

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2018:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di policy rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali l'evoluzione dei profili professionali (*skill mix*) del personale SSN; la centralizzazione degli acquisti, con un approfondimento sulle politiche di acquisto nel comparto farmaceutico; l'introduzione di prezzi di riferimento per i dispositivi medici; i modelli per la segmentazione dei pazienti e il *Population Health Management*;
- a livello aziendale, si focalizza sui processi attuativi di certificabilità dei bilanci, sull'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo alla luce delle accresciute dimensioni aziendali, sugli strumenti per la gestione del sapere professionale, sulla diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale. Quest'anno, inoltre, il CERGAS celebra il suo 40° anniversario, di pari passo con il SSN.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5156-6



9 788823 851566

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2018



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

CERGAS - Bocconi



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
School of Management



Collana CERGAS

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



**CER GAS & SSN
40 ANNI INSIEME**

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CER GAS - Bocconi



**Università
Bocconi**

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

SDA Bocconi
School of Management



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Corpo4 Team, Milano

Copyright © 2018 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2018

ISBN 978-88-238-5156-6

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

1 Il sistema sanitario italiano: un sistema in equilibrio che ha appreso la meccanica dell'innovazione, incerto sul senso di marcia

di Francesco Longo e Alberto Ricci

1.1 Introduzione

Alla luce delle evidenze del Rapporto OASI 2018, il SSN conferma alcuni eccellenti risultati in termini di costo-efficacia globale, che rappresentano una buona base di partenza per le sue possibili evoluzioni future. Allo stesso tempo, si profilano alcune incognite che derivano in parte dal contesto epidemiologico e socio-economico, in parte dal crescente divario Nord-Sud in termini di risorse umane, livelli dei servizi ed esiti. Il lettore potrà trovare una sintesi di tali evidenze al § 1.2, dedicato alle traiettorie del sistema sanitario. Il paragrafo si chiude con la considerazione che il SSN presenta ormai due assi di sostanziale stabilità per le aziende che vi operano: l'equilibrio economico-finanziario e l'invarianza degli assetti istituzionali, soprattutto sul versante pubblico. Questa ritrovata stabilità ha permesso alle aziende di accelerare i processi di innovazione organizzativo-gestionale interna e di ridisegno dei servizi. Il Rapporto OASI 2018 registra l'inizio di questa nuova fase con una serie di capitoli dedicati a singole evoluzioni organizzative ed operative. Il § 1.3, dedicato alle traiettorie aziendali, riprende alcuni rilevanti strumenti organizzativo-gestionali e modelli di servizio in relazione ai quali emerge una ritrovata attenzione e competenza delle aziende nell'innescare la "meccanica dell'innovazione". Parallelamente, il § 1.3 evidenzia che in tali strumenti e modelli il "senso di marcia" di tale innovazione appare incerto: è necessario compiere scelte strategiche, selezionando gli obiettivi prioritari verso i quali orientare gli strumenti manageriali. Il § 1.4 è invece dedicato a due criticità di fondo che interessano l'operato e la selezione del management del SSN: rispettivamente, il disallineamento tra tempi della politica e i tempi dell'azione manageriale, e le crescenti rigidità nelle procedure di accesso alle posizioni apicali. Il § 1.5 riporta, infine, il riassunto di tutti i capitoli presenti nel Rapporto, per offrire al lettore una rapida *overview* dei principali contenuti, con la possibilità, successivamente, di selezionare i singoli capitoli da approfondire, in base ai propri interessi.

1.2 Uno sguardo al sistema sanitario e al SSN: traiettorie recenti, criticità e assi di stabilità da cui (ri)partire

Si consolida, a livello nazionale, il sostanziale equilibrio economico-finanziario complessivo, ormai stabilmente raggiunto da 6 anni, conseguenza della capacità di contenere la dinamica di spesa. Il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica, pari al 2,8% tra 2012 e 2017 e corrispondente in valore assoluto a poco più di tre miliardi, risulta tra i più ridotti tra i paesi OCSE e di fatto negativo al netto dell'inflazione¹; ciò a riprova della grande capacità di governare l'accesso ai fattori produttivi.

Si conferma la straordinaria sobrietà o "essenzialità" del SSN, che in termini di spesa pro cittadino è pari al 60% della spesa per abitante del sistema tedesco e al 70% del sistema francese. Il dato sottolinea come, oramai, le prestazioni garantite dal SSN coincidano con i servizi essenziali per garantire la tutela della salute, mentre la risposta ai bisogni più prettamente assistenziali e socio-sanitari sia prevalentemente affidata alle famiglie.

Tra 2012 e 2017, a fronte di questo contenimento della crescita di spesa pubblica, la spesa privata complessiva (*out of pocket* e intermediata) ha registrato un aumento di cinque miliardi (cfr. dati ISTAT-SHA presentati nel Rapporto). Si può parlare di visibile, ma contenuto, processo di crescita: la quota della spesa sanitaria privata è passata dal 24% al 26% della spesa sanitaria totale. La spesa sanitaria privata, del resto, risulta fortemente ancorata alla dinamica dei redditi e dei consumi: è dunque penalizzata nel nostro Paese, ormai contraddistinto da una persistente stagnazione economica. La spesa privata si concentra prevalentemente nelle regioni e nelle fasce sociali più ricche, rappresentando oggi un rilevante *driver* di iniquità nell'accesso alle cure.

Si assiste ad una complessiva e positiva convergenza inter-regionale verso le dotazioni di posti letto pianificate dal legislatore (3,7 PL per 1000 abitanti), così come verso il tasso di ospedalizzazione atteso (160 per 1.000 ab.). Tutte le tipologie di servizio ospedaliero registrano dei trend di diminuzione dei consumi (ricoveri ordinari, e specialmente *day hospital*) mentre l'attività ambulatoriale, pur con differenze tra le regioni e le branche specialistiche, non mostra globalmente segnali di forte aumento. In parallelo, l'accesso al pronto soccorso risulta stabile attorno ai 20,5 milioni annui, con una quota di utenti over 65 che è salita dal 29% al 34% tra 2007 e 2015 (ISTAT, 2018). Del resto, i servizi di emergenza urgenza rappresentano una fisiologica valvola di sfogo a fronte di un'offerta complessivamente calante. Le aree di attività con qualche segnale di maggiore vivacità sono quelle più legate alla costante crescita dei bisogni di *Long Term Care*, ovvero la riabilitazione, le strutture intermedie e le strutture protette, che

¹ Si consideri che la media dei tassi di inflazione annuali è stata, nel periodo, pari allo 0,7%.

devono fronteggiare 2,8 milioni di non autosufficienti a fronte di 300.000 posti in strutture residenziali e semi-residenziali (10% del bisogno). Colpisce la debolezza dei servizi domiciliari e della presa in carico post-ospedaliera: solo il 27% degli over85 viene dimesso prevedendo un qualche strumento di continuità assistenziale (RSA, istituto di riabilitazione, ADI, ospedalizzazione domiciliare, o altre). Anche quando presenti, i servizi hanno un'intensità media molto modesta: per l'ADI, ad esempio, si tratta di 17 ore annue per utente. Questo contribuisce a spiegare l'elevata frequenza dei rientri in ospedale degli anziani nei reparti di specialità mediche e l'aumento degli accessi al pronto soccorso.

La speranza di vita e gli esiti complessivi del sistema sanitario rimangono eccellenti nei confronti internazionali: si veda, ad esempio, l'edizione 2018 del *Health Efficiency Score* di Bloomberg, che colloca l'Italia al quarto posto al mondo in termini di costo-efficacia del sistema sanitario, dietro a Hong Kong, Singapore e Spagna.

Tuttavia, preoccupano alcuni elementi.

- ▶ La persistente crisi demografica, testimoniata dal rapporto tra popolazione over 65 e popolazione attiva pari al 35%, il più elevato d'Europa secondo i dati EUROSTAT (2018). Si consideri che tra 2010 e 2017 la popolazione over 65, che esprime la quota preponderante del bisogno sanitario e socio-sanitario, è cresciuta di 1,3 milioni di persone (+11%).
- ▶ Il deterioramento, perlomeno in specifici segmenti di popolazione, di alcune determinanti di salute che storicamente erano dei punti di forza della società nazionale: in primis, la minore percentuale di popolazione sovrappeso rispetto al Centro-Nord Europa (cfr. OASI 2016). Al 2017, il 45% della popolazione adulta dichiara un eccesso di peso; la popolazione che non svolge alcuna attività fisica è pari al 39%. Questi due fattori di rischio mostrano dei valori percentuali significativamente differenti tra persone con licenza elementare e persone laureate, nell'ordine dei 30 punti percentuali.
- ▶ L'accentuarsi del processo di frammentazione del tessuto familiare e sociale, che può esacerbare le condizioni di fragilità. In Italia, al 2017, il 32% delle famiglie è unipersonale; si tratta di 8,1 milioni di individui, di cui oltre la metà (4,4 milioni) è over 60. Tra 2011 e 2017, quest'ultima categoria è cresciuta del 14%. Si affacciano nuovi fenomeni sociali, come l'aumento degli over 60 che vivono soli a seguito di divorzio o separazione, che nello stesso arco temporale sono passati da 314.000 a 515.000, con un aumento del 64% (ISTAT, 2018).
- ▶ La modesta qualità degli ultimi anni di vita, indicatore che mostra segni di arretramento nel confronto internazionale. L'aspettativa di vita in buona salute in Italia cresce, ma in misura minore rispetto agli altri Paesi sviluppati; infatti, il nostro Paese scende dal secondo al sesto posto tra 2000 e 2016 nelle

rilevazioni OMS. È probabile che una quota di questo differenziale sia da attribuire all'insufficiente rete socio-sanitaria e ai sistemi di presa in carico della cronicità che in molte aree del Paese non hanno ancora trovato compiuto sviluppo.

