

a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2019

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università  
Bocconi

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

SDA Bocconi  
School of Management

 Egea

**Collana CERGAS**

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

# 1 Ridefinire la missione del SSN nell'universo sanitario in espansione: prospettive strategiche per promuovere l'innovazione

di Francesco Longo e Alberto Ricci<sup>1</sup>

## 1.1 Introduzione

Il primo capitolo del Rapporto OASI 2018 concludeva la sintesi del Volume sottolineando la capacità di molte aziende del SSN di padroneggiare la meccanica dell'innovazione. Per citare alcuni esempi: ridisegnare i sistemi di programmazione e controllo alla luce delle maggiori dimensioni aziendali, avviare concretamente la funzione di *operations management*, elaborare sistemi di misurazione della *clinical competence* dei medici, muovere i primi passi nel mondo dei *social network*. Allo stesso tempo, il Rapporto 2018 sottolineava la difficoltà delle aziende nel trovare un "senso di marcia". Una difficoltà, innanzitutto, nel definire la finalità strategica delle singole innovazioni in termini di impatti desiderati interni ed esterni. Ancora più a monte, il Rapporto 2018 evidenziava la necessità di definire con più forza l'orizzonte di significato unitario degli interventi da attuare e il loro ordine di priorità.

Il presente capitolo, integrando i principali risultati del Rapporto OASI 2019, intende riprendere tali riflessioni sulle prospettive strategiche del SSN. Il presupposto logico è che, per ottenere innovazioni di servizio di successo, è necessario partire da lontano: analizzare e interpretare il contesto di un settore sanitario sempre più ampio e diversificato, con un SSN in prospettiva sempre più in affanno nel rispondere alla totalità dei bisogni (§ 1.2). In tale contesto, è importante chiarire la *mission* dell'SSN, ruolo che spetta al livello istituzionale centrale (§ 1.3). Quindi, per calare la *mission* nell'operatività dei servizi, è essenziale riflettere su come riorientare il ruolo della capogruppo regionale dal razionamento delle risorse all'innovazione dei servizi (§ 1.4), identificando alcuni cantieri prioritari sui quali capogruppo regionali e aziende possono lavora-

---

<sup>1</sup> Il capitolo è frutto del lavoro congiunto dei due autori. Si ringraziano Mario Del Vecchio e Alessandro Furnari per i preziosi commenti e suggerimenti. Inoltre, si ringraziano tutti gli autori del Rapporto per la stesura degli abstract dei capitoli, riportati al § 1.7.

re in sinergia (§ 1.5). Inoltre, è necessario riflettere sulla narrativa che circonda il ruolo del manager e del *policymaker* impegnati nell'innovazione del sistema (§ 1.6). Il § 1.7 riporta, infine, il riassunto di tutti i capitoli presenti nel Rapporto, per offrire al lettore una rapida *overview* dei contenuti di dettaglio che troverà nelle singole sezioni di OASI 2019.

## 1.2 Il settore sanitario si espande, il SSN si ritira?

### 1.2.1 Le direttrici dell'espansione e della diversificazione della sanità

In Italia, come in tutti i paesi sviluppati, il settore sanitario è un universo in fase di espansione e diversificazione.

L'espansione del settore si coglie innanzitutto in termini occupazionali. Secondo i dati ISTAT (2019a), tra 2000 e 2018 gli occupati nel settore sanitario sono passati da 1,2 a 1,4 milioni, con un incremento del 18%, a fronte di un aumento dei residenti del 6% e dell'occupazione complessiva del 10%. Da notare che l'aumento dell'impiego in sanità è stato sostanzialmente costante nel periodo, nonostante il personale dipendente del SSN, che ne costituisce circa la metà, sia calato del 6% tra 2010 e 2017. In termini di finanziamento, tra 2012 e 2018 la spesa sanitaria complessiva è cresciuta di 10,3 miliardi, di cui oltre la metà (5,4 mld) riconducibile a regimi privati<sup>2</sup>: la crescita dunque è rilevante solo per il regime privato (+16%), mentre la crescita reale della spesa sanitaria pubblica è sostanzialmente annullata dall'inflazione. Come spiegare questo aumento degli occupati e delle attività connesse al settore sanitario, che si riverbera in una maggiore spesa?

Una possibile spiegazione è che espansione e diversificazione del settore sanitario siano strettamente legate e spesso si alimentino a vicenda. La diversificazione delle attività sanitarie a volte deriva dagli avanzamenti delle tecniche cliniche: si pensi allo sviluppo delle terapie geniche e della "medicina di precisione". In altri casi, la diversificazione è dovuta alle nuove connessioni con altri ambiti di servizio, in passato più nettamente distinti. È il caso, ad esempio, del *wellness*: negli ultimi anni è cresciuta la consapevolezza sociale di quanto alcuni comportamenti siano correlati al mantenimento della salute<sup>3</sup>; si pensi alla ricerca dell'alimentazione sana, all'attività fisica, alla correzione delle posture, fino alla tutela della salubrità degli ambienti domestici e di vita collettiva. Di conseguenza, aumentano e si diversificano le figure professionali della sanità:

<sup>2</sup> Per un confronto approfondito tra i tassi di crescita della spesa pubblica, di quella privata e di altri parametri macroeconomici, si veda il cap. 6 del presente Rapporto, curato da OCPS (Osservatorio sui Consumi privati in Sanità) del CERGAS, SDA Bocconi.

<sup>3</sup> Per un approfondimento su determinanti ed esiti di salute, si faccia riferimento al cap. 2 del rapporto OASI 2017.

dietologi e dietisti, fisioterapisti, osteopati, tecnici della prevenzione. Un secondo esempio è l'area della *Long Term Care*<sup>4</sup>: l'invecchiamento della popolazione italiana allarga la platea della non autosufficienza, che richiede non solo assistenza nelle attività di vita quotidiana, ma anche una presa in carico delle polipatologie croniche sempre più diffuse. Dunque, anche nell'area dedicata prevalentemente ai pazienti anziani e con disabilità, aumenta la richiesta di operatori socio-sanitari e di figure professionali specializzate in ambito riabilitativo. Un terzo esempio è il settore dell'istruzione, sempre più caratterizzato dai disturbi specifici dell'apprendimento, che secondo i dati del MIUR (2019) a livello nazionale interessa 276.109 alunni, pari al 3,2% della popolazione scolastica. Anche in questo caso, al di là della possibile sovrastima del fenomeno, si avvertono bisogni del tutto nuovi o in precedenza latenti che hanno una componente indubbiamente sanitaria e allargano gli spazi professionali di logopedisti, neuropsichiatri infantili, psicologi e altri operatori della sanità. Infine, emergono le aree altamente innovative dell'*e-health* e della robotica, che si trovano rispettivamente all'intersezione tra sanità e ICT e tra sanità e meccatronica e che aprono spazi nuovi per figure professionali come quelle dell'ingegnere biomedico e, specularmente, del medico-ingegnere.

La diversificazione del settore si coglie anche sul versante degli erogatori. Il settore sanitario è noto per l'eterogeneità nella natura istituzionale (pubblica *versus* privata, *profit versus* no profit); ad essa, si aggiunge la ormai estrema variabilità nella postura strategica<sup>5</sup>. Ad esempio, all'interno dei privati profit che svolgono attività prevalentemente ambulatoriale, convivono realtà *top end* e *low cost*; tra i produttori pubblici e privati accreditati no profit, troviamo realtà molto aperte alla libera professione svolta in regime privato e altre in cui l'attività SSN viene considerata pressoché esclusiva; tra gli ospedali pediatrici o a specializzazione oncologica, abbiamo alcune realtà fortemente focalizzate sul contesto regionale e altre molto proiettate verso la dimensione nazionale o addirittura internazionale. Questa diversa postura strategica, a sua volta, influenza i modelli di servizio.

La diversificazione, infine, emerge anche in termini di finanziamento. Bisogna innanzitutto notare che nel computo delle risorse pubbliche destinate alla sanità non è incluso il finanziamento di fonte INPS: nel 2017, sono stati erogati assegni per invalidità civile<sup>6</sup> per un valore di 16,6 miliardi, a cui si aggiungono 8,4 miliardi per invalidità previdenziali (INPS, 2019). Queste misure, spesso, sostengono le numerose situazioni di fragilità socio-sanitaria. Sul versante delle

<sup>4</sup> Per maggiori dati di inquadramento del settore Long Term care, si rimanda al cap. 5 del presente Rapporto, curato dall'omonimo Osservatorio del CERGAS, SDA Bocconi.

<sup>5</sup> Per un approfondimento sul posizionamento strategico dei privati accreditati, si rimanda al cap. 4 del Rapporto 2018 e del Rapporto 2019, a cura di OSPA (Osservatorio sulla Sanità Privata accreditata) del CERGAS, SDA Bocconi.

<sup>6</sup> Includere le indennità di accompagnamento

fonti private, la spesa *out of pocket*, resta largamente maggioritaria (35,7 miliardi, +14% nel 2011-18). Tuttavia, la spesa intermediata, spesso cofinanziata dalle aziende, evidenzia tassi di crescita maggiori (+31%, raggiungendo i 4,2 miliardi)<sup>7</sup>.

### 1.2.2 Risorse pubbliche (e private?) in calo a fronte di una domanda sanitaria crescente

In questo universo in fase di espansione e diversificazione, il ruolo del SSN è in fase di lenta ma progressiva contrazione a causa del suo evidente sotto-finanziamento. La spesa sanitaria pubblica pro capite del SSN italiano, pari a circa 1.900 euro procapite, corrisponde all'80% della spesa sanitaria pubblica inglese, al 66% di quella francese e al 55% di quella tedesca<sup>8</sup>, così come sono inferiori l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL e il relativo tasso di crescita annuale. Il tasso di copertura del SSN sul totale della spesa sanitaria è del 74%, con marcate differenze interregionali. La percentuale di spesa sanitaria di provenienza pubblica scende infatti significativamente nelle regioni più ricche, dove i livelli pro capite di spesa sanitaria privata sono più elevati. Sempre a causa delle differenze di reddito, anche la spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale evidenzia grandi variabilità, passando dal 5% della Lombardia all'11,3% della Calabria. Per riassumere, è vero che nel Centro-Nord del Paese le risorse pubbliche destinate a finanziare il SSR appaiono molto ridotte se rapportate alla ricchezza prodotta. Allo stesso tempo, è evidente che i livelli di spesa pro capite dei SSR meridionali, pur molto inferiori alla media europea, non sarebbero sostenibili in un Paese a marcato federalismo fiscale.

