

NUOVI STANDARD DI PERSONALE E TECNOLOGICI E POOLING DI RISORSE PUBBLICHE E PRIVATE PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE DEL SSN

Position Paper per Clariane Italia

a cura di Mario Del Vecchio, Giorgio Giacomelli,
Francesco Longo e Luigi Preti
CeRGAS SDA Bocconi

Indice

Capitolo 1. Premessa: il Servizio Sanitario Nazionale di fronte alla crisi di sostenibilità.....	4
1.1. Quadro demografico	5
1.2. Sostenibilità: aumento dei bisogni e riduzione delle risorse.....	10
1.3. I principali problemi emergenti.....	12
1.4. Il basso tasso di copertura dei bisogni	19
1.5. L'improbabile aumento delle risorse a causa del deserto demografico.....	20
1.6. Costruire una nuova sostenibilità del SSN	21
Capitolo 2. La necessità di una manutenzione dei quadri regolatori	23
2.1. Regolazione e sanità	23
2.2. Il ruolo della regolazione.....	25
2.3. Il contemperamento degli interessi, la dinamica e la complessità dei sistemi sanitari	26
2.4. Mettere mano alla regolazione: le ragioni di una urgenza	32
Capitolo 3. Standard di personale e flessibilizzazione della "funzione di produzione"	34
3.1. Premessa.....	34
3.2. Tipi di interventi sugli standard di personale	36
3.3. Possibili interventi sugli standard di personale per allentare le rigidità prive di valore aggiunto.....	45
Capitolo 4. Il pooling delle risorse e l'ibridazione dei consumi.....	54
4.1. Premessa.....	54
4.2. Meccanismi di finanziamento e ibridazione di fatto	56
4.3. Pooling delle risorse e ibridazione governata dei consumi.....	66
Capitolo 5. L'innovazione digitale come leva di sostenibilità.....	69
5.1. Premessa.....	69
5.2. L'ecosistema digitale del SSN.....	71
5.3. L'AI a supporto dei processi clinici, riabilitativi, assistenziali e amministrativi.....	75
5.4. Le piattaforme SSN e l'AI come leva di sostenibilità per il futuro del sistema	79
Considerazioni finali.....	82
Driver esogeni per l'incremento dell'efficienza del SSN	83
Driver regolatori degli input	84
Driver di efficienza strutturale ridefinendo le geografie.....	87
La protezione del consumatore in sanità	89
Il processo di cambiamento.....	89
La governance del cambiamento	90
Bibliografia.....	91
Nota metodologica.....	95

Capitolo 1.

Premessa: il Servizio Sanitario Nazionale di fronte alla crisi di sostenibilità

Il presente *position paper* affronta il tema della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) assumendo che le criticità oggi osservabili non siano riconducibili a una fase congiunturale, ma a trasformazioni strutturali del contesto demografico, economico, organizzativo e tecnologico.

L'invecchiamento della popolazione, la riduzione della base contributiva, la crescente incidenza delle cronicità, l'evoluzione delle aspettative dei cittadini e la rapidità dell'innovazione tecnologica modificano in profondità l'equilibrio tra bisogni, risorse e capacità produttiva del sistema.

In tale scenario, l'ipotesi che la sostenibilità possa essere ripristinata esclusivamente attraverso un incremento delle risorse pubbliche appare difficilmente praticabile nel medio periodo. Il SSN opera, inoltre, in un contesto strutturalmente plurale. Plurale sul piano istituzionale, per la compresenza di livelli di governo differenti e per la distribuzione delle responsabilità; sul piano professionale, per la molteplicità di attori e competenze che concorrono alla produzione dei servizi; plurale sul piano produttivo e finanziario, per l'interazione crescente tra risorse pubbliche e private lungo gli stessi percorsi di diagnosi, cura e assistenza. Tale pluralismo non rappresenta un'anomalia rispetto al modello di tutela pubblica della salute, ma una componente strutturale del suo funzionamento attuale. Ignorare tali elementi rischia di alimentare meccanismi di razionamento implicito, disuguaglianze di accesso e inefficienze organizzative.

Il documento parte da queste premesse per costruire un'analisi che renda espliciti i *trade-off* con cui il sistema deve confrontarsi. Dopo aver delineato le premesse fattuali (Capitolo 1), il documento pone l'enfasi sulla necessità di una manutenzione dei quadri regolatori per incidere sugli elementi di rigidità che impediscono al sistema e ai suoi attori di utilizzare nel modo più efficiente ed efficace possibile le risorse a disposizione (Capitolo 2). Le riflessioni sono articolate in livelli distinti ma interdipendenti: la regolazione degli standard

di personale e organizzativi (Capitolo 3), il *pooling* delle risorse e l'ibridazione governata dei consumi, (Capitolo 4) nonché le infrastrutture digitali (Capitolo 5) sono analizzati come dimensioni interconnesse di una stessa architettura di governo. L'obiettivo non è ridefinire i principi fondanti del SSN, ma interrogarsi sulle condizioni istituzionali, organizzative e tecniche necessarie per renderne coerente il funzionamento rispetto al mutato contesto attuale. Le Considerazioni finali ricompongono tali leve in una proposta integrata di cambiamento, orientata a rafforzare sostenibilità, equità e capacità di governo sistemico.

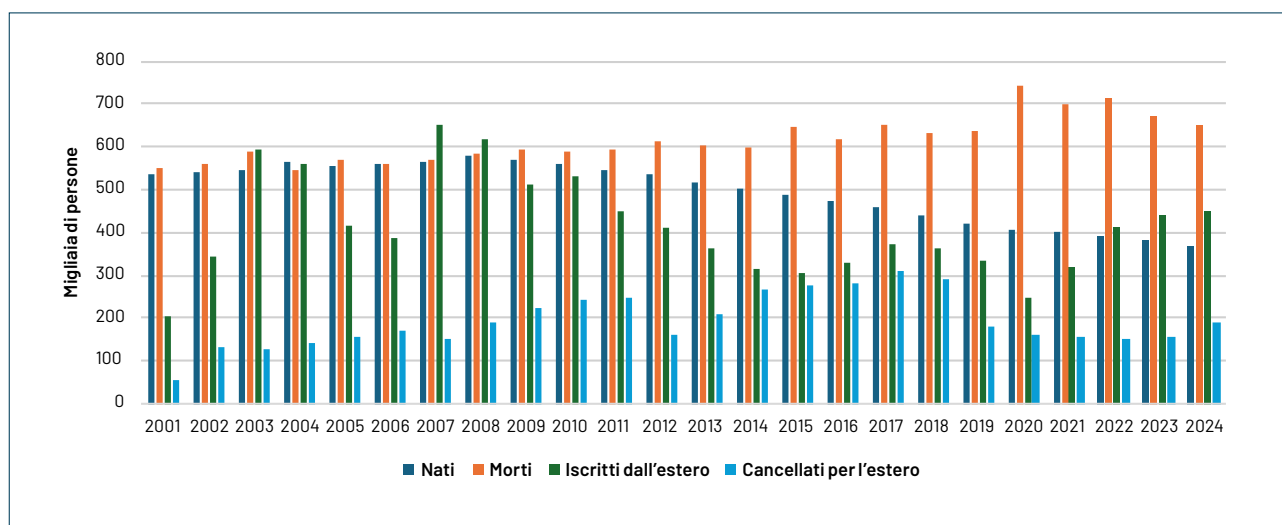
1.1. Quadro demografico

Il quadro demografico rappresenta il principale determinante strutturale delle tensioni che attraversano il SSN e, più in generale, l'intero sistema di welfare italiano e occidentale. L'Italia si colloca oggi tra i Paesi con il profilo demografico tra i più critici dell'area OCSE, caratterizzato da un persistente calo della natalità, da un rapido invecchiamento della popolazione e da un saldo naturale fortemente negativo. Tra il 2014 e il 2024 le nascite annue si sono ridotte di oltre un quarto, scendendo stabilmente, a partire dal 2022, sotto la soglia delle 400.000 unità (Figura 1.1).

Natalità, mortalità e saldo migratorio si combinano comunque con una speranza di vita che, al netto della riduzione osservata tra il 2020 e il 2021, ha pienamente recuperato i valori pre-Covid, superando gli 83,5 anni nel 2024, così come la speranza di vita a 65 anni che supera i 21 anni, valore al massimo storico (Figura 1.2). L'invecchiamento della popolazione non determina soltanto un aumento quantitativo della domanda (il numero di prestazioni), ma anche una trasformazione qualitativa. Con l'aumentare dell'età cresce la prevalenza delle patologie croniche e della multimorbilità, con il progressivo spostamento del baricentro assistenziale da interventi episodici verso percorsi continuativi, integrati e di lunga durata.

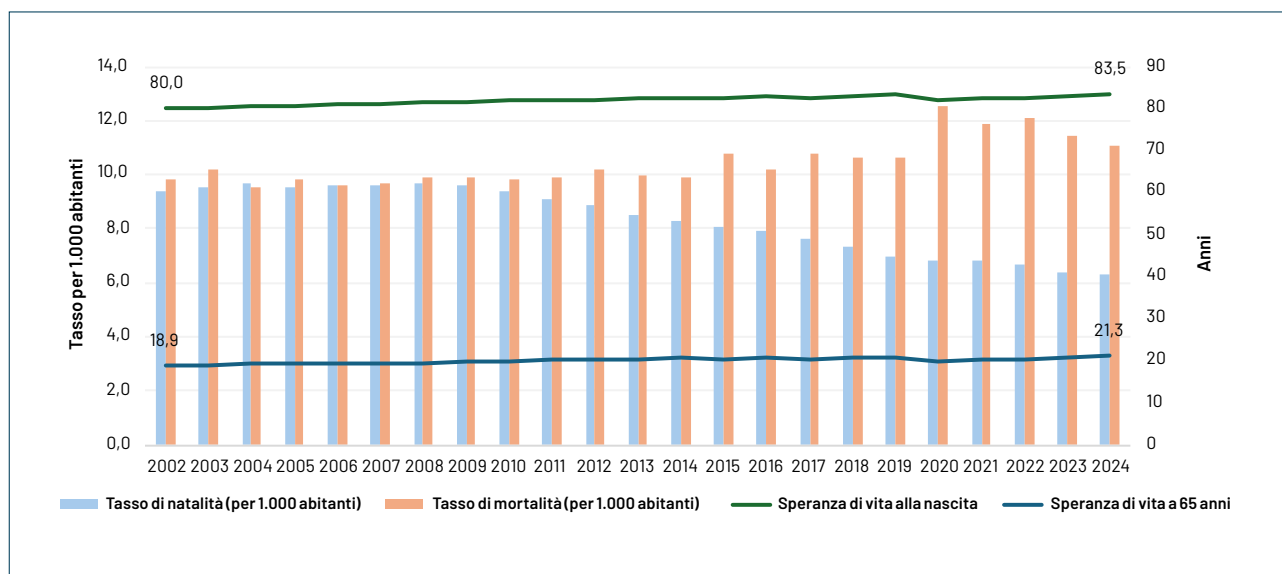
Tale transizione implica un maggiore fabbisogno di coordinamento tra professionisti e *setting*, nonché una crescente rilevanza dei servizi territoriali e socio-sanitari.

Figura 1.1. Andamento delle principali dimensioni demografiche, 2001-2024.



Fonte: elaborazione degli autori su dati ISTAT

Figura 1.2. Andamento dei principali indicatori demografici, 2002-2024.

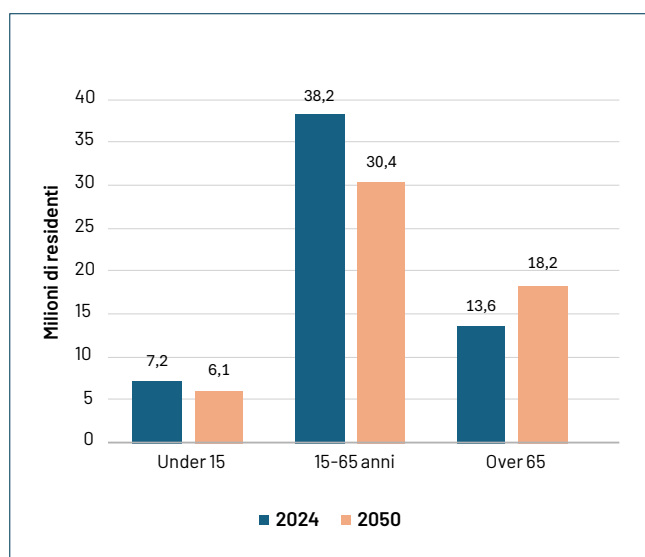


Fonte: elaborazione degli autori su dati ISTAT

Queste dinamiche non costituiscono una congiuntura temporanea, bensì una trasformazione strutturale destinata a incidere in modo permanente sulla domanda di servizi sanitari e sulla capacità del sistema di finanziarli e produrli. La quota di popolazione con età superiore ai 65 anni ha superato nel 2024 il 23% del totale, con una crescita particolarmente

marcata degli over 75 e degli over 80. L'aumento della longevità, se da un lato rappresenta un successo delle politiche sanitarie e sociali, dall'altro determina una profonda modifica non solo del profilo epidemiologico e del carico del sistema di welfare per pensioni, spesa sociale, socio-sanitaria e sanitaria, ma anche della capacità contributiva. Nel 2050, l'ISTAT prevede che la popolazione over 65 raggiungerà il 33% della popolazione residente, un numero pari a oltre 18 milioni di persone. Questa evoluzione modifica in modo significativo il rapporto tra popolazione in età attiva e popolazione anziana. In assenza di un aumento sostanziale del tasso di occupazione (oggi pari al 61% della popolazione compresa tra i 15 e i 64 anni), il numero di persone potenzialmente attive rischia di avvicinarsi progressivamente al numero di over 65, determinando una tensione strutturale tra base contributiva e platea dei beneficiari (Figura 1.3). A ciò si aggiunge una dimensione meno frequentemente esplicitata, ma altrettanto rilevante: la riduzione delle coorti più giovani incide non solo sul finanziamento, ma anche sulla disponibilità di forza lavoro, inclusa quella destinata alle professioni sanitarie e socio-sanitarie. In un contesto già caratterizzato da tensioni sul mercato del lavoro, la contrazione del bacino demografico potenziale rende più complesso mantenere livelli adeguati di capacità produttiva, soprattutto nei servizi ad alta intensità relazionale.

Figura 1.3. Previsioni demografiche ISTAT: consistenza fasce d'età tra 2024 e 2050, milioni di residenti



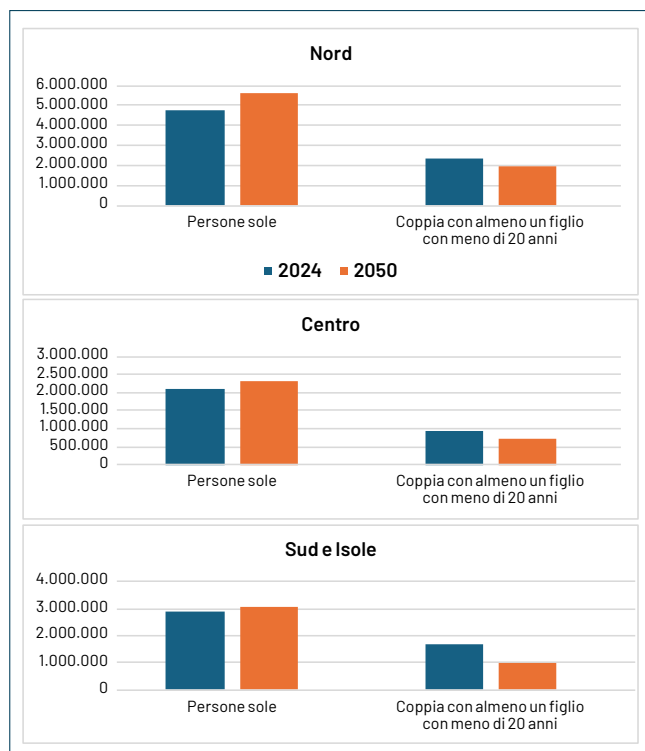
Fonte: elaborazione degli autori su dati ISTAT

Il bisogno di salute diventa progressivamente più complesso, continuo e integrato. Crescono le patologie croniche, la multimorbilità e le condizioni di fragilità e non autosufficienza, che richiedono risposte assistenziali di lungo periodo, caratterizzate da elevata intensità relazionale e da una forte integrazione tra ambito sanitario e sociale. In questo contesto, risulta ancora più problematica la crescita della quota di famiglie unipersonali, le quali in media nazionale hanno raggiunto nel 2024 il 36% del totale, con importanti differenze tra aree geografiche, e che nelle grandi città, avanguardie del resto del paese, superano già il 50% delle famiglie, come già avviene in altri paesi sviluppati (Figura 1.4). L'emergere delle famiglie unipersonali – le previsioni ISTAT indicano che la percentuale potrebbe superare il 41% nel 2050 – ha due rilevanti implicazioni per il SSN:

- a) i pazienti cronici che vivono soli tendono a essere meno aderenti alle terapie;
- b) storicamente l'assistenza agli anziani non autosufficienti poggia quasi esclusivamente sul lavoro di cura delle famiglie, che però stanno riducendo la loro consistenza a capacità di cura.

La progressiva riduzione del capitale relazionale disponibile all'interno delle famiglie produce effetti diretti sulla configurazione della domanda assistenziale. In assenza di reti informali solide, aumenta la probabilità che bisogni sanitari e socio-sanitari si traducano in una domanda di servizi formali, pubblici o privati, con un impatto crescente sui comparti della domiciliarità e della residenzialità. La trasformazione della struttura familiare non è quindi un fenomeno collaterale, ma un elemento che interagisce direttamente con la sostenibilità del sistema.

Figura 1.4. Previsioni demografiche sulle famiglie unipersonali e con figli, per ripartizione geografica, 2024 e 2050.



Fonte: elaborazione degli autori su dati ISTAT

Parallelamente, la riduzione delle coorti più giovani incide sul lato dell'offerta e sul finanziamento del sistema. La diminuzione della popolazione in età attiva restringe la base contributiva e fiscale, mentre aumenta il numero di beneficiari dei sistemi pensionistico, sanitario e assistenziale. Si determina così uno squilibrio strutturale tra contribuenti e destinatari delle politiche di *welfare*, che rappresenta una delle principali chiavi di lettura delle difficoltà di sostenibilità del SSN nel medio-lungo periodo. Tale squilibrio non riguarda esclusivamente la dinamica della spesa, ma investe l'intera architettura istituzionale e organizzativa del sistema, chiamata a operare in un contesto demografico radicalmente diverso da quello in cui è stata originariamente concepita.

1.2. Sostenibilità: aumento dei bisogni e riduzione delle risorse

La sostenibilità del SSN deve essere analizzata come il risultato dell'interazione tra dinamiche demografiche, andamenti macroeconomici e scelte di *policy*. In altri termini, la sostenibilità dipende dal modo in cui il sistema riesce a tenere insieme dinamiche che evolvono con velocità diverse: la crescita dei bisogni, l'andamento delle risorse disponibili e le scelte di allocazione che ne disciplinano l'utilizzo. Quando tali dinamiche divergono nel tempo, la tensione non si manifesta necessariamente in uno squilibrio immediato, ma può emergere lentamente, specialmente se *shock* esogeni ne alterano il contesto (es. il Covid-19). L'aumento strutturale dei bisogni di salute, determinato dall'invecchiamento della popolazione e dal progresso tecnologico, si confronta con una disponibilità di risorse pubbliche che cresce a ritmi insufficienti. Il progresso tecnologico, pur rappresentando un fattore di miglioramento della qualità e dell'efficacia delle cure, tende inoltre a generare una dinamica espansiva della domanda. Nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche ampliano il perimetro delle condizioni trattabili e innalzano le aspettative di cittadini e professionisti, producendo un incremento strutturale dei costi potenziali del sistema.

Nel periodo successivo all'introduzione del federalismo sanitario (2001), la spesa sanitaria pubblica italiana ha mostrato tassi di crescita reale mediamente inferiori a quelli dei principali Paesi europei. Nel lungo periodo, questo andamento ha determinato un progressivo divario in termini di risorse disponibili per abitante rispetto ai principali paesi EU, nonostante il mantenimento di buoni indicatori medi di salute. Tale divario non implica necessariamente un peggioramento degli esiti di salute, ma segnala una crescente distanza tra il livello di finanziamento italiano e quello di sistemi comparabili per struttura demografica ed economica. Nel medio periodo, questa distanza può tradursi in minori margini di investimento in innovazione, personale e infrastrutture, rendendo più complesso mantenere standard omogenei di copertura e qualità sul territorio nazionale. Il finanziamento pubblico copre oggi circa il 74% della spesa sanitaria complessiva, mentre la quota a carico diretto delle famiglie supera il 25% del totale (Tabella 1.1). Le due incidenze sono stabili nel tempo, perché così come non cresce la spesa pubblica, non cresce la spesa privata delle famiglie, che è stabile al 2,2% del PIL (Cavazza et al., 2025).

Tabella 1.1. Andamento della spesa sanitaria pubblica, private e totale, 2014-2024

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tutti i regimi di finanziamento (totale)											
Miliardi di euro	144,9	147,1	148,7	151,6	153,9	155,4	159,7	171	176,8	179,2	185,1
In % del PIL	8,90%	8,80%	8,70%	8,70%	8,70%	8,60%	9,60%	9,30%	8,90%	8,40%	8,40%
Spesa della pubblica amministrazione											
Miliardi di euro	108,6	108,9	109,9	111,2	112,9	113,8	121,1	127,5	130,3	130,9	137,5
In % della spesa sanitaria totale	74,90%	74,00%	73,90%	73,30%	73,40%	73,20%	75,80%	74,50%	73,70%	73,10%	74,30%
In % del PIL	6,60%	6,50%	6,40%	6,40%	6,30%	6,30%	7,30%	6,90%	6,50%	6,10%	6,30%
Spesa diretta delle famiglie e regimi volontari											
Miliardi di euro	36,3	38,2	38,7	40,4	41	41,6	38,6	43,6	46,5	48,2	47,7
In % della spesa sanitaria totale	25,10%	26,00%	26,10%	26,70%	26,60%	26,80%	24,20%	25,50%	26,30%	26,90%	25,70%
In % del PIL	2,20%	2,30%	2,30%	2,30%	2,30%	2,30%	2,30%	2,40%	2,30%	2,30%	2,20%

Fonte: Rapporto OASI 2025, Cap.6. Elaborazione su dati ISTAT

Questo assetto ha finora consentito di preservare un equilibrio finanziario formale, ma non garantisce una sostenibilità sociale e istituzionale nel lungo periodo. Il SSN riesce a contenere la spesa, ma fatica sempre più a garantire una copertura adeguata dei bisogni emergenti e a mantenere le promesse universalistiche su cui è stato fondato. Il rischio è quello di una sostenibilità prevalentemente finanziaria, ottenuta attraverso efficaci meccanismi di contenimento della spesa pubblica, che tuttavia si accompagnano a una progressiva tensione sul piano sociale e istituzionale. In tale scenario, l'equilibrio di bilancio può essere preservato nel breve periodo, ma al prezzo di una graduale erosione dell'universalismo sostanziale e di una crescente distanza tra diritti formalmente garantiti e diritti effettivamente esigibili.

1.3. I principali problemi emergenti

Le tensioni di fondo del sistema si manifestano in un insieme di criticità specifiche. Le principali possono essere sommariamente riassunte nei punti che seguono.

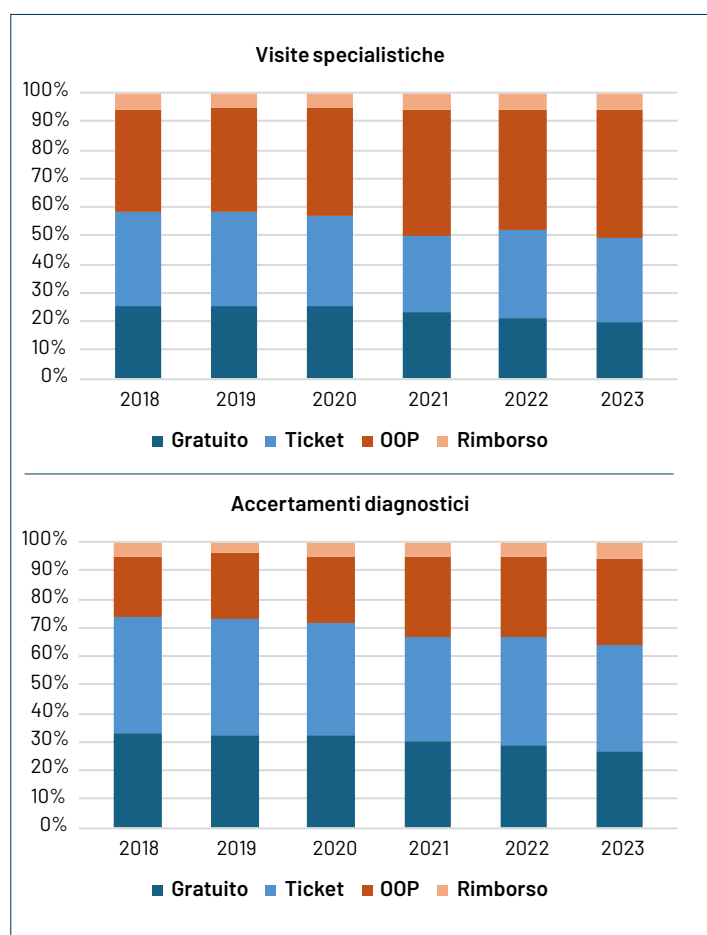
Razionamento implicito

In assenza di una chiara ed esplicita definizione delle priorità, il SSN ha progressivamente sviluppato forme di razionamento implicito. Tali meccanismi non dichiarati di selezione dell'accesso si manifestano in molti ambiti, determinando scelte implicite di allocazione delle risorse o di priorizzazione dei pazienti che non massimizzano il beneficio sociale collettivo. In assenza di criteri dichiarati di priorità, la selezione tende infatti a essere influenzata da fattori quali la capacità di attivarsi del paziente, la disponibilità di risorse economiche private o la maggiore prossimità a strutture con maggiore capacità di offerta. Il risultato è che l'accesso effettivo ai servizi può dipendere più dalle caratteristiche socioeconomiche dell'utente che dall'effettiva urgenza o appropriatezza clinica del bisogno. Solo il 49% delle visite ambulatoriali sono a carico del SSN, mentre il 51% sono a carico delle famiglie (così come il 35% della diagnostica ambulatoriale)(Figura 1.5).

