



Università Commerciale
Luigi Bocconi

CERGAS
Centre for Research on Health
and Social Care Management

BocconiALUMNI
ASSOCIATION

SDA Bocconi
School of Management

SSN FAST FORWARD

PROPOSTE PER RENDERE IL SSN PIU' EFFICACE, EQUO E SOSTENIBILE

A cura di CeRGAS e SDA Bocconi



Gruppi di lavoro:

1. La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari: A. Compagni, G. Fosti, F. Longo, V. Tozzi
2. Governo dell'innovazione e delle tecnologie: F. Amatucci, P. Armeni, G. Callea, O. Ciani, N. Cusumano, C. Jommi, G. Nasi, A. Torbica, R. Tarricone, V. Vecchi
3. Nuovi perimetri delle aziende sanitarie e governance dei processi di fusione: C. Carbone, M. Del Vecchio, F. Lecci, F. Lega, A. Prenestini
4. Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel SSN: M. Del Vecchio, G. Fattore, L. Fenech, V. Rappini
5. I cambiamenti necessari nella gestione del personale: M. Barbieri, E. Borgonovi, E. Cantù, C. De Pietro, C. Filannino

In collaborazione con

abbvie



Introduzione

Il CERGAS e la SDA Bocconi, in collaborazione con gli Alumni Bocconi (BAA), in parallelo all'elaborazione annuale del Rapporto OASI 2015, hanno avviato un percorso di riflessione dal titolo "**PROPOSTE PER RENDERE IL SSN PIU' EFFICACE, EQUO E SOSTENIBILE**". Tale percorso ha l'obiettivo di proporre, contestualmente all'analisi dello stato di salute del SSN, una agenda delle riforme o innovazioni necessarie. Con questo documento s'intende, a partire dai risultati dell'indagine e dalle principali evidenze disponibili, sviluppare un'agenda di proposte di cambiamento per il SSN e per il management delle aziende sanitarie da sottoporre ai policy maker nazionali e regionali. Le proposte si focalizzano sui seguenti ambiti:

1. La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari
2. Governo dell'innovazione e delle tecnologie
3. Nuovi perimetri delle aziende sanitarie e *governance* dei processi di fusione
4. Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel SSN
5. I cambiamenti necessari nella gestione del personale

L'insieme delle proposte non è esaustivo, ma riflette quelle che gli autori ritengono essere le priorità di sistema, a fronte delle evidenze sulle principali criticità del SSN. Le proposte hanno contenuti e natura diversificata, perché la sola riflessione di policy sugli assetti istituzionali è ritenuta parziale e insufficiente. Grande attenzione è dedicata alle reali condizioni di fattibilità e di spazio realizzativo per il management aziendale, a cui va riconosciuto il ruolo di regista dei principali processi di cambiamento e innovazione. Da un punto di vista metodologico le proposte qui di seguito riportate sono state, in una prima fase, discusse e condivise con selezionati gruppi di esperti del settore sanitario (imprese farmaceutiche e dispositivi, aziende sanitarie pubbliche, erogatori privati accreditati e non, policy maker e regolatori, direttori strategiche delle aziende sanitarie pubbliche) attraverso l'organizzazione di specifici *focus group*. L'argomentazione delle proposte segue per ciascuno tema selezionato lo stesso schema logico e in particolare: 1) il contesto di riferimento e i punti critici e 2) le sfide e gli strumenti manageriali.



1. La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari

1.1 Il contesto di riferimento e i punti critici

- Sappiamo che in molte UO ospedaliere la casistica è insufficiente rispetto agli standard definiti per specialità o procedura, con il rischio di competenze cliniche e disponibilità tecnologiche insufficienti. Noi stimiamo la necessità di accorpere una consistente quota delle UO ospedaliere: fino al 30%, a seconda delle specialità e/o dei contesti regionali. Si tratta di un prerequisito per generare in modo diffuso la *clinical competence* necessaria. Sappiamo che il 4% degli italiani (2,3 mil) sono anziani o disabili non autosufficienti che necessitano di Long Term Care (LTC). L'offerta è oggi complessivamente insufficiente (al nord copre circa il 25% del bisogno), con elevata variabilità tra le regioni (la disponibilità di PL in strutture protette registra differenze del 1000% tra nord e sud), scarsa chiarezza sugli standard e i target assistenziali per i vari setting di cura (Lungodegenza, riabilitazione estensiva geriatrica, sub-acuto, post-acuto, country hospital, strutture protette, ADI, ecc.). Le tariffe che pagano le famiglie sono casualmente determinate dal *setting* in cui si viene a trovare l'anziano in LTC (gratis in sub-acuto, a pagamento in struttura protetta, anche se magari l'edificio è lo stesso, i servizi simili e le caratteristiche degli utenti uguali). Le carenze e la mancanza di un disegno sufficientemente chiaro nell'ambito della LTC impedisca alle altre componenti della filiera di strutturarsi, generando ad esempio tensioni inappropriate sui reparti di medicina generale/geriatria per acuti, sulle strutture intermedie e sui PS.
- La rilevante prevalenza di cronicità richiede un significativo incremento dell'attività ambulatoriale specialistica dedicata, oggi comparto in sofferenza nel SSN (40% di prestazioni pagate out of pocket), molto disperso e frammentato, vittima di un simbolico professionale negativo, che vede nel setting del ricovero per acuti ancora la sola o principale fonte di gratificazione professionale.
- Le realtà più avanzate del paese stanno giustamente progettando ed attuando lo sviluppo di centri specialistici diurni (es. POT in Lombardia) e Case della Salute, con una forte focalizzazione sulla cronicità e sui servizi di prossimità.

I sistemi di accesso tendono ad essere molto frammentati e dispersi soprattutto nelle aree di interdipendenza tra servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e sanitari per la cronicità. In questo quadro generale, le questioni su cui il sistema deve concentrarsi nell'immediato futuro riguardano i temi della riprogettazione dei servizi per realizzare i

processi di cambiamento dei processi produttivi ospedalieri e territoriali e, nello specifico, la ridefinizione dei criteri di accesso unitario ai servizi. In particolare:

- Il SSN deve clusterizzare più nitidamente i propri target, che necessitano di servizi, percorsi e, in parte, di modalità di copayment distinti e specifici: la popolazione sana, i pazienti acuti, i pazienti cronici, le persone con bisogni di LTC, gli utenti occasionali.
- Sul lato della prevenzione, i cittadini sani devono essere sottoposti a programmi di screening in funzione della loro età, genere e fattori specifici di rischio in un disegno che dovrebbe definire target nazionali precisi, lasciando alle Regioni il compito di scegliere le modalità organizzative di erogazione e raggiungimento di questi target. Sul lato della promozione della salute, in cui il SSN è tradizionalmente più debole, è giunto il momento di assegnare obiettivi e definire responsabilità organizzative nel SSN, essendo sempre più forti le clusterizzazioni sociali rispetto ai comportamenti a rischio salute (obesità, sedentarietà, ecc.)
- Nell'attività ospedaliera per acuti le UO con un livello di casistica insufficiente devono essere accorpate in un arco di tempo definito (es. entro 3 anni), lasciando alle Regioni e ai processi di collaborazione inter-aziendale la programmazione e l'attuazione locale. Tutti gli ospedali devono inserirsi organicamente in reti cliniche verticali per patologia per la valorizzazione delle alte specialità e il coordinamento della filiera delle prestazioni diffuse. Nei contesti metropolitani si possono privilegiare logiche di accentramento che rafforzano gli *hub* e le *focused factory* esistenti. In contesti più decentrati e dispersi è possibile sia ipotizzare modelli basati su hub locali, sia modelli basati su ospedali con vocazioni distinte messi in rete tra di loro, per salvaguardare una quota di capillarità erogativa e il consenso degli stakeholder. Alle reti cliniche per specialità devono aggiungersi le reti orizzontali locali per fasi del processo assistenziale, promuovendo la fluidità dei passaggi, tra momento acuto, riabilitativo, post acuto, cure domiciliari, ecc.
- Per assistere la cronicità, la differenziazione e segmentazione dei setting assistenziale determina una separazione tra i luoghi di erogazione (dispersi) e i luoghi di produzione e diffusione del sapere clinico (tradizionalmente concentrati in ospedale), che devono trovare una sintesi nel disegno organizzativo delle aziende. Infatti, le patologie croniche non possono essere seguite esclusivamente né in setting specialistici ospedalieri, né nelle case della salute. I primi sono troppo preziosi e costosi per seguire l'intero processo assistenziale, soprattutto per prestazioni a basso contenuto specialistico (visite di controllo) o per stadi bassi di patologia. Le seconde non hanno tutte le competenze cliniche necessarie. È necessario integrare in un processo unitario i due ambiti: questo è possibile solo dopo aver definito nitidamente la vocazione specifica di entrambi. Occorre suddividere le fasi assistenziali (reclutamento, costruzione PAI, erogazione prestazioni, controllo compliance ed esiti) e gli stadi per ogni patologia rilevante.