Il processo di contenimento della spesa del nostro sistema sanitario e socio-sanitario va contestualizzato nella crisi demografica del paese, che segue un trend europeo generalizzato, seppur con una intensità maggiore in Italia. L'invecchiamento della popolazione deriva da una delle aspettative di vita più alte a livello internazionale (83 anni), purtroppo accompagnata da uno dei più bassi indici di natalità al mondo (1,32 figli per donna). Si tratta di un fenomeno difficilmente reversibile. In parte, è dovuto a cause squisitamente demografiche e radicate nel passato (l'uscita delle *baby boomers* dall'età fertile). In parte, è riconducibile a complesse e sfaccettate dinamiche socio-economiche e culturali che portano a posticipare sempre più la genitorialità (ISTAT, 2019b), fenomeno sul quale l'opinione pubblica è stata a lungo

<sup>7</sup> Per un approfondimento sulle diverse stime riguardanti i regimi privati, si veda il cap. 6 del presente Rapporto, curato da OCPS (Osservatorio sui Consumi privati in Sanità) del CER GAS, SDA Bocconi. Sono qui riportati i dati mediani tratti dallo stesso capitolo 6 basati su fonte ISTAT – Conti della Sanità (SHA).

<sup>8</sup> I confronti internazionali e nazionali sono tratti dai dati del capitolo 3 del presente Rapporto e considera una spesa espressa a parità di potere d'acquisto.

ideologizzata o disattenta, tanto che ancora oggi si è alla ricerca di soluzioni condivise ed efficaci.

Il risultato di tali fenomeni è che oggi il rapporto tra persone in età da pensione (65 o più) e persone in età da lavoro (15-64) è già di 1 a 3, con una pressione previdenziale e sociale difficilmente sostenibile. ISTAT (2019c) prevede che tra soli 20 anni lo stesso rapporto salirà drammaticamente a un pensionato ogni due persone in età da lavoro, diminuendo la ricchezza generata e le risorse pubbliche a disposizione a fronte di un aumento dei bisogni di salute e assistenza. Ciò imporrà delle scelte collettive inevitabilmente più conflittuali tra le generazioni e tra i diversi *cluster* sociali maggiormente coinvolti nelle dinamiche redistributive.

Una soluzione apparentemente semplice e ragionevole sarebbe aumentare la quota di finanziamento pubblico alla salute. Stanziando 12 miliardi di euro si porterebbe l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL a livelli di Regno Unito e Francia (tra il 7,5% e l'8% invece dell'attuale 6,8%), pur mantenendo un certo differenziale in termini di spesa procapite assoluta. È una proposta che chi scrive condivide appieno, ma che è difficile da concretizzare per due ragioni. Il primo è la relativa scarsità delle risorse pubbliche a disposizione: la bozza di Manovra 2020 attualmente in discussione prevede in tutto 15 miliardi di maggiori entrate, al netto dei maggiori deficit. Il secondo è la scarsa propensione della politica a finanziare aumenti al Fondo sanitario nazionale, mentre l'attenzione è prevalentemente rivolta a misure che comportano trasferimenti monetari diretti o minori prelievi fiscali. Dunque, è realistico prevedere un finanziamento pressoché stabile, e dunque decrescente in rapporto ai bisogni crescenti.

A preoccupare, peraltro, non è solo l'indebolimento del sistema di protezione sociale. Sul versante delle risorse private provenienti da lavoro e risparmio si sono già osservate erosioni importanti. Nel decennio 2006-2016, secondo la Banca d'Italia (2018), i nuclei con un capofamiglia fino a 40 anni hanno sperimentato un dimezzamento della ricchezza netta media<sup>9</sup>, a fronte di un calo che nel totale della popolazione è stato del 25%. Il calo delle risorse delle generazioni più giovani suscita forti interrogativi sulla possibilità futura di sostenere in regime privato consistenti spese sanitarie e soprattutto socio-sanitarie non coperte dal SSN; tenendo presente, peraltro, che la propensione alla spesa sanitaria privata è molto sensibile alle variazioni del reddito<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Da 200.000 a circa 100.000 euro inclusa la casa di proprietà.

<sup>10</sup> La spesa per la salute del quintile di famiglie più abbienti (oltre 5.591 € di spesa mensile) corrisponde al 5,3% della propria spesa complessiva, quindi 321€ mensili, mentre il quintile meno abbiente (<840 €) impiega per la salute solo il 3,2% della propria spesa, pari a 27 € (cfr. capitolo 6 del presente Rapporto).

### 1.3 Il ruolo dello Stato: chiarire la mission del SSN

In uno scenario di radicali cambiamenti (bisogni crescenti e diversificati, contrazione dell'incidenza delle risorse pubbliche e crisi demografica difficilmente reversibile) è cruciale chiarire la *mission* del SSN. In relazione alla porzione del settore che viene presidiata, si possono delineare tre possibilità.

- ▶ La missione del SSN può essere “focalizzata”: in continuità con l'orientamento oggi prevalente, si può ritenere che il SSN debba concentrarsi solo sull'attività erogativa finanziata con risorse pubbliche che corrisponde, come già detto, ai tre quarti della spesa.
- ▶ La missione del SSN può essere interpretata anche in maniera più ampia come “regia della filiera produttiva”. Questo secondo approccio prevede il presidio diretto della produzione finanziata dal pubblico, ma anche la regolazione del mercato a pagamento e il governo dell'integrazione tra i due ambiti. È ormai usuale, infatti, che i percorsi di cura comprendano prestazioni erogate in regime privato assieme a prestazioni in regime SSN.
- ▶ Infine, la missione può essere interpretata in maniera “olistica”, orientata alla tutela della salute, con l'ambizione di influenzare l'intero settore, gli stili di vita e i tutti i *driver* rilevanti per la salute.

Ovviamente, sia sul piano tecnico che politico, è molto difficile posizionare il SSN tra le tre possibili missioni. Sarebbe necessario un dibattito adulto nella società e tra tutti gli stakeholder coinvolti, ancora più difficile in un'epoca di politica debole e di polarizzazione delle mappe cognitive collettive. In questo difficile scenario, una missione del SSN non governata, confusa e irriconoscibile, rischia di indebolire la credibilità del Servizio Sanitario. Infatti, il mancato riconoscimento dell'ampia distanza tra risorse e finalità del SSN, gap in fisiologica crescita in un universo in espansione e diversificazione ma oscurato da un orientamento universalistico formale, rischia di accrescere le disuguaglianze nell'accesso e nella qualità dei servizi offerti e alimentare inevitabilmente il senso di livore e frustrazione. A questo proposito, è rilevante osservare come le unità produttive più lontane dagli standard di esito definiti dal SSN (PNE o DM 70/15) siano più frequenti nel Mezzogiorno<sup>11</sup>, dove risiedono in misura maggiore strati sociali economicamente più deboli e meno istruiti. Nonostante la difficoltà della sfida, ridefinire con nitidezza e in modo riconoscibile la missione del SSN risulta un compito non differibile per la salvaguardia del suo ruolo fondante nella comunità nazionale, sia in termini di contributo al capitale istituzionale complessivo, sia in termini

<sup>11</sup> Per maggiori approfondimenti, si rimanda al capitolo 7 del presente Rapporto, dedicato agli esiti di salute.



di apporto all'equità sociale e redistributiva attraverso servizi reali di tutela della salute.

Qual è il livello istituzionale che, in ultima analisi, deve farsi promotore di definire o ridefinire la *mission* del SSN? È abbastanza logico che tale responsabilità spetti al livello nazionale, pur mantenendo un costante raccordo con il livello regionale. Ciò appare coerente con il dettato costituzionale che riserva allo Stato la definizione dei “principi fondamentali” della tutela della salute (art 117). Senza un incisivo ruolo nazionale, del resto, non si potrebbe più parlare di SSN, ma di un insieme di SSR che mancano di un orizzonte di senso unitario.

Definita l'importanza del livello nazionale (Ministero della Salute, Agenas e altri enti centrali), quali sono alcuni interventi concreti di regolazione e programmazione sanitaria che potrebbero esplicitare con forza la scelta per uno dei tre possibili posizionamento del SSN?

La prima *mission* (“focalizzazione sui servizi finanziati dal pubblico”) presuppone una riflessione sui segmenti di attività sanitaria e sui target di popolazione che rientrano nelle priorità del SSN, a fronte di un tasso pubblico di copertura della spesa sanitaria probabilmente destinato a calare ancora. È infatti irrealistico pensare di fornire un paniere di prestazioni sempre più ampio, a livelli di servizio qualitativamente elevati, a fronte di un finanziamento che resta ridotto. La *mission* focalizzata sui servizi SSN diventa invece più credibile per i cittadini e più gestibile da parte di regioni e aziende se il paniere di prestazioni incluse nei LEA viene ristretto. Si potrebbero scorporare dalla copertura SSN le prestazioni differibili, meno complesse e dunque onerose, prevedendo delle coperture speciali per i segmenti particolarmente svantaggiati o con necessità specifiche, come i pazienti cronici e con una condizione socio-economica familiare debole. In termini di *benchmarking* e valutazione dei SSR, che è un altro compito irrinunciabile del livello nazionale, la *mission* del SSN “gestore e committente” sarebbe molto coerente con un panel di indicatori incentrati sulle dimensioni dell'adeguatezza della capacità erogativa, dell'appropriatezza e dell'efficienza dei servizi erogati, della concentrazione delle casistiche, della qualità delle singole prestazioni e dei percorsi erogati in regime SSN. Per le prestazioni escluse dai LEA, sarebbe comunque opportuno stabilire standard minimi di qualità.

La seconda *mission* (“regia della filiera produttiva”) deriva dalla convinzione che leve gerarchiche e risorse finanziarie pubbliche attualmente disponibili siano insufficienti per intervenire in modo diretto in tutti gli ambiti decisivi per la salute. Il secondo approccio, basato su regolazione di mercato e imprenditorialità pubblica, necessita di una riflessione su obiettivi strategici, professionalità e strumenti (in particolare sistemi informativi) necessari per il governo efficace dell'intera filiera, indipendentemente dal regime di finanziamento (SSN e

privato). In relazione a questi elementi, da parte del livello nazionale, sarebbero utili uno o più interventi regolatori e/o di indirizzo programmatico, in modo da porre la questione all'ordine del giorno di tutte le realtà regionali. Sarebbe invece meno urgente un intervento sui confini delle prestazioni coperte dal SSN, che potrebbe mantenere l'attuale ampiezza: l'accesso ai servizi in regime pubblico potrebbe essere regolato dal sistema delle compartecipazioni, prevedendo massimali di spesa annuale per il singolo paziente e delle esenzioni; inoltre, sarebbe coerente prevedere una presenza forte degli erogatori pubblici anche nel mercato delle prestazioni in regime privato. Il sistema di *benchmarking* e valutazione dei sistemi regionali dovrebbe basarsi sugli indicatori di capacità, efficienza, appropriatezza e qualità elencati per la prima *mission*, ma dovrebbe estendersi anche a percorsi e prestazioni erogate in regime privato e includere un monitoraggio della componente di spesa a carico dei pazienti.

