



OSSERVATORIO SULLE AZIENDE E SUL SISTEMA SANITARIO ITALIANO- RAPPORTO OASI 2013

A cura di Elena Cantù e Francesco Longo

EXECUTIVE SUMMARY

Il presente documento propone una lettura trasversale dei risultati del Rapporto OASI 2013, cercando di individuare i principali trend evolutivi del SSN e del settore sanitario italiano, alla luce delle evidenze disponibili. Alcune tendenze corrispondono a fenomeni ormai consolidati e che trovano conferma anche nell'ultimo periodo (2012-2013), altre invece rappresentano segnali deboli di alcuni cambiamenti allo stadio iniziale, che devono trovare conferma negli anni futuri. Lo sforzo di interpretazione complessiva sulle dinamiche del SSN è frutto di una discussione congiunta tra tutti i docenti e ricercatori di SDA e CERGAS Bocconi che hanno contribuito all'elaborazione di OASI 2013: a partire dalla presentazione e discussione dei risultati dei singoli capitoli, sono state sviluppate alcune chiavi di lettura sintetico-interpretative.

I principali trend evolutivi del SSN e del settore sanitario italiano sono stati raggruppati nei seguenti blocchi logici: la sostenibilità del SSN (par. 1.1), SSN e contributo allo sviluppo economico (par. 1.2), la trasformazione della geografia dei servizi (par 1.3), assetti istituzionali emergenti (par. 1.4), l'autonomia e l'imprenditorialità aziendale nel SSN (par. 1.5). Infine, l'ultimo paragrafo (par. 1.6), presenta la struttura del volume e i principali contenuti dei capitoli in termini di obiettivi, metodi e risultati.

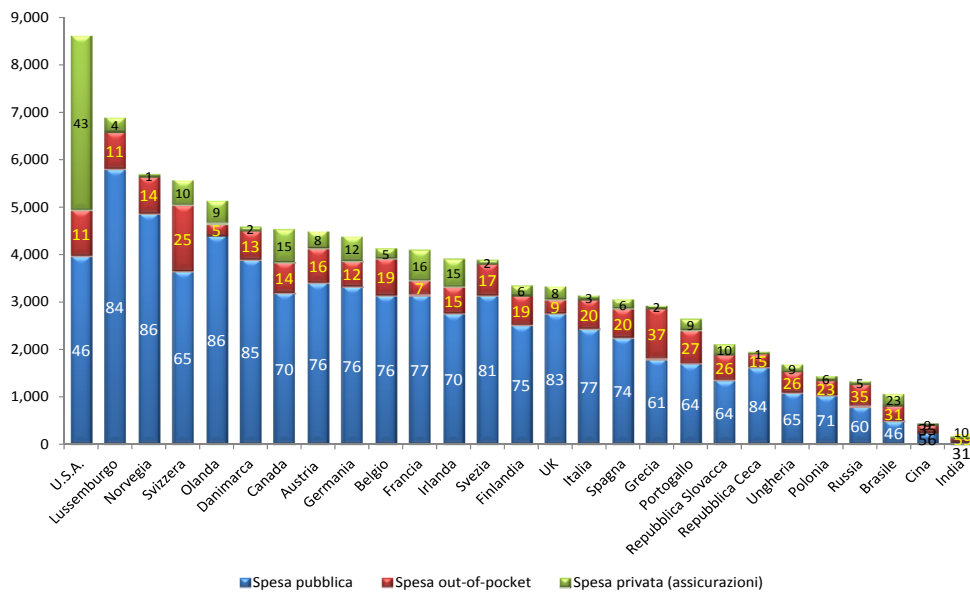
1.1. La sostenibilità del SSN

Il SSN conferma di essere un sistema sanitario tradizionalmente "sobrio", che spende significativamente meno risorse (spesa pubblica procapite pari a \$PPA 2.418) rispetto ai paesi con cui possiamo confrontarci, come Francia (\$PPA 3.135), Germania (\$PPA 3.316) o UK (\$PPA 2.747). La spesa sanitaria pro-capite complessiva ha registrato un tasso di crescita medio annuale, in termini reali, dello 0,3% nell'ultimo biennio (2009-2011) e dell'1,7% nel periodo 2000-2011, tra i più bassi nell'EU-15. Quindi la tenuta finanziaria del sistema non dovrebbe destare preoccupazioni nel breve-medio periodo (cfr.

Figura 1).

Rispetto alle dinamiche dello scorso decennio, il disavanzo del sistema è notevolmente diminuito, attestandosi a 1,04 miliardi nel 2012, in riduzione rispetto al disavanzo del 2011 (-17,3%) e pari allo 0,9% della spesa sanitaria pubblica corrente (cfr. Figura 2). Ciò a conferma della capacità delle regioni di programmare e fare rispettare i tetti di risorse disponibili, essendo state responsabilizzate in tal senso.

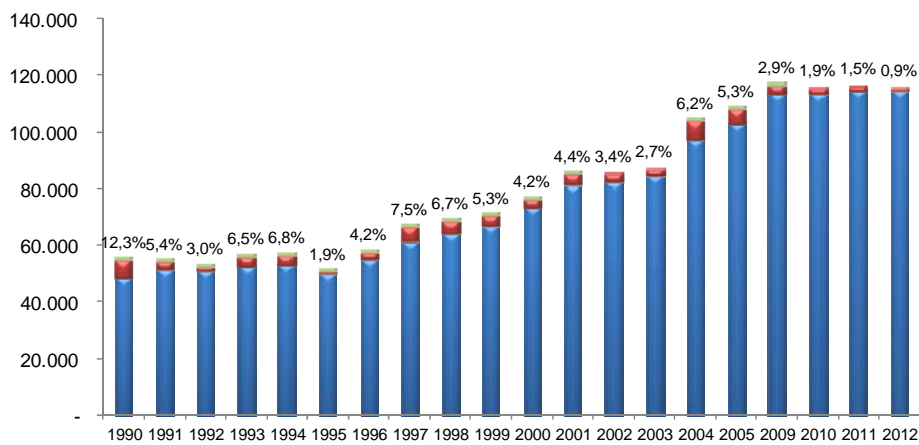
Figura 1 Spesa sanitaria pubblica, out of pocket e privata per assicurazioni



Nota: i valori riportati all'interno delle colonne rappresentano la percentuale di ogni componente di spesa rispetto al totale del Paese.

Fonte: Elaborazione OASi su dati WHO 2013

Figura 2 Spesa sanitaria in Italia: finanziamento e disavanzo (1990-2012)



Fonte: elaborazione OASi su dati RGSEP

A questo proposito, continua la diminuzione del disavanzo delle regioni in Piano di Rientro (rispetto al 2005, il disavanzo della Campania si è ridotto ad un decimo nel 2012, quello del Lazio ad un quinto, quello della Sicilia è stato sostanzialmente azzerato), generando un progressivo quadro di equilibrio finanziario tra tutte le regioni del SSN.

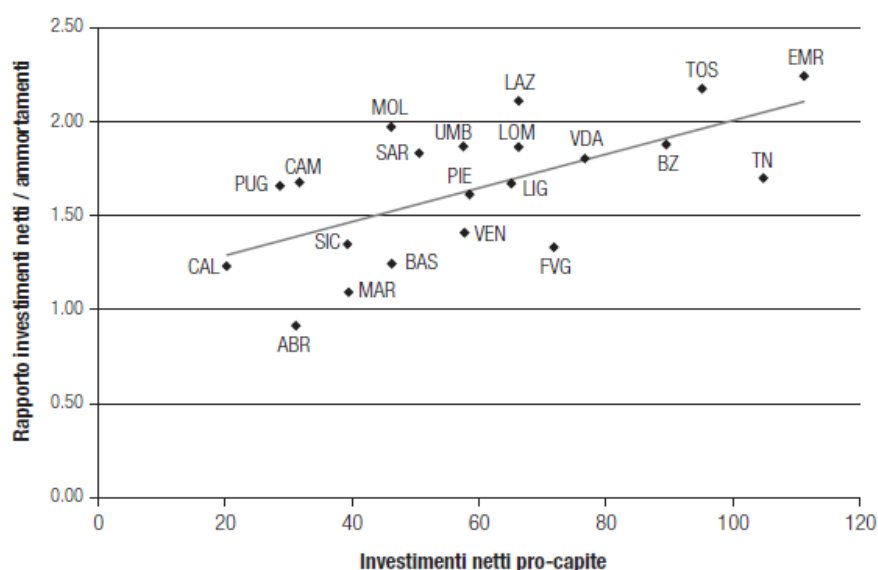
Non si osservano quindi problemi di sostenibilità finanziaria del SSN, se non provenienti dalle sempre più stringenti necessità della finanza pubblica italiana di ridurre la spesa in tutti i comparti, a prescindere dagli equilibri dei medesimi, dalla loro coerenza interna e dalla loro dimostrata sobrietà nel confronto internazionale.

Il sistema appare in buona posizione anche se si osservano gli indicatori di appropriatezza nel confronto internazionale. Ad esempio, analizzando il numero di ospedalizzazioni evitabili per alcune patologie fondamentali (asma, BPCO, diabete) per 100.000 abitanti nel 2009, l'Italia mostra un valore pari a 155 ricoveri, il quarto dato più basso nella classifica dei Paesi europei, così come una dotazione

di posti letto ospedalieri che è inferiore a quella dei grandi paesi EU, dimostrandosi più avanti di altri nella trasformazione dei servizi.

