

Bocconi

Con il contributo incondizionato di



CONVEGNO OASI 2021

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

KEY FACTS RAPPORTO OASI 2021

A CURA DEL COMITATO REDAZIONALE DI OASI 2021

CERGAS, SDA Bocconi
18 novembre 2021



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

Il Rapporto OASI 2021: *key facts*

La presente sintesi vuole trasmettere i dati e i messaggi chiave di **OASI 2021**, seguendo lo sviluppo logico del capitolo 1 dell'omonimo Rapporto. Per maggiori approfondimenti, si rimanda ai singoli capitoli del volume (reperibili su www.cergas.unibocconi.eu) e alle fonti citate. L'indice del Rapporto 2021 è riportato in fondo al documento.

L'Osservatorio **OASI**, istituito nel 1998 dal **CERGAS** Bocconi (Centro Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza sanitaria e sociale, oggi parte della **SDA Bocconi School of Management**), ha l'obiettivo di monitorare i cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano e nelle aziende che lo compongono.

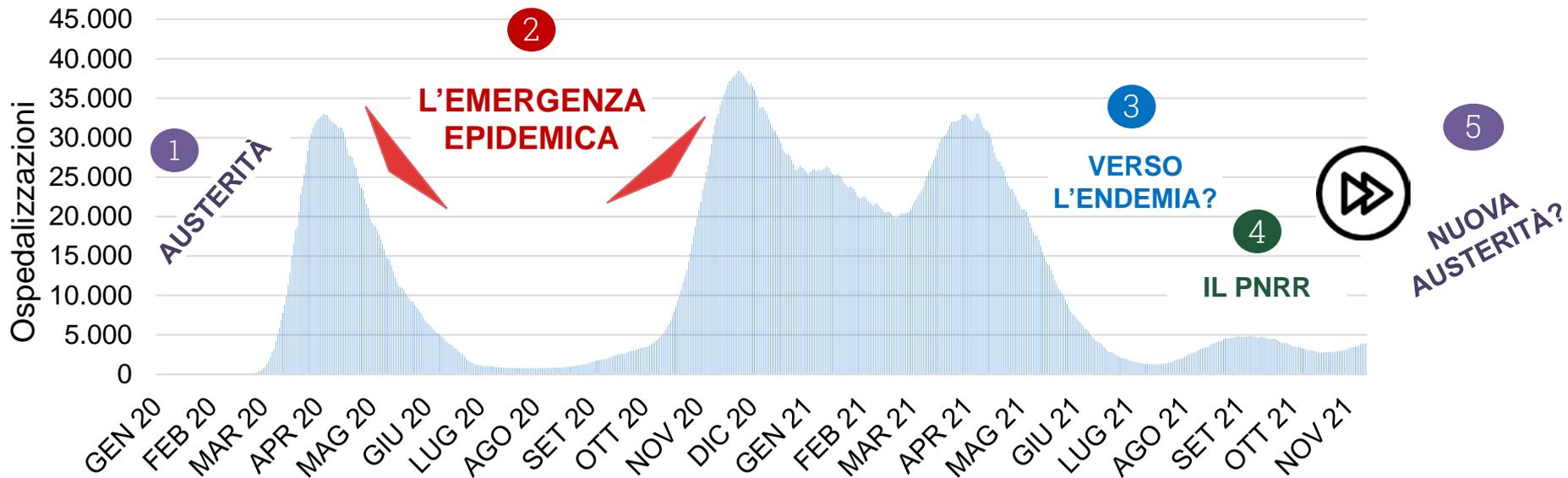
Hanno coordinato la redazione del Volume: Patrizio Armeni, Michela Bobini, Alessandro Furnari, Francesco Longo (responsabile scientifico), Alberto Ricci (coordinatore), Alice Paone.

Contatti: cergas.oasi@unibocconi.it; alberto.ricci@unibocconi.it; francesco.longo@unibocconi.it.



Premessa

2 anni, 4 epoche, 4 mission del SSN



1

Contenere

(RAZIONARE) la spesa

2

Prevenire e curare il COVID

3

Recuperare le liste
d'attesa,
accelerare le
vaccinazioni

4

Pianificare
gli
investimenti

5

Contenere
(RAZIONALIZZARE)
la spesa?
SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



