



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

EXECUTIVE SUMMARY RAPPORTO OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul
Sistema sanitario Italiano

La sanità italiana: un sistema in equilibrio che ha appreso la meccanica dell'innovazione. Quale senso di marcia per strumenti e modelli per la sua piena applicazione?

Sintesi a cura di Francesco Longo, Alberto Ricci, Patrizio Armeni, Francesco Petracca, Alessandro Furnari, Mattia Vincenzo Olive

La presente sintesi vuole trasmettere i messaggi chiave e le principali evidenze di OASI 2018, seguendo lo sviluppo logico del capitolo 1 del Rapporto. Per maggiori approfondimenti, si rimanda ai singoli capitoli del Rapporto e alle fonti citate.

A. Il sistema sanitario: traiettorie recenti, criticità e nuovi assi di stabilità

Risultati di salute complessivamente positivi nonostante l'eterogeneità inter-regionale, con due elementi di stabilità: il consolidamento dell'equilibrio economico-finanziario e l'esaurimento della recente stagione di revisione degli assetti istituzionali regionali.

1. Una spesa sanitaria sobria e l'ormai consolidato equilibrio economico-finanziario

- Nel 2017 la spesa SSN è aumentata dell'1,3% rispetto al 2016, attestandosi a 117,5 miliardi di euro. Tra 2012 e 2017, il tasso di crescita medio della spesa SSN è stato pari allo 0,6% annuo in termini nominali¹, pari a 3,5 miliardi in valore assoluto. *Cfr. cap. 3 e cap. 6.*
- Nel 2017 il SSN registra un lieve disavanzo contabile di 282 milioni di euro, pari allo 0,2% della spesa sanitaria pubblica corrente. Si conferma dunque il sostanziale equilibrio economico-finanziario del SSN, raggiunto ormai da 6 anni. *Cfr. cap. 3.*
- Le regioni del Centro-Sud sono ormai virtuose quanto quelle del Nord nel perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario. Nel 2017 Lazio e Campania registrano i maggiori avanzi di bilancio: rispettivamente, 529 e 77 mln €. *Cfr. cap. 3.*
- Al 2016, la spesa sanitaria totale in Italia corrisponde all'8,9% del PIL contro il 9,8% della Gran Bretagna, l'11,1% della Germania, il 17,1% degli Stati Uniti. La spesa SSN («pubblica») copre circa il 74% della spesa totale, la spesa privata diretta il 24%, la spesa intermediata il restante 2%. *Cfr. cap. 3 e cap. 6.*
- Tra 2012 e 2017, sul totale della spesa per il Welfare, si riduce la quota percentuale destinata alla spesa sanitaria, che passa dal 22,8% al 21,8%. Nel periodo considerato, anche la quota di spesa pensionistica

¹ In termini reali, l'aumento della spesa è stato azzerato dall'inflazione, il cui tasso medio annuo nel periodo considerato è stato pari allo 0,7%.



subisce un calo, dal 69,5% al 68%. La spesa assistenziale, principalmente riconducibile ad assegni di invalidità e accompagnamento, passa dal 7,7% al 10,2%. *Cfr. cap. 3.*

