

Parte prima

Un inquadramento di sistema

1 **La sanità italiana: narrazioni consolatorie, criticità governabili e una doppia agenda manageriale**

di Francesco Longo e Alberto Ricci¹

1.1 **Premessa**

Il presente capitolo raccoglie e interpreta le principali evidenze del Rapporto OASI 2025. Le riflessioni sono radicate nelle analisi contenute nel Volume, ma conservano, naturalmente, un margine di soggettività che riflette le esperienze e le sensibilità degli autori del capitolo.

Il paragrafo 1.2 rappresenta alcuni tratti salienti dello scenario demografico e socioeconomico del Paese, e come esso incide sulle dinamiche del settore sanitario e del SSN. Inoltre, si approfondisce se e come l'architettura Beveridge del SSN sia istituzionalmente efficace per fronteggiare il crescente disallineamento tra aspettative e risorse. Il par. 1.3 presenta tre narrazioni “consolatorie” riguardanti le attuali difficoltà del SSN: soluzioni che, se adottate singolarmente, si rivelano insufficienti, inconsistenti, o addirittura dannose. Inoltre, le narrazioni consolatorie offuscano il tema tanto cruciale quanto sottaciuto nel dibattito collettivo: la necessità che il SSN scelga le proprie priorità di intervento per massimizzare il beneficio collettivo, implementando in parallelo un processo reale di efficientamento produttivo laddove si registrano significativi deficit di efficienza. Il par. 1.4 descrive alcune rilevanti criticità della sanità italiana, suggerendo potenziali logiche per il loro governo. Il par. 1.5 riflette sui tensori paralleli e contraddittori che attualmente condizionano l'operato di chi, a livello regionale o aziendale, si trova a rivestire posizioni di responsabilità. La copresenza di narrazioni consolatorie e di tensori sovraordinati tra loro contraddittori genera un rilevante spazio di autonomia, come discusso nel par. 1.6. Tale spazio di manovra può essere agito soltanto portando avanti due

¹ Il capitolo è da attribuire congiuntamente agli autori. Si ringraziano Mario Del Vecchio, Massimo Annichiarico, Alberto De Negri per i preziosi suggerimenti forniti in un confronto franco e adulto. Si ringraziano inoltre tutti gli autori del Rapporto OASI per la stesura degli abstract dei singoli capitoli.

agende in parallelo: la prima, più esplicita e dichiarata esternamente all'azienda, sintonizzata sui tensori di governo oggi prevalenti e su un dibattito collettivo che fatica a centrare il cuore dei problemi; la seconda, più implicita, diretta a risolvere le criticità più profonde del SSN, più rivolta a operatori e utenti interni. La sfida, per il management del SSN, è quella di avviare processi istituzionali che, possibilmente, possano con il tempo riavvicinare le due agende. Il par. 1.7 riporta gli abstract di tutti i capitoli del Rapporto.

1.2 Lo scenario di fondo del Paese, del settore sanitario e del SSN. Il disallineamento tra risorse e bisogni e il potenziale dei sistemi Beveridge

Lo scenario demografico² del Paese, nella sua critica eccezionalità, è ormai sufficientemente chiaro agli esperti. Molte dinamiche strutturali alla base dell'invecchiamento della popolazione si stanno intensificando. La natalità continua costantemente a diminuire: nel 2014, le nascite erano poco più di 500mila; nel 2024 non hanno raggiunto quota 370mila (-26%). Il saldo naturale è negativo di 281mila unità. C'è un dato indubbiamente positivo: aumenta la speranza di vita che, nel 2024, ha raggiunto un nuovo picco di 83,4 anni, un livello sostanzialmente allineato ai valori spagnoli e francesi, superiore di tre anni quelli tedeschi. I flussi migratori in ingresso (435mila) compensano quelli in uscita (191mila), ma non sono sufficienti a riequilibrare un saldo naturale profondamente negativo e, ancor meno, a frenare il processo di invecchiamento della popolazione e della forza lavoro.

Rimaniamo, fra l'altro, un Paese con un notevole disallineamento tra posti di lavoro e lavoratori: il tasso di occupazione tra la popolazione in età attiva è in crescita, ma si ferma al 62%: siamo ancora lontani dalla media europea del 70%. L'età media effettiva del pensionamento è a 65 anni³. Ciò significa un'aspettativa di 20 anni di assegni pensionistici a fronte di un periodo di lavoro di 42-43 anni⁴: un rapporto di circa 2 a 1 tra vita lavorativa e vita in pensione. Questo è evidentemente insostenibile in un Paese dove gli occupati sono 24 milioni su 59 milioni di residenti e i bambini sono la metà dei pensionati. L'equilibrio finanziario si ricostruisce con un contributo crescente della fiscalità generale ai conti dell'INPS: 100 miliardi l'anno solo per la copertura degli oneri pensionistici.

Questo squilibrio strutturale tra lavoratori e destinatari del welfare previ-

² I dati demografici del presente paragrafo sono tratti da Rapporto Annuale ISTAT 2025, cap. 2.

³ I dati relativi al sistema pensionistico sono tratti dal Rapporto Annuale INPS pubblicato a luglio 2025.

⁴ Attuale regime delle "pensioni anticipate".

denziale, sanitario e sociale è crescente, ed è comune a tutti i Paesi sviluppati, ma con una intensità particolare in Italia. OCSE (Andrè, Gal e Schief, 2024) stima che in Italia la forza lavoro potenziale si ridurrà del 30% entro il 2050, dato superiore a qualsiasi altro grande Paese europeo, determinando, a parità di altre condizioni, una diminuzione del PIL pro-capite del 17%, con le inevitabili ricadute sul livello di benessere collettivo e di gettito fiscale.

Le conseguenze della crisi demografica, che diviene economica e sociale, impattano direttamente e indirettamente sul SSN. La sanità pubblica si trova a “competere” per le poche risorse fiscali disponibili con molti altri settori dell’intervento pubblico: oltre alle pensioni, si pensi all’istruzione, ai trasporti, alla casa, agli interessi sul debito, ma anche alle prospettive di riarmo europeo. Allo stesso tempo, cresce il bisogno espresso dalla quota di cittadini anziani, cronici, fragili e non autosufficienti: in 20 anni, gli over 65 sono cresciuti del 30%, pari a oltre 3 milioni di persone in più; i dati del Ministero dell’Economia e delle Finanze (2024) indicano che, in media, il valore della specialistica ambulatoriale fruita dai pazienti triplica tra i 60 e gli 80 anni, passando da 190 a 570 euro pro-capite. La platea di chi, materialmente, può rispondere a tali bisogni intraprendendo una carriera in sanità, si restringe progressivamente: nel 1965 i nati furono oltre un milione; nel 1975, 842mila; nel 1985, 1995 e 2005 tra i 500 e i 600 mila. Poi una nuova, rapida curva discendente, fino agli attuali livelli ormai stabilmente sotto le 400mila nascita. Al 2050, in assenza di grandi flussi migratori in entrata, i 25enni che costituiranno il bacino di reclutamento dei nuovi medici e infermieri della sanità italiana saranno calati del 60-65% rispetto alla coorte demografica dei loro nonni. Il SSN dovrà sempre più competere non solo per le risorse finanziarie, ma anche per le risorse umane, in un settore che, fisiologicamente, ha tempi di formazione lunghi e professionalità rigidamente codificate, con attrattività molto diversificate.

Tutte queste dinamiche comportano una tensione crescente tra risorse, bisogni e aspettative. Del resto, i nostri schemi strutturali di raccolta fiscale e di welfare sono stati concepiti e sviluppati in un’epoca storica opposta, quando i bambini erano il doppio degli anziani. Ora il rapporto si è invertito, ma gli schemi di prelievo e di eleggibilità formale per accedere ai servizi sono rimasti sostanzialmente invariati, determinando, evidentemente, una distanza crescente tra le aspettative dei cittadini e i reali tassi di copertura dei bisogni. Non è vero nemmeno il fatto che il bisogno crescente si traduca in una maggiore spesa privata. Quest’ultima, tra 2019 e 2024, cresce a tassi inferiori rispetto a quella pubblica (16% contro 22%⁵) e rimane su incidenze ridotte del PIL (2,2/2,3%)⁶. Sperimenta semmai una modifica nelle sue componenti interne: un irrobustimento della spesa ambulatoriale rispetto a quella dei beni e soprat-

⁵ Dati pro-capite. Cfr. cap. 6 del presente Rapporto.

⁶ Cfr. cap. 6 del presente Rapporto.

tutto a quella ospedaliera. Inoltre, cresce la componente intermediata, anche se rimane modesta, pari a circa il 12% della spesa privata.

Il primo, vero problema collettivo e istituzionale è la mancata accettazione dello scenario demografico, epidemiologico e socio-economico di fondo, che rende insostenibili, cognitivamente ed emotivamente, le attuali criticità. Tutto ciò alimenta sentimenti di tristezza, rassegnazione o, peggio ancora, livore e frustrazione.

Il SSN è stato disegnato come modello Beveridge, ritenendo che la scelta collettiva fosse la più efficace nell'allocare risorse (scarse) a fronte di bisogni (infiniti). Il modello universalistico per sua natura esprime un'ampiezza di vedute e una razionalità superiore rispetto alla sommatoria di scelte individuali che caratterizza i sistemi assicurativi (individuali o collettivi), e anche rispetto alle scelte concertate tra stakeholder organizzati che contraddistinguono i rapporti tra mutue sociali ed erogatori, come avviene nel modello Bismarck. Le liste di attesa sono da sempre considerate uno strumento fisiologico, e in un certo senso virtuoso, dei sistemi Beveridge, proprio perché esprimono nitidamente l'elenco delle priorità. Sulla carta e nei principi nobili del nostro legislatore, il SSN è concepito come un assetto istituzionale particolarmente adatto a governare situazioni di scarsità, proprio perché capace di concettualizzare, esplicitare e agire le priorità collettive utili a massimizzare il beneficio sociale complessivo.

Il quadro demografico dei paesi occidentali e le sue conseguenze sul Welfare generano degli scenari strutturali da "coperta corta", in cui le architetture Beveridge potrebbero dare il meglio di sé, perché più attrezzate dal punto istituzionale per definire le priorità allocative coerenti con l'interesse collettivo. Si pensi alla disponibilità di dati, alla forza di analisi e programmazione unitaria, al capitale istituzionale disponibile per concretizzare scelte di priorità in cui i cittadini si possono riconoscere, proprio in risposta ai gap crescenti tra bisogni e risorse. Purtroppo, le dinamiche cognitive, politico-culturali e istituzionali in corso rendono difficile esplicitare *trade off* strutturali sempre più stringenti, rendendo difficile o impossibile definire priorità di *policy*, che spesso sono anche priorità allocative. L'assenza di consapevolezza, dibattito e decisionalità, rende le priorità dei sistemi inconsapevoli, emergenti di volta in volta e quindi spesso casuali e sbagliate, ovvero inefficaci per massimizzare il benessere generale⁷.

Il Rapporto OASI, anche nell'edizione 2025, evidenzia almeno cinque macro-fenomeni critici che esprimono questa incapacità del sistema di definire delle priorità.

- i. Alcune iniquità di accesso e/o di esito si stanno consolidando o stanno peggiorando. Riguardo alla distanza tra aspettativa di vita e di aspettativa di

⁷ Cfr. cap. 1 del Rapporto OASI 2024.

- vita in buona salute, la grande variabilità tra regioni è un elemento costante da anni⁸. La probabilità di essere in buona salute è correlata al tasso di scolarità in modo evidente⁹, con il SSN che rappresenta un bilanciamento troppo modesto per mitigare efficacemente questo driver di iniquità.
- ii. Si registra una fortissima variabilità nei consumi sanitari, sia nel confronto interregionale che infra-regionale. La variabilità riguarda l'attività ambulatoriale, l'accesso al PS, il tasso di ricovero, i servizi per la LTC, i tassi di adesione a screening e vaccinazioni. Nella specialistica ambulatoriale, i consumi per abitante sono significativamente diversi tra regioni, ma anche tra aree interne e aree metropolitane¹⁰. Le risorse finanziarie sono distribuite in modo sufficientemente equo tra le regioni, ma le variabilità ingiustificate infra e interregionali in termini di fruizione dei servizi sono davvero imponenti.
 - iii. Esiste una grande distanza tra molte regioni del Nord e molte regioni del Sud rispetto ai volumi e alla complessità dei servizi erogati e consumati in ogni setting: ricovero, ambulatoriale, RSA, prevenzione, eccetera. A titolo di esempio, il rapporto tra valore delle prestazioni erogate (specialistica ambulatoriale e ricovero) e spesa pubblica si riduce di un terzo passando dall'Emilia Romagna alla Calabria¹¹. Questo ci interroga su cosa sia successo durante il processo di riallineamento tra spesa e risorse disponibili avvenuto nella stagione dei piani di rientro. I dati dimostrano che siamo stati capaci di governare gli input, senza aumentarne la produttività sostanziale delle regioni in maggiore difficoltà. Durante e dopo il Covid il processo di "aziendalizzazione" e di governo dei processi all'interno delle realtà pubbliche si è ulteriormente indebolito¹²; sta riprendendo faticosamente nella direzione di maggiore produttività e valore generato.
 - iv. Si registra una distanza crescente tra, da un lato, il volume delle prescrizioni da parte di medici specialisti e MMG, e dall'altro, la capacità erogativa del sistema. La Regione Lombardia si è dotata di un sistema organico di monitoraggio e di *benchlearning*, per comprendere e cercare di governare questo fenomeno. Nell'ambito delle visite e degli esami diagnostici, le prescrizioni si traducono in prestazioni erogate con percentuali che oscillano attorno al 60% a seconda delle branche, se depuriamo il dato dalle ricette

⁸ Cfr. cap. 7 del presente Rapporto.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ Cfr. cap. 9 del presente Rapporto.