L'ospedale, quindi, può utilmente mantenere un ruolo di leader di knowledge management clinico per singola disciplina sull'intera filiera assistenziale. La casa della salute può operare come il garante dell'accesso equo e della ricomposizione della fruizione.

- La rete per la LTC deve essere programmata definendo il mix sostenibile tra le diverse forme assistenziali disponibili (LD, ospedale di comunità, strutture protette, sub e post acuti, ecc.) fissando a livello regionale o nazionale la missione e gli standard assistenziali attesi per ogni tipo di setting e conseguentemente relativa tariffa di riferimento sostenibili con le risorse date. Va decisa la durata massima dell'assistenza LTC garantita gratuitamente dal SSN (a livello internazionale si considera un massimo di 60-90 giorni). In seguito si accede a servizi di LTC socio-sanitari (domiciliari, diurni, di ricovero) in cui la parte alberghiera è a pagamento della famiglia (o del comune per gli incapienti). Partendo da rilevanti livelli di eterogeneità inter-regionale di dotazioni disponibili, il percorso di avvicinamento delle singole regioni deve prevedere tempi e step di realizzazione significativamente diversi.
- Agli utenti occasionali va reso esplicito il reale livello di copertura delle richieste che il SSN è in grado di offrire, anche in funzione della valutazione di appropriatezza che si esprime. In molti ambiti (odontoiatria, ginecologia, oculistica, dietologia, ecc.) il tasso di copertura dei bisogni da parte del SSN è oggi molto modesto. Soprattutto nell'area degli utenti occasionali, il SSN dovrebbe esplicitare "cosa" riesce a offrire e a "chi" in tempi ragionevoli e cosa invece deve essere pagato in toto o in parte. A questo proposito il SSN potrebbe candidarsi come produttore credibile, con prezzi calmierati e un livello robusto di appropriatezza che dovrebbe diventare lo standard di mercato. Passare ad una logica di universalismo selettivo, seppur limitata agli utenti occasionali, è molto complesso dal punto di vista valoriale e identitario per il SSN. D'altra parte, continuare a rappresentare e concettualizzare il SSN come uno schema perfettamente universalistico, rischia di determinare mappe concettuali e decisioni irrealistiche e quindi potenzialmente distorsive.
- Il percorso diventa per i cronici l'asse di riferimento operativo e di responsabilità e ciò implica concretamente che meccanismi di accesso dei pazienti cronici, una volta reclutati nei percorsi, devono avvenire in *back-office*, che concretamente vuol dire che devono uscire dal sistema CUP, che vede l'utente prenotare da solo ogni singola prestazione. La casa della salute potrebbe essere il perno di questo tipo di interfaccia, diventando il luogo di accesso e garanzia per le patologie croniche leggere, continuando, per ragioni di equità, ad offrire il percorso di accesso anche ai pazienti occasionali, seppur in maniera differenziato, attraverso il CUP.
- Il punto decisivo è l'attivazione di processi proattivi di reclutamento dei pazienti cronici eleggibili (che hanno ciò superato una soglia predefinita di patologia, per evitare un reclutamento inflattivo), avendo come target la prevalenza e l'incidenza conosciuta. Il reclutamento precoce deve essere una funzione dispersa (screening,



MMG, servizi sociali, specialistica, ospedale) ma confluire da un punto di vista organizzativo e informatico in un unico punto che presidia il governo dei tassi di reclutamento della prevalenza stimata.

- I punti unici di accesso (PUA) potrebbero essere invece il luogo privilegiato per la LTC. Essi dovrebbero integrare in un progetto unitario per l'utente i servizi socio-assistenziali, quelli socio-sanitari e le risorse provenienti dall'INPS (es. assegno di accompagnamento). In altri termini, il progetto assistenziale individuale deve comprendere i servizi garantiti dall'ente locale, dal SSN includendo la spesa privata delle famiglie (in toto o in parte finanziata dai contributi INPS). Questo rappresenterebbe una sfida culturale e giuridica per il sistema di welfare, richiedendo elevati livelli di flessibilità, personalizzazione e soggettività interpretativa nelle soluzioni da proporre e nelle ricomposizioni di risorse da attivare, come di norma avviene solo nei sistemi pubblici ad elevato e riconosciuto capitale istituzionale.
- L'*assessment* deve essere fatto sui bisogni dell'utente, a prescindere dalle risorse pubbliche disponibili (come avviene invece oggi: l'UVM valuta come allocare le poche risorse pubbliche disponibili). Il gap che potrebbe emergere confrontando i bisogni assistenziali con le risorse socio-assistenziali, quelle sanitarie, i contributi INPS, le risorse di cura della rete familiare e amicale deve essere reso esplicito. Alla luce di questo gap si deve cercare di ricomporre, dove possibile, anche servizi comprati in aggiunta in regime di out of pocket dall'utente o dai suoi familiari.

1.2 Le sfide e gli strumenti manageriali

1. Per l'allineamento dei servizi all'epidemiologia emergente il SSN e il management aziendale ha alcuni compiti critici:
 - Pianificare i nuovi standard infrastrutturali per degenza acuta, per attività ambulatoriale, per la LTC;
 - Attivare processi di costruzione consenso con gli stakeholder interni ed esterni all'azienda per la trasformazione della rete dei servizi;
 - Ridefinire i percorsi degli utenti: quali segmenti di attività in quale *setting* e quale meccanismo di interfaccia e *transitional care*.
2. Soprattutto per la gestione della cronicità e della non autosufficienza è necessario attivare una nuova metrica di misurazione delle performance dell'azienda che faccia perno sulla rilevazione della prevalenza epidemiologica da reclutare per patologia, sul tasso di reclutamento (per tempo/tardivo), sull'aderenza ai percorsi dei professionisti, sulla *compliance* dei pazienti ai percorsi e sugli esiti intermedi.
3. La scomposizione e ricomposizione dei servizi deve distinguere quattro dimensioni progettuali autonome da correlare a geografia variabile: le piattaforme logistiche (es. case della salute, la piastra *day service*, il POT, area di degenza), gli



organigrammi (ovvero la definizione dei confini delle responsabilità organizzative), la *clinical competence* e il connesso *knowledge management* di filiera e, infine, la dimensione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali che ricompongono il percorso di fruizione del paziente. Occorre superare la tradizionale coincidenza tra piattaforma (la divisione ospedaliera), unità operative complesse o semplici (UOC/UOS) e competenze. In un modello organizzativo orizzontale per filiere una UOC/UOS può essere coinvolta in diverse piattaforme logistiche. In alcune di esse l'unità operativa può avere il ruolo esclusivo di produttore, in altre potrebbe essere co-produttore ed esperto di competenze da trasferire e supervisionare ad altri professionisti (funzione di *knowledge management*). A loro volta i percorsi dei pazienti possono attraversare diverse unità organizzative e diversi piattaforme: un meccanismo organizzativo deve garantire loro unitarietà di fruizione.

4. Nell'area della LTC è necessario esplicitare pubblicamente il modesto tasso di copertura finanziabile con le sole risorse pubbliche, ma allo stesso tempo diventare soggetti produttori credibili nel mercato a pagamento, anche in accordo con produttori privati, per attrarre nel perimetro finanziario del SSN le risorse private delle famiglie: questo potrebbe essere una delle strade percorribili per ricomporre le risorse private delle famiglie con quelle pubbliche.

