

*Parte prima*

# **Inquadramento di sistema**



# 1 Quattro epoche in due anni: le dinamiche accelerate di trasformazione del SSN. Quale ruolo strategico per il management delle aziende?

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

## 1.1 Introduzione

Il presente capitolo intende sintetizzare i principali risultati del Rapporto OASI 2021, offrendo una lettura ampia delle rapide dinamiche di trasformazione che hanno interessato il SSN italiano nell'ultimo biennio, caratterizzato dalla drammatica epidemia causata dal virus SARS-CoV-2 (COVID). Vuole, inoltre, riflettere sulla funzione che il management della sanità italiana potrà esercitare nei prossimi anni, contraddistinti dall'implementazione del programma Next Generation EU, tradotto nel nostro Paese dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)<sup>2</sup>.

Nel dettaglio, il § 1.2 presenta le *mission* prevalenti che hanno orientato gli attori del SSN durante le quattro fasi ("epoche") che si sono susseguite in soli due anni, tra 2020 e 2021. Il § 1.3 delinea il ruolo e lo spazio strategico oggi disponibile per il management del SSN. Il § 1.4 analizza la trasformazione delle relazioni tra management aziendale, politica e stakeholder del Servizio Sanitario. Il § 1.5 riporta una un'interpretazione in chiave economico-aziendale del razionale e delle logiche organizzative implicite del PNRR. Il § 1.6 riassume le principali sfide che attendono il management delle aziende del SSN nei prossimi anni. Infine, il 1.7 riporta gli abstract di tutti i capitoli del Rapporto.

## 1.2 Quattro epoche in due anni (2020-2021)

Storicamente, la governance e la *mission* prevalente del SSN sono state caratterizzate da profondi processi di trasformazione. Tali processi hanno generato

<sup>1</sup> Il capitolo è da attribuire congiuntamente ai due autori. Si ringraziano Mario Del Vecchio per i suggerimenti forniti e tutti gli autori del Rapporto per la stesura degli abstract.

<sup>2</sup> I dati e le riflessioni sul PNRR contenute nel capitolo fanno riferimento alla documentazione disponibile sul sito ufficiale <https://italiadomani.gov.it/it/home.html>, ultimo accesso 31 ottobre 2021.

fasi di circa 7-10 anni, durante le quali le configurazioni e gli obiettivi di fondo venivano concettualizzati e rappresentati come stabili.

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

I primi dieci anni del 2000, sulla scorta della riforma costituzionale del 2001, hanno visto il progressivo crescere delle prerogative di governo delle regioni, in un processo di accentramento e di riduzione sia del numero aziende pubbliche, sia delle *facility* erogative (ospedali, unità operative, magazzini, ecc.). In linea generale, all'interno del servizio sanitario regionale il paradigma della competizione governata tra le aziende è stato progressivamente sostituito con l'obiettivo strategico del coordinamento.

Dopo la crisi economica del 2008, in particolare dal 2010, il SSN ha accentuato il focus sul contenimento e spesso su un vero e proprio razionamento della spesa. Ciò è avvenuto attraverso vincoli<sup>3</sup> per silos, sempre più stringenti sul singolo fattore produttivo, riguardanti il personale, i farmaci, i dispositivi medici, gli acquisti di prestazioni da privato accreditato, ecc. La centralizzazione degli acquisti sanitari e un pervasivo esercizio dei piani di rientro hanno rafforzato questa tendenza. Per circa un decennio, la stabilizzazione della spesa sanitaria pubblica è stata ritenuta necessaria per governare il debito pubblico italiano. Il ruolo dello Stato è tornato preponderante nel risanare le regioni in deficit, localizzate in prevalenza al Centro-Sud, che in quel periodo hanno sperimentato una sostanziale stabilità degli assetti istituzionali. Nelle restanti realtà, i vertici regionali hanno conservato maggiore autonomia nel ricercare soluzioni di governance regionale che si adattassero alle specificità locali ma che perseguissero in ogni caso l'obiettivo strategico del contenimento della spesa e dell'efficientamento. Durante l'ultima stagione di ridisegno istituzionale registrata tra il 2014 e il 2017, al Centro Nord sono nati molti enti regionali e intermedi per ricercare ulteriori spazi di razionalizzazione attraverso la centralizzazione non solo degli acquisti, ma di funzioni amministrative, informatiche, logistiche e anche di programmazione sanitaria<sup>4</sup>.

In sintesi, i cambiamenti di governance e missione prevalente sono stati sempre profondi, ma generavano periodi medio-lunghi di relativa stabilità degli

<sup>3</sup> Per approfondire le politiche di contenimento della spesa SSN e la sua composizione, si rimanda al capitolo 3 del presente Rapporto.

<sup>4</sup> Per una rassegna di enti intermedi e aziende del SSN, si rimanda al capitolo 2 del presente Rapporto.

obiettivi strategici, aspetto che permetteva a tutti gli attori di apprendere e allinearsi<sup>5</sup>.

Il COVID ha determinato, all'opposto, il susseguirsi di almeno quattro "epoche" di policy, di mission e di cultura istituzionale in soli due anni (2020-2021). Già se ne intravede all'orizzonte una quinta, ma sarà il futuro a svelarci se e come si realizzerà. Alcune di queste fasi si sono in parte sovrapposte e contaminate reciprocamente, richiedendo al management di co-gestire logiche istituzionali e priorità di *policy* contrapposte tra di loro.

La prima logica istituzionale da considerare è quella con cui il SSN si è presentato di fronte alla pandemia. A inizio 2020 la sanità italiana era ancora nell'epoca del contenimento della spesa da perseguire attraverso l'istituzione di tetti per singolo fattore produttivo e l'accentramento dei poteri a livello regionale. A febbraio 2020 il nostro SSN registrava una delle spese sanitarie pro capite più basse dell'Europa occidentale, con un tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica prossimo a zero se depurato dell'inflazione e con i disavanzi regionali azzerati o molto ridotti<sup>6</sup>. Un sistema senz'altro sobrio, con un livello di efficienza e appropriatezza evidentemente superiore al decennio precedente e, almeno nel breve, sostenibile per la fiscalità generale del nostro Paese. Tutto questo a prezzo, però, di un significativo invecchiamento medio sia degli organici<sup>7</sup>, sia delle infrastrutture<sup>8</sup> e delle attrezzature<sup>9</sup>. Queste dinamiche hanno provocato, nel tempo, un rallentamento dei processi di innovazione organizzativa, perché il focus dei risultati attesi era prevalentemente sulla dimensione economico-finanziaria.

Il COVID ha ribaltato questa logica istituzionale, trasformando il SSN in un sistema *mission e data driven* seppur con un unico obiettivo: la cura, il monitoraggio e la prevenzione del contagio. Da marzo 2020 ai primi mesi del 2021, è iniziata la seconda epoca, con i vincoli finanziari che sono stati sostanzialmente azzerati. Trainata dai massicci stanziamenti emergenziali, la spesa sanitaria nel 2020 è cresciuta di oltre 6 miliardi rispetto al 2019 (+5%)<sup>10</sup>. Durante i primi mesi dell'emergenza, il limite all'acquisizione delle risorse umane e materiali era rappresentato dalla carenza delle medesime o dalle procedure di acquisizione, benché meno stringenti rispetto al passato. Ancora una volta, i sistemi

<sup>5</sup> Il lettore interessato ad approfondire la revisione degli assetti istituzionali regionali può fare riferimento ai capitoli 1 e 8 del Rapporto OASI 2020, al capitolo 9 del Rapporto OASI 2017, al capitolo 8 del Rapporto OASI 2016 e al capitolo 6 del Rapporto OASI 2011.

<sup>6</sup> Si rimanda al cap. 3 del presente Rapporto.

<sup>7</sup> Si rimanda ai capitoli 12 e 14 del Rapporto OASI 2018.

<sup>8</sup> Si rimanda al capitolo 19 del presente Rapporto.

<sup>9</sup> Si rimanda al capitolo 13 del Rapporto OASI 2019.

<sup>10</sup> Si adotta qui la classificazione economica. Cfr. capitolo 3 del presente Rapporto.

regionali o aziendali culturalmente più abituati a navigare velocemente attraverso le procedure amministrative hanno avuto maggiore accesso a fattori produttivi aggiuntivi finanziati dagli stanziamenti straordinari. Questi ultimi erano tutti formalmente finalizzati alla gestione del COVID. La pandemia però ha investito trasversalmente tutti i *setting* di cura: prevenzione, monitoraggio, assistenza territoriale, cura ospedaliera ordinaria e intensiva, riabilitazione, assistenza socio-sanitaria. Inoltre, ha interessato molteplici discipline: infettivologia, immunologia, pneumologia, medicina interna, cardiologia, riabilitazione, anestesiology, e altre in misura minore. Di fatto, il COVID ha consentito di acquistare beni e assumere personale per moltissime aree dell'azienda.

Un altro dato importante è che il COVID ha permesso, forse per la prima volta nella storia del SSN, di superare i silos disciplinari e di organizzare i professionisti per target. Anche per questo, la flessibilità delle linee produttive ospedaliere è aumentata drasticamente<sup>11</sup>. Nel corso del 2020 e dei primi mesi del 2021, la percentuale di posti letti dedicati al COVID ha oscillato a fisarmonica dal 5 all'80%. La flessibilità ha riguardato anche i profili del personale reclutato<sup>12</sup>, con il consistente impiego di medici pensionati e medici non specializzati; le forme contrattuali, con una prevalenza di tempo determinato e libera professione; le modalità organizzative, con, ad esempio, la costituzione delle USCA<sup>13</sup>. Si può aggiungere la repentina attivazione di diverse forme di telemedicina, con l'irrompere di una generalizzata separazione fisica degli operatori dai pazienti<sup>14</sup>. Da segnalare, al proposito, che la rivoluzione culturale è stata percepita maggiormente sul lato dei pazienti, rimasti a casa, mentre gli operatori sanitari continuavano a recarsi in ospedale o in ambulatorio.

La progressiva trasformazione del COVID da emergenza in situazione endemica ma sufficientemente controllata ha condotto alla terza epoca. Un rallentamento dell'epidemia era stato sperimentato già tra giugno e settembre 2020. Purtroppo una stabile minore pressione sui reparti acuti si è concretizzata solo dopo l'esaurimento della seconda e della terza ondata epidemica, a fine primavera 2021, in parallelo con il consolidarsi della campagna vaccinale. Con la diminuzione della pressione ospedaliera è subentrata l'esigenza di recuperare l'enorme ritardo accumulato nella produzione di servizi per pazienti non COVID<sup>15</sup>, in ogni ambito: prevenzione (screening); attività ambulatoriale, sia per

<sup>11</sup> Sul tema della revisione dell'offerta ospedaliera pre pandemia e durante l'emergenza, si rimanda al capitolo 9 del presente Rapporto.

<sup>12</sup> Per approfondire le dinamiche del personale nel corso dell'emergenza, si rimanda al capitolo 16 del presente Rapporto.

<sup>13</sup> Sul tema degli strumenti per la *transitional care*, si rimanda al capitolo 12 del presente Rapporto.

<sup>14</sup> Sul tema della diffusione della telemedicina si rimanda al capitolo 11 del presente Rapporto.

<sup>15</sup> Sul tema delle liste d'attesa, si rimanda al capitolo 18 del presente Rapporto.

prime visite, sia per follow up; attività ospedaliera, soprattutto chirurgica. Nel decennio passato, il SSN ha più volte cercato di generare shock endogeni per aumentare significativamente la propria produttività, ma senza risultati convincenti. In questo caso la sfida è stata ancora più complessa perché correlata a rilevanti ostacoli: una parte della capacità produttiva impegnata con le vaccinazioni e con i pazienti COVID, le esigenze di prevenzione anti-contagio basate sul distanziamento fisico dei pazienti, un corpo professionale stanco e provato. Gli elementi di facilitazione sono stati la cultura e l'esperienza della flessibilità sperimentate del periodo COVID, assieme a una quota di risorse aggiuntive straordinarie, dedicate dal governo al recupero delle liste d'attesa. Un altro fattore facilitante è stato l'incremento del personale, anche se spesso con contratti a tempo determinato. Sono stati raggiunti risultati rilevanti, seppur in modo disomogeneo tra regioni e ambiti assistenziali. Uno degli strumenti-cardine è stato il pagamento di ore di straordinari ai dipendenti, assieme, in alcune realtà, all'incremento pro-tempore del budget dei privati accreditati. Quindi, più che un aumento di produttività, si è osservata una crescita temporanea della capacità produttiva finanziata. In ogni caso, sono state raccolte interessanti informazioni sulla produttività potenziale dei professionisti e dei singoli setting assistenziali.

