreditato (la correlazione negativa tra spesa monitorata ai fini del tetto e quota di privato accreditato è particolarmente evidente nel caso dei dispositivi medici). Per di più, questa caratteristica genera un paradosso per cui il rispetto del tetto di spesa non è pienamente funzionale al contenimento della spesa sanitaria complessiva perché, di fatto, pone pressione solo sugli acquisti diretti del SSN ma non su quelli dei privati accreditati, le cui prestazioni sono comunque poi acquistate dal SSN tramite altre voci di spesa (es. ospedaliera accreditata). Di conseguenza, una regione che vuole rispettare il tetto di spesa sarà incentivata a spostare parte della produzione sul privato accreditato. Nell'impossibilità di rimodulare l'equilibrio tra *make* e *buy*, una regione con poco privato accreditato si trova svantaggiata nella possibilità di rispettare il tetto di spesa. Un simile incentivo può essere vissuto anche dalle imprese, poiché il loro fatturato generato dalla vendita a privati non rientra (se non in alcuni casi per i farmaci) nel mercato totale monitorato ai fini del tetto.
3. I fatturati riportati dalle imprese facenti parti di uno stesso gruppo sono spesso di difficile lettura a causa di possibili trasferimenti interni e, quindi, il dato non è sempre di facile lettura.

Di conseguenza, come mostrato dai dati di incidenza del *payback* sui ricavi delle vendite e ancor di più sull'utile netto, la misura del *payback* è percepita dalle imprese in modo iniquo rispetto alle proprie performance, così che alcune imprese potrebbero vivere il *payback* come una «tassa» di poco rilievo, mentre per altre può rappresentare una seria minaccia per la stabilità aziendale. Nella Tabella 17.10 è riportato un esempio, applicabile sia a farmaci sia ai dispositivi medici, di un ipotetico mercato con tre imprese. In questa simulazione si ipotizza un tetto di spesa pari a 110, che in questo caso viene sfondato per 50, con onere di ripiano pari al 50%, ossia 25. Si può notare come il meccanismo del riparto per quota di mercato consenta di avere un *payback* che pesa effettivamente in modo uniforme, come incidenza, sui ricavi delle vendite (cosa che, come discusso poc'anzi, in realtà non avviene). Tuttavia, una volta tenuto conto dei costi ipotizzati, si evidenzia come l'incidenza sull'utile sia molto diversa tra le tre imprese. Ad esempio, l'impresa A, che ha un ritorno netto sulle vendite del 22% (utile/fatturato) subisce un *payback* del 70% sul proprio utile, mentre l'impresa C, il cui ritorno sulle vendite è solo del 5%, è chiamata a ripianare una cifra più di tre volte superiore rispetto al proprio utile, con prevedibili conseguenze.

Inoltre, sfruttando lo stesso esempio, possiamo illustrare come il meccanismo attualmente previsto faccia sì che la somma da restituire sotto forma di *payback* sia dipendente dal fatturato delle altre aziende e non solo dal proprio.

Tabella 17.10 **Simulazione dell'impatto del *payback* su fatturato e utile delle imprese**

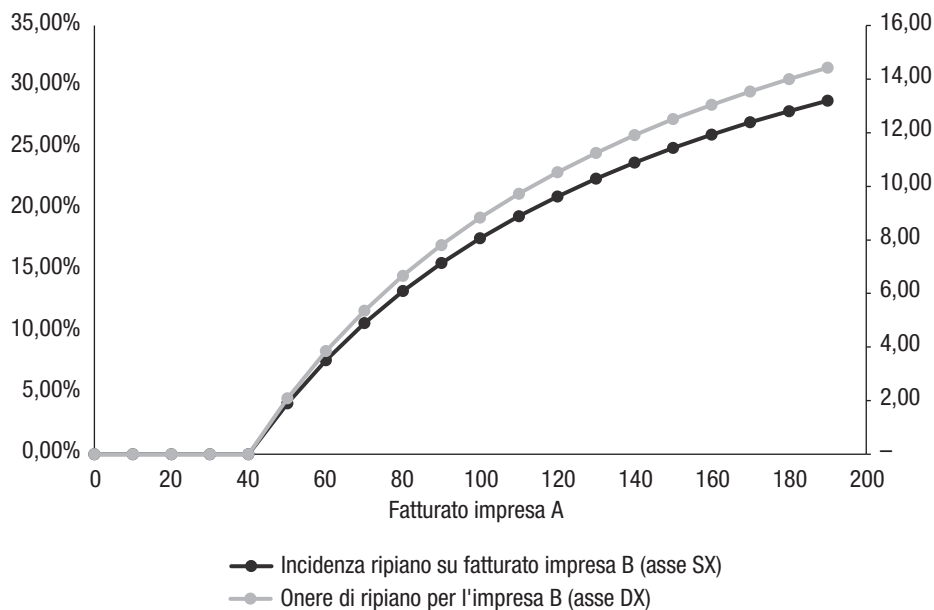
Impresa	Ricavi	Quota di mercato	Onere di ripiano	Incidenza sui ricavi	Costi	Utile	Incidenza <i>payback</i> su utile
A	90	56%	14,06	15,6%	70	20	70%
B	50	31%	7,81	15,6%	40	10	78%
C	20	13%	3,13	15,6%	19	1	313%
Tetto		110					
Sfondamento		50					
Da ripianare		25					

Fonte: dati simulati. Il fatturato si intende al netto dei *payback* già pagati.

Per illustrare questo aspetto è possibile calcolare l'ammontare del *payback* e la sua incidenza sul fatturato per l'impresa B al variare del solo fatturato dell'impresa A. Nella Figura 17.8 è possibile notare che, a parità di fatturato delle imprese B e C, il fatturato dell'impresa A possa far variare in modo significativo l'importo del *payback* a carico dell'impresa B e la relativa incidenza sul fatturato. Infatti, se il fatturato dell'impresa A si mantiene al di sotto del valore 40 (sempre a parità di fatturato delle imprese B e C), non vi è alcuno sfondamento del tetto, e di conseguenza non si attiva il *payback*. Oltre il valore di 40 si attiva un *payback* a carico dell'impresa B che cresce in funzione del fatturato dell'impresa A (anche se in modo meno che proporzionale a causa della progressiva riduzione della propria quota di mercato). Ciò rende meno prevedibile, anche a scopo di accantonamento, il quantitativo presunto da restituire per le imprese. Ma soprattutto, questo meccanismo genera un effetto antieconomico per cui anche un'impresa che vede ridursi la propria quota di mercato potrebbe proprio per questo essere chiamata ad un ripiano crescente. Pertanto, sarebbe auspicabile prevedere dei meccanismi correttivi che rendano gli importi dovuti compatibili con la sopravvivenza delle imprese, quali ad esempio una percentuale massima sul fatturato e/o una parametrizzazione prudenziale rispetto all'utile.

È importante rilevare che l'alto tasso di contestazione di queste misure da parte delle imprese è stato affrontato raramente nella prospettiva qui esposta, mentre diverse sono state le imprese (soprattutto nell'ambito dei dispositivi medici) che, in via extragiudiziale (es. trasmissioni televisive) hanno messo in luce le difficoltà anche di sopravvivenza indotte dal *payback*. Inoltre, attualmente, non sono state generate evidenze di impatto del *payback* sull'accesso a farmaci e dispositivi medici per i pazienti. Indirettamente, un segnale allarmante in tal senso proviene proprio dalle dichiarazioni delle imprese in merito al rischio di sopravvivenza, ma attualmente non risultano pubblicate analisi che correlino in modo esplicito i due fenomeni. Riteniamo che questa sia una priorità per la futura ricerca sul tema del *payback*.

Figura 17.8 **Simulazione dell'importo del payback per l'impresa B al variare del solo fatturato dell'impresa A**



Fonte: dati simulati

Oltre agli effetti sulle imprese, è opportuno discutere gli effetti che il *payback* produce sul sistema pubblico. Pur in assenza di analisi quantitative d'impatto, è opinione comune che l'utilizzo dei tetti di spesa generi una pressione alla prudenza nei consumi. Questo potrebbe essere considerato come un effetto di deterrenza preventiva, per il quale i vari attori del SSN, dal livello centrale fino al singolo medico prescrittore/utilizzatore, sono tutti esposti alla pressione verso il contenimento dei costi di farmaci e dispositivi medici, poiché metà dello sfondamento dei tetti è posto a carico delle regioni. L'effetto di deterrenza agisce in modo automatico nel momento stesso in cui, tramite un processo di progressiva suddivisione capillare del tetto, si traduce in una voce, tipicamente inferiore al necessario (o, peggio, spesso programmata in riduzione rispetto alla spesa storica), dei budget dei singoli dipartimenti. Tuttavia, questo effetto non contiene, da solo, un preciso incentivo comportamentale virtuoso. Semmai, è vero che attraverso comportamenti virtuosi, come l'attenzione all'appropriatezza prescrittiva, è più probabile che le risorse siano utilizzate in un modo efficiente dal punto di vista allocativo, e cioè che massimizzi i benefici di salute ottenibili con le medesime risorse, ma non è necessariamente vero che l'efficienza allocativa si traduca in un maggiore rispetto del tetto di spesa (spendere meglio non implica necessariamente spendere meno).