Il confronto tra le regioni del Centro-Sud e quelle del Nord mostra come le prime siano oramai virtuose almeno quanto le seconde nell'equilibrio economico-finanziario, con Lazio e Campania che nel 2017 registrano i maggiori avanzi di bilancio del SSN. In questo caso, l'efficacia nel contenimento delle dinamiche di spesa dei piani di rientro è stata robusta, se non quasi eccessiva. Preoccupa, invece, il crescente divario di servizi e di *outcome* tra Nord e Sud.

Una prima rilevante criticità approfondita dal Rapporto 2018 riguarda il personale. Il personale dipendente, in diverse regioni meridionali, è calato significativamente ed è oggi inferiore a quelle settentrionali. Basti confrontare Lombardia, Lazio e Campania, le tre più popolose regioni del Paese. Al 2016, la Lombardia registra 9,6 dipendenti SSN ogni 1.000 abitanti, contro i 7,3 della Campania e i 7,1 del Lazio; non si tratta di differenze riconducibili alla diversa incidenza del privato accreditato, perché in Lombardia la quota di spesa per assistenza privata accreditata è più elevata (28%) rispetto a Campania (21%) e Lazio (25%). Peraltro, rispetto al 2010, il personale lombardo è diminuito del 3% contro il 14% del personale laziale e il 15% del personale campano. Il rapporto infermieri/medici ha conservato il differenziale che separa Lombardia (2,6) e Lazio (2,4) rispetto alla Campania, a testimonianza della difficoltà di ri-bilanciare lo *skill mix* delle competenze.

Una seconda criticità riguarda i livelli quali-quantitativi dei servizi. Sul versante ospedaliero, il Rapporto evidenzia che, in un contesto di marcato calo delle ospedalizzazioni, sia aumentata la mobilità interregionale, con un incremento pari a circa 8.000 ricoveri in più tra 2014 e 2016, alla vigilia dell'introduzione delle limitazioni normative nazionali ai ricoveri extraregione previste dal 2017. Diversi altri indicatori riportati dal Rapporto, dalla percentuale di parti cesarei alla dimissione con DRG medico da reparti chirurgici, suggeriscono il permanere di un rilevante gap qualitativo tra i sistemi ospedalieri di Nord e Sud. Per allargare l'analisi ai livelli assistenziali della prevenzione e della specialistica territoriale, è invece possibile confrontare il punteggio medio ottenuto sulla base degli indicatori della "Griglia LEA" dalle regioni in Piano di Rientro con quello delle regioni mai sottoposte a Piano. Confrontando i punteggi, ricaviamo che tra 2012 e 2017 il divario è cresciuto da 34 a 37 punti.

La terza criticità analizzata in profondità nel Rapporto riguarda gli esiti di salute. I tassi standardizzati di mortalità di alcune province del Mezzogiorno, come Napoli e Caserta, si discostano del 20% rispetto alla media nazionale. Mentre l'aspettativa di vita alla nascita è superiore agli 81 anni in tutte le regioni, con valori massimi registrati nella PA di Trento (83,8), l'aspettativa di

vita in buona salute varia dai 52 anni della Calabria ai 69 della PA di Bolzano. Quest'ultimo differenziale è probabilmente spiegato, oltre che dal contesto socio-economico radicalmente diverso, dalla già accennata differente capacità di presa in carico delle condizioni di cronicità e LTC.

Le tre criticità sopra esposte, insieme ad altre come i differenziali negli investimenti (Corte dei Conti, 2018) impongono un rapido e profondo ribilanciamento degli scopi dei piani di rientro. Questi ultimi devono affiancare al controllo economico-finanziario una seconda focalizzazione sullo sviluppo dei servizi e delle competenze di sistema, con una forte attenzione ai risultati di salute. Questo probabilmente richiede anche un parziale ribilanciamento della governance del SSN tra Ministero dell'Economia e della Salute.

Il Rapporto 2018 registra, per la prima volta dopo anni, la fase di stallo o forse l'esaurimento delle dinamiche di ingegneria istituzionale. Il 2018 ha visto la conferma del numero e delle tipologie di aziende dell'anno precedente, senza ulteriori accorpamenti o modifiche degli assetti regionali, comprese le agenzie. I sistemi percepiscono di aver messo a regime le architetture del loro servizio sanitario regionale. Probabilmente siamo entrati in una finestra di stabilità istituzionale, che registrerà solo piccoli aggiustamenti al margine. Ciò permetterà il consolidamento delle organizzazioni esistenti e l'inizio della loro azione nelle direzioni strategiche desiderate. In altri termini, la leva dell'ingegneria istituzionale sembra aver esaurito il suo potenziale evocativo e di *policy* e ora è giunto il tempo di guidare e fare evolvere le numerose nuove "scatole organizzative" configurate in precedenza. Questo significa soprattutto far funzionare le nuove grandi aziende e valorizzare il loro potenziale, così come sfruttare la reintegrazione istituzionale di ospedale e territorio. Se la fase dell'ingegneria istituzionale è un momento di grandi clamori, di forte indirizzo e narrativa politica, di grandi accelerazioni, l'attuale momento di costruzione e sviluppo manageriale è un processo più lento, più carsico, più silente e complesso.

Il sistema pubblico, nel campo della revisione dei perimetri aziendali, si trova oggi in una posizione più consolidata rispetto al settore privato accreditato. Quest'ultimo ha sperimentato nell'ultimo quinquennio una crescita dei gruppi con oltre 500 posti letto (PL), che hanno acquisito una ventina di strutture; tuttavia, è ancora all'inizio di un processo di concentrazione industriale, dal momento che i grandi *player* rappresentano il 38% dei PL privati accreditati totali. Continuano processi di acquisizione e fusione, favoriti dalla ridotta dimensione media delle strutture (116 PL) ma siamo ancora molto lontani da livelli di concentrazione industriale paragonabili ad altri settori. In questo ambito, la novità positiva è il crollo della parete di cristallo verso sud, ovvero i primi segnali di entusiasmo nell'acquisire e rilanciare strutture sanitarie del Mezzogiorno da parte di *player* nazionali o internazionali. Questo è dovuto anche all'effetto dei piani di rientro, che hanno messo economicamente in difficoltà le proprietà me-

no efficienti, incrementando il livello di produttività e appropriatezza necessaria per mantenere l'equilibrio economico. In questo scenario le quote erogative dei privati accreditati stanno gradualmente crescendo, anche a causa della crescente difficoltà delle aziende pubbliche di accedere ai fattori produttivi, *in primis* al personale, dati i vincoli amministrativi imposti dal regolatore.

Lo scenario del SSN presenta quindi due assi di stabilità per le aziende che vi operano: una stabilità economico-finanziaria, con precisi vincoli nell'uso delle risorse e nell'accesso agli input, e una stabilità negli assetti istituzionali, soprattutto sul versante pubblico.

1.3 Uno sguardo alle aziende: accelera la meccanica dell'innovazione, ma verso quale direzione strategica?

Questo scenario di maggiore stabilità ha creato un ambiente favorevole affinché le aziende potessero tornare a investire nel cambiamento dei modelli di servizio e nello sviluppo dei loro sistemi operativi. I tempi di impostazione, acquisizione delle competenze e implementazione delle innovazioni organizzative ed operative si sono accorciati, con una maggiore capacità di sistematizzare le innovazioni trasformandole in reali strumenti a supporto dell'unitarietà e della guida aziendale. Analizziamo di seguito gli elementi più rilevanti e distintivi.