2. Governo dell'innovazione e delle tecnologie

2.1 Il contesto di riferimento e i punti critici

Il concetto di innovazione è applicabile a diversi ambiti prioritari, generalmente percepiti come distanti e autonomi. In particolare, i principali pilastri dell'innovazione sono:

1. Farmaci e dispositivi medici
2. Grandi tecnologie sanitarie
3. Sistemi informativi
4. Immobili

Ognuno di questi quattro pilastri è oggetto di regolazione e programmazione specifica, sebbene con diversi gradi di organicità e affinamento. Manca, ad oggi, una visione sistemica dell'innovazione, che consideri questi ambiti in modo integrato. In altri termini, le complementarietà esistenti sono spesso ignorate, con due conseguenze principali. Primo, l'allocazione delle risorse può risultare inefficace se le logiche di governo prevalenti in alcuni di questi ambiti prescindono da quelle utilizzate per altri: ad esempio, l'acquisto delle grandi tecnologie sanitarie non dovrebbe prescindere dal piano di ridefinizione degli immobili e le metodologie di valutazione non possono ignorare le caratteristiche della rete di offerta che si intende delineare. Secondo,

alcune potenzialità esistenti possono rimanere inespresse o insufficientemente sviluppate: ad esempio, la valorizzazione dei sistemi informativi potrebbe rappresentare un'opportunità per la raccolta di evidenze in capo farmaceutico e dei dispositivi medici, ma se i due ambiti non organizzano le possibili interdipendenze è probabile che tale opportunità non venga colta.

L'agenda del governo dell'innovazione, pertanto, non può prescindere da un avvicinamento di questi sistemi. Ciò deve avvenire, tuttavia, nella logica di sinergia e di potenziamento delle reciproche opportunità e non nella prospettiva di uniformare sotto regolamenti comuni ambiti che mantengono (e devono mantenere) caratteristiche specifiche e peculiari. In particolare, è opportuno:

- identificare e gestire le interdipendenze esistenti tra questi quattro pilastri;
- integrare, definendone ruoli e obiettivi, i livelli decisionali nazionale, regionale e locale;
- creare coerenza nei meccanismi di finanziamento (es. non consentire che tecnologie avanzate siano penalizzate o rese inutilizzabili da setting operativi obsoleti) ma non concorrenza, in quanto ognuno di questi pilastri necessita di regolazioni e meccanismi di finanziamento propri.

Data l'eterogeneità degli ambiti affrontati, di seguito, si presentano per ogni specifico settore le priorità d'intervento alla luce di una breve diagnosi del fenomeno.

2.2 Le sfide e gli strumenti manageriali

2.2.1 Farmaci e dispositivi medici

L'attuale scenario regolatorio presenta una forte differenza tra farmaci, per i quali esiste un sistema di *governance* già abbastanza strutturato ed articolato e che necessita di affinamento, e i dispositivi medici, per i quali solo recentemente sono state avanzate ipotesi di *governance*, culminate nella proposta che il CERGAS ha formulato per il sistema di *Health Technology Assessment* (HTA) nazionale dei dispositivi medici.

Assistenza farmaceutica: aspetti salienti e priorità d'intervento

Con riferimento all'assistenza farmaceutica, il quadro attuale può essere così delineato:



- Il SSN mostra un'importante capacità di controllo della spesa farmaceutica: l'incidenza della spesa farmaceutica sulla spesa SSN è calata dal 18,2% nel 2001 al 15,3% nel 2013.
- Il contenimento della spesa farmaceutica pubblica non ha generato un consistente shift verso la spesa privata. Se si considera sia la spesa per farmaci acquistati da aziende sanitarie pubbliche, sia quella convenzionata coperta dal SSN, il SSN ha rimborsato il 66% della spesa farmaceutica nel 2013 (72% nel 2001).
- La capacità di controllo della spesa pubblica per farmaci è stata generata dalla presenza di due tetti specifici per la farmaceutica (ospedaliera e convenzionata), da un approccio stringente alla negoziazione dei prezzi (i prezzi di listino sono ancora tra i più bassi a livello europeo), dalla presenza di diversi accordi di rimborso condizionati agli effetti del farmaco sulla salute dei pazienti e sulla spesa, dalla scadenza di numerosi brevetti e dalle azioni regionali e locali di controllo della spesa.
- Il sistema però soffre di alcuni limiti strutturali, tra cui si segnalano: (i) il rapporto dialettico Aifa-Regioni-Aziende Sanitarie: diverse sono state le iniziative volte a ribadire il presidio centrale sulle condizioni di accesso e quello regionale/locale sul governo dei comportamenti, ma la responsabilità del livello regionale/locale sulla spesa e la comunicazione limitata sul rationale delle scelte di accesso a livello centrale hanno creato momenti importanti di conflitto; (ii) la variabilità delle iniziative regionali con conseguenti differenze di accesso tra territori e di eterogeneo impegno sulle iniziative specificamente locali di stimolo all'appropriatezza d'uso (iii) la presenza di tetti di spesa, che pur avendo garantito un controllo della spesa, hanno generato un approccio di silos budget (trascurando gli effetti dei farmaci su altre prestazioni sanitarie e viceversa) e, per come sono stati impostati, una rilevante complessità gestionale e conflitti con imprese e distribuzione; (iv) un livello di trasparenza piuttosto basso nel processo di valutazione dei nuovi farmaci ai fini della determinazione delle condizioni di accesso; (v) un ricorso limitato e competenze esterne nella fase di *assessment*.

In questo quadro generale, le questioni su cui il sistema deve concentrarsi nell'immediato futuro sono presentate di seguito.

- E' necessario affinare il sistema di *governance* (i) che si ispiri alle logiche di HTA (valutazioni multi-criterio, interazione trasparente con gli stakeholder, interazione con istituti di ricerca per la conduzione e/o validazione degli studi, e tendenziale separazione tra momento dell'*assessment* e momento della decisione / appraisal), e (ii) che chiarisca il ruolo del livello centrale (selezione e definizione prezzi) e delle regioni/aziende sanitarie (organizzazione dei processi - es. selezione dei centri di prescrizione, definizione del setting assistenziale, modalità distributive - e gestione - es. verifica di appropriatezza d'uso).
- E' necessaria una maggiore trasparenza di AIFA ed un maggiore impegno delle regioni ad evitare interventi che vanno a ridefinire le condizioni di accesso già negoziate in sede centrale. E' importante che l'AIFA renda pubblici dossier che



esplicitino il rationale delle decisioni prese. Questo potrebbe ulteriormente favorire l'accesso dei farmaci ai prontuari regionali e meglio focalizzare l'intervento regionale su *place in therapy* e sequenze terapeutiche attraverso azioni di governo del comportamento prescrittivo.