Se nel complesso il SSN è finanziariamente in equilibrio, con una spesa contenuta e un buon profilo di appropriatezza nel confronto internazionale, dove sono i principali problemi di sostenibilità? Innanzi tutto, il SSN ha fortemente contenuto la spesa per investimenti per il rinnovo e lo sviluppo tecnologico e infrastrutturale, sia a livello di politiche nazionali, sia, soprattutto, nelle regioni del sud (cfr. Figura 3). La spesa pro-capite media per investimenti è risultata essere pari a €59 nel periodo 2003-2010, con le regioni del Nord e del Centro che registrano valori superiori o intorno alla media nazionale (i valori massimi sono in Emilia Romagna, con €111, e nella provincia Autonoma di Trento, €105) e quelle del Sud sistematicamente al di sotto del dato medio nazionale, con valori minimi in Calabria (€20), Puglia (€29) e Abruzzo (€31). Analogamente, l'indicatore «Investimenti netti / Ammortamenti» assume un valore medio nazionale pari a 1,71 nell'arco temporale considerato, confermando che gli investimenti netti annuali sono stati più che sufficienti a compensare, almeno in termini nominali, l'obsolescenza delle immobilizzazioni ed evidenziando differenze tra macro-aree geografiche meno spiccate. Sembra quindi che si sia preferito non sacrificare ulteriormente la spesa corrente, individuando nella spesa per investimenti una componente di spesa “variabile” e quindi facilmente contenibile. Questa politica è stata accentuata dalle recenti disposizioni a livello centrale tese a limitare l'impiego, da parte delle aziende più imprenditoriali e dinamiche, della liquidità prodotta dalla gestione corrente per gli investimenti. L'imposizione dell'ammortamento integrale nell'anno dei «cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio»¹, impedisce, di fatto, questa modalità di finanziamento degli investimenti. La progressiva contrazione degli investimenti tecnologici e infrastrutturali rappresenta un'ipoteca sul futuro ed un implicito debito sommerso, debito che emergerà in maniera progressiva nel momento in cui risulterà sempre più visibile l'obsolescenza delle strutture e delle tecnologie del SSN. Inoltre, in una fase in cui si rende necessario un profondo ripensamento dei servizi del SSN, sia a causa della congiuntura economica, sia del quadro epidemiologico in profonda trasformazione (crescente prevalenza di anziani fragili o non autosufficienti e malati cronici), sarebbe tanto più urgente incentivare la riorganizzazione dei servizi anche attraverso modifiche strutturali, con investimenti di riqualificazione e riadattamento degli spazi. Non è, infatti, possibile pensare di sviluppare nuovi servizi (anche per minimizzare la spesa corrente) lasciando invariate le strutture fisiche di erogazione.

Figura 3 Investimenti netti procapite e rapporto Investimenti netti/ammortamenti, per regione (media annuale del periodo 2004-2010)



¹ La legge di stabilità 2013 ha attenuato la disposizione contenuta nel D. Lgs 118/2011, prevedendo un passaggio graduale a tale trattamento contabile che dovrà andare a regime nel 2016.



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

Un secondo aspetto che desta preoccupazione sulla sostenibilità, in questo caso sociale ed epidemiologica, del SSN, è la modalità con cui sono stati ottenuti i rilevanti ed efficaci contenimenti della spesa, soprattutto nelle regioni in Piano di Rientro. In tali contesti, sembra prevalere ancora la logica del governo dei fattori produttivi e non dei servizi, verificando esclusivamente la riduzione dei consumi dei singoli input, al di fuori di un'analisi degli *output* e degli *outcome* dei servizi. Si privilegiano quindi le misure di blocco delle assunzioni, che si correlano con il congelamento delle retribuzioni pubbliche, così come di contenimento della spesa per farmaci, *medical device*, beni e servizi e per le prestazioni erogate da produttori privati accreditati. I tagli sono lineari e non distinguono la maggiore appropriatezza o efficacia di un'azienda rispetto ad un'altra nell'uso dei singoli fattori produttivi. La criticità che emerge è che questo tipo di politica lascia la geografia dei servizi assolutamente immutata, seppur "potata" di qualche punto percentuale di spesa. Essa, in particolare nelle regioni in Piano di Rientro, rischia di consolidare modelli ridondanti in alcune loro componenti (es. piccoli ospedali periferici) e carenti in altri (es. drammatica carenza di strutture intermedie). Si tratta, in altri termini, di una politica pubblica che non contiene alcun elemento di

trasformazione, tanto più necessario in una stagione di grandi cambiamenti dei bisogni e delle tecnologie come questa.

In terzo luogo, alla riduzione dei tassi di crescita della spesa pubblica per la sanità non è corrisposto un aumento della spesa privata *out of pocket* o intermediata. La spesa sanitaria privata appare infatti più sensibile al reddito che alla spesa sanitaria pubblica. Non sorprende, quindi, che dopo anni di contenuta ma stabile crescita della spesa sanitaria privata i dati più recenti mostrino una riduzione tra il 2011 e il 2012 (-2,8%), in un quadro di decrescita del PIL (cfr. Tabella 1). Anche analizzando il divario nella spesa sanitaria privata tra le diverse regioni, risulta evidente come una semplificazione spesso implicitamente assunta nel dibattito politico e pubblico trovi scarso riscontro nelle evidenze. Si tratta dell'idea che i differenziali tra regioni nella spesa privata siano essenzialmente il risultato dei *gap* nel funzionamento dei sistemi pubblici, in termini di quantità e qualità dei servizi offerti. In realtà, le regioni meridionali, i cui sistemi difficilmente potrebbero essere considerati come i più efficaci ed efficienti nel contesto nazionale, sono anche quelle che in cui si spende di meno in sanità privata. Questo genera il sospetto che, soprattutto nelle regioni sottoposte a misure più drastiche di contenimento della spesa, inizino a manifestarsi situazioni di *under treatment*. Un esempio di questo fenomeno è la reazione dei consumi in seguito alla reintroduzione, in tutte le Regioni, del "superticket" sulla specialistica (D.L. 98/2011), una quota fissa di 10 euro per ricetta a carico dei soggetti non esenti sull'assistenza specialistica, in aggiunta al ticket già in vigore. I primi dati elaborati da Agenas confrontando i consumi e i ricavi tra il primo semestre 2011 e il primo semestre 2012 evidenziano un calo medio di circa l'8,5% nei consumi di prestazioni specialistiche in regime SSN, con una diminuzione maggiore negli esami di laboratorio rispetto a visite specialistiche e diagnostica strumentale. Tale riduzione nei consumi pubblici non sembra però essersi trasferita in pari misura sui privati che, infatti, hanno ridotto il proprio consumo di beni e servizi sanitari. La forte correlazione tra spesa privata e andamento del reddito genera, inoltre, il rischio di un allargamento dell'*under treatment* negli ambiti e nelle discipline che storicamente hanno trovato una debole risposta nel SSN (si pensi alla riabilitazione e alla cura della non autosufficienza, oltre a settori tradizionalmente a bassa copertura pubblica come l'odontoiatria o le dipendenze). In questa fase di recessione economica, infatti, il consumo di tali prestazioni potrebbero essere eliminato o procrastinato da parte delle famiglie.

Tabella 1 Spesa sanitaria pubblica, privata e PIL (2003-2012)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Spesa Sanitaria Totale										
Millardi di euro	106,1	116,1	121,8	125,4	130,0	134,4	136,9	138,3	138,9	137,9
In % del PIL	7,9	8,2	8,4	8,5	8,2	8,6	9,0	9,0	8,8	8,9
Spesa sanitaria pubblica corrente(*)										
Millardi di euro	82,3	91,2	96,8	99,6	103,8	107,1	110,2	111,3	111,3	111,0
In % della spesa sanitaria totale	77,5	78,5	79,5	79,4	79,8	79,7	80,5	80,5	80,1	80,5
In % del PIL	6,1	6,5	6,7	6,7	6,7	6,8	7,2	7,2	7,0	7,1
Spesa sanitaria delle famiglie										
Millardi di euro	23,8	24,9	25,0	25,8	26,2	27,2	26,7	27,0	27,6	26,9
In % della spesa sanitaria totale	22,5	21,5	20,5	20,6	20,2	20,3	19,5	19,5	19,9	19,5
In % del PIL	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7
Spesa generale delle famiglie										
Millardi di euro	801,9	830,3	857	891,9	920,9	940,7	923,3	950,5	979,9	965,8
In % del PIL	59,8	59,4	59,7	59,7	59,3	59,7	60,8	61,2	62,1	61,7

Nota: (*) Le stime della spesa sanitaria pubblica corrente sono rilevate dalla RGSEP ed escludono gli ammortamenti.

Fonte: Elaborazione OCPS su dati ISTAT (Contabilità Nazionale) e RGSEP 2012

Un altro elemento desta preoccupazione: l'importante convergenza che si sta delineando tra le regioni in termini di equilibri di bilancio non trova corrispondenza sul piano della capacità di rispondere ai bisogni e di erogare servizi in maniera produttiva ed appropriata. Il *gap di performance* tra i sistemi regionali rimane rilevante e i Piani di Rientro non sembrano essere stati fino ad ora capaci di attivare processi di positiva evoluzione organizzativa. Dall'analisi del rapporto del Ministero della Salute sul mantenimento dell'erogazione dei LEA (relativo all'anno 2011), è evidente la disparità tra le Regioni in Piano di Rientro e le altre, dal momento che tutte e solo le Regioni in Piano di Rientro (Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia) risultano inadempienti o solo parzialmente adempienti. La criticità dei differenziali di *performance*, e quindi di equità complessiva nel confronto interregionale, rimane alta. Essa è resa ancora più problematica dal periodo di crisi, che oltre a disincentivare la spesa privata, rallenta anche la mobilità interregionale, i cui costi sociali sono interamente sostenuti dalle famiglie.

Infine, se la riduzione generalizzata dei disavanzi di parte corrente delle singole regioni rappresenta un importante risultato delle politiche recenti, rimangono le preoccupazioni sulla sostenibilità del debito accumulato nell'ultimo decennio. Al momento, solo una parte di questo debito è stata ufficializzata e strutturata, mentre una quota rilevante è contenuta nei ritardati pagamenti dei fornitori e nel contenzioso con loro. Questa quota rilevante ha dei costi finanziari molto elevati, contenuti implicitamente nei maggiori costi con cui si acquisiscono i beni e servizi nelle regioni con rilevanti ritardi di pagamenti. Lo *spread* che si paga per mantenere impliciti una quota dei debiti cumulati è molto alto e interroga sulla convenienza di questa opacità informativa e di *policy*.