Le nuove aziende di accresciute dimensioni hanno dovuto come prima mossa integrare e armonizzare i loro sistemi contabili e di programmazione e controllo, che, dall'avvio dell'aziendalizzazione, sono sempre stati il pivot del sistema di gestione. Tale revisione rappresenta una prima occasione per ridefinire la reale configurazione organizzativa delle nuove macro-aziende. Dall'approfondimento svolto nel Rapporto 2018 emerge la significativa competenza che le aziende hanno dimostrato nello strutturare sistemi di programmazione e controllo allineati ai nuovi perimetri aziendali. Le aziende analizzate, pur con le fisiologiche differenze, sono state capaci di armonizzare i pre-esistenti sistemi delle aziende poi fuse in tempi veloci, considerando la complessità dell'oggetto di lavoro: in media, in circa due anni. In parallelo, emerge l'esigenza organizzativa di gestire le accresciute dimensioni aziendali, stratificando i sistemi organizzativi su tre livelli: vertice strategico, strutture intermedie e livello operativo (*line*). Ovviamente, ogni azienda può individuare configurazioni diverse per le proprie strutture intermedie: responsabilità per aree geografiche (distretti strutturali), per materie e discipline (dipartimenti aziendali strutturali) o per piattaforme, separando la programmazione e il controllo dell'utilizzo degli asset dalle responsabilità cliniche; oppure, può essere implementato un mix tra queste possibili soluzioni organizzative. L'elemento unificante è la necessità percepita di

rafforzare il livello intermedio, come unico riporto verso il vertice strategico, e come responsabile del governo delle unità operative del livello operativo. Non è detto, però, che prevedere nei nuovi organigrammi i livelli intermedi significhi dotarli del potere necessario per svolgere incisive funzioni sul piano organizzativo. In questo senso, i sistemi di programmazione e controllo, incluso il collegamento con il sistema di incentivazione, influenzano in modo decisivo la forza gestionale dei livelli intermedi, dal momento che esplicitano il ruolo loro assegnato nel processo di programmazione. I middle manager possono infatti trovare un ruolo specifico come ambasciatori, coordinatori o come veri e propri decisori che indirizzano con modalità gerarchiche le unità operative sottostanti, attribuendo risorse e obiettivi in quanto centri di responsabilità di secondo livello. In questo senso, ultimata l'armonizzazione dei sistemi in tempi relativamente brevi, appare meno nitida la finalità perseguita in termini di cambiamento organizzativo. Attraverso i nuovi sistemi di P&C si intende definire natura e poteri organizzativi del livello intermedio, ponendo quindi le basi per una sua strutturazione e rafforzamento? Oppure si intende, di fatto, mantenere l'azienda sui due tradizionali livelli gerarchici, omogeneizzando e perfezionando i classici meccanismi di attribuzione di responsabilità dalla Direzione Generale alle unità operative?

Una funzione esplicita di *operations management* e l'enucleazione di piastre di governo dei fattori produttivi rappresentano un trend di innovazione manageriale progressivamente più diffuso. Si stanno attivando unità operative dedicate, selezionando professionisti da assegnare a questa nuova funzione. Rimane molto incerta e altalenante la decisione se le piastre siano strutture di *line*, ovvero "proprietarie" degli asset che gestiscono e di cui assegnano direttamente gli slot; oppure se, al contrario, siano delle unità di *staff* che consigliano le UO cliniche su come ottimizzare i processi produttivi, i cui fattori produttivi e relativi asset rimangono però saldamente nelle mani delle unità organizzative professionali.

Si osservano i primi germogli della diffusione di logiche e strumenti di validazione e sviluppo delle competenze cliniche distintive. Diverse aziende hanno avviato meccanismi di verifica della numerosità della casistica trattata dai singoli medici per specifiche procedure o condizioni cliniche, in modo da accertare se essi dispongono della necessaria esperienza e *clinical competence*. Rimane ambivalente la finalità dello strumento, che può alternativamente servire ad aumentare la fungibilità dei medici, perché ognuno riesce a svolgere in sicurezza un'ampia fetta di procedure; o se, in alternativa, esso serve a definire e accentuare la specializzazione dei singoli operatori e a concentrare le casistiche.

Similmente si stanno diffondendo e consolidando i processi di accompagnamento alla certificazione di bilancio, peraltro con una maggiore incidenza nelle

regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali, come conseguenza secondaria dell'enfasi economica dei Piani di Rientro. Raggiunto l'equilibrio economico-finanziario, emerge come più incerta la finalità dello strumento di accompagnamento alla certificazione di bilancio. Si tratta di rendere più efficienti alcuni processi amministrativi, riducendo o quantomeno ottimizzando i costi? Oppure, l'obiettivo è quello di standardizzare le procedure contabili per armonizzare e rendere più confrontabili i bilanci? O ancora, la finalità rimane più che altro aderente al classico mandato della certificazione, ovvero accreditare sempre più la veridicità delle rilevazioni contabili?

Molte regioni hanno sviluppato solide banche dati amministrative e sviluppato o acquisito sofisticati strumenti di stratificazione dei pazienti, in grado di leggere l'appropriatezza dei consumi e gli eventuali livelli di over o under *treatment* per patologia o combinazione di patologie. Queste informazioni vengono trasferite selettivamente alle aziende sanitarie per promuovere processi di *Population Health Management* e di audit clinico, ma anche per sviluppare servizi di presa in carico della cronicità e di coordinamento delle reti professionali. Al momento, le potenzialità di questi strumenti analitici dei *big data* sanitari sono state esplorate in modo molto interessante a livello epidemiologico e di indirizzo di *policy*. Manca invece un compiuto utilizzo a livello locale, non avendo ancora risolto del tutto con quali strategie usare questi dati. La capacità di rielaborare e interpretare questa grande mole di informazioni potrebbe infatti rafforzare l'*empowerment* degli utenti, sviluppare le cure primarie, aumentare il coordinamento ospedale-territorio, integrare la spesa pubblica con quella privata.

Lo sviluppo di forme strutturali di cure primarie come le Case della Salute, i PreSST della Lombardia o i PTA di altre regioni sta procedendo sia in termini di numerosità delle esperienze avviate, che per loro ricchezza intrinseca di fattori produttivi gestiti e di servizi offerti. C'è un forte consenso sul fatto che le strutture intermedie devono rappresentare delle piattaforme di coordinamento e integrazione tra diverse unità operative, tra diverse discipline e tra equipe multi-professionali. Rimane molto aperta la domanda su quale sia la componente principale che debba integrarsi con il nucleo *core* della medicina generale (MMG, PLS, MCA). In alcuni contesti prevale un orientamento alla presa in carico dei pazienti cronici complessi, degli anziani e/o delle persone bisognose di Long Term Care, con l'inserimento di posti letto di cure intermedie a varia connotazione (medica, riabilitativa, socio-assistenziale). In altri casi si ritiene fondamentale, invece, l'orientamento all'integrazione della medicina generale con i dipartimenti specialistici territoriali, come la salute mentale, le dipendenze, la neuropsichiatria infantile, i consultori, la sanità pubblica. Altre aziende hanno invece avviato esperienze che privilegiano il focus sul coordinamento

clinico tra MMG e specialisti ospedalieri e convenzionati esterni, soprattutto con riferimento ai pazienti cronici. Infine, in alcune realtà è stata promossa l'idea di una struttura che fungesse da punto di primo accesso e *gatekeeping* per i pazienti occasionali, con un coinvolgimento della componente infermieristica. Ovviamente non si può integrare la Medicina generale in maniera profonda, contemporanea ed efficace con tutte queste linee di attività, perché organizzare significa anche specializzare e quindi separare. Occorre compiere delle scelte, selezionando le priorità strategiche, che, in questo caso, determinano un rilevante impatto sulla missione delle forme strutturali delle cure primarie.

Allo stesso modo, l'invecchiamento dei professionisti del SSN è oramai un dato acquisito e tutti concordano sulla necessità di rinnovare e ringiovanire la forza lavoro. Questo alimenta la ripresa dei concorsi pubblici dopo anni di blocchi. Al proposito si ravvisa scarsa chiarezza su quale debba essere la strategia: dobbiamo mantenere l'attuale modesto rapporto tra numero di infermieri e numero di medici, che ci colloca tra i fanalini di coda tra i paesi OCSE per l'incidenza delle professioni sanitarie? Oppure, dobbiamo cambiare decisamente il nostro *skill mix* a favore di un accresciuto coefficiente di infermieri per medico, che impone il cambiamento dei ruoli professionali e il ripensamento delle caratteristiche di molti servizi?

Sulla base dei dati raccolti nel Rapporto, sono ormai decine le aziende sanitarie presenti sui social media (Facebook, ma anche Youtube e LinkedIn). Tuttavia, raramente esistono strutture organizzative dedicate che formalizzano e valorizzano questi canali di comunicazione. Anche in questo caso, sono molte, e in parziale contrapposizione tra loro, le finalità strategiche della presenza sui social: veicolare informazioni ai pazienti, inclusa l'informazione sanitaria; innovare la comunicazione interna, superando almeno in parte le gerarchie; o ancora, attivare uno strumento di promozione dei risultati raggiunti e dell'identità aziendale.

In tutti i casi sopra citati, si osserva una rilevante capacità e velocità da parte delle aziende nello sviluppare o rinnovare le logiche e gli strumenti operativi interni, ma anche le caratteristiche dei servizi offerti al paziente. Le aziende mostrano una consolidata capacità di cambiamento e di sviluppo di logiche e strumenti manageriali nuovi, sempre più raffinati e incisivi nel rimodulare le attività cliniche. Le aziende, insomma, hanno acquisito e consolidato la "meccanica dell'innovazione", vale a dire la capacità di disegnare e implementare processi di cambiamento.