La terza epoca, con l'uscita dalla fase acuta dell'emergenza, ha fatto riemergere le forze della *path dependency*. I professionisti, esaurito lo stato di necessità e spesso stremati da mesi di lavoro straordinario, hanno presto invocato il rapido ritorno alle strutture e alle culture organizzative tradizionali, caratterizzate da una chiara suddivisione per materie, setting e discipline. Sul versante finanziario, le risorse aggiuntive dedicate dal SSN per il COVID derivavano da stanziamenti straordinari, destinati progressivamente a esaurirsi. Il Documento programmatico di bilancio 2022 pubblicato a ottobre 2021 prevede per quest'anno un picco di spesa sanitaria, che raggiungerà i 129 miliardi, con una lieve diminuzione negli anni successivi<sup>16</sup>. Si tratta di livelli di spesa corrente superiori di alcuni miliardi rispetto all'epoca pre-pandemica. Tuttavia, è evidente che una parte delle attuali risorse emergenziali non sarà più disponibile nel giro di qualche mese.

La quarta epoca, in pieno svolgimento, è quella della costruzione del portafoglio di progetti finanziabili con il PNRR. Questi riguardano un ampio spettro di ambiti, dall'ospedale, al territorio, alla ricerca, e allo stesso tempo di fattori produttivi aziendali: edifici, apparecchiature, sistemi informativi, tecnologie. In questo periodo è fondamentale sviluppare una visione e una strategia aziendale, elaborare i correlati progetti "cantierabili" e negoziare con la regione

<sup>16</sup> Documento programmatico di bilancio 2022, p. 17. La bozza di legge di Bilancio prevede che il fondo sanitario nazionale raggiunga i 128 miliardi nel 2024.

nella competizione per le risorse. Si è lavorato e si lavora sul futuro, con la prospettiva di impattare sui servizi realmente erogati a 3-5 anni. Un orizzonte opposto rispetto alla fase acuta dell'epidemia, in cui si ragionava sull'urgenza immediata, con orizzonti temporali a pochi giorni. Per le aziende sanitarie la difficoltà è quella di attivare e proteggere uno spazio di *brainstorming* e di decisione strategica, dopo un periodo di scelte operative da compiere in urgenza e anni di razionalizzazioni senza grande respiro programmatico. Questa finestra di opportunità deve essere gestita in un arco di tempo molto contenuto, pochi mesi, a causa delle scadenze amministrative stringenti che impone il PNRR. L'esperienza COVID è stata una grande risorsa, perché ha permesso di ragionare *out of the box*, ma anche un vincolo cognitivo, perché ha imposto una maggiore attenzione a elementi (es. pneumologia, terapie intensive, ecc.) che in periodi ordinari possono avere meno rilievo.

Si intravede sullo sfondo una probabile stagione, nel futuro prossimo, in cui si tornerà a baricentrare obiettivi e priorità aziendali sulla sostenibilità economica. Nella scorsa edizione del Rapporto OASI raccomandavamo di mantenere la spesa sanitaria pubblica a livelli più simili a quelli di altri Stati europei<sup>17</sup>, stabilizzando un'incidenza sul PIL del 7-7,5% rispetto al 6,5% precedente alla pandemia. La domanda di salute crescerà significativamente: ISTAT<sup>18</sup> stima che al 2040 la popolazione over 65 raggiungerà i 19 milioni, pari al 32% dei residenti totali (59,3 mln). Tuttavia, all'atto pratico, è difficile che la spesa sanitaria corrente possa crescere ancora. Il Paese ha raggiunto il 156% di debito pubblico sul PIL<sup>19</sup>, i valori in assoluto più alti della nostra storia repubblicana, da cui bisognerà presto riprendere a rientrare. Per diminuire il debito, in presenza di tassi di interesse già molto bassi, le uniche leve sono l'aumento delle entrate o la diminuzione delle uscite totali, che può significare una riallocazione tra comparti di spesa pubblica. Le previsioni di crescita dell'economia sono buone, ma rese incerte dall'inflazione<sup>20</sup>. In ogni caso, sul lato delle entrate, la prima sfida è recuperare i livelli pre-crisi, dal momento che il gettito fiscale tra 2019 e 2020 è calato di circa 25 miliardi (-5%)<sup>21</sup>. Il saldo primario<sup>22</sup>, sostanzialmente in pareggio fino al 2019, nel 2020 ha raggiunto un valore negativo di 101 miliardi, pari al 13% delle entrate totali dello Stato<sup>23</sup>. Sul lato delle uscite, invece, è

<sup>17</sup> Alla vigilia della pandemia Germania e Francia destinavano alla sanità pubblica oltre il 9% del PIL, il Regno Unito il 7,8% (cfr. capitolo 3 del Rapporto).

<sup>18</sup> Previsioni demografiche 2017-2065, disponibili online <https://www.istat.it/it/archivio/214228>

<sup>19</sup> Documento programmatico di bilancio, p. 22.

<sup>20</sup> *Ibidem*, p. 12.

<sup>21</sup> <https://www.mef.gov.it/ufficio-stampa/comunicati/2021/Entrate-tributarie-nel-2020-gettito-di-446.7-miliardi/>

<sup>22</sup> Differenza tra entrate totali e uscite totali delle Amministrazioni pubbliche, senza considerare gli interessi.

<sup>23</sup> Documento programmatico di bilancio, p. 17.



arduo individuare ambiti di spesa pubblica che, nel breve o nel medio termine, possano essere ridotti senza impatti sociali o politici di rilievo.

In ogni caso, al di là delle possibili e anche condivisibili azioni di *advocacy* per l'ottenimento di più risorse, è evidente che il management del SSN si muove in un contesto di politica economica dato, lontano rispetto al proprio raggio di azione. La questione cruciale è piuttosto se, dopo le grandi epoche accelerate di trasformazione del SSN (emergenza, recupero attività, PNRR) sia ancora possibile immaginare una stagione di controllo della spesa basata prevalentemente su *razionamenti*. Riusciremo a fare il salto paradigmatico verso la *razionalizzazione* delle risorse? A livello di *policy*, ma anche di management, la sfida sarà quella di sostituire tagli lineari con processi profondi di riallocazione, riorganizzazione del lavoro, ridisegno delle forme dei servizi, riqualificazione dei target.

Un ultimo richiamo al tema mai risolto delle differenze tra territori. Mai il SSN aveva vissuto stagioni così intense di radicali trasformazioni, così diverse ma ravvicinate tra di loro, rispetto alla logica istituzionale e alle finalità dominanti. In ogni processo di accelerazione, i punti di forza e debolezza storicamente accumulati nelle competenze stratificate tendono ad acuire le capacità di risposta inter-aziendali e inter-regionali. Per questo, nelle prossime "epoche", sarà particolarmente importante rafforzare i meccanismi di diffusione delle buone pratiche e delle competenze che le sostengono.

### 1.3 Il ruolo e lo spazio strategico per il management del SSN

Raramente il management delle aziende sanitarie, pubbliche e private, è stato così decisivo nel governo delle aziende come negli ultimi due anni. Le direzioni strategiche hanno contribuito in modo molto significativo a determinare gli indirizzi aziendali, e soprattutto i risultati ottenuti, in termini di esiti sanitari, ma soprattutto di innovazione dei modelli organizzativi e di trasformazione della cultura aziendale. Il management non solo ha dovuto decidere e in tempi rapidissimi, ma anche comunicare verso l'esterno e negoziare con una pluralità di istituzioni (regione, protezione civile, strutture commissariati, centrali di acquisto, enti locali, prefettura, ecc.). Infine, ma non meno importante, i vertici aziendali hanno dovuto costruire una narrazione interna, diretta alla propria organizzazione, determinandone la progressiva trasformazione culturale. La rilevanza del management delle aziende non è stata sotto i riflettori dei media, occupata dal *policymaker* nazionale e dal dibattito tra i clinici. Da un certo punto di vista è stata una fortuna, perché ha protetto, sul terreno, il decisore strategico da un eccesso di visibilità e di discussione pubblica sugli inevitabili *trade-off* decisionali, spesso drammatici, davanti ai quali si è spesso trovato.

La centralità del management durante il periodo COVID ha ridato entusiasmo e significato a questo corpo professionale, vicariando in parte alle oggettive insufficienze retributive e ai modesti riconoscimenti politico-istituzionali. Ovviamente ognuno ha riempito di contenuti questa finestra di opportunità, con le competenze e le energie di cui disponeva.

Dal punto di vista dell'economia aziendale è interessante osservare come i contenuti e la natura dello spazio strategico disponibile sono profondamente cambiati nelle quattro "epoche" ravvicinate che si sono rapidamente susseguite e in parte sovrapposte. Questo ha imposto al management di cambiare e adattarsi rapidamente a contesti profondamente mutevoli, proprio nella loro logica istituzionale fondamentale.

Nell'epoca pre-COVID caratterizzata dal contenimento della spesa per singoli fattori produttivi e dall'accentramento decisionale, l'aderenza agli indirizzi e agli obiettivi regionali e nazionali era una pre-condizione per guadagnare spazi di autonomia. Il management ha dovuto razionare il singolo fattore produttivo utilizzando necessariamente la metrica imposta per input e per silos. Ciò è avvenuto sia in fase di programmazione, sia in quella di rendicontazione. Tutta la parte visibile dell'iceberg della complessità aziendale era correlata a questa logica istituzionale fondante. Messe in equilibrio le aziende e rendicontata questa dimensione, era comunque possibile per il management ragionare e innovare per processi orizzontali, ideando percorsi, piattaforme o presa in carico; sviluppare nuove competenze e introdurre nuovi *skill mix*; costruire nuove soluzioni organizzative. Queste innovazioni, salvo alcuni casi specifici, non erano né attivamente promosse, né diffusamente rendicontabili a regioni ed enti centrali, che erano interessati in maniera preponderante alla dimensione economico-finanziaria. Si trattava quindi di uno spazio strategico per certi versi di ampie dimensioni, ma poco rilevante per i principali *stakeholder* aziendali. Questo imponeva al management di essere portatore di una propria prospettiva di valori, di una propria visione per l'evoluzione dei servizi e di chiari indirizzi sullo sviluppo aziendale, che non trovavano ostacoli esterni, ma neppure supporti sostanziali o riconoscimenti simbolici. Si trattava, di fatto, di esercitare due mestieri contemporaneamente: esternamente dimostrare l'assoluta sostenibilità economica e, internamente, focalizzarsi su processi di innovazione. Una parte del management ha colto questo spazio di autonomia, seppur faticoso e indeterminato, come importante opportunità trasformativa; altri, comprensibilmente, hanno concentrato le energie sul rispetto dei target finanziari esternamente definiti e ben chiari.

