



OSSERVATORIO SULLE AZIENDE E SUL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

RAPPORTO OASI 2014

EXECUTIVE SUMMARY

A cura di Francesco Longo, Elena Cantù, Patrizio Armeni, Clara Carbone, Alberto Ricci

Questo *Executive Summary* propone un'interpretazione complessiva dei risultati del Rapporto OASI 2014, cercando di individuare i principali trend evolutivi del SSN e del settore sanitario italiano, alla luce delle evidenze disponibili.

Alcune tendenze corrispondono a fenomeni ormai consolidati e che trovano conferma anche nell'ultimo periodo (2012-14); altre invece rappresentano segnali deboli di cambiamenti allo stadio iniziale, che devono trovare conferma negli anni futuri. Lo sforzo di interpretazione complessiva sulle dinamiche del SSN è frutto di una discussione tra i docenti e ricercatori di SDA e CERGAS Bocconi che hanno contribuito all'elaborazione del Rapporto OASI 2014: a partire dalla presentazione e discussione dei risultati dei singoli capitoli, sono state sviluppate alcune chiavi di lettura sintetico-interpretative.

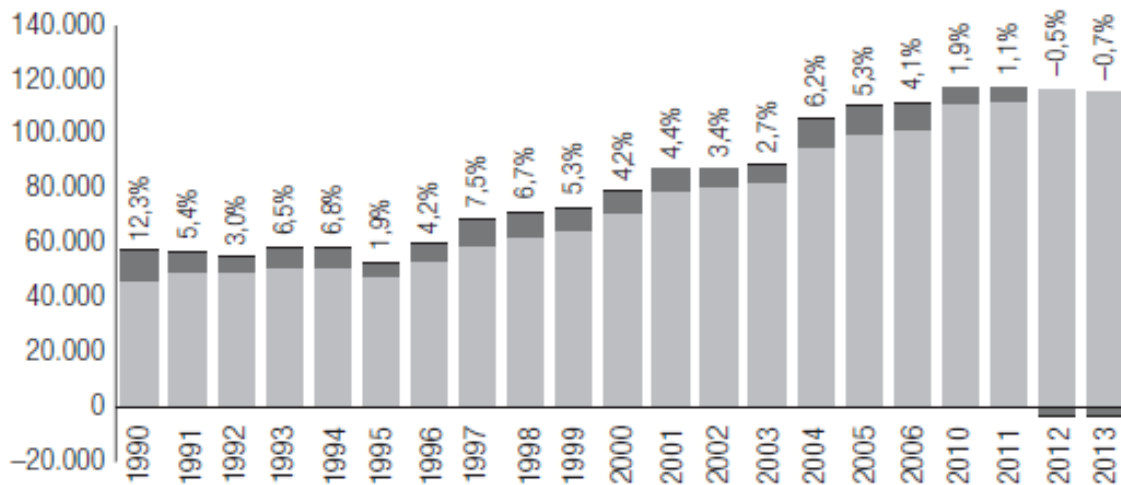
I principali trend evolutivi del SSN e del settore sanitario italiano sono raggruppati nei seguenti blocchi logici, che costituiscono anche i titoli dei paragrafi seguenti: determinanti della sostenibilità del SSN e possibili *policy* future (par. 1); ruolo delle aziende e assetti istituzionali (par. 2); SSN e settore sanitario (par. 3).

L'ultimo paragrafo (par.4) presenta la struttura del volume e i principali contenuti dei singoli capitoli del Rapporto OASI 2014 in termini di obiettivi, metodi e risultati.

1. Le determinanti della sostenibilità del SSN e le possibili *policy* future

La spesa del SSN storicamente cresceva in media del 4% all'anno, con un deficit medio del 4%, seppur con rilevanti differenze interregionali. Dal 2009 la spesa pubblica è rimasta sostanzialmente stabile e nel 2013 i dati di preconsuntivo mostrano, per la prima volta dal 1995, una riduzione (-1,2% rispetto al 2012). La diminuzione della spesa si associa alla diminuzione del PIL (-0,4% rispetto al 2012), ma è più accentuata, sicché il peso della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL diminuisce nel 2013, passando dal 7,3% del 2012 al 7,2%. Anche il disavanzo sanitario si è significativamente ridotto e si attesta, ormai dal 2011, a 1-1,5 miliardi di euro, quindi intorno all'1% della spesa corrente. I dati riportati nel Rapporto, anzi, mostrano un avanzo di 518 milioni di Euro nel 2012 e 811 milioni nel 2013, ma solo per effetto di una nuova e particolare modalità utilizzata in sede ministeriale per la contabilizzazione degli introiti fiscali regionali destinati alla copertura dei disavanzi.

Figura 1. Spesa sanitaria in Italia: finanziamento e disavanzo, in milioni di €, 1990-2013



LEGENDA: il finanziamento è indicato in grigio chiaro, il disavanzo in grigio scuro. L'intera barra indica il totale della spesa sanitaria corrente. La percentuale riporta l'incidenza del disavanzo sulla spesa sanitaria corrente.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

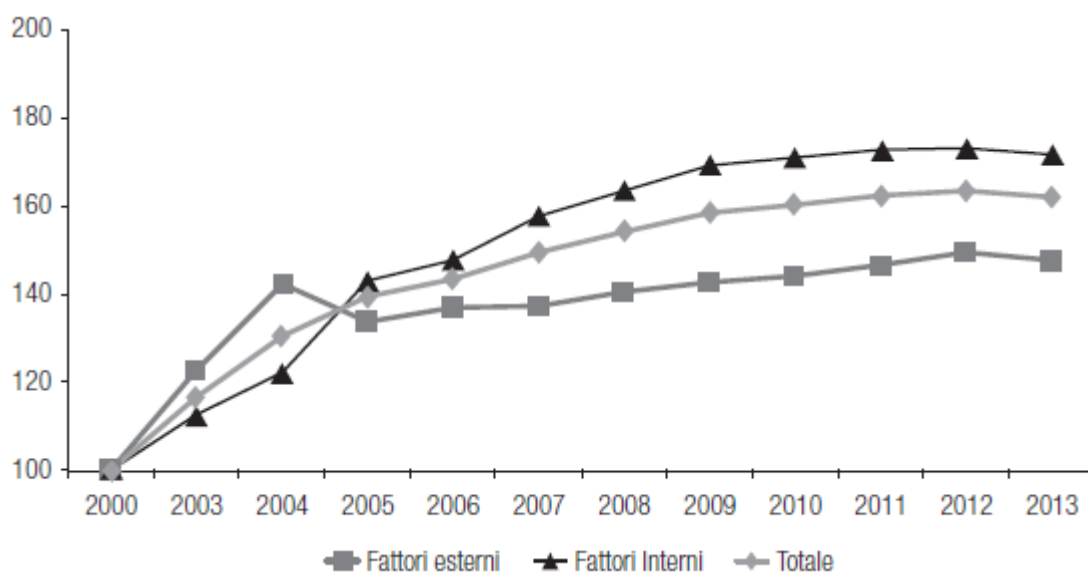
Complessivamente, ciò significa che si è riusciti contemporaneamente a bloccare la «fisiologica» dinamica espansiva della spesa e a rientrare dai disavanzi abitualmente accumulati, allineandosi alla limitata capacità di spesa dello Stato, generata dalle difficoltà della finanza pubblica e dalla crisi socio-economica. Questo risultato, inoltre, è stato ottenuto nonostante l'oggettivo peggioramento del quadro epidemiologico, l'aumento delle forme di deprivazione socio-economica e la crescita tecnologica, determinanti che vengono sempre citate per spiegare l'ineluttabile aumento della spesa sanitaria. Come è stato possibile ottenere questo importante contenimento della spesa, in un sostanziale clima di tenuta politico-istituzionale del sistema?

Le principali leve che sono state utilizzate, tra le molte disponibili, sono di seguito sinteticamente classificate (con tutta l'arbitrarietà e la semplificazione che ogni sintetica classificazione impone), descritte e commentate.

Un primo insieme di interventi ha riguardato il blocco o la riduzione degli *input*, in termini sia di volumi, sia di costi unitari di acquisto. I trend di decrescita del costo dei singoli fattori produttivi confermano che questa leva è stata ampiamente utilizzata nel SSN: le retribuzioni dei dipendenti pubblici sono ferme da cinque anni e la spesa per il personale si è ridotta di circa l'1,5% all'anno negli ultimi tre anni; è stata contenuta la spesa per la farmaceutica convenzionata (-7,6% in media all'anno negli ultimi tre anni) così come si sono tagliati i costi unitari di beni e servizi e in particolar modo dei dispositivi medici, soprattutto nell'ultimo anno. Anche la riduzione delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dai produttori privati accreditati può essere classificata all'interno di questa fattispecie di interventi.

Tali misure vengono solitamente introdotte ipotizzando che inducano automaticamente le aziende ad «efficientare» l'utilizzo di ciascun fattore produttivo, mantenendo gli stessi volumi di produzione. La spinta verso l'efficienza è indirizzata sia all'interno delle strutture pubbliche, sia «esternalizzata» sui fornitori privati di beni e servizi o sui produttori di prestazioni sanitarie accreditate (ad esempio, attraverso la riduzione dei prezzi unitari di acquisto o la riduzione delle tariffe per prestazione o per caso trattato). In particolare, La Figura 2 mostra che, a partire dal 2005, i fattori interni (personale e beni e servizi) hanno continuato a crescere, anche se a tassi sempre più contenuti, mentre la crescita dei fattori esterni è stata praticamente azzerata.

Figura 2 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) 2000-2013, (numeri indice con base 100, anno base 2000)



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

Perché queste misure aumentino davvero l'efficienza del sistema è però necessario che si verifichino due condizioni: (i) un'effettiva presenza di sacche di inefficienza; (ii) lo sviluppo di sufficienti incentivi per spingere le aziende a cercare soluzioni per "dare gli stessi servizi con meno". In realtà, in alcuni contesti restano inefficienze significative, ma la logica dei tagli non è sufficiente per stimolare un cambiamento; in altre realtà le inefficienze sono ormai state significativamente ridotte e i benefici marginali di un ulteriore efficientamento sono limitati. Di conseguenza, almeno in alcuni contesti e ambiti del SSN, la riduzione degli *input* si è tradotta in una riduzione degli *output* e quindi della capacità di soddisfare i bisogni. In altri casi, alla riduzione degli *input* ha corrisposto semplicemente il peggioramento delle condizioni di lavoro e di reddito dei lavoratori: si pensi al blocco degli stipendi dei dipendenti del SSN, o al progressivo aumento dell'esternalizzazione dei servizi assistenziali a cooperative sociali, i cui contratti sono meno remunerativi rispetto a quelli pubblici o di altri soggetti giuridici.