¹¹ Dal 34% al 24%: cfr. cap. 3 del presente Rapporto.

¹² Cfr. cap. 3 del presente Rapporto. A livello nazionale, il valore delle prestazioni di secondo livello 2023 rispetto alla spesa complessivamente sostenuta nello stesso anno è pari al 30%, in calo rispetto al 2019 (35%). L'interpretazione del dato deve tenere conto del mancato adeguamento delle tariffe, ma indica quantomeno che negli ultimi anni il SSN è stato in seria difficoltà nel recuperare il livello di produttività pre-pandemico.

- ripetute (circa 10%). La distanza tra ricette e *capacity* produttiva del SSN è ormai tale che, a sua volta, genera disordine e ulteriore crescita di questo disallineamento: i prescrittori, nel comprensibile tentativo di tutelare i pazienti e sostenerli nell'accesso ai servizi, prescrivono più di una ricetta con priorità diversa per la stessa prestazione, magari in tempi diversi, a seguito dell'esito del primo accesso al CUP dell'utente.
- v. Gli anziani non autosufficienti hanno superato il numero simbolico di 4 milioni di persone. Per ciascuno di essi possiamo stimare almeno due caregiver familiari tra coniugi, figli o nipoti; dunque, 8 milioni di persone; a cui aggiungere 1 milione di badanti. Pertanto, il problema riguarda 13 milioni di persone in un Paese con 59 milioni di abitanti. I tassi di copertura del SSN garantiscono accoglienza in RSA all'8% delle persone non autosufficienti over65¹³, con una speranza di vita media al ricovero di 12-18 mesi, perché le famiglie resistono a casa finché possibile. L'ADI è offerta al 31% delle persone con questo profilo di bisogno, registrando un +43% di persone raggiunte rispetto al 2019. Purtroppo, la media annua delle ore di servizio offerto è scesa a 14, in riduzione rispetto al 2018 (18) e al 2022 (16). A determinare queste dinamiche hanno inciso i target PNRR, che vincolano le regioni a raggiungere il 10% di over65 assistiti a domicilio. Dunque, un esempio di incentivo di policy che spinge ad ampliare la platea di destinatari del servizio, a scapito, almeno in questo caso, dell'intensità media dell'assistenza.

1.3 Le narrazioni consolatorie. La priorità è individuare priorità per offrire risposte eque

Il *public discourse* e, di conseguenza, le narrazioni politiche, spesso, sono inconsistenti o quantomeno incomplete, dunque insufficienti per alimentare politiche realistiche ed efficaci. Questo è un problema *bipartisan*, comune a tutte le società occidentali, oramai largamente dominate dal populismo.

Il discorso pubblico sul SSN, nei fatti, si concentra su tre narrazioni divergenti, ciascuna delle quali è ancorabile ad alcuni dati e fatti oggettivi. Ognuna delle tre ha una soluzione-bandiera consolatoria per ricomporre il disallineamento tra domanda e offerta di servizi sanitari. Tutte e tre le soluzioni, però, rappresentano delle false panacee, perché tralasciano o non metabolizzano a sufficienza lo scenario di fondo descritto nel paragrafo precedente. Di conseguenza, potranno stimolare, almeno certe volte, riflessioni e interventi utili; ma disseminano nel dibattito anche elementi di ulteriore fraintendimento, e non riusciranno, da sole, a garantire al SSN un processo di trasformazione e di risposta alle conseguenze della crisi demografica nel quale ci troviamo oggi.

¹³ Cfr. cap. 5 del presente Rapporto.

Una prima narrazione consolatoria si focalizza sul livello di *finanziamento del SSN*, o, più precisamente, sull'incremento del finanziamento. È diffusa una narrazione, focalizzata sugli *input*, per cui le risorse per il SSN sono aumentabili in modo così significativo in modo da risolvere o mitigare complessivamente i problemi più rilevanti della sanità pubblica. Tale posizione ha dei punti fermi sul fatto che il SSN è sotto-finanziato nel confronto UE e che in determinati frangenti storici il nostro Paese è riuscito ad allocare consistenti nuove risorse su capitoli di spesa divenuti urgenti o proposti come tali, attorno ai quali si è concentrato il consenso politico.

Auspichiamo anche noi un copioso aumento delle risorse del SSN. Proviamo allora a ipotizzare, nel più generoso degli scenari, un aumento reale e non nominale del 10-15% delle risorse pubbliche per la sanità, poniamo 15 o anche 20 miliardi in un solo anno, più che doppio rispetto a qualsiasi aumento osservato anche nel pieno della pandemia Covid-19. Tale incremento, tuttavia, difficilmente riuscirebbe a riportare nell'alveo del SSN una serie di servizi o beni oggi offerti in regime privato dal valore complessivamente stimabile attorno ai 48 miliardi¹⁴. Dovrebbero “rientrare” in regime pubblico il 51% delle visite ambulatoriali, il 36% dei test diagnostici, il 28% della spesa per i farmaci (che vale, da sola, circa 10 miliardi). I tassi di copertura del bisogno specialistico nell'area della salute mentale raggiungono circa il 10% (Ministero della Salute, 2024) mentre quelli relativi alla *Long Term Care* si fermano all'8% escludendo l'ADI che garantisce 14 accessi all'anno per anziano non autosufficiente. Lasciamo da parte, per il momento, le tematiche di capacità erogativa e di preferenza dei pazienti e dei professionisti, che potrebbero continuare a optare per il regime privato. Anche a fronte di un auspicabile, significativo aumento delle risorse per l'SSN, rimarrebbe quindi la necessità di definire le priorità allocative in un contesto di strutturale squilibrio.

Una seconda narrazione consolatoria si basa sulla *lotta agli sprechi*, o in altri termini, sull'aumento *dell'efficienza* e della produttività del SSN. In questa narrazione si sottolinea la necessità di migliorare il rapporto tra *input* impiegati e *output* prodotti. Le radici di questa narrazione affondano nel panorama della sanità italiana di circa 20 anni fa. La regionalizzazione mise in evidenza come i SSR delle regioni meridionali, a parità di finanziamento rispetto al Nord, erogassero servizi quantitativamente e qualitativamente inferiori registrando deficit consistenti. Anche tra le aziende appartenenti alle stesse regioni, si riscontravano differenziali ingiustificabili tra le dotazioni organiche, i prezzi di acquisto dei beni e dei servizi, le conformazioni delle reti di offerta. Le conseguenze apparentemente logiche furono l'introduzione di tetti di spesa sulle singole categorie di input (personale, farmaci, prestazioni da privato, ec-

¹⁴ Cfr. cap. 6 del presente Rapporto.

cetera), stabiliti spesso a livello nazionale; la promozione della centralizzazione degli acquisti; l'introduzione di alcuni standard e parametri nazionali sulle dotazioni delle reti ospedaliere, poi confluiti nel DM 70/15; il rafforzamento di tali misure attraverso i Piani di Rientro, vera e propria misura *flagship* di questa narrazione. L'assunto di base era, ed è anche tuttora, il seguente: stabiliti dei tetti di spesa e dei parametri di acquisizione e impiego degli input, i sistemi si adattano automaticamente, riorganizzando processi e risorse. Tale riorganizzazione conduce anche a miglioramenti sul piano dell'appropriatezza e in ultima analisi della costo-efficacia.

In questa narrazione sono spesso confluite molte riflessioni interessanti sulle necessità di motivare meglio il personale. Oppure, sulla necessità di valorizzare l'enorme mole di dati di cui dispone l'SSN, per stabilire *benchmark* e favorire percorsi di standardizzazione, oppure di apprendimento reciproco. Queste logiche da molti anni pervadono il SSN, il processo di aziendalizzazione e quello più recente di innovazione digitale.

I frutti della lunga stagione di lotta agli sprechi e dell'auspicato efficientamento sono però ancora largamente insufficienti. Il Rapporto OASI 2025¹⁵ mostra come solo il 30% della spesa del SSN trovi espressione nel valore delle tariffe delle prestazioni di secondo livello (specialistica ambulatoriale e ricoveri), con rilevanti variabilità inter-regionali di produttività. Inoltre, nelle Aziende con grandi ospedali, remunerate a tariffa per prestazione, il valore a bilancio di queste ultime supera in media, e di poco, il 60% del finanziamento totale: il resto è principalmente trasferimento in conto esercizio, palesando inequivocabilmente la loro modesta produttività. Questo denota che, probabilmente, le tariffe sono obsolete come metrica e come importi, ma anche che rimangono rilevanti spazi di efficientamento.

La centralizzazione degli acquisti ha portato alla standardizzazione dei prezzi, ma non dei mix di consumi di dispositivi medici e farmaci osservato nel confronto tra territori: si pensi ai noti differenziali di consumo di antibiotici (cfr. AIFA, 2025, p. 499). La centralizzazione degli acquisti, inoltre, registra la sua quota maggiore nei farmaci sotto brevetto, per i quali non sono possibili significativi risparmi.

Rimane tantissimo lavoro per adeguare le reti di offerta. Molte unità operative non hanno la casistica minima per raggiungere standard di qualità e sicurezza accettabili (Agenas, 2024), né di efficienza: si pensi al caso dei punti nascita sotto i 500 parti, che diminuiscono lentamente in termini assoluti, ma sono ancora 137, pari al 32% del totale, e anzi aumentano la propria quota sul totale dell'offerta a causa della diminuzione delle nascite. È vero che per determinate specialità si sono registrati molti progressi, si veda ad esempio l'ambito della chirurgia senologica (*ibidem*). In generale, però, a 10 anni dal DM 70/15,

¹⁵ Cfr. cap. 3 del presente Rapporto.

abbiamo ancora 111 ospedali a gestione diretta sotto i 50 posti letto con in media 27 posti letto e 3 discipline e 123 ospedali tra i 50 e i 99 PL con in media 72 PL e 6 discipline (Ministero della Salute, 2025). In ambito territoriale, si contano 9mila ambulatori e laboratori del SSN, in aumento del 4% rispetto al 2019; quelli a gestione diretta pubblica sono quasi 3.700, quando il sistema potrebbe e dovrebbe essere imperniato su 2.400 Case della Comunità (una ogni 25.000 abitanti). La distribuzione dei posti letto di RSA e di post acuzie registra distanze ingiustificabili tra regioni e territori¹⁶. Le differenze di costo del personale tra aziende sono davvero molto ampie se si prendono a riferimento i rispettivi valori della produzione¹⁷. Ciò che hanno in comune queste inefficienze è l'alto costo in termini di consenso interno ed esterno che va pagato per la loro eliminazione. Si tratta di inefficienze dolorose da superare nel processo di implementazione e di stakeholder management, soprattutto rispetto ai portatori di interesse interni alle aziende.

Come è possibile che dopo 30 anni di narrazione dell'efficientamento e 18 anni dall'approvazione del primo piano di rientro vi siano ancora così tante aree non toccate da processi di riorganizzazione e aumento della produttività?

La narrazione dell'efficientamento presuppone che si tratti di un obiettivo relativamente facile, perché frutto del miglioramento del rapporto tra input impiegati e output prodotti, *ceteris paribus*. Si otterrebbe principalmente diminuendo il costo medio di acquisto dei beni, oppure stimolando la maggiore resa del singolo fattore produttivo (sia esso un bene o il tempo delle persone). Si dimentica invece troppo spesso che l'efficientamento più profondo e stabile è frutto di un terzo tipo di intervento, ovvero la riallocazione e la riorganizzazione delle risorse (Borgonovi, 2021, p. 160): il cambiamento di schemi logici, modalità lavorative, ruoli e poteri. Ciò non è affatto automatico: costituisce il processo più difficile e più delicato in termini di gestione del consenso interno ed esterno, nell'ambito dei servizi di interesse pubblico. Inoltre, come tutti i cambiamenti *bottom up*, richiede fisiologicamente tempi lunghi, prove ed errori, aggiustamenti di rotta. Molto spesso non è nemmeno possibile individuare un termine del processo di efficientamento.

Da un lato, quindi, è fisiologico che molto resti da fare. Dall'altro, il SSN ha evitato largamente questi processi di efficientamento dolorosi e impopolari, soprattutto negli ultimi 10 anni, confondendo l'*efficientamento* con il processo di allineamento della spesa con le risorse disponibili. Siamo riusciti a governare con successo il volume e il mix di fattori produttivi portandoli progressivamente fino alla convergenza sostanziale con le risorse disponibili. È stata un'azione di governo fondamentale che garantisce a oggi la sostenibilità finanziaria – e intergenerazionale – del sistema. Si è trattato di un meccanismo top-down che

¹⁶ Cfr. cap. 5 del presente Rapporto.

¹⁷ Cfr. cap. 3 del presente Rapporto.

ha raggiunto l'obiettivo dell'equilibrio, ma non quello dell'aumento della produttività, innovazione, riallocazione efficiente dei fattori produttivi. Questa riflessione spiega, tra l'altro, i già citati, e vistosi, divari Nord-Sud di consumo, di volumi e di valore delle prestazioni erogate, ma anche di aspettative di vita e di vita senza gravi limitazioni. Adottando una logica diversa, non geografica ma per disciplina, ci si può spiegare anche come mai alcune reti di specialità si siano evolute nel senso di una maggiore concentrazione e altre meno. A fare la differenza non sono state le politiche basate su limitazioni alle assunzioni e standard di posti letto, ma le dinamiche regionali e locali *bottom up* che, a partire dagli standard nazionali, spesso sono progredite per gradi, andando di pari passo con il coinvolgimento dei leader professionali e l'istituzionalizzazione delle reti cliniche¹⁸.

