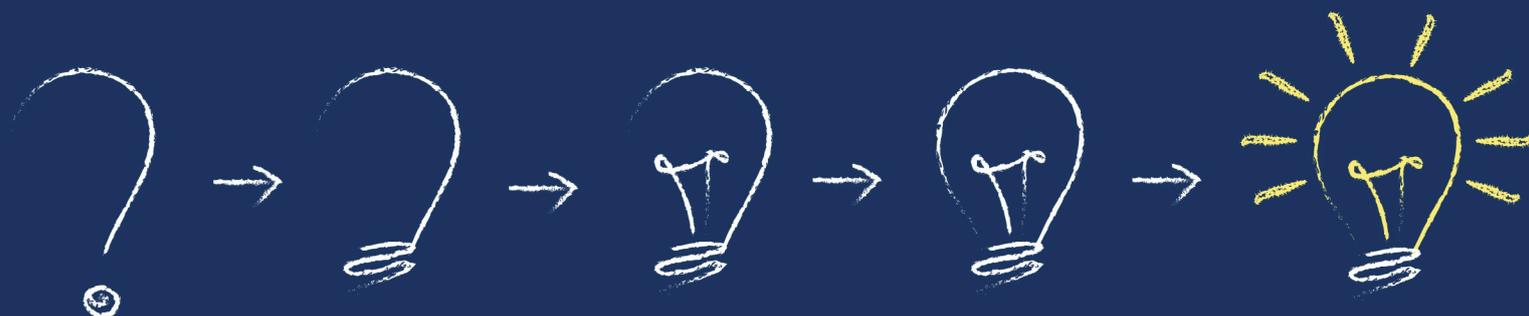




COLLANA DEL CENTRO DI RICERCA
E ALTA INFORMAZIONE
IN HEALTH ADMINISTRATION



INTERROGATIVI E POSSIBILITÀ

I quaderni del CRC HEAD



**Un progetto di institutional building per
il SSN italiano**

A cura di Federico Lega

1/2024



Un progetto di institutional building per il SSN italiano

A cura di Federico Lega, Ph.D.

Federico Lega, è professore ordinario di Economia, Politica e Management Sanitario presso l'Università degli Studi di Milano, dove coordina il Centro di Ricerca ed Alta Formazione in Health Administration (HEAD). È Presidente del corso di Laurea in Management delle Aziende Sanitarie e del Settore Salute (MASS) e board member della European Healthcare Management Association (EHMA). Editor-in-Chief della rivista SAGE di Health Services Management Research, consulente per AGENAS, advisor per la WHO e adjunct professor in UAB (USA) e GMU (UAE). È stato professore alla SDA Bocconi School of Management (1997-2018), dove ha diretto l'International Master in Healthcare Management and Policy (MIHMEP) e il Master in Management per la Sanità (MiMS). Svolge attività di formazione, ricerca e consulenza per istituzioni e aziende del settore salute e LifeScience. Ha pubblicato più di quindici libri e oltre cento articoli scientifici.

INDICE

- 1. Prefazione**
- 2. Primo cantiere: la governance**
- 3. Secondo cantiere: il finanziamento**
- 4. Terzo cantiere: l'organizzazione**
- 5. Quarto cantiere: le persone**
- 6. Riflessione conclusiva: da progetto a comunità di pratiche stabile**

RINGRAZIAMENTI

Gli incontri dai quali nasce la presente riflessione sono stati organizzati e strutturati nei contenuti dal Centro di Ricerche e Alta Formazione in Health Administration (HEAD) dell'Università degli Studi di Milano sotto la direzione del Professor Federico Lega.

Il progetto è stato sviluppato in partnership e con il supporto non condizionante di Pfizer. Un ringraziamento speciale a **Federica Santi** e **Cristian Stefenoni** che hanno sposato e contribuito in modo significativo all'ideazione del progetto

"ONE SSN".

I partecipanti che hanno preso parte ai lavori e ai quali anche appartiene il risultato finale - fermo restando la responsabilità ultima dell'estensore del documento, il Prof. Federico Lega - sono di seguito elencati in ordine alfabetico: **Altini Mattia**, Direttore Generale dell'assistenza ospedaliera - Regione Emilia-Romagna; **Baldino Luca**, Direttore generale cura della persona, salute e welfare - Regione Emilia-Romagna; **Bosio Marco**, già Direttore Generale ASST GOM Milano, ora Direttore Generale ASST Rhodense; **Brusaferro Silvio**, Direttore Dipartimento Medicina e Chirurgia - Università di Udine; **Crugnola Roberto**, Amministratore Delegato - Gruppo San Donato; **Frittelli Tiziana**, Presidente di Federsanità Anci Lazio e Direttore Generale AO San Giovanni Addolorata - Roma; **Gelli Federico**, Direttore generale sanità, welfare e coesione sociale - Regione Toscana; **Giurdanella Pietro**, Presidente Ordine Professioni Infermieristiche Bologna - FNOPI; **Lega Federico**, Università degli Studi di Milano; **Nicora Carlo**, Direttore Generale Istituto Nazionale dei Tumori e vicepresidente FIASO - Milano; **Picco Carlo**, Direttore Generale ASL Città di Torino e già Commissario Azienda Zero Piemonte; **Ravera Luciano**, Amministratore Delegato - Istituto Clinico Humanitas; **Toniolo Roberto**, Direttore Generale Azienda Zero - Veneto.

PREFAZIONE

Negli ultimi mesi il dibattito attorno al futuro del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si è ulteriormente intensificato.

Sfortunatamente i mass media, una consistente fetta della politica, ed una altrettanto significativa parte degli attori interessati al settore (associazionismo, fondazioni di scopo, rappresentanze sindacali, ecc.) persistono nel riportare e sottolineare - per ragioni di strumentalità o per incompetenza - una narrativa e una fotografia dello stato di salute del SSN dai contorni populistici e disfattistici.

Ad esse seguono¹, non di rado, proposte di soluzioni caratterizzate sia da un focus forte sull'ingegneria istituzionale e mosse da un afflato negativo nei confronti della regionalizzazione, sia da un'enfasi ricorrente sulla necessità di infondere risorse economiche nel sistema.

Al contrario, chi "vive" il SSN dall'interno delle sue istituzioni di governo primarie nell'assetto attuale, ovvero sia gli Assessorati alla salute e le loro direzioni regionali, conosce una realtà molto più ricca e in movimento di quanto non registri la "cronaca". Un ambiente dove la ricerca di nuove traiettorie di lavoro e soluzioni intelligenti, nel perimetro dei vincoli, delle priorità nazionali e dei limiti di risorse economiche, strutturali e di dotazione organica, è una realtà quotidiana.

In questo panorama si registra una carenza di momenti strutturati di lavoro (non convegnistici o cerimoniali) tra realtà regionali diverse, dove far sì che tale dinamicità di politiche ed azioni regionali possa trovare rappresentazione, possibilità di confronto e contaminazione reciproca.

