



© ISTOCK - JACKALOU

La sanità può cambiare anche a costo zero

Cinque interventi: geografia dei servizi, innovazione, processi di fusione, integrazione dei consumi privati e gestione del personale

di Patrizio Armeni, Clara Carbone, Lorenzo Fenech, Francesco Longo, Francesco Petracca, Alberto Ricci e Silvia Sommariva

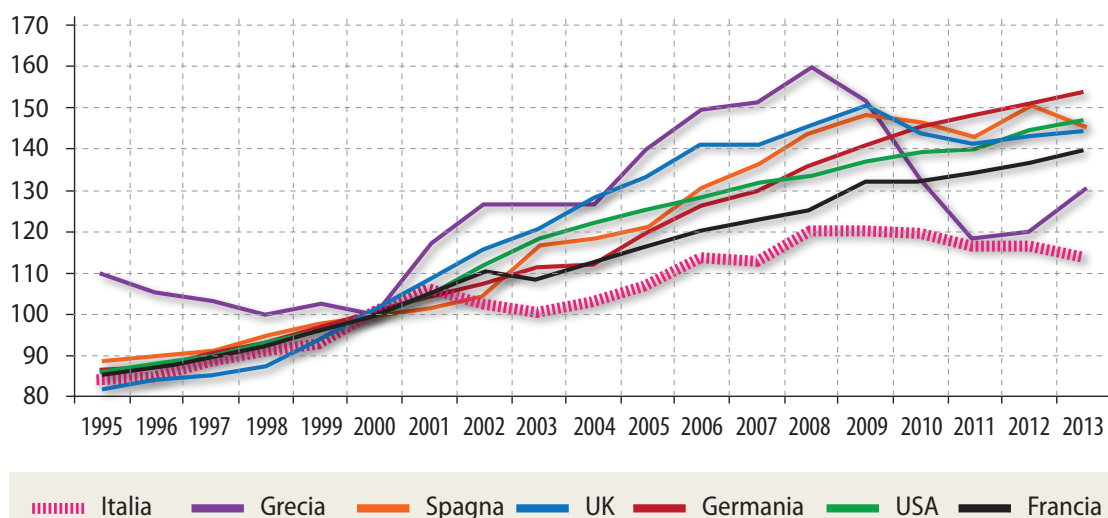
Tra il 2009 e il 2014, la spesa sanitaria pubblica ha registrato un aumento medio annuo pari ad appena lo 0,7 per cento, in contrazione rispetto al quinquennio precedente (tassi annuali maggiori del 3 per cento). Anche in un confronto internazionale, l'Italia evidenzia andamenti più contenuti degli altri paesi e, negli ultimi anni disponibili, addirittura negativi (Figura 1). Questo non si è comunque tradotto in un aumento dei consumi

sanitari privati, i quali, proprio a causa della crisi, sono rimasti pressoché invariati negli anni (21-22 per cento della spesa sanitaria).

Allo stesso tempo, alcuni fenomeni sono destinati ad accentuarsi e a cambiare in maniera strutturale la domanda sanitaria. Si tratta, per esempio, delle note dinamiche di invecchiamento della popolazione che, insieme alle conseguenze della crisi economica, spostano sempre di più il baricentro della domanda verso le cronicità e i bisogni socio-assistenziali delle fasce di po-

polazione più disagiate. La continua innovazione medica e tecnologica tende poi a «creare» nuova domanda sanitaria. Nonostante le pressioni contrastanti tra risorse limitate e bisogni emergenti, il quadro epidemiologico di questi ultimi anni non sembra essere peggiorato (l'aspettativa di vita è tra le più elevate al mondo, Figura 2) e rimane alta la soddisfazione espressa dai cittadini sulle prestazioni ricevute dal Servizio Sanitario Nazionale: secondo dati ISTAT 2013, queste vengono valutate con un punteggio pros-

figura 1 | crescita della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) tra il 1995 e il 2013:
un confronto internazionale (numeri indice con 2000 = 100)



fonte: elaborazioni OASI su dati OECD e WHO

simo a 8/10. È però fisiologico che al prolungarsi del periodo di rigido contenimento della spesa le leve disponibili per la razionalizzazione tendano a esaurire i loro effetti positivi e che, al contrario, crescano le manovre di razionamento, con impatti negativi sui livelli di funzionalità ed equità del servizio offerto.