Un secondo insieme di interventi ha cercato di migliorare l'efficienza del sistema mantenendo costanti le risorse, ma richiedendo più *output*. In molti *setting* assistenziali (riabilitazione, attività ambulatoriali, strutture socio-sanitarie ecc.), per esempio, le tariffe unitarie delle prestazioni sono rimaste formalmente stabili, ma nei fatti si sono forzati i produttori a trattare casi più gravi e costosi, anche attraverso lo strumento dei controlli di appropriatezza. Le logiche alla base di questi interventi presuppongono che si possano garantire livelli qualitativi dei servizi più elevati a parità di risorse e attraverso modelli organizzativi e assistenziali rimasti invariati. Anche in questo caso, però, ciò è vero solo se esistono sacche di inefficienza.

La terza tipologia di interventi ha accettato, anche se non sempre in modo esplicito, di agire direttamente sul contenimento degli *output*, cioè dei volumi di prestazioni da erogare, attraverso forme di governo degli accessi, quali, ad esempio, le liste d'attesa o i tetti sui volumi di prestazioni erogabili. Questi strumenti consentono di contenere la spesa nella misura in cui alla riduzione della produzione di prestazioni sanitarie corrisponde un decremento delle risorse necessarie per l'erogazione delle stesse. A questo proposito, l'introduzione di tetti sempre più stringenti per i privati accreditati ha portato questi ultimi ad utilizzare mediamente ormai poco più del 70% della propria capacità produttiva, perché altrimenti supererebbero i budget di produzione riconosciuti dal SSN.

La neutralità di queste azioni rispetto alla capacità del sistema di rispondere ai bisogni di salute della popolazione non può essere data per scontata. L'efficacia rimane costante solo se la riduzione riguarda le prestazioni inappropriate e le forme di "consumismo sanitario". Altrimenti, la riduzione dei volumi di prestazioni nell'area ambulatoriale, farmaceutica e ospedaliera che si sta rilevando negli ultimi anni rischia di tradursi in una riduzione del tasso di copertura pubblica dei bisogni sanitari in alcuni ambiti di cura e, in maniera più accentuata, in alcune parti del paese. Permangono le tradizionali aree di sofferenza rispetto alle prevalenze epidemiologiche in odontoiatria (5% di copertura da parte del SSN) e nella non autosufficienza (25% il massimo di presa in carico pubblica nelle regioni più ricche), oltre a una generale debolezza dell'offerta in psichiatria e nelle dipendenze. In più, rischiano di diminuire ulteriormente i tassi di copertura nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali, con un generale allungamento delle liste di attesa anche nei ricoveri programmati.

Nell'ambito degli interventi utilizzati per contenere il consumo di prestazioni è possibile includere anche i *copayment*. La compartecipazione alla spesa è rimasta tendenzialmente stabile fino al 2007, quando ha iniziato un percorso di crescita che ne ha raddoppiato il valore, da circa 1,6 miliardi di euro fino a circa 3 miliardi nel 2013. Il dato è conseguenza della progressiva regionalizzazione delle politiche relative ai ticket sulla farmaceutica, sulla specialistica e sul pronto soccorso e dell'introduzione, nel 2011, del cosiddetto *super-ticket* sulla specialistica. Le analisi sugli impatti di tali strumenti evidenziano, in generale, come i ticket siano risultati inizialmente più efficaci nel ruolo di fonte di entrata (alternativa rispetto all'imposizione fiscale), piuttosto che come strumento di riduzione della domanda inappropriata. Solo recentemente, dopo l'aumento significativo dei ticket sulla specialistica, è stata rilevata una riduzione dei tassi standardizzati (per età) delle prestazioni specialistiche (numero medio di prestazioni specialistiche effettuate in un anno per assistibile) tra il 2011 e il 2012. Questa dinamica è riportata, con riferimento ad alcune Regioni - campione, nella Figura 3. La riduzione si riflette indifferentemente nei tre settori della specialistica, con alcune contrazioni regionali più accentuate (Lazio e Sicilia per il laboratorio, Campania per l'attività clinica). Resta peraltro ancora da stabilire se tale riduzione abbia interessato prevalentemente la domanda qualificabile come "inappropriata" o sia riferita a prestazioni appropriate a cui i cittadini abbiano rinunciato per l'elevato costo dei ticket. Ci si interroga inoltre se sia auspicabile perseguire il contenimento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in una fase storica caratterizzata dal forte sviluppo delle tecniche diagnostiche, da perduranti politiche di deospedalizzazione e dal prevalere di patologie croniche di lungo corso.

Figura 3. Tasso standardizzato delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (2011-2012)



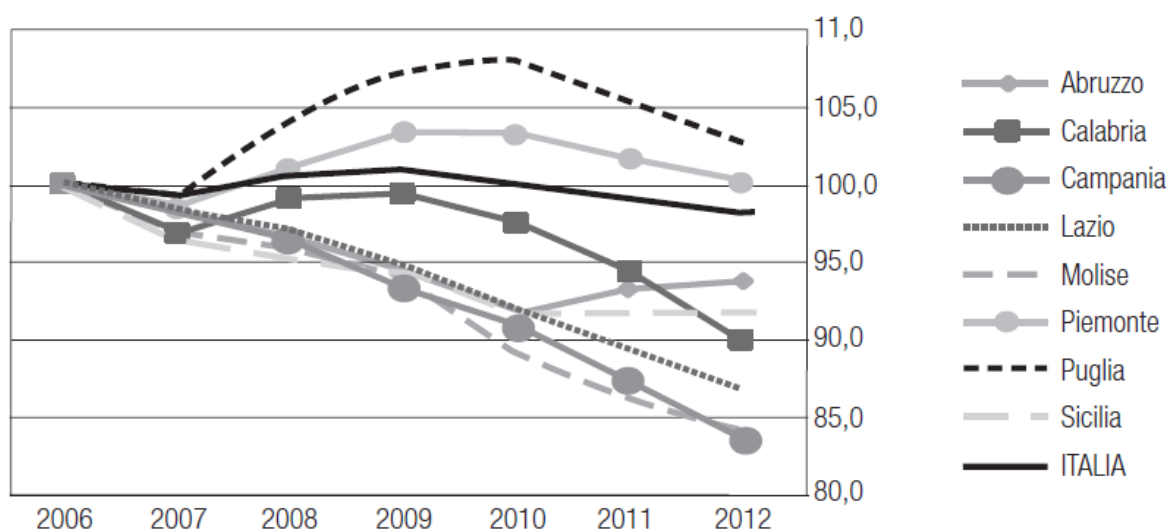
Fonte: elaborazione AGENAS per OASI

Complessivamente, è possibile affermare che questi tre primi blocchi di interventi (riduzione degli input, ricerca di una maggiore efficienza a risorse invariate, contrazione degli output) sono stati

gli strumenti principali con cui il SSN ha raggiunto l'attuale sostenibilità, pur in una congiuntura economica negativa e un quadro epidemiologico in profonda trasformazione.

La riduzione dei fattori produttivi acquisiti e dei consumi sanitari è stata ancora più intensa nelle regioni in Piano di Rientro, che hanno dovuto garantire un particolare sforzo di contenimento della spesa per rientrare nei target finanziari, in particolare le regioni centro-meridionali tirreniche (Lazio, Campania, Calabria, Sicilia). In queste regioni, da cinque anni praticamente non si sostituisce in alcun modo il personale cessato: sfruttando l'elevata età media dei dipendenti del SSN, ciò ha consentito una riduzione degli organici di circa il 15%. Questo ovviamente si è ripercosso sulla quantità dei servizi garantiti, anche perché il taglio degli organici è avvenuto in modo casuale, nelle unità operative dove si sono verificati i pensionamenti. La contrazione del personale a tempo indeterminato non è stata peraltro compensata da un incremento di contratti di lavoro flessibili. Il personale a tempo determinato o interinale si è ridotto del 27%, passando da oltre 19.000 a meno di 14.000 unità. Tale trend è riscontrabile anche a livello di SSN, che, sempre nel 2006-2012, ha visto una riduzione complessiva dei contratti a tempo determinato o interinale del 18%. Questa condizione di mancato ricambio generazionale, di precarietà dei percorsi professionali e di sostanziale impossibilità di governare la leva del personale ha diverse negative ripercussioni. Oltre a rendere difficoltoso il mantenimento dei livelli qualitativi dei servizi nel breve periodo, ostacola la trasmissione dei saperi professionali a tutti i livelli organizzativi, con effetti a lungo termine che è difficile valutare oggi.

Figura 4. Evoluzione del personale dipendente del SSN con contratto a tempo indeterminato, 2006-2012 (numeri indice con base 100, anno base 2000)

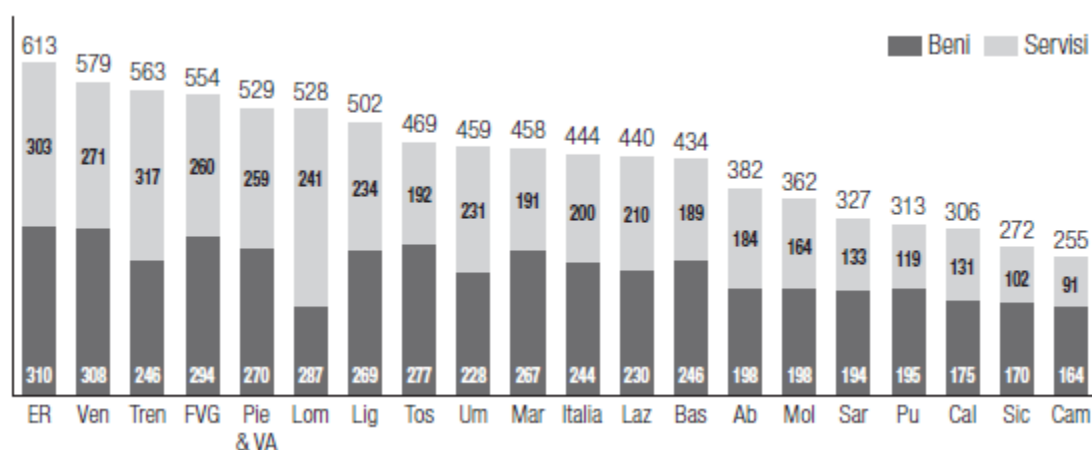


Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze – RGS ("Conto Annuale")

A livello evocativo può essere utile citare il caso campano (visite ed esami), dove il 90% delle prestazioni garantite dal SSN sono erogate da soggetti privati accreditati. Da cinque anni opera un budget di sistema, esaurito il quale si sospende l'accreditamento per l'intera rete degli erogatori fino all'inizio dell'anno successivo. Nessuno conosce la data precisa in cui solitamente si raggiunge il tetto, ma questa storicamente oscilla tra inizio ottobre e inizio novembre. Pertanto, all'inizio dell'anno tutti gli erogatori cercano di raggiungere la quota maggiore possibile del budget di sistema, determinando inevitabilmente un'anticipazione del momento in cui si raggiunge il tetto e si chiude l'accesso, determinando mesi di allungamento delle liste di attesa. Tra l'altro, le Regioni centro-meridionali tirreniche (in particolar modo Campania, Sicilia e Calabria) sono caratterizzate da bassa capacità di reddito delle famiglie: questo si traduce in una bassa spesa sanitaria privata (Figura 5), determinando un quadro di copertura dei bisogni sanitari ancora più divaricato rispetto al resto del paese.

