



**CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME**

PROPOSTE MANAGERIALI per i prossimi 40 anni del SSN

a cura del CERGAS-Bocconi

Convegno OASI, 29 novembre 2018

Nell'anno in cui il SSN e il CERGAS-Bocconi celebrano i propri 40 anni, come ricercatori desideriamo contribuire al dibattito sul futuro del Servizio Sanitario con alcune riflessioni e alcune proposte concrete, mantenendo l'approccio economico aziendale che ci contraddistingue. Ci basiamo su quelle che, a nostro giudizio, sono le principali evidenze che descrivono le criticità del SSN di oggi; formuliamo alcune ragionevoli previsioni sulle tendenze attuali e future del sistema sanitario; proponiamo alcuni principi e interventi per migliorare l'efficacia, l'economicità e l'efficienza del SSN.

ALCUNE EVIDENZE SULLA SITUAZIONE ATTUALE DEL SSN

Siamo consapevoli che il nostro SSN contribuisce in maniera significativa agli eccellenti livelli di salute della popolazione. Per citare solo due indicatori:

- in Italia, l'aspettativa di vita alla nascita è pari a 82,8 anni, superiore a Regno Unito, USA e Germania, e solo lievemente inferiore a Francia e Spagna¹;
- il tasso di mortalità prematura in soggetti adulti (15-60 anni) nel nostro Paese è il più contenuto tra i grandi Paesi occidentali².

Allo stesso tempo, segnaliamo alcune criticità.

- I risultati di salute si differenziano molto tra le regioni italiane: l'aspettativa di vita in buona salute del Nord è superiore di circa quattro anni rispetto a quella del Sud, registrando 60,5 anni contro 56,6³.
- A parità di struttura anagrafica, in Italia la spesa pubblica per abitante è pari a 1.867 euro contro i 3.283 della Germania, dopo anni di crescita inferiore a tutti i grandi paesi occidentali⁴. A fronte di un simile differenziale, il sistema sanitario italiano appare sotto-finanziato anche se costo-efficace.

¹ Cfr. Rapporto OASI 2018, cap. 7.

² Cfr. *ibidem*.

³ Cfr. Rapporto OASI 2018, cap. 2.

⁴ Cfr. Rapporto OASI 2018, cap. 6.



- Gli investimenti sanitari ammontano solo a 60 euro annui per abitante, corrispondenti a circa il 3% del fondo sanitario nazionale⁵, a testimonianza della scarsità di risorse destinate a rinnovare il capitale tecnologico e infrastrutturale del SSN in un ambito ad alto tasso di innovazione.
- Secondo le stime mediane, nel nostro Paese si registrano 40 miliardi di spesa sanitaria privata, di cui almeno 37 riconducibili ad esborsi diretti delle famiglie. L'*out of pocket* rappresenta il 24% della spesa sanitaria totale⁶, una quota doppia rispetto a Francia e Germania, con potenziali impatti sull'equità del sistema.
- Il 50% dei medici, il 40% del personale di supporto e il 21% degli infermieri del SSN hanno più di 55 anni⁷, a conferma dell'insufficiente ricambio generazionale;
- Il personale dipendente in diversi SSR meridionali è calato significativamente tra 2010 e 2016 ed è oggi inferiore a quello settentrionale. Al 2016, la Lombardia registra 9,6 dipendenti SSN ogni 1.000 abitanti (-3% rispetto al 2010), contro i 7,3 della Campania (-15%) e i 7,1 del Lazio (-14%)⁸, fino all'Emilia Romagna che raggiunge i 12,8 dipendenti ogni 1.000 abitanti.
- L'invecchiamento della popolazione rende imponente la domanda di servizi sanitari e socio-sanitari: le persone con almeno una patologia cronica rappresentano il 39% della popolazione, di cui i cronici pluri-patologici sono il 21%⁹. Gli anziani non autosufficienti sono 2,8 milioni a fronte di 301.693 posti letto in strutture residenziali pubbliche o private accreditate¹⁰.
- Tra i principali interventi di politica economica dei governi degli ultimi 5 anni, possiamo ricordare: bonus fiscale di 80 euro (9 miliardi di minori entrate stimati per l'anno 2019), abolizione IMU-TASI sulla prima casa (4,5 miliardi di minori entrate), introduzione del reddito di cittadinanza e misure collegate (10 miliardi di maggiori spese), superamento della Legge Fornero con introduzione di quota 100 (7 miliardi di maggiori spese). In totale, una stima di oltre 30 miliardi annui di interventi che non contengono risorse per la sanità¹¹. Il SSN appare al di fuori delle priorità politiche bipartisan del Paese.