1.2. SSN e contributo allo sviluppo economico

Il SSN conferma di essere uno dei settori pubblici centrali per lo sviluppo economico del Paese, dal momento che, se si esclude il 32% della spesa corrente destinata al pagamento del personale, la parte rimanente riguarda l'acquisto di fattori produttivi o servizi da soggetti economici privati. Si tratta di imprese produttrici di farmaci, di *medical device*, di erogatori sanitari privati accreditati, di imprese assicurative e di *facility management*, di professionisti sanitari privati convenzionati, ecc. Può essere quindi interessante analizzare se il SSN stia aumentando, in questo periodo di contenimento delle risorse, il livello di internalizzazione o esternalizzazione della sua spesa. A questo proposito il Rapporto OASI 2013 rileva la presenza di due trend opposti, che si contendono l'impatto complessivo.

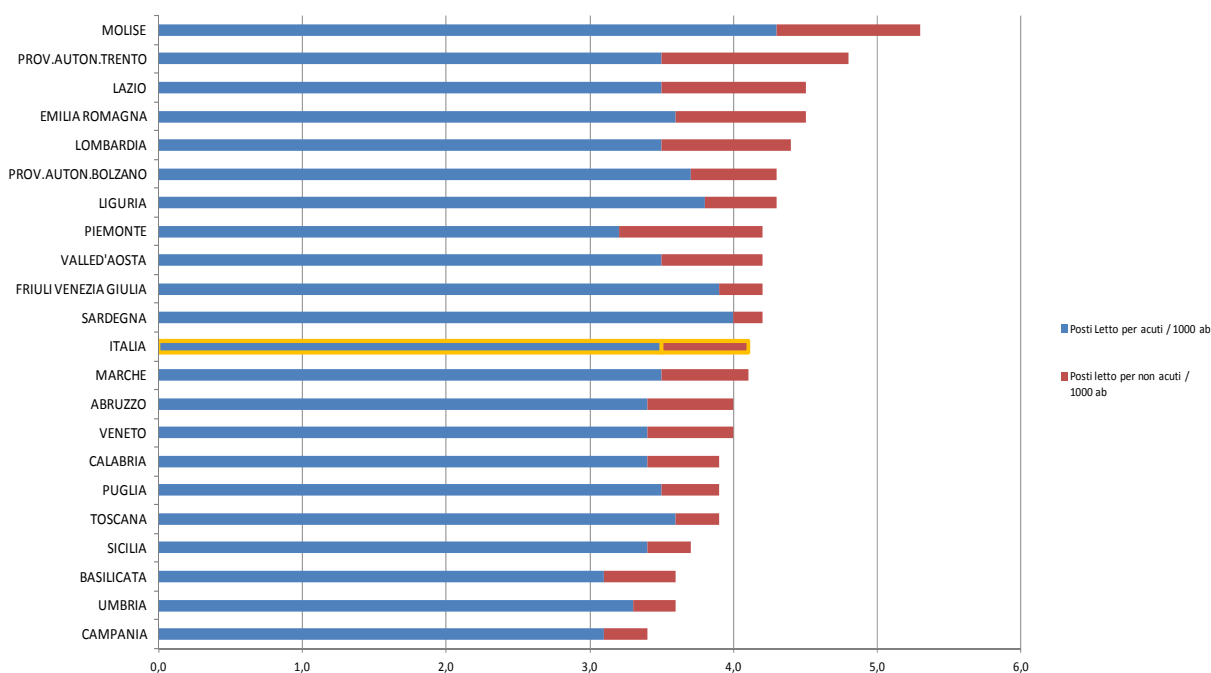
Da un lato, il SSN cerca di contenere tutte le spese che sono considerate “meno rigide” nel breve periodo, tra cui sicuramente la spesa per prestazioni erogate da produttori privati accreditati, oltre ai già citati investimenti infrastrutturali e tecnologici. All’opposto, il SSN sta progressivamente spostando risorse finanziarie dall’ambito del ricovero ospedaliero acuto, agli ambiti ambulatoriali, delle cure intermedie e delle cure primarie (c.d. «sanità leggera»). Le evidenze disponibili mostrano che quanto è più alta l’intensità medico-specialistica tanto maggiore è la componente pubblica della produzione, mentre quanto meno sono specialistici e intensivi i servizi tanto più essi sono gestiti da erogatori privati accreditati. In altri termini, nell’ambito degli ospedali per acuti prevale la produzione pubblica, con fattori produttivi interni, mentre quanto più ci si sposta verso le cure intermedie e primarie, tanto più la produzione è interamente esternalizzata.

Al momento sono, quindi, in campo due forze, in contrasto tra loro, che agiscono sul grado di esternalizzazione della spesa del SSN. Nel medio-lungo periodo, però, non è difficile prevedere il prevalere della seconda, a meno che il SSN non inizi a re-internalizzare quote delle cure intermedie e primarie, decisione che al momento appare lontano dall’orizzonte dei *policy maker*.

1.3. La trasformazione della geografia dei servizi

Il SSN sta modificando in diverse direzioni la geografia dei servizi, intervenendo sul mix di ambiti di cura. Continuano a ridursi i ricoveri ospedalieri (-16,9% nel periodo 2001-2011), molti dei quali trovano oggi risposta in servizi a ciclo diurno, come il *day hospital*, il *day service* o *day surgery* (cfr. Tabella 2). Negli ultimi anni, gli stessi servizi a ciclo diurno sembrano lasciare spazio a prestazioni ambulatoriali complesse (se nel 2007 i ricoveri a ciclo diurno rappresentavano il 19% dei ricoveri ordinari, la percentuale è scesa al 16,7% nel 2011). Questa modifica è, da un lato, frutto dello sviluppo delle tecnologie cliniche; è, dall’altro, incentivata dai sistemi di classificazione delle prestazioni e dai budget regionali stringenti per azienda e per singolo ambito di cura (soprattutto per quanto riguarda i ricoveri). Questo processo riduce la necessità di posti letto ospedalieri per acuti, rendendo realistici i nuovi standard imposti dal legislatore, che prevedono un’ulteriore riduzione: dai 3,5 PL/1.000 ab. per acuti registrati nel 2010 (Figura 4), già scesi nel 2012 a 3,24, fino al nuovo standard di 3 posti letto. Da ricordare che il SSN ha già tagliato oltre il 30% dei propri PL negli ultimi 15 anni.

Figura 4 Posti letto previsti per acuti e non acuti (RO e DH) per 1.000 abitanti (2010)



Fonte: elaborazione OASi su dati Ministero della Salute

Le singole regioni si stanno interrogando su come tagliare gli ulteriori posti letto ordinari per rispettare il nuovo standard. Le più mature stanno riflettendo sulla trasformazione dei piccoli ospedali periferici in centri per le cure intermedie e primarie e sulla chiusura di unità operative, per concentrare la casistica nei poli che rispettano i volumi minimi di attività prevista dagli standard nazionali e internazionali. Le regioni più deboli, invece, rischiano di procedere a una ulteriore applicazione del taglio lineare, anche per i posti letto, perdendo un'ulteriore occasione di trasformazione strategica della geografia dei propri servizi.

Tabella 2 Andamento dell'attività di ricovero (2001-2011)

Anno	Numero di Dimissioni (1)	Giornate di ricovero (1)	Rapporto tra giornate in DH e in RO	Degenza media (2)
2001	12.937.140	82.829.483	13,4%	6,80
2002	12.939.492	79.823.905	15,1%	6,70
2003	12.808.615	77.969.619	17,0%	6,70
2004	12.990.109	78.241.122	18,4%	6,67
2005	12.965.658	78.292.237	19,1%	6,70
2006	12.843.634	77.876.800	19,1%	6,68
2007	12.330.465	76.224.954	18,6%	6,72
2008	12.100.698	75.371.789	18,2%	6,76
2009	11.657.864	73.412.967	17,5%	6,69
2010	11.277.742	71.904.063	17,2%	6,74
2011	10.749.246	69.417.699	16,7%	6,81
2001-2011	-16,9%	-16,2% /		/

Nota:

(1) Totale dei ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche, equiparate e private (accreditate e non), sia in regime ordinario che in DH, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza. Il dato include i ricoveri dei neonati sani.

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

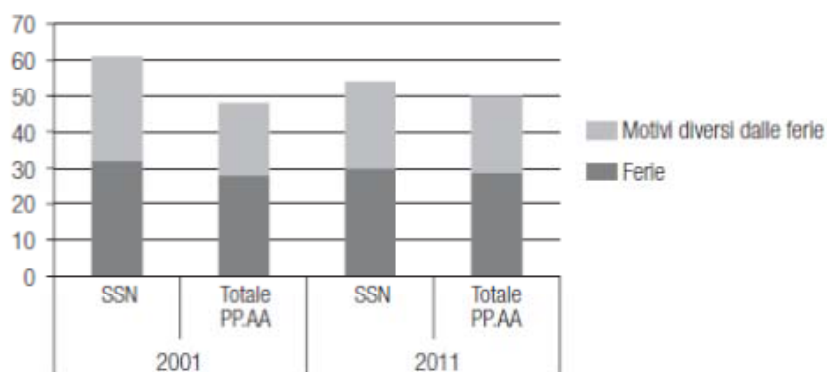
Fonte: Dati SDO Ministero della Salute

Culturalmente e politicamente continua ad esserci una forte propensione a sviluppare le cure intermedie e le cure primarie, ma i processi attuativi in questa direzione sono più lenti di quelli possibili e auspicati, essendo il sistema decisamente più concentrato sulle dinamiche di taglio rispetto a quelle di sviluppo. Il rischio di questa lentezza attuativa nelle politiche di sviluppo di servizi alternativi all'assistenza ospedaliera è quello di deprimere complessivamente il clima organizzativo delle aziende del SSN, che registrano solo i tagli e non osservano azioni complementari di sviluppo. In effetti, il Rapporto mostra come le assenze (comprese quelle per i permessi *ex L. 104/1992*) e le inidoneità alla mansione assumono all'interno del SSN una rilevanza quantitativa maggiore rispetto a molti altri settori economici (cfr. Figura 5). Tali fenomeni, sebbene rappresentino l'esercizio di diritti fondamentali a tutela dei lavoratori, possono essere anche sintomo di clima organizzativo deteriorato.

