

Le quattro epoche del SSN in due anni

di Francesco Longo*

La crescita degli stanziamenti emergenziali e l'elevata flessibilità delle linee produttive ospedaliere sono il risultato delle trasformazioni accorse al Sistema Sanitario Nazionale nei due anni di pandemia. Il ritorno alla normalità impone di capitalizzare l'esperienza vissuta soprattutto alla luce della costruzione del portafoglio di progetti finanziabili con il PNRR. A livello di management, la sfida principale è quella di sostituire i tagli al settore con profondi processi di riallocazione delle risorse, di riorganizzazione del lavoro, di ridisegno dei servizi al cittadino.

L'Italia era un popolo di «allenatori di calcio della nazionale», ognuno con in mente una formazione e uno schema di gioco diverso, con il quale analizzava successi e insuccessi degli azzurri. Grazie (o per colpa) del Covid-19 siamo diventati tutti anche «ministri della Sanità» se non «direttori generali del Ministero della salute», per competenze che sentiamo legittimamente acquisite sul campo, sulla nostra pelle e su quella dei nostri cari.

Negli ultimi due anni, ognuno si è formato un proprio giudizio su chiusure, distanziamenti, mascherine, tamponi, vaccinazioni, terapie intensive, sentendosi in grado di soppesare costi e benefici delle diverse policy. Purtroppo la narrazione collettiva semplificata

del Covid-19 è opposta alle caratteristiche ontologiche del settore. Citiamo in proposito solo le principali distorsioni cognitive in atto nell'opinione pubblica. La rappresentazione collettiva del Covid-19 è mono-patologica quando il settore è iper-specializzato per un numero praticamente infinito di patologie; appare disponibile una leva gerarchica *top-down* addirittura di tipo nazionale, quando la medicina è l'ambito dell'autonomia professionale del singolo medico che elimina ogni ipotesi di efficacia di qualsiasi leva gerarchica; tutto è apparso standardizzabile, mentre la medicina è il luogo della differenziazione, della personalizzazione, delle determinanti individuali. Collettivamente negli ultimi anni abbiamo assistito alla gestione del Covid-19, ma non della Sanità durante il Covid-19: abbiamo scambiato il fattore distorsivo con il settore distorto. Cerchiamo di capire che cosa ha voluto dire e sta volendo dire gestire il settore sanitario durante il Covid-19. Lo faremo attraverso una narrazione dà conto del fascino del settore e della sua irresistibile attrattività per coloro che amano la complessità e le sfide strategiche per servire il benessere della collettività.

LE DINAMICHE TRASFORMATIVE IN SANITÀ

La Sanità è uno dei settori più dinamici e in continua trasformazione se comparato alle altre industrie. Molti sono i driver del perenne e profondo cambiamento: a) la trasformazione del quadro epidemiologico conseguente alle dinamiche demografiche, economiche e agli stessi successi della Sanità; b) le in-



* Francesco Longo è Professore Associato del Dipartimento di Social and Political Sciences presso l'Università Bocconi e Ricercatore del CERGIS Bocconi (Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) presso SDA Bocconi.

novazione scientifiche (le scienze omiche e la medicina di precisione sta trasformando profondamente la Sanità); c) l'evoluzione tecnologica; d) il cambio dei modelli e della cultura dei servizi (pensiamo solo alla cosiddetta *platform economy*); e) la trasformazione della cultura della salute e di fruizione dei servizi in un contesto di crescente clusterizzazione della società (pro *vax vs no vax*). L'evoluzione dei bisogni e della domanda, il cambiamento del portafoglio di servizi e i costi correlati, la priorità politica assegnata alla Sanità nell'allocatione delle risorse ha sempre determinato il terreno di gioco del Sistema Sanitario Nazionale-SSN, nel suo mandato di equilibrare risorse disponibili e politiche sanitarie. Infatti, la dinamica delle risorse pubbliche e private dedicate alla Sanità dipende sia dagli andamenti economici generali (al SSN viene dedicata una quota del PIL disponibile) sia alle priorità collettive percepite, politicamente codificate.