TENDENZE DELLO SCENARIO ATTUALE E FUTURO

A. Manca o comunque è debole una consapevolezza collettiva sui positivi risultati e sulle criticità del SSN nell'agenda politica, nell'opinione pubblica e persino tra i professionisti del sistema.

In generale il dibattito sul SSN ignora sia gli importanti risultati, sia le reali criticità del settore. Il dibattito si focalizza invece su aspetti molto specifici rispetto alle macro-dinamiche in corso (es. meccanismo di certificazione dell'obbligo vaccinale), oppure su singoli eventi di malfunzionamento della sanità. È quasi del tutto assente un dibattito sull'evoluzione dei bisogni di salute, sulla necessità di definire esplicite priorità d'intervento e su realistiche politiche idonee ad evitare l'indebolimento non dichiarato, ma purtroppo costante negli ultimi anni, di un sistema basato formalmente sui principi di universalità, solidarietà, equità.

⁵ Cfr. Rapporto OASI 2013, cap. 9.

⁶ Cfr. Rapporto OASI 2018, cap. 6.

⁷ Cfr. Rapporto OASI 2018, cap. 12. Si specifica che non si tratta di differenze riconducibili alla diversa incidenza del privato accreditato, perché in Lombardia la quota di spesa per assistenza privata accreditata è più elevata (28%) rispetto a Campania (21%) e Lazio (25%).

⁸ Ibidem.

⁹ Cfr. Rapporto OASI 2018, cap. 2.

¹⁰ Cfr. Rapporto OASI 2018, cap. 5.

¹¹ Cfr. nota di aggiornamento al DEF 2018 in previsione della Manovra 2019.



- B. Il concetto di salute è un universo in espansione: nei confini (si pensi a wellness e LTC), nelle culture della salute, nelle fonti di finanziamento, nella natura dei produttori.**
I confini del settore sono sempre più ampi, incerti e definibili con diverse prospettive che modificano dinamicamente il campo di indagine. La cultura e gli stili di vita rilevanti per la salute delle persone e dei gruppi sociali sono sempre più differenziati tra di loro. Il panorama dei produttori di servizi è sempre più variegato ed eterogeneo per dimensioni, mission e business model.
- C. Il SSN e le sue aziende hanno ormai un ruolo duale: a) erogare servizi ottimizzando la produzione; b) accompagnare gli utenti nell'attraversamento del sistema al fine di ricomporre in modo efficace i servizi, valorizzando anche i processi di co-produzione.**
La missione del SSN si è progressivamente articolata lungo due direttrici. Da un lato garantire l'erogazione di servizi in modo appropriato, equo, efficace ed efficiente. Dall'altro definire regole ed indirizzi che aiutino i cittadini ad orientarsi consapevolmente e responsabilmente in un universo nel quale il concetto di salute è in espansione. Queste due funzioni richiedono assetti istituzionali, modelli organizzativi e sistemi operativi specifici e dedicati.
- D. È in corso una profonda diversificazione delle vocazioni aziendali e delle istituzioni intermedie senza una correlata diversificazione degli assetti di governance e di specifiche competenze manageriali.**
Le aziende pubbliche hanno confini e vocazioni diversificate: agenzie di programmazione, aziende territoriali, aziende integrate ospedale-territorio, aziende ospedaliere, mono o pluri-specialistiche, di ricerca, di ricerca e insegnamento, di ampie o modeste dimensioni. Altrettanto variegato è il quadro delle strutture intermedie tra regioni e aziende. Vocazioni e dimensioni così diversificate richiedono assetti di governance coerenti alle specifiche finalità e distinte competenze manageriali, mentre oggi è quasi tutto uniforme ("one size fits all").
- E. Si diffonde e si sviluppa il concetto di *value based healthcare*, con molteplici declinazioni e definizioni, anche grazie alla crescente disponibilità delle evidenze e del loro impatto sulle decisioni.**
Il SSN è sempre più ricco di database navigabili, osservatori pubblici o indipendenti, metriche di misurazione (es. PNE). Essi stanno iniziando a permeare i processi di analisi e programmazione, orientando le scelte su questioni quali l'appropriatezza clinica e la sostenibilità economica. La loro potenzialità è però ancora decisamente superiore al loro tasso di utilizzo; si pensi, ad esempio, alle applicazioni nel campo della ricerca clinica e manageriale.
- F. I Paesi occidentali si trovano in una fase politica frammentata e polarizzata, che si accompagna a una generale tendenza alla sotto-valorizzazione delle competenze.**
*Lo scenario politico-istituzionale rende improbabile la genesi di politiche robuste e razionali capaci di incidere nel lungo periodo sui problemi più profondi e critici. In questa situazione, occorre imparare a "gestire nella complessità" senza l'illusione di poter "gestire la complessità".
Il management ha un ruolo cruciale per orientare le aziende e i sistemi, generando movimenti che implicitamente ma concretamente risolvano le criticità più rilevanti.*
- G. Lo sviluppo imponente di conoscenze scientifiche e di nuove tecnologie modifica i modelli di consumo (*platform economy*) e i processi di decisione (*intelligenza artificiale e clinical decision support systems*).**
Nella platform economy il driver del successo sono la capacità di trasformare istantaneamente il bisogno in domanda e la possibilità di ricomporre in un'unica offerta tutti i bisogni degli utenti. Disporre di big data su consumi e comportamenti dei pazienti modifica, accresce e potenzia enormemente il patrimonio informativo per l'attività clinica. Le ICT riescono, a basso costo, a supportare le decisioni cliniche, ma pongono molti interrogativi sull'evoluzione dei ruoli professionali.