Università
Bocconi

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

Premessa

2 anni, 4 epoche, 4 mission del SSN

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

Agenda

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



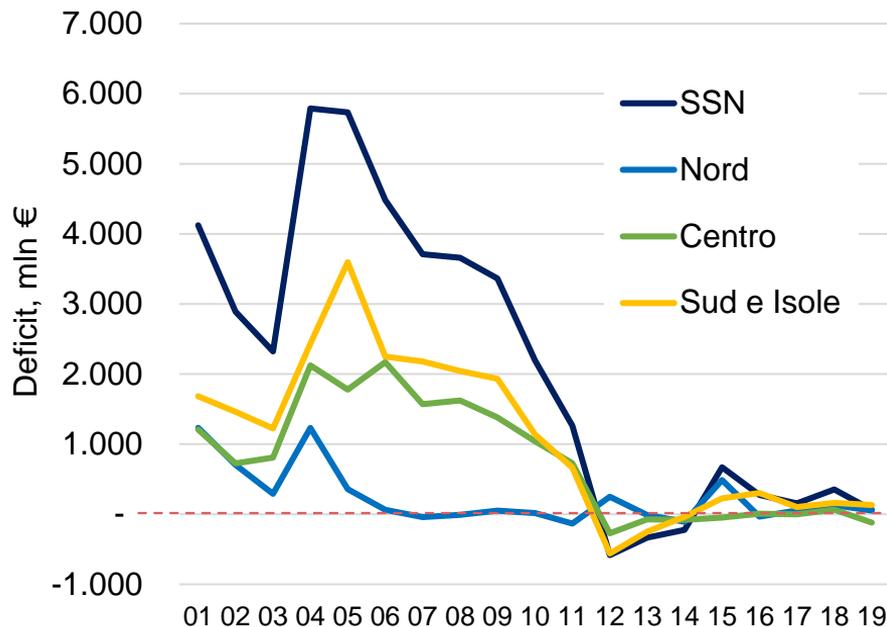
Agenda

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

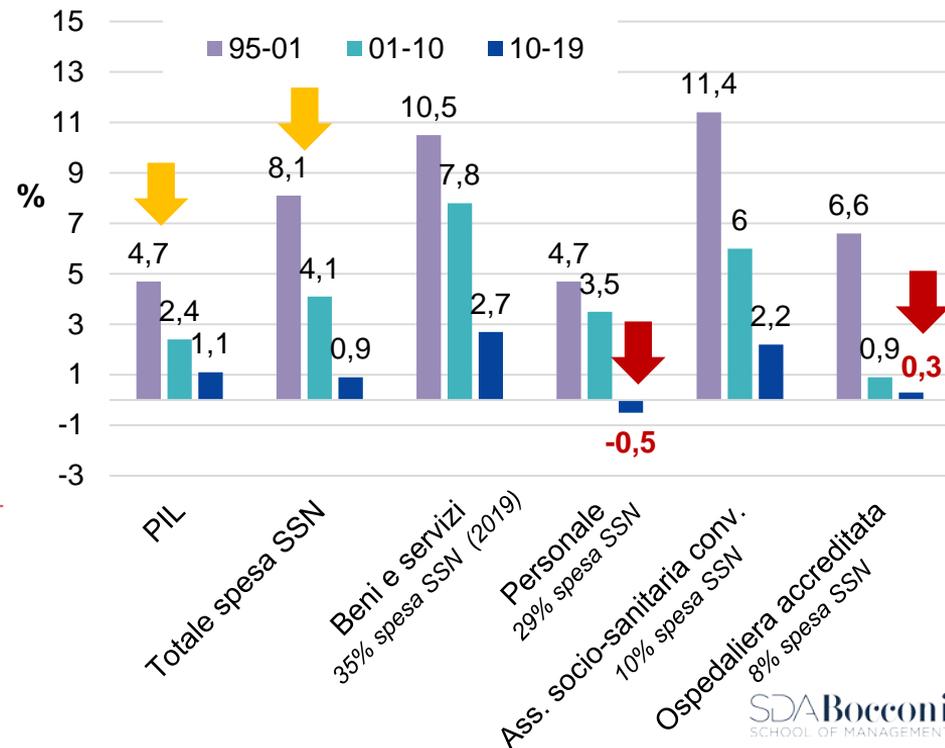


Risanamento e razionamento input

Entità deficit, per macro-area geografica e totale SSN, mln € 2001-2019

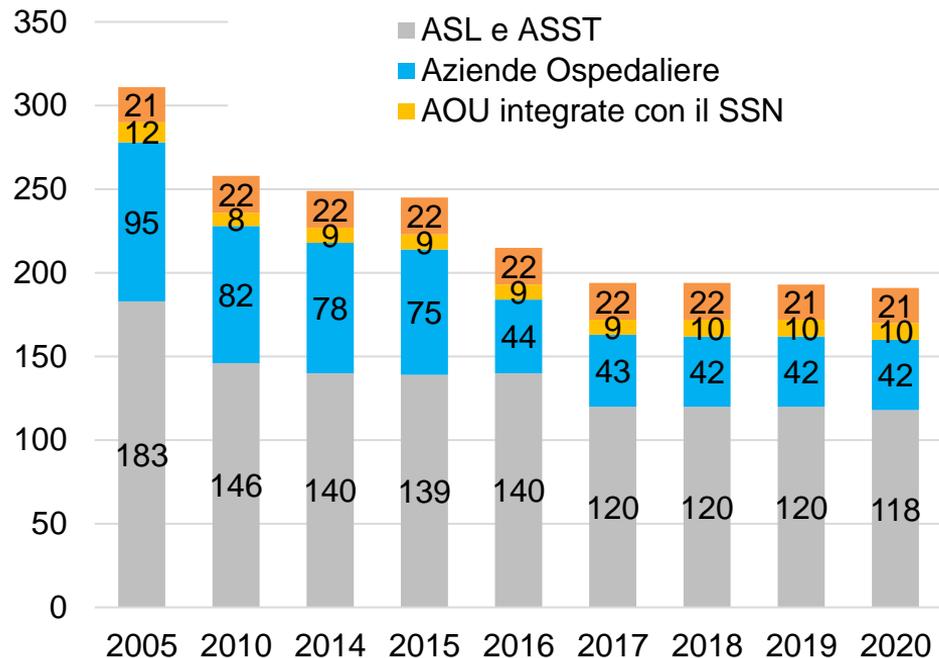


Variazione % annua media del PIL, della spesa SSN e dei principali fattori di spesa, 1995-2019