¹ Come evidenziato da una rigorosa analisi del dibattito rappresentato sui media e sulla stampa di settore negli ultimi due anni.

In questa prospettiva il progetto "ONE SSN" ha voluto offrire ad un gruppo di professionisti esperti, in posizioni e con esperienza di comando in diversi Servizi Sanitari Regionali (SSR), l'opportunità di confrontarsi sulle sfide caratterizzanti l'agenda strategica del settore salute italiano. Il progetto mira anche a esplorare le modalità con cui i diversi contesti regionali o aziendali stanno innovando per cercare nuove strade verso la sostenibilità e il miglioramento della qualità delle risposte da mettere in campo. L'obiettivo ultimo è approfondire e discutere le traiettorie di lavoro, trarne ispirazione, confutare o confermare ipotesi, riscrivere e perfezionare le tesi da consegnare alla governance del SSN, orientando così l'azione politica e istituzionale verso i cambiamenti ritenuti prioritari.

Durante i tre giorni di ritiro strategico sono state presentate numerose argomentazioni emerse dalla letteratura scientifica e dal circuito mediatico-divulgativo nazionale, riaspetto a temi quali: la privatizzazione gestionale, i flussi finanziari e le modalità di riparto, la governance duale regioni-centro, la sanità integrativa, i contratti del personale e quelli del management. Per ciascun tema è stato condotto un confronto tra gli esperti utilizzando la modalità del *focus group*, prestando particolare attenzione affinché le tesi emerse dalle convergenze fossero caratterizzate da un'alta fattibilità politica e tecnica, nonché da una tempestività di azionamento.

"ONE SSN", quindi, per rimarcare come sia opportuno e necessario che la "miniera" di innovazione che ogni Regione e azienda sta producendo sia condivisa e resa disponibile nel SSN attraverso momenti interattivi di natura tecnica, come quelli favoriti in questa occasione. Le interazioni tra i partecipanti alle giornate di ritiro strategico sono state la base per costruire dei contributi a supporto dell'agenda trasformativa auspicabile per il SSN, su basi tecniche e senza condizionamenti dettati da razionalità politiche e territoriali.

Queste di seguito le tesi proposte, riclassificate in quattro sezioni - governance, finanziamento, organizzazione, persone - quali possibili (e auspicabili) cantieri di lavoro per un futuro sostenibile e di successo del SSN italiano.

Ma prima un'ultima riflessione. Se c'è un comune denominatore emerso nelle tesi, e soprattutto nella discussione del panel di esperti coinvolti nel progetto-comunità "ONE SSN" (cfr. ringraziamenti ed ultimo paragrafo), è forse proprio rinvenibile nel sentimento comune che i tempi siano maturi per una riscrittura, o significativo adeguamento, del Decreto 502/92. Dopo oltre trent'anni, e diversi interventi stratificati di natura normativa e regolamentativa, gli elementi per un "perfezionamento" della (eccellente) pietra angolare del SSN ci sono tutti.

**Needless to say,
the tasks ahead
of us are
enormous!**

PRIMO CANTIERE:

LA GOVERNANCE

Tesi #1 **Consolidamento delle capacità e delle competenze nelle direzioni salute regionali**

Una forte leadership nelle cabine di regia regionali non è un optional. Prima di ogni altro investimento o cambiamento, serve aumentare la competenza e le capacità a disposizione delle strutture tecniche regionali. Anche il più raffinato sistema di meccanismi di governance non avrà effetto senza la competenza delle persone chiamate ad agirlo. Le stesse persone che sono chiamate a costruire e perfezionare nel tempo quello stesso sistema.

Fare "cabina di regia" di sistemi complessi, quali gli attuali SSR, e con le dotazioni organiche attuali è azione complicata in molte Regioni, a causa della limitata disponibilità di dirigenti e quadri aventi le nuove competenze e capacità rese necessarie da una continua evoluzione del settore.

Tra le nuove competenze, oltre a quelle per l'innovazione tecnologica ritroviamo anche quelle "sociali" (es. la leadership dei "millennials" e i nuovi comportamenti lavorativi) e quelli professionali (tecniche, alternative, soluzioni organizzative ecc.).

Inoltre, lavorare nelle direzioni regionali non è attrattivo per effetto dei livelli stipendiali inferiori a quelli riconosciuti nel SSN/SSR.

Occorre quindi:

- **Aumentare i livelli stipendiali** per renderli competitivi con il lavoro nelle Aziende Sanitarie e per attrarre giovani di talento a cui dare interessanti prospettive di sviluppo.
- **Consentire alla Regioni di assumere tramite procedure ad hoc** un gruppo di dirigenti e quadri a rinforzo delle attuali strutture direzionali per la salute. Un investimento limitato ma di fondamentale rilevanza. Ad esempio, dieci dirigenti in più in media per ogni Regione, reclutati sul mercato per competenza e

motivazione, prendendo a riferimento una RAL media ed un costo del lavoro di 150.000 euro annui, costerebbero al SSN (o meglio, rappresenterebbero un investimento) 30 milioni di euro. Ossia solamente lo 0,02% sul finanziamento dell'intero SSN. Se aggiungiamo dieci quadri in media, con un costo del lavoro di 90.000 euro annui, abbiamo un costo (o meglio, come prima, un investimento) di 18 milioni di euro. Sommati ai dirigenti, porterebbero l'investimento per il SSN allo 0,035% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

Infine, con l'attuale maturità conseguita dopo anni di Piani di Rientro e sperimentazione, si potrebbe riavviare un percorso di affiancamento e gemellaggio tra Regioni, sia in funzione delle competenze condivisibili che dell'intensità dell'interazione per effetto della prossimità territoriale.

Tesi #2 Gestire l'introduzione dell'innovazione in modo coordinato a livello nazionale

La pressione generata dal "volume" dell'innovazione da valutare e introdurre nel SSN può portare ad un allungamento dei tempi di accesso e quindi di disponibilità della stessa, a causa del "collo di bottiglia" del processo nazionale e dell'intensificarsi della variabilità tra le Regioni.

Tale variabilità, che già oggi può essere nell'ordine di mesi, non solo è nei tempi ma anche nel riconoscimento dell'utilità e del valore dell'innovazione che le Regioni attribuiscono alla specifica situazione. Tale differenziazione si riverbera sulla composizione e gestione degli extra-LEA (prestazioni, tempi, target e tariffazione), al netto della possibilità di azione e sostenibilità economica di ogni Regione. In ultima analisi, quindi, anche sull'equità del SSN.

Inoltre, l'adeguamento dei nomenclatori dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in una situazione di partenza differenziata genera situazioni complesse nelle Regioni che, non avendo precedentemente incluso già negli extra-LEA quanto viene inserito nei nomenclatori, si

trovano a dover offrire prestazioni senza averne previsto la copertura finanziaria.

