



OSSERVATORIO SULLE AZIENDE E SUL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

RAPPORTO OASI 2016

EXECUTIVE SUMMARY

*A cura di Patrizio Armeni, Lorenzo Fenech, Alessandro Furnari, Francesco Longo,
Francesco Petracca, Alberto Ricci*

Si prega di non diffondere il documento o sue parti prima del 14/11/2016

Questo *Executive Summary* propone un'interpretazione complessiva dei risultati del Rapporto OASI 2016, cercando di individuare i principali trend evolutivi del SSN e del settore sanitario italiano, alla luce delle evidenze disponibili. Riprende in buona sostanza i contenuti del capitolo 1 del Rapporto 2016.

Lo sforzo di interpretazione complessiva sulle dinamiche del SSN è frutto di una discussione tra i docenti e ricercatori di SDA e CERGAS Bocconi che hanno contribuito all'elaborazione del Rapporto 2016. Le evidenze presentate sono in parte il frutto di ricerche condotte *ad hoc* per il Rapporto OASI, in parte sono tratte dagli studi degli Osservatori che all'interno dell'Università Bocconi si occupano di segmenti specifici della sanità: OCPS (Consumi privati in Sanità), OSFAR (Farmaci), Sanità Privata Accreditata.

I principali trend evolutivi del SSN e del settore sanitario italiano sono raggruppati nei seguenti blocchi logici, che costituiscono anche i titoli dei paragrafi: la rilevanza e le interdipendenze del settore sanitario (§ 1); la sobrietà della spesa sanitaria in relazione ai livelli di spesa pubblica e privata (§ 2); il consolidamento dell'equilibrio economico - finanziario del SSN e dei singoli contesti regionali (§ 3); la prevalenza della leva istituzionale per l'innovazione dei SSR (§ 4); l'evoluzione che, di conseguenza, dovrà interessare la funzione manageriale (§ 5); i cambiamenti nel mix di attività e nelle piattaforme produttive del SSN (§ 6); le interrelazioni che caratterizzano i vari *setting* dei servizi sanitari e socio-sanitari (§ 7); il persistere di gap tra i sistemi regionali in termini di offerta e *outcome* di salute (§ 8); l'invecchiamento del personale SSN come grave problema, ma anche come opportunità (§ 9). L'ultimo paragrafo (§ 10) riporta invece la struttura del volume e i contenuti essenziali (*abstract*) dei singoli capitoli del Rapporto in termini di obiettivi, metodi e principali risultati.

1. La sanità, un settore portante dell'economia a forti interdipendenze

In Italia, nel 2015, il settore dell'assistenza sanitaria ha mobilitato complessivamente 149 miliardi di risorse in termini di spesa corrente. Di questi, 115 miliardi sono stati finanziati dal SSN (cfr. cap. 4 del Rapporto), mentre i 34 miliardi di consumi sanitari privati sono stati prevalentemente coperti da esborsi diretti delle famiglie e, in misura minore, da spesa intermediata (cfr. cap. 7). Il comparto socio-assistenziale vale altri 40-50 miliardi di spesa, a seconda di dove si collochi il confine con la previdenza. I dati ISTAT relativi al 2014 indicano che l'assistenza sanitaria e sociale, con 149 miliardi, rappresenta





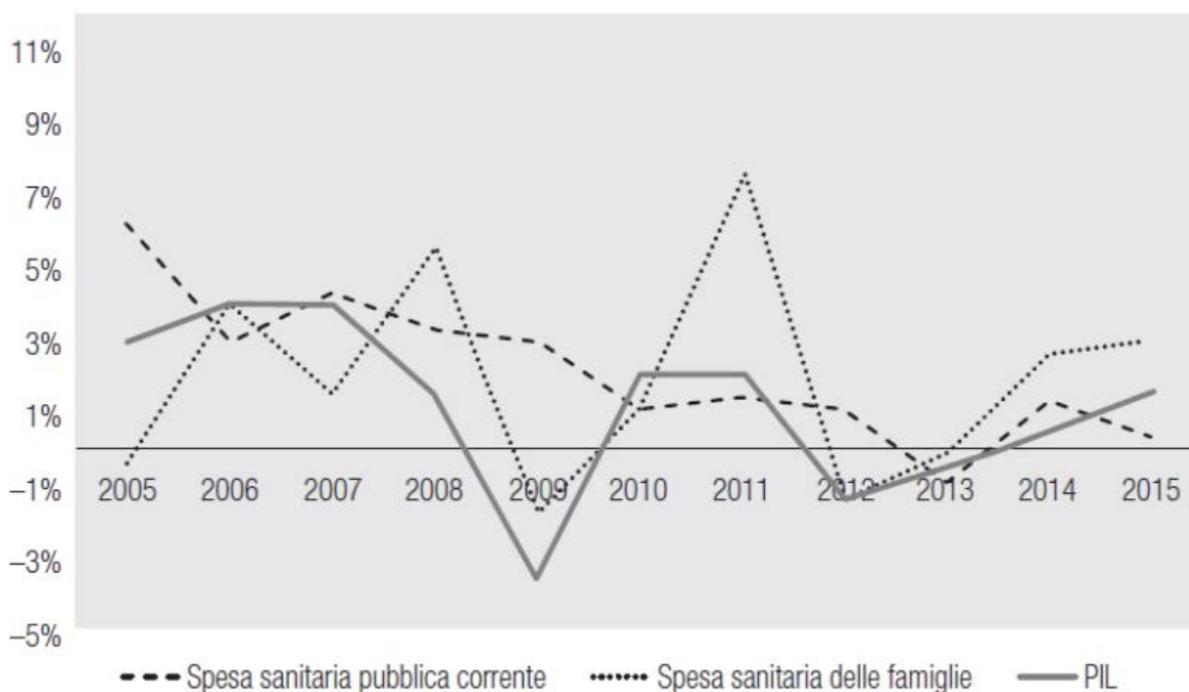
il settimo settore dell'economia nazionale per prodotto lordo¹, il sesto se si aggiunge la produzione di farmaci (24 miliardi). Il prodotto dell'assistenza sanitaria e sociale è appena inferiore a quello del principale comparto della manifattura, cioè la produzione di macchinari e apparecchiature (152 miliardi), ma risulta superiore ad altri settori portanti dell'economia nazionale come le attività finanziarie ed assicurative (142 miliardi), l'alimentare (129 miliardi), la ricettività e la ristorazione (102 miliardi) o il tessile e la moda (81 miliardi).

Contrariamente ad altri settori pubblici, come l'istruzione, il 70% delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale viene trasferito a economie terze come corrispettivo per beni o servizi (imprese farmaceutiche e di *medical device*, *facility management*) o per l'erogazione di assistenza per conto del SSN (strutture sanitarie private accreditate, farmacie e professionisti convenzionati). Solo il 30% della spesa SSN è destinata ai dipendenti pubblici, il 36% se includiamo anche la medicina convenzionata. Di conseguenza, richiamando i modelli *input-output* di interdipendenza settoriale (Leontieff, 1986), la spesa sanitaria pubblica è un formidabile strumento di politica industriale; permette infatti, attraverso le scelte di acquisto di beni e servizi, di impattare direttamente su settori ad alto livello di tecnologia e sapere specialistico. I settori correlati alla sanità, come il farmaceutico, i *medical device* e le grandi infrastrutture si alimentano e riflettono buona parte delle dinamiche presenti nel settore e nel SSN. Allo stesso modo, la ricerca scientifica e lo sviluppo della formazione universitaria per le professioni sanitarie dipendono in larga parte da politiche attuate nel SSN. La sanità stessa è un settore *labor intensive*, ad alta componente tecnologica e con un corpo professionale tra i più qualificati nell'economia del Paese, difficilmente delocalizzabile. Se queste considerazioni sono in buona parte note e condivise, ciò che è necessario è un cambiamento di paradigma da parte del *policymaker*. Risultano infatti sempre più visibili le interdipendenze tra l'andamento complessivo dell'economia e il settore sanitario. I tassi di crescita della spesa SSN, e soprattutto quello della spesa privata, appaiono sempre più legati a quello del PIL (Figura 1). È logico che, dal punto di vista delle causalità, sia prevalentemente la disponibilità di risorse pubbliche e private a determinare il livello di spesa sanitaria; con la possibilità, però, di innescare circoli virtuosi per l'intera economia se la spesa genera innovazione scientifica, medico-clinica, tecnologica e gestionale. Bisogna quindi realizzare che il settore sanitario non è, o non è più, un comparto anticiclico e immune ai periodi di crisi economica. Al contrario, la sanità necessita di adeguato finanziamento e di politiche settoriali consapevoli e mirate, in modo da esprimere le sue potenzialità di volano economico, sociale e istituzionale.

¹ Si considera la classificazione NACE Rev2. I primi sei settori di pari livello gerarchico rispetto all'assistenza sociale e sanitaria sono peraltro molto ampi: la manifattura, il commercio all'ingrosso e dettaglio, le attività immobiliari, i trasporti, le costruzioni, le attività professionali, scientifiche e tecniche.



Figura 1. Tassi di crescita % annuali di spesa sanitaria pubblica corrente, spesa privata e PIL, 2005-15



Fonte: Conti nazionali ISTAT, 2014: cap. 7 OASI 2016, elaborazioni OCPS su dati CeRGAS e ISTAT

Oltre alle correlazioni inter-settoriali, va sottolineata anche la crescente interdipendenza tra sanità privata e sanità pubblica. Tale interdipendenza è fisiologica, perché la spesa pubblica e la spesa privata delle famiglie rispondono alla stessa domanda di salute della popolazione. Le politiche pubbliche di regolazione della farmaceutica, della specialistica e della libera professione influenzano indirettamente e direttamente il livello di spesa privata, che per il 14% è generata dal pubblico (cfr. capitolo 7). In generale, in una lunga e profonda fase di contenimento della spesa pubblica, in cui i livelli di copertura del SSN diminuiscono con il calare dell'intensità clinico-assistenziale, il mix e i luoghi dei consumi sanitari privati appaiono sempre più complementari e necessari per rispondere ai bisogni di salute. A tal proposito, appare evidente la rilevanza delle visite ambulatoriali private, a fronte della crescente tensione nelle liste di attese del SSN, oltre che l'ampia quota di spesa privata per *medical device*, per il comparto socio-sanitario e per l'odontoiatria. Molti pazienti, nei loro percorsi di cura, attraversano di frequente i confini tra sanità privata e sanità in regime SSN.

Le interdipendenze sono legate anche alla molteplicità dei soggetti pubblici e privati che compongono l'offerta, con i privati che assumono un ruolo molto rilevante. Gli erogatori privati offrono servizi per conto del SSN per un valore pari a 24 miliardi, corrispondente al 21% dell'intera spesa sanitaria pubblica (cfr. capitolo 5). Sommando anche la quota di servizi erogati in *out-of-pocket* e attraverso fondi e assicurazioni (18 miliardi, cfr. cap. 7), gli erogatori privati offrono prestazioni per 42 miliardi, quasi un terzo della spesa sanitaria. Un esempio delle interdipendenze sul lato dell'offerta è quello della mobilità ospedaliera interregionale in regime SSN: la perdita di quote di mercato delle aziende pubbliche è stata interamente recuperata dalle strutture private accreditate. La crescita della platea delle persone dotate di un'assicurazione sanitaria complementare (arrivati a 11 milioni di persone), seppur al momento con coperture medie molto modeste, costituisce un ulteriore vettore di interdipendenza tra famiglie, assicurazioni, erogatori pubblici e privati. Queste dinamiche ci impongono di considerare il settore sanitario come un comparto unico, con una componente pubblica e una privata

3

In collaborazione con



Science For A Better Life

fortemente interdipendenti. A oggi però, la necessità di organizzare queste interdipendenze non è ancora compiutamente in agenda. Il pericolo di uno sguardo a silos, sia rispetto i canali di finanziamento, sia rispetto ai diversi profili di erogazione, rischia di incrementare i profili di iniquità, inappropriately e insostenibilità complessiva, distruggendo valore per la comunità e indebolendo la possibilità di tutelare la salute a fronte delle risorse in gioco.

2. Una spesa sanitaria sobria, in riduzione percentuale su spesa pubblica e privata

Il livello di spesa pubblica per il SSN è sobrio nel panorama europeo e internazionale. Il giudizio rimane identico anche considerando la spesa sanitaria complessiva, includendo quindi quella privata delle famiglie. Nel 2014, la spesa sanitaria totale espressa a parità di potere d'acquisto era infatti pari a 3.239 dollari in Italia, a 3.377 \$ nel Regno Unito, a 4.508 \$ in Francia, a 5.182 \$ in Germania, per arrivare ai 9.403 degli Stati Uniti (WHO, 2016). Tra i grandi Paesi europei, solo la Spagna evidenzia una spesa sanitaria totale inferiore a quella italiana (2.966 \$). Negli ultimi anni non si registrano inversioni di tendenza: nel periodo 2010-2014 il tasso di crescita reale della spesa del SSN è stato negativo (-1,4%), al quarto posto nel panorama UE in termini di diminuzione delle risorse per la protezione sanitaria.

