

Proposte per una nuova governance e la valorizzazione del personale nel SSN¹

¹ Il documento è stato redatto da Michela Bobini, Gianmario Cinelli, Mario Del Vecchio, Alberto De Negri, Francesco Longo e Francesca Meda.

Le proposte sviluppate nel presente documento si fondano sul convincimento che la riforma della governance e la valorizzazione del personale siano due condizioni necessarie per il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale. Le priorità in termini di “innovazione necessaria” del SSN sono note e ampiamente dibattute. Riguardano la digitalizzazione dei servizi e lo sviluppo di piattaforme, prima che altri attori occupino il campo, la presa in carico della cronicità e lo sviluppo dei servizi correlati, la medicina personalizzata e genomica, l’assistenza alle persone non autosufficienti.

In ognuno di questi ambiti, la riconfigurazione degli assetti istituzionali e la valorizzazione del personale, manageriale e professionale, costituiscono due fattori abilitanti per l’attuazione dei grandi processi di innovazione di cui il Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno.

Gli assetti istituzionali, intesi come le “regole del gioco” che definiscono ruoli, responsabilità e finalità dei diversi attori che compongono il settore della salute, stabilendo “chi può fare cosa” e introducendo i meccanismi di coordinamento tra i diversi soggetti istituzionali rappresentano una condizione imprescindibile per l’introduzione di innovazioni tecnologiche e gestionali.

La valorizzazione del personale manageriale e professionale risulta un elemento di fondamentale importanza in un settore, come quello della salute, labour e brain intensive. In assenza di un cambiamento profondo delle logiche e dinamiche, culturali e normative, che caratterizzano l’area di gestione del personale, è difficile pensare di promuovere in modo efficace il cambiamento nelle competenze e nella distribuzione dei compiti fra i diversi professionisti necessario per la trasformazione dei modelli di servizio e l’impiego di nuove tecnologie.

Nel patto I “Per una nuova governance del SSN” sono avanzate quattro proposte per una modifica degli assetti istituzionali a livello nazionale, regionale e aziendale. In particolare: i) è sviluppato un framework organico per livelli diversi di autonomia regionale, introducendo un livello di “autonomia piena” per le regioni virtuose e sollecitando l’attuazione di interventi di razionalizzazione e riqualificazione; ii) è proposta la creazione di una piattaforma nazionale e inter-regionale per lo sviluppo delle competenze, per promuovere un’azione nazionale orientata allo sviluppo e alla diffusione delle capacità manageriali; iii) sono declinate tre possibili soluzioni per il governo del livello regionale, attraverso la costituzione di nuove agenzie e aziende di governo SSR; iv) è affermata l’esigenza di introdurre nuovi modelli di aziende, al fine di permettere alle Regioni di creare di tipologie di aziende coerenti con l’evoluzione del SSN.

Nel patto II “Le persone nel SSN e nelle sue aziende” viene proposta una agenda di azioni da perseguire con intensità e coerenza per accompagnare le trasformazioni istituzionali verso i risultati desiderati. Al fine di rendere più chiaro il senso complessivo di proposte che in parte si intrecciano, le stesse sono state raggruppate in tre aree principali. Le prime due guardano separatamente alle due componenti fondamentali di ogni organizzazione sanitaria: da una parte, il top management ovvero le persone che hanno la responsabilità complessiva e ultima sul funzionamento aziendale e i suoi risultati e, dall’altra, i professionisti ovvero le persone che con il loro sapere e le loro competenze intervengono direttamente nei processi di cura e assistenza e ne condizionano gli esiti. La terza area riguarda la capacità dei sistemi e delle aziende di gestire l’insieme dei fenomeni collegati alle persone in vista del conseguimento dei fini.

I patti

PATTO I. PER UNA NUOVA GOVERNANCE REGIONALE

PROPOSTA I: Un framework organico per livelli di autonomia regionale differenziata

Diagnosi

La diagnosi riguarda due aspetti distinti del rapporto tra Stato e Regioni nel SSN: l'allocazione delle competenze tra Stato e Regioni rispetto al funzionamento del SSN e i livelli di autonomia di cui godono le Regioni nell'esercizio delle prerogative di governo sui loro SSR.

A) Allocazione delle competenze tra Stato e Regioni.

Nel processo di regionalizzazione del SSN le competenze tra Stato e Regioni sono spesso state allocate in assenza di una coerente prospettiva di sistema, sulla base di dinamiche ed esigenze contingenti, generando talvolta sovrapposizioni di responsabilità o, viceversa, un vuoto nelle funzioni di governo. In troppi casi la definizione di standard di servizio o di metriche per la misurazione e l'apprezzamento (regole di accreditamento, principi contabili, metriche per gli obiettivi delle aziende, format dei servizi territoriali, ecc.) sono stati affidati alla responsabilità delle singole regioni, quando invece dovrebbero rappresentare standard e unità di misura omogenei per l'intero sistema nazionale. In altri casi, invece, il centro è intervenuto definendo in modo rigido e standardizzato alcuni obblighi nell'allocazione e nei mix di risorse (input based control) invece di concentrarsi sulla definizione di output e outcome dei SSR. In molti casi, poi, sono mancati, e mancano ancora, precisi standard nazionali come avviene nel settore della LTC e delle RSA in cui si registrano differenziali di dotazioni infrastrutturali per abitanti anche del 1000% tra nord e sud del paese e in cui non esistono regole nazionali sulle caratteristiche e i livelli attesi dei servizi. Analoghe riflessioni valgono per l'ambito delle tecnologie, dei Sistemi Informativi, della telemedicina, delle modalità di presa in carico della cronicità.

Alla base vi è un eccesso di "dialettica istituzionale", se non contrapposizione, tra Stato e Regioni, alimentata anche da una interpretazione errata di come può e deve essere costruita "l'omogeneità o uniformità programmatica del SSN". La definizione di standard programmatici uniformi e convergenti per il SSN richiede, certamente, una maggiore unitarietà di governo, ma ciò non deve essere necessariamente il risultato di un maggiore accentramento. La spinta verso l'accentramento istituzionale porta con sé un conflitto con le Regioni e conduce inevitabilmente a sovrapposizioni, ridondanze e gap programmatici, come purtroppo registriamo nel SSN. Una auspicabile maggiore uniformità di governo può essere più efficacemente ottenuta con maggiore concertazione tra Regioni e tra Regioni e Stato. Il dialogo istituzionale consente, tra l'altro, di valorizzare le esperienze e le competenze più mature, creando le condizioni per un processo permanente di bench-learning, dove i sistemi regionali più maturi operano da front runner per l'intero SSN e non più come attori divergenti.

B) Autonomia delle Regioni.

Nell'ultimo decennio, una lunga serie di interventi normativi mirati al contenimento della spesa pubblica, ha, di fatto, creato forme di regionalismo differenziato nel SSN. L'istituzione dei Piani di Rientro (PdR) ha ridotto il livello di autonomia di alcune Regioni, visto che l'ingresso nei PdR ne limitava le prerogative di governo e introduceva meccanismi sanzionatori specifici. Successivamente, a seguito della crisi dei debiti sovrani del 2011, le politiche di razionamento della spesa, attuate

attraverso la fissazione di vincoli e tetti sulle singole voci di conto economico, si sono estese a tutte le Regioni, limitandone l'autonomia.

L'insieme degli interventi ha, di fatto, generato un regionalismo differenziato che prevede quattro livelli di autonomia: i) le Regioni a Statuto Speciale, che non sono soggette ai vincoli di spesa e non possono entrare nei Piani di Rientro, anche nel caso in cui ne sussistano le condizioni²; ii) le Regioni in autonomia ordinaria, soggette ai vincoli sui singoli valori di spesa; iii) le Regioni in Piano di Rientro; iv) le Regioni Commissariate. Tuttavia, tale regionalismo differenziato si è sviluppato attraverso una sommatoria di singoli interventi normativi al di fuori di un *framework* concettuale e legislativo organico.

Proposta

A) Allocazione delle prerogative di governo tra Stato e Regioni nel SSN.

Stato e Regioni individuano in alcune istituzioni tecniche nazionali (AGENAS, AIFA, ISS, ecc.) i luoghi dove, in una prospettiva di concertazione, si raccolgono le evidenze, si costruiscono le agende dei problemi, si suggeriscono gli standard nazionali di servizio, di programmazione e le relative metriche di misurazione degli output e degli outcome, anche al fine di promuovere e valutare i percorsi di convergenza nel SSN.

Sulla base dell'istruttoria tecnica garantita dalle agenzie preposte, l'organo istituzionale di concertazione dei quadri programmatori, degli standard e degli obiettivi diventa la conferenza Stato-Regioni, che, come da prassi, definirà i parametri da rispettare anche in funzione delle risorse complessivamente disponibili.

I temi più urgenti su cui definire regole e obiettivi omogenei a livello nazionale sono quelli relativi a: le grandi tecnologie, gli hub ospedalieri e le alte specialità, le dotazioni infrastrutturali per abitante e standard di servizio per RSA, riabilitazione e strutture intermedie (OSCO, post e sub acuti, ecc.), le regole di accreditamento, la contabilità e le modalità di definizione degli obiettivi aziendali.

Questo esercizio potrebbe rendere progressivamente più nitido l'ambito delle competenze principalmente affidate al livello nazionale (seppur sostenuto da un processo concertativo con le Regioni), più orientato alla definizione di obiettivi sanitari ed epidemiologici, a standard di dotazioni e di servizio e a meccanismi di misurazione dei medesimi, rispetto a quello delle competenze regionali che deve guardare al governo delle aziende sia in termini di scelte organizzative e gestionali che di allocazione e mix di fattori produttivi, nel rispetto dei budget complessivi

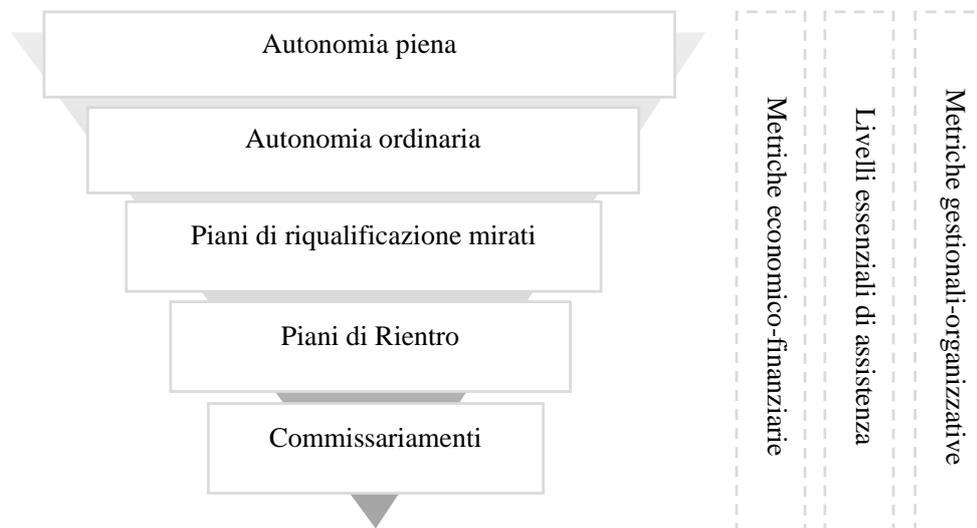
B) Autonomia delle Regioni.

L'autonomia regionale viene promossa e sostenuta in base al principio di correlazione tra autonomia e responsabilità. Le prerogative di governo regionali sono definite in funzione delle *performance* finanziarie, sanitarie (di attività e di esito) e delle competenze organizzative accumulate, anche valutando l'omogeneità dei risultati a livello infra-regionale. Vengono così individuati cinque distinti livelli differenziali di autonomia e responsabilizzazione regionale:

² Le Regione Sicilia fa eccezione perché non finanzia completamente i servizi di assistenza sanitaria sul proprio territorio. Ai sensi della legge 296/2006, articolo 1 comma 830, infatti, la regione a decorrere dal 2009, partecipa alla spesa sanitaria nella misura del 49,11%. Per la restante parte essa riceve i finanziamenti dallo Stato al pari delle regioni a statuto ordinario. Per tale ragione, la Regione siciliana è esclusa dalla normativa concernente le regioni a statuto speciale e può essere soggette ai Piani di Rientro.

- i. **Autonomia piena.** Le Regioni che raggiungono *performance* elevate non sono sottoposte a vincoli di sistema del SSN e devono soltanto rispettare vincoli di spesa complessivi, sono, inoltre, libere di definire gli assetti istituzionali delle proprie aziende sanitarie, assetti che devono comunque rispettare alcuni criteri generali definiti a livello nazionale.
- ii. **Autonomia ordinaria.** Le Regioni esercitano le prerogative di governo stabilite nel rispetto dei vincoli esistenti di carattere economico-finanziario e gestionale.
- iii. **Autonomia condizionata.** Nei casi in cui sussistono criticità limitate e circoscritte, le Regioni sviluppano interventi di razionalizzazione e riqualificazione mirati, ossia riferiti a specifiche aziende sanitarie, macro-livelli di assistenza o aree territoriali.
- iv. **Piano di rientro.** Le Regioni, mantenendo in carica i propri organi politici e dirigenziali del SSR, concertano con lo Stato piani di ristrutturazione dei servizi e di razionalizzazione della spesa e sono, inoltre, sottoposte a uno stringente processo di monitoraggio e verifica trimestrale, vengono altresì supportate con processi esterni di *knowledge transfer* e *capacity building*.
- v. **Commissariamenti.** Nei contesti regionali con criticità gravi e diffuse, sono predisposti commissariamenti organici con la nomina da parte dello Stato di una figura esterna che, affiancato da una struttura commissariale robusta, possa effettivamente esercitare prerogative di governo sull'assessorato e le aziende sanitarie pubbliche, anche attraverso il potere di selezionare e di nominare il management aziendale e regionale. Il commissariamento dovrebbe durare per un periodo programmato di tempo, con l'obiettivo di risalire progressivamente ai precedenti livelli di autonomia.

Figura 1 – I livelli di autonomia regionale



Il *framework* delineato differisce dalla configurazione attuale in due principali aspetti. In primo luogo, il livello di “autonomia piena” prefigura un’innovazione sostanziale, visto che a oggi non sono previste condizioni che eliminino alcuni vincoli istituzionali e gestionali. Inoltre, la definizione di un livello di “autonomia condizionata” comporterebbe la sistematizzazione e l’ampliamento di una serie di interventi degli anni recenti come i “Piani di Rientro Aziendali”, i “Piani di Riqualificazione e Miglioramento” e gli “Interventi di Potenziamento LEA” che non hanno ancora trovato attuazione.

Le sfide attuative: metriche, target, governance e ritmi istituzionali

Le sfide attuative dei diversi e distinti livelli di autonomia così prefigurati riguardano quattro principali elementi.