Non è attivo alcun criterio esplicito per assegnare il 50% delle visite a qualche target ritenuto socialmente più meritevole perché cronico invece che occasionale, perché a uno stadio di patologia più alto o perché meno ricco. La psichiatria del SSN, così come anche la neuropsichiatria infantile, garantisce un tasso di copertura del bisogno modesto senza definizione del target prioritario. In tali ambiti, la combinazione tra domanda crescente e capacità produttiva limitata determina un accesso fortemente selettivo, nel quale la presa in carico tende a concentrarsi sui casi più gravi o intercettati precocemente, lasciando scoperte aree di bisogno intermedie che non rientrano in criteri formalizzati di priorità. Il razionamento implicito contribuisce alla crescita delle iniquità di accesso e di esito e quando il razionamento non è governato attraverso criteri trasparenti, esso tende a produrre effetti regressivi.

Le famiglie con minore disponibilità economica risultano più esposte al rischio di rinuncia alle cure o di ritardo nell'accesso, con possibili aggravamenti delle condizioni cliniche e, nel medio periodo, costi più elevati per il sistema stesso. Le evidenze disponibili mostrano come le disuguaglianze socioeconomiche e territoriali influenzino in modo significativo la probabilità di ricevere cure tempestive e appropriate. Oltre il 70% delle famiglie italiane sostiene spese sanitarie *out-of-pocket*; tra queste, le famiglie appartenenti ai quintili di reddito più bassi risultano maggiormente esposte al rischio di rinuncia alle cure o di impoverimento perché consumano una percentuale più alta del proprio reddito per spese sanitarie (Polistena, d'Angela e Spandonaro, 2025)

Figura 1.5. Modalità di pagamento di visite specialistiche e accertamenti diagnostici



Fonte: Rapporto OASI 2025, Cap.6

Ibridazione implicita

Il finanziamento in molti comparti sanitari (ambulatoriale, RSA, neuropsichiatria infantile, riabilitazione, ecc.) è di fatto ibrido (pubblico e privato coesistono con ampie aree di sovrapposizione) senza una esplicitazione di tale natura e quindi senza nessuna forma di governo e regolazione. L'ibridazione, in questi casi, non è il risultato di una scelta programmata di integrazione tra risorse pubbliche e private, ma l'esito di vincoli di capacità produttiva, di regole stratificate nel tempo e di comportamenti adattivi di utenti ed erogatori. Il sistema opera quindi in modalità mista, ma senza una cornice esplicita che ne definisca criteri, priorità e complementarità. Ad esempio, le RSA coprono solo circa l'8% del bisogno di non autosufficienza, ci si potrebbe aspettare quindi che un SSN privilegi un target di pazienti più deboli economicamente e socialmente (Tabella 1.2). In presenza di una copertura così limitata del bisogno, la definizione dei criteri di accesso e della composizione della partecipazione assume un rilievo centrale. Tuttavia, l'elevata quota alberghiera richiesta alle famiglie fa sì che l'accesso effettivo alle strutture residenziali sia condizionato in misura significativa dalla disponibilità economica, più che da criteri espliciti di priorità sociale o clinica. Servono ormai circa 24.000 euro all'anno di contributo alberghiero per usufruire di una RSA, il che di fatto privilegia gli strati sociali medio-alti (Fosti et al., 2025). In assenza di un disegno redistributivo chiaro, l'ibridazione si traduce quindi in una selezione implicita dell'utenza, nella quale il contributo privato non integra il finanziamento pubblico in modo complementare, ma diventa condizione di accesso a servizi che formalmente dovrebbero rientrare nella copertura pubblica. Un ulteriore esempio riguarda l'inserimento nella lista di attesa chirurgica inizia quando il dossier diagnostico è completo. Ciò dà un potenziale vantaggio a coloro i quali riescono a usufruire (pagare) di quel 35% di diagnostica ambulatoriale che è a pagamento. In tale configurazione, la sequenza del percorso assistenziale produce un "vantaggio competitivo" per chi riesce ad anticipare, attraverso il circuito privato, una fase preliminare necessaria all'accesso al trattamento pubblico. Anche in questo caso, la coesistenza di canali non è accompagnata da una esplicitazione delle regole di complementarità, con il risultato che la capacità di attivare risorse private può incidere sui tempi e sulle modalità di accesso al circuito istituzionale.

Tabella 1.2. Tassi di copertura del bisogno dei servizi semi-residenziali e domiciliari della rete socio-sanitaria per anziani over 65, 2023

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
4.027.488	Residenziale	304.270	8,0%
	Semiresidenziale	22.796	0,6%
	Domiciliare (ADI)	1.232.203	31,0%

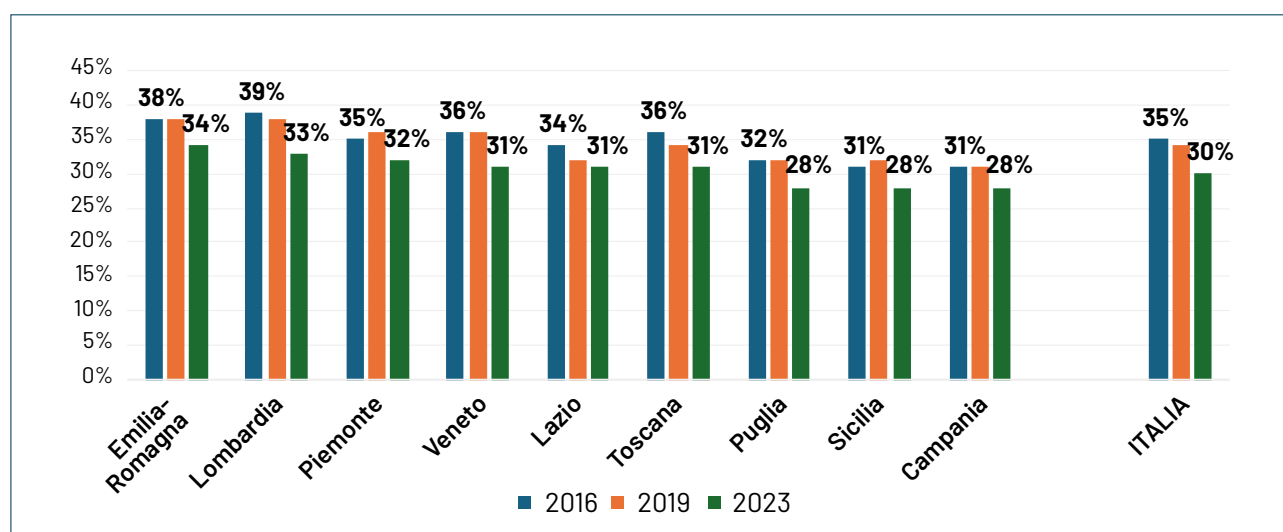
Fonte: Rapporto OASI 2025, Cap.5.

Variabilità della produzione e dei consumi

Un terzo problema è rappresentato da una forte variabilità ingiustificata (*unwarranted variability*) della produzione e dei consumi sanitari. Per variabilità ingiustificata si intende una differenza significativa nei volumi delle prestazioni erogate che non può essere spiegata esclusivamente da fattori epidemiologici, demografici o di diversa composizione del bisogno, ma che più verosimilmente riflette differenze organizzative, gestionali o di governo della domanda. A parità di finanziamento, il valore delle prestazioni erogate può ridursi di oltre un terzo nel confronto tra regioni ad alta e bassa *performance*. In altri termini, a parità di risorse finanziarie disponibili, alcune regioni riescono a trasformare la spesa in un volume di attività (qui limitatamente alle attività di ricovero e ambulatoriali) significativamente superiore rispetto ad altre. Ciò suggerisce che la capacità produttiva del sistema non dipende unicamente dal livello di finanziamento, ma anche dall'efficienza organizzativa. La Figura 1.6 rappresenta, per un gruppo ristretto di regioni, il rapporto percentuale tra valore tariffario delle attività di ricovero e della specialistica ambulatoriale riconducibile alle singole regioni, in relazione alla spesa sanitaria pubblica regionale. Questa variabilità non solo segnala deficit di produttività, carenze nel governo clinico e limitata capacità di orientare la domanda verso interventi appropriati, ma si accompagna, e in parte contribuisce, a una analoga variabilità nei consumi della popolazione. La relazione tra produzione e consumi

è bidirezionale. Da un lato, una minore capacità produttiva può tradursi in una riduzione dell'offerta effettivamente accessibile, con conseguente contenimento forzato dei consumi. Dall'altro, una maggiore disponibilità di servizi può generare fenomeni di domanda indotta o di utilizzo non sempre coerente con criteri di appropriatezza. In entrambi i casi, la debolezza dei meccanismi di governo clinico e di orientamento della domanda rischia di amplificare le differenze territoriali. Una variabilità di tale entità pone un problema non solo di equità territoriale, ma anche di sostenibilità complessiva. In un contesto di risorse limitate, differenze marcate nella capacità di trasformare la spesa in servizi effettivamente erogati riducono l'efficacia allocativa del sistema nel suo complesso e rendono più difficile individuare standard omogenei di riferimento.

Figura 1.6. Valore della produzione (ricoveri e specialistica) in relazione alla spesa sanitaria pubblica regionale, 2016, 2019 e 2023

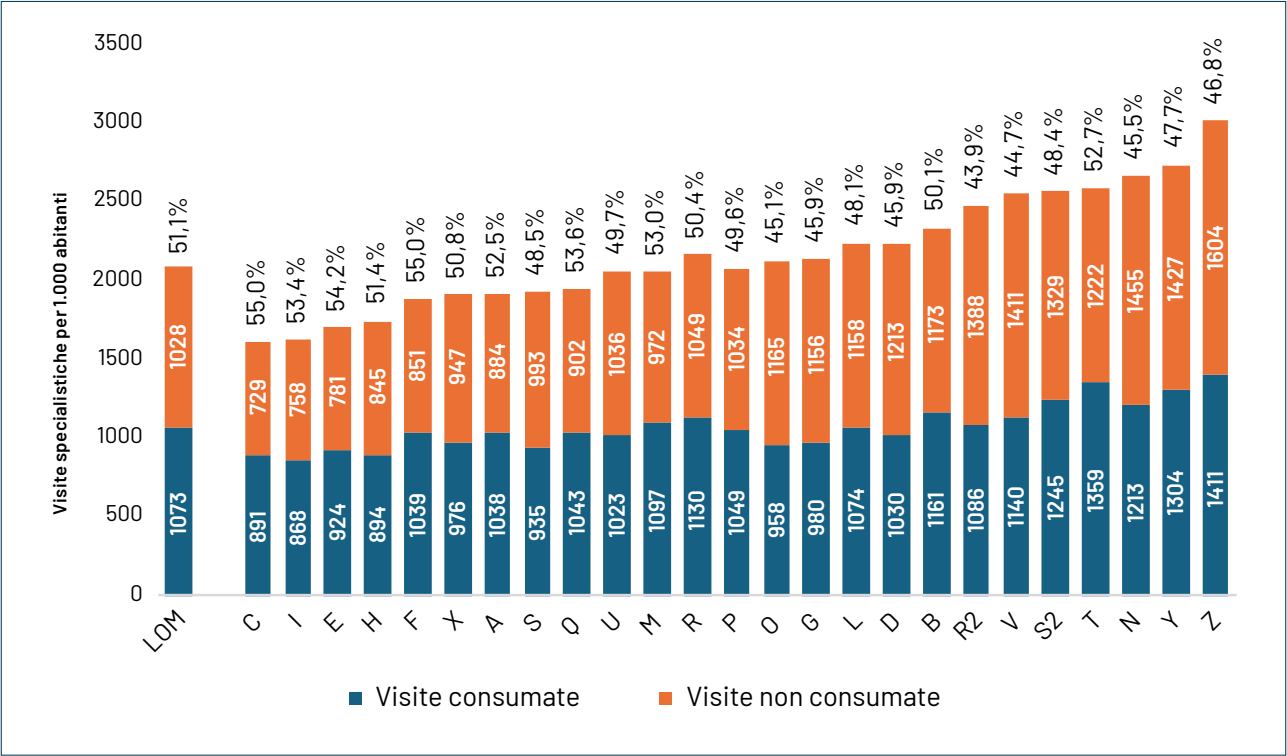


Fonte: estratto da Rapporto OASI 2025, Cap. 3. Elaborazione su Rapporto SDO 2025 (Ministero della Salute) e Monitoraggio della spesa sanitaria 2025 (Ragioneria Generale dello Stato)

Volumi prescritti e offerta SSN

Il crescente disallineamento tra volumi prescritti e capacità produttiva del SSN costituisce ormai un fenomeno strutturale del sistema. Tale disallineamento non può essere letto come un episodio contingente legato a picchi temporanei di domanda, ma come l'esito di una divergenza persistente tra il numero di prestazioni prescritte e la capacità effettiva del sistema di assorbirle nei tempi e nei modi previsti. In numerose branche specialistiche solo circa il 60% delle ricette si traduce in prestazioni effettivamente erogate. Ciò significa che una quota rilevante di domanda formalmente espressa attraverso il canale prescrittivo pubblico non trova un corrispondente soddisfacimento all'interno del circuito pubblico (accreditato compreso). Parte di tale domanda può essere intercettata dal canale privato, mentre una quota residua rischia di tradursi in rinuncia o in ritardo nell'accesso alle cure. La pressione sulle liste di attesa spinge inoltre i prescrittori a ripetere le prescrizioni, modificando i codici di priorità, generando così un circolo vizioso alimentato dalla ulteriore pressione sulle liste di attesa. In questo modo, il sistema tende a reagire alla pressione non attraverso una riallocazione strutturale delle risorse o una revisione dei criteri di appropriatezza, ma mediante aggiustamenti "amministrativi" che non risolvono il disallineamento di fondo. Il disallineamento tra prescrizione ed erogazione costituisce quindi un indicatore sintetico della tensione tra domanda e offerta nel SSN. In assenza di strumenti efficaci di governo clinico e di programmazione dei volumi, tale divario rischia di consolidarsi.

Figura 1.7. Visite specialistiche prescritte ed erogate (per 1.000 abitanti), per azienda di residenza in Lombardia.



Fonte: Rapporto OASI 2025, Cap 9. Elaborazione su dati ARIA S.p.a.

Aderenza alle terapie

In un contesto nel quale è prevalente la spesa per pazienti cronici (70% del totale) è da considerarsi molto critico il basso livello di aderenza alle terapie, che riduce l’efficacia degli interventi e genera costi evitabili. Sebbene su questo fenomeno il SSN disponga di dati in tempo reale per singolo paziente non aderente (ovvero colui che non ha ritirato i farmaci prescritti), non ha, finora, attivato alcun processo sistematico di supporto dell’aderenza. I dati del Rapporto OSMED AIFA (AIFA, 2025) mostrano come i livelli di aderenza in Italia siano modesti in diverse aree terapeutiche chiave: per i pazienti con diabete l’aderenza si colloca mediamente tra il 25% e il 35%, per i farmaci anticoagulanti tra il 50% e il 60%, mentre per i trattamenti della BPCO i livelli risultano particolarmente critici, attestandosi intorno al 20-30%. Tali valori indicano che una quota rilevante di pazienti cronici non assume i farmaci secondo quanto prescritto, con effetti diretti sugli esiti clinici e indiretti

sui costi del sistema. La non-aderenza si traduce infatti in un aumento di riacutizzazioni, ricoveri evitabili e progressione delle complicanze, determinando un utilizzo più intensivo e costoso delle risorse rispetto a quanto sarebbe necessario in presenza di una gestione terapeutica appropriata. In tale prospettiva, l'aderenza rappresenta non solo un indicatore clinico, ma anche una leva potenziale di efficienza del sistema.

1.4. Il basso tasso di copertura dei bisogni

Per tasso di copertura del bisogno si intende la quota di popolazione potenzialmente eleggibile a un determinato servizio che riesce effettivamente ad accedervi attraverso il circuito pubblico. Nonostante buoni indicatori medi di salute, il SSN presenta tassi di copertura insufficienti in ambiti cruciali quali la *long term care*, l'assistenza domiciliare, la salute mentale, l'assistenza ai bambini e agli adulti altrimenti dotati, visite e diagnostica ambulatoriale, il consumo di *medical device* a domicilio. L'assistenza residenziale copre circa l'8% degli anziani non autosufficienti, mentre l'assistenza domiciliare raggiunge poco più del 30%, con una media annua di circa 14 ore di assistenza per assistito. Tali livelli di copertura risultano particolarmente contenuti se rapportati all'intensità dei bisogni assistenziali delle persone non autosufficienti, per le quali la continuità e la durata dell'intervento rappresentano elementi essenziali di qualità. Una media annua così limitata di ore domiciliari segnala che l'intervento pubblico assume spesso una funzione appena integrativa e non sostitutiva rispetto al supporto familiare o informale. Anche nell'ambito dei prodotti, la spesa farmaceutica è coperta al 35% dalla spesa privata, che include l'acquisto di tutti i farmaci non rimborsabili, ovvero quelli non salva vita o utilizzati nell'ambito della cura delle patologie croniche.

Bassi tassi di copertura del bisogno, senza chiare prioritizzazioni, comportano una crescente disuguaglianza nella qualità e nella continuità dell'assistenza che colpisce in modo particolare le famiglie più fragili, meno capaci di ricomporre i servizi, di arbitrare tra spesa

pubblica e privata, così come impatta maggiormente i territori con minore capacità organizzativa, i quali, peraltro, mostrano livelli significativamente più bassi di spesa privata. In assenza di prioritizzazioni esplicite e di criteri uniformi di accesso, la ridotta copertura del bisogno tende a tradursi in un ampliamento delle differenze territoriali e socioeconomiche. Le famiglie con maggiori risorse economiche o relazionali riescono a integrare l'offerta pubblica attraverso il mercato privato o reti informali, mentre quelle più fragili restano maggiormente esposte a soluzioni discontinue o inadeguate.

Nell'ambito della LTC questo ha determinato la presenza di 1,1 milioni di badanti (a fronte di 650.000 dipendenti del SSN), lavoratori informali della cura, con bassa competenza professionale, ma soprattutto portatori di un modello di servizio inefficace (la badante riduce invece che promuovere le funzionalità residue dell'anziano) e inefficiente (il rapporto un operatore per un assistito non esiste neppure in terapia intensiva), che aumenta l'isolamento sociale dell'anziano. Si tratta di una soluzione che, pur essendosi consolidata nel tempo, si è sviluppata in assenza di un disegno programmatico unitario e di una valutazione sistematica del rapporto tra costi, qualità dell'assistenza ed esiti. La prevalenza di un modello basato su un rapporto individuale uno-a-uno, spesso non integrato con i servizi pubblici, solleva interrogativi sia sul piano dell'efficacia clinica sia su quello dell'efficienza.

1.5. L'improbabile aumento delle risorse a causa del deserto demografico

Le prospettive di un aumento significativo e strutturale delle risorse destinate al SSN appaiono limitate dal cosiddetto deserto demografico italiano. Le proiezioni indicano che entro il 2050 la forza lavoro potenziale potrebbe ridursi di circa il 30%, con un impatto stimato di riduzione sul PIL pro capite vicino al 15% (Banca d'Italia, 2025). A tale vincolo si aggiunge la crescente competizione tra capitoli di spesa all'interno del bilancio pubblico, in particolare tra sanità, previdenza e assistenza, che tendono tutte ad aumentare in presenza dell'invecchiamento della popolazione, ma anche di altre voci che sono maggiormente influenzate dalle contingenze nazionali e internazionali, come la spesa per difesa. In assenza

di un'espansione significativa del PIL, l'aumento di un capitolo implica inevitabilmente una riallocazione o una compressione di altri. Anche ipotizzando un improbabile aumento reale del finanziamento sanitario del 10-15% (pari a circa 15-20 miliardi di euro), per dimensione uno sforzo straordinario nel contesto attuale della finanza pubblica italiana, l'effetto sarebbe prevalentemente compensativo rispetto alla crescita dei bisogni e non risolutivo delle criticità strutturali già evidenziate. Il tema centrale non è dunque esclusivamente quanto spendere, ma come spendere e con quali priorità allocative, in un contesto nel quale le risorse aggiuntive, ove disponibili, non potranno realisticamente essere tali da modificare in modo strutturale l'equilibrio complessivo del sistema. La questione della sostenibilità si sposta quindi dalla dimensione quantitativa delle risorse a quella qualitativa delle scelte.

1.6. Costruire una nuova sostenibilità del SSN

La sostenibilità futura del SSN richiede un cambiamento di paradigma. Le dinamiche demografiche, macroeconomiche e organizzative descritte nei paragrafi precedenti mostrano infatti che gli strumenti tradizionali di contenimento della spesa e di efficientamento interno, pur necessari, non risultano più sufficienti a garantire un equilibrio duraturo tra bisogni e risorse.

In primo luogo, è necessaria una chiara e condivisa identificazione delle priorità, che renda espliciti i *trade-off* allocativi e consenta di massimizzare il beneficio collettivo, superando l'illusione di una copertura indistinta e illimitata. Rendere espliciti i *trade-off* allocativi significa riconoscere che non tutti i bisogni possono essere soddisfatti con la stessa intensità e che la definizione del perimetro effettivo delle prestazioni garantite deve essere coerente con le risorse disponibili e con obiettivi di equità. L'assenza di priorità dichiarate tende infatti a tradursi in meccanismi di selezione impliciti.

In secondo luogo, occorre una revisione della regolazione degli standard assistenziali, del personale e del rapporto tra tecnologie e operatori. L'innovazione tecnologica deve essere

accompagnata da una riorganizzazione dei modelli di lavoro e dei percorsi assistenziali, evitando sia rigidità organizzative sia derive puramente tecnologiche. La revisione degli standard non riguarda soltanto il numero delle risorse impiegate, ma la loro combinazione e il modo in cui vengono integrate nei processi di cura. In un contesto di tensione sul mercato del lavoro sanitario, la coerenza tra competenze disponibili, tecnologie adottate e modelli organizzativi rappresenta una condizione imprescindibile di sostenibilità.

In terzo luogo, va riconosciuta, valorizzata e regolamentata la natura ibrida del finanziamento del sistema, soprattutto in ambiti come l'attività ambulatoriale, la riabilitazione, la LTC, la spesa per MD e farmaci. L'ibridazione non deve essere subita come esito residuale di vincoli di capacità produttiva, ma governata attraverso una chiara definizione dei ruoli e delle complementarità tra risorse pubbliche e private. In assenza di tale regolazione, la coesistenza di canali diversi rischia di amplificare le disuguaglianze e di frammentare ulteriormente i percorsi assistenziali.

Infine, una nuova sostenibilità richiede un rafforzamento del governo della domanda e una progressiva omogeneizzazione dei consumi sanitari. Attraverso strumenti di supporto alle decisioni cliniche, modelli di presa in carico e politiche di orientamento dei cittadini, è possibile ridurre la variabilità ingiustificata e riallocare risorse verso interventi ad alto valore clinico e sociale, rafforzando al contempo equità ed efficienza.

Il presente *position paper* propone una diagnosi delle criticità strutturali del sistema e un insieme coerente di suggestioni di *policy* che, agendo su diversi livelli – regolatorio, organizzativo e finanziario – mirano a orientare realistiche traiettorie di sostenibilità per il SSN nel medio-lungo periodo.

Capitolo 2.