PROPOSTE MANAGERIALI PER LO SVILUPPO DEL SSN

PRINCIPI

I. **L'azienda, se ben gestita, è lo strumento istituzionale adatto a supportare la generazione di equità, efficacia ed efficienza per il SSN.**

È necessario dare nuova legittimazione culturale e sociale al modello manageriale, superando la concezione "tecnica" e di prevalente focalizzazione sull'equilibrio economico che in molti casi ha prevalso nel recente passato. Peraltro, in un sistema di aziende pubbliche inevitabilmente permane il ruolo di indirizzo e controllo politico, che tuttavia deve essere esercitato rispettando il merito, l'autonomia professionale e l'indipendenza del management. In una società frammentata le aziende e il loro management, oltre al contributo interno alla gestione, possono/devono dare un decisivo contributo esterno alla programmazione di sistema, soprattutto in relazione alle grandi dimensioni raggiunte. L'azienda può e deve promuovere nuovi modelli sanitari orientati alla definizione, produzione e misurazione del valore del paziente, applicando strumenti specifici del contesto italiano.

II. **Lo sviluppo manageriale di tutte le funzioni aziendali va pazientemente proseguito e completato.**

Lo sviluppo manageriale ha garantito valore in molte funzioni aziendali, altre sono state più debolmente esposte a questa trasformazione. Lo sviluppo manageriale deve essere completato soprattutto nelle aree amministrative e direzionali tradizionali, con una particolare attenzione all'area della gestione del personale, delle direzioni mediche di presidio, della comunicazione, dei front office di accettazione e nei percorsi di fruizione dei servizi sanitari diagnostici e di supporto. Nel perimetro delle competenze manageriali c'è e deve proseguire il costante allargamento della capacità di ascolto delle attese delle componenti della società, sempre più diversificate.

LE AZIENDE DEL SSN

1) **Occorre eliminare i molti oneri amministrativo-burocratici che gravano sulle aziende senza contribuire al raggiungimento degli obiettivi sostanziali del SSN.**

Si pensi, a titolo esemplificativo, ad alcuni formalismi degli adempimenti anticorruzione, agli eccessivi tempi di aggiudicazione delle gare di appalto, ai vincoli temporali alle carriere del personale. L'obiettivo della semplificazione può essere perseguito valutando l'effettivo impatto della legislazione ed intervenendo con modifiche mirate. In alternativa, si potrebbe uscire dal perimetro del diritto amministrativo trasformando le attuali aziende sanitarie pubbliche in Fondazioni, come avvenuto per altri settori pubblici.