Quest'ultimo aspetto consente di richiamare il possibile ruolo dei consumi sanitari privati (cioè pagati dalle famiglie – direttamente o attraverso l'intermediazione assicurativa) nel “vicariare” la riduzione dei volumi di prestazioni pubbliche. I dati degli ultimi anni del SSN non confermano l'ipotesi della “residualità” della spesa sanitaria privata rispetto a quella pubblica, in base alla quale il cittadino si dovrebbe rivolgere al privato per ciò che il pubblico non è disposto a fornire per vincoli di appropriatezza, equità o vincoli di bilancio. Invece, la spesa sanitaria privata è diminuita dell'1,5% nel 2012 e del 5,3% nel 2013, associandosi alla parallela diminuzione della spesa pubblica. Questo andamento è dovuto alla forte correlazione tra la spesa sanitaria privata e l'andamento del reddito. In questa prospettiva le prestazioni sanitarie, quando pagate direttamente o attraverso forme di compartecipazione, sembrano essere vissute dagli italiani come un bene di “lusso”, ovvero un insieme di servizi che, alla riduzione del reddito, vengono esclusi o posticipati per primi dal paniere delle scelte di acquisto.

Figura 5. La spesa sanitaria privata pro capite nelle Regioni italiane, beni e servizi sanitari, 2012



Fonte: elaborazione OCPS SDA Bocconi per OASI, su dati ISTAT

Un'ulteriore tipologia di interventi, attuata all'interno del SSN in modo non uniforme sul territorio e con frequenza minore, è la modifica della tipologia e del mix di servizi offerti, con l'attivazione di processi di riorganizzazione delle attività e di riconfigurazione dei modelli assistenziali. Ne rappresentano degli esempi gli interventi per aumentare l'appropriatezza dell'ambito assistenziale (es. spostamento delle prestazioni dal regime di ricovero ordinario a quello in DH e da quest'ultimo all'ambito ambulatoriale) o quelli finalizzati a sviluppare nuovi modelli di «presa in carico» dei pazienti e a introdurre i percorsi clinico-terapeutici per specifiche patologie.

Questi ultimi interventi, per ora, non hanno però rappresentato il volano decisivo per la sostenibilità su tutto il territorio nazionale. Essi inoltre si sono concentrati soprattutto sull'ambito ospedaliero o delle prestazioni erogate in ospedale. Minori sono stati, invece, gli investimenti sull'organizzazione dei modelli assistenziali sul territorio.

In prospettiva, invece, essi dovranno diventare le leve più rilevanti nelle scelte di *policy* del sistema sanitario. Riteniamo, infatti, difficile ricercare ulteriori significativi benefici da interventi del primo tipo (blocco o riduzione degli *input*). A titolo d'esempio: è difficile proseguire oltre il quinto anno già deliberato con il blocco degli stipendi pubblici; quanto alla riduzione delle tariffe riconosciute ai produttori privati accreditati, alcuni di questi si trovano ormai in area di sofferenza economica, in particolare nel comparto dei produttori *non profit*, di norma religiosi; allo stesso modo, ulteriori margini di riduzione dei costi unitari nell'acquisto di beni e servizi sono difficilmente immaginabili, dopo anni di contenimento della spesa per i medesimi input. Allo stesso tempo, ulteriori interventi direttamente indirizzati alla contrazione dei consumi sanitari aumenterebbero il pericolo di aree di *undertreatment* nel sistema.



La riorganizzazione dei servizi e delle modalità di risposta ai bisogni rappresenta quindi la vera sfida futura per il SSN, sfida che dovrà essere perseguita ricercando le maggiori coerenze possibili con il quadro epidemiologico. Per allineare i servizi ai bisogni sanitari emergenti (30% di cittadini con almeno una malattia cronica, 4% non autosufficienti) è opportuno intervenire almeno sui seguenti piani:

- ulteriore riduzione del 10-15% i posti letto ospedalieri, attraverso la trasformazione in strutture intermedie dei piccoli ospedali decentrati e l'unificazione delle unità operative ospedaliere che non raggiungono le casistiche minime e gli standard qualitativi richiesti;
- incremento l'attività ambulatoriale, soprattutto per seguire le patologie croniche, attraverso l'adozione sistematica di PDTA costo-efficaci;
- crescita delle strutture intermedie, in particolare per garantire assistenza agli anziani non autosufficienti, in un'ottica sia di prevenzione dei ricoveri (subacuto), sia di rapida dimissione dall'ospedale (subacuto e lungodegenza);
- reale e incisiva diffusione di modelli *disease management* della cronicità, facendo perno sulle unità complesse di cure primarie e sulle case della salute, valorizzando il ruolo clinico delle cure primarie (MMG e specialisti ambulatoriali in coordinamento con le professioni sanitarie);
- modelli di valutazione dell'innovazione tecnologica, basati su tecniche di *Health Technology Assessment* e potenziamento delle opportunità offerte dall'*E-health*.

Tali azioni sono del resto nitidamente delineate dal recente Patto della Salute 2014-2016, ma rimangono da definire le scelte operative. Si tratta di soluzioni che avranno impatto nel medio periodo, un orizzonte temporale che il SSN può probabilmente adottare solo da oggi, avendo già effettuato massicce azioni di razionamento che garantiscono qualche anno di sostenibilità. Da tali interventi non si possono aspettare risultati risolutivi, ma almeno una difesa o il parziale miglioramento dei tassi di copertura dei bisogni, attraverso una migliore definizione delle priorità e dei modelli di allocazione delle risorse.

Come detto, processi di questo tipo richiedono tempi di realizzazione lunghi, di medio periodo, sia per l'oggettiva complessità tecnica di analisi, programmazione e implementazione, sia per creare le pre-condizioni utili a convincere i professionisti e generare il necessario consenso tra gli *stakeholder*. Una politica di questo tipo, inoltre, difficilmente può essere attuata in maniera implicita, senza un'esplicita narrativa politica di diffusione e sostegno collettivo. Essa necessita, infatti, il cambiamento di alcuni dei "simbolismi di riferimento" nella tutela della salute. Bisogna spiegare, ad esempio, che un *setting* socio-sanitario è più efficace per la difesa della qualità di vita di un anziano non autosufficiente rispetto all'ospedale o che il controllo della *compliance* al percorso clinico in presenza di patologie croniche può essere fatto anche autonomamente dal paziente o da un infermiere, senza la necessità di un medico.

Inoltre, è purtroppo vero che i diversi contesti regionali potrebbero manifestare significative differenze nelle capacità attuative: di qui il rischio di un ulteriore aggravamento dei divari interregionali nel livello dei servizi. In merito, è importante sottolineare che la progressiva convergenza interregionale rispetto alla capacità di garantire il pareggio di bilancio non mette ancora tutte le regioni nelle stesse condizioni economiche e amministrative per progettare il proprio futuro. Molte delle regioni in piano di rientro, e in particolar modo quelle che storicamente più contribuivano ai disavanzi nazionali, sopportano ancora pesanti conseguenze dai propri squilibri pregressi. Vi sono, infatti, rilevanti contenziosi aperti con i fornitori di beni e servizi, con gli erogatori accreditati di prestazioni sanitarie, con i dipendenti pubblici, il che rende difficile chiarire rapidamente e con certezza l'ammontare stesso dei debiti. Avendo ormai raggiunto il sostanziale pareggio di parte corrente, il SSN dovrebbe oggi interrogarsi su come smaltire efficacemente i debiti e i contenziosi pregressi. Nella gestione dei contenziosi vi sono alcuni importanti decisioni da assumere. (1) E' meglio centralizzare il contenzioso a livello regionale o lasciarlo alle singole aziende? La prima ipotesi libera maggiormente le energie delle aziende, crea unitarietà ed economie di scala con i creditori, ma deresponsabilizza le aziende che hanno generato queste situazioni. (2) E' opportuno creare una



gestione separata a stralcio dei debiti pregressi? (3) Dopo la faticosa e difficile chiusura dei contenziosi, il finanziamento dei debiti dovrà essere lasciato all'esclusiva responsabilità delle singole regioni o potrà essere sostenuto anche da parziali incentivi nazionali? Tutte le soluzioni per lo smaltimento del contenzioso sono plausibili e legittime, anche se determinano impatti diversi su equità e efficienza. La scelta non può essere solo «tecnica», ma dipende da premesse di valore. In questa sede non si intende pertanto individuare una soluzione, ma invitare il sistema a prendere una decisione esplicita che possa favorire la focalizzazione dei gestori aziendali sul futuro piuttosto che essere costantemente impegnati a lavorare sui problemi del passato.

2. Il ruolo delle aziende e gli assetti istituzionali

Le aziende sanitarie sono state le protagoniste silenziose di questa difficile stagione del SSN. Su di esse sono state «scaricate» molte delle contraddizioni del sistema, lasciando spesso a loro la responsabilità attuativa dei cambiamenti. Ad esempio, alle aziende pubbliche è stato chiesto di rinegoziare i contratti con i fornitori di beni e servizi o, nel settore socio-sanitario, di applicare ai produttori tariffe stabili o in leggera decrescita (nonostante gli anziani non autosufficienti ricoverati fossero sempre più gravi), nonché di inasprire i criteri di appropriatezza e i controlli sul rispetto degli standard procedurali. In altri termini, è stato imposto alle aziende del SSN di implementare autonomamente tutti i tagli lineari decisi dal centro, cercando tutte le necessarie compatibilità tecniche, di organizzazione dei servizi e di gestione degli *stakeholder* locali, all'interno di una retorica che escludeva costantemente il rischio di «razionamenti».

Le aziende hanno quindi dovuto cercare di modificare il portafoglio dei servizi e dei livelli assistenziali per adattarlo alle nuove compatibilità finanziarie. A tal fine, hanno agito in tre modi distinti, miscelandoli tra loro.

In alcuni casi hanno applicato alla lettera i tagli lineari (es. blocco delle assunzioni e divieto di sostituzione del *turn over*), avendo la responsabilità di convincere gli *stakeholder* della sostenibilità degli impatti.

Altre volte hanno utilizzato tutti gli spazi di discrezionalità e autonomia possibile per gestire, all'interno dei tagli lineari, piccoli riaggiustamenti di risorse da un comparto all'altro, al fine di assicurare la continuità dei servizi, pur dimostrando l'impatto finanziario atteso sui singoli «silos» di spesa. Questo ha richiesto di ricorrere spesso alle capacità di «creatività amministrativa». Ad esempio, in alcune regioni in Piano di Rientro, si è ricorso a medici specialisti convenzionati esterni per garantire la continuità di servizio di qualche reparto ospedaliero, a fronte del blocco totale del *turn over* e della necessità di rispettare i tetti di spesa. La ricerca dei micro-aggiustamenti aziendali, tra l'altro, è stata resa ancor più difficile dalle ulteriori rigidità normative decise centralmente. A tal proposito, la decisione simbolicamente più rilevante è stata quella di imporre l'ammortamento integrale degli investimenti finanziati con risorse proprie aziendali. Questa decisione, prevalentemente finalizzata a evitare l'effettuazione di investimenti senza adeguate coperture nelle regioni in disavanzo, ha invece ridotto in modo sostanziale le possibilità di investimento delle altre regioni, cioè di quelle già in equilibrio e che più facevano ricorso a tale leva nelle aziende che dimostravano capacità imprenditoriale e di innovazione.