In primo luogo, andrebbero stabilite le metriche per valutare il passaggio fra i diversi livelli. In questo modo si supererebbero alcune criticità attuali e, in particolare, l'assenza di una definizione chiara circa le condizioni per l'uscita dai Piani di Rientro e dai Commissariamenti. In particolare, andrebbero stabilite metriche su tre diverse dimensioni: i) economico-finanziarie; ii) livelli di assistenza; iii) competenze organizzative e gestionali. Per quanto riguarda gli indicatori di tipo economico-finanziario, potrebbe essere utile affiancare al livello dei disavanzi alcune informazioni sulla solidità Patrimoniale / Finanziaria (ad es. i tempi di pagamento ai fornitori) e prevedere la certificazione del bilancio consolidato del SSR per il passaggio al livello di "autonomia piena". Per quanto riguarda le metriche sanitarie, le valutazioni sui macro-livelli del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) potrebbero regolare le condizioni di entrate e uscita dai livelli di autonomia differenziata e il raggiungimento di sufficiente omogeneità infra-regionale potrebbe essere una condizione per l'acquisizione del massimo livello di autonomia. Infine, andrebbero sviluppate *ex-novo* metriche organizzative e gestionali in grado di valutare l'adeguatezza delle strutture di governo regionale in termini dimensionali (*capacity*), di capacità manageriali (*competence*) e della configurazione degli assetti organizzativi e istituzionali.

In secondo luogo, ai fini della collocazione e della dinamica tra i diversi livelli di autonomia, è necessario definire, per ogni dimensione (economica, sanitaria, competenze), i target da raggiungere e i livelli di variabilità infra-regionale accettabili. Questi target devono essere concertati *ex ante* dalla Conferenza Stato-Regioni, prima di iniziare il gioco inter-istituzionale di rivendicazione e valutazione dei livelli di autonomia regionale ottenuto. Essi devono rimanere stabili per un arco di tempo ragionevole (4-5 anni) e modificarsi in funzione delle dinamiche trasformative del SSN e del livello di finanziamento disponibile.

In terzo luogo è opportuno definire chiaramente la governance del sistema di regolazione dei livelli di autonomia, in particolare riguardo alle seguenti dimensioni: quale livello istituzionale definisce le metriche e i target, quale organismo raccoglie le informazioni e le certifica, chi valuta e decide in ultima istanza il livello di autonomia ottenuto dalle singole regioni. La Conferenza Stato-Regioni può concertare *ex ante* le regole del gioco (metriche e target), il sistema già in essere di raccolta delle informazioni dalle Regioni allo Stato può essere confermato se adeguato alle metriche che saranno concordate, le decisioni sul passaggio fra i distinti livelli di autonomia dovrebbe essere prerogativa dei Ministeri Centrali in concerto tra di loro (Min Salute, MEF e correlati organismi tecnici). La valutazione, essendo legata a parametri definiti *ex ante* e stabili nel tempo, dovrebbe avere ridotti margini di discrezionalità.

In quarto luogo, precisi ritmi istituzionali possono dare ordine e struttura all'intero processo di stimolo delle performance sanitarie attraverso crescenti prerogative di governo regionali. Il passaggio di livello di autonomia può avvenire alla fine di ogni esercizio, in funzione dei risultati raggiunti sulle tre dimensioni considerate, supportato da monitoraggi trimestrali di periodo. Il livello di autonomia piena viene invece raggiunto dopo un preciso piano di lavoro proposto dal Presidente di Regione a inizio della propria legislatura, che definisce degli obiettivi da raggiungere in un periodo di tempo da lui/lei programmato (da 12 a 36 mesi), raggiunti e verificati i quali, scatta il nuovo status istituzionale.

Le quattro variabili citate (metriche, target, governance e ritmi istituzionali) attivano, nei fatti, un processo programmato, trasparente e strutturato di *benchlearning* tra Regioni, tra Regioni e Stato, nella programmazione, gestione e controllo del SSN e delle sue performance.

PROPOSTA II: Una piattaforma inter-regionale per il rafforzamento delle capacità manageriali

Diagnosi

L'azione di governo nazionale del SSN persegue due principali obiettivi: la salvaguardia dell'equilibrio economico-finanziario e la garanzia dei livelli di assistenza, esercitati rispettivamente dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dal Ministero della Salute. Nell'ultimo decennio, vi sono stati significativi passi avanti in entrambi gli ambiti. Infatti, le politiche di contenimento della spesa hanno permesso di (quasi) annullare i disavanzi sanitari regionali, oltre a migliorare la trasparenza e la qualità delle informazioni contabili. Per quanto riguarda i livelli di assistenza, anche se i divari regionali rimangono elevati, vi è stato un generale aumento delle performance. Inoltre, è stato sviluppato un sistema di metriche robusto attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia.

Al contrario, a livello nazionale, non è esercitata un'azione di governo per lo sviluppo e la diffusione di capacità gestionali e organizzative al servizio dei governi regionali. In assenza di interventi specifici, oggi le strutture delle Regioni presentano elevate criticità in termini di dimensionamento (*capacity*), livello delle competenze (*competence*) e adeguatezza degli assetti organizzativi e istituzionali. Non bisogna sottovalutare l'importanza delle capacità manageriali quali condizione necessaria per l'impiego razionale dei fattori produttivi, lo sviluppo di modelli di servizio efficaci e il miglioramento negli *outcome* di salute. Da questo punto di vista, esse sono un buon predittore dei livelli di efficacia e di efficienza dei diversi SSR. Inoltre, le capacità manageriali rappresentano una leva d'azione su cui le Regioni possono intervenire in tempi mediamente.

Proposta

Sarebbe necessario sviluppare una piattaforma inter-regionale orientata allo sviluppo e alla diffusione delle capacità manageriali. In particolare, bisognerebbe: i) sviluppare un sistema di metriche capace di misurare le differenze in termini di capacità gestionali e organizzative dei diversi sistemi regionali; ii) individuare un soggetto istituzionale incaricato di promuovere processi diffusi di *capacity building* e *competence transfer* fra i diversi contesti regionali. Analogamente, le diverse Regioni dovrebbero attivare al proprio interno un processo di misurazione e sviluppo delle competenze manageriali delle aziende sanitarie pubbliche.

Il focus della piattaforma inter-regionale dovrebbe evolvere nel tempo. Inizialmente, i processi di *capacity building* e *competence transfer* dovrebbero garantire l'adeguatezza delle strutture di governo regionale in termini dimensionali (*capacity*), di competenze (*competence*) e della configurazione degli assetti organizzativi e istituzionali. Nel tempo, il focus della piattaforma dovrebbe orientarsi allo sviluppo di sistemi operativi e strumenti di governo e, infine, alla sperimentazione di innovazioni gestionali e tecnologiche.

Il rafforzamento delle competenze gestionali e organizzative dovrebbe rappresentare, accanto al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e di livelli di assistenza elevati, un terzo obiettivo dell'azione di governo nazionale e regionale. Pertanto, la misurazione e lo sviluppo delle competenze manageriali dovrebbero essere integrati lungo l'intera filiera dei processi istituzionali del SSN. Dovrebbero essere previsti specifici adempimenti LEA sul rafforzamento delle competenze e la configurazione di assetti organizzativi efficaci. Inoltre i processi di verifica, monitoraggio e

affiancamento dei Piani di Rientro e degli altri interventi di riqualificazione sviluppati per le Regioni in autonomia condizionata (cfr. proposta I) dovrebbero prevedere un asse strutturale di azione finalizzato a misurare le differenze in termini di capacità gestionali e organizzative e ad attuare specifici programmi di *capacity building* e *competence transfer*.

Sfide attuative

L’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) potrebbe essere il soggetto istituzionale incaricato di promuovere i processi di *capacity building* e *competence transfer* fra i diversi contesti regionali. Infatti, la promozione di attività di ricerca e supporto alle Regioni e alle aziende sanitarie in ambito organizzativo e gestionale è una delle missioni istituzionali affidate all’agenzia. A livello regionale, i processi di misurazione e sviluppo delle competenze delle aziende sanitarie pubbliche dovrebbe essere affidati al soggetto istituzionale che si occupa del coordinamento unitario del gruppo pubblico (cfr. proposta III).

La piattaforma inter-regionale per la diffusione delle competenze dovrebbe adottare un approccio sperimentale e partecipativo, evitando l’individuazione di standard unici di riferimento. In particolare, la piattaforma dovrebbe stimolare ricerche e sperimentazioni sui modelli gestionali e di servizio, promuovere processi di *benchlearnig* fra i diversi SSR, e monitorare e sistematizzare le diverse esperienze in buone pratiche da adattare alle specificità dei contesti regionali.

Figura 2 – Attori, azioni e metriche del sistema

OBIETTIVO	Salvaguardia dell’equilibrio economico-finanziario	Definizione e garanzia dei livelli essenziali di assistenza	Sviluppo e rafforzamento delle competenze gestionali, organizzative e istituzionali
ATTORI	MINISTERO DELL’ECONOMIA E DELLE FINANZE	MINISTERO DELLA SALUTE	AGENAS
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> Verifica dell’equilibrio economico-finanziario Norme per garantire qualità e trasparenza dei bilanci di esercizio 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio dei livelli di assistenza (NSG) Norme relative all’erogazione dei servizi sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio delle competenze manageriali Benchmarking e formazione per diffondere <i>capacity building</i> e <i>competence transfer</i> Sviluppo standard tecnico-professionali
METRICHE	<ul style="list-style-type: none"> Metriche eco-fin riferite a CE, SP, bilanci consolidati 	<ul style="list-style-type: none"> Metriche e sistemi di monitoraggio esiti e standard di processo 	<ul style="list-style-type: none"> Competence e capacity, assetti organizzativi e istituzionali Sistemi operativi e strumenti di governo Innovazione gestionale e tecnologica

PROPOSTA III: La definizione degli assetti istituzionali come leva di change management. Finalità e punti di forza di tre modelli di governance

Diagnosi

A partire dagli anni novanta è stato avviato un percorso di progressiva responsabilizzazione delle Regioni nella gestione e nel finanziamento della sanità. Tale processo ha cambiato profondamente il ruolo del livello regionale. Infatti, fino all'istituzione dei Piani di Rientro, le Regioni svolgevano prevalentemente un ruolo di coordinamento amministrativo. Successivamente, sono diventate responsabili delle performance complessive degli SSR, sia di tipo finanziario che sanitario, acquisendo crescenti prerogative di governo. Tuttavia, le strutture amministrative delle Regioni, sia per i vincoli che per la cultura organizzativa della pubblica amministrazione regionale, hanno un *modus operandi* spesso non adeguato all'esercizio di un ruolo di governo del gruppo, del sistema e del settore sanitario.

Le Regioni, in molti casi, hanno provato a sopperire ai limiti degli assessorati attraverso la creazione di nuovi soggetti istituzionali e il ricorso diffuso alle pratiche del comando e distacco per attrarre i migliori profili professionali del SSR. I soggetti istituzionali sono stati costituiti per centralizzare alcuni servizi e/o per rafforzare l'esercizio delle proprie prerogative di governo. Le diverse esperienze regionali hanno generato una proliferazione di soggetti istituzionali fortemente eterogenei in termini di settore di riferimento (SSR, l'intera PA), forma giuridica (aziende, agenzie, società consortili) e funzioni. Tuttavia, ciò è avvenuto in assenza di un processo di apprendimento e sistematizzazione sulle funzioni del livello regionale, sui pro e contro dei diversi modelli di governance e sulla conseguente distribuzione delle responsabilità fra l'assessorato e gli altri soggetti che esercitano un ruolo di governo nei diversi SSR.

Proposta

Il SSN supporta le Regioni nell'attivare consapevolmente la leva istituzionale e organizzativa per costruire assetti efficaci per l'esercizio delle loro prerogative di governo definendo un portafoglio di possibili soluzioni alternative. Le singole regioni sono invitate a definire il loro assetto istituzionale di vertice in funzione delle loro caratteristiche geografiche e socio-economiche, del capitale istituzionale e amministrativo disponibile, delle competenze stratificate e delle sensibilità politico-culturali locali. Il SSN favorisce processi comparativi, di *benchmarking* e di apprendimento di sistema.

Il portafoglio di assetti possibili si struttura incrociando due variabili di progettazione istituzionale e organizzativa:

- a) le funzioni di governo del vertice regionale;
- b) le possibili configurazioni istituzionali alternative.

Le funzioni di governo che ogni vertice regionale deve garantire sono le seguenti:

- i. controllo del gruppo sanitario pubblico, ovvero dell'insieme delle aziende sanitarie pubbliche;
- ii. controllo del sistema dei produttori privati accreditati e contrattualizzati;
- iii. regolazione generale di sistema, orientamento e integrazione con il SSN della spesa privata out of pocket e intermediata delle famiglie;

- iv. gestione e attuazione delle politiche per la salute ovvero intervento sulle variabili che influenzano i determinanti della salute.

Ognuna di queste funzioni di governo deve essere esplicitamente enucleata e presidiata con una assegnazione di responsabilità, strumenti e poteri coordinata e coerente.

Le possibili configurazioni istituzionali alternative (idealtipi) tra cui le Regioni possono scegliere per il loro vertice di governo della sanità sono le seguenti:

- i. Assessorato “divisionalizzato”, che esercita unitariamente tutte le funzioni di governo menzionate attraverso le sue diverse articolazioni interne;
- ii. Assessorato supportato da una o più agenzie specializzate di supporto amministrativo, di studio e valutazione o di governo;
- iii. Assessorato e azienda capogruppo (“Azienda Zero”).

Nell’assetto istituzionale “assessorato divisionalizzato” è rilevante il meccanismo di coordinamento interno e la necessità di enucleare una funzione di direzione generale di assessorato capace di garantire unitarietà di governo, pur nella specializzazione di competenze degli uffici.

Nel secondo assetto (assessorato e agenzie controllate) diventa cruciale definire quante agenzie attivare e con quale missione distintiva. Al proposito vi sono polarità possibili sia sul lato della numerosità, sia sul lato delle missioni: i) un’unica agenzia/azienda pluri-funzione (caso RER) versus una pluralità di soggetti specializzati (caso Regione Lombardia); ii) agenzie/aziende focalizzate su funzioni amministrative o logistiche centralizzate o di area vasta (caso Toscana o Campania), di studio e valutazione (es. osservatorio epidemiologico o HTA), di supporto alla programmazione e al governo regionale (caso Liguria) o agenzie miste (caso Veneto). In tale configurazione diventa cruciale definire il ruolo gerarchico e pivotale dell’assessorato nei confronti delle agenzie/aziende regionali specializzate per garantire l’unitarietà di governo e il coordinamento delle funzioni centrali. L’assessorato deve pertanto esprimere la visione d’insieme e operare come committente nei confronti delle agenzie tecnico-specialistiche.