Pertanto, il meccanismo combinato di tetti e *payback* non ha le caratteristiche per generare incentivi comportamentali virtuosi, che salvaguardino anche l'accesso alle tecnologie. L'unica eccezione è rappresentata dai *payback* relativi ai MEA per i farmaci, che rappresentano uno strumento efficace, ma probabilmente sotto-utilizzato di condivisione dei rischi (Armeni *et al.*, 2023) e gli accordi di *risk sharing* per i dispositivi medici, che iniziano ad essere utilizzati ma in misura pressoché trascurabile. Un secondo effetto, che potrebbe essere definito «effetto di compensazione» è quello, invece, meramente finanziario, per cui il *payback* rappresenta una voce di ricavo per il SSN in grado di generare risorse aggiuntive che, potenzialmente, riducono l'impatto della spesa farmaceutica e per dispositivi medici. Tuttavia, non esiste un chiaro percorso per cui si preveda che queste risorse aggiuntive, fornite dalle imprese, siano riallocate su farmaci e dispositivi medici.

Le considerazioni presentate fino ad ora si ricollegano soprattutto al meccanismo del *payback* in sé e alle distorsioni o ai mancati incentivi che esso produce. È, tuttavia, necessario soffermarsi su un ultimo punto, che riguarda l'entità del fenomeno e l'attività di programmazione collegata. Infatti, un elemento importante del *payback* in Italia è il suo cospicuo ammontare rispetto alla spesa programmata. Per gli acquisti diretti di farmaci e per i dispositivi medici il tetto è stato superato, negli ultimi anni, per cifre superiori a 2 miliardi di euro. Anche osservando i dati storici, la spesa è stata sempre di molto superiore rispetto al tetto programmato. È difficile ipotizzare che, a fronte di una spesa per dispositivi medici di 7,5 miliardi di euro nel 2021, il tetto di 5,5 miliardi di euro per il 2022 possa rappresentare uno strumento in grado di funzionare come un budget credibile. Ed infatti, nel 2022 si è registrato uno sfondamento di 2,1 miliardi di euro per i dispositivi medici, pari al 27,6% della spesa stessa. La stessa considerazione, solo con importi più elevati, vale per il mercato farmaceutico, dove nel 2022 si è avuto uno sfondamento di 2,7 miliardi di euro rispetto al tetto sugli acquisti diretti, pari al 21,6% della spesa. Allocare risorse per la spesa futura inferiori di oltre il 25% rispetto alla spesa dell'ultimo anno (come nel caso dei dispositivi medici) può sottintendere due interpretazioni di fatto, probabilmente non corrispondenti alle intenzioni del programmatore: i) si ritiene che un quarto della spesa per farmaci e dispositivi medici sia inappropriata, oppure ii) si vuole esplicitamente generare, programmandolo, una certa quantità di *payback* per recuperare risorse. La prima interpretazione rappresenterebbe un giudizio molto severo da parte del programmatore del SSN rispetto all'azione prescrittiva ma, come già detto, non sarebbe il meccanismo del *payback* a poter fornire incentivi comportamentali virtuosi. La seconda interpretazione, invece, è sintomatica dell'incompletezza dei sistemi di valutazione a supporto dell'accesso a farmaci e dispositivi medici. Un efficiente processo di HTA, parametrato alle risorse disponibili, anticiperebbe nelle condizioni negoziali il rispetto dei vincoli di bilancio, richiedendo alle

istituzioni pubbliche e alle imprese la verifica preventiva delle reali possibilità di *reciproca* sostenibilità, limitando i *payback* alle conseguenze degli accordi MEA o di condivisione del rischio. Nell'ancora parziale applicazione di logiche di HTA, il *payback* potrebbe essere percepito dalle istituzioni pubbliche come un meccanismo di correzione ex-post del mancato collegamento tra prezzo e valore, assumendo implicitamente che i prezzi pagati siano uniformemente superiori al valore. Tale assunzione è particolarmente discutibile ma è soprattutto la sua uniformità (che si ripercuote sull'intero mercato) ad essere poco realistica. Il sotto-finanziamento della spesa per farmaci e dispositivi medici dovrebbe essere considerato anche in funzione di queste interpretazioni, che probabilmente non rappresentano dei significati intenzionali ma ben fotografano la situazione di fatto, mettendo in luce alcuni elementi di ostilità verso gli stessi attori del SSN oltre che verso le imprese. Pertanto, un'azione necessaria è quella di rendere la programmazione dei tetti maggiormente credibile anche in funzione della spesa storica, come avviene già in Francia e nel Regno Unito, pre-allocando un ammontare considerabile realmente come obiettivo di spesa (ovviamente il costo di tale operazione è la rinuncia ad una parte del *payback*). Va sottolineato che neanche tali sistemi non sono privi di criticità, soprattutto a causa dell'entità dei ripiani richiesti negli ultimi anni. Inoltre, per quanto concerne i dispositivi medici, la richiesta a posteriori (nel 2022 per il periodo 2015-2018) del pagamento del *payback* comporta per le imprese l'aver pagato imposte maggiorate (qualora fosse stato addebitato nell'anno di competenza, dall'utile sarebbe stato scorporato il *payback* prima del calcolo delle imposte).

In conclusione, l'attuale sistema di *payback* relativo al superamento dei tetti di spesa in Italia è caratterizzato da tre principali criticità:

- i. La distribuzione degli oneri di ripiano tra le imprese è disuguale, con effetti eterogenei (e a volta avversi e antieconomici) sui bilanci e potenzialmente sulla sopravvivenza stessa delle imprese, come evidenziato dalla simulazione presentata in questo capitolo.
- ii. Non contiene incentivi comportamentali virtuosi, limitandosi a produrre una generica pressione da parte dei decisori al contenimento dei costi, con potenziali minacce per l'accesso alle tecnologie (nel caso di farmaci rimborsati, direttamente violando i LEA).
- iii. Rappresenta una circostanza non eccezionale ma apparentemente programmata ex-ante a causa di allocazioni palesemente incoerenti con la spesa realmente prevedibile.

Il superamento di queste criticità richiede, prima di tutto, un ri-finanziamento della spesa per farmaci e dispositivi coerente con le previsioni di spesa. In secondo luogo, il meccanismo in sé dovrebbe essere maggiormente consapevole delle performance aziendali in modo da rappresentare un prelievo che non in-

cida in modo grave sul risultato d'esercizio per nessuna impresa: l'obiettivo dei *payback* dovrebbe essere quello di far compartecipare le imprese alla sostenibilità economica della spesa per tecnologie, ma senza incidere in modo decisivo sulla capacità di un'impresa di rimanere sul mercato (e, possibilmente, di investire in innovazione). Va da sé che più sarà migliorato e reso efficace l'HTA per farmaci e dispositivi medici, maggiore sarà la capacità di determinare ex-ante prezzi, volumi e accordi MEA in grado di realizzare una diffusione sostenibile dell'innovazione e, di conseguenza, il ricorso a sistemi di *payback* come quello attuale sarà superfluo. In terzo luogo, è necessario investire in più specifiche analisi d'impatto per verificare gli effetti del *payback* sull'accesso e sulla «salute» del mercato industriale.

Da ultimo, riteniamo importante sostituire gradualmente l'utilizzo del *payback* (escluso quello relativo ai MEA) con sistemi decisionali a livello macro e micro in grado di incentivare ex-ante l'efficienza allocativa nell'ambito dei vincoli di bilancio, proseguendo con la progressiva diffusione di logiche di HTA, con maggiore rafforzamento della responsabilità del livello centrale sulle scelte allocative che configurano diritti di accesso (es. associando la rimborsabilità dei farmaci al loro finanziamento²⁸).

17.6 Bibliografia

- AIFA, *Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Dicembre 2022 Consuntivo*.
- AIFA, *Riepilogo dei pagamenti a titolo di ripiano della spesa farmaceutica acquisti diretti anno 2021 (payback) – Aggiornamento del 10/05/2023*.
- Andersson E., Svensson J., Persson U., Lindgren P. (2020), *Risk sharing in managed entry agreements-A review of the Swedish experience*, Review in Health Policy, Disponibile a questo link, doi: 10.1016/j.healthpol.2020.02.002.
- Ali Zinati K.B, (2023), *Payback dispositivi medici: cos'è, come funziona e quali sono i potenziali rischi per il nostro sistema sanitario*, OHGA.
- Armeni P., Costa F., Milano C., Segantin G. (2023), «Il futuro dei MEA per le terapie avanzate: il caso Zolgensma», White Paper Cergas SDA Bocconi.
- Associazione Fornitori Ospedalieri Regioni Puglia e Basilicata – AFORP (2023), *Payback: La Regione Basilicata Ancora Non Ha Emesso I Dispositivi Di Pagamento Per Singole Imprese*.
- Chuit M. (2021), *La clause de sauvegarde, un système de rattrapage, révélateur de la croissance du marché : évolutions et perspectives*, HAL Open Science

²⁸ Cfr cap. 8 del presente rapporto.