Accentramento regionale

Numero Aziende SSN, 2005-2020



Enti regionale e intermedi istituiti 2015-2020

Programmazione e committenza

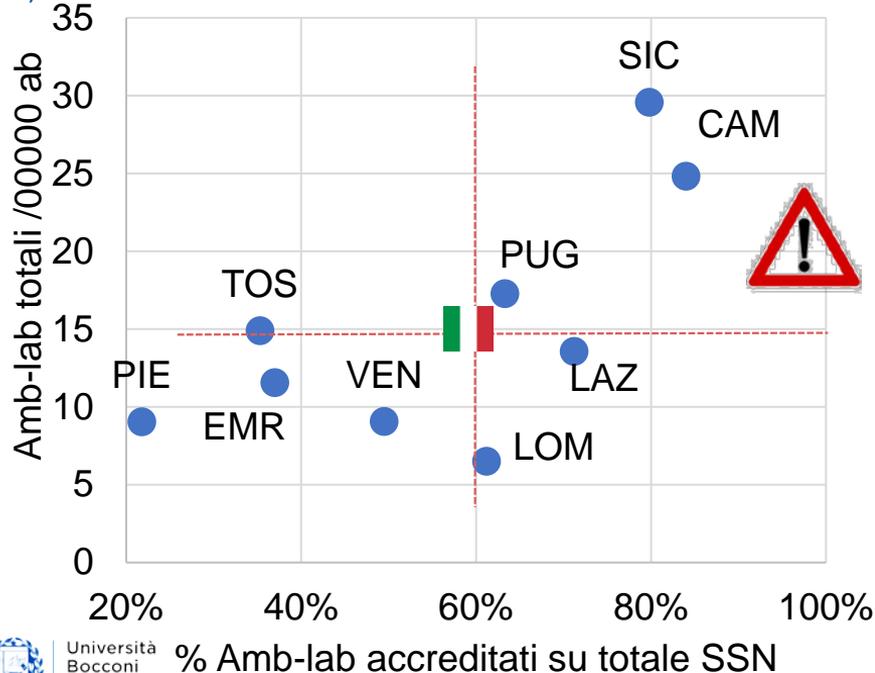
		No	Sì
Supporto operativo	Sì	<ul style="list-style-type: none"> ESTAR (Toscana) AREU (Lombardia) Agenzia prom. SSL (Lombardia) Agenzia dei Controlli (Lombardia) ARES 118 (Lazio) AREUS (Sardegna) CRAS (Umbria) 	<ul style="list-style-type: none"> ARCS (FVG) A.Li.Sa. (Liguria) Azienda Zero (Veneto)
	No		<ul style="list-style-type: none"> ATS (Lombardia)
		No	Sì

Fonte: cap. 2 OASI 2021, riadattato da Del Vecchio e Romiti (2017)



Variabilità interregionale - territorio

Incidenza % degli ambulatori e laboratori priv. accr. sul totale SSN e amb-lab totali per 100.000 ab., 2019

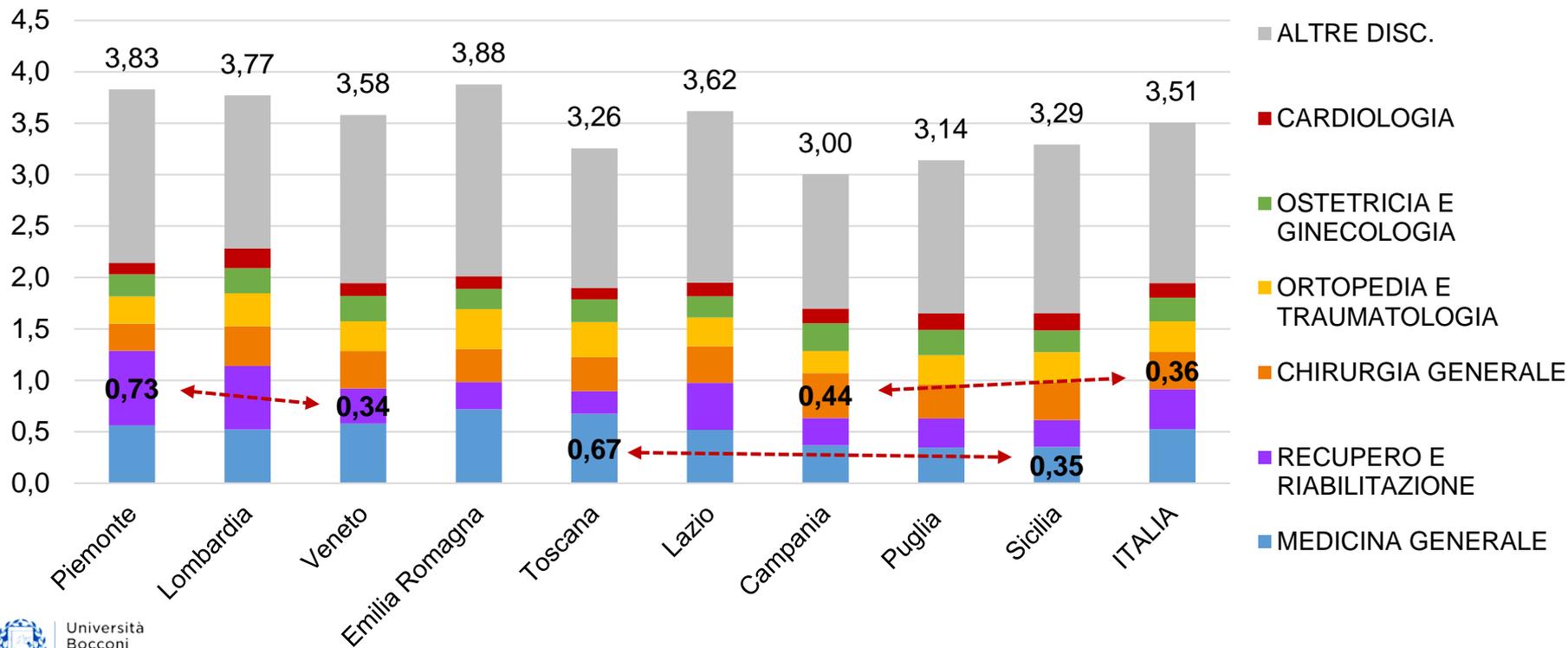


REGIONE	Nr ambulatori e laboratori SSN, 2019	Amb. e lab. /00000 ab, 2019	Densità abitativa (ab/kmq), 2019
PIE	390	9,0	169,8
LOM	652	6,5	420,2
VEN	442	9,1	266
EMR	516	11,6	198,9
TOS	550	14,9	160,6
LAZ	781	13,6	334
CAM	1.418	24,8	417,8
PUG	683	17,3	202,3
SIC	1.442	29,6	188,7
ITALIA	8.798	14,8	197,4