Tornando al panorama nazionale, la Tabella 1 riporta l'andamento della spesa sanitaria pubblica e privata in relazione alle principali grandezze macroeconomiche.

Tabella 1. Trend spesa sanitaria pubblica corrente, spesa privata e incidenza sulle principali grandezze macroeconomiche, 2005-15

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Spesa sanitaria totale corrente											
Miliardi di euro	124,8	128,8	133,4	138,3	140,8	142,3	146,1	146,7	145,6	147,8	149,1
In % del PIL	8,4	8,3	8,3	8,5	8,9	8,9	8,9	9,1	9,1	9,2	9,1
Spesa sanitaria pubblica corrente											
Miliardi di euro	96,8	99,6	103,8	107,1	110,2	111,3	112,8	114,0	112,9	114,3	114,6
In % della spesa sanitaria totale	77,5	77,4	77,8	77,4	78,3	78,2	77,2	77,7	77,5	77,3	76,9
% della spesa tot. corrente della PA	14,5	14,5	14,3	14,7	14,6	14,9	14,5	14,2	14,1	14,0	n.a.
% del PIL	6,5	6,4	6,4	6,6	7,0	6,9	6,9	7,1	7,0	7,1	7,0
Spesa sanitaria delle famiglie											
Miliardi di euro	28,0	29,1	29,6	31,2	30,6	31,0	33,3	32,8	32,7	33,5	34,5
In % della spesa sanitaria totale	22,5	22,6	22,2	22,6	21,7	21,8	22,8	22,3	22,5	22,7	23,1
In % della spesa delle famiglie	3,1	3,1	3,1	3,2	3,2	3,1	3,3	3,3	3,3	3,4	3,4
In % del PIL	1,9	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1

Fonte: elaborazioni OCPS SDA Bocconi su dati OASI; EUROSTAT e ISTAT (Conti nazionali).

Dal 2009, l'incidenza della spesa corrente SSN su PIL è assestata stabilmente al 7%, nonostante la stagnazione dell'economia e il quadro di peggioramento epidemiologico, quest'ultimo imputabile al crescente invecchiamento della popolazione e al conseguente incremento delle patologie croniche. È

4

In collaborazione con



Science For A Better Life

significativo constatare che l'incidenza della spesa per il SSN sul totale della spesa pubblica sia scesa dal 14,9% al 14% tra 2010 e 2014 (ISTAT, 2016): la sanità non sembra essere considerata né un volano di potenziale sviluppo sociale né di crescita economica. Allo stesso modo, già dal 2008 cala significativamente l'incidenza della spesa sanitaria sul totale della spesa per la protezione sociale, dal 26,2% (2008) al 23,5% (2014), sostanzialmente a vantaggio della spesa previdenziale e di sostegno in caso di disoccupazione. Questo trend, sebbene spiegabile alla luce della recente crisi economica e del quadro demografico, non fa che ribadire la preferenza del welfare italiano per il trasferimento monetario alle famiglie in funzione dei redditi pregressi dei singoli. Stenta invece a decollare l'evoluzione verso servizi che siano finalizzati ai bisogni e che tengano in considerazione il reddito effettivo dell'intero nucleo familiare. Purtroppo, questo indebolisce ulteriormente la forza redistributiva del sistema di welfare complessivamente inteso.

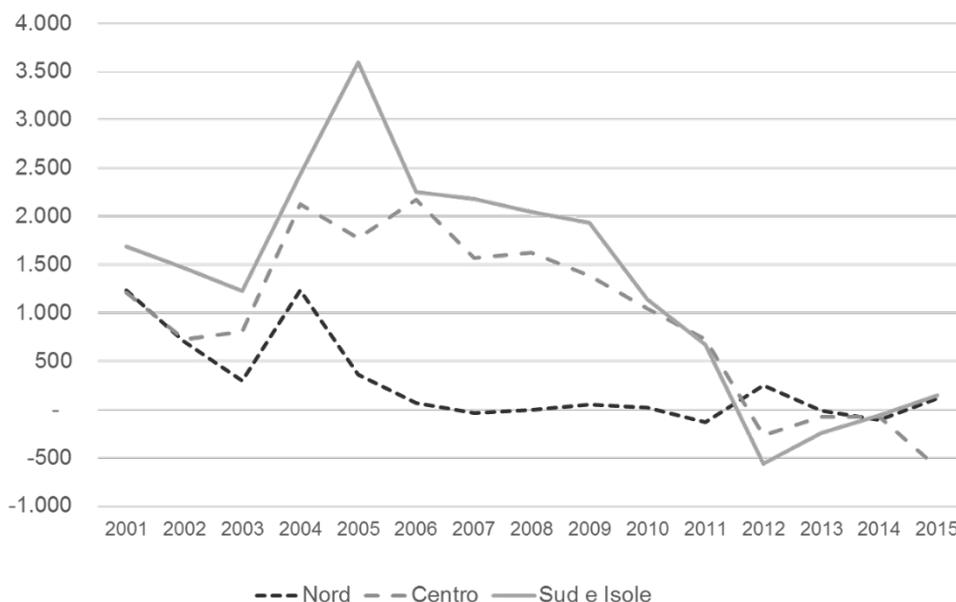
La spesa sanitaria privata per il 2015 è stata rivalutata statisticamente a 34,5 Mld, ma anch'essa fino ad oggi mostra tassi di crescita molto contenuti. In particolare, la spesa sanitaria privata rappresenta il 2,1% del PIL, con un'incidenza ferma al 23% della spesa sanitaria totale, permettendo al SSN di garantire il 77% della spesa totale, in linea con i grandi paesi dell'Unione Europea (Francia e Germania, in particolare). La constatazione che la spesa sanitaria privata non cresce nonostante la stasi della spesa sanitaria pubblica porta a due considerazioni. Da un lato, non si osservano effetti di sostituzione tra spesa pubblica e privata, entrambe sempre più agganciate all'andamento del PIL. Dall'altro, pur in presenza di un sistema pubblico sobrio e da tempo non in espansione, le famiglie italiane hanno finora dimostrato una medio-bassa propensione a riallocare le proprie risorse a favore di consumi sanitari: la spesa sanitaria privata rappresenta solo il 3,4% della spesa delle famiglie, contro "alberghi e ristoranti" al 9,8% (ISTAT, 2016). In generale, queste dinamiche pongono il problema di quante risorse, pubbliche e private, gli italiani ritengono utile allocare per la tutela della salute. Allo stesso tempo, per il SSN diventa fondamentale rendicontare in modo più convincente i benefici sociali, istituzionali ed economici che genera, in una prospettiva di *advocacy* per lo sviluppo dei servizi sanitari.

3. Un sistema in equilibrio di bilancio, con le regioni in convergenza verso il risanamento

Il SSN conferma e consolida nel 2015 il suo raggiunto equilibrio di bilancio, che possiamo a questo punto considerare strutturale e non più occasionale. Infatti dal 2012 il SSN registra un leggero avanzo di amministrazione, considerando gli automatismi in essere nell'aumento automatico delle aliquote fiscali regionali per i territori che registrano ancora dei deficit. Nel 2015, il SSN registra un avanzo di 346 milioni, pari allo 0,3% delle risorse correnti complessivamente a disposizione del SSN (fondo sanitario nazionale più ricavi ed entrate proprie degli enti del SSN). Gli automatismi per riaggiustare eventuali disavanzi creano un sistema robusto di incentivi alla sostenibilità dei singoli SSR, responsabilizzando le comunità regionali e i loro meccanismi di rappresentanza.

A questo proposito, un dato di rilievo è la raggiunta convergenza all'equilibrio finanziario di quasi tutti i sistemi regionali. La Figura 2 descrive i trend dei disavanzi registrati annualmente dai SSR nelle tre macro-aree del Paese: si nota una rapida diminuzione dei deficit del Centro-Sud a partire dalla metà degli anni 2000. Rimangono, al 2015, solo tre regioni con un disavanzo di qualche rilievo, tutte di dimensioni ridotte dal punto di vista della popolazione: Sardegna con 340 milioni di disavanzo, Liguria con 110 milioni, Molise con 23 milioni.

Figura 2. Trend dei deficit regionali registrati annualmente, per macro-area geografica, mln €, 2001-2015



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Il risultato dell'equilibrio di bilancio e della convergenza finanziaria regionale è ancora più apprezzabile se consideriamo che è stato raggiunto proprio negli anni più difficili, in cui la spesa sanitaria (pubblica e privata) non è cresciuta e in cui i trend epidemiologici sono in peggioramento.

Anche sulla copertura dei debiti pregressi, almeno sul versante dei fornitori del SSN, si rilevano evidenti segnali di miglioramento. A livello nazionale, tra 2012 e 2016, i tempi di pagamento massimi delle aziende sanitarie pubbliche sono stati dimezzati, passando da 307 giorni a 161 (Assobiomedica, 2016). Sebbene margini di riduzione siano certamente ancora possibili, un altro segnale incoraggiante è la diminuzione dei tempi di pagamento in regioni caratterizzate da solvibilità critica, come è avvenuto in Calabria (da 1010 giorni nel 2012 a 532 nel 2016), Molise (da 934 a 706), Campania (da 805 a 276) e Lazio (da 411 a 276). Sotto questo profilo, le iniezioni di liquidità da parte dello Stato centrale (D.L. 35/2013 e D.L. 66/2014) hanno giocato un ruolo fondamentale.

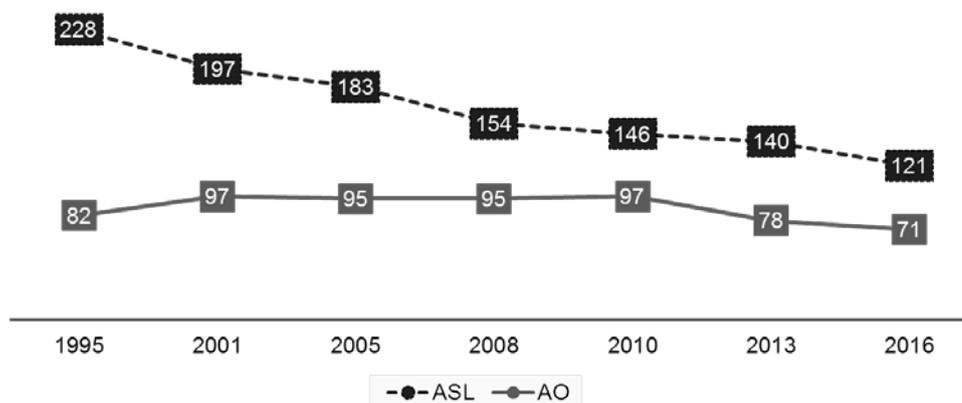
In definitiva, il percorso di risanamento economico-finanziario è solidamente avviato e ha raggiunto risultati importanti. Questo risanamento è in parte da ricondurre ad azioni di efficientamento organizzativo, in parte a una dolorosa riduzione dei servizi e dei tassi di copertura dei bisogni. Dall'enfasi sul controllo delle risorse, è quindi fisiologico che il dibattito si evolva sul piano dell'efficacia (quanti e quali bisogni sono effettivamente coperti) e dell'equità sociale e inter-regionale nell'erogazione dei servizi. I prossimi paragrafi affrontano le molteplici sfaccettature di questi temi.

4. L'ingegneria istituzionale come principale leva di innovazione

Il dato del 38% della popolazione che dichiara almeno una patologia cronica (ISTAT, 2016) e del 5% di italiani non autosufficienti, con trend in peggioramento, è stato posto al centro del dibattito da molti *policymaker* regionali. Il trend di convergenza tra le regioni meridionali e quelle settentrionali nell'incidenza della popolazione anziana (cfr. indici di vecchiaia forniti da ISTAT, 2015) ha generalizzato il problema a tutto il Paese. Unanimente, si è diffusa la consapevolezza di dover attivare

processi di *disease management* delle patologie croniche, di integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari, di gestione del *transitional care* tra *setting* assistenziali. Nelle regioni, diverse sono state le intuizioni in merito ai modelli di servizio da adottare, alle competenze professionali da privilegiare, ai *setting* assistenziale da rilanciare. Sul piano degli strumenti, invece, la maggior parte delle regioni ha attivato la stessa leva: il cambiamento dell'assetto istituzionale. Si conferma, quindi, la preferenza per il classico modello weberiano, che vede negli assetti istituzionali la determinante dell'evoluzione dei servizi e della loro gestione. Tre sono state le spinte istituzionali prevalenti (cfr. cap. 8): accorpate il numero delle aziende territoriali, rendendole sempre più vaste; reintegrare istituzionalmente servizi ospedalieri e servizi territoriali; rafforzare il ruolo della capogruppo regionale o delle sue agenzie di supporto, accentrando funzioni e risorse. Le prime due spinte, e in maniera indiretta anche la terza, hanno portato alla diminuzione del numero di ASL e AO. Si tratta di un trend che non si è mai interrotto del tutto, ma che ha registrato una notevole accelerazione negli ultimi tre anni, come rappresentato in Figura 3. Diversi processi di riordino dei SSR, a ottobre 2016, sono ancora in corso; tuttavia, la popolazione media delle ASL italiane ha già raggiunto i 501.368 abitanti, con un aumento del 22% rispetto al 2013 e del 70% rispetto al 2001.