- Costa F. Jommi C. (2018), *Le principali politiche del farmaco in Italia*, In Osservatorio del farmaco 2018, pp. 129-154, Egea.
- Damiano C. (2020), *The “safeguard clause for medical devices” (clause de sauvegarde dispositifs médicaux), an opportunity to make a critical assessment in the light of the “safeguard clause for pharmaceutical products” (clause de sauvegarde médicaments)*, Hogan Lovells.
- First amendment to the 2019 Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access Scheme*, Department of Health and Social Care, UK.
- France Health Care & Long-Term Care Systems (2016), European Commission.
- Gemeinsemer Bundesausschuss (G-BA), «The benefit assessment of medicinal products in accordance with the German Social Code», *Book Five (SGB V)*, section 35a.
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, sito ufficiale.
- Hernandez C, (2022), *El nuevo convenio Gobierno-Farmaindustria avanza hacia la plurianualidad*, in Redaccion Medica.
- Kanavos P., Casanovas i G.L. (2020), «Is budget capping a successful macro policy to control drug expenditure? the Spanish experience», *The health policy papers collection*.
- La sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité, Chapitre II: Après la crise sanitaire, un Ondam à conforter comme outil de pilotage des dépenses de santé* (2023), Cour des Comptes.
- L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), *Securité Sociale*.
- MedTech Reimbursement Consulting (2021), *The updated LPPR list for add-on reimbursement published in France*.
- Monitoraggio Spesa Farmaceutica Gen-Dic (2022), *Consuntivo*, Disponibile a questo link, https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1735594/Monitoraggio_Spesa_gennaio-dicembre-2022_consultivo.pdf
- Natz A., Campion M.G. (2012), «Pricing and reimbursement of innovative pharmaceuticals in France and the new healthcare reform», *European Confederation of Pharmaceutical Entrepreneurs (EUCOPE)*, Brussels, Belgium.
- OECD (2018), *Pharmaceutical Reimbursement and Pricing in Germany*.
- OECD (2019), *Pharmaceutical Expenditure, Tracking, Budgeting and Forecasting in 23 OECD and EU countries – Country Notes*.
- PPRI – Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (2023), *PPRI Pharma Profile Sweden 2023*.
- The French Social Security Finance Bill (PLFSS) and Medicines: An explanation (2022), *Les Entreprises du Medicament*.
- The 2019 Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access – Annexes, Department of Health and Social Care UK.

The 2019 Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access: Payment Percentage for 2020 (2019), Department of Health and Social Care UK.

The 2019 Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access: Payment Percentage for 2021, Department of Health and Social Care, UK.

The 2019 Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access: Payment Percentage for 2022, Department of Health and Social Care, UK.

The Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access: Payment Percentage for 2023, Department of Health and Social Care, UK.

TLV – The Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (2023), Prognos av besparingar från sidoöverenskommelser 2023– 2026.

TLV – The Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (2017), The development of pharmaceutical expenditure in Sweden.

17.7 Appendice

Le tabelle presentate in appendice costituiscono uno sforzo di sistematizzazione per dare l'opportunità di un quadro chiaro a tutti i fruitori del rapporto OASI. L'obiettivo è stato quello di creare una serie storica fin dall'inizio dell'istituzione del payback, in maniera tale da avere una visione chiara dell'evoluzione dell'impatto di ciascuna regione.

Tabella 17.11 **Tetto per l'acquisto di dispositivi medici, ripiano a carico dei fornitori e prestazioni sanitarie acquistate dal privato (2015-2022)**

Regione	Anno 2015									
	FSR (€) ^[1]	Tetto 4,4% (€) ^[1]	Spesa DM (DM) (€) ^[1]	% DM/FSR ^[2]	Scostamento (€) ^[1]	Scostamento % ^[1]	Ripiano a carico fornitori (€) ^[1]	Prestazioni sanitarie acquistate da privati (AP) (€) ^[3]	% AP/FSR ^[4]	
PIE	8.085.694.553	355.770.560	456.776.000	5,6%	101.005.440	9,7%	40.402.176	791.938.000	9,8%	
VDA	228.564.285	10.056.829	12.794.000	5,6%	2.737.171	0,3%	1.094.869	11.975.000	5,2%	
LOM	17.873.197.113	786.420.673	785.574.000	4,4%				3.366.510.000	18,8%	
PA BZ	891.619.885	39.231.275	60.223.000	6,8%	20.991.725	2,0%	8.396.690	34.055.000	3,8%	
PA TN	939.051.563	41.318.269	70.363.000	7,5%	29.044.731	2,8%	11.617.892	75.152.000	8,0%	
VEN	8.815.454.355	387.879.992	501.852.000	5,7%	113.972.008	11,0%	45.588.803	817.454.000	9,3%	
FVG	2.218.548.454	97.616.132	160.664.000	7,2%	63.047.868	6,1%	25.219.147	108.972.000	4,9%	
LIG	3.070.515.650	135.102.689	162.618.000	5,3%	27.515.311	2,6%	11.006.125	174.400.000	5,7%	
ER	8.065.959.998	354.902.240	440.623.000	5,5%	85.720.760	8,2%	34.288.304	712.858.000	8,8%	
TOS	6.876.120.020	302.549.281	497.564.000	7,2%	195.014.719	18,7%	78.005.888	386.172.000	5,6%	
UMB	1.649.060.377	72.558.657	118.714.000	7,2%	46.155.343	4,4%	18.462.137	59.760.000	3,6%	
MAR	2.843.545.149	125.115.987	187.712.000	6,6%	62.596.013	6,0%	25.038.405	195.439.000	6,9%	
LAZ	10.471.149.560	460.730.581	458.908.000	4,4%				1.816.168.000	17,3%	
ABR	2.415.553.407	106.284.350	184.088.000	7,6%	77.803.650	7,5%	31.121.460	219.598.000	9,1%	
MOL	607.608.353	26.734.768	34.434.000	5,7%	7.699.232	0,7%	3.079.693	124.332.000	20,5%	
CAM	10.293.079.407	452.895.494	421.001.000	4,1%				1.626.856.000	15,8%	
PUG	7.263.808.787	319.607.587	446.912.000	6,2%	127.304.413	12,2%	50.921.765	1.121.368.000	15,4%	
BAS	1.055.840.579	46.456.985	49.964.000	4,7%	3.507.015		1.402.806	94.847.000	9,0%	
CAL	3.534.878.382	155.534.649	131.891.000	3,7%				322.784.000	9,1%	
SIC	8.939.512.023	393.338.529	400.066.000	4,5%	6.727.471	0,6%	2.690.988	1.289.638.000	14,4%	
SAR	2.939.854.058	129.353.579	199.198.000	6,8%	69.844.421	6,7%	27.937.769	218.735.000	7,4%	
TOTALE	109.078.615.958	4.799.459.102	5.781.939.000	5,3%	1.040.687.295	100,0%	416.274.918	13.569.011.000	12,4%	

Fonte: ^[1] DM 6 luglio 2022, ^[2] elaborazioni DM 6 luglio 2022, ^[3] elaborazioni Modelli di conto economico – consolidato regionale, ^[4] elaborazioni Modelli di conto economico – consolidato regionale e DM 6 luglio 2022

Tabella 17.11 (segue)

Regione	Anno 2016								
	FSR (€) ^[1]	Tetto 4,4% (€) ^[1]	Spesa DM (DM) (€) ^[1]	% DM/FSR ^[2]	Scostamento (€) ^[1]	Scostamento % ^[1]	Ripiano a carico fornitori (€) ^[1]	Prestazioni sanitarie acquistate da privati (AP) (€) ^[8]	% AP/FSR ^[4]
PIE	8.194.515.705	360.558.691	461.117.000	5,6%	100.558.309	9,6%	45.251.239	781.319.000	9,5%
VDA	230.404.789	10.137.811	12.041.000	5,2%	1.903.189	0,2%	856.435	11.632.000	5,0%
LOM	18.079.496.129	795.497.830	789.211.000	4,4%				3.424.923.000	18,9%
PA BZ	901.461.610	39.664.311	63.974.000	7,1%	24.309.689	2,3%	10.939.360	34.675.000	3,8%
PA TN	948.978.013	41.755.033	67.537.000	7,1%	25.781.967	2,4%	11.601.885	75.423.000	7,9%
VEN	8.922.399.643	392.585.584	518.133.000	5,8%	125.547.416	11,9%	56.496.337	820.173.000	9,2%
FVG	2.241.143.995	98.610.336	162.075.000	7,2%	63.464.664	6,0%	28.559.099	116.622.000	5,2%
LIG	3.094.348.893	136.151.351	162.498.000	5,3%	26.346.649	2,5%	11.855.992	164.843.000	5,3%
ER	8.172.307.513	359.581.531	437.005.000	5,3%	77.423.469	7,4%	34.840.561	674.076.000	8,2%
TOS	6.957.188.903	306.116.312	506.611.000	7,3%	200.494.688	19,0%	90.222.610	379.240.000	5,5%
UMB	1.668.440.031	73.411.361	121.429.000	7,3%	48.017.639	4,6%	21.607.937	60.374.000	3,6%
MAR	2.868.128.037	126.197.634	191.180.000	6,7%	64.982.366	6,2%	29.242.065	203.260.000	7,1%
LAZ	10.612.920.817	466.968.516	455.661.000	4,3%				1.811.711.000	17,1%
ABR	2.436.985.382	107.227.357	184.500.000	7,6%	77.272.643	7,3%	34.772.689	226.418.000	9,3%
MOL	609.337.536	26.810.852	36.062.000	5,9%	9.251.148	0,9%	4.163.017	116.845.000	19,2%
CAM	10.429.111.875	458.880.923	424.759.000	4,1%				1.635.286.000	15,7%
PUG	7.321.652.518	322.152.711	448.206.000	6,1%	126.053.289	12,0%	56.723.980	1.119.861.000	15,3%
BAS	1.065.424.325	46.878.670	46.338.000	4,3%				84.088.000	7,9%
CAL	3.553.250.681	156.343.030	137.877.000	3,9%	7.430.843	0,7%	3.343.879	325.066.000	9,1%
SIC	9.075.912.657	399.340.157	406.771.000	4,5%	74.035.643	7,0%	33.316.039	1.303.711.000	14,4%
SAR	2.972.712.661	130.799.357	204.835.000	6,9%				215.430.000	7,2%
TOTALE	110.356.121.713	4.855.669.355	5.837.820.000	5,3%	1.052.873.613	100,0%	473.793.126	13.584.976.000	12,3%

Fonte: ^[1] DM 6 luglio 2022, ^[2] elaborazioni DM 6 luglio 2022, ^[3] elaborazioni Modelli di conto economico – consolidato regionale, ^[4] elaborazioni Modelli di conto economico – consolidato regionale e DM 6 luglio 2022

