

Convegno OASI 2018. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano

## Cergas & SSN: 40 anni insieme

A cura di Aurora Torri

Luogo e data	Milano, 29 novembre 2018
Promotori	Cergas, SDA Bocconi - School of Management
Relatori	<p><i>Patrizio Armeni, Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Paolo Bordon, APSS Trento</i> <i>Elio Borgonovi, Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Luigi Cajazzo, Regione Lombardia</i> <i>Giuditta Callea, Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Mario Del Vecchio, Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Giovanni Fattore, Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Lorenzo Fenech, Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Pasquale Frega, Farminindustria</i> <i>Francesca Lecci, Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Francesco Longo, Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Fulvio Moirano, ATS Sardegna</i> <i>Elisabetta Notarnicola, Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Gabriele Pelissero, Cluster Lombardo Scienze della Vita</i> <i>Alberto Ricci, Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Uljian Sharka, iGenius.ai</i> <i>Angelo Tanese, ASL Roma 1</i> <i>Rosanna Tarricone, Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Aleksandra Torbica, Direttore Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Valeria Tozzi, Cergas, SDA Bocconi</i> <i>Andrea Urbani, Ministero della Salute</i></p>

### Sintesi

Il convegno è stato organizzato in occasione della pubblicazione del Rapporto Oasi 2018, realizzato dal gruppo di ricercatori del CERGAS SDA Bocconi, celebrando con l'occasione i 40 anni di introduzione del Servizio Sanitario Nazionale in Italia e, allo stesso tempo, i 40 anni della fondazione del CERGAS stesso.

Nell'intervento di apertura, tenuto da Aleksandra Torbica, sono stati anticipati gli argomenti dei contributi successivi e l'organizzazione della giornata, attraverso un parallelismo che ha ripercorso l'evoluzione dell'attività del Cergas e quella del SSN, a partire dalla nascita di entrambi, risalente al 1978, sino alle proposte sul tema della sanità per il futuro.

La prima parte della mattina ha preso avvio da una presentazione introduttiva, a cura di Giovanni Fattore, riguardante la storia del SSN: sono stati toccati i principali temi che, nel corso dei decenni, hanno caratterizzato la produzione di norme e l'attuazione delle relative politiche, facendo particolare riferimento al processo di decentramento regionale e alla logica dell'aziendalizzazione nel governo della sanità. Sono stati descritti principi, obiettivi e sviluppi di questo processo e la connessione con concomitanti fenomeni sociali ed epidemiologici, quali l'allungamento della speranza di vita e il conseguente invecchiamento della popolazione, assieme alla diminuzione della mortalità infantile, da una parte, ma anche del numero delle nascite, dall'altra.

La successiva tavola rotonda ha visto la partecipazione dei ministri della salute di alcuni governi degli ultimi 20 anni; i presenti erano Francesco de Lorenzo, Rosy Bindi, Girolamo Sirchia, Renato Balduzzi. Il confronto, guidato dal professor Elio Borgonovi, è stato finalizzato a raccogliere ed individuare gli sviluppi del SSN sotto la gestione di ciascun ministro, evidenziando gli obiettivi perseguiti, i risultati effettivamente raggiunti, ma anche le mancanze o gli ostacoli incontrati. Alcuni temi sono emersi in modo ricorrente e condiviso, pur nelle differenze di orientamento politico e di effettivo operato negli anni di governo, manifestando una comune sensibilità all'incidenza ed urgenza di importanti e attuali questioni: il maggiore investimento su attività di prevenzione e promozione della salute, il rafforzamento del ruolo dello Stato e, quindi, di un governo centrale più presente e in grado di coordinare meglio quello delle Regioni, la necessità di stimolare e accompagnare un cambiamento culturale rispetto al campo della sanità, secondo un'ottica più completa, integrata con il sociale e con gli altri settori della società, dunque connessa anche al tema più economico della sostenibilità del SSN.