La lentezza nell'adeguamento della rete dei servizi ai bisogni di prossimità, presa in carico e continuità delle cure è anche dovuta alle già citate carenze infrastrutturali, con investimenti solo marginali nell'adeguamento e nella riconfigurazione degli spazi fisici in cui vengono erogati i servizi. Essa è conseguenza, infine, della difficoltà delle aziende di affrontare in modo consapevole e strategico lo *skill mix change* (ovvero il cambiamento nella composizione professionale del personale). Molte aziende hanno già trasferito funzioni tradizionalmente mediche a personale delle professioni sanitarie, ma questo processo è spesso stato «subito», in quanto soluzione «tampone» attivata quando non vi sono alternative, o quando gli eventi organizzativi (e cioè i cambiamenti negli assetti organizzativi, nei processi erogativi, nelle tecnologie, ecc.) forzano la mano in tale direzione. Al contrario, le aziende sanitarie dovrebbero sviluppare un pensiero strategico forte in materia, definire un quadro concettuale e operativo con cui «guidare» l'evoluzione dello *skill mix* di pari passo con il

proprio sviluppo organizzativo, pianificando nel lungo periodo un uso diverso delle competenze dei professionisti per rispondere ai nuovi bisogni di salute.

Figura 5 Numero medio di giornate di assenza, <<Sistema sanitario pubblico>> e totale PP.AA., 2001 e 2011



Nota:

*Le rilevazioni analitiche 2001 e 2011 non sono perfettamente comparabili a seguito della progressiva introduzione di nuove amministrazioni nella base dati, della revisione nella classificazione delle amministrazioni, della crescente affidabilità dei dati inviati dalle amministrazioni nel corso degli anni, ecc. La figura in ogni caso riporta dati relativi e dunque, pur con alcuni limiti, comparabili. Ad ogni modo per i dati 2001 non si è tenuto conto del comparto «Carriera prefettizia» e per quelli 2011 di quello «Magistratura» per anomalie rilevate nel data base.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Conto Annuale MEF RGS.

1.4. Assetti istituzionali emergenti nei sistemi regionali

Continua il lento e progressivo processo di accorpamento delle aziende pubbliche, sia sul versante ASL, sia su quello delle AO, riducendo il numero delle aziende pubbliche e aumentandone significativamente le dimensioni geografiche e l'entità dei fattori produttivi governati (cfr. Tabella 3). In molte regioni, si sta prefigurando un nuovo assetto istituzionale di SSR, basato su un numero davvero limitato di aziende "giganti": oltre all'ASUR marchigiana, l'azienda unica è ormai una scelta comune in tutte le regioni piccole; l'Abruzzo ha concentrato l'assetto complessivo di sistema in sole 4 ASL, l'Umbria ha ridotto le ASL a 2. Tra le grandi regioni, l'Emilia Romagna sta procedendo rapidamente alla costituzione dell'AUSL unica della Romagna (Rimini, Forlì, Cesena e Ravenna unificate), che, insieme alle grandi AUSL delle province di Bologna e di Modena, prefigura di fatto un sistema che fa perno solo su poche grandissimi istituzioni.

Tabella 3 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

Regione	ASL							AO					
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/2013	Popolazione media 2012	N. medio presidi a gest. diretta* 2011	PL utilizzati medi per presidio a gest. diretta	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/13**	N. medio stabilimenti AO*** 2011	PL utilizzati medi per AO 2010	PL utilizzati medi per stabilimento AO 2010
Piemonte	63	22	22	13	336.466	3,8	312	7	7	6	1,9	592	312
Valle d'Aosta	1	1	1	1	127.844	1,0	400	-	-	-	-	-	-
Lombardia	84	44	15	15	652.968	0,1	312	16	27	29	3,3	712	216
PA Bolzano	4	4	4	1	509.626	7,0	236	-	-	-	-	-	-
PA Trento	11	1	1	1	530.308	9,0	218	-	-	-	-	-	-
Veneto	36	22	21	21	232.465	2,5	535	2	2	2	1,5	1.391	927
Friuli VG	12	6	6	6	203.643	1,3	138	3	3	3	2,3	754	580
Liguria	20	5	5	5	313.025	3,8	562	3	3	-	-	1.310	1.310
Emilia Romagna	41	13	13	11	397.953	5,0	425	5	5	5	1,0	936	936
Toscana	40	12	12	12	307.736	3,7	205	4	4	4	1,0	762	762
Umbria	12	5	4	2	221.560	4,5	136	2	2	2	1,0	595	595
Marche	24	13	13	1	1.545.155	27,0	116	3	4	2	2,5	600	300
Lazio	51	12	12	12	463.106	4,0	116	3	3	5	1,6	578	361
Abruzzo	15	6	6	4	328.127	4,5	170	-	-	-	-	-	-
Molise	7	4	4	1	313.341	6,0	174	-	-	-	-	-	-
Campania	61	13	13	7	824.250	7,0	132	7	8	7	2,1	454	349
Puglia	55	12	12	6	675.134	7,3	264	4	6	2	1,5	1.003	669
Basilicata	7	5	5	2	288.097	6,0	139	1	1	1	2,0	671	336
Calabria	31	11	11	5	391.648	5,8	75	4	4	4	2,3	396	198
Sicilia	62	9	9	9	555.548	6,0	99	16	17	5	2,4	561	234
Sardegna	22	8	8	8	205.047	3,5	119	1	1	1	1,0	482	482
ITALIA	659	228	197	143	411.622	4,0	190	81	97,0	78	2,4	682	310

Fonte: elaborazione OASi su dati Ministero della Salute

In numerose regioni, tra cui la Lombardia, si stanno avanzando riflessioni in questa prospettiva.

Un ulteriore trend che si osserva, parallelo e coerente al precedente, è il lento inizio di una fase di disinvestimento nelle strutture “intermedie” tra aziende e regioni: superamento delle federazioni piemontesi per una centralizzazione regionale; chiusura delle Agenzie sanitarie di Veneto, Friuli e Lazio; focalizzazione delle centrali di acquisto solo sulla loro funzione originale, eventualmente allargata all’intera gestione della *supply chain* (logistica, magazzini e relativi sistemi informativi), senza che esse siano diventate strutture amministrative a 360°, a supporto di tutte le aziende in rete.

All’opposto, aumentano le forme di collaborazione orizzontale e verticale tra aziende sanitarie, attraverso la condivisione di laboratori di analisi, strutture amministrative, magazzini, strutture di accesso. In sintesi, si iniziano a vedere i primi segnali di una tendenza a ripensare gli assetti istituzionali regionali complessivi, eliminando le strutture intermedie tra aziende e regioni, rendendo le ASL sempre più grandi e concentrate, riducendo progressivamente il numero di interazioni che il sistema deve regolare. Se questa dinamica dovesse confermarsi e rafforzarsi nel tempo, ci collocherebbe davanti a una profonda modifica degli assetti istituzionali. Poche grandi aziende configurano delle organizzazioni lontane dal modello previsto dalla legge 502/92, basato su un ruolo di regolazione e programmazione della regione di un gioco competitivo o collaborativo di numerosi attori locali, focalizzati prevalentemente sulla produzione di servizi, anche attraverso lo sviluppo di specifiche vocazioni e competenze specialistiche. Un numero così limitato di aziende tende a spingerle verso l’alto nella gerarchia dei sistemi, a stretto contatto con l’assessorato e le *policy* sanitarie. Le aziende iniziano in questo modo a giocare un significativo ruolo di co-programmatori, in un modello di concertazione tra pochi attori che si coordinano al centro del sistema. A titolo di immagine esemplificativa, possiamo affermare che in una regione con sole 3 o 4 aziende, l’incontro tra l’assessore, il direttore generale dell’assessorato e i direttori generali delle aziende diventa l’unica cabina di regia dello sviluppo del SSR. In un assetto di questo tipo, i direttori delle aziende partecipano a pieno titolo alla programmazione e regolazione complessiva del sistema. Essi non sono più i dirigenti apicali di aziende che partecipano a un “gioco” regionale, ma ne diventano arbitri e decisori. Questo determina uno slittamento implicito nella natura della loro missione e quindi nella natura delle aziende pubbliche, in quanto la direzione del servizio sanitario e dell’azienda tendono a coincidere. Si torna a grandi sistemi programmati e gestiti dal centro, seppur arricchiti da competenze manageriali maturate in periferia e trasferite funzionalmente al centro.

Questa tendenza al «gigantismo» può essere spiegata dalla ricerca di una razionalità di sistema per il conseguimento di economie di scala e l'eliminazione di duplicazioni e sovrapposizioni di competenze e servizi. Assetti di questo tipo possono quindi risultare coerenti con i fabbisogni di organizzazione istituzionale delle regioni di medie dimensioni o per presidiare alcuni livelli o ambiti decisionali regionali. Non sono però necessariamente coerenti con la missione e le specifiche vocazioni di tutte le componenti del SSN. Pertanto, qualora si dovesse proseguire in questa dinamica evolutiva degli assetti istituzionali, sarebbe opportuno aumentare la pluralità di assetti attivi in ogni regione, determinando missioni e perimetri differenziati per le diverse tipologie di aziende e cercando di configurare per ogni azienda l'assetto istituzionale più coerente con la missione che deve perseguire. Infine, giova ricordare che i riassetti istituzionali implicano processi di *change management* complessi e lunghi. E' quindi fondamentale che le scelte di riassetto siano adeguatamente ponderate e programmate prevedendo adeguati percorsi di accompagnamento al cambiamento.