La terza *mission* ("olistica") parte dal presupposto che la salute di una popolazione deriva solo in modesta parte (10-20%) dalla qualità dei servizi erogati (McGinnis *et al.*, 2002; NCSL, 2013); il resto è dovuto a fattori genetici (30%), ambientali (5%), socio-economici (15%) e agli stili di vita (30-40%). Influenzare il numero maggiore possibile di tali fattori è una *mission* ampia che richiede una postura di *governance*, con una leadership tecnica e politica che progressivamente cerchi di influenzare gli attori e i processi sociali rilevanti per la salute, senza disporre sempre della leva gerarchica o regolatoria. Una tale *mission* necessita degli stessi sforzi di governo della filiera delineati per la strategia precedente. Però, sul piano dei sistemi di *benchmarking* e valutazione, bisognerebbe accentuare l'attenzione sugli indicatori di impatto sui bisogni della popolazione (accessibilità dei servizi e *outcome* a livello di popolazione) più che sulla porzione di prestazioni e di processi direttamente governati. Inoltre, sarebbe necessario presidiare in maniera particolare la dimensione dell'equità, intesa come la ricerca di una distribuzione dei risultati di salute non legata alle condizioni socio-economiche personali.

## **1.4 Il ruolo delle capogruppo regionali: da garanti dell'equilibrio economico-finanziario a promotori dell'innovazione**

### **1.4.1. Il rafforzamento delle capogruppo regionali come garanti dell'equilibrio economico-finanziario**

Se spetta al livello centrale chiarire la *mission* del SSN attraverso gli opportuni passi regolatori, programmatici e di revisione dei sistemi di valutazione dei SSR, quale può essere il ruolo del livello regionale?

Il Rapporto OASI 2019 rafforza la convinzione che, negli ultimi anni, molte prerogative aziendali siano state progressivamente assunte dalle regioni.

Questa tendenza emerge analizzando i margini di autonomia strategica del top management aziendale, le dinamiche di centralizzazione degli acquisti, il ruolo propulsivo regionale nella riorganizzazione della medicina generale e, in misura forse meno netta, delle reti ospedaliere. Il SSN si sta progressivamente trasformando in un sistema di *holding* regionali, composte da un insieme di aziende di erogazione governate da una capogruppo. Quest'ultima comprende l'Assessorato alla Salute assieme alle agenzie o alle aziende che svolgono ruoli di committenza, monitoraggio o fornitura di specifici servizi con riferimento a tutto il territorio regionale. L'osservazione di quanto avviene sul campo ci conferma che, in molti SSR, la capogruppo sanitaria sta evolvendo verso un ruolo "direzionale" (Dossi *et al.*, 2017): oltre all'elaborazione degli obiettivi strategici delle aziende controllate, definisce i programmi per raggiungerli, sino alla stesura delle procedure operative (cfr. Cantarelli, Lega e Longo, 2017).

La crescente centralità di molte capogruppo si è affermata a prescindere da recenti percorsi di riforma nazionale nella governance dei SSR. Si tratta infatti di una conseguenza dell'autonomia regionale in ambito sanitario, delineata dalla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, e della speculare responsabilizzazione economico-politica, rafforzata a metà anni 2000 con l'avvio dei Piani di Rientro (PdR) dal deficit sanitario. Le capogruppo si sono rafforzate in quanto garanti della stabilità economico-finanziaria regionale. Tale ruolo è stato svolto in maniera autonoma ed efficace dalle regioni in equilibrio; è invece stato fortemente condizionato dai vincoli dello Stato centrale, ma comunque efficace nel percorso di risanamento, nelle regioni in Piano di Rientro.

La contropartita negativa di questa attenzione ai risultati economico-finanziari è stata, però, la diminuzione delle capacità di innovazione dei SSR, sia nei modelli di servizio, sia nelle strutture organizzative, sia nelle politiche di *skill mix* e di sviluppo tecnologico. Del resto, dalle riforme degli anni '90, sono state le aziende sanitarie (locali e ospedaliere) i soggetti promotori dell'innovazione e detentori delle necessarie competenze, in quanto prime responsabili dell'erogazione dei servizi. Al contrario, le strutture regionali hanno un tradizionale orientamento al controllo amministrativo ed economico; possono conseguire economie di scala e di standardizzazione grazie all'accentramento di determinati processi, ma faticano a suggerire innovazioni in processi comunque gestiti da altri soggetti. Inoltre, per salvaguardare nell'immediato i livelli quali-quantitativi dei servizi, il contenimento della spesa del SSN è avvenuto sacrificando soprattutto le risorse per gli investimenti e per l'innovazione; basti pensare che il tasso di ammortamento degli impianti e dei macchinari nelle aziende ospedaliere è in media del 78%<sup>12</sup>.

Queste dinamiche spiegano perché il positivo recupero strutturale dell'equi-

---

<sup>12</sup> Per approfondimenti sul processo di risanamento delle aziende ospedaliere, si rimanda al capitolo 13 del Rapporto.

librio economico-finanziario del SSN sia avvenuto prevalentemente attraverso processi di razionamento più che di razionalizzazione o riorganizzazione. Peraltro, il rallentamento delle dinamiche innovative è stato ancora più marcato nelle regioni in PdR, dove la pressione sul lato economico è stata ancora più stringente. Inoltre, in tali contesti la riduzione dell'autonomia strategica aziendale, ma anche regionale, è stata prolungata, innescando circoli viziosi di impoverimento di attitudini e competenze fondamentali per l'innovazione dei servizi. Il recupero di una sostanziale autonomia di governo richiede dunque vigorosi processi di sviluppo delle competenze.

### **1.4.2 Le capogruppo regionali: verso il ruolo di promotori dell'innovazione dei servizi**

Oggi il SSN si trova in una nuova fase, potenzialmente promettente. Anche per l'esercizio 2018, i dati prefigurano un sostanziale pareggio finanziario: nello specifico, un deficit di 149 milioni, pari allo 0,1% della spesa sanitaria pubblica. Per il secondo anno consecutivo, il numero di aziende sanitarie pubbliche è rimasto stabile a quota 163: gli assetti istituzionali dei SSR appaiono sostanzialmente stabilizzati, con le capogruppo regionali che si sono progressivamente delineate come il livello istituzionale in carico di governare il SSR, sebbene tale processo sia meno avanzato nelle regioni che hanno sperimentato il PdR o sono state, a lungo, sottoposte ad esso.

In tale contesto di maggiore stabilità ed *empowerment*, dopo essere state vettori del risanamento finanziario, le capogruppo regionali sono chiamate a diventare promotori dell'innovazione. Si tratta del primo passo per candidarsi a funzioni più ampie e complesse, come quelle di regia dell'intera filiera erogativa, inclusi i consumi privati, o di pivot del sistema olistico di tutela della salute. Per aprire questa nuova stagione, però, le capogruppo devono modificare la loro attitudine di fondo.

Da un lato si tratta di codificare e definire le innovazioni di servizio maggiormente necessarie. Questo è un esercizio non banale per un ente che strutturalmente non eroga servizi diretti ai cittadini, ma che è tenuto ad analizzare, modellizzare e proporre interventi sui modelli erogativi. Dall'altro lato, occorre rileggere gli incentivi attivati negli ultimi anni per ottenere dalle aziende controllate o finanziate (pubbliche e private) il rispetto dei vincoli finanziari, in modo da spingerle anche verso l'innovazione. Si tratta, dunque, di sviluppare organici sistemi di *knowledge development* nel sistema e *knowledge transfer* tra le aziende, affinché si sviluppino e si diffondano le competenze necessarie per attuare le innovazioni pianificate.

La necessità di sviluppare nuovi contenuti di governo e nuove competenze contribuisce a spiegare i numerosi tentativi in corso nelle stesse *holding* di sviluppare assetti istituzionali e organizzativi differenziati (azienda zero, agen-

zie con varie funzioni, centrali di acquisto, istituzioni centralizzate specializzate, ecc.), di divisionalizzare la tecnostuttura regionale e separare la sanità dal resto delle strutture regionali, di modificare l'inquadramento contrattuale per attrarre differenti e distintive competenze professionali negli assessorati. In effetti, l'omogeneità contrattuale di capogruppo e controllate potrebbe favorire la circolazione di competenze specializzate. Inoltre, sarebbe importante facilitare quanto più possibile l'interscambio di profili qualificati tra la *holding* regionale e il mondo privato degli erogatori accreditati, della consulenza, delle professioni o da altri comparti produttivi; soprattutto in alcuni ambiti cruciali come la programmazione strategica, la gestione del personale, le ICT, i sistemi gestionali.

### **1.5 Le capogruppo regionali e l'innovazione dei servizi a livello aziendale: proposte per un'agenda di lavoro**

Per incoraggiare le capogruppo regionali a diventare sempre più promotori di innovazione e cambiamento di sistema, diventa cruciale delineare l'agenda delle loro priorità. È importante, ma non è sufficiente, eliminare vincoli amministrativi e rigidità di mix allocativi tra silos: occorre anche proporre un'agenda di lavoro in positivo, per indirizzare le loro attività, ma anche per delineare il senso di marcia del cambiamento a livello aziendale. Dunque, interventi nella governance del sistema sanitario regionale e innovazioni nei modelli di servizio e di organizzazione delle aziende.

A livello di sistema è necessario osservare come alcuni processi produttivi siano sempre più standardizzabili: diagnostica, analisi di laboratorio, sterilizzazione, ecc.; per queste attività, è possibile immaginare aziende verticali dedicate per l'intera regione. Le stesse considerazioni valgono per molte funzioni di carattere amministrativo, che oggi possono essere almeno in parte governate da remoto: acquisti, manutenzioni, gestione dei sistemi informativi, ecc.

All'opposto, alcuni processi sono sempre più personalizzati e differenziati: medicina di precisione, genetica, case management, attività socio-sanitarie e di prevenzione, ecc. Questi processi erogativi richiedono modelli organizzativi che sono l'opposto della standardizzazione, dal momento che devono adattarsi al contesto geografico e socio-economico, se non alle necessità della singola persona e della rete familiare e relazionale che le sta attorno. Questa considerazione di fondo dovrebbe portare a una diversificazione della natura giuridica e degli assetti istituzionali delle diverse tipologie di aziende. Ad esempio, gli *stakeholder* locali devono essere molto presenti e coinvolti negli assetti istituzionali di aziende che personalizzano servizi e prestazioni, perché esse determinano un grande gioco redistributivo delle risorse pubbliche; quest'ultimo richiede un forte indirizzo e controllo a nome della collettività.

All'opposto, servizi molto standardizzati e basati sull'apporto tecnologico richiedono principalmente un robusto presidio tecnico e sono meno sensibili ad aspetti partecipativi.

Passando all'agenda delle innovazioni necessarie per il livello delle aziende sanitarie locali, l'elenco delle priorità riguarda quattro temi:

- ▶ la concentrazione della casistica ospedaliera;
- ▶ l'infrastrutturazione e l'*upgrading* dei servizi territoriali;
- ▶ il *task shifting* e il cambio di *skill mix* tra medici e professioni sanitarie;
- ▶ il rafforzamento delle strutture organizzative intermedie a fronte delle accresciute dimensioni medie delle aziende.