Durante l'epoca COVID, lo spazio di autonomia strategica è diventato quasi totale, nella cornice all'orientamento all'unica missione emergente, ovvero la

prevenzione, il monitoraggio e la cura del COVID. Ogni azienda ha operato in modo diverso, seppur seguendo indirizzi regionali, che fisiologicamente non potevano essere precisamente definiti, in una situazione volatile, incerta, ad apprendimento continuo. Per apprezzare l'ampiezza dell'autonomia del periodo citiamo alcuni esempi in cui le aziende hanno assunto decisioni profondamente diverse. La governance della gestione della pandemia ha visto alcuni DG coinvolgere significativamente i leader clinici in *board* di crisi, altri invece hanno proceduto con il solo team di direzione poco allargato<sup>24</sup>. Altri DG hanno preferito decidere spesso da soli, altri ancora quasi sempre hanno cercato il raccordo diretto con la regione. Nella trasformazione delle UO in reparti COVID, alcuni hanno proceduto d'imperio, altri cercando di convincere e concertare con i responsabili clinici, altri invocando disponibilità dal basso. Nelle vaccinazioni alcuni hanno preferito appoggiarsi il più possibile sui grandi *hub* di impronta regionale, altri mantenere una quota importante di inoculazioni decentrate e capillari, sfruttando i servizi ordinari del SSN. Negli acquisti di beni e servizi alcune aziende hanno accelerato le procedure e le quote interne, altre si sono appoggiate maggiormente ad acquisti centralizzati. L'autonomia aziendale si è ampliata anche perché la programmazione e il monitoraggio regionale sono stati maggiormente *outcome based*: incidenza dei tamponati, dei tracciati, dei vaccinati, eccetera. Ciò ha portato, fisiologicamente, a una minore attenzione agli input e agli assetti organizzativi. I processi decisionali erano immediati, in scenari rapidamente cangianti e svincolati da precedenti.

Questo spazio strategico è stato riempito da filosofie decisionali molto diverse e in parte contrapposte. Alcuni direttori hanno sentito molto forte il vincolo della scarsità dei fattori produttivi disponibili: hanno assunto, ad esempio, l'unico personale immediatamente reperibile, senza chiedersi quale impatto avrebbe potuto avere sulla traiettoria futura dell'azienda. Alcuni si sono appoggiati sui professionisti spontaneamente disponibili e collaborativi e hanno comprato beni e servizi attraverso procedure amministrative già avviate. All'opposto, altri direttori hanno immediatamente pensato anche agli impatti di medio e lungo periodo delle loro decisioni, consapevoli che la libertà, la velocità e la quantità di risorse aggiuntive per acquistare fattori produttivi non si sarebbero rapidamente ripetute o mantenute costanti nel tempo. Hanno pertanto selezionato con maggiore cautela il personale (per età, per profilo professionale, per tipologia di contratto) in vista di una loro eventuale stabilizzazione, considerando anche il turn over collegato all'età media dei dipendenti

<sup>24</sup> Si rimanda, a questo proposito, al capitolo "Le Aziende Sanitarie e la pandemia: approcci di Crisis Management", di Lecci F, Preti L.M e Ricci A., all'interno Rapporto "La Sanità in Controluce 2020. L'ecosistema della salute alla prova dello stress test da COVID-19: quali reazioni e quali risultati?", a cura di Fondazione Farmafactoring, pp. 106-108.

aziendali. Hanno coinvolto i professionisti che ritenevano più necessari e rilevanti, per la governance, per l'organizzazione o per la clinica, ricercando e incentivando attivamente la loro collaborazione. Hanno posto grande attenzione a cosa veniva comprato e dove collocato, immaginandosi un futuro prossimo, dopo il COVID "diffuso e acuto". Nel disordine qualcuno ha pensato a fare ordine immediato rispetto alle esigenze contingenti, altri hanno pensato all'ordine prospettico futuro, tenendo come riferimento l'epidemiologia dei tempi ordinari.

Queste tendenze hanno interessato in maniera simile il processo di smaltimento delle liste di attesa e l'utilizzo delle relative risorse aggiuntive. Qualche direttore si è concentrato sull'obiettivo in sé, altri hanno creato un sistema che rilevasse la produttività potenziale delle UO. Il tentativo è stato quello di generare sistemi permanenti per disporre di un presidio stabile contro eventuali gap di capacità produttiva o di eccesso di domanda.

La definizione dei progetti PNRR è uno spazio di autonomia strategica praticamente illimitata, non tanto per l'ammontare delle risorse, per certi versi cognitivamente sovrastimato, ma perché impone di ripensare la geografia dei servizi, i format erogativi, il mix fisico/remoto, le dotazioni e le competenze professionali da sviluppare. A questo proposito sono possibili posture strategiche molto differenziate, peraltro combinabili fra loro nell'ambito di qualsiasi ampio programma di investimento.

- ▶ Una prima possibilità (a) è quella di riuscire a finanziare e realizzare progetti aziendali elaborati da tempo e mai attivati.
- ▶ Una seconda opzione (b) è quella di colmare i gap di infrastrutture o servizi generati dai razionamenti degli anni precedenti, per i quali non esistono interventi già progettati.
- ▶ In terzo luogo, è possibile immaginare un piano di investimenti che sostenga lo sviluppo quali-quantitativo dei servizi anche laddove non esistono particolari deficit, seguendo la conformazione storica dell'offerta, secondo i modelli erogativi conosciuti (opzione c).
- ▶ I più visionari prospettano di investire per innovare profondamente le logiche erogative ed organizzative interne (opzione d), facendo leva su nuove competenze, persone e strumenti, delineando un futuro tutto da immaginare, trainato dall'epidemiologia e dalle tecnologie in rapido sviluppo.

Il contesto spinge fisiologicamente verso le due prime opzioni (a, b): si tratta di soluzioni più conservative, che però appaiono ragionevoli. Da un lato è oggettivo un certo deterioramento della capacità produttiva dopo anni di razionamenti. Dall'altro, il PNRR impone di impiegare le risorse esclusivamente in conto

capitale e in soli 5 anni, tempistica molto sfidante per progettare, costruire e rendere operativa una qualsiasi opera infrastrutturale del SSN: dunque, avere a disposizione progetti già cantierabili rappresenta un indubbio vantaggio. Inoltre, i principali stakeholder (molti ordini e sindacati professionali, buona parte dell'opinione pubblica, associazioni di *advocacy*, ecc.) sostengono la necessità di aumentare i livelli erogativi dei modelli noti (l'opzione c). Anche questa opzione ha una propria ragionevolezza, perché è trainata da un bisogno di salute crescente a causa dell'invecchiamento della popolazione. La possibilità dell'innovazione radicale (d) è quella auspicata da chi scrive: è necessaria perché non solo la domanda di salute *crece*, ma si *evolve*. Oggi l'offerta del SSN appare ancora disallineata rispetto all'epidemiologia e alla struttura sociale in rapido cambiamento, ai format di servizio contemporanei molto orientati al digitale, al mercato del lavoro. Tuttavia, l'ipotesi molto trasformativa appare incoerente rispetto ai tempi del PNRR e a una eccessiva enfasi di quest'ultimo su investimenti infrastrutturali e tecnologici, enfasi ormai incorporata in una programmazione strategica quinquennale già negoziata con il livello europeo. Eppure, è con l'opzione trasformativa che il management del SSN deve misurarsi, costruendo le necessarie alleanze esterne ed interne e recuperando la sua competenza storica del saper giocare in contemporanea con più logiche istituzionali, sin dai periodi pre-COVID, quando il vincolo era sugli input. Significa, in altri termini, spendere e rendicontare in conto capitale in soli 5 anni, ma nei fatti usare queste leve per trasformazioni organizzative e dei format dei servizi. Queste ultime, molto probabilmente, avranno ricadute positive in un periodo molto più lungo.

#### **1.4 La trasformazione delle relazioni tra management aziendale, politica e stakeholder del SSN**

Il periodo del COVID, nell'attraversamento delle sue epoche, ha dinamicamente trasformato la relazione con gli stakeholder dei vertici aziendali, in particolare tra management e politica regionale e tra management e clinici.

L'improvvisa comparsa della sanità in cima all'agenda collettiva ha sollecitato una presenza più attiva della politica, sia a livello nazionale, sia a livello regionale; quest'ultimo ha relazioni dirette con il management aziendale. Inizialmente il ruolo esercitato dalla politica è stato concentrato soprattutto sulla comunicazione, ma progressivamente si è spostato anche su aspetti decisionali, fino ad arrivare, in molti casi, ad assumere anche decisioni gestionali dirette, usualmente appannaggio del livello tecnico regionale o del management aziendale. Questo processo è stato favorito, oltre che dalla centralità collettiva della pandemia, dall'oggetto di intervento concreto e comprensibile, ri-

spetto alla fisiologica complessità del settore sanitario. Durante la pandemia gran parte delle attenzioni e delle energie sono state dirette verso una sola patologia, di cui sono state presto inquadrare, almeno negli elementi essenziali, le dinamiche di diffusione e di potenziale prevenzione. Infatti, la politica ha agito in particolare su due leve: da un lato, il contrasto alla diffusione del virus, con le misure di distanziamento e la modulazione dei lockdown per zone e tipologie di attività interessate; dall'altro, la gestione delle vaccinazioni. Si tratta di due oggetti di policy con risvolti gestionali tecnicamente intellegibili. Questo ha diffuso la percezione che fosse relativamente semplice, per un organo politico, governare la sanità e intervenire direttamente negli aspetti gestionali. Il processo ha trovato spesso anche una sponda nella parte tecnica, che necessitava forme di coordinamento forti per superare i propri silos organizzativi interni in caso di urgenza, chiedendo alla politica interventi decisionali diretti di tipo gerarchico-verticale. Talvolta questo era abbinato anche alla necessità di prendere dolorose decisioni di priorità sociali (a chi diamo per primi i tamponi o i vaccini), che rientrano nella sfera politica, anche se questa dovrebbe esprimere dei principi e dei criteri decisionali e non già le scelte puntuali. Il riavvicinamento alla sanità e ai suoi processi gestionali da parte della politica regionale è coinciso con un quadro istituzionale più accentrato, dando alla politica una sensazione ancora maggiore della rilevanza di questo intervento diretto, sostenendola sul piano motivazionale in questo nuovo impegno.

Un maggior attivismo della politica comporta, fisiologicamente, una maggiore attenzione mediatica e una crescente focalizzazione dell'opinione pubblica sulla sanità. Il pubblico si è ritrovato immerso in una narrazione sul settore sanitario semplificata e comprensibile, in cui ogni cittadino ha avuto la sensazione di poter dire la sua opinione in modo informato, legittimo e competente.

Queste tendenze modificano lo scenario istituzionale del SSN, e soprattutto le relazioni tra politica regionale, management ed opinione pubblica; un cambiamento destinato a rimanere anche quando riemergerà tutta la complessità multidisciplinare, multi-target, multi-obiettivi del SSN. Ciò porterà i direttori generali e i loro collaboratori a dover riequilibrare il loro fisiologico ruolo istituzionale composto da elementi di gestione tecnica e di relazione con gli stakeholder, che negli anni precedenti si era progressivamente sbilanciato più sulla prima dimensione. Il maggior dialogo tra stakeholder comporterà maggiore complessità relazionale e renderà più densi e sofisticati i processi decisionali, soprattutto di natura strategica, ma supererà il senso di solitudine istituzionale che il management ha vissuto a lungo nel SSN. Processi concertativi più lunghi porteranno a decisioni più consapevoli e necessariamente più condivise tra gli stakeholder.

Anche il ruolo e le relazioni tra management e professionisti sono cambiati profondamente nel periodo acuto del COVID. Il management ha potuto decidere in maniera rapida e verticale su molti aspetti operativi, potendo superare in un colpo solo le rigidità delle procedure burocratiche, l'ascolto e la concertazione con i professionisti, la necessità di dimostrare tecnicamente la convenienza economico-sociale delle scelte. Simmetricamente, i professionisti hanno potuto vivere una stagione di urgenze e di gestione *mission driven*, che ha finalmente allentato molti dei vincoli che tradizionalmente hanno sofferto. Improvvisamente si è potuto assumere personale in modo generoso e acquisire tecnologie e servizi in modo espansivo, con i vincoli di budget posti molto sullo sfondo. La complessità tipica di ambienti pubblici e professionali è stata mitigata per ormai un biennio, dando la sensazione al management di poter finalmente decidere autonomamente e in modo rapido rispetto alle proprie interpretazioni delle razionalità aziendali. I clinici hanno percepito che finalmente i bisogni dei pazienti tornavano a essere il driver per decidere l'ammontare di fattori produttivi necessari; rovesciando il paradigma precedente in cui le risorse date determinavano la selezione delle priorità cliniche.