Una soluzione intermedia percorribile è la semplificazione con la predisposizione di un testo unico idoneo a evidenziare le esigenze di aggiornamento di una legislazione diventata obsoleta che presenta contraddizioni, sovrapposizioni, ambiguità di interpretazione, difficoltà implementative.

2) **Superare modelli di finanziamento a silos riferiti a setting erogativi o a fattori produttivi in quanto ostacolano l'evoluzione verso l'organizzazione per processi, a rete e catene del valore.**

Occorre superare il finanziamento a silos riferito a setting erogativi (es. ADI o specialistica) o a fattori produttivi (es. farmaci o dispositivi). È necessario trovare forme di ricomposizione dei finanziamenti tra ambiti di welfare pubblico (es. tra SSN, INPS, enti locali per spesa sociale). Superare modelli di finanziamento fee for service (es. DRG) non coerenti e di ostacolo al prevalere della cronicità e della LTC. Introdurre sistemi di pay for performance e di forniture di beni e servizi «chiavi in mano». Sperimentare sistemi di pay for outcome/esiti di salute. Superare la rigida dicotomia tra spesa corrente e di investimento per gestire in modo integrato le innovazioni tecnologiche considerando anche il loro impatto sulla spesa corrente. Per misurare il nuovo valore del SSN occorre monitorare le performance di regioni e aziende in termini di a) prevalenza dei pazienti presi in carico, b) appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi, c) compliance dei pazienti, d) esiti intermedi soddisfacenti, correlando



premierità finanziarie ai risultati rilevanti per la salute. I modelli di incentivazione e misurazione possono essere clusterizzati per tipologie di pazienti omogenee. Le crescenti dimensioni delle ASL pubbliche si correlano a finanziamenti a quota capitaria, differenziandosi quindi rispetto al privato accreditato. È necessario introdurre logiche di generazione e misurazione di valore con orizzonti temporali almeno di medio periodo (ad es. a 3 anni), per considerare gli effettivi impatti sulla salute e adottare scelte conseguenti.

- 3) Creare una rete nazionale di aziende eccellenti (*champions*), a partire da IRCCS e ospedali universitari pubblici e privati, per competere nel mercato globale della ricerca, della formazione, della mobilità sanitaria internazionale e accrescere brand e “autostima” del SSN.**

Nessuna azienda o regione italiana può competere da sola efficacemente nel mercato globale: una rete pubblico-privata di leader nazionali avrebbe molti vantaggi competitivi. L'affermazione internazionale di una rete nazionale avrebbe esternalità positive su tutto il sistema, in termini sia di ricerca sia di assistenza. La rete dei champion sosterebbe lo sviluppo di un brand e rappresenterebbe l'occasione per lo sviluppo, il lancio e il consolidamento di un logo del SSN, oggi mancante.

IL MANAGEMENT DELLE AZIENDE

- 4) Superare la solitudine istituzionale e politica del DG: sviluppare una governance capace di sostenerlo e sospingerlo verso l'innovazione strategica.**

Il SSN è contraddistinto da un sistema di controlli troppo frammentato e complesso, con sistemi informativi poco integrati, mentre gli staff del vertice strategico sono molto ristretti. Un miglioramento non può avvenire senza un deciso rafforzamento degli organi e dei processi di supporto alle direzioni strategiche e una parallela, significativa riduzione del numero degli organi e dei processi di controllo.

- 5) Valorizzare i top manager del SSN correlando gli stipendi (oggi decisamente troppo bassi) alla complessità delle aziende e alle performance raggiunte, selezionando in base a competenze e risultati e non a titoli formali.**

Per funzionare, le istituzioni necessitano una soggettività competente e responsabile nelle scelte strategiche e non l'applicazione di una presunta e mai realistica oggettività dei criteri decisionali. Il livello stipendiale del top management pubblico si colloca tra un terzo e la metà di quello della sanità privata, che presenta complessità e dimensioni minori. Il necessario incremento stipendiale può essere utilmente correlato alle differenze di complessità e di performance delle aziende. La selezione del management pubblico deve valorizzare le informazioni sulle performance già conseguite, deve superare logiche burocratiche formali, ridare centralità alla valutazione soggettiva delle competenze e alla coerenza del profilo rispetto alle diverse vocazioni aziendali.