Figura 3. Trend aziende sanitarie pubbliche, 1995-2015



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Il lettore di OASI sa che il cambiamento degli assetti istituzionali non è condizione sufficiente per modificare la geografia dei servizi: quest'ultima determina spesso degli alti costi di innovazione accompagnati da lunghe fasi di incertezza, in cui il dinamismo della narrazione politica è contrapposto a una staticità nella gestione. La modifica dei modelli istituzionali può operare al massimo come condizione facilitante, se poi rapidamente si interviene sui processi erogativi, si riallocano le risorse tra *setting* assistenziali, si sviluppano nuove competenze professionali. In altri termini, le riforme istituzionali possono effettivamente accelerare l'innovazione, a patto che le energie si focalizzino sui "fini" del cambiamento e sui collegati processi manageriali necessari a raggiungerli, ed evitino di disperdersi eccessivamente sui soli "mezzi" istituzionali. Ciò avviene se i sistemi di pianificazione e monitoraggio delle riforme sono dotati di robusti incentivi di politico-istituzionali e manageriali per raggiungere velocemente gli obiettivi prefissati.

Nella dialettica tra fini (gestione della cronicità, medicina di iniziativa, presa in carico, integrazione socio-sanitaria, ecc.) e mezzi segnaliamo una evidente aporia nel dibattito e nei processi di riforma in atto. La riflessione sugli assetti istituzionali è tutta concentrata sul ridefinire ruoli e poteri sull'asse verticale, tra centro e periferia. Questo riguarda sia la ri-regolazione dei rapporti tra Stato e regioni, ma anche la relazione tra regioni (e sue agenzie) e aziende. Il dibattito sulle relazioni verticali è però

all'opposto rispetto ai fini delle riforme, vale a dire l'organizzazione delle interdipendenze orizzontali tra *setting* assistenziali, tra settore sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale, tra spesa pubblica e spesa privata delle famiglie. In altri termini, l'esplosione delle patologie croniche e della non autosufficienza ci pone il rilevante problema dell'integrazione orizzontale dei processi, delle risorse e delle responsabilità, mentre il dibattito sugli assetti istituzionali è tutto focalizzato sulla regolazione delle relazioni gerarchiche verticali. Questo paradosso rischia di allontanare l'architettura degli assetti dalla geografia dei problemi e di creare un'agenda di riflessioni di *policy* e di management scarsamente allineata ai problemi reali.

5. Dove collocare la funzione manageriale?

La funzione manageriale si sta sempre più specializzando, seguendo sistemi regionali, agenzie e aziende con *mission* e nature profondamente differenziate. Esistono aziende sanitarie fortemente dedicate alla ricerca (come gli IRCCS), aziende ospedaliere di grandissime e di piccole dimensioni, ASL territoriali che sperimentano una forte integrazione con un grande ospedale e ASL prevalentemente territoriali, agenzie di area vasta, agenzie regionali specializzate, aziende socio-sanitarie. Aziende così eterogenee hanno *mission* specifiche e fabbisogni di governo diversificati, che richiedono profili manageriali specifici. Crediamo sia diverso gestire una grande azienda ospedaliero-universitaria, un consorzio di area vasta che centralizza alcune funzioni amministrative o un'agenzia di pianificazione o di committenza. Ugualmente, è diverso lavorare a livello locale, meso o "centrale regionale".

Parallelamente a questa crescente eterogeneità delle *mission* e funzioni aziendali e quindi delle competenze manageriali necessarie, si aggiunge un ulteriore impatto rilevante delle riforme istituzionali in corso. La drastica riduzione del numero delle aziende di alcune regioni (Toscana, Sardegna, Veneto, ecc.) avvicina strutturalmente il vertice aziendale al livello regionale, in ruoli più pianificatori e politici. La proliferazione di agenzie regionali e di agenzie inter-aziendali di area vasta, a sua volta, focalizza i loro vertici istituzionali su compiti di programmazione in un'ottica di sistema. In generale si assiste a un accorciamento della filiera istituzionale (regione-aziende) e a un crescente coinvolgimento dei vertici aziendali nell'ambito pianificatorio, che inevitabilmente sposta le funzioni del management aziendale più vicino alla sfera politica e di governo di sistema e più lontano dalla gestione aziendale.

Se i vertici aziendali risultano maggiormente coinvolti nella sfera politica e di governo di sistema sorge la domanda su dove si debba collocare la funzione manageriale di gestione di unità produttive locali. Probabilmente, questo impone di guardare ai sistemi regionali complessivi come una *holding* (in cui governa un *board* di direttori generali) con una serie di unità periferiche controllate, in cui collocare la nuova funzione manageriale, che deve però trovare nuove forme di enucleazione, di responsabilità, di *accountability* rispetto alle comunità locali. Le unità periferiche possono assumere configurazioni per materia e disciplina clinica (es. dipartimento di sanità pubblica regionale o un dipartimento di emergenza-urgenza), per territori (es. distretto), per presidi o per un set di funzioni amministrative od operative centralizzate. Ovviamente questo richiede un lungo e complesso percorso culturale: innanzitutto, bisogna chiarire dove collocare il management nei nuovi assetti aziendali e procedere con profonde modifiche contrattuali, simboliche e organizzative. Queste impongono una riflessione attenta sulle competenze manageriali distintive che devono essere sviluppate e selezionate. Si tratta di un processo sofisticato e di medio periodo, come è tipico ogniqualevolta un settore cerchi di sviluppare una nuova classe dirigente. Tuttavia, la ventennale esperienza dei direttori aziendali gestionali del SSN ha dimostrato che la direzione è percorribile e potenzialmente molto fertile ed efficace.

Ciò che preoccupa è l'attuale debolezza dei sistemi regionali nel concettualizzare i fabbisogni manageriali dei propri sistemi, come dimostra l'*assessment* che OASI 2016 ha condotto analizzando i principali processi regionali di selezione del top management (cfr. cap. 12 del Rapporto). La maggiore difficoltà delle regioni è quella di definire i profili specifici di cui hanno bisogno, per disegnare



conseguentemente processi di selezione e di sviluppo delle competenze a ciò orientati. A questo proposito, la recente introduzione dell'albo nazionale per le idoneità allo svolgimento del ruolo di direttore generale nelle aziende del SSN rappresenta un ulteriore arretramento, con una enfasi esclusiva su criteri formali, senza alcun orientamento a competenze e profili.

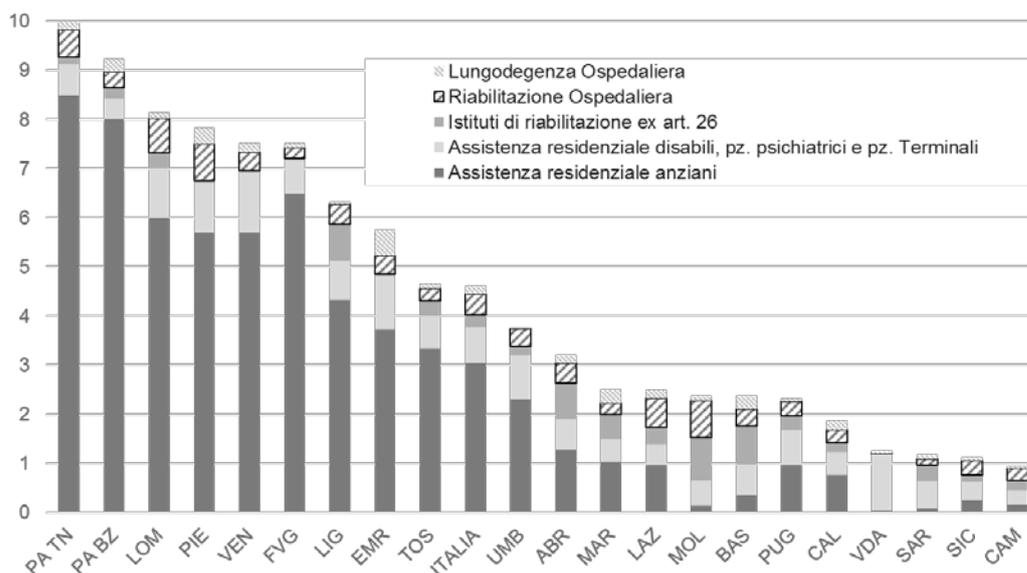
Sarebbe necessario indagare il paradosso per cui un sistema che ha tanto beneficiato della funzione manageriale negli ultimi 20 anni non si ponga il problema di come svilupparla.

6. L'evoluzione dei mix di attività e la trasformazione infrastrutturale e organizzativa delle piattaforme produttive

Si conferma un trend decrescente sia dei posti letto ospedalieri, sia dei ricoveri, sia in regime ordinario, sia diurno. Parallelamente, crescono molti segmenti di attività ambulatoriale, soprattutto per le prestazioni specialistiche complesse. La crescita di queste prestazioni, che fino a pochi anni fa erano erogate in *setting* ospedaliero, è rilevante in termini di volumi, ma non se ne apprezza proporzionalmente il valore per il significativo ritardo nell'aggiornamento delle tariffe ambulatoriali a livello nazionale. Allo stesso modo, crescono le attività riabilitative e per le cure intermedie, seppur frenate da vincoli sulle dotazioni infrastrutturali. Prosegue lo sviluppo del comparto socio-sanitario, soprattutto per l'assistenza ad anziani non autosufficienti. Ciò che colpisce, però, è la straordinaria variabilità inter-regionale nel confronto tra tutti i *setting* assistenziali (cfr. cap. 3 del Rapporto). Alcune regioni hanno mantenuto un'offerta ospedaliera molto più ricca della media nazionale (es. Emilia Romagna, Provincia Autonoma di Bolzano e Friuli Venezia Giulia) e altre sono storicamente sotto media, in maniera significativa (es. Calabria, Campania, Sicilia, Puglia). Ma è soprattutto la differenza di dotazione strutturale in ambito riabilitativo, lungodegenziale e di strutture residenziali ad essere sorprendente (Figura 4), con una forbice che va da 1 PL per 1.000 abitanti in Campania a 10 in Provincia Autonoma di Trento. Ciò dimostra come in questo ambito non vi sia stata una pianificazione compiuta né a livello nazionale né a livello regionale. Le differenze inter-regionali sono ancora più marcate nell'offerta specificatamente socio-sanitaria, correlata in maniera diretta con la ricchezza regionale e la capacità istituzionale di liberare risorse per il comparto. Queste discrepanze nelle dotazioni strutturali per la post-acuzie impone all'agenda del SSN una riflessione urgente e di grande rilievo, soprattutto alla luce della modifica dei mix di consumo in corso. Da segnalare, inoltre, che l'importante segmento delle cure intermedie risente di un inquadramento nazionale lacunoso, di un'eccessiva eterogeneità di classificazioni regionali e di flussi informativi sottosviluppati o addirittura assenti a livello nazionale; si pensi ad esempio, al monitoraggio della dotazione strutturale e delle attività effettivamente svolte dagli ospedali di comunità e dalle altre strutture territoriali che non sono né ospedali, né istituti territoriali di riabilitazione, né strutture residenziali socio-sanitarie.