In queste dinamiche cangianti del rapporto tra bisogni e risorse, il SSN, che rappresenta 126 miliardi di euro dei 166 del settore, ha vissuto storicamente delle fasi stabili che duravano in media 7-10 anni, durante le quali le configurazioni e gli obiettivi di fondo venivano concettualizzati e rappresentati univocamente nelle loro configurazioni prioritarie.

Il periodo della prima aziendalizzazione è durato indicativamente dal 1990 al 2000: ha modificato profondamente gli assetti istituzionali e la governance delle aziende, dando ampia autonomia e responsabilità al management. Le nuove direzioni strategiche, e in particolare la direzione generale hanno ricevuto il mandato strategico di innovare le logiche e gli strumenti di gestione per ridisegnare i servizi e riprendere il controllo delle dinamiche di spesa.

I primi dieci anni del Duemila, sulla scorta della riforma costituzionale del 2001, hanno visto il progressivo crescere delle prerogative di governo delle Regioni, in un processo di accentramento e di riduzione sia del numero aziende pubbliche, sia delle *facility* erogative (ospedali, unità operative, magazzini ecc.). In linea generale, all'interno del servizio sanitario regionale il paradigma della competizione governata tra le aziende è stato progressivamente sostituito con l'obiettivo strategico del coordinamento di sistema regionale.

Dopo la crisi economica del 2008, in particolare dal 2010, il SSN ha accentuato il focus sul contenimento e spesso su un vero e proprio razionamento della spesa. Questo è avvenuto attraverso vincoli di spesa per silos,

sempre più stringenti sul singolo fattore produttivo, riguardanti il personale, i farmaci, i dispositivi medici, gli acquisti di prestazioni da privato accreditato ecc. La centralizzazione degli acquisti sanitari e un pervasivo esercizio dei piani di rientro hanno rafforzato questa tendenza. Per circa un decennio, la stabilizzazione della spesa sanitaria pubblica è stata ritenuta necessaria per governare il debito pubblico italiano. Il ruolo dello Stato è tornato preponderante nel risanare le Regioni in deficit, localizzate in prevalenza al Centro-Sud, che in questo periodo hanno sperimentato una sostanziale stabilità degli assetti istituzionali. Nelle restanti realtà, i vertici regionali hanno conservato maggiore autonomia nel ricercare soluzioni di governance regionale che si adattassero alle specificità locali ma che perseguissero in ogni caso l'obiettivo strategico del contenimento della spesa e dell'efficientamento. Durante l'ultima stagione di ridisegno istituzionale, registrata tra il 2014 e il 2017, al Centro Nord sono nati molti enti regionali e intermedi per ricercare ulteriori spazi di razionalizzazione attraverso la centralizzazione non solo degli acquisti, ma anche delle funzioni amministrative, informatiche, logistiche e di programmazione sanitaria.

In sintesi, i cambiamenti di governance e mission prevalenti sono stati sempre profondi, ma hanno generato periodi medio-lunghi di relativa stabilità degli obiettivi strategici, aspetto che permetteva a tutti gli attori di apprendere e allinearsi dallo e allo *status quo*.

LE NUOVE EPOCHE DEL SSN

Il Covid-19 ha determinato, all'opposto, il susseguirsi di almeno quattro epoche di policy, di mission e di cultura istituzionale in soli due anni (2020-2021).

La prima logica istituzionale da considerare è quella con cui il SSN si è presentato di fronte alla pandemia e di fatto già descritta, perché in continuità con il decennio precedente. A inizio 2020 la Sanità italiana era ancora nell'epoca del contenimento della spesa da perseguire attraverso l'istituzione di tetti per singolo fattore produttivo e dell'accentramento dei poteri a livello regionale. A febbraio 2020 il nostro SSN registrava una delle spese sanitarie pro capite più basse dell'Europa occidentale, con un tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica prossimo a zero se depurato dell'inflazione e con i disavanzi regionali azzerati o molto ridotti. Un sistema senz'altro sobrio, con un livello di efficienza e appropriatezza evidentemente superiore al decennio



precedente e, almeno nel breve, sostenibile per la fiscalità generale del nostro Paese. Tutto questo al prezzo, però, di un significativo invecchiamento medio sia degli organici, sia delle infrastrutture e delle attrezzature. Queste dinamiche hanno provocato, nel tempo, un rallentamento dei processi di innovazione organizzativa, perché il focus dei risultati attesi era prevalentemente sulla dimensione economico-finanziaria.