La necessità di una manutenzione dei quadri regolatori

2.1. Regolazione e sanità

Quello sanitario è probabilmente il settore maggiormente soggetto alla regolazione ovvero a un insieme di norme e prescrizioni che, con gradi differenziati di cogenza, tende a modificare i comportamenti spontanei dei diversi soggetti che a vario titolo in esso operano (Selznick, 1985). La regolazione nasce sempre dall'idea che scelte convenienze individuali non riescano a produrre risultati desiderabili a livello collettivo. In questa prospettiva, le ragioni dichiarate che sorreggono la definizione di regole richiamano sempre il benessere della collettività e degli individui che la compongono. È facile comprendere perché la sanità risulti un terreno privilegiato per la regolazione. Esiste, infatti, un'ampia convergenza sul fatto che i servizi sanitari – includendo nella definizione tutto ciò che interviene a tutela del bene salute – debbano essere considerati una “merce speciale” e, in vari modi, sottratti al pieno dominio dei meccanismi di mercato. Anche i più accesi tra i liberisti riconoscono come alcune caratteristiche intrinseche delle transazioni che hanno per finalità la salute (per esempio le asimmetrie informative ovvero la difficoltà per il destinatario di valutare importanza di ciò che domanda e la qualità di ciò che riceve) e l'importanza che la salute stessa assume per individui e collettività (la cosiddetta meritorietà del bene salute) impongano interventi dell'operatore pubblico molto più invasivi di quanto non avvenga per la media dei restanti beni e servizi oggetto di normali transazioni economiche (Musgrove, 1996).

Una volta riconosciuto che i servizi volti alla tutela della salute non possono essere considerati come un normale prodotto da affidare al mercato, si apre immediatamente la questione di come l'operatore pubblico possa intervenire. Una classificazione comunemente accettata riconduce le modalità di intervento alle seguenti categorie:

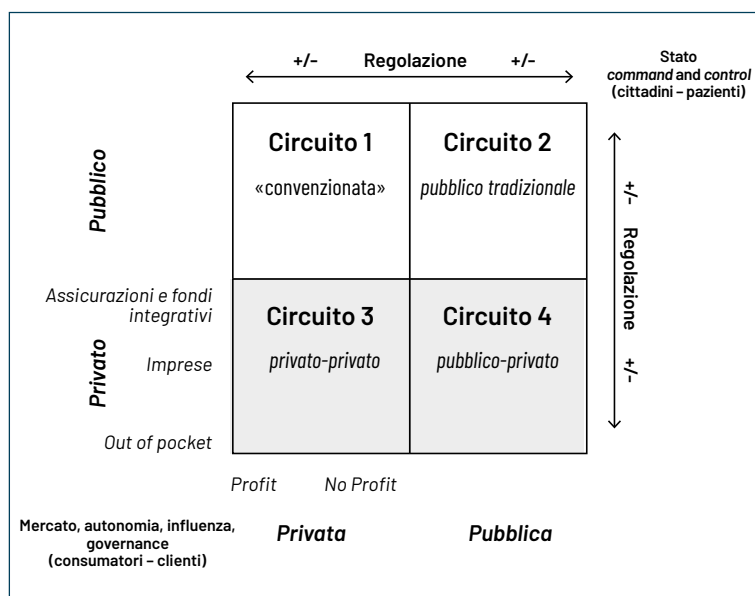
- regolazione, che intesa in senso complessivo include tutti gli strumenti utili a orientare il comportamento degli attori e che è possibile, a sua volta, articolare in:
 - regolazione in senso ampio, in relazione a interventi volti, da una parte, a defini-

re l'assetto di fondo del sistema e i suoi principali meccanismi di funzionamento e, dall'altra, a orientarne i comportamenti e realizzare obiettivi politici primari (*policies*);

- regolazione in senso stretto, di natura tecnico operativa: si tratta di interventi di natura settoriale e specifica arrivando a prescrivere determinati comportamenti ai diversi attori del settore attraverso la definizione di norme come quelle relative alla disciplina delle professioni o agli standard minimi per abilitare all'esercizio le strutture sanitarie;
- finanziamento del consumo di servizi sanitari che può avvenire, direttamente nei confronti degli erogatori o indirettamente, sostenendo le capacità di acquisto dei consumatori (sussidi e sgravi);
- produzione ed erogazione dei servizi da mettere a disposizione delle collettività e degli individui.

Nei tre ambiti appena menzionati trovano, quindi, espressione le scelte collettive, le quali, poi, interagiscono in vario modo con i comportamenti guidati dalle convenienze particolari di tutti i soggetti coinvolti, dando vita ai concreti sistemi sanitari. La successiva Figura 2.1 cerca di rappresentare, seppur in modo molto sfocato, la coesistenza di scelte collettive (lo stato) e individuali (il mercato) nel funzionamento della sanità.

Figura 2.1. Rappresentazione dei circuiti in un sistema sanitario



2.2. Il ruolo della regolazione

Il quadro regolatorio rappresenta una fondamentale condizione di contesto in termini di funzionamento sia del sistema nel suo complesso che delle aziende che all'interno dello stesso si trovano a operare.

A livello di sistema è importante sottolineare la natura strutturalmente ambigua della regolazione (il doppio segno accanto a "regolazione" nella fig.1). In una prospettiva, la regolazione potrebbe essere considerata, insieme al finanziamento e alla produzione, parte di un *mix* di strumenti volti a realizzare una effettiva prevalenza, nel complessivo sistema sanitario, delle scelte collettive. A parità di altre condizioni, ogni aumento dei gradi di regolazione dovrebbe quindi essere interpretato come una estensione del perimetro pubblico. In una diversa prospettiva la regolazione potrebbe rappresentare un insieme di condizioni da assicurare affinché il sistema delle convenienze particolari (mercato) possa estendere il suo ruolo nella risposta ai bisogni di salute, attenuando il rischio di comportamenti opportunistici. In questo caso una estensione della regolazione si potrebbe accompagnare a una diminuzione dell'ambito governato da scelte collettive.

Per le aziende pubbliche e private che erogano i servizi la regolazione rappresenta un insieme di condizioni esogene che, a livelli ed estensione diversi e con diversi gradi di cogenza, influenzano scelte, modalità operative e, in ultima analisi, sostenibilità economica. È importante sottolineare come le regole possano limitare l'autonomia delle aziende e la loro efficienza a seconda non solo dei gradi di cogenza, ma soprattutto dei livelli ed estensione ai quali la regolazione viene applicata. Infatti, è noto come la regolazione possa applicarsi: a) agli *outcome* definendo i risultati finali da raggiungere; b) agli *output*, imponendo determinate caratteristiche ai servizi da fornire; c) ai processi, descrivendo come i servizi debbano essere prodotti e, infine, d) agli *input*, prescrivendo qualità e quantità dei fattori produttivi da impiegarsi nei processi. Analogamente, le prescrizioni possono applicarsi a singole componenti del servizio, all'intero servizio o al complesso delle attività erogate.

Se le aziende, pubbliche o private che siano, sono lo strumento prescelto per realizzare alcuni obiettivi della collettività, il quadro regolatorio dovrebbe sempre esprimere un ra-

gionevole bilanciamento tra due esigenze contrapposte. Da una parte vi è la ragione stessa per cui si interviene: la necessità di realizzare un vantaggio per la collettività, vantaggio che le dinamiche spontanee non avrebbero assicurato. Dall'altra vi sono i costi diretti (maggiori oneri) e indiretti (perdita di efficienza) che l'imposizione di condizioni particolari impongono alle aziende. Seppure contrapposte le due esigenze dovrebbero spingere, laddove possibile, verso livelli ed estensioni il più vicino possibile ai risultati finali che si vogliono ottenere, assicurando, al tempo stesso, il maggior grado di autonomia ai diversi soggetti al fine di preservare spazi adeguati per una fisiologica ricerca di efficienza.

Non sempre tutto ciò avviene e spesso la regolazione non realizza i benefici che ne avrebbero dovuto giustificare l'esistenza (efficacia) oppure i costi concretamente sopportati da parti, anche consistenti, della collettività (individui e aziende) finiscono poi per superare, anche significativamente, i benefici realmente ottenuti (efficienza).

2.3. Il contemperamento degli interessi, la dinamica e la complessità dei sistemi sanitari

In termini drammaticamente semplificati, alcune regole o insiemi di regole possono non contribuire al benessere collettivo (essere inefficienti o inefficaci) perché (Laffont e Tirole, 1991):

- a) fin dall'inizio l'interesse collettivo coesisteva e veniva sorretto da corposi interessi particolari in grado di influenzare l'esito complessivo;
- b) rispetto al quadro di partenza le condizioni di funzionamento dei sistemi si sono nel tempo modificate;
- c) le regole stesse sono state disegnate male.

Il primo punto è quello di maggior interesse e, probabilmente, di maggior rilevanza. È noto, infatti, come in sistemi economici e sociali complessi l'interesse collettivo raramente nasca come semplice composizione di convenienze particolari e come queste, essendo più concentrate, riescano spesso ad avere ragione rispetto a interessi collettivi inevitabilmente diluiti nella società. Per le sue caratteristiche la regolazione è un terreno privilegiato di espressione degli interessi e ciò favorisce la "cattura del regolatore", il quale viene fatto prigioniero dagli interessi e dai soggetti che dovrebbero essere regolati. Nel caso della sanità tali fenomeni assumono tratti peculiari e di particolare intensità. Non è solo il rapporto, già citato all'inizio, che lega sanità e regolazione, ma anche e soprattutto il ruolo giocato dalla "questione professionale" (Freidson, 2001).

Professioni e discipline, nelle loro rappresentanze istituzionali, giocano un duplice ruolo: da una parte, assumono nel dibattito pubblico e nei processi decisionali la responsabilità della tutela dei bisogni cui le loro comunità danno risposta (*advocacy*), dall'altra, in posizione di potenziale conflitto di interessi, esprimono punti di vista e convenienze della stessa comunità professionale. L'esito più frequente di tale sovrapposizione è che la tutela del bisogno, ovvero l'interesse collettivo, tende a esprimersi sul terreno regolatorio nella definizione di standard su *input* e processi (contrapposti ad *output* e *outcome*), in una visione in cui la migliore tutela del bisogno si realizza prevalentemente attraverso una maggiore intensità di impiego delle specifiche risorse professionali nei processi di risposta ai bisogni. Se tutto ciò poi si iscrive in contesto di competizione tra professioni e discipline per il monopolio su problemi e bisogni, non è difficile comprendere quali possano essere i problemi potenzialmente posti alla efficacia ed efficienza dei quadri regolativi.

Box 2.1. La difficile semplificazione del panorama professionale in Italia

In termini di regolazione, le professioni sanitarie ufficialmente riconosciute come tali nel nostro paese sono 30 (si veda una rappresentazione nella tabella seguente). A queste vanno poi aggiunti quattro profili di operatore di interesse sanitario (Massofisioterapista, Operatore Socio-Sanitario, Assistente di Studio Odontoiatrico, Assistente Infermiere) e quattro profili di arti ausiliarie delle professioni sanitarie (Massaggiatore capo bagnino stabilimenti idroterapici, Ottico, Odontotecnico, Puericultrice). Se alle 30 professioni corrispondono almeno altrettanti percorsi di Laurea, non bisogna dimenticare come la professione medica presenti a sua volta più di cinquanta specialità spesso titolari di quasi monopoli professionali.

Professioni sanitarie	Professioni sanitarie infermieristiche	Professioni tecnico sanitarie	
- Farmacista - Medico chirurgo - Odontoiatra - Veterinario - Biologo - Fisico - Chimico - Psicologo	- Infermiere - Infermiere pediatrico	- Tecnico sanitario di radiologia medica - Tecnico audiometrista - Tecnico sanitario di laboratorio biomedico - Tecnico di neurofisiopatologia - Tecnico ortopedico	- Tecnico audioprotesista - Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare - Igienista dentale - Dentista
Professione sanitaria ostetrica			
Ostetrica/o			
Professioni sanitarie della prevenzione		Professioni sanitarie della riabilitazione	
- Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro - Assistente sanitario - Osteopata		- Podologo - Fisioterapista - Logopedista - Ortottista - assistente di oftalmologia	- Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva - Tecnico della riabilitazione pediatrica - Terapista occupazionale - Educatore professionale

Ciclicamente, e in diversi contesti istituzionali (ISS, Ministero della Salute), sono state avviate iniziative tese a realizzare una semplificazione del quadro. Finora tali iniziative non sembrerebbero avere riscosso grande successo a parte la ricomposizione unitaria del profilo infermieristico (l'infermieristica pediatrica diventa una laurea magistrale clinica) e una possibile unificazione tra il profilo del Tecnico Audiometrista e quello del Tecnico Audioprotesista.

Anche quando l'impianto regolatorio fosse in origine equilibrato nel contemperare gli interessi in gioco e ben congegnato nei suoi aspetti tecnico-operativi, il contesto di riferimento cambia inevitabilmente nel tempo.

Ciò richiederebbe una sistematica e periodica revisione degli assetti regolativi sia in termini di ordinaria manutenzione, sugli aspetti essenzialmente tecnici, che di verifica del permanere delle ragioni di fondo che avevano suggerito l'intervento. In realtà tale revisione raramente avviene e accade, soprattutto nel nostro paese, che le regolazioni si stratifichino, creando un quadro regolativo ipertrofico nel suo complesso e spesso inutile, quando non contraddittorio.

Si tratta di quelli che nel sentire comune vengono classificati come "lacci e laccioli" i quali finiscono per ostacolare l'azione e sprecano le energie di individui e organizzazioni senza trovare compensazione in alcun beneficio collettivo.

Le ragioni che spiegano la difficoltà a mantenere un insieme di regole dinamicamente snello sono molteplici e complesse, e non possono essere qui nemmeno accennate. Vale la pena, però, di segnalare come accanto a una inerzia sistemica, alla difficoltà cioè del sistema nel suo complesso di creare e sfruttare le occasioni di cambiamento, vada anche considerata una inerzia cognitiva che può spingere alcuni attori a difendere uno *status quo* anche quando esso non corrisponda più agli interessi dell'attore stesso (Rebora e Meneguzzo, 1992).

L'inerzia cognitiva caratterizza spesso le rappresentanze professionali in sanità anche perché nel caso in cui le *leadership* abbiano maturato nuove visioni, più coerenti con l'evoluzione del contesto, rimane comunque il problema di come trasferire la nuova visione e le nuove convenienze a larghe ed eterogenee comunità il cui consenso resta fondamentale per definire strategie e posizionamenti nuovi rispetto ai problemi.

Box 2.2. L'introduzione della figura dell'assistente infermiere

L'introduzione dell'assistente infermiere nasce da una combinazione di pressioni strutturali (carenza di infermieri, invecchiamento della popolazione, crescita della domanda di assistenza continuativa) e da un confronto con esperienze internazionali consolidate.

Nei sistemi anglosassoni figure come i *nurse assistant* o *healthcare assistant* operano da anni come supporto qualificato all'assistenza infermieristica, consentendo una riallocazione più efficiente delle competenze all'interno dell'equipe. In Italia, il DPCM del 28 febbraio 2025 formalizza l'assistente infermiere come una figura intermedia tra OSS e infermiere, chiamata a svolgere attività assistenziali standardizzate e a bassa discrezionalità, sotto supervisione infermieristica.

La scelta risponde all'esigenza di adattare l'assetto regolativo a un contesto mutato, ma si inserisce in un quadro di professioni e ruoli già molto stratificato. Il dibattito che ha accompagnato la riforma riflette bene le dinamiche di cui si è accennato in premessa. Anche quando l'innovazione può potenzialmente allinearsi agli interessi di lungo periodo del sistema e degli attori coinvolti, il superamento dello *status quo* incontra inevitabilmente delle resistenze.

Al di là degli interessi e delle inerzie, le regole possono non realizzare l'interesse collettivo semplicemente perché sono mal concepite. Il sistema sanitario è particolarmente complesso sia per le interconnessioni tra i diversi livelli e le diverse tipologie di aziende, sia per la natura dei processi che si svolgono all'interno delle aziende. Per esempio, le ricadute operative, sul concreto funzionamento delle aziende impegnate a garantire servizi individualizzati di natura professionale, di regole che a livello di sistema appaiono giustificate

non sempre sono prevedibili e talvolta risultano addirittura controintuitive. Ancora, una eccessiva variabilità regolatoria, frutto di un decentramento istituzionale non sufficientemente ed efficacemente inserito in un quadro unitario, può comportare costi eccessivi rispetto ai vantaggi ricercati per sistemi produttivi che tendono ormai ad articolarsi su scala, se non nazionale, almeno sovra regionale.

Box 2.3. La variabilità nelle normative regionali in tema di autorizzazione e accreditamento dei laboratori di analisi

Le normative per l'apertura e il funzionamento dei laboratori di analisi cliniche (pubblici o privati) sono regolate a livello nazionale), ma le regioni definiscono requisiti specifici tramite DGR e piani programmatori. La regolazione dovrebbe operare in tre ambiti diversi: autorizzazione (possibilità di esercizio dell'attività), accreditamento (possibilità di operare per conto del SSN) e contrattualizzazione (affidamento di un budget da parte del SSR). Ogni regione italiana ha il potere di emanare normative specifiche per l'autorizzazione e l'accredimento dei laboratori. Queste normative (anche quelle relative all'autorizzazione) possono variare significativamente da una Regione all'altra, rimandando spesso a esigenze territoriali e programmazione sanitaria regionale. Ad esempio, alcune Regioni richiedono che i laboratori non solo rispettino requisiti aggiuntivi in termini di dotazione tecnologica o adottino protocolli specifici per garantire la qualità delle prestazioni, ma intervengono anche sulla loro distribuzione geografica. Rispetto a un settore che negli ultimi quindici anni ha sperimentato intense dinamiche industriali e tecnologiche (espansione delle catene e crescenti difficoltà per i piccoli laboratori), la regolazione regionale ha, nella migliore delle ipotesi, mostrato una palese difficoltà di adeguamento e, nella peggiore, usato i poteri di intervento per proteggere i mercati locali. Indicativo da questo punto di vista è la resistenza messa in campo da alcune regioni, rispetto alla crescente e inevitabile (innovazioni nella logistica e nella tecnologia) separazione tra prelievo ed esecuzione delle analisi.

Norme mal consegnate possono, infine, amplificare la stessa costosa variabilità nel momento della applicazione attraverso una eccessiva discrezionalità interpretativa, concessa o conquistata che sia, che caratterizza l'operato della cosiddetta *street level bureaucracy*.

2.4. Mettere mano alla regolazione: le ragioni di una urgenza

Quanto fin qui sommariamente esposto, nel dare conto delle ragioni che possono giustificare un denso quadro regolatorio nel settore sanitario, ne sottolinea i potenziali rischi di usi distorti (le convenienze particolari rispetto a quelle collettive) e di generazione di costi diretti e indiretti per il sistema (individui e aziende). Come già detto una costante manutenzione del quadro e verifica degli elementi fondamentali dovrebbero rappresentare una pratica regolare, pratica che però finisce per incontrare consistenti difficoltà. Esistono nel contesto attuale del nostro sistema sanitario due ordini di ragioni che rendono un intervento di revisione sul quadro regolatorio particolarmente urgente.

Il primo, ben illustrato nel capitolo precedente, è l'eccezionale bisogno di guadagni di efficienza che il nostro sistema di aziende pubbliche e private impegnate in sanità ha. A fronte, da una parte, di risorse che negli scenari più ottimistici sono costanti e, dall'altra, di bisogni e domande crescenti, una strada obbligata, accanto a quella dell'efficacia (fare meglio) è quella di migliorare l'efficienza (fare di più con le medesime risorse). Il problema è che, in termini molto generali e con le dovute eccezioni, le riserve interne alle aziende alle quali attingere per migliorare l'efficienza si sono molto ridotte. È vero che è sempre possibile migliorare e ottimizzare, ma anni di efficientamento come risposta a una strutturale e crescente tensione sulle risorse, in termini reali e in percentuale del PIL, non sono trascorsi senza lasciare traccia. Ciò è vero sia per le aziende pubbliche destinatarie dirette delle risorse che per le aziende private che operano per il SSN, le quali hanno dovuto affrontare blocchi dei volumi di fatturato e costanza nominale delle tariffe. In queste condizioni le eventuali inefficienze prodotte dal quadro regolatorio costituiscono una risorsa preziosa e irrinunciabile cui attingere per superare le difficoltà.

Box 2.4. Il “nuovo” tariffario della specialistica ambulatoriale

Il DM del 25 novembre 2024 ha definito il nuovo nomenclatore delle tariffe per l'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, entrato in vigore il 30 dicembre 2024. L'aggiornamento era finalizzato a rendere pienamente esigibili i LEA aggiornati nel 2017. Il tariffario è stato costruito sulla base del confronto tra le tariffe regionali vigenti e della rilevazione dei costi delle prestazioni, con il coinvolgimento delle Regioni, dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze e di vari organismi tecnici. Gli esiti sono apparsi fin dall'inizio limitati e orientati prevalentemente a contenere l'aumento dei costi a carico del SSN: soltanto un terzo delle prestazioni è stato effettivamente oggetto di aggiornamento e per prestazioni simboliche e altamente sensibili nel dibattito pubblico (specialmente quello relativo ai tempi d'attesa), come le visite specialistiche, gli incrementi sono contenuti, nell'ordine di pochi euro, e difficilmente in grado di incidere sugli incentivi a erogare determinati servizi. Anche a seguito di una sentenza del TAR del Lazio, che ha annullato il tariffario introdotto poco meno di un anno prima, nel 2026 il Ministero della Salute ha avviato un lavoro finalizzato a definire una nuova metodologia per la definizione per l'aggiornamento delle tariffe.

Il secondo attiene agli straordinari bisogni di trasformazione e innovazione di cui l'intero sistema è portatore. Si tratta di bisogni endogeni, si pensi ad esempio alla torsione territoriale e alla sfida della domiciliarità, ma anche esogeni, derivanti dalle opportunità tecnologiche e scientifiche, l'IA in prima fila. La regolazione per sua natura cristallizza il passato, definisce prassi e standard sulla base delle condizioni esistenti. Si tratta in questo caso di guardare alla efficienza in termini dinamici, come frutto della diffusione nel sistema della innovazione. Rivedere in questa prospettiva il quadro regolatorio, significa includere nella valutazione dei costi e dei benefici delle regole gli effetti delle stesse sull'innovazione sia di prodotto che di servizio. Potremmo così accorgerci che alcune regole che ci siamo dati non solo sono già oggi poco utili, e modificandole potremmo guadagnare in efficienza, ma che rappresentano un ostacolo al pieno dispiegamento di tutte le potenzialità necessarie per affrontare il futuro.

Capitolo 3.

Standard di personale e flessibilizzazione della “funzione di produzione”

3.1. Premessa

Nel disegno dei sistemi sanitari e socio-sanitari, la regolazione costituisce uno degli strumenti principali attraverso cui l'operatore pubblico interviene per orientare intenzionalmente i comportamenti degli attori coinvolti nella produzione e nell'erogazione dei servizi, nel tentativo di colmare lo scarto strutturale tra convenienze individuali e risultati collettivamente desiderabili. Come discusso nel capitolo precedente, tale intervento può esercitarsi lungo l'intera catena del valore della produzione dei servizi – dalle risorse impiegate ai risultati finali – secondo modalità e livelli di cogenza differenti.

Nel contesto italiano, coerentemente con quanto osservato in molti sistemi sanitari di impianto universalistico, il baricentro della regolazione si è storicamente collocato sugli input. Le ragioni di questa scelta sono evidenti: le risorse impiegate nei processi di produzione – strutturali, tecnologiche e professionali – risultano più agevolmente osservabili e verificabili rispetto ai risultati intermedi o agli esiti; inoltre, il controllo *ex ante* sugli input appare più praticabile, soprattutto nei procedimenti di autorizzazione e accreditamento, rispetto a forme di valutazione *ex post* focalizzate sugli *outcome*. All'interno di questo quadro, gli standard di personale assumono una centralità specifica. Essi si collocano a valle degli standard strutturali, rilevanti prevalentemente nella fase di accesso all'attività, ma a monte delle modalità di governo dell'operatività ordinaria, incidendo direttamente e continuamente sulla funzione di produzione dei servizi sanitari e socio-sanitari. Gli standard di personale rappresentano, in altri termini, uno dei principali dispositivi attraverso cui la regolazione entra nel merito dell'organizzazione del lavoro.

Le finalità che sorreggono tali standard sono plurime e non sempre esplicitate in modo univoco. Da un lato, essi mirano a tutelare la sicurezza del paziente e la qualità dell'assi-

stenza, imponendo livelli minimi di dotazione professionale ritenuti compatibili con l'erogazione sicura delle prestazioni. Dall'altro, svolgono una funzione di regolazione dei rapporti tra organizzazioni e professioni, contribuendo a formalizzare confini di competenza, spazi di autonomia e relazioni di coordinamento o subordinazione tra gruppi professionali. La letteratura sullo *skill-mix* ha mostrato come tali confini siano storicamente il risultato di equilibri istituzionalizzati, spesso più legati a dinamiche di potere professionale e di difesa delle giurisdizioni che a valutazioni comparative di efficacia o costo-efficacia. Questa duplice natura – strumento di tutela dell'interesse collettivo e, al contempo, dispositivo di mediazione tra interessi professionali e organizzativi – rende particolarmente delicata la progettazione e, soprattutto, la manutenzione degli standard di personale. Gli standard, per definizione, introducono rigidità: cristallizzano criteri di operatività che tendono a perdere aderenza al contesto con il passare del tempo. L'intensità di tale disallineamento non è tuttavia costante, ma dipende dal grado di stabilità dell'ambiente esterno.