Le aziende mostrano invece una relativa difficoltà nel definire le finalità e le strategie da perseguire con l'implementazione dei citati sistemi operativi, modelli organizzativi o paradigmi di trasformazione dei servizi. Traspara l'assenza

di una convergenza o di un orientamento di sistema, poiché ogni azienda fa intravedere finalità e strategie diversificate per le stesse innovazioni. Più spesso, nelle stesse aziende, lo stesso strumento si caratterizza ancora per una relativa ambivalenza, perseguendo una pluralità di obiettivi, a volte tra di loro contraddittori.

In sintesi, emerge la capacità di riempire di nuovi sistemi operativi e strumenti lo spazio creato dalla stabilità finanziaria ed istituzionale, ma debole appare la direzione di marcia, la nitidezza dell'orizzonte di significato verso cui indirizzare l'innovazione.

Probabilmente, dopo anni di accentramenti regionali e riduzione dell'autonomia aziendale, di focalizzazione sul contenimento della spesa guidata da metriche per soli fattori produttivi e mai per servizi o output, di ingegneria istituzionale e di allargamento dei confini aziendali, la confidenza e l'abitudine allo spazio strategico si è diluita, soprattutto nei quadri intermedi, che sono coloro che più di tutti orientano i sistemi operativi.

Nondimeno, aprire una discussione franca e aperta sulle finalità dei nuovi strumenti (piastre, *clinical privilege*, accompagnamento alla certificazione, infrastrutturazione delle cure primarie, ripresa delle assunzioni, ecc.) può e deve rappresentare una finestra di opportunità per il management delle aziende, per condividere la ricerca di una direzione di marcia e, forse, per re-impadronirsi di alcune prerogative di governo che nel recente passato erano state più compresse.

1.4 Uno sguardo al management: quali spazi tra istantaneità della comunicazione politico-mediatica, tempi amministrativi e irrigidimento dei meccanismi di accesso?

Questo scenario si colloca in una fase culturale in cui la politica, o almeno la sua narrativa, è sempre più veloce e concentrata su aspetti parziali del sistema. La disintermediazione politica rende il dibattito molto celere e diretto, con un'agenda di priorità estremamente volatile. I temi di discussione sono raramente di natura generale, ma spesso legati ad aspetti di dettaglio o alimentati da episodi contingenti di limitata rilevanza per l'efficacia del SSN nel suo complesso, come il meccanismo di certificazione delle vaccinazioni (autocertificazione o certificazione istituzionale), le liste di attesa ambulatoriali, la diffusione di specifici virus.

All'opposto, i processi amministrativi risultano sempre più accentrati, proceduralizzati, controllati esternamente da organismi centrali, allungando in modo rilevante i tempi di implementazione. Le centrali regionali di acquisto eseguono oramai una quota rilevante degli acquisti in tutte le regioni. Ogni gara diventa pertanto una competizione molto rilevante per il mercato, che spiega come mai le imprese che non risultano vincitrici sistematicamente ricorrono alla giustizia

amministrativa. Considerando anche i passaggi della giustizia amministrativa, il tempo medio di aggiudicazione delle gare, compreso il periodo per arrivare alla firma dei contratti, è di due anni. Se aggiungiamo il tempo di preparazione della gara da parte delle centrali, attraverso l'ascolto delle aziende e della committenza regionale, oscilliamo tra i 2,5 e i 3 anni. Questo significa che, spesso, i prodotti che si acquistano sono già superati al momento dell'utilizzo, soprattutto se ad alto contenuto tecnologico come dispositivi medici o i sistemi informativi. Per motivi analoghi, si sono allungati i tempi delle procedure di reclutamento del personale, soprattutto delle professioni sanitarie: i concorsi sono centralizzati, spesso con centinaia di candidati, conseguenza del preesistente, pluriennale blocco delle assunzioni, perché presenti in molte graduatorie. Gli incentivi dei direttori, così come quelli del personale, vengono riconosciuti e pagati con sempre maggiore ritardo, vista la crescente sensibilità politica sulle retribuzioni pubbliche accessorie.

In sintesi, ci troviamo in una stagione di accelerazione della narrativa e degli indirizzi politici e di significativo allungamento dei tempi amministrativi. In altri termini, ciò di cui si discute politicamente e che diventa indirizzo istituzionale, trova concreta realizzazione amministrativa ed attuativa anni dopo, quando oramai il tema è completamente superato nell'agenda del dibattito di policy. Questa rilevante divergenza tra i ritmi istituzionali e quelli amministrativi ha una natura ambivalente per il management delle aziende. Da un lato crea uno spazio di autonomia strategica allargata per il management, perché il momento attuativo è lontano ed estraneo al momento di formulazione dell'indirizzo e di attenzione politica dell'opinione pubblica, permettendo gradi di autonomia manageriali rilevanti. All'opposto, quello di cui si discute politicamente, e per cui si viene sollecitati, non può trovare conseguenti risposte amministrative veloci, tantomeno immediate, mettendo sotto pressione il management aziendale.

Un'ulteriore criticità è rappresentata dal ritorno in auge di alcuni paradigmi di selezione e valutazione del management basati su logiche procedurali accentrate e criteri presuntamente oggettivi, sia per i direttori generali, sia per i direttori sanitari e amministrativi. Chi scrive è invece convinto della validità del paradigma esattamente opposto. Il capitale istituzionale è direttamente proporzionale al grado di autonomia che si lascia ai membri dell'istituzione nell'interpretare l'interesse pubblico, per il semplice fatto che più le decisioni sono strategiche e rilevanti, più necessitano di spazi di valutazione soggettiva, non oggettivabile. Nessuna impresa al mondo assumerebbe mai i propri dirigenti in base a criteri oggettivi, perché quasi tutte le dimensioni che si possono oggettivare sono di scarso rilievo per svolgere le funzioni manageriali. Oggettivi sono, di certo, i titoli di studio, la partecipazione a corsi, gli anni di servizio come dirigente

di unità organizzative di rilevanti dimensioni, la docenza in corsi universitari o post-universitari, le pubblicazioni scientifiche, e altri. È vero che alcuni di questi criteri possono fornire alcuni standard minimi, utili a impedire nomine palesemente inadeguate. Però, la sommatoria dei criteri oggettivi sopra ricordati non rappresenta una proxy esaustiva di qualità manageriale. Altri criteri di valutazione, come quelli inerenti le attività accademiche, risultano peraltro trascurabili quando si tratta di dirigere un'azienda focalizzata sui servizi territoriali. Tuttavia, la tendenza sembra proprio quella di moltiplicare i criteri “oggettivi e uniformi” per consentire l'accesso agli albi del top management del SSN. All'opposto, tutte le dimensioni di rilievo per le funzioni manageriali sono di natura soggettiva: le performance pregresse rispetto al contesto dato, l'imprenditorialità, la motivazione per il valore pubblico, la leadership, le competenze direttive complessive; tutti aspetti non contemplati negli attuali criteri di preselezione dei direttori. Inoltre, si dovrebbe tenere presente la grande eterogeneità delle aziende e degli enti del SSN. L'autonomia regionale e la tendenza alla specializzazione erogativa hanno ormai differenziato molto le competenze manageriali necessarie a dirigere le singole aziende.

Paradossalmente, il ritorno del principio dell'oggettività e dell'uniformità viene veicolato come meccanismo di rafforzamento istituzionale, quando esso ne rappresenta esattamente la nemesi, ovvero il sintomo di sgretolamento del capitale istituzionale disponibile. Segnaliamo, ad esempio, che alle regole attuali, il Direttore Generale del più importante ospedale al mondo (John Hopkins o Harvard) perderebbe punti preziosi per diventare DG di una grande azienda ospedaliera del SSN perché non ha frequentato corsi di formazione appropriati.

Segnaliamo inoltre che i meccanismi di selezione del management pubblico devono mantenere le loro coerenze interne. Lo *spoils system* richiede ampi spazi di discrezionalità per le scelte del *policymaker*, che è responsabilizzato dai risultati da mostrare in ambito politico e tecnico, e allo stesso tempo limitato dal tempo determinato dei contratti assegnati. Il *merit system* prevede invece un ritorno alle logiche del concorso pubblico, gestito internamente al corpo professionale, senza opzioni di scelta per i politici. La sintesi tra due modelli dalle razionalità opposte non è probabilmente disponibile e rischia di ridurre la funzionalità complessiva del meccanismo di selezione del top management.

1.5 La struttura e i principali contenuti del Rapporto OASI 2018

1.5.1 Il quadro di riferimento: il sistema sanitario e sociosanitario

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

Il capitolo 2 descrive il SSN italiano focalizzandosi sui profili istituzionali, sulla dotazione strutturale, sulle attività e sul livello di risposta alla domanda di salute, e ne illustra il posizionamento nel panorama internazionale (principali Paesi dell'Unione Europea, del Nord America e Paesi BRIC).

Le analisi rielaborano i più recenti dati pubblicati dal Ministero della Salute e da Agenas (Piano Nazionale Esiti) e sono integrate con evidenze riguardanti alcune determinanti dei bisogni e dei consumi sanitari, tratte da studi condotti dall'ISTAT tra 2016 e 2017. Con riferimento agli assetti istituzionali, dopo i grandi processi di riordino occorsi tra 2015 e 2017, negli ultimi 12 mesi non si registrano nuovi cambiamenti: in linea con quanto riportato nel Rapporto 2017, le aziende territoriali (ASL e ASST) sono pari a 120, mentre le Aziende Ospedaliere restano 43.