Il terzo assetto possibile prevede la nascita di una azienda di governo del SSR (caso Azienda Zero del Veneto) che affianca l’assessorato, rendendo cruciale la suddivisione di compiti e competenze tra i due soggetti. Sicuramente l’azienda di governo SSR si occuperebbe del coordinamento delle aziende sanitarie pubbliche, ossia il gruppo pubblico, curando lo svolgimento dei processi gestionali e operativi connessi alla produzione dei servizi. L’azienda si occuperebbe sia della programmazione che degli aspetti finanziarie e contabili e, di conseguenza, sarebbe responsabile della gestione sanitaria accentrata (GSA) e della costruzione del bilancio consolidato del SSR. Inoltre, l’azienda potrebbe anche centralizzare alcuni servizi (acquisti, logistica, sistemi informativi) per ragioni di efficienza di sistema. L’assessorato regionale si occuperebbe della regolamentazione della spesa privata intermediata o diretta delle famiglie e della gestione delle politiche pubbliche relative agli stili di vita o connesse alle interdipendenze con gli altri settori che impattano gli esiti di salute (sociale, cultura, educazione, sport, trasporti, abitazioni, ecc.).

La gestione indiretta dei produttori sanitari contrattualizzati spetterebbe, a seconda delle diverse concezioni, all’azienda di governo SSR o all’assessorato. Il governo degli erogatori privati accreditati, ad esempio, sarebbe affidato all’azienda SSR se venissero concepiti come fornitori di servizi sanitari regionali. Nel caso in cui i soggetti privati accreditati invece fossero ritenuti competitor delle aziende pubbliche, allora sarebbe governati dall’assessorato. Le politiche del farmaco e dei dispositivi medici, invece, se concepite come processi aziendali di fornitura, andrebbero attribuite all’azienda di governo del SSR. Se invece fossero ritenute come un insieme di norme che

regolano la disponibilità sul mercato di farmaci e dispositivi medici allora andrebbero affidate all'assessorato regionale.

Sfide attuative

Il SSN nel suo livello centrale deve saper trovare il difficile punto di equilibrio tra il supporto culturale e modellistico alle Regioni nella gestione consapevole della leva istituzionale e il rispetto dell'autonomia regionale medesima, nelle cui prerogative rientra la definizione dei propri assetti istituzionali di governo.

A questo proposito un lavoro di mappatura, classificazione e concettualizzazione degli assetti istituzionali disponibili e possibili per le Regioni può essere un contributo importante. Tale lavoro potrebbe portare anche a definire fattispecie di agenzie e aziende più nitide e specifiche per funzioni regionali, prevedendo che esse siano parte organica del SSN. Questo permetterebbe di inserire il loro personale nei contratti del SSN, di allineare i loro vincoli amministrativi ed economici al SSN e di sganciarli da quelli dell'ente regione e di definire assetti istituzionali distinti per funzioni di governo, di centralizzazione amministrativa o misti. Laddove la GSA venisse assegnata a una di queste istituzioni regionali garantirebbe maggiore chiarezza nell'allocazione e utilizzo delle risorse della sanità, superando il rischio di un loro utilizzo per finanziare altri settori regionali.

Il rafforzamento del vertice regionale non deve significare un indebolimento del management delle aziende sanitarie, in quanto la necessità del SSN è riuscire a rafforzare competenze e ruoli di entrambi i livelli. L'azienda di governo SSR produrrebbe un impatto positivo sui SSR se riuscisse simultaneamente a coordinare in modo unitario il gruppo pubblico e valorizzare le migliori esperienze aziendali. In questo modo l'azienda di governo non si limiterebbe a superare i limiti tipici dell'ente regione, ma rafforzerebbe il sistema sanitario regionale. Tale condizione può essere raggiunta prevedendo che l'organo di governo dell'azienda SSR sia un *board* composto anche dai DG delle aziende sanitarie pubbliche e costituendo la nuova azienda a partire dalle migliori competenze manageriali disponibili nelle aziende pubbliche.

Figura 3 – I tre modelli di governance



PROPOSTA IV: Nuove tipologie di Aziende per il SSN

Diagnosi

Le riforme del SSN degli anni novanta hanno previsto due tipologie di aziende sanitarie pubbliche: le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere. Tale configurazione istituzionale era coerente con il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. L'SSN era incentrato sulle aziende sanitarie locali, che assicuravano l'assistenza sanitaria ospedaliera e distrettuale in un determinato territorio.

Nel caso in cui alcune strutture erogative acquisivano una particolare rilevanza o grandezza, venivano dotati di un'autonomia speciale e diventavano Aziende Ospedaliere. Le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere rappresentavano due insiemi caratterizzati da una relativa omogeneità.

A partire dagli anni duemila, a causa dei numerosi interventi di ingegneria istituzionale realizzati per esigenze di razionalizzazione della spesa o rafforzamento del ruolo di governo delle Regioni, le aziende sanitarie pubbliche appaiono come un insieme profondamente eterogeneo. Le aziende erogatrici sono fortemente differenti in termini di numerosità e dimensione, tipologia di assistenza prevalente (territoriale o ospedaliera), livello di produzione diretta dei servizi sanitari anche all'interno dei due modelli istituzionali di riferimento. Si pensi alle differenze dimensionali delle ASL di diverse Regioni, alla costituzione di un'unica Azienda Sanitaria Locale nelle Marche e in Sardegna o al fatto che la committenza nei confronti del privato accreditato, a seconda dei casi, è una prerogativa aziendale o regionale. Una forte eterogeneità caratterizza anche le aziende costituite per rafforzare il ruolo di governo del livello regionale. Si pensi al fatto che Azienda Zero in Veneto, ARCSS in Friuli Venezia Giulia o Alisa in Liguria siano tutte formalmente costituite come aziende del SSN, ma con ruoli e funzioni sostanzialmente molto diversi dalle aziende di erogazione di servizi sanitari.-Di conseguenza, la possibilità di scegliere il proprio assetto istituzionale all'interno di due soli "modelli" aziendali appare inattuale.

Proposta

Per rispondere in maniera più adeguata alle esigenze di gestione degli SSR, si propongono due linee di innovazione istituzionale:

- a) il SSN definisce un elenco di soluzioni istituzionali plurali per le diverse tipologie di aziende, in funzione della loro missione e dimensione tra cui le regioni possono scegliere, con le prerogative e i meccanismi decisionali coerenti al loro livello di autonomia in cui si collocano;
- b) le Regioni pienamente autonome hanno la facoltà di ampliare le fattispecie disponibili di aziende sanitarie pubbliche.

Le Regioni dovrebbero avere la facoltà di definire le proprie aziende sanitarie pubbliche a partire da un insieme più ampio e variegato di fattispecie. Di conseguenza, dovrebbero essere definite tipologie di aziende nuove, modificando l'ordinamento attuale del SSN (d.lgs. 502/1992 e d.lgs. 229/99), in modo da poter tipizzare diversi modelli aziendali coerentemente all'evoluzione dei sistemi sanitari regionali. In particolare, potrebbe essere necessario delineare una fattispecie per le aziende che centralizzano alcuni servizi (acquisti, logistica, sistemi informativi) e distinguere due diverse tipologie di aziende sanitarie locali, sulla base dell'intensità del livello di produzione diretta dei servizi. I diversi modelli aziendali potrebbero essere sviluppati differenziando quattro elementi di configurazione istituzionale: i) missioni e finalità; ii) organi di governo; iii) poteri di nomina; iv) forme giuridiche. La predisposizione di un quadro di fattispecie "chiuso" garantirebbe la comparabilità delle varie esperienze e, di conseguenza, favorirebbe meccanismi di apprendimento reciproco tra i contesti locali.

Le Regioni con un livello di "autonomia piena" dovrebbero avere invece la facoltà di costituire tipologie di aziende nuove, non previste dall'ordinamento del SSN. Di fatto, le Regioni con un livello di autonomia massima potrebbero avviare autonomamente delle sperimentazioni di nuovi modelli. Tali sperimentazioni, dovrebbero avere una durata limitata, e in caso di esito positivo dovrebbero innescare ulteriori modifiche all'insieme chiuso di modelli aziendali di riferimento.

Le sfide attuative

In primo luogo, sarebbe necessario garantire il monitoraggio contabile e gestionale delle aziende, anche durante il periodo di trasformazione. Dovrebbe quindi essere confrontabile il “prima” e il “dopo” la modifica degli assetti istituzionali delle aziende, e dovrebbe essere garantita la "leggibilità" dei dati economico-finanziari e gestionali-sanitari nel corso e al termine delle trasformazioni. Pertanto, le Regioni che decidessero di adottare i nuovi modelli aziendali, dovrebbero attraversare un periodo di preparazione in cui predisporre i dati economico-finanziari e gestionali-sanitari con cui poter condurre efficacemente analisi valutative in itinere ed ex post.

In secondo luogo, nel caso in cui i nuovi modelli aziendali prevedessero degli organi di governo differenti, sarebbe necessario definire nuovi requisiti professionali per il *top management*, in modo da garantire che la direzione delle nuove azienda sia affidata a professionisti dalle comprovate capacità gestionali e organizzative e il rispetto di criteri di omogeneità tra gli SSR.

Infine, sarebbe necessario predisporre dei meccanismi di monitoraggio e *benchlearning* tra le Regioni, organizzando dei momenti di raccordo in cui dare spazio al confronto tra i diversi modelli istituzionali messi in campo ed eventualmente studiarne pro e contro, in un meccanismo di miglioramento continuativo e partecipato.

PATTO II. LE PERSONE NEI SSR

Ogni esercizio di trasformazione istituzionale, di cambiamento delle strutture e delle regole che caratterizzano il funzionamento di un sistema complesso trova un limite invalicabile in quelle che nella prima parte di questo documento sono state definite come *competence* e *capacity* ovvero e in sintesi, ciò che le persone (manager, professionisti, operatori) sono in grado di esprimere quando agiscono nel sistema. Intervenire sulle *competence* e *capacity* è un esercizio complesso non tanto per l'individuazione dei punti sui quali concentrare l'attenzione, come verrà fatto in questa seconda parte del documento, ma per lo sforzo e la determinazione che è necessario mettere in campo.

È quasi banale osservare che tutte le aziende sono fatte di persone e che i loro risultati non sono altro che il frutto delle decisioni, delle azioni e degli sforzi di esseri umani. Da questo punto di vista governare e gestire aziende e sistemi significa orientare il comportamento di individui e metterli in grado di offrire il miglior contributo possibile al perseguimento della missione. Ciò è tanto più vero nell'ambito della sanità in quanto si tratta di un settore ad alta intensità di lavoro (*labour intensive*), ma soprattutto a elevata qualificazione professionale (*brain intensive*).

In un contesto del tutto eccezionale di allentamento dei vincoli e di riscoperta della missioni, come quello della pandemia, le persone, che formano il SSN e le sue aziende, hanno mostrato tutte le loro potenzialità e reso evidenti tutte le energie che possono essere messe a disposizione del sistema pubblico di tutela della salute. Riuscire a mobilitare un potenziale finora sottovalutato sarà, se possibile, ancora più importante considerando l'immissione senza precedenti di persone che il nostro sistema sta sperimentando. È una occasione unica di espansione e trasformazione dei servizi i cui risultati dipenderanno dalle condizioni in cui le persone si troveranno a operare. Se tali condizioni non cambiano rispetto a quelle attuali non faremo che replicare il passato invece che costruire il futuro.

Bisogna sottolineare come la natura pubblica e professionale delle aziende del SSN non abbia aiutato a considerare le persone come risorse il cui contributo possa e debba essere stimolato e orientato. Da questo punto di vista, non solo è stata prestata poca attenzione a come intervenire, attivamente e intenzionalmente, su alcune condizioni generali che influiscono sui contributi che gli individui possono apportare al funzionamento aziendale, ma la stessa funzione di gestione del personale è, tra le aree gestionali, quella che ha segnato il più evidente ritardo nei processi di aziendalizzazione.

In questa situazione proponiamo un insieme di azioni tese a liberare il potenziale delle persone che nei diversi ruoli e a diverso titolo operano e opereranno nelle aziende del SSN. Al fine di rendere più chiaro il senso complessivo di proposte che in parte si intrecciano, le raggruppiamo in tre aree principali. Le prime due guardano separatamente alle due componenti fondamentali di ogni organizzazione sanitaria: da una parte, il top management, ovvero le persone che hanno la responsabilità complessiva e ultima sul funzionamento aziendale e i suoi risultati e, dall'altra, i professionisti ovvero le persone che con il loro sapere e le loro competenze intervengono direttamente nei processi di cura e assistenza e ne condizionano gli esiti. La terza area riguarda la capacità dei sistemi e delle aziende di gestire l'insieme dei fenomeni collegati alle persone in vista del conseguimento dei fini.

PROPOSTA V: Intervenire sul contesto in cui opera il management, contrastando le spinte verso un management difensivo, rafforzando i meccanismi di incentivazione e investendo su formazione e selezione

Diagnosi

L'azione del management pubblico è notoriamente sottoposta ad una rete di vincoli e norme più stringenti rispetto a quelle del contesto privato. Per il management pubblico aumentano così a dismisura i rischi per decisioni che, nel bilanciamento tra *conformance* (inattaccabile rispetto delle procedure) e *performance* (perseguimento dei fini), privilegino il secondo criterio. A fronte di rischi rilevanti, al punto da portare in taluni casi a una vera e propria “fuga dalle decisioni e dalle responsabilità”, esistono scarsi incentivi per i manager che, in un quadro normativo e regolamentare farraginoso e ambiguo, guardino decisamente al bene dell'azienda e al conseguimento dei risultati in vista del quale essa esiste e opera.

È necessario, innanzitutto, rivedere il contesto in cui le decisioni vengono prese, provando, da una parte, a incrementare la rilevanza attribuita, nelle varie modalità e occasioni di apprezzamento del management, al conseguimento dei risultati e, dall'altra, ad abbassare i livelli di rischio, riconoscendo una inevitabile discrezionalità nell'azione manageriale.

Al contempo, si tratta di aumentare gli incentivi per decisioni e comportamenti manageriali che, pur consci e rispettosi di vincoli e rischi, perseguono tenacemente i risultati attesi e li conseguono. Si tratta di riconoscere una “ragionevole propensione” al rischio personale come qualità indispensabile per l'esercizio delle responsabilità manageriali e di ricompensare adeguatamente chi se le assume.

Da ultimo bisogna intervenire sulla qualità, sui profili e sulle modalità di selezione dei candidati alle posizioni di *top management*. I meccanismi di formazione e selezione del *top management* del SSN presentano numerose criticità che rendono sempre più difficile per il SSN selezionare e reclutare le migliori professionalità. Le procedure di selezione, in particolare, sono permeate di una cultura tradizionale (concorso pubblico) che non valorizza, quando non allontana, il merito sostanziale.