- E' necessario ripensare al sistema dei tetti sulla spesa farmaceutica. Oltre a prevedere una semplificazione del contesto applicativo, attraverso l'introduzione di un tetto unico, sarebbe utile pensare ad un graduale superamento della logica dei tetti (o del tetto), almeno nella forma attuale di tetti agganciati alle risorse complessive del SSN. Tale logica, infatti, pur essendo rassicurante per il controllo della spesa, non consente di incorporare nella negoziazione delle condizioni di prezzo e rimborso gli effetti che un farmaco ha su altre prestazioni sanitarie (costi evitati). A questo proposito sarebbe opportuno avviare dei ragionamenti che inquadrino il problema del consumo delle risorse dalla prospettiva del costo per patologia o per target di pazienti, in modo da rendere visibile sia le possibili complementarità tra i diversi silos (farmaceutica, specialistica, ricoveri, LTC, ecc.), sia per promuovere investimenti in innovazioni in grado di impattare sull'intera filiera e quindi di ridurre il costo complessivo di trattamento della patologia.
- E' importante investire sui tempi negoziali: secondo l'ultima rilevazione dell'EFPIA (European Federation of the Pharmaceutical Industry Associations) i tempi medi di approvazione dei farmaci è stata in Italia di quasi un anno, cui si aggiungono poi i tempi di accesso regionale. L'introduzione della Classe C(nn), che prevede l'accesso immediato ed antecedente alla chiusura della negoziazione di prezzi e rimborsabilità, ma a carico del SSN solo nell'ambito di eventuali accordi con regioni, è stata criticata sotto il profilo dell'inefficacia applicativa (non viene infatti previsto un fondo ad hoc per le regioni) e dei riflessi sotto il profilo dell'equità nell'accesso. Il Patto per la Salute 2014-2016 ha previsto un suo graduale superamento, essendo specificato il ritorno della contestualità tra AIC e definizione del regime di rimborsabilità. E' chiaro che un più rapido processo di approvazione della rimborsabilità richiede (i) un ulteriore sforzo nella definizione di criteri standard di presentazione del dossier prezzi-rimborso e di trasparenza nei processi ed esiti della valutazione (ii) la consapevolezza che una negoziazione rapida può comportare la mancata approvazione della rimborsabilità o la rimborsabilità a condizioni più restrittive (per esempio su sottopopolazioni) rispetto alle indicazioni registrate.
- E' opportuno che venga introdotto un criterio univoco ed il più possibile oggettivo di valutazione del valore terapeutico aggiunto (innovatività) e che questo venga in qualche modo associato al premio di prezzo da garantire a farmaci innovativi. Ad oggi il sistema è caratterizzato da un vuoto normativo (il vecchio percorso di valutazione del beneficio incrementale non è più presente) e si contano diverse definizioni di innovatività e di relative condizioni di accesso agevolate (immediato accesso ai mercati regionali, mancato pagamento del payback in caso di sfondamento del tetto di spesa, fast track teorico nel processo di approvazione delle

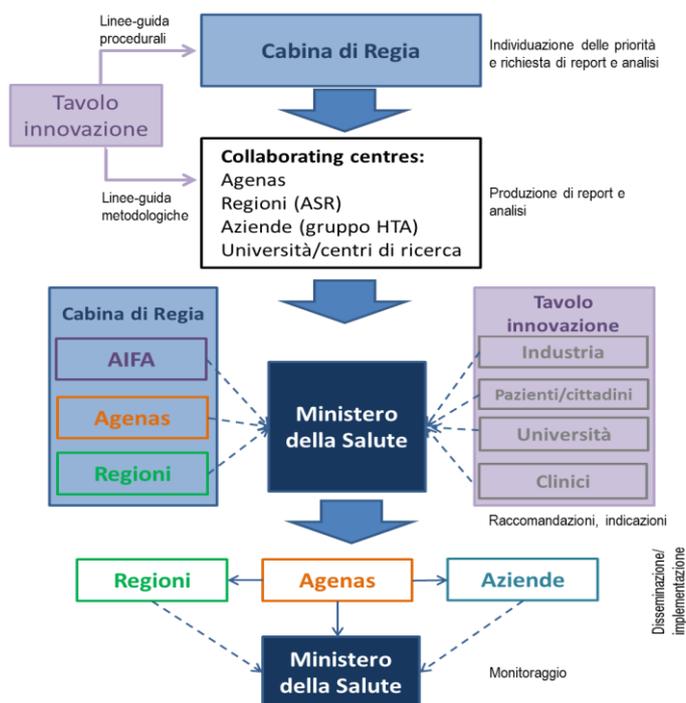
condizioni di prezzo e rimborso), senza esplicitamenti collegamenti alla definizione di premi di prezzo per i nuovi farmaci.

- La componente di impatto economico dovrebbe essere sistematicamente ed agganciata a quella clinica, anche con l'introduzione esplicita della costo-efficacia non ricadendo però nella rigidità del NICE inglese. In altri termini, la costo-efficacia con eventuali range di valori-soglia dovrebbe essere uno, ma non l'unico criterio decisionale del rimborso e del prezzo. L'obiettivo è di mantenere una logica multidimensionale in cui altri aspetti come rilevanza della patologia, la presenza di alternative, la dimensione assoluta del beneficio incrementale, la dimensione attesa del mercato, ecc. siano comunque prese in considerazione.

Dispositivi medici: disegno e implementazione di un sistema di governance

Per i dispositivi medici non esiste, oggi, una *governance* per la valutazione e la selezione, ma il Ministero ha già previsto lo sviluppo di un sistema unitario. Una proposta in tal senso è arrivata dal CERGAS (Figura 1). Il CERGAS Bocconi ha delineato i tratti del nuovo piano di HTA nazionale per dispositivi medici. La struttura si fonda sul ruolo chiave del Ministero della Salute, che stabilisce a quali tecnologie dare priorità per la valutazione, commissiona report e analisi, formula raccomandazioni (*appraisal* per gli anglosassoni) sulla base di queste. In queste attività, il Ministero è supportato da Agenas, AIFA (per la parte di sua competenza su dispositivi interagenti con medicinali) e Regioni, nell'ambito di una "Cabina di Regia". La fase di valutazione (*assessment* per gli anglosassoni), ovvero la ricerca sistematica e sintesi delle migliori evidenze cliniche, economiche, organizzative e sociali, potrà essere di volta in volta affidata a organi tecnici regionali o aziendali di HTA, Agenas, Università o Centri di Ricerca con comprovata esperienza in materia di valutazione di tecnologie sanitarie che si candidano, sulla base di criteri trasparenti e predefiniti, a divenire collaboratori del principale attore ministeriale (accreditamento).

Figura 1: modello di *governance* per l'HTA dei dispositivi medici



2.2.2 Le grandi tecnologie: un approccio per il rinnovamento dello stock

Lo stock tecnologico va costantemente aggiornato, in funzione del diverso grado di obsolescenza delle apparecchiature presenti nei vari centri e del progresso scientifico / innovazione tecnologica alla luce delle rinnovate missioni assegnate alle singole unità d'offerta. Le principali sfide riguardano la valutazione delle priorità, la complementarietà rispetto alla razionalizzazione degli immobili e le sinergie potenziali rispetto alle revisioni della geografia dei servizi.

Le principali linee di azione possono essere sintetizzate come segue:

- selezione delle tecnologie sulla base delle evidenze disponibili e sul setting organizzativo di utilizzo;
- associare il rinnovamento delle grandi apparecchiature all'opportunità fornita dall'accorpamento di unità operative ospedaliere, potendo concentrare le poche risorse disponibili in conto capitale, su un portafoglio di tecnologie più limitato;
- sfruttare la concentrazione in modo da raggiungere in modo pianificato dimensioni di casistica e di saturazione produttiva adeguate;
- diffondere tecnologie a minore intensità specialistica e tecnologica negli altri setting assistenziali, che emergono dalla evoluzione della geografia dei servizi.

2.2.3 Sistemi informativi

I sistemi informativi aziendali, regionali e nazionali sono spesso chiamati a modifiche, integrazioni e ampliamenti, soprattutto in relazione ai frequenti interventi di rimodulazione dei perimetri aziendali e avvio di collaborazioni inter-aziendali. Sono quindi molteplici le opportunità revisione o rifondazione dei sistemi informativi. L'approccio proposto per cogliere queste opportunità si fonda soprattutto sulla valorizzazione della ricchezza potenziale di informazioni già contenuta in flussi di dati e database che oggi non sono in comunicazione. Ad un ridotto investimento, pertanto, possono seguire importanti allargamenti del set di dati e di informazioni a disposizione, coerenti ai bisogni di governo e alle nuove caratteristiche dei servizi indotti dall'epidemiologia emergente. Le innovazioni necessarie sono:

- rivedere le architetture e gli orientamenti di fondo dei sistemi informativi aziendali: da misura della produttività delle unità operative a leva di audit e cambiamento della nuova filiera dei servizi per la gestione integrata della cronicità per la quale raccogliere evidenze real-world;
- riuscire a monitorare la prevalenza epidemiologica dei singoli territori, il tasso di reclutamento dei pazienti, la percentuale di aderenza ai percorsi da parte delle filiera professionale, il tasso di compliance dei pazienti e i correlati esiti intermedi, per evidenziare i gap nei singoli processi assistenziali (reclutamento, diagnosi e prescrizione, accesso, produzione, ecc.);
- valorizzare la potenzialità del monitoraggio e della raccolta di informazioni sul singolo paziente per disporre di gap analisi che identificano chiaramente i target di azioni per le varie fasi del processo assistenziale;
- non servono investimenti particolari al di fuori dell'architettura di convogliamento dei flussi di dati già esistenti (in gran parte);
- sarebbero possibili e in molti casi auspicabili le *partnership* con le imprese del settore.