Variabilità interregionale - ospedale

Dotazione di PL ospedalieri per 1.000 ab., principali regioni e specialità, 2019



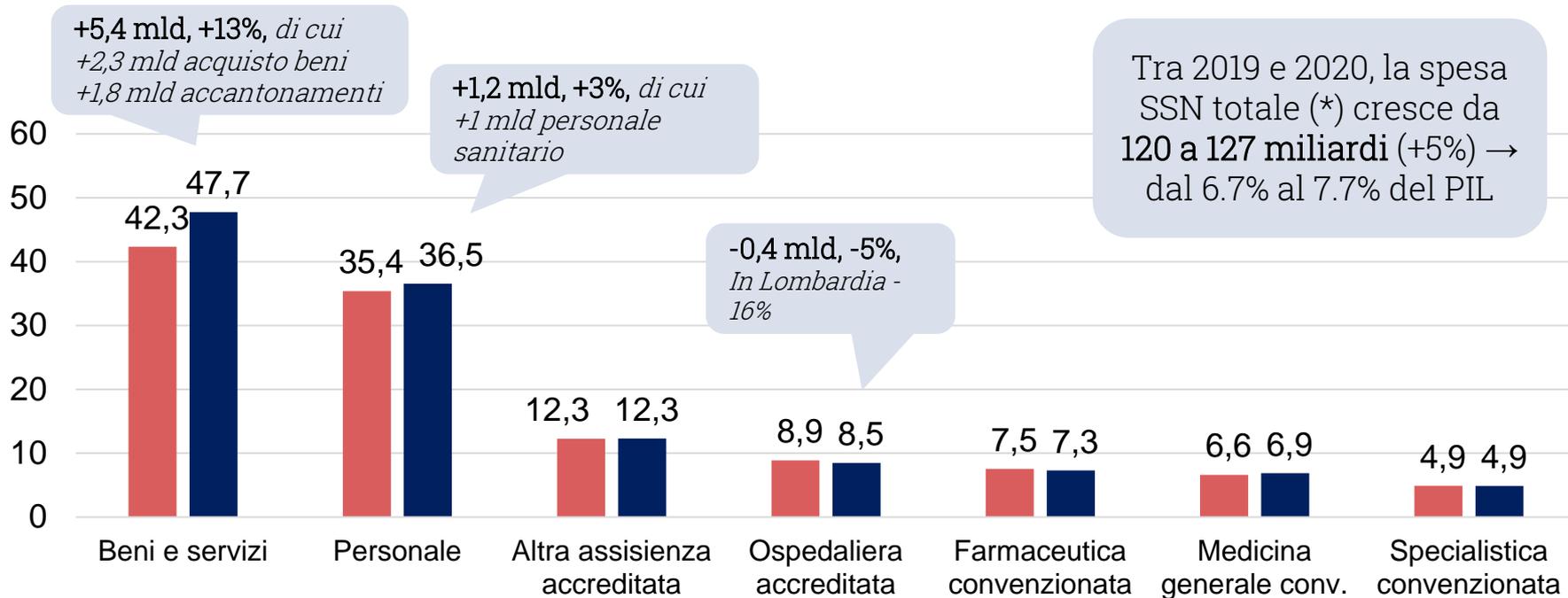
Agenda

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



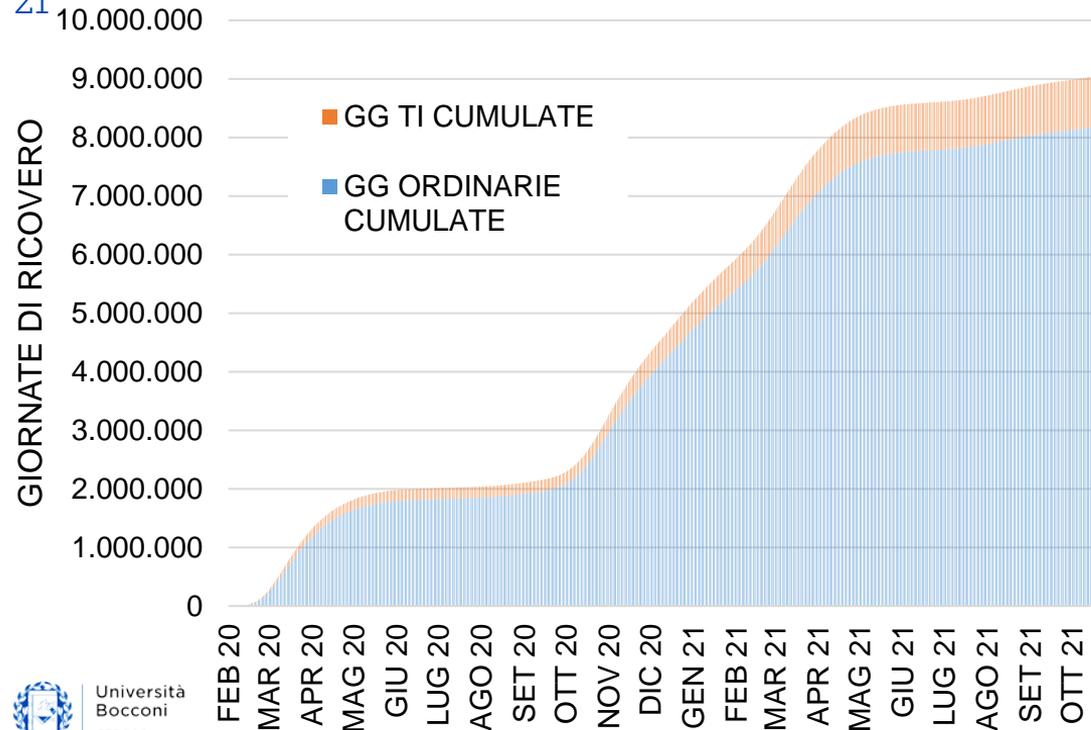
Composizione spesa SSN

Principali componenti della spesa SSN, mld €, 2019-2020



L'attività ospedaliera

Trend cumulato delle giornate di ricovero dei pazienti COVID, 20-21



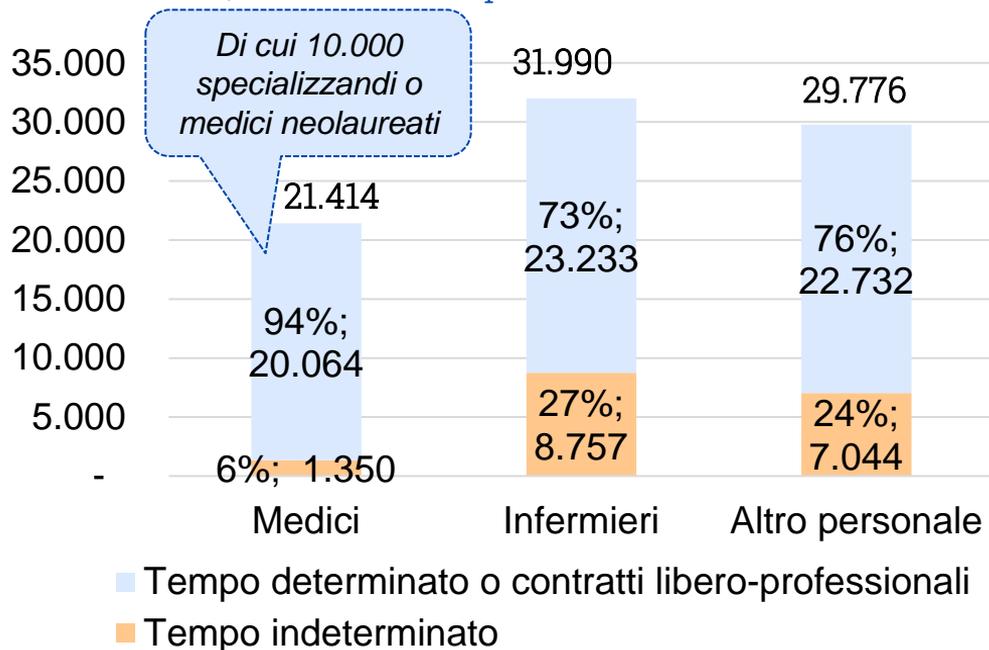
- 8,2 mln di GG per pazienti COVID da inizio pandemia, di cui l'11% in TI.
- Il costo dei ricoveri da inizio pandemia è stimabile in 6,7 mld € (*).
- I 4,1 mln di gg di ricovero erogati nel 2020 corrispondono al 10% delle giornate per RO acuti del 2019.
- In corrispondenza dei picchi epidemici i SSR più colpiti hanno

ricoverito fino al 33% dei PLI (**).
 (***) Stima su dati Regione Lombardia 10 aprile 2021



Dinamiche del personale

Reclutamenti di personale SSN per profilo e tipologia contrattuale, marzo 2020-aprile 2021. Totale: **83.180**



- **Ingressi corposi:** 21% dei medici e 12% degli infermieri precedentemente in servizio nel SSN.
- Non il fenomeno va letto osservando i saldi di personale: da un campione di 13 aziende, il **rapporto tra ingressi netti e reclutati** è del 40%.
- Evidente «ringiovanimento», ma quasi l'**80% dei contratti sono a termine** o in LP, alcuni già terminati.
- La modifica dello skill mix del SSN dipenderà dalle **politiche di stabilizzazione** (che molte aziende si auspicano).