In questa prospettiva può essere quindi utile sviluppare un sistema di valutazione dell'innovazione coordinato tra la Regioni. Un sistema a rete diffusa con capofila per tema. Tale modello prevede che una Regione, dotata dell'adeguata capacità a livello di Assessorato/struttura tecnica, venga individuata da AGENAS quale capofila nel percorso valutativo di una determinata tipologia di dispositivi diagnostici. A tale Regione viene delegato il percorso di valutazione del dispositivo nella sua tripartita forma: valore per il SSN, target per l'introduzione e possibile progressione, e tariffa di riferimento per il rimborso extra-LEA.

La strutturazione di tale processo è già stata avviata da AGENAS (vedi Programma Nazionale HTA - Dispositivi Medici) con la predisposizione di uno specifico processo di *appraisal*, che prevede una Commissione ad hoc chiamata a dare un giudizio di interesse per il sistema sulla specifica innovazione, ma che non è sufficiente a rispondere alla sfida di rendere tale innovazione velocemente accessibile e sostenibile nel SSN (e quindi in modo omogeneo in tutti i SSR).

Oltre al giudizio di valore che già è previsto venga rilasciato, la Commissione di *appraisal* dovrebbe infatti fornire due ulteriori informazioni:

- se l'innovazione è meritevole di inserimento nei LEA;
- quale eventuale ordine di priorità seguire nel suo accesso e diffusione nel SSN, nel momento in cui la sostenibilità del sistema non consenta il suo inserimento completo ed esteso fin dal primo momento.

Di conseguenza, una valutazione positiva di merito sull'inclusione dell'innovazione nei LEA dovrebbe generare in automatico il riconoscimento e la definizione, entro un periodo predeterminato, della tariffa di rimborsabilità e della messa a disposizione nelle Regioni.

Tesi #3 Definire un impianto organizzativo di riferimento per la governance regionale

Negli ultimi anni gli assetti di governance dei SSR hanno visto numerose evoluzioni, per contingenze organizzative, per ragioni strategiche legate alla volontà di presidiare un determinato tema o funzione, per isomorfismo istituzionale e/o per convenienze di sistema (come nel caso delle Aziende Zero vs Assessorati, oppure la possibilità di riconoscere stipendi del comparto sanità vs quelli degli enti locali).

In questa prospettiva può assumere valore per il SSN (ed ogni Sistema Regionale) la definizione di un riferimento unico per tutti gli SSR che delinei l'impianto organizzativo possibile/auspicabile (o le alternative) dato dalla combinazione e dalla struttura degli enti intermedi tra Assessorato ed Aziende Sanitarie.

Un impianto (e forse qualcosa di più, una linea guida) che definisca l'assetto della governance regionale dato dalla presenza e dal ruolo di enti intermedi quali:

- Aziende Zero;
- Agenzie regionali;
- Centrali di committenza e servizi.

Inoltre, fermo restando l'autonomia e l'opportunità di adattarsi ai vincoli locali (tuttavia da motivare su basi tecniche), altrettanto di valore potrebbe essere un documento guida per l'organizzazione interna degli Assessorati alla salute. Questo documento dovrebbe affrontare sia le questioni legate al perimetro di azione e all'integrazione delle materie sanità, sociale e welfare, sia la sempre più evidente necessità di dotarsi di un'organizzazione che riesca contemporaneamente a presidiare sia le funzioni/settori/ambiti (programmazione, ospedaliero, salute mentale ecc.) che lo sviluppo e la performance dei diversi territori in cui si articola la Regione (territori di macro-ASL, aree vaste, quadranti ecc.).

Infine, è auspicabile che le Regioni di piccolissima dimensione definiscano un sistema macro-territoriale con la Regione "gravitazionale" di riferimento e vengano quindi integrate nei piani di

politica sanitaria e nella operatività delle reti di emergenza, ospedaliera, cliniche di tale Regione.

Tesi #4 Consolidare il coordinamento della prevenzione a livello nazionale e regionale

La crisi generata dal COVID ha riportato al centro dell'attenzione del SSN la prevenzione e la sanità pubblica. Questa centralità era già però da tempo meritata per effetto di diversi fenomeni, quali le sfide poste dai comportamenti e stili di vita degli adolescenti, la crescita complessiva della health literacy della popolazione, i benefici ascrivibili ad una medicina di iniziativa che comincia con la prevenzione applicata ai fattori di rischio, gli obiettivi di prevenzione più integrati ed intersettoriali richiesti del paradigma della "One Health".

In questo quadro si inserisce l'opportunità di attivare un'agenzia nazionale per la prevenzione, quale ente di programmazione e coordinamento delle politiche del livello regionale, nonché di monitoraggio, di stimolo e disseminazione dell'innovazione di contenuto e processo. L'obiettivo è il conseguimento della migliore uniformità di priorità e risultati sul territorio nazionale, nonché il progressivo adattamento dell'agenda strategica al mutare delle condizioni e la migliore reattività e tempestività in caso di crisi.

Tale agenzia potrebbe trovare la sua interfaccia naturale in un'agenzia di livello regionale, che funga da "Azienda Regionale della Prevenzione" assumendo il controllo diretto o per coordinamento funzionale e committenza dei Dipartimenti di prevenzione aziendali per la parte veterinaria e di prevenzione primaria. Prevenzione secondaria e medicina del lavoro rimarrebbero invece in capo alle Aziende Sanitarie.

Nella prospettiva di un sistema unico regionale, a cui tutti gli attori contribuiscono, l'agenzia regionale supervisionerebbe ed indirizzerebbe le azioni di prevenzione sviluppate in tutte le Aziende del territorio (Aziende Sanitarie Locali - ASL - e Aziende Ospedaliere - AO - e privato accreditato).

Tesi #5 Consolidare la gestione programmatica ed integrata del rapporto pubblico-privato

La committenza nei confronti del privato accreditato deve integrare quella sulle risorse con uno sviluppo e una crescente attenzione sui contenuti e sul *case-mix*.

Sarebbe opportuno dare orizzonti triennali previsionali sui budget (sulla base dei documenti previsionali di sistema della finanza pubblica e le relative stime regionali) e sugli obiettivi di performance/attività richiesti, di modo da consentire al privato accreditato di sviluppare piani di investimento all'interno di un perimetro di "attese e richieste" poste dalla programmazione istituzionale-regionale.

In questa prospettiva potrebbero assumere ulteriore importanza tre elementi di consolidamento del riconoscimento del ruolo del privato accreditato nel sistema pubblico regionale:

- **La costituzione di un tavolo permanente regionale** di programmazione pubblico-privato che svolga la funzione di previsione, allocazione e monitoraggio.
- **La partecipazione al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** del privato accreditato, con una quota variabile legata a progettualità/performance di salute del territorio come descritto nella successiva tesi #10.
- **La previsione di un fondo regionale** quale quota parte del Fondo Sanitario Regionale (FSR) che sia tenuto a garanzia della copertura finanziaria di eventuali modifiche significative nei flussi intra-regionali della domanda di prestazioni tra soggetti pubblici e privati accreditati. Rapporto da definirsi tenendo presente le compatibilità finanziarie del SSR, in misura e con modalità erogative che evitino fenomeni distorsivi di competizione non collaborativa e di *supply induced demand* (inappropriata).