2.2.4 Immobili

Le principali tendenze in atto riguardano gli accorpamenti di più strutture o presidi e la necessità di gestire il patrimonio complessivo, tra dismissioni e nuove strutture. Le principali linee di azione fanno, pertanto, riferimento alla concentrazione delle strutture e delle competenze, riducendo il numero degli ospedali e alla conseguente gestione del rinnovamento strutturale e della valorizzazione del patrimonio dismesso.

Concentrazione

- Ridurre il numero degli ospedali e dei poli territoriali, individuando le strutture di riferimento, in grado di offrire l'insieme dei servizi prima erogati in maniera dispersa. Questo vale soprattutto per gli stabilimenti ospedalieri piccoli e



medio-piccoli, spesso eccessivamente dispersi e frammentati nei territori, che hanno vicariato, largamente, funzioni che dovrebbero essere garantite da altre e diverse tipologia di setting assistenziali (intermedi o cure primarie). Allo stesso modo, anche molti servizi territoriali (si pensi ai piccoli ambulatori specialistici), hanno risposto più a logiche di visibilità e consenso politico, che a quelle di soglie dimensionali minime, per garantire un portafoglio di servizi sufficientemente completo e organico;

- Sfruttamento dei vantaggi della dimensione e della concentrazione di competenze, superando l'attuale frammentazione e dispersione sul territorio (illusione della prossimità). I grandi centri, peraltro, potranno ricoprire un ruolo incisivo nella diffusione delle innovazioni, riducendo notevolmente gli svantaggi legati alla prima fase della curva di apprendimento.

Gestione del patrimonio

- Riconvertire gli ospedali chiusi in strutture intermedie / di cure primarie / ambulatori, il che produce un risparmio sulle risorse complessive;
- Favorire l'eventuale dismissione a reddito degli immobili non riconvertiti, migliorando la collaborazione con gli enti locali nella ridefinizione delle destinazioni d'uso urbanistiche produce una monetizzazione del patrimonio;
- Consentire alle ASL di indebitarsi in ragione dei risparmi potenzialmente ottenibili dai piani di investimento e rinnovo infrastrutturale al fine di favorire processi di sviluppo organizzativo supportati da trasformazioni logistiche;
- Utilizzare i capitali privati in modo sinergico rispetto ad altre fonti di finanziamento (valorizzazione patrimonio, aumento delle possibilità di accesso al credito), garantendo il reinvestimento dei surplus nei servizi ai cittadini;
- Promuovere forme di PPP basate non solo sull'apporto di capitali ma anche di know-how specialistico (alta tecnologia; ricerca).

3. Nuovi perimetri delle aziende sanitarie pubbliche e governance dei processi di fusione

3.1 Il contesto di riferimento e i punti critici

Il SSN del nostro Paese è stato caratterizzato, sin dalla sua costituzione, da rilevanti processi di aggregazione/fusione di aziende sanitarie. A partire dal 1993, rispetto alle USL, connotate come organizzazioni integrate e tendenzialmente ancorate al livello comunale, si è assistito a un duplice processo. Da una parte, un processo di "de-integrazione" ha portato alla creazione di aziende autonome e maggiormente specializzate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera (le AO), dall'altra, un processo di

concentrazione e allargamento delle dimensioni ha fatto sì che da più di 650 USL si passasse a 197 ASL nel 2001. Fino ai primi anni duemila i due fenomeni si sono compensati, producendo una sostanziale stabilità nel numero complessivo delle aziende sanitarie pubbliche¹.

Nell'ultimo decennio, l'effetto di concentrazione e di aumento delle dimensioni medie ha iniziato a prendere il sopravvento, riducendo il numero delle aziende di circa un quinto. In particolare, a partire dal 2001 il SSN è stato caratterizzato da una fase di ingegneria istituzionale che ha visto il moltiplicarsi di scelte di ridefinizione istituzionale delle aziende sanitarie pubbliche² attraverso soprattutto processi di fusione (cfr. Tabella 1 si è passati da 330 aziende del 2001 a 244 nel 2015 registrando una variazione del -26%. In particolare, per le due tipologie di aziende numericamente più rilevanti (ASL e AO), si registrano i seguenti trend: si è passati da 197 ASL del 2001 a 139 ASL del 2015 (bacino di utenza medio per ASL pari a circa 437.000 abitanti nel 2015 che è aumentato di quasi il 50% rispetto a quello del 2001) e da 97 AO del 2001 a 75 AO del 2015. La riduzione del numero delle aziende è stata anche accompagnata da un decremento del numero dei posti letto (RO e DH) pari al 23%.

La dinamica delle fusioni – insieme alla spinta sottostante di come assicurare nei sistemi sanitari regionali una maggiore cooperazione tra le aziende – è destinata ad intensificarsi.

3.2 Le sfide e gli strumenti manageriali

Posto che i processi di fusione sono una parte rilevante dello scenario della sanità italiana, ma che i quadri concettuali che li avrebbero dovuti guidare, o almeno giustificare, nella maggior parte dei casi, non sono stati esplicitati, appare importante evidenziare alcune aree di attenzione che, se opportunamente considerate, possano aiutare management e aziende ad affrontare i processi di fusione e i progetti di cooperazione interaziendale.

a) Esplicitare gli obiettivi del processo di fusione o di collaborazione

Le possibili finalità di un processo di fusione o di aumento dei processi di coordinamento inter-aziendali sono molteplici: desiderio di concentrare le casistiche e unità operative e il conseguente sviluppo della rete dei servizi, ricerca di maggiore omogeneità nei servizi, attesa di economia di scala nei processi di acquisto e produttivi, condivisione e riduzione dei costi amministrativi e dei servizi di supporto, espansione dei processi di knowledge management, ecc. E' importante esplicitare

¹Per semplicità non vengono qui considerati altre tipologie di istituti pubblici in ambito sanitario quali gli IRCCS e i policlinici universitari a gestione diretta.

² In questo caso per aziende sanitarie pubbliche s'intende l'insieme di ASL, AO, IRCCS di diritto pubblico e AOU pubbliche integrate con il SSN (ex Policlinici pubblici a gestione diretta).

quale sia l'obiettivo, per orientare i cambiamenti possibili in quella direzione e disporre di target attesi rispetto ai quali orientare la gestione e il monitoraggio dei risultati di breve e lungo periodo. Siamo consapevoli che l'esplicitazione degli obiettivi può declinarsi a livelli diversi in funzione delle competenze e sensibilità delle diverse categorie di stakeholder coinvolti.

b) Diversificare le soluzioni istituzionali e di governance disponibili

Le aziende del SSN sono sempre più diversificate tra di loro, per dimensioni e per missioni. Si pensi alla distanza delle missioni confrontando la ATS dell'area metropolitana di Milano (agenzia di programmazione e acquisto per oltre 3 milioni di abitanti) e la AUSL della Valle d'Aosta che produce servizi sanitario di media complessità per 100.000 abitanti. E' difficile ipotizzare che aziende dalle finalità, dagli stakeholder e dai fabbisogni di governo così diversi possano tutte basarsi su di una stessa configurazione istituzionale. La diversificazione intrapresa per gli IRCCS (diventati fondazioni con un CdA, un Presidente, oltre alla triade DG/DS/DA) va contestualizzata per le altre nuove tipologie di aziende sanitarie pubbliche.