In questo quadro, il CERGAS (Centro Ricerche per la Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) e la SDA Bocconi, in collaborazione con gli Alumni Bocconi (BAA), hanno concluso un percorso di riflessione dedicato a *Proposte per rendere il SSN più efficace, equo e sostenibile*. Queste proposte, prese nel loro insieme, hanno la particolarità di non comportare aggravii di spesa; riprendono diversi provvedimenti normativi che attendono sistematica implementazione. Le proposte (1) si focalizzano su cinque ambiti:

1. la trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari;
2. il governo dell'innovazione e delle tecnologie;
3. i nuovi perimetri delle aziende sanitarie e la governance dei processi di fusione;
4. la regolazione e l'integrazione dei consumi sanitari privati nel SSN;
5. i cambiamenti necessari nella gestione del personale.

Proposte di policy

La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari. Per rispondere a una domanda di salute più diversificata e complessa rispetto al passato, è necessario rivedere i canali di accesso e ricercare la «dimensione ottimale» di quei processi che richiedono più know-how specialistico. In particolare:

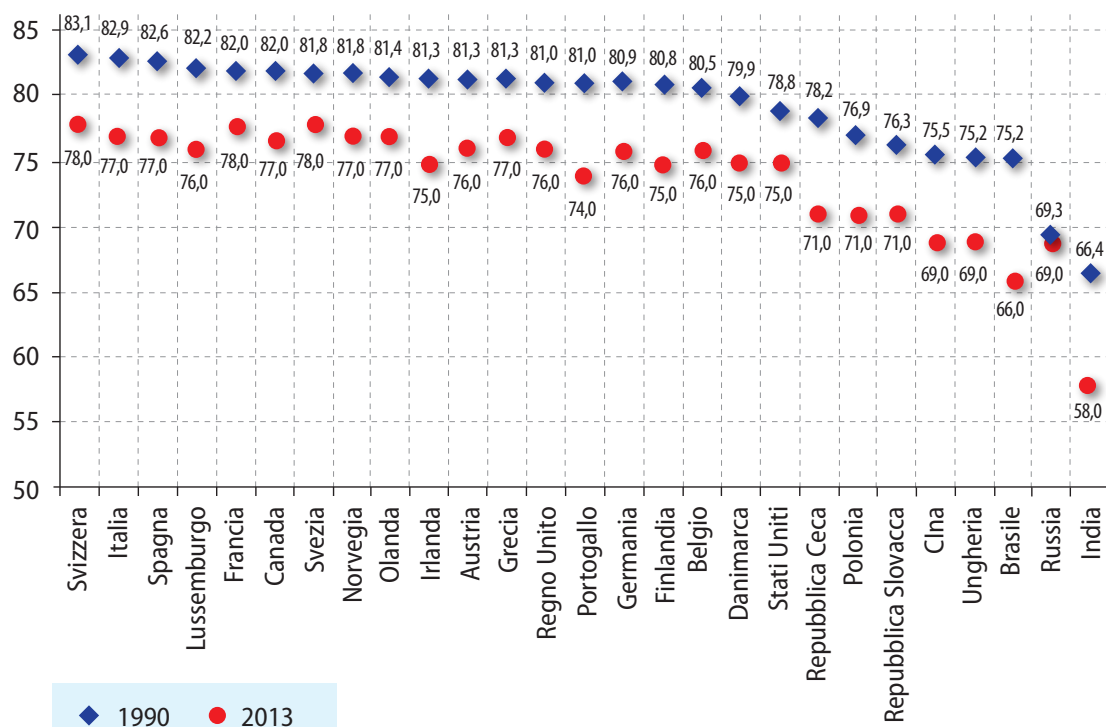
■ il SSN deve distinguere più nitidamente i diversi gruppi di pazienti, che necessitano di servizi, percorsi e, in parte, di modalità di compartecipazione alla spesa (co-