La concentrazione della casistica ospedaliera, con riferimento a molte prestazioni, promuove un aumento della qualità media degli *outcome* e, in ultima analisi, anche un incremento dell'equità negli esiti, eliminando unità operative che operano in regime di scarsa efficacia e sicurezza. Inoltre, la concentrazione contribuisce a risolvere due rilevanti problemi emergenti del SSN: la scarsità di medici e la necessità di concentrare le tecnologie per aumentarne il tasso di saturazione, a fronte della minore disponibilità di risorse per gli investimenti. La concentrazione è un processo già in corso da anni, anche perché si tratta di una direzione coerente con la tensione del livello centrale e, a cascata, regionale, verso l'efficientamento del servizio sanitario. Si pensi ai PdR e al DM 70/15, che hanno contribuito alla riduzione delle unità operative (-8% tra 2010 e 2017). Lo stesso DM 70/15 ha introdotto standard di casistica che sono poi stati rilevati in maniera sistematica e pubblicati attraverso il PNE.

Dato atto di questo importante impulso centrale, la concentrazione della casistica richiede una profonda revisione dei modelli organizzativi e di servizio presenti sul territorio. È necessario bilanciare l'offerta di prossimità con quella centralizzata, soprattutto per le comunità che risiedono più lontane dal centro ospedaliero identificato come *hub*. A questo proposito, sono disponibili distinti meccanismi operativi, che possono essere combinati tra loro, oppure applicati in alternativa a seconda della disciplina e delle prestazioni da garantire.

Il primo, riconducibile al classico modello *hub & spoke*, prevede di concentrare nell'*hub* solo le fasi più specialistiche del processo assistenziale, a maggiore intensità clinica e a maggiore impiego di risorse infrastrutturali e tecnologiche, lasciando a *setting* di prossimità le fasi di reclutamento, arruolamento, diagnosi, *follow up*, riabilitazione.

Un secondo meccanismo operativo prevede equipe professionali itineranti tra i diversi presidi dell'azienda sanitaria (o eventualmente di più aziende), in modo da concentrare la casistica sull'equipe, ma garantire la prossimità grazie agli spostamenti verso gli *spoke*. Si tratta di una soluzione di grande interes-

se, che sta trovando applicazioni in diverse realtà aziendali, anche per quanto riguarda una parte della chirurgia di urgenza<sup>13</sup>. Le equipe itineranti possono rappresentare un'alternativa o un parziale correttivo al modello *hub & spoke* nella sua versione classica, trovando però un fisiologico limite quando la possibilità di movimento dell'equipe è subordinata alla disponibilità di specifiche strumentazioni.

Il terzo meccanismo operativo prevede di sostenere la mobilità e l'interazione con l'*hub* di pazienti e famigliari attraverso supporti efficaci per l'emergenza, il trasporto, l'informazione in remoto. Questa terza soluzione è ovviamente compatibile con le prime due, e anzi tanto più necessaria quanto più vengono concentrate le attività.

La presa in carico della cronicità e della LTC richiede una migliore strutturazione dei servizi territoriali. La deospedalizzazione, con un calo dei ricoveri pari al 22% tra 2010 e 2017, ha giocoforza aumentato la complessità della casistica ambulatoriale: si pensi alle procedure di chirurgia minore, ai trattamenti che contraddistinguono varie fasi del percorso oncologico, alla diagnostica invasiva. È anche il caso del paziente anziano fragile e/o cronico pluripatologico, che si cerca di allontanare dal contesto ospedaliero per ragioni di appropriatezza organizzativa e prevenzione delle infezioni, ma che richiede quantomeno assistenza infermieristica continua. Se il profilo medio dei pazienti diviene più complesso, è necessario investire sulle infrastrutture, dotandole di nuovi *setting* assistenziali: posti letto post acuti e sub acuti, hospice, centri diurni, poliambulatori multispecialistici, ecc. In parallelo, è necessario un investimento anche nel promuovere equipe multidisciplinari, metriche e sistemi operativi di indirizzo dei professionisti, sistemi informativi di connessione tra gli operatori sanitari, tra operatori e utenti e tra ospedale e territorio, ma anche con il mondo dell'assistenza socio-sanitaria<sup>14</sup>. Si tratta di un lavoro lungo, che richiede processi progressivi di accumulo di capitale professionale, organizzativo e gestionale. Richiede, peraltro, uno sforzo per integrare le fasi acute della presa in carico, che avviene prevalentemente nelle strutture pubbliche, con la fase post-acuta e/o di presa in carico della non autosufficienza, che avviene di frequente presso erogatori privati accreditati. Questi ultimi, infatti, rappresentano il 73% dei posti letto per la riabilitazione ospedaliera, l'82% delle strutture residenziali e il 68% di quelle semiresidenziali<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Per approfondire sui modelli per coniugare concentrazione della casistica e capillarità, si rimanda ai casi studio riportati nel capitolo 10 del presente Rapporto.

<sup>14</sup> Per approfondire alcuni casi di integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari per gli anziani, si rimanda al capitolo 5 del presente Rapporto.

<sup>15</sup> Per maggiori approfondimenti sull'assistenza offerta dagli erogatori privati accreditati, si rimanda al cap. 4 del presente Rapporto.

Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche, l'elevata età media dei medici con la relativa e ormai prossima loro diminuzione numerica, il sempre più elevato livello formativo delle professioni sanitarie e la concentrazione delle casistiche cliniche, impongono l'avvio di un processo di *task shifting* tra medici e professioni sanitarie, ovvero l'*upgrading* professionale per entrambe le categorie. I medici sono chiamati a svolgere contenuti professionali sempre più specialistici e focalizzati, che consentano di mantenere un aggiornamento costante sulle innovazioni diagnostiche e terapeutiche. Le professioni sanitarie sono chiamate a un portafoglio di compiti e funzioni più ricco e articolato sia sul lato clinico, sia gestionale, sia nell'utilizzo delle tecnologie. Questo processo richiede l'apertura di numerosi cantieri di lavoro: nei confronti della cultura professionale dei medici e delle professioni sanitarie, delle mappe cognitive dei pazienti, della comunità, del top management e del middle management. Un primo punto è quello di ridefinire mix e volumi degli organici, sapendo che nel confronto internazionale l'Italia ha 5,6 infermieri per 1.000 abitanti contro i 7,9 del Regno Unito, i 10,5 della Francia e i 12,8 della Germania<sup>16</sup>. È però necessario agire anche su aspetti più soft di gestione del personale: reingegnerizzare le procedure e i compiti dei singoli team professionali, ripensare i profili e i contenuti di responsabilità delle diverse figure, e rivedere le relative metriche di misurazione dei risultati.

Secondo i dati del personale del SSN diffusi dal Ministero della Salute (2019), 78 Asl su 101 contano più di 2.000 dipendenti. Per fornire un paragone, il Ministero dello Sviluppo Economico classifica come grandi aziende le realtà con più di 250 dipendenti. L'accresciuta dimensione delle aziende rende difficile la relazione diretta del top management con tutte le unità operative e rende necessario dotare le aziende di un livello di governo intermedio. A questo proposito la tradizione organizzativa del SSN pone due questioni cruciali: quali dovrebbero essere le strutture organizzative intermedie e quali profili professionali dovrebbero dirigerle. La direzione dei dipartimenti clinici rappresenta soprattutto un meccanismo di riconoscimento istituzionale e salariale delle migliori competenze clinico-professionali. Il presente Rapporto fa emergere come il ruolo di direttore di dipartimento difficilmente viene interpretato come incarico di rappresentanza del management aziendale nei confronti di una comunità professionale; piuttosto, è vissuto in senso inverso, come ruolo di ambasciatore di un gruppo di professionisti nei confronti del vertice istituzionale<sup>17</sup>. Questo ci porta a domandarci se per veicolare la strategia aziendale verso la *line* di erogazione

---

<sup>16</sup> Per approfondire il confronto tra la dotazione organica dei diversi Paesi OCSE si rimanda al cap. 2 del presente Rapporto.

<sup>17</sup> Per maggior approfondimenti sulla responsabilizzazione dei direttori di dipartimento, si rimanda al capitolo 9 del presente Rapporto.



dei servizi (le unità operative) non debbano essere attivate altre strutture organizzative intermedie: piastre o piattaforme per intensità di cura, *centers* per patologia o altro. Ancora prima, però, è necessario riflettere sulle finalità delle strutture organizzative intermedie: devono ottimizzare la saturazione della capacità produttiva installata, semplificare e rendere più agevole la fruizione del percorso di cura o standardizzare i processi assistenziali avvicinandoli il più possibile alle migliori evidenze scientifiche?

Si potrebbe ipotizzare che la prima funzione sia riconducibile alle piastre o piattaforme per intensità di cura, la seconda ai *center* per patologia, la terza rappresenta la storica *mission* dei dipartimenti. Nella stessa azienda, probabilmente, possono convivere diverse tipologie di strutture intermedie, con finalità distinte e complementari, con responsabili provenienti da ruoli e ambiti professionali molto eterogenei tra di loro. Per esemplificare, potrebbero esserci realtà aziendali e aree cliniche in cui piattaforma, *center* e dipartimento coincidono, magari sotto la guida di un direttore di estrazione medica ma con solida formazione manageriale, che ha opportunamente ridimensionato la propria attività clinica ed è supportato da adeguate professionalità sul lato gestionale. Allo stesso tempo, potrebbero esserci unità organizzative intermedie che si dispongono a matrice, con una piastra chirurgica a direzione gestionale o ingegneristica che si interfaccia a più center o dipartimenti a direzione medica.

## **1.6 Oltre la sindrome del bonsai: recuperare il gusto per l'imprenditorialità pubblica**

Il Rapporto OASI 2019 rileva due evidenze estremamente positive. Innanzitutto, esiste oramai una consapevolezza culturale diffusa tra i professionisti e gli stakeholder del SSN a proposito della necessità di lavorare sui modelli di servizio. Inoltre, esistono numerose sperimentazioni che hanno proposto localmente e in piccoli numeri le innovazioni necessarie, spesso, con grande successo. La difficoltà che si riscontra è quella di passare dalla scala sperimentale, necessariamente “micro”, a quella sistemica e industriale. In altri termini, il SSN non riesce o riesce con grande difficoltà a strutturare e diffondere le innovazioni operando un cambiamento generalizzato: a livello regionale, e ancora di più a livello nazionale, mancano il *commitment* necessario, i meccanismi di incentivazione diffusa e i processi di *knowledge transfer*.

Per superare la “sindrome del bonsai”, il SSN deve misurare regolarmente e onestamente i risultati ottenuti, anche per superare le mode manageriali e le virate politiche. Sulla base dei dati oggettivi, è necessario creare pazientemente e creativamente delle situazioni *win-win* per portare a bordo quanti più *stakeholder* possibile. In tutto questo, ancora una volta, si aprono spazi di responsabilità e imprenditorialità istituzionale per le capogruppo regionali, nuovi

*dominus* dei SSR: come tali chiamati a diffondere le migliori pratiche nel proprio contesto regionale, ma anche a metterle a disposizione quando siedono nei tavoli nazionali.