In definitiva, pensiamo che la narrazione dell'efficienza sia consolatoria fino a quando viene fatta coincidere con il razionamento degli input e il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio. Queste misure in realtà non condurranno facilmente, in automatico, a una maggiore produttività, anzi, tenderanno a cristallizzare se non enfatizzare i divari già esistenti.

L'efficienza non è più "consolatoria", ma un complesso, lungo, e spesso doloroso processo di stakeholder management, quando davvero si riorganizza la rete dei servizi, riallocando personale e fattori produttivi. Un'azione reale e profonda di efficientamento è un indispensabile tensore da mantenere sempre vivo e attivo: l'inefficienza, in una prospettiva pubblica, rappresenta una sottrazione di servizi e di diritti, quindi da contrastare proprio sul piano valoriale ed etico. Allo stesso tempo, sappiamo che la distanza tra bisogni e risorse nel SSN è tale, che anche un aumento significativo della produttività del SSN del 10 o 20% non colmerà il gap.

È difficile presentarsi al tavolo della scelta delle priorità, interfacciandosi con gli stakeholder esterni del SSN, senza agire in parallelo per incidere profondamente sull'efficienza, lavorando con anche con gli attori interni. Il percorso verso la reale efficienza non è un sentiero facile, di gioiosa e progressiva crescita di razionalità, da gestire a tavolino e a distanza, principalmente sul versante tecnico-contabile, ma un difficile processo di trasformazione allocativa e di stakeholder management che richiede manager e *policymaker* capaci di operare sul campo gestendo il dissenso. Allo stesso tempo, è un'opportunità di vera crescita di sistema, che chiama gli stakeholder del SSN a superare le logiche delle sterili contrapposizioni e le sensazioni ormai radicate di marginalità e sfiducia. Valorizza le capacità che molti professionisti hanno di confrontarsi a partire dai dati, di maturare in consapevolezza rispetto alle criticità del sistema e di proporre soluzioni realistiche, non ottimali ma soddisfacenti, che coniughino le logiche professionali con quelle di sostenibilità economica.

¹⁸ Cfr. cap. 10 del presente Rapporto.

La terza narrazione consolatoria si concentra sulla *riduzione delle liste d'attesa*. Probabilmente è la narrazione più rumorosa, che occupa più agenda nel dibattito pubblico, in modo *bipartisan* in tutte le regioni e a livello centrale. Qui il dato di realtà è il rallentamento delle attività elettive sperimentato dal SSN durante la pandemia, con volumi di interventi chirurgici e di prestazioni ambulatoriali che hanno riguadagnato i livelli pre-Covid solo recentemente. La narrazione sottostante è quindi concentrata sugli *output* e sul loro incremento, in una sorta di rincorsa alla domanda espressa crescente. In un'ottica prestazionale, aumentando gli incentivi produttivi, sarebbe quindi possibile saturare il bisogno. A volte impiegando risorse incrementali, come pagando straordinari ai professionisti per lavorare alla sera o nel weekend. Altre volte, con accorgimenti organizzativi, come centralizzando la domanda nei CUP regionali e distribuendola su tutta la filiera produttiva disponibile. A questo proposito, segnaliamo alcuni aspetti che denotano la fragilità e il potenziale di confondimento di questa narrazione, soprattutto se applicata al contesto della specialistica ambulatoriale.

- Le liste di attesa sono calcolate solo sul 60% delle ricette che hanno trovato una qualche prenotazione in regime SSN, ed escludono le altre.
- La logica attivata per smaltire le liste di attesa non considera se il paziente sia un iper o un ipo-consumatore, alimentando quindi sistematicamente lo scarso governo clinico e i differenziali nei profili di consumo.
- La distribuzione delle prestazioni lungo tutta la geografia degli erogatori disponibili, per minimizzare il tempo di attesa, frammenta la fruizione per il paziente e indebolisce (forse distrugge) strutturalmente la logica di presa in carico del cronico da parte di un professionista di riferimento, che rappresenta la logica che stiamo all'opposto finanziando con gli investimenti che realizzano il DM 77.
- Dove si consuma di più, la distanza tra prescritto e consumato tende a essere maggiore¹⁹: le pressioni per diminuire le liste di attesa incentiva ulteriori processi di disordine prescrittivo.

Non si vuole qui negare che il concetto di attesa, per il paziente, abbia rilevanza: i tempi di risposta sono un aspetto spesso cruciale per la qualità dell'assistenza. Ad essere criticabile è la metrica delle liste e dei tempi medi come strumento di *policy*, come principale leva per indirizzare l'offerta di prestazioni, senza aver prima ragionato su come governare la domanda e, ancor prima, aver inquadrato il bisogno. Un bisogno di salute che è più sfuggente di quanto correntemente percepito:

¹⁹ Cfr. cap. 9 del presente Rapporto.

- a volte si esprime, a volte rimane inespresso;
- quando si esprime, a volte genera domanda inappropriata sul piano clinico; si pensi, ad esempio, alla prescrizione di alcune prestazioni diagnostiche, di visite²⁰ o di ampie categorie di farmaci (cfr. AIFA, 2025). Questo fenomeno è potenzialmente enfatizzato dalla crescita delle condizioni croniche spesso pluri-patologiche;
- altre volte, soprattutto in ambiti come quello della riabilitazione, dell'assistenza socio-sanitaria o della prevenzione, è un bisogno che genera aspettative di risposta che sarà difficile inquadrare secondo i profili di “appropriatezza clinica”, ma piuttosto di proporzionalità, equità e ragionevolezza, anche in rapporto alle risorse disponibili.

Fisiologicamente, il *public discourse* è semplificato e da sempre la *politics* occupa lo spazio dei valori e delle narrazioni, lasciando al management pubblico la programmazione e la gestione sostanziale.

Nella contemporaneità non ci sono novità sostanziali in questa suddivisione dei ruoli. Il primo significativo elemento di discontinuità rispetto al passato è la mancata comprensione collettiva del quadro demografico ed economico generale, per cui non viene colta la stringente necessità di assumere priorità. Né la *politics* né l'opinione pubblica sembrano mature per compiere scelte difficili o quantomeno scomode. Il secondo elemento di discontinuità è che il management sembra più attratto e occupato che in passato dall'agenda della *politics*, sottostimando (a torto o a ragione) lo spazio disponibile per la propria azione.

Nessuna delle tre narrazioni consolatorie è in grado di colmare il disallineamento bisogni-risorse ormai molto ampio e di superare quindi l'universalismo ormai selettivo e randomico del SSN²¹. Questa realtà pone alcune questioni cruciali a cui il SSN dovrebbe rispondere per aumentare il valore sociale prodotto e percepito.

- a. Quale sentiero di efficientamento doloroso, basato spesso sulla riallocazione delle risorse, siamo disponibili a percorrere? Ad esempio: allineamento della rete di offerta agli standard dei DM 70/15 e 77/22, convergenza tra dotazione del personale e valore della produzione, consumo di farmaci e dispositivi in funzione del case mix dei pazienti, o altro ancora? Questo passaggio è necessario per aumentare il perimetro dei servizi erogabili e rendere il SSN istituzionalmente credibile per un lavoro sulle priorità.

²⁰ AGENAS, tra 2019 e 2024, registra un aumento delle prime visite del 31%, di RMN muscoloscheletriche del 38% (cfr. presentazione di dott. Mantoan 27/06/2024, reperibile online <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1719499022.pdf>).

²¹ Cfr. cap. 1 del Rapporto OASI 2023.

- b. Quali target di utenti sono prioritari, in termini di livello di risposta al bisogno, di rapidità della risposta, di copertura pubblica degli oneri collegati ai servizi offerti?
- c. Come codificare i criteri per attribuire le priorità di accesso sopra delineate? Oltre all'accesso, come irrobustire la continuità delle cure e l'integrazione dei servizi lungo il percorso del paziente?
- d. A seconda del profilo del paziente, quale intensità clinico-assistenziale è ragionevole nelle degenze, nella frequenza degli esami di monitoraggio, nell'assistenza domiciliare, nel consumo di farmaci, eccetera, in un contesto di aumento dei bisogni e stabilità delle risorse?
- e. Come delineare percorsi di accompagnamento e/o informazione per chi prioritario non è?
- f. Quali logiche e modelli di pooling sono immaginabili tra risorse pubbliche (138 miliardi) e private (48 miliardi) per massimizzare il beneficio per la comunità?

Per esemplificare, volendo dare priorità alla cronicità, per tali pazienti visite ed esami inseriti nel PAI potrebbero essere offerti con tempistiche “blindate” su agende chiuse, sempre con lo stesso professionista o almeno presso lo stesso centro, gratuitamente o con una compartecipazione fissa annuale. Per i pazienti occasionali, o per le prestazioni extra PAI, il SSN potrebbe offrire garanzie e coperture minori a seconda dell'urgenza, della condizione economica, dello stato di fragilità, della tipologia di prestazione richiesta. Come già ricordato, a oggi la metà delle visite è fruita in regime privato, ma senza aver delineato meccanismi di indirizzo verso i diversi circuiti. Non è detto, dunque, che chi è nelle maggiori condizioni di bisogno riceva una risposta più rapida, efficace e in definitiva più equa. La priorità del SSN è dunque quella di definire delle priorità. I sistemi aziendali talvolta percepiscono tali distorsioni, ma non hanno mandato esplicito per lavorarvi. Noi pensiamo invece, come riprenderemo più avanti, che il management pubblico debba occuparsi anche, se non soprattutto, di queste criticità strategiche.

1.4 Criticità emergenti, ma potenzialmente governabili

Realisticamente, il management del SSN non può influire sullo scenario demografico, epidemiologico e socio-economico; deve comprenderlo e accettarlo come cornice della propria sfida professionale. Allo stesso tempo, il Rapporto OASI 2025 registra anche diverse criticità emergenti, che invece sarebbero governabili o mitigabili, attraverso un contributo attivo da parte di tutti i livelli della filiera istituzionale: aziende, regioni e SSN.

1.4.1 Gli squilibri del personale

Sappiamo quasi tutto sulla geografia e sui trend numerici di personale.

Negli ultimi 10 anni (2014-2024) i posti banditi a Medicina sono passati da 10.500 nel 2014 a 19.500 nel 2024. A valle del semestre filtro, a inizio 2026, conteremo circa 24mila matricole. Torneremo alla pletora medica in pochi anni perché i medici che si pensionano ogni anno passeranno da 14.000 nel 2024 a 9500 nel 2030 per diventare 6200 nel 2035: uno squilibrio evidente in un SSN che ha 110mila medici dipendenti e 45mila tra MMG e PLS. Ciò non significherà, automaticamente, la risoluzione di alcuni problemi come l'indisponibilità a lavorare in aree interne e in alcune specialità. La carenza di vocazioni per alcune professioni sanitarie (es. infermieri) e l'esubero per altre (es. fisioterapisti) esacerberà il bilanciamento insoddisfacente tra le professionalità del SSN, con un rapporto tra medici e infermieri già oggi molto sbilanciato per gli standard internazionali²². Non giova la frammentazione delle nuove professioni sanitarie (22 quelle riconosciute), l'elevata età media dei dipendenti del SSN e la rilevante quota di *burn out* che si manifesta con assenteismo e richieste di mansioni meno onerose. L'invecchiamento generale della popolazione determina anche l'aumento dei permessi *ex L. 104/92* per assistere familiari con disabilità.

Attraverso tutto il Rapporto OASI 2025 ritroviamo costantemente le conseguenze di queste demografie e geografie professionali. Ognuno di dei problemi presentati è affrontabile e non sempre la soluzione necessaria è ancorata alla necessità di maggiori risorse finanziarie. È urgente la necessità di ridimensionare i numeri a Medicina: non possiamo formare a costi elevati professionisti destinati inevitabilmente alla sotto-occupazione, alla sotto-retribuzione, all'emigrazione o a inflazionare la domanda sanitaria sul mercato a pagamento. Dobbiamo investire sulle vocazioni delle professioni sanitarie oggi poco considerate dai giovani: nel 2025, le domande hanno raggiunto solo l'84% dei posti a infermieristica. In questo senso, appare interessante l'analisi di alcune esperienze di promozione della professione infermieristica attuate a livello aziendale e riportate dal Rapporto²³, dalla fase di reclutamento, fino a *onboarding* più strutturati. La ricomposizione delle frammentazioni professionali è urgente: garantirebbe risparmi e maggiore flessibilità. Nuovi modelli di lavoro professionale (equipe itineranti, uso estensivo di servizi da remoto, reti *hub and spoke*) sono una realistica risposta che coniuga interessi professionali ed esigenze delle comunità che vivono nelle aree interne. Si tratta di introdurre una diversa agenda di lavoro, superando la narrazione che sostiene che in Italia, semplicemente, "mancano i medici".

²² Cfr. cap. 2 del presente Rapporto.

²³ Cfr. cap. 12 del presente Rapporto.