Tesi #6 Riqualificare la quota dei "15-septies"

L'art. 15-septies consente ai Direttori Generali (DG) delle Aziende Sanitarie di conferire incarichi a laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale per ricoprire funzioni di significativa rilevanza e interesse strategico. È auspicabile che venga messo a disposizione di ogni Azienda Sanitaria un fondo economico specifico per reclutare attraverso questo meccanismo un numero limitato ma significativo di risorse nell'area dello staff gestionale superando la soglia del 5% dei dirigenti in dotazione.

Le Aziende Sanitarie moderne hanno infatti bisogno di talenti dall'elevato potenziale e altissime professionalità (informatiche, ingegneristiche, economiche, giuridiche ecc.) che non sono facilmente reclutabili attraverso i meccanismi concorsuali.

Anche in questo caso stiamo parlando di un investimento contenuto per tutto il SSN ma di grande valore per lo sviluppo organizzativo delle Aziende Sanitarie. Ad esempio, considerando una RAL media di 82.000 euro all'anno per i dirigenti professionali, il costo che avrebbe l'inserimento in organico di anche solo 5 dirigenti in media per ASL (stimate in 110 le ASL sul territorio nazionale), sarebbe residuale rispetto al FSN (45 milioni euro l'anno, pari a circa lo 0,03% del FSN).

Tesi #7 Revisione della durata, della valutazione e del compenso dei Direttori Generali

Le direzioni aziendali, per poter svolgere con efficacia il proprio ruolo, hanno bisogno che vengano garantite delle condizioni di operatività minime di seguito riassunte:

- **Incarichi sempre della durata di cinque anni**, per dare il necessario respiro strategico alla Direzione e a beneficio di una stabilità maggiore per i professionisti impiegati a dar seguito ai progetti strategici.
- **Valutazione dell'operato su parametri oggettivi pre-determinati**, perché "fare bene" deve fare la differenza. È necessario quindi

limitare ad una quota minima lo spazio di soggettività - che deve comunque correttamente rimanere in un contesto di "spoils system" - e prevedere la possibilità di un venir meno del rinnovo di incarico, seppur in presenza di risultati positivi, solo quando esistono fondate ragioni e/o evidenze di elementi critici (clima organizzativo, comportamenti discutibili ecc.). Occorre quindi, in sede di valutazione della performance, che venga "sentito" anche il personale dipendente e si tenga conto dei risultati conseguiti nelle indagini di clima organizzativo.

- **Stipendi più in linea con la responsabilità di ruolo (e il mercato).** Il ruolo di Direzione Generale dovrebbe poter essere retribuito fino al massimo del tetto stipendiale dei dirigenti pubblici (240.000 euro), con auspicabile parametrizzazione su elementi di complessità organizzativa (dimensione, tipo, stato di salute dell'azienda da gestire).

SECONDO CANTIERE:

IL FINANZIAMENTO

Tesi #8 **Introdurre un più incisivo “consequence management”**

La quota variabile oggi riconosciuta alla Regione in funzione del raggiungimento degli obiettivi LEA (NSG) è ininfluente. Per dare un senso “premiale” (oltre al possibile “punitivo” conseguente il mancato raggiungimento degli obiettivi) al grado e alla qualità di raggiungimento degli obiettivi di performance del SSR potrebbe essere auspicabile attivare le seguenti azioni:

- **Aumentare fino al 5% la quota variabile del finanziamento** SSR collegata al conseguimento delle performance del sistema, con una metrica che tenga conto del livello e del gradiente di difficoltà, e comunque sia premiante nei confronti dei trend significativi di miglioramento. L’implementazione di tale modello segue un’inevitabile negoziazione ad hoc tra livello centrale e regionale anche su specifici obiettivi LEA.
- **Prevedere che tale 5% non sia solo un “di cui”** del finanziamento definito nel reparto ma anche una quota aggiuntiva, derivante da un fondo appositamente costituito come incremento del SSR. Ad esempio, il 3% potrebbe essere una parte del riparto, mentre il 2% aggiuntivo rappresenterebbe un finanziamento extra per il SSN, nell'ordine di 3 miliardi di euro alla situazione attuale. Queste risorse sarebbero chiaramente finalizzate al miglioramento delle performance.
- **Collegare la retribuzione di risultato** al raggiungimento delle soglie di performance quale incentivo e premio al conseguimento dell’obiettivo regionale. Magari prevedendo che il 50% dei due ulteriori punti percentuali conseguibili sia distribuito nel sistema sotto forma di quota variabile ad incremento dei fondi di risultato aziendali o delle risorse del personale convenzionato (es. Medici di Medicina Generale - MMG). Anche il privato

accreditato potrebbe accedere a parte di questa quota laddove si dimostri abbia contribuito fattivamente al miglioramento delle performance qualitative e quantitative del SSR.

- **Rendere pubblici con la massima trasparenza gli obiettivi**, la loro modalità di valutazione, i risultati raggiunti e l'ammontare dell'erogazione del "premio" conseguito, dando mandato ad una commissione indipendente di valutare e certificare gli stessi. La trasparenza dovrebbe essere massima anche per permettere al sistema di far leva sulla reputazione.
- **Sostenere lo sforzo delle Regioni in "rincorsa"** sulle performance, garantendo un ulteriore finanziamento "finalizzato" all'investimento in capacità e competenze (vedi tesi #1) per un periodo transitorio predeterminato, di modo da creare le condizioni perché possano allinearsi alle altre nell'essere efficaci ed efficienti nel perseguire i propri target di risultato

Tesi #9 Definire un nomenclatore per le prestazioni delle professioni sanitarie

La crescita del ruolo delle professioni sanitarie, insieme alle azioni in corso o attese di ulteriore *task shifting* e *skill mix*, richiede lo sviluppo di un nomenclatore delle prestazioni erogate. Un sistema classificatorio che permetta di rendicontare, misurare e valutare quanto erogato/prodotto e, ove opportuno, determinare una valorizzazione economica di riferimento.

Tale nomenclatore permetterà di evitare rendicontazioni diverse dalla realtà dei fatti, di tenere conto delle reali attività svolte nonché delle effettive figure professionali coinvolte nello specifico, e di limitare comportamenti opportunistici o distorti determinati dalle convenienze economiche (attuali e mancanti).

Tesi #10 Premiare (e finanziare) la salute generata sul territorio

Nella sfida del modificare l'approccio dei SSR da reattivo a proattivo rispetto ai problemi di salute attraverso le logiche della medicina di iniziativa, il rinforzo dei sistemi di finanziamento può essere un importante alleato.

I SSR potrebbero introdurre nei sistemi di finanziamento interni una quota variabile del finanziamento - attribuito alle aziende pubbliche e al privato accreditato - collegato all'evoluzione dei traccianti di salute dei territori.