2. Un'offerta pubblica in graduale riduzione e rimodulazione

- Tra 2010 e 2017, la percentuale di spesa sanitaria coperta da fonti pubbliche evidenzia una lieve ma costante contrazione, stimata in 2,4 punti percentuali nel periodo considerato. *Cfr. cap. 6.*
- Le fonti pubbliche coprono il 95% dei ricoveri ospedalieri, ma solo il 65% dei ricoveri a lungo termine (LTC) in strutture residenziali e il 60% delle prestazioni ambulatoriali. *Cfr. cap. 6 e ISTAT- Il sistema dei Conti della Sanità per l'Italia (2017).*
- Si osserva una complessiva convergenza inter-regionale verso le dotazioni di posti letto pianificate dal legislatore (3,7 PL per 1.000 abitanti), così come verso il tasso di ospedalizzazione atteso (160 per 1.000 abitanti). A livello nazionale si registrano 3,55 PL e 126 ospedalizzazioni ogni 1.000 abitanti. *Cfr. cap. 2.*
- Tutte le tipologie di assistenza ospedaliera (ricoveri ordinari e soprattutto *day hospital*) registrano trend in riduzione. Nel complesso, i ricoveri scendono a 9 milioni nel 2016, con un calo del 25% nel periodo 2008-2016. *Cfr. cap. 2.*
- I dati nazionali relativi ai volumi di specialistica ambulatoriale, storicamente riportati dall' Annuario statistico del SSN, sono purtroppo disponibili solo fino al 2013. Le estrazioni dalle banche dati di alcune regioni del Nord (Emilia Romagna, Lombardia) evidenziano, comunque, una sostanziale stabilità dei volumi del laboratorio e della diagnostica tra 2015 e 2017. *Cfr. portale Open Data Regione Emilia Romagna e Regione Lombardia.*
- Gli accessi al pronto soccorso risultano stabili attorno ai 20,5 milioni, con un aumento della quota di accessi da parte di over65 tra 2007 e 2015 (dal 29% al 34%). I servizi di emergenza-urgenza si configurano pertanto come fisiologica valvola di sfogo a fronte di un'offerta sanitaria in stasi o sostanziale riduzione. *Cfr. cap. 2 e ISTAT (2018), Sezione Popolazione e Famiglie, Persone sole per sesso, età, e stato civile.*
- Si registra una marcata debolezza dei servizi domiciliari e della presa in carico post-ospedaliera: solo il 27% degli over85 viene dimesso prevedendo strumenti di continuità assistenziale, mentre l'ADI registra un'intensità assistenziale di 17 ore annue per utente in carico (in riduzione rispetto alle 22 ore del 2008). *Cfr. cap. 2 e cap. 5.*

3. Il bisogno sanitario e socio-sanitario in aumento in una società frammentata

- In Italia, al 2017, il 32% delle famiglie è unipersonale; si tratta di 8,1 milioni di individui, di cui oltre la metà (4,4 milioni) è over 60. Tra 2011 e 2017, quest'ultima categoria è cresciuta del 14%. Si affacciano nuovi fenomeni sociali, come l'aumento degli over 60 che vivono soli a seguito di divorzio o separazione, che nello stesso arco temporale sono passati da 314.000 a 515.000 (+64%). L'accentuarsi del processo di frammentazione del tessuto familiare e sociale rende più difficile, ma allo stesso tempo urgente, prendere in carico le condizioni di fragilità. *Cfr. cap. 1.*
- Il rapporto tra popolazione over65 e popolazione attiva è pari al 35%, valore più elevato tra i Paesi europei, il numero medio di figli per donna rimane pari a 1,34 e aumenta l'età media delle madri al parto (31,8 anni). Tra 2010 e 2017 la popolazione over65 è cresciuta di 1,3 milioni di persone (+11%). I dati testimoniano il persistere di un'importante crisi demografica, che mina le condizioni alla base del precario equilibrio dell'attuale sistema di Welfare. *Cfr. cap. 2 ed EUROSTAT, 2018, Old Age Dependency Index.*
- Nel 2016, i pazienti con almeno una patologia cronica nel Paese rappresentano il 39% della popolazione, mentre i cronici pluri-patologici il 21%. Questi ultimi, spesso classificabili come pazienti cronici «complessi», tendono fisiologicamente ad assorbire gran parte dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, spingendo i pazienti occasionali verso il circuito a pagamento. *Cfr. cap. 2.*