payment) distinti e specifici. In particolare, il sistema deve differenziare: la popolazione sana (da sottoporre a *screening e prevenzione primaria*), gli utenti occasionali, i pazienti acuti, i pazienti cronici (Figura 3), le persone in condizioni di parziale o totale non autosufficienza con bisogni di *long term care*, ■ negli ospedali per acuti, le UO con un livello di casistica insufficiente devono essere accorpate. È possibile ipotizzare sia il rafforzamento degli hub, sia modelli basati su ospedali con vocazioni distinte in rete tra di loro. Alcuni presidi per acuti, infine, andrebbero dismessi o riconvertiti in strutture per pazienti sub-acuti o per anziani.

Il governo dell'innovazione e delle tecnologie. Il concetto di innovazione in sanità è applicabile a diversi ambiti, generalmente percepiti come distanti e autonomi. In particolare, principali pilastri dell'innovazione sono i farmaci, i dispositivi medici (*medical devices*), le grandi tecnologie sanitarie, i si-

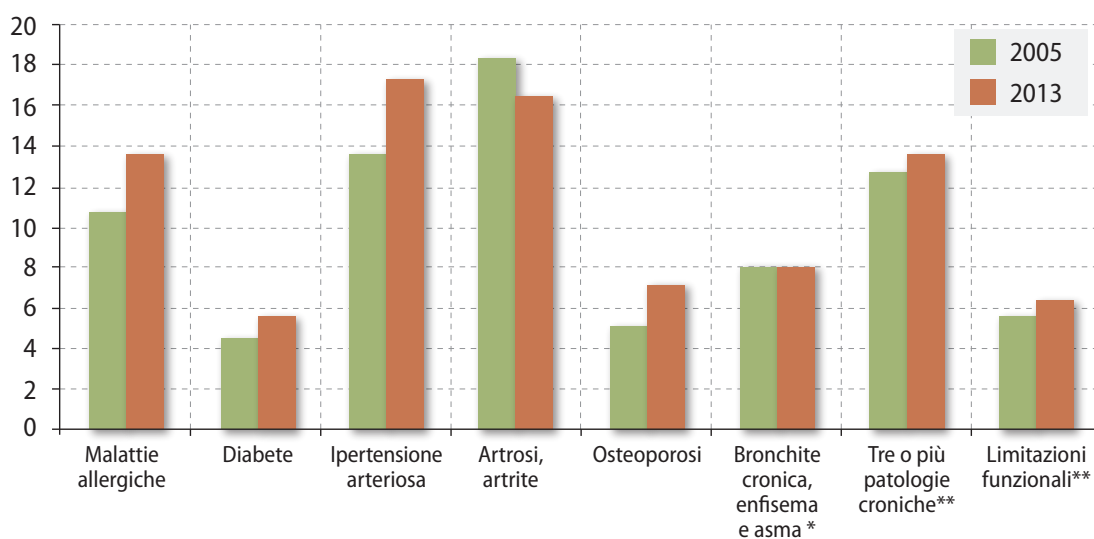
(1) Le proposte sono integralmente scaricabili all'indirizzo: https://www.unibocconi.it/wps/wcm/connect/cdr/centro_cergasit/home/ssn+fast+forward+scarica+le+proposte+per+il+ssn.

figura 2 | aspettativa di vita (1990; 2013): un confronto internazionale



fonte: elaborazioni OASI su dati OECD e WHO

figura 3 | persone che dichiarano cronicità o limitazioni funzionali, su 100 intervistati (2005; 2013)


 fonte: elaborazioni OASI su dati ISTAT, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 2013

note: (*) l'asma è dichiarata da 3,5 intervistati su 100 nel 2005 e 4,2 nel 2013, mentre bronchite e enfisema passano da 4,5 a 3,8

(**) tassi standardizzati su 100 intervistati. Tra le limitazioni funzionali sono comprese quelle alla vista, all'udito, alla parola, alle funzioni quotidiane, al movimento, confinamento. Gli intervistati sulle limitazioni funzionali hanno almeno 25 anni