Fissata l'impostazione di metodo, in termini di passi concreti, quali possono essere i *driver* più impattanti per l'innovazione?

Il dibattito politico e tecnico spesso si sofferma, come già detto, sulla necessità di eliminare i vincoli amministrativi e i silos finanziari come volano per accelerare i processi di cambiamento. È sicuramente un primo passo, necessario ma non sufficiente, che richiede un sistematico studio per individuare una *checklist* delle semplificazioni più urgenti e più potenzialmente impattanti.

In aggiunta, sembra rilevante proporre qualche correttivo anche nella *governance* delle aziende sanitarie. Il Rapporto ci rappresenta il ruolo del direttore generale<sup>18</sup> come spesso malinconicamente isolato, insieme al suo staff, nell'essere imprenditore del cambiamento. Il vertice strategico appare circondato da numerosi altri organi e livelli istituzionali incaricati soprattutto di verificare la *compliance* delle innovazioni rispetto agli adempimenti burocratici; in un clima di crescente svalutazione dei risultati sostanziali di salute o di innovazione dei processi, mentre cresce la responsabilizzazione su logiche formali e procedurali.

A questo proposito, la capogruppo regionale potrebbe portare elementi di positiva novità. Essa potrebbe de-enfatizzare alcune logiche di controllo formale a favore di un'agenda del cambiamento, che viene prima concettualizzata e poi stabilmente e riflessivamente promossa. La capogruppo quindi funzionerebbe da volano e da sistema di protezione per l'innovazione. Essa, inoltre, potrebbe modificare gli assetti istituzionali delle aziende, arricchendoli di *board* o comitati istituzionali responsabili o promotori delle innovazioni strategiche, membrane protettive e di sostegno per il DG nei confronti degli *stakeholder* esterni.

Probabilmente, però, il vero *driver* del cambiamento può essere solo il rilancio di una cultura gestionale che faccia della tendenza all'innovazione e del coraggio per la trasformazione dei servizi la propria cifra identitaria. Si tratta di riportare alla giusta dimensione l'attenzione alla legalità, enfatizzando piuttosto la narrazione delle necessità di innovare e rivitalizzare. È necessario sostituire il pre-concetto della colpa oggettiva del vertice aziendale, e in generale del manager, con l'ammirazione per l'imprenditorialità pubblica. È ragionevole alleggerire lo stigma mediatico e le conseguenze legali che si collegano a una qualsiasi difformità delle procedure, aumentando invece il riconoscimento sociale dovuto a chi migliora la performance dei servizi pubblici. La trasformazione del paradigma organizzativo di fondo può essere promossa credibilmente, e

<sup>18</sup> Per maggiori approfondimenti sul ruolo del direttore generale, si rimanda al capitolo 8 del presente Rapporto.

da subito, almeno nel perimetro delle capogruppo regionali e delle loro aziende controllate, coinvolgendo in modo convincente le loro élite professionali, riempiendo di questo contenuto distintivo e *disruptive* lo spazio di autonomia tanto rivendicato. In fondo, si tratta di sostituire l'aria claustrofobica della staticità con un soffio vivificante di generatività, di sperimentazione, di apprendimento di sistema attraverso tentativi ed errori. Può essere un inizio tecnocratico per coinvolgere progressivamente anche la narrativa politica verso la comunità.

Sicuramente, per spostare la postura del SSN dal rigido controllo della spesa e della *compliance* formale, in un contesto di risorse scarse, di crescente cultura adempimentale e quindi di progressiva deresponsabilizzazione dalle performance sostanziali, occorre un ribaltamento di prospettiva importante. Tale ribaltamento deve essere tale da rimettere in agenda i bisogni e i gap di copertura dei medesimi, avendo sempre presente che l'attuale livello di finanziamento del SSN è disallineato all'entità dei bisogni attuali e soprattutto futuri. In questo quadro, è necessario continuare a misurare e valutare l'efficacia dei diversi modelli di servizio, valorizzando il merito sociale di chi ha saputo sviluppare e accumulare capitali organizzativi e istituzionali. Tutto questo può essere sostenuto da alleggerimenti amministrativi, ma può prendere velocità solo grazie a una diffusa riscoperta del gusto e del coraggio per l'imprenditorialità pubblica.

## **1.7 La struttura e i principali contenuti del Rapporto OASI 2019**

### **1.7.1 Il quadro di riferimento: il sistema sanitario e sociosanitario**

La prima parte del Rapporto mira a offrire un quadro di riferimento sul sistema sanitario e sociosanitario italiano.

Il capitolo 2 descrive il SSN italiano focalizzandosi sui profili istituzionali, sulla dotazione strutturale, sulle attività e sul livello di risposta alla domanda di salute, e ne illustra il posizionamento nel panorama internazionale.

Con riferimento agli assetti istituzionali, dopo i grandi processi di riordino occorsi tra 2015 e 2017, nel biennio 2018/2019 non si registrano nuovi cambiamenti: le aziende territoriali (ASL + ASST) restano quindi pari a 120, mentre le Aziende Ospedaliere sono 43.

In termini strutturali, la contrazione del numero di posti letto (PL) iniziata già negli anni Novanta ha portato nel 2017 a una dotazione media di 2,9 PL per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 PL per i non acuti, sostanzialmente in linea con la dotazione-obiettivo definita dal DL 95/2012. Negli ultimi anni, tale contrazione è stata conseguita sia tramite la soppressione di reparti ospedalieri (-795 tra 2012 e 2017, -5,6%) sia tramite la riduzione di PL dei reparti rimasti attivi (da 16,3 a 15,9 PL). Anche a livello internazionale si rileva dal 2005 una

diminuzione della dotazione di PL nei Paesi analizzati e una forte disomogeneità in termini di ripartizione tra acuzie e post-acuzie.

Per quanto riguarda il personale dipendente del SSN, nel 2017 si registra per la prima volta dal 2009 un'inversione di tendenza nel numero dei medici, che mostra una lieve crescita (+384 unità).

Anche le attività di ricovero (dimissioni) risultano in significativo calo tra 2001 e 2017 (-31,4%), in coerenza con il trend strutturale. L'Italia ha inoltre un tasso di dimissione ospedaliera inferiore alla media dei Paesi OECD e una degenza media allineata a quella dei principali Paesi europei. Rispetto al 2016, si segnala una rilevante riduzione delle giornate di ricovero SSN per lungodegenza (-17,5%), per effetto sia della contrazione del relativo numero di ricoveri (-5,4%) sia della diminuzione della degenza media, passata da 27,6 a 24,1 giornate.

Il capitolo analizza infine la soddisfazione del bisogno sanitario, elemento difficilmente apprezzabile se non attraverso misure indirette: la mobilità sanitaria risulta sostanzialmente stabile, mentre i tempi di attesa, che fisiologicamente registrano valori più elevati per gli interventi che non hanno un impatto diretto sulla sopravvivenza del paziente, nel 2017 sono cresciuti rispetto all'anno precedente praticamente per tutte le procedure mappate, talvolta anche in modo sensibile.

Il capitolo 3 illustra i dati relativi al finanziamento, alla spesa sanitaria e ai risultati d'esercizio del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano, integrandoli con un confronto internazionale e con approfondimenti regionali.

Le evidenze mostrano che, nel panorama internazionale, l'Italia registra una spesa sanitaria contenuta e con una copertura pubblica del 73,9%, nella media dei Paesi europei, ma in lieve diminuzione. A differenza di quanto avviene nella maggior parte di tali Paesi, però, la componente privata è prevalentemente out-of-pocket (circa il 23% del della spesa totale), mentre è ancora marginale il ricorso a forme assicurative complementari.

A livello nazionale, nel 2018 la spesa sanitaria corrente a carico del SSN è aumentata dell'1,2% rispetto al 2017, attestandosi su un valore di circa 119,1 miliardi di euro. Concause dell'aumento della spesa rispetto all'anno precedente sono la crescita delle voci relative all'acquisto di beni e servizi (+1,9%), alla specialistica convenzionata (+1,9%) e ad altra assistenza convenzionata (+1,7%). Come negli ultimi anni, anche nel 2018 si registra un tendenziale orientamento al pareggio, con disavanzi modesti (149 milioni nel 2018). Tale evidenza, apparente sintomo di un sistema economicamente sano, assume connotati più critici se inquadrata in relazione all'economia nel suo complesso oppure se declinata a livello regionale e aziendale. Infatti, anche nel 2018 diminuisce l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL nazionale, tendenza non compensata da speculari movimenti nella spesa privata.

Questo segnale testimonia la capacità del nostro SSN di non sfiorare in modo

consistente la disponibilità di risorse complessive, ma è anche un segnale dissonante rispetto alle aspettative che si avrebbero guardando l'andamento delle determinanti del fabbisogno sanitario.

La motivazione principale è da ricondurre ai sistemi di determinazione del finanziamento e di gestione del riparto, ad oggi ancora legati a logiche di tetto o di spesa storica e associati a meccanismi incentivanti (o vincolanti) sul rispetto delle cifre stanziati. In questo modo, si aumenta senz'altro la prevedibilità economico-finanziaria della spesa ma si perde la qualità di riflettere il fabbisogno in fase di assegnazione, generando, pertanto, difficoltà e disuguaglianze nell'organizzazione dell'assistenza. Le politiche relative allo sblocco del turnover del personale insieme alla decisione programmatica di finanziare in futuro solo in modo residuale la farmaceutica attraverso i tetti rappresentano però un segnale incoraggiante sulla comprensione della necessità di arrivare gradualmente ad un sistema basato sul fabbisogno.

Il capitolo 4 analizza il settore degli erogatori privati accreditati. Nel 2018 la spesa SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è stata pari a 392 euro procapite, 20,3% del totale della spesa sanitaria pubblica, in lieve crescita rispetto all'anno precedente (362 euro, 18,8% della spesa). Il dato nazionale, tuttavia, cela marcate differenze interregionali.

Gli erogatori privati accreditati detengono complessivamente il 31,3% dei posti letto ospedalieri, prevalentemente concentrati presso le case di cura accreditate (64,9% dei PL accreditati). Il peso degli erogatori privati accreditati risulta minore negli acuti (23,5% dei PL totali), equivalente a quello delle strutture pubbliche nella lungodegenza (51,7%), prevalente in ambito riabilitativo (72,9%).

I ricoveri erogati da privati accreditati sono pari al 26,5% del totale SSN, con il massimo in Lazio (51,4%). Le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche nel segmento degli acuti (5,6 *versus* 7,4 giorni), mentre sono lievemente superiori per la riabilitazione (25,8 giorni *versus* 24,8).

Sul versante territoriale, il privato accreditato gestisce il 59% degli ambulatori, l'82% delle strutture residenziali e il 68% di quelle semiresidenziali, con la consueta e rilevante variabilità interregionale.

Analizzando i più rilevanti indicatori economico-patrimoniali e gestionali dei primi 10 gruppi sanitari privati accreditati, per il periodo 2014-17, si rileva che i ricavi di tutti gli erogatori sono cresciuti, ma in misura molto diversa, sia per quanto riguarda l'entità, che le determinanti della crescita (acquisizioni e/o sviluppo del mercato a pagamento). I gruppi con la maggiore crescita (Humanitas, Villa Maria e Synlab) sono quelli con la maggiore crescita dei dipendenti.