- 6) Investire selettivamente sul middle management, essenziale per le grandi aziende, con la rivisitazione e l'adeguato finanziamento dei percorsi di selezione, formazione e carriera.**

Nelle grandi aziende pubbliche del SSN la programmazione attuativa e la gestione sono funzioni del middle management (es. direttori di dipartimento, di unità organizzative, di piattaforma, di distretto). Su questi profili professionali è necessario investire significativamente per disporre di un management coerente alle nuove aziende. Bisognerebbe: a) eliminare i vincoli amministrativi che non hanno valore per decidere i percorsi di carriera; b) aprire a una pluralità di lauree per molti ruoli e posizioni che hanno contenuti innovativi e non specifici (ruoli cosiddetti contendibili); c) costituire a livello nazionale, regionale o di azienda un fondo dedicato allo sviluppo di competenze; d) dare autonomia alle aziende nel definire i percorsi di carriera.



IL FINANZIAMENTO E LA MISSION DEL SSN

- 7) **Stanziare almeno 10 miliardi per la sopravvivenza del SSN e riportarlo a un livello di finanziamento che si avvicini alla media europea.**

La ricerca di maggiore efficienza e la razionalizzazione dei servizi devono essere perseguite con continuità in quanto costituiscono un impegno inderogabile e responsabilità specifica di ogni manager. Le risorse del SSN oggi non sono sufficienti per una buona copertura universalistica e per i necessari investimenti infrastrutturali e tecnologici. In Germania e in Francia, la spesa pubblica per abitante in sanità è quasi doppia rispetto al SSN. Con una stima molto cautelativa servono almeno 10 Mld per la sopravvivenza del SSN per ritornare ad una spesa pubblica pari a circa il 7% del PIL. In caso contrario si continuerà a parlare di SSN ma di fatto i livelli essenziali di assistenza non saranno garantiti, specialmente in alcune regioni. Questo incremento deve alimentare il SSN in modo generale, integrando risorse correnti e investimenti; le risorse non devono essere vincolate ai "silos di spesa", modalità quest'ultima che impedirebbe una ricomposizione dei servizi rispetto a bisogni, che sono unitari.

- 8) **Allargare la missione del SSN dal perimetro della salute "finanziata dal pubblico" alla tutela della salute a prescindere dal pagatore, nell'universo sanitario in espansione.**

Le politiche/ i servizi pubblici devono occuparsi anche della spesa privata, degli stili di vita, della co-production e dei dati generati dalle singole persone; del resto, il dicastero competente si chiama Ministero della Salute. Il SSN deve adottare un piano sistematico e diffuso di sviluppo tra le aziende della platform health, per rendere contemporanee l'interfaccia tra SSN e cittadini, per sostenere la co-production, per valorizzare i dati prodotti dalle persone e restituirli in modo utile a diffondere stili di vita orientati a mantenere e promuovere la salute. Il SSN è al mondo tra i servizi sanitari con dati amministrativi maggiormente solidi e completi: occorre valorizzarli con logiche di machine learning a supporto delle decisioni cliniche e direzionali. Tale valorizzazione diventerebbe un asset del SSN e un elemento distintivo del suo brand.

- 9) **Ridurre il conflitto istituzionale e regolare meglio i confini tra Stato e regioni: lo Stato decide i LEA (compresi i prontuari farmaceutici e i PDTA attesi), i finanziamenti e le metriche di monitoraggio, le regioni programmano l'offerta, organizzano e gestiscono i servizi tramite le aziende sanitarie.**

Valorizzare l'autonomia regionale (allargata sulla base di modifiche istituzionali che potrebbero realizzarsi) da esercitare comunque con la logica del rispetto degli standard nazionali. Alcuni di questi devono essere rispettati e fatti rispettare in modo uniforme sul territorio nazionale in quanto finalizzati a garantire la sicurezza dei pazienti e l'efficacia clinica. Altri, in particolare quelli di tipo gestionale e organizzativo, devono essere interpretati ed applicati in modo più flessibile con la logica dell'inversione della prova: le regioni che dimostrano di poter conseguire gli obiettivi di tipo clinico, epidemiologico, economico e con soluzioni diverse devono poterlo fare. Senza flessibilità non si sviluppano "buone pratiche" migliorative.