L'attuale fase storica è caratterizzata da importanti mutamenti nella domanda e da una crescente rigidità nella disponibilità di risorse professionali, da tecnologie impiegate nei processi assistenziali in rapida evoluzione, da un aumento delle interdipendenze tra setting, professioni e livelli di governo, e da una crescente difficoltà di attribuire in modo univoco responsabilità, confini di ruolo e nessi causali tra interventi regolatori ed esiti osservati. A ciò si aggiunge una prevedibilità sempre più stringente delle tendenze demografiche ed epidemiologiche di medio-lungo periodo, che restringe progressivamente lo spazio delle opzioni disponibili e rende più ardua l'individuazione di equilibri sostenibili per il sistema.

In un contesto simile, standard di personale concepiti per ambienti relativamente stabili tendono a perdere rapidamente efficacia. Le tensioni sul mercato del lavoro sanitario, ampiamente documentate a livello internazionale, l'evoluzione demografica ed epidemiologica, l'innovazione tecnologica e la trasformazione delle competenze richieste rendono evidente come molti standard introdotti in passato risultino oggi obsoleti o eccessivamente vincolanti. In numerosi casi, tali standard non garantiscono incrementi proporzionati di qualità e sicurezza, ma finiscono per ridurre le condizioni di possibilità del sistema, irrigidendo la funzione di produzione proprio nel momento in cui sarebbe necessario aumentarne l'adattabilità.

3.2. Tipi di interventi sugli standard di personale

Gli interventi di regolazione sugli standard di personale possono assumere forme differenti, riconducibili a idealtipi che, pur nella consapevolezza delle inevitabili sovrapposizioni della realtà, consentono di chiarire le logiche sottostanti e i meccanismi di funzionamento. Una prima distinzione rilevante riguarda la natura della relazione che lo standard instaura tra presenza professionale, volumi di attività e risultati attesi.

Presenza obbligatoria di figure professionali

La prima tipologia di intervento regolatorio sugli standard di personale consiste nella previsione di una presenza obbligatoria di specifiche figure professionali per l'erogazione di determinate prestazioni o per il funzionamento di determinati servizi. Dal punto di vista concettuale, questo tipo di standard agisce come una soglia minima non negoziabile, assimilabile a una condizione di accesso all'attività: al di sotto di tale soglia, la prestazione non può essere erogata, oppure non può esserlo in autonomia.

Questa configurazione riflette una logica di regolazione fortemente orientata al controllo ex ante del rischio. In contesti caratterizzati da elevate asimmetrie informative, da una difficile osservabilità della qualità e da potenziali conseguenze gravi in caso di errore, l'imposizione di una presenza professionale qualificata rappresenta uno strumento relativamente semplice e immediato per ridurre l'esposizione al rischio sistemico. La letteratura sul tema, tuttavia, mette in luce come l'efficacia marginale di questi dispositivi non sia costante nel tempo. Sibbald, Shen e McBride (2004) osservano come l'obbligo di specifiche presenze professionali sia spesso il risultato di stratificazioni normative successive, più che di una valutazione aggiornata dei processi produttivi e delle competenze effettivamente richieste. In particolare, l'evoluzione tecnologica e la crescente standardizzazione di alcune attività cliniche e diagnostiche tendono a ridurre il contributo differenziale associato alla presenza continua di determinate figure, rendendo sproporzionata la rigidità dello standard rispetto al rischio residuo.

In questi casi, la permanenza di standard di presenza obbligatoria può produrre effetti controintuitivi. Da un lato, essi possono limitare la possibilità di riorganizzare i processi in modo più efficiente, impedendo lo sviluppo di modelli organizzativi alternativi fondati su una diversa distribuzione delle responsabilità. Dall'altro, possono contribuire a irrigidire i confini professionali, rafforzando assetti di giurisdizione che rispondono più a logiche di presidio corporativo che a esigenze di sicurezza o qualità (Buchan e Dal Poz, 2002).

La letteratura suggerisce, inoltre, che l'allentamento selettivo di tali standard non implica necessariamente un aumento del rischio, a condizione che sia accompagnato da meccanismi di governance adeguati. Studi sul *task shifting* in contesti ad alta regolazione mostrano come la ridefinizione dei ruoli, se supportata da protocolli, formazione mirata e sistemi di supervisione, possa mantenere livelli di qualità e sicurezza comparabili, talvolta migliorandoli in termini di accessibilità e continuità assistenziale (van Schalkwyk et al., 2020; Leong et al., 2021).

In questa prospettiva, la questione centrale non è tanto se mantenere o eliminare gli standard di presenza obbligatoria, quanto se e come riposizionarli all'interno di un sistema regolatorio che sappia distinguere tra attività ad alto rischio residuo e attività per le quali il rischio può essere efficacemente gestito attraverso strumenti diversi dalla mera prescrizione di input.

Rapporti tra personale e volumi di attività

Una seconda tipologia di intervento riguarda la definizione di rapporti standard tra presenza di personale e volumi di attività. A differenza degli standard di presenza obbligatoria, questi dispositivi introducono una relazione funzionale tra input e output (in termini matematici, se nel primo caso lo standard determinava il livello di "intercetta", in questo caso stabilisce la "pendenza" della funzione di produzione): al crescere dei volumi di attività corrisponde un incremento proporzionale delle dotazioni di personale. Tali standard assumono spesso la forma di rapporti assistenziali (ad esempio, il numero di operatori per ospite o per posto

letto) o di standard di attività per figura professionale, come il minutaggio assistenziale. La loro diffusione è legata alla necessità di fornire criteri oggettivabili per la programmazione dei fabbisogni e per la riallocazione delle risorse umane all'interno delle organizzazioni.

La letteratura internazionale evidenzia come questi strumenti presentino un'ambivalenza strutturale. Da un lato, essi introducono un elemento di flessibilità rispetto agli standard di presenza fissa, poiché tengono conto della variabilità dei volumi di produzione. Dall'altro, rischiano di ridurre la complessità dell'assistenza a una relazione puramente quantitativa, trascurando dimensioni fondamentali quali l'intensità di cura, la complessità dei casi e la composizione dei bisogni (Pirrotta et al., 2023). Diversi contributi sottolineano come l'uso rigido di rapporti standard possa generare comportamenti di adattamento difensivo da parte delle organizzazioni, che tendono a modellare i volumi di attività sulle dotazioni disponibili anziché sui bisogni effettivi della popolazione. Inoltre, tali standard risultano particolarmente sensibili al contesto organizzativo e tecnologico: a parità di volume, la quantità di lavoro richiesta può variare in modo significativo in funzione dei modelli assistenziali adottati e del livello di supporto tecnologico disponibile. In questa prospettiva, l'evidenza internazionale suggerirebbe di interpretare i rapporti tra personale e volumi di attività non come standard cogenti di esercizio, ma come strumenti di riferimento per la programmazione e il *benchmarking*. Il loro valore, infatti, risiede meno nella capacità di prescrivere comportamenti e più nella funzione di supporto decisionale che possono svolgere all'interno di sistemi di governance capaci di leggere e interpretare le deviazioni rispetto allo standard.

Rapporti tra figure professionali, staff-mix e skill-mix

La terza tipologia di intervento riguarda la definizione del mix professionale, attraverso la prescrizione di rapporti tra diverse figure professionali. Questo tipo di standard incide direttamente sulla composizione della funzione di produzione, orientando la distribuzione delle competenze tra i gruppi professionali.

Gli studi sul tema distinguono in modo netto tra approcci di *staff-mix* e approcci di *skill-mix*. I primi si concentrano sulla composizione numerica del personale, assumendo implicitamente che le competenze siano omogenee all'interno di ciascun gruppo professionale. I secondi, al contrario, pongono l'accento sulle competenze effettivamente disponibili e sul loro utilizzo nei processi di cura, superando una visione puramente quantitativa delle risorse umane (Dubois e Singh, 2009). Le politiche di *skill-mix change* possono assumere forme diverse – valorizzazione, delega, sostituzione, innovazione – e i loro effetti dipendono in modo critico dal contesto istituzionale e organizzativo. Studi comparativi evidenziano che, nei Paesi in cui le riforme degli ambiti di pratica professionale sono state più incisive, la ridefinizione del mix professionale tende a tradursi in assetti ibridi, caratterizzati da sovrapposizioni parziali dei ruoli piuttosto che da sostituzioni nette (Maier et al., 2018). Le evidenze raccolte in letteratura indicano che, a parità di esiti clinici, il ricorso a configurazioni di *skill-mix* più flessibili può migliorare l'accesso ai servizi e la soddisfazione dei pazienti, senza determinare incrementi proporzionati dei costi (Leong et al., 2021; van Schalkwyk et al., 2020). Tuttavia, tali risultati non sono automatici: essi richiedono investimenti in formazione, sistemi di supervisione, chiarezza dei ruoli e, soprattutto, una governance capace di gestire le tensioni interprofessionali.

Quando la ridefinizione del mix professionale viene tradotta in standard rigidi, il rischio è quello di ottenere l'effetto opposto a quello desiderato. Invece di aumentare la flessibilità della funzione di produzione, si finisce per cristallizzare assetti organizzativi che dovrebbero rimanere adattivi, soprattutto in un contesto caratterizzato da forte tensione sul mercato del lavoro sanitario e da assenza di *slack* organizzativo (Del Vecchio et al., 2022). In questa prospettiva, la regolazione del mix professionale appare tanto più efficace quanto più riesce a spostarsi da una logica prescrittiva di *staff-mix* a una logica abilitante di *skill-mix*, in cui il ruolo dello standard non è quello di definire in modo rigido i confini, ma di creare le condizioni affinché le organizzazioni possano riconfigurare intenzionalmente la funzione di produzione in risposta ai bisogni emergenti.

Persistenza di standard superati e criticità applicative

Nel contesto italiano, alcune criticità risultano particolarmente evidenti e possono essere ricondotte a tre problemi esemplificativi. Un primo problema riguarda la differenziazione territoriale degli standard, spesso non giustificata da evidenze epidemiologiche robuste o da caratteristiche strutturali dei contesti locali. Tale frammentazione normativa, particolarmente visibile nell'ambito dei servizi socio-sanitari territoriali, tende a produrre disuguaglianze difficilmente difendibili sul piano dell'equità e ad aumentare la complessità gestionale per le organizzazioni, senza generare benefici proporzionati in termini di qualità o sicurezza.

Box 3.1. Variabilità regionale degli standard assistenziali (RSA)

In Italia, la regolazione delle RSA è fortemente frammentata e riflette l'assetto regionalizzato dei sistemi socio-sanitari, producendo modelli di servizio molto diversi sotto un'unica etichetta formale. Il *Rapporto Osservatorio Long Term Care - OLTC 2023* (Furnari et al., 2023) mostra come, in dodici Regioni analizzate, gli standard di personale varino sensibilmente sia per intensità assistenziale sia per composizione del mix professionale. Dall'analisi comparata emergono almeno tre modelli: uno più "sanitarizzato", con forte peso di infermieri e medici e standard stringenti; uno prevalentemente assistenziale, centrato sugli OSS e su una presenza sanitaria più contenuta; e assetti ibridi, in cui coesistono tipologie di RSA o nuclei con standard differenziati in funzione del case mix, rendendo il quadro regolatorio particolarmente articolato. Il *Rapporto OLTC 2025* (Notaricola e Perobelli, 2025) evidenzia come tale eterogeneità normativa si rifletta anche nelle pratiche di governance: pur essendo il quadro delle regole definito di solito a livello regionale, l'applicazione avviene soprattutto nel rapporto con le Aziende Sanitarie locali (*street level bureaucracy*) e non sempre attraverso interlocuzioni strutturate, tanto che una quota significativa di gestori segnala l'assenza di un confronto stabile su standard e case mix. Ne emerge un settore in cui la variabilità territoriale è una caratteristica strutturale, che incide sui requisiti di accreditamento, sull'organizzazione del lavoro e, in ultima istanza, sul modello di RSA effettivamente accessibile a cittadini e famiglie.

Un secondo problema concerne la persistenza di standard superati dall'evoluzione congiunta delle competenze professionali e della tecnologia. In questi casi, la prescrizione di specifiche presenze o requisiti organizzativi non è più sostenuta da un'evidenza chiara di maggiore efficacia o sicurezza. L'obbligo di affiancamento del radiologo al tecnico di radiologia, seppure ormai declinato in termini di reperibilità piuttosto che di presenza fisica, rappresenta un esempio emblematico di standard la cui utilità marginale risulta oggi difficilmente dimostrabile.

Box 3.2. Forme di presenza del radiologo nell'esecuzione di radiografia

Il dibattito sulla presenza del medico radiologo durante l'esecuzione di esami radiografici riflette un confronto più ampio sul perimetro delle competenze e delle responsabilità professionali. La radiologia medica, anche sulla base di indirizzi della rappresentanza professionale e di pronunce giurisprudenziali, ribadisce che la responsabilità clinica dell'esposizione radiologica resta in capo al radiologo, cui competono la giustificazione dell'esame, la scelta delle metodiche e la valutazione delle alternative diagnostiche. I TSRM, dal canto loro, sottolineano la natura tecnico-operativa della prestazione e rivendicano una maggiore valorizzazione professionale, sostenendo che l'esecuzione dell'esame può avvenire in sicurezza anche in assenza della presenza fisica del medico – salvo situazioni di particolare complessità clinica – se regolata da protocolli condivisi. In questo quadro si inserisce un chiarimento del Ministero della Salute (2016), secondo cui il requisito della "presenza" del radiologo non implica necessariamente la compresenza fisica, ma può essere soddisfatto tramite disponibilità o reperibilità, incluse forme di teleconsultazione e teleradiologia. Tale interpretazione legittima modelli organizzativi più flessibili, in cui l'attività tecnica è svolta in sede dal TSRM, mentre la supervisione clinica e l'interpretazione diagnostica sono garantite anche da remoto. Il nodo centrale del dibattito non riguarda quindi la presenza fisica in sé, ma la capacità dei modelli organizzativi e di *task-shifting* di garantire continuità della responsabilità clinica, appropriatezza e sicurezza, valorizzando le competenze professionali in coerenza con i vincoli di disponibilità delle risorse.

A questa casistica può essere affiancato il requisito del posto letto per la chirurgia della cataratta, che permane in alcuni contesti regolatori nonostante l'evoluzione delle tecniche chirurgiche e anestesiológicas abbia reso l'intervento ampiamente praticabile in regime ambulatoriale o di *day surgery*, senza evidenze di peggioramento degli esiti clinici o della sicurezza per il paziente.

Box 3.3. Standard di sicurezza o colli di bottiglia? Il caso dell'intervento di cataratta

Da sempre, la regolazione dei setting chirurgici (ospedale, day surgery, ambulatorio) è stata costruita su un presupposto ragionevole: garantire la massima sicurezza attraverso requisiti strutturali e organizzativi prudenziali (aree dedicate, disponibilità di osservazione post-operatoria, percorsi di gestione delle complicanze). Nel tempo, però, due dinamiche hanno reso l'impianto delle tradizionali condizioni di prudenza clinica a rischio di obsolescenza: (i) l'innovazione tecnologica e procedurale, che riduce invasività e rischio e (ii) il mutamento della domanda, oggi molto più ampia e seriale su alcune procedure ad alto volume, anche per motivi demografici. La chirurgia della cataratta è un caso esemplificativo perché sta esattamente al crocevia tra alta numerosità, forte domanda "anziana", riduzione dei tempi e crescente fattibilità in setting ambulatoriali. Un primo elemento del dibattito riguarda la tensione tra standard pensati per un paziente medio più complesso e la realtà odierna, in cui interventi come quello di cataratta vengono considerati di routine. Le linee guida clinico-organizzative SOI richiamano esplicitamente questa ambivalenza: da un lato sottolineano che, nonostante l'altissima tecnologia e la praticabilità in regime ambulatoriale, la cataratta non dovrebbe essere banalizzata; dall'altro, riconoscono che la regolazione e la tariffazione possono creare distorsioni se assumono implicitamente che il setting più protetto sia sempre necessario (SOI, 2016). Proprio per evitare una lettura rigida, lo stesso documento propone un criterio pragmatico: prevedere comunque una soglia ragionevole di ricoveri in day surgery per i casi con diagnosi secondarie rilevanti o maggiore fragilità, dove un periodo minimo di osservazione può essere più sicuro (SOI, 2016). In altre parole, la sicurezza non è negata: viene ricollocata dentro un modello selettivo e modulare, anziché

uniforme. Questa idea di modularità è coerente con un altro filone del dibattito: l'evoluzione dei modelli organizzativi ospedalieri e territoriali verso logiche di intensità di cura e gestione flessibile delle risorse. Il DM 70/2015, pur sviluppato con obiettivi di standardizzazione e razionalizzazione, introduce esplicitamente un principio chiave: la gestione dei posti letto deve avvenire "con la massima flessibilità" per rispondere alla domanda appropriata di ricovero, in particolare per l'urgenza-emergenza. Se si assume questa impostazione, diventa difficile sostenere regole che, per procedure a basso rischio e ad alta standardizzazione del percorso, vincolino sempre e comunque assetti organizzativi nati per scenari diversi. Il punto - evidentemente - non è ridurre la sicurezza, ma evitare che requisiti progettati per garantire sicurezza diventino colli di bottiglia quando l'epidemiologia della domanda e la tecnologia cambiano più rapidamente della regolazione. Qui entra in gioco il secondo driver: l'aumento (e l'invecchiamento) della domanda. La cataratta è tipica dell'età anziana e, proprio per questo, è caratterizzata da volumi tendenzialmente crescenti; quando la pressione sulle liste d'attesa aumenta, la rigidità dei setting produce un effetto prevedibile: riduce la scalabilità dell'offerta e rende più difficile distribuire la produzione su strutture diverse. È in questo quadro che, negli ultimi anni, molte discussioni hanno iniziato a presentare la de-ospedalizzazione selettiva come una leva organizzativa, a condizione di mantenere standard di sicurezza e continuità assistenziale (Regione Liguria, 2022). Il caso ligure è significativo proprio perché racconta un passaggio concettuale: fino a tempi relativamente recenti la chirurgia ambulatoriale era di fatto vincolata all'ospedale in regime di day surgery, mentre oggi si apre alla possibilità di effettuare piccoli interventi anche in strutture non ospedaliere, mantenendo requisiti e selezione dei pazienti (Quotidiano Sanità, 2022). Nelle motivazioni della delibera, si richiama esplicitamente l'evoluzione della chirurgia verso tecniche meno invasive e il bisogno di evitare ospedalizzazione quando possibile (Regione Liguria, 2022). È, in miniatura, la storia di come un assetto regolatorio nato per proteggere possa diventare, in mancanza di aggiornamento nel tempo, una "camicia di forza". È quindi ragionevole pensare a standard adattivi. Un riferimento importante, anche se aspecifico, viene dal modo in cui AGENAS descrive i manuali di accreditamento: strumenti da contestualizzare alle realtà regionali, modificabili e migliorabili, pur nel rispetto di un nucleo di

evidenze essenziali (AGENAS, 2025). È un principio trasferibile al caso della cataratta in day surgery: la qualità e la sicurezza devono rimanere non negoziabili, ma la loro traduzione in requisiti strutturali dovrebbe essere proporzionata al rischio e aggiornata alle innovazioni possibili, ad esempio percorsi anestesiologici più leggeri, tecniche micro-invasive, adozione di workflow digitalizzati (Ghielmi et al., 2024). In sintesi, il dibattito sembra spostarsi da una domanda binaria (*serve o non serve il posto letto?*) a una domanda più coerente con il contesto di riferimento: quale combinazione di requisiti garantisce sicurezza senza comprimere capacità produttiva e accesso, soprattutto per interventi ad altissimo volume? La risposta emergente è un modello “a fisarmonica”: ambulatoriale per i casi appropriati, day surgery disponibile per la quota selezionata più fragile, e un sistema di requisiti che sappia aggiornarsi con la stessa rapidità con cui cambiano tecnologia e domanda.

Un terzo problema, distinto ma altrettanto rilevante, riguarda gli interventi di ridefinizione degli standard orientati a ricalibrare il *mix* professionale, che finiscono per irrigidire ulteriormente la funzione di produzione invece che renderla più flessibile rispetto allo status quo. In questi casi, l'introduzione di nuove figure o di nuovi assetti di *staff-mix* è accompagnata da prescrizioni regolatorie dettagliate e stringenti sulle modalità di impiego, sui rapporti numerici e sui confini di responsabilità, riducendo di fatto gli spazi di adattamento organizzativo. La letteratura sullo *skill-mix change* mette in guardia da questo rischio, evidenziando come interventi concepiti per aumentare la flessibilità possano produrre effetti opposti se tradotti in standard rigidi e uniformi (Sibbald et al., 2004; van Tuyl et al., 2021). In tali circostanze, la regolazione non abilita la riconfigurazione dei processi, ma cristallizza nuovi assetti che si sommano ai vincoli esistenti.

Nel loro insieme, questi tipi - esemplificativi - di criticità suggeriscono come una parte rilevante degli standard di personale oggi in vigore risponda più a logiche di stratificazione normativa e di compromesso istituzionale che a una valutazione aggiornata dei benefici marginali in termini di qualità, sicurezza ed efficienza.

Tabella 3.1. Tipi prevalenti di standard applicati al personale

Tipologia di standard	Oggetto della prescrizione	Livello interessato	Logica regolatoria prevalente	Funzione dichiarata	Criticità tipiche
Presenza obbligatoria di figure professionali	Presenza (on/off) di specifici professionisti per l'erogazione di una prestazione o il funzionamento di un servizio	Input	Controllo ex ante del rischio; funzione di gate all'accesso	Tutela della sicurezza del paziente; garanzia di qualità minima; presidio dei confini professionali	Elevata rigidità; scarsa adattabilità all'evoluzione tecnologica; rischio di obsolescenza e di vincoli senza valore aggiunto
Rapporti tra personale e volumi di attività	Relazione quantitativa tra dotazioni di personale e volumi di produzione (rapporti assistenziali, minutaggi)	Input / Output	Programmazione e allocazione delle risorse; proporzionalità input-output	Supporto alla pianificazione dei fabbisogni; controllo dell'adeguatezza delle dotazioni	Riduzionismo quantitativo; scarsa sensibilità a complessità e intensità di cura
Staff-mix	Composizione numerica del personale tra diverse figure professionali	Input (dimensione quantitativa)	Stabilizzazione degli assetti organizzativi	Efficienza allocativa; chiarezza dei ruoli	Cristallizzazione degli assetti; conflitti interprofessionali; limitata flessibilità organizzativa
Skill-mix	Distribuzione di competenze, ruoli e responsabilità tra professioni	Input (dimensione quali-quantitativa)	Flessibilizzazione governata	Miglioramento dell'appropriatezza; continuità assistenziale	Maggiore complessità regolatoria; necessità di forte <i>governance</i> ; resistenze culturali e professionali

Fonte: elaborazione degli autori

3.3. Possibili interventi sugli standard di personale per allentare le rigidità prive di valore aggiunto

Alla luce di quanto discusso nei paragrafi precedenti, appare opportuno inquadrare il tema degli interventi sugli standard di personale distinguendo in modo esplicito tra tipologie di cambiamento profondamente diverse per natura, implicazioni distributive e fattibilità politica. Non tutte le rigidità regolatorie, infatti, presentano lo stesso profilo di conflittualità né derivano dalle medesime cause: alcune persistono per semplice inerzia istituzionale,

altre per la presenza di interessi consolidati, altre ancora per una resistenza di tipo ideologico nei confronti di interventi percepiti come forme di deregolazione. In particolare, una parte non trascurabile dell'inerzia che caratterizza gli standard di personale si può considerare riconducibile a una diffidenza storica verso interventi che, specialmente nei decenni passati, sono stati associati alle logiche del *New Public Management*. In questo quadro, l'allentamento di vincoli *input-based* è stato talvolta interpretato non come una ricalibrazione degli strumenti di regolazione a vantaggio del funzionamento del Sistema, ma come un arretramento del presidio pubblico a favore di logiche di mercato, di contenimento dei costi o di compressione delle tutele professionali. Tale lettura, pur comprensibile alla luce di alcune esperienze passate, ha contribuito a irrigidire il dibattito e a ostacolare interventi che, in realtà, avrebbero potuto rafforzare – e non indebolire – la capacità del sistema di perseguire obiettivi di equità, qualità e sostenibilità.

Tenendo conto di queste diverse fonti di inerzia, una distinzione analiticamente utile – e operativamente rilevante – è quella tra: (a) interventi di tipo *win-win* e (b) interventi a somma zero, o potenzialmente tali, che richiedono una ricalibrazione esplicita delle convenienze relative e un riposizionamento del controllo regolatorio verso la parte terminale della catena del valore.