Figura 4. PL ospedalieri e territoriali per 1.000 abitanti, per tipo di *setting* assistenziale post-acuto, 2012

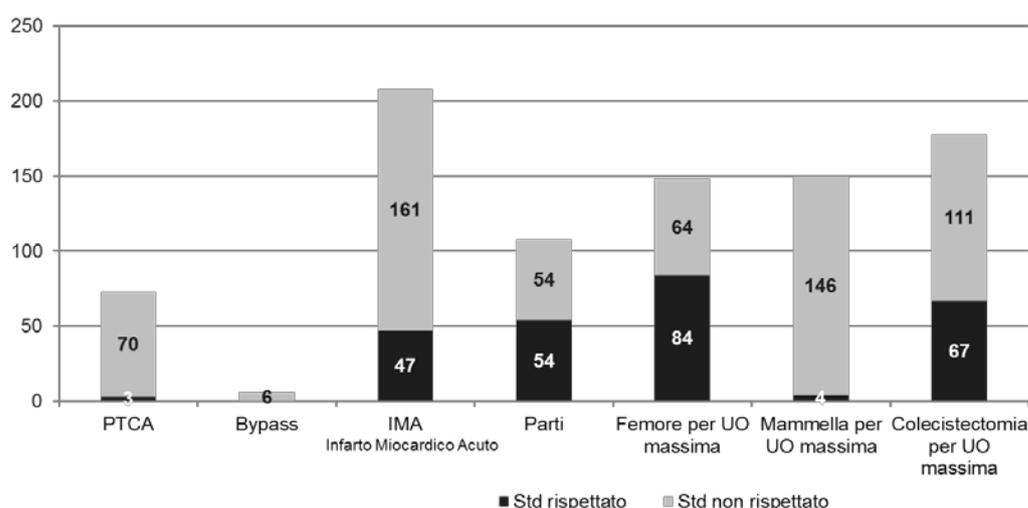


Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, *Annuario statistico SSN (ed. 2015)*

Al di là del calo dei posti letto ospedalieri, dei ricoveri a bassa complessità e del persistente gap interregionale nella post-acuzie, le piattaforme produttive del SSN stanno attraversando profonde trasformazioni sul piano *qualitativo*. In quasi tutte le regioni si assiste alla razionalizzazione dell'offerta, che viene innescata, di norma, dalla rimodulazione dei servizi ospedalieri collegati alle reti tempo-dipendenti, con cambiamenti che riguardano la concentrazione del case mix, l'accorpamento delle strutture organizzative interne, la diminuzione dei punti fisici di accesso ai servizi ospedalieri. Le cause di tali trasformazioni sono diverse ma convergono negli scopi e nei risultati. Da un lato, il PNE (Programma Nazionali Esiti), gli standard ospedalieri del DM 70/2015 e gli indicatori per i piani di rientro delle grandi aziende ospedaliere (Legge di Stabilità 2016) hanno introdotto logiche, parametri e dati di *clinical competence* per definire le dimensioni appropriate dei bacini di utenza delle specialità mediche, insieme a standard minimi di volume ed esito per stabilimenti e unità operative (cfr. cap. 9). Parallelamente, i piani di rientro, in molte regioni, hanno imposto limiti molto stringenti sul numero massimo di unità operative che ogni azienda può attivare. In alcune regioni questo ha comportato una riduzione del 30% e oltre delle unità operative complesse – UOC (cfr. i piani di riordino della rete in Lazio e Piemonte). Il processo è stato favorito dall'età media molto avanzata dei primari, ma i suoi effetti più rilevanti riguardano l'effettiva fusione di equipe mediche e infermieristiche, in precedenza frammentate. Infine, il progressivo processo di trasformazione o riconversione dei piccoli presidi ospedalieri senza le necessarie condizioni infrastrutturali o senza un mix appropriato di attività, già avviato da tempo, è stato il terzo rilevante vettore di trasformazione della rete di offerta (cfr. capitoli 14 e 15). Il Rapporto OASI 2016 mette in luce il molto lavoro già svolto, ancor prima dell'emanazione del DM 70/2015. A titolo esemplificativo: la percentuale di colecistectomie laparoscopiche in reparti con almeno 90 casi è passato dal 65% al 74% tra 2008 e 2014; quello di interventi per tumore al seno in reparti con almeno 135 casi è salito dal 51,6% al 61,4% (Programma Nazionale Esiti, 2015). Ovviamente, si registrano ampie differenze da parte delle singole regioni, perché in ognuna ha avuto un peso diverso ognuno dei tre driver di trasformazione citati. Il procedere per accorpamento delle UOC determina logiche e impatti organizzativi diversi dalla decisione di specializzare la casistica e ulteriormente differente è l'impatto della trasformazione o chiusura di piccoli presidi. Paradossalmente,

in molto casi, questi processi di trasformazione infrastrutturale sono stati più profondi nelle regioni più deboli, dove la necessità di riconquistare la sostenibilità economica ha messo al centro del dibattito ogni forma possibile di contenimento della spesa, impedendo agli *stakeholder* locali rilevanti forme di resistenza. Al 2014, risultavano 222 presidi ospedalieri polispecialistici per acuti, dotati di PS, con un bacino di utenza al di sotto degli standard del DM 70/2015; si trattava del 36% degli ospedali per acuti collegati alla rete dell’Emergenza-Urgenza. La Figura 6 specifica gli “ospedali sottosoglia” che erogano le prestazioni monitorate dal DM/70 e indica se tali stabilimenti rispettano o meno lo standard minimo di casistica (per stabilimento o singola UOC) fissato dallo stesso Decreto Ministeriale. Al netto di azioni di razionalizzazione effettuate negli ultimi due anni, sono ancora molti i presidi generalisti di piccole o piccolissime dimensioni in cui è presente un punto nascita e/o vengono presi in carico pazienti che necessitano di trattamenti relativamente complessi (angioplastica percutanea, infarto miocardico acuto), che dovrebbero essere evitati anche negli ospedali di base ed erogati nei presidi ospedalieri di primo e di secondo livello. Per queste prestazioni, ma anche per gli interventi di chirurgia generale (per tumore alla mammella e colecistectomia), la maggior parte dei piccoli ospedali non è in linea con gli standard minimi di volume di casistica *ex DM/70*.

Figura 5. Ospedali con bacino di utenza inferiore a 80.000 abitanti e/o accessi appropriati al PS inferiori a 20.000 che erogano le prestazioni monitorate dal DM 70/2015: rispetto standard minimo di volume, per singola prestazione, 2014



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute e Programma Nazionale Esiti

In definitiva, resta apprezzabile la metrica che si è imposta nel SSN e il significativo sforzo iniziale già condotto in molte regioni. Esistono però ancora notevoli margini di riorganizzazione interna e concentrazione della casistica per raggiunger ovunque i volumi necessari (ma non sufficienti) per la *clinical competence* e la sicurezza dei pazienti.

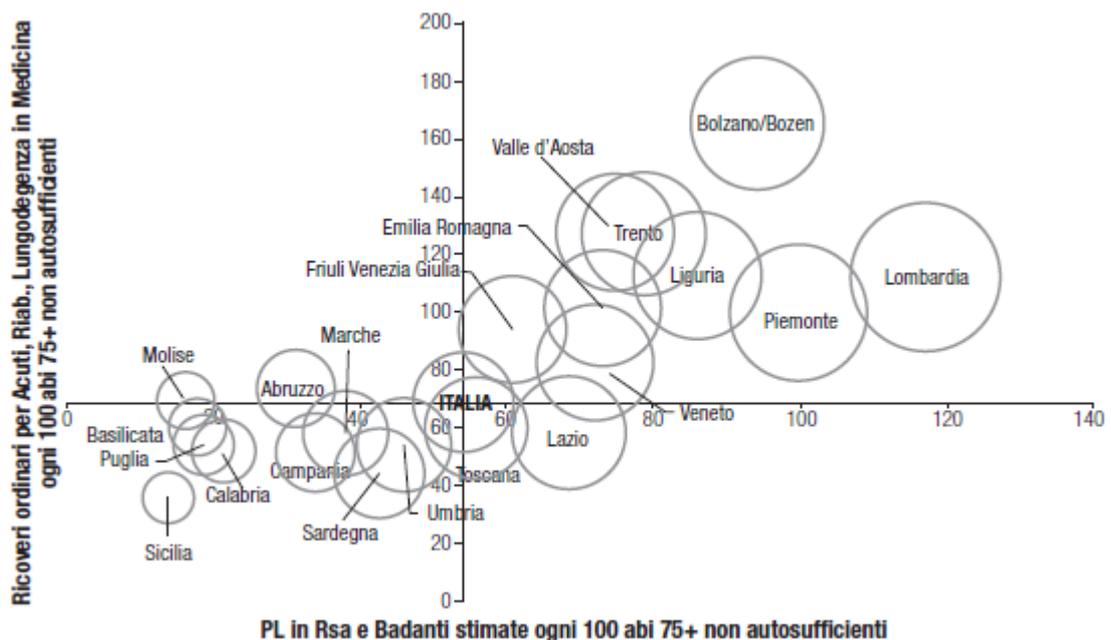
È utile osservare che laddove questi processi di trasformazione sono più avanzati, questo ha permesso di iniziare a separare il ruolo delle équipe professionali dalla loro collocazione fisica, andando nella direzione di team mobili sul territorio, a rotazione tra i vari stabilimenti e *setting* assistenziali (cfr. cap. 11). Questo significa rendere molto più ricco il potenziale delle soluzioni logistiche e organizzative disponibili. Inoltre, la razionalizzazione della rete ospedaliera si traduce nella liberazione di spazi e nella disponibilità di personale con competenze specialistiche che rappresentano passaggi fondamentali per lo sviluppo delle cure intermedie e primarie. Allo stesso modo, il rafforzamento del territorio rende possibile la rimodulazione delle attività ospedaliere nell’ottica della specializzazione e della

focalizzazione prevalente sull'attività clinico-assistenziale a media e alta intensità di cura. La gestione di questi processi di grande complessità richiede solide competenze di management pubblico, ma rappresenta, probabilmente, la principale opportunità generata dai processi di accorpamento delle aziende (cfr. cap. 8).

7. I vasi comunicanti tra i setting assistenziali...non comunicano: indizio di *undertreatment*?

Sul piano teorico esiste una convinzione diffusa che molti *setting* assistenziali del settore sanitario siano tra di loro profondamente complementari, garantendo un gioco di “vasi comunicanti”, grazie al quale, investendo nell'ambito di cura più costo-efficace e spesso meno specialistico, sia possibile aumentare il livello complessivo di benefici estraibili da un ammontare di risorse date. Data questa ipotesi, il cap. 6 del Rapporto correla il livello di ricovero ospedaliero in medicina degli anziani con l'offerta di strutture socio-sanitarie territoriali e la disponibilità di *caregiver* privati informali (le c.d. “badanti”). L'ipotesi era che al crescere del numero di badanti per anziani ultra-settantacinquenni diminuisse il ricorso alle strutture residenziali; così come un aumento della presa in carico socio-sanitaria strutturata o informale dovesse diminuire i ricoveri ordinari in medicina. Al contrario, il confronto inter-regionale dimostra che i vasi comunicanti, in realtà, non comunicano. Nei territori con più badanti, sono disponibili (e occupati) più posti letto in strutture socio-sanitarie; allo stesso tempo, si registra un maggiore utilizzo delle strutture ospedaliere (Figura 6).

Figura 6. Confronto interregionale del mix di servizi pubblici e privati informali: ricoveri ospedalieri, posti letto in RSA e badanti ogni 100 anziani over 75 non autosufficienti (2012)



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute, *Annuario Statistico SSN ed. 2015 (assistenza pubblica)* e Pasquinelli e Rusmini, 2013 (*assistenza privata informale*).



In altri termini, qualsiasi capacità produttiva disponibile viene saturata, sia che si tratti di servizi gratuiti (sanitari), sia di servizi a pagamento parziale (strutture socio-sanitarie), sia di servizi interamente a onere privato (*caregiver* informali).

Risultati assimilabili si ottengono osservando il livello di spesa privata per abitante. Nelle 4 regioni considerate tra le migliori per quanto riguarda l'offerta quali-quantitativa dei servizi SSN (Trentino Alto Adige, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto) abbiamo il livello di spesa privata per abitante più alta, per un importo (circa 700 euro per abitante) doppio rispetto alle regioni a minor capacità di spesa privata (Campania, Sardegna, Calabria con una spesa di circa 350 euro per persona), che sono, purtroppo anche quelle con il minore livello quali-quantitativo di servizi SSN.

Le regioni con più reddito pro capite, più capitale istituzionale e più capitale sociale sono quelle che offrono più servizi, sia pubblici sia privati. Il senso civico e la fiducia nei rapporti sociali fanno sì che la maggiore possibilità di spesa sia rafforzata dalla capacità di tradurla in servizi organizzati efficacemente. Rimane però importante osservare l'assenza di fenomeni di "vasi comunicanti" tra un *setting* e l'altro e la piena occupazione di tutta la capacità produttiva esistente. L'ipotesi interpretativa che suggeriamo è che il livello complessivo dei servizi, in particolare per i 2,5 milioni di anziani non autosufficienti, sia così modesto (ad esempio, solo 200.000 PL in strutture residenziali per anziani e un'intensità media dell'ADI di 2 ore la settimana e del SAD di 3 ore la settimana) che siamo di fronte a un evidente caso di insufficiente copertura del bisogno da parte del sistema di welfare sanitario e socio-sanitario. Questa difficoltà a soddisfare la domanda è spiegabile con l'esiguità della nostra spesa per il SSN e con l'assenza di un adeguato, organico sistema di tutela della non autosufficienza attraverso l'erogazione di servizi strutturati; si tratta di carenze che emergono chiaramente dal confronto internazionale (cfr. cap. 2 e cap. 6). Allo stesso modo, anche nelle regioni dove le risorse del SSN sono meglio organizzate e spese, rimane insufficiente l'accessibilità e la disponibilità di servizi, soprattutto rispetto al livello di reddito e di consumo in altri comparti. In altri termini, in un quadro generale di "undertreatment socio-sanitario" e di insufficiente offerta di servizi, il sistema dei "vasi comunicanti" non può funzionare, poiché qualsiasi disponibilità di offerta che si liberi viene immediatamente occupata dalle rilevanti quote di bisogno non coperte.