La dotazione strutturale del SSN ha evidenziato, anno dopo anno e fino al 2016 (ultimo anno disponibile) una contrazione in termini di numero di PL, limitata esclusivamente ai PL per ricoveri ordinari (-41,2% rispetto al 1997). I PL per ricoveri diurni, sono rimasti sostanzialmente stabili (-21 unità), nonostante dal 2008 sia iniziato un trend di riduzione che suggerisce uno spostamento della geografia dei servizi verso il territorio. A livello internazionale, si registra dal 2005 una diminuzione della dotazione di posti letto nei Paesi analizzati e una forte disomogeneità in termini di ripartizione tra acuti e long-term care. Le attività di ricovero (dimissioni) hanno registrato un significativo calo tra 2001 e 2016 (-30%), in coerenza con il trend strutturale, e un valore inferiore alla media dei Paesi OECD, con una degenza media allineata a quella dei principali Paesi europei. La soddisfazione del bisogno sanitario, infine, è un elemento difficilmente apprezzabile, se non attraverso misure indirette. La mobilità sanitaria risulta sostanzialmente stabile con un lieve aumento nel 2014-16; i tempi di attesa più lunghi si registrano per gli interventi che non hanno un impatto diretto sulla sopravvivenza del paziente; la percentuale di cronici in buona salute si riduce all'aumentare dell'età e registra valori decisamente più contenuti nell'area meridionale del Paese.

L'Italia registra, infine, il valore più basso tra i Paesi considerati in merito alle ospedalizzazioni inappropriate (asma, BPCO e diabete), nonché una riduzione del numero di parti cesarei (sebbene si registri uno tra i maggiori tassi di utilizzo di tale procedura).

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

Le evidenze mostrano che, nel panorama internazionale, l'Italia registra una spesa sanitaria contenuta e con una copertura pubblica del 74,5%, nella media dei Paesi europei ma in lieve diminuzione.

A livello nazionale, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN si è stabiliz-

zata negli ultimi 8 anni, aumentando con un tasso di crescita medio dello 0,8% dal 2010. Nel 2017, è aumentata dell'1,3% rispetto al 2016, attestandosi su un valore di circa 117,5 miliardi di euro. Come nel 2016, anche nel 2017 si registra un disavanzo contabile di sistema pari a 282 milioni di euro (0,2% della spesa sanitaria pubblica corrente). Concause dell'aumento della spesa rispetto all'anno precedente sono la crescita delle voci relative all'acquisto di beni e servizi (+3,8%), alla specialistica convenzionata (+2,0%) e ad altra assistenza convenzionata (+1,1%).

La complessiva stabilità a livello nazionale si accompagna, però, ad una rilevante eterogeneità a livello regionale, soprattutto in relazione alla variabilità della spesa e dell'incidenza di quest'ultima sul PIL regionale. Tuttavia, la variabilità regionale della spesa sanitaria pubblica pro-capite è in leggera diminuzione, segnalando come il costo dell'assistenza si stia lentamente omogeneizzando. Questa tendenza è ancora più visibile se si tiene conto della mobilità, testimoniando come la domanda reale di servizi sia poco variabile sul territorio. Al contrario, la variabilità dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale risulta essere in aumento. 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 molto 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 4 analizza la rilevanza degli erogatori privati accreditati, che concorrono al raggiungimento dei fini istituzionali di tutela della salute del SSN.

Nel 2017 la spesa SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è stata pari al 18,8% del totale della spesa sanitaria pubblica, con marcate differenze nel confronto interregionale.

Gli erogatori privati accreditati detengono complessivamente il 30,2% dei posti letto ospedalieri, prevalentemente concentrati presso le case di cura accreditate (67,4% dei PL accreditati). Il peso degli erogatori privati accreditati risulta minore negli acuti (22,8% dei PL totali), equivalente a quello delle strutture pubbliche nella lungodegenza (53%), prevalente in ambito riabilitativo (74%).

I ricoveri erogati da privati accreditati sono pari al 26,5% del totale SSN, con il massimo regionale in Lazio (51,2%). Tra 2013 e 2018 è cresciuta la concentrazione del mercato: i grandi gruppi ospedalieri, che detengono oltre 500 PL nella loro rete d'offerta, hanno acquisito circa duemila nuovi PL e 21 strutture. Per effetto di questo processo, i grandi gruppi rappresentano il 38,0% dei PL accreditati e l'11,5% della dotazione complessiva del SSN. I gruppi stanno perseguendo sempre più frequentemente strategie di integrazione verticale lungo la filiera sanitaria, definendo forme di collaborazione, tra le altre, con Università, strutture socio-sanitarie e ambulatori esterni agli ospedali. Inoltre, 12 dei 20

grandi gruppi individuati hanno ottenuto il riconoscimento IRCCS per una o più delle strutture del gruppo.

Alla luce delle interviste condotte con i rappresentanti di alcuni *player* privati, le traiettorie strategiche emergenti possono essere così riassunte: crescita dimensionale attraverso l'acquisizione di piccole strutture, ricerca di nuovi "oceani blu" nell'ambito della solvenza (pazienti internazionali, *wellness*, *outpatient* fuori dalle strutture sanitarie); integrazione con il mondo della riabilitazione e della cronicità; attenzione crescente alla qualità, attraverso l'integrazione con il mondo della ricerca e della formazione universitaria; sviluppo di alleanze specifiche e selettive tra gruppi e strutture ospedaliere indipendenti, ma anche con il settore assicurativo.

Il capitolo 5 propone un approfondimento sul sistema sociosanitario e sociale dedicato ai cittadini anziani non autosufficienti e ai disabili adulti, illustrando il sistema dei servizi pubblici esistenti e fornendo una fotografia aggiornata dei dati sul settore. Dopo aver mappato il sistema di offerta dei servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali dedicati a questi due target di utenza e aver raccolto i dati disponibili sulla loro fruizione e sul bisogno potenziale della popolazione, le analisi mostrano che i servizi disponibili per i cittadini sono tuttora scarsi rispetto alle potenziali richieste, arrivando a coprire circa il 30% dei bisogni sociosanitari e sociali totali. Il capitolo affronta poi il tema dei grandi anziani (*over85*) analizzando quanto e come questi facciano ricorso ai ricoveri ospedalieri, interrogandosi rispetto al fatto che questo avvenga in sostituzione o a complemento dei servizi sociosanitari. Le analisi sui ricoveri ordinari per acuti, riabilitazione e lungodegenza avvenuti nel 2015 e nel triennio precedente da parte di cittadini *over85* fanno emergere un'altissima incidenza di ricoveri multipli (61,4% dei ricoveri), ovvero di situazioni di ricovero che si ripetono in un lasso di tempo ravvicinato e con caratteristiche simili (mediamente 1,5 ricoveri per paziente, ognuno di circa 11 giorni). L'incidenza è più alta per gli uomini che per le donne. Il 90% dei ricoveri si svolge in regime per Acuti. Il 73% si conclude con una dimissione al domicilio senza alcun tipo di presa in carico. Il 28% è riferito a ricoveri ripetuti per le stesse MDC (e quindi presumibilmente le stesse patologie). Il 30% riguarda pazienti anziani che già avevano avuto un ricovero anche nel 2014, il 23% ne avevano avuto almeno uno nel 2013 e il 21% uno anche nel 2012. Queste caratteristiche lasciano immaginare che le famiglie continuino a rivolgersi all'ospedale come risposta in caso di emergenze o di mancata risposta della rete sociosanitaria dedicata alla non autosufficienza.

Il capitolo 6 fornisce come di consueto una panoramica aggiornata dei trend e delle determinanti dei consumi sanitari privati in Italia.

La spesa sanitaria privata ammonta al 26% della spesa totale, principalmente nella forma di spesa *out of pocket* (24%). Tale proporzione risulta lievemente

maggiore rispetto ai principali paesi a vocazione universalistica, mentre la spesa *out of pocket* pro capite in euro correnti risulta in linea, se non addirittura inferiore, agli altri paesi europei. Nel confronto in termini di spesa pubblica pro capite e di spesa intermediata pro capite, il nostro paese mostra valori significativamente inferiori rispetto agli altri paesi europei.

La stima della spesa sanitaria privata può variare tra i 27,5 e i 49,5 miliardi di euro, a seconda delle voci di spesa e dei diversi soggetti e regimi di finanziamento considerati. Il valore centrale è quello fornito dagli organismi nazionali e internazionali, i quali mostrano come la spesa sanitaria delle famiglie italiane ammonti a circa 40 miliardi di euro, distribuiti tra beni (35%) e servizi (65%).