- Gli anziani non autosufficienti sono 2,8 milioni a fronte di 301.693 posti letto in strutture residenziali disponibili al 2015. I servizi socio-sanitari e sociali nel loro insieme risultano scarsi rispetto alle potenziali richieste, con i servizi pubblici che coprono circa il 32% della domanda. Si registrano sia un'insufficienza di risorse, sia una frammentazione delle competenze istituzionali (disperse tra SSN, INPS, Comuni). Le famiglie tendono quindi ad auto-organizzarsi (impegno diretto nella cura del proprio parente, aiuto di un caregiver informale, ricorso al ricovero sociosanitario in solvenza completa). *Cfr. cap. 5.*
- Il 25% dei cittadini anziani over85 esegue almeno un ricovero nel corso di un anno. La degenza è in media di 11 giorni. Il 67% dei ricoveri riferiti a over85 è riferito a una serie di più ospedalizzazioni successive nel corso di un anno. Solo il 16% degli over85 viene dimesso prevedendo un qualche strumento di continuità assistenziale (ricovero in struttura intermedia, ADI, ospedalizzazione domiciliare). L'insufficiente governo della domanda sociosanitaria influenza negativamente la funzionalità dei servizi sanitari di emergenza-urgenza, gli unici pressoché sempre presenti e accessibili, ma spesso clinicamente inappropriati. *Cfr. cap. 5.*

4. Appropriatezza e buoni esiti di salute, con punti di attenzione

- Al 2016, l'Italia registra un'aspettativa di vita eccellente, pari a 82,8 anni, superiore a Regno Unito, USA e Germania, ma lievemente inferiore a Francia e Spagna. *Cfr. cap. 7.*
- L'aspettativa di vita in buona salute in Italia è in lieve aumento, ma in misura minore rispetto agli altri Paesi sviluppati. Anche l'aspettativa di vita cresce, ma meno degli altri Paesi: l'Italia scende dal secondo al sesto posto tra 2000 e 2016 nelle rilevazioni del WHO, facendo comunque registrare valori superiori a Regno Unito, Germania e USA. *Cfr. cap. 7.*
- Il tasso di mortalità in soggetti adulti (15-60 anni) è tra i più bassi nel panorama internazionale e inferiore a quelli registrati da Regno Unito, Germania, Francia, Spagna e USA. Di converso, Spagna e Francia fanno registrare tassi standardizzati di mortalità complessiva più modesti di quelli italiani. *Cfr. cap. 7.*
- A livello nazionale, l'andamento di lungo periodo dei tassi di mortalità per le principali cause di morte è in calo tra 2003 e 2015 (con diminuzioni medie annuali comprese tra -1,3% e -2,2%, a seconda delle regioni). Aumenta invece in tutte le regioni (da +0,5% fino a +5,8% in termini di tassi medi annui) la mortalità per disturbi psichici e malattie del sistema nervoso. *Cfr. cap. 7.*
- Nel 2016, l'Italia registra meno ospedalizzazioni inappropriate (asma, BPCO e diabete) di Regno Unito, USA, Spagna, Germania e Francia; evidenzia invece un elevato consumo di antibiotici e un ricorso al parto cesareo in riduzione ma ancora superiore ad altri Paesi benchmark. *Cfr. cap. 2*
- Nel 2016 la quota di cittadini che dichiarano un episodio di rinuncia alle cure è pari al 5,7%, in calo rispetto al 2015 (7,9%). Le rinunce sono principalmente dovute al costo percepito delle prestazioni. Il calo più significativo nella dichiarazione di rinuncia alle cure si registra nelle fasce di popolazione meno abbienti. La lieve ripresa economica e l'importante lavoro volto alla riduzione delle liste d'attesa sono probabili spiegazioni di questo significativo miglioramento. *Cfr. cap. 7.*

5. Un sistema sanitario diseguale

- Nonostante il calo delle ospedalizzazioni, tra 2014 e 2016 la mobilità interregionale registra un aumento di circa 8.000 ricoveri. Nel 2016, la quota di ricoveri ordinari in mobilità extraregionale è pari all'8,2% per gli acuti e al 16,3% per la riabilitazione. Dal 2017, l'introduzione di limitazioni normative nazionali ai ricoveri extraregione potrebbe però aver limitato i flussi. *Cfr. cap. 2 e Rapporto SDO 2016, Ministero della Salute.*
- Indici come l'incidenza di parti cesarei o le dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici suggeriscono il permanere di un gap qualitativo tra i sistemi ospedalieri di Nord e Sud del Paese. *Cfr. cap. 2.*