Interventi win-win: sblocco di rigidità per cristallizzazione normativa e resistenze ideologiche residue

Gli interventi di tipo *win-win* sono quelli che agiscono su rigidità regolatorie la cui persistenza è riconducibile prevalentemente a fenomeni di stratificazione normativa, inerzia amministrativa o resistenze ideologiche residue, più che a un attuale e intenzionale presidio di interessi contrapposti. In questi casi, lo standard continua a operare non perché esista una chiara evidenza della sua utilità marginale, ma perché il suo superamento è stato a lungo associato, anche simbolicamente, a un indebolimento del ruolo pubblico o a una deriva manageriale del governo dei servizi. Si tratta, tipicamente, di standard la cui revisione non produrrebbe perdenti chiaramente identificabili, o comunque non inciderebbe in modo significativo sulle rendite di posizione dei gruppi professionali coinvolti. Il loro man-

tenimento risponde spesso a una logica di precauzione istituzionale, alimentata dal timore che ogni allentamento dei vincoli sugli input possa tradursi in una riduzione delle garanzie per i cittadini o in una compressione delle condizioni di lavoro.

Un primo esempio, già richiamato, è rappresentato dall'obbligo di reperibilità del radiologo da parte del tecnico di radiologia per attività fortemente standardizzate e supportate da tecnologie mature, quali la radiografia. In questo caso, l'evoluzione delle competenze dei tecnici e dei sistemi di controllo della qualità ha ridotto in modo significativo ogni plausibile rischio associato all'attività. L'allentamento dello standard, sostituendo la presenza con forme di supervisione organizzativa e controllo *ex post* sugli esiti, non comporterebbe verosimilmente una perdita per i professionisti coinvolti, ma libererebbe capacità organizzativa e professionale oggi inutilmente vincolata.

Un secondo esempio riguarda la persistenza di requisiti strutturali e di personale associati a modelli di ricovero per attività che l'evoluzione clinica e tecnologica ha reso pienamente gestibili in regime ambulatoriale o di day surgery. In questo ambito, la rimozione del vincolo del posto letto è spesso ostacolata più da una rappresentazione simbolica del ricovero come garanzia di sicurezza che da evidenze cliniche aggiornate.

Nel settore socio-sanitario, esempi analoghi possono essere individuati nella revisione di alcuni rapporti assistenziali rigidi nelle strutture residenziali, laddove l'introduzione di ausili tecnologici, soluzioni domotiche o nuove modalità organizzative consente di mantenere livelli adeguati di sicurezza e qualità senza un incremento proporzionale delle dotazioni di personale. Anche in questi casi, le resistenze sono spesso meno legate a interessi materiali specifici e più a una esigenza di controllo *ex ante*, specialmente nei confronti dell'erogatore accreditato.

La caratteristica comune di questi interventi è la possibilità di spostare il punto di controllo dalla mera verifica *ex ante* degli input a forme di monitoraggio della qualità prestata, senza che ciò richieda una rinegoziazione conflittuale degli spazi professionali. Per questa ragione, essi rappresentano un terreno privilegiato per avviare processi di manutenzione regolatoria, anche come occasione per superare letture ideologicamente polarizzate del rapporto tra regolazione e management.

Interventi a somma zero: ricalibrazione degli interessi e superamento consapevole del paradigma input-based

Diverso è il caso degli interventi che incidono su standard di personale strettamente connessi alla definizione del mix professionale e, più in generale, alla distribuzione delle competenze all'interno della funzione di produzione. In questi casi, la revisione dello standard implica necessariamente una ricalibrazione delle convenienze relative tra gruppi professionali e, talvolta, tra diversi modelli organizzativi concorrenti. Tali interventi non possono essere considerati *win-win* in senso stretto. Essi potrebbero generare, almeno nel breve periodo, potenziali perdenti e vincitori (anche soltanto in termini simbolici), e richiedono quindi strumenti di governo più sofisticati rispetto al semplice sblocco di una rigidità obsoleta. Inoltre, essi tendono a incontrare una resistenza più strutturata, che combina la difesa di interessi materiali con una critica ideologica alle logiche di riorganizzazione del lavoro. Proprio per questo, la loro attuazione difficilmente può poggiare su una regolazione input-based. La legittimazione di interventi di modificazione dovrebbe spostarsi verso la capacità di dimostrare risultati superiori in termini di output (ed eventualmente di outcome), rendendo esplicito il nesso tra configurazione della funzione di produzione ed esiti prodotti.

Un esempio emblematico è rappresentato dalle politiche di *task shifting* e di ridefinizione dello *skill-mix* tra professioni sanitarie. L'estensione delle competenze infermieristiche o di altre professioni sanitarie a funzioni tradizionalmente riservate al medico incide direttamente sui confini di giurisdizione professionale. In questi casi, la sostenibilità della riforma dipende dalla capacità di dimostrare che la nuova configurazione della funzione di produzione produce esiti clinici comparabili o migliori, a parità di risorse impiegate, e non da una mera riduzione dei costi. Un ulteriore esempio può essere individuato nei servizi territoriali e di assistenza domiciliare, dove la riorganizzazione del mix tra professioni sanitarie e sociali modifica in modo sostanziale il peso relativo delle diverse componenti professionali. In tali contesti, la ridefinizione degli standard di personale implica una scelta esplicita tra modelli alternativi di presa in carico, ciascuno dei quali presenta vantaggi e svantaggi differenti in termini di continuità assistenziale, sostenibilità economica ed esperienza dell'utente.

In sintesi, mentre gli interventi *win-win* possono e dovrebbero essere perseguiti prioritariamente come leva di miglioramento immediato del funzionamento del sistema, gli interventi a somma zero richiedono una strategia regolatoria più consapevole e trasparente. Essi presuppongono il superamento di una lettura ideologica della deregolazione come sinonimo di arretramento del pubblico e richiedono il coraggio di spostare il baricentro del controllo verso output e outcome, accettando una maggiore complessità valutativa in cambio di una maggiore capacità del sistema di adattarsi a un contesto strutturalmente vincolante e privo di slack organizzativo.

In questo quadro, è tuttavia cruciale non assumere come statiche le convenienze e le posizioni degli attori coinvolti, in particolare delle rappresentanze professionali e disciplinari. Come discusso in precedenza, in una fase storica caratterizzata da relativa abbondanza di offerta di lavoro e da assetti organizzativi meno tesi, il presidio di standard rigidi poteva riflettere un interesse comprensibile delle parti a mantenere perimetri professionali ben definiti, contribuendo a organizzare le rendite di posizione e a ridurre la contendibilità degli spazi di esercizio. L'attuale contesto di forte e persistente tensione sul mercato del lavoro modifica però in modo sostanziale questo equilibrio. La carenza strutturale di professionisti sanitari, l'aumento dei carichi di lavoro, la riduzione degli spazi di *slack* organizzativo e la crescente difficoltà di garantire condizioni di esercizio sostenibili producono una tensione riflessa sull'esperienza quotidiana dei professionisti nelle organizzazioni. In tale scenario, il mantenimento di standard originariamente concepiti come strumenti difensivi dei confini professionali rischia di agire contro gli stessi interessi che in passato contribuiva a tutelare. È quindi ragionevole ritenere che anche le rappresentanze professionali e disciplinari possano oggi intravedere una convenienza relativa nell'allentamento selettivo di alcune rigidità regolatorie, laddove ciò consenta di flessibilizzare i processi operativi, ridurre la pressione organizzativa e rendere più sostenibile l'esercizio professionale in un contesto privo di margini di compensazione.

Questa evoluzione degli equilibri di convenienza apre uno spazio potenzialmente inedito di convergenza tra regolatore, organizzazioni e professioni, che può essere sfruttato per promuovere interventi di revisione degli standard non più percepiti come una minaccia alle

tutele professionali, ma come una condizione necessaria per preservare nel tempo la qualità del lavoro sanitario e la capacità del sistema di rispondere ai bisogni della popolazione.

Tuttavia, quando si ragiona di ridefinizione degli standard attraverso interventi sullo *skill-mix* è doveroso considerare un ulteriore elemento, vale a dire la natura dell'oggetto su cui si interviene. Non tutte le modifiche del mix professionale incidono, infatti, sul medesimo piano: è necessario distinguere tra rinegoziazione della titolarità su singoli *task* e su segmenti di ruolo, poiché i due livelli implicano problemi regolatori e organizzativi significativamente diversi. La riallocazione di un *task* riguarda un'attività specifica o una fase circoscritta del processo di cura o assistenza. Si tratta di un'unità descrivibile in termini relativamente puntuali: contenuto dell'attività, condizioni di esercizio, limiti di autonomia, procedure operative. Proprio tale possibilità di definizione *ex ante* consente di progettare riallocazioni mirate, nei quali l'oggetto della cessione è chiaramente identificabile così come le relative responsabilità. Anche quando il trasferimento comporta una riduzione di competenze esercitate per la professione cedente, l'intervento resta ancorato a un perimetro funzionale determinato, suscettibile di regolazione esatta.

Diverso è il caso in cui la ridefinizione incida su un segmento di ruolo. Il ruolo, inteso come insieme delle aspettative di comportamento che insistono su una posizione professionale, non si esaurisce nella somma delle attività svolte, ma comprende responsabilità complessive, autonomia decisionale, legittimazione e posizionamento relativo nella mappa organizzativa. Cedere un segmento di ruolo – ad esempio la funzione di regia di un percorso riabilitativo – significherebbe intervenire su questo assetto di aspettative e responsabilità, e non soltanto redistribuire compiti. Qui si colloca il punto critico della distinzione: mentre un *task* può essere isolato e regolato con relativa precisione, un ruolo è meno facilmente codificabile. Le aspettative che lo definiscono si consolidano nel tempo attraverso prassi, consuetudini e riconoscimenti reciproci, spesso solo parzialmente formalizzati.

Nell'ipotesi di trasferimento di una parte di ruolo, non è sempre possibile stabilire con la stessa chiarezza che cosa venga effettivamente riallocato: responsabilità operative, oppure prerogative di indirizzo, coordinamento e rappresentanza. Inoltre, gli effetti del tra-

sferimento non si esauriscono nell'immediato, ma possono incidere in modo cumulativo sull'equilibrio tra professioni nel medio-lungo periodo. La questione assume rilievo particolare perché il ruolo incorpora una dimensione di potere organizzativo. Esso attribuisce visibilità, capacità di orientare le decisioni, legittimazione a rappresentare funzioni all'interno dei percorsi di assistenza e cura. La cessione di un segmento di ruolo implicherebbe quindi una redistribuzione di tali prerogative, e non soltanto una diversa articolazione delle attività operative. È questa dimensione – legata alla rappresentazione e all'esercizio del potere professionale – che rende la contendibilità dei ruoli (o delle loro componenti) significativamente più critica rispetto a quella dei singoli *task*.

Sul piano regolatorio, la distinzione è decisiva. Interventi sui *task* possono essere costruiti come riallocazioni puntuali, fondate su delimitazione dell'attività, formazione adeguata e sistemi di monitoraggio degli esiti. Interventi che incidono sui ruoli richiedono invece una rinegoziazione delle responsabilità e delle aspettative tra professioni, poiché modificano assetti di legittimazione organizzativa. Non operare questa distinzione comporta il rischio di sottovalutare l'impatto effettivo dell'intervento e di trasformare una redistribuzione operativa in un accentuato conflitto sulle posizioni di potere nell'organizzazione.

Tuttavia, quando si ragiona di ridefinizione degli standard attraverso interventi sullo *skill-mix* è doveroso considerare un ulteriore elemento, vale a dire la natura dell'oggetto su cui si interviene. Non tutte le modifiche del mix professionale incidono, infatti, sul medesimo piano: è necessario distinguere tra rinegoziazione della titolarità su singoli *task* e su segmenti di ruolo, poiché i due livelli implicano problemi regolatori e organizzativi significativamente diversi. La riallocazione di un *task* riguarda un'attività specifica o una fase circoscritta del processo di cura o assistenza. Si tratta di un'unità descrivibile in termini relativamente puntuali: contenuto dell'attività, condizioni di esercizio, limiti di autonomia, procedure operative. Proprio tale possibilità di definizione *ex ante* consente di progettare riallocazioni mirate, nei quali l'oggetto della cessione è chiaramente identificabile così come le relative responsabilità. Anche quando il trasferimento comporta una riduzione di competenze esercitate per la professione cedente, l'intervento resta ancorato a un perimetro funzionale determinato, suscettibile di regolazione esatta.

Diverso è il caso in cui la ridefinizione incida su un segmento di ruolo. Il ruolo, inteso come insieme delle aspettative di comportamento che insistono su una posizione professionale, non si esaurisce nella somma delle attività svolte, ma comprende responsabilità complessive, autonomia decisionale, legittimazione e posizionamento relativo nella mappa organizzativa. Cedere un segmento di ruolo – ad esempio la funzione di regia di un percorso riabilitativo – significherebbe intervenire su questo assetto di aspettative e responsabilità, e non soltanto redistribuire compiti. Qui si colloca il punto critico della distinzione: mentre un task può essere isolato e regolato con relativa precisione, un ruolo è meno facilmente codificabile. Le aspettative che lo definiscono si consolidano nel tempo attraverso prassi, consuetudini e riconoscimenti reciproci, spesso solo parzialmente formalizzati.

Nell'ipotesi di trasferimento di una parte di ruolo, non è sempre possibile stabilire con la stessa chiarezza che cosa venga effettivamente riallocato: responsabilità operative, oppure prerogative di indirizzo, coordinamento e rappresentanza. Inoltre, gli effetti del trasferimento non si esauriscono nell'immediato, ma possono incidere in modo cumulativo sull'equilibrio tra professioni nel medio-lungo periodo. La questione assume rilievo particolare perché il ruolo incorpora una dimensione di potere organizzativo. Esso attribuisce visibilità, capacità di orientare le decisioni, legittimazione a rappresentare funzioni all'interno dei percorsi di assistenza e cura. La cessione di un segmento di ruolo implicherebbe quindi una redistribuzione di tali prerogative, e non soltanto una diversa articolazione delle attività operative. È questa dimensione – legata alla rappresentazione e all'esercizio del potere professionale – che rende la contendibilità dei ruoli (o delle loro componenti) significativamente più critica rispetto a quella dei singoli *task*.

Sul piano regolatorio, la distinzione è decisiva. Interventi sui *task* possono essere costruiti come riallocazioni puntuali, fondate su delimitazione dell'attività, formazione adeguata e sistemi di monitoraggio degli esiti. Interventi che incidono sui ruoli richiedono invece una rinegoziazione delle responsabilità e delle aspettative tra professioni, poiché modificano assetti di legittimazione organizzativa. Non operare questa distinzione comporta il rischio di sottovalutare l'impatto effettivo dell'intervento e di trasformare una redistribuzione operativa in un accentuato conflitto sulle posizioni di potere nell'organizzazione.

Sullo stesso tema, non bisogna, infine, sottovalutare un generale ripensamento teso a spostare l'ambito della regolazione dalla tradizionale area dei ruoli, cioè le professioni codificate, a quella degli specifici *task*. A fronte di un aumento delle professioni, della difficoltà di assegnare il monopolio sui *task* a specifiche professioni e di una crescente misurabilità dei *task* (quantità e qualità), l'idea è quella di autorizzare gli individui e non le professioni a svolgere i singoli *task*. In questo modo si otterrebbe, da una parte, una maggiore flessibilità nell'utilizzo delle competenze e, dall'altra, una migliore garanzia sulla qualità delle prestazioni (Nancarrow, 2015).

Capitolo 4.

Il pooling delle risorse e l'ibridazione dei consumi

4.1. Premessa

Il tema del *pooling* delle risorse e dell'ibridazione governata dei consumi si colloca al centro delle attuali tensioni di sostenibilità per il sistema di tutela della salute nazionale. Le dinamiche demografiche, economiche e sociali che caratterizzano il contesto italiano – e più in generale molti paesi avanzati – rendono infatti sempre più stringente la competizione tra i principali capitoli di spesa pubblica – sanità, assistenza, previdenza, istruzione, difesa, politiche industriali ed energetiche – in un quadro segnato da una progressiva riduzione della popolazione in età attiva e un aumento strutturale dei bisogni di tutela. Tale competizione non riguarda soltanto la dimensione quantitativa delle risorse disponibili, ma anche la difficoltà di espandere stabilmente il finanziamento pubblico in assenza di una crescita corrispondente della base imponibile e della popolazione contribuente. In questo contesto, le prospettive di un aumento significativo delle risorse destinate al SSN appaiono limitate in ragione non tanto di scelte contingenti, quanto di vincoli strutturali che incidono sulla capacità complessiva di finanziamento del *welfare*. Ne deriva che la sostenibilità non può essere affrontata esclusivamente sul piano dell'ammontare delle risorse pubbliche, ma richiede di interrogarsi sui meccanismi attraverso cui le risorse vengono complessivamente raccolte, integrate e allocate lungo il percorso della risposta ai bisogni di salute. Anche ipotesi di rafforzamento del finanziamento pubblico, per quanto auspicabili, difficilmente risulterebbero sufficienti a colmare i divari nei tassi di copertura dei bisogni e a riportare integralmente sotto il perimetro pubblico una quota rilevante di consumi sanitari oggi sostenuti da individui e famiglie. Parallelamente, il funzionamento concreto del SSN mostra come il sistema di tutela della salute presenti già oggi una natura ibrida, seppur non esplicitata né regolata come tale, se non in casi marginali. L'ibridazione non si colloca più soltanto

ai margini del sistema, ma attraversa in modo trasversale numerosi ambiti di assistenza e, soprattutto, i percorsi: prestazioni pubbliche e private, compartecipazioni e acquisti diretti tendono a combinarsi in sequenze assistenziali che risultano opache dal punto di vista delle regole e delle responsabilità. Una parte crescente di bisogni sanitari trova oggi risposta attraverso combinazioni eterogenee di finanziamento e produzione pubblica e privata, spesso all'interno dello stesso percorso di cura, dando luogo a forme di consumo che sfuggono a una chiara definizione istituzionale. In molti casi, tale esito deriva non da un disegno programmatico di integrazione tra risorse pubbliche e private, ma da vincoli di capacità produttiva, stratificazioni regolatorie e scelte individuali degli utenti. Ne consegue una coesistenza di canali che funziona come integrazione di fatto, ma senza criteri espliciti di complementarità. Questa ibridazione di fatto si accompagna a meccanismi di razionamento implicito, a una segregazione artificiale e artificiosa tra canali di produzione e finanziamento e a una limitata capacità di governo della domanda, con effetti rilevanti in termini di equità, appropriatezza ed efficienza complessiva del sistema. In assenza di una cornice di regole condivise, la coesistenza di circuiti diversi tende infatti a produrre sovrapposizioni, duplicazioni e discontinuità nei percorsi, rendendo più difficile sia governare la domanda sia monitorare l'effettivo utilizzo delle risorse complessivamente mobilitate. Il tema del *pooling* delle risorse e dell'ibridazione governata dei consumi emerge dunque come una possibile chiave di lettura e intervento per affrontare tali criticità, spostando l'attenzione dal solo livello delle risorse pubbliche disponibili alle modalità attraverso cui le risorse vengono complessivamente raccolte, integrate e allocate. In questo senso, per *pooling* si intende la possibilità di ricondurre risorse oggi frammentate in canali separati a logiche più coordinabili, al fine di rendere più coerenti i criteri di accesso e di utilizzo rispetto agli obiettivi di tutela della salute. In questa prospettiva, l'obiettivo non è ridefinire i principi fondanti del SSN, ma interrogarsi sulle condizioni tecniche, organizzative e istituzionali necessarie per governare in modo più esplicito e coerente un sistema che, nei fatti, ha già superato una configurazione rigidamente dicotomica (segregata) tra pubblico e privato e richiede strumenti adeguati per integrare, anziché subire, tale pluralità.

4.2. Meccanismi di finanziamento e ibridazione di fatto

Il sistema di tutela della salute in Italia si fonda su una combinazione relativamente stabile tra finanziamento pubblico e privato. Circa tre quarti della spesa sanitaria complessiva sono sostenuti da risorse pubbliche, prevalentemente derivanti dalla fiscalità generale, mentre la quota privata rappresenta circa un quarto del totale. Nel tempo, tale composizione ha mostrato minime variazioni. A questa strutturalità si accompagnano tuttavia alcune specificità rilevanti rispetto al ruolo che il finanziamento privato ricopre in altri paesi avanzati.

In primo luogo, la crescita della spesa sanitaria pubblica è risultata nel medio periodo inferiore a quella osservata da gran parte delle economie avanzate comparabili, determinando un progressivo disallineamento tra risorse disponibili e diritti esigibili.

In secondo luogo, la componente privata della spesa sanitaria è caratterizzata da una forte prevalenza del finanziamento diretto da parte delle famiglie, con un ricorso molto limitato a forme di intermediazione collettiva. Poco meno del 90% della spesa privata è infatti sostenuto in modalità *out of pocket*, una quota significativamente superiore a quella osservata nei principali sistemi sanitari europei, dove la spesa privata è in maggior misura mediata da assicurazioni, fondi o altri strumenti di assorbimento collettivo del rischio. La prevalenza dell'*out of pocket* implica che il rischio di incorrere in problemi di natura finanziaria a causa delle spese sanitarie venga sopportato in misura significativa a livello individuale e familiare, con scarsi meccanismi strutturati di mutualizzazione. In un contesto caratterizzato da crescente cronicità e maggiore frequenza di utilizzo dei servizi, tale configurazione espone una quota non marginale di famiglie a una maggiore volatilità della spesa sanitaria e a potenziali effetti regressivi.

Box 4.1. La sanità privata intermediata in Italia

La sanità privata intermediata raccoglie un insieme di attori che si occupano di intermediare collettivamente la relazione tra utente assistito ed erogatore della prestazione sanitaria. In Italia si fa spesso riferimento ad essa anche con il termine di “sanità integrativa”. Gli attori che fanno parte di questo insieme sono tipicamente le imprese di assicurazione, i fondi sanitari integrativi, le casse e gli enti di assistenza, le società di mutuo soccorso, ma anche le imprese che intermediano il finanziamento di prestazioni sanitarie in favore dei lavoratori.

Lo sviluppo della sanità integrativa nel paese è stato spinto perlopiù dall'evoluzione della contrattazione collettiva. Le prime esperienze risalgono al periodo pre-SSN (le prime società di mutuo soccorso risalgono alla fine del 1800), mentre è il D.Lgs. 502/1992 che introduce per la prima volta nell'ordinamento la fattispecie dei *fondi sanitari integrativi del SSN* con lo scopo di coprire i servizi esclusi dalla copertura pubblica. Ancora successiva è l'istituzione di enti e casse a finalità assistenziali nell'ambito della contrattazione collettiva, previsti dalla normativa fiscale (TUIR) e disciplinati tra il 2008 e il 2009 dal Ministero della Salute rispetto alle finalità di tutela di prestazioni escluse dai LEA (è prevista una quota vincolata del 20% per gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso) e l'istituzione di un'anagrafe nazionale. Le fonti non sono univoche, ma si stima che oltre il 25% degli italiani risulti coperto da una qualche forma di assicurazione volontaria di tipo collettivo, ovvero nell'ambito di un contratto di lavoro, o acquistata individualmente.

I dati fiscali, limitati alle sole coperture nell'ambito di accordi collettivi e alle società di mutuo soccorso, mostrano come nel 2023 il 25% dei contribuenti italiani avesse versato dei contributi a enti della sanità integrativa, con rilevanti differenze regionali. Tale eterogeneità territoriale riflette non solo la diversa diffusione della contrattazione collettiva, ma anche differenze nella struttura produttiva e nella composizione dell'occupazione. Ne deriva che la copertura intermediata tende a concentrarsi nelle aree a maggiore intensità occupazionale formale, contribuendo indirettamente ad ampliare i divari territoriali nell'accesso a forme collettive di protezione.