Proposta

Per contrastare le spinte verso un “management difensivo” proponiamo di fare emergere con maggiore forza il profilo dei **risultati ottenuti** e di **ripensare il sistema dei controlli/vincoli** da cui originano i rischi.

- i. Valorizzare politicamente, istituzionalmente e nella cultura del gruppo pubblico regionale i risultati conseguiti dal management nelle quattro dimensioni rilevanti: impatti in termini di salute, impatti economici, sviluppo della capacity e della competence dell'azienda, innovazione dei servizi e delle infrastrutture. L'obiettivo da conseguire attraverso un intervento esteso e costante su tutti i meccanismi di funzionamento è quello di modificare alcuni presupposti cognitivi rilevanti per le decisioni manageriali, riposizionando il valore della *conformance* rispetto a quello dei risultati.
- ii. Rivalutare l'attuale apparato dei controlli e delle sanzioni per verificare gli effetti sulla funzionalità di alcuni dei rischi posti in capo al management pubblico e la loro reale utilità. Si propone un esercizio di *assessment* e di riprogettazione del sistema dei controlli coordinato dalla conferenza Stato-regioni teso a riequilibrare il peso di istanze contrapposte. Un terreno di particolare attenzione devono essere le attività di controllo della Corte dei Conti, valutando l'ipotesi di circoscriverle al solo controllo successivo sulla gestione e quella di perseguire per danno erariale solo il dolo e non per la colpa sia pur grave.

Contemporaneamente è necessario **rafforzare i meccanismi di incentivazione**, agendo su due leve in particolare:

- iii. Creare meccanismi di incentivazione manageriale (salariale, di carriera, di riconoscimento sociale e professionale) che premino la propensione al rischio e le azioni di chi persegue il miglioramento della performance in un ambiente che stimola alla conformance. Oggi, più che mai, è necessario premiare le decisioni più orientate al raggiungimento dei risultati, stimolando la propensione al rischio del management pubblico, scoraggiando l'adozione di decisioni più facili, più aderenti alle procedure, ma meno performanti.
- iv. Le retribuzioni del top management devono essere innalzate e avvicinate al tetto massimo per dirigenti pubblici. Devono, inoltre, essere significativamente differenziate in funzione del rischio e della complessità delle diverse realtà aziendali, lasciando alle Regioni piena autonomia in merito. La retribuzione del *top management* del SSN non è oggi correlata alle accresciute dimensioni medie delle aziende del SSN e non risulta economicamente competitiva essendo i salari inferiori del 50% rispetto a ruoli analoghi nel settore sanitario privato. Ciò si riflette evidentemente anche nella propensione al rischio.

Da ultimo è opportuno **intervenire sulla selezione e formazione del management** per avere persone sempre più adeguate e dai profili sempre più coerenti rispetto ai comportamenti attesi. Si propongono le seguenti iniziative:

- v. Istituire e promuovere esplicitamente un modello di “vivaio” per possibili futuri dirigenti del SSN, basato su logiche di reclutamento aperte, senza automatismi di carriera, ma guidati da meccanismi di valutazione del merito, con la possibilità di accelerare le carriere per gli alti potenziali. L’NHS, ad esempio, bandisce ogni anno borse di studio per i migliori master internazionali di management e policy sanitaria per giovani neo-laureati a cui offre successivamente contratti di inserimento a tempo determinato, per poi lasciarli crescere professionalmente in base a logiche di merito e di mercato interno. Tutto ciò può essere accompagnato da percorsi di crescita professionale basati su programmi di rafforzamento delle competenze, anche con processi di affiancamento, *benchmarking*, sperimentazioni sul campo.
- vi. Modificare i criteri e i processi di costruzione degli albi, basandosi sulle competenze ed esperienze sostanziali dei candidati, sull’assessment del potenziale, sui risultati da loro raggiunti in funzione dell’età, togliendo ogni vincolo formale incapace di cogliere le reali capacità e potenzialità manageriali. In questo modo sarà possibile dare spazio anche a manager giovani, a coloro che provengano dal privato sanitario o sociosanitario o da altre esperienze (ricerca, consulenza, didattica) o altri settori o che magari hanno avuto robuste esperienze all’estero. Si tratta di superare il paradosso per cui per fare il DG bisogna aver fatto il DG, assumendo e gestendo il rischio di una maggiore discrezionalità nella formazione degli albi, tenendo anche conto della presenza di successivi processi di selezione a livello regionale.

PROPOSTA VI: Affrontare la questione professionale creando coerenti meccanismi di stimolo e riconoscimento

Diagnosi

Il SSN ha una spesa pari al 55% di quella tedesca, ma dispone dello stesso numero di medici per abitanti in presenza di un terzo di operatori nelle professioni sanitarie. Tale configurazione dello *skill mix* (rapporto tra le diverse professioni nella composizione del personale) non è coerente rispetto ad alcuni elementi fondamentali di scenario quali: il quadro epidemiologico che vede il prevalere di cronicità e di LTC, l’innalzamento generalizzato delle competenze professionali nelle diverse

famiglie delle professioni sanitarie, la standardizzazione degli approcci e dei processi che consente una maggiore intercambiabilità nei ruoli, nuovi modelli di servizio basati su logiche di *case management*, la diffusione di tecnologie che incorporano conoscenze e trasformano i processi di cura e assistenza. Il SSN è quindi chiamato a promuovere e accompagnare un grande cambiamento nello *skill mix*, nei ruoli delle diverse professioni e nelle competenze necessarie per assolvere a nuove responsabilità. Il cambiamento deve poi comprendere anche un intervento attivo sulle percezioni degli utenti e pazienti, percezioni che rischiano di non cogliere il reale valore delle professioni sanitarie.

Anche le logiche organizzative sono profondamente mutate negli ultimi anni. Approcci monodimensionali basati su unità operative che ricalcano la partizione dei saperi e delle discipline hanno lasciato il passo a visioni molto più articolate, in cui prevalgono la multidimensionalità (strutture a matrice), i ruoli ibridi, le responsabilità di raccordo. Uno scenario così profondamente cambiato impone un ripensamento sul sistema delle carriere, sistema che fatica sempre più a rimanere ancorato al tradizionale repertorio chiuso di posizioni disponibili (unità operativa, dipartimento, ...). Dall'altro lato, pur registrando una evoluzione positiva, le logiche organizzative e retributive a doppia scala (*dual ladder*), gestionale e professionale, faticano a trovare compiuta applicazione nei sistemi e nelle aziende sanitarie. Gli incarichi gestionali rimangono ancora troppo attraenti rispetto a carriere professionali pure, sottraendo talvolta preziose risorse all'impegno professionale.

A queste criticità si aggiunge una tradizionale ed eccessiva uniformità dei salari nelle aziende sanitarie pubbliche, anche per posizioni apicali di particolare criticità e strategicità. Tale uniformità produce conseguenze negative su almeno due aree. Da una parte non consente di stimolare e accompagnare adeguatamente sul terreno retributivo la crescita e l'impegno professionale, soprattutto rispetto alle professioni sanitarie. Dall'altra rende difficile sia premiare il merito sia rimanere competitivi rispetto alle aziende sanitarie private, oggi potenzialmente in grado di attrarre tutte le migliori professionalità, soprattutto nei profili per i quali c'è maggiore tensione sul mercato del lavoro.

Proposta

È opportuno in primo luogo **intervenire** sul terreno dello *skill mix change*, rendendo possibile il pieno sfruttamento delle potenzialità delle professioni sanitarie, stimolando il loro riconoscimento e apprezzamento, sostenendone capacità e qualificazione. Si propongono i seguenti interventi:

- i. Rimuovere alcuni vincoli giuridici non tutelano la qualità dei servizi offerti e rischiano di rappresentare solo delle rendite di posizione per le professioni dominanti. Il monopolio giuridicamente tutelato è una delle caratteristiche principali del professionalismo. Ogni professione e disciplina tende a difendere quelli che ritiene i propri esclusivi ambiti di competenza norme giuridiche. La crescita delle competenze e qualificazioni delle professioni sanitarie richiede un riaggiustamento anche normativo che riconosca anche sul terreno giuridico il mutamento nei ruoli e nelle responsabilità in atto nella concreta erogazione dei servizi. Tale riaggiustamento dovrà consentire il pieno dispiegamento di tutte le potenzialità già oggi presenti nelle professioni sanitarie e aiutare la professione medica a concentrarsi nelle aree nelle quali è in grado di “produrre una percepibile differenza”.
- ii. Accompagnare e sostenere la legittimazione delle professioni sanitarie come risposta efficace ed efficiente ai bisogni di salute della popolazione. A una crescita di competenze e funzioni assegnate alle professioni sanitarie, non sempre e in maniera sufficientemente rapida, si è accompagnata una generale percezione della qualità della risposta assicurata dai nuovi professionisti della sanità.

Come spesso accade in situazioni analoghe, non si tratta tanto della diretta esperienza dei destinatari dei servizi, i quali generalmente apprezzano approcci e professionalità espresse dalle professioni sanitarie, quanto della percezione della opinione pubblica in generale e della retorica sulla sanità ancora troppo ancorate alla figura del medico. In questo contesto è necessario uno sforzo istituzionale esteso e prolungato per sorreggere, anche attraverso la produzione di evidenze, la legittimazione delle professioni come risposta non solo efficiente, ma soprattutto efficace a molti bisogni di salute.

- iii. Verificare i percorsi accademici in termini di contenuti, specializzazioni e numeri. La formazione dei professionisti della sanità, seppur con i doverosi distinguo, è un processo lungo e costoso. In più è noto come in sanità l'offerta tenda a generare la domanda. Questi sono in parte i motivi per i quali i percorsi formativi di tutti i professionisti della sanità sono strettamente regolati e pianificati. Regolazione dei contenuti e dei percorsi insieme alla pianificazione dei numeri sono esercizi molto complessi e incerti: hanno effetti in archi temporali estesi, dovrebbero “ancorarsi al futuro” e, invece, sono spesso “spinti dal passato”, replicandone le dinamiche. Le recenti reazioni allo “*shortage* di specialisti medici” attraverso un aumento delle opportunità di formazione sono un buon esempio di tali difficoltà, rischiando di produrre, ancora una volta, entro il decennio un fenomeno di sovrabbondanza di medici specialisti. Al contempo è necessario immaginare percorsi di reale specializzazione delle professioni sanitarie, sorreggendo adeguatamente sul piano formativo le potenzialità fin qui espresse dalle professioni. In sintesi, si tratta di verificare alla luce delle possibili esigenze di un sistema sanitario del futuro contenuti, percorsi di specializzazione e numeri del nostro sistema formativo.

Bisogna, inoltre, intervenire per **stimolare un investimento sulla professione**, prioritariamente da parte delle professioni sanitarie, ma anche avendo riguardo delle carriere mediche. In questa prospettiva le seguenti iniziative paiono particolarmente importanti:

- i. Costruire per tutte le professioni sanitarie le condizioni per riconoscimenti e carriere professionali (promuovere un moderato “sgranamento”). Se le professioni sanitarie e la loro evoluzione rappresentano una risposta a molti dei problemi del SSN, tale possibilità potrà trovare concreta realizzazione nella misura in cui i professionisti saranno portati a investire sulle loro specifiche competenze e abilità. A oggi le possibilità di progressione sono quasi esclusivamente legate alla assunzione di responsabilità gestionali, mentre sul piano professionale esistono scarse possibilità di differenziazione sia in senso verticale che orizzontale. Si tratta, ad esempio, e come in parte già avviene per la componente medica, di riconoscere livelli diversi di competenze e a questi agganciare sistemi di ricompensa sufficientemente differenziati. La strutturazione e il rafforzamento di uno spazio per la crescita professionale potrebbe anche aiutare i processi di selezione dei professionisti più vocati per le responsabilità gestionali, selezione che oggi avviene spesso senza che gli stessi abbiano guadagnato un chiaro riconoscimento sul fronte clinico e assistenziale.
- ii. Definire contratti dove i ruoli professionali apicali possano godere di uguali potenzialità salariali e di carriera dei ruoli dirigenziali gestionali. Sempre nella stessa direzione indicata nel punto precedente è necessario consolidare logiche e meccanismi di carriera di tipo *dual ladder*. È vero che, almeno in linea di principio e per la dirigenza medica in particolare, il quadro contrattuale prevede la possibilità di posizioni professionali allineate a quelle gestionali, ma gli incentivi per i migliori professionisti ad assumere responsabilità gestionali, indipendentemente dalle proprie capacità e caratteristiche, rimangono troppo elevati. È una trasformazione complessa che implica un insieme di cambiamenti che intervengono su piani diversi. Sul piano degli assetti organizzativi

una accelerazione nell'evoluzione verso impianti multidimensionali delle responsabilità (indebolimento dei silos disciplinari) potrebbe certamente aiutare, creando figure e posizioni diverse da quelle attuali. Come potrebbe aiutare un irrobustimento e diffusione di meccanismi e strumenti legati al *knowledge management* e all'apprezzamento delle competenze in generale. In un quadro di maggiore libertà delle aziende sui sistemi complessivi di ricompensa, come quello in più punti ipotizzato nella presente riflessione, potrebbe maturare anche un cambiamento nella cultura organizzativa relativa a carriere gestionali e professionali, cambiamento che rappresenta al tempo stesso un esito e un presupposto di ogni cambiamento nelle "organizzazione reale" e nelle sue dinamiche.

- iii. Pur mantenendo a livello nazionale la definizione e concertazione dei contratti, permettere alle regioni di definire una percentuale del monte salariale poter impiegare liberamente nelle aziende sanitarie per differenziazioni salariali su profili critici. È evidente che, per molte e diverse ragioni, le aziende pubbliche non possono godere di una libertà paragonabile a quella delle aziende private nella definizione delle risorse da destinare alla retribuzione dei dipendenti. Eppure qualche grado di libertà in più diventa fondamentale per poter accelerare sul terreno del ruolo e delle competenze dei professionisti. Insieme a una diversa considerazione della "questione professionale" non deve essere sottovalutata l'importanza simbolica e l'utilità pratica di potere ricompensare liberamente, e fuori da schemi preordinati, persone di particolare valore o importanza per l'azienda. Ciò risponderebbe ad almeno due esigenze. Da una parte sottolineerebbe come le organizzazioni professionali hanno sì bisogno di stimolare il "gioco di squadra", essendo i risultati frutto di uno sforzo collettivo, ma dipendono anche criticamente, più di altre organizzazioni, dal valore dei singoli individui. L'eccellenza individuale è un valore che deve essere quindi preservato e promosso. Dall'altra, in un sistema misto di attori e circuiti pubblici e privati, il mercato dei professionisti può diventare molto competitivo e se le aziende pubbliche devono essere messe in grado di offrire i migliori professionisti è necessario garantire loro adeguati spazi di manovra.