Regione	Anno 2017							% AP/FSR ^[4]
	FSR (€) ^[1]	Tetto 4,4% (€) ^[1]	Spesa DM (DM) (€) ^[1]	% DM/FSR ^[2]	Scostamento (€) ^[1]	Scostamento % ^[1]	Ripiano a carico fornitori (€) ^[1]	
PIE	8.293.798.632	364.927.140	472.304.000	5,7%	107.376.860	9,7%	53.688.430	785.250.000
VDA	230.951.029	10.161.845	12.357.000	5,4%	2.195.155	0,2%	1.097.577	11.371.000
LOM	18.433.148.316	811.058.526	800.395.000	4,3%				3.380.727.000
PA BZ	914.066.711	40.218.935	65.968.000	7,2%	25.749.065	2,3%	12.874.532	33.214.000
PA TN	960.185.382	42.248.157	67.715.000	7,1%	25.466.843	2,3%	12.733.422	77.933.000
VEN	9.070.496.758	399.101.857	523.074.000	5,8%	123.972.143	11,2%	61.986.071	827.606.000
FVG	2.252.624.767	99.115.490	171.464.000	7,6%	72.348.510	6,5%	36.174.255	120.002.000
LIG	3.130.412.554	137.738.152	159.708.000	5,1%	21.969.848	2,0%	10.984.924	159.576.000
ER	8.305.743.070	365.452.695	444.209.000	5,3%	78.756.305	7,1%	39.378.152	677.114.000
TOS	7.056.759.967	310.497.439	532.829.000	7,6%	222.331.561	20,1%	111.165.781	387.243.000
UMB	1.685.460.460	74.160.260	124.015.000	7,4%	49.854.740	4,5%	24.927.370	60.779.000
MAR	2.909.177.578	128.003.813	205.607.000	7,1%	77.603.187	7,0%	38.801.593	214.048.000
LAZ	10.786.205.464	474.593.040	461.771.000	4,3%				1.618.762.000
ABR	2.467.826.336	108.584.359	180.830.000	7,3%	72.245.641	6,5%	36.122.821	223.749.000
MOL	607.593.206	26.734.101	36.855.000	6,1%	10.120.899	0,9%	5.060.449	119.885.000
CAM	10.533.002.216	463.452.098	448.550.000	4,3%				1.639.209.000
PUG	7.431.894.003	327.003.336	461.767.000	6,2%	134.763.664	12,2%	67.381.832	1.113.523.000
BAS	1.079.720.885	47.507.719	49.566.000	4,6%	2.058.281	0,2%	1.029.141	79.993.000
CAL	3.594.568.307	158.161.006	152.478.000	4,2%				315.666.000
SIC	9.196.419.373	404.642.452	421.085.000	4,6%	16.442.548	1,5%	8.221.274	1.319.130.000
SAR	2.997.664.764	131.897.250	193.742.000	6,5%	61.844.750	5,6%	30.922.375	206.487.000
TOTALE	111.937.719.778	4.925.259.670	5.986.289.000	5,3%	1.105.099.999	100,0%	552.550.000	13.371.267.000

Fonte: ^[1] DM 6 luglio 2022, ^[2] elaborazioni DM 6 luglio 2022, ^[3] elaborazioni Modelli di conto economico – consolidato regionale, ^[4] elaborazioni Modelli di conto economico – consolidato regionale e DM 6 luglio 2022

Tabella 17.11 (segue)

Regione	Anno 2018									
	FSR (€) ^[1]	Tetto 4,4% (€) ^[1]	Spesa DM (DM) (€) ^[1]	% DM/FSR ^[2]	Scostamento (€) ^[1]	Scostamento % ^[1]	Ripiano a carico fornitori (€) ^[1]	Prestazioni sanitarie acquistate da privati (AP) (€) ^[8]	% AP/FSR ^[9]	
PIE	8.347.034.059	367.269.499	490.097.000	5,9%	122.827.501	9,5%	61.413.751	823.678.000	9,9%	
VDA	232.571.313	10.233.138	13.036.000	5,6%	2.802.862	0,2%	1.401.431	11.692.000	5,0%	
LOM	18.652.861.711	820.725.915	820.747.000	4,4%	21.085	0,0%	10.542	3.385.490.000	18,1%	
PA BZ	929.052.578	40.878.313	67.901.000	7,3%	27.022.687	2,1%	13.511.343	34.434.000	3,7%	
PA TN	970.640.595	42.708.186	69.614.000	7,2%	26.905.814	2,1%	13.452.907	79.547.000	8,2%	
VEN	9.143.302.290	402.305.301	537.718.000	5,9%	135.412.699	10,5%	67.706.350	805.445.000	8,8%	
FVG	2.267.228.365	99.758.048	175.761.000	7,8%	76.002.952	5,9%	38.001.476	126.577.000	5,6%	
LIG	3.133.938.645	137.893.300	171.584.000	5,5%	33.690.700	2,6%	16.845.350	165.056.000	5,3%	
ER	8.366.241.027	368.114.605	491.862.000	5,9%	123.747.395	9,6%	61.873.697	696.766.000	8,3%	
TOS	7.101.762.930	312.477.569	547.999.000	7,7%	235.521.431	18,3%	117.760.716	397.052.000	5,6%	
UMB	1.691.187.046	74.412.230	128.039.000	7,6%	53.626.770	4,2%	26.813.385	59.962.000	3,5%	
MAR	2.900.462.904	127.620.368	214.636.000	7,4%	87.015.632	6,8%	43.507.816	227.800.000	7,9%	
LAZ	10.879.447.422	478.695.687	465.439.822	4,3%	77.877.217	6,1%	38.938.608	1.888.620.835	17,4%	
ABR	2.478.910.075	109.072.043	186.949.260	7,5%	77.877.217	6,1%	38.938.608	223.427.030	9,0%	
MOL	590.253.286	25.971.145	36.434.086	6,2%	10.462.941	0,8%	5.231.471	119.729.733	20,3%	
CAM	10.625.812.623	467.535.755	458.053.232	4,3%	143.509.741	11,2%	71.754.871	1.688.279.560	15,9%	
PUG	7.485.255.883	329.351.259	472.861.000	6,3%	143.509.741	11,2%	71.754.871	1.107.333.000	14,8%	
BAS	1.081.879.810	47.602.712	62.253.000	5,8%	14.650.288	1,1%	7.325.144	80.359.000	7,4%	
CAL	3.614.318.603	159.030.019	167.482.476	4,6%	8.452.457	0,7%	4.226.229	317.623.729	8,8%	
SIC	9.258.097.552	407.356.292	447.591.894	4,8%	40.235.602	3,1%	20.117.801	1.325.351.815	14,3%	
SAR	3.023.694.092	133.042.540	199.901.835	6,6%	66.859.295	5,2%	33.429.647	205.924.681	6,8%	
TOTALE	112.773.952.809	4.962.053.924	6.225.960.605	5,5%	1.286.645.069	100,0%	643.322.535	13.770.148.383	12,2%	

Fonte: ^[1] DM 6 luglio 2022, ^[2] elaborazioni DM 6 luglio 2022, ^[3] elaborazioni Modelli di conto economico - consolidato regionale, ^[4] elaborazioni Modelli di conto economico - consolidato regionale e DM 6 luglio 2022

Regione	Anno 2019							% AP/FSR ^[7]	
	FSR (€) ^[5]	Tetto 4,4% (€) ^[6]	Spesa DM (DM) (€) ^[3]	% DM/FSR ^[7]	Scostamento (€) ^[7]	Scostamento % ^[7]	Ripiano a carico fornitori (€) ^[7]		Prestazioni sanitarie acquistate da privati (AP) (€) ^[8]
PIE	8.394.104.314	369.340.590	505.208.948	6,0%	135.868.358	9,5%	67.934.179	831.980.687	9,9%
VDA	294.376.656	10.312.573	12.582.717	5,4%	2.270.144	0,2%	1.135.072	12.083.713	5,2%
LOM	18.868.852.754	830.229.521	847.020.051	4,5%	16.790.530	1,2%	8.395.265	3.381.842.147	17,9%
PA BZ	946.974.727	41.666.888	69.697.852	7,4%	28.030.964	2,0%	14.015.482	34.572.749	3,7%
PA TN	985.576.739	43.365.377	74.647.933	7,6%	31.282.556	2,2%	15.641.278	80.538.145	8,2%
VEN	9.225.378.578	405.916.657	568.494.197	6,2%	162.577.540	11,4%	81.288.770	830.022.588	9,0%
FVG	2.290.260.804	100.771.475	189.071.468	8,3%	88.299.993	6,2%	44.149.996	122.192.612	5,3%
LIG	3.158.073.118	138.955.217	183.257.047	5,8%	44.301.830	3,1%	22.150.915	163.323.184	5,2%
ER	8.462.432.788	372.347.043	495.656.151	5,9%	123.309.108	8,7%	61.654.554	702.528.332	8,3%
TOS	7.178.475.271	315.852.912	540.174.517	7,5%	224.321.605	15,8%	112.160.803	389.686.364	5,4%
UMB	1.706.714.055	75.095.418	130.497.987	7,6%	55.402.569	3,9%	27.701.284	60.917.352	3,6%
MAR	2.923.358.660	128.627.781	214.359.120	7,3%	85.731.339	6,0%	42.865.669	231.785.709	7,9%
LAZ	11.028.548.036	485.256.114	485.574.707	4,4%	318.593	0,0%	159.297	2.013.274.325	18,3%
ABR	2.487.250.229	109.439.010	193.174.356	7,8%	83.735.346	5,9%	41.867.673	224.862.872	9,0%
MOL	591.468.668	26.024.621	37.283.512	6,3%	11.258.891	0,8%	5.629.445	116.611.012	19,7%
CAM	10.723.445.052	471.831.582	493.623.916	4,6%	21.792.334	1,5%	10.896.167	1.705.104.593	15,9%
PUG	7.546.884.411	332.062.914	487.433.921	6,5%	155.371.007	10,9%	77.685.503	1.106.215.583	14,7%
BAS	1.085.264.799	47.751.651	58.842.136	5,4%	11.090.485	0,8%	5.545.242	78.140.475	7,2%
CAL	3.645.661.616	160.409.111	172.919.324	4,7%	12.510.213	0,9%	6.255.106	319.352.033	8,8%
SIC	9.250.802.707	407.035.319	466.941.648	5,0%	59.906.329	4,2%	29.953.164	1.332.775.561	14,4%
SAR	3.058.022.198	134.552.977	203.670.840	6,7%	69.117.863	4,9%	34.558.932	210.833.182	6,9%
TOTALE	113.791.926.180	5.006.844.752	6.430.132.348	5,7%	1.423.287.596	100,0%	711.643.798	13.948.643.218	12,3%