Tabella 4.1. Tasso di copertura dei contribuenti regionali da parte di un ente della sanità integrativa contrattuale o società di mutuo soccorso

Tasso di copertura	2021	2022	2023
Valle d'Aosta	19,4%	20,1%	21,0%
Piemonte	27,3%	28,7%	30,0%
Lombardia	32,5%	34,2%	35,1%
Veneto	31,3%	32,8%	33,6%
Trentino-Alto Adige	40,6%	42,7%	43,6%
Friuli-Venezia Giulia	25,4%	27,2%	28,1%
Liguria	19,4%	20,8%	21,8%
Emilia-Romagna	30,0%	31,3%	32,2%
Toscana	23,3%	24,8%	25,8%
Umbria	21,0%	22,4%	23,5%
Marche	21,8%	23,0%	23,9%
Lazio	19,9%	21,4%	22,5%
Abruzzo	14,8%	16,0%	16,7%
Molise	10,9%	11,9%	12,5%
Campania	10,0%	11,6%	12,4%
Puglia	11,8%	13,3%	14,2%
Basilicata	13,3%	14,5%	15,3% ^o
Calabria	8,2%	9,3%	10,3%
Sicilia	8,9%	10,3%	11,2%
Sardegna	15,2%	16,9%	18,2%
Italia	22,7%	24,2%	25,2%

Fonte: Rapporto OASI 2025, Cap.6. Elaborazione degli autori su dati MEF-Dipartimento delle Finanze

Un terzo elemento distintivo riguarda la destinazione funzionale della spesa privata. In Italia essa risulta concentrata in misura crescente su prestazioni sanitarie (servizi specialistici ambulatoriali) già formalmente ricomprese all'interno della copertura pubblica, oltre alle funzioni tipicamente escluse (servizi dentistici, farmaci non rimborsati, dispositivi e ausili), mentre rimane fortemente limitata la spesa destinata alla componente LTC, nonostante l'aumento dei bisogni legati all'invecchiamento e alla non autosufficienza. Questo assetto riflette sostanzialmente le tre determinanti principali della spesa privata:

1. L'ampiezza della copertura pubblica. Il perimetro della copertura pubblica fa sì che circa il 60% della spesa privata sia indotto *de iure* dal disegno del sistema, come conseguenza delle esclusioni esplicite dai LEA (es. i servizi dentistici, i farmaci non in classe A, ausili e dispositivi non rimborsati) e dalle compartecipazioni obbligatorie (farmaci e specialistica ambulatoriale).
2. Il tasso di copertura effettiva dei bisogni. L'ampiezza della copertura legale pubblica non è garanzia di adeguatezza della capacità produttiva rispetto ai bisogni espressi dalla popolazione e le attese generate dei confini statutari del SSN.
3. L'allineamento tra standard di servizio pubblico e preferenze individuali. In tutti i sistemi una fetta di beni e servizi dotati di condizioni "superiori" a quelli garantiti dal sistema di copertura pubblica sono lasciati al finanziamento individuale.

Le tre determinanti non operano ovviamente in modo indipendente e la distinzione tra spesa indotta *de iure* e spesa generata da carenze di capacità produttiva non è sempre netta e contribuisce a rendere opaco il confine tra integrazione fisiologica e sostituzione di fatto.

Un caso paradigmatico riguarda il ricorso ai servizi ambulatoriali: mentre è fisiologico che una quota di spesa privata sia destinata a finanziare servizi specialistici ambulatoriali a condizioni migliorative rispetto a quelle proposte dal pubblico (minore attesa, scelta del medico, confort di orari e modalità di accesso), è altrettanto evidente che la crescita di questa componente negli ultimi anni vada attribuita a una progressiva riduzione del tasso di copertura dei bisogni, come risultato di una crescita della domanda difficilmente compensabile dalla capacità produttiva pubblica.

Dal punto di vista analitico, le diverse modalità di finanziamento e consumo dei servizi sanitari possono essere ricondotte a una scomposizione delle prestazioni in componenti funzionalmente distinte. In particolare, è possibile individuare una componente *core*, rappresentata dal contenuto clinico essenziale della prestazione, necessario a garantirne efficacia e appropriatezza e tipicamente coperto dal finanziamento pubblico.

A questa si affiancano, in molti contesti, due ulteriori dimensioni di scelta per l'utente: forme di *topping-up*, che intervengono sulle condizioni di accesso e di fruizione del servizio (tempi, comfort, possibilità di scelta del professionista o della struttura), e forme di *upgrading*, che incidono direttamente sulle caratteristiche della prestazione, modificandone in parte il contenuto o le tecnologie impiegate rispetto allo standard garantito.

L'ibridazione dei consumi si manifesta dunque quando il finanziamento pubblico e quello privato concorrono, in misura variabile, a sostenere queste diverse componenti lungo lo stesso percorso di cura. Tale concorso può avvenire in modo esplicito e regolato oppure in forme più implicite e disorganiche, dando luogo a configurazioni eterogenee che attraversano differenti setting assistenziali (Del Vecchio et al., 2025).

Alcune forme di ibridazione sono esplicitamente disegnate nella cornice regolatoria del SSN, altre sono invece l'esito di configurazioni implicite raramente riconosciute e valorizzate sul piano istituzionale.

Le forme esplicite – compartecipazione alla spesa di farmaci *off-patent*, le condizioni alberghiere per i servizi ospedalieri, le modalità di compartecipazione nei servizi residenziali socio-assistenziali – prevedono in tutti i casi il finanziamento pubblico a copertura di una componente *core* della prestazione (il principio attivo, le prestazioni essenziali in un ricovero e quelle sanitarie in un contesto residenziale), mentre al finanziamento privato interviene per modificare le condizioni di accesso o caratteristiche della prestazione che in linea di principio non interferiscono con l'efficacia della prestazione stessa.

Box 4.2. Forme di ibridazione esplicita

Il *topping-up* nel SSN

Il SSN prevede esplicitamente due forme di consumo ibrido nella forma di *topping up*. Il caso esemplificativo più diffuso è quello della compartecipazione sui farmaci rimborsabili a brevetto scaduto (*off patent*). Per questa tipologia di prodotti il SSN prevede un rimborso pari al prezzo più basso tra i farmaci equivalenti. In caso di scelta di un farmaco di marca con un prezzo più elevato, la differenza è a carico dell'utente. A questa forma di compartecipazione non si applicano le normali esenzioni previste per la compartecipazione alla spesa (reddito e patologia). Nonostante il SSN stia da anni spingendo per favorire il consumo di farmaci generici anche sulla farmaceutica convenzionata, il ricorso a questa forma di fruizione rimane rilevante. Nel 2024, il SSN ha incassato 1,061 miliardi di euro, di cui il 41% proveniente dalle regioni meridionali.

Il secondo caso esemplificativo è quello delle attività di ricovero. Il regime di ricovero in SSN prevede infatti la possibilità di erogare servizi di ricovero a condizioni differenziate rispetto al regime istituzionale. Si tratta sia della possibilità di erogare prestazioni con migliori condizioni alberghiere (es. la camera singola, i minori vincoli orari per le visite, ecc.), sia di scegliere l'equipe che eseguirà l'intervento in libera professione. In entrambi i casi, il SSN si fa carico di tutta (nel caso della differenza alberghiera) o parte (nel caso della scelta dell'equipe) della tariffa riconosciuta per la prestazione, lasciando all'assistito una compartecipazione variabile in base al regime scelto e ai regolamenti aziendali. Nel 2023, appena lo 0,8% dei ricoveri per acuti in regime ordinario erano erogati attraverso forme di differenza alberghiera (0,5%) o scelta dell'equipe chirurgica (0,3%). Fonte: Rapporto SDO 2023.

Forme di *upgrading* per la chirurgia ambulatoriale

Mentre sono noti e diffusi i casi di *topping up* che si limitano a riconoscere le forme di ibridazione che prevedono un'integrazione di condizioni accessorie, più rare sono quelle in cui la compartecipazione avviene per integrare il contenuto clinico (*core*). Un caso esemplificativo riguarda la possibilità di scegliere un device di qualità superiori rispetto a quelle previste dal SSN. Si tratta di situazioni molto circoscritte, come il caso previsto

da delibera di giunta regionale dell'Emilia-Romagna (DGR n.108/2017), in cui al paziente che si sottopone a intervento di rimozione della cataratta viene offerta la possibilità di scegliere se sostenere il costo della compartecipazione per l'impianto di lenti refrattive all'interno dello stesso intervento, inclusi i costi degli eventuali interventi diagnostici legati a tale integrazione. I LEA prevedono infatti delle rilevanti condizioni di erogabilità per la chirurgia refrattiva che è limitata a gravi difetti visivi e alla risoluzione di traumi o malformazioni anatomiche.

L'opzione offerta si basa sulla crescente disponibilità sul mercato di lenti multifocali impiantabili al posto delle classiche monofocali utilizzate per la risoluzione della cataratta in ambito SSN. Al di là dell'impegno economico, le lenti multifocali non possono essere messe in carico al SSN in quanto la correzione dei difetti refrattivi non rientra all'interno dei LEA.

Il finanziamento delle attività residenziali: *upgrading o topping up*?

L'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti rientra all'interno dei LEA. I LEA chiariscono che i trattamenti residenziali di lungo assistenza sono a carico del SSN per una quota pari al 50% della tariffa giornaliera stabilita. La quota rimanente è idealmente a carico dell'utente, salvo l'intervento degli enti locali a tutela delle persone più vulnerabili socialmente.

La realtà è molto più variegata di quanto la lettura dei LEA possa far supporre. I modelli di tariffazione variano molto di regione in regione, non solo in termini di tariffa SSN (es. dai 30 agli 87,7 euro giornalieri; *Fonte: Rapporto OASI 2022, Cap. 5*), ma anche in termini di quota di compartecipazione a carico delle famiglie.

Mentre infatti alcune regioni applicano alla lettera la disposizione contenuta all'interno dei LEA (la compartecipazione deve avere valore pari alla tariffa SSN), altre applicano dei massimali indipendenti dalla tariffa SSN, altre ancora non definiscono un massimale, lasciando ai gestori la possibilità di modulare la compartecipazione in base al livello di servizio.

Questa eterogeneità, fondata su una logica artificiosa che distingue la componente sanitaria a carico del SSN da quella non sanitaria a carico dell'utente, determina di fatto posizionamenti molto diversi in termini di contenuto assistenziale e grado di copertura dei bisogni. L'assenza di criteri omogenei nella definizione della quota a carico delle famiglie determina, di fatto, una modulazione implicita dell'intensità assistenziale sulla base delle differenze di capacità di spesa individuale espresse dai vari territori. Tale configurazione non solo produce esiti eterogenei in termini di accessibilità e continuità delle cure, ma influenza probabilmente anche le scelte di investimento degli erogatori e quindi le differenze di capacità produttiva che i territori esprimono.

Accanto a tali forme esplicite, esistono inoltre ambiti in cui l'ibridazione è di fatto preclusa o fortemente limitata sul piano formale, come ad esempio nei servizi domiciliari. In questi contesti, la segregazione rigida dei canali di finanziamento tende a scaricare la pressione della domanda su soluzioni informali o opache, spesso mediate direttamente dalla relazione tra professionista e assistito, al di fuori di qualsiasi cornice regolatoria. A queste situazioni si aggiungono forme di ibridazione implicita dei percorsi di diagnosi e cura, nelle quali prestazioni finanziate dal SSN e prestazioni a pagamento si alternano lungo lo stesso *patient journey* in assenza di un disegno esplicito di integrazione. Questa modalità di ibridazione, particolarmente diffusa nei percorsi diagnostici e terapeutici specialistici, produce effetti rilevanti in termini di selezione implicita dell'accesso, di discontinuità informativa e di perdita di controllo pubblico sulla sequenza e sull'appropriatezza degli interventi, specie quando la prestazione privata rappresenta il punto di avvio del percorso diagnostico-terapeutico. In tali casi, il circuito privato non si limita a integrare l'offerta pubblica, ma ne condiziona l'accesso, influenzandone tempi e sequenza. L'assenza di una regia esplicita rende difficile distinguere tra integrazione virtuosa e meccanismi di selezione indiretta, con potenziali effetti cumulativi sulla distribuzione delle opportunità di cura.

Box 4.3. Forme di ibridazione implicita

I più recenti dati ISTAT ci dicono che in Italia, nel 2023, il 51% delle visite specialistiche è stato pagato direttamente dall'utente, in *out of pocket* o attraverso l'intermediazione di un'assicurazione. Lo stesso vale per il 36% degli accertamenti diagnostici. Il ricorso al circuito privato è quindi molto comune per gli utenti in sanità.

Questo vale tanto per l'accesso a una prestazione occasionale, quanto per le prestazioni che appartengono allo stesso episodio/percorso di cura. Il fatto di avere dei percorsi di diagnosi e cura di fatto ibridi ha delle ripercussioni rilevanti in termini di equità dell'accesso, specialmente quando il primo contatto serve da evento indice per l'avvio del percorso. È un caso esemplificativo quello della chirurgia oncologica.

Un recente studio (Russo et al., 2024) mostra come anche in percorsi a elevata complessità, come quelli della chirurgia oncologica, una quota rilevante (31,6%) di prestazioni preoperatorie avvenga in regime privato all'interno di strutture pubbliche o private e come la grande maggioranza (72%) dei pazienti ricorra anche solo in parte a servizi preoperatori a pagamento.

Nel complesso questo non sembra incidere significativamente sui tempi di attesa per l'intervento chirurgico, se non per il residuale gruppo di pazienti che ricorrono esclusivamente a servizi preoperatori privati. Ciononostante, rimane l'evidenza di percorsi frammentati in cui l'unico elemento di raccordo tra i circuiti rimane il professionista che ha in carico il paziente.

Box 4.4. Forme di ibridazione precluse de iure ma attive de facto

Nel campo dell'assistenza domiciliare, la contrattualizzazione e i vincoli in carico agli erogatori si fondano su due presupposti: che i LEA coprano integralmente i bisogni assistenziali e che agli erogatori accreditati debba essere preclusa ogni forma di integrazione a pagamento, per evitare conflitti di interesse e pratiche di *upselling*.

Nella pratica, l'intensità e la durata della presa in carico domiciliare risultano rigidamente parametrizzate sulla capacità produttiva del sistema pubblico più che sull'evoluzione dei bisogni clinici, in particolare nei contesti di cronicità e non autosufficienza. Ne deriva un tasso di copertura solo parziale, che lascia scoperta una quota non marginale di domanda assistenziale (Fonte: Rapporto OASI 2023, Cap. 5).

In assenza di strumenti formali di integrazione e di regia del percorso, tale domanda tende a essere assorbita da soluzioni informali e non tracciate, spesso mediate direttamente dal singolo professionista. Il risultato è un assetto che dall'essere pensato per tutelare equità e appropriatezza finisce per produrre percorsi di cura frammentati, opachi e fortemente dipendenti dalla capacità individuale del paziente di attivare risorse alternative, riducendo di fatto la governabilità complessiva dell'assistenza domiciliare.

Nel loro insieme, queste evidenze mostrano come l'ibridazione di prestazioni e percorsi non rappresenti un'anomalia rispetto al modello di tutela pubblica della salute, ma una componente strutturale del funzionamento attuale del sistema. In assenza di una esplicita concettualizzazione delle occasioni e delle modalità legittime e desiderabili di integrazione, tanto le forme esplicite quanto quelle implicite continueranno a generare esiti diseguali in termini di accesso e appropriatezza e a frammentare ulteriormente i percorsi di cura e assistenza. La questione centrale non è quindi l'esistenza dell'ibridazione in sé, ma la sua governabilità. In un sistema nel quale risorse pubbliche e private sono destinate a coesistere, l'assenza di una cornice condivisa di integrazione rischia di trasformare una pluralità potenzialmente complementare in una frammentazione disfunzionale.

4.3. *Pooling delle risorse e ibridazione governata dei consumi*

Alla luce degli elementi richiamati nelle sezioni precedenti risulta necessario interrogarsi su modalità alternative di utilizzo e governo delle risorse complessivamente impiegate nel sistema di tutela della salute, superando la lettura dicotomica che vede rigidamente segregati circuiti pubblici e privati. La contrapposizione binaria tra pubblico e privato, utile sul piano descrittivo, risulta infatti sempre meno adeguata a rappresentare le modalità concrete di finanziamento e fruizione dei servizi. Le risorse pubbliche e private non operano in compartimenti stagni, ma tendono a interagire lungo i medesimi percorsi assistenziali, rendendo necessario un quadro di regole capace di governarne l'integrazione. Si definiscono in questa prospettiva il *pooling delle risorse* e l'ibridazione governata dei consumi. Il primo è inteso, coerentemente con la definizione adottata dal WHO (Mathauer et al., 2019), come l'integrazione e mutualizzazione delle risorse pubbliche e private mobilitate per la tutela della salute, finalizzata a ridurre i rischi individuali e gli effetti regressivi del ricorso alle spese *out of pocket*. La seconda è intesa come regolazione esplicita delle forme di integrazione tra finanziamento pubblico e privato all'interno di episodi di diagnosi, cura e assistenza occasionali o continuativi – rappresentano due leve complementari attraverso cui affrontare i limiti di sostenibilità, equità ed efficacia che oggi il SSN si trova a fronteggiare.

Il pooling delle risorse come risposta ai limiti del finanziamento pubblico

Assunti i vincoli strutturali che caratterizzano il finanziamento del SSN, il *pooling* delle risorse può essere interpretato come una risposta ai limiti intrinseci del solo finanziamento pubblico, piuttosto che come una messa in discussione dei principi universalistici del sistema. Al contrario, una gestione più strutturata delle risorse complessivamente mobilitate può contribuire a rafforzare l'universalismo sostanziale, riducendo la dipendenza dell'accesso ai servizi dalla capacità di spesa individuale e ricomponendo in modo più equo i diversi contributi finanziari. In un contesto in cui una quota rilevante di spesa sanitaria è già sostenuta al di fuori del perimetro pubblico, il *pooling* consente di integrare e governa-

re risorse esistenti, trasformando spesa individuale frammentata in risorse mutualizzate, con l'obiettivo di ridurre il rischio individuale e migliorare l'equità complessiva. Riforme che vadano in questa direzione non sono necessariamente in contrasto con gli attuali assetti di finanziamento del SSN. Un insieme di riforme e interventi possono essere nativamente immaginati come compatibili con l'attuale assetto, attraverso un orientamento selettivo di risorse private, a partire ad esempio da quelle intermedie dalla sanità integrativa, verso finalità condivise con il sistema di tutela pubblica della salute. È in ogni caso necessario interrogarsi sulla capacità del sistema attuale di governare in modo coerente una crescente pluralità di fonti e strumenti, senza compromettere ulteriormente i suoi principi fondanti di universalismo ed equità.

Spesa privata e perimetro pubblico: tra razionamento implicito ed esplicito

La spesa sanitaria privata è in larga parte il risultato di scelte esplicite di perimetro – esclusioni dai LEA e compartecipazioni obbligatorie – e in parte l'esito del razionamento implicito e della libera scelta dell'utente. La distinzione tra esclusioni formali e carenze di copertura effettiva è centrale. Quando il perimetro pubblico è definito in modo ampio ma la capacità produttiva risulta insufficiente, la spesa privata tende a svolgere una funzione sostitutiva piuttosto che integrativa, con effetti più marcati sul piano dell'equità. Nonostante il dibattito penda quasi esclusivamente sui problemi legati a un eccessivo ricorso alla spesa privata per servizi formalmente inclusi nei LEA (tra tutti, la specialistica ambulatoriale), gli effetti regressivi sono tali non solo quando la spesa privata è condizione di accesso a percorsi formalmente pubblici, ma anche per tutti quei servizi a elevato impatto sulla salute, ma di fatto esclusi dal perimetro pubblico (non solo le cure dentarie, ma anche ad esempio la salute mentale). La mancata esplicitazione, su molti ambiti, dell'effettivo perimetro di azione del SSN, in assenza di strumenti di intermediazione e mutualizzazione, non fa altro che amplificare le disuguaglianze e l'inequità di accesso ed esito.

Dall'ibridazione di fatto all'ibridazione governata

L'ibridazione nella modalità di finanziamento e produzione di prestazioni e percorsi di sa-

lute, già ampiamente diffusa e difficilmente reversibile, può essere governata distinguendo analiticamente tra componenti della prestazione e definendo il ruolo che ciascuna fonte di finanziamento può assumere. Rendere esplicita tale distinzione consente di passare da un'ibridazione di fatto, con un governo limitato a poche situazioni, a forme di integrazione selettiva tra canali di finanziamento fondate su criteri di equità, appropriatezza ed efficacia. Perseguire un'integrazione governata è coerente con l'auspicio di governare maggiormente la domanda e ridurre il razionamento implicito, alleggerendo l'utente dal carico di ricomporre il *patient journey* e rafforzando il ruolo del sistema pubblico come piattaforma di coordinamento tra circuiti. In questa prospettiva, il sistema pubblico è chiamato a definirne il quadro di integrazione, assumendo una funzione di regia che renda coerenti le diverse fonti di finanziamento rispetto agli obiettivi di tutela della salute individuale e collettiva.

Capitolo 5.

L'innovazione digitale come leva di sostenibilità

5.1. Premessa

In un contesto di risorse limitate e difficilmente espandibili nel breve periodo, a fronte di bisogni crescenti e attese in evoluzione, la sostenibilità del sistema di tutela della salute dipende in misura rilevante dalla capacità di valorizzare al meglio le risorse complessivamente disponibili, limitando duplicazioni e inefficienze, attriti organizzativi e sprechi informativi che oggi alimentano frammentazione e discontinuità nei percorsi di diagnosi, cura e assistenza. In un sistema che, come evidenziato nei capitoli precedenti, opera già in modalità strutturalmente ibrida, la capacità di coordinare attori, risorse e responsabilità diventa una condizione imprescindibile di sostenibilità, non solo sul piano economico ma anche su quello organizzativo e istituzionale. In questa prospettiva, gli strumenti previsti all'interno del nuovo ecosistema digitale del SSN – su cui il PNRR ha posto grande enfasi – costituiscono una leva essenziale perché consente di rendere codificabili, leggibili e monitorabili episodi e stringhe di consumo che attraversano attori ed erogatori differenti, a prescindere dal circuito di appartenenza. L'ecosistema digitale non si configura quindi come un insieme di strumenti tecnologici isolati, ma come un'infrastruttura abilitante che può rendere visibili e confrontabili attività oggi disperse tra diversi canali di finanziamento e produzione, contribuendo a ridurre le asimmetrie informative che caratterizzano i sistemi misti. La disponibilità di informazioni più complete e tempestive sul percorso dell'utente non è da leggere come obiettivo in sé, ma come condizione per perseguire la ricomposizione dei percorsi e rafforzare la capacità di programmazione e governo della domanda, in un sistema che, nei fatti, opera attraverso una pluralità di canali e circuiti. Il vero elemento di novità, in questo senso, sta nel presupposto che il dato è di proprietà dell'assistito, il quale determina i diritti di visibilità da parte di tutti gli attori del sistema. Questo presupposto introduce un elemento di discontinuità rispetto a modelli nei quali l'informazione rimane frammentata presso i singoli erogatori. La centralità dell'assistito nel governo del dato con-

sente di ricomporre percorsi che attraversano strutture diverse, rafforzando la trasparenza e la responsabilizzazione degli attori coinvolti. Questo favorisce logiche maggiormente partecipative e diffuse di governo dei percorsi, nelle quali la centralità dell'assistito non è solo dichiarata, ma operativamente sostenuta dalla possibilità di osservare coerenza e continuità dei percorsi. In un contesto in cui l'utente mobilita sempre più frequentemente circuiti differenti, la disponibilità e la governabilità delle informazioni diventano anche una condizione di tutela sostanziale dell'assistito, riducendo il rischio di frammentazione, duplicazioni inappropriate e percorsi discontinui o opachi. In tale prospettiva, la dimensione informativa assume una valenza sostanziale e non meramente tecnica: la qualità e la completezza dei dati condizionano la possibilità stessa di garantire continuità assistenziale, appropriatezza delle scelte e riduzione delle duplicazioni.

Si colloca all'interno di questo quadro anche l'AI, non ricompresa tra gli interventi direttamente afferenti all'ecosistema digitale del SSN – al netto di un intervento specifico sull'assistenza primaria – ma catalizzatore di grandi trasformazioni in sanità e nella società in generale. L'IA va tuttavia collocata all'interno di un quadro più ampio di *governance* digitale, evitando di considerarla come soluzione autonoma o sostitutiva dei processi organizzativi esistenti. Il suo potenziale dipende dalla qualità delle basi informative e dalla capacità delle organizzazioni di integrarne l'utilizzo nei flussi operativi ordinari. Nell'ottica di questo contributo, il ruolo dell'IA è infatti rilevante nella misura in cui consente di ripensare l'utilizzo delle risorse nei processi clinici, assistenziali e amministrativi. Il contributo potenziale dell'AI non risiede tanto nell'automazione di attività ripetitive, in particolare quelle di natura amministrativa, ma nella possibilità di ridisegnare processi operativi, redistribuire compiti e responsabilità e liberare tempo professionale verso attività a maggiore valore, sia clinico che relazionale. Ciò implica che l'adozione dell'IA non possa essere disgiunta da una revisione degli assetti organizzativi e degli standard di funzionamento, in quanto l'interazione tra sistemi algoritmici e professionisti modifica, almeno in parte, la distribuzione delle competenze e dei carichi di lavoro. Il miglioramento, sostenuto dalle evidenze, della qualità delle decisioni – in termini di rapidità, accuratezza e personalizzazione – è parte necessaria e integrante di questo ridisegno, evitando che l'adozione dell'IA e delle tecnologie digitali in generale sia il risultato di una deriva puramente tecnologica e mantenendo al centro il governo respon-

sabile dell'uso. Il valore dell'IA, in questo senso, non risiede esclusivamente nelle *performance* tecniche, ma nella sua capacità di essere integrata in un quadro regolatorio e organizzativo coerente con gli obiettivi di equità, sicurezza e sostenibilità del sistema.