8. La persistente iniquità inter-regionale del sistema

Il SSN ha costruito una situazione di equilibrio e di tendenziale convergenza finanziaria tra le regioni sul piano della spesa corrente procapite per assistito. Purtroppo questo è solo un lato della medaglia, perché rispetto ai servizi reali, i livelli di differenziazione quali-quantitativi tra macroregioni del Paese appaiono in crescita e non in riduzione. Il Rapporto OASI 2016 presenta numerosi confronti inter-regionali che mostrano la crescita del differenziale nord-sud, non solo nell'ambito del differenziale di risorse *out-of-pocket*, che, come accennato sopra, in Lombardia sono più che doppie rispetto alla Campania.

Guardando alla distribuzione delle competenze clinico-specialistiche, utilizzando come *proxy* l'ubicazione dei grandi Hub ospedalieri, 21 su 38 sono al Nord (55% delle strutture contro il 45% della popolazione), 8 nelle aree metropolitane di Roma e Milano (21% delle strutture contro il 12% della popolazione). Specialmente al Centro-Sud, solo una quota minoritaria dell'alta specialità è erogata dai grandi ospedali. Questo squilibrio nella distribuzione del *know-how* medico-clinico ha senz'altro un ruolo nell'alimentare la mobilità ospedaliera. Tra 2010 e 2014, a fronte di una riduzione significativa dei ricoveri nel SSN in termini di valore (-6%), la mobilità inter-regionale (in gran parte lungo la direttrice sud-nord) è cresciuta del 1,5%. Esiste anche una mobilità dei direttori generali, che si spostano per cercare migliori opportunità professionali al centro e al nord, abbandonando i sistemi regionali ritenuti più deboli (cfr. cap. 12).



Sul piano degli *outcome* di salute, ISTAT (2015) evidenzia un preoccupante divario nella speranza di vita in buona salute tra regioni del Nord e del Sud, pari a quasi cinque anni (Tabella 2).

Tabella 2. Indicatori di speranza di vita (2015)

	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita in buona salute alla nascita	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni
Nord	82,5	60,0	10,3
Centro	82,3	58,6	9,5
Mezzogiorno	81,5	55,4	7,5
Italia	82,2	58,2	9,2

Fonte: ISTAT, Rapporto BES 2015

Da questo punto di vista riteniamo che la questione non sia “ricentralizzare” il sistema, anche considerando i buoni risultati finanziari che ha garantito la regionalizzazione in molti contesti, ma riflettere su quali possano essere i meccanismi di trasferimenti delle competenze di governo e di gestione da nord a sud, tema che purtroppo è urgente e indifferibile, ma che appare fuori dell’agenda del SSN.

9. Lo straordinario invecchiamento dei dipendenti SSN: una finestra di opportunità per disegnare il futuro

I dipendenti del SSN rappresentano il 21% del pubblico impiego. Per il 96% sono a tempo indeterminato e per il 65% sono donne (dati 2014, Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato), in buona parte laureate. L’aumento della componente femminile tra i medici SSN sta contribuendo a ridurre gradualmente il rilevante *gender gap* del mercato del lavoro italiano, in particolare nelle regioni meridionali.

Dal 2009 al 2014, il personale a tempo indeterminato è calato di circa 30.000 unità (-5%); in alcune regioni in piano di rientro, anche del 15% tra 2006 e 2012 (cfr. OASI 2014). La spesa complessiva per il personale è scesa di 1,3 miliardi dal 2008, fino ai 39,1 miliardi del 2014 (-3,3%), non costituendo più la principale voce di spesa superata dall’acquisto di beni e servizi.

Il dato davvero preoccupante è l’età media dei lavoratori del SSN, pari a 53 anni per i medici dipendenti, 47 per le professioni sanitarie e 55 anni per i MMG. Questo trend è frutto di una lunga stagione di sostanziale blocco delle assunzioni e dei convenzionamenti. A questo si aggiunge, nel confronto internazionale, l’insufficiente disponibilità di personale delle professioni sanitarie, pur in rapporto al numero calante dei medici, che mal si concilia con il quadro epidemiologico emergente, dove la cronicità ha bisogno di un crescente supporto infermieristico e meno medico. A questo proposito, il SSN si trova in una situazione di grande ambivalenza. Da un lato, sta soffrendo i costi correlati all’invecchiamento della propria piramide professionale (alto *burn out*, scarsa propensione all’innovazione e al cambiamento, clima organizzativo negativo, ecc.) e all’incongruenza del suo *skill mix* rispetto ai bisogni emergenti. Allo stesso tempo, è davanti a una grande finestra di opportunità. Il ritrovato equilibrio finanziario e l’inevitabile, fisiologico rallentamento del blocco delle assunzioni permette di scegliere lo *skill mix* del futuro. Questo ci interroga sul tipo di professionisti che intendiamo privilegiare, per quali setting e per quali ruoli. È una discussione che deve collocarsi rapidamente al centro dell’agenda del SSN, perché la sua compiuta attuazione richiede almeno 10 anni di lavoro, necessari per formare, selezionare e inserire i professionisti.

Queste sono le principali novità e criticità che i curatori di OASI 2016 hanno rilevato.. La rapida sintesi di tutti i capitoli del volume, che segue, permette al lettore di farsi agilmente una propria opinione personale al riguardo.

10. La struttura ed i principali contenuti dei capitoli del Rapporto

La struttura del Rapporto OASI 2016 è riassunta nella seguente tabella:

Tabella 3 – Struttura del Rapporto OASI 2016

Parte	Cap.	Titolo	Autore
I – Quadro di riferimento: sistema sanitario e socio-sanitario	1	Tendenze evolutive del settore sanitario: nuove ipotesi interpretative per una diversa agenda di policy e di management	Longo F., Ricci A.
	2	Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale	Armeni P., Costa F., Furnari A.
	3	La struttura e le attività del SSN	Furnari A., Gugiatti A., Petracca F.
	4	La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione	Amoroso A., Armeni P., Costa F.
	5	Gli ospedali privati accreditati: struttura, attività e attrazione di mobilità interregionale	Petracca F., Ricci A.
	6	Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi	Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A.
	7	I consumi privati in sanità	Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V.
II – Temi di <i>policy</i> e assetti istituzionali	8	Il riordino dei Servizi Sanitari Regionali	Fattore G., Gugiatti A., Longo F.
	9	La rete ospedaliera per acuti del SSN alla luce dei nuovi standard ospedalieri: mappatura e potenziali di riorganizzazione	Furnari A., Ricci A.
	10	Il governo dell'assistenza farmaceutica in Italia: possibili traiettorie di cambiamento	Amoroso A., Armeni P., Costa F., Jommi C., Otto M.
III – Organizzazione	11	La trasformazione delle unità operative: team multidisciplinari e <i>équipe</i> itineranti	Del Vecchio M., Lega F., Prenestini A.
	12	I percorsi di selezione ed auto-selezione dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: evidenze e proposte di <i>policy</i>	Longo F., Pirazzoli A., Saporito R.
	13	Sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica: retorica e realtà	Lega F., Fenech L., Rappini V.
IV – Disease management, operation & service management	14	Le nuove strutture intermedie: modelli organizzativi, target di utenti e formule di servizio	Del Vecchio M., Prenestini A., Rappini V.
	15	Lo zibaldone delle cure intermedie: analisi delle esperienze regionali, in Italia e in Europa	Morando V., Tozzi V.
	16	I CREG lombardi: stato dell'arte e risultati preliminari	Petracca F., Ricci A.
	17	La gestione centralizzata degli acquisti in sanità per la razionalizzazione e riqualificazione della spesa	Amatucci A., Callea G., Marsilio M.
V – Sistemi gestionali	18	Programma nazionale HTA per dispositivi medici: quali sfide per l'implementazione?	Ciani O., Tarricone R., Torbica A.
	19	I sistemi di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie pubbliche italiane. L'impatto della crisi economica sulle loro caratteristiche e finalità	Francesconi A., Furnari A., Lecci F.

Quadro di riferimento: il sistema sanitario e socio-sanitario

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

Il **capitolo 2** posiziona il Sistema Sanitario Italiano nel panorama internazionale (principali Paesi dell'Unione Europea, del Nord America e Paesi BRIC). L'analisi permette di ottenere una rappresentazione dei principali indicatori di spesa, struttura dell'offerta, stato di salute e *performance* dei Paesi analizzati.

Le evidenze emerse propongono diversi spunti di riflessione:

- in Italia, la spesa sanitaria totale pro capite e il livello di copertura pubblica (che tra 2013 e 2014 fa segnare una riduzione di oltre 2 punti percentuali) registrano valori inferiori a quelli dei principali Paesi UE. Si inverte la modalità di reazione dei pazienti in merito ai bisogni di salute: se nel 2013 era evidente come i pazienti preferissero contenere le spese rinunciando alle cure, nel 2014 si assiste a un aumento della spesa *out-of-pocket* (in termini di incidenza sulla spesa totale);
- l'Italia mostra un incremento dell'aspettativa di vita alla nascita negli ultimi quindici anni inferiore alla media dei Paesi analizzati, in parte dovuto a un valore di partenza già piuttosto elevato;
- rispetto alle malattie non trasmissibili, l'Italia, rispetto agli altri Paesi, mostra più bassi tassi di mortalità e una contenuta probabilità di decessi tra i 30 e i 70 anni;
- la dotazione di posti letto è diminuita in tutti i Paesi; si nota una forte disomogeneità in termini di ripartizione dei posti letto tra acuti e *long-term care*;
- in Italia, le dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti registrano un trend in riduzione negli ultimi anni e un valore inferiore alla media europea, con una degenza media allineata a quella dei principali Paesi europei;
- l'Italia registra il valore più basso tra i Paesi analizzati rispetto alle ospedalizzazioni inappropriate (asma, BPCO e diabete), nonché una riduzione del numero di parti cesarei (sebbene faccia segnare il maggior tasso di utilizzo di tale procedura) e un elevato consumo di antibiotici;
- rispetto ai bisogni sanitari insoddisfatti, nonostante il lieve calo registrato tra 2013 e 2014, l'Italia è tra i primi Paesi per percentuale di popolazione che si percepisce come *undertreated*. Il fenomeno riguarda più marcatamente le classi meno abbienti.

Il **capitolo 3** descrive il SSN italiano focalizzandosi sui profili istituzionali, sulla dotazione strutturale, sulle attività e sul livello di risposta alla domanda di salute. Le analisi rielaborano i più recenti dati pubblicati dal Ministero della Salute e sono integrate con evidenze riguardanti alcune determinanti dei bisogni e dei consumi sanitari, tratte da studi condotti dall'ISTAT tra 2015 e 2016.

Con riferimento agli assetti istituzionali, prosegue una graduale tendenza all'accorpamento delle Aziende, rafforzata dai processi di riordino conclusi nel 2015 (Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia e Toscana) e destinata a proseguire con la prossima approvazione di ulteriori riforme (Liguria, Sardegna e Veneto). Il numero di ASL è sceso a 121 e quello di AO a 71. Anche la dotazione strutturale del SSN ha evidenziato, anno dopo anno e fino al 2014, una contrazione in termini di numero di PL per ricoveri ordinari (-40% rispetto al 1997). I PL per ricoveri diurni, invece, sono leggermente aumentati (+6%), nonostante dal 2008 sia iniziato un trend di riduzione che suggerisce uno spostamento della geografia dei servizi verso il territorio.



Le attività di ricovero (dimissioni) hanno registrato un significativo calo tra 2001 e 2014 (-26%), in coerenza con il trend strutturale. Inoltre, dal 2009, i tassi di ricovero inappropriati sono fortemente diminuiti, con una sostanziale convergenza tra Nord, Centro e Mezzogiorno. In relazione ai ricoveri ordinari acuti, permangono però significativi divari interregionali nei tassi di ospedalizzazione, associati a differenziali nel case mix oltre che nella struttura dell'offerta ospedaliera e territoriale.

La soddisfazione del bisogno sanitario è un elemento difficilmente apprezzabile, se non attraverso misure indirette. La mobilità sanitaria risulta sostanzialmente stabile; la speranza di vita, che segna una lieve riduzione tra 2014 e 2015, varia al variare di genere, area del Paese e livello d'istruzione; i fattori di rischio o di protezione della salute derivanti dagli stili di vita presentano forti differenziazioni interregionali.

Il **capitolo 4** evidenzia come la spesa sanitaria corrente a carico del SSN si sia stabilizzata negli ultimi 4 anni, con un aumento di soli 600 milioni di euro rispetto al 2012. Nel 2015, nello specifico, è aumentata solamente dello 0,3% rispetto al 2014, attestandosi su un valore di circa 114,6 miliardi di euro. L'armonizzazione della modalità di rendicontazione delle risorse aggiuntive da addizionali regionali d'imposta fa emergere, come già per il 2012, il 2013, e il 2014, un avanzo contabile di sistema pari a 346 milioni di euro. Concause di questa diminuzione della crescita della spesa sono la diminuzione della spesa per il personale, in calo dal 2010 ad un tasso medio annuo dell'1,2% e la farmaceutica convenzionata che dal 2010 diminuisce mediamente del 5,5% ogni anno. Mentre per quest'ultima le cause sono da individuarsi perlopiù nella diffusione delle forme alternative di distribuzione dei farmaci e del numero rilevante di scadenze brevettuali degli ultimi anni, la dinamica della spesa per il personale è, invece, più problematica in quanto legata ai limiti imposti al turnover, con conseguenti potenziali difficoltà nel garantire la necessaria copertura professionale.