Alcune aziende più dinamiche e innovative, infine, hanno iniziato anche significative azioni di riorganizzazione dei servizi, soprattutto per le fasi sub e post acuta dei ricoveri e la presa in carico dei pazienti cronici, modificando anche la tipologia e il ruolo dei professionisti coinvolti. La Tabella 1 riporta alcuni interventi aziendali di riorganizzazione e/o di affinamento delle capacità di controllo manageriale, sostenuti da corrispondenti strumenti di *cost management*. Si tratta, naturalmente, di un campione solo esemplificativo: spesso, le innovazioni non sono rese visibili dai sistemi di rendicontazione, che non sono necessariamente costruiti su logiche *output/outcome based* e non sono in grado di cogliere gli impatti di medio periodo. Tra i principali processi di riorganizzazione attivati dalle aziende, possiamo citare lo spostamento di posti letto ospedalieri da una unità operativa all'altra, la trasformazione di alcuni piccoli stabilimenti ospedalieri in strutture di cura intermedie, lo sviluppo del ruolo e delle competenze cliniche dei MMG/PLS, la concentrazione dei laboratori analisi, la più

precisa definizione dei PDTA per patologia e il loro controllo. Tali esperienze rappresentano in molti casi delle *best practice* a cui è possibile fare riferimento per la riorganizzazione dei servizi nella logica di un loro maggiore adattamento ai bisogni sanitari emergenti.

Tabella 1. Esempi di interventi aziendali di riorganizzazione e/o di affinamento delle capacità di controllo manageriale

Denominazione	Descrizione intervento	Strumento di <i>cost management</i> utilizzato	Driver presidiati
ASL della Provincia di Lodi	Cruscotto integrato per la gestione del diabete	Gestione dei costi interorganizzativi	<ul style="list-style-type: none"> • Complessità delle linee produttive • Legame cliente-fornitore • Qualità
AO "Carlo Poma" di Mantova	Riorganizzazione del <i>layout</i> delle degenze mediche	<i>Quality function deployment</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Layout</i> • Qualità
APSS Trento	Analisi economica: la specializzazione delle chirurgie sui presidi territoriali.	<i>Business process reengineering</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Layout</i>
Azienda ULSS Dolo Mirano	Analisi economica: l'Ospedale di Comunità	<i>Value analysis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Complessità delle linee produttive • <i>Layout</i>
Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste	Razionalizzazione dei costi e delle prestazioni per interni di laboratorio	<i>Kaizen costing</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Configurazione di prodotto • Legame cliente-fornitore • Qualità
Azienda USL di Piacenza	Implementazione del Budget per i MMG	Gestione dei costi interorganizzativi	<ul style="list-style-type: none"> • Complessità delle linee produttive • Legame cliente-fornitore • Qualità
Ospedale Pediatrico «Bambin Gesù»	Analisi dei costi del trapianto di fegato in età pediatrica	<i>Activity-based costing</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Configurazione di prodotto • Qualità
Azienda Ospedaliera Consorziale «Policlinico» di Bari	Calcolo dei costi delle funzioni non tariffate	Tavole dei costi	<ul style="list-style-type: none"> • Configurazione di prodotto • Utilizzo della capacità produttiva

Fonte: Elaborazione degli autori, Rapporto OASI 2014

Il differente mix adottato tra rigorosa applicazione dei tagli lineari, ricerca di micro-aggiustamenti per mantenere il livello dei servizi, avvio di processi di riorganizzazione dei servizi e dei correlati *skill mix* dei professionisti coinvolti misura il differenziale di vitalità del processo aziendale. In alcuni casi si tratta di differenze interregionali, dove il Centro-Nord è stato più vivace sulle ultime due leve rispetto al Centro-Sud; in altri casi si tratta di differenze di stili di management e di culture aziendali locali a livello infra-regionale. La variabilità e la diversa intensità delle soluzioni adottate sono la misura degli incompressibili spazi di autonomia di cui ancora dispongono le aziende.

La rilevanza delle decisioni assunte da queste ultime, lo *stakeholder management* per gestire i tagli lineari, le micro-riallocazioni di risorse per sostenere la funzionalità dei servizi, i processi di trasformazione della geografia dei servizi sono avvenuti con un gradiente di difficoltà in più: la delegittimazione politico-istituzionale dei manager delle aziende sanitarie pubbliche, veicolata dal dibattito politico (che li ha assimilati impropriamente a «costo della politica») e dalla sostanziale indifferenza del legislatore rispetto alla dimensione aziendale. In altri termini, il dibattito attuale non si preoccupa delle condizioni di fattibilità delle politiche deliberate, ignorando le compatibilità e le condizioni istituzionali e ambientali in cui opera l'azienda. Gli stipendi del *top management* (DG, DS, DA) sono fermi o in riduzione da anni, contribuendo a un meccanismo di delegittimazione e demotivazione. L'efficacia dell'azione attuativa delle aziende in questo contesto è quindi da



considerarsi ancora più rilevante e apprezzabile e ne richiama le potenzialità, che potrebbero essere maggiormente valorizzate.

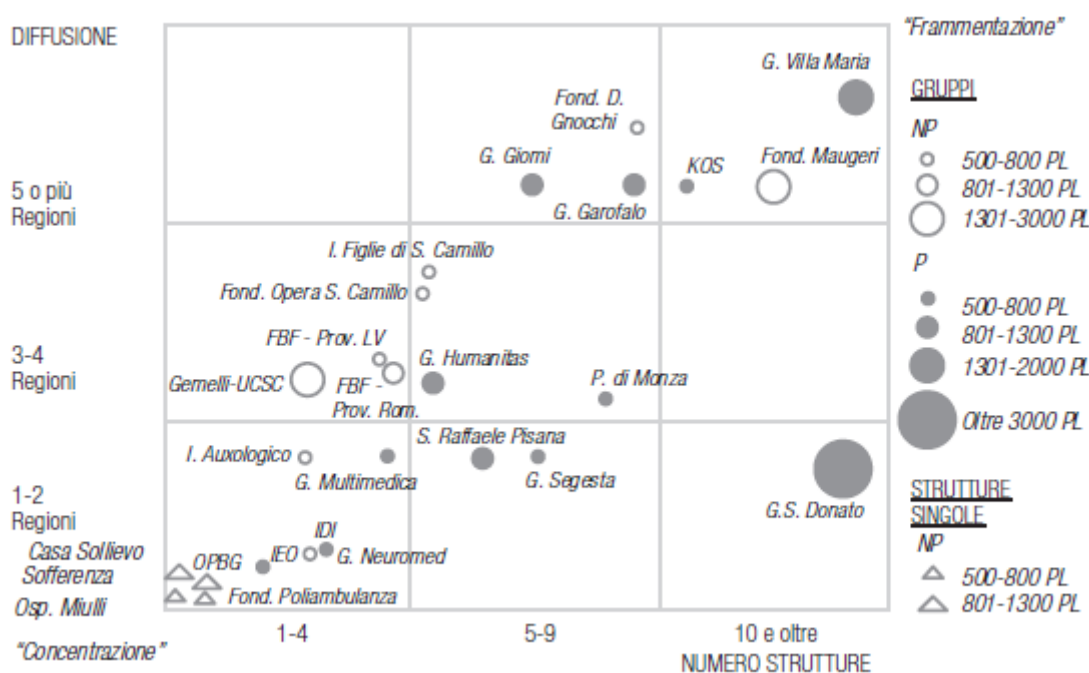
Sempre in merito alle aziende del SSN, infine, un aspetto rilevante della loro evoluzione negli ultimi anni riguarda le iniziative di ingegneria istituzionale che ne hanno modificato in modo sostanziale le caratteristiche. I Servizi Sanitari Regionali si caratterizzano per la presenza di: ASL molto grandi, sul cui territorio solitamente operano Aziende Ospedaliere autonome, e ASL di dimensioni più ridotte che gestiscono direttamente una rete ospedaliera di presidi; grandi Aziende Ospedaliere e alcune *focused factory* (soprattutto IRCCS); aziende esclusivamente dedicate a specifiche funzioni sanitarie o amministrative (es. l'AREU dell'Emilia Romagna o l'ARES del Lazio). Di conseguenza, natura e *mission* di queste diverse tipologie di aziende sono oramai profondamente diversificate. Crediamo che la variabilità emergente e crescente dei confini aziendali, della natura e delle missioni sia una risposta fisiologica alle specificità territoriali, ad alcune traiettorie storiche e al mutuo aggiustamento tra gli *stakeholder*. A questa variabilità corrisponde, però, una uniformità degli assetti istituzionali delle aziende sanitarie, che risale alla costituzione del SSN, quando si ricercava l'omogeneità tra i diversi territori regionali. Tale variabilità richiederebbe, invece, una modularità degli assetti istituzionali per ritrovare coerenze nella regolazione dei rapporti tra *stakeholder*: questo è sicuramente un tema di *policy* da mettere rapidamente in agenda, per ricreare le condizioni di funzionalità delle aziende.

3. Il SSN e il settore sanitario

L'interdipendenza tra il SSN e la filiera industriale di settore è ovviamente molto forte. Il SSN riversa direttamente nel sistema delle imprese e degli erogatori privati accreditati e convenzionati più del 60% del proprio finanziamento attraverso l'acquisto di prestazioni sanitarie, di farmaci e dispositivi medici, di servizi per il *facility management* (riscaldamento, pulizia, manutenzione, ecc.), di servizi alberghieri (mensa, lavanderia, ecc.). L'incidenza di questa quota è significativamente diversa da regione a regione, in funzione delle tradizioni storiche che riflettono sia la capacità del sistema pubblico di produrre efficientemente, sia le opzioni ideologiche a favore o sfavore di forme di esternalizzazione. Le rilevanti politiche di contenimento della spesa degli ultimi anni hanno ridotto le risorse che il SSN trasferisce direttamente nell'economia «privata». Ciò è stato conseguenza della necessità di ricercare spesa variabile, che potesse essere rapidamente diminuita per garantire l'equilibrio dei sistemi sanitari regionali. La riduzione della componente fissa di spesa (prevalentemente costi del personale) ha riguardato, invece, solo gli ultimi due anni, peraltro con impatti limitati.