In pratica una quota del finanziamento, da attribuire in sede di riparto o negoziazione alle aziende pubbliche e al privato accreditato che insistono prevalentemente od esclusivamente su un territorio (quello della ASL/ATS), potrebbe collegarsi ad indicatori epidemiologici legati allo stato di salute complessiva della popolazione (incidenza/prevalenza di patologie, stili di vita, fattori di rischio, consumo di determinate risorse o sostanze ecc.).

Tale quota, limitata ad una percentuale tra l'1% ed il 3% del totale del finanziamento, dovrebbe essere un di più (e non un di cui) dell'iniziale riparto/budget, in relazione al fatto che gli obiettivi definiti non saranno nella sfera di controllabilità diretta dei diversi soggetti, anche se complessivamente tutti potranno e dovranno concorrervi.

Questo sistema genera una "corresponsabilità" collettiva di tutti gli attori territoriali, ospedalieri, pubblici e privati accreditati nel generare "valore" per il territorio su cui operano attraverso azioni mirate a favorire la gestione della salute prima ancora della cura della malattia.

Tutto questo fermo restando l'impianto di finanziamento dei DRG quale sistema classificatorio dell'erogazione, misura del valore economico della produzione e stimolo alla produttività ed efficientamento continuo dei processi erogativi. Tuttavia, il mantenimento in essere di un sistema DRG richiede due interventi strutturali:

- **Creare a livello nazionale una struttura indipendente** (Agenzia) dedicata alla manutenzione e revisione sistematica dei DRG e del

collegato tariffario. La necessità di una revisione urgente è sottolineata dal fenomeno per cui molte Aziende Ospedaliere hanno quote crescenti di finanziamento indistinto essendo l'attuale valorizzazione della produzione di lunga insufficiente a coprire i costi reali a causa di una sottostima delle tariffe correnti.

- **La Tariffa Unica Convenzionale (TUC) nazionale**, costruita dalla struttura di cui al precedente punto, sulla base di un campione di aziende pubbliche e private accreditate dovrebbe diventare il sistema di riferimento delle tariffe economiche dei DRG, dalle quali le Regioni possono scostarsi solo per motivata causa.

TERZO CANTIERE:

L'ORGANIZZAZIONE

Tesi #11 Definire a livello territoriale-distrettuale un governo unitario tra sanità e sociale

Sanità e sociale sono sempre più inscindibili per effetto della demografia e sociologia dei territori. In questa prospettiva, oltre allo sviluppo sinergico dei Punti Unici di Accesso (PUA), potrebbe essere opportuno pensare a soluzioni organizzative, strutturali e di governo a responsabilità condivisa tra Sanità ed Enti Locali (e magari Terzo Settore) per la programmazione ed erogazione congiunta dei servizi sul territorio.

Un esempio già presente sul territorio nazionale è rappresentato da Regione Toscana, ove è stata istituita la Società della Salute, un consorzio pubblico con personalità giuridica finalizzato allo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria e a garantire la presa in carico integrata del bisogno nonché la continuità del percorso assistenziale con forme di partecipazione delle rappresentanze istituzionali e associative. Il consorzio lavora attraverso le risorse sia del Fondo Sanitario che di quelle comunali.

Tesi #12 Organizzare sistemi di offerta integrati tra le Aziende Ospedaliere e le ASL

Laddove sullo stesso territorio insistono una ASL/ATS e una o più Aziende Ospedaliere (AOU/IRCCS/AO) può essere opportuno costituire una apposita "Bridge Board" (i.e. Consiglio Direttivo Integrato) con compiti e funzioni di raccordo strategico tra i soggetti. La programmazione e pianificazione delle attività, il coordinamento sugli investimenti infrastrutturali e tecnologici, le politiche del personale, i percorsi inter-aziendali, sono alcuni degli elementi che dovrebbero comporre l'agenda di lavoro della *Bridge Board* (BB). La BB potrebbe avere al suo

servizio due strutture comuni a tutti i soggetti che vi partecipano: una funzione condivisa di comunicazione ed una di pianificazione strategica. Nonché essere organizzata con dei tavoli tecnici. Nella BB siederanno i DG delle Aziende Sanitarie pubbliche dell'ambito geografico "da integrare", e ad essi riporteranno i tavoli tecnici dei Direttori Sanitari (DS) e socio-sanitari (DSS), dei Direttori Amministrativi (DA), dei Direttori di Distretto e di Presidio Ospedaliero di riferimento. Potrebbe essere altresì attivata una cabina di regia permanente con il privato accreditato del territorio laddove la presenza dello stesso risulti significativa per volumi di attività.

Tesi #13 Sviluppare gli strumenti di *gatekeeping* per un uso appropriato del Pronto Soccorso

Il "*gatekeeping*" del Pronto Soccorso (PS) è un tema di lunga data nel SSN, sostanzialmente irrisolto. L'evoluzione e strutturazione delle reti di emergenza-urgenza da un lato, e la tecnologia dall'altro, offrono oggi delle nuove opportunità.

Una prima possibilità è quella di introdurre l'obbligo di una chiamata preventiva alla centrale di continuità assistenziale (116 117) prima di recarsi in Pronto Soccorso in modo autonomo. La chiamata avrebbe una funzione autorizzativa allo scopo di filtrare gli accessi impropri al PS, nonché di distribuzione del carico nella rete ospedaliera attraverso la canalizzazione della domanda.

Una seconda possibilità è quella di attivare dei punti territoriali di assistenza e urgenza, sul modello dei CAU (Centri di Assistenza e Urgenza) in attivazione nel SSR dell'Emilia-Romagna. Il CAU è una struttura del territorio alla quale le persone possono rivolgersi per problemi di salute urgenti ma non gravi (codici verdi e bianchi). Al CAU si accede chiamando il numero della Centrale Unica Cure non urgenti, attivo 24 ore al giorno, 7 giorni su 7. Il professionista sanitario che risponde alla telefonata indirizzerà il cittadino al CAU o al Servizio di Continuità Assistenziale.

Una terza possibilità è quella di ripensare il ruolo e la turnistica della guardia medica, concentrandone la presenza negli ambulatori di

continuità solo negli orari di picco (ad esempio 20-24 e a seguire assistenza telefonica, come fatto in Toscana), per reimpiegare gli stessi professionisti nelle cure primarie e nei servizi a bassa complessità assistenziale.