1.4.2 L'erosione delle marginalità dei privati accreditati

Il Rapporto OASI 2025 registra come le marginalità dei privati accreditati che lavorano principalmente per il SSN siano vicine allo zero o ridotte, con ovvie oscillazioni dipendenti dal setting erogativo: chi ha un focus prevalente sulla specialistica performa meglio delle realtà prettamente ospedaliere²⁴. Questo è una comprensibile conseguenza della più generale tensione tra bisogni e risorse del SSN, che ha portato a bloccare sia i livelli tariffari che i budget per gli erogatori privati accreditati. Le conseguenze sono così riassumibili:

- ▶ difficoltà nel raggiungere l'equilibrio economico per gli erogatori meno manageriali ed efficienti, come molte istituzioni del no profit religioso, oppure le realtà di dimensioni più piccole, che sono numericamente la maggioranza;
- ▶ difficoltà a sostenere l'erogazione in regime SSN di prestazioni meno remunerative attraverso una sussidiazione incrociata con quelle più remunerative: ciò sospinge fisiologicamente tutti gli erogatori verso le seconde;
- ▶ incentivo implicito ma pressoché obbligatorio a diversificare verso l'attività a pagamento.

Abbiamo dei dubbi che tutto questo sia frutto di un disegno consapevole e voluto, ma anche in questo caso esistono ampi margini di azione. In questo quadro, il SSN deve almeno presidiare due aspetti.

- ▶ Definire più nitidamente cosa si aspetta che i privati accreditati producano in regime SSN e a pagamento.
- ▶ Se le tariffe sono in media a margine modesto e zero, è necessario riflettere con grande attenzione sulle convenienze economiche che si trasmettono e che influenzano il mix di attività. Concretamente, significa aggiornare le tariffe ogni anno, o comunque di frequente, in funzione delle politiche sanitarie prioritarie. Significa remunerare adeguatamente le prestazioni offerte per conto del SSN, avendo cura di introdurre meccanismi (dai classici requisiti di accreditamento, alle gare in specifici ambiti caratterizzati da robusti processi di industrializzazione e standardizzazione) che valorizzino i privati accreditati che alzano l'asticella della qualità e dell'innovazione.

1.4.3 La crescita della componente di beni e servizi

Il vero smottamento in corso da tempo nella riallocazione delle risorse del SSN è il lento ma progressivo aumento dell'incidenza della spesa per farmaci, dispositivi medici e beni e servizi in genere (che ha raggiunto il 32% del totale della

²⁴ Cfr. cap. 4 del presente Rapporto e del Rapporto 2024.

spesa) e la conseguente contrazione dell'incidenza della spesa per personale pubblico. Stiamo diventando un SSN sempre più *good intensive* e meno *labour intensive*. Questa è un'opzione che può avere diversi elementi di ragionevolezza. A volte si preferisce il *buy* al *make* per alcune attività standardizzabili come determinati servizi ancillari; in un Paese di cronici, si preferisce investire su farmaci e dispositivi più che su prestazioni assistenziali; altre volte, il *buy* è una scelta obbligata, a causa di vincoli all'assunzione di personale, o per sopperire a carenze di capacità più o meno temporanee. Inoltre, sempre più spesso la componente di servizio è abbinata al bene; le nuove tecnologie (si pensi all'IA) sono tendenzialmente incorporate nei beni acquistati. Si tratta di una direttrice che dovrebbe, nel caso, essere assunta con maggiore consapevolezza, rendendola compatibile con le politiche del personale, evitando scivoloni come il prossimo esubero di offerta medica: medici che non potranno essere tutti assunti, avendo orientato la spesa verso le forniture di beni e servizi. Inoltre, tale scelta imporrebbe una crescita della funzione di *procurement* per quanto riguarda le competenze, la centralità organizzativa, le logiche adattate²⁵. La funzione di *procurement* viene spesso considerata ancora secondaria, anche se oramai gestisce un terzo della spesa e influisce inevitabilmente su quantità e qualità dei servizi sanitari.

1.4.4 Un nuovo, delicato equilibrio da ricercare tra i servizi da remoto e quelli in presenza

Il SSN ha attuato grandi investimenti infrastrutturali per riuscire ad offrire servizi da remoto in logiche multicanali. Se parliamo di MMG, oltre il 60% dei contatti tra paziente e medico sono già da remoto²⁶. Anche nell'area del farmaco oramai si accede alle diverse tipologie di distribuzione (diretta, per conto, ospedaliera) senza più alcun documento cartaceo in mano, trovandosi recapitate da remoto la maggior parte delle autorizzazioni necessarie. Nel FSE si trova ormai quasi tutta la refertazione. Sono state spesso innovazioni generate dal basso, come nelle cure primarie, o da singoli silos organizzativi, come quelli che gestiscono la farmaceutica o i sistemi ICT, senza una grande visione e consapevolezza d'insieme. Il FSE costituisce oggi l'elemento spartiacque, sia simbolico che operativo. Potremmo renderlo l'unica o la prevalente interfaccia di contatto informativo, per prescrizioni, prenotazioni, pagamenti, refertazioni, autorizzazioni alla consultazione dei dati, ma stiamo sulla soglia. I tassi di utilizzo, almeno per refertazioni e lettere di dimissioni, sono buoni

²⁵ Cfr. cap. 17 del presente Rapporto dove si approfondisce l'applicazione di logiche di *Value-Based Procurement* all'intero percorso di acquisto.

²⁶ Cfr. cap. 12 del Rapporto OASI 2024.

ma non ottimi²⁷, pubblichiamo nel FSE molte informazioni ma non tutto, si può già prenotare dal FSE ma non lo promuoviamo. Non abbiamo il coraggio di riflettere se gli sportelli fisici debbano essere chiusi progressivamente, come hanno fatto banche, ferrovie e compagnie aeree, oppure no. Siamo pronti, ma non riusciamo a porci fino in fondo la vera domanda per la geografia dei servizi contemporanei: *digital & remote first?*

1.4.5 Definire cos'è la “prossimità” oggi

Il SSN dispone di 9mila spazi ambulatoriali. Il Rapporto OASI 2025²⁸ indica che al crescere della frammentazione e capillarità erogativa, come accade in molte aree del Mezzogiorno, diminuisce il valore delle prestazioni erogate per abitante. Unità erogative troppo piccole, senza massa critica di tecnologie, competenze e servizi, non sono attrattive e credibili. I documenti programmatori prefigurano 2.400 Case della Comunità, in media quattro per ogni distretto da 100mila abitanti: è l'occasione per accentrare, chiudendo unità d'offerta senza casistica e *clinical competence*? O preferiamo incrementare la frammentazione, quindi l'iniquità d'accesso e il disordine nei consumi, aggiungendo semplicemente il nuovo al vecchio, senza contare l'impatto in termini di crescita dei costi fissi? Per rispondere serenamente a questo trade off di policy bisogna chiarirsi su cosa sia oggi la “prossimità”. Oggi “prossimità” è una relazione stabile con un erogatore che garantisce un interlocutore unico in una logica multicanale, se possibile 24 ore su 24 per 6 o 7 giorni settimanali, anche con risposte in asincrono, ma con tempi certi di reazione. Amazon è “prossimo” nella contemporaneità, mentre non lo è un piccolo poliambulatorio sotto casa aperto qualche ora al giorno con pochi e modesti professionisti. È “prossimo” un numero 116117 sempre accessibile, a cui posso rivolgermi telefonicamente, attraverso una *app*, sul web o con una televisita. Possiamo serenamente accentrare i servizi territoriali creando una massa critica ragionevole prossima, in logica multicanale, che operi spesso anche da remoto.

1.4.6 I SSR managerialmente “chiusi”

Si è fermata (se mai è esistita) la mobilità sanitaria del management: il Rapporto OASI 2025²⁹ evidenzia come i sistemi regionali siano managerialmente sempre più chiusi, con vertici che ruotano semmai all'interno del contesto regionale: solo il 9% dei DG attualmente in carica ha esperienza apicale in più di un'azienda. Questa è una cattiva notizia, sia per il ruolo manageriale che non

²⁷ Cfr. cap. 13 del Rapporto OASI 2024.

²⁸ Cfr. cap. 9 del presente Rapporto.

²⁹ Cfr. cap. 2 del presente Rapporto.

riesce a creare una categoria professionale nazionale, sia per i sistemi regionali, che non si contaminano con competenze, esperienze e sensibilità diverse, arricchendosi l'uno con l'altro. Questo fisiologicamente diminuisce la distanza tra *politics* e direttori generali comprimendo il loro spazio di autonomia. Il livello retributivo ridotto dei DG e modesto per gli altri membri della direzione, senza nessun rimborso per le spese di mobilità interregionale, sfavorisce processi di selezione più aperti. Sfruttare la mobilità del top management tra regioni è una grande leva disponibile per il SSN, che potrebbe essere rapidamente attivata o ri-attivata, con grande sforzo culturale, ma con modesto sforzo economico.

1.5 I tensori di governo oggi prevalenti

Analizziamo le logiche e gli strumenti di governo prevalenti oggi attivi nel SSN, che coesistono. Il lettore noterà l'influenza delle narrazioni descritte ai paragrafi precedenti.

Il primo tensore è molto consolidato: il contenimento della spesa attraverso metriche di governo dei singoli fattori produttivi. Una logica portata avanti soprattutto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze indipendentemente dalle maggioranze politiche del momento, che riesce a penetrare efficacemente l'intera filiera istituzionale verticale, riuscendo a tenere in sostanziale equilibrio finanziario l'SSN pur in presenza di distanze crescenti tra bisogni e risorse e di tensioni finanziarie in alcune regioni³⁰. Il sostanziale equilibrio finanziario è da considerarsi un grande successo del SSN e del suo assetto istituzionale. Tanto più se consideriamo che molti paesi EU registrano disavanzi rilevanti pur in presenza di molte più risorse dedicate alla sanità e che l'Italia ha il peggior quadro demografico. Come già detto, non si tratta di una logica di reale efficientamento, ma di mero allineamento della spesa alle risorse disponibili, controllando i livelli e il mix degli input, a prescindere dalla loro produttività.

Il secondo tensore è il finanziamento per prestazione e l'aumento dei volumi, dunque una metrica per output. Il tensore è legato soprattutto all'obiettivo *bipartisan* di ridurre le liste di attesa, promosso soprattutto dal Ministero della Salute e, a cascata, dalle regioni. Questo tensore ha costruito nel tempo una propria metrica, dispone di finanziamenti aggiuntivi, ha attivato elementi di flessibilità nei contratti di lavoro dei dipendenti, ha precisi flussi e cruscotti informativi e una governance multi-livello dedicata.

Il terzo tensore è quello dell'innovazione delle caratteristiche dei servizi, dei canali erogativi, dei modelli organizzativi, dei processi di lavoro e delle competenze del personale. Si tratta, in buona parte, delle innovazioni derivate dalla digitalizzazione, dall'implementazione delle reti cliniche, dal PNRR e dal

³⁰ Cfr. cap. 3 del presente Rapporto.

DM/77. Il PNRR, in pochi anni, ha finanziato in modo strutturato nuovi setting assistenziali, definendo per essi precisi standard di servizio e tempistiche di realizzazione, un nuovo ecosistema digitale nazionale e nuove logiche erogative, che saranno basate sulla piattaforma nazionale di telemedicina e sul FSE 2.0. L'attivazione e il popolamento di molti di questi nuovi setting richiederebbero strategie e scelte riallocative delle risorse delle aziende, non essendo le nuove strutture correlate in modo significativo all'aumento di risorse correnti o di personale.

I tre tensori di governo spingono in direzioni apparentemente opposte, tra di loro complementari: governo della spesa con logiche di controllo degli input, aumento della produzione per output, innovazione e riallocazione delle risorse secondo il piano di trasformazione del PNRR, che segue logiche di maggiore efficienza e costo-efficacia. Sistemi aziendali e inter-aziendali complessi registrano sempre obiettivi tra di loro contraddittori, tutti legittimi e rilevanti, che devono essere temperati, affinché vengano portati avanti parallelamente con uguale energia. Se una delle logiche dispone di incentivi, competenze o vincoli di *accountability* superiori alle altre, fisiologicamente tende a ridurre la rilevanza delle altre logiche complementari.

Si tratta di capire se nel SSN, nelle singole regioni, e nelle singole aziende, questi tre tensori sono temperati, oppure se uno o due prevalgano sugli altri. I tre tensori citati, a proposito della loro coerenza e del loro equilibrio reciproco, dispongono tutti di precisi vincoli legislativi, scadenze e incentivi finanziari ad hoc, provenienti da fonti distinte: la premialità del finanziamento ordinario per il governo della spesa attraverso logiche di controllo degli input; risorse aggiuntive per abbattere le liste di attesa; risorse in conto capitale dedicate e scadenze cogenti derivanti dal PNRR. Data questa governance disegnata a livello centrale e formalmente molto equilibrata, i percepiti e le azioni delle aziende del SSN sono sicuramente diversificati rispetto all'intensità e alle specificità degli stimoli ricevuti da ciascuno dei tre tensori. Ciò che appare invece stabile ed uniforme è invece il *ranking* delle tre logiche di governo. Il rispetto dell'equilibrio finanziario è considerato universalmente la *conditio sine qua non*. L'aumento delle prestazioni è agito fino a dove è possibile ingaggiare e incentivare i professionisti, ed è molto soggetta alle contingenze della *politics* regionale. Essa è però molto focalizzata su alcune prestazioni ambulatoriali e non considera il portafoglio dei servizi del SSN. L'innovazione dei servizi risulta un esercizio difficile, soprattutto quando implica riallocazione delle risorse: solo alcuni cercano di implementarlo, ma con un'urgenza minore; altri attendono (invano) l'arrivo di risorse aggiuntive correnti per i nuovi setting. L'equilibrio economico e l'attenzione a tempi e ai volumi sono obiettivi per i quali esiste una chiara catena di comando e controllo, simile in tutte le realtà regionali; rispetto all'innovazione, invece, le responsabilità, i poteri di control-

lo e i ruoli effettivamente agiti sono differenti a seconda delle Regioni, in generale attente a spendere le risorse in conto capitale disponibili nei tempi cogenti, meno attente all'effettiva trasformazione della geografia e delle caratteristiche dei servizi.