LA CRESCITA DEGLI INVESTIMENTI

Il Covid-19 ha ribaltato questa logica istituzionale, trasformando il SSN in un sistema «mission e data driven», con pochi e mirati obiettivi: la cura, il monitoraggio e la prevenzione del contagio. Da marzo 2020 ai primi mesi del 2021, è iniziata la seconda epoca, con i vincoli finanziari che sono stati sostanzialmente azzerati. Trainata dai massicci stanziamenti emergenziali, la spesa sanitaria nel 2020 è cresciuta di oltre 6 miliardi rispetto al 2019 (+5 per cento). Durante i primi mesi dell'emergenza, il limite all'acquisizione delle risorse umane e materiali era rappresentato dalla carenza delle medesime o dalle procedure di acquisizione, benché meno stringenti rispetto al passato. Ancora una volta, i sistemi regionali o aziendali culturalmente più abituati a navigare velocemente attraverso le procedure amministrative hanno avuto maggiore accesso a fattori produttivi aggiuntivi finanziati dagli stanziamenti straordinari. Questi ultimi erano tutti formalmente finalizzati alla gestione del Covid-19. La pandemia, però, ha investito trasversalmente tutti i *setting* di cura: prevenzione, monitoraggio, assistenza territoriale, cura ospedaliera ordinaria e intensiva, riabilitazione, assistenza socio-sanitaria. Inoltre, ha interessato molteplici discipline: infettivologia, immunologia, pneumologia, medicina interna, cardiologia, riabilitazione, anesthesiologia, e altre in misura minore. Di fatto, il Covid-19 ha consentito di acquistare beni e assumere personale per moltissime aree dell'azienda.

Una maggiore flessibilità del SSN

Un altro dato importante è che il Covid-19 ha permesso, forse per la prima volta nella storia del SSN, di superare i silos disciplinari e di organizzare i professionisti per target. Anche per questo, la flessibilità delle linee produttive ospedaliere è aumentata drasticamente. Nel corso del 2020 e dei primi mesi del 2021, la percentuale di posti letti dedicati al Covid-19 ha oscillato a fisarmonica dal 5 all'80 per cento. La flessibilità

ha riguardato: i profili del personale reclutato, con il consistente impiego di medici pensionati e medici non specializzati; le forme contrattuali, con una prevalenza di tempo determinato e libera professione; le modalità organizzative, con, per esempio, la costituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale-USCA. Si può aggiungere la repentina attivazione di diverse forme di telemedicina, con l'irrompere di una generalizzata separazione fisica degli operatori dai pazienti. Da segnalare, al proposito, che la rivoluzione culturale è stata percepita maggiormente sul lato dei pazienti, rimasti a casa, mentre gli operatori sanitari continuavano a recarsi in ospedale o in ambulatorio.

La progressiva trasformazione del Covid-19 da emergenza in situazione endemica ma sufficientemente controllata ha condotto alla terza epoca. L'endemizzazione del virus era stata sperimentata

già tra giugno e settembre 2020. Purtroppo, si è concretizzata solo dopo l'esaurimento della seconda e della terza ondata epidemica, a fine primavera 2021, in parallelo con il consolidarsi della campagna vaccinale. Con la diminuzione della pressione ospedaliera è subentrata l'esigenza di recuperare l'enorme ritardo accumulato nella produzione di servizi per pazienti non Covid-19, in ogni ambito: prevenzione (screening); attività ambulatoriale, sia per prime visite, sia per *follow-up*; attività ospedaliera, soprattutto chirurgica.