Patrizio Armeni

è ricercatore presso il CERGAS e PhD Candidate presso l'Università Bocconi.
patrizio.armeni@unibocconi.it


Clara Carbone

è ricercatore presso il CERGAS e SDA Professor presso la SDA Bocconi.
clara.carbone@unibocconi.it


Lorenzo Fenech

è SDA Assistant Professor in Public Management and Policy presso SDA Bocconi e membro OCPS-SDA Bocconi.
lorenzo.fenech@sdbocconi.it

stemi informativi e le infrastrutture. Le azioni più urgenti sono:

- rivedere il sistema dei tetti sulla spesa farmaceutica, che potrebbe superare l'agganciamento alle risorse complessive del SSN. Tale sistema, infatti, non consente di incorporare nella negoziazione delle condizioni di prezzo e rimborso il valore terapeutico e gli effetti che un farmaco ha su altre prestazioni sanitarie (costi evitati);

- attuare concretamente il modello di governance recentemente adottato dal Ministero della Salute per il settore dei *medical devices*, in una logica di *Health Technology Assessment* (HTA) sistemica. È importante che il Ministero stabilisca a quali tecnologie dare priorità per la valutazione, supportato da Agenas, AIFA (soprattutto per dispositivi interagenti con medicinali) e regioni, nell'ambito di una

«cabina di regia». Gli studi potranno essere di volta in volta affidati a organi tecnici regionali o aziendali di HTA, Agenas, università o centri di ricerca accreditati;

- individuare delle metriche per la gestione integrata della cronicità, attraverso la raccolta di evidenze clinico-gestionali sulla presa in carico globale del singolo paziente. Per questo non servono investimenti particolari sui sistemi informativi, a parte un'imponente opera di riconnessione di flussi di dati in gran parte già esistenti;

- rivedere il livello di indebitamento per investimenti consentito alle aziende del SSN, in ragione dei risparmi potenzialmente ottenibili nel medio periodo grazie alla riorganizzazione della loro rete di offerta e grazie alla dismissione o destinazione a reddito degli immobili non riconvertiti.

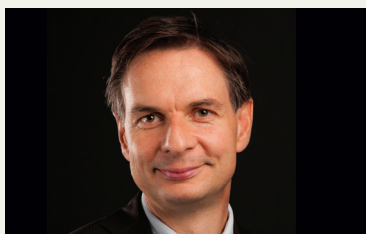
I nuovi perimetri delle aziende sanitarie pubbliche e la governance dei processi di fusione. I processi di fusione sono una parte rilevante dello scenario della sanità italiana: negli ultimi 15 anni il numero di aziende sanitarie pubbliche si è ridotto del 25 per cento circa. A questo proposito:

- è importante esplicitare quale sia l'obiettivo delle fusioni aziendali, per orientare i cambiamenti possibili e disporre di target attesi (master plan) rispetto ai quali indiriz-

zare la gestione e il monitoraggio dei risultati di breve e lungo periodo. Le possibili finalità sono molteplici: concentrare le casistiche e le unità operative; maggiore omogeneità nei livelli quali-quantitativi dei servizi; economie di scala nei processi di acquisto e di erogazione; condivisione e riduzione dei costi amministrativi e dei servizi di supporto; espansione dei processi di knowledge management ecc.;