La redditività di molti gruppi *profit* è buona o eccellente, pur con alcuni distinguo. L'indebitamento è quasi sempre molto ridotto. Questo panorama, as-

sieme alle dinamiche epidemiologiche e demografiche e alla frammentazione del settore, suscita l'interesse degli investitori istituzionali e dei gruppi sanitari esteri: è probabile che le dinamiche di investimento e di concentrazione del settore proseguiranno. Ne derivano nuove opportunità per il SSN, come la circolazione di *best practices* cliniche e manageriali, specialmente verso le regioni del Sud, oppure un più agevole governo dei consumi sanitari privati.

Il capitolo 5 propone un approfondimento sul sistema sociosanitario e sociale dedicato ai cittadini anziani non autosufficienti, illustrando il sistema dei servizi pubblici esistenti e fornendo una fotografia aggiornata dei dati sul settore.

Dopo aver mappato il sistema di offerta dei servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali dedicati e aver raccolto i dati disponibili sulla loro fruizione e sul bisogno potenziale della popolazione, le analisi mostrano che i servizi disponibili per i cittadini sono tuttora scarsi rispetto alle potenziali richieste, e che esiste una forte eterogeneità nella capacità dei diversi servizi pubblici di essere pregnanti nella risposta al bisogno in termini di utenti raggiunti.

Il capitolo propone successivamente un'analisi della filiera della presa in carico della non autosufficienza a livello regionale, tentando di ricostruire l'insieme dei servizi fruiti dagli anziani non autosufficienti con l'obiettivo di comprendere cosa accade nelle diverse Regioni italiane rispetto al mix complessivo dell'assistenza pubblica di cui fruiscono gli anziani non autosufficienti e come questa entri in relazione con la presenza di altre modalità assistenziali, quali quella del badantato e quella indiretta garantita da INPS tramite Indennità di Accompagnamento (IdA). I risultati mostrano ampia eterogeneità nei mix di offerta presenti nelle Regioni, con conseguenti scenari diversi in termini di spostamento del carico assistenziale sulle famiglie (dove prevalgono IdA e/o badantato), sul sistema sanitario (dove prevalgono i ricoveri nelle accezioni considerate) o sul sistema sociosanitario (in caso di prevalenza di ADI e strutture residenziali).

La seconda parte del capitolo correla i dati di basso tasso di copertura del bisogno di Long Term Care con le interdipendenze tra settore sociale e socio-sanitario e con le dinamiche di ricovero degli anziani in ospedale. Le considerazioni emerse da quest'ultima attività, rafforzate dagli esiti di un focus group condotto con 8 professionisti coinvolti nei processi di transizione tra *setting*, hanno portato a identificare quali siano gli snodi critici nel *transitional care* per la presa in carico degli anziani non autosufficienti, ovvero: Pronto Soccorso; reparti ospedalieri di medicina; strutture sociosanitarie e di riabilitazione; servizi sul territorio; domicilio.

Il capitolo termina con l'approfondimento di due casi studio che hanno provato ad affrontare le criticità presenti in due snodi chiave del *transitional care*: i servizi di presa in carico presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Bologna; l'attivazione di percorsi di prevenzione secondaria nella Casa della Salute di Forlimpopoli.

Il capitolo 6 fornisce, come di consueto, una panoramica aggiornata dei trend e delle determinanti dei consumi sanitari privati in Italia. I consumi privati hanno ormai assunto un ruolo che non può essere considerato marginale, sia per l'entità delle risorse coinvolte sia per quello che essi rappresentano nei complessi processi di consumo dei cittadini-utenti, in un contesto in cui consumi e sistemi diventano sempre più ibridi e gli schemi che hanno fin qui guidato la distinzione tra pubblico e privato perdono sempre più di significato.

La spesa sanitaria privata si attesta a circa il 26% della spesa totale, principalmente nella forma di spesa *out of pocket* (23%). Tale proporzione risulta lievemente maggiore rispetto ai principali paesi a vocazione universalistica, mentre la spesa *out of pocket* pro capite in euro correnti risulta in linea, se non addirittura inferiore, agli altri paesi europei. Nel confronto in termini di spesa pubblica pro capite e di spesa intermediata pro capite, il nostro paese mostra valori significativamente inferiori rispetto agli altri paesi europei.

La stima della spesa sanitaria privata può variare tra i 26,0 e i 46,9 miliardi di euro, a seconda delle voci di spesa e dei diversi soggetti e regimi di finanziamento considerati. Il valore centrale è quello fornito dagli organismi nazionali e internazionali, i quali mostrano come la spesa sanitaria delle famiglie italiane ammonti a circa 40 miliardi di euro, distribuiti tra beni (35%) e servizi (65%). A livello regionale la spesa sanitaria delle famiglie mostra variazioni significative: la spesa media pro capite passa dai circa 370 euro delle Campania ai circa 800 euro in Lombardia e 1.000 euro in Valle d'Aosta.

Un'attenzione particolare è inoltre rivolta a tre importanti temi che sono al centro del dibattito corrente: i contributi fiscali ai consumi sanitari privati, la compartecipazione dei cittadini ai consumi sanitari pubblici e le dimensioni e caratteristiche del settore della sanità integrativa. In tutti e tre i casi si è cercato di fornire una panoramica complessiva di dimensioni e tendenze generali, oltre a fornire alcuni spunti col fine di alimentare il dibattito corrente.

Il capitolo 7 muove dalla premessa per cui i sistemi sanitari nazionali subiscono in maniera crescente forti pressioni legate, da una parte, all'aumento della domanda di servizi sanitari e, dall'altra, a una riduzione relativa delle risorse disponibili. In questo quadro, migliorare il livello di salute della popolazione resta l'obiettivo principe dei sistemi sanitari nazionali, perseguito anche attraverso la predisposizione di strumenti di monitoraggio dell'andamento del sistema (es. griglia LEA in Italia). Consapevoli della natura complessa e multidimensionale di questo dominio, il presente capitolo fornisce un quadro dei principali indicatori di salute e di alcune dimensioni di performance con riferimento al contesto internazionale, prima, e nazionale, poi.

A livello internazionale, il quadro che emerge dal confronto con altri Paesi (in particolare, Regno Unito, USA, Spagna, Germania e Francia) è rassicurante per il nostro Paese, specialmente con riferimento alle morti premature per ma-

lattie non trasmissibili. Se si sposta la lente all'interno dei confini nazionali si osserva come permangano importanti divari interregionali: il differenziale tra speranza di vita e speranza di vita in buona salute alla nascita è pari a 24 anni, invariato rispetto alla precedente rilevazione. Aumenta invece il divario tra la regione con il differenziale più contenuto (PA di Bolzano, 13,4 anni) e quello più marcato (Calabria, 29,9 anni).

Il capitolo presenta poi una fotografia del grado di aderenza delle strutture sanitarie alle soglie di rischio di esito delle prestazioni previste dal DM 70/2015. Mediamente si denota un buon livello e un miglioramento dei risultati tra 2010 e 2017 per gran parte delle regioni. Permangono tuttavia situazioni critiche in alcune aree meridionali o per alcune specifiche prestazioni, come ad esempio i tagli cesarei primari. Inoltre, in alcune regioni, si rileva un aumento della variabilità interna tra strutture relativamente al valore registrato dagli indicatori fissati dal DM.

Infine, il contributo esplora la relazione esistente tra misure di esito (tasso di mortalità) e di performance del sistema (punteggio della griglia LEA). Emerge una contenuta ma significativa relazione tra le due dimensioni: un incremento di 10 punti nella griglia LEA corrisponde a un abbassamento nel tasso di mortalità generale di circa 0.05 per 10.000 abitanti. Poiché la composizione della griglia LEA è aggiornata periodicamente, questa considerazione supporta un approccio alla revisione degli indicatori considerati sulla base delle evidenze in modo da massimizzare, attraverso la verifica dei punteggi LEA, anche l'impatto ottenuto in termini di esiti di salute.

## 1.7.2 L'evoluzione dei ruoli manageriali

Il capitolo 8 si concentra sui contenuti del mestiere del Direttore Generale di una azienda sanitaria pubblica, approfondendo come interpreta il suo ruolo e quali attività svolge quotidianamente. La metodologia adotta strumenti quantitativi (due questionari che hanno raccolto dati sull'agenda dei DG del mese di marzo 2019) completandoli con interviste qualitative a una selezione di DG.

Emerge che un DG utilizza buona parte del suo tempo nel costruire relazioni: a fronte infatti di un carico di lavoro complessivo pari a 52,7 ore di lavoro settimanali, la dimensione relazionale è molto forte, infatti il 56% del tempo di agenda è dedicato a meeting, in particolare con gli stakeholder interni (professionisti, gli altri componenti della direzione strategica aziendale e staff aziendali). Complessivamente i DG ritengono che il tempo maggiormente strategico sia quello dedicato agli incontri con la Regione e con la direzione strategica aziendale, mentre più del 50% del tempo dedicato ai professionisti e agli staff è considerato di natura operativa. I DG utilizzano poi strategie specifiche per gestire con efficacia la relazione con i diversi interlocutori: condividere la visione



con la Regione, costruire la squadra di direzione, governare gli staff, coinvolgere i professionisti, favorire le alleanze con il territorio.

Pur nelle diverse modalità che ogni DG ha di interpretare il proprio ruolo, è possibile identificare alcuni tratti comuni, con particolare riferimento alle fasi del mandato del DG. Se nei mesi immediatamente successivi alla nomina sono chiave il *playmaking* e la gestione dell'*equivocality*, ovvero la capacità di costruire reti e gestire l'ambiguità nella definizione degli obiettivi, nella fase centrale di conduzione diventa chiave l'*enabling* (sostenere i propri collaboratori) e il *compromising* (la capacità di decifrare e gestire le resistenze). Infine, a conclusione del mandato, diventa rilevante l'*aligning* per valutare l'operato alla luce degli obiettivi.

Il capitolo 9 approfondisce il profilo e il ruolo dei middle management (MM) delle aziende sanitarie, identificabili nei direttori di dipartimento e di distretto. Il lavoro indaga dunque (i) la numerosità e il profilo anagrafico, formativo e professionale dei MM e (ii) il grado di responsabilizzazione ed *empowerment* rispetto alla gestione del ciclo di budget, del personale e del coordinamento delle attività, con riferimento ai direttori di dipartimento, che rappresentano l'80% dei MM. Per mappare il profilo quali-quantitativo dei MM, è stato realizzato un primo censimento nazionale a partire dall'analisi dei siti web aziendali; per approfondire il tema della responsabilizzazione, invece, sono state condotte interviste semi-strutturate a MM e alle direzioni aziendali.