La stagione dell'emergenza deve terminare: l'ambiente pubblico deve ritrovare la sua fisiologica complessità, data dalla presenza di molteplici interessi legittimi contrastanti, rappresentati da diversi stakeholder contrapposti, che non possono essere tutti soddisfatti simultaneamente, per un obiettivo e strutturale vincolo di risorse. Il management deve riscoprire l'impossibilità di decidere autonomamente, ma la necessità di reinterpretare il proprio ruolo come quello dell'agente che crea le premesse cognitive e a volte valoriali affinché progressivamente il mutuo aggiustamento tra gli stakeholder generi il consenso per le decisioni. Allo stesso modo, i professionisti dovranno riscoprire la centralità del loro ruolo, non solo come clinici, ma anche come interpreti naturali delle micro priorità del SSN: anch'essi potranno contribuire molto nel definire il ranking di accesso tra i pazienti e l'allocazione delle risorse tra setting assistenziali, procedure e *device* alternativi tra di loro.

L'aspetto interessante è che il ridisegno delle relazioni tra stakeholder (management aziendale e politica regionale; management e professionisti) può oggi avvenire in modo consapevole, avendo vissuto in un brevissimo arco di tempo tutte le posture possibili, tra cui ora è necessario scegliere per costruire nuovi equilibri di gestione del potere e di relazione tra le parti.

## **1.5 Una interpretazione economico-aziendale del razionale e delle logiche organizzative implicite del PNRR**

Il PNRR è tutto finanziato a debito. Per circa due terzi, è debito pubblico italiano; per il terzo restante, è debito mutualizzato tra i paesi UE, di cui l'Italia



rappresenta uno dei principali contribuenti. La destinazione è fortemente vincolata sugli investimenti in conto capitale. Questo è molto ragionevole, perché non si dovrebbe mai usare debito pubblico aggiuntivo per finanziare spesa corrente non sostenibile, soprattutto in un paese molto indebitato. A conferma di questa concettualizzazione, per la prima volta, al SSN viene chiesto di rendicontare non solo l'impatto in termini di aumento della propria produttività, ma anche di impatto sullo sviluppo economico generale del Paese, proprio per contribuire al ripagamento del debito stesso.

La dovuta e fondamentale attenzione all'equità intergenerazionale rafforza questo ragionamento.

Le risorse del PNRR devono pertanto servire per aumentare la produttività della spesa corrente del SSN, che, come riportato nel § 1.2, non dovrebbe aumentare significativamente nel medio periodo; almeno fino a quando il Paese non dovesse riprendere a crescere significativamente o non decidesse di riallocare in modo sostanziale la spesa pubblica, ad esempio, riducendo le pensioni e destinando più risorse per servizi reali come scuola, trasporti e sanità. Nessuna delle due ipotesi sembra realistica nel breve o nel medio termine.

Cosa significa pertanto aumentare la “produttività” del SSN a fronte di una spesa corrente sostanzialmente stabile e data?

Innanzitutto significa che non possiamo popolare i nuovi setting assistenziali pianificati (case e ospedale della comunità, ADI, rete delle cure intermedie, ecc.) con un numero significativo di personale aggiuntivo. Al contrario, significa impiegare il personale che già lavora per il SSN in modelli organizzativi (back office) e di servizio (front office) nuovi e diversi. In altri termini, dobbiamo prevalentemente riallocare il personale disponibile, per raggiungere finalità diverse dal passato.

I nuovi modelli organizzativi e di servizio dovrebbero raggiungere i seguenti scopi.

- ▶ Concentrare le casistiche complesse e specializzare i centri dedicati.
- ▶ Allineare maggiormente i servizi diffusi all'epidemiologia emergente: cronicità e fragilità, rafforzando l'ottica per processi da valutare in termini di risultati clinici e risposta al bisogno.
- ▶ Reclutare agli esordi e in modo proattivo i pazienti.
- ▶ Ridurre la variabilità dei consumi di percorso per pazienti omogenei.
- ▶ Semplificare il *patient journey* per evitare prestazioni ridondanti.
- ▶ Indirizzare rapidamente i pazienti verso il professionista che possa prendere in carico il paziente in maniera efficace senza sotto-impiegare le competenze professionali. Per sommi capi, focalizzare il tempo medico sulle attività prettamente cliniche (diagnosi, interventi) e quello infermieristico su aspetti assistenziali, di case management, di gestione delle risorse.



- Spostare il più possibile i processi amministrativi di accettazione, refertazione, case management su sistemi automatizzati, digitali e personalizzati, prendendo spunto da modelli di altri settori: si pensi all'*home banking* rispetto alla banca tradizionale.

L'obiettivo comune è quello di eliminare fasi dei processi erogativi a scarso o nullo valore aggiunto e sfruttare tutto il potenziale dei processi automatizzabili. Allo stesso tempo, è necessario valorizzare il potenziale della *co-production* del paziente e dei suoi *caregiver*, ed è in buona parte ancora inesplorata la possibilità di attivare modelli assistenziali basati su forme di aggregazione della domanda: ad esempio, dialisi domiciliare eseguita in parallelo da più pazienti seguiti da un unico operatore in remoto o un gruppo di pazienti esposti ad una seduta collettiva di sostegno della *compliance*. Restando tra i muri dell'ospedale, ci sono probabilmente ancora molti margini per aggregare le degenze di pazienti le cui patologie afferiscono a specialità cliniche diverse, ma che necessitano di livelli assistenziali assimilabili.

Dal punto di vista manageriale questo significa prevalentemente rileggere l'azienda come un insieme di processi produttivi, erogativi e cognitivi orizzontali. La centrale operativa territoriale (la COT) è un processo orizzontale di *transitional care*, ovvero di accompagnamento dei pazienti fisicamente o socialmente complessi, affinché non stazionino troppo a lungo nei setting che attraversano (ospedale, riabilitazione, ospedale di comunità, ecc.). Questo impone di rileggere le interdipendenze delle reti interne dei setting assistenziale, di stabilire le regole e i meccanismi di coordinamento, probabilmente di spostare quote di potere economico ed allocativo al gate della rete. Allo stesso modo, la Casa della Comunità (CdC) dovrebbe soprattutto lavorare come piattaforma di presa in carico orizzontale della cronicità, garantendo che essa attraversi in modo semplice e non ridondante tutti i setting erogativi: specialistica ospedaliera, diagnostica, farmaci, eccetera. In questo senso potranno essere preziosi gli strumenti di digitalizzazione delle cure<sup>25</sup>. Anche l'OSCO potrà caratterizzarsi come luogo di passaggio di pazienti dimessi dall'ospedale, ormai stabilizzati ma non ancora in grado di rientrare a domicilio, oppure come setting in grado di filtrare i reparti di medicina. È vero che nelle esperienze già in corso non mancano le tendenze a riportare gli OSCO verso i modelli più verticali e statici del piccolo ospedale per acuti o della RSA<sup>26</sup>. In generale il linguaggio del PNRR appare abbastanza legato alla filosofia dei "muri" disegnati per silos e per attività verticali, sulla scorta della tradizionale organizzazione per LEA e singoli servizi. In realtà, apre uno

<sup>25</sup> Si rimanda al capitolo 13 del presente Rapporto.

<sup>26</sup> Si rimanda al capitolo 14 del presente Rapporto.

spazio di lavoro per ripensare processi erogativi e di fruizione orizzontali. In questa ambivalenza si trova un grande spazio per l'autonomia strategica del management.

## 1.6 Le sfide emergenti per il management del SSN

Le evidenze e le analisi del Rapporto OASI 2021 permettono di circostanziare e indagare in profondità alcune delle principali opportunità di innovazione e generatività che lo scenario contemporaneo propone, alla luce delle indeterminatezze di *policy* e delle risorse disponibili nel SSN.

### *Missione e cultura aziendale*

La missione delle aziende sanitarie e la loro cultura interna sono state ripetutamente “centrifugate” negli ultimi due anni e oggi sono almeno parzialmente trasformate. Il ruolo che può avere il management nella creazione dell'identità e della narrazione interna può essere decisivo, debole o assente.

Le aziende pubbliche, in particolare, sono state prima esternamente etichettate come ambito di lavoro di “fannulloni” (i generatori delle liste di attesa), per poi essere rappresentate come la casa degli “eroi”, seppur limitandosi al personale sanitario. Internamente al SSN professionisti e direzioni hanno percepito prima di dover spendere il meno possibile; poi, di occuparsi quasi esclusivamente di COVID raccogliendo qualsiasi fattore produttivo esterno disponibile; successivamente di rispondere, con risorse aggiuntive, alle liste di attesa accumulate; infine, di disegnare l'innovazione strategica e nuove competenze, diventando delle potenziali piattaforme di innovazione e *change management*. Queste profonde oscillazioni culturali e di missione sono delle occasioni straordinarie per riqualificare la propria identità organizzativa. Gli ultimi anni hanno reso tale identità materiale liquido, malleabile, alla ricerca di un fabbro o un vetraio che dia loro nuova forma. Il demiurgo può essere il discorso collettivo esterno, il processo di interazione interno spontaneo o la capacità del management di attivare momenti di elaborazione collettiva di quanto successo e di definizione di una nuova identità e missione aziendale.

L'esperienza del COVID ha dimostrato che se esiste un senso di urgenza per una missione ritenuta socialmente rilevante e professionalmente condivisa, le aziende del SSN sono in grado di diventare *mission driven*, ponendo in secondo piano sia la componente tecnico-professionale per disciplina, sia le procedure amministrative, entrambe piegate alla finalità percepita come unificante. Il management può lavorare per ricreare un senso altrettanto urgente e condiviso, questa volta orientato ad una nuova missione, la risposta ai bisogni di salute collettivi indotti dall'epidemiologia attuale e prospettica.

La missione e l'identità aziendale si rafforzano attivando una correlata me-

trica di rappresentazione delle finalità e delle attività aziendali. Se la nuova missione urgente del SSN fosse la presa in carico dei 24 milioni di cronici abitanti il paese, la metrica diventerebbe quanti sono stati presi in carico, quanti sono aderenti alle terapie, quanti hanno esiti intermedi convergenti a quelli attesi. In fondo, la logica è simile a quella sperimentata durante il COVID, quando le autorità sanitarie hanno misurato i contagiati, i morti, i vaccinati dando un senso di unitarietà e di missione alle aziende. Ovviamente, la narrazione comunicativa esterna favorirebbe la generazione di un senso di urgenza e rilevanza della nuova missione interna aziendale. I vertici nazionali del SSN, i sistemi regionali e le reti tra aziende hanno dimostrato di poter essere un vettore robusto anche per influenzare la narrazione esterna.

### *Infrastrutture e tecnologie*

Il SSN è dotato di un portafoglio di infrastrutture e tecnologie davvero vasto, frammentato, spesso vetusto, tecnologicamente superato e mal mantenuto proprio a causa di un eccesso di frammentazione. A titolo d'esempio possiamo citare i quasi 9.000 ambulatori e laboratori territoriali<sup>27</sup> (poco meno di uno ogni 7.000 abitanti), uno standard di tecnologie pari al 160% del livello europeo ma con un tasso di ammortamento medio all'80%<sup>28</sup>, oppure un tasso di saturazione della capacity produttiva media nazionale degli ospedali privati accreditati che prima della pandemia non raggiungeva il 70%<sup>29</sup>. L'eccessiva frammentazione spiega il modesto tasso di utilizzo di tutta la capacità logistica installata da parte del SSN. L'immagine che il SSN sia povero di infrastrutture non corrisponde al vero. Il SSN ha troppe infrastrutture, per cui sono poco usate, quindi con modesti contenuti assistenziali e questo si associa ad uno scarso livello di manutenzione e ammodernamento. Il PNRR mette a disposizione cifre importanti che riguardano gli investimenti infrastrutturali per ospedali, servizi territoriali e grandi tecnologie. Le aziende sanitarie devono decidere se questa è l'occasione per aggiungere nuovi setting erogativi moderni ma che contribuiscono ulteriormente a frammentare la rete di offerta, oppure se si vuole sostituire setting superati con strutture nuove. Oppure ancora, se razionalizzare la rete infrastrutturale, riducendo il numero dei punti erogativi, offrendone di maggiore qualità e ricchi di contenuti assistenziali. In questa partita il ruolo del management, della sua capacità di generare visioni aziendali complessive, di dialogare con i professionisti interni e con gli *stakeholder* esterni è decisivo, probabilmente più di qualsiasi indirizzo regionale o nazionale.