I contributi successivi, affidati al gruppo di ricercatori del Cergas, sono entrati nel merito delle analisi contenute nel Rapporto Oasi 2018. Le evidenze, le riflessioni e le proposte presentate, che si sono composte di confronti su diverse dimensioni in materia di sanità, condotte sia a livello interregionale che a livello internazionale, possono essere sintetizzate nei seguenti punti.

### **Domanda e offerta di salute: sviluppi positivi e criticità del SSN**

- Dal confronto internazionale in materia di salute e sanità, l'Italia si colloca ai primi posti; tale risultato vale sia per lo stato di salute della popolazione (come si può riscontrare, per esempio, dagli indici sull'aspettativa di vita alla nascita, e in buona salute, nel 2016 rispettivamente pari a 82,8 e 73,2 anni), sia per il livello di qualità del SSN, che mostra un consolidato equilibrio costo-efficacia.
- Nonostante questo assetto complessivamente positivo, il SSN risulta sotto-finanziato; la spesa sanitaria totale, seppur lievemente incrementata nel corso degli ultimi anni, rimane comunque inferiore rispetto a quella di altri Paesi (nel 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). A tal proposito, è interessante considerare il dato relativo alla spesa privata diretta delle famiglie, che copre il 24% di quella totale, una quota doppia rispetto a Francia e Germania, con potenziali impatti sull'equità del sistema.
- Permane un notevole differenziale tra le regioni italiane nello stato di salute: pur essendo l'aspettativa di vita notevolmente aumentata in tutta Italia rispetto a 40 anni fa, essa rimane superiore al Nord rispetto al Centro e, soprattutto, al Sud; ancora più significativa è la differenza nell'indice di aspettativa di vita in buona salute, che al Nord è pari a 60,5 anni contro i 56,6 del Sud. Tale variabilità interregionale è riscontrabile anche nel livello dei servizi: indicatori quali la spesa pubblica e privata pro capite, i LEA, la mobilità dell'utenza nella fruizione dei servizi confermano il divario tra Nord e Sud, a favore del primo.
- L'invecchiamento della popolazione, se da una parte rappresenta il risultato di un sistema sanitario che negli anni ha funzionato bene, dall'altra porta con sé fenomeni che si pongono con frequenza e consistenza sempre maggiori, legati specialmente a condizioni di cronicità e non autosufficienza. Ciò rende imponente la domanda di servizi sanitari e sociosanitari, a fronte di una scarsa capacità di risposta da parte del welfare, oltretutto frammentata tra diverse competenze istituzionali (disperse tra SSN, INPS e Comuni). A risentire di questa situazione sono, da una parte, le famiglie, portate a improvvisare metodi di presa in carico "fai da te", per esempio attraverso l'impegno diretto nella cura del parente o il ricorso a un *caregiver* informale (si pensi alla larga diffusione del fenomeno del badando); dall'altra, le strutture ospedaliere e i servizi di emergenza-urgenza, a cui spesso le stesse famiglie o altri servizi assistenziali ricorrono per facilità e immediatezza di accesso, sebbene

il contesto clinico non sia quello appropriato per il paziente cronico e/o non autosufficiente. Si rende quindi necessaria l'innovazione nella tipologia e varietà dei servizi da erogare (per esempio, cure intermedie, *long term care*, assistenza domiciliare) e nella gestione dei diversi setting assistenziali, in un'ottica di integrazione e di rete, sia tra professionisti che tra organizzazioni e istituzioni.