A livello regionale la spesa sanitaria delle famiglie mostra variazioni significative: la spesa media pro capite passa dai circa 330 euro della Campania a più di 800 euro in Lombardia e 950 euro in Valle d'Aosta. Questa dinamica mostra come ci sia una relazione positiva tra spesa sanitaria e reddito pro capite. Emerge di riflesso come la relazione sia anche con la qualità dei sistemi regionali: le regioni con la minore spesa privata pro capite sono le stesse che soffrono di più in termini di variabili che misurano la qualità dei servizi erogati dal SSR. Un'analisi più approfondita rispetto alle caratteristiche socio-economiche ha permesso, infine, di iniziare a caratterizzare la relazione che intercorre tra spesa sanitaria, spesa generale e reddito familiare, cercando di osservare la presenza di eventuali effetti regressivi che questa può avere rispetto alle classi socio-economiche più deboli.

Il capitolo 7 si basa sul presupposto per il quale i sistemi sanitari nazionali subiscono in maniera crescente forti pressioni legate, da una parte, all'aumento della domanda di servizi sanitari e, dall'altra, a una riduzione relativa delle risorse disponibili. Comprendere lo stato di salute di una popolazione rappresenta pertanto un importante passaggio per comprendere il profilo di efficacia, ma anche di efficienza, nell'erogazione dei servizi. Consapevoli della natura complessa e multidimensionale di questo dominio, il capitolo mira pertanto a fornire un quadro dei principali indicatori di salute con riferimento alla popolazione italiana.

Il capitolo propone innanzitutto un confronto internazionale, cui fa seguito un'analisi del sistema Italia a livello nazionale e regionale, con focus su aspettativa di vita, mortalità, stato di salute percepito dai cittadini, bisogni sanitari non soddisfatti e diffusione dei principali fattori di rischio. Si propone inoltre un approfondimento sull'associazione della mortalità per specifiche cause di morte con alcune variabili socio-economiche.

Complessivamente, il quadro che emerge dal confronto con altri Paesi (in particolare, Regno Unito, USA, Spagna, Germania e Francia) è rassicurante per il nostro Paese. Si riduce, inoltre, la percentuale di popolazione che dichiara bisogni sanitari non soddisfatti. A livello nazionale, l'andamento di lungo periodo

dei tassi di mortalità è in calo tra 2003 e 2015 (tra $-1,3\%$ a $-2,2\%$ all'anno), sebbene aumenti significativamente (fino a $+5,8\%$ annuo) la mortalità per disturbi psichici e malattie del sistema nervoso. D'altro canto, permangono importanti divari interregionali: il differenziale tra speranza di vita e speranza di vita in buona salute alla nascita (periodo in cui verosimilmente il cittadino manifesta bisogni di salute) va dai 30,6 anni in Calabria ai 14,1 anni nella PA di Bolzano. Emerge, infine, un'associazione negativa tra l'aumento del reddito a livello di popolazione e la riduzione della mortalità, soprattutto per le malattie cardiovascolari.

Gli ultimi anni hanno visto i SSR contenere la spesa e prestare particolare attenzione ai vincoli economico-finanziari. Tuttavia, il consolidarsi di un sistema strutturalmente in equilibrio di bilancio e il contestuale permanere – se non acuirsi – delle differenze tra diverse aree del Paese, impongono la promozione di un'idea di «SSN propositivo» e non reattivo, al fine di aumentare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e ridurre progressivamente le disuguaglianze osservate.

1.5.2 L'evoluzione dei sistemi operativi e le innovazioni gestionali

Il capitolo 8 affronta il tema dei Percorsi di Certificabilità (PAC) dei bilanci delle aziende sanitarie offrendo una mappatura aggiornata dello stato di implementazione dei percorsi e una lettura manageriale e strategica dei diversi modelli esistenti. I PAC derivano dalla più ampia riforma di armonizzazione contabile del D.lgs 118/2014 che ha riportato alla luce il tema dell'importanza del dato di bilancio per la gestione delle aziende pubbliche. Nel tempo questo si è abbinato anche all'esigenza di introdurre dei sistemi informativi e di controllo (interno ed esterno). Dopo aver analizzato tutti i documenti (normativi e non) delle regioni al fine di mappare lo stato di attuazione dei PAC, è stata condotta una analisi comparativa tra modelli regionali, successivamente approfondita da tre casi studio. Tutte le regioni (con eccezione di PA Trento, Val d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia) hanno avviato i PAC tra il 2013 e il 2017 seguendo le indicazioni ministeriali e avendo già previsto numerose rimodulazioni e aggiustamenti. I PAC regionali hanno assunto profili molto differenziati per quanto riguarda l'assegnazione della responsabilità e la governance del processo; le connessioni previste con altri sistemi aziendali quali Sistemi di Controllo interno/audit o sistemi informativi; la predisposizione di Linee Guida o Manuali Regionali di Procedure contabili; l'attivazione di percorsi di formazione di supporto o l'avvio di sperimentazioni/progetti pilota legati al PAC. Questo fa emergere due diversi approcci: uno più *tecnico*, basato sui principi di revisione contabile e centrato sul governo delle procedure di bilancio; uno più *strategico*, basato sui principi organizzativi e sulla diffusione di una cultura manageriale. I tre casi studio (Lazio, Liguria, Umbria) evidenziano anche un diverso approccio tra re-

gione e aziende sanitarie nella gestione del PAC, dove la prima può interpretare un ruolo di guida *top-down* nel caso in cui voglia stimolare le aziende verso l'introduzione di sistemi contabili di maggiore qualità, oppure un ruolo di regia e coordinamento, lasciando che il processo si svolga in modalità *bottom-down* con le aziende sanitarie responsabili di monitorare e gestire il percorso.

Il capitolo 9 analizza i cambiamenti intervenuti nelle caratteristiche, finalità e livelli di efficacia dei sistemi di programmazione e controllo (P&C) delle aziende sanitarie pubbliche. Queste ultime, in seguito alla stagione di ingegneria istituzionale e di accorpamenti di molti SSR, sono oggi caratterizzate da dimensioni maggiori e profili istituzionali e organizzativi spesso radicalmente mutati. In tale contesto, il contributo investiga collocazione organizzativa, ruolo e processo di integrazione dei principali elementi del pacchetto di P&C (*management control system - MCS*): contabilità analitica, budget, reporting, collegamenti con il sistema di incentivazione. A tal fine, il capitolo propone un'analisi di quattro casi aziendali investiti da processi di accorpamento nel 2016-2017, collocati in contesti geograficamente diversi: ASST Fatebenefratelli-Sacco (Lombardia), AUSL Toscana Centro, ASL Reggio Emilia, ATS Sardegna. L'analisi è stata condotta attraverso interviste semi-strutturate ai responsabili aziendali dei sistemi di P&C. Il ruolo assegnato alla P&C è il principale tratto di differenziazione delle quattro aziende, variando dal presidio delle tradizionali funzioni di controllo e di produzione del dato, all'integrazione con la contabilità generale, alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria territoriale, all'incorporazione della gestione operativa. Il processo di integrazione degli strumenti, sul piano tecnico, appare ben avviato in tutti i casi analizzati; è stato rallentato, in alcuni casi, dai ritardi nella revisione delle strutture e delle responsabilità organizzative e nella conclusione di accordi sindacali. Emergono, invece, alcuni elementi che facilitano l'adattamento dei sistemi operativi alle nuove realtà aziendali: l'esistenza di indicazioni regionali sulla configurazione e l'alimentazione degli strumenti; l'utilizzo degli stessi software nelle pre-esistenti aziende; la chiara definizione del mandato strategico e dei compiti assegnati alla funzione di P&C. In tutti i casi, la fusione è diventata il momento per cercare una nuova configurazione del pacchetto dei *MCS*; non è ancora chiaro, però, se tale nuova configurazione e il tanto auspicato processo di *empowerment* dei livelli intermedi del management potranno effettivamente rafforzarsi a vicenda.

Il capitolo 10 muove dalla premessa per cui, da alcuni anni, è in corso una sempre più diffusa formalizzazione della funzione di Gestione Operativa (GO) negli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Pubbliche (ASP) del SSN (Rapporto OASI 2017). Nel 2018 la ricerca si è posta lo scopo di analizzare in che modo si stiano strutturando le funzioni di GO e quali attività/progetti stiano esse intraprendendo per raggiungere gli obiettivi e la missione attribui-

tigli dall'azienda. Sono state dunque analizzate le suddette funzioni istituite in quattro ASP, attraverso lo studio di documentazione aziendale e interviste ai responsabili della GO, ai membri del team ed, eventualmente, alla Direzione Generale. La scelta è ricaduta su quattro realtà differenti tra loro in termini di professionalità coinvolte (ingegneri, infermieri, dirigenti medici), forme organizzative e funzioni sottoposte. Le realtà prese in esame sono l'ASST Bergamo Ovest, l'ASST Cremona, l'ASST Monza e l'AUSL Reggio Emilia.