c) Gigantismo e livelli di responsabilità intermedi

Le aziende dalle dimensioni davvero rilevanti (oltre 1 Mld di bilancio annuo) fisiologicamente devono articolarsi in divisioni autonome, andando verso il modello della holding con delle controllate. Le divisioni possono essere configurate attorno a diverse specificità territoriali, oppure attorno a diverse materie e discipline mediche. Ognuna di essa dovrà disporre di adeguati livelli di autonomia gestionale, con relativi meccanismi di accountability manageriale e profili di rappresentatività istituzionale. Si tratterà, comunque, di divisioni con oltre 150/200 milioni di bilancio annuo, che richiedono anche uno sviluppo contrattuale e professionale di ciò che oggi chiamiamo middle management, i cui compiti tenderanno ad essere più facilmente assimilati a funzioni oggi svolte dal top management.

d) Un investimento iniziale in capacità è indispensabile

Nel caso di cooperazioni o concentrazioni interaziendali di entità rilevante, diventa importante poter disporre in una prima fase di risorse per costruire la «capacità» di affrontare le nuove sfide. Come riportano le evidenze sui processi di cambiamento, vi è una correlazione positiva provata tra tempi ed efficacia del cambiamento ed investimento sostenuto inizialmente. Tra le ragioni che rendono necessario un investimento è possibile menzionare:

- la necessità di avere a disposizione tecnostrutture centrali in grado per capacità e competenze di gestire il cambiamento e i conseguenti processi di razionalizzazione ed ottimizzazione organizzativa;
- la possibilità di sostenere i costi emergenti connessi al consolidamento delle funzioni di supporto (che possono nel breve periodo spesso eccedere i risparmi ottenibili), costi che possono essere di varia natura:



- legati al dover interfacciare unità centrali con strutture decentrate (tecnologie e posizioni dirigenziali di raccordo);
- collegati alla predisposizione di spazi logistici appositi (i muri sono importanti) e di meccanismi e strumenti operativi ad hoc;
- costi una tantum, collegati al superamento delle resistenze al cambiamento;
- o i processi di formazione e sensibilizzazione necessari per allineare linguaggio, valori e culture organizzative;
- o la necessità di prevedere e sostenere gli innesti di competenze dall'esterno per contaminare l'organizzazione.

e) E' necessario guardare ai processi e non solo alle strutture organizzative

Le evidenze disponibili ci rappresentano una situazione in cui sono i processi di re-ingegnerizzazione delle attività i maggiori impatti sulle dinamiche di costo, con punte di ottimizzazione che arrivano fino al 20% dei costi complessivi. In questo senso i risultati migliori sono conseguiti dalle concentrazioni interaziendali che attivano logiche di rete intelligente. E' necessario dedicare una specifica attenzione, con apposite task force che si concentrino sulle attività di riconfigurazione, re-ingegnerizzazione e diffusione delle *best practice*.

f) Ha senso optare per assetti di governo forti e sufficientemente definiti

Le cooperazioni interaziendali e intra-organizzative (tra unità operative senza legami strutturali) sono esercizi complessi. Le evidenze ci dicono che se gli obiettivi della cooperazione sono molto ambiziosi in termini di consolidamento e riconfigurazione dei sistemi di offerta (concentrazione) gli ancoraggi strutturali sono fondamentali. Da questo punto di vista, una rapida e chiara definizione del punto di arrivo (nuovi assetti e responsabilità) può risultare più conflittuale nel brevissimo periodo, ma impedisce «guerre di posizione» e la costruzione di trincee difficili da rimuovere successivamente. L'atto aziendale e i regolamenti di organizzazione sono strumenti che possono essere utilizzati per definire i nuovi ruoli e le responsabilità delle UU.OO aziendali.

g) Serve un piano per il pieno sfruttamento di tutto il portafoglio di azioni

Per sfruttare appieno le potenzialità offerte dalla cooperazione e concentrazione, serve sviluppare fin dal principio un piano articolato con il portafoglio azioni da attuare, di modo da costruire il *master plan* e la *road map* del processo di cambiamento atteso.

h) Orizzonti temporali ben calibrati sono importanti

Le concentrazioni interaziendali rischiano di porre attenzione esclusiva a risparmi economico-finanziari da conseguire nel brevissimo periodo. Il rischio è quello di minare la capacità del sistema di svilupparsi nel medio - lungo termine. Da evitare anche il rischio della scelta opposta del rimandare nel tempo le decisioni critiche (consolidamenti clinici e di altra natura, riconversione di strutture, ecc.), che invece

sono fondamentali spesso per dare pieno corpo ai vantaggi portati dalla cooperazione-concentrazione interaziendale, e soprattutto per legittimarne la scelta.

4. Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel il SSN

4.1 Il contesto di riferimento e i punti critici

Nell'attuale dibattito sul futuro del servizio sanitario italiano meritano una particolare attenzione i cambiamenti che stanno avvenendo in quei circuiti economici del settore sanitario non sostenuti da risorse pubbliche e trainati, in misura prevalente, da scelte individuali e da meccanismi di mercato. Si tratta dei consumi che attengono ai bisogni di salute finanziati attraverso la spesa diretta delle famiglie (out of pocket), delle imprese (es. medicina del lavoro) o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso). Tali consumi possono essere intesi, in prima approssimazione, come, appunto, «consumi privati» (Rapporto OASI 2013).

Le politiche di contenimento della spesa pubblica, l'empowerment del paziente, l'intensificarsi delle interdipendenze all'interno del settore sanitario e di questo con altri settori, l'innovazione tecnologica e la vivacità della rete di offerta nel rispondere alle nuove sfide, sono solo alcuni dei fenomeni che rendono i consumi privati in sanità una realtà che merita una sempre maggiore attenzione.

Si tratta in realtà di un fenomeno che vale circa 33 miliardi di euro nel 2014, pari a circa il 22% della spesa sanitaria totale, rispetto al quale l'amministrazione pubblica italiana, in linea con un modello di sanità Beveridge, mantiene un duplice ruolo. Da una parte la PA "regola" il mercato privato in quanto:

- autorizza l'esercizio degli erogatori di servizi sanitari, in modo da garantire degli standard minimi di servizio;
- definisce i livelli essenziali di assistenza pubblica (LEA) e, di conseguenza, "cede" ai consumi sanitari privati il resto delle prestazioni (esempio classico è odontoiatria);
- stabilisce vincoli e incentivi fiscali per il "Secondo Pilastro" del finanziamento della spesa (Assicurazioni, Fondi Sanitari Integrativi, ecc.).

Dall'altra, si configura, come importante "erogatore" di servizi finanziati (in tutto o in parte) privatamente in quanto:

- Eroga prestazioni attraverso il co-finanziamento privato (ticket), per un valore pari a circa 1,5 miliardi di euro (2013);
- Eroga prestazioni totalmente finanziate privatamente da famiglie e/o intermediari finanziari (attività a pagamento negli ospedali), per un valore pari a circa 1,2 miliardi di euro (2012).



La PA tende da sempre a "ignorare" il tema dei consumi sanitari privati come possibile risorsa per una risposta ai bisogni collettivi. Questo comporta:

- l'assenza di una regolamentazione in alcune possibili aree di intervento (es: prezzi);
- l'assenza di regole e incentivi fiscali adeguati per uno sviluppo solido e appropriato delle forme di finanziamento "integrativo";
- l'assenza di una *governance* pubblica nella gestione dei complessi rapporti tra intermediari finanziari ed erogatori di servizi;
- l'assenza di una *governance* pubblica nella formazione e sviluppo di reti che integrino servizi offerti attraverso il finanziamento pubblico e privato, demandando, così, al consumatore o a istituiti privati, il ruolo di "connettore" dell'offerta (vedi tema geografia dei servizi);
- la scarsa efficacia della politica dei ticket che non sembra disincentivare la domanda inappropriata, ma, piuttosto, sembra incidere su quella appropriata (capitolo 6, Rapporto OASI 2015). A questo si aggiunge l'incentivo "perverso" a comportamenti opportunistici da parte degli operatori (noto aumento dei codici verdi in pronto soccorso);
- un atteggiamento "difensivista" delle policy e del management pubblico rispetto all'attività a pagamento negli ospedali pubblici;
- la difficoltà da parte del sistema di regole di disincentivare in modo efficace i comportamenti opportunistici dei medici, in un contesto di potenziali conflitti di interesse tra obiettivi individuali e obiettivi aziendali. I perimetri istituzionali si concretizzano, infatti, in un insieme di "vincoli" piuttosto che in meccanismi reali di incentivo di comportamenti virtuosi (es: allineamento dell'attività con la programmazione aziendale) e/o disincentivo di comportamenti opportunistici (es: assenza di differenziazione del servizio privato rispetto a quello istituzionale, aumento delle liste di attesa, possibile "evasione fiscale");
- i rigidi perimetri istituzionali contenuti nelle norme risultano poi spesso di non facile applicazione perché percepite come imposizioni inadeguate rispetto alle esigenze strutturali dei contesti di riferimento. Si tratta, ad esempio:
 - dei tentativi (non riusciti) di distinguere in modo netto le possibilità di carriera tra chi opta per il regime "esclusivo" e chi opta per il rapporto non esclusivo con l'azienda pubblica.
 - dei tentativi, più volte falliti, di imporre un "rientro" dell'intramoenia allargata che in alcuni casi può rappresentare un punto di forza nell'intercettare la domanda;
- una sottovalutazione, se non rimozione, del tema strategico del perché le aziende del SSN dovrebbero gestire ed eventualmente sviluppare una attività rivolta al mercato e la conseguente difficoltà delle aziende verso un progressivo "avvicinamento" alle attività rivolte al mercato, sia sul versante dell'operatività che degli obiettivi (almeno quelli relativi all'equilibrio economico);