Le politiche di contenimento hanno avuto un impatto significativo sulla struttura del settore sanitario privato accreditato. Quest'ultimo è stato storicamente frammentato e diversificato nella sua configurazione (grandi ospedali rispetto a piccoli presidi, forte focalizzazione su poche alte specialità oppure vocazione su lungodegenza e riabilitazione). Questa clusterizzazione ha assunto negli ultimi anni delle caratterizzazioni più marcate e istituzionalizzate, attraverso i rilevanti processi di fusione e acquisizione avvenuti sia in ambito sanitario, sia socio-sanitario. La Figura 6, che rappresenta il posizionamento strategico degli erogatori privati con almeno 500 posti letto accreditati, mostra come 21 dei 25 maggiori player siano gruppi di strutture ricollegabili a un unico soggetto economico. La platea dei soggetti erogatori privati è ora nitidamente suddivisa in grandi gruppi e piccole strutture autonome ed entrambe le categorie sono poi ulteriormente suddivisibili tra soggetti *profit* e *non profit*. E' molto probabile che questo processo di ricomposizione dei soggetti economici di riferimento non sia ancora terminato e pertanto la polarizzazione diventerà ancora più marcata ed evidente. Questa segmentazione è molto rilevante per i *policy maker* perché i comportamenti aziendali dei diversi *cluster* sono molto diversi, così come le dinamiche strategiche registrano velocità e profondità di esecuzione molto eterogenee, determinando impatti diversificati e specifici per il SSN.

Figura 6. Posizionamento strategico dei principali privati accreditati operanti nel SSN (2013)



Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute

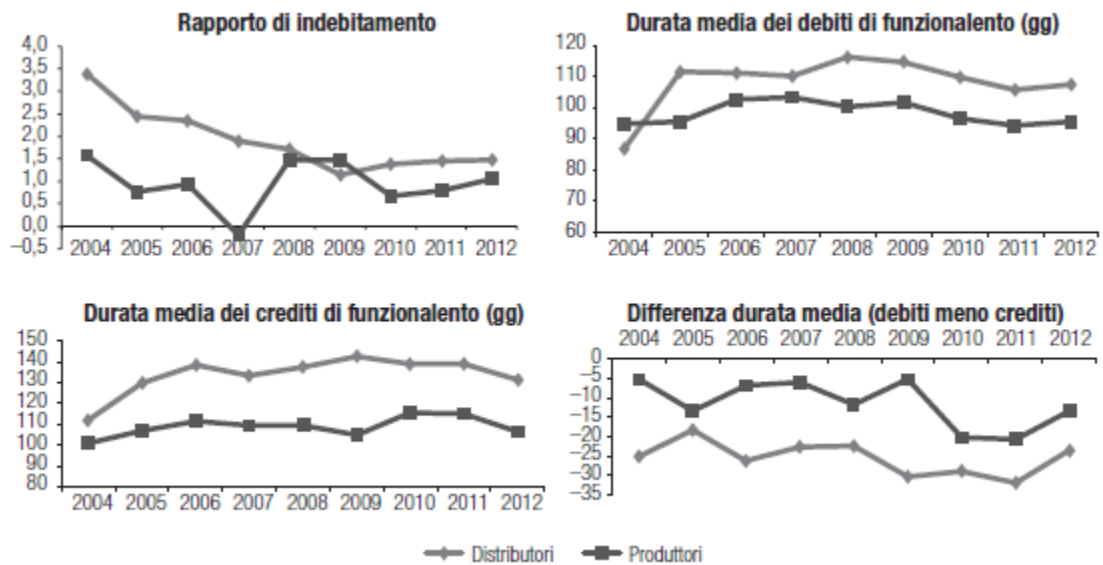
NOTA: sono considerate solo le strutture ospedaliere accreditate. Per il gruppo Segesta il dato è riferito all'anno 2012.

I grandi gruppi sanitari, da un lato, sono più capaci di focalizzarsi sulle alte specialità e alte complessità, di attrarre mobilità sanitaria inter-regionale e di diversificare l'attività nel segmento della sanità a pagamento; dall'altro, raggiungono i budget riconosciuti dal SSN utilizzando solo il 76% della loro capacità produttiva, disponendo quindi di una riserva di potenziale produttivo piuttosto significativa. I piccoli produttori privati utilizzano una quota ancora minore della loro capacità produttiva (72%) per raggiungere i tetti di budget contrattati, anche a causa delle politiche di recupero sull'appropriatezza, che hanno spinto una quota significativa della loro casistica verso il ricovero diurno o il *day service* ambulatoriale. Questi erogatori, che faticano a reperire le risorse per un deciso riposizionamento produttivo, possono contare su minori livelli di specializzazione, raramente presidiano l'alta complessità e sono meno in grado di diversificare i mercati. Le diverse capacità di reazione ai cambiamenti del sistema segnalano l'influenza che esercita un capogruppo sulle strutture sanitarie controllate. Ciò impone di riflettere se e quanto siano auspicabili politiche regionali o nazionali tese a favorire la concentrazione. Ad esempio, nel Sud del Paese, dove il problema è in parte quello di innalzare il livello medio delle prestazioni e di liberare capacità produttiva ospedaliera per trasformarla in strutture intermedie, una maggiore concentrazione potrebbe essere opportuna. A questo proposito, un elemento di criticità può essere rappresentato dal fatto che quasi tutti i gruppi sanitari hanno un *headquarter* e una proprietà espressione di soggetti economici dell'Italia centro-settentrionale.

La contrazione della spesa sanitaria pubblica impone poi una seconda riflessione, rispetto al ruolo che il SSN dovrebbe svolgere come volano di sviluppo economico. In Italia operano 1.034 imprese farmaceutiche, 4.940 imprese nell'ambito dei dispositivi medici e 1.419 distributori, con un fatturato complessivo di 56 Mld e 111.000 lavoratori diretti. I loro tassi di rendimento, seppur diversificati, si sono significativamente ridotti negli ultimi anni, soprattutto per distributori e farmacie, mentre hanno avuto maggiore stabilità per i produttori. I tempi di pagamento rimangono elevati (Figura 7), seppur con significative differenze interregionali. Il *policy maker* è chiamato a considerare esplicitamente l'evidente interdipendenza tra il SSN e i settori correlati per cercare politiche che rilancino lo sviluppo

del paese e garantiscano la salute dei cittadini. In questo quadro, una politica sanitaria attenta a focalizzare una parte della spesa su innovazioni tecnologiche, in ambiti produttivi che potrebbero poi rilevarsi determinanti anche per lo sviluppo dell'*export* tecnologico ad alto valore aggiunto, potrebbe essere una leva competitiva per il Paese, proprio in un quadro di ricerca di sostenibilità complessiva.

Figura 7. Andamento dei principali indici di solidità e liquidità dell'impresa (2004-2012): dettaglio produttori e distributori (settore farmaceutico)



Fonte: rielaborazione OASI su dati AIDA

La struttura ed i principali contenuti dei capitoli del Rapporto

La struttura del Rapporto OASI 2014 è riassunta nella seguente tabella:

Tabella 2. Struttura del Rapporto OASI 2014

Parte	Nr. capitolo	Titolo	Autore
I – Il quadro di riferimento: sistema sanitario e socio-sanitario	1	Evidenze sul SSN e scenari futuri	Cantù E., Longo F.
	2	Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale	Armeni P., Ferré F., Sommariva S.
	3	La struttura e le attività del SSN	Guerrazzi C., Ricci A.
	4	La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione	Armeni P., Ferré F.
	5	I consumi privati in sanità	Del Vecchio M., Fenech L., Mallarini E., Rappini V.
	6	Le politiche regionali emergenti nel settore sociosanitario e le strategie di adattamento dei grandi produttori	Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Rotolo A.
	7	Il SSN come volano dell'economia: una stima dell'indotto nella filiera delle tecnologie sanitarie	Armeni P., Costa F., Ferré F.
II – Temi di <i>policy</i>	8	L'assistenza specialistica ambulatoriale: stato dell'arte e prospettive di sviluppo	Carbone C., Cislaghi C., Giuliani F., Sferazza A.
	9	Turismo della salute: definizione, driver e opportunità di business per l'Italia	Hiedermann A., Lega F.
	10	La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le Regioni in Piano di Rientro a confronto	De Pietro C., Marsilio M., Sartirana M.
	11	L'adozione dell'innovazione tecnologica da parte degli ospedali italiani: un'analisi dei fattori endogeni	Armeni P., Callea G., Tarricone R.
III – Assetti istituzionali e combinazioni economiche	12	Il PPP per gli investimenti sanitari: stato dell'arte, lezioni apprese e scenari di sviluppo	Amatucci F., Cusumano N., Vecchi V.
	13	Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive	Carbone C., Longo F., Ricci A.
	14	La ricerca clinica in nove ospedali italiani: organizzazione e analisi di percezione	Cavazza M., Costa F., Jommi C.
IV – Organizzazione	15	Riconfigurazione degli ospedali	Del Vecchio M., Prenestini A., Rappini V.
	16	Processi evolutivi delle reti oncologiche tra dinamiche istituzionali e manageriali	Morando V., Tozzi V.
V – Sistemi gestionali	17	Innovazioni nei sistemi di controllo e governo dei costi: le risposte delle aziende sanitarie alla crisi economica	Francesconi A., Lecci F.
	18	Fabbisogni informativi nelle aziende sanitarie: quale coerenza tra stato di maturità, propensione all'investimento e soluzioni offerte	Caccia C., Cucciniello M., Guerrazzi C., Nasi G.



Il Quadro di riferimento

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

Il capitolo 2 posiziona il sistema sanitario italiano in un confronto internazionale con i principali Paesi dell'Unione Europea, del Nord America e del raggruppamento BRICs (Brasile, Russia, India e Cina). L'analisi adotta il punto di vista di un ampio spettro di *stakeholders* (Stato, pagatori, soggetti erogatori, pazienti e cittadini), offrendo una rappresentazione dei principali indicatori di spesa, struttura dell'offerta, stato di salute e *performance* dei Paesi analizzati.

Le evidenze emerse propongono diversi spunti di riflessione tra cui:

- una variazione media della spesa sanitaria totale pro-capite, nell'ultimo triennio, prossima allo zero (-0,2%), con i sistemi sanitari più vicini al mercato che presentano in media valori di spesa più elevati nel tempo, a fronte di livelli di copertura non assoluti. Inoltre, ad ogni punto percentuale di spesa *out-of-pocket* in più corrisponde una mortalità negli adulti più elevata del 2,2%;
- delle differenze nei tassi di mortalità tra uomini e donne, con valori inferiori per queste ultime. Inoltre, si registra una correlazione positiva tra mortalità perinatale e mortalità negli adulti;
- un significativo impatto delle determinanti non mediche sullo stato di salute, con correlazioni positive tra soggetti consumatori di alcool e tabacco, tra livelli di obesità e consumo di alcool e tra inattività fisica e livelli di obesità;
- una decrescita media delle dotazioni di posti letto per acuti, accompagnata da una riduzione delle giornate di degenza, sebbene esistano grandi differenze tra Paesi;
- un'eterogeneità nell'accesso e nella frequenza delle visite al medico di base tra i diversi sistemi sanitari, in parte spiegabili da fattori culturali e dalla presenza di diversi meccanismi di pagamento dei MMG (*fee-for-service* vs salario).

I successivi capitoli (dal 3 al 5) approfondiscono le caratteristiche del SSN e del sistema sanitario complessivo (includendo anche i consumi sanitari privati), presentando dati di attività, di spesa e di risultato.