Dall'analisi emerge come le funzioni abbiano una mission comune: passare da una programmazione e gestione frammentata degli asset e dei processi produttivi a una più centralizzata, uniforme e coerente con le strategie aziendali. Le funzioni di GO analizzate presentano alcuni tratti distintivi simili in termini di responsabilità assegnate. Da disegno organizzativo, programmano l'utilizzo degli asset ambulatoriali, delle sale operatorie e delle Degenze, svolgono attività di consulenza interna rispetto alla gestione a valle degli asset produttivi e nello sviluppo di progetti sui percorsi dei pazienti. Un altro aspetto in comune è rappresentato dall'ambito su cui hanno agito inizialmente, ossia quello chirurgico (principalmente su programmazione sale operatorie, gestione liste di attesa, riorganizzazione del pre-ricovero). In un contesto di inevitabili resistenze al cambiamento, le funzioni risultano pienamente all'opera e i primi risultati sono incoraggianti. Tra i fattori facilitanti: una solida impostazione metodologica, il connotato multidisciplinare del team (ristretto o allargato), l'investimento (tecnologico ma anche organizzativo) sui sistemi informativi e il commitment della direzione strategica. La GO si sta quindi candidando a diventare una delle funzioni centrali di questa fase dell'aziendalizzazione; per chi ha già intrapreso questo percorso, la prossima sfida sarà come estendere le attività agli altri ambiti della logistica del paziente e all'integrazione H-T.

Il capitolo 11 vuole indagare quali sono le implicazioni manageriali che l'uso dei social media per le aziende sanitarie. In quali situazioni vengono utilizzati? Quali obiettivi vengono perseguiti? Quali dinamiche vengono indotte sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione? A partire da questi interrogativi è stato costruito un questionario diffuso online tra le aziende sanitarie italiane e l'approfondimento di due casi studio (AUSL di Modena e ASL di Bartletta-Trani), con l'obiettivo di: identificare quali social media sono usati, quali le principali strategie e destinatari, quali sono le modalità di gestione della comunicazione (come è organizzato lo staff o la tecnostruttura), in che modo l'utilizzo dei social media è stato introdotto e i possibili sviluppi futuri all'interno dei processi di trasformazione delle aziende. L'indagine ha permesso di constatare che le aziende sanitarie, pur con sensibili differenze, stanno cercando di adattarsi a un mondo che sta diventando sempre più "ineluttabilmente social", anche se lo stanno ancora facendo in modo poco strutturato. La maggior parte delle aziende sono ormai presenti su Facebook (65% del campione) o su Youtube e

LinkedIn, ma raramente esistono al loro interno strutture organizzative che valorizzano (e formalizzano) le forme di comunicazione attraverso social media. La scarsa formalizzazione è confermata dall'assenza di una solida analisi delle performance e degli effetti delle interazioni veicolate tramite social. Le eccezioni, come nei due casi studio presentati, vedono il coinvolgimento di figure professionali di giovane età con background specialistico rispetto alla funzione di comunicazione (e competenze e sensibilità sulle specificità del settore sanitario). Gli obiettivi che vengono perseguiti riguardano principalmente l'informazione sui temi legati alla salute e alla comunicazione di informazioni sulle attività aziendali, principalmente rivolgendosi ai cittadini. Le potenzialità dei social media non sono ancora sfruttate a pieno in Sanità, aprendo lo spazio per trovare nuove modalità per sostenere le trasformazioni in atto, raggiungere nuovi target, accogliere nuove professionalità e promuovere fiducia.

1.5.3 Le innovazioni organizzative

Il capitolo 12 indaga la demografia dei dipendenti pubblici dei diversi servizi sanitari regionali con riferimento al personale infermieristico, di supporto e medico, attraverso l'analisi dei dati del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato dal 2010 al 2016. Inoltre, è stata condotta un'analisi esplorativa per cogliere le risposte emergenti delle aziende sanitarie pubbliche ai vincoli nelle politiche di reclutamento, con particolare attenzione all'uso della leva del cambiamento dello *skill mix*. La ricerca mostra una sostanziale stabilità nel tempo in ciascuna Regione del rapporto tra le figure professionali oggetto di indagine. Risulta, infatti, difficile trovare interventi significativi tesi a modificare le inerzie nei sistemi, nonostante le dinamiche dei bisogni della popolazione e l'attenzione al governo dei costi. Inoltre, non vi sono segnali di convergenza delle Regioni rispetto al rapporto tra le figure professionali, la cui variabilità risulta difficilmente ascrivibile a differenti modelli intenzionalmente governati. Infine, emergono criticità relative alla gestione del personale, su cui sarebbe opportuno intervenire, come: le difficoltà crescenti di reperimento sul mercato, per alcune specialità, del personale medico, le rigidità normative e regolamentari che limitano la flessibilità nell'utilizzo del personale, la parziale efficacia delle attuali modalità di selezione del personale infermieristico e la carenza di leve in grado di trattenerlo. Le aziende sanitarie sarebbero aiutate dall'adozione di obiettivi e vincoli non solo in termini di quantità, ma anche di composizione del personale e dalla promozione e diffusione di modelli di organizzazione del lavoro che consentano a tutte le categorie di operatori di sfruttare competenze e abilità.

Il capitolo 13 muove dalla premessa per cui, come conseguenza dei recenti cambiamenti istituzionali (accorpamenti aziendali, definizione degli standard mi-

nimi di volumi per UO, sviluppo delle reti cliniche, ecc.) e delle pressioni sulla misurazione degli esiti clinici, le aziende sanitarie sono sempre più chiamate a definire strumenti per la mappatura e il governo delle competenze cliniche dei professionisti. Il capitolo indaga questa leva di *clinical governance* al crocevia di diversi strumenti operativi aziendali e terra di confine tra diverse responsabilità organizzative, sia di *line* (di dipartimento e di unità operativa, in quanto primi titolari del governo e dell'orientamento dell'attività clinica), che di staff (direzioni del personale e sviluppo organizzativo, direzioni sanitarie e di presidio, uffici qualità/accreditamento e rischio clinico, uffici di gestione operativa). La ricerca ha quindi studiato quattro casi aziendali di Aziende Sanitarie Pubbliche e Private pioniere in termini di introduzione di logiche e strumenti di valutazione delle competenze cliniche: l'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, l'APSS di Trento, l'Istituto Clinico Humanitas e l'Istituto Europeo di Oncologia.

L'analisi ha comparato gli obiettivi dei diversi sistemi (qualità e sicurezza, sviluppo del personale, governo strategico delle linee di attività), le loro caratteristiche specifiche (integrazione con sistemi di monitoraggio degli outcome individuali, verifica di volumi minimi di casistica, presenza di un sistema di *privileges* per le specifiche procedure/attività), il perimetro di estensione (ambito chirurgico/interventistico o anche medico). Ha inoltre approfondito le principali criticità e i fattori di successo delle quattro esperienze.

Se in passato la valutazione e lo sviluppo delle competenze era tradizionalmente appannaggio del sistema delle professioni e dei singoli, oggi tale attività è diventata un elemento chiave delle strategie di governo clinico che le aziende devono attuare. Anche grazie alle potenzialità dei sistemi informativi i tempi sono oggi maturi per un investimento sulla gestione "intenzionale" delle competenze dei clinici, e i quattro casi analizzati potranno offrire utili elementi di riflessione per altre aziende del SSN.

Il capitolo 14 indaga il livello di inserimento dei profili di ruolo amministrativo under 35 in un *panel* di servizi non sanitari negli enti pubblici dei SSR, descrivendone il background e l'inquadramento professionale e contrattuale. Il tema risulta meno sviluppato in letteratura rispetto ai contributi sul personale sanitario e/o dirigenziale, nonostante il comparto amministrativo coinvolga l'11% degli addetti del SSN. Inoltre, alcuni interventi normativi dell'ultimo decennio (L. 266/2005 e L. 191/2009 tra tutti) e la recente stagione di riforme degli assetti istituzionali ne hanno influenzato la fisionomia: i dati del Conto Annuale registrano per il periodo 2006-2016 una complessiva riduzione del numero di addetti (da 77.148 a 68.947), oltre a un calo del 63,9% degli under 35 di ruolo amministrativo nelle aziende sanitarie pubbliche. L'analisi si compone di due elementi: (i) una mappatura delle principali soluzioni organizzative attualmente adottate dalle aziende sanitarie pubbliche in cinque servizi non sanitari («Controllo di gestione», «Politiche e valutazione del personale», «Marketing

e Comunicazione», «Sistemi informativi» e «Bilancio») e (ii) un questionario sottoposto ai Direttori delle Risorse Umane delle medesime aziende. Lo studio conferma l'esistenza di un gap generazionale all'interno delle aziende sanitarie e le evidenze fanno emergere tre considerazioni principali: in primis, l'incidenza percentuale degli addetti under 35 sul totale delle teste per servizio in tutti i casi risulta inferiore al 10%. In secondo luogo, negli enti collocati in regioni mai sottoposte a Piano di Rientro, il 7,1% del personale ricade nella classe d'età under 35, contro il 2,7% riscontrato nei cinque servizi degli enti rispondenti situati in regioni sottoposte a Piano. Infine, oltre 50% dei profili indagati vanta un contratto a tempo indeterminato, mentre il ricorso nell'ultimo triennio a formule contrattuali alternative come stage, borse di studio e Co.Co.Co. appare scarso. In ultima analisi, il capitolo evidenzia come siano presenti dei margini per il ribilanciamento dell'*age mix* anche nei servizi non sanitari, da accompagnare con la selezione di competenze specifiche e funzionali alla guida di organizzazioni sempre più complesse (secondo logiche di *Talent Management*, *Knowledge management* e analisi dei fabbisogni).