Fonte: ^[3] elaborazioni Modelli di conto economico - consolidato regionale, ^[5] Monitoraggio AIFA 2019 - aggiornamento al consuntivo, ^[6] elaborazioni Monitoraggio AIFA 2019 - aggiornamento al consuntivo, ^[7] elaborazioni Modelli di conto economico - consolidato regionale e Monitoraggio AIFA 2019 - aggiornamento al consuntivo

Tabella 17.11 (segue)

Regione	Anno 2020									
	FSR (€) ^[8]	Tetto 4,4% (€) ^[9]	Spesa DM (DM) (€) ^[3]	% DM/FSR ^[10]	Scostamento (€) ^[10]	Scostamento % ^[10]	Ripiano a carico fornitori (€) ^[10]	Prestazioni sanitarie acquistate da privati (AP) (€) ^[8]	% AP/FSR ^[10]	
PIE	8.806.124.842	387.469.493	569.442.540	6,5%	181.973.047	10,4%	90.986.523	772.208.094	8,8%	
VDA	248.859.800	10.949.831	14.848.192	6,0%	3.898.361	0,2%	1.949.180	10.969.400	4,4%	
LOM	19.905.396.202	875.837.433	814.459.680	4,1%				2.930.170.582	14,7%	
PA BZ	1.007.006.392	44.308.281	87.038.470	8,6%	42.730.188	2,4%	21.365.094	40.320.952	4,0%	
PA TN	1.044.885.297	45.974.953	78.118.212	7,5%	32.143.259	1,8%	16.071.629	75.523.427	7,2%	
VEN	9.728.120.958	428.037.322	668.980.442	6,9%	240.943.119	13,7%	120.471.560	808.357.239	8,3%	
FVG	2.414.873.724	106.254.444	196.030.343	8,1%	89.775.899	5,1%	44.887.950	119.476.111	4,9%	
LIG	3.299.214.442	145.165.435	191.271.270	5,8%	46.105.835	2,6%	23.052.917	156.034.730	4,7%	
ER	8.922.250.846	392.579.037	650.651.118	7,3%	258.072.081	14,7%	129.036.041	645.305.783	7,2%	
TOS	7.539.784.757	331.750.529	561.139.727	7,4%	229.389.198	13,1%	114.694.599	374.412.067	5,0%	
UMB	1.790.958.840	78.802.189	130.321.866	7,3%	51.519.677	2,9%	25.759.838	58.137.692	3,2%	
MAR	3.066.310.072	134.917.643	227.958.226	7,4%	93.040.583	5,3%	46.520.291	227.552.576	7,4%	
LAZ	11.574.083.012	509.259.653	510.335.466	4,4%	1.075.813	0,1%	537.907	2.087.052.736	18,0%	
ABR	2.613.819.857	115.008.074	193.641.576	7,4%	78.633.502	4,5%	39.316.751	210.075.849	8,0%	
MOL	622.665.432	27.397.279	35.127.310	5,6%	7.730.031	0,4%	3.865.015	114.981.824	18,5%	
CAM	11.234.142.656	494.302.277	554.977.116	4,9%	60.674.839	3,5%	30.337.420	1.659.358.374	14,8%	
PUG	7.909.197.395	348.004.685	491.422.798	6,2%	143.418.113	8,2%	71.709.056	1.044.365.088	13,2%	
BAS	1.137.864.674	50.066.046	56.800.600	5,0%	6.734.554	0,4%	3.367.277	78.239.637	6,9%	
CAL	3.808.400.184	167.569.608	175.675.301	4,6%	8.105.693	0,5%	4.052.846	275.402.436	7,2%	
SIC	9.685.450.393	426.159.817	547.530.271	5,7%	121.370.453	6,9%	60.685.227	1.305.889.327	13,5%	
SAR	3.213.972.333	141.414.783	198.535.558	6,2%	57.120.775	3,3%	28.560.387	209.701.738	6,5%	
TOTALE	119.573.382.108	5.261.228.813	6.954.306.079	5,8%	1.754.455.019	100,0%	877.227.509	13.203.635.662	11,0%	

Fonte: ^[8] elaborazioni Modelli di conto economico - consolidato regionale, ^[9] Monitoraggio AIFA 2020 - aggiornamento al consuntivo, ^[10] elaborazioni Monitoraggio AIFA 2020 - aggiornamento al consuntivo, ^[11] elaborazioni Modelli di conto economico - consolidato regionale e Monitoraggio AIFA 2020 - aggiornamento al consuntivo

Regione	Anno 2021							% AP/FSR ^[1]
	FSR (€) ^[1]	Tetto 4,4% (€) ^[2]	Spesa DM (DM) (€) ^[3]	% DM/FSR ^[1]	Scostamento (€) ^[3]	Scostamento % ^[1]	Ripiano a carico fornitori (€) ^[3]	
PIE	8.906,750,326	391,897,014	634,556,731	7.1%	242,659,716	11.3%	121,329,858	844,830,553
VDA	252,676,940	11,117,785	13,587,320	5.4%	2,469,535	0.1%	1,234,767	12,115,504
LOM	20,247,854,004	890,905,576	926,887,705	4.6%	35,982,129	1.7%	17,991,064	3,232,796,809
PZ BZ	1,038,119,154	45,677,243	108,968,719	10.5%	63,291,476	2.9%	31,645,738	51,917,906
PZA TN	1,077,134,087	47,393,900	78,681,998	7.3%	31,288,098	1.5%	15,644,049	83,891,239
VEN	9,938,850,750	437,309,433	781,967,649	7.9%	344,658,216	16.0%	172,329,108	864,281,488
FVG	2,445,708,978	107,611,195	215,342,054	8.8%	107,730,859	5.0%	53,865,430	130,814,359
LIG	3,314,468,119	145,836,597	208,534,781	6.3%	62,698,184	2.9%	31,349,092	158,935,060
ER	9,119,797,094	401,271,072	615,675,419	6.8%	214,404,346	9.9%	107,202,173	703,525,726
TOS	7,632,157,970	335,814,951	606,139,796	7.9%	270,324,845	12.5%	135,162,423	376,935,072
UMB	1,809,670,699	79,625,511	143,625,129	7.9%	63,999,618	3.0%	31,999,809	58,803,030
MAR	3,103,547,014	136,556,069	247,588,808	8.0%	111,032,739	5.1%	55,516,370	239,178,430
LAZ	11,603,740,350	510,564,575	545,792,362	4.7%	35,227,787	1.6%	17,613,893	2,192,892,052
ABR	2,630,295,825	115,733,016	201,480,133	7.7%	85,747,117	4.0%	42,873,558	223,518,004
MOL	623,176,484	27,419,765	34,489,475	5.5%	7,069,710	0.3%	3,534,855	100,409,982
CAM	11,308,423,371	497,570,628	574,314,017	5.1%	76,743,388	3.6%	38,371,694	1,832,122,289
PUG	7,937,147,831	349,234,505	524,445,280	6.6%	175,210,775	8.1%	87,605,388	1,111,682,594
BAS	1,139,392,863	50,133,286	60,266,924	5.3%	10,133,638	0.5%	5,066,819	73,294,802
CAL	3,874,912,314	170,496,142	179,513,509	4.6%	9,017,367	0.4%	4,508,684	292,765,366
SIC	9,690,399,946	426,377,598	551,785,563	5.7%	125,407,965	5.8%	62,703,983	1,406,386,087
SAR	3,230,220,020	142,129,681	223,389,202	6.9%	81,368,786	3.8%	40,684,393	258,731,930
TOTALE	120,924,444,139	5,320,675,542	7,477,032,573	6.2%	2,156,466,296	100.0%	1,078,233,148	14,249,828,280

Fonte: ^[3] elaborazioni Modelli di conto economico - consolidato regionale, ^[1] Monitoraggio AIFA 2021 - aggiornamento al consuntivo, ^[2] elaborazioni Monitoraggio AIFA 2021 - aggiornamento al consuntivo, ^[3] elaborazioni Modelli di conto economico - consolidato regionale e Monitoraggio AIFA 2021 - aggiornamento al consuntivo

Tabella 17.11 (segue)