1.5. L'autonomia e l'imprenditorialità aziendale nel SSN

Come sta l'aziendalismo nel SSN, inteso come margine di autonomia e capacità di promuovere imprenditorialità per il cambiamento e l'innovazione nelle aziende sanitarie? Da quasi un decennio il Rapporto OASI registra una progressiva diminuzione degli spazi di manovra per le aziende del SSN, sempre più costrette all'interno di una programmazione rigida regionale dei volumi di spesa per fattore produttivo, dei volumi e dei mix di produzione, oltre che prive di spazi di manovra nei contratti di lavoro, che hanno praticamente azzerato la quota retributiva realmente variabile. Spesso, gli stessi profili di responsabilità hanno delle caratterizzazioni irrealistiche, che li rendono nei fatti per nulla sfidanti e alimentano una grande fatica amministrativa per giustificare scostamenti da obiettivi pianificati irraggiungibili. Il progressivo rafforzamento della responsabilità regionale ha gradualmente diminuito gli spazi di manovra delle aziende, anche attraverso l'esercizio di prerogative di governo esercitate dai nuovi livelli intermedi, tra assessorati e aziende. Il Rapporto OASI 2013 registra però anche delle dinamiche a questo livello.

Innanzitutto si conferma in tutte le analisi comparative inter-aziendali l'enorme grado di variabilità degli assetti organizzativi e delle *performance*. Essendo tutte le aziende inserite in un contesto economico e giuridico simile, questi scostamenti rilevanti sono indicatori di diversi gradi di maturità e vitalità aziendale. In particolare, il Rapporto di quest'anno presenta tre indagini particolarmente rilevanti.

Una, citata sopra, indaga i differenziali nei livelli di assenteismo per malattia e permessi in applicazione della L. 104/1992 (assistenza a parenti non autosufficienti), nonché la diffusione delle inidoneità alla mansione (capitolo 15). Emerge un quadro così fortemente articolato e differenziato tra le aziende, che esplicita la presenza di culture organizzative e del lavoro profondamente diverse, stratificate nel tempo, frutto di impulsi gestionali e culturali ricevuti dal management aziendale a tutti i livelli.

Un secondo capitolo (capitolo 9) analizza le capacità che hanno dimostrato le aziende di autofinanziare parte dei propri investimenti attraverso il *cash flow* generato dalla gestione corrente, cercando, e forse in alcuni casi «forzando», tutti gli spazi di autonomia possibili nella normativa esistente. Contrariamente a quanto si potesse immaginare, soprattutto nelle regioni del centro e del nord, in particolare Emilia Romagna, Piemonte, Marche, Friuli VG e Toscana, è molto più forte la tendenza delle aziende a sfruttare le risorse della gestione corrente per sviluppare investimenti autofinanziati, anche a costo di aumentare il livello di esposizione verso i fornitori. Le aziende del sud, invece, risultano assolutamente schiacciate nell'interpretazione letteraria delle norme e si muovono solo in presenza di finanziamenti sovraordinati specificatamente vincolati agli investimenti, mostrando l'assenza di ogni forma di imprenditorialità. Si osservano quindi comportamenti decisamente diversi in termini di volontà di promuovere innovazione e sviluppo.

Il capitolo 12, infine, presenta la diffusione di pratiche di *lean management* per ottimizzare i processi produttivi e di acquisizione dei fattori produttivi attraverso lo studio di casi aziendali. I casi che si propongono sono precise realtà, che hanno fatto da «apri-pista» e hanno saputo valorizzare il ruolo di innovatori interni, il cui contributo è centrale per lo sviluppo organizzativo dell'azienda.

Questi casi aziendali, oltre a numerosi altri esempi di differenziazione nelle scelte organizzative e di *performance*, dimostrano comunque il perdurare di spazi di autonomia per le aziende, seppur sempre più difficili da individuare ed esternamente poco valorizzati e riconosciuti dagli *stakeholder*. Alcune aziende hanno dimostrato di saper lottare per mantenere aperti degli spazi di azione, che hanno saputo occupare per cercare di generare cambiamenti o profili di gestione efficaci. Lo stesso arretramento, ora iniziato da parte delle Regioni, rispetto alle prerogative di governo attribuite alle organizzazioni intermedie tra assessorato e aziende, è in parte frutto della resilienza aziendale e della dimostrata capacità di queste ultime di garantire i risultati attesi, talvolta anche attraverso forme spontanee di collaborazione orizzontale (si pensi al recente sviluppo di numerose reti cliniche per patologia). Ovviamente non si tratta di una battaglia vinta dall'azionalismo del SSN, ma di una forma di resistenza che è riuscita fino ad oggi a continuare a valorizzare i pregi che alcune condizioni di funzionamento posso garantire agli istituti del SSN.

I buoni risultati in termini di rispetto degli stringenti vincoli finanziari imposti negli ultimi due anni, senza sostanziali arretramenti sul piano dell'appropriatezza, soprattutto in alcuni contesti regionali, devono essere ascritti a qualche elemento costitutivo del sistema. Le aziende sono state uno straordinario ambito decisionale, attuativo e gestionale dei numerosi cambiamenti in corso, imposti da forti vincoli esterni, che hanno limitato i margini di manovra spesso senza definire una strategia attuativa o di trasformazione organizzativa. Le aziende del SSN non sono state solo una cinghia di trasmissione di politiche disegnate a livello statale o regionale, ma delle organizzazioni che hanno assunto dei vincoli, economici ed amministrativi, dentro i quali hanno dovuto muoversi, garantendo buona parte dei risultati complessivamente attesi dal sistema. Quale sia stato il *driver* decisivo per garantire questo risultato deve essere oggetto di rilevanti indagini e riflessioni, perché sta consentendo la gestione di una stagione difficile senza eccessivi squilibri sociali, mantenendo la presenza di un Servizio Sanitario Nazionale e accompagnando progressivi processi di mutazione dei profili organizzativi e di trasformazione della geografia dei servizi.

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

Il «Quadro di riferimento»

La prima parte del Rapporto è finalizzata ad offrire un «Quadro di riferimento» sul sistema sanitario e socio-sanitario italiano.

I primi due capitoli posizionano il sistema sanitario italiano ed il sistema di *Welfare* in un quadro di confronto internazionale. Un'analisi esaustiva del sistema sanitario italiano non può, infatti, prescindere dal confronto con gli assetti, le politiche e i dati di attività e di *outcome* di altri Paesi.

Più in particolare, il capitolo 2 affronta, in ottica comparativa, i sistemi sanitari dei principali Paesi dell'Unione Europea, del Nord America e del raggruppamento BRIC (Brasile, Russia, India e Cina). L'analisi prende in considerazione il punto di vista di un ampio spettro di *stakeholder* (Stato, pagatori, soggetti erogatori, pazienti e cittadini), offrendo una rappresentazione selettiva di stato di salute, assetti, costi e *performance* dei Paesi analizzati, attraverso alcuni degli indicatori più frequentemente utilizzati in letteratura e nel monitoraggio statistico. Particolare attenzione è stata dedicata al confronto dei diversi assetti istituzionali e delle politiche sanitarie intraprese negli ultimi anni, soprattutto in risposta alla crisi economica. Le evidenze emerse propongono diversi spunti di riflessione, tra cui:

- nella maggior parte dei Paesi tendono ad istituzionalizzarsi modelli “prevalenti”, invece di modelli “misti”, con riferimento alla natura pubblica o privata dei soggetti erogatori delle cure primarie e ospedaliere. Pur esistendo in diversi Paesi dinamiche di esternalizzazione e privatizzazione (o di opposta direzione), le modifiche sono per lo più al margine, segnalando l'esistenza di alti costi di varia natura, relativi al cambiamento di assetto istituzionale, che inibiscono riforme radicali;
- l'aspettativa di vita è positivamente correlata alla crescita della spesa sanitaria, ma solo in termini nominali, mentre non appare una significativa associazione con i dati di spesa a prezzi costanti. Il miglioramento dello stato di salute sembra, quindi, essere più legato alla tipologia di risorse investite nella cura che alla loro effettiva quantità;

- in questo quadro, l'Italia si colloca in linea con gli altri Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per quanto concerne la spesa sanitaria (crescita in rallentamento, peso su PIL inferiore rispetto ai Paesi con assicurazione obbligatoria o sistemi di mercato). Lo stato di salute della popolazione italiana è tra i migliori nel gruppo di Paesi con SSN, che si posizionano in genere meglio dei Paesi che scelgono assetti differenti. L'uso delle risorse sanitarie non è sempre in linea con la pratica internazionale (elevato consumo di antibiotici, elevata prevalenza di parti cesarei), mentre il numero di ospedalizzazioni evitabili, possibile indicatore del livello di inappropriatezza, risulta essere tra i più bassi.

Il capitolo 3 analizza il sistema di *Welfare* italiano confrontandolo con il sistema britannico, francese e tedesco. A partire dal quadro generale del contesto socio-economico, si analizza la spesa per interventi di *Welfare* dei quattro Paesi (su dati reperiti principalmente da fonti nazionali), con un approfondimento sul sistema per gli anziani non autosufficienti. Il capitolo si chiude con una diagnosi sullo stato del dibattito sul futuro del nostro sistema.

La panoramica dei dati di contesto posiziona l'Italia in una situazione di svantaggio rispetto agli altri Paesi – dato il differenziale di PIL pro capite, l'incidenza dell'economia sommersa e del debito pubblico, i trend occupazionali – mentre mostra un sostanziale allineamento rispetto ai fenomeni demografici e sociali. La spesa pubblica italiana per *Welfare* corrisponde a circa il 27% del PIL (in linea con gli altri Paesi) che si traducono in €7.055 pro capite, ben distanti dai €10.011 francesi e €9.008 tedeschi ma non dai €7.303 inglesi. Ciò che contraddistingue ulteriormente il nostro Paese è l'articolazione interna della spesa, allocata per il 53% a pensioni di anzianità e vecchiaia, e l'elevato accentramento della spesa di *Welfare* che solo per il 2% è gestita a livello locale da Comuni e Province (simile a noi solo la Germania). L'Italia si differenzia molto dagli altri Paesi rispetto agli interventi per la non autosufficienza: il sistema italiano offre una qualche forma di intervento (tra cui la più diffusa è l'Indennità di accompagnamento) a circa il 95% degli eleggibili (gli altri Paesi si assestano tra il 45% e il 65%), ma garantisce una intensità assistenziale media mensile molto inferiore (oltre al 50% in meno rispetto agli altri Paesi). Alla luce di questi dati è possibile affermare che alcuni temi oggi ricorrenti nel dibattito italiano sul *Welfare* – quali il binomio contenimento della spesa-miglioramento dell'efficienza e la pressione sul livello locale – sono distanti da ciò che accade nella realtà.