1.5.4 Le innovazioni nelle politiche sanitarie

Il capitolo 15 ha l'obiettivo di presentare le diverse accezioni e modalità di utilizzo di prezzi di riferimento per le tecnologie sanitarie e discuterne criticamente l'applicazione ai dispositivi medici in Italia, anche alla luce del dibattito in corso sul valore delle tecnologie. A tal fine, il capitolo inizia con una disamina dei modelli e sistemi di misurazione del valore (*value-based frameworks*) applicabili ai dispositivi che si sono sviluppati in anni recenti prevalentemente negli Stati Uniti. La ricerca è stata condotta attraverso la revisione della letteratura scientifica e grigia.

Segue poi una trattazione sull'origine, nel panorama europeo, dei prezzi di riferimento che rappresentano inizialmente un tentativo di garantire prezzi di rimborso omogenei, applicati per lo più ai farmaci, in grado di sfruttare i meccanismi competitivi del mercato di riferimento e garantire al paziente la possibilità di scelta a fronte di una compartecipazione sul prezzo di acquisto. Rispetto ai dispositivi medici, invece, in Italia i prezzi di riferimento sono stati introdotti come strumento di mero contenimento della spesa, e rappresentano un prezzo massimo di rimborso, senza alcuna possibilità per il paziente di scegliere e di compartecipare.

L'applicazione di *value-based frameworks* al contesto dei dispositivi medici potrebbe essere integrata nei processi di definizione dei mercati e dei prezzi di riferimento in quanto, sebbene ancora in fase di sviluppo ed implementazione, offrono un esempio di coinvolgimento di diversi stakeholders (medici, pazienti, *policy maker*, industria, e istituzioni accademiche e di ricerca) nella valutazione delle dimensioni di valore delle tecnologie sanitarie.

Il capitolo 16 presenta i principali risultati del primo anno di attività dell'Osservatorio sul Management degli Acquisti e dei Contratti in Sanità (MASAN) proponendosi tre obiettivi: 1) fornire una descrizione delle modalità con cui vengono condotte la programmazione e l'analisi dei fabbisogni nei processi di acquisto centralizzati; 2) approfondire l'assetto della funzione acquisti aziendale prendendo spunto dalla riorganizzazione del SSR Lombardo; 3) presentare le modalità di acquisto utilizzate dalle Centrali di committenza italiane, con un focus particolare sul ricorso all'accordo quadro. Le ricerche sono state condotte attraverso la consultazione di fonti istituzionali (siti web delle regioni, dei Soggetti Aggregatori, delle Centrali di committenza e delle Aziende Sanitarie, leggi e delibere regionali, Portale della Trasparenza ANAC e Tenders Electronic Daily – TED) e documenti aziendali nonché interviste con referenti regionali.

I risultati generati nel corso del primo anno di attività dell'Osservatorio MASAN mettono in evidenza come l'acquisto sanitario e, quindi, gli attori del sistema acquisti, rivestano un ruolo cruciale nel consentire il raggiungimento di livelli adeguati di efficienza, produttività, efficacia ed economicità del SSN. L'efficacia di un acquisto non dipende, infatti, soltanto dalla qualità intrinseca dell'oggetto acquistato, ma anche dalla gestione del processo d'acquisto. È necessario garantire l'approvvigionamento del bene/servizio più coerente con le esigenze cliniche specifiche, nel momento giusto e alle giuste condizioni. Appare oggi evidente la necessità di un maggiore sforzo, da parte degli attori del SSR di avviare un processo di revisione, riqualificazione ed *empowerment* dei processi e degli attori della rete degli acquisti per produrre non solo risparmi, ma valore. Questo impone un forte investimento in competenze, sia a livello di *hub* (regione/centrale) sia di *spoke* (aziende). È infine importante avviare una più stretta interazione con la programmazione regionale e con il mercato.

Il capitolo 17 intende valutare la performance delle politiche di acquisto dei farmaci in termini di i) livello di competizione generata tra fornitori, ii) efficienza degli acquirenti. La ricerca si è basata sul Database IHS (Information Hospital System), che riporta dati sulle gare farmaci dal 2005 al 2017, per un totale di 1.951 gare e 310.989 lotti / sub-lotti. Il livello di competizione ed efficienza sono stati testati tramite, rispettivamente, una regressione lineare ed una *probit*, avendo come variabili dipendenti il numero di offerte per lotto e lo sconto su prezzo di listino da un lato e la probabilità di non aggiudicazione della gara dall'altro. Le variabili esplicative sono il livello di aggregazione dell'acquirente (singola azienda sanitaria, network/aree vaste e regione), la procedura di gara, la tipologia di lotto (semplice o composto/composto-complesso), il fabbisogno richiesto, la presenza di generici o biosimilari in gara, la tipologia di farmaco vincitore. Come variabili di controllo sono stati inseriti anno, regione, classe ATC e, se necessario, molecola. Le gare su farmaci biologici e farmaci di sintesi chimica sono state analizzate separatamente.

Sul numero di offerte e la dimensione dello sconto hanno un impatto positivo importante la presenza in lotto di generici/biosimilari ed originatore e la circostanza che il prodotto aggiudicatario sia un generico. Più controverso (o meno rilevante) è il ruolo della procedura, del livello di aggregazione degli acquirenti e dei volumi acquistati. La probabilità di aggiudicazione della gara è positivamente influenzata dalla presenza di un generico sul mercato, di biosimilari ed originatore nello stesso lotto e di un lotto composto (o composto-complesso).

Le evidenze empiriche in parte sono nelle direzioni attese (ad esempio il rilevante ruolo di generici e biosimilari), in parte non supportano alcune comuni ipotesi (ad esempio, il presunto effetto competitivo di gare con maggiore livello di aggregazione), ed in parte forniscono spunti ulteriori di riflessione – ad esempio, l'opportunità di inserire nello stesso lotto originatori e biosimilari – su come rendere più efficiente il sistema di acquisto dei farmaci.

Il capitolo 18 analizza le esperienze delle regioni italiane sul tema del *Population Health Management* (PHM), divenuto il modello di riferimento nazionale per la gestione delle patologie croniche con il Piano Nazionale per la Cronicità (PNC, 2016). Esso rappresenta l'evoluzione del modello del *Chronic Care Model*, attraverso un'estensione dell'analisi della popolazione, con l'uso dei database amministrativi, e della prospettiva di policy e management in cui si realizza, identificando il ruolo centrale nella governance regionale e, a cascata, sulle articolazioni aziendali sanitarie fino ai percorsi di presa in carico personalizzati per le patologie croniche. In sintesi, è il modello che sta rendendo possibile un graduale passaggio dal governo dell'offerta a quello della domanda, attraverso l'implementazione della «presa in carico». L'adozione del PHM da parte delle regioni ha visto velocità e sviluppi differenti. In questo quadro, il capitolo presenta in primo luogo, una ricognizione dello stato di evoluzione del PHM nelle regioni italiane, attraverso i risultati di una survey che ha permesso di analizzarne lo stato di avanzamento nelle regioni che di recente hanno avviato la sua adozione. In secondo luogo, approfondisce in modo comparativo le modalità di implementazione e le implicazioni manageriali e gestionali del PHM nelle due regioni pioniere nel panorama nazionale, Lombardia e Veneto. L'analisi mette in evidenza come il PHM rappresenti un'opportunità *disruptive* nei modelli tradizionali di policy e di management per i sistemi sanitari regionali: la programmazione avviene per «le» popolazioni target e questo rafforza la necessità di bilanciare scelte standardizzate (top-down) con gli specialismi delle condizioni di salute. Inoltre, si ravvisa un rinnovato ruolo della salute pubblica, legato alla prevenzione e alla gestione delle cronicità socio-sanitarie, in sinergia alla centralità dell'assistenza territoriale. Il percorso di sviluppo resta tuttavia aperto, poiché importanti requisiti dei modelli maturi di PHM risultano assenti o embrionali anche nelle esperienze più mature – co-

me lo sviluppo di sistemi di valutazione sui risultati e *outcome*, la mancanza di informazioni di carattere socio-sanitario e sociale, le difficoltà ad integrare la medicina generale.

1.6 Riferimenti esterni

Corte dei Conti, Sezioni riunite in sede di controllo (2018), *Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica*, disponibile online http://www.corteconti.it/attivita/uffici_centrali/sezioni_riunite_sede_controllo/rapporto_finanza_pubblica/.

EUROSTAT (2018), *Old Age Dependency Index*, disponibile online <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00198> (ultimo accesso maggio 2018).

ISTAT (2018), *Sezione Popolazione e Famiglie, Persone sole per sesso, età e stato civile*, disponibile online <http://dati.istat.it/> (ultimo accesso settembre 2018).

Miller J.L., Lu Wei (2018), *Bloomberg Health Efficiency Score*, disponibile online <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>.

Ministero della Salute (2018), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2016*, disponibile online http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2783_allegato.pdf.