<sup>27</sup> Cfr. capitolo 2 del presente Rapporto.

<sup>28</sup> AA.VV. (2021), "Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni, p. 29.

<sup>29</sup> Cfr. capitolo 4 del presente Rapporto.

### *Vocazione dei setting*

Gli indirizzi di politica sanitaria del PNRR, alla luce delle esperienze diversificate e alternative già presenti nel SSN e ampiamente riportate nel Rapporto OASI 2021, sono ampliamenti indeterminati con riferimento ai piccoli ospedali, a CdC, OSCO, COT, eccetera. L'indeterminatezza di *policy* è un elemento fisiologico e costitutivo di politiche che necessariamente devono apparire ecumeniche per godere contestualmente del consenso di UE, forze politiche di governo, regioni, aziende sanitarie, professionisti, sindacati e opinione pubblica. Inoltre, le differenze di impostazione strategica dei diversi SSR italiani sono così profonde che è spesso impossibile e non auspicabile identificare un minimo comune denominatore, o uno standard di riferimento che sarebbe inevitabilmente un obiettivo al ribasso per alcuni e irrazionale per altri.

Non si lavora pertanto sul *green field*, ma sul *brown field* delle vocazioni dei diversi setting assistenziali. A titolo d'esempio, la Casa della Comunità può essere prevalentemente un luogo erogativo oppure un luogo di accesso e case management. La CdC può impregnarsi prevalentemente sulla medicina generale, gli infermieri di comunità e/o l'ADI, oppure essere anche o soprattutto il luogo di erogazione della specialistica. Nelle realtà più grandi, può invece operare soprattutto come setting di concentrazione e integrazione di tutti i servizi specialistici a vocazione territoriale: prevenzione e sanità pubblica, psichiatria, dipendente, consultorio, neuro-psichiatria infantile, eccetera. In aggiunta all'erogazione di servizi sanitari e socio-sanitari, il lavoro di rafforzamento dei legami di comunità può essere solo auspicato o davvero agito. Inoltre, in una stessa azienda, possono essere auspicabili soluzioni diverse a seconda dei territori, delle storie stratificate, dei servizi ospedalieri disponibili. Per il management si tratta di una finestra di opportunità vasta in cui collocare progettualità specifiche per il proprio territorio, potendo co-costruire con i professionisti e le comunità, proprio per definire soluzioni a maggiore probabilità di successo attuativo e di efficacia potenziale.

### *Service re-design*

I setting almeno parzialmente rinnovati e la digitalizzazione sono le principali leve per un radicale ridisegno delle caratteristiche dei servizi. La famiglia italiana dieci anni fa andava al cinema e poi magari a mangiare in pizzeria, spostandosi con la propria automobile. La famiglia contemporanea ordina la cena su una piattaforma on line, viene servita da un rider e guarda un film scegliendo tra le numerose piattaforme disponibili, tra l'altro a prezzi decisamente inferiori rispetto al modello passato. Non compete a noi, almeno in questa sede, esprimere giudizi valoriali tra le due situazioni descritte. Dal punto di vista manageriale è invece rilevante osservare che il cittadino medio è entrato in un nuovo paradigma di fruizione di ogni tipo di servizi che prevede almeno una fase digitale di catena del valore: si pensi a shopping, prenotazioni turistiche,

cibo, entertainment, finanza, eccetera. Un eventuale modello erogativo tradizionale, composto da sole fasi “fisiche”, significherebbe proporre servizi immediatamente percepiti come vetusti, in una divergenza di esperienze sempre meno sostenibile.

Inoltre, la digitalizzazione dei servizi potrebbe permettere di standardizzare di più i tassi di fruizione, di controllare meglio la *compliance* migliorando gli esiti clinici. Allo stesso modo la digitalizzazione può garantire importanti contenimenti dei costi, come dimostra il dimezzamento dei dipendenti della componente *retail* delle banche, pur con l'aumento della qualità del servizio percepito da ognuno di noi con l'*home banking*: la banca è sempre aperta, ovunque noi ci troviamo.

L'aspetto managerialmente interessante è la necessità di definire priorità e un ordine cronologico per procedere nel ridisegno dei servizi. Si tratta di un processo che richiede necessariamente un coinvolgimento trasversale dell'azienda: i professionisti, il middle management, la funzione ICT, gli esperti di *service design*. È uno spazio interessante di lavoro, che genera crescita e scambio di competenze, nuove metriche di misurazione più orientate a valore percepito e outcome prodotto, e potenzialmente, entusiasmo e spinta innovativa. In questo ambito si può decidere se e quanto coinvolgere la comunità e gli utenti nella riprogettazione dei servizi.

### *Politiche del personale*

Il SSN ha assunto molto personale in più nel periodo COVID, con profili professionali e forme contrattuali variegata. Per il management si impongono alcuni trade off interessanti. Quanto personale in più posso ragionevolmente mantenere, sapendo che prima o poi il tema della sostenibilità economica tornerà cruciale? Quali sono i profili professionali che devo privilegiare e in quale setting erogativi devo collocarli? Quali formule contrattuali devo applicare considerando la flessibilità un valore che tuttavia non deve trasformarsi in forme di cronica instabilità lavorativa e di svalutazione del contributo dei professionisti? Anche in questo caso gli spazi di autonomia strategica per il management sono rilevanti, potendo adottare prospettive opportunistiche di breve periodo o una visione prospettica che si interroga sul mix di competenze professionali e format contrattuali che sarebbe opportuno avere tra 10 anni. Si ripropone, ancora una volta, il dilemma se seminare o mietere.

La recente stagione del SSN, e la prossima che ci attende, rilanciano la rilevanza e la centralità del management pubblico, seppur al di fuori del dibattito collettivo. Si aprono spazi ampi di autonomia decisionale che possono essere occupati in variegato modo. Il Rapporto OASI 2021 approfondisce, per numerosi aspetti, le diverse opzioni già attive sul campo oggi nelle aziende del SSN, individuando la variabilità degli assetti e valuta la loro relativa coerenza ai singoli

contesti. Crediamo che questa sia uno spazio di opportunità importante per il management pubblico, che saprà dare ancora una ottima prova di sé, non più per gestire un'emergenza, ma per disegnare un futuro possibile e sostenibile.

## 1.7 La struttura e i principali contenuti del Rapporto OASI 2021

### 1.7.1 Inquadramento di sistema

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

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

Con riferimento agli assetti istituzionali, dopo i grandi processi di riordino occorsi tra 2015 e 2017, nel 2021, in linea con i dati rilevati per l'anno precedente, il numero di aziende territoriali (ASL + ASST) rimane pari a 118 così come il numero di AO (43).

In termini strutturali, la contrazione del numero di posti letto (PL) iniziata già negli anni Novanta ha portato nel 2019 a una dotazione media di 2,9 PL per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 PL per i non acuti, sostanzialmente in linea con la dotazione-obiettivo definita dal DL 95/2012. Per quanto riguarda il personale dipendente del SSN, nel 2019 continua il trend positivo iniziato nel 2018, con un incremento nel numero dei medici (+492 unità) e del personale di ruolo sanitario (+1.013 unità). Le attività di ricovero (dimissioni) risultano in significativo calo tra 2001 e 2019 (-34,1%), in coerenza con il trend strutturale. L'Italia ha inoltre un tasso di dimissione ospedaliera inferiore alla media dei Paesi OECD e una degenza media allineata a quella dei principali Paesi europei. Per quanto riguarda le giornate di ricovero, il trend si conferma calante (-1,2% tra 2018 e 2019) e contestualmente, si registra il dato di incidenza degli accessi in *day hospital* più modesto dal 2001 (10,4%), a conferma della continua trasformazione in prestazioni ambulatoriali di alcuni ricoveri precedentemente erogati in regime DH.

Il capitolo analizza poi la soddisfazione del bisogno sanitario, elemento difficilmente apprezzabile se non attraverso misure indirette: la mobilità sanitaria risulta sostanzialmente stabile, mentre i tempi di attesa, che fisiologicamente registrano valori più elevati per gli interventi che non hanno un impatto diretto sulla sopravvivenza del paziente, nel 2019 sono cresciuti rispetto all'anno precedente praticamente per tutte le procedure mappate, talvolta anche in modo sensibile.

Infine, vengono riportate alcune riflessioni preliminari sul contesto post pandemia da COVID-19, analizzando le prime evidenze relative ai ricoveri

complessivi COVID (da febbraio 2020 ad ottobre 2021 circa 4,7 milioni), alla contrazione dei ricoveri non-COVID (-41% nel periodo marzo-giugno 2020) e ai nuovi reclutamenti in termini di personale SSN (+83mila unità).

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

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

A livello nazionale, nel 2020 la spesa sanitaria corrente a carico del SSN è aumentata dell'5,3% rispetto al 2019, attestandosi su un valore di circa € 126,7 miliardi. Concause dell'aumento della spesa rispetto all'anno precedente sono la crescita delle voci relative all'acquisto di beni e servizi (+12,7%), alla medicina convenzionata (+4%) e al personale (+3,3%). Nel 2020, come per i precedenti 5 anni, si registra un tendenziale orientamento al pareggio, con un disavanzo modesto (237 milioni), contenuto grazie all'azione di maggior finanziamento (6,2 miliardi) predisposta a fronte dell'emergenza COVID. Lo "snellimento" delle strutture e del personale ha consentito negli anni di raggiungere risparmi rilevanti, ma ha mostrato il suo prezzo nel momento in cui il sistema non ha potuto reggere l'impatto della pandemia se non grazie a misure urgenti e all'impiego intenso delle risorse già presenti. Per di più, non tutte queste risorse aggiuntive sembrano inserirsi nel quadro di una revisione strutturale profonda con differenze sul territorio italiano. Questa riflessione non può che condurre alla raccomandazione, per il livello centrale, a non limitarsi all'assegnazione di maggiori risorse complessive ma di esercitare una più incisiva azione di coordinamento (e governo, ove necessario) affinché le maggiori risorse che si rendono disponibili come conseguenza dell'emergenza COVID contribuiscano a ridurre le disuguaglianze sul nostro territorio e non a generarne di nuove.

Il capitolo 4 analizza il settore degli erogatori privati accreditati. Nel 2020 la spesa SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è stata pari a 374 euro procapite, il 17,0% del totale della spesa sanitaria pubblica, in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente. Con riferimento alle singole regioni, diminuisce molto la spesa per servizi ospedalieri erogati dai privati in Lombardia (-16%), che ha evidentemente risentito del calo della mobilità e dell'attività chirurgica. Gli erogatori privati accreditati detengono complessivamente il 30% dei posti letto ospedalieri, prevalentemente concentrati presso le case di cura accreditate, il 60% degli ambulatori e laboratori e l'83% delle strutture residenziali socio-sanitarie. Il profilo e il ruolo assunto dal privato accreditato



nelle diverse aree del Paese risultano molto differenti, e diverse sono le potenzialità di collaborazione nell'ottica di implementare il PNRR.

In Piemonte, Veneto, Emilia Romagna e Toscana il ruolo del privato può essere definito *specializzato*: minoritario sia nella rete ospedaliera che ambulatoriale, risulta concentrato in alcuni specifici ambiti di offerta, prevalentemente non acuti, nei quali appare un tassello rilevante del SSR. Tipicamente, in queste regioni il PNRR e i suoi principali strumenti di revisione dell'offerta (CdC, COT, OSCO) apriranno la possibilità di integrare circoscritte ma importanti componenti offerta privata in percorsi di cura organizzati dalle aziende pubbliche.