Regione	Anno 2022									
	FSR (€) ^[14]	Tetto 4.4% (€) ^[15]	Spesa DM (DM) (€) ^[3]	% DM/FSR ^[16]	Scostamento (€) ^[16]	Scostamento % ^[16]	Ripiano a carico fornitori (€) ^[16]	Prestazioni sanitarie acquistate da privati (AP) (€) ^[3]	% AP/FSR ^[16]	
PIE	9,163,946,499	403,213,646	638,870,614	7.0%	235,686,299	11.2%	117,843,150	862,856,273	9.4%	
VDA	260,250,298	11,451,013	13,756,197	5.3%	2,342,834	0.1%	1,171,417	12,778,309	4.9%	
LOM	20,956,914,340	922,104,231	997,210,786	4.8%	82,318,130	3.9%	41,159,065	3,394,099,097	16.2%	
PZ BZ	1,084,006,607	47,696,291	92,978,685	8.6%	47,100,701	2.2%	23,550,351	54,765,639	5.1%	
PZA TN	1,112,263,423	48,939,151	80,452,406	7.2%	31,110,849	1.5%	15,555,425	86,809,740	7.8%	
VEN	10,353,711,330	455,563,299	756,179,095	7.3%	297,488,683	14.2%	148,744,342	859,445,139	8.3%	
FVG	2,530,365,980	111,336,103	225,919,505	8.9%	113,752,042	5.4%	56,876,021	136,845,062	5.4%	
LIG	3,413,279,670	150,184,305	218,326,390	6.4%	68,122,843	3.2%	34,061,421	160,564,374	4.7%	
ER	9,448,440,592	415,731,386	624,807,335	6.6%	217,291,268	10.4%	108,645,634	678,462,785	7.2%	
TOS	7,925,099,680	348,704,386	599,650,347	7.6%	240,856,347	11.5%	120,428,174	382,609,468	4.8%	
UMB	1,869,757,061	82,269,311	145,746,491	7.8%	64,405,544	3.1%	32,202,772	60,124,712	3.2%	
MAR	3,195,867,386	140,618,165	249,239,226	7.8%	107,078,635	5.1%	53,539,318	232,262,625	7.3%	
LAZ	12,007,062,490	528,310,750	541,600,725	4.5%	11,169,859	0.5%	5,584,930	2,175,203,654	18.1%	
ABR	2,708,631,736	119,179,796	199,971,046	7.4%	79,805,349	3.8%	39,902,674	225,920,361	8.3%	
MOL	634,113,586	27,900,998	34,812,202	5.5%	6,751,930	0.3%	3,375,965	99,995,962	15.8%	
CAM	11,578,860,640	509,469,868	582,310,748	5.0%	78,053,931	3.7%	39,026,965	1,766,576,611	15.3%	
PUG	8,229,991,242	362,119,615	537,714,877	6.5%	163,775,455	7.8%	81,887,728	1,115,326,966	13.6%	
BAS	1,164,807,307	51,251,522	61,116,898	5.2%	10,660,442	0.5%	5,330,221	72,537,929	6.2%	
CAL	3,974,454,525	174,875,999	197,505,037	5.0%	23,355,507	1.1%	11,677,753	327,829,843	8.2%	
SIC	9,968,223,647	438,601,840	561,111,013	5.6%	122,251,371	5.8%	61,125,685	1,435,452,043	14.4%	
SAR	3,322,008,176	146,168,360	226,120,100	6.8%	94,830,711	4.5%	47,415,356	263,155,855	7.9%	
TOTALE	124,902,046,215	5,495,690,033	7,585,399,723	6.1%	2,098,208,732	100.0%	1,049,104,366	14,403,622,447	11.5%	

Fonte: ^[3] elaborazioni Modelli di conto economico - consolidato regionale, ^[14] Monitoraggio AIFA 2022 - aggiornamento al consuntivo, ^[15] elaborazioni Monitoraggio AIFA 2021 - aggiornamento al consuntivo, ^[16] elaborazioni Modelli di conto economico - consolidato regionale e Monitoraggio AIFA 2021 - aggiornamento al consuntivo

Postfazione

Cambiamo rotta per il futuro della sanità pubblica

di Giovanni Migliore¹

Ancora una volta il Rapporto OASI mette a disposizione degli addetti ai lavori e degli stakeholder della sanità un quadro di sintesi puntuale sui temi che hanno caratterizzato la vita del SSN nell'anno che abbiamo alle spalle e, soprattutto, sulle scelte con le quali i *policymaker* dovranno misurarsi sin dai prossimi mesi.

Un esercizio che anche il management della sanità italiana, per parte sua, ha sviluppato di recente nel corso della sua Seconda Convention, appena conclusasi, chiamando a raccolta per un confronto sulle principali questioni sul tappeto i protagonisti della sanità italiana, i professionisti, gli stakeholder, la politica. Un evento fortemente voluto e progettato come una occasione per mettere l'esperienza del management della sanità italiana al servizio di un grande piano di rilancio del welfare sanitario del Paese, una cerniera tra il lavoro svolto in tutti questi anni e ciò che ci attende, e richiede di essere messo a fuoco, per il futuro.

Il quadro di finanza pubblica, sintetizzato dalla NADEF 2023, e il contesto di evidente complessità che ne deriva, sono ormai definitivamente chiari. L'Italia ha un debito pubblico più grande di una volta e mezzo della ricchezza che riesce a produrre, e una spesa pensionistica destinata a crescere inesorabilmente, anche a causa del permanere degli effetti della denatalità, che ne fanno uno dei Paesi con la più bassa fertilità al mondo e, contemporaneamente, con la speranza di vita tra le più elevate, ancorché in rallentamento. Tutto ciò incide su quanto si può mettere a disposizione delle altre aree del welfare, tra le quali la sanità. Sappiamo che le risorse certe per le politiche sanitarie pubbliche nei prossimi anni, in attesa di una ripresa significativa della crescita economica, oscilleranno tra il 6,1 e il 6,5% del PIL, mantenendosi quindi ben al di sotto di altri Paesi europei, come Francia, Germania e Regno Unito, che investono almeno 3 punti percentuali di prodotto interno lordo in più di noi.

Tutto questo in uno scenario che vede aspettative e bisogni crescenti, anche in relazione all'invecchiamento progressivo della popolazione. Oggi un quarto

¹ Presidente della FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie ed Ospedaliere).

della popolazione italiana ha più di 65 anni di età, con una crescita degli over 65 di quattro milioni di unità nell'arco degli ultimi due decenni. La metà di essi è affetta da tre patologie croniche, e una quota che toccherebbe, secondo alcune stime, i 3,9 milioni di individui, è non autosufficiente. E a questo quadro bisogna aggiungere, al netto delle ricadute positive su esiti di salute e aspettativa di vita, il costo dell'innovazione scientifica e tecnologica.

Dire la verità, abbandonare le logiche prestazionali

Di fronte ad un quadro di questo genere, sarebbe facile scegliere di chiedere di più, invocare maggiori risorse. Ma sappiamo che le nostre richieste sarebbero irrealistiche, e destinate a non sortire gli effetti sperati.

In un contesto caratterizzato da un dibattito pubblico che raramente fa i conti e con numeri ed evidenze, siamo convinti di doverci assumere la responsabilità, come management della sanità italiana, di un esercizio di realismo. Quando diciamo che bisogna cambiare rotta per il futuro della sanità pubblica del nostro Paese, pensiamo in primo luogo alla necessità di dire la verità, per riuscire a ragionare pragmaticamente su cosa fare per continuare a garantire la sostenibilità del SSN nel quadro di compatibilità dato. Proprio questa maturità di approccio ci ha consentito, nel corso degli ultimi 25 anni, di contribuire in modo determinante al raggiungimento di risultati apprezzabili tanto sul piano dei livelli di salute, come documenta l'aspettativa di vita dei cittadini italiani, che su quello economico, come attesta il livello di efficienza del nostro SSN, in sostanziale equilibrio pur disponendo di risorse costantemente al di sotto di quelle di tutti i Paesi occidentali più avanzati.

Questa operazione verità è necessaria e indispensabile per ricreare intorno al servizio sanitario pubblico quella cornice di condivisione collettiva di motivazioni e obiettivi comuni che è stata alla base dell'introduzione, nel 1978, della copertura universalistica della salute dei cittadini e, da ultimo nel 2020, della tensione positiva che ha permesso di superare, tutti insieme, una emergenza sanitaria violenta e inaspettata come quella da SARS-CoV2.

Questa operazione può essere subito condotta rispetto alla qualità della presa in cura. Non possiamo continuare a organizzare i nostri servizi come se l'unica garanzia possibile dei LEA fosse affidata all'offerta di prestazioni. È necessario cambiare rotta, abbandonare la logica della rincorsa alle prestazioni e puntare su un governo deciso della domanda. È questa, probabilmente, la strada obbligata per continuare ad assicurare l'universalismo del SSN, garantendo a ciascuno ciò di cui ha effettivamente bisogno nel momento in cui ne ha necessità, e coniugando appropriatezza e sostenibilità con produzione di valore per il singolo cittadino e la collettività.

Le strutture territoriali previste dal PNRR, Case e Ospedali di Comunità e

Centrali Operative Territoriali, così come la digitalizzazione, sono una straordinaria opportunità per trasformare i servizi che offriamo ai cittadini, mettere in discussione una volta per tutte le logiche prestazionali, ripensare i modelli di presa in cura e puntare con decisione sulla medicina di iniziativa, sulla integrazione dei percorsi e sull'appropriatezza. Non possiamo accontentarci di aggiungere queste nuove strutture territoriali al nostro sistema di offerta, dobbiamo cogliere questa occasione per ripensare modalità e obiettivi della presa in cura, soprattutto delle cronicità e delle fragilità, anche valorizzando i preesistenti servizi sul territorio. La vera posta in gioco della attuazione di quanto previsto da PNRR e DM77, al di là della dimensione strettamente strutturale, risiede nella nostra capacità di ripensare e riprogettare i servizi sanitari e i loro modelli organizzativi e di fruizione da parte dei pazienti.