- la difficoltà delle aziende nel prendere decisioni su:
 - mix di attività privata:
 - ricovero-ambulatoriale;
 - intermediata-out of pocket;
 - attività libero professionale - solvenza aziendale (quest'ultima caratterizzata dal fatto che l'azienda diventa "titolare" dell'attività a pagamento);
 - libera professione intramuraria ordinaria-libera professione "allargata". Quest'ultima considerata fino ad oggi comunemente come un fenomeno da arginare ma che può, invece, risultare in un punto di forza (intercettazione di una domanda che andrebbe comunque in studi privati per prestazioni ambulatoriali);
 - separazione o meno della gestione dell'attività privata. Si tratta in particolare di scegliere se dedicare spazi fisici e un personale ad hoc per lo svolgimento dell'attività privata, in modo da giustificare il pagamento di un prezzo, o se condividere spazi e risorse con l'attività istituzionale, in modo da non generare eventuali disparità di trattamento;
 - determinazione dei prezzi e delle tariffe con Fondi e Assicurazioni. Sono evidenti le difficoltà delle aziende a esprimere politiche coerenti di *pricing* a causa di una serie ampia di ragioni che vanno dalla difficoltà a valutare e monitorare i costi dei servizi, alla scarsa dimestichezza con le analisi di mercato, alla problematica gestione – in organizzazioni professionali o universitarie – di eventuali differenze nel prezzo di vendita sul mercato legate solo al professionista che le eroga (esplicitazione di una gerarchia di mercato rispetto a quella istituzionalmente definita). Non è, quindi, solo una questione di trasparenza come viene spesso richiamato anche dagli interventi normativi ma una questione di come generare i tariffari.

4.2 Sfide e strumenti manageriali

Bisogna innanzitutto uscire dalla retorica politica e "sdoganare" il ruolo effettivo che i consumi sanitari privati hanno nel rispondere ai bisogni di salute, in particolare l'attività a pagamento negli ospedali pubblici. In questo modo si potranno attivare quelle leve di policy e di management per orientare questi fenomeni, ad oggi quasi totalmente svincolati da logiche di integrazione con il sistema di offerta pubblico, e "valorizzarli" rispetto ai finalismi delle aziende pubbliche. Una volta create le pre-condizioni necessarie per operare, bisogna:

- avviare politiche di sistema volte a:
 - estendere e rivedere la regolamentazione (es: prezzi, autorizzazioni, fondi sanitari integrativi, ecc.).



- Intensificare l'intervento della pubblica amministrazione nel ruolo di integratore di servizi, dando la possibilità alle aziende pubbliche di creare percorsi assistenziali che prevedano, laddove ritenuto più opportuno rispetto alle caratteristiche del territorio di riferimento e dei pazienti, il coinvolgimento anche di attori e prestazioni rivolte al mercato. In questa direzione non si può non prendere in considerazione, ad esempio, che quasi il 40% delle prestazioni di visite specialistiche sono consumate nel mercato strettamente privato che spesso è totalmente "scollato" dai percorsi dei pazienti che si trovano, quindi, ad auto-organizzarsi.
- Rispetto a questo ultimo aspetto e, preso atto che per certe prestazioni vi è una presenza importante del mercato privato, si dovrebbe riflettere seriamente sulla possibilità di un "co-finanziamento del pubblico ai consumi privati" per determinate prestazioni e non solo di un "co-finanziamento delle famiglie nei consumi pubblici".
- I ticket andrebbero poi modulati secondo esigenze più mirate alle realtà regionali, tenendo conto anche delle dinamiche di offerta e di domanda del luogo, oltre che di generali criteri di reddito-patologia. In caso di mobilità interregionale si applicherebbero le tariffe della regione di appartenenza.
- Ragionare su quali siano le competenze che mancano alle aziende per essere attori attivi ed efficaci nell'orientare il settore dei consumi privati sia attraverso un governo delle reti che come attore erogatore del servizio in regime privato.
- Sviluppare nuove figure (es: responsabile area a pagamento e fondi) o potenziare quelle esistenti con competenze manageriali per:
 - "leggere il mercato" e formulare strategie adeguate rispetto alla configurazione dell'ambiente esterno di riferimento e coerenti con i fini aziendali;
 - integrare in modo opportuno le operations dell'attività istituzionale con quelle dell'attività a pagamento (contabilità analitica unica, canali di accesso unici, database integrati ecc.);
 - gestire i rapporti con assicurazioni e fondi sanitari integrativi
 - gestire le resistenze dei professionisti nel passaggio interno all'attività privata da logiche di libera professione in senso stretto ad un governo più aziendale del regime privato.
- Sviluppare maggiormente il turismo sanitario come fonte alternativa di entrata in una nazione che fa del turismo una leva economica fondamentale. Questa opzione, di per sé, non è in conflitto con gli obiettivi istituzionali.

5. I cambiamenti necessari nella gestione del personale

5.1 Il contesto di riferimento e i punti critici

La gestione del personale del SSN è già oggi caratterizzata da dinamiche esterne e interne che si influenzano vicendevolmente.

Tra le dinamiche esterne, è utile ricordare la mutazione dei bisogni sanitari, soprattutto cronicità e non autosufficienza, che trasforma la domanda di servizi sanitari e dunque chiede nuovi ruoli, nuove competenze o una loro diversa organizzazione.

Una seconda dinamica esterna riguarda il finanziamento del sistema sanitario pubblico che negli ultimi sette anni hanno comportato misure di contenimento della spesa e dunque della sua principale voce di costo, rappresentata dal costo del personale. Tali misure si sono tradotte principalmente nel blocco degli aumenti contrattuali e nel ricambio solo parziale delle uscite per pensionamento (vero e proprio blocco per alcuni SSR in Piano di Rientro).

Le dinamiche interne riguardano l'evoluzione dei saperi professionali e le traiettorie di professionalizzazione. La vicenda più nota e dibattuta riguarda gli infermieri: con la legge 42/1999 (definitivo riconoscimento di quella infermieristica come professione in senso pieno) e la legge 251/2000 (definitivo inserimento della formazione infermieristica nell'ambito del sistema universitario con l'adozione dello schema "Bologna" di laurea triennale, laurea specialistica, dottorato, master universitari di primo e secondo livello, nonché previsione della qualifica dirigenziale per gli infermieri). Più recentemente, nel dibattito sono ben presenti tutti gli elementi che caratterizzano i processi di professionalizzazione e cioè (secondo la sintesi proposta da Tousijn) l'evoluzione della loro base cognitiva, le modifiche istituzionali dei loro processi formativi, l'azione di collegi, associazioni e sindacati e, infine, il riconoscimento e la protezione da parte dell'ordinamento statale. Tali evoluzioni, qui esemplificate sugli infermieri, valgono per gran parte delle professioni sanitarie. Ciò chiede di trovare nuovi equilibri per la complessiva divisione del lavoro in ambito sanitario, insieme all'attribuzione delle responsabilità che ciò implica, a cui si correlano le attese condizioni contrattuali d'impiego, da sempre fortemente ancorate alle appartenenze professionali, a loro volta basate in larga misura ai titoli di studio richiesti alle diverse figure (più titoli implica migliori condizioni contrattuali).