In particolare, il capitolo 3 descrive il SSN italiano focalizzandosi sui profili istituzionali, sulla dotazione strutturale, sulle attività e sul livello di risposta alla domanda di salute. Le analisi rielaborano i più recenti dati pubblicati dal Ministero della Salute e sono integrate con alcune evidenze riguardanti il livello percepito di qualità del nostro SSN, tratte da studi condotti tra il 2013 e il 2014.

Con riferimento agli assetti istituzionali, il Rapporto evidenzia la graduale tendenza all'accorpamento delle Aziende.

La dotazione strutturale del SSN ha evidenziato, anno dopo anno e fino al 2013, una contrazione in termini di numero di posti letto pubblici e privati accreditati; dal 2009 la riduzione ha interessato anche i posti letto pubblici per il ricovero diurno, suggerendo uno spostamento della geografia dei servizi verso il territorio.

Il personale impiegato dal SSN appare ormai stabilizzato; persistono forti differenziazioni territoriali nella composizione degli organici, che nel Mezzogiorno vedono un rapporto molto più ridotto tra figure infermieristiche e mediche.

Le attività di ricovero (dimissioni) hanno registrato un significativo calo tra il 2001 e il 2012, in coerenza con la riduzione dei posti letto; nello stesso periodo la degenza media, presumibilmente a causa della riduzione dei ricoveri brevi, è rimasta pressoché costante. Inoltre, dal 2009 i tassi di ricovero inappropriati sono notevolmente diminuiti, con una sostanziale convergenza tra Centro-Nord e Mezzogiorno. In relazione ai ricoveri ordinari per acuti, permangono però significativi divari interregionali nei tassi di ospedalizzazione e nel *case mix*, associati alla diversa struttura dell'offerta ospedaliera e territoriale.

La reale soddisfazione del bisogno sanitario è un elemento difficilmente apprezzabile, se non attraverso misure indirette. Il panorama di mobilità sanitaria risulta sostanzialmente stabile. I tempi



d'attesa mostrano notevoli differenze territoriali, ma il SSN appare in grado di soddisfare i bisogni più urgenti. Nel periodo 2005-2012, la soddisfazione percepita diverge nelle macroaree del nostro Paese, aumentando lievemente su scala nazionale.

In termini di spesa, il capitolo 4 evidenzia una spesa sanitaria pubblica corrente pari a 112.614 miliardi di euro (dati provvisori, aggiornati al 28 aprile 2014 e relativi al IV trimestre 2013). Tale spesa risulta inferiore dell'1,2% rispetto al 2012, facendo registrare la prima variazione annuale negativa dal 1995 e rafforzando la tendenza al progressivo rallentamento degli ultimi anni, dopo l'espansione di quelli precedenti (nel periodo 1995-2001 il tasso di crescita medio annuo della spesa pubblica era stato pari all'8,1% e dal 2001 al 2010 al 4,1%).

A fronte della spesa pubblica, i ricavi netti complessivi del SSN (che includono, oltre al fondo indistinto e vincolato per il finanziamento del SSR, le risorse proprie regionali, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del SSN, i trasferimenti da altri enti del settore pubblico allargato e dai privati) nel 2013 sono stati pari a 113,425 miliardi di euro, in diminuzione dell'1% rispetto al 2012. Si determina, in questo modo, un risultato del SSN positivo e pari a 811 milioni di Euro (0,7% della spesa sanitaria pubblica corrente). Anche i dati definitivi 2012 segnalano la presenza di un avanzo pari a 518 milioni di Euro, correggendo i dati provvisori riportati nel Rapporto 2013 (in cui risultava un disavanzo di 1,09 miliardi di Euro nel 2012). Come analiticamente illustrato nel capitolo, tuttavia, dal 2012 sono inclusi tra i finanziamenti del SSN anche le risorse derivanti dagli introiti fiscali, relativi alla maggiorazione delle aliquote IRPEF e IRAP, esigibili nell'esercizio successivo ma destinate alla copertura dei costi dell'esercizio in chiusura. In altri termini, il sistema appare in equilibrio ma di fatto non lo è. La presenza di un avanzo va dunque interpretata non come equilibrio tra entrate e spesa, ma come capacità del sistema istituzionale di imporre ex-post, alle regioni in disavanzo, una tempestiva copertura.

Il successivo capitolo 5 analizza i cambiamenti che stanno avvenendo nel circuito dei «consumi privati in sanità». Si tratta di consumi che attengono i bisogni di salute e che sono finanziati attraverso la spesa diretta delle famiglie, delle imprese o tramite assicurazioni e fondi integrativi.

Lo scopo del capitolo è di natura essenzialmente conoscitiva e fornisce un aggiornamento e un approfondimento del lavoro di esplorazione del settore avviato dagli autori nel Rapporto OASI precedente. Attraverso l'integrazione di più fonti informative la spesa sanitaria privata è analizzata secondo dimensioni diverse, quali: la natura (beni o servizi), la distribuzione geografica, le tipologie di consumatori.

A livello aggregato i dati confermano come a una stabilizzazione/contrazione della spesa sanitaria pubblica non sia corrisposta una crescita della spesa sanitaria privata, la quale sembra essere più ancorata alle dinamiche del PIL che non a quelle dell'offerta pubblica. In questo quadro, i ticket hanno comunque raddoppiato il loro peso sull'insieme della spesa privata e sembrano avere prodotto un effetto di spiazzamento di ammontare equivalente sugli altri consumi sanitari privati.

Per come la spesa sanitaria privata è distribuita e per l'entità dei differenziali che l'analisi evidenzia, il confronto tra Regioni continua, da una parte, a smentire le visioni semplificate che legano la spesa privata alla qualità dei sistemi pubblici e, dall'altra, a rendere ancora più complesso il problema di come assicurare un livello di omogeneità nell'accesso ai servizi sanitari coerente con il permanere di un Servizio Sanitario Nazionale. E' opportuno però distinguere tra beni e servizi, dove i primi presentano minori differenze interregionali in termini di spesa sanitaria privata pro-capite.

Infine, l'analisi per tipologie di consumatori evidenzia come il consumo di servizi sanitari finanziati privatamente sia un fenomeno nella sua complessità difficilmente catturabile da categorie generali e come le variabili demografiche e sociali influenzino i consumi e gli sforzi richiesti ai bilanci famigliari per sopportarne l'onere.

Il capitolo 6 propone un'analisi delle politiche regionali emergenti e delle strategie di adattamento dei «grandi produttori» del settore socio-sanitario. Questo importante comparto del Welfare è largamente esternalizzato a una moltitudine di soggetti di diversa dimensione e natura, sui quali ricadono alcune questioni critiche per la tenuta dell'intero settore. La ricerca presentata nel capitolo è



stata condotta attraverso questionari qualitativi e focus group con un campione di 14 aziende key player. Essa aveva l'obiettivo di indagare il punto di vista dei produttori circa le dinamiche in atto e di comprendere le strategie di risposta aziendali.

I risultati evidenziano che le aziende hanno vissuto dal 2011 a oggi una forte pressione sui budget, determinata da una generale contrazione dei trasferimenti pubblici e accompagnata da un'intensificazione dei bisogni assistenziali degli utenti, in particolar modo nel segmento della non autosufficienza. A parità di rette e volumi erogati, le aziende hanno affrontato un aumento dell'intensità assistenziale richiesta. Questo fenomeno appare trainato dai trend epidemiologici di aumento delle patologie (multi)-croniche e dal ritardo con cui le famiglie ricoverano i loro cari per contenere le spese. In aggiunta, la committenza pubblica ha aumentato i controlli formali su appropriatezza e standard erogati, con una stretta sui criteri di ingresso, sulle liste di attesa e sui sistemi tariffari, contribuendo a definire un mix di pazienti dal peso assistenziale medio significativamente più elevato che in passato. Il combinato disposto di questi fenomeni ha ingessato l'operato delle aziende, bloccando le politiche di crescita, impedendo l'innovazione e obbligando i produttori a lavorare al margine dell'equilibrio economico. Dai questionari emerge infatti che la strategia dei «grandi produttori» del settore socio-sanitario dal 2011 a oggi si è concentrata sull'efficienza dei processi interni e sul contenimento dei costi. Solo poche hanno modificato il modello di business, rimodulando l'offerta o immaginando segmenti alternativi.

Il capitolo 7 indaga dimensione, struttura e performance di tre dei principali settori connessi alla sanità, al fine di mostrare un quadro più esteso (rispetto alla semplice incidenza della spesa sul PIL) dell'impatto economico che essa è in grado di generare. In particolare, si analizzano il mercato del farmaco, quello dei dispositivi medici e della loro vendita al dettaglio (farmacie, parafarmacie, ortopedia e ausili acustici).

La ricerca, differenziata lungo la filiera, è stata condotta su informazioni estratte dalla banca dati AIDA, relative agli anni compresi tra il 2004 e il 2012.

Nel 2012, i tre settori contano un fatturato di circa 56 miliardi di euro, impiegando stabilmente oltre 111.000 persone. Le performance appaiono, però, eterogenee. Le imprese farmaceutiche di produzione hanno un costo del lavoro medio più elevato (58.000 euro circa nel 2012, l'unico in crescita nel periodo osservato), mentre per le altre categorie questo varia tra 29.000 e 39.000. La redditività complessiva è generalmente diminuita, in particolar modo tra i distributori e le farmacie, mentre è più stabile tra i produttori (e in lieve aumento nel caso delle farmaceutiche). I distributori ricorrono maggiormente all'indebitamento, ma l'utilizzo della leva finanziaria appare in diminuzione. Infine, i tempi di incasso dei crediti sono più alti nel settore dei dispositivi, ma sono in notevole diminuzione. In alcuni casi, però i tempi continuano ad essere superiori all'anno e soprattutto sono superiori ai tempi concessi a tali imprese per pagare i loro debiti commerciali, costringendole a investire in liquidità per colmare il disallineamento.

Temi di policy

La seconda parte del Rapporto è dedicata ai «Temi di policy» ritenuti particolarmente rilevanti.

Il capitolo 8 approfondisce il tema della riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, che rappresenta una delle grandi sfide che il SSN dovrà affrontare nei prossimi anni. Gli indirizzi nazionali più recenti stanno orientando il dibattito verso le modalità di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in alternativa ai regimi assistenziali ospedalieri, per raggiungere migliori livelli di appropriatezza organizzativa. L'obiettivo della ricerca è analizzare i principali dati strutturali e di attività di tale settore e interpretare le politiche nazionali e regionali in materia. Ad oggi, non si può ancora comprendere se la riduzione significativa dei ricoveri ospedalieri trovi una compensazione in un aumento delle prestazioni ambulatoriali, di diagnostica e di laboratorio. Anzi, i dati disponibili sul 2011 e il 2012 mostrano una contrazione di tali prestazioni erogate in regime SSN.

Rispetto alla tipologia di erogatori, la situazione è variegata, come conseguenza di scelte regionali differenti negli assetti istituzionali: offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale distribuita



uniformemente tra pubblico e privato accreditato (ad esempio, Lazio e Lombardia), erogazione prevalente da parte delle strutture pubbliche (ad esempio, Emilia Romagna), produzione affidata maggiormente al privato accreditato (Campania).