- Tra 2012 e 2017, il divario nel punteggio medio degli indicatori della «Griglia LEA» delle regioni in Piano di Rientro rispetto a quelle mai sottoposte a Piano è cresciuto da 34 a 37 punti. *Cfr. cap. 2.*
- I tassi standardizzati di mortalità di alcune province del Mezzogiorno, come Napoli e Caserta, risultano più elevati del 20% rispetto alla media nazionale. *Cfr. cap. 7.*
- L'aspettativa di vita in buona salute varia dai 52 anni della Calabria ai 69 della PA di Bolzano e, più in generale, dai 56,6 del Sud ai 60,5 del Nord. Oltre al contesto socio-economico, la differente capacità di presa in carico delle condizioni di cronicità e LTC spiega in parte questo differenziale. *Cfr. cap. 5.*
- I tassi di copertura dei bisogni di LTC, contenuti al Nord, tendono infatti a zero nelle regioni centro-meridionali. *Cfr. cap. 2 e cap. 7.*
- La spesa sanitaria privata delle famiglie è sbilanciata al Nord. Valle D'Aosta e Lombardia, con 951 e 825 euro per abitante, registrano valori più che doppi rispetto alla Campania (335 euro). *Cfr. cap. 6.*

6. La necessità di nuove e consapevoli politiche del personale

- Il SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale: i dipendenti SSN rappresentano l'1,0% della popolazione, l'1,6% di quella attiva (15-65) e il 2,7% degli occupati. *Cfr. cap. 2.*
- Il blocco del turnover emerge come la principale modalità di contenimento della spesa sanitaria degli ultimi anni. In Italia il personale infermieristico è meno della metà rispetto alla Germania: 5,6 infermieri ogni 1.000 abitanti contro 12,9. Contemporaneamente, il 53% dei medici ha più di 55 anni; si conta un numero di candidati alle specialità mediche più che doppio rispetto ai contratti finanziati (16.046 versus 6.934). Il problema è la scarsità di risorse per assumere e formare specializzandi, non la mancanza di medici. *Cfr. cap. 2 e MIUR, 2018, sito istituzionale.*
- Il personale dipendente in diversi SSR meridionali è calato significativamente ed è oggi inferiore a quello settentrionale. Al 2016, la Lombardia, registra 9,6 dipendenti SSN ogni 1.000 abitanti (-3% rispetto al 2010), contro i 7,3 della Campania (-15%) e i 7,1 del Lazio (-14%)². *Cfr. cap. 2 e cap. 12.*
- Il rapporto infermieri/medici a livello nazionale nel 2016 è pari a 2,45, con una rilevante variabilità inter-regionale, sostanzialmente stabile rispetto al 2010. Le regioni del Nord mantengono una maggiore dotazione organica di infermieri rispetto ai medici, a testimonianza della difficoltà di ribilanciare lo *skill mix* degli SSR spesso interessati dai Piani di Rientro. *Cfr. cap. 12.*
- Tra 2006 e 2016, i profili di ruolo amministrativo nelle aziende sanitarie pubbliche sono passati da 77.148 a 68.947 e quelli under35 hanno subito una riduzione del 64%, con conseguente aumento dell'età media: il 44% dei dipendenti con ruolo amministrativo è over55. In alcune specifiche funzioni, l'incidenza percentuale di addetti under35 sul totale è inferiore al 10%, con una differenza rilevante tra aziende in regioni sottoposte nel tempo a Piani di Rientro e non (mediamente 2,7% vs 7,1%). *Cfr. cap. 14.*

7. La centralità e le prospettive del privato accreditato

- Nel 2017 la spesa SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è pari al 18,8% della spesa sanitaria pubblica complessiva, con marcate differenze nel confronto inter-regionale. *Cfr. cap. 4.*
- Al 2016, il 30% dei posti letto del SSN è situato in strutture private accreditate, in aumento di 3,2 punti dal 2007. Erogatori pubblici e privati sono fortemente complementari nel SSN, anche perché i secondi coprono, tra le altre, alcune aree dove la domanda è in crescita e l'offerta pubblica limitata, come la riabilitazione. *Cfr. cap. 4 e cap. 6 Rapporto OASI 2017.*
- Il settore ospedaliero privato accreditato ha sperimentato nell'ultimo quinquennio una crescita dei gruppi con oltre 500 PL, che hanno acquisito circa 2.000 nuovi posti letto e 21 strutture, passando dal 35% al

² Si specifica che non si tratta di differenze riconducibili alla diversa incidenza del privato accreditato, perché in Lombardia la quota di spesa per assistenza privata accreditata è più elevata (28%) rispetto a Campania (21%) e Lazio (25%).