In Lombardia e Lazio il ruolo del privato può essere definito come *pivotal e generalista* vista la corposa presenza in tutte le principali aree di offerta, con una specializzazione erogativa meno evidente. La presenza di gruppi e di ospedali di grandi dimensioni, spesso con qualifica di IRCCS, offre al sistema competenze altamente specialistiche, ampie e trasversale alle discipline. Questo profilo pivotale apre al coinvolgimento strutturato del privato nella co-programmazione, affidando al privato processi strategici di riorientamento e integrazione di servizi.

In Puglia e soprattutto Campania e Sicilia il privato può essere definito *complementare e frammentato*: largamente maggioritario nella rete di offerta ambulatoriale, è minoritario in quella ospedaliera; molto rilevante negli ambiti elettivi della riabilitazione e della chirurgia, è poco presente nella rete di emergenza-urgenza, negli ospedali di grandi dimensioni e nei centri orientati su ricerca e formazione. Una seconda caratteristica è quella della *frammentazione*, non solo in termini di numerosità dei piccoli ambulatori, ma anche di separazione fisica tra questi ultimi e gli ospedali. Appare dunque prioritaria una vasta azione di revisione dei punti fisici di offerta, anche attraverso una trasformazione delle reti imprenditoriali, soprattutto in ambito ambulatoriale. Ciò potrà avvenire sfruttando gli strumenti del mercato amministrato: requisiti di accesso, tariffe e contratti. Così facendo, è probabile che si aprano spazi di crescita per le realtà più dinamiche e competitive con il miglioramento generale della funzionalità della rete di offerta e della solidità imprenditoriale dei privati accreditati.

Il capitolo 5 fornisce una panoramica sul settore dell'assistenza socio-sanitaria dedicata agli anziani, con un focus sui pazienti affetti da demenze. In Italia si stima che gli anziani affetti da demenza siano circa 1,1 milioni, di cui oltre 600.000 con demenza di Alzheimer. La demenza si presenta come una tra le sfide maggiori legate all'invecchiamento, sia in termini di prevalenza nella popolazione, che rispetto alle ricadute sociali ed economiche connesse alla malattia. A questo si aggiunge il disallineamento tra la configurazione dell'attuale rete di offerta socio-sanitaria e la prevalenza della malattia: i gestori riportano che la presenza di anziani con demenze nei servizi ha raggiunto tra il 60 e 80%.



Da queste premesse, il Capitolo approfondisce lo stato di implementazione a livello regionale del Piano Nazionale Demenze (PND), selezionando contesti in cui l'applicazione è a uno stadio avanzato per trarre lezioni utili per il policy maker circa la gestione della demenza a livello locale.

Il metodo adottato si fonda su due assi: primo, analisi desk dei contenuti del PND, dei conseguenti Piani Regionali e documenti istituzionali a tema demenza; analisi di due casi studio peculiari (Regione Emilia-Romagna e P.A. di Trento).

Rispetto alla mappatura normativa, a luglio 2021 erano solo 12 le regioni ad aver recepito il PND, di cui solo sette con attività normativa più profonda rispetto alla mera ricezione del Piano. Tra queste, è emerso come le regioni si siano concentrate prevalentemente sulla ri-organizzazione della rete integrata di offerta e sulla razionalizzazione della stessa, obiettivi profondamente collegati. Meno diffusi sono i riferimenti all'adozione di sistemi informativi e di conoscenza che permettano di acquisire una migliore consapevolezza e rappresentazione del fenomeno delle demenze. L'altro obiettivo meno presente negli atti di recepimento del PND è quello relativo alle iniziative finalizzate ad accrescere la consapevolezza e l'empowerment dei caregiver. Infine, dai casi emerge come a fare la differenza sia l'investimento sui sistemi di conoscenza e l'allocatione di risorse aggiuntive e dedicate a demenza, spinte da sostegno politico.

Il capitolo 6, dedicato ai consumi privati in sanità (CPS), per l'edizione del 2021 è stato rivisto per dare conto degli accadimenti che hanno interessato il settore in questa fase emergenziale. Un confronto tra alcuni paesi OECD mostra come il primo impatto della pandemia sulla spesa sanitaria privata sia stato tendenzialmente negativo, ma con intensità molto eterogenee, per via di una combinazione di fattori spesso correlati tra loro (restrizioni e dinamiche del PIL in primis). In Italia, tra il 2019 e il 2020 la spesa sanitaria privata ha subito una riduzione di poco inferiore al 7% e si è attestata attorno ai 38 miliardi di euro, valore analogo a quello osservato nel 2016, confermando una relazione di quasi proporzionalità rispetto alla variazione del PIL (-7%). Tale variazione è comunque imputabile esclusivamente alla componente *out of pocket*, dato che gli altri regimi di finanziamento, tra tutti quelli delle assicurazioni volontarie, non registrano variazioni significative.

L'emergenza ha inoltre enfatizzato le differenze tra le diverse funzioni di spesa: agli estremi opposti si collocano i servizi ospedalieri di ricovero (-17%) e i prodotti medicali non durevoli (+11%); si osserva una contrazione importante dei servizi dentistici (-9%) e una relativa stabilità della spesa per farmaci (-2%), caratterizzata al contempo da una forte riduzione dell'ambito automedicazione (-10%) e un significativo aumento per i farmaci etici di classe C (+7%); tra i servizi, si segnala una riduzione importante della compartecipazione per i servizi ambulatoriali pubblici (-38%).

Si segnalano infine due aree di incertezza in grado di condizionare l'evoluzione del sistema, da monitorare con attenzione. In primo luogo, in vista di una importante ripresa delle attività economiche e del reddito si tratta di capire quali segmenti potrebbero maggiormente beneficiare di una maggiore disponibilità economica, in particolare tra quelli che durante la pandemia hanno accumulato una rilevante «domanda inevasa». In secondo luogo, il tema è analizzare quanto la forte spinta all'irrobustimento del SSN derivante dalle risorse del PNRR avrà un impatto sui CPS.

Il capitolo 7 fornisce un quadro dei principali indicatori di salute e di alcune dimensioni di performance partendo dal contesto internazionale, sino a trattare quello nazionale. Il contributo propone inoltre un approfondimento sullo stato di salute della popolazione italiana durante la pandemia, con misurazione attraverso lo strumento EQ-5D-5L.

A livello internazionale, l'aspettativa di vita italiana, pari a 83,6 anni, risulta la quarta più alta al mondo, in crescita progressiva dal 2000 e in linea con la precedente rilevazione. Questo valore, tuttavia, non recepisce ancora l'eccesso di mortalità che si è registrato nel corso del 2020 per il COVID-19, che porterà ad una riduzione di tale indicatore attesa nell'ordine di 1-3 anni. La percentuale di morti premature per malattie non trasmissibili è più contenuta in Italia se confrontata con quella di Regno Unito, Spagna, USA, Germania e Francia. A livello nazionale, invece, permangono importanti divari interregionali: ad esempio, con riferimento all'aspettativa di vita in buona salute alla nascita, si passa dai 69,1 anni nella PA di Bolzano ai 49,7 anni in Calabria. In generale, poi, anche il differenziale tra speranza di vita e speranza di vita in buona salute alla nascita, pari a 24,6 anni nel 2019, è cresciuto nel tempo, sebbene sia in lieve riduzione rispetto alla precedente edizione del Rapporto.

Nell'anno immediatamente precedente alla pandemia da COVID-19, si registra mediamente un buon livello di aderenza agli standard fissati dal DM 70/2015 e un costante miglioramento complessivo dal 2010. La situazione rimane critica per quanto concerne il tasso di tagli cesarei primari, tradizionalmente un punto debole del nostro SSN, dove l'aderenza varia tra il 38% e il 63%, rispettivamente con riferimento ai punti nascita con meno di 500 parti l'anno e quelli oltre i 1.000. Non a caso resta un indicatore presidiato anche dal NSG (Nuovo Sistema di Garanzia), il quale modifica il meccanismo di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria delle regioni prevedendo di assegnare ai livelli di prevenzione, assistenza ospedaliera e territoriale punteggi su scala normalizzata 0-100 con una soglia minima per l'adempienza pari al 60% e simultaneamente verificata su ciascuno dei tre livelli. In netto miglioramento rispetto al 2016, stando ai dati 2019 sono sei le regioni che non raggiungono simultaneamente la soglia del 60% sulle tre aree di monitoraggio.

Infine, il contributo offre una panoramica dello stato di salute della popo-

lazione italiana durante la pandemia attraverso l'EQ-5D-5L, un questionario di misurazione generica della qualità della vita (non *disease specific*) a diretta compilazione dei pazienti. Lo strumento si compone di cinque dimensioni (5D: mobilità, cura di sé, attività abituali, dolore e fastidio, ansia e depressione) ed è articolato in cinque livelli (5L: nessun problema, problemi lievi, problemi moderati, problemi gravi, problemi estremi). Per tutte le dimensioni, più della metà dei partecipanti ha indicato il primo livello (nessun problema), anche se con percentuali molto diverse, dal 95,8% per “cura di sé”, al 56,7% per “dolore e fastidio”. La frequenza dei problemi è comparabile tra uomini e donne lungo tutte le dimensioni, ad eccezione per “ansia e depressione”, per la quale le donne riportano un valore significativamente più alto (49,7%) rispetto agli uomini (32,3%). La frequenza dei problemi generalmente aumenta sistematicamente con l'età in tutte le dimensioni, tranne per “ansia e depressione”, per la quale la percentuale di partecipanti che riportano qualsiasi livello di gravità (da 2 a 5) è passata dal 56,0% nel gruppo di età più giovane (18-24 anni), al 41,4% nel gruppo di età centrale (45-54 anni), fino a un minimo del 30,0% tra i più anziani (sopra 75 anni).

## 1.7.2 Governance ed evoluzione delle reti di offerta

Il capitolo 8 si focalizza sul rapporto fra Stato e regioni, analizzando l'efficacia e la razionalità gestionale delle modifiche intercorse al sistema di *governance* del SSN, in risposta alla pandemia COVID-19. Ai fini della ricerca è stato adottato uno schema semplificato del sistema di governance del nostro SSN che raggruppa i diversi attori in due livelli principali: i) il livello centrale (o nazionale) che comprende il Ministero della Salute, la Struttura Commissariale, la Protezione Civile e tutte le altre istituzioni centrali coinvolte; ii) il livello regionale che comprende invece tutti gli attori dei diversi SSR: dalle Regioni, agli enti intermedi e alle aziende sanitarie. Al fine di sviluppare alcune riflessioni sull'efficacia dell'intervento del livello nazionale, la campagna vaccinale e il ruolo svolto dal livello centrale sono stati indagati secondo tre diverse prospettive d'indagine: i) la campagna vaccinale come una politica pubblica vaccinale; ii) la gestione nazionale della supply chain; iii) il rafforzamento del ruolo centrale nella gestione del personale.

Le analisi, svolte sulla base dei contributi teorici offerti dalla letteratura di riferimento, della documentazione presente sul piano vaccinale e infine delle evidenze suggerite dalle interviste semi-strutturate ai *key informant* regionali, hanno confermato l'ineludibilità di una governance multi-livello in sistemi pubblici complessi come il SSN, in cui serve contemporaneamente l'intervento dello Stato, delle regioni e delle aziende locali. I risultati evidenziano che la questione più rilevante non è quindi a quale livello istituzionale conferire tutte le prerogative di governo, ma, al contrario, come distribuire, nel modo più

efficace e coerente possibile poteri e responsabilità, e di conseguenza ruoli e funzioni, tra tutti i livelli istituzionali coinvolti. A questo proposito, il Capitolo suggerisce di tenere in considerazione le diverse competenze e capacità istituzionali, prevedendo quando opportuno una geometria di governance variabile.