Il contributo acquisisce rilevanza se letto in funzione del considerevole aumento delle dimensioni aziendali e delle complessità gestionali di ASL e AO: appaiono cruciali le modalità di definizione e responsabilizzazione degli spazi intermedi tra vertice aziendale e unità operative ("line"), che si prestano quasi naturalmente a diventare luoghi di esercizio di prerogative manageriali per assicurare la diffusione della strategia aziendale lungo la catena gerarchica.

Dal censimento nazionale emerge come i middle manager siano perlopiù di genere maschile, con un'età media di 63 anni, laurea in medicina (tendenzialmente con una specializzazione). Nella larga maggioranza dei casi, i MM hanno operato in una sola regione e in una sola azienda e non hanno seguito corsi manageriali diversi dalla formazione obbligatoria. Dalle interviste emerge come i direttori di dipartimento tendano a porsi come rappresentanti delle istanze delle unità operative presso la direzione aziendale e come l'atto di nomina abbia la funzione di un «premio alla carriera». Il coinvolgimento sui sistemi di performance management aziendali spesso si limita al coordinamento operativo, anche perché soggetti differenti all'interno della struttura manageriale aziendale intendono in maniera diversa il ruolo del middle manager, contribuendo a generare aspettative piuttosto eterogenee rispetto al profilo stesso del MM.

In breve, nei casi analizzati non si registra un reale *empowerment* gestionale dei livelli organizzativi intermedi. Appare dunque necessario riflettere su pos-

sibili alternative all'attuale impostazione: (i) sospendere o contingentare l'attività clinica durante il mandato, (ii) prevedere un *managing director* con responsabilità operative e/o uno staff a supporto del direttore di dipartimento, (iii) introdurre nuovi assetti organizzativi a cui assegnare il governo delle risorse (piattaforme/piastre sui fattori produttivi e *centers* sul *patient journey*), lasciando ai dipartimenti attività di *knowledge transfer* professionale.

### 1.7.3 L'evoluzione delle reti di offerta

Il capitolo 10 muove dalla premessa per cui, i fenomeni di cambiamento istituzionale, organizzativo e operativo stanno conducendo alla necessità, per le aziende sanitarie, di trovare nuovi meccanismi di coordinamento intra-aziendali che garantiscano nel contempo: i) appropriati livelli di specializzazione del lavoro e delle competenze professionali e, di conseguenza, maggiore sicurezza delle prestazioni; ii) adeguati livelli di diffusione dei servizi nei diversi punti erogativi aziendali (ospedali *hub & spoke*).

Il capitolo analizza le scelte strategiche relative alla specializzazione del lavoro e alla diffusione dei servizi di quattro Aziende Sanitarie Pubbliche italiane: ATS Sardegna, AUSL Toscana Centro, AUSL di Reggio Emilia e Azienda ULSS 8 Berica. Tutti e quattro i contesti aziendali hanno avviato processi di riorganizzazione delle interdipendenze tra stabilimenti ospedalieri, in particolare nell'area chirurgica, sotto la spinta di fattori esogeni (standard nazionali, innovazioni tecnologiche, bisogni epidemiologici) ed endogeni (shortage dei medici, *clinical competence*, volumi attività), in parte comuni alle diverse aziende.

Le principali logiche e strategie adottate per riorganizzare le interdipendenze sono: i) distribuire il percorso di fruizione dei pazienti nella rete degli stabilimenti; ii) concentrare gli operatori e le attività in funzione di una precisa distribuzione delle attività per tipologia e tasso di specializzazione necessario; iii) far ruotare i team di professionisti tra diversi stabilimenti attraverso la creazione di *équipe* itineranti. I casi danno conto di un processo molto avanzato: se in precedenza il mix di competenze (chi), luoghi (dove), problemi da affrontare con l'erogazione di servizi sanitari (che cosa) era tendenzialmente sotto il controllo delle unità operative, ora gli elementi del mix diventano progressivamente altrettante variabili su cui l'azienda è chiamata a decidere nello sforzo di offrire i servizi più adeguati in un quadro di vincoli sempre più stringente.

L'adozione, limitata o estesa che sia, di nuove logiche e modalità di produzione ed erogazione di servizi implica che le spinte al cambiamento siano riuscite a prevalere rispetto ai fattori di inerzia e alle diverse resistenze. Perché ciò possa avvenire, una adeguata funzione di gestione operativa per rendere evidenti le opportunità offerte dalla redistribuzione delle attività e da un migliore utilizzo degli *asset* produttivi, così come l'azione dell'azienda e del suo top management per costruire e guidare i processi di cambiamento, sono fondamentali.

Il Capitolo 11 fotografa lo sviluppo della assistenza primaria, focalizzandosi sul ruolo giocato dai Medici di Medicina Generale (MMG) all'interno di filiere di servizi in evoluzione a seguito delle trasformazioni istituzionali e organizzative che hanno interessato molte regioni. Per analizzare queste dinamiche il capitolo impiega una metodologia mista adottando quattro differenti prospettive di analisi.

Come primo elemento, l'analisi della normativa e degli Accordi Collettivi Nazionali dimostra che buona parte della recente innovazione relativa alle forme organizzative e alla multiprofessionalità territoriale va in continuità con temi seminati già venti anni fa. In seconda battuta, l'analisi di alcuni Accordi Integrativi Regionali ha approfondito i principali strumenti adottati dalle regioni per il governo dei MMG: emerge un quadro regionale fortemente eterogeneo, in cui i diversi contesti mostrano differenti livelli di aderenza alle indicazioni nazionali e differenti maturità nell'utilizzo degli strumenti manageriali. La survey somministrata ai MMG aderenti alla FIMMG ha invece permesso di analizzare l'effettivo recepimento dei modelli associativi e aggregativi e di fotografare le principali attività che compongono l'agenda dei MMG. Tra gli oltre 900 rispondenti al questionario, una quota minoritaria dichiara di far parte di forme aggregative della MG quali AFT e UCCP, l'interazione con gli specialisti viene generalmente considerata scarsa e sono poco diffuse agende dedicate per l'accesso dei pazienti cronici. Infine, il capitolo analizza due modelli paradigmatici di trasformazione della MG, quello lombardo e quello veneto, che stanno interpretando in modo profondamente diverso il ruolo della MG all'interno della filiera dei servizi territoriali. L'analisi di questi casi è strumentale all'osservazione delle due principali tendenze che caratterizzano il rapporto tra MG e sistemi aziendali: se nel caso lombardo si osserva una spinta verso forme di esternalizzazione che puntano sull'imprenditorialità della MG e la inducono ad attivare reti di scambi con gli erogatori, il caso veneto fa leva sulla fisicità dei setting e sull'utilizzo degli strumenti manageriali per rafforzare le forme di integrazione, con una forte intermediazione da parte del distretto che spinge all'internalizzazione della MG.

#### **1.7.4 Risultati e prospettive delle politiche di risanamento**

Il capitolo 12 affronta il tema dei Piani di Rientro che costituiscono una politica pubblica di sistema, attraverso cui lo Stato centrale, a partire dal 2005, interviene per garantire il conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e la qualità delle prestazioni sanitarie. In particolare, il capitolo sviluppa due filoni di indagine.

In primo luogo, sono analizzati i trend (2005-2016) di alcuni indicatori sulla qualità delle prestazioni sanitarie, in particolare dell'assistenza ospedaliera, con l'obiettivo di osservare l'evoluzione nella qualità delle cure e di investigare la

relazione fra il Piani di Rientro e i livelli di assistenza. I risultati mostrano un miglioramento generalizzato degli indicatori di esito considerati in termini assoluti, anche se il divario fra i livelli di assistenza delle regioni in PdR e non in PdR si riduce soltanto per alcuni indicatori (IMA e colecistectomia laparoscopica). Inoltre, vi è una forte eterogeneità all'interno dei due gruppi di regioni.

In secondo luogo, attraverso un'analisi documentale e la realizzazione di interviste semi-strutturate, sono analizzate le caratteristiche del sistema di governance dei PdR, ricavando cinque messaggi principali: i) le condizioni di uscita dai commissariamenti non appaiono chiare mentre quelle di uscita dai piani non sono mai state disciplinate; ii) i commissariamenti hanno rappresentato prevalentemente un meccanismo sanzionatorio, mentre non si sono rivelati un dispositivo in grado di affidare la gestione sanitaria a figure esterne dotate delle motivazioni e delle prerogative di governo necessarie per l'adozione dei programmi operativi; iii) il sistema di incentivi e il processo di verifica e monitoraggio sono stati orientati principalmente al perseguimento dell'equilibrio economico finanziario; iv) l'azione di affiancamento al livello regionale sulla gestione sanitaria è stata complessivamente inferiore alle attese; v) la griglia LEA, a causa del fatto che il punteggio ufficiale viene calcolato con un periodo di circa due anni e della staticità di alcuni suoi indicatori, non appare uno strumento efficace né per disciplinare l'uscita della Regioni dai Commissariamenti né come oggetto del processo di monitoraggio trimestrale.

Il capitolo 13 ha l'obiettivo di fornire una rappresentazione e disamina delle *performance* economiche, patrimoniali e finanziarie delle Aziende Ospedaliere (AO) pubbliche attraverso un'analisi per indici di bilancio. L'analisi ha permesso di: i) analizzare le performance economiche, patrimoniale e finanziarie di tutte le AO pubbliche italiane, per gli anni 2015, 2016, 2017; ii) individuare casi di AO che mostrano dei miglioramenti nelle performance economiche nel periodo temporale 2015-2017 identificando dei casi di risanamento aziendale; iii) discutere quali siano stati i principali driver di performance e di risanamento.

L'analisi è stata condotta a partire dai dati di bilancio come da modelli ministeriali Conto Economico e Stato Patrimoniale e include sia indici economici sia indici patrimoniali. Il quadro complessivo sulla redditività aziendale segnala un trend positivo di miglioramento dei risultati economici delle AO, con una progressiva riduzione del numero delle aziende con risultato negativo nel periodo analizzato. L'analisi mostra tuttavia come la gestione operativa presenti alcune criticità che mettono in luce come il sistema di finanziamento delle AO possa ancora essere distorsivo rispetto alla capacità di queste di mettere in relazione ricavi e costi al fine di ottenere una gestione economica ed efficiente: da un lato, i risultati di esercizio complessivamente migliori dei risultati operativi continuano a segnalare un ruolo rilevante delle gestioni straordinaria e finanziaria; dall'altro, guardando alla scomposizione dei ricavi, si evince come

i contributi indistinti continuano a giocare un importante ruolo di risanamento. Sul lato costi della produzione si conferma un generale trend di contenimento dei costi per beni e servizi e del personale. Nonostante ciò questi continuano a essere superiori ai ricavi della produzione. Rispetto alle performance patrimoniali e finanziarie si segnala un trend di miglioramento del livello di indebitamento e performance non critiche per quanto riguarda la gestione della liquidità. Preoccupante è invece l'obsolescenza di macchinari e attrezzature sanitarie.