Da segnalare anche l'aumento della spesa privata, che registra una variazione del +2,9% rispetto all'esercizio precedente. La spesa pubblica pro-capite varia sensibilmente tra le Regioni, passando dai 2.317 euro della P.A. di Bolzano ai 1.715 euro della Campania, sebbene questa variabilità sia in diminuzione rispetto agli esercizi precedenti. Con riferimento alla composizione, la spesa per acquisto di beni e servizi e la spesa per il personale rappresentano complessivamente il 63% del totale. Rispetto al solo esercizio precedente, la spesa per il personale è in calo dello 0,5%. La spesa per acquisti di beni e servizi cresce, invece, dello 0,9%. Tra le altre voci di spesa, si segnala la diminuzione della farmaceutica convenzionata (-1,9%) e l'aumento dell'altra assistenza convenzionata (+2,9%) e dell'ospedaliera accreditata (+0,8%) e, mentre rimangono invariate la medicina generale convenzionata e la specialistica convenzionata.

La variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale aumenta. Questa evidenza segnala il contrasto tra un sistema che, da un lato, tende ad uniformare le funzioni di costo e, dall'altro, si finanzia a partire da sistemi economici locali sempre più diversi tra loro. Si tratta di una dinamica da tenere in cauta considerazione al fine di mantenere l'unità del SSN, non solo in termini di costi, ma anche in termini di reperimento delle risorse che contribuiscono al suo finanziamento.

Il **capitolo 5** approfondisce la rilevanza degli erogatori privati accreditati, che concorrono al raggiungimento dei fini istituzionali di tutela della salute del SSN. Il contributo focalizza l'analisi su quattro principali blocchi logici: spesa, struttura, attività e flussi di mobilità interregionali.

Per quanto riguarda la spesa, nel 2015 quella per prestazioni private accreditate rappresentava il 18,9% della spesa complessiva del SSN, dato sostanzialmente invariato rispetto al 2012. Permangono forti differenze interregionali, sia nell'incidenza sulla spesa sanitaria dei singoli SSR sia nella composizione interna.

Analizzando la dotazione strutturale, gli erogatori privati accreditati detengono circa il 30% dei PL complessivi, prevalentemente concentrati presso le case di cura accreditate (67,8% dei PL accreditati). L'incidenza del privato resta eterogenea a livello regionale, ma nel periodo 2007-2014 quasi tutti i SSR



registrano delta positivi nell'incidenza dei PL accreditati. I ricoveri erogati dalle strutture private accreditate sono invece pari al 26% del totale SSN: in generale, si denotano tassi di occupazione dei PL accreditati in riduzione e inferiori a quelli delle strutture pubbliche, principalmente per effetto del calo dei finanziamenti per l'attività ospedaliera accreditata. A livello di tipo di attività erogata, i privati accreditati rivestono un ruolo minoritario nell'acuto (24% dei ricoveri), paritario nella lungodegenza (48%) e predominante nell'attività di riabilitazione (73%).

Il capitolo approfondisce infine il tema della mobilità ospedaliera interregionale, distinguendo per mobilità di breve e lungo raggio e valorizzando i ricoveri utilizzando i valori di riferimento ex D.M. 18/10/2012. Gli erogatori privati accreditati erogano il 46% dei ricoveri effettuati in regime di mobilità, quota che sale al 50% quando si considera il valore degli stessi. Tra il 2010 e il 2014, l'attività in mobilità del privato accreditato è cresciuta di 159 milioni, per il 97% riconducibile al privato accreditato "generalista", prevalentemente Case di Cura. Al contrario, l'attività degli IRCCS privati e dei policlinici universitari privati è rimasta sostanzialmente stabile. Gli erogatori accreditati, quindi, hanno risposto a quote di domanda non soddisfatta né all'interno della regione, né da parte di ospedali pubblici al di fuori dai confini regionali. Il tema della mobilità solleva però diverse questioni di equità sociale e territoriale e di funzionalità dell'assistenza, che dovranno essere affrontate dai *policymaker* del SSN. Le soluzioni dovranno garantire quanto più possibile la stabilità regolatoria, per consentire agli erogatori privati di posizionarsi in maniera efficace nella filiera del SSN, con ricadute positive sui risultati imprenditoriali e sull'offerta di sistema.

Il **capitolo 6** propone un'analisi del sistema sociosanitario, rispondendo a due obiettivi di ricerca: (i) effettuare una mappatura delle attività, dei setting assistenziali e dei livelli di presa in carico dell'assistenza sociale e sociosanitaria erogata in Italia, rispetto a cinque target di bisogno sociale (anziani non autosufficienti, disabilità, disagio minori, salute mentale e dipendenze); (ii) approfondire la filiera della presa in carico degli anziani non autosufficienti al fine di verificare l'esistenza o meno di legami tra i *setting* assistenziali sociosanitari e sanitari individuati.

Il capitolo è quindi suddiviso in due parti. La prima parte fornisce una stima della numerosità dei cinque target citati e la ricostruzione del numero di utenti in carico alla rete di offerta di servizi loro dedicata; tali valori vengono poi confrontati, al fine di valutare i tassi di copertura del bisogno per ciascun target. L'analisi integra successivamente la dimensione finanziaria del settore, completando così una fotografia aggiornata utile ad addetti ai lavori e *policymaker* per la programmazione delle politiche in questo settore. La seconda parte, invece, utilizza tecniche di statistica descrittiva per indagare le dinamiche di fruizione degli anziani over75 non autosufficienti di alcuni servizi sanitari e sociosanitari (ricorso alla rete ospedaliera e alle cure intermedie, RSA, ADI) e il ricorso a badanti e indennità di accompagnamento.

Il disegno complessivo che emerge è quello di un sistema sociale e sociosanitario che, per i cinque target analizzati, esprime tassi di copertura del bisogno contenuti. L'approfondimento sui servizi per gli anziani over75 non autosufficienti evidenzia inoltre modelli di intervento differenti nei singoli contesti regionali, con livelli di copertura dell'utenza eterogenei e percentuali rilevanti di anziani in condizione di "undertreatment socio-sanitario" o assistiti in modo informale tramite l'auto-organizzazione delle famiglie. In aggiunta, emerge una diffusa tendenza da parte degli utenti a popolare in modo casuale i *setting* assistenziali disponibili: anche laddove i servizi sociosanitari sono diffusi in modo più capillare e intenso, il ricorso a prestazioni in ambito sanitario risulta elevato.

Il **capitolo 7** fornisce un aggiornamento del lavoro di approfondimento dei consumi sanitari privati avviato da OCPS (Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità) nei Rapporti precedenti.

La stima complessiva della spesa sanitaria privata è stata recentemente rivisitata da ISTAT che la colloca a 34,5 miliardi di euro nel 2015. La rivalutazione non cambia sostanzialmente la dinamica della spesa sanitaria pubblica e privata, entrambe saldamente agganciate a quella del reddito. Bisogna

comunque notare come nell'arco del decennio (2006-2015) sembra esservi stata una lieve, ma a questo punto osservabile, crescita della componente privata. Infatti nel periodo considerato la quota della spesa sanitaria privata su quella totale passa dal 22,5 al 23,1%, il suo peso nel paniere di spesa delle famiglie dal 3,1 al 3,4%, il suo contributo alla economia complessiva dall'1,9 al 2,1%.

Nell'ottica di un confronto internazionale, il dato sul peso della spesa sanitaria privata in percentuale del totale (circa 23%) appare tendenzialmente in linea con la media OECD (25%), anche se nel nostro Paese la maggior parte della spesa sanitaria privata è di tipo *out-of-pocket*, cioè non intermediata da fondi o assicurazioni. La stima fornita dai principali operatori del settore colloca, per il 2015, la spesa intermediata intorno ai 4,5 miliardi di euro, con una popolazione coperta di più di circa 10 milioni di persone. Entrambe le variabili in netta crescita negli ultimi cinque anni disponibili.

Anche le singole voci della spesa sanitaria privata non rimangono invariate nel tempo. Dall'osservazione delle dinamiche interne spicca, infatti, un tasso di crescita medio di più del 2% per i servizi e un tasso di crescita inferiore all'1% per i beni. La spesa per servizi (che rappresenta il 62% del totale) è formata da ricoveri in ospedali e RSA (rispettivamente 500 milioni e 4,5 miliardi di euro circa nel 2014 secondo le stime OCPS), servizi ambulatoriali (quasi 5 miliardi) e cure odontoiatriche (8 miliardi circa). La maggior parte della spesa privata per beni si concentra sui farmaci (63%), per i quali è da notare l'importanza della componente legata alla differenza tra prezzo del *branded* rispetto al generico (circa 900 milioni di euro nel 2014). Nel complesso le aziende sanitarie pubbliche, esclusi i ticket e considerando sia la parte ambulatoriale che di ricovero, erogano prestazioni nel mercato privato (direttamente pagato dai cittadini o intermediato) per circa 1,5 miliardi di euro.

Infine, l'analisi per tipologie di consumatori conferma come il consumo di beni e servizi sanitari finanziati privatamente sia un fenomeno nella sua complessità difficilmente catturabile da categorie generali e come variabili demografiche e sociali (più che la qualità dei sistemi pubblici) influenzino i consumi e gli sforzi richiesti ai bilanci famigliari per sopportarne l'onere.

Temi di *policy* e assetti istituzionali

La seconda parte del Rapporto è dedicata ai «Temi di *policy*» ritenuti particolarmente rilevanti e all'analisi degli «Assetti istituzionali» che alla luce delle recenti riforme sottopongono le aziende sanitarie a nuove sfide gestionali.

Il **capitolo 8** indaga gli interventi, promossi negli ultimi due anni da molte regioni, volti a riordinare in maniera profonda gli assetti istituzionali ed organizzativi dei propri servizi sanitari e socio-sanitari. Diverse sono le motivazioni di fondo all'origine di queste riforme istituzionali:

- generare economie di scala, grazie ad aziende sanitarie di maggiori dimensioni;
- generare livelli intermedi di cooperazione obbligatoria tra aziende pubbliche;
- rafforzare il ruolo, le funzioni e le competenze della capogruppo (agenzie);
- reintegrare le strutture ospedaliere con quelle territoriali.

In questo capitolo si offre (i) un inquadramento di tipo sinottico dei processi di riforma conclusi o ancora in itinere in alcune realtà regionali, cercando di delinearne i tratti comuni, (ii) un'interpretazione delle finalità delle riforme e il razionale di sistema nei singoli contesti regionali.

La prima tendenza comune nei processi di riforma è la necessità di un controllo più diretto della regione sul sistema d'offerta per mantenere l'equilibrio economico-finanziario e per aumentare la razionalità del sistema d'offerta. La seconda tendenza riguarda il tentativo del legislatore di accentrare i processi decisionali, riducendo il numero di aziende, e quindi di interlocutori, potenziando strutture centrali a cui trasferire alcune funzioni aziendali. La terza tendenza riguarda l'accentramento di alcune funzioni aziendali a livello regionale come quelle di acquisto di beni e servizi, la gestione di alcuni



servizi amministrativi standardizzabili e altre attività più specialistiche e di natura sanitaria. Corollario di questa logica è la creazione di nuove tecno-strutture a livello regionale (azienda USL Zero, EGAS, le nuove agenzie lombarde).

I rischi principali di queste tendenze sono la minore governabilità delle aziende sanitarie pubbliche a causa della loro maggiore complessità e della perdita di controllo diretto del top management su alcune funzioni amministrative e sanitarie. È anche critica la progettazione di adeguati sistemi di raccordo tra le aziende e le nuove tecnostrutture regionali.

Il **capitolo 9** mappa la rete ospedaliera italiana per acuti inclusa nella rete dell'emergenza-urgenza, alla luce dei nuovi standard ospedalieri del DM 70/15, valutando le principali aree di disallineamento e proponendo alcuni percorsi di rimodulazione dell'offerta. La ricerca è stata condotta utilizzando un approccio quantitativo, integrando i dati 2014 delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e del Piano Nazionale Esiti (PNE). Dalla mappatura emerge una grande eterogeneità interregionale, che non appare legata solo alla densità della popolazione, ma a molti fattori geografici, socio-politici e storici. Gli ospedali Hub sono 38, il 75% rispetto alla soglia minima indicata dal DM 70, con uno sbilanciamento al Nord e nelle aree metropolitane di Roma e Milano. Di conseguenza, come suggerito da un carotaggio sulla cardiocirurgia e sui volumi di bypass, una rilevante quota dell'alta specialità è erogata in ospedali di medie o piccole dimensioni, con squilibri nella dotazione di UO a livello regionale; anche alcune prestazioni di media complessità ad alta diffusione (interventi per colecistectomia, frattura del femore, tumore alla mammella) forniscono ulteriori evidenze di frammentazione della casistica. Gli ospedali per acuti con PS con bacini di utenza troppo limitati risultano 222, il 36% del totale, con un'elevata frammentazione interna: un quarto di questi piccoli stabilimenti presenta tra le 10 e le 20 discipline, con gravi rischi per la salute dei pazienti. Tenendo conto del *case mix* dei ricoveri e della relativa appropriatezza, è urgente un riposizionamento produttivo in una logica di rete: verso una specializzazione ospedaliera medica o chirurgica, oppure verso la riconversione in strutture territoriali. Per affrontare questo processo, il DM 70 offre una metrica comune, utile per il *benchmarking* dell'offerta, sia a livello regionale, sia a livello centrale; tuttavia, necessita di alcuni aggiustamenti nelle logiche e negli indicatori di valutazione.