L'equilibrio rischia così di tornare ad essere inteso in termini esclusivamente finanziari, con una certa attenzione a riuscire a produrre qualche unità di output in più dell'anno precedente nell'ambito di alcune prestazioni ambulatoriali ben specifiche (lista PNGLA), ma senza una profonda attenzione all'aumento del valore prodotto in termine di soddisfacimento dei bisogni, come l'incremento dei tassi di copertura epidemiologici, il miglioramento degli esiti, la riduzione della variabilità dei consumi e delle iniquità di accesso.

1.6. Il grande spazio di autonomia delle aziende: la fisiologica “doppia agenda” manageriale

In questo contesto, lo spazio di autonomia del management è amplissimo perché è necessario definire, nella crescente distanza tra risorse e bisogni, da un lato quali siano le inefficienze gestionali che si intende dolorosamente superare, dall'altro quali siano le priorità allocative.

Le tre narrazioni dominanti proposte omettono ed opacizzano la necessità delle scelte e dei trade off presenti. Le narrazioni consolatorie sono tali proprio perché promettono di riavvicinare bisogni e servizi del SSN in maniera semplice e rapida. A loro volta, i tre principali tensori di governo complementari aprono spazi di autonomia effettiva perché non propongono viste o riflessioni su azioni stringenti di efficientamento “impopolare” e priorità di pazienti, intensità assistenziali, setting critici da determinare. Riportiamo di seguito alcune delle principali questioni e quindi autonomie strategiche di cui dispone oggi il management aziendale del SSN.

Le enormi variabilità nelle reti infrastrutturali dei servizi, con eccessi di frammentazione ambulatoriale e delle casistiche nelle UO, e la grande eterogeneità dei consumi e delle prescrizioni riportate dal Rapporto OASI 2025 di fatto riportano la rilevante differenziazione agita e quindi l'autonomia disponibile nelle aziende. Esse ci interrogano se sia più importante lavorare soprattutto sull'aumento delle prestazioni o piuttosto sulla riorganizzazione e accorpamento dei servizi o sul governo delle prescrizioni, dell'accesso e dell'orientamento dei pazienti.

L'ecosistema digitale che sta progressivamente maturando ci propone un rilevante trade off strategico e di *change management*: con quale radicalità sterzare verso il *digital & remote first*, o quanto continuare a privilegiare servizi in presenza, lasciando all'ecosistema digitale un ruolo secondario?

Le prospettive potenziali di riallocazione delle risorse soprattutto profes-

sionali, implicitamente prefigurate dal DM 77 e dai nuovi setting finanziati dal PNRR, aprono un'ulteriore finestra di opportunità strategiche. Nessuna azienda sanitaria disporrà del numero sufficiente di personale delle professioni sanitarie per popolare con pari saturazione le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, l'ADI, il ruolo di IFeC, il PUA, il 116117, la COT, eccetera. Di conseguenza, occorre definire a quale setting dare priorità nei singoli contesti distrettuali, potendo diversificare anche nella singola azienda.

In questi ambiti l'autonomia del management è rilevante perché la maggior parte delle opportunità appena citate sono al di fuori dal dibattito pubblico e dagli indirizzi espressi dalla *politics*. Non si percepisce quindi molta pressione sul "fare" e si sperimenta grande libertà d'azione. Non essendoci attese specifiche o *accountability* esterne da assicurare, non ci sono rilevanti pericoli nel caso di parziali insuccessi attuativi.

Nessun direttore generale o vertice istituzionale può sottrarsi al dibattito sulle narrazioni consolatorie e sulla loro implementazione formale, anche quando le direzioni scelte appaiono inconsistenti, debolmente rilevanti o scarsamente fattibili. Si richiede una partecipazione vocale al dibattito, esprimendo comprensione e consenso, una sommatoria di azioni per lo meno formali e delle rappresentazioni utili alla rendicontazione degli avanzamenti registrati in coerenza alla metrica proposta. Assicurato ciò, ogni top manager ha, o dovrebbe avere, una "seconda agenda strategica" con cui esercita il suo ruolo e la sua autonomia, che punta dritto al cuore dei problemi che ritiene rilevanti. Da sempre, il management pubblico è interdipendente ma distinto dalla *politics* e quindi è fisiologica la coesistenza di una doppia agenda di lavoro, quella che riecheggia il discorso pubblico atteso da diversi stakeholder prevalentemente esterni e un piano di lavoro interno, tecnico-professionali, in cui si discute di evidenze, riorganizzazione, innovazione, esiti. Si tratta del fenomeno del *decoupling*, dibattuto da diversi decenni (Meyer e Rowan, 1977) e da tempo osservato anche nel SSN italiano (Lega, Longo e Rotolo, 2013). La seconda agenda è fuori dai radar del *public discourse*, coinvolge soprattutto dimensioni tecnico-professionali, magari con ricadute culturali e di impatto di medio-lungo periodo. Ovviamente la "seconda agenda" contiene i problemi più difficili, complessi, rilevanti, utili a raggiungere gli obiettivi della mission istituzionale con maggiore profondità ed efficacia. La doppia agenda di lavoro è fisiologia del management pubblico, dovendo distinguere il proprio ruolo da quello della *politics*, senza da essa separarsi.

A titolo esemplificativo, si può tranquillamente rispettare l'agenda ufficiale di incremento delle prestazioni e, in parallelo, lavorare per dare priorità nelle agende ambulatoriali ai pazienti cronici presi in carico, si possono modulare le frequenze delle visite in funzione degli esiti intermedi diagnosticati, si possono usare logiche multicanale per pazienti stabilizzati. Mentre si lavora sull'aumento della produzione, si può attivare un lavoro di influenza e indirizzo delle pre-

scrizioni per ridurre la domanda esplicita nelle sue componenti maggiormente inappropriate, diminuendo prenotazioni e attese medie, soprattutto adottando Clinical Decision Support System per i professionisti. Allo stesso tempo, si può lavorare per sostenere l'aderenza alle terapie e ridurre nel tempo il bisogno di prestazioni, distribuendo o aiutando ad acquistare *device* personali di supporto e monitoraggio alla compliance. L'obiettivo formale di aumentare i volumi chirurgici può andare di pari passo con la riorganizzazione interna delle piattaforme ospedaliere: si pensi a processi di maggiore saturazione o accorpamento di sale operatorie o diagnostica.

Perché oggi è così difficile riuscire a dedicare sufficienti energie e tempo alla “seconda agenda strategica”?

In primo luogo, la contemporaneità impone una maggiore fatica emotiva e psicologica per questo doppio registro. Siamo tutti costantemente iperconnessi e quindi immersi nel *public discourse*, che già attiva nostre reazioni cognitive, interpretative ed emotive, con reazioni che sono sempre più continue e rapide. Disconnettersi, fare silenzio, ricercare altre viste e altre informazioni, attivare processi relazionali paralleli con chi può aiutare nell'implementazione dell'agenda parallela richiede uno sforzo di sdoppiamento e separazione difficile in un mondo rumoroso e pervasivo. Crearsi uno spazio mentale autonomo e separato è un privilegio che il ruolo di vertice strategico impone e permette di prendersi.

In secondo luogo, è necessario costruire e attivare una narrazione diversificata per le “due agende”. Il management pubblico è in realtà da sempre abituato a utilizzare linguaggi, metriche, punti di vista diversi a seconda degli stakeholder interni ed esterni che incontra. Occorre tornare a riconoscersi e valorizzare questa competenza.

In terzo luogo, c'è un'oggettiva pressione sull'agenda e sul tempo di lavoro che già la “prima agenda” impone, sia per l'accresciuta dimensione delle aziende, sia per la vicinanza anche fisica e le coincidenze di agende che alcuni riti istituzionali richiedono, sia per le evidenti contraddizioni non gestite del SSN che si esprimono visibilmente a livello locale per cui è necessario intervenire tempestivamente, perché la narrazione collettiva non le prevede e le ritiene insopportabili.

Come si costruisce e difende allora la seconda agenda, ovvero la vera agenda gestionale?

1. Il top management non può definirsi tale se non mantiene una propensione al rischio individuale nel lavorare sulla seconda agenda, anche nei casi in cui la divergenza tra le due agende emerge e si devono affrontare conflitti e tensioni.

2. Il disordine è un elemento costitutivo di una società contraddittoria che non affronta i *trade off* di *policy* e si rifugia in narrazioni consolatorie. È necessario ricercare con determinazione le finestre di opportunità, per attuare scelte necessarie ma impopolari, per innovare, per riallocare risorse, anche se sappiamo che non raggiungeremo l'equilibrio perfetto o desiderato. L'importante è percepire che stiamo andando, pur nel disordine, nella direzione giusta.
3. È necessario sostenere ostinatamente l'evoluzione organizzativa nei confronti di qualunque lobby o resistenza, usando gli strumenti persuasivi o dissuasivi, e introducendo massive dosi di innovazione tecnologica, sia in ambito clinico che dei servizi a supporto. Esistono praterie di innovazione immediatamente disponibili e praticabili: la centralizzazione della logistica e della diagnostica che referta da remoto; il FSE 2.0 come strumento prevalente di interscambio informativo con i pazienti, che permetterebbe di eliminare già oggi buona parte dei *front office*; l'Ecosistema Dati Sanitari (EDS) come *repository* di dati clinici per il governo e la ricerca; l'utilizzo della telemedicina, anche grazie alla piattaforma nazionale; in generale, la digitalizzazione di molte funzioni per le quali la carenza numerica delle professioni sanitarie impone il ripensamento dei modelli di lavoro.
4. Il management non si esprime solamente nel singolo caso di innovazione ma è anche saper copiare chi fa meglio. Preso a frammenti il SSN è ricco di innovazioni moderne, probabilmente più di molte altre PA, ma non sa scalare, non sa portare a sistema.
5. Il cambiamento è possibile solo grazie all'ingaggio dei professionisti: lasciamo soprattutto i giovani professionisti fuori dalla sensazione di impossibilità di cambiare, di rischio eccessivo, di deriva burocratico-sanzionatoria. I DG devono assorbire le incertezze e i rischi esterni, trasmettendo ai colleghi uno spazio di azione riconoscente e fertile per agire l'innovazione dal basso. Il management deve risultare credibile, istituzionalmente protettivo, trasmettere sicurezza e fiducia per chi vuol essere innovatore, fuori dalla narrazione depressiva del dibattito pubblico.

Ogni manager sa che è impossibile seguire e governare tutto. La virtù principale che il ruolo di vertice aziendale richiede è scegliere le priorità nell'allocazione del proprio tempo, costruendo dei team e un sistema di alleanze a cui delegare funzioni di governo ritenute cruciali e strategiche. Non è il manager che trasforma un'azienda, ma la sua squadra e il suo sistema di alleanze interno ed esterno. Management non coincide con "leadership individuale" ma con "ingaggio e organizzazione di persone" ovvero la capacità di definire priorità da delegare a un sistema di alleanze professionali.

I vertici delle istituzioni e delle aziende, ma anche il *middle management*, hanno il privilegio della consapevolezza piena dei problemi, da cui deriva l'one-

re e la sfida, di una “doppia agenda”, ovvero di essere “l’adulto nella stanza”. È un privilegio che contiene inevitabilmente una responsabilità, quella di supportare le organizzazioni nel capire le contraddizioni della nostra società e del sistema di salute e di suggerire dei meccanismi di individuazione delle priorità di intervento e di governo delle criticità del sistema. I ruoli apicali possono aiutare le persone, con determinazione e coraggio, a collocarsi negli spazi di autonomia disponibile dentro le aziende, offrendo una prospettiva di senso e significato utile per la comunità, che a sua volta produce profonda soddisfazione professionale e gratitudine per il ruolo che si ha il privilegio di agire.

1.7 Abstract dei capitoli del Rapporto

Il capitolo 2 descrive il SSN italiano focalizzandosi sui profili istituzionali, sulla dotazione strutturale, sulle attività e sul livello di risposta alla domanda di salute, e ne illustra il posizionamento nel panorama internazionale. Il Capitolo utilizza fonti informative istituzionali (quali dataset del Ministero della Salute, di AGENAS, della Ragioneria Generale dello Stato, di OECD) e ulteriori dati originali CERGAS riguardanti la ricognizione della Direttrici e dei Direttori Generali (DG) delle aziende sanitarie pubbliche.

Con riferimento agli assetti istituzionali, nel 2024 il numero di aziende territoriali (ASL e ASST) rimane invariato e pari a 128, così come rimane stabile il numero di AO (42), di AOU integrate con il SSN (9) e di IRCCS pubblici (24). La distribuzione di genere dei DG rimane fortemente sbilanciata verso il genere maschile, risultando le DG donne appena il 26% del totale nel 2025.

In termini strutturali, la storica contrazione del numero di posti letto (PL) ha visto un’interruzione a seguito del Covid-19: nel 2023 la dotazione media era pari a 3,1 PL per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 PL per i non acuti. Per quanto riguarda il personale del SSN, nel periodo 2019-2023 si osserva un aumento del personale tecnico e sociosanitario (+16,2%, nel 2023, pari a 101.882 unità), del personale infermieristico e ostetrico (+7,8%, 289.545 unità) e dei medici (+1,9%, 109.025 unità). Nonostante ciò, la dotazione complessiva di infermieri e ostetrici in Italia risulta ancora sottodimensionata: l’Italia si conferma un contesto in cui lo skill-mix medico-infermiere è fortemente sbilanciato a favore dei primi, con 1,3 infermieri per medico contro valori di altri paesi OECD come Francia, Germania o Regno Unito tra il 2,9 e il 2,6.