Case e Ospedali di Comunità, COT, investimenti in assistenza domiciliare per concorrere al mantenimento della autosufficienza, scelta del domicilio del paziente come setting privilegiato per l'assistenza territoriale, realizzazione di strutture intermedie, rafforzamento della medicina generale e delle cure primarie, nuovo modello di organizzazione del territorio in relazione ed integrazione con le strutture ospedaliere. Dobbiamo guardare a tutti questi elementi come a una opportunità per ripensare il modello di presa in cura. Sono tutti punti di una agenda obbligata per affrontare con successo la stagione attuale, con un occhio al quadro epidemiologico presente e futuro e al peso crescente di cronicità e comorbidità, e un altro alla tenuta e allo sviluppo del SSN.

Dobbiamo concentrare la nostra attenzione sulla mission effettiva del SSN, che è produrre salute, non prestazioni, e garantirne la sostenibilità nella accezione più completa della parola, tenendo conto dei bisogni di salute, della nostra capacità di produzione, della esigenza di utilizzo appropriato ed equo delle risorse. Le transizioni demografica ed epidemiologica richiedono nuove politiche, a partire da investimenti organizzativi che abbiano il coraggio di innovare e riformare le vecchie modalità di erogazione dei servizi, lasciandosi definitivamente alle spalle le logiche prestazionali e puntando sulla appropriatezza allocativa in relazione alla tipologia di bisogni via via emersi e consolidati. L'invecchiamento della popolazione, le cronicità, i nuovi bisogni di cura ed assistenza, la pressione della innovazione tecnologica e le ricadute di tutto ciò, richiedono un definitivo cambio di paradigma e di prospettiva. Non possiamo garantire efficacemente la tutela della salute continuando a privilegiare l'erogazione di singole prestazioni. La partita vera si gioca sull'intero percorso di presa in cura, soprattutto per le cronicità, e sui suoi esiti in termini di salute e di qualità della vita.

Un approccio di questo genere favorirebbe una riorganizzazione dei servizi sanitari basata sulla centralità della costruzione dei percorsi integrati di presa in cura intorno ai pazienti con la loro patologia, condizione, i loro bisogni, in maniera da massimizzarne il valore per fasce o gruppi di popolazione portatori

di quegli specifici bisogni e non guardando prioritariamente alle prestazioni e ai servizi erogati. Il sistema si riorienterebbe verso modelli organizzativi funzionalmente integrati tra ospedale e territorio, che promuovono il superamento dei silos organizzativi e professionali. Un approccio sperimentato con successo dalle Aziende nel corso delle fasi più dure della pandemia. Un modello accompagnato dalla misurazione dei risultati in termini di esiti di salute per i pazienti, tenendo conto in particolare del tipo di processo assistenziale intrapreso, dello stato di salute raggiunto o mantenuto, della sostenibilità nel tempo di ciò che si è ottenuto, delle conseguenze a lungo termine dei trattamenti, degli esiti funzionali e relativi alla qualità della vita.

Non solo tecnologie

La stagione della digitalizzazione, con la possibilità di contare su investimenti significativi grazie alle progettualità e alle risorse del PNRR, ci interessa particolarmente per il suo potenziale di trasformazione dei servizi, non solo per le tecnologie. Il PNRR dovrebbe contribuire a mettere a disposizione del SSN piattaforme informatiche in linea con modelli organizzativi trasversali e plurifunzionali, basate sui pazienti più che sulle specialità o sulle articolazioni organizzative, accessibili e fruibili per i professionisti e gli operatori sanitari. Dovrebbe contribuire a quella integrazione tra le diverse articolazioni dell'offerta che abbiamo inseguito per anni.

La digitalizzazione e le tecnologie di telemedicina possono garantire un contributo rilevante, soprattutto per quanto attiene all'utilizzo delle logiche e del valore aggiunto dei sistemi digitali. Abbiamo bisogno della digitalizzazione per visite, consulti e controlli da remoto, in particolare per i cittadini che risiedono nelle aree interne. E per far dialogare più facilmente tra loro specialisti, ospedalieri e territoriali, e medici delle cure primarie, operatori delle diverse professioni sanitarie, supportandoli sempre di più e meglio nell'orientamento alla proattività e alla medicina di iniziativa, e contribuendo all'abbattimento dei silos organizzativi. Per sostenere l'integrazione sociosanitaria e favorire la continuità di cure ed assistenza, soprattutto per le cronicità. E per snellire e semplificare le procedure burocratico-amministrative, dai piani terapeutici al riconoscimento di invalidità.

Digitalizzazione e tecnologie di telemedicina porteranno anche la generazione di una quantità di dati, che si aggiungeranno a quelli già oggi disponibili, ponendoci definitivamente di fronte al tema della loro utilizzazione strutturale e adeguata, per esempio per programmi di medicina predittiva e per pianificazioni in ottica di *population health management*. Le piattaforme digitali potrebbero rappresentare una svolta storica per il nostro lavoro di tutela della salute dei cittadini, consentendo la ricomposizione sul territorio della divari-

cazione tra cure primarie e prevenzione, con la ricostruzione e il supporto alla filiera dei vari setting di cura attraverso la concentrazione dinamica e attiva di dati e materiali riguardanti, per esempio, una determinata patologia cronica e la sua gestione, in modo da svolgere funzioni di raccolta, connessione e confronto. Pensiamo a quanto tutto questo potrebbe essere utile a potenziare la nostra proattività nella capacità di presa in cura.

La digitalizzazione può rivelarsi strategica, quindi, per favorire l'orientamento del SSN ad una governance integrata, sistemica, efficace e tempestiva, rendendo obsoleti e fuori contesto riflessioni e approcci per compartimenti stagni. Il management della sanità italiana può svolgere su questo terreno un ruolo insostituibile di cerniera tra bisogni, visione strategica proiettata sul futuro e tecnologie.

Tra le esigenze e le opportunità della stagione attuale c'è sicuramente il rilancio della prevenzione. Al pari di altri sistemi sanitari di Paesi occidentali avanzati, e al di là degli orientamenti più o meno avanzati e delle formalizzazioni teoriche, il SSN ha affrontato sinora malattia e salute puntando pressoché esclusivamente su diagnosi e cura. L'emergenza pandemica ha messo drammaticamente in evidenza come e quanto questo approccio non sia più sostenibile. Il quadro attuale delle malattie non trasmissibili e l'irruzione delle sindemie impone una riflessione sulla impostazione di servizi sanitari universalistici come il nostro, che non possono continuare ad occuparsi prevalentemente, se non esclusivamente, del contrasto alla espansione delle patologie e delle opportunità di diagnosi e cura delle stesse. In altre parole, non possiamo continuare ad investire solo sulla singola malattia o sul singolo gruppo di malattie, su questo o quel settore dei LEA. È necessario investire, e in maniera crescente, sulla loro prevenzione, con attenzione particolare per le cause, comprese quelle legate al contesto generale, ambientale e sociale.

La fase post-pandemica è un'opportunità per ridefinire gli obiettivi delle politiche sanitarie, tenendo in considerazione tanto la dimensione individuale della salute quanto quella di popolazione. Un sistema universalista come il SSN, saldamente collocato all'interno del Welfare, non può non porsi di fronte alle attività di programmazione, ai diversi livelli, senza una attenzione costante per entrambe queste dimensioni.

Cambiamo rotta per tornare attrattivi per i nostri professionisti

Tutte queste riflessioni rischiano, tuttavia, di lasciare il tempo che trovano se non facciamo i conti con le questioni che riguardano il personale, tra le più complesse da affrontare e risolvere. Pesano certamente alcuni fattori esterni al settore, altri decisamente più specifici, come i livelli retributivi inadeguati o le condizioni di lavoro. Alle carenze di medici, soprattutto per alcune aree

specialistiche, si aggiunge il dato sull'età media. Nel 2020 il 56% del personale medico italiano aveva più di 55 anni di età, il valore più alto tra tutti i paesi dell'Unione europea. Oggi, inoltre, rischiamo di assistere impotenti alla fuga dei nostri operatori sanitari. Solo nel 2021 hanno lasciato il SSN in 5mila. Non possiamo permettercelo, e non dobbiamo permetterlo.

A tutto questo si deve aggiungere che il rapporto tra il numero di medici e infermieri in servizio, il cosiddetto *skill mix*, non è cambiato nel tempo. Le crescenti difficoltà di reclutamento riguardano anche il personale delle professioni sanitarie e in prospettiva in misura più rilevante rispetto alla componente medica, con un preoccupante calo del numero di iscritti ai corsi di laurea (-10,5%, a settembre 2023).

Nel complesso, abbiamo stimato una necessità reale di almeno 30.000 operatori sanitari in più, che sarebbero certamente un volano per lo sviluppo delle nostre Aziende, ma anche per l'economia del Paese.

Alle criticità del reclutamento si aggiunge la difficoltà di non poter contare sulla piena disponibilità delle risorse in organico, a causa delle assenze e delle limitazioni per inidoneità. Una survey condotta da Fiaso su tutto il territorio nazionale per gli anni dal 2019 al 2022 documenta assenze dal lavoro per aspettative, permessi, legge 104, malattia, in crescita del 21,4% e un valore complessivo, nel 2022, del 18% di dipendenti assenti dal lavoro. Altro fenomeno rilevante riguarda le limitazioni (alla movimentazione di pazienti o carichi, ai turni notturni o alla reperibilità, psichiatriche, psicosociali, da stress), che interessa il 12% degli operatori sanitari. Limitazioni anch'esse in crescita nello stesso periodo (+48%), e concentrate per il 65% nella fascia di età al di sopra dei 51 anni.

Alla situazione attuale ha concorso una pluralità di elementi. Sicuramente una programmazione inadeguata, in particolare degli accessi alle specialità, incrementati solo di recente, prevedendo anche la possibilità per i medici in formazione di partecipare ai concorsi già dal secondo anno di specializzazione.