Il capitolo 9 mira a descrivere l'evoluzione dell'offerta ospedaliera, tramite le principali specialità medico-chirurgiche, e delle attività ospedaliere. Per il periodo pre-pandemico (2010-2019), ne sono ricostruiti i trend di consistenza e concentrazione, saturazione e case mix, adottando un approccio quantitativo descrittivo. Con riferimento al periodo pandemico (2020), l'obiettivo è ricostruire gli interventi emergenziali di riorganizzazione, identificare le discontinuità e le prospettive, attraverso tre approfondimenti regionali che ripercorrono la normativa sulla riorganizzazione della rete di offerta, seguita da interviste semi-strutturate a *key opinion leader* della programmazione ospedaliera regionale.

I dati evidenziano la crescita dimensionale degli stabilimenti rimasti attivi e la maggiore specializzazione dei piccoli ospedali, soprattutto privati. Inoltre, prosegue la de-ospedalizzazione di molte patologie a presa in carico territoriale. Alla vigilia della pandemia, però, emergevano alcune criticità: l'elevata saturazione dei reparti delle specialità mediche; l'utilizzo sub-ottimale dei reparti delle discipline chirurgiche; la ridotta dimensione media dei reparti, soprattutto delle chirurgie specialistiche; la difficoltà nel diminuire le unità operative, soprattutto chirurgiche, negli ospedali rimasti attivi; gli aumenti dei volumi di prestazioni, in ambito pneumologico, di protesica maggiore, e le setticemie.

Già prima del 2020 si riscontrano alcune risposte: un rallentamento della diminuzione di posti letto di Medicina Generale e un'accelerazione della riduzione di quelli di Chirurgia Generale; la concentrazione dei posti letto diurni ancora attivi nel sistema in reparti ad hoc e la diffusione di esperienze di *day* e *week surgery*; lo spostamento sul territorio dei pazienti con problematiche croniche, geriatriche e riabilitative. Con il COVID-19, si è confermata, pur in assenza di una specifica programmazione, la riduzione dell'offerta chirurgica a favore di quella medica; si è rafforzata la consapevolezza di dover filtrare l'accesso all'ospedale; si è fatto maggiore ricorso al modello Hub & Spoke, con una maggiore integrazione del privato accreditato; si sono rafforzate le tendenze alla multidisciplinarietà, multiprofessionalità e alle logiche per intensità di cura.

Il capitolo 10 prosegue l'osservazione sulle reti cliniche avviata nei precedenti rapporti OASI del 2009, 2010 e 2014 con l'obiettivo di a) censire le reti cliniche in Italia previste dal DM 70/2015, b) approfondire i processi di trasformazione delle reti e i processi di apprendimento tra regioni focalizzando l'attenzione sulla rete oncologica, e c) analizzare come le reti hanno contribuito alla tenuta

del sistema, coordinando la dimensione politico-istituzionale con quella più tipicamente professionale durante la pandemia COVID-19.

Da un punto di vista metodologico si è fatto ricorso a un questionario inviato a tutte le Regioni per la mappatura delle reti cliniche e a tre casi studio sulle reti oncologiche di Piemonte e Valle d'Aosta, Campania e Calabria.

Il questionario ha rilevato una buona diffusione delle reti cliniche previste dal DM 70/2015 (75%), ma anche numerose differenze tra le regioni e tra le tipologie di rete in termini di stadi di sviluppo delle reti, forme di governance e strumenti operativi. L'approfondimento qualitativo sulle reti oncologiche mostra invece le specifiche sfide che stanno affrontando tre esperienze in differenti contesti istituzionali e in diverse stadi evolutivi. Il caso della rete del Piemonte e della Valle d'Aosta, quale esempio di rete matura che da oltre 20 anni ammortizza le trasformazioni politiche e dell'assetto delle aziende sanitarie, e adesso è alle prese con il suo cambio di governance dovuto al pensionamento del professionista che ne ha rappresentato l'*integrator* fin dalla sua origine; il caso della rete della Campania, quale esempio di rete emergente che permette di riflettere sui processi di apprendimento tra reti; e, infine, il caso della rete della Calabria, come esempio paradigmatico di approccio conativo delle reti «sulla carta», in cui c'è stata una formalizzazione della rete a cui non ha fatto seguito una vera e propria implementazione.

Il capitolo 11 riguarda il tema dell'evoluzione digitale dei modelli di erogazione delle cure e dei processi produttivi. Il lavoro si pone due principali obiettivi: offrire una mappatura aggiornata delle normative regionali e delle indicazioni nazionali promosse in ambito di telemedicina negli ultimi due anni; comprendere come le aziende sanitarie stiano gestendo il cambiamento dettato dall'implementazione di nuovi servizi e nuovi modelli organizzativi per valorizzare il patrimonio aziendale di progetti sperimentali di telemedicina. Per rispondere a tali obiettivi, gli autori hanno adottato un approccio di *mixed-methods*, con analisi *desk*, interviste semi-strutturate, *focus group* e l'approfondimento di 5 casi aziendali, sistematizzati secondo un *framework* tratto dalla Scienza dell'implementazione, disciplina che si sta affermando in sanità per accompagnare e supportare percorsi di adozione dell'innovazione.

Il capitolo evidenzia come le eterogeneità regionali preesistenti alla pandemia si siano tradotte in scelte di policy regionali differenti: alcuni SSR hanno adottato da subito linee guida chiare per l'erogazione di servizi di telemedicina, altri hanno proceduto avviando solo sperimentazioni o progetti pilota, altre regioni ancora non hanno adottato alcuna politica volta a regolare o sperimentare le pratiche digitali. A livello nazionale emerge uno sforzo di orientamento e guida teso ad uniformare la tassonomia dei servizi di gestione da remoto facendo progressivamente sintesi di quanto esperito nei contesti locali. Infine, a livello aziendale, i casi studio hanno rivelato strategie molto diverse per sup-

portare lo sviluppo della telemedicina all'interno dell'azienda, sia in termini di allocazione di responsabilità che di approccio alla gestione del cambiamento. Sebbene le situazioni riscontrate siano eterogenee, appare nitido che il processo di implementazione non si possa esaurire in un mero atto burocratico, ma che sia necessario un accompagnamento strutturato, preferibilmente attraverso l'istituzione di team multidisciplinari integrati, che sappiano gestire sfide organizzative complesse e promuovere modelli relazionali più collaborativi tra professionisti e utenti.

### 1.7.3 Innovazione nei modelli di servizio dell'assistenza territoriale

Il capitolo 12 approfondisce il tema della *transitional care*. I cambiamenti degli assetti istituzionali delle Aziende Sanitarie con l'allargamento dei confini aziendali, l'aumento della domanda di coorti di pazienti cronici e comorbidi, nonché l'emergenza Covid e l'istituzione delle USCA, hanno fatto emergere ovunque il fabbisogno di maggiore coordinamento nella rete dei servizi sociosanitari. Il PNRR ha ulteriormente contribuito a porre enfasi sul tema prevedendo l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali (COT) come strumento per far fronte a una domanda sempre più complessa, non solo sanitaria ma anche sociosanitaria. Da tali premesse, il capitolo inquadra le principali questioni legate alle cure di transizione (CT) discutendole anche alla luce del PNRR, usando sia i contributi presenti in letteratura che quattro casi aziendali che descrivono due configurazioni diverse di CT: quella della centrale operativa e quella dei sistemi operativi. In particolare, il contributo propone un *framework* che, oltre ad analizzare i casi proposti, possa supportare la progettazione e sostenere la diffusione delle CT in linea con le indicazioni del PNRR, ma anche la revisione delle molteplici esperienze avviate già prima della pandemia in molte realtà aziendali. Le diverse formule di CT intervengono quando le interdipendenze tra strutture di offerta non possono essere gestite attraverso soluzioni standardizzate, in quanto esse consentono di superare l'approccio prestazionale al soddisfacimento del bisogno di tutela della salute e rappresentano formule di servizio integrate, che offrono una risposta completa e unitaria sia per il paziente cronico stabilizzato sia per il paziente complesso. Sia alcune delle esperienze aziendali presentate che il PNRR introducono e legittimano forme di CT dedicate non solo alle transizioni occasionali ma anche a transizioni ricorrenti, tipiche della gestione dei pazienti cronici. È questo il contributo più evidente che l'esperienza italiana propone al dibattito internazionale sul tema.

Il capitolo 13 si pone il duplice obiettivo di (i) aggiornare la ricognizione di disegni e realizzazioni di modelli di assistenza territoriale riconducibili alla Casa della Salute sul territorio nazionale e (ii) produrre una riflessione circa tre sfide che sottendono tale modello: (a) la comunicazione dell'identità; (b)

l'integrazione tra dimensione fisica e opportunità tecnologiche e digitali; (c) la varietà delle concezioni e dei posizionamenti nella rete di offerta. Da un punto di vista metodologico, la ricerca si basa su un approccio multi-metodo che combina analisi desk con interviste semi-strutturate per la realizzazione di quattro casi studio regionali (Emilia-Romagna, Lazio, Puglia e Veneto).

Le analisi sviluppate evidenziano la necessità di definire un disegno unitario per l'insieme delle strutture e funzioni che compongono l'offerta territoriale delle aziende, superando la concezione di Casa della Salute come mero collettore fisico e adattando (anche dinamicamente) il disegno delle reti e dei modelli di servizio incorporando l'innovazione ed eventuali cambi di scenario. In vista dell'attuazione del PNRR, la concreta configurazione di uno specifico modello è aperta a diverse possibilità che rimangono molto ampie considerando, da un lato, le combinazioni possibili di tutte le variabili di progettazione (il bacino di riferimento, la localizzazione, la presenza di strutture pre-esistenti da riconfigurare, le possibili logiche di specializzazione e i livelli di integrazione nella rete di offerta) e, dall'altro, le diverse possibili realizzazioni dello stesso disegno che possono essere frutto di progressivi processi di apprendimento e adeguamento in itinere. Due elementi infine vengono portati all'attenzione del lettore: il primo riguarda l'esigenza di costruire una rete, intesa come insieme unitario e riconoscibile di strutture nella quale il cittadino possa trovare risposta e riconoscere la presenza di un sistema unitario; il secondo elemento riguarda la definizione del modello di servizio, ovvero come integrare funzioni e servizi all'interno di piattaforme operative attivate. In linea di principio è possibile pensare a una copertura del bacino di riferimento considerato con una o più strutture del tutto simili per dimensione e tipologia di servizi offerti, oppure a una distribuzione dell'insieme di compiti e funzioni da assicurare alla comunità di riferimento su strutture diversificate (in termini di vocazione, mix di servizi e bisogni di assistenza).

Il capitolo 14 propone il tema degli ospedali di comunità in Italia con un particolare focus sul loro ruolo durante la pandemia di COVID-19.

Alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR 2021) che prevede la costruzione di circa 380 nuovi Ospedali di Comunità (OdC) per potenziare la rete territoriale di assistenza, il capitolo si pone l'obiettivo di individuare e mappare le esperienze qualificabili come OdC ad oggi presenti sul territorio nazionale, studiarne alcune di particolare rilievo, approfondire il contributo da loro fornito durante la pandemia da COVID-19, e, da ultimo, proporre alcune riflessioni circa la fattibilità del piano proposto dal Governo.

La metodologia dello studio si compone di tre fasi: a) un'analisi desk della letteratura nazionale e internazionale di riferimento; b) la costruzione di un database con la mappatura delle strutture attualmente operative in Italia, sulla base delle informazioni contenute in documenti ufficiali, siti istituzionali, carte



dei servizi delle strutture, quotidiani locali; c) l'identificazione di otto strutture<sup>30</sup> da analizzare come casi-studio tramite interviste semi-strutturate.