PROPOSTA VII: Favorire la diffusione di logiche di gruppo regionale nella gestione del personale e al contempo rafforzare il ruolo e le capacità delle aziende

Diagnosi

Il campo della gestione delle persone risente, più di altri, di alcuni elementi disfunzionali che hanno origine nella matrice pubblica del sistema e delle sue aziende. Molte debolezze derivano, in particolare, dall'idea che debba essere un insieme di regole impersonali e uniformi il meccanismo principale di governo delle persone e dei loro comportamenti. Se gestire le persone vuol dire cercare di orientare intenzionalmente i comportamenti, e non semplicemente dettare le regole entro le quali quei comportamenti si esprimono, è necessario individuare i soggetti (livelli) che si assumono parti della responsabilità complessiva e metterli nelle migliori condizioni per assolvere i loro compiti. I livelli da considerare e da rafforzare nelle loro capacità sono due: quello regionale e quello aziendale.

La progressiva costruzione di un gruppo pubblico regionale e di una funzione di capogruppo, pone il problema di un ruolo, a questo punto formale ed esplicito, del livello regionale sui temi attinenti la gestione delle persone. Guardando a ciò che alcune regioni stanno già facendo in questa area è possibile identificare almeno tre assi di intervento: la formalizzazione di un livello di contrattazione collettiva a livello regionale, il governo della mobilità intragruppo, la messa a disposizione di servizi reali per le aziende del gruppo regionale.

A livello di aziende si tratta di operare in due direzioni distinte. La prima è quella della rimozione di alcuni vincoli che ostacolano la possibilità di reclutare in maniera efficiente le migliori risorse potenzialmente a disposizione del sistema. Da questo punto di vista è necessario “aprire” un sistema che si è finora caratterizzato come particolarmente chiuso. La seconda è quella del potenziamento delle possibilità e capacità delle aziende di orientare effettivamente le persone una volta che queste siano entrate a far parte della compagine aziendale.

Proposta

A livello regionale, si tratta di accompagnare anche sul terreno della cosiddetta gestione del personale la **costruzione di logiche di gruppo e il rafforzamento delle funzioni di governo complessivo**. Le seguenti proposte individuano alcune aree di intervento di particolare rilevanza:

- i. Creare uno spazio per un livello di contrattazione collettiva. Già ora in alcune regioni si assiste a un coordinamento spesso informale sui contenuti della contrattazione aziendale e la stessa regione ne è talvolta protagonista. Al progressivo rafforzamento di un ruolo di regia a livello di capogruppo (qualunque sia la forma istituzionale concretamente adottata) è necessario affiancare una coerente assunzione di responsabilità formale anche nei confronti dei soggetti di rappresentanza. Il tema è molto delicato sia in termini politici che giuridico-istituzionali, ma deve iniziare a essere istruito e trovare rapidamente alcune sperimentazioni significative, a partire da temi in cui già oggi si registra una più intensa attività di coordinamento tra aziende e maggiori responsabilità regionali.
- ii. Regolare e promuovere forme di mobilità intragruppo coerenti con l’obiettivo di uno sviluppo equilibrato del sistema sanitario regionale. Le migliori risorse professionali sono attratte e tendono a spostarsi in via permanente nei territori con i sistemi sanitari più forti e nelle aree più urbanizzate del paese, contribuendo alla crescita dei differenziali di competenze e di livelli di servizio, tra aree diverse dello stesso territorio regionale. Per esercitare pienamente il loro ruolo le regioni dovrebbero essere in grado di intervenire sulla distribuzione delle competenze tra le aziende, come, ad esempio, istituire e promuovere sistemi di incentivi economici (dedicando una quota del monte salari), professionali (rapidità di carriera) e simbolici per la mobilità intra-regionale di clinici, *middle management* e *top management*. La mobilità potrà essere permanente, a tempo determinato o costruita con logiche di gemellaggio/rotazione e quindi con presenze programmate (es. un giorno la settimana, o una settimana al mese o altra soluzione ritenuta funzionale rispetto alle specifiche esigenze
- iii. L’offerta di servizi alle aziende di gruppo. Insieme alle funzioni spesso implicite di governo sulla gestione delle risorse umane, si sono in questi anni registrati intervento piuttosto estesi di offerta di servizi reali (es. reclutamento centralizzato) alle aziende attraverso l’azione di enti intermedi di varia natura. Il consolidamento e l’esplicitazione della funzione di governo, dovrebbe essere l’occasione per una verifica sui livelli di funzionalità finora espressi dalle esperienze di *insourcing* regionale, nelle quali, talvolta, gli obiettivi di efficienza (economie di scala e di specializzazione) si sono confusamente intrecciati con le esigenze di governo. I tempi sono maturi per una verifica tesa a rivalutare la distribuzione di compiti e responsabilità tra agenzie centrali e aziende.

A livello di aziende, una prima direzione di intervento è quella relativa ad alcuni **vincoli relativi che ostacolano efficienza ed efficacia dei processi di** reclutamento oltre a limitare la platea di riferimento. In tal senso sarebbe opportuno:

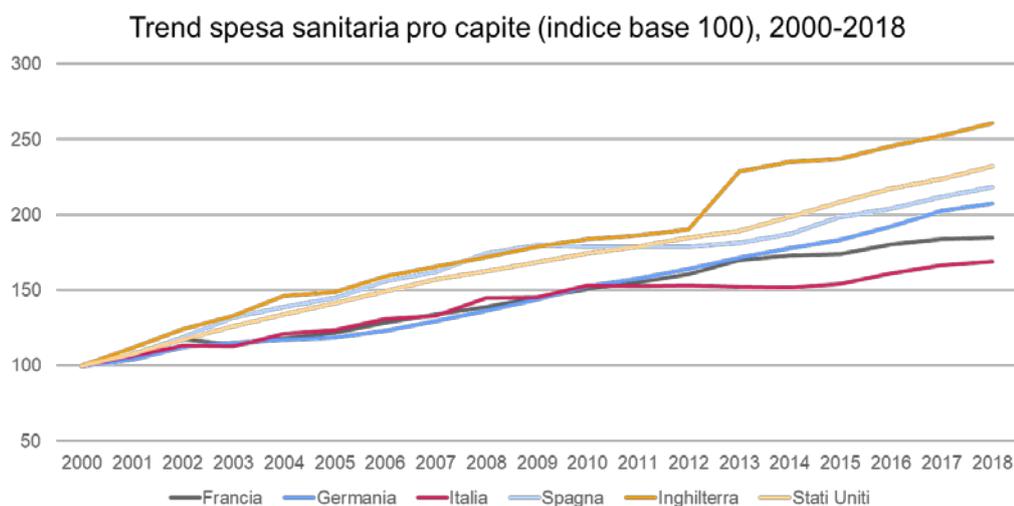
- i. Semplificare le procedure di reclutamento e al contempo aumentare gli spazi per una “discrezionalità controllata” che renda possibile nelle selezioni la valorizzazione delle competenze accumulate e del potenziale professionale disponibile. L’emergenza generata dalla pandemia ha reso evidente l’esistenza di ampi spazi per lo snellimento delle procedure senza sostanziali controindicazioni in termini di trasparenza e imparzialità dei processi. Il ripensamento delle procedure dovrebbe aumentare anche il grado di apertura di un sistema tradizionalmente chiuso (entrate dal basso e carriere interne), che fatica a riconoscere sia competenze specifiche (le assunzioni “mirate” di cui le aziende avrebbero bisogno) che potenziale delle persone.
- ii. Promuovere la mobilità da settore privato a settore pubblico, come meccanismo di fertilizzazione incrociata e di creazione di una arena professionale dinamica e competitiva. Un bacino di professionalità da considerare con particolare attenzione è quello del settore sanitario privato. La normativa anticorruzione impedisce nei fatti la mobilità dal settore privato a quello pubblico (mentre il primo attinge liberamente al secondo), per i vincoli posti a chi abbia esercitato funzioni in strutture private della regione nei due anni precedenti. Tutto ciò quando tutti i sistemi sanitari occidentali cercano di promuovere la mobilità tra privato e pubblico, così come tra ricerca e assistenza.

Una seconda direzione di intervento guarda alla **capacità delle aziende di gestire il patrimonio di energie e professionalità** di cui dispongono, Si tratta di:

- i. Sostenere investimenti organizzativi per realizzare funzioni Risorse Umane coerenti con le dimensioni e la complessità delle aziende sanitarie. Nonostante l’ampia retorica sulla centralità delle risorse umane, l’area del personale è quella che si è meno evoluta nei processi di aziendalizzazione. Le responsabilità sull’insieme di meccanismi e condizioni che orientano il comportamento degli individui in azienda son, infatti, poco esercitate e confusamente distribuite, mentre gli attuali “uffici del personale” si concentrano, quasi esclusivamente, sugli adempimenti amministrativi. Si tratta, quindi e innanzitutto, di costruire e diffondere concettualizzazioni adeguate sul tema, schemi di riferimento per l’azione che superino definitivamente il tradizionale approccio di matrice pubblica. È poi necessario rendere disponibili, anche attraverso la condivisione tra aziende delle migliori pratiche, meccanismi e strumenti in grado di rispondere alle esigenze delle aziende e alle attese delle persone. Da ultimo, poi, è necessario riflettere sulle condizioni organizzative, comprese le competenze necessarie, che possano assicurare un esercizio efficace della funzione e in particolare sulla distribuzione di responsabilità tra le strutture di governo professionale (es. i servizi delle professioni) e le strutture centrali di supporto.
- ii. Aumentare i gradi di autonomia e responsabilità delle aziende su retribuzione e carriere. A un consolidamento delle capacità delle aziende nel governo delle risorse umane dovrebbe corrispondere un aumento effettivo dei gradi libertà loro concessi sul sistema complessivo delle ricompense con una specifica attenzione rispetto alla retribuzione e ai percorsi di carriera. È vero che, almeno formalmente, le aziende hanno già uno spazio di manovra non irrilevante su entrambe le variabili, ma una serie condizioni esterne e interne limitano fortemente tali spazi. Da questo punto di vista è necessario un impegno di sistema affinché spazi oggi solo potenziali possano tradursi in effettive opportunità di azione.

Evidenze su settore salute e SSN negli ultimi due decenni

1. La spesa sanitaria pro capite italiana è cresciuta sensibilmente meno rispetto ai principali paesi sviluppati...



Fonte: OECD, Health Statistics (2019)

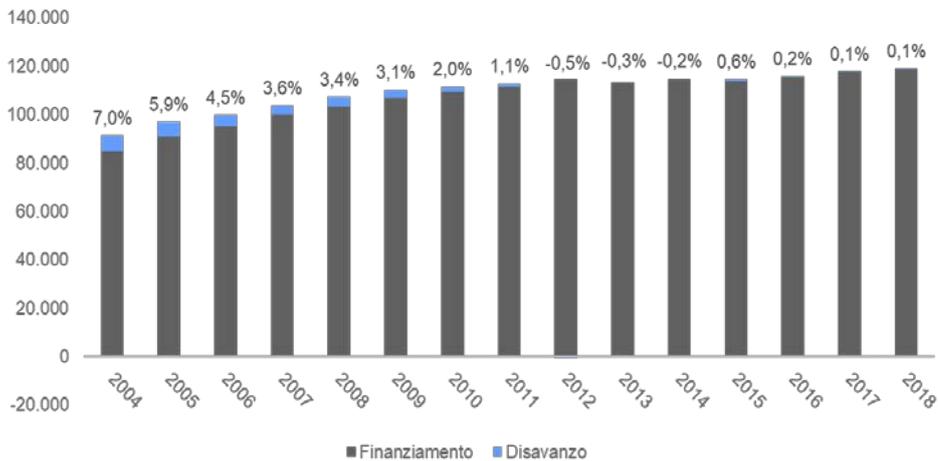
2. ...e oggi la spesa, sia pubblica che totale, è fortemente contenuta

Paesi OCSE selezionati	Spesa pubblica (€ e % del totale)		Spesa privata Intermediata obbligatoria (€ e % del totale)		Spesa pubblica e privata obbligatoria (€ e % del PIL)		Spesa out of pocket (€ e % del totale)		Spesa Intermediata (assicurazioni, imprese, non profit) (€ e % del totale)		Spesa privata volontaria (€ e % del PIL)		Spesa privata totale (€)	Spesa Totale (€ e % del PIL)	
Paesi €															
Germania	3.443	77%	319	7%	3.762	9,5%	558	13%	140	3%	697	1,7%	1.016	4.459	11,2%
Paesi Bassi	1.182	26%	2.493	56%	3.675	8,2%	482	11%	318	7%	800	1,7%	3.293	4.475	9,9%
Francia	2.993	77%	244	6%	3.238	9,3%	364	9%	281	7%	645	1,9%	889	3.883	11,2%
Austria	3.235	74%	0	-	3.235	7,7%	839	19%	297	7%	1.136	2,6%	1.136	4.371	10,3%
Irlanda	3.205	73%	0	-	3.205	5,2%	540	12%	634	14%	1.174	1,8%	1.174	4.395	7,0%
Belgio	3.082	77%	0	-	3.082	8,0%	704	18%	204	5%	908	2,4%	908	3.992	10,4%
Finlandia	2.770	74%	44	1%	2.814	6,8%	757	20%	173	5%	830	2,3%	874	3.744	9,1%
Italia	1.900	74%	0	-	1.900	6,5%	591	23%	69	3%	660	2,3%	660	2.560	8,8%
Spagna	1.568	71%	0	-	1.568	6,2%	523	24%	129	6%	653	2,7%	653	2.221	8,9%
Portogallo	1.124	66%	0	-	1.124	6,0%	467	28%	104	6%	571	3,1%	571	1.895	9,1%
Grecia	819	61%	0	0%	819	4,7%	468	35%	57	4%	525	3,1%	525	1.348	7,8%
Paesi non €															
Stati Uniti	4.458	49%	3.245	36%	7.703	14,3%	1.002	11%	408	4%	1.410	2,6%	4.655	9.113	16,9%
Svizzera	2.165	25%	3.331	39%	5.497	7,8%	2.502	29%	644	7%	3.146	4,4%	6.477	8.643	12,2%
Svezia	4.174	84%	0	-	4.174	9,3%	737	15%	65	1%	802	1,7%	802	4.976	11,0%
Canada	2.995	70%	0	-	2.995	7,5%	648	15%	656	15%	1.303	3,2%	1.303	4.299	10,7%
Australia	2.876	69%	0	-	2.876	6,4%	769	18%	548	13%	1.317	2,9%	1.317	4.192	9,3%
Regno Unito	2.678	79%	0	-	2.678	7,5%	542	16%	178	5%	720	2,3%	720	3.396	9,8%

Fonte: OCPS-SDA Bocconi su dati OCSE

3. Negli ultimi dieci anni, il finanziamento è cresciuto a tassi molto contenuti senza produrre disavanzi

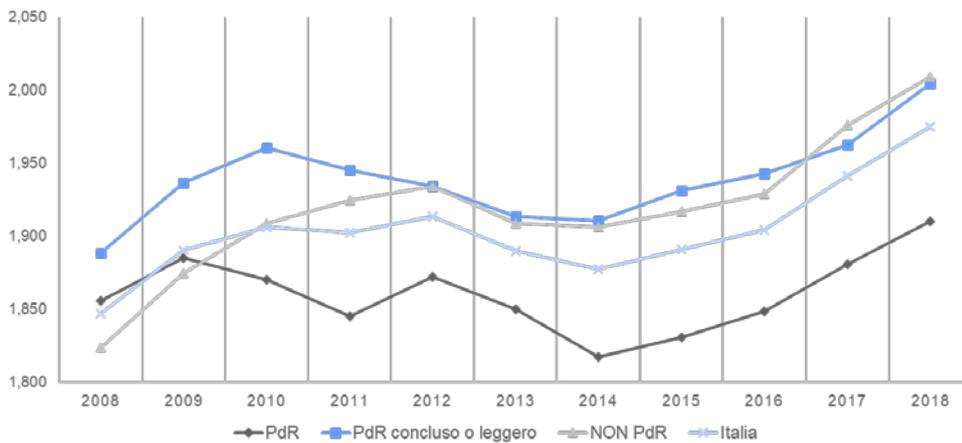
Finanziamento e disavanzo del SSN, mln €, 2004-2018



Fonte: Elaborazione dati OASI

4. L'incremento dei costi è stato complessivamente arginato almeno fino al 2014 e le regioni in PdR oggi sostengono un costo medio netto per assistito al di sotto della media nazionale...