Le norme per il reclutamento del personale sono vetuste, appesantite da numerosi adempimenti formali. La loro semplificazione, salvaguardando l'accertamento dei requisiti complessivi di accesso al SSN, appare ormai improcrastinabile.

Le statistiche ci dicono che siamo agli ultimi posti in Europa per livello delle retribuzioni, così formiamo medici e infermieri riconosciuti tra i migliori e poi li vediamo fuggire all'estero o verso il privato. Abbiamo una scarsa attenzione a creare politiche che consentano ai professionisti di conciliare la vita personale con quella lavorativa. Non disponiamo di adeguate possibilità di progressione di carriera. I sistemi di valutazione sono inadeguati, poco utili nelle forme attuali per la valorizzazione delle competenze, la premialità appiattita a vantaggio di riconoscimenti economici diffusi. Un quadro che, nell'insieme, lascia poco spazio a percorsi di carriera e sistemi di incentivazione interessanti per le nuove leve.

Ma ciò che ha pesato maggiormente sono gli effetti delle politiche di riduzione della spesa pubblica, in particolare il tetto di spesa per il personale, del quale Fiaso ha chiesto a più riprese l'eliminazione. Ancora una volta è necessario cambiare rotta. Probabilmente non servono nuove regole, ma è certamente necessario eliminarne alcune vecchie e anacronistiche. E abbandonare la logica dei tagli lineari per ridare alle Aziende sanitarie la possibilità di decidere. Il tetto di spesa per il costo del personale, impossibile da sfiorare, è datato 2004, sta per compiere 20 anni. Due decenni nei quali le Aziende si sono confrontate con l'impossibilità di assumere nuovi professionisti. Abbiamo bisogno di liberarci di questi vecchi arnesi, che poco e male si conciliano con la fase attuale del SSN e del Paese, che vogliamo e dobbiamo interpretare al meglio. È necessario restituire alle Aziende la capacità di scegliere come impiegare le risorse. Le risorse umane, così come i farmaci, sono un fattore produttivo indispensabile. Cambiamo rotta, e invece di stabilire quanto ogni Azienda può investire in capitale umano in termini di tetto, utilizziamo un valore legato alla produzione.

Ma dobbiamo anche essere in grado di guardare ai nostri operatori riconoscendone il ruolo di professionisti e valorizzandolo in pieno, lasciando a ciascuno la possibilità di investire sulla propria professione. Tutti, dagli infermieri al management strategico, devono poter guadagnare di più se producono risultati. E allora restituiamo alle Aziende la capacità gestionale, diamo loro la possibilità di contrattare con i singoli professionisti una quota variabile che consenta di aumentare in modo significativo la retribuzione. E riflettiamo anche sulla possibilità di introdurre nuove opportunità. Perché non mettere a disposizione i nostri ambulatori per rendere possibile un'attività professionale di medici e infermieri, al di fuori dell'orario di servizio, con prestazioni acquistate dal SSN nell'interesse dei cittadini, consentendoci di sfruttare pienamente le strutture e le apparecchiature delle nostre Aziende? Perché acquistare all'esterno prestazioni che possono essere rese dai nostri professionisti, ridando a ciascuno la possibilità di investire sulla propria professione? Medici e infermieri sono e devono essere riconosciuti e considerati professionisti, prima ancora che dipendenti.

E a proposito di capacità gestionali, è arrivato il momento di restituire alle Regioni la possibilità di investire su di esse, modificando il tetto della retribuzione del management aziendale, fissato ancora in lire, incredibilmente, da trent'anni, vincolandolo in modo significativo alla valutazione e al raggiungimento dei risultati.

In conclusione, il management della sanità italiana è pronto a contribuire significativamente alla definizione della agenda del SSN e alla indicazione delle scelte strategiche. Paradossalmente, gli elementi che sembrano disegnare uno scenario particolarmente complesso sono gli stessi che possono concorrere a configurare grandi spazi di manovra per la sua azione.

Ancora una volta la difesa della vocazione universalistica del sistema sanitario pubblico passa attraverso la capacità del management della sanità italiana di innovare l'esistente, programmarne lo sviluppo, avere una visione pragmatica e realistica del futuro. I margini di manovra sono a volte angusti, a volte ampi, ma possiamo utilizzarli comunque al meglio, come abbiamo sempre fatto nei momenti cruciali per la vita del SSN, agendo sulla leva strategica ed organizzativa, e ricostruendo una cornice di senso che tenga insieme e integri le tante sfide che abbiamo di fronte. E stringendo un nuovo patto di solidarietà con i professionisti e con i cittadini. Siamo di fronte a una nuova emergenza, ed è necessario che ciascuno faccia la propria parte per superarla.

Gli Autori

Fabio AMATUCCI è Professore Associato presso l'Università degli Studi del Sannio, Affiliate Professor in Business Government Relations presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Vittoria ARDITO è Junior Fellow in Health Policy presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Patrizio ARMENI è Associate Professor of Practice in Health Economics and HTA presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Luca BENETTI è PhD Student del Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche presso l'Università Bocconi.

Michela BOBINI è Junior Lecturer in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Ludovica BORSOI è Junior Lecturer in Health Economics and HTA presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Paola Roberta BOSCOLO è Researcher in Healthcare Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Manuela BRUSONI è Associate Professor of Practice in Business Government Relations presso la SDA Bocconi School of Management.

Claudio BUONGIORNO SOTTORIVA è Knowledge Analyst in Public Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Claudio CACCIA è Senior Consultant in Digital Healthcare Transformation e Collaboratore presso la SDA Bocconi School of Management.

Giuditta CALLEA è Associate Professor of Practice in Health Economics and HTA presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Oriana CIANI è Associate Professor of Practice in Health Economics and HTA presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Gianmario CINELLI è Junior Lecturer in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Francesco COSTA è Associate Professor of Practice in Health Economics and HTA presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Niccolò CUSUMANO è Associate Professor of Practice in Business Government Relations presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Federica DALPONTE è Knowledge Analyst in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Mario DEL VECCHIO è Professore Associato presso l'Università degli Studi di Firenze, Affiliate Professor in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Camilla FALIVENA è Junior Researcher in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Carlo Baldassarre FEDERICI è Researcher in Health Economics and HTA presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Lorenzo FENECH è Associate Professor of Practice in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Lucia FERRARA è Associate Professor of Practice in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Giovanni FOSTI è Associate Professor of Practice in Welfare and Social Innovation presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Alessandro FURNARI è Junior Lecturer in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Giorgio GIACOMELLI è Associate Professor of Practice in Public Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Laura GIUDICE è Junior Lecturer in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Francesca GUERRA è Knowledge Analyst in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi. Fa parte del comitato redazionale di OASI.

Attilio GUGIATTI è Collaboratore presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Alexander Maximilian HIEDEMANN è Lecturer in Public Management Policy presso la SDA Bocconi School of Management.

Claudio JOMMI è Professore Ordinario presso l'Università degli Studi del Piemonte Orientale e Collaboratore presso la SDA Bocconi School of Management.

Francesca LECCI è Associate Professor of Practice in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Francesco LONGO è Professore Associato del Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche presso l'Università Bocconi, Docente Senior presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi. È Responsabile scientifico di OASI. È membro del Consiglio Superiore di Sanità.

Francesco MALANDRINI è Knowledge Analyst in Health Policy presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Simone MANFREDI è Knowledge Analyst in Welfare and Social Innovation presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Chiara MAURO è Knowledge Analyst in Health Economics and HTA presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Francesca MEDA è Junior Fellow in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Roberta MONTANELLI è Lecturer in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Marco MORELLI è Associate Professor of Practice in Management Control Systems presso la SDA Bocconi School of Management.

Elisabetta NOTARNICOLA è Associate Professor of Practice in Welfare and Social Innovation presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Natalia OPREA è Fellow in Public Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Monica OTTO è Lecturer in Health Policy presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Eleonora PEROBELLI è Junior Lecturer in Public Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Francesco PETRACCA è Junior Lecturer in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Luigi Maria PRETI è Junior Lecturer in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Valeria RAPPINI è Associate Professor of Practice in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Alberto RICCI è Associate Professor of Practice in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi. È Coordinatore di OASI.

Silvia ROTA è Associate Professor of Practice in Public Management presso la SDA Bocconi School of Management.

Andrea ROTOLO è Associate Professor of Practice in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Marco SARTIRANA è Researcher in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Gaia SEGANTIN è PhD Student in Public Health presso la Vrije Universiteit Amsterdam e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Pietro SIRENA è Professore Ordinario del Dipartimento di Studi Giuridici dell'Università Bocconi.

Alice TARANTOLA è Knowledge Analyst in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Rosanna TARRICONE è Professore Associato presso il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università Bocconi, Associate Dean della «Government, Health and Not for Profit Division» presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Valeria TOZZI è Associate Professor of Practice in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Elisabetta TRINCHERO è Associate Professor of Practice in Public Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Veronica VECCHI è Professor of Practice in Business Government Relations presso la SDA Bocconi School of Management.

Francesco VIDE' è Junior Lecturer in Public Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi.

Angelica ZAZZERA è Junior Lecturer in Healthcare Management presso la SDA Bocconi School of Management e Ricercatrice presso il CERGAS Bocconi.

Franco Luigi ZURLO è Collaboratore presso la SDA Bocconi School of Management.

Il Comitato redazionale

Federica Carminati, Francesca Guerra, Francesco Longo, Agnese Palvarini e Alberto Ricci hanno coordinato la redazione del volume.

Si ringraziano tutti i *reviewer* anonimi per i preziosi spunti e suggerimenti.