Tesi #14 Fare della ricerca un ramo di attività "core" in tutti gli ospedali e reti con casistica

La ricerca scientifica, essendo stata dimostrata una correlazione chiara tra investimenti e tasso di crescita, è un indiscutibile motore dello sviluppo del Paese. Inoltre, essa produce una serie di benefici nelle aziende in cui si svolge: dalla crescita delle competenze diffuse nell'organizzazione all'attrazione di risorse aggiuntive, dal miglioramento delle pratiche assistenziali alla maggiore attrazione dei talenti. Per concretizzare questi benefici occorre tuttavia organizzare l'intera attività di supporto alla ricerca e sviluppare sistemi gestionali in grado di misurare e valutare l'efficienza ed efficacia che la stessa produce. Serve quindi l'inserimento della ricerca come parte della missione di ogni ospedale con casistica interessante e l'istituzione di un vero e proprio "ramo aziendale" per presidiare tutti gli aspetti gestionali connessi: dall'evidenziazione del bilancio specifico alla costruzione di un cruscotto di valutazione, dall'acquisizione e gestione del personale dedicato alla ricerca (*data manager, data scientist* ecc.) al governo degli acquisti e degli investimenti infrastrutturali ed organizzativi correlati. La ricerca è quindi un'area strategica di attività che deve essere riconosciuta, misurata e gestita come una linea aziendale individuabile nel bilancio aziendale, così come nei meccanismi operativi e premiali dell'organizzazione.

Tesi #15 Costruire e consolidare un progetto "scuola-sanità" e "farmacie-sanità" uniforme

La letteratura è concorde nell'esistenza di un nesso causale tra l'80% delle malattie non trasmissibili e gli stili di vita. Agire sui determinanti di salute e sui fattori di rischio è l'unica strada per rendere sostenibile un sistema sanitario e contemporaneamente aumentare

(o mantenere) lo stato di salute della popolazione. In questa prospettiva assumono particolare rilevanza due linee di intervento:

- **Il target della popolazione studentesca.** Serve una strategia di presenza stabile e continuativa della "salute" nelle scuole, con un presidio sistematico delle problematiche specifiche di comportamento e degli stili di vita riscontrabili nella popolazione di una data scuola, su cui costruire progetti ad hoc di retro-azione. Inoltre, nell'integrazione sociosanitaria e nella medicina *One-Health* la scuola può (e deve) rappresentare un alleato importante per il SSN e i singoli SSR: il primo ambito di intervento sistematico di medicina di iniziativa dopo la famiglia.
- **Le farmacie come diventare luoghi di prevenzione e promozione** della salute, centri di educazione sanitaria, di orientamento ai comportamenti virtuosi e di consulenza individuale. Esse dovranno assumere tale ruolo non in modo occasionale, sporadico e su richiesta ma con una strategia ed un piano di azioni guidato dai SSR ed obbligatorio se si vuole essere parte del sistema. La capillarità e la prossimità delle farmacie è troppo strategica per non essere una risorsa da valorizzare nella sua piena potenzialità per aumentare la *health literacy* della popolazione e per diffondere attività di promozione della salute e servizi di prevenzione, facendo sì che tali attività siano "core" per le farmacie che lavorano con l'SSR.

Tesi #16 Consolidare il ruolo della Direzione Socio-Sanitaria

Al fine di sviluppare una concreta integrazione ospedale-territorio, Azienda Sanitaria-Terzo Settore, pubblico-privato, alla luce dell'esperienza condotta in diverse Regioni negli ultimi anni, la Direzione Socio-Sanitaria sembra rappresentare un ruolo cruciale quel tensore organizzativo cui ricondurre un'area di risultato altrimenti spesso schiacciata dall'attenzione alle performance sanitarie, in particolare le performance ospedaliere, e a quelle di sostenibilità economica.

In questa prospettiva è auspicabile l'introduzione di un ruolo di Direttore Socio-Sanitario in tutte le Aziende Sanitarie operanti sul territorio nazionale, incluso eventualmente anche per il privato accreditato ospedaliero di grandi dimensioni quale requisito di accreditamento. Una figura di riferimento per il lavoro di "servizio" al territorio su cui insiste che anche il privato accreditato deve svolgere quale attore del più ampio sistema che ne deve garantire la salute (cfr. tesi #10).

Tesi #17 Uso delle tecnologie per trasformare i servizi

Le opportunità che offrono le nuove tecnologie per ripensare e riorganizzare i servizi sono numerose e radicali. Basti pensare alle molteplici modalità con cui le Intelligenze Artificiali (AI) stanno entrando nel settore: dalla funzione di consulenza medica, al supporto alla diagnostica, alla riorganizzazione dei processi amministrativi. Cosa potrebbe succedere se un AI appositamente sviluppata diventasse il *case manager* dei pazienti cronici provvedendo a gestire prenotazioni, monitoraggio dati, organizzazione logistica e educazione del paziente?

In questa prospettiva assume particolare valore la creazione a livello regionale di una funzione di guida - ben strutturata per competenze e capacità - in grado di governare le politiche di sistema sulle possibili innovazioni tecnologiche, sulla loro concentrazione, disseminazione e sperimentazione. Una funzione che indirizzi, orienti e coordini le scelte e le attività in essere nelle diverse Aziende Sanitarie.

Altrettanto importante il consolidamento nelle singole Aziende Sanitarie di una struttura dedicata all'innovazione tecnologica quale evoluzione delle attuali ingegnerie cliniche. La magnitudine e la velocità dell'innovazione tecnologica, le possibilità che offre e i rischi connessi, così come gli investimenti necessari e le complessità tecniche, richiedono un presidio certo, strutturato e continuo.

QUARTO CANTIERE: LE PERSONE

Tesi #18 Potenziare il reclutamento nazionale e internazionale

Reclutare le migliori professionalità sul mercato, o attrarre talenti ad alto potenziale, oltre ad essere la conseguenza di un “progetto organizzativo” di interesse per la persona, è il risultato di benefits e salari competitivi. Sotto questo profilo, assieme al percorso “rientro cervelli” già in atto², potrebbe essere sviluppato un secondo percorso di agevolazione fiscale pensato per il mercato nazionale degli italiani e quello internazionale degli stranieri, di modo da rendere più competitivi i salari mantenendo invariato il loro valore assoluto lordo previsto dai contratti collettivi o dai sistemi aziendali.

Infine, rimane importante superare la logica del tetto di spesa per il personale riportandolo ad un funzione di controllo e negoziazione nelle naturali dinamiche tra aziende e capo-gruppo regionale.

Tesi #19 Ripensare la strategia regionale ed aziendale per l'ingaggio di MMG e PLS

Senza ingaggio non c'è motivazione. Senza professionisti non c'è sanità di valore.

In questa prospettiva appare chiaro come con la medicina generale e gli specialisti ambulatoriali occorra lavorare meglio sia sugli incentivi intrinseci (quali ad esempio l'appartenenza, il senso della missione, la partecipazione ecc.) che su quelli estrinseci (as esempio, efficaci modelli di *Pay For Performance*, carriera, visibilità ecc.) ma soprattutto

² Piano che appare comunque da ripensare nella sua forma attuale rispetto alle conseguenze che genera sull'equità organizzativa.

come sia fondamentale costruire un'alleanza valoriale prima ancora che contrattuale.