Costo medio netto per assistito (2008-18)



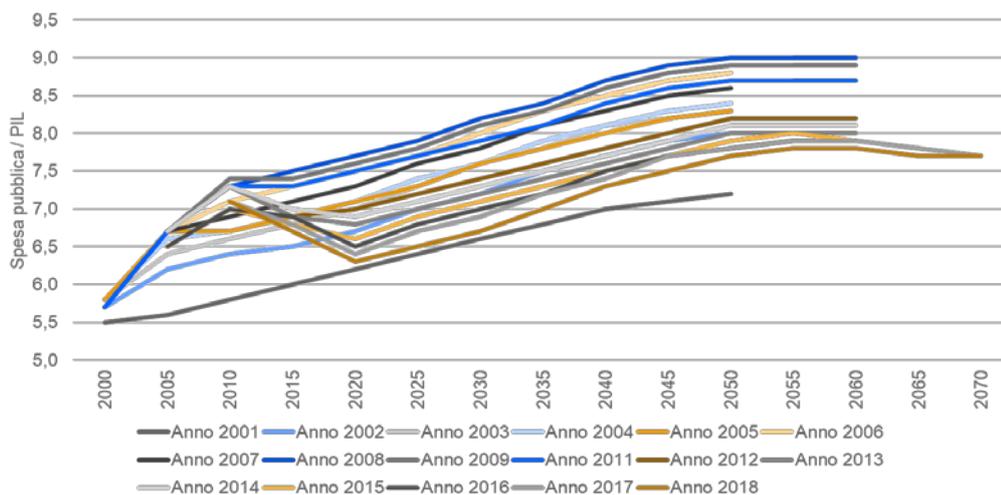
Fonte: Elaborazioni su dati CE (costi) e ISTAT (popolazione)

5. ...questo contenimento è prevalentemente riconducibile a una politica di tagli sui costi del personale che incide in particolar modo nelle regioni in PdR

Dinamica dei costi e dei ricavi (variazioni percentuali medie annue) (1)				
VOCI	2005-06	2007-09	2010-12	2013-15
Regioni in PdR (2)				
Costi totali	5,8	1,5	-0,6	0,0
Gestione diretta	8,7	2,4	0,0	0,0
di cui: <i>beni</i>	15,8	7,6	3,6	4,9
<i>di cui: prodotti farmaceutici (4)</i>	21,1	11,2	6,4	11,5
<i>personale</i>	7,9	1,9	-1,6	-1,6
Enti convenzionati	1,8	0,0	-1,5	0,1
di cui: <i>farmaceutica convenzionata</i>	1,4	-5,9	-7,5	-2,7
Ricavi	6,9	2,5	2,2	-0,4
Altre Regioni (3)				
Costi totali	5,2	4,0	1,1	0,5
Gestione diretta	6,0	4,8	1,6	0,7
di cui: <i>beni</i>	9,7	7,1	1,4	4,4
<i>di cui: prodotti farmaceutici (4)</i>	12,6	9,5	4,7	10,7
<i>personale</i>	5,6	3,2	0,4	-0,4
Enti convenzionati	3,8	2,6	0,0	0,2
di cui: <i>farmaceutica convenzionata</i>	1,2	-2,3	-6,2	-2,3
Ricavi	6,3	4,1	1,6	0,0

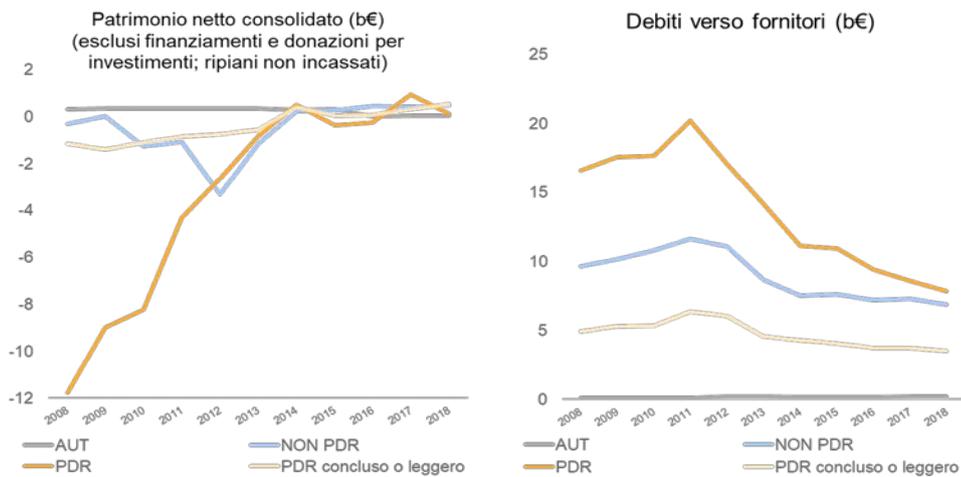
Fonte: elaborazione su dati NSIS, Ministero della Salute (dati aggiornati a maggio 2017). Per omogeneità di confronto con i dati antecedenti al 2012, i valori sono sempre espressi al netto degli ammortamenti e delle svalutazioni.
 (1) Le variazioni percentuali sono calcolate come media geometrica tra il dato relativo all'ultimo anno di ogni periodo considerato e quello iniziale; come dato iniziale si è considerato il dato relativo all'anno precedente a quello riportato a intestazione della colonna. – (2) Nei periodi 2005-06 e 2007-09 sono comprese le seguenti Regioni: Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna; nei periodi 2010-12 e 2013-15 sono invece incluse: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (3) Sono ricomprese in ogni periodo le Regioni non incluse nell'aggregato precedente. – (4) Comprende anche la spesa per emoderivati.

6. ...modificando significativamente anche le aspettative di lungo periodo



Fonte: RGS. *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*
 Rapporti da 3 (2001) a 19 (2018)

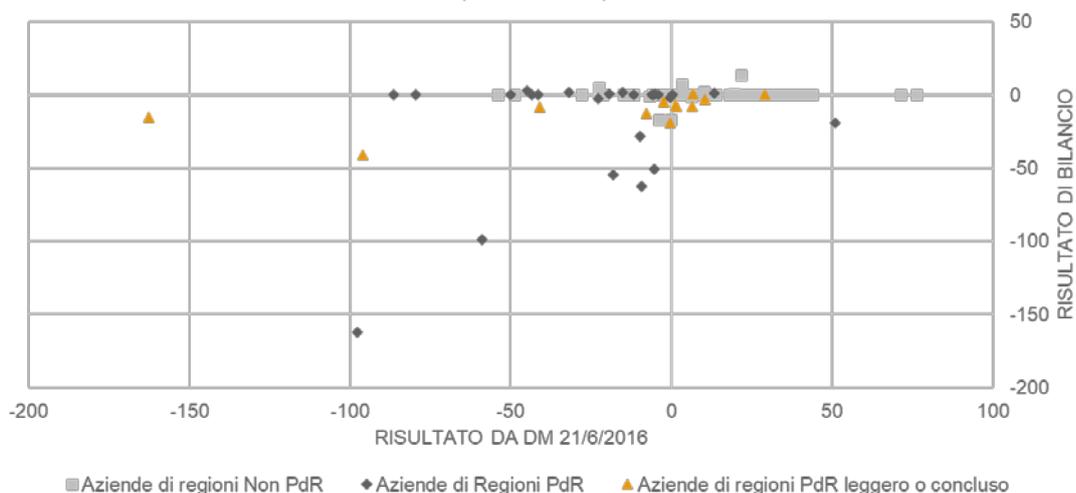
7. Anche la situazione patrimoniale appare risanata



Fonte: Elaborazioni su dati SP

8. Ma l'equilibrio, a livello sub-regionale, è effettivo? In alcuni casi il raggiungimento di risultati economici prossimi al pareggio delle aziende è attribuibile all'assegnazione dei contributi in conto esercizio per funzione e/o di riequilibrio piuttosto che all'efficienza gestionale³...

Risultato di bilancio e da DM 21/6/2016
(AO 2015)

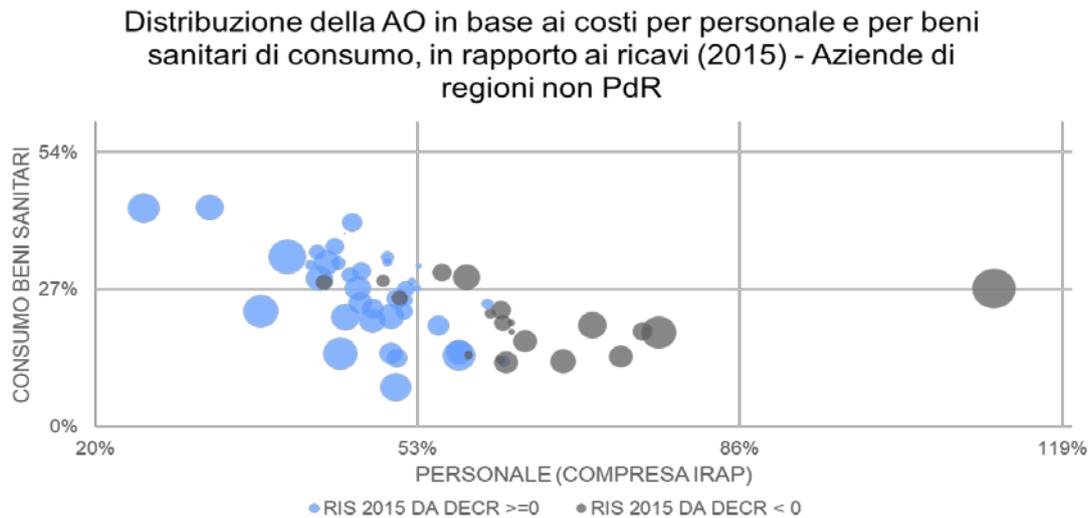


Fonte: Elaborazioni autori su dati SP

³ La principale potenzialità della metodologia prevista dal Decreto 21 giugno 2016 è quella di rideterminare i ricavi in funzione dell'effettiva produzione aziendale, spostando l'attenzione dal livello dei costi in quanto tale all'efficiente utilizzo per rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento. Il Decreto si propone di individuare il valore dell'inefficienza gestionale delle aziende introducendo quattro correttivi: (i) uniformare la valorizzazione delle prestazioni di ricovero erogate ad aziende sanitarie pubbliche della Regione e a soggetti pubblici extraregione, annullando, così, le differenze di ricavo che scaturiscono dalla presenza di tariffari diversi tra le Regioni e per diverse tipologie di erogatore; (ii) omettere i contributi in conto esercizio indistinti (ossia i finanziamenti regionali per funzione e di riequilibrio) effettivamente assegnati alle AO, sostituendoli con un "finanziamento per funzioni massimo ammissibile", posto forfettariamente pari al 42,9% dei ricavi da prestazioni; (iii) omettere i costi contabilizzati in ossequio alla particolare disposizione normativa (D. Lgs. n. 118/2011, art. 29, lett. b); (iv) omettere proventi e costi straordinari.