Guardando alle aziende i cui risultati mostrano percorsi di miglioramento (o risanamento) del risultato operativo nel periodo analizzato, si riscontra che questo fenomeno sia stato maggiormente significativo le aziende caratterizzate nel periodo da situazioni di performance particolarmente negativa ( $ROS < -10\%$ ). Nonostante i dati di bilancio non siano sufficienti per comprendere appieno come si sia raggiunto il miglioramento, gli indici evidenziano che queste aziende più di altre hanno lavorato su un trend di riduzione dei costi per beni e servizi e per il personale, il miglioramento del rapporto di indebitamento, della copertura delle immobilizzazioni e dei propri livelli di liquidità e di obsolescenza.

### **1.7.5 Innovazioni nei modelli di servizio e nelle politiche sanitarie**

Il capitolo 14 mette in luce il valore strategico che alcuni processi di innovazione guidati dalle tecnologie possono assumere per il SSN e le sue aziende. Si tratta di innovazioni non strettamente sanitarie, capaci di generare profondi cambiamenti nei modelli di servizio con impatti sui pazienti, sull'organizzazione e sui professionisti. La ricerca offre una prima panoramica dei processi in corso identificando almeno cinque ambiti di possibile innovazione:

- ▶ il primo concerne i sistemi di accesso e contatto, per i quali tecnologie digitali, già da tempo disponibili in altri settori, si stanno traducendo solo recentemente in proposte a maggior valore aggiunto per cittadini e utenti;
- ▶ il secondo riguarda tecnologie relativamente mature, ma configurate ad hoc per supportare lo sviluppo dei nuovi modelli di presa in carico e gestione della continuità assistenziale;
- ▶ il terzo guarda a tecnologie più recenti, che fanno leva sull'intelligenza artificiale (IA) per supportare i processi decisionali clinici, di diagnosi e scelta del trattamento, con applicazioni promettenti nel sistema delle cure primarie;
- ▶ il quarto approfondisce tecnologie, come la robotica o la realtà virtuale e aumentata, che stanno modificando i processi di cura e per le quali gli sviluppi attesi nel campo della riabilitazione sono altissimi;
- ▶ il quinto, definito «degli ambienti intelligenti», vede nuovamente l'applicazione di tecnologie già disponibili nel mercato, ma ricombinate in modalità originali per contribuire alla copertura di bisogni di assistenza socio-sanitaria sempre crescenti.

Ognuno dei cinque ambiti, approfondito attraverso l'analisi di alcuni casi esemplificativi, presenta traiettorie di sviluppo differenziate ma alcune tendenze comuni, tra cui: la tendenza alla disintermediazione nei processi di consumo che spiazzava il tradizionale ruolo del professionista; le difficoltà strutturali delle aziende pubbliche nel percorrere processi di innovazione analoghi a quelli «più radicali» sviluppati nel circuito dei consumi privati e l'importanza del top management nel consolidare e trasmettere all'azienda il bisogno di assimilare l'innovazione traducendola in processi e modalità di funzionamento.

Il capitolo 15 presenta i principali risultati prodotti nel secondo anno di ricerca dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità (MASAN). Il “risparmio” sui volumi acquistati, sebbene sia utilizzato dal policy maker come metrica per giustificare la correttezza del processo di centralizzazione, e sia comunque un obiettivo primario che le centrali si sono poste, anche in considerazione del fatto che l'aggregazione e la razionalizzazione dei processi di acquisto sono stati introdotti come strumento di *spending review*, non rappresenta la sola dimensione per valutare il processo di centralizzazione e non può rappresentare un obiettivo di medio-lungo termine.

In questo capitolo sono stati analizzati alcuni effetti di questo processo con particolare riferimento a: economie di specializzazione, utilizzo di gare sotto-soglia da parte delle aziende sanitarie, incremento del contenzioso amministrativo, concentrazione del mercato e capacità di acquistare valore e innovazione. Alcuni effetti del processo di centralizzazione sono di tipo contingente e quindi una sorta di “reazione” del sistema: è questo il caso dell'incremento del numero dei ricorsi, anche se il tasso di soccombenza delle centrali risulta molto limitato, e del numero di gare sotto-soglia, che comunque non sono cresciute in modo limitato. Gli altri effetti sono di tipo strutturale e critiche sono risultate le capacità di generare economie di specializzazione e di acquistare valore e innovazione che devono rappresentare obiettivo primario di rilancio delle centrali.

Il capitolo 16 si basa sul presupposto per il quale il numero contenuto di donne nei ruoli apicali della sanità si spiega solo in parte per il fatto che la femminilizzazione della classe medica è un fenomeno relativamente recente. Infatti non si possono negare le resistenze culturali dentro le organizzazioni e le difficoltà di molte donne medico a intraprendere percorsi di carriera ambiziosi.

Il capitolo approfondisce il tema facendo un focus sul line management (i direttori di unità operativa, una volta definiti primari) e sui Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche, integrando analisi quantitative (a partire dal Conto Annuale e da database del Ministero della Salute e dei processi regionali di selezione dei DG) a approfondimenti qualitativi tramite questionari e interviste.

Dallo studio emerge come, seppur le donne complessivamente rappresentino il 44% di medici, solo il 16% dei direttori di unità operativa è donna, con una

variazione importante su base regionale, dal 24% dell'Emilia Romagna al 10% del Veneto. Fortissime sono le differenze tra le diverse discipline: se le donne sono il 69% tra i direttori di farmacia ospedaliera, oscillano tra il 10 e il 20% nelle discipline mediche, e scendono sotto il 10% in quelle chirurgiche, arrivando a zero in ortopedia o cardiocirurgia.

Mentre se sono il 26% le donne nell'elenco nazionale degli idonei a ricoprire il ruolo di DG, le donne DG sono solo il 17%. Analizzando i dati di tre processi regionali di selezione (in Piemonte, Sicilia e Lombardia) emerge che il gap è dovuto non solo allo scarso numero di donne che si candidano per il ruolo ma anche al processo in sé. Sono, infatti, soprattutto i colloqui e le nomine a penalizzare di più le donne: non è chiaro, invece, se la causa di questa differenza è data da un pregiudizio di selezionatori e politici, o da una minore capacità delle donne a mostrare il proprio valore.

Dall'analisi delle interviste a un campione di donne DG, emerge una certa diffidenza verso strumenti di discriminazione positiva (come le quote rosa), ma anche la necessità di rendere le aziende sanitarie più *women-friendly*, nelle politiche di conciliazione e nella cultura organizzativa. Il capitolo si conclude discutendo gli strumenti organizzativi e di policy per ridurre le differenze di genere nei ruoli apicali, un tema destinato – per ragioni demografiche e culturali – ad entrare sempre più nelle agende della politica e delle aziende sanitarie.

Il capitolo 17 presenta un inquadramento del settore dei dispositivi medici (DM) a livello globale e delle dinamiche economiche e delle performance delle aziende operanti nel settore in Italia. Le analisi si basano su una banca dati costruita ad hoc che ha utilizzato come fonti informative principali la piattaforma AIDA (Analisi Informatizzata delle Aziende), il Flusso Consumi e la Banca Dati e Repertorio (BD/RDM) del Ministero della Salute. Le elaborazioni hanno riguardato la struttura e la performance economico-finanziaria delle imprese operanti in Italia nel mercato dei DM. L'analisi, condotta secondo la prospettiva dell'offerta, è stata articolata su quattro dimensioni principali, con rilevazione annua dal 2007 al 2017: (i) dimensione delle imprese e struttura del mercato; (ii) struttura dei costi ed efficienza; (iii) redditività; e (iv) solidità e stato di salute dell'impresa. L'analisi della struttura e concentrazione del mercato è stata svolta anche secondo la prospettiva della domanda, con riferimento al periodo 2014-2017.

Il settore dei DM è caratterizzato da un elevato tasso di innovazione a livello globale, grazie agli elevati investimenti in ricerca e sviluppo. Nei prossimi anni, inoltre, sarà interessato da importanti impatti come conseguenza dell'entrata in vigore definitiva del nuovo Regolamento sui DM.

Il numero di aziende operanti nel mercato dei DM in Italia è cresciuto del 24% dal 2008 al 2016, arrivando a 4.406 imprese. In particolare, è aumentato il numero di imprese micro, piccole e medie. Le imprese con il maggior grado di diversificazione sono quelle integrate di imprese di grandi dimensioni e quelle distributrici

medie e piccole. Nessun settore merceologico presenta un elevato livello di concentrazione del mercato. Negli ultimi anni la crescita del fatturato è stata alquanto frenata (in alcuni casi registrando una flessione), così come anche il numero di addetti è sostanzialmente stabile, malgrado alcune fluttuazioni. Tuttavia, anche grazie ad un recupero di efficienza (ad esempio, la riduzione del period gap), negli ultimi anni la redditività è rimasta sostenuta, soprattutto per le imprese di produzione.

## 1.8 Bibliografia e riferimenti esterni

- Banca d'Italia (2018), *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*, disponibile online: [https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/indagine-famiglie/bil-fam2016/Statistiche\\_IBF\\_20180312.pdf](https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/indagine-famiglie/bil-fam2016/Statistiche_IBF_20180312.pdf)
- Cantarelli P., Lega F., Longo F. (2017), «La regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2017*, Milano, EGEA.
- INPS (2019), *Pensioni vigenti all'1.1.2019 e liquidate nel 2018 erogate dall'Inps*, disponibile online: <https://www.inps.it/banchedatistatistiche/menu/pensioni/StatisticheInBreve.pdf>
- ISTAT (2019a), *Sezione Conti Nazionali, Occupazione regolare, irregolare e popolazione*, disponibile online [dati.istat.it](http://dati.istat.it) (ultimo accesso ottobre 2018).
- ISTAT (2019b), *Sezione Popolazione e famiglie, Indicatori di fecondità*, disponibile online [dati.istat.it](http://dati.istat.it) (ultimo accesso ottobre 2018).
- ISTAT (2019c), *Sezione Popolazione e famiglie, Previsioni demografiche*, disponibile online [dati.istat.it](http://dati.istat.it) (ultimo accesso ottobre 2018).
- McGinnis J. M., Williams-Russo P, Kinckman J.R. (2002), «The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion», *Health Affairs* 21(2).
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2019), *I principali dati relativi agli alunni con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) - Anno Scolastico 2017/2018*, disponibile online: <https://www.miur.gov.it/web/guest/-/scuola-pubblicati-i-dati-sugli-alunni-con-disturbi-specifici-dell-apprendimento>.
- Ministero della Salute (2019), *Personale delle ASL e degli istituti pubblici ed equiparati*, disponibile online: [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2870](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2870).
- Ministero dello Sviluppo Economico (2016), *Chiarimenti in materia di diagnosi energetica delle imprese*, p. 3, disponibile on line <https://www.assolombarda.it/servizi/energia-e-gas/informazioni/definizione-grande-impresa-aggiornamento-chiarimenti-mise>.
- National Conference of State Legislatures - NCSL (2013), *Racial and Ethnic Health Disparities*, disponibile online <http://www.ncsl.org/portals/1/documents/health/HealthDisparities1213.pdf>