I successivi capitoli (dal 4 al 7) approfondiscono le caratteristiche del SSN, del sistema sanitario complessivo (includendo quindi anche i consumi sanitari privati) e del sistema di *Welfare* in Italia, presentando dati di attività, di spesa, di risultato.

Più in particolare, il capitolo 4 descrive il SSN italiano focalizzandosi sui profili istituzionali, sulla dotazione strutturale, sulle attività e sul livello di risposta alla domanda di salute. Le analisi rielaborano i più recenti dati pubblicati del Ministero della Salute; sono integrate con alcune evidenze riguardanti il livello percepito di qualità del nostro SSN, tratte da studi condotti tra 2012 e il 2013.

Con riferimento agli assetti istituzionali, nel corso dell'ultimo anno è continuata la tendenza all'accorpamento delle Aziende Sanitarie. Questo trend ha interessato sia il livello territoriale che ospedaliero, anche se con ritmi meno pressanti rispetto dello scorso decennio. Alcune regioni hanno inoltre soppresso le Agenzie Sanitarie Regionali e hanno ridotto le strutture intermedie tra Regione e Aziende.

La dotazione strutturale del SSN ha evidenziato, anno dopo anno e fino al 2012, una contrazione in termini di numero di PL pubblici e privati accreditati; dal 2009 la riduzione ha interessato anche i PL pubblici per il ricovero diurno, suggerendo uno spostamento della geografia dei servizi verso il territorio. Il personale impiegato dal SSN appare ormai stabilizzato; persistono forti differenziazioni territoriali nella composizione degli organici, che nel Mezzogiorno vedono un rapporto molto più ridotto tra figure infermieristiche e mediche.

Le attività di ricovero (dimissioni) hanno registrato un significativo calo tra 2004 e 2011, in coerenza con il trend strutturale; nello stesso periodo la degenza media, presumibilmente a causa della riduzione dei ricoveri diurni e brevi, è rimasta pressoché costante. Da segnalare che, in relazione ai ricoveri ordinari, le regioni con tassi di ospedalizzazione più elevati registrano tendenzialmente un minore peso medio del ricovero.

La reale soddisfazione del bisogno sanitario è un elemento difficilmente apprezzabile, se non attraverso misure indirette. Il panorama di mobilità sanitaria risulta sostanzialmente stabile; permangono però forti differenze territoriali nel livello di soddisfazione percepito, che, nel biennio 2010-12, su scala nazionale è tendenzialmente diminuita.

In termini di spesa, il capitolo 5 evidenzia come la spesa sanitaria corrente a carico del SSN sia cresciuta nel 2012 del 0,8% rispetto al 2011, un aumento contenuto, come avvenuto anche l'anno precedente (+0,9%), a conferma del deciso rallentamento del trend di crescita degli ultimi anni (dal 2001 al 2010 il tasso di crescita medio annuo della spesa pubblica è stato del 4,1%, a fronte di un 8,1% nel periodo 1995-2001). Sottraendo gli ammortamenti (2,654 miliardi di euro), esclusi fino al 2010, e riportando i dati a coerenza di voci, l'incremento di spesa nel 2012 risulta ancora inferiore e specificamente pari allo 0,06% rispetto al 2011. La variazione tra il 2011 e il 2012 è in linea con quanto registrato l'anno precedente (0,056%) rimanendo quindi uno dei dati di crescita più bassi degli ultimi anni.

Anche la spesa sanitaria privata corrente continua a mantenere tassi di crescita bassi. Nell'ultimo anno, secondo quanto riportato nell'indagine sui consumi dei cittadini ISTAT, la spesa sanitaria privata è diminuita del 2,8%, pur in presenza di un aumento contenuto della spesa pubblica. Il suo trend, tendenzialmente speculare a quello della spesa pubblica fino al 2001 (con aumenti più elevati nei momenti di contrazione della crescita della spesa pubblica), mostra invece dal 2003 al 2009 un aumento contenuto, con tendenza decrescente e sistematicamente inferiore alla spesa pubblica. Solo nel 2010 e 2011 (dati definitivi EUROSTAT) si era registrato un incremento della spesa privata corrente dell'1,9% e 2,2% rispettivamente, ovvero circa il doppio rispetto alla spesa pubblica corrente.

Il tema della spesa sanitaria privata viene approfondito nel successivo capitolo 6. Nel dibattito sul futuro del SSN meritano, infatti, attenzione i cambiamenti che stanno avvenendo nel circuito dei «consumi privati in sanità». Si tratta di consumi che attengono i bisogni di salute finanziati dalla spesa diretta delle famiglie, delle imprese o tramite assicurazioni e fondi integrativi. Contrariamente a quanto avviene per i «consumi pubblici», e nonostante la loro rilevanza economica, i «consumi privati» non sono però ancora oggetto di studi sistematici.

Lo scopo del capitolo è di natura essenzialmente conoscitiva, rivolto a mettere in luce come il consumo sanitario privato, troppo spesso considerato come aggregato indistinto, sia in realtà composto di elementi molto diversi, in termini di categorie, regioni, e tipologie di consumatori. Nel caso specifico dell'individuazione dei *pattern* di consumo, si è utilizzato il metodo della *cluster analysis* supportata da un'analisi fattoriale.

Il capitolo costituisce innanzitutto un passo in avanti verso una sistematizzazione di dati e fonti sulla spesa sanitaria privata. L'osservazione e l'analisi della spesa sanitaria privata, nelle sue molteplici dimensioni, consente inoltre di evidenziare dei fenomeni rilevanti, in alcuni casi contro-intuitivi. Se si guarda, ad esempio, ai divari regionali sulla spesa sanitaria privata pro capite, non trova riscontro l'idea comune che questi siano legati ai differenziali nel funzionamento del sistema pubblico. Sul rapporto tra consumi pubblici e privati, sorprende inoltre la forte presenza del pubblico nella spesa privata ambulatoriale, sia attraverso il canale del *copayment* che dell'*intramoenia*. Infine, i risultati sui *pattern* di consumo devono essere considerati non solo rispetto alla conoscenza del fenomeno, ma anche come un contributo sul piano della proposizione di metodi di analisi della domanda ancora poco diffusi in questo peculiare settore, ma difficilmente ignorabili se si tiene conto dell'ormai consolidato processo di *empowerment* (reale o percepito) del paziente/utente.

Il capitolo 7, infine, analizza i modelli di *Welfare* di due tra le principali regioni italiane: Emilia Romagna e Lombardia. L'obiettivo del capitolo è di riconoscere gli elementi di convergenza e divergenza che li caratterizzano, sia rispetto all'impostazione «dichiarata» che al sistema emergente. Lo studio si basa su dati ed evidenze validati da attori chiave di entrambi i sistemi e si articola attorno a quattro macro temi: i valori di fondo e gli assetti istituzionali; il contesto socio-economico regionale; le risorse; i servizi e il tasso di copertura dei bisogni. Alla luce dell'analisi svolta, alcune differenze riscontrate nell'impostazione «dichiarata» dei modelli non trovano riscontro nei dati rilevati. Sebbene i principi ispiratori e gli assetti istituzionali di Emilia Romagna e Lombardia siano molto distanti (Coesione sociale vs Libera scelta e mercato; Forte integrazione tra settori ed enti a livello locale vs

Accentramento con regia regionale) vi sono rilevanti tratti di convergenza relativi alle dinamiche economiche e sociali (livelli di impoverimento, disoccupazione e *trend* di invecchiamento), alle risorse complessive del sistema (spesa sociale e sociosanitaria procapite pari a €1.121 e €1.125), al mix delle fonti finanziarie (rispettivamente 31% e 26% delle risorse gestite da soggetti pubblici e 69% e 74% gestite dalle famiglie), ai tassi di copertura del bisogno e alla intensità assistenziale erogata (rispettivamente per Bologna e Milano 26% e 25% degli anziani non autosufficienti e 23% e 27% dei disabili adulti in carico ai servizi, per sei ore medie settimanali di assistenza domiciliare nel caso dei secondi). La riscontrata convergenza tra i due sistemi conferma la necessità di ancorare maggiormente il dibattito sul *policy making* alle evidenze fattuali, togliendo spazio a sedimentazioni ideologiche che non trovano riscontro nei dati reali, soprattutto in una fase del Paese che necessita di una forte azione di ri-progettazione del *Welfare*.

«Temi di policy»

La seconda parte del Rapporto è dedicata a «Temi di *policy*» particolarmente rilevanti.

Il capitolo 8 propone un'analisi dei *curriculum vitae* (CV) dei Direttori Generali delle aziende sanitarie di Lombardia, Veneto, Emilia e Romagna, con l'obiettivo di fornire un quadro della loro disponibilità su internet e di effettuare una fotografia della classe dirigente del SSN in termini di età, sesso, titolo di studi, percorso professionale ed esperienza manageriale.

Sono stati analizzati i siti internet delle aziende delle quattro regioni del campione e i CV recuperati sono stati analizzati sulla base di una griglia predefinita.

La ricerca ha mostrato anzitutto come, a dispetto delle indicazioni della normativa, solo la metà delle aziende in queste quattro regioni riporti il CV sul sito internet. Dall'analisi delle informazioni biografiche emerge poi che l'85% del campione è composto da uomini, l'età media è di poco inferiore ai 60 anni (ma le donne sono mediamente più giovani), il 70% dei DG ha una laurea in medicina e solo il 2% in economia; meno del 10% del campione ha diretto aziende in altre regioni. In Toscana la grande maggioranza dei DG provengono dal profilo igienistico - organizzativo, in Veneto e Emilia Romagna è più robusta la quota dei DG con profili amministrativi, gestionali o tecnici, mentre la Lombardia seleziona maggiormente profili clinici.