9. ...segnalando la permanenza di forti eterogeneità intra-regionali in termini di produttività e mix professionali

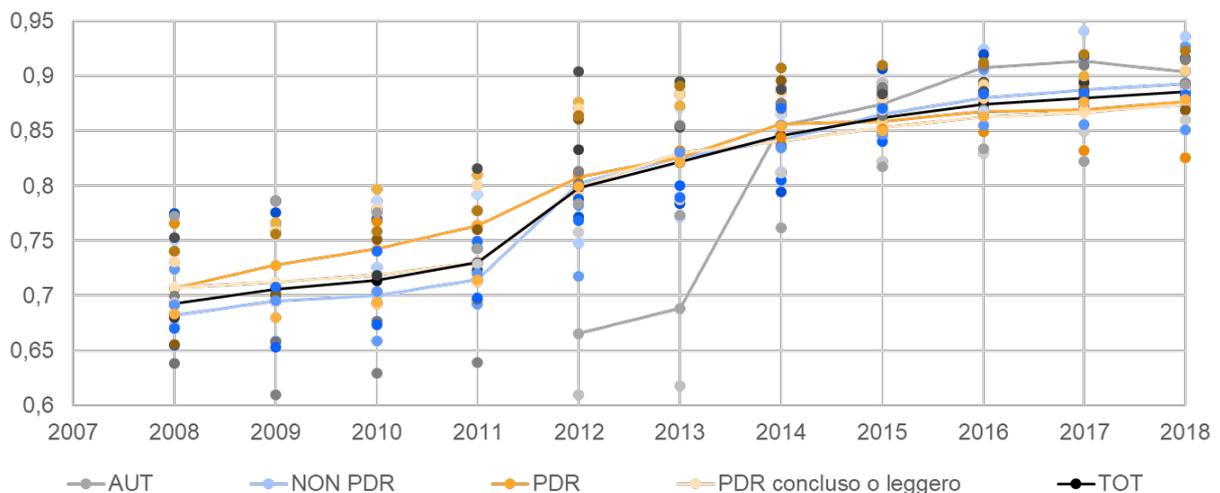
L'analisi mostra che la criticità delle politiche di gestione del personale per il raggiungimento dei risultati di esercizio in termini di mix professionali subottimali, l'elevata anzianità anagrafica e di servizio e alte percentuali di inidoneità o limitazioni lavorative, permessi speciali (ad esempio Legge 104/92)⁴



Fonte: Elaborazioni su dati CE

10. La riduzione delle risorse per investimenti ha comportato un grado di obsolescenza delle immobilizzazioni sopra l'85%

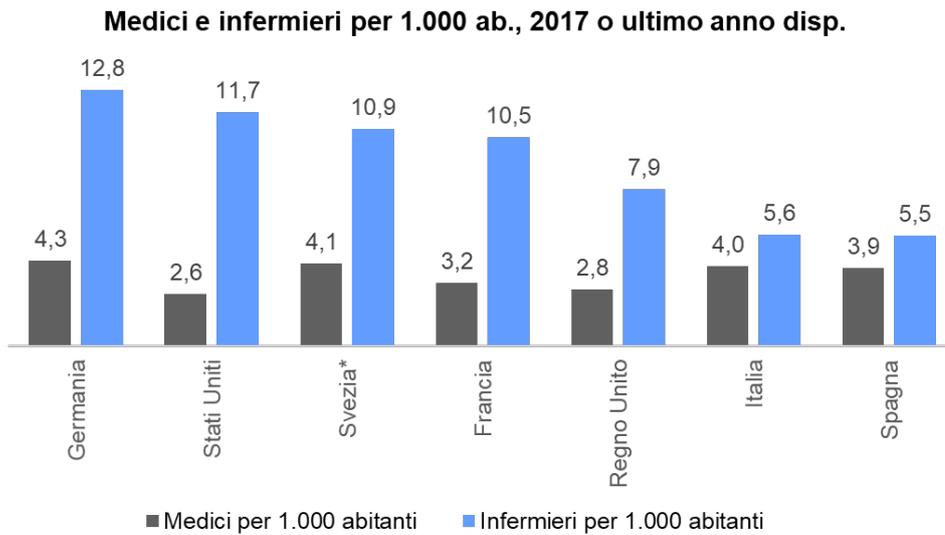
Grado di ammortamento delle immobilizzazioni materiali ammortizzabili (eccetto fabbricati), 2008-2017



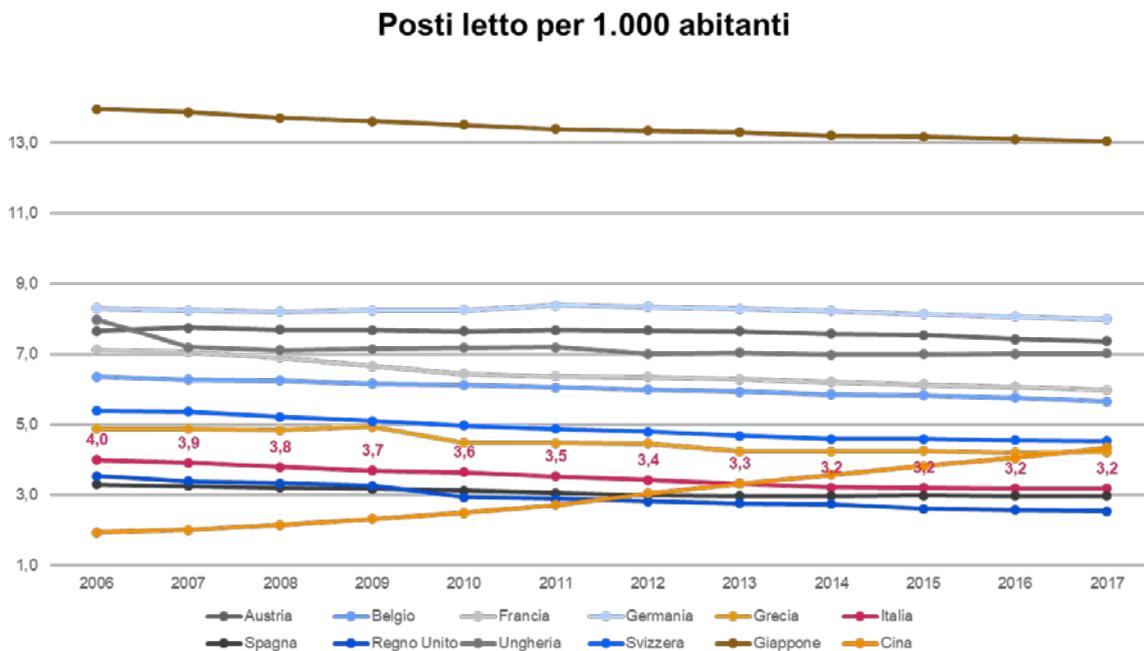
Fonte: Elaborazioni su dati SP

⁴Le AO che eccedono la mediana (53%) per il personale presentano quasi tutte disavanzi gravi o gravissimi.

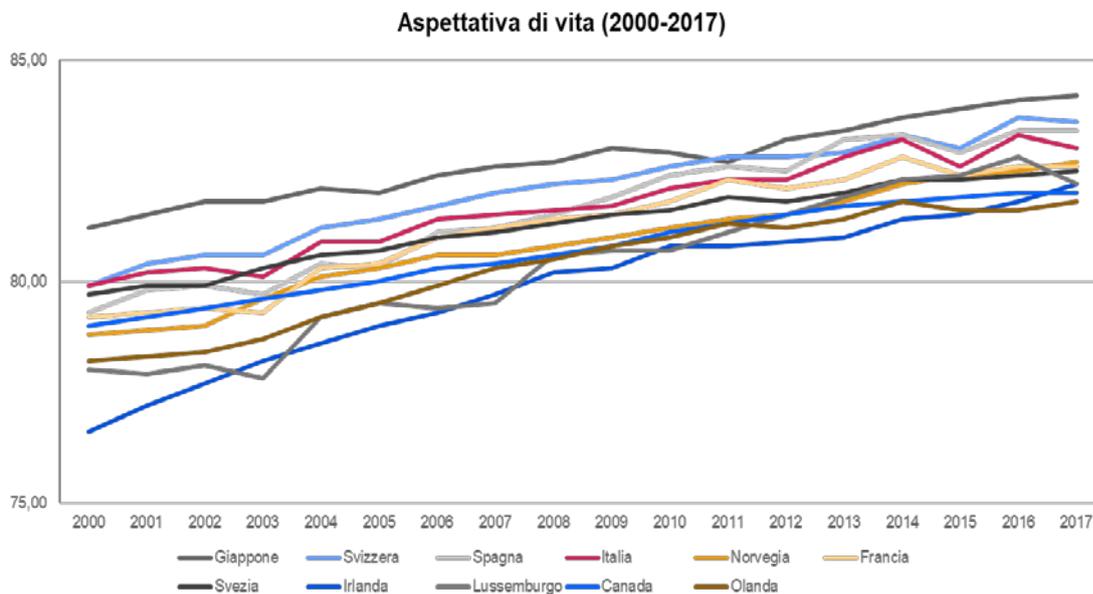
11. Il contenimento dei costi ha impedito un adattamento dello skill mix...



12. .. e reso la dotazione strutturale significativamente al di sotto degli altri Paesi sviluppati

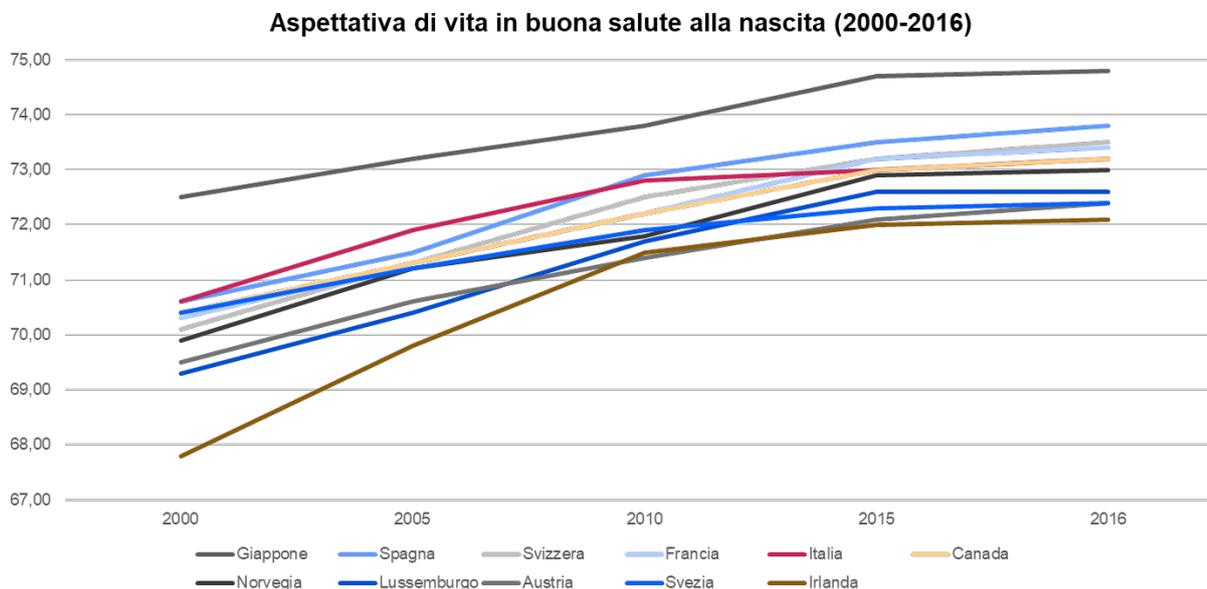


13. L'Italia continua a presentare indicatori di esito confortanti, seppur perdendo progressivamente posizioni all'interno dell'area OCSE...



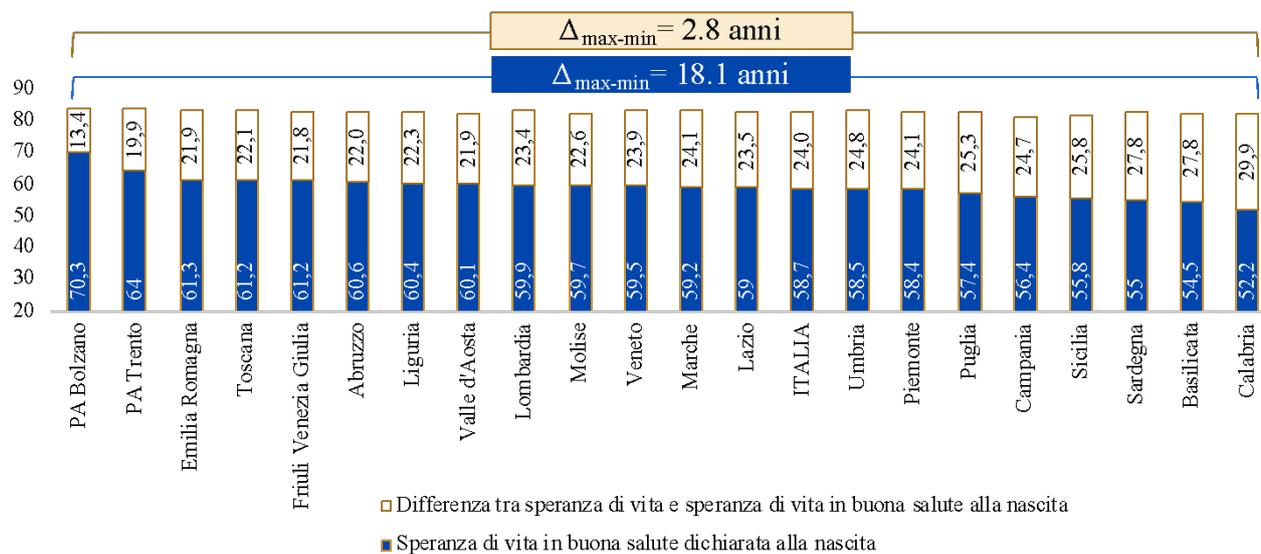
Fonte: WHO Healthy Life Report (2019)

14. ...soprattutto in termini di aspettativa di vita in buona salute



Fonte: WHO Healthy Life Report (2019)

15. Il rallentamento è attribuibile alla formazione di elevati divari a livello territoriale



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT 2018 e WHO 2017

16. Le divergenze nei livelli di performance misurati dai LEA sono diminuite, anche se permangono gap significativi

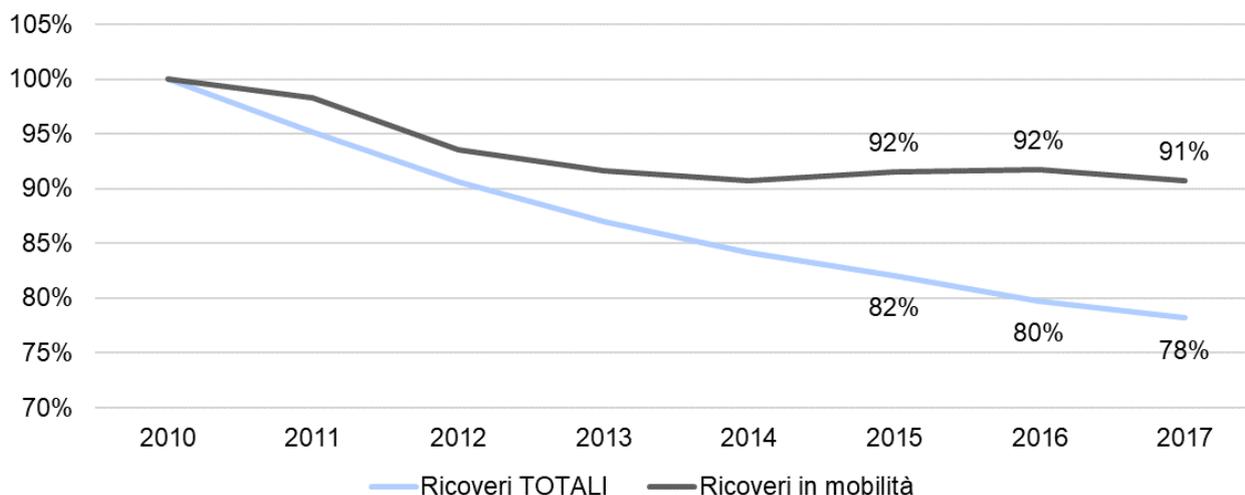
Punteggi LEA, 2012-2018

Regione	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Piemonte	186	201	200	205	207	221	218
Veneto	193	190	189	202	209	218	222
Emilia Romagna	210	204	204	205	205	218	221
Toscana	193	214	217	212	208	216	220
Lombardia	184	187	193	196	198	212	215
Umbria	171	179	190	189	199	208	210
Marche	165	191	192	190	192	201	206
Liguria	176	187	194	194	196	195	211
Basilicata	169	146	177	170	173	189	191
Calabria	133	136	137	147	144	136	162
Abruzzo	145	152	163	182	189	202	209
Lazio	167	152	168	176	179	180	190
Puglia	140	134	162	155	169	179	186
Molise	146	140	159	156	164	167	180
Sicilia	157	165	170	153	163	160	171
Campania	117	136	139	106	124	153	170
FVG	-	-	-	-	-	193	-
P.A. Trento	-	-	-	-	-	185	-
P.A. Bolzano	-	-	-	-	-	120	-
Sardegna	-	-	-	-	-	140	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	149	-

Fonte: Ministero della Salute

17. Mentre i ricoveri in mobilità aumentano in termini relativi, diminuendo in modo meno marcato rispetto al generale calo dei ricoveri...