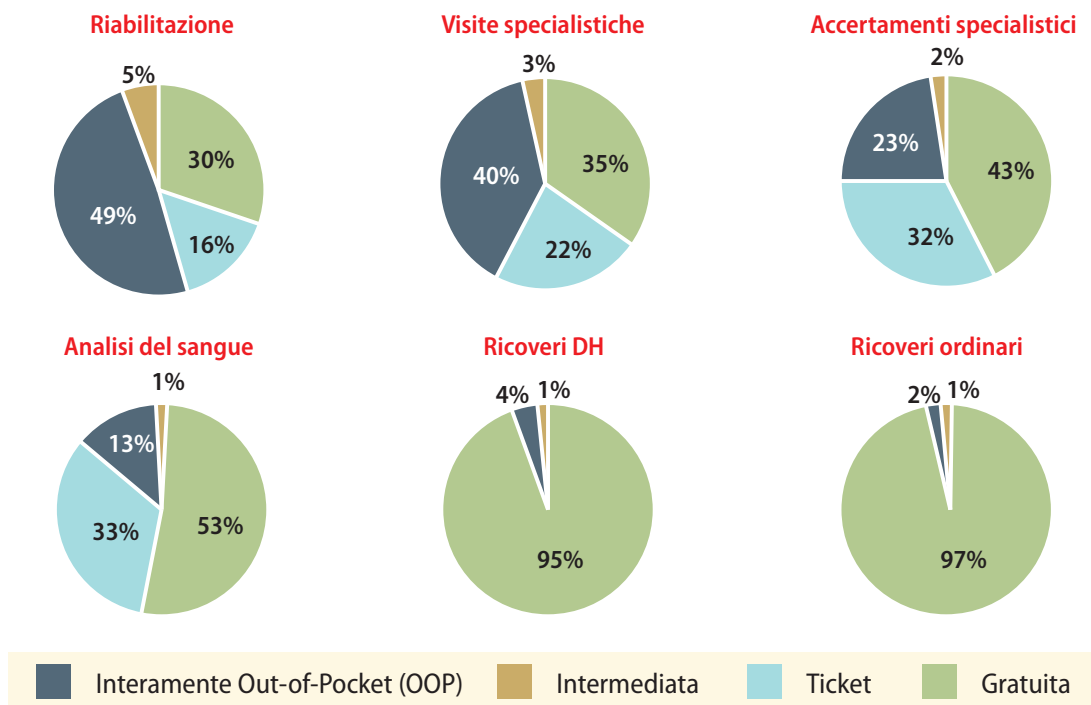
- laddove le aziende assumono dimensioni molto rilevanti (vicino o oltre 1 miliardo di bilancio annuo) è necessario ipotizzare una diversificazione delle soluzioni istituzionali e organizzative. Al crescere delle dimensioni si rende necessario considerare l'opportunità di divisionalizzare l'azienda (per territori o per materie), avvicinandosi al modello della «holding di servizi sanitari ad area vasta»;
- bisogna sempre tenere presente che i processi di fusione e di intensa cooperazione interaziendale richiedono risorse. Gli investimenti sono necessari per innestare competenze manageriali dall'esterno, unificare e rafforzare le tecnostutture, adattare i sistemi informativi, allineare le culture.

Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel SSN. Bisogna uscire dalla retorica ideologica e considerare con oggettività il ruolo dei consumi sanitari privati, un segmento di spesa sanitaria che rappre-


Francesco Longo

è professore di Management Pubblico presso il Dipartimento di Public Policy and Management dell'Università Bocconi.
francesco.longo@unibocconi.it

figura 4 | distribuzione delle modalità di pagamento delle prestazioni sanitarie per tipologia di prestazione


 fonte: elaborazione OCPs-SDA Bocconi su dati ISTAT, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 2014

senta circa il 22 per cento della spesa sanitaria complessiva. In alcuni ambiti, come quelli delle visite specialistiche e della riabilitazione, oltre il 40 per cento delle prestazioni sono pagate direttamente dalle famiglie (Figura 4). Di conseguenza:

■ è necessario estendere/rivedere la regolamentazione di interi com-

parti (dalla medicina estetica alle assicurazioni sanitarie integrative) per garantire standard di trasparenza e qualità accettabili, agendo sui processi di autorizzazione, sui tariffari e sulle tutele per i pazienti; ■ è necessario ragionare su quali siano le competenze e le logiche organizzative che mancano alle azien-

de sanitarie pubbliche per essere erogatori attivi ed efficaci nel settore dei consumi privati, sviluppando così l'imprenditorialità pubblica;

■ a tutela dei pazienti e del SSN, è necessario sviluppare logiche e strumenti capaci di integrare nei sistemi informativi del SSN le prestazioni sanitarie efficaci acquisite pri-


Francesco Petracca

è ricercatore presso il CERGAS.
francesco.petracca@unibocconi.it


Alberto Ricci

è ricercatore presso il CERGAS.
alberto.ricci@unibocconi.it


Silvia Sommariva

è ricercatore presso il CERGAS e PhD Candidate presso la University of South Florida (Tampa, USA).
silvia.sommariva@unibocconi.it

vatamente, per evitare duplicazioni o gap informativi sul percorso sanitario complessivo del paziente.