Le domande chiave che occorre porsi per elaborare una strategia di sistema a livello regionale (e quindi la definizione degli indirizzi per le politiche di ciascuna azienda del SSR) e di singola Azienda (attraverso il piano distrettuale o aziendale) sembrano essere le seguenti:

- **Formazione:** come farla divenire un elemento strategico? Il collegamento tra la formazione e la "messa in contesto" del MMG (ed anche degli specialisti ambulatoriali) è molto importante. Il processo formativo dovrebbe svolgersi, almeno in parte, direttamente all'interno dell'Azienda Sanitaria sul cui territorio andranno a lavorare i professionisti, al fine di costruire fin da subito delle chiare aspettative di ruolo nonché un senso di identità e appartenenza, di coinvolgimento nelle strategie aziendali, di *team-building* con gli specialisti ospedalieri (anche loro coinvolti nel processo formativo). Un'opportunità che non si può perdere, attorno alla quale ogni Regione può costruire una specifica linea di indirizzo.
- **Inserimento:** come avviene l'inserimento dei nuovi MMG e Pediatri di Libera Scelta (PLS) nel sistema aziendale e regionale? L'inserimento è una fase determinante per il formarsi dei valori e dell'appartenenza del nuovo collaboratore, nonché delle aspettative di contributo del proprio ruolo. Viene fatto l'inserimento dei MMG nel sistema aziendale? Non sempre (o spesso) come si potrebbe: troppo spazio è lasciato agli aspetti contrattuali, e i nuovi inserimenti sono troppo spesso lasciati alla buona volontà dei colleghi vicini.
- **Partecipazione:** per partecipazione si intende una partecipazione strutturata alla vita aziendale? Si dovrebbe. Il professionista deve avere ben chiaro il contesto in cui opera, dove raccogliere informazioni utili e comprendere dove, come e perché si colloca all'interno della governance del Distretto. Azione importante in questa prospettiva potrebbe essere quella di prevedere un'organizzazione stabile a livello distrettuale di tavoli di lavoro e coordinamento che coinvolgano la medicina generale e ambulatoriale (coordinatori delle Aggregazioni Funzionali

Territoriali - AFT - e di specialità). Una linea guida regionale potrebbe definire il template attorno a cui i Direttori di Distretto sarebbero chiamati a elaborare il proprio assetto di governance distrettuale coinvolgendo i professionisti convenzionati (e magari anche il Terzo Settore e il privato contrattualizzato).

- **Legame con gli altri livelli del Sistema:** come renderli strutturati? Al momento, i legami con gli altri livelli del sistema sanitario sono soprattutto interpersonali (legami di fiducia). Ci si deve dunque interrogare su quale possa essere la modalità migliore per permettere ai MMG/PLS di lavorare in continuità con gli specialisti, elaborando una specifica strategia sugli strumenti attivabili quali i PDTA condivisi, la telemedicina e i teleconsulti, la strutturazione delle reti cliniche distrettuali, lo sviluppo di sistemi di *accountability* e di rimborso orientati alla presa in carico ecc.
- **Costruire ruoli e carriera:** è opportuno creare dei nuovi ruoli che incentivino la partecipazione dei professionisti alla vita delle Aziende (es. "dare gambe" ai coordinatori di AFT, individuare referenti per le reti cliniche, definire coordinatori per specifiche attività - medicina di iniziativa, relazioni con l'ambito scolastico, rete con le RSA ecc.) e definire specifici incentivi economici e di status collegabili a tali ruoli? Sì. Occorre sviluppare meglio gli incentivi estrinseci attraverso il consolidamento degli appositi strumenti di ricompensa variabile (*Pay For Performance, Pay For Value, Pay For Outcome*) e l'individuazione di possibili sentieri di carriera ben delineati e che possano soddisfare l'ambizione di sviluppo professionale e riconoscimento dei medici di medicina territoriale.

Per tutti i punti precedenti una linea di indirizzo di livello nazionale e/o regionale per orientare le Aziende ed i Distretti Socio-Sanitari sarebbe auspicabile.

Tesi #20 Reintrodurre la scelta motivata della Direzione Aziendale tra i candidati della rosa dei nominabili al ruolo DSC

Bisogna fidarsi delle Direzioni Aziendali e metterle nelle condizioni di svolgere il loro ruolo. Ciò implica la possibilità di selezionare il professionista che rispetto al ruolo di Direttore di Struttura Complessa (DSC) presenti:

- Il giusto “*fit*” per professionalità e capacità gestionali in relazione alla strategia di sviluppo e posizionamento istituzionale della struttura, disciplina ed Azienda Sanitaria pubblica per cui lavorerà.
- Le qualità per gestire la squadra di professionisti che andrà a dirigere, tenuto conto altresì di quali attitudini possono essere necessarie, oltre che della specifica professionalità.

Questo implica che le Direzioni Generali possano tornare a scegliere - motivando - nella rosa dei candidati individuati dalla Commissione di concorso, e non ricevere una graduatoria predefinita che non consenta alcuna ulteriore valutazione e decisione contestuale.

Tesi #21 Aumentare le credenziali e i ruoli direzionali delle professioni sanitarie

L'Italia si attesta come il Sistema Sanitario con il valore più elevato in Europa per il rapporto medici-cittadini ma, al contempo, con il più basso rapporto infermieri-cittadini. Stante l'evoluzione della domanda e dei modelli d'erogazione delle prestazioni sociosanitarie, il nostro Paese dovrebbe invertire questi rapporti. Anche in questo caso il principale vincolo è dato dalla mancanza di nuovo personale, sottolineato dalla riduzione di immatricolazioni ai corsi per professioni sanitarie. È indispensabile uno sviluppo qualitativo e quantitativo dello *staffing* per aumentare non solo la sicurezza nelle cure, bensì anche la sicurezza dei professionisti e del benessere organizzativo.

Il primo passo che, anche in questo il caso, il Sistema dovrà compiere sarà quindi individuare le aree di intervento per promuovere e valorizzare le competenze professionali.

Primo fra tutti è proponibile l'inserimento di percorsi di formazioni magistrali specifici che puntino anche sulle competenze organizzative-gestionali, nonché definire spazi di carriera più attrattivi. Ad esempio, la Direzione delle Strutture Complesse potrebbe divenire un'apertura interessante per la professione, nonché un'apertura di tutti quei "campi d'azione" ad oggi ad esclusivo appannaggio medico. Per questo appare essenziale lo sviluppo della leadership delle professioni sanitarie.

Oltre alla crescita verticale del ruolo delle professioni sanitarie, occorre riflettere sulla definizione di strategie di *skill mix* e sui rapporti professionali tra categorie (ad esempio, infermieri specialisti e generalisti) o tra figure professionali e tecniche. Le recenti riforme (vedi D.M. 77) stanno ampliando fortemente le competenze e le responsabilità affidate ai professionisti sanitari, spesso richiedendo maggior flessibilità e proiezione sul territorio delle proprie competenze (vedi Infermiere di Famiglia e di Comunità) o attribuendo ruoli gestionali pivotali nelle cure ospedaliere (*case manager, bed manager* ecc.).