Nel decennio passato, il SSN ha più volte cercato di generare shock endogeni per riuscire ad aumentare significativamente la propria produttività, ma senza risultati convincenti. In questo caso la sfida è stata ancora più complessa perché correlata a rilevanti ostacoli, tra cui: una capacità produttiva limitata in quanto fortemente impegnata con le vaccinazioni e con i pazienti Covid-19; le esigenze di prevenzione anti-contagio basate sul distanziamento fisico dei pazienti; un corpo professionale stanco e provato. Gli elementi di facilitazione sono stati la cultura e l'esperienza della flessibilità sperimentate nel periodo Covid-19, assieme a una quota di risorse aggiuntive straordinarie, dedicate dal governo al recupero delle liste d'attesa. Un altro fattore facilitante è stato l'incremento del personale, anche se spesso con contratti a tempo determinato. Sono stati raggiunti risultati rilevanti, seppur in modo disomogeneo tra Regioni e ambiti assistenziali. Uno degli strumenti cardine è stato il pagamento di ore extra ai dipendenti, assieme, in alcune realtà, all'incremento *pro tempore* del budget contrattuali dei privati



accreditati. Quindi, più che un aumento di produttività, si è osservata una crescita temporanea della capacità produttiva finanziata. In ogni caso, sono state raccolte interessanti informazioni sulla produttività potenziale dei professionisti e dei singoli setting assistenziali.

Il ritorno alla normalità

La terza epoca, con l'uscita dalla fase acuta dell'emergenza, ha fatto riemergere le forze della *path dependency*. I professionisti, esaurito lo stato di necessità e spesso stremati da mesi di lavoro straordinario, hanno presto invocato il rapido ritorno alle strutture e alle culture organizzative tradizionali, caratterizzate da una chiara suddivisione per materie, setting e discipline. Sul versante finanziario, le risorse aggiuntive dedicate dal SSN alla lotta al Covid-19 derivavano da stanziamenti straordinari, destinati progressivamente a esaurirsi. La legge di bilancio 2022 prevede per quest'anno un picco di spesa sanitaria, che raggiungerà i 129 miliardi di euro, con una lieve diminuzione negli anni successivi. Si tratta di livelli di spesa corrente superiori di alcuni miliardi rispetto all'epoca pre-pandemica. Tuttavia, è evidente che una parte delle attuali risorse emergenziali non sarà più disponibile calmata la pandemia.

I progetti del PNRR

La quarta epoca è quella della costruzione del portafoglio di progetti finanziabili con il PNRR. Questi riguardano un ampio spettro di ambiti, dall'ospedale al territorio, passando per la ricerca, e allo stesso tempo di fattori produttivi aziendali: edifici, apparecchiature, sistemi informativi, tecnologie. In questo periodo è fondamentale sviluppare una visione e una strategia aziendale, elaborare i correlati progetti cantierabili e negoziare con le Regioni nella competizione per le risorse. Si è lavorato e si lavora sul futuro, con la prospettiva di avere un impatto sui servizi realmente erogati a 3-5 anni. Un orizzonte opposto rispetto alla fase acuta dell'epidemia, in cui si ragionava sull'urgenza immediata, con orizzonti temporali a pochi giorni. Per le aziende sanitarie la difficoltà è quella di attivare e proteggere uno spazio di *brainstorming* e di decisione strategica, dopo un periodo di scelte operative da compiere in urgenza e anni di razionalizzazioni senza grande respiro programmatico. Questa finestra di opportunità deve essere gestita in un arco di tempo molto contenuto, cioè pochi mesi, a causa delle scadenze amministrative stringenti che impone il PNRR. L'esperienza Covid-19 è stata una grande opportunità, perché ha permesso di ragionare *out of the box*, ma anche un vincolo cognitivo, perché ha imposto una maggiore attenzione a elementi che in periodi ordinari possono avere meno rilievo (pneumologia, terapie intensive ecc.).

Si intravede sullo sfondo una probabile stagione, nel futuro prossimo, in cui si tornerà a baricentrare obiettivi e priorità aziendali sulla sostenibilità economica. La domanda di salute crescerà significativamente: ISTAT¹ stima che al 2040 la popolazione italiana over 65 raggiungerà i 19 milioni, pari al 32 per cento dei residenti totali (59,3 milioni). Tuttavia, all'atto pratico, è difficile che la spesa sanitaria corrente possa crescere ancora. Il Paese ha raggiunto il 156 per cento di debito pubblico sul PIL², i valori in assoluto più alti della nostra storia repubblicana, da cui bisognerà presto riprendere a contenere. Per diminuire il debito, in presenza di tassi di interesse già molto bassi, le uniche leve sono l'aumento delle entrate o la diminuzione delle uscite totali, che può significare una riallocazione tra comparti di spesa pubblica. Le previsioni di spesa per il SSN dal 2024 prevedono di tornare a un'incidenza del 6,5 per cento del PIL per la Sanità pubblica, ovvero gli stessi livelli pre-Covid-19.