Dall'analisi emerge un SSN in cui i DG sono prevalentemente maschi, medici e a fine carriera. La struttura di *governance* disegnata nel SSN con il processo di aziendalizzazione ha posto molta enfasi sul ruolo strategico del Direttore Generale, tuttavia a questa centralità assegnata dal sistema non sembra essere seguito un coerente sviluppo di un modello di formazione, selezione e crescita di un corpo professionale nazionale.

Il secondo tema di *policy* riguarda la spesa per investimenti, affrontato nel capitolo 9. Si tratta di un argomento che è ancora insufficientemente esplorato. In Italia, monitoraggi, analisi e dibattiti si concentrano, infatti, quasi esclusivamente sulla spesa corrente. A livello internazionale, i confronti sono limitati dalla scarsa omogeneità dei dati. Il capitolo si è proposto di colmare parte di questo *gap* conoscitivo, indagando sia l'entità degli investimenti effettuati dalle aziende sanitarie pubbliche italiane, sia la composizione delle relative fonti di finanziamento.

L'analisi è stata svolta attraverso (i) la costruzione di un "rendiconto finanziario" (prospetto fonti impieghi) per ogni azienda sanitaria pubblica, a partire dai modelli economici ministeriali "CE" ed "SP" e (ii) il calcolo di alcuni indicatori a livello regionale e aziendale, nell'arco temporale 2004-10.

Le conclusioni principali sono tre: (i) la spesa per investimenti assume valori intorno ai €59 annui procapite a livello medio nazionale, un valore in linea con quello degli altri principali Paesi europei, ma che non è necessariamente sufficiente a garantire l'adeguamento all'evoluzione clinica e tecnologica; (ii) si rileva una forte differenziazione interregionale, sia in termini di intensità degli investimenti che di dotazione iniziale di immobilizzazioni; (iii) nel finanziamento degli investimenti le fonti dedicate (mutui, ma soprattutto contributi in conto capitale) svolgono un ruolo fondamentale, ma non esclusivo. L'analisi ha infatti confermato la presenza di significativi ambiti di autonomia aziendale, sotto forma di impiego della liquidità prodotta dalla gestione reddituale e di ricorso al debito di fornitura. Recentemente, il livello centrale ha emanato disposizioni tese a limitare questi ambiti di discrezionalità. Spesso, però, queste iniziative sono fondate sull'erronea premessa che la compressione dell'autonomia aziendale sia sempre possibile e generalmente opportuna. Il rischio è di riavviare pericolosi circoli viziosi nei rapporti tra livelli istituzionali.

Il capitolo 10 è dedicato al ruolo delle Società Medico Scientifiche (SOMS). Il funzionamento dei sistemi sanitari e delle aziende è profondamente segnato dalle dinamiche delle professioni e delle discipline. Le SOMS rappresentano il soggetto collettivo attraverso il quale le dinamiche professionali si esprimono e organizzano forme di rappresentanza. Esse possono, quindi, favorire e sostenere lo sviluppo di progetti di governo clinico, di riorganizzazione della rete per specialità/patologie (reti cliniche), di accesso all'innovazione.

L'indagine sulle SOMS è stata di tipo esplorativo allo scopo di evidenziare *governance* e struttura organizzativa, ambiti e funzioni, ruolo nei confronti degli *stakeholder*. Il campione dell'analisi è composto dalla Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche (FISM) e dalle SOMS di Oncologia Medica (AIOM e CIPOMO), Nefrologia (SIN), Medicina di Laboratorio (SIMEL e SIBIOC). Gli strumenti di indagine utilizzati sono stati: l'analisi del database FISM, l'analisi dei siti web e degli statuti, le interviste ai presidenti delle SOMS.

A fronte di una relativa uniformità degli obiettivi statutari, l'analisi ha mostrato come le SOMS sono attraversate da processi di cambiamento specifici, riconducibili alle seguenti variabili: a) il mantenimento o l'estensione del perimetro del sapere disciplinare, a seguito dell'evoluzione del sapere in campo medico; b) le alleanze con altre comunità scientifiche; c) le nuove forme degli assetti di *governance* e di organizzazione; d) le relazioni con le istituzioni pubbliche e le imprese.

In merito all'ultimo aspetto, l'interpretazione del mandato e lo spazio di azione delle SOMS è fortemente condizionato dalle scelte che regioni e aziende sanitarie compiono relativamente all'organizzazione della filiera di servizi della specialità. Si tratta di fenomeni che in modo differente, ma ugualmente rivoluzionario, intervengono nella ridefinizione dei saperi e delle pratiche che la SOMS è chiamata a presidiare. Tra gli interlocutori istituzioni si annoverano anche le imprese fornitrici (principalmente, di tecnologie). Si tratta di una relazione molto importante poiché molto spesso la nascita del sapere disciplinare è collegata alla scoperta di tecnologie capaci di diagnosticare piuttosto che trattare una condizione patologica. E' naturale che le scelte che i sistemi (regionali o aziendali) sviluppano in merito ai modelli istituzionali e di gestione della tecnologia rappresenta un terreno di confronto e di reciproco interesse sia per le imprese sia per le SOMS.

Il capitolo 11 approfondisce il sistema delle "relazioni finanziarie" tra regioni ed aziende sanitarie e tra queste ed i fornitori del SSN, evidenziandone gli impatti sui tempi di pagamento. Gli obiettivi del lavoro sono i seguenti: (i) ricostruzione ed analisi dei tempi di pagamento, soprattutto con riferimento ai dispositivi medici e ai farmaci; (ii) analisi delle principali determinanti del fenomeno dei ritardati pagamenti, sia in termini di gestione dei flussi finanziari e di valutazioni del disavanzo, sia di modelli istituzionali, organizzativi e gestionali adottati; (iii) analisi delle principali correlazioni tra alcune determinanti individuate e i tempi di pagamento delle singole regioni; (iv) analisi del valore del debito assunto dalle aziende sanitarie, e dalle regioni di riferimento, per effetto dei ritardati pagamenti; (v) identificazione di alcune soluzioni gestionali (organizzative e finanziarie) che possano agevolare e accelerare la risoluzione del fenomeno.

Il metodo di ricerca si basa principalmente sull'analisi dei dati relativi ai tempi di pagamento nelle singole regioni presenti nei principali *database* nazionali.

Le analisi consentono di evidenziare almeno tre fattori critici del SSN.

Il primo riguarda i consistenti ritardi nei pagamenti dei fornitori, con riferimento in particolare a dispositivi medici (281 giorni in media a maggio 2013) e farmaci (236 giorni in media nell'ultima rilevazione disponibile, riferita a settembre 2012). A fronte di tale dato medio nazionale, si registrano (i) notevoli fluttuazioni nel trend storico; (ii) considerevoli variabilità nei rapporti con i fornitori: in molte Regioni, soprattutto quelle sottoposte a PdR, esistono considerevoli differenze nei tempi di pagamento dei diversi fornitori di beni e servizi; le Regioni adottano criteri di priorità per le differenti categorie di fornitori, privilegiando erogatori locali di servizi «*labour intensive*» rispetto a imprese fornitrici di beni.

Il secondo fattore critico è rappresentato dalla sostanziale correlazione tra ritardi nei pagamenti e disavanzi: il divario tra le Regioni in PdR e le altre Regioni è cresciuto da 139 giorni (1990) a 272 giorni (2013)

Il terzo fattore, causa in parte del primo, è la sostanziale inadeguatezza dei sistemi di gestione dei flussi di cassa, soprattutto a livello aziendale.

«Innovazioni e strumenti gestionali»

Le successive tre parti del Rapporto («Combinazioni economiche», «Organizzazione e personale», «Performance management e comunicazione») sono dedicate alle aziende sanitarie e alle sfide gestionali che esse devono affrontare.

«Combinazioni economiche»

Il primo contributo (capitolo 12) è dedicato al *Lean Thinking* (letteralmente, «pensiero snello»). Negli ultimi anni, si è sviluppato un ampio dibattito circa la diffusione delle teorie del *Lean Thinking* nel settore sanitario, sia a livello internazionale, con le esperienze più evolute negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, che, più timidamente, a livello nazionale. A partire da questo scenario, il contributo intende offrire un quadro sul trend di sviluppo del *lean* in sanità nel SSN italiano, tanto dal punto di vista temporale che delle modalità di implementazione, distinguendo le esperienze nazionali in due categorie: (i) eventi a rapido miglioramento con obiettivi di breve termine e (ii) approcci strategici di lungo periodo. Da un punto di vista metodologico, è stata condotta una *survey* esplorativa inviata a tutte le aziende sanitarie italiane pubbliche e private accreditate. Per le aziende che hanno risposto di aver sviluppato progettualità *lean* (16), sono stati realizzati dei *multiple case study* attraverso l'analisi della documentazione aziendale e interviste semistrutturate ai referenti aziendali. I risultati della *survey* indicano che ancora poche aziende in Italia hanno adottato l'approccio *lean* come strategia organizzativa di lungo termine con un significativo livello di pervasività nell'organizzazione e un *commitment* deciso e continuo nel tempo da parte della direzione aziendale (aziende “*first mover*” - Istituto Clinico Humanitas di Rozzano, ente ospedaliero “Ospedali di Galliera”, ASL di Firenze e AO Siena). L'implicazione non è di poco conto, considerando che i tempi necessari per l'attuazione di un tale cambiamento strategico sono superiori alla durata media di un mandato di direzione delle attuali aziende sanitarie pubbliche (meno di 4 anni). Se gli anni 90 hanno visto l'emergere del controllo di gestione, e gli anni duemila l'affermarsi delle logiche di governo clinico, questa decade potrebbe essere quella del consolidarsi delle gestioni operative e delle competenze e progettualità di *lean*. A patto che le Regioni permettano e sostengano nel tempo l'investimento delle aziende in questa direzione, indicandolo come una priorità strategica per le direzioni e concedendo loro lo spazio di azione e le risorse per avviare il cambiamento.