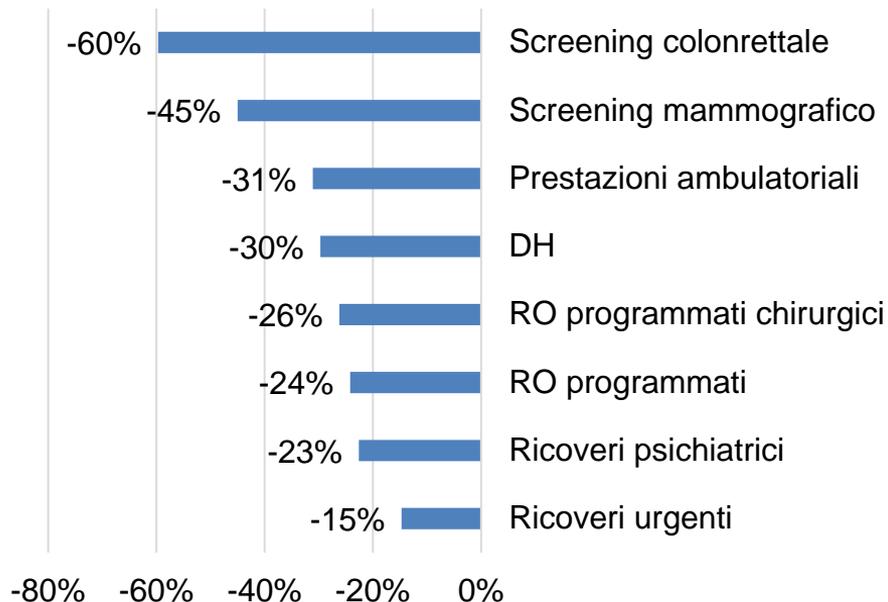
Agenda

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

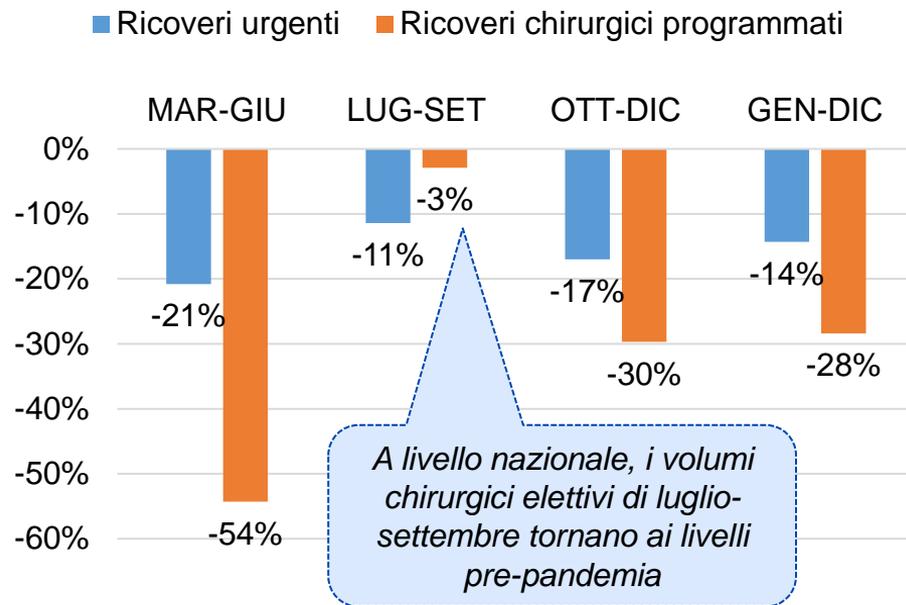


Prestazioni perse e recuperi

Variazione % volumi di attività ospedaliera e ambulatoriale in regime SSN(*), 2019-2020



Trend ricoveri urgenti e programmati, delta percentuale 2019-2020



Università
Bocconi

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

Fonte: rielaborazione su dati AGENAS e Lab. MES, 2021
(*) Mediana nazionale delle regioni

Fonte: elaborazione su dati AGENAS-MES

In sintesi

- Il SSN è passato di emergenza in emergenza, reagendo con impegno e risultati (più o meno) positivi alle priorità contingenti: risanamento, pandemia, recupero liste d'attesa, vaccinazioni...
- Intanto, rapidamente e silenziosamente, la domanda epidemiologica «ordinaria» cresce e cambia (più cronicità, fragilità, disturbi mentali...)
- La struttura dell'offerta si è evoluta lentamente negli anni, a seguito di una programmazione sanitaria spesso poco incisiva, perché non percepita come prioritaria.
- Per la prima volta, con il PNRR, l'emergenza è proprio la programmazione, la pianificazione degli investimenti: davvero un'occasione da non perdere.