Si segnala come la drammatica contrazione dell’attività di ricovero dall’anno 2019 all’anno 2020 (-21,0% a livello nazionale) sia stata in buona parte riasorbita al 2023, quando si sono registrati 7,7 milioni di dimissioni (il 93,4% dei volumi del 2019). La mobilità fuori regioni rappresenta nel 2023 l’8,5% dei ricoveri ordinari per acuti.

Il capitolo 3 illustra e analizza la spesa, il finanziamento e le performance economiche del SSN secondo diversi livelli di analisi e confronto. In primo luogo, viene analizzato l'andamento macroeconomico della spesa sanitaria, confrontando il caso italiano con principali Paesi europei e gli Stati Uniti. Si approfondisce poi il livello nazionale, esaminando il finanziamento del SSN e la composizione delle principali voci di spesa. Successivamente, l'analisi si concentra sui livelli regionale e aziendale, con un focus sui fattori che determinano l'assorbimento di risorse e sulle strategie di gestione e finanziamento adottate per fronteggiare l'evoluzione dei modelli di servizio e delle pressioni sui costi. A questo fine vengono analizzate nove realtà regionali e quindici realtà aziendali, che permettono di leggere in controtelaio il legame fra politiche di bilancio, configurazione dei servizi e risultati economico-finanziari, in una fase in cui gli effetti di pandemia, crisi energetica e inflazione tendono a consolidarsi e, avvicinandosi alla conclusione del PNRR, emergono questioni strutturali di medio-lungo periodo.

I dati 2024 mostrano un finanziamento da FSN pari a 133 miliardi di euro (+5 mld rispetto al 2023), a fronte di una spesa pubblica complessiva di 143,8 miliardi. Il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL sale al 6,6% (era 6,4% nel 2023) e il disavanzo complessivo risulta pari a 752 milioni di euro (0,5% della spesa sanitaria pubblica corrente); al netto dell'intervento con risorse proprie regionali – pari a 1,1 miliardi, di cui 750 milioni destinati alla copertura di servizi LEA – il disavanzo “strutturale” si attesta però intorno a 1,5 miliardi. Nove SSR presentano disavanzi potenzialmente significativi, senza che emerga una correlazione tra capillarità/intensità dei servizi offerti e risultati economico-finanziari, a conferma del peso delle politiche di bilancio e delle scelte allocative regionali nella gestione delle tensioni sui conti. Sul versante aziendale, l'analisi dei conti economici evidenzia una crescente pressione sui fattori produttivi legati alla produzione diretta dei servizi, un aumento della dipendenza da contributi da enti sovraordinati e un disallineamento tra spesa sostenuta e produzione valorizzata: dai dati 2023, emerge che solo il 30% della spesa sanitaria si “trasforma” in prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale (in calo rispetto al 35% del periodo pre-pandemico), con forti differenze interregionali. Nelle grandi aziende pubbliche a vocazione ospedaliera, i margini operativi sono nella maggior parte dei casi positivi e i risultati complessivi prossimi al pareggio; tuttavia, in 4 casi sui 15 analizzati emergono marginalità operative negative e perdite. In media, l'incidenza dei ricavi da prestazioni è pari al 61%, con variabilità significativa tra le diverse realtà (42%-76%).

In chiave prospettica, il capitolo identifica tre possibili direttrici strategiche per i SSR: i) il contenimento della spesa tramite leve input-based ii) l'attivazione di processi riallocativi tra setting assistenziali, orientati a riallineare risorse e bisogni lungo la filiera ospedale-territorio e iii) il superamento della sola logica prestazionale verso forme di governo della domanda e presa in carico, capaci di identificare priorità e sostenere meccanismi di finanziamento più

coerenti con il funzionamento reale dei servizi. Il capitolo sottolinea che l'effettiva praticabilità di queste traiettorie dipende dalla disponibilità di competenze gestionali e di processi di *change management*, nonché dalla capacità di coordinamento tra attori e livelli organizzativi, in un contesto in cui la pressione sui costi tende a strutturarsi e i margini di intervento straordinario risultano progressivamente più limitati.

Il capitolo 4 analizza il settore degli erogatori privati accreditati. Analizzando i dati di spesa e offerta di servizi, emerge come il privato accreditato costituisca una componente rilevante del SSN. Nel 2024 la spesa del SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è stata pari a 440 euro pro capite, il 17,1% del totale della spesa sanitaria pubblica, in leggero aumento rispetto all'anno precedente in termini assoluti (427 € nel 2023) ma in calo se osserviamo l'incidenza sulla spesa SSN (17,5%). La quota che cresce maggiormente è quella dell'assistenza socio-sanitaria accreditata.

Al 2023, il privato accreditato rappresenta il 31% dei posti letto ospedalieri, evidenziando un'incidenza sostanzialmente invariata rispetto al 2015. In alcune specialità, il privato accreditato offre una componente rilevante dei PL, a partire dalla riabilitazione, dove è maggioritario, ma anche per quanto riguarda chirurgia generale e ortopedia. Come molti presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL, le 565 strutture private accreditate del Paese hanno in media dimensioni ridotte: 115 PL.

Al 2023 le strutture private accreditate hanno erogato il 28% dei ricoveri del SSN, quasi 2 punti percentuali in più rispetto al 2019. L'incidenza dei ricoveri inferiore di alcuni punti rispetto all'incidenza sui PL può essere ricondotta sia ai budget massimi di attività che riducono il tasso di saturazione della capacità erogativa installata, sia alla focalizzazione sulle attività riabilitative.

Emerge la numerosità delle strutture private accreditate nelle grandi regioni del Mezzogiorno, in primis Campania, Sicilia e Puglia. Tali strutture, in media, dispongono di un budget ridotto, inferiore alla media nazionale di un milione di euro; in parallelo, erogano un range di servizi meno ampio rispetto al Nord, contribuendo alla notevole parcellizzazione di tali reti di offerta. All'opposto, si trovano le strutture ambulatoriali private accreditate di Lombardia e Piemonte, che si collocano oltre i 2,5 milioni di euro.

In tale contesto di risorse a disposizione e di configurazione della rete, i dati forniti dall'Area Studi Mediobanca testimoniano, nell'ultimo anno disponibile (2023), un lieve miglioramento dei risultati economici dei principali erogatori del settore (fatturato netto superiore ai 100 milioni di euro). I ricavi aggregati dei principali erogatori di settore proseguono la crescita lineare iniziata nel 2021, registrando nel 2023 un aumento del 23% rispetto al 2019. Gli indici di redditività sono invece caratterizzati da un andamento altalenante negli anni, che non riesce a recuperare i livelli 2019.

Ciò che si può ragionevolmente ipotizzare è che la possibilità di mantenere il risultato in utile dipenda da una molteplicità di fattori fra loro spesso legati, come i segmenti di servizio presidiati e la relativa struttura dei costi e dei ricavi, con la possibilità di offrire anche una quota di servizi in regime privato; a questi elementi si possono aggiungere fattori interni come la solidità del posizionamento strategico, le competenze cliniche e manageriali, le capacità di investimento, eccetera. Ad esempio, i dati sembrano suggerire che operatori molto focalizzati sull'area ospedaliera (acuta e non), con quote preponderanti di attività SSN, siano, da un lato, più esposti all'inflazione e alla crescita dei costi per acquisire beni e servizi; dall'altro, manchino di una leva di flessibilità sul versante dei ricavi, leva più azionabile per chi è presente nel mercato a pagamento, e in particolare nell'area della diagnostica e della specialistica ambulatoriale.

Il capitolo 5 intende: (i) aggiornare la fotografia della rete socio-sanitaria pubblica e la sua capacità di presa in carico; (ii) offrire una panoramica dei percorsi di accesso in tre Regioni italiane rappresentative di sistemi differenti (Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Toscana), in vista delle riforme nazionali in atto. Il capitolo si basa sulla triangolazione di fonti informative istituzionali e interviste semi-strutturate.

Rispetto al primo obiettivo, a fronte di oltre 4 milioni di persone over65 non autosufficienti in Italia, i dati del 2023 confermano la residualità del welfare pubblico. Infatti, l'8% risiede in una struttura residenziale socio-sanitaria, mentre il 31% è beneficiario di Assistenza Domiciliare Integrata, tuttavia con una media di appena 14 ore di assistenza all'anno per caso. L'intervento più diffuso è l'Indennità di Accompagnamento, percepita dal 40% delle persone over65 non autosufficienti. Complessivamente, la spesa pubblica per *Long Term Care* si attesta all'1,18% del PIL (2024), in contrazione rispetto agli anni precedenti.

Rispetto al secondo obiettivo, il recente slancio normativo ha affidato ai Punti Unici di Accesso (PUA) delle Case di Comunità il compito di facilitare l'accesso unitario e di prossimità ai servizi, prevedendo équipe multidisciplinari per assicurare la Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU) propedeutica alla redazione dei piani di assistenza individuale unitari. Il confronto tra Regioni ha evidenziato alcune criticità, ma anche opportunità. Il caso della Lombardia, caratterizzato da un'ampia eterogeneità, pur beneficiando di maggiore flessibilità per rispondere alle specificità locali, fa emergere alcune potenziali aree di miglioramento legate alla coerenza e all'equità di sistemi che accolgono una diversità di modelli organizzativi. I casi di Toscana e Friuli-Venezia Giulia evidenziano come la lunga tradizione di integrazione socio-sanitaria, pur implementata in maniera differente, abbia consentito lo sviluppo di modelli organizzativi caratterizzati dalla presenza stabile di équipe multi-

disciplinari, nonostante la parziale integrazione dei diversi sistemi informativi rischi di limitare la piena efficacia. Infatti, la frammentazione informativa tra comparto sanitario, sociosanitario, sociale e INPS rappresenta un ostacolo significativo per i PUA e la VMU. Più in generale, il lavoro per migliorare l'accesso ai servizi potrebbe aumentare la capacità di risposta al bisogno, ma questo richiede una revisione della spesa pubblica che non è ancora stata affrontata.

Il capitolo 6 prevede un focus sul contributo dei consumi privati in sanità, che analizza l'andamento della spesa e dei consumi sanitari privata in Italia, evidenziando alcune tendenze chiave. Nel 2023, la spesa sanitaria privata è cresciuta moderatamente rispetto agli anni precedenti (+2%), attestandosi a circa 45,9 miliardi di euro. Rispetto al PIL, il valore rimane fermo al 2,2%. Contribuisce in modo rilevante la crescita della componente intermediata da assicurazioni, imprese ed enti non-profit. Estendendo l'orizzonte temporale al 2019 emergono principalmente due elementi. A fronte di un aumento complessivo della spesa privata pari a 12%, il primo elemento riguarda la crescita della componente intermediata (+20%). Il secondo riguarda invece un irrobustimento della componente ambulatoriale rispetto a quella ospedaliera e quella dei prodotti. Mentre infatti la spesa per servizi ospedalieri si riduce del 2%, la spesa per assistenza ambulatoriale (visite, servizi odontoiatrici e altri servizi ambulatoriali) aumenta del 23% e quella per servizi diagnostici del 7%. Sul lato dei consumi, emerge come la frequenza e le modalità di pagamento delle prestazioni non siano ancora rientrati ai valori precedenti la pandemia. Nel 2022, il ricorso a risorse private per finanziare visite ed esami diagnostici è rimasto più elevato rispetto al 2019 (48% e 33%, rispettivamente), a fronte di percentuali di accesso alle prestazioni che rimangono ancora inferiori al periodo pre-Covid.

Il primo approfondimento esplora il rapporto tra spesa e consumi reali, evidenziando come la dinamica dei prezzi possa influenzare il peso relativo che i consumi sanitari assumono nelle scelte di consumo delle famiglie. Le considerazioni dipendono fortemente dalle modalità attraverso cui i prezzi in sanità sono misurati. Il secondo approfondimento il tema dell'equità attraverso un'analisi sull'impoverimento delle famiglie dovuto al ricorso alle spese sanitarie. Il principale risultato evidenzia come le spese per servizi extra LEA (dentisti, ma soprattutto medicinali) siano le principali determinanti del fenomeno che colpisce primariamente le famiglie meno abbienti e le persone più anziane.

Le riflessioni tradizionalmente proposte dall'Osservatorio rimangono valide, sottolineando la necessità di un dibattito serio sulle prospettive del sistema sanitario e sul contributo della spesa privata al soddisfacimento dei bisogni di salute.

Il capitolo 7 mira innanzitutto a fornire una panoramica dei principali indicatori di salute e di alcune dimensioni della performance, partendo dal contesto

internazionale per poi concentrarsi sul livello nazionale. Il capitolo include poi una sezione dedicata ai sistemi di pianificazione, monitoraggio e valutazione della performance del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), articolata su tre livelli: confronto internazionale, quadro nazionale e analisi dei sistemi regionali di monitoraggio e accountability. A livello internazionale, l'Italia, con un'aspettativa di vita di 83,5 anni, si colloca al quarto posto nel mondo. A livello nazionale, tuttavia, persistono significativi divari interregionali: la speranza di vita alla nascita varia da 84,6 anni nella Provincia autonoma di Trento a 81,3 anni in Campania. Queste differenze territoriali emergono anche nella probabilità di sviluppare malattie croniche. La Provincia autonoma di Bolzano registra la quota più alta di persone in buona salute (79,6 ogni 100 individui con le stesse caratteristiche), mentre il Molise mostra la percentuale più elevata di persone con almeno due malattie croniche (26,5 ogni 100 individui con le stesse caratteristiche). Il capitolo esamina inoltre il monitoraggio della performance del SSN, fornendo innanzitutto una sistematizzazione dei principali strumenti che guidano il funzionamento complessivo del sistema nelle sue varie componenti, e successivamente analizzando il sottoinsieme degli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il 2023.