Il capitolo 13, dal titolo “Fascicolo Sanitario Elettronico: modelli di implementazione e raccomandazioni per l'adozione”, ha l'obiettivo principale di proporre, partendo da una fotografia iniziale dello stato del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) in Italia, alcuni modelli di implementazione, concentrandosi su tre diverse esperienze regionali. L'obiettivo dello studio è evidenziare *leading practices* che possano essere prese a riferimento anche in altri contesti regionali.

Dopo un'analisi della letteratura scientifica di riferimento, il capitolo presenta una ricognizione sullo stato del FSE in Italia e, successivamente, un'analisi approfondita delle esperienze di Regione Lombardia, Regione Veneto e Regione Emilia Romagna, basata, oltre che sull'analisi documentale, su interviste semi-strutturate con i principali interlocutori del progetto.

Dalla fotografia sullo stato del FSE, emergono differenze regionali per quanto riguarda gli obiettivi dichiarati, gli attori coinvolti e lo stato d'attuazione; in particolare, relativamente a quest'ultimo, sono stati individuati tre principali stati di attuazione: iniziale, intermedio ed avanzato. Dall'analisi delle tre esperienze regionali, emergono modelli di implementazione diversi che si caratterizzano per diversità riguardanti: l'approccio implementativo, di tipo *top-down* in Lombardia ed Emilia-Romagna e *bottom-up* in Veneto; i meccanismi di coordinamento tra gli attori coinvolti, che possono essere di tipo gerarchico, prevalente in Lombardia, di tipo «mercato», prevalente in Emilia Romagna, e di tipo *network*, prevalente in Veneto; il modello di *governance*, che a seconda delle prerogative dei soggetti coinvolti può essere di tipo centralizzato, caratterizzante Lombardia ed Emilia-Romagna, decentralizzato, presente in Veneto, o federato; e infine, il sistema di finanziamento, che può basarsi esclusivamente su risorse regionali, come in Emilia Romagna, piuttosto che su modalità innovative quali il *fund raising*, sviluppato in Veneto, o il *project financing*, realizzato in Lombardia, oppure su modalità più creative quali le *sponsorship* da parte di privati. Partendo dalle

leading practices dei casi analizzati e dalla loro replicabilità, ogni Regione dovrebbe delineare il proprio modello implementativo in modo coerente con gli obiettivi che essa si pone nell'adottare un sistema di FSE e con il contesto regionale di riferimento.

«Organizzazione e personale»

I due capitoli di questa sezione si focalizzano su temi relativi al personale del SSN.

Il capitolo 14 affronta il tema dello *skill mix*, ovvero la composizione professionale del personale, che nelle aziende sanitarie è sottoposto a forti tensioni al cambiamento in conseguenza dei blocchi del *turnover*, dello *shortage* dei medici, dell'evoluzione dei bisogni dei pazienti e delle modifiche nei *setting* assistenziali in ospedale e sul territorio.

Il capitolo offre una prima ricognizione sul fenomeno proponendo un'analisi del quadro normativo, che mostra le opportunità e i vincoli per le direzioni aziendali; una ricognizione delle principali esperienze internazionali, con una discussione sulla trasferibilità delle diverse prassi nel contesto nazionale; l'analisi di due casi studio italiani di cambiamento dello *skill mix* nell'ambito dei servizi per l'emergenza urgenza; strumenti interpretativi per una prima sistematizzazione concettuale.

L'analisi dei casi mostra come, pur a costo di «forzare» quanto previsto dai profili professionali, molte aziende stanno già trasferendo funzioni tradizionalmente mediche a personale delle professioni sanitarie. Tali processi sono però spesso introdotti come risposta occasionale ad emergenze, senza una pianificazione nel medio-lungo periodo di un uso diverso delle competenze dei professionisti. Appare oggi evidente la necessità di una maggiore consapevolezza e visione strategica a livello di management e di *policy* su questo tema chiave di gestione delle risorse umane, lavorando a più livelli: dal dimensionamento degli organici, alle politiche di assunzione, alle scelte di micro-organizzazione dei reparti e delle aree assistenziali, al disegno di sistemi che garantiscano la motivazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti.

L'analisi presentata nel capitolo 15 ha, invece, indagato due aspetti di gestione del personale che costituiscono un nodo spesso problematico in molte aziende sanitarie: le assenze – con un approfondimento relativo ai permessi ex L. 104/1992 – e le inidoneità alla mansione. Si tratta di strumenti importanti di tutela dei lavoratori e delle loro famiglie, ma che possono facilmente degenerare in “patologie” organizzative con impatti rilevanti sulla funzionalità aziendale e sul clima organizzativo. La necessità di identificare soluzioni gestionali e di *policy* che prevenivano tali fenomeni e, lì dove presenti, ne limitino gli impatti problematici, è particolarmente urgente, anche considerato il progressivo invecchiamento degli organici e della popolazione (che incide su queste dinamiche attraverso il ricorso alla L. 104/1992).

La ricerca si è basata sull'analisi del Conto Annuale e sul flusso informativo relativo ai permessi ex L. 104/1992 avviato nel 2012 dal Dipartimento della Funzione Pubblica. Con riferimento alle inidoneità alla mansione, per le quali non sono disponibili flussi informativi nazionali o regionali, è stata effettuata una prima indagine esplorativa in quattro aziende.

La ricerca mostra non solo la rilevanza quantitativa del fenomeno delle assenze e dei permessi ex L. 104/1992, ma anche la forte variabilità che esiste tra i sessi, le diverse categorie contrattuali, i diversi contesti aziendali e le diverse Regioni. L'analisi relativa alle inidoneità alla mansione fornisce una quantificazione del fenomeno, ponendo in luce le differenze tra aziende e il collegamento con l'età e la qualifica professionale dei dipendenti.

Il capitolo sottolinea la generale arretratezza di gran parte delle aziende e delle Regioni nel definire e usare metriche adeguate per la gestione del personale e indica strade di management e di *policy* per affrontare, anziché subire, i fenomeni sopra descritti. La tutela dei lavoratori è una responsabilità sociale importante per un'azienda sanitaria, che, per non rischiare di incidere sulla sostenibilità, richiede di essere gestita con consapevolezza e competenza.

«Performance management e comunicazione»

Il capitolo 16 è dedicato alla valutazione della *performance*. Oggi si richiede alle aziende sanitarie pubbliche di rileggere le *performance* aziendali in un'ottica strategica, collegando i risultati annuali agli obiettivi aziendali di medio-lungo periodo e, soprattutto, di valutare l'attuazione e l'impatto delle scelte strategiche realizzate sul sistema aziendale.

Il contributo si pone un duplice obiettivo: (i) esaminare la letteratura scientifica sul *performance management* e alcune tra le attuali esperienze di applicazione dei sistemi di valutazione delle *performance*, per individuarne opportunità e limiti; (ii) proporre uno strumento di valutazione delle *performance* multidimensionale che abbia valenza informativa soprattutto per il top management aziendale e risponda alla necessità dell'azienda sanitaria di misurare la creazione del valore.

Il lavoro di ricerca ha previsto il coinvolgimento di un campione di 30 aziende sanitarie pubbliche appartenenti a 9 regioni di medio - grandi dimensioni (Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia)

Il risultato del lavoro di ricerca è un modello di Cruscotto Direzionale Multidimensionale (CDM) organizzato in 4 aree, 14 dimensioni di monitoraggio e circa 100 indicatori. La definizione operativa del CDM è stata frutto dell'interazione continua tra ricercatori e operatori del settore sanitario: ciò ha consentito di combinare criteri di solidità metodologica e scientifica con quelli di effettiva rilevanza e attuabilità.

Sono almeno tre gli ambiti di innovazione e di investimento del modello proposto: l'organicità, la selettività e la comprensibilità degli indicatori; il collegamento tra processi di elaborazione e attuazione delle strategie aziendali e i sistemi di misurazione e valutazione della *performance*; l'introduzione di modalità sistematiche di rendicontazione nei confronti degli *stakeholder* rilevanti e dei cittadini nel loro insieme.

L'ultimo capitolo (capitolo 17) indaga come il fenomeno della *retailization*, dopo aver conquistato prima le industrie di marca, dalla moda alla tecnologia, e poi le aziende di servizi finanziari e le banche, si stia diffondendo, pur con alcune particolarità relative al settore, anche nella sanità italiana.

L'approfondimento è condotto a partire da un indispensabile richiamo della letteratura internazionale sul fenomeno, prosegue con l'analisi di due esperienze di impresa particolarmente significative al riguardo e, infine, discute – attraverso il caso paradigmatico dell'Azienda USL di Bologna – le condizioni di applicabilità di logiche e strumenti propri del *retail* alle aziende sanitarie pubbliche.

I due casi di impresa – Amplifon e VisionOttica – dimostrano come le leve proprie del *retailing mix* contribuiscano a costruire un posizionamento differenziante in mercati caratterizzati da forte competizione, frammentazione e asimmetria informativa, evitando che le esperienze del consumatore ricadano in «territori» considerati non appropriati, non solo in relazione alle caratteristiche e agli obiettivi delle imprese stesse, ma anche rispetto a valutazioni di vera e propria efficacia sanitaria. Una maggiore capacità di plasmare attese e percezioni e di costruire sistemi di servizi coerentemente configurati non solo consegue risultati socialmente apprezzabili (e quindi di potenziale utilità per l'ambito di intervento pubblico), ma potrebbe anche aumentare il consenso intorno al funzionamento del SSN e delle aziende che lo compongono.

Il caso della Azienda USL di Bologna – che disegna un progetto di semplificazione dell'accesso ai servizi – permette di cogliere alcune prime implicazioni della prospettiva *retail* per le aziende sanitarie pubbliche:

- la prospettiva in questione è in qualche modo la naturale evoluzione e sistematizzazione di corsi di azione che le aziende pubbliche intraprendono per rispondere alle sfide dell'ambiente;
- la concettualizzazione offerta dalle leve di *retailing mix* mette a fuoco gli elementi fondamentali perché le lezioni offerte dalle imprese private possano essere apprese da un'azienda sanitaria pubblica.