Il quadro presentato stimola alcune riflessioni conclusive sul processo di trasformazione che il SSN e i SSR, insieme alle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, devono affrontare nel prossimo futuro. Si tratta di processi di *change management* che dovrebbero accompagnare lo sviluppo organizzativo e operativo di nuove modalità di offerta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Si fa riferimento, ad esempio, alle PCA - Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale - che prevedono l'erogazione, in completa sicurezza, di interventi o procedure per le quali devono essere predisposti esami e visite pre-operatorie, nonché successive visite di controllo; e alle PACC - prestazioni ambulatoriali complesse di tipo medico- assimilabili alla logica del *day service*.

Il capitolo 9 approfondisce il tema dell'internazionalizzazione della sanità, coerentemente con quanto disposto dalla direttiva comunitaria di «mobilità dei pazienti a livello europeo» (2011/24/UE) e dal programma UE «Salute per la crescita 2014-2020». Ad oggi il 90% dei cittadini europei si cura all'interno del proprio Paese, ma secondo recenti *survey* il 53% degli stessi sarebbe propenso a recarsi in un altro paese dell'UE. Si può dunque ipotizzare una rapida crescita di questo segmento di mercato.

Mentre fino alla fine degli anni '90 la domanda di servizi per la salute ha visto i centri di eccellenza medici e termali dell'Europa e degli USA come epicentro di flussi dal sud verso il nord del mondo, nell'ultimo decennio si sono sviluppati flussi multidirezionali determinati da una domanda sempre più specializzata, da una più facile mobilità e da un consolidamento di capillari reti di trasporto a basso costo.

Per l'Italia, la potenziale creazione di una sanità «transfrontaliera» potrebbe rappresentare una grande opportunità e, al tempo stesso, una minaccia se i fenomeni di mobilità dei pazienti non venissero attentamente analizzati e governati. Al momento i flussi internazionali in attrazione per il nostro Paese sono molto limitati. Le possibilità di diventare più attrattivi a livello globale esistono, grazie a un settore sanitario caratterizzato da competenze diffuse ed eccellenze mondiali nel campo delle prestazioni specialistiche, a una capacità produttiva sottoutilizzata all'interno di molte strutture ospedaliere e a vantaggi di costo rilevanti rispetto ad altri paesi occidentali. Inoltre, l'Italia gode di un vantaggio competitivo unico potendo sfruttare le importanti sinergie e l'effetto traino del turismo culturale e di quello del benessere.

In questa prospettiva, il capitolo presenta le mosse fondamentali per cogliere queste opportunità: (i) collocare gli obiettivi di internazionalizzazione dentro le strategie aziendali; (ii) evitare di pensare al mercato internazionale ed europeo come a un mero «bacino di pesca» per la libera professione medica; (iii) fare rete per gestire in comune le piattaforme amministrative, i servizi collegati al turismo internazionale e le relazioni con il turismo del benessere; (iv) promuovere un programma nazionale e regionale di sostegno per la costruzione e il consolidamento della reputazione della sanità italiana a livello mondiale.

I risultati del turismo sanitario internazionale potranno quindi contribuire positivamente anche alla sfida della sostenibilità del SSN, dei sistemi sanitari regionali e delle loro aziende pubbliche e private.

Il capitolo 10 ha l'obiettivo di analizzare e confrontare le iniziative e le azioni adottate dalle Regioni in Piano di Rientro (PdR) per la gestione e razionalizzazione delle due principali voci di spesa dei SSR: l'approvvigionamento di beni e servizi non sanitari e il personale.

La mappatura di tali azioni è stata effettuata attraverso la disamina testuale dei Programmi Operativi (PO) attualmente vigenti (2013-2015). Al momento dell'analisi, i PO approvati erano quelli delle seguenti regioni: Abruzzo, Campania, Molise, Piemonte e Sicilia.

Rispetto alla razionalizzazione della spesa per beni e servizi, emergono alcune principali linee di azione che accomunano tutti i PO analizzati: il rafforzamento della centralizzazione degli acquisti; il potenziamento dei flussi informativi a supporto del monitoraggio e della razionalizzazione della spesa; la revisione e razionalizzazione del sistema di logistica dei beni, in particolar modo quelli sanitari; la razionalizzazione della spesa relativa all'assistenza farmaceutica; l'adozione di azioni finalizzate all'attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi.



Rispetto al personale, le misure dei PO riguardano soprattutto gli organici e, in misura ridotta, le retribuzioni. In più colgono l'occasione per una "manutenzione straordinaria" nel complesso della gestione del personale, (i) investendo nella predisposizione di flussi informativi dalle aziende alle Regioni più articolati ed efficaci e (ii) andando a considerare anche aspetti minori e "lateral" che però sono percepiti come critici e da migliorare (ad esempio la corretta gestione della Libera Professione Intramuraria).

L'analisi mostra che su acquisti e personale, i PdR rafforzano quanto già prescritto da norme nazionali (leggi finanziarie, «*spending review*», ecc.), aumentandone la «probabilità di successo», grazie a un monitoraggio interistituzionale più stringente e a misure anche ridondanti. A volte gli interventi proposti non sembrano capaci di riconoscere caratteristiche e potenzialità delle specifiche Regioni e risentono di rigidità nei processi decisionali, che non concedono revisioni in itinere, rischiando di togliere credibilità e dunque efficacia all'azione.

Inoltre, emerge un'ulteriore considerazione relativa alla misurabilità degli impatti e al ruolo del *management*. Le misure di contenimento degli organici sono stabilite da norme di carattere generale e sono per loro natura facilmente misurabili e verificabili. Per questo, nonostante la sensibilità politica della gestione del personale, i PdR hanno mostrato molta «efficacia» rispetto agli obiettivi previsti. Al contrario, nella gestione degli acquisti – e cioè laddove davvero si dovevano rimodellare i processi (accorpamento dei lotti, riduzione della variabilità dei prodotti, sviluppo di criteri di classificazione omogenei, ecc.) tali misure sono state meno intelligibili, i loro risultati meno verificabili e in generale l'efficacia dell'azione è rimasta più dubbia.

Il capitolo 11 contribuisce al filone di letteratura che ha investigato le determinanti dell'adozione di nuovi dispositivi medici; ha l'obiettivo di esplorare le caratteristiche del processo decisionale interno alle strutture ospedaliere che porta all'adozione di nuove tecnologie, identificando le variabili prese in considerazione. Quale caso di studio è stata scelta la chiusura percutanea dell'auricola atriale sinistra (*left atrial appendage closure* – LAAC), un trattamento emergente che aiuta a ridurre il rischio di ictus in pazienti che soffrono di fibrillazione atriale.

Per rispondere alla domanda di ricerca sono stati estratti dall'archivio dei ricoveri ospedalieri del Ministero della Salute i dati di diffusione della tecnologia ed è stata strutturata una *survey* ad hoc rivolta sia a medici utilizzatori che non utilizzatori.

L'analisi ha preso in considerazione tre blocchi logici principali: il primo dedicato alle informazioni sul rispondente, con particolare riferimento alla sua esperienza e alle caratteristiche della struttura nella quale esercita; il secondo, incentrato sul livello di conoscenza della tecnologia da parte del rispondente e sui canali di diffusione delle informazioni in ambito clinico; il terzo sul processo di adozione (o di non adozione) della tecnologia all'interno della struttura del rispondente.

L'analisi ha evidenziato una forte eterogeneità nei processi decisionali interni, tale per cui una diversa importanza data ai criteri di valutazione si traduce in risultati decisionali differenti: la prevalenza dell'uso di evidenze cliniche rappresenta un fattore di accelerazione della diffusione, laddove le evidenze siano favorevoli; l'utilizzo preponderante del costo costituisce, invece, un fattore frenante. Nonostante la tensione esistente tra i due criteri, appare evidente che le valutazioni economiche e, più in generale, l'*Health Technology Assessment*, che si configurano come strumenti di supporto decisionale con una vocazione di sintesi tra aspetti clinici e necessità economiche, non siano ancora entrati nella pratica comune quali strumenti strutturati a guida delle decisioni.

Assetti istituzionali e combinazioni economiche, Organizzazione e Sistemi gestionali

Le successive tre parti del Rapporto («Assetti istituzionali e combinazioni economiche», «Organizzazione», «Sistemi gestionali») sono dedicate alle aziende sanitarie e alle sfide gestionali che esse affrontano.

In particolare, il capitolo 12 approfondisce il tema del Partenariato Pubblico Privato (PPP) per gli investimenti sanitari. La spesa per investimenti rappresenta solo il 5% della spesa sanitaria corrente. In passato l'attenzione si è concentrata soprattutto sull'edilizia sanitaria. La qualità delle prestazioni



sanitarie, tuttavia, dipende sempre di più dalla dotazione tecnologica e dalla capacità del sistema di mobilitare risorse per rispondere all'emergere dei nuovi fabbisogni.

Sebbene l'Italia, secondo le statistiche OCSE, vanti un buono stock tecnologico, la capacità di investire per la sostituzione e l'*upgrade* delle Aziende Sanitarie/Ospedaliere appare sempre più ridotta. Il PPP può rappresentare una risposta a queste esigenze.

Il capitolo riflette sulle forme contrattuali del PPP e sulle implicazioni della nuova direttiva sulle concessioni. Attraverso l'analisi di cinque casi italiani e stranieri si interroga sulle modalità e gli ambiti di coinvolgimento del privato e sugli ingredienti per costruire un buon partenariato.

Maggiore trasparenza nei contratti, piani economico finanziari più coerenti rispetto alle modalità effettive di finanziamento dei progetti, maggiore enfasi sull'aspetto operativo, una migliore analisi e allocazione dei rischi legati alla gestione risultano essere condizioni fondamentali per definire contratti più efficaci.

Tuttavia, questo può non bastare: sono necessari un serio *commitment* da parte del legislatore nazionale, finalizzato a non «discriminare» fiscalmente il PPP, e maggiori investimenti in competenze e strutture organizzative capaci di raccordarsi col mercato e assistere le singole amministrazioni.

Il capitolo 13 propone innanzitutto una mappatura di tre caratteristiche rilevanti degli ospedali privati accreditati italiani: natura istituzionale (profit *versus* no profit), localizzazione geografica (Nord – Centro – Sud e Isole) e appartenenza o meno a un grande gruppo (>500 PL totali *versus* piccoli gruppi e strutture «singole»). In seguito, lo studio indaga se al variare di queste caratteristiche istituzionali si osservano differenti posizionamenti strategici in relazione a tipologia di prestazioni erogate, utilizzo della capacità produttiva, presidio di mercati sanitari alternativi rispetto al proprio SSR. La metodologia di ricerca ha previsto un'analisi *desk* dei dati ministeriali e dei siti internet istituzionali degli operatori di settore.

La realtà del privato accreditato è estremamente variegata. IRCCS e grandi gruppi si concentrano al Nord, dove il contesto socio-economico ha favorito lo sviluppo di forti realtà profit, che spiccano nei segmenti ad alta complessità/specialità e generano mobilità attiva. Nel Centro-Sud si notano, da una parte, CdC profit di ridotte dimensioni, a vocazione generalista e piuttosto attive nel segmento solventi; dall'altra, alcuni IRCCS/Policlinici universitari no profit con caratteristiche strutturali e modalità di utilizzo della capacità produttiva simili al pubblico, in grado di presidiare le alte specialità e di attrarre pazienti.