L'analisi approfondisce come le Regioni integrano le macro-aree e le metriche del NSG nei processi di assegnazione degli obiettivi di performance ai direttori generali delle aziende sanitarie.

Sulla base dell'esame delle delibere regionali, lo studio evidenzia approcci diversi nella definizione delle priorità e nell'attuazione delle politiche di performance, con particolare attenzione al nuovo insieme di obiettivi di mandato per il 2025 e alla traduzione operativa dei target relativi alle liste d'attesa e ai tempi di accesso, che rappresentano una delle aree più rilevanti e visibili nella governance regionale dei servizi sanitari.

Il capitolo 8 analizza l'evoluzione recente delle politiche del farmaco in Italia, con particolare riferimento al tema dell'innovatività terapeutica, alla luce delle novità introdotte dalla Legge di bilancio 2025 e dalla nuova Determina AIFA 955/2025. L'obiettivo è valutare come le riforme normative e regolatorie incidano sui processi di accesso, finanziamento e valutazione dei farmaci innovativi, e in che misura esse contribuiscano a coniugare sostenibilità del sistema sanitario e valorizzazione della ricerca biomedica. Il metodo si basa su un'analisi descrittivo-interpretativa delle fonti normative e dei documenti AIFA, integrata da un confronto internazionale con i principali sistemi europei. L'analisi evidenzia come la revisione dei criteri di innovatività terapeutica confermi l'impianto metodologico introdotto nel 2017, ma ne affini gli aspetti applicativi e concettuali. I tre domini fondamentali – bisogno terapeutico, vantaggio terapeutico aggiunto e qualità delle prove – vengono mantenuti, ma arricchiti da nuovi elementi, quali la valutazione delle misure di esito riferite

dal paziente (PROMs e PREMs), la valorizzazione della ricerca clinica nazionale e un approccio specifico per gli antimicrobici contro germi multiresistenti. Inoltre, la Determina introduce limiti più stringenti sull'ambito applicativo per patologie ad alta prevalenza e rafforza il legame tra innovatività e sostenibilità finanziaria attraverso il Fondo per i farmaci innovativi.

Dal confronto con Francia, Germania, Spagna e Regno Unito emerge che l'Italia resta l'unico Paese europeo a disporre di un riconoscimento legale formale dell'innovatività, con accesso automatico a fondi dedicati e vantaggi regolatori.

Le implicazioni per il management e i policymaker riguardano la necessità di garantire coerenza tra criteri di valutazione e strumenti di finanziamento, di coordinare il sistema nazionale con il Regolamento europeo sull'Health Technology Assessment e di promuovere una programmazione basata sul valore, superando la logica dei fondi vincolati. In conclusione, la nuova cornice regolatoria rappresenta un passo avanti verso un modello di governance dell'innovazione più trasparente, prevedibile e orientato alla sostenibilità del sistema sanitario.

Il capitolo 9 tratta del governo della specialistica ambulatoriale, caratterizzata dalla variabilità tra territori di consumi e prescrizioni. Nella fase post-Covid, dove l'attenzione di molti analisti del settore sanitario ha iniziato a concentrarsi sulla distanza crescente tra bisogni e risorse, che accelera la necessità di ridurre la "variabilità indesiderata" nell'accesso ai servizi. Questo studio analizza i dati di consumo standardizzati delle Aziende sanitarie territoriali dell'intero SSN per (i) indagare la variabilità dei consumi inter e intra-regionali di alcune prestazioni ambulatoriali e (ii) verificare se a elevati livelli di consumo di prestazioni di specialistica si associano particolari elementi riconducibili al contesto geografico, socio-economico, organizzativo o relativo all'offerta sanitaria. La ricerca adotta un approccio quantitativo utilizzando dati open source resi disponibili da Agenas e relativi ai consumi standardizzati di prestazioni diagnostiche e di laboratorio nelle 110 aziende sanitarie territoriali italiane aggiornati all'anno 2023. A seguire, è stato approfondito il caso della Regione Lombardia che, oltre a presentare i dati sui consumi a livello regionale e aziendale, fornisce un'analisi del rapporto tra prestazioni prescritte e consumate.

I risultati evidenziano una marcata variabilità dei consumi, sia a livello inter che intra-regionale. La variabilità non risulta significativamente correlata alla densità di strutture ambulatoriali o alla dimensione dei distretti, mentre emerge un gradiente geografico Nord-Sud per alcune prestazioni. Inoltre, all'interno del contesto regionale analizzato, quello lombardo, i consumi tendono ad essere mediamente più elevati nelle aree urbane. L'analisi del contesto lombardo rivela che, con riferimento a visite ed esami diagnostici, in media, una

prescrizione su due viene effettivamente erogata nel SSN, con territori ad alta densità che registrano maggiori volumi prescrittivi ma minori tassi di trasformazione in prestazioni erogate.

Le evidenze dimostrano l'inadeguatezza di approcci esclusivamente prestazionali per governare l'accesso alla specialistica ambulatoriale. È necessario un cambio di paradigma che sposti l'attenzione dalla produzione ai consumi, valorizzando la ricchezza informativa disponibile per ridurre le variabilità ingiustificate, omogeneizzare l'appropriatezza prescrittiva e riallocare le risorse verso le aree di reale sotto-dotazione, coinvolgendo clinici, middle management e vertici aziendali in processi di governo clinico rinnovati.

Il capitolo 10 analizza il processo di istituzionalizzazione delle reti cliniche in Italia, inteso come passaggio da configurazioni guidate da logiche prettamente professionali a modelli post-NAO (*Network Administrative Organization*), nei quali le reti diventano parte integrante delle architetture istituzionali regionali. L'obiettivo è indagare come l'inclusione delle reti negli enti intermedi regionali (ARCS Friuli-Venezia Giulia, Azienda Zero Piemonte e A.Li.Sa Liguria) ne stia ridefinendo funzioni, governance e capacità di coordinamento del sistema sanitario, evidenziando la primazia delle razionalità professionali nei processi decisionali e di legittimazione istituzionale. La ricerca adotta un approccio qualitativo basato su metodi misti – analisi documentale, studio di tre casi regionali e interviste a stakeholder chiave – condotti all'interno di progetti del Cergas SDA Bocconi nel biennio 2024–2025. L'analisi mostra tre traiettorie distinte di istituzionalizzazione. In Friuli-Venezia Giulia, la Rete Oncologica Regionale agisce come strumento di efficienza allocativa, favorendo la riallocazione dell'offerta chirurgica sulla base di criteri di appropriatezza e prossimità e traducendo le razionalità cliniche in leve di consenso organizzativo. In Piemonte–Valle d'Aosta, la Rete Oncologica evolve verso un modello di co-creazione istituzionale: il superamento dell'integrator individuale con l'istituzione di un'Autorità Centrale di Coordinamento segna la trasformazione della rete in infrastruttura di policy capace di integrare funzioni strategiche, gestionali e di innovazione. In Liguria, il DIAR di Neuroscienze rappresenta una traiettoria di integrazione organizzativa: la rete per la sclerosi multipla valorizza la distribuzione territoriale delle competenze e la collaborazione interprofessionale per ridurre disuguaglianze e frammentazione. I risultati evidenziano che le reti cliniche, lungi dall'essere meri strumenti di coordinamento tecnico, agiscono come dispositivi di governo, di policy e di mediazione tra interessi professionali e obiettivi pubblici. La loro istituzionalizzazione segna una nuova stagione: le reti cliniche si configurano come arene di apprendimento istituzionale e di innovazione gestionale, in grado di orientare l'evoluzione del servizio sanitario verso modelli più integrati, partecipativi e adattivi.

Il capitolo 11 esamina il Distretto Socio-Sanitario (DSS) in quanto struttura organizzativa aziendale al centro di un profondo processo di trasformazione indotto dal DM 77/2022 e dalla Missione 6 del PNRR. La ricerca mira a comprendere: 1) come il DSS si inserisce nell'assetto organizzativo aziendale; 2) come i direttori/direttrici di DSS interpretano le attese nei confronti del loro ruolo; 3) quali attività caratterizzano la direzione distrettuale. A tal fine, è stata condotta una survey online rivolta a 22 direzioni distrettuali e sono state analizzate le agende settimanali di 16 direttori e direttrici, rielaborate secondo la tassonomia dei ruoli manageriali di Mintzberg. L'analisi restituisce un quadro fortemente eterogeneo dei DSS in termini di configurazione territoriale, dipendenze gerarchiche, autonomia economico-finanziaria e attività svolte. Le direzioni sono prevalentemente affidate a professionisti medici con lunga esperienza nel SSN e intrattengono relazioni interne ed esterne all'azienda con una pluralità di stakeholder. Tra questi, risultano di maggiore rilievo, sul versante interno, le direzioni strategiche aziendali e i medici di medicina generale, e, su quello esterno, gli enti locali, i servizi sociali e i cittadini. Le aspettative più ricorrenti, espresse sia da stakeholder interni che esterni, convergono sui temi della collaborazione, della co-progettazione, e dell'integrazione tra professionisti e dei servizi. Le direzioni di DSS conducono un'attività manageriale ad alta intensità, contraddistinta da frammentazione ed eterogeneità, prevalenza di interazioni in presenza e frequente gestione di emergenze operative. I ruoli informativi (prevalentemente di raccolta attiva di informazioni) e decisionali (prevalentemente di allocazione di risorse) rappresentano complessivamente oltre i due terzi del tempo lavorativo. Tuttavia, analizzando la finalità ultima che guida l'azione, i ruoli decisionali superano la metà del tempo complessivo: la raccolta di informazioni e le interazioni con altri attori sono infatti spesso strumentali a decisioni allocative o di sviluppo innovativo. La marcata eterogeneità tra i DSS analizzati è da considerarsi un valore, anziché un limite, se interpretata in una prospettiva manageriale piuttosto che burocratica, offrendo un rilevante spazio di autonomia manageriale da sostenere e valorizzare. La capacità delle direzioni di DSS di integrare servizi, gestire complessità e costruire reti relazionali rappresenta un elemento decisivo per l'attuazione della "riforma" territoriale.

Il capitolo 12 analizza le strategie di reclutamento e selezione del personale infermieristico nel Servizio Sanitario Nazionale, in un contesto caratterizzato da carenza strutturale di professionisti, elevato turnover e difficoltà di attrazione della professione. L'obiettivo è comprendere se e come le aziende sanitarie possano agire su leve organizzative proprie per migliorare l'attrattività e la retention, nonostante i vincoli di sistema. L'analisi combina una review della letteratura internazionale con cinque casi studio (ASL CN2, ASST Cremona, AOU Padova, AUSL Piacenza, AUSL Toscana Centro) e un'indagine empirica

condotta tra gli infermieri neoassunti. Le evidenze mostrano che le aziende, pur con diversi gradi di autonomia, possono influire in modo significativo sulla capacità di attrarre e trattenere personale. Le strategie adottate si concentrano su tre ambiti principali. Nel reclutamento, cresce l'impegno nella promozione precoce della professione attraverso attività nelle scuole, campagne territoriali e partnership con le università. Nella selezione, pur in presenza di modelli centralizzati, alcune aziende introducono strumenti più flessibili – come bandi aperti, contratti a termine e mobilità interna – per velocizzare le assunzioni. Nell'inserimento, si distinguono pratiche innovative di onboarding e mentoring, accompagnate da momenti di affiancamento, per ridurre le difficoltà iniziali e rafforzare l'engagement. Le indagini sui neoassunti rivelano un'elevata variabilità nelle percezioni: se molti si dichiarano soddisfatti, una quota consistente manifesta stress, carichi di lavoro elevati e scarse opportunità di sviluppo. Per migliorare attrattività e fidelizzazione occorre intervenire su più livelli: istituzionale, attraverso politiche coordinate di reclutamento e formazione; organizzativo, tramite modelli flessibili di selezione e inserimento; professionale, valorizzando la leadership infermieristica e le opportunità di crescita. Le aziende sanitarie, sebbene operino in un quadro normativo vincolante, dispongono di margini strategici per innovare i processi di gestione delle risorse umane e rafforzare il senso di appartenenza dei professionisti.

Il capitolo 13 analizza il fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari in Italia, interpretandolo non come una serie di episodi isolati, ma come un indicatore di crisi organizzativa e relazionale del sistema sanitario. L'obiettivo della ricerca è comprendere le cause, la diffusione e le possibili strategie di prevenzione, con l'intento di individuare modelli sostenibili di intervento per la tutela del personale e la qualità delle cure. Lo studio adotta un approccio metodologico misto, combinando analisi documentale, dati empirici nazionali e discussioni qualitative condotte attraverso focus group con direttori generali e referenti esperti. I risultati mostrano che la violenza nei luoghi di cura è un fenomeno trasversale, alimentato da fattori molteplici: carenze organizzative, pressione lavorativa, spazi inadeguati, comunicazione inefficace e fragilità relazionali. L'indagine evidenzia come le politiche basate esclusivamente sull'inasprimento delle sanzioni non siano sufficienti a contrastare il problema. È invece necessario un approccio sistemico fondato su prevenzione, formazione, sicurezza ambientale e supporto psicologico post-evento. Particolare rilievo assume il ruolo della leadership di prossimità e di una cultura organizzativa orientata all'ascolto, che può trasformare la gestione della violenza in un'occasione di apprendimento collettivo. Per il management e i decisori pubblici, il fenomeno rappresenta una sfida strutturale che richiede politiche integrate tra sanità, servizi sociali e istituzioni locali. Investire nella qualità delle relazioni, nel benessere degli operatori e nella costruzione di contesti di lavoro sicuri è

condizione necessaria per preservare la fiducia nel sistema sanitario e garantire la sostenibilità delle cure. In conclusione, solo un'organizzazione capace di apprendere e di valorizzare la dimensione umana del lavoro può prevenire efficacemente la violenza e rafforzare la tenuta complessiva del servizio pubblico.