In totale, sono state individuate 177 strutture classificabili come OdC, di cui oltre la metà ubicato nelle regioni del Nord-Est; più di un terzo (35%) è localizzato all'interno di un ospedale per acuti; la media dei posti letto per struttura è pari a 18 (in linea con i requisiti della normativa nazionale), mentre la degenza standard è più elevata rispetto ai 15-20 giorni previsti dai requisiti normativi; il 25% degli OdC ha dedicato i propri posti letto al ricovero di pazienti COVID-19 in fase post-acuta. Gli otto casi analizzati hanno dimostrato l'estrema flessibilità con cui gli OdC sono stati interpretati nella rete complessiva di assistenza a seconda del contesto locale, e, quale aspetto comune, la loro importanza nel fronteggiare le esigenze di una popolazione sempre più anziana.

In relazione alla futura implementazione del PNRR, diventa prioritario definire con precisione a quale *mission* e a quali bisogni assistenziali risponderanno le nuove strutture. In caso contrario l'OdC rischia, da un lato, di diventare una piccola casa di riposo con conseguente allungamento dei tempi di ricovero, e, dall'altro, di "re-ospedalizzarsi" diventando un micro-ospedale per acuti, modificando il proprio target di utenza.

Il capitolo 15 analizza il ruolo svolto dai Dipartimenti di Prevenzione. Nelle ASL, ai Dipartimenti di Prevenzione (DP) spetta la copertura delle prestazioni a domanda collettiva: dalla promozione della salute alla prevenzione collettiva e alla sanità pubblica. L'aspetto critico emerso in questi decenni è stato un loro permanere negli assetti aziendalizzati delle ASL più in forma di giustapposizione che di effettiva integrazione nel funzionamento e nei risultati.

L'obiettivo del lavoro è approfondire in che modo i DP abbiano effettivamente svolto il loro ruolo di attore chiave durante la pandemia, e se tali condizioni abbiano portato a rinnovare l'interesse verso il loro posizionamento nel nostro sistema sanitario, in termini di ruoli, responsabilità e inquadramento nell'azienda.

Si è perciò ricostruita l'esperienza dei DP di quattro ASL e si è svolta una survey con medici di igiene pubblica per discuterne i risultati con tre Direttori Generali (DG) di ASL.

I casi indicano come le soluzioni all'emergenza pandemica siano state costruite su base contingente, ma in tutti i contesti la tradizionale infungibilità tra le diverse componenti professionali è stata superata anche attraverso opportune configurazioni e modalità di funzionamento dei servizi. È stata, quindi,

<sup>30</sup> Gli otto casi-studio analizzati si collocano in Emilia-Romagna (OdC di Bobbio; OdC di Modigliana), Veneto (OdC di Auronzo; OdC di Trecenta), Piemonte (OdC di Demonte), Toscana (gli OdC della AUSL Toscana Sud-Est), Puglia (l'esperienza regionale dei Presidi Territoriali di Assistenza, PTA), Molise (l'Unità di Degenza Infermieristica – UDI – di Laurino).



comune sia l'attenzione delle aziende e dei DP sull'assistenza territoriale dove l'integrazione risultava più urgente, ma anche più naturale, sia la pressione sugli operatori tale da indebolire le rispettive resistenze al cambiamento. Secondo i DG, rimane ora il tema di come sfruttare le opportunità aperte dalle esperienze fatte e dagli investimenti fisici e organizzativi che dovrebbero nel futuro prossimo modificare radicalmente l'assistenza territoriale.

In conclusione, da una parte, si è avuto un rafforzamento dei motivi e delle opportunità che spingono verso il cambiamento e, dall'altra, permangono rilevanti aree di incertezza sulla direzione da imprimere al cambiamento stesso e sulle leve da utilizzare.

#### 1.7.4 Funzioni strategiche e politiche sanitarie

Il capitolo 16 analizza le politiche di reclutamento e gestione del nuovo personale reclutato durante la pandemia. La gestione dell'emergenza COVID-19 ha richiesto alle aziende sanitarie di potenziare tempestivamente la propria dotazione di personale per far fronte alla crescente domanda di servizi di cura e assistenza, attivando procedure di reclutamento straordinarie. Il capitolo si pone l'obiettivo di fornire una rappresentazione del personale reclutato durante l'emergenza sanitaria (in termini di categorie professionali e forme contrattuali utilizzate), valutare le prospettive di futuro impiego e approfondire le modalità di gestione delle unità assunte.

Attraverso una metodologia di ricerca mista, sono state raccolte evidenze quantitative sul personale reclutato presso quattro casi studio (ASL Roma 1, ASL Cuneo 1, ASST Spedali Civili di Brescia, AUSL Piacenza), rappresentativi dell'impatto differenziato dell'emergenza COVID-19 sul territorio, e sono state approfondite tramite interviste e focus group le politiche di reclutamento e gestione del personale assunto.

L'analisi si articola intorno a tre dimensioni: (i) saldo netto delle unità reclutate durante il 2020 per categoria professionale e forma contrattuale adottata; (ii) mix di impiego del personale tra ospedale e territorio; (iii) mix di funzioni assegnate (colmare precedenti vuoti nella dotazione, rafforzare l'organico secondo gli assetti attuali oppure sviluppare servizi innovativi).

I risultati evidenziano strategie di reclutamento diversificate a seconda della pressione della pandemia, della precedente configurazione dei servizi e disponibilità di personale, del livello di attrattività dell'azienda e delle scelte di trasformazione indotte dall'emergenza COVID-19. In generale, durante la fase emergenziale i processi di reclutamento sono stati guidati dalle condizioni e dalle opportunità esterne più che sulla base di un disegno strategico. Pertanto, l'ingente immissione di personale durante la pandemia (parzialmente compensata dai flussi in uscita) ha prevalentemente replicato lo *skill-mix* esistente, colmando gap precedenti e ripristinando servizi tradizionali e consolidati, con

la necessità di aprire una riflessione rispetto all'utilizzo delle nuove figure professionali come opportunità per innovare i servizi sanitari.

Il capitolo 17 è elaborato sulla base dell'attività di ricerca dell'Osservatorio Masan di Cergas SDA Bocconi.

Esso presenta un aggiornamento dei dati presentati in OASI 2020 arricchito da un'analisi comparata tra acquisti centralizzati e acquisti aziendali; una fotografia dettagliata sugli acquisti legati alla gestione della pandemia; l'analisi del caso di una gara al valore. Le analisi presentate hanno messo in evidenza come il sistema degli acquisti centralizzati abbia raggiunto un suo primo step intermedio di maturità, seppur con profonde differenze interregionali, da cui è ora necessario disegnare percorsi di evoluzione. Aver istituito grandi *hub* di committenza ha consentito di mettere in risalto una funzione acquisti, senza però una valorizzazione e/o un ripensamento dei rapporti centro-periferia, essenziali per impostare e realizzare un modello di procurement strategico orientato alla creazione di valore.

La pandemia ha messo in evidenza la resilienza della rete degli acquisti sanitari, per la sua fisiologica e strutturale complementarità. Da questa ulteriore evidenza deriva l'importanza di rafforzare il coordinamento tra centrali nazionali, regionali e aziende sanitarie, non solo come potenziale misura di mitigazione del rischio, ma anche come evoluzione di un modello. L'esperienza realizzata da Estar Toscana, con l'attivazione di una delle prime gare di valore, è utile a mettere in evidenza che modelli così sofisticati richiedono passaggi intermedi in una traiettoria di cambiamento o comunque la presenza di fattori abilitanti, istituzionali e/o organizzativi, che richiedono un forte raccordo tra il livello regionale e quello locale.

I tempi sono maturi affinché, specie nelle Regioni in cui i modelli di governance sono più consolidati, si comincino a compiere scelte consapevoli per l'orientamento al valore e impostare di conseguenza la rete degli approvvigionamenti.

Il capitolo 18 fornisce una panoramica sul tema delle liste d'attesa post COVID-19. Il fenomeno dei tempi di attesa e la questione del governo delle liste per accedere alle prestazioni sanitarie hanno da sempre un ruolo di primo piano nel dibattito di policy e management sanitario e stanno assumendo ancora più rilevanza alla luce dell'impatto dell'emergenza sanitaria sul SSN. In questo contesto, il capitolo fornisce in prima battuta una panoramica dei principali ordini di grandezza disponibili sul fenomeno in Italia (e non solo). Attingendo dalla letteratura internazionale e dalla normativa nazionale, vengono quindi illustrate le principali leve di policy e management tradizionalmente utilizzate per affrontare la questione.

Il contributo si concentra poi sui risultati di un'analisi empirica svolta ad hoc e rivolta ai direttori sanitari delle aziende pubbliche sul territorio nazio-

nale per comprendere le trasformazioni nella gestione del fenomeno alla luce dell'emergenza nazionale. Dall'indagine emerge innanzitutto una conferma di come l'emergenza abbia acuito il problema dei tempi di attesa, intensificandolo dove era già critico (visite e diagnostica c.d. "pesante") ed estendendolo ad altre aree (visite di controllo). Le aziende hanno risposto mettendo in campo una serie di azioni per il contenimento dei tempi di attesa e il recupero dell'attività ambulatoriale grazie anche al sostegno delle politiche nazionali e regionali. Alcune di queste trovano continuità con quello che si stava già facendo (integrazione sistemi CUP e reclutamento di personale), altre, invece, sono delle innovazioni messe in atto in un contesto "dirompente" (es: la telemedicina). Vi sono poi alcuni cantieri storici che sono stati rallentati in questo periodo e che vanno pertanto recuperati, come il governo dell'appropriatezza e la gestione per "pacchetti"/day service.

Rimangono ancora da chiarire, per limiti del contributo stesso, ma anche perché si tratta ancora di dinamiche in evoluzione, tre aspetti cruciali: l'impatto sul sud del paese, l'impatto effettivo della telemedicina sui tempi di attesa, il ruolo che giocherà l'AI nella configurazione dei CUP "intelligenti".

Il capitolo 19 approfondisce il tema della gestione sostenibile del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie pubbliche. Il patrimonio immobiliare è un elemento critico, sia per l'impatto economico dei costi connessi alla sua gestione, sia per le implicazioni operative relative alla sua capacità, attuale e futura, di sostenere l'erogazione di servizi di qualità. In un momento storico decisivo (si pensi al PNR o alla Strategia per la Riquilificazione Energetica del Patrimonio Immobiliare Nazionale – STREPIN), un intervento che si limitasse alla sola «riqualificazione» e che non fosse posto in relazione agli interventi sulla rete territoriale di assistenza e sulla telemedicina perderebbe l'occasione di generare virtuosi «effetti moltiplicativi» che possano contribuire a rendere maggiormente coerente il patrimonio funzionale con fabbisogni di salute, configurazioni e setting assistenziali emergenti.

Attraverso l'analisi dei dati messi a disposizione dal Dipartimento del Tesoro e la conduzione di interviste semi-strutturate a responsabili di edilizia sanitaria regionale, il capitolo offre, per la prima volta, una fotografia granulare dello stato del patrimonio delle aziende sanitarie italiane, da cui è possibile articolare alcune considerazioni di natura strategica. I risultati mostrano alcuni tratti comuni a livello nazionale, come la vetustà del patrimonio e la mancanza di correlazione tra le dimensioni fisico-tecnica ed economica, con risorse dedicate alle manutenzioni non legate allo stato effettivo del patrimonio.

Visto il momento storico e i risultati emersi, il capitolo propone diverse riflessioni rispetto alla necessità di conferire centralità strategica nelle politiche regionali e aziendali al patrimonio immobiliare. Privilegiando logiche e criteri cosiddetti di *Value for Society* con temperamento di dimensione clinico-

assistenziale, ambientale ed economico-finanziaria, il capitolo definisce una *roadmap* strategica che copre diversi ambiti: dalla pianificazione strategica e finanziaria degli investimenti alla definizione di hub di competenze a livello regionale; dal rafforzamento delle competenze a livello aziendale alla definizione di meccanismi di coordinamento che assicurino rapidità ed efficacia degli interventi; e ancora, un affondo sulla centralità del coinvolgimento dei capitali privati, attraverso contratti di PPP, da mobilitare, in logica integrativa, non solo per generare addizionalità finanziaria, ma anche per assicurare tempi rapidi di intervento e innovazione nelle soluzioni realizzative.