Una seconda evoluzione che comporterà necessariamente modifiche nella gestione del personale è il rapido e marcato invecchiamento degli organici. Le principali ragioni di ciò sono l'innalzamento dell'età necessaria per andare in pensione e la stretta sulle assunzioni derivanti da vincoli di finanza pubblica. Se nel 2001 l'età media dei dipendenti SSN era di 43 anni, oggi essa è di circa 50. L'invecchiamento degli organici richiede nuove idee, nuove regole e nuove prassi gestionali, nonché una modifica nelle aspettative degli stessi dipendenti. Strettamente collegato all'aumento dell'età dei dipendenti SSN è il tema delle inidoneità lavorative certificate. È infatti chiaro che la prevalenza delle limitazioni alla movimentazione dei carichi o dovute a patologie psichiche, solo per citarne alcune assai frequenti, è correlata all'età anagrafica. Si

tratta di un tema che oggi assume grande rilevanza nella sostenibilità gestionale delle aziende, che di fronte alle dinamiche ricordate sopra non hanno più spazi di manovra per ricollocare il personale.

5.2 Sfide e strumenti manageriali

Da un lato le condizioni di finanza pubblica non permettono grandi aperture, dall'altro le persone quotidianamente impegnate nel SSN sentono di "avere già dato", individuando in elementi esterni i problemi e gli ostacoli che dovrebbero essere risolti per migliorare le condizioni interne. Di seguito ci soffermiamo su alcuni punti che potrebbero essere utilmente affrontati all'interno del SSN e delle sue aziende.

Skill mix change

L'evoluzione dei bisogni, della tecnologia e dei percorsi formativi, rendono necessaria una costante revisione della divisione del lavoro. A tali evoluzioni, se ne aggiunge un'altra, estremamente importante: l'insufficiente tasso di ricambio dei medici. I prossimi anni infatti saranno influenzati dagli effetti dell'introduzione del numero chiuso per l'accesso al corso di laurea in medicina e chirurgia nel 1986, che ha portato a una forte riduzione degli ingressi nella professione a partire dagli anni novanta (i laureati sono passati dai 15'000 all'anno a metà anni '80, fino ai 6'000 circa degli anni più recenti).

In questo quadro si impone la necessità dello skill mix change (cioè di cambiamento nella combinazione di figure professionali richieste per le attività SSN, con un aumento atteso dell'incidenza complessiva delle professioni sanitarie rispetto ai medici, oltre a un incremento delle figure di supporto assistenziale -OS/OTA), che richiede di:

- promuovere empowerment clinico-assistenziale delle figure professionali coinvolte nell'ambito di selezionate malattie croniche, definendo PDTA che partano nella loro progettazione anche dalla revisione delle competenze professionali e delle responsabilità collegate.
- accompagnare tali innovazioni con:
 - o adeguato supporto da parte delle Regioni (titolari del potere di organizzazione dei servizi sanitari);
 - o un'azione volta a indebolire - sia nella cultura organizzativa e nelle aspettative degli operatori, sia nelle norme contrattuali e del pubblico impiego - il determinismo nel nesso tra titoli di studio e condizioni d'impiego;
 - o valutazioni sistematiche e di qualità dell'impatto di tali nuove soluzioni organizzative sulla salute degli assistiti.

Assunzioni e contratti di lavoro



Un altro ambito di azione riguarda la probabile riapertura delle assunzioni (in tal senso vanno i programmi operativi di buona parte dei Piani di Rientro) e della contrattazione collettiva nazionale.

Sulle assunzioni, il rischio è che esse siano determinate più dal numero dei pensionamenti e delle altre uscite accumulate nel corso degli anni dalle singole figure professionali, che non da una rinnovata capacità di ri-programmare il fabbisogno di personale. In questo contesto, le valutazioni dovrebbero basarsi sulla revisione comparata di approcci, strumenti e standard adottati nelle diverse Regioni e nelle aziende SSN per la determinazione del fabbisogno di personale nei principali setting assistenziali.

Per quel che riguarda i contratti nazionali di lavoro e la probabile riapertura delle negoziazioni, le esigenze prioritarie sembrano due:

- una chiede un maggior coinvolgimento dell'esperienza e delle istanze del management aziendale SSN nella negoziazione dei CCNL. In altri termini, la "parte datoriale" dovrebbe basare le sue richieste e le sue condizioni sull'esperienza maturata negli anni dal management delle aziende. Tale punto di vista è stato molto debole nelle passate tornate contrattuali e invece è utile partire dalle necessità aziendali, dalle innovazioni organizzative in atto e dalle competenze che le direzioni strategiche delle aziende SSN hanno costruito nel tempo, dovendo presidiare al contempo le dimensioni politica, istituzionale, aziendale e clinica-assistenziale. Questo maggiore coinvolgimento dei manager SSN, che dovrà evidentemente basarsi su regole di rappresentanza da costruire, responsabilizzerà uffici e professionisti preposti alla gestione del personale delle aziende, stimolandoli a riflettere sui reali bisogni organizzativi e sulle loro possibili soluzioni;
- l'altra priorità relativa alla contrattazione collettiva – sia a livello nazionale sia a livello decentrato – riguarda l'invecchiamento degli organici, che richiede una revisione di materie tipicamente contrattuali quali la gestione del tempo parziale e in generale degli orari di lavoro, le progressioni retributive, ecc. Da un lato occorre introdurre sistematici meccanismi preventivi del burn out, come rotazioni sistematiche nel tempo, periodi di riqualificazione e aggiornamento professionale, diffusione di logiche di ricerca e audit di gruppo, ecc. Occorre, inoltre, inserire elementi di compensazioni espliciti, equi e trasparenti per l'anzianità di servizio (es. possibilità di optare per la riduzione di ore meno che proporzionale alla riduzione di salario o aumento ferie in funzione età di servizio), evitando l'attuale situazione dove il disagio da *burn out* si esprime spesso con comportamenti opachi e in parte opportunistici, legati a procedure di "demansionamento" e richieste di 104.

Regole del pubblico impiego

Molte regole del pubblico impiego pongono oggettivi condizionamenti alle aziende del SSN. È dunque utile procedere con la revisione delle previsioni che, alla prova dei fatti, hanno mostrato inefficacia o inefficienza.



Un ambito di criticità particolarmente evidenti è la normativa che riguarda le graduatorie concorsuali. Basti, fra tutti, l'ennesimo esempio di concorso-mostre andato in onda di recente alla AUSL di Modena per l'assunzione di un infermiere a tempo indeterminato: 6'500 candidati, 4'700 presenti alle prove scritte di preselezione. In larga maggioranza i candidati provenivano dal Sud Italia e non perché interessati al posto messo a concorso, bensì alla graduatoria che resterà aperta per tre anni e che darà punteggio per successivi concorsi. Costi diretti molto alti, costi indiretti immensi, alta probabilità di ricorsi al TAR, procedure che inevitabilmente si allungano a dismisura, probabile selezione di chi rifiuterà o, qualora accetti il posto, da subito cercherà un trasferimento nella propria Regione di origine. È chiaro che di fronte a tale situazione, il "fisiologico" strumento del concorso per assumere un infermiere necessario all'Azienda, sarà probabilmente accantonato per cercare altre soluzioni meno onerose e più efficaci. L'Azienda dunque potrebbe essere costretta a ricorrere a forme contrattuali usate impropriamente o, probabilmente, a rimandare l'assunzione – con qualunque modalità contrattuale – dell'infermiere anche quando utile alle attività assistenziali.

Questo esempio estremo mostra bene la possibilità e l'opportunità di cambiare regole del pubblico impiego che, pur basate su teoriche ragioni di efficienza (in questo caso: tenere aperte graduatorie fruibili per successivi concorsi in successive aziende), si mostrano controproducenti.