38% dei posti letto totali del privato accreditato. Gli spazi per processi di concentrazione industriale sono comunque ancora rilevanti: la dimensione media delle strutture accreditate è di 116 PL. *Cfr. cap. 4.*

8. La ritrovata stabilità negli assetti istituzionali dei SSR

- Per la prima volta dopo anni, si registra una fase di stallo o forse l'esaurimento delle dinamiche di ingegneria istituzionale. Nel 2018, come nel 2017, si registrano 120 aziende territoriali (ASL e ASST), con una popolazione media servita di 500.000 abitanti. Le aziende ospedaliere sono 43, invariate rispetto al 2017, ma in evidente calo rispetto alle 75 del 2015, prima che il riordino di alcuni SSR (in primis quello lombardo) re-integrasse nelle aziende territoriali la rete ospedaliera o di parte di essa. Anche il numero di aziende ospedaliere-universitarie integrate con il SSN, di IRCCS pubblici e di enti intermedi del SSN è rimasto invariato rispetto al 2017. *Cfr. cap. 2.*
- La finestra di stabilità istituzionale aperta da alcuni mesi sta permettendo e permetterà di consolidare gli assetti di *governance*, le strutture organizzative e le competenze manageriali delle aziende, coerentemente con le differenti *mission* e specializzazioni erogative. *Cfr. cap. 1.*

B. Le aziende e il management: riavviata la meccanica dell'innovazione, quale direzione strategica?

Nella cornice della stabilità finanziaria e istituzionale, le aziende si confermano capaci di attivare nuovi sistemi operativi e modelli di servizio, ma occorre individuare le priorità strategiche verso cui indirizzare l'innovazione. È sempre più importante verificare a livello aziendale gli effetti dei modelli, delle scelte e delle procedure volte a livello regionale. Inoltre, si divaricano sempre più i tempi della comunicazione politico-mediatica e i tempi attuativi sul lato amministrativo. Il ruolo del management resta quello di individuare le priorità strategiche e curarne l'attuazione, consapevole degli elementi che ne determinano gli spazi di autonomia.

9. Sistemi gestionali e modelli di servizio: evoluzioni e opzioni strategiche aperte

- Le aziende nate dagli accorpamenti analizzate hanno spesso dimostrato competenza e relativa rapidità nell'adeguare i sistemi di programmazione e controllo (P&C) ai nuovi, più ampi perimetri aziendali. È invece ancora incerto il contributo dei sistemi di P&C nel rafforzare sostanzialmente le responsabilità e poteri del middle management aziendale, in discontinuità con la classica struttura basata sui due livelli gerarchici del vertice strategico e delle unità operative di *line*. *Cfr. cap. 9.*
- Al 2018, almeno 37 aziende pubbliche del SSN hanno strutturato la funzione di *operations management* (OM) sul piano formale. La *mission* delle funzioni di OM è comune: passare, soprattutto in ambito chirurgico, da una programmazione e gestione frammentata degli asset e dei processi produttivi a un governo più centralizzato, uniforme e coerente con le strategie aziendali. Resta da chiarire se la funzione di OM sia destinata a divenire «proprietaria» degli asset, o a limitarsi a un ruolo di supporto delle UO cliniche rispetto all'ottimizzazione dei processi produttivi. *Cfr. cap. 10.*
- Diverse aziende hanno adottato strumenti di validazione e sviluppo delle competenze cliniche, monitorando la numerosità della casistica trattata dai singoli medici per specifiche procedure o condizioni patologiche. Rimane ambivalente la finalità dello strumento, che può servire ad aumentare la fungibilità dei medici o a definire la specializzazione dei singoli operatori e a concentrare le casistiche. *Cfr. cap. 13.*
- Si consolidano i processi di accompagnamento alla certificazione di bilancio, con una maggiore incidenza nelle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali. Anche il processo di certificazione può e deve focalizzarsi su finalità parzialmente diverse: può rendere più efficienti alcuni processi amministrativi, può standardizzare procedure contabili per rendere più confrontabili i bilanci, o, semplicemente, accreditare la veridicità delle rilevazioni contabili. *Cfr. cap. 8.*
- Si amplifica l'esposizione delle aziende sanitarie sui social media (Facebook, ma anche Youtube e LinkedIn). Raramente, però, esistono strutture organizzative dedicate che valorizzano questi canali di