I grandi gruppi sembrano rispondere in maniera più proattiva alle politiche sanitarie e alla crisi della finanza pubblica: lo suggeriscono le dinamiche di acquisizione (sebbene rallentate nell'ultimo anno), il *case-mix*, i maggiori tassi di occupazione dei posti letto, il consolidamento dei «mercati alternativi» della solvenza e della mobilità extraregionale. Dal 2008, tutto il privato accreditato ha contribuito alla diminuzione dell'inappropriatezza dei ricoveri. Emerge però un problema generalizzato di sotto-utilizzo della capacità produttiva accreditata.

Una politica di *laissez-faire* o semplici tagli lineari non sembrano risposte adeguate, mentre chiare e lungimiranti politiche sanitarie dovrebbero incentivare e premiare chi adegua la propria offerta alle necessità epidemiologiche e/o mostra standard clinico - gestionali eccellenti.

Il terzo contributo su «Assetti istituzionali e combinazioni economiche» (capitolo 14) propone un'analisi della ricerca clinica, partendo dal presupposto che la sperimentazione sui farmaci rappresenti una fonte di risorse per le aziende sanitarie, oltre che un'occasione per conoscere le caratteristiche di nuovi farmaci prima del lancio sul mercato e per promuovere la ricerca. Evidenze internazionali indicano che l'Italia sta riducendo la propria attrattività come sede di sperimentazioni e che la percezione su organizzazione e gestione delle stesse è negativa.

Scopo di questo studio è analizzare, in nove aziende sanitarie di Lombardia, Toscana, Campania e Sicilia, (i) la percezione degli operatori coinvolti nella ricerca sui farmaci di vantaggi e criticità dell'attività sperimentale e (ii) l'organizzazione dell'attività di sperimentazione.

La ricerca è stata realizzata sulla base di due questionari: il primo, strutturato e somministrato *online*, per l'analisi percettiva; il secondo, aperto e somministrato attraverso interviste, mirato a comprendere l'organizzazione dell'attività sperimentale.



I principali vantaggi percepiti dell'attività sperimentale sono la capacità di attrarre ulteriori sperimentazioni, l'accesso gratuito a nuovi farmaci, la crescita professionale e la diffusione dei principi della medicina basata sull'evidenza. Minore è, invece, la rilevanza percepita delle ricadute di tipo organizzativo, quali la possibilità di avere, attraverso gli studi *profit*, risorse per il finanziamento di personale non strutturato dedicato alla ricerca, la copertura dei costi di *follow up* dei pazienti, l'attrazione di pazienti e clinici da parte di sedi sperimentali.

Sotto il profilo organizzativo emerge come eventuali unità di supporto all'attività sperimentale abbiano ruoli differenti: negli IRCCS, tali unità forniscono supporto scientifico e organizzativo, nelle altre aziende sanitarie prevale l'attività di supporto amministrativo e di buona gestione delle procedure. Comune alle realtà indagate è (i) la sostanziale assenza di un sistema strutturato di valutazione dell'impatto economico della ricerca sperimentale, per quanto alcune aziende sanitarie abbiano promosso l'uso di indicatori di efficienza di tale ricerca; (ii) un'insufficiente comunicazione interna sulle unità aziendali di supporto alla ricerca e sugli esiti dell'attività sperimentale.

I due capitoli della sezione «Organizzazione» si focalizzano su temi relativi alla complessità dei processi di trasformazione ed evoluzione che coinvolgono il sistema ospedaliero e le reti oncologiche.

In particolare, il capitolo 15 approfondisce il tema della riconfigurazione dei piccoli ospedali. Le politiche del SSN e dei SSR, infatti, puntano ormai da molti anni alla riconfigurazione del sistema ospedaliero e, in particolare, alla chiusura o riconversione in strutture territoriali degli ospedali con un numero ridotto di posti letto. Questi processi risultano di particolare complessità. Gli ospedali, infatti, oltre ad assolvere alle specifiche funzioni sanitarie, svolgono un ruolo più ampio nei confronti delle comunità locali, non solo di tipo economico (quale volano occupazionale o sviluppo locale), ma anche simbolico.

La ricerca ha l'obiettivo di analizzare come i processi di riconfigurazione degli ospedali di piccole dimensioni possano svolgersi e di identificare possibili elementi di successo e fattori di criticità nell'attuazione di tali riconversioni.

Il metodo ha previsto l'approfondimento di due casi aziendali, attraverso interviste semi-strutturate agli attori principali della riconfigurazione e l'analisi di materiale documentale (rappresentato da Piani Attuativi Locali, delibere del Direttore Generale, progetti, cronoprogramma, ecc.).

Sono stati analizzati i casi di riconversione degli ospedali di Gissi, Casoli e Guardiagrele dell'ASL di Lanciano Vasto Chieti e dell'ospedale di Forlimpopoli dell'AUSL di Forlì. Nel primo caso, il processo è stato scandito da una serie di decisioni formali a livello istituzionale rispetto alle quali i diversi attori hanno poi svolto le loro partite attuative. Nel secondo caso, la strategia di cambiamento è stata di tipo negoziale con l'alleanza tra la politica locale e il management; in questo caso, le decisioni formalizzate hanno rappresentato l'esito del processo piuttosto che esserne la premessa.

In entrambi i casi, si rileva l'importanza dello shock esterno (nel primo caso dettato dal Piano di Rientro regionale, nel secondo da quello aziendale), ma anche della capacità dei *key player* di raccogliere e amplificare l'impulso esogeno. Gli *stakeholder* sono numerosi ed è particolarmente rilevante riuscire a coinvolgere la politica locale, i MMG e i professionisti degli ospedali da riconvertire, i quali possono esercitare un'influenza positiva sull'esito della riconfigurazione, in particolare sulla cittadinanza. Infine, diversamente da quanto avveniva in passato, il cambiamento del singolo ospedale è stato sempre inserito in un progetto di sviluppo di rete.

Il capitolo 16 prosegue l'osservazione sulle reti oncologiche dei precedenti Rapporti OASI per collocare le esperienze italiane nel dibattito internazionale e avviare una valutazione dei casi più consolidati. Il capitolo è articolato in tre sezioni. Nella prima, viene presentato il censimento delle reti oncologiche sulla base della normativa e degli annunci programmatici (PSSR) a livello regionale. Il livello di implementazione delle reti è inoltre verificato attraverso un'indagine esplorativa nazionale che ha coinvolto la comunità degli oncologi ospedalieri e dei professionisti del territorio. Nella seconda sezione, viene proposto un modello teorico di analisi delle reti oncologiche da una prospettiva di sistema, attraverso l'approccio delle configurazioni di rete, che focalizza l'attenzione sulle scelte di



governance e di *management* della rete e sul ruolo dell'*integrator*, quale elemento distintivo delle reti rispetto ad altre forme organizzative. Nella terza sezione, questo modello è applicato ad un'analisi esplorativa delle tre reti oncologiche regionali più mature: (i) Piemonte e Valle d'Aosta, (ii) Toscana e (iii) Lombardia.

In primo luogo, si osserva la centralità degli assetti istituzionali delle reti oncologiche, sia rispetto alla stabilità del relativo ambiente politico e ai nuovi soggetti portatori di interesse (associazioni dei pazienti) sia rispetto ai tentativi di allargare il contesto operativo verso il territorio (ad oggi, per i pazienti terminali). Spazi di miglioramento investiranno sia la dimensione verticale di integrazione delle aziende sanitarie nelle scelte di rete, sia quella orizzontale di integrazione tra l'oncologia ospedaliera e la rete di servizi territoriale e tra saperi di comunità professionali differenti. L'analisi delle reti mature ha messo in rilievo la centralità della funzione di *integrator*, oggi rivestita da un professionista oncologo, nelle funzioni di direttore operativo o scientifico della rete. L'*integrator* svolge un ruolo di articolazione funzionale e di leva strategica per il management e per la *governance* clinica della rete nella fase di consolidamento, rispetto alla contestuale disponibilità di risorse economiche per la rete.

La quinta parte del Rapporto è dedicata agli strumenti utilizzati nei processi di gestione delle attività interne alle aziende sanitarie.

Il capitolo 17 presenta dei casi studio innovativi, selezionati nell'ambito del Network dei Controller delle Aziende Sanitarie di SDA Bocconi. Essi mostrano come le aziende possano affrontare i *constraint* ambientali legati al contenimento della spesa avviando iniziative profondamente differenti di cambiamento manageriale nei sistemi di controllo e finalizzate a perseguire qualità ed efficienza di medio-lungo periodo.

Le esperienze presentate nel Rapporto perseguono obiettivi differenti, riconducibili ai seguenti: riconnettere e integrare attività che travalicano i confini aziendali (per stimolare l'integrazione tra ospedale e territorio) o delle singole articolazioni organizzative (per ricercare una rilettura sintetica del percorso del paziente); sfruttare pienamente le risorse di capacità (nello specifico i posti letto o le sale operatorie), specializzando i differenti *setting* assistenziali; misurare le attività e gli impatti dalle stesse prodotti per valutarne la sostenibilità economica e rafforzarne gli *outcome*.

Nei casi analizzati si delinea chiaramente come l'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo sia coerente con il cambiamento nelle complessive logiche di *healthcare management*, sempre più spesso orientate, in logica proattiva, a governare anticipatamente le cause cliniche alla base dei costi e dei livelli di spesa, piuttosto che a gestire successivamente i costi connessi alla presa in carico del paziente.

I casi mostrano come la chiave per garantire il successo di iniziative di questo tipo risieda nella chiara esplicitazione delle loro finalità, che non sono meramente collegate alla dimensione del governo economico, ma intendono presidiare in maniera integrata determinanti di natura economica e di qualità.

Il capitolo 18 persegue due obiettivi: in primo luogo, effettuare una mappatura nazionale dei fabbisogni informativi e delle priorità di investimento nelle moderne tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) delle aziende sanitarie, in base alle reali disponibilità economiche delle aziende e allo stadio di maturità dei sistemi informativi esistenti, ponendo particolare attenzione allo strumento della Cartella Clinica Elettronica; in secondo luogo, valutare la coerenza e l'adeguatezza dell'offerta, per individuare eventuali *gap* e fornire raccomandazioni su come colmarli.

La ricerca si fonda sull'analisi delle percezioni delle strutture sanitarie e, in particolare, dei Responsabili dei Sistemi Informativi presenti su tutto il territorio nazionale, e delle principali aziende italiane operanti nel settore dell'ICT.

Tra i principali risultati dell'analisi emerge una situazione estremamente eterogenea rispetto alla copertura dei fabbisogni informativi nelle aziende sanitarie e ospedaliere, e una diversificazione delle soluzioni offerte da parte dei fornitori presenti sul mercato italiano. Dal lato della domanda emerge come l'area clinica ospedaliera risulti essere la priorità indipendentemente da area geografica e