5.2. *L'ecosistema digitale del SSN*

Il nuovo ecosistema digitale del SSN può essere inteso come l'insieme di investimenti e interventi avviati negli ultimi anni con il fine di dotare il sistema sanitario di un'infrastruttura digitale più solida e moderna e di una strutturata governance del dato. In questa accezione, l'ecosistema digitale non rappresenta soltanto un investimento tecnologico, ma una componente strutturale dell'architettura istituzionale del sistema sanitario, nella misura in cui incide sulle modalità di coordinamento tra attori, sulla trasparenza dei processi e sulla capacità di esercitare funzioni di governo. Gli strumenti che la compongono sono in questa sede richiamati non tanto nelle loro caratteristiche tecnologiche, ma per il ruolo che possono svolgere nel rendere più osservabili, misurabili e di conseguenza governabili episodi e percorsi di diagnosi, cura e assistenza che oggi attraversano una pluralità di setting, attori e circuiti. Rendere osservabili tali percorsi significa trasformare eventi frammentati in informazioni strutturate, condizione necessaria per poterli misurare, confrontare e, ove necessario, correggere. L'osservabilità costituisce infatti il presupposto tecnico per qualsiasi forma di responsabilizzazione e di valutazione delle *performance*. All'interno di questo quadro, la nuova architettura Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0 rappresenta il principale strumento di continuità informativa, in quanto concepito come punto di accesso e raccolta delle informazioni cliniche e dei dati assistenziali dell'utente. La sua rilevanza non risiede solo nella disponibilità di informazioni a supporto del singolo atto o episodio clinico, ma nella possibilità di ricostruire e leggere interamente una intera storia clinica-assistenziale, ricomponendo la perdita di informazioni che accompagna i passaggi tra i vari setting e professionisti. In assenza di un'infrastruttura di questo tipo, ogni passaggio tra strutture e professionisti comporta un rischio di discontinuità, duplicazione o scarsa integrazione terapeutica. Il FSE 2.0 si propone di ridurre tali rischi, creando le condizioni per una maggiore coerenza clinica e per una più chiara attribuzione

delle responsabilità lungo il percorso assistenziale. Tale continuità non ha solo rilevanza clinica, ma costituisce una forma di tutela dell'assistito rispetto ai rischi di disallineamento tra interventi. Di conseguenza, la possibilità di tutti gli attori di accedere a queste informazioni – su esplicito consenso dell'assistito – rappresenta un grande potenziale di trasformazione delle relazioni tra tutti gli attori che vario titolo partecipano al sistema di tutela della salute. La condivisione controllata delle informazioni favorisce inoltre un riequilibrio delle asimmetrie informative tra utente ed erogatori, rendendo più trasparente l'intero processo di cura e rafforzando la posizione dell'assistito come soggetto attivo e consapevole.

Box 5.1. L'architettura del FSE 2.0 e l'EDS

L'architettura del FSE 2.0 si fonda su una separazione funzionale tra sistemi di produzione del dato clinico, *repository* documentali regionali e un livello nazionale di interoperabilità. Tale configurazione, insieme all'obbligo di alimentazione da parte di tutti gli erogatori, inclusi quelli solamente autorizzati, consente la ricomposizione delle informazioni a livello di assistito, indipendentemente dal luogo di erogazione della prestazione e dal soggetto che l'ha finanziata. La disponibilità di metadati omogenei e temporalmente ordinati consente di evidenziare sovrapposizioni, discontinuità e traiettorie ricorrenti, che rimangono opache in sistemi informativi organizzati per silos erogativi o per canali di finanziamento.

Il FSE è il principale strumento di alimentazione dell'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS) di recente istituzione che, oltre ad essere strumento per migliorare la prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza, abilita usi a fini di ricerca e di programmazione e governo della salute da parte delle istituzioni. L'EDS si colloca su un livello distinto, dedicato all'utilizzo secondario dei dati. Attraverso processi di aggregazione e pseudonimizzazione delle informazioni provenienti dal FSE e da altri flussi sanitari, l'EDS abilita analisi sistemiche dei pattern di consumo e delle loro evoluzioni nel tempo, dando agli enti del SSN la possibilità di leggere e confrontare configurazioni alternative nei percorsi di cura e programmare in modo più efficiente ed efficace l'utilizzo delle risorse.

Il sistema Tessera Sanitaria svolge una funzione complementare, operando come infrastruttura capace di intercettare prescrizioni, servizi erogati e spesa sostenuta dall'utente e per l'utente. Ai fini del governo del sistema, il sistema TS consente di leggere i consumi in modo più strutturato, mettendo in relazione eventi, tempi, canali di accesso e finanziamento e rendendo più visibili attriti e duplicazioni che oggi rimangono spesso opache. La capacità di collegare informazioni relative a prescrizioni, prestazioni erogate e modalità di finanziamento consente di ricostruire non solo i volumi di attività, ma anche la sequenza dei consumi lungo il percorso dell'utente, offrendo elementi utili per identificare criticità organizzative o fenomeni di sovrautilizzo. Si tratta di uno strumento già ampiamente utilizzato e pervasivo all'interno dei processi, le cui opportunità sono evidenti non solo per gli utilizzi a fini di governo del SSN, ma anche, ad esempio, per l'utilizzo che ne viene fatto nei processi di semplificazione fiscale (es. alimentazione della dichiarazione dei redditi precompilata).

Box 5.2. Il sistema TS e casi di sistematizzazione dei dati inviati da soggetti terzi

Il Sistema TS è l'infrastruttura nazionale deputata alla raccolta delle informazioni relative alle spese sanitarie sostenute dai cittadini. Il sistema è alimentato obbligatoriamente da una pluralità di soggetti pubblici e privati, tra cui singoli professionisti, strutture sanitarie, farmacie e altri operatori, che trasmettono in modalità standardizzata i dati riferiti alle prestazioni erogate. La funzione originaria del sistema era di supporto al monitoraggio della spesa, ma nel tempo il suo perimetro operativo si è progressivamente ampliato. Il rafforzamento della capacità di tracciamento delle spese sanitarie ha reso il Sistema TS una fonte informativa sempre più completa e affidabile.

Nel corso degli anni, la copertura e la qualità dei dati hanno condotto a una sostanziale convergenza tra le informazioni sulla spesa sanitaria rilevate dal Sistema TS e quelle prodotte da ISTAT (46,4 miliardi per il sistema TS vs 47,7 miliardi per ISTAT nel 2024). Il Sistema TS costituisce oggi una delle principali basi informative per la predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata.

Le spese sanitarie sono automaticamente riportate nella dichiarazione, spostando il ruolo del contribuente dall'inserimento del dato alla sua verifica. In questo ambito esistono ulteriori forme di compilazione a carico di terze parti, come ad esempio i contributi versati a fondi e casse di assistenza sanitaria integrativa e le prestazioni rimborsate dagli stessi. Gli enti i cui assistiti possono godere delle deduzioni dei contributi dal reddito lordo sono infatti soggette a un debito informativo nei confronti dell'amministrazione fiscale, rendendo la dichiarazione precompilata uno strumento informativo su prestazioni, spese e modalità di finanziamento. Questa funzione, pur nata in ambito fiscale, contribuisce indirettamente a una maggiore tracciabilità della spesa sanitaria complessiva, inclusa quella privata, creando le condizioni per una lettura integrata dei flussi finanziari che attraversano il sistema.

La piattaforma nazionale di telemedicina amplia ulteriormente queste prospettive, configurandosi sia come modalità di erogazione di prestazioni a distanza, ma anche, per le finalità di questo contributo, come strumento di integrazione tra professionisti. Oltre a incidere sull'accessibilità e sulla continuità assistenziale per gli utenti, il teleconsulto e le forme di collaborazione professionale supportate digitalmente possono contribuire a migliorare il coordinamento clinico-assistenziale. Se integrata con le altre componenti dell'ecosistema digitale, la telemedicina può contribuire a ridurre le discontinuità territoriali e a rendere più flessibile l'organizzazione dei servizi, favorendo modelli di presa in carico meno dipendenti dalla prossimità fisica alle strutture.

Box 5.3. Piattaforma e servizi minimi di telemedicina

La piattaforma nazionale di telemedicina è concepita come un'infrastruttura pubblica, finalizzata ad abilitare l'erogazione omogenea di un insieme di servizi minimi di telemedicina sull'intero territorio nazionale.

La piattaforma definisce un livello comune di servizi e regole di interoperabilità. I servizi minimi comprendono funzioni di televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e telereferenziazione, erogabili attraverso strumenti conformi agli standard e ai requisiti definiti a livello nazionale. In questo assetto, la telemedicina non è configurata come un servizio unitario, ma come un insieme di capacità modulari rese disponibili all'interno di un quadro comune. La disponibilità di un'infrastruttura condivisa consente l'accesso alla telemedicina da parte di una pluralità di operatori, evitando soluzioni chiuse o proprietarie e favorendo l'utilizzo dei servizi digitali all'interno dei percorsi di cura ordinari.

La piattaforma nazionale opera quindi come elemento di raccordo tra iniziative locali, operatori diversi e modelli organizzativi differenziati, mantenendo una base comune di funzionamento e integrazione.

5.3. L'AI a supporto dei processi clinici, riabilitativi, assistenziali e amministrativi

L'intelligenza artificiale rappresenta una delle trasformazioni tecnologiche più rilevanti in corso, con applicazioni in sanità che interessano in misura crescente ambiti clinici, riabilitativi, assistenziali e amministrativi. Al di là delle aspettative che l'accompagnano, il suo impatto potenziale va in questo caso inquadrato in termini di capacità di incidere sui processi di lavoro e sull'organizzazione delle attività, in un contesto caratterizzato da risorse limitate, crescente complessità dei bisogni e forte pressione sui professionisti, nel quadro delle valutazioni di sicurezza ed efficacia definite dalle attuali cornici regolatorie nazionali

ed europee. Per le nostre finalità, è possibile ricondurre gli ambiti di applicazione dell'AI a due famiglie principali di casi d'uso. La prima riguarda il supporto nei processi clinici, riabilitativi e assistenziali. In questi contesti, l'AI può affiancare i professionisti nella gestione di processi in cui le elevate capacità di raccolta, elaborazione e analisi delle informazioni può generare valore, contribuendo a migliorare la coerenza e la tempestività delle decisioni operative e a supportare forme di personalizzazione degli interventi. Il valore di queste applicazioni non risiede nella sostituzione del giudizio professionale, ma nella capacità di rendere più gestibili complessità, variabilità e continuità dei percorsi.

Box 5.4. Casi d'uso specifici di AI applicata ai processi clinici, assistenziali e riabilitativi

L'IA nello screening del tumore alla mammella

Alla fine del 2025 sono state pubblicate le nuove linee guida nazionali sull'uso dell'IA nello screening mammografico. Il documento muove da un presupposto esplicito: in molti programmi di screening la disponibilità di radiologi è limitata, rendendo difficile sostenere la doppia lettura sistematica e generando ritardi negli inviti e nella refertazione. Le linee guida assumono che l'IA possa supportare la decisione umana, riservando ad essa non un contributo diagnostico nella lettura, essendo considerata la tecnologia non ancora matura, ma di triage, nel definire quali esami, in donne asintomatiche e a rischio medio, richiedano una doppia lettura o possano essere eseguite in singola lettura (Fonte: ISS, 2025).

L'IA a supporto delle attività assistenziali in RSA

All'interno delle RSA, soluzioni di IA vengono sempre più spesso utilizzate come infrastrutture di supporto ai processi assistenziali quotidiani, in contesti segnati da carenze strutturali di personale e crescente complessità dei bisogni, ma anche di possibilità di intervento. Sistemi basati su sensori ambientali e modelli di analisi automatizzata consentono il monitoraggio continuo delle condizioni dei residenti e delle attività assistenziali, generando alert in tempo reale su rischi clinici (cadute, posture prolungate,

wandering) e dati aggregati su carichi e modalità di lavoro dei professionisti. Il valore di queste soluzioni non sta tanto nel controllo su residenti e operatori, ma nella capacità di oggettivare fenomeni altrimenti invisibili, a supporto della personalizzazione dell'assistenza, della prevenzione degli eventi avversi e della riallocazione dei carichi assistenziali sulle attività a maggiore valore.

L'IA a supporto della riabilitazione

La riabilitazione rappresenta una componente della risposta al bisogno intrinsecamente complessa, che non può essere ricondotta a una sequenza standardizzata di prestazioni, ma a un processo continuo orientato alla persona e ai suoi bisogni funzionali. L'organizzazione dei servizi riabilitativi resta fortemente ancorata a una distinzione rigida tra setting erogativi (i codici 28, 56 e 75 per l'attività ospedaliera, il setting residenziale e domiciliare), spesso poco coerente con la complessità dei bisogni espressi dai pazienti. In questo contesto, tecnologie digitali e sistemi di IA possono supportare il monitoraggio dello stato funzionale, la valutazione dell'appropriatezza del setting e dell'intensità riabilitativa, nonché la gestione dei tempi di transizione lungo il percorso di cura. Insieme a tecnologie che rendono le prestazioni più efficaci, questo approccio mette in discussione la sostenibilità di standard e setting definiti rigidamente, suggerendo la necessità di modelli regolatori più flessibili e maggiormente centrati sulla personalizzazione del percorso sulla base dei piani riabilitativi individuali.

La seconda famiglia di casi d'uso riguarda l'automazione delle attività ripetitive e standardizzabili, in particolare di natura amministrativa o comunque documentale. In questo ambito, l'AI può incidere in modo diretto sull'organizzazione del lavoro, riducendo il tempo dedicato ad attività a basso valore aggiunto e contribuendo ad aumentare la capacità produttiva del sistema a parità di risorse disponibili. Questa dimensione è particolarmente rilevante per la sostenibilità, in quanto consente non solo di liberare tempo professionale da riallocare verso attività a maggiore valore clinico e relazionale, ma anche di colmare delle carenze di personale, sia in ambito clinico che amministrativo, difficilmente colmabili stanti le attuali previsioni demografiche.

Box 5.5. Casi d'uso specifici di AI applicata a processi amministrativi

L'IA a supporto delle attività di accreditamento

L'attività di accreditamento degli erogatori implica, per le aziende del SSN accreditanti (Regioni, ASL/ATS) la valutazione sistematica di requisiti strutturali, organizzativi, tecnologici e di personale, attraverso l'analisi di grandi volumi di documentazione eterogenea e soggetta a frequenti aggiornamenti normativi.

In questo contesto, sistemi di IA per l'analisi del linguaggio naturale (NLP), la classificazione automatica dei documenti e la verifica della conformità a requisiti espliciti possono supportare la mappatura degli standard, il confronto tra criteri ed evidenze e l'individuazione preventiva di scostamenti. L'adozione di tali strumenti può rafforzare la capacità valutativa ex ante ed ex post, riducendo l'asimmetria informativa e favorendo un'evoluzione dell'accreditamento da controllo episodico a sorveglianza continuativa della qualità organizzativa, in un'ottica di maggiore efficacia nell'utilizzo di risorse professionali sempre più scarse, anche nell'ambito dei ruoli amministrativi.

AI Scribes e supporto all'attività documentale dei clinici

Gli *AI Scribes* sono sistemi di IA progettati per supportare la produzione di documentazione clinica attraverso l'ascolto passivo delle interazioni medico-paziente e la produzione automatica di contenuti strutturati. Tali soluzioni combinano modelli di *speech-to-text* per la trascrizione, tecniche di NLP per l'estrazione delle informazioni clinicamente rilevanti e modelli generativi per la sintesi e l'organizzazione delle note nei formati richiesti dai sistemi informativi sanitari.

L'IA può così supportare la compilazione di cartelle cliniche elettroniche e database clinici secondo codifiche e standard predefiniti, riducendo duplicazioni, incoerenze ed errori. La validazione finale resta in capo al clinico, mentre il beneficio principale sta nella riduzione del carico documentale, una migliore integrazione nei flussi di lavoro clinici, nonché una migliore relazione medico-paziente.

Nel loro insieme, queste due famiglie di casi d'uso mostrano come il contributo dell'AI vada letto non come un insieme di applicazioni isolate, ma come una leva per incidere sui processi e sull'impiego delle risorse professionali. È in questa chiave che l'AI può creare le premesse per un ripensamento dell'organizzazione del lavoro e degli standard organizzativi.

5.4. Le piattaforme SSN e l'AI come leva di sostenibilità per il futuro del sistema

I rilevanti investimenti realizzati negli ultimi anni dal SSN in infrastrutture digitali rischiano di produrre benefici limitati non solo se rimarranno confinati a funzioni di supporto alla singola prestazione o setting di cura, ma anche se utilizzati esclusivamente all'interno del perimetro SSN in senso stretto. In un sistema che, nei fatti, mobilita una pluralità di circuiti di produzione e finanziamento, la piena valorizzazione dell'ecosistema digitale richiede un cambio di prospettiva: da insieme di strumenti a supporto dell'offerta pubblica a piattaforma di integrazione e di governo della domanda del sistema nel suo complesso. Questo passaggio implica una ridefinizione del ruolo del SSN: da erogatore prevalente di prestazioni a soggetto regolatore e coordinatore di un ecosistema nel quale coesistono attori, fonti di finanziamento e modelli organizzativi differenti. Come discusso nel Capitolo 4 rispetto al tema del *pooling* e dell'ibridazione, il governo dei percorsi che attraversano attori diversi non può essere affidato alla sola capacità dell'utente di ricomporre l'offerta. L'esperienza dei percorsi ibridi mostra come, in assenza di una regia esplicita, la ricomposizione ricada inevitabilmente sull'assistito, con esiti eterogenei e spesso diseguali. L'ecosistema digitale offre la possibilità di redistribuire tale onere, ricollocandolo a livello sistemico. In questa prospettiva l'ecosistema digitale assume una funzione centrale nella misura in cui consente di codificare, rappresentare e monitorare la domanda e l'offerta di salute nell'intero percorso dell'utente, rendendo gli episodi osservabili e coordinabili anche quando erogati in circuiti differenti, a condizione che gli attori che vi partecipano rispettino i requisiti definiti dal sistema pubblico e che l'utente acconsenta a una gestione coordinata del proprio percorso di salute. In questo modo, la capacità di governo del sistema non si limita più ai

solli volumi finanziati direttamente dal SSN, ma si estende alla lettura dell'intero percorso assistenziale, indipendentemente dal canale di produzione o finanziamento delle singole prestazioni. In questo senso, l'intero ecosistema digitale del SSN può rappresentare lo strumento attraverso cui il SSN estende la propria capacità di governo oltre i confini delle proprie aziende, tutelando l'utente lungo tutti i circuiti che mobilita e creando le condizioni per una ibridazione più trasparente e coerente con le finalità di tutela della salute della popolazione che il SSN persegue fin dal suo concepimento. Si tratta di un'evoluzione significativa rispetto a una *governance* centrata esclusivamente sugli erogatori pubblici o accreditati, poiché introduce la possibilità di monitorare e orientare anche le interazioni tra circuito pubblico e privato, favorendo una maggiore trasparenza e una più chiara attribuzione delle responsabilità.

Rivedere fabbisogni di personale e modelli organizzativi alla luce del contributo potenziale dell'AI

La diffusione di applicazioni di AI con livelli sempre più elevati di accuratezza, sicurezza ed efficacia pone interrogativi profondi sul razionale che ha storicamente guidato la definizione degli standard di personale e dei modelli organizzativi nei servizi sanitari. Gli standard di personale e i criteri organizzativi oggi vigenti sono stati concepiti in un contesto nel quale molte attività ad alta intensità informativa richiedevano necessariamente un intervento umano diretto e continuativo. L'evoluzione tecnologica impone di verificare se tali standard rimangano pienamente coerenti con le modalità attuali di produzione dei servizi. In molti ambiti clinici, assistenziali e amministrativi, l'AI dimostra di poter supportare in modo sistematico attività ad alta intensità informativa, incidendo sulle modalità con cui il lavoro viene svolto e sul tempo professionale necessario per garantire determinati livelli di servizio. In un contesto come quello italiano, caratterizzato da una progressiva riduzione della popolazione in età attiva e da tensioni già evidenti sul mercato del lavoro, senza eccezioni in quello sanitario, questa trasformazione rende non più rinviabile una riflessione esplicita su come l'interazione professionista-AI possa essere incorporata nei processi ordinari di funzionamento del sistema.

Il tema non riguarda la sostituzione del lavoro umano, ma la possibilità di ripensare in modo realistico fabbisogni, *skill-mix* e standard operativi, alla luce di processi in cui una parte delle attività è supportata o parzialmente svolta da sistemi di AI. Ciò comporta una riflessione non soltanto quantitativa, ma qualitativa sulla composizione delle équipes e sulla distribuzione delle competenze. L'interazione tra professionisti e strumenti algoritmici può infatti modificare il perimetro delle attività svolte, incidendo sulla configurazione dello *skill-mix* e sui fabbisogni complessivi. In questa prospettiva, mantenere invariati criteri e vincoli di funzionamento definiti in un contesto tecnologico profondamente diverso rischia di produrre rigidità organizzative e inefficienze crescenti, aggravando le difficoltà nella copertura dei bisogni e di sostenibilità complessiva. In tale scenario, l'inerzia regolatoria rischia di trasformarsi in un fattore di inefficienza, qualora impedisca di adattare l'organizzazione del lavoro alle opportunità offerte dalle nuove tecnologie. Al contrario, riconoscere l'IA come una componente strutturale dei processi consente di affrontare il tema degli standard di personale non in termini difensivi o ideologici, ma come parte di un più ampio ripensamento delle modalità di erogazione e organizzazione del lavoro, preservando qualità e sicurezza ma adeguando le regole a un contesto in rapida evoluzione. La sfida consiste nel garantire che l'innovazione tecnologica venga incorporata in modo coerente nei modelli di servizio, evitando sia un utilizzo meramente additivo – che si limita a sovrapporre strumenti digitali a processi invariati – sia una deregolazione non governata che possa compromettere qualità e sicurezza.

Considerazioni finali

Il sistema di tutela della salute del nostro Paese è, per sua natura, plurale. Lo è, innanzitutto, sul piano istituzionale, per la compresenza di almeno tre livelli di governo (nazionale, regionale, locale) accompagnati ciascuno da enti di diversa natura e con diverse prerogative (Istituzioni, Aziende, Agenzie, Enti intermedi). In secondo luogo, lo è sul piano professionale, per la natura *professional* e *knowledge-based* delle sue organizzazioni e la centralità che le comunità professionali (ordini, società scientifiche, sindacati) ricoprono nel contribuire a definirne le logiche di funzionamento. Lo è inoltre sul piano produttivo, per il ruolo significativo che soggetti istituzionalmente privati ricoprono nell'erogazione in molte aree di assistenza (si pensi ad esempio all'assistenza riabilitativa, domiciliare e residenziale). Infine, lo è anche sul piano del finanziamento, per la coesistenza di risorse pubbliche, private individuali e intermedie da soggetti collettivi, che concorrono al soddisfacimento di bisogni di salute. Tale pluralità, combinata con i cambiamenti demografici, tecnologici e socio-economici che stiamo vivendo, alimenta quelle configurazioni ibride che sono diffuse in ogni ambito di assistenza. L'ibridazione non è dunque da leggere come degenerazione rispetto al disegno originario del sistema, ma come esito strutturale della sua evoluzione in un contesto di profondi mutamenti. In questa prospettiva, il nodo critico della sostenibilità del SSN non passa dunque dalla mera coesistenza di una pluralità di attori e circuiti, ma dalla capacità di assumere coerenza tra obiettivi, responsabilità e livelli decisionali in un contesto estremamente articolato. Pur auspicando un progressivo aumento delle risorse a disposizione, essa non può pertanto essere ridotta alla sola dimensione finanziaria, ma dipende in modo rilevante dalle modalità attraverso cui verranno coordinati i diversi livelli della catena di produzione del valore in sanità:

- la governance e le regole di sistema, ovvero lo stabilire di ruoli e responsabilità formali e sostanziali;
- la responsabilità della risposta al bisogno, ovvero la chiara individuazione di chi e come risponde, nel quadro delle regole definite e delle risorse a disposizione, del soddisfacimento dei bisogni;

- la presa in carico del bisogno, ovvero la responsabilità di ricomporre la catena dei bisogni dell'utente e fornire risposte coerenti;
- le modalità e condizioni operative di erogazione delle singole prestazioni.

Le proposte delineate in questo contributo – dalla ri-regolazione degli standard di input, al *pooling* delle risorse, l'evoluzione dell'ecosistema digitale in chiave di integrazione governata e alla tutela del consumatore in sanità – intervengono su snodi diversi ma profondamente interconnessi. In questa prospettiva, le prerogative di governo restano saldamente pubbliche, ma ciò che è chiamato a evolvere è la modalità del loro esercizio, che dovrebbe auspicabilmente separare logiche di presidio di parametri istituzionali e organizzativi ristretti per assumere una funzione di regia dell'intero ecosistema della salute.