Fenomeni di *task shifting* (ovvero trasferimento di compiti, competenze e responsabilità) sono ricorrenti ma spesso guidati più da necessità contingenti che dalle pianificazione di collaborazioni a supporto di strategie e modelli di salute innovativi. Da questo quadro ne deriva la necessità di lavorare ad un riposizionamento strategico delle professioni sanitarie, spesso ancora non pienamente valorizzate, anche attraverso elementi premiali o incentivanti.

Infine, riprendendo quanto precedentemente proposto in merito a un nuovo nomenclatore per le prestazioni infermieristiche (vedi tesi #9), assume rilievo l'opportunità di aumentare le posizioni dirigenziali per le professioni sanitarie sia a livello di macrostrutture che di Strutture Complesse.

Una nota, infine, per la categoria professionale degli Operatori Socio-Sanitari (OSS). È fondamentale un rinnovamento del ruolo che si scardini dalla visione di "inservienti". Essi, difatti, dopo aver superato i limiti e i problemi formativi, potrebbero ricoprire le attività di "fascia bassa" degli infermieri liberando questi ultimi da un importante carico di lavoro. Sarà così poi possibile graduare il ruolo degli OSS

sulla base dei differenti livelli professionali da essi stessi conseguiti.

Tesi #22 Favorire le politiche del personale per le situazioni di disagio territoriale

In Italia il 22% della popolazione risiede in territori fragili, distanti dai centri principali di offerta dei servizi essenziali, trovandosi così troppo spesso abbandonata a sé stessa. Questi territori sono censiti come "aree interne" spesso caratterizzate da importanti svantaggi di natura geografica. La conformazione morfologica di questi territori indubbiamente crea difficoltà logistiche e operative in diversi ambiti socio-assistenziali che i singoli SSR devono affrontare quotidianamente. A tali difficoltà si aggiunge la complessità di reclutare e trattenere il personale che lavori in queste aree poco attrattive. Per incentivare l'aumento quali/quantitativo del capitale umano sono dunque necessarie politiche attive e che favoriscano la *retention* del personale. Politiche riconducibili ai sistemi di *welfare* aziendale (anche con utilizzo di specifici *benefit - voucher* asili nido, trasporti, affitto ecc.) oppure a sistemi di incentivi, quali ad esempio l'offerta di percorsi agevolati di carriera al termine di un triennio speso in una area disagiata.

La messa in opera di tali politiche potrebbe avvenire mediante l'accantonamento di una quota fissa del budget regionale extra-LEA o della quota di bilancio regionale a disposizione delle aziende per la retribuzione differenziale del personale, e con un'eventuale contribuzione (di varia natura) da parte dei Comuni collocati nelle aree interne servite.

Infine, sarebbe anche importante poter definire un "anno zero" per la redistribuzione a livello regionale dei fondi incentivanti aziendali (retribuzione di risultato), di modo da ancorarli a parametri oggettivi ed equi, limitando la disproporzionalità e diseguaglianza oggi spesso molto marcata. Anche la definizione di un impianto di attribuzione dei fondi al personale (applicazione del ciclo della performance ed accordi sindacali conseguenti) comune tra tutte le Aziende - sotto il profilo metodologico - potrebbe essere un'azione altrettanto meritevole nella logica di "gruppo" del SSR.

RIFLESSIONE CONCLUSIVA

DA PROGETTO A COMUNITA' DI PRATICHE STABILE

Le 22 tesi e proposte di intervento sopra presentate e discusse sono il risultato di un lavoro collegiale da parte di professionisti in posizioni di governo dei SSR e di comando delle Aziende Sanitarie, pubbliche e private, e con anche il contributo di prospettiva dell'Industria in rappresentanza del settore LifeScience. "ONE SSN" è stato quindi prima di tutto l'occasione per sviluppare una progettualità volta ad attivare una *"think tank"* al servizio del SSN e del settore salute italiano. Ma nella sua concezione più profonda vuole proporsi come un momento di lavoro continuo e sistematico nel sistema, che consenta di far dialogare i SSR in un contesto scevro da condizionamenti politici ed istituzionali, dove è possibile un confronto aperto, così da consolidare una comunità di pratiche di professionisti che scambino e producano conoscenza applicabile concretamente ai problemi di governo della sanità contemporanea. Una maggiore sostenibilità ed il miglioramento qualitativo del SSN possono concettualmente-idealmente essere conseguiti con quattro direttrici di lavoro:

- Contenere le coperture, ovvero sia perimetrare e limitare i LEA più di quanto già in atto.
- Aumentare significativamente le risorse a disposizione del SSN (ma già le previsioni economiche dicono che non succederà).
- Efficientare ulteriormente e in modo importante i processi produttivi (con un evidente rischio però di razionamento oltre che razionalizzazione).
- Trasformare ed innovare le modalità di erogazione dei servizi, riformare le politiche sanitarie verso nuovi paradigmi di lavoro, ripensare modelli di lavoro e costruire crescenti collaborazioni e sinergie.

Delle quattro alternative, quella più interessante ed auspicabile è proprio l'ultima. "ONE SSN" vuole quindi proporsi come un tavolo di lavoro e un appuntamento annuale in cui favorire quel confronto e scambio

da cui possono nascere opportunità importanti di innovazione e trasformazione degli SSR, favorendo altresì una maggiore equità di accesso alle migliori "soluzioni" per una sanità efficiente ed efficace di valore su tutto il territorio nazionale.

AHEAD

La collana AHEAD è stata ideata come veicolo di diffusione della ricerca condotta nell'ambito del CRC in Health Administration (HEAD).

AHEAD” perchè intende suggerire l’innovatività che contraddistingue le tematiche relative al management, economia e politica sanitaria che verranno trattate nella collana. Sempre avanti, all’avanguardia, sulla frontiera del sapere. In AHEAD sono pubblicati libri e quaderni. I libri rappresentano vere e proprie monografie, mentre i quaderni sono la pubblicazione tempestiva di lavori scientifici di analisi del sistema sanitario e delle trasformazioni in atto in esso che possono contribuire al dibattito in atto ed avere un ruolo influential nel policy-making e nella governance del SSN Italiano e nell’operato delle istituzioni di livello europeo.

Direttore: Prof. Federico Lega, Università degli Studi di Milano

HEAD

Head è centro di ricerche ed alta formazione in Health Administration specializzato nel settore della salute, unico nel panorama nazionale, costruito attorno a competenze multidisciplinari di gestione aziendale, economia, diritto, bioingegneria, psicologia organizzativa, sanità pubblica e politica sanitaria. HEAD è una “boutique” dove si fabbricano soluzioni sartoriali per chi vuole fare ricerca applicata di rigore metodologico e livello internazionale, per chi ha bisogno di una consulenza dedicata e per chi vuole un’esperienza formativa incisiva e di crescita individuale, molto oltre il trasferimento di contenuti usuale.



HEAD

CENTRO DI RICERCA
E ALTA FORMAZIONE
IN HEALTH ADMINISTRATION