LE COMPLESSITÀ PER IL MANAGEMENT SANITARIO

Le criticità emergenti per il management delle Aziende sanitarie, sia pubbliche sia private, nelle diverse epoche storiche che si sono susseguite rapidamente, in molti frangenti convivono. Per esempio, durante i picchi della quarta ondata pandemica (gennaio-febbraio 2022), ci si è trovati a gestire contemporaneamente vaccinazioni e tamponi (prevenzione), pazienti Covid-19 ricoverati in terapia intensiva e 2,8 milioni di persone a casa, recuperare le liste di attesa ambulatoriali e di ricovero, preparare i progetti del



PNRR e rimettere progressivamente in carreggiata l'equilibrio economico delle aziende, considerando il limitarsi delle risorse aggiuntive Covid-19 e il significativo aumento dei costi di produzione (personale, energia ecc.).

Dal punto di vista del management aziendale, ognuno di questi obiettivi strategici (prevenzione Covid-19, gestione pazienti Covid-19, recupero liste di attesa, PNRR e riequilibrio finanziario) esaurisce un'agenda di direzione, quando bisogna sostenerli contestualmente in equilibrio tra di loro. Questa stagione rischia di essere discretamente lunga, considerato il quadro di epidemia verso il quale ci stiamo muovendo.

Questo quadro di iper-complessità gestionale, nei fatti, è frequente in Sanità, dove obiettivi concorrenti, legittimi e necessari, tendono spesso a sovrapporsi.

A queste criticità se ne aggiungono altre, tipiche del settore e dell'ambito di servizi pubblici universalistici:

- la narrazione collettiva e istituzionale sottolinea la natura universalistica, equa e olistica del SSN a fronte di risorse limitate, che impongono al sistema, alle aziende e ai professionisti scelte di priorità e di limitazione dei diritti, che non sono politicamente discusse e socialmente accettate, e che faticano a far parte del patrimonio cognitivo collettivo. Si narra un diritto illimitato e non si insegna il senso del limite che hanno le istituzioni pubbliche;
- i diversi stakeholder delle aziende sanitarie (Regioni, comuni e professionisti sanitari) hanno obiettivi

tra di loro divergenti. Le Regioni sono attente agli equilibri e al coordinamento di sistema, indirizzando ogni azienda a un portafoglio limitato di vocazioni e di servizi. I comuni desiderano un'espansione dei propri servizi locali (visto che a finanziare sono le Regioni) ma soprattutto quelli diffusi a bassa specializzazione (cure domiciliare, socio-sanitario, ambulatoriale, diagnostica di ambulatorio), mentre i professionisti invocano maggiore specializzazione e investimento in alte tecnologie. Il direttore generale di una azienda sanitaria deve tenere in equilibrio gli interessi legittimi di questi tre principali stakeholder. Ognuno di questi è infatti in grado di influenzare l'immagine dell'istituzione sanitaria, le risorse che può attrarre, nonché la nomina e la conferma del direttore generale;

- dopo le recenti epoche di trasformazione del SSN (emergenza Covid-19, recupero attività, PNRR) sarà difficile attuare un'ulteriore stagione di controllo della spesa basata prevalentemente sui razionamenti, come succedeva fino al 2020. È necessario fare un salto paradigmatico verso la razionalizzazione e la riallocazione delle risorse: tra categorie professionali, tra setting assistenziali, tra ospedale per acuti e ospedale della cronicità. A livello di management, la sfida principale è quella di sostituire tagli con processi profondi di riallocazione, riorganizzazione del lavoro, ridisegno delle forme dei servizi, riqualificazione dei target.



¹ Previsioni demografiche 2017-2065, disponibili online al sito <https://www.istat.it/it/archivio/214228>.

² Documento programmatico di bilancio, p. 22.