Driver esogeni per l'incremento dell'efficienza del SSN

I driver interni di efficientamento sono stati lungamente esplorati e agiti dal SSN nei limiti del capitale istituzionale e amministrativo disponibile. Questo ha garantito risultati lusinghieri e certificati dal confronto internazionale in termini di aspettativa di vita, equità tra le persone e infrastrutture di cura, pur nei limiti strutturali e difficilmente superabili di una spesa pubblica per la sanità del 6,3% del PIL. Tra i principali driver endogeni agiti rientrano:

- a) la piena responsabilizzazione economica delle regioni e i conseguenti sistemi di incentivo/sanzione istituzionale;
- b) la riprogrammazione delle reti di offerta (DM 70 e DM 77) che può essere considerata a un buon livello di attuazione;
- c) una significativa capacità di governo dei singoli silos di spesa (personale, farmaci, privato accreditati);
- d) la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi;
- e) la massimizzazione della produttività ottenibile con il budget dedicato alle aziende private accreditate, al limite della loro insostenibilità economica;
- f) una rilevante digitalizzazione in molti comparti (percorso autorizzativo e accesso al farmaco, FSE, CUP).

C'è ovviamente sempre spazio, nei sistemi complessi, per l'aumento dell'efficienza produttiva interna e questo va considerato un cantiere permanente e strutturale. Esso però ha un rendimento nel tempo decrescente, a capitale istituzionale e amministrativo dato.

Aggiungiamo che i rimanenti spazi di efficientamento disponibili (es. accorpamento o chiusura della quota ancora rilevante di unità operative ospedaliere che non raggiungono le casistiche minime) sono politicamente molto costosi e quindi di più difficile attuabilità.

Rimane teoricamente disponibile anche la strada dell'aumento delle risorse pubbliche e private per il SSN e per il sistema di tutela della salute, ma il contesto demografico e il correlato scenario macroeconomico, non permettono realisticamente di intravedere aumenti significativi di risorse tali da cambiare lo scenario del settore salute italiano, nel breve e medio periodo. Occorre pertanto affiancare alle azioni di efficientamento "endogene", costruite sui meccanismi operativi interni del SSN, azioni di efficientamento "esogene", ovvero che agiscono sui perimetri delle regole del sistema, sulle aspettative e sulle finalità attese, sugli standard erogativi alla luce delle tecnologie disponibili. Si tratta di ridefinire la cornice in cui deve collocarsi il SSN e tutti gli attori che concorrono a vario titolo alla tutela della salute, alla luce delle profonde trasformazioni epidemiologiche, tecnologiche e di competenze professionali trasformatesi e ri-codificatesi negli ultimi 20 anni.

Driver regolatori degli input

Gli standard nell'uso del personale sono in molti setting e ambiti disciplinari non più coerenti allo stato delle conoscenze scientifiche, alle aspettative dei professionisti e degli stessi utenti. Questo evidente "spreco" sistemico è determinato da standard regolatori spesso frutto di tempi passati, per i quali non esiste un meccanismo istituzionale sistematico di monitoraggio e di verifica del permanere delle ragioni che ne avevano sorretto l'introduzione e della loro attitudine a perseguire le finalità per cui erano stati immaginati. Il SSN deve rapidamente attivare un dispositivo organizzativo e istituzionale permanente di analisi, valutazione e riprogrammazione degli standard regolatori, che abbia una rapidità di

intervento allineata all'evoluzione delle tecnologie, delle competenze professionali e profili epidemiologici, che si intenderebbe razionalmente disciplinare. L'oggetto della urgente ri-regolazione riguarda:

- a) gli standard e i mix di personale;
- b) le infrastrutture minime (tipologie, dimensioni e livello qualitativo) per ottenere le autorizzazioni per eseguire le singole procedure;
- b) le tipologie di tecnologie necessarie per svolgere specifiche prestazioni.

A questo proposito, le attuali divergenze regolatorie tra regioni sugli standard di personale o infrastrutturali minimi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture raccontano di una disciplina disordinata e disorganica, evidentemente non governata. A titolo d'esempio, oggi esistono differenze rilevanti di personale infermieristico per medico in ospedale o per PL in RSA. Tali differenze, in alcune situazioni anche nell'ordine del 50%, denunciano evidentemente che in molti contesti i parametri della regolazione sono oggettivamente sbagliati e che, in generale, vi è poca correlazione tra gli standard fissati e le conseguenze attese sugli *outcome* dei servizi. In generale, la straordinaria variabilità interregionale descrive un meccanismo regolatorio pervasivo, ad altissima *compliance* da parte degli erogatori pubblici e privati, che nel complesso però non è governato, frutto di stratificazioni storiche, le cui razionalità parziali e locali oramai si sono perse nel tempo e si sono trasformate in adempimenti burocratici. La regolazione, i cui standard non vengono controllati e ripensati da tempo, genera un clima adempimentale e depressivo per tutti gli attori coinvolti – controllori, erogatori, professionisti – che distrugge, invece che generare, valore in un sistema, il quale, all'opposto, ha bisogno di ritrovare slancio, gusto dell'innovazione e della generatività. La regolazione è fisiologicamente sempre percepita come un dovere necessario e faticoso, soprattutto in ambiti caratterizzati da motivazioni pro-sociali, alte competenze professionali e grandi evoluzioni tecnologiche. Ma questa fatica diventa frustrazione se le regole sono percepite come superate e incoerenti rispetto allo stato dell'arte della medicina e della sanità in generale. La buona notizia consiste nel fatto che l'aggiornamento delle regole e la loro messa in coerenza allo scenario delle prassi e delle conoscenze attuali potrebbe essere potenzialmente un processo sufficientemente rapido (18-24 mesi), molto tecnico e poco

politico, di veloce attuazione e impatto a cascata nella filiera istituzionale multilivello.

Gli input possono essere resi più efficaci anche e soprattutto facendo *pooling* tra le risorse pubbliche e private delle famiglie, superando la attuali frammentazioni, duplicazioni e incoerenze. Non ragioniamo, a questo proposito, di un cambio dell'assetto istituzionale del SSN, ma su una integrazione a valle delle risorse pubbliche e private, da realizzarsi lavorando sui processi di organizzazione delle interdipendenze. In particolare, proponiamo di riflettere su:

- a) l'integrazione rapida all'interno del FSE, così come previsto dalla normativa, di tutte le informazioni dell'assistito (rendendo effettiva la proprietà dell'assistito e non delle strutture produttrici dell'informazione, né del sistema), in modo che esista per gli utenti un luogo univoco di consultazione di tutti i dati e i documenti, acquisiti da qualsiasi erogatore e circuito, potendo così offrire una vista ricomposta del proprio percorso di cura a qualsiasi professionista si rivolgano;
- b) la definizione di un perimetro più chiaro dei diritti e delle prestazioni realmente esigibili dalla popolazione generale all'interno del SSN;
- c) un coordinamento a livello regionale delle prestazioni garantite dal SSN e di quelle sostenute da enti della sanità integrativa o principalmente prodotte a pagamento.

La chiara definizione della complementarità dei diversi silos del sistema di tutela della salute e un processo di unificazione del luogo di raccolta delle informazioni sul cittadino possono essere strumenti significativi di sinergia, sia per la cura, sia per la maggiore fruibilità dei servizi, sia per l'integrazione e la programmazione dei volumi di attività dei singoli attori/comparti.

Una esplicitazione delle prestazioni ragionevolmente attese nei singoli comparti, renderebbe anche più evidenti eventuali comportamenti opportunistici di singoli erogatori, oggi dissimulati nel relativo disordine e *overlapping* dei comparti del sistema. Le tecnologie, digitali e non, costituiscono un fattore abilitante di rilievo per la ri-regolazione degli standard di input e per il *pooling* di risorse tra i diversi ambiti.

Il personale sanitario necessario sia in termini di volumi che di *mix* di professionalità cambia

in presenza di *clinical decision support system* o di assistenti virtuali che svolgono in modo semi-automatico le attività amministrative o routinarie del lavoro di cura e assistenza. Allo stesso modo la piattaforma nazionale di telemedicina, come piattaforma abilitante delle prestazioni erogate a distanza da tutti gli attori del sistema di tutela della salute (anche fuori dal SSN), costituisce una efficace forma di *pooling* di risorse, soprattutto se integrata all'ecosistema digitale, incluso il FSE.

Gli strumenti oggi introdotti dal SSN, soprattutto grazie al PNRR, sono di grande potenzialità attuativa. Si tratta di rileggerli in un nuovo *framework*, che possa garantire successo nella modifica delle regole esogene del SSN, per aumentare strutturalmente l'efficienza del sistema di tutela della salute.

Driver di efficienza strutturale ridefinendo le geografie

produttiva in eccesso rispetto ai fabbisogni di un contesto più flessibile. La iper-frammentazione professionale ha contribuito a rendere alcune specialità o professioni non più interessanti e attrattive, anche per un focus ristretto del contenuto professionale non sufficientemente gratificante. I silos professionali stretti, nei percorsi di carriera lunghi che oggi le speranze di vita contemporanee ci garantiscono, non permettono varietà di ruoli e mansioni, togliendo opportunità alla crescita e diversificazione professionale e alla riduzione del *burn out* ottenibile con l'innovazione del contenuto di lavoro.

Le stesse università risultano lo specchio di questa iper-frammentazione con percorsi formativi di nicchia a numeri modesti.

La comparazione internazionale dimostra che in molti altri paesi è minore sia il numero delle specializzazioni mediche, sia le categorie delle professioni sanitarie. Questo permette una formazione universitaria più ricca e generalista, su cui si innestano percorsi di specializzazione, che possono essere integrati lungo la carriera, potendo cumulare più saperi e interpretare diversi ruoli professionali. Questo garantisce maggiore flessibilità occupazionale ed efficienza nelle organizzazioni e maggiori competenze degli operatori

che possono operare su spettri più ampi di attività e tipologie di pazienti.

La fusione di alcune qualifiche meno attrattive con altre più attrattive potrebbe inoltre rendere i processi di reclutamento universitario più efficaci.

La geografia dei produttori ha alla base strutture di regolazione e competizione istituzionale definite a livello regionale. Dato il prezzo per prestazione fissato dal regolatore, la competizione nel SSN tra i produttori privati accreditati, una volta definiti i budget, è basata sulla percezione della qualità e accessibilità delle strutture da parte dei pazienti. Il perimetro infra-regionale della competizione risulta incoerente rispetto:

- a) al processo di concentrazione industriale in sanità che vede oggi la presenza di numerosi gruppi imprenditoriali nazionali o inter-regionali, sia in ambito per acuti, che ambulatoriale, riabilitativo e diagnostico;
- b) al fisiologico processo di mobilità inter-regionale di confine, anche considerando che 10 regioni italiane su 21 non raggiungono un bacino di utenza significativo, necessario per disporre della competenza clinica per molte specialità ad elevata complessità.

La regolazione regionale pone il gruppo inter-regionale in una posizione di vantaggio informativo e di opportunità rispetto al regolatore regionale. Oggi occorre trovare delle forme per concertare e negoziare le strategie di servizio dei gruppi in modo unitario (inter-regionale) comprendendo anche una programmazione delle mobilità sanitaria inter-regionale che dia certezze ai pazienti, alle regioni e ai gruppi, a vantaggio di tutti gli stakeholder. Alcuni settori stanno raggiungendo dei coefficienti di industrializzazione significativi, dove la massa critica garantisce qualità ed efficienza, in particolare nell'area diagnostica. In queste aree è immaginabile progressivamente passare a contratti nazionali con una chiave competitiva sul rapporto volume/prezzo praticato al SSN, come già avviene per la negoziazione AIFA con le imprese farmaceutiche. Si tratta di riconoscere i processi di concentrazione industriale in corso, che mutualmente concertati, potrebbero garantire grandi vantaggi al SSN e ai gruppi stessi, generando realtà imprenditoriali più consolidate, innovative e visibili anche sul piano internazionale.

La protezione del consumatore in sanità

L'Italia si colloca, anche nell'ambito delle norme condivise dagli stati membri dell'Unione Europea, tra i paesi con le istituzioni e le competenze più efficaci nel tutelare i consumatori, dal campo alimentare, al settore bancario e finanziario (es. i questionari MiFID che testano la *literacy* finanziaria degli investitori classificando il profilo di rischio e di conseguenza i prodotti finanziari proponibili dall'intermediario) o della tutela della privacy. La tutela del consumatore individuale nel settore di tutela della salute in quanto tale è invece ancora da concettualizzare e costruire in modo strutturato. Una disciplina di tutela del consumatore di servizi sanitari dovrebbe riguardare almeno le seguenti dimensioni:

- a) L'appropriatezza "tecnica" delle prestazioni erogate, ovvero quando una prestazione sanitaria singola o ripetuta nel tempo in modo eccessivo rischia di generare più danni rispetto al beneficio atteso;
- b) L'incremento della trasparenza dei prezzi e delle caratteristiche dei servizi erogati, ad esempio attraverso la pubblicizzazione dei differenziali del rapporto prezzo/caratteristiche dei singoli produttori per le identiche prestazioni;
- c) L'unitarietà informativa, con l'*enforcement* dell'obbligo per tutti gli erogatori (del SSN e dei circuiti privati) di alimentare il FSE del cittadino;
- d) La possibilità di trovare e utilizzare effettivamente un case manager "terzo" (il proprio MMG, un altro medico, una organizzazione ad hoc) che aiuti a navigare il sistema ibrido in modo competente e ragionevole per i propri obiettivi di salute.

Il processo di cambiamento

Il processo di cambiamento per realizzare le suggestioni di policy e di ri-regolazione qui delineate deve darsi un arco di tempo obiettivo di circa pochi (2-3) anni, ovvero un tempo ragionevole per dialogare e concertare con gli *stakeholder*, per preparare studi e proposte di ri-regolazione e di attraversare il processo di approvazione legislativa. Un tempo più breve risulterebbe una apparente scorciatoia, che rischia di generare tali anticorpi tra gli

stakeholder coinvolti da risultare poi non approvabile. Viceversa, un tempo di incubazione e negoziazione eccessivamente lungo rischia di sfarinare il processo e privarlo di un confine chiaro entro cui riuscire a praticarne la fattibilità.

Gli interlocutori principali da attivare in questa concertazione sono:

- le rappresentanze professionali (ordini e società scientifiche), per ri-regolamentare gli standard di personale e le categorie professionali;
- gli enti di intermediazione della spesa sanitaria privata e le loro parti costitutive, per concertare gli scopi e le distinte finalità complementari dei rispettivi programmi di servizio ed eleggibilità dei pazienti e delle prestazioni;
- i produttori sanitari privati che erogano una quota più rilevante di attività accreditata e a pagamento.

La componente pubblica è regista di questo processo, propone e discute diagnosi della situazione esistente, offre visioni da dibattere e propone nuove forme di regolazione e contrattualizzazione tra le parti da concertare. La comprensione dello scenario epidemiologico, sociale, produttivo ed economico delineato in questo documento ci spinge a pensare che le rappresentanze nazionali delle proprie categorie siano oggi disponibili a ri-regolamentazioni che avvantaggiano lo sviluppo di contenuti professionali più ricchi e qualificati, più flessibili e variabili nel corso della carriera, in base alle preferenze e alle scelte assunte dal professionista medico e/o delle professioni sanitarie.

La governance del cambiamento

Il SSN è storicamente strutturato attorno a una *governance* molto focalizzata a governare sé stesso, ovvero l'insieme degli erogatori pubblici e privati finanziati dalle risorse pubbliche. La governance del SSN offre pochi tensori istituzionali e ha sviluppato poche competenze, logiche e strumenti per governare il settore della tutela della salute, che comprende le altre fonti di finanziamento e gli altri attori. Inoltre, il SSN dedica poche azioni di studio e governo alle regole che potrebbero garantire efficienza esogena, in parte perché conside-

rate erroneamente frutto di evidenze scientifiche, in parte perché considerate appannaggio delle comunità professionali di cui dovrebbero essere espressione, in parte perché intervenire in tale ri-costruzione implica una ridefinizione degli equilibri esistenti, con costi politici e negoziali elevati.

Pensiamo che sia necessario configurare nella *governance* del SSN dei dipartimenti o delle agenzie dedicate, che abbiano precisi obiettivi, incentivi e possano sviluppare competenze adattate per affrontare le criticità emergenti, strutturali e strategiche che possono risultare decisive per garantire sostenibilità di lungo periodo al SSN.

Bibliografia

AGENAS (2025). *Manuali di accreditamento delle strutture sanitarie*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/accreditamento/manuali-di-accreditamento>

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). (2025). *L'uso dei farmaci in Italia: Rapporto OsMed 2024*. Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed).

Banca d'Italia. (2025). *Declino demografico, lavoro e crescita economica in Italia. Intervento di Andrea Brandolini davanti alla Commissione parlamentare di inchiesta sugli effetti economici e sociali derivanti dalla transizione demografica in atto*. Banca d'Italia.

Broccolo, G., Furnari, A., Longo, F., Puritani, G., e Ricci, A. (2025). La variabilità dei consumi e delle prescrizioni nel SSN: Un confronto inter e infra regionale. In *Rapporto OASI 2025*. Egea.

Broccolo, G., Palvarini, A., Gugiatti, A., Oprea, N., e Manfredi, S. (2025). La struttura e le attività del SSN. In *Rapporto OASI 2025*. Egea.

Buchan, J., e Dal Poz, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World health Organization*, 80(7), 575-580.

Cavazza, M., Del Vecchio, M., Fenech, L., Preti, L., e Rappini, V. (2025). I consumi privati in sanità. In *Rapporto OASI 2025*. Egea.

Del Vecchio, M., Giacomelli, G., Montanelli, R., Sartirana, M., e Vide, F. (2022). Le politiche di skill-mix change per la trasformazione dei servizi. In *Rapporto OASI 2022*. Egea.

Del Vecchio, M., Giudice, L., e Rappini, V. (2025). Sistemi e consumi ibridi. In G. Pelissero, A. Basiglini, A. Cassoni, M. Cavazza, M. Del Vecchio, G. Fares, L. Giudice, M. Granillo, L. Preti, & V. Rappini (Eds.), *La spesa privata in sanità. L'evoluzione del sistema duale italiano* (pp. 32-42). Pensiero Scientifico Editore.

Dubois, C. A., e Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human resources for health*, 7(1), 87.

Fosti, G., Longo, F., Manfredi, S., Miraglia, E., Notarnicola, E., Perobelli, E., e Rotolo, A. (2025). L'assistenza agli anziani non autosufficienti: Trend nazionali e nuovo percorso di

valutazione unica del bisogno. In *Rapporto OASI 2025*. Egea.

Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Polity Press.

Furnari, A., Manfredi, S., & Perobelli, E. (2023). Regione che vai, RSA che trovi: la residenzialità per anziani in dodici regioni. In *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care: 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care* (pp. 53-100). Egea.

Furnari, A., Puritani, G., Notarnicola, E., Ricci, A., & Rota, S. (2025). La spesa sanitaria. In *Rapporto OASI 2025*. Egea.

Ghielmi, M., L. P., Ferrario, L., Schettini, F., & Foglia (2024) Dalla valutazione all'integrazione di nuove soluzioni informatiche: il caso del Cataract Workflow. *TrendSanità*.

Laffont, J.-J., e Tirole, J. (1991). The politics of government decision making: A theory of regulatory capture. *The Quarterly Journal of Economics*, 106(4), 1089-1127. MIT Press.

Leong, S. L., Teoh, S. L., Fun, W. H., & Lee, S. W. H. (2021). Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: an umbrella review. *European Journal of General Practice*, 27(1), 198-210.

Maier, C. B., Budde, H., Kroezen, M., Winkelmann, J., & Wismar, M. (2018). Overview of systematic reviews: outcomes of health workforce skill-mix changes in ambulatory care. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_4), cky213-857.

Mathauer, I., Torres, L. V., Kutzin, J., Jakab, M., & Hanson, K. (2019). Pooling financial resources for universal health coverage: options for reform. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(2), 132.

Musgrove, P. (1996). *Public and private roles in health: Theory and financing patterns* (World Bank Discussion Paper No. 339). World Bank.

Nancarrow, S. A. (2015). Six principles to enhance health workforce flexibility. *Human resources for health*, 13(1), 9.

Notarnicola, E., Perobelli, E. (2025) Una lettura delle interdipendenze nella prospettiva delle RSA: il punto di vista dei gestori OLTC. In *Il settore Long Term Care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione: 7° Rapporto Osservatorio Long Term Care* (pp. 59-71). Egea.

-
- Pirrotta, L., Bellé, N., Cantarelli, P., & Da Ros, A. (2023). Metodologie per la determinazione del fabbisogno di personale nel management della sanità: una revisione della letteratura internazionale. *Mecosan: management ed economia sanitaria*: 126, 2, 2023, 123-150.
- Polistena, B., d'Angela, D., & Spandonaro, F. (Eds.). (2025). *21° Rapporto Sanità: Rapporto CREA Sanità 2025* (Rapporto annuale). C.R.E.A. Sanità.
- Quotidiano Sanità (2022). *Liste d'attesa. Chirurgia ambulatoriale anche presso strutture non ospedaliere*.
- Rebora, G., e Meneguzzo, M. (1992). *Strategia delle amministrazioni pubbliche*. UTET.
- Regione Liguria (2022). *Deliberazione della Giunta Regionale in materia di chirurgia ambulatoriale presso strutture non ospedaliere (Liste d'attesa - ampliamento setting erogativi)*. Regione Liguria.
- Russo, A. G., Bergamaschi, W., e Longo, F. (2025). *Surfing tra SSN e spesa privata: Impatti sui tempi di attesa dei ricoveri oncologici*. MECOSAN, (129), 109-128.
- Selznick, P. (1985). Focusing organisational research on regulation. In R. Noll (Ed.), *Regulatory policy and the social sciences* (pp. 363-364). University of California Press.
- Sibbald, B., Shen, J., & McBride, A. (2004). Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of health services research & policy*, 9(1_suppl), 28-38.
- SOI (2016). *Linee guida clinico-organizzative per la chirurgia della cataratta*. Società Oftalmologica Italiana.
- Van Schalkwyk, M. C., Bourek, A., Kringos, D. S., Siciliani, L., Barry, M. M., De Maeseneer, J., & McKee, M. (2020). The best person (or machine) for the job: rethinking task shifting in healthcare. *Health policy*, 124(12), 1379-1386.
- van Tuyl, L., Vrijhoef, B., Laurant, M., de Bont, A., & Batenburg, R. (2021). Broadening the scope of task shifting in the organisation of healthcare. *International journal of care coordination*, 24(3-4), 91-95.

Nota metodologica

Il presente documento vuole rispondere all'esigenza di offrire una chiave di lettura organica delle principali tensioni di sostenibilità che attraversano il SSN, integrando evidenze disponibili, riflessioni concettuali e l'esperienza maturata dagli autori in attività di ricerca, formazione e confronto con gli operatori del settore. Il lavoro è stato sviluppato nel periodo compreso tra l'estate del 2025 e il febbraio 2026 ed è il risultato di un percorso articolato che ha combinato: (i) analisi documentale di fonti istituzionali; (ii) utilizzo di dati secondari provenienti da fonti pubbliche nazionali (ISTAT, MEF-Ragioneria Generale dello Stato, OSMED-AIFA, Ministero della Salute) e da principali report di settore (Rapporto OASI del CeRGAS SDA Bocconi, Rapporto Sanità del CREA e altri contributi specialistici); (iii) confronto qualitativo con *stakeholder* del sistema di tutela della salute attraverso interviste e momenti di consultazione; (iv) rielaborazione critica di filoni di ricerca già sviluppati dagli autori negli anni precedenti sui temi della regolazione, degli standard organizzativi, del *pooling* delle risorse e dell'ibridazione dei consumi. L'approccio adottato è in primo luogo descrittivo-analitico. Il documento punta a ricostruire le dinamiche strutturali – demografiche, finanziarie, organizzative e tecnologiche – che condizionano il funzionamento e la sostenibilità del sistema. Accanto alla dimensione descrittiva, il documento propone alcune direttrici di *policy* con intento normativo, orientate a stimolare un dibattito e una discussione informata tra decisori pubblici, operatori, professionisti e *stakeholder* del settore, nella consapevolezza dei vincoli strutturali che caratterizzano il contesto italiano.

Il contenuto e le posizioni espresse riflettono esclusivamente l'analisi e le valutazioni degli autori, che nel corso dell'elaborazione del lavoro hanno avuto modo di confrontarsi con numerosi interlocutori attivi nel sistema di tutela della salute. Tali interlocuzioni hanno contribuito ad arricchire l'analisi con prospettive e punti di vista eterogenei. Gli autori desiderano esprimere un sentito ringraziamento a tutte le persone che hanno partecipato a questo confronto e in particolare a: Giovanna Beretta, Luca Foresti, Guido Magrin, Stefano Massaro, Paolo Migliavacca, Marco Parenti, Gabriele Pellissero. Resta inteso che le interpretazioni, le valutazioni e le proposte contenute nel documento sono da attribuirsi esclusivamente agli autori, che ne assumono piena e unica responsabilità.