Il **capitolo 10** analizza la *governance* dell'accesso dei farmaci in Italia, con lo scopo di formulare delle proposte di riforma.

Tali proposte nascono da un'analisi comparativa tra politica del farmaco in Italia e (i) le raccomandazioni dei principali network internazionali che hanno affrontato il tema dell'HTA e della sua applicazione al governo dell'assistenza farmaceutica (EUnetHTA, con riferimento in particolare all'HTA Core Model e alle linee-guida sulla valutazione comparativa di efficacia); (ii) le politiche di gestione dell'accesso dei farmaci nei principali Paesi Europei (Francia, Germania, Spagna e Regno Unito).

Da tale analisi emergono diversi aspetti positivi per l'Italia, tra cui l'uso di sistemi di valutazione multi-attributo e una flessibilità negoziale che ha evitato gli effetti negativi di sistemi più rigidi (come NICE in Inghilterra), basata - tra gli altri aspetti - sull'uso estensivo di accordi di rimborso condizionato, ma anche alcuni aspetti critici: presenza di tetti di spesa farmaceutica ancorati alle risorse complessive sanitarie, con perpetuazione di logiche di *silos budget*; assenza di linee-guida *ex ante* sulle modalità con cui le imprese devono «popolare» il dossier di prezzo e rimborso e trasparenza *ex post* sul razionale delle decisioni prese; ruolo limitato delle evidenze economiche ricondotte a una valutazione di effetto sulla spesa per farmaci; limitato coinvolgimento dei portatori di interesse; problematicità nella gestione degli accordi di rimborso condizionato.

Dagli elementi critici sono state enucleate le principali proposte di riforma, rappresentate (i) dal passaggio dal sistema di tetti a quello di target di spesa sulla base anche di attività di *Horizon Scanning*; (ii) da un aumento del livello di trasparenza nella gestione del dossier di prezzo e rimborso *ex ante*



(informazioni richieste) ed *ex post* (come vengono utilizzate le informazioni e pubblicazione di un documento di *appraisal*); (iii) da un approccio più maturo alla valutazione di impatto economico (evidenze di costo – efficacia, se necessarie - e uso più sistematico dalla *budget impact*), (iv) dalla costituzione di un network di centri di riferimento cui affidare, secondo logiche di priorità formalmente definite ed in caso di elevata complessità del dossier fornito dalle imprese, una valutazione dei dossier stessi, (v) dal rafforzamento degli accordi di rimborso condizionato (integrazione con accordi di tipo *coverage with evidence development*, dismissione di accordi vecchi e attenzione alle problematiche gestionali), (vi) da una più chiara definizione del ruolo di Aifa e delle Regioni, cui potrebbe contribuire una maggiore trasparenza a livello centrale.

La discussione in atto sulla governance farmaceutica e la revisione dei dossier di prezzi e rimborso possono rappresentare un'importante occasione per implementare, almeno in parte, tali proposte.

Organizzazione

La successiva sezione del Rapporto analizza gli assetti organizzativi delle aziende sanitarie e le relative tendenze in atto, anche con specifico riferimento alla fruizione dei servizi.

Il **capitolo 11** affronta le tendenze che stanno minando i presupposti sui quali si fondavano le unità operative di matrice disciplinare medica e il ruolo ad esse attribuito di contenitore esclusivo di tutte le risorse necessarie per risolvere un determinato insieme di problemi. Unità operative diverse, non più costruite esclusivamente sulla omogeneità dei saperi (discipline), sono sempre più spesso chiamate a collaborare nell'assicurare cure e assistenza nei percorsi del paziente. Questo capitolo approfondisce due dinamiche di trasformazione delle unità operative: a) la creazione di team multidisciplinari e b) la definizione di meccanismi di “movimento” degli specialisti delle unità operative tra i nodi della rete aziendale o interaziendale (“*équipe itineranti*”). Per il tema dei team multidisciplinari sono stati analizzati i casi dell'AOU Careggi di Firenze e dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, intervistando i coordinatori di alcune delle Unit Multidisciplinari (UM) istituite nelle aziende. In entrambi i casi, le UM sono strutture organizzative funzionali e trasversali a dipartimenti e unità operative; quelle più strutturate derivano dall'esperienza dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari; i team leader hanno compiti di coordinamento della UM ma contrattualmente hanno differenti riconoscimenti e incarichi; le routine (riunioni settimanali) sono stabilite e garantite ma gli strumenti manageriali e organizzativi (matrice compiti-responsabilità, cruscotto delle performance, budget, ecc.) sono ancora scarsamente utilizzati. Per il tema delle *équipe itineranti* sono stati approfonditi i casi dell'AUSL di Reggio Emilia e dell'ASST Ovest Milanese, intervistando i direttori generali delle due aziende. In entrambi i casi sono state adottate soluzioni organizzative differenti e flessibili per ciascuna delle unità operative in relazione a: i) le motivazioni alla base dello spostamento dei professionisti; ii) gli obiettivi da conseguire con il movimento dell'*équipe* (concentrazione casistica nella stessa *équipe*, servizi di alto livello diffusi su più nodi della rete, ecc.); iii) caratteristiche intrinseche della disciplina (sub-specializzazioni dei professionisti). Le soluzioni contrattuali per lo spostamento del professionista sono state individuate *ad hoc*.

Le trasformazioni delle unità operative come UM ed *équipe itineranti* potrebbero configurarsi come: a) opportunità di rilancio e di riconfigurazione delle carriere dei professionisti più giovani senza incarichi di struttura; b) risorsa per l'azienda per trasmettere una cultura orientata al risultato e all'ottimizzazione di linee di attività. E' però necessario un forte riconoscimento organizzativo e uno sforzo di “managerializzazione” di queste nuove soluzioni. Il sistema deve anche rivedere la normativa contrattuale per rispondere a tali nuove esigenze.

Il **capitolo 12** indaga il “mercato” e la selezione dei Direttori Generali in sanità. Il ruolo del Direttore Generale (DG) è, infatti, di fondamentale importanza per la definizione dell’indirizzo strategico delle Aziende Sanitarie e, di conseguenza, delle performance aziendali.

Diviene pertanto interessante analizzare quali meccanismi formali ed informali influiscono nella selezione di tali figure. Obiettivo dello studio è quindi di individuare (i) come le regioni selezionano i DG e (ii) quali motivazioni spingono questi ultimi ad auto-selezionarsi rispetto alla candidatura/accettazione di un incarico con caratteristiche particolari (settore pubblico/sistemi sanitari regionali “deboli”).

Per il ragguaglio dei due obiettivi citati lo studio utilizza due principali metodi:

- effettuazione di interviste semi-strutturate a *policymaker* ed esperti di selezione di Direttori Generali nella sanità pubblica;
- raccolta dati tramite l’invio di un questionario semi-strutturato in formato elettronico a un campione di manager privati e pubblici.

La prima parte dello studio è dedicata all’indagine delle caratteristiche di un processo di selezione ideale, il profilo manageriale ricercato e i vantaggi e gli svantaggi insiti nell’espansione del bacino di reclutamento al settore privato e alla mobilità interregionale. La seconda parte dello studio analizza invece le aspettative e le preferenze (in termini di retribuzione, autonomia decisionale, prestigio, relazioni istituzionali) degli aspiranti DG. In questo senso si analizzano quali vincoli esistono sul fronte delle rappresentazioni dei potenziali candidati nello scegliere di candidarsi per posizioni da DG cross-sector o interregionali.

L’analisi effettuata porta in luce alcune criticità, come per esempio la difficoltà dei sistemi regionali nel definire le specificità professionali attese per il proprio top management o la scarsità di politiche attive per l’attrazione di competenze professionali robuste. Il capitolo presenta quindi alcune proposte per il miglioramento dei processi di selezione dei DG fra settori e aree geografiche differenti.

Il **capitolo 13** affronta il tema dello sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica. In un quadro di difficile ma sostanziale tenuta del nostro Servizio Sanitario, appare sempre più evidente come i consumi sanitari finanziati privatamente siano (e saranno in prospettiva) una componente non trascurabile nella risposta ai bisogni di salute. Sebbene quest’area di intervento rimanga un “terreno difficile” per le aziende sanitarie pubbliche, l’unica alternativa che pare non più praticabile è quella di ignorare il fenomeno assumendo una sua transitorietà o demandando la decisione ad altri. In continuità con l’approfondimento condotto per il precedente Rapporto OASI (“La trasformazione dell’attività a pagamento nelle grandi aziende ospedaliere”), il presente contributo (“Sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica: tra retorica e realtà”) si propone quindi di offrire un *framework* concettuale più ampio per descrivere gli spazi strategici e le possibili traiettorie di sviluppo imprenditoriale delle aziende sanitarie pubbliche. Attraverso una *survey* a due panel di dirigenti di ASL, AO e IRCCS (“interessati oggi o in prospettiva all’attività a pagamento” e a “imprenditorialità internazionale”) sono stati identificati i possibili settori e/o mercati di interesse per l’azienda sanitaria pubblica (attuali come la libera professione ed anche emergenti, tra cui, ad esempio, i *clinical trials*, la medicina dello sport e il turismo sanitario), esplorati gli orientamenti e le percezioni rispetto al tema della diversificazione imprenditoriale, nonché le scelte di posizionamento, i fattori critici di successo, le condizioni limitanti e quelle, invece, incentivanti (organizzative, economiche, istituzionali, legislative, opportunità di mercato, ecc.). I risultati mostrano come le motivazioni per investire nello sviluppo strategico dell’area a pagamento siano solide, razionali e difendibili nel rapporto con la politica e la collettività. Il processo di sdoganamento del tema, almeno per una parte degli attori pubblici, sembra quindi avviato, anche se permangono ombre e reticenze che, insieme a una serie di vincoli e impedimenti segnalati dal management delle aziende, indicano un certo grado di avversione al rischio e *path-dependency* (con

sfumature e accenti differenti tra i due panel considerati). Gli autori suggeriscono quindi una trasformazione, o meglio riconfigurazione strategica, di postura e orientamento, che appare molto importante, se non inevitabile, nello scenario non solo nazionale ma anche internazionale che si sta delineando. Non bisogna, infatti, dimenticare come parte dell'attività privata sia destinata/destinabile a utenti internazionali che si recano appositamente nel nostro Paese per sottoporsi alle cure sanitarie. Gli ordini di grandezza sembrano essere ancora marginali nel caso italiano, ma il fenomeno assume una certa rilevanza a livello globale. Per alcune fattispecie di aziende sanitarie pubbliche, in particolare quelle di alta specializzazione, è inoltre un dovere valorizzare le proprie capacità e competenze interne e preparare le proprie realtà già oggi a un futuro sempre più presente.

Disease management, Operations & Service management

La quarta sezione del Rapporto si occupa di esplorare le principali novità legate a questioni di crescente interesse per il SSN, legati ai temi del «Disease management» e dell'«Operations & Service management», e i risvolti e le declinazioni operative di alcune esperienze che li riguardano.

In particolare, il capitolo 14 indaga le strutture intermedie. Negli ultimi anni, infatti, molte regioni e aziende sanitarie stanno introducendo e sperimentando nuove (o rinnovate) tipologie di strutture sanitarie e socio sanitarie disseminate sul territorio che si pongono come intermedie tra ospedale e domicilio. Tali strutture intermedie possono assumere diverse forme e diverse denominazioni: case della salute, ospedali di comunità, presidi territoriali di assistenza, centri di assistenza primaria, ecc. il capitolo analizza diversi modelli di strutture intermedie in termini di modelli organizzativi, target di utenti e formule di servizio adottate attraverso delle interviste a direttori generali, direttori sanitari e/o responsabili organizzativi delle strutture oggetto di analisi. I sei casi analizzati (uno in Emilia Romagna, uno in Piemonte, due in Lazio e due in Puglia) sono molto diversi tra loro per contesto di realizzazione, dimensioni e scelte progettuali. Le variabili osservate (disegno strategico e origine della creazione della struttura intermedia; organizzazione, responsabilità e dipendenze gestionali; attività, servizi e professionisti coinvolti; target principale di pazienti/bisogni) sono altrettanti elementi di un *puzzle* in cui convivono principi e tensori diversi, con soluzioni contingenti, cioè adattate a ciascuna specifica realtà. A definire le esperienze concorre ampiamente la necessità di trovare una soluzione ai problemi posti dalla messa in discussione della funzione svolta da preesistenti strutture (ospedali riconvertiti). I vincoli che vengono dal passato, a partire da quelli di natura fisico-logistica o professionale, si combinano con ulteriori spinte e motivazioni (esigenze politiche di rinsaldare i legami con la comunità, tensioni ideali ancorate all'affermazione di nuovi modelli di cura e anche tendenze di carattere più manageriale focalizzate alla semplificazione dell'accesso e al miglioramento dell'esperienza di consumo) e condizionano assetti e servizi offerti. L'impressione che ne traggono complessivamente gli autori è che Case della Salute e strutture simili (PTA nel caso pugliese o i CAP/UCCP del Piemonte) si nutrano più della necessità di mutare i corsi di azione rispetto al modello tradizionale, basato sull'ospedale, piuttosto che rappresentare un vero e proprio modello alternativo. La questione è se una tale indeterminatezza che consente di unificare sotto "etichette condivise" realizzazioni molto diversificate possa in futuro continuare a rappresentare un elemento positivo. Se in una prima fase è ragionevole ipotizzare che riunire "sotto uno stesso tetto" servizi e operatori diversi generi di per sé conseguenze positive, sia sul versante della risposta al bisogno sia su quello dell'integrazione nei "processi produttivi", da un certo punto in poi i vantaggi andranno intenzionalmente perseguiti, non potranno generarsi spontaneamente.