Agenda

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

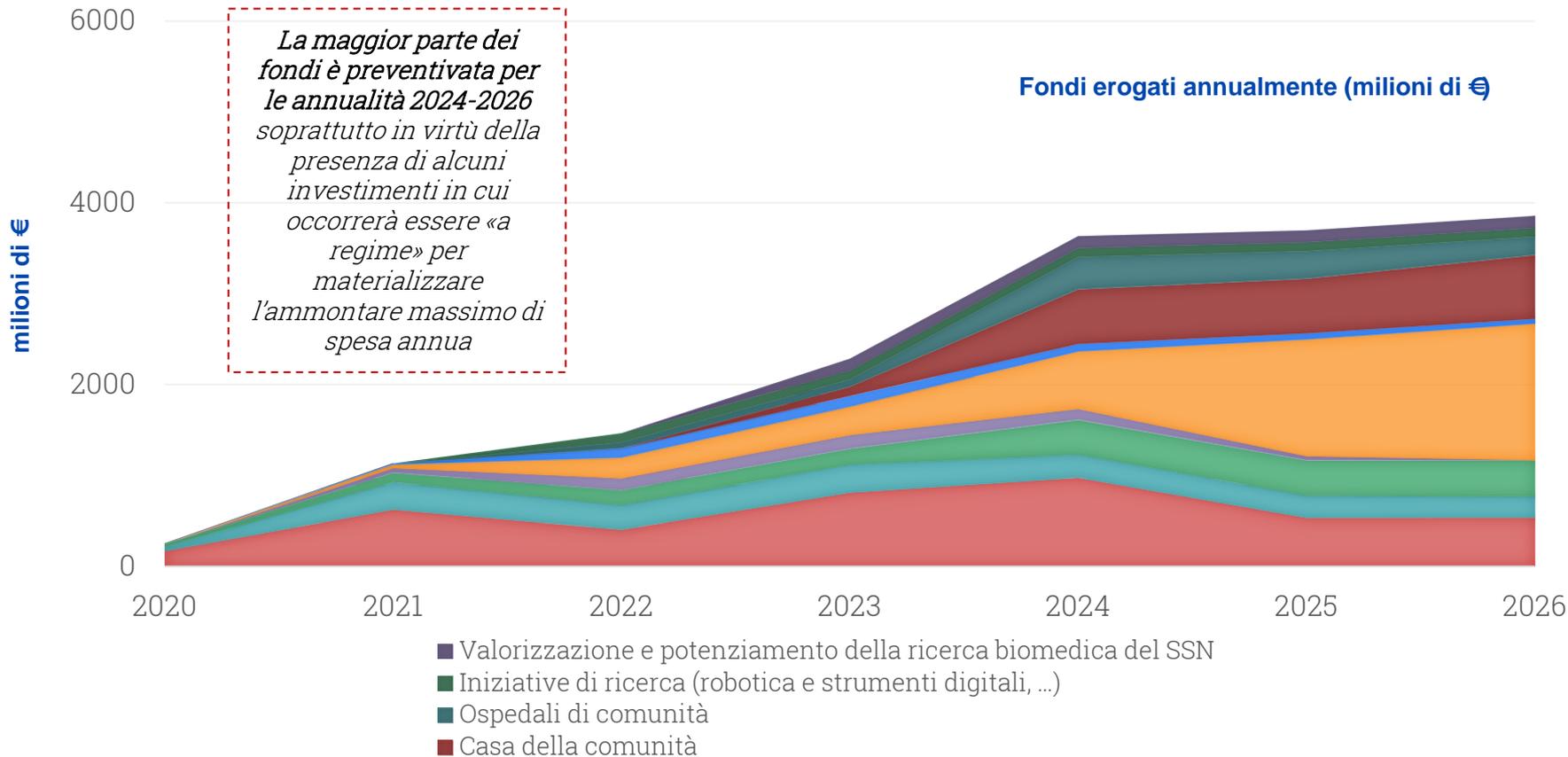


II PNRR: Missione 6 – salute (15,63 mld)

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

Si aggiungono circa 4 mld di fondi complementari

Il PNRR: cronoprogramma



Una interpretazione economico – aziendale del PNRR

1. E' debito → solo investimenti in conto capitale

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

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

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

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



Una interpretazione strategica delle linee di innovazione dei servizi

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



Quali competenze mancano?