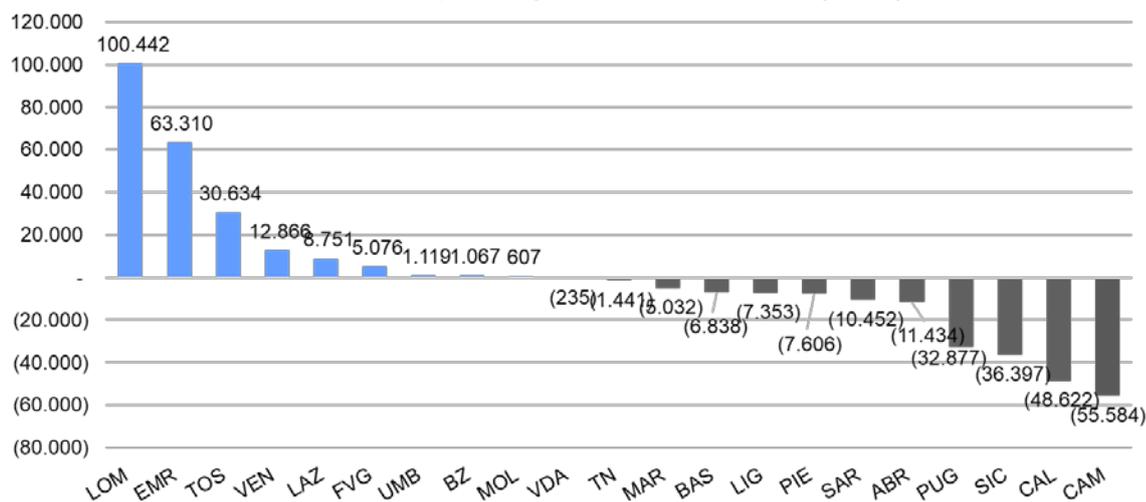
**Confronto tra i trend dei ricoveri totali e dei ricoveri in mobilità:
numeri indice con base 100, anni 2010-2017**



Fonte: Rapporto SDO 2017

18. ... e di fatto comportano un passaggio di risorse dalle regioni meridionali ad un numero limitato di strutture di eccellenza del Centro-Nord

Saldo mobilità per Regione, Totale ricoveri (2017)



Fonte: Rapporto SDO 2017

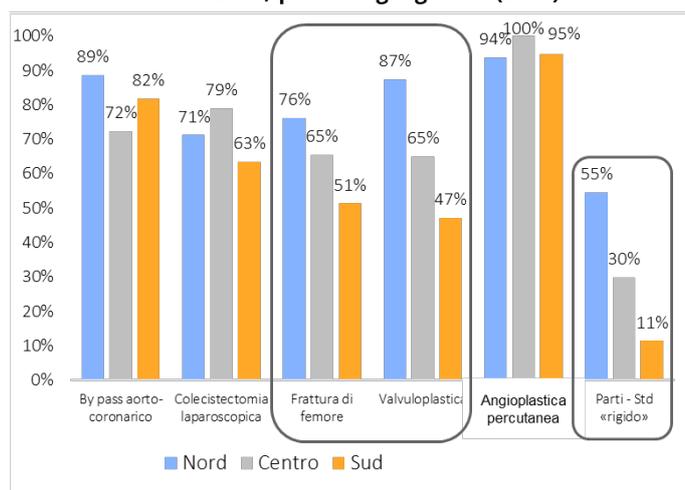
19. L'assistenza ospedaliera è in progressivo miglioramento, positivamente influenzata DM 70...

Prestazioni monitorate	Misura	Soglia	2010	2012	2014	2016	2017
Colecistectomia laparoscopica	Degenza post-operatoria <3gg	≥ 70%	58,8%	62,2%	66,4%	72,7%	75,6%
Fratture femore su pz ≥ 65 anni	% interventi chirurgici entro 48h	≥ 60%	31,3%	40,2%	49,9%	58,3%	64,7%
Tagli cesarei primari*	% su totale parti	≤ 25%	28,4%	26,3%	25,7%	24,5%	23,4%
Angioplastica percutanea (PTCA)**	% di trattati con PTCA entro 48h	≥ 60%	49,6%	58,1%	65,1%	70,0%	71,7%
By pass aorto-coronarico	Mortalità aggiustata a 30 gg	≤ 4%	2,9%	2,6%	2,5%	2,1%	1,8%
Valvuloplastica o sostituzione valvola isolata	Mortalità aggiustata a 30 gg	≤ 4%	3,3%	2,9%	2,8%	2,5%	2,4%

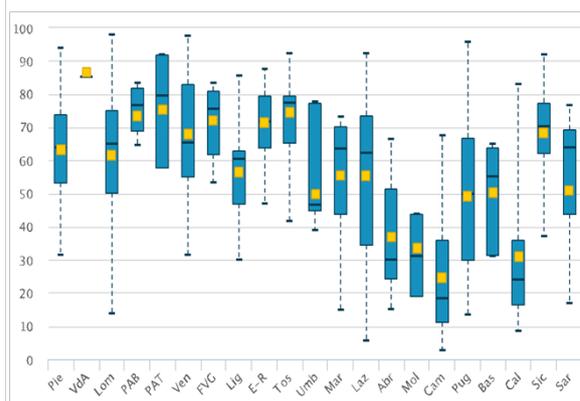
Fonte: Elaborazioni cap. 7 OASI 2019 su dati PNE

20. ...nonostante permanga una forte eterogeneità inter-regionale e intra regionale

% di ospedali allineati alle misure di esito previste dal DM 70/2015, per area geografica (2017)



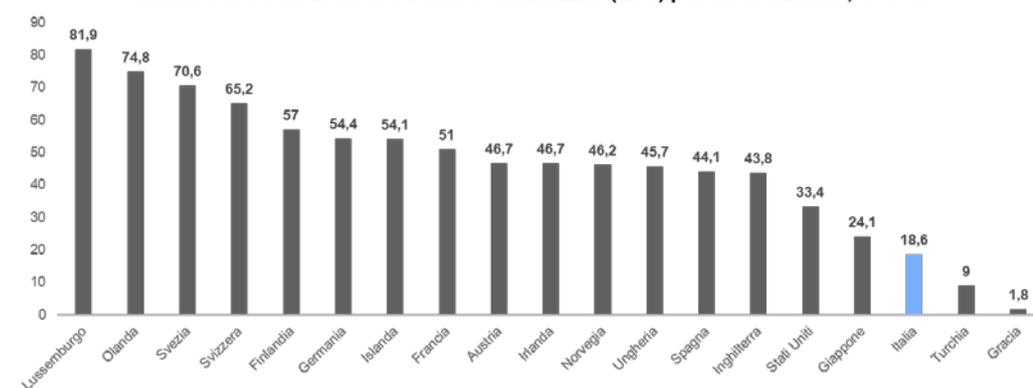
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (2016)



Fonte: Elaborazioni cap. 7 OASI 2019 su dati PNE

21. Le risorse assegnate all'assistenza territoriali sono largamente insufficienti...

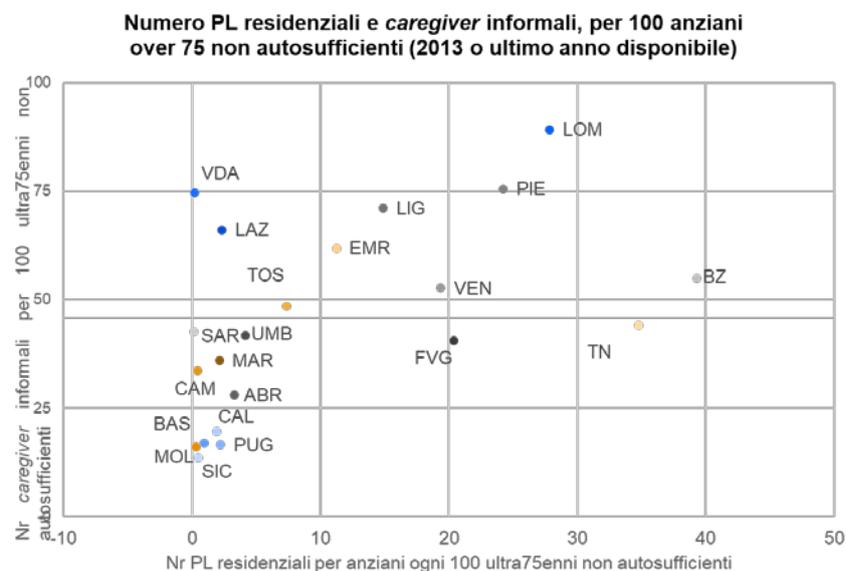
Numero di Posti Letto in strutture residenziali (LTC) per 1.000 abitanti, over 65



Fonte: OECD Statistics 2018

22. ...affidando di fatto le attività di assistenza a caregiver informali e il sostegno familiare

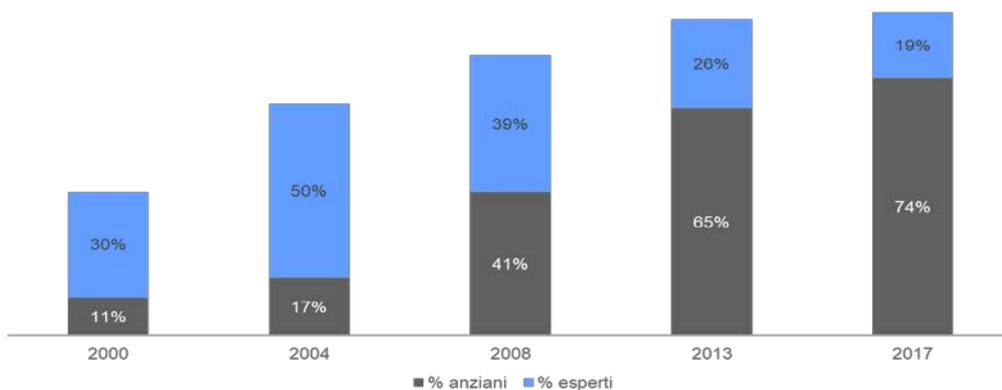
Il tasso di copertura del bisogno di LTC è così modesto che non operano vasi comunicanti tra setting: le regioni con più PL di RSA sono quelle con più badanti



Fonte: Rapporto OASI 2016, cap. 6, su dati Ministero della Salute e Pasquinelli e Rusmini (2013)

23. Mentre l'elevata anzianità anagrafica e di servizio dei medici di medicina generale pone forti interrogativi sulle prospettive di medio-lungo periodo delle assistenze primarie

Distribuzione Medici di Assistenza primaria, per anzianità professionale (2000-2017)



Fonte: Annuario Statistico del SSN, Ministero della Salute

**24. Anche in campo di prevenzione si osserva un miglioramento generale in termini di copertura delle misure adottate.. tuttavia permane una forte variabilità tra le aree del Paese
Coperture screening per regione e tipologia – dati grezzi periodo 2015-2018**

	Screening cervicale			Screening colorettales			Screening mammografico		
	Copertura screening organizzato (a)	Copertura screening spontaneo (b)	Copertura Totale (a+b)	Copertura screening organizzato (a)	Copertura screening spontaneo (b)	Copertura Totale (a+b)	Copertura screening organizzato (a)	Copertura screening spontaneo (b)	Copertura Totale (a+b)
Nord									
Emilia Romagna	66.5	22.9	89.5	63.7	4.8	68.9	77.7	4.8	87.5
Friuli Venezia Giul	65.4	23.6	89.1	65.0	5.5	70.8	70.0	5.5	86.7
Liguria	39.7	48.4	88.2	43.6	7.9	51.7	64.2	7.9	85.2
Lombardia	27.5	55.7	84.0	67.9	4.4	72.7	70.1	4.4	83.8
Piemonte	64.0	20.7	84.9	n.d.	n.d.	n.d.	65.0	n.d.	76.0
PA Bolzano	50.6	39.9	90.7	52.4	11.5	64.5	61.4	11.5	77.3
PA Trento	56.0	27.8	84.5	65.4	6.0	72.1	77.3	6.0	88.2
Valle d'Aosta	78.4	6.7	85.5	64.8	3.9	68.9	76.1	3.9	82.4
Veneto	58.0	30.4	88.5	67.9	5.3	73.5	66.7	5.3	86.2
Centro									
Lazio	33.5	50.7	84.5	26.1	12.4	39.4	47.5	12.4	79.3
Marche	58.7	23.3	82.5	49.5	10.6	60.7	56.4	10.6	80.3
Toscana	68.5	17.7	86.4	59.6	4.6	64.6	71.9	4.6	81.7
Umbria	67.4	20.4	87.9	53.9	6.8	61.0	70.1	6.8	81.4
Sud e Isole									
Abruzzo	43.5	30.9	75.1	25.0	13.3	38,3	45.8	13.3	67.0
Basilicata	59.5	7.5	67.9	42.3	3.1	46.5	73.3	3.1	79.7
Calabria	35.7	24.5	62.8	6.0	8.3	14.9	33.1	8.3	57.1
Campania	21.1	43.1	65.3	15.6	9.4	25.6	22.3	9.4	50.4
Molise	24.2	47.3	72.5	33.4	15.4	49.4	48.5	15.4	77.4
Puglia	29.7	42.5	72.4	4.3	7.1	11.9	33.5	7.1	67.6
Sardegna	58.0	15.6	74.1	38.1	6.3	44.8	50.7	6.3	67.6
Sicilia	44.7	24.4	70.5	23.8	6.2	30.8	49.3	6.2	63.4
Italia 2015-2018	46.8	32.4	79.7	38.5	7.5	46.6	54.6	7.5	74.3
Italia 2012-2015	43,2	35,5	78,7	34,7	7,3	42,0	52,4	19,0	71,4