Occorre prendere atto che il sistema sta evolvendo verso un regionalismo a geometria variabile e cercare di orientarlo in senso positivo. È necessario dare alle regioni con ottime performance piena autonomia pianificatoria nel rispetto del vincolo di bilancio; sostenere le regioni con basse performance con il supporto del network delle altre regioni e delle agenzie centrali (Ministero, ISS, AGENAS, ecc.), con una strategia di rilancio e sviluppo soprattutto attraverso il trasferimento di competenze.

IL PERSONALE DEL SSN

- 10) **Ri-equilibrare le dotazioni organiche delle regioni, correlandole alla popolazione residente, all'epidemiologia e all'incidenza del privato accreditato.**

È necessario permettere alle regioni sotto-dotate di personale rispetto gli standard nazionali, calcolati considerando la popolazione, ma anche l'incidenza del privato e la mobilità, di sviluppare le proprie politiche di reclutamento in piena autonomia nel rispetto del vincolo di bilancio generale.



11) Liberalizzare soluzioni contrattuali flessibili (es. 15 septies) per assunzioni mirate ed entrate laterali nelle aziende del SSN.

L'inserimento di nuovo personale è una funzione critica e decisiva, resa sfidante dalla competizione tra aziende a causa dello shortage professionale. Oggi risultano determinanti i vincoli amministrativi (tipo di laurea o specializzazione, anzianità di servizio nel pubblico, ecc.). È necessario eliminare i vincoli amministrativi senza valore e permettere il reclutamento sul merito e sulle competenze, favorendo inserimenti laterali e mobilità tra settori, mettendo le aziende pubbliche nelle condizioni di essere competitive per attrarre i professionisti necessari.

12) Ridefinire il mix e ruolo di medici e professioni sanitarie per fare upgrading delle competenze cliniche e rispondere al diffondersi di cronicità e LTC.

Abbiamo un budget limitato per il personale. Prevale la cronicità e la LTC. Dobbiamo prima di tutto ridefinire il rapporto tra medici e professioni sanitarie, incrementando queste ultime, per poter programmare lo skill mix atteso. Questo processo comporterà un upgrading di competenze e di ruolo dei medici, così come delle professioni sanitarie. Conosciuto il numero di medici che ci serve, potremo finalmente allineare i posti alla facoltà di medicina con quelle per le specialità, programmando la capacity medica necessaria al SSN.

L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA

13) L'innovazione tecnologica è tra i maggiori determinanti della salute e la sua introduzione nel SSN e nelle aziende deve premiare il valore per unità di costo.

Le risorse per l'innovazione tecnologica sono limitate e seguono la logica dei "tetti di spesa". Questo approccio è miope e va a detrimento dell'innovazione di valore, quella che – non sempre necessariamente nel breve periodo – produce salute e benessere e quindi anche ritorno economico per la società nel suo complesso. Per identificare l'innovazione reale è necessario adottare strumenti di valutazione economica che misurino e confrontino il valore generato con i costi incrementali (es. Health Technology Assessment), identificare le figure professionali che devono sviluppare le competenze necessarie per prendersi carico del processo di valutazione, differenziate per i diversi livelli di governo, incluse le aziende.

14) Le sperimentazioni cliniche rappresentano un elemento cruciale per il progresso scientifico, per migliorare i processi di cura e per lo sviluppo del brand del SSN.

Le evidenze mostrano come l'Italia, per quanto attrattiva di studi clinici, potrebbe migliorare sensibilmente il proprio posizionamento. Ad essere carente in termini comparativi internazionali è la modalità con cui l'attività sperimentale è gestita: molteplicità dei Comitati Etici, carenza di informazioni sulla performance, frammentarietà dei contratti. Molto si sta già facendo: semplificazione dei Comitati Etici, standardizzazione dei contratti, collaborazioni più stabili tra aziende sanitarie e personale addetto alla ricerca. Le aziende sanitarie devono investire in competenze e strutture dedicate per essere più competitive sul mercato dei grant nazionali e internazionali. Bisogna poi rendere i processi snelli, agili ed evitare di rimanere intrappolati nella logica del controllo fine a se stesso quando questa non è efficace rispetto agli obiettivi primari.

Il Convegno OASI 2018 è stato possibile grazie al contributo incondizionato di



Bristol-Myers Squibb