GESTIONALI

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

GOVERNO CLINICO

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



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



Aree di indeterminazione → autonomia strategica del PNRR

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



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



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

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

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

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

PROPOSTE

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

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

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

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



Università
Bocconi

CER GAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

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

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

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

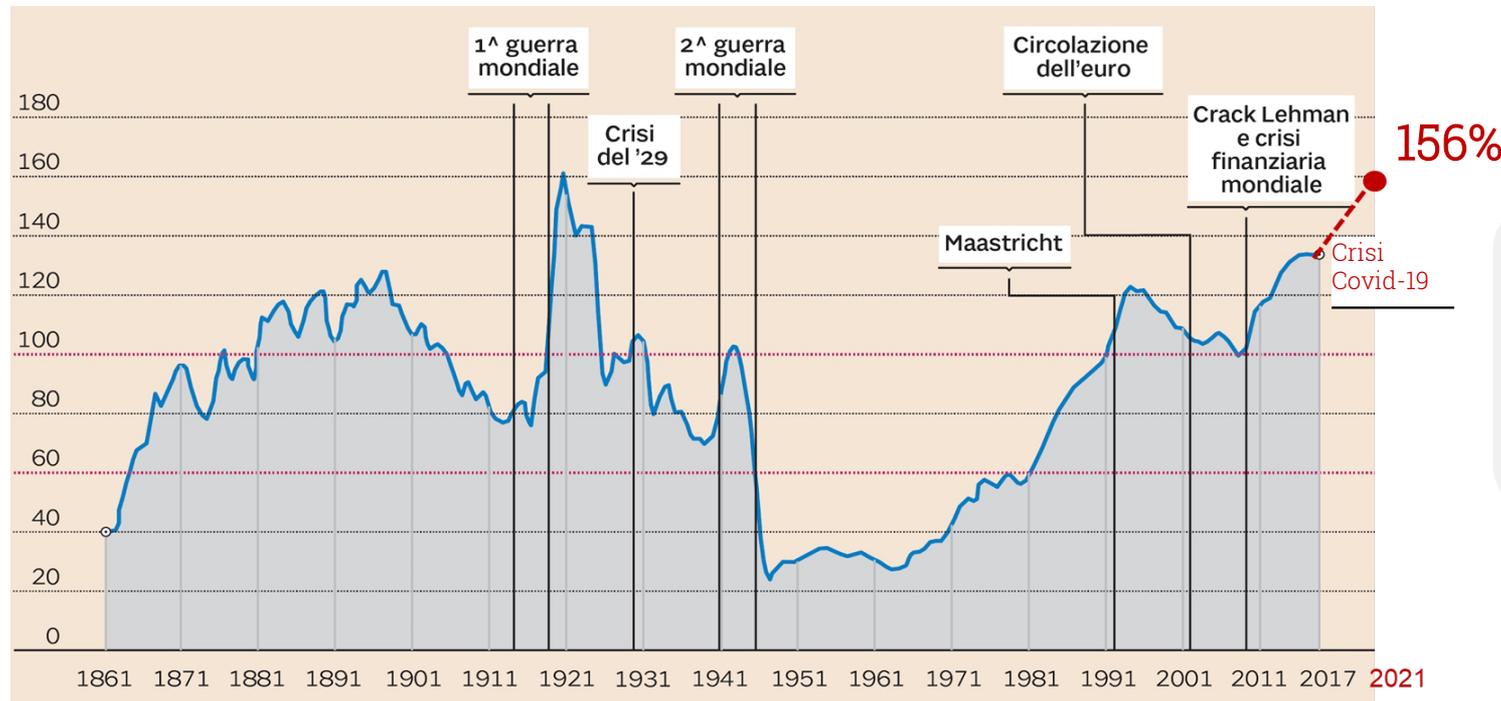
Agenda

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



Il quadro di finanza pubblica

Le prospettive dell'economia: debito/PIL



Nel 2020-21 il rapporto debito/PIL ha raggiunto il massimo valore della storia repubblicana

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

Il quadro di finanza pubblica

Ipotizzando che il grado di restrizione delle attività economiche e sociali legato al Covid-19 si vada via via riducendo, l'intonazione della politica di bilancio resterà espansiva fino a quando il PIL e l'occupazione avranno recuperato non solo la caduta, ma anche la mancata crescita rispetto al livello del 2019. Si può prevedere che tali condizioni saranno soddisfatte dal 2024 in avanti³.

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

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

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



Agenda

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



Logiche di investimento

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



Logiche di investimento possibili

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

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

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



Sfide aperte nell'autonomia aziendale

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



Per approfondire: indice del Rapporto OASI 2021

Cap.	Autori	Titolo
Inquadramento di sistema		
1	<i>Francesco Longo, Alberto Ricci</i>	Quattro "epoche" in due anni: le dinamiche accelerate di trasformazione del SSN. Quale ruolo strategico per il management delle aziende?
2	<i>Gianmario Cinelli, Attilio Gugliatti, Francesca Meda</i>	Struttura, attività e performance del SSN
3	<i>Patrizio Armeni, Arianna Bertolani, Ludovica Borsoi, Francesco Costa</i>	La spesa sanitaria del SSN: composizione ed evoluzione
4	<i>Antonio Marotta, Alberto Ricci</i>	Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo potenziale nell'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
5	<i>Sara Berloto, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Andrea Rotolo</i>	Anziani e demenze: rete socio-sanitaria e sociale e stato di implementazione dei Piani Regionali Demenze
6	<i>Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech, Laura Giudice, Luigi Preti, Valeria Rappini</i>	I consumi privati in sanità
7	<i>Vittoria Ardito, Oriana Ciani, Carlo Federici, Aureliano Finch, Alessandro Furnari, Claudio Jommi, Francesco Malandrini, Michela Meregaglia, Rosanna Tarricone</i>	Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale



Per approfondire: indice del Rapporto OASI 2021

Cap.	Autori	Titolo
Governance ed evoluzione delle reti di offerta		
8	<i>Michela Bobini, Gianmario Cinelli, Mario Del Vecchio, Francesco Longo</i>	La governance della crisi sanitaria tra livello nazionale, regionale e aziendale: lezioni apprese e prospettive di cambiamento
9	<i>Claudio Buongiorno Sottoriva, Alessandro Furnari, Alberto Ricci</i>	Configurazione dell'offerta ospedaliera nazionale: dinamiche evolutive e rimodulazioni delle principali specialità medico-chirurgiche
10	<i>Lucia Ferrara, Marco Sartirana, Valeria Tozzi</i>	Connessione e velocità: le sfide delle reti cliniche
11	<i>Michela Bobini, Paola Roberta Boscolo, Rosanna Tarricone, Valeria Tozzi</i>	La telemedicina e i processi di gestione del cambiamento nelle aziende sanitari



Per approfondire: indice del Rapporto OASI 2021

Cap.	Autori	Titolo
Innovazione nei modelli di servizio dell'assistenza territoriale		
12	<i>Lucia Ferrara, Valeria Tozzi, Angelica Zazzera</i>	Il management della transizione: COT e non solo COT
13	<i>Laura Giudice, Erika Mallarini, Luigi Preti, Valeria Rappini</i>	Case della salute: evoluzione delle configurazioni tra fisico, digitale e ruolo nella rete
14	<i>Francesca Meda, Michela Meregaglia, Giovanni Fattore</i>	Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro
15	<i>Marianna Cavazza, Mario Del Vecchio, Luigi Preti, Valeria Rappini</i>	Dipartimenti di Prevenzione durante la pandemia tra le criticità strutturali e l'emergenza



Per approfondire: indice del Rapporto OASI 2021

Cap.	Autori	Titolo
Funzioni strategiche e politiche sanitarie		
16	<i>Mario Del Vecchio, Roberta Montanelli, Marco Sartirana, Francesco Vide</i>	Le politiche di reclutamento e gestione del personale assunto durante l'emergenza Covid-19
17	<i>Fabio Amatucci, Brusoni, Giuditta Callea, Niccolo' Cusumano, Francesco Longo e Veronica Vecchi</i>	Acquisti sanitari: la pandemia e il consolidamento del mercato. L'urgenza di traiettorie evolutive
18	<i>Paola Roberta Boscolo, Lorenzo Fenech, Laura Giudice, Francesca Lecci, Andrea Rotolo, Rosanna Tarricone</i>	Tempi di attesa: trend e politiche di risposta durante e dopo la crisi Covid-19
19	<i>Fabio Amatucci, Niccolo' Cusumano, Alessandro Furnari, Veronica Vecchi</i>	Strategie di gestione e valorizzazione del patrimonio immobiliare delle Aziende del SSN