I cambiamenti necessari nella gestione del personale. Oltre al blocco del turnover e alla domanda di nuove competenze e assetti per poter prendere in carico cronicità e fragilità, la gestione del personale del SSN è caratterizzata da peculiari dinamiche interne: innanzitutto, l'evoluzione dei saperi professionali, soprattutto degli infermieri; poi, l'eredità delle scelte di restringimento dell'accesso alla professione medica di quasi 30 anni fa (introduzione del numero chiuso al corso di laurea). L'età media degli organici raggiungerà infatti i 57 anni nel 2019 (2). Di fronte a questa specifica situazione:

- è necessario esplicitare e governare le dinamiche di *skill mix change* per medici e infermieri, cioè di cambiamento nella combinazione di figure professionali richieste per le attività sanitarie. Il governo dello *skill mix change* necessita di un maggiore indirizzo e monitoraggio nei confronti delle istituzioni che formano le professioni sanitarie;

- è indispensabile una revisione ragionata dei rapporti di impiego, che tenga conto dell'invecchiamento degli organici e delle rilevanti quote di *burnout* del personale del SSN. Sul piano contrattuale, è

(2) Ministero dell'Economia e delle Finanze, Conto Annuale 2014, disponibile online: <http://www.contoannuale.tesoro.it>.



I sistemi informativi sono un pilastro dell'innovazione in sanità

necessario proporre modifiche alle discipline sul tempo parziale, sugli orari di lavoro e sulle progressioni retributive, consentendo una maggiore flessibilità. Al di là delle evoluzioni contrattuali, il management dovrebbe comunque proporre con intelligenza e determinazione soluzioni innovative (per esempio politiche sistematiche di *job rotation*).

L'insieme delle proposte che presentiamo in questo contributo non vuole essere esaustivo, ma riflette quelle che riteniamo siano le priorità di sistema, a fronte delle evidenze sulle principali criticità del SSN. Le proposte hanno contenuti e natura diversificata, nella convinzione che limitare la riflessione di policy ai soli assetti istituzionali sia parziale e insufficiente. Grande attenzione è dedicata alle reali condizioni di fattibilità e di spazio realizzativo per il management aziendale, a

cui va riconosciuto il ruolo di regista dei principali processi di cambiamento e innovazione. Si tratta di «ri-allocare» le risorse, riconfigurare le organizzazioni, integrare, monitorare e regolare parti del settore fino a oggi ignorate e rivedere i processi decisionali dei principali organi «decisori». In un'ottica di medio-lungo periodo, non si può però prescindere da alcuni investimenti mirati: investimenti necessari per unificare e rafforzare le tecnostutture, adattare i sistemi informativi, innestare competenze manageriali dall'esterno, allineare le culture. ■

Esplora **e&mplus** su
www.economiaemangement.it



In sintesi

Nel periodo 2009-2014, la spesa sanitaria nazionale è cresciuta a un ritmo più lento che in passato. Nonostante i livelli di soddisfazione verso il Servizio Sanitario Nazionale restino elevati, **c'è il rischio che un prolungato contenimento della spesa abbia un impatto negativo sui livelli di funzionalità ed equità del servizio.**

Per rendere il SSN più efficace, equo e sostenibile, CERGAS e SDA Bocconi hanno avanzato **una serie di proposte che, prese nel loro insieme, non richiedono incrementi di spesa né aggiustamenti legislativi.**

Si tratta di policy che mirano a «ri-allocare» le risorse, riconfigurare le organizzazioni, integrare, monitorare e regolare parti del settore fino a oggi ignorate e rivedere i processi decisionali. In un'ottica di medio-lungo periodo, **per garantire la solidità del SSN non si può in ogni caso prescindere da investimenti più mirati.**