- L'analisi dei numeri e della composizione del personale del SSN mostra una sempre più consistente tendenza al dimensionamento degli organici, relativo sia al comparto medico-sanitario che a quello amministrativo, e un conseguente progressivo invecchiamento degli stessi: il 50% dei medici, il 40% del personale di supporto e il 21% degli infermieri del SSN hanno più di 55 anni, a conferma dell'insufficiente ricambio generazionale. Il blocco del turnover emerge come principale, seppur discutibile, modalità di contenimento della spesa sanitaria degli ultimi anni, con una notevole variabilità interregionale, che evidenzia, anche in questo caso, il divario tra Nord e Sud.
- Nel 2017, la spesa SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è pari al 18,8% della spesa sanitaria pubblica complessiva (permangono, anche in questo campo, marcate differenze a livello inter-regionale e tra Nord e Sud). Erogatori pubblici e privati sono fortemente complementari nel SSN, anche perché questi ultimi coprono alcune aree dove la domanda è in crescita e l'offerta pubblica limitata, per esempio la riabilitazione e la lungodegenza, restituendone quindi una funzione centrale per il funzionamento e la sostenibilità del SSN, che tuttavia dovrebbe essere maggiormente riconosciuta e disciplinata dalle politiche sanitarie e, quindi, meglio integrata negli assetti di governance di ciascun SSR.
- La necessità di gestire i cambiamenti epidemiologici e i bisogni di salute emergenti – anche nell'ottica della sostenibilità del SSN - ha portato alla progettazione e attivazione di politiche, modelli e strumenti strategici a livello di management sanitario regionale e aziendale, tra cui: il *Population Health Management*, la certificabilità di bilancio, l'*Operation Management*. Si tratta di strumenti che, attualmente, differiscono per efficacia e diffusione delle loro sperimentazioni, ma che testimoniano l'importanza di investire sullo sviluppo del modello manageriale come portatore di valore nelle funzioni istituzionali e, specialmente, aziendali del SSN.

### Riflessioni e proposte manageriali per lo sviluppo del SSN

- Risulta fondamentale *riconoscere e investire sul ruolo dell'azienda e sulla gestione di tutte le sue funzioni in ottica manageriale*, in quanto rappresenta lo strumento istituzionale adatto a supportare la generazione di equità, efficacia ed efficienza del SSN. Per fare questo, è necessario, da un lato, superare la concezione tecnica e prettamente economica attribuita al modello manageriale, legittimando il suo importante contributo anche a livello sociale e culturale; dall'altro, riformare totalmente i processi organizzativo-operativi caratterizzati da eccessivi adempimenti burocratici e il modello di finanziamento a silos riferiti a setting erogativi o a fattori produttivi, che di fatto ostacolano l'evoluzione del SSN e il raggiungimento dei suoi obiettivi sostanziali.
- Si rende necessario *incrementare il finanziamento del SSN*, affinché esso possa garantire un'adeguata copertura universalistica e sostenere gli investimenti infrastrutturali e tecnologici che ne permettono il funzionamento e l'innovazione. La stima proposta dal CERGAS corrisponde ad almeno 10 miliardi di euro, cifra che consentirebbe il ritorno a una spesa pubblica pari al 7% del PIL e l'effettiva realizzazione dei LEA su tutto il territorio nazionale.
- Anche *le politiche del personale del SSN* devono essere riformate e adattate ai diversi contesti regionali, al fine di riequilibrare le dotazioni organiche delle regioni, correlandole alla popolazione residente, all'epidemiologia e all'incidenza del privato accreditato; all'interno di ciascun organico, si ritiene inoltre utile ridefinire il rapporto tra medici e professioni sanitarie, come pure riqualificarne le competenze, per poter programmare uno *skill mix* rispondente alla tipologia e ai numeri dei bisogni di salute emergenti.
- L'ultima considerazione pone in luce la necessità di *investire maggiormente sull'innovazione tecnologica*, in quanto determinante della salute e connotato/obiettivo che conferisce valore alle aziende, ma che nel SSN risulta, purtroppo, ancora scarsamente perseguita e finanziata.

Per approfondire

[http://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/cdr/cergas/home/observatories/oasi\\_ev18](http://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/cdr/cergas/home/observatories/oasi_ev18)