comunicazione. Nuovamente, le finalità strategiche appaiono spesso indefinite: veicolare informazioni sanitarie ai pazienti; innovare la comunicazione interna, superando almeno in parte le gerarchie; attivare uno strumento di promozione dei risultati raggiunti e dell'identità aziendale. *Cfr. cap. 11.*

10. Il ruolo del management aziendale: gli spazi di autonomia tra funzioni accentrate regionali, tempi amministrativi e accelerazione della narrativa politico-mediatica

- I modelli regionali di *Population Health Management* (PHM) e le loro applicazioni rappresentano un'opportunità *disruptive* nei modelli tradizionali di policy e di management per i sistemi sanitari regionali: la programmazione avviene per «le» popolazioni target e questo rafforza la necessità di bilanciare scelte standardizzate (top-down) con gli specialismi delle condizioni di salute. In questi modelli, i ruoli della sanità pubblica e dell'assistenza territoriale trovano una nuova valorizzazione. Tuttavia, importanti requisiti dei modelli avanzati di PHM, essenziali per perseguirne le finalità strategiche di tali modelli, risultano assenti o embrionali anche nelle esperienze più mature: lo sviluppo di sistemi di valutazione sui risultati di *outcome*, la carenza di informazioni di carattere socio-sanitario e sociale, le difficoltà a integrare la medicina generale. *Cfr. cap. 18.*
- Si consolida l'esperienza delle centrali di acquisto regionali, che eseguono ormai una quota rilevante delle attività di *procurement*. Con riferimento ai farmaci, la presenza in lotto di generici/biosimilari ed originatore e la circostanza che il prodotto aggiudicatario sia un generico hanno un impatto positivo importante sul numero di offerte e la dimensione dello sconto. Più controverso, o meno rilevante, è il ruolo della tipologia di procedura, del livello di aggregazione degli acquirenti e dei volumi acquistati. Generalizzando, è chiaro che l'efficacia di un acquisto non dipende soltanto dalla qualità intrinseca dell'oggetto acquistato, ma anche dalla gestione del processo d'acquisto. Particolare attenzione va dedicata alle tempistiche. È frequente che dalla stesura del capitolato all'aggiudicazione definitiva trascorrono 2-3 anni, con il rischio di vanificare l'innovazione veicolata da un *device* e da un farmaco. L'attenzione alle procedure delle centrali di acquisto è strategica per consentire alle aziende di raggiungere non solo l'efficienza, ma anche la produzione di valore per il paziente. *Cfr. capp. 1, 16 e 17.*
- Nella prospettiva del management aziendale, la divergenza tra ritmi politico-mediatici e amministrativi può, da un lato, creare uno spazio di autonomia strategica e, dall'altro, aumentare le pressioni sul management. Il momento attuativo è infatti lontano dal momento di formulazione dell'indirizzo e di attenzione politica dell'opinione pubblica, permettendo gradi di autonomia manageriali rilevanti. Tuttavia, i problemi di cui si discute politicamente, caratterizzati dai ritmi serrati enfatizzati dai social network, non possono trovare risposte amministrative veloci. Il ruolo del management resta quello di individuare le priorità strategiche e guidarne l'attuazione, tenendo conto degli elementi che ne rimodulano continuamente gli spazi di autonomia. *Cfr. cap. 1*

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



Bristol-Myers Squibb