Il capitolo 14 analizza le condizioni di adozione di una piattaforma nazionale di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria, promossa da AGENAS nell'ambito del PNRR. L'obiettivo è comprendere come questa tecnologia possa essere accettata, integrata e governata nei diversi livelli del sistema sanitario, esplorando le implicazioni professionali, organizzative e istituzionali. Attraverso un approccio qualitativo multilivello ispirato al framework NASSS, sono state condotte 21 interviste semi-strutturate con medici di medicina generale, una survey con 24 aziende sanitarie e un focus group con i referenti istituzionali di AGENAS, integrate dall'analisi del capitolato tecnico della piattaforma. I risultati evidenziano una convergenza trasversale sui benefici clinici attesi, con i medici che interpretano la tecnologia come opportunità per riappropriarsi del ruolo clinico, alleggerendo il carico burocratico. I manager privilegiano strategie di governance collaborativa, puntando sull'appropriatezza clinica e sulla gestione della cronicità piuttosto che sul contenimento dei costi. Emergono tuttavia criticità significative relative all'integrazione con i sistemi informativi esistenti, alla necessità di trasparenza nella costruzione della knowledge base e alle incertezze normative sulla privacy. Lo studio identifica tre leve strategiche per il management e i policymaker: la co-progettazione con i professionisti nella definizione della knowledge base, l'interoperabilità tecnologica come prerequisito essenziale, e un piano strutturato di change management multilivello che coinvolga tutti gli attori istituzionali. L'esperienza rappresenta il primo caso internazionale di implementazione su scala nazionale di un sistema di IA per le cure primarie, offrendo indicazioni preziose sulle strategie di governance necessarie per integrare l'innovazione tecnologica nei sistemi sanitari complessi, bilanciando appropriatezza clinica, sostenibilità economica e tutela dell'autonomia professionale.

Il capitolo 15 analizza le scelte strategiche e organizzative adottate da un insieme di quattro aziende sanitarie italiane nello sviluppo interno di soluzioni di intelligenza artificiale (AI), con l'obiettivo di comprendere il rationale della scelta, le modalità di sviluppo e le implicazioni del dilemma make or buy sui singoli prodotti. Per rispondere alla domanda di ricerca, lo studio adotta un approccio qualitativo attraverso casi di studio multipli. I casi includono quattro IRCCS (tre privati: Humanitas Research Hospital, Policlinico Gemelli, Ospedale San Raffaele, e uno pubblico: Policlinico Sant'Orsola-Malpighi) attraverso interviste semi-strutturate a key informant e analisi documentale di fonti secondarie. L'analisi mostra che le modalità di sviluppo dell'AI variano in base

a storia, natura istituzionale e cultura organizzativa. Si distinguono tre modelli: (i) strutture accentrate che gestiscono l'intero ciclo di innovazione, (ii) modelli ibridi con unità dedicate alla valorizzazione dell'innovazione, e (iii) configurazioni integrate con università e funzioni interne. La scelta tra make e buy non segue una logica binaria ma si configura come un continuum: l'acquisto è preferito per soluzioni certificate che agiscono su attività a elevata standardizzazione, mentre lo sviluppo interno è adottato per applicazioni ad alta complessità o specificità rispetto al contesto o in presenza di elevati vincoli di privacy. Fattori abilitanti comuni sono la disponibilità di risorse computazionali, competenze tecniche e manageriali, governance dei dati e approcci multidisciplinari e bottom-up. Tuttavia, persistono criticità legate alla difficoltà di attrarre talenti e alla frammentazione istituzionale, soprattutto per le aziende pubbliche. Per il management e i policymaker, il capitolo richiama l'importanza di una governance multilivello che coordini le scelte di adozione e che si occupi degli investimenti necessari a garantire la sostenibilità e scalabilità delle singole iniziative e delle politiche necessarie a dotare le aziende delle risorse umane e infrastrutturali necessarie a gestire l'innovazione.

Il capitolo 16 analizza il ruolo dei ricavi non istituzionali nelle aziende sanitarie italiane – pubbliche e private accreditate – come leva di autonomia gestionale, sostenibilità economica e innovazione organizzativa. In un sistema caratterizzato da vincoli di spesa, rigidità tariffarie e crescente pressione della domanda, la capacità di generare entrate proprie – da attività libero-professionali, prestazioni solventi, fondi integrativi, ricerca conto terzi o partnership corporate – rappresenta oggi un indicatore cruciale della maturità manageriale. Attraverso un disegno di multiple case study su sei aziende (ASST Brescia, AUSL Piacenza, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Fondazione Don Gnocchi, Policlinico San Donato e Centro Diagnostico Italiano), la ricerca indaga le modalità con cui i diversi assetti proprietari e regolatori condizionano la gestione delle entrate extra-SSN, la costruzione dei prezzi e il coinvolgimento dei professionisti clinici. Le evidenze mostrano tre configurazioni di autonomia economica: vincolata, tipica del pubblico amministrativo; negoziata, propria delle organizzazioni miste o non profit che reinvestono le risorse in finalità sociali; e imprenditoriale, distintiva dei gruppi privati accreditati orientati al mercato. Nel pubblico, i ricavi non istituzionali restano marginali (1–4%) e gestiti in chiave contabile, salvo eccezioni (ASST Brescia) che mostrano capacità di reinvestimento strategico. Nel privato accreditato e nel non profit, invece, le entrate proprie assumono un ruolo strutturale, integrate nella pianificazione economica e nella definizione del modello di servizio. La costruzione dei prezzi in solvenza riflette un equilibrio tra costi interni, tariffe SSN e benchmark di mercato: i costi rappresentano la soglia minima di sostenibilità, ma le decisioni di pricing rispondono a logiche di posizionamento competitivo e coerenza

reputazionale. I medici emergono come attori determinanti del modello di ricavo, sia nella definizione dei pacchetti e percorsi clinici, sia nella generazione del valore economico, con ruoli che variano dal protagonismo individuale nel pubblico alla piena integrazione nei sistemi manageriali del privato. Nel complesso, il lavoro evidenzia come la maturità dei revenue model non dipenda dalla natura giuridica dell'organizzazione, bensì dalla sua capacità cognitiva e istituzionale di governare il valore. Le aziende che riescono a trasformare i ricavi non istituzionali da fonte accessoria a leva strategica di sostenibilità e innovazione ridefiniscono il confine tra missione pubblica e logiche di mercato, inaugurando una nuova fase dell'“aziendalizzazione responsabile” del sistema sanitario italiano.

Il capitolo 17 offre una fotografia degli acquisti sanitari nel periodo 2016-2024, mettendo a fuoco dinamiche, performance e assetti di governance. Il metodo di indagine combina un'analisi quantitativa, sulla base della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici di ANAC, e qualitativa, attraverso la consultazione dei buyer pubblici e delle imprese aderenti all'Osservatorio MaSan e l'analisi desk della documentazione di gare. I risultati rilevano un mercato in crescita ma ciclico e sensibile ai cambiamenti in tema di digitalizzazione. I tempi di aggiudicazione si accorciano e convergono, grazie a interventi normativi di semplificazione e al fisiologico processo di apprendimento. Il numero medio di offerte per lotto cala moderatamente, ma i motivi restano da chiarire. La politica di centralizzazione ha raggiunto, invece, uno stadio di consolidamento: in media, il 70% degli acquisti viene centralizzato, soprattutto gli acquisti sopra-soglia delle categorie da DPCM (*in primis* i farmaci, seguiti da dispositivi medici e servizi alberghieri). Sul piano della governance, prevalgono assetti ibridi: le centrali di committenza forniscono servizi di procurement, lasciando inalterate le prerogative dei provveditorati aziendali. Considerato lo stadio di maturità raggiunto, le centrali più avanzate stanno introducendo innovazioni sul piano operativo e strategico con l'obiettivo di migliorare *come* e *cosa* si acquista. Tra queste spicca il *Value-Based Procurement* (VBP), un approccio che supera il criterio del prezzo e che punta alla creazione di valore lungo il ciclo di vita del device e per i diversi attori del sistema. Il “valore” va però declinato in base al contesto e richiede metriche specifiche, competenze adeguate, interoperabilità dei sistemi informativi e flessibilità di budget. Pertanto, il VBP deve essere gestito in modo graduale e secondo una logica evolutiva. A questo proposito, l'Osservatorio MaSan propone il VBPP (*Process*) come riferimento operativo: un modello adattivo che estende la logica del valore all'intero percorso di procurement – oltre i meccanismi di pagamento *result-based* – e che pone al centro il dialogo e la co-progettazione con gli stakeholder. Condizione imprescindibile resta però un cambiamento culturale nelle direzioni aziendali per riconoscere a pieno il ruolo strategico della funzione acquisti.

Il capitolo 18 analizza l'evoluzione e la strutturazione della funzione di *Operations Management* (OM) nelle aziende sanitarie italiane, con l'obiettivo di comprendere come essa si stia consolidando come componente organizzativa stabile, quali ruoli e assetti tenda oggi ad assumere e quali siano le prospettive per il suo sviluppo futuro. L'oggetto di studio riguarda il passaggio dell'OM da insieme di saperi e strumenti orientati all'efficienza produttiva a funzione aziendale dotata di competenze e responsabilità riconosciute nel governo dei processi di erogazione.

La ricerca adotta un approccio qualitativo, basato su quattro casi studio di aziende con funzioni di OM "mature" (Humanitas Research Hospital, ASST Niguarda, AOU Pisa e AOU Alessandria) e su interviste a esperti che hanno ricoperto ruoli apicali di OM in più di due contesti organizzativi. Attraverso lo sviluppo di un framework di analisi, dalla comparazione emergono cinque "idealtipi" organizzativi, che vanno dal *consulente tecnico al direttore di processo e alla centrale operativa*, corrispondenti a diverse interpretazioni del ruolo che l'OM può assumere in relazione alla storia, alla maturità e al contesto aziendale. Tali configurazioni si distribuiscono lungo due dimensioni principali: il bilanciamento tra gestione della routine e innovazione, e il grado di responsabilità diretta nella gestione degli asset. Il metodo di lavoro, le aree di risultato e gli oggetti di lavoro sono in ogni caso quelli classici dell'OM, a prescindere dal ruolo assunto.

L'analisi evidenzia che, pur in presenza di configurazioni eterogenee, la funzione di OM sta progressivamente superando la dimensione sperimentale per avvicinarsi a una configurazione stabile di governo operativo, seppur con tratti ancora fluidi e differenziati. Si tratta di una dinamica diversa e meno strutturata di quella a cui abbiamo assistito con la funzione di Controllo di Gestione negli anni Novanta e Duemila. Le implicazioni per il management e le policy sono significative: la piena istituzionalizzazione dell'OM richiede un equilibrio tra prossimità operativa e autonomia strategica, una forte integrazione con controllo di gestione e sistemi informativi, e percorsi professionali dedicati. Nel medio periodo, la sfida sarà estendere la funzione oltre l'ospedale, verso i contesti territoriali e digitali, di valorizzare il supporto dell'intelligenza artificiale nei processi clinici e amministrativi, di consolidare il ruolo di leva strategica per la sostenibilità e la qualità dei servizi sanitari.

1.8 Bibliografia

- Agenas (2024), *Programma Nazionale Esiti ed. 2024*, disponibile online: <https://pne.agenas.it/home>
- AIFA (2025), *Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2024*, disponibile onli-

- ne https://www.aifa.gov.it/documents/20142/3159201/AIFA_Rapporto_OsMed_2024.pdf
- Andr  C., Gal P., Schief M. (2024), Enhancing productivity and growth in an ageing society: Key mechanisms and policy options, *OECD Economics Department Working Papers No. 1807*, <https://dx.doi.org/10.1787/605b0787-en>
- Borgonovi E. (2021), *Management per la salute. Scienza, diritti, responsabilit  sociale, efficienza*, Franco Angeli, Milano.
- Dunn P., Ewbank L., Alderwick H. (2023), Nine major challenges facing health and care in England <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/briefings/nine-major-challenges-facing-health-and-care-in-england>
- INPS (2025), *Rapporto Annuale XXIV*, ISSN 2611-3619.
- ISTAT (2025), *Il Rapporto Annuale 2025. La situazione del Paese*, ISBN 978-88-458-2173-8; cap. 2.
- Lega F., Longo F., Rotolo A. (2013), Decoupling the use and meaning of strategic plans in public healthcare, *BMC Health Service Research*, Jan 4;13:5. doi: 10.1186/1472-6963-13-5.
- Ministero della Salute (2025), Database Posti letto per struttura ospedaliera 2023, disponibile online <https://www.dati.salute.gov.it/>
- Meyer J. W., Rowan B. (1977), Institutional organizations: Formal structure as a myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, pp. 340–363.
- Ministero della Salute – Ex DGSISS - Ufficio di statistica (2025), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2023*.
- Ministero della Salute (2024), *Rapporto Salute Mentale anno 2023*, disponibile o line: https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3502_allegato.pdf
- Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dip. RGS (2024), *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 11*, pp. 164-165.