Il capitolo 15 mette a fuoco gli elementi centrali del dibattito e delle scelte regionali sulle cure intermedie, quale cerniera tra la rete di offerta ospedaliera e i servizi territoriali. Il titolo "zibaldone" esplicita l'obiettivo del capitolo, ovvero il portare a sistema l'emergenza di diverse esperienze regionali, per lo più in fase sperimentale o di recente attuazione, attraverso uno schema comune, in modo da



confrontarle rispetto agli elementi definatori della formula di servizio – target, tipologia di servizio, professionisti, strumenti di governo clinico e gestionali predisposti e dimensioni. L'analisi comparativa prende in esame sia alcune esperienze regionali mature a livello europeo (Inghilterra, Scozia, Catalogna) sia otto regioni italiane. Queste ultime riproducono in sintesi il quadro di sviluppo nazionale delle cure intermedie, con regioni che hanno una definizione esplicita e normata (Lombardia, Marche, Toscana, Veneto), regioni in fase di consolidamento (Emilia Romagna e Piemonte) e regioni che, nonostante la presenza di servizi riconducibili all'alveo delle cure intermedie, non hanno ancora messo in campo interventi espliciti (Calabria e Umbria). L'analisi comparativa ha permesso, in primo luogo, di identificare gli elementi comuni e distintivi: le cure intermedie, infatti, si caratterizzano come servizi finalizzati a interventi temporanei, di stabilizzazione, riabilitazione o abilitazione, realizzati attraverso la disponibilità di posti letto sanitari extra-ospedalieri. La tipologia di strutture, i professionisti, la tariffazione nonché le modalità di integrazione nella rete d'offerta risultano piuttosto elementi di differenziazione, determinati dai modelli regionali. In secondo luogo, dalla comparazione, vengono individuate le attuali criticità (come la mancanza di sistemi di valutazione) e tracciate alcune traiettorie di potenziale sviluppo delle cure intermedie nell'ambito dei processi di riordino della rete d'offerta territoriale e ospedaliera, come previsto congiuntamente dal piano nazionale per la cronicità e dall'attuazione del DM 70/2015.

Il capitolo 16 approfondisce l'evoluzione e lo stato dell'arte della sperimentazione dei CReG (*Chronic Related Groups*) avviata operativamente nel 2012 in Regione Lombardia. Rispetto ad altri modelli di presa in carico della cronicità del nostro Paese, il sistema è connotato da una forte guida regionale nell'identificazione dei pazienti arruolabili, nei meccanismi di remunerazione e nel *benchmarking* della presa in carico. Attraverso l'analisi di database amministrativi, è stato possibile ricostruire i profili dei pazienti arruolati, di alcuni strumenti di presa in carico, dei MMG aderenti alla sperimentazione, dei trend di consumo sanitario dei pazienti inclusi da tempo nella sperimentazione. A dicembre 2015, la sperimentazione dei CReG coinvolgeva attivamente circa 81.000 pazienti, assistiti da 570 MMG riuniti in 10 cooperative-gestori. I tassi di arruolamento risultavano più alti per le classi patologiche patologie a medio-bassa complessità, per le condizioni bi-patologiche e per i pazienti nella fascia 60-79. Da una prima verifica sulle due principali classi CReG bi-patologiche, il PAI sembra uno strumento utile per pianificare efficacemente la presa in carico multi-disciplinare, eliminando le duplicazioni nei percorsi diagnostico-terapeutici. I MMG aderenti al CReG risultano generalmente dotati di una consolidata rete di pazienti e legami professionali: seguono più assistiti e più pazienti cronici rispetto ai non aderenti. Il reclutamento, nella prima fase della sperimentazione (2012), si è concentrato sui pazienti iperconsumatori, che evidenziavano e tendenzialmente evidenziano tuttora *pattern* complessivi di spesa ambulatoriale elevati, mediamente superiori al valore della tariffa CReG 2015. D'altro canto, l'analisi delle componenti di spesa sanitaria 2011 tra e 2015 conferma le potenzialità del modello nel contenere l'aumento della spesa, almeno nelle componenti legate ai consumi farmaceutici e in certa misura ai ricoveri medici a bassa complessità.

Il capitolo 17 si propone di (i) illustrare le più recenti evoluzioni normative in atto a livello nazionale finalizzate a razionalizzare e riqualificare la spesa per beni e servizi; (ii) fornire un quadro aggiornato, a dieci anni dal primo lavoro pubblicato su OASI, delle diverse soluzioni istituzionali ed organizzative adottate dalle Regioni per la gestione centralizzata dei processi di acquisto; (iii) indagare le esperienze più significative di gestione degli acquisti in sanità in atto a livello europeo. Il lavoro è stato condotto attraverso una revisione della letteratura e l'analisi di fonti istituzionali (leggi e delibere regionali, piani di rientro per le regioni interessate, siti web delle regioni e dei SS.AA.), documenti di progetto (piani di fattibilità), documenti interaziendali (atti costitutivi e statuti di specifici enti sovra aziendali, regolamenti, ecc.), e documenti aziendali. I risultati sono discussi al fine di fornire un quadro interpretativo e valutativo per l'analisi delle soluzioni individuate a livello nazionale ed europeo.



L'accentramento degli acquisti in sanità risulta un trend in forte consolidamento tanto nel nostro Paese quanto in altri Paesi europei. Le evidenze dimostrano che tale processo deve essere accompagnato e supportato da azioni finalizzate a superare potenziali incoerenze tra i nuovi assetti istituzionali e le modalità di funzionamento preesistenti nelle aziende coinvolte, promuovendo la ristrutturazione dei processi interni (ri-focalizzazione del personale da attività di acquisto ad attività di monitoraggio e controllo, maggior attenzione all'analisi del fabbisogno e ricerca di strumenti di standardizzazione), nella tutela dell'autonomia gestionale delle AS.

Sistemi di gestione

L'ultima sezione del Rapporto analizza i sistemi gestionali del SSN e delle aziende sanitarie, con particolare riferimento alla funzione di HTA e all'impatto della crisi economica sui sistemi di programmazione e controllo delle aziende sanitarie pubbliche.

In particolare, il capitolo 18 illustra il contesto europeo di riferimento in cui il Programma Nazionale HTA è chiamato a operare e descrive, in chiave comparativa, alcuni sistemi nazionali di valutazione per trarre indicazioni importanti circa le sfide ancora aperte per l'implementazione di questo programma, a seguito della riconfigurazione del sistema di valutazione delle tecnologie sanitarie (*Health Technology Assessment*, HTA) varata negli ultimi mesi. Le tappe che hanno portato, tra il 2005 e il 2016, alla nascita e stabilizzazione di una collaborazione europea in materia di HTA sono ripercorse nel testo. In particolare, l'istituzione dell'HTA Network, unitamente agli sviluppi legislativi e alla ricerca finalizzata a supportare l'innovazione metodologica e tecnica, hanno puntato l'attenzione sullo scambio e riuso di materiale e informazioni a livello comunitario e sul coordinamento tra enti regolatori e agenzie di HTA, per velocizzare i tempi di accesso al mercato per tecnologie potenzialmente innovative. Rispetto alla visione di medio termine contemplata nei documenti strategici europei, a livello nazionale non è completamente chiara quale sarà la *governance* dei processi né i meccanismi di finanziamento all'interno del Piano Nazionale. Tra le sfide più critiche, restano da stabilire i criteri per la formulazione delle raccomandazioni circa la copertura e la rimborsabilità dei dispositivi medici; è inoltre necessario stabilire il livello di coerenza di queste stesse raccomandazioni. Da una ricognizione delle esperienze di altri Paesi europei, emerge il principio del valore soglia come criterio decisionale sui risultati di analisi costo-utilità che ci avvicinerrebbe al modello inglese. Un'alternativa è rappresentata dal *multiple criteria decision analysis* (analisi decisionale a criteri multipli), sebbene alcuni dubbi rimangano sulla validità della sua implementazione. Saranno ancora necessari impegno e apertura ai contributi dei vari portatori di interesse affinché il Piano Nazionale HTA assicuri un impatto a livello decisionale e in termini di efficienza e sostenibilità del sistema.

Il capitolo 19, infine, approfondisce il tema dei sistemi di programmazione e controllo (P&C) nell'ambito delle aziende pubbliche di servizi sanitari. Il ruolo di tali sistemi si è infatti consolidato nel tempo in relazione alla loro efficacia nel supportare processi di cambiamento e di miglioramento delle performance. Il contributo si pone l'obiettivo di investigare i cambiamenti intervenuti nelle caratteristiche, nelle finalità e nei livelli di efficacia dei sistemi di programmazione e controllo delle aziende sanitarie pubbliche italiane, con particolare attenzione ai cambiamenti indotti da un prolungato e significativo contesto di contrazione del tasso di crescita delle risorse assegnate al SSN. Il presupposto dello studio è che i sistemi di P&C abbiano reagito alla crisi istituzionale ed economica in atto e si siano progressivamente modificati per riuscire a sfruttare pienamente le risorse di capacità, a misurare le attività, i loro impatti, a valutarne la congruenza economica e a ripensarne le caratteristiche. Il lavoro focalizza l'attenzione su tutte le aziende sanitarie pubbliche presenti sul territorio nazionale al 31/12/15 alle quali è stato inviato un questionario strutturato. Nello specifico, oltre ad aspetti di ordine generale, sono stati approfonditi: l'attuale assetto organizzativo della funzione P&C; la struttura del sistema di



P&C; i cambiamenti intervenuti nel sistema nel corso dell'ultimo triennio; la valutazione del sistema in relazione ai cambiamenti descritti. I risultati dell'indagine consentono di evidenziare come, attualmente, nelle aziende sanitarie italiane, la funzione di P&C sia ampiamente sottodimensionata e, in alcuni casi, non consenta un continuativo svolgimento delle attività caratteristiche della funzione. Nonostante la rilevanza "strategica" formalmente attribuita al sistema, emerge una chiara regia regionale nell'orientare le finalità dello stesso. Non si evidenziano significativi cambiamenti nelle tipologie di informazioni rilevate e negli oggetti di analisi, ma emerge la necessità di una riflessione rispetto al relativo isolamento della funzione di P&C rispetto ad altri rilevanti interlocutori interni per un efficace governo del valore aziendale.

Bibliografia e principali riferimenti

Assobiomedica (2016), *Tempi di pagamento (DSO)*, disponibile on line <http://www.assobiomedica.it/it/analisi-documenti/dso/index.html>, ultimo accesso 17/10/16.

ISTAT (2016), *Banca dati I.stat, Sezione Conti Nazionali*, disponibile on line <http://dati.istat.it/>, ultimo accesso 08/10/16.

ISTAT (2015), *Rapporto BES, sezione salute*, disponibile on line <http://www.istat.it/it/archivio/175169>

Leontieff, W. (1986), «Input-output analysis», *Input-Output Economics*, New York, Oxford University Press.

MEF- Ragioneria Generale dello Stato (2016), *SICO, Conto Annuale 2014 sul pubblico impiego*, disponibile on line <http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/e-GOVERNME1/SICO/Conto-annu/2014/Comunicazione-2016-01-15/>.

Ministero della Salute (2015), *Attività economiche e gestionali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere - Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2012*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8.jsp?lingua=italiano.

Ministero della Salute e AGENAS (2015), *Portale del programma nazionale Esiti*. Disponibile on line: <http://95.110.213.190/PNEed15/>.

Ministero della Salute (2015), *Rapporto SDO 2014*, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4423&area=ricoveriOspedaliere&menu=vuoto.

Pasquinelli S. e Rusmini G. (2013) *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*, Ediesse, Roma.

WHO (2016), *World Health Statistics*, Global Health Observatory database, disponibile on line <http://www.who.int/gho/en/>.

