id: 000000329

PANORAMA DELLA SANITA'

Data: 01.04.2025 Pag.: 18,19,20...
Size: 3049 cm2 AVE: € .00
Tiratura:
Diffusione:
Lettori:



Ritaglio Stampa ad uso esclusivo del destinatario, Non riproducibile



id: 000000329

PANORAMA DELLA SANITA'

Data: 01.04.2025 Pag.: 18,19,20...
Size: 3049 cm2 AVE: € .00
Tiratura:
Diffusione:
Lettori:







Ritaglio Stampa ad uso esclusivo del destinatario, Non riproducibile

"Con il nostro documento vogliamo stimolare molto pensiero, un livello di operatività coerente con la velocità del cambiamento e una limitazione del numero di parole". È quanto sottolinea Elio Borgonovi, presidente del Cergas, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Servizi Sociali dell'Università Bocconi, riferendosi al documento "Principi per una Riforma del Ssn", sottoscritto da oltre 40 accademici ed esperti del settore, che vuole rappresentare un punto di partenza per una riforma del Servizio sanitario.

Professore, partiamo dal documento "Principi per una Riforma del Servizio Sanitario Nazionale", del quale, ricordiamo, lei è tra i promotori. Possiamo dire che il documento è propedeutico per una possibile (auspicata) riforma del Ssn?
L'obiettivo è proprio questo. Presentare una serie di stimoli per un ampio dibattito tra le diverse componenti del Ssn e, più in generale, della cosiddetta "filiera della salute", che comprende anche le imprese produttrici di farmaci, dispositivi medici, tecnologie sanitarie e non ultima intelligenza artificiale. Ci proponiamo di raccogliere ulteriori contributi per poter poi arrivare ad avviare un iter legislativo che possa portare ad una revisione profonda del Ssn. Ricordo che la legge 833 è stata preparata da un dibattito di 10-15 anni e che anche i D.Lgs 502/92, 517/93 e 229/99 erano stati preceduti da anni di confronti.

"LA SVOLTA CRITICA SI AVRÀ NEL 2027-2028, UNA VOLTA TERMINATO IL SOSTEGNO DEL PNRR"

Possiamo sperare di mantenere come universalistico il nostro Servizio sanitario nazionale?
Non solo si deve sperare, ma dobbiamo impegnarci per mantenere un servizio nazionale universalistico che è una infrastruttura sociale segno di civiltà. Tuttavia, dobbiamo essere realistici e nella nostra proposta abbiamo voluto qualificare il termine di "universalismo proporzionale". Per questo già abbiamo avuto qualche reazione negativa di colleghe e colleghi che sono convinti che tale qualificazione indebolisce il principio. Noi siamo invece convinti che proporzionale significa dare ad ognuno risposte corrispondenti a bisogni diversi e che è meglio definire priorità secondo rilevanza dei bisogni di salute piuttosto che accettare l'assegnazione ex post derivante dalle liste di attesa e dai tempi lunghi. Infatti, la selezione ex post penalizza soprattutto i gruppi sociali più deboli sul piano economico, dei livelli di istruzione, di aree interne lontane da ospedali, ambulatori, case della comunità.

Quali sono gli elementi a suo giudizio che non possono mancare

→

CHI è

Elio Borgonovi è Professore Ordinario di Economia e Management delle Amministrazioni Pubbliche presso l'Università Bocconi di Milano. Dopo la laurea conseguita presso la stessa Università ha svolto la sua carriera presso le Università degli Studi di Parma e Trento oltre che della stessa Bocconi. Esperto di management sanitario, i suoi campi di interesse riguardano le logiche, i sistemi e gli strumenti aziendali applicati alle Amministrazioni Pubbliche, al settore sanitario, dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, dei servizi pubblici e di pubblico interesse, delle Istituzioni non profit che operano in diversi settori. Nel 1978 ha fondato il Cergas, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Servizi Sociali di cui è attualmente Presidente dopo essere stato Direttore fino al 2003. È stato Vice-presidente di Aidea (Accademia Italiana di Economia Aziendale), Dean della Sda Bocconi, Presidente Asfor (Associazione Italiana delle Scuole di Formazione Manageriale), membro del Board di Efmd (European Foundation for Management Development). Gli studi e le ricerche sui temi di interesse generale lo hanno portato ad occuparsi fin dagli anni Novanta del tema della Responsabilità Sociale di tutte le classi di aziende pubbliche e private e delle relazioni pubblico-privato, profit e non profit. È autore di numerose pubblicazioni a livello nazionale e internazionale di carattere sia teorico che empirico.

id: 000000329

PANORAMA DELLA SANITA'

Data: 01.04.2025 Pag.: 18,19,20...
Size: 3049 cm2 AVE: € .00
Tiratura:
Diffusione:
Lettori:







Conversando con

ELIO
BORGONOVI

LA RETRIBUZIONE DEI DG DEVE ESSERE ADEGUATA, COMMISURATA A COMPLESSITÀ E RESPONSABILITÀ

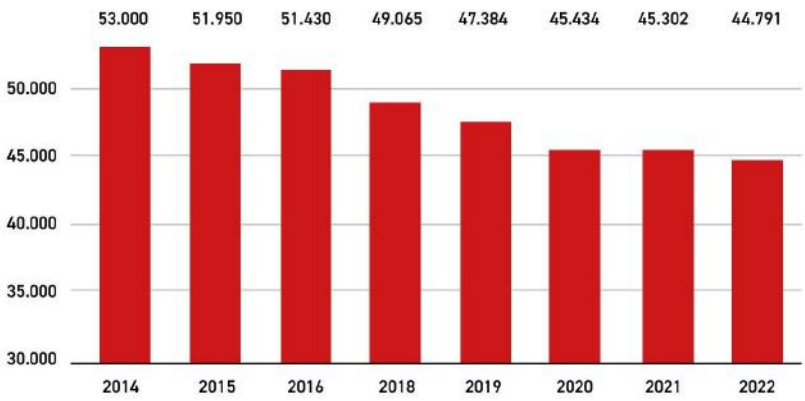
Secondo la Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria 2022 del Ministero della Salute, nel corso degli ultimi anni, il numero complessivo di Dirigenti medici che esercita la libera professione intramuraria è diminuito sia in termini assoluti sia in termini percentuali (rispetto al totale dirigenti dipendenti di Aziende del Servizio Sanitario Nazionale). Il numero di medici che esercitano ALPI passa da 53.000 unità relative all'anno 2014 a 45.434 unità del 2020, si "assesta" poi a 45.302 unità nell'anno 2021 (solo 132 unità in meno rispetto all'anno precedente) e diminuisce di 511 unità nell'anno 2022, valore quest'ultimo che risulta in ogni caso inferiore alla diminuzione media annua di circa 1.200 unità calcolata per il periodo considerato. In ogni caso dal 2014 al 2022 il numero di medici che esercitano Alpi è diminuito di 8.209 unità di personale ossia di oltre 15 punti percentuali.

per intraprendere il cammino verso una sanità nuova?
Sicuramente interventi per motivare e riconoscere sul piano retributivo e della qualità del lavoro, medici, infermieri, tecnici e altre professioni. In secondo luogo, chiarire meglio i rapporti tra Stato, Regioni e aziende sanitarie. In terzo luogo, una semplificazione delle procedure dei controlli. In quarto luogo, rilanciare l'autonomia gestionale delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie collegandole a un sistema di valutazione sui risultati effettivamente raggiunti.

Quali, in questo momento, le maggiori criticità della nostra Sanità? Serve più denaro, o più organizzazione?
Le maggiori criticità sono legate al ritardo nelle politiche del personale sia per quanto riguarda l'adeguamento dei livelli retributivi, ma soprattutto per la motivazione e il riconoscimento sociale della loro professionalità. Credo tuttavia che il problema critico sia quello organizzativo e la carenza di leadership illuminata e innovativa. Sul piano organizzativo occorre superare la logica dei silos per privilegiare la presa in carico dei pazienti. Per leadership illuminata e innovativa intendo dire capace di comprendere i bisogni e coagulare le risorse pubbliche e private superando gli steccati delle competenze giuridiche e tecniche.

Integrazione pubblico-privato, integrazione socio-sanitaria, integrazione ospedale-territorio. Quale delle tre è la più incompiuta? Molti vedono l'avanzare a grandi passi del privato in sanità come un pericoloso rischio. È così?
È impossibile rispondere perché vi sono situazioni molto diverse in diverse aree. Facendo uno sforzo per stabilire le priorità direi che quella maggiormente carente è quella dell'integrazione pubblico privato che è indebolita dalla cultura della separatezza e dell'antagonismo. I puristi del Ssn in termini ideali – ideologici sostengono che oggi l'espansione del privato indebolisce il Ssn. Io credo invece che la sostenibilità del sistema possa essere garantita da una co-programmazione in grado di cogliere e valorizzare i punti di forza del pubblico da un lato e del privato profit e non profit dall'altro. Troppo

Trend 2014-2022 Mumero di medici che esericitano ALPI



Ritaglio Stampa ad uso esclusivo del destinatario, Non riproducibile

id: 000000329

PANORAMA DELLA SANITA'

Data: 01.04.2025 Pag.: 18,19,20...
Size: 3049 cm2 AVE: € .00
Tiratura:
Diffusione:
Lettori:







Ritaglio Stampa ad uso esclusivo del destinatario, Non riproducibile

spesso ci si dimentica del ruolo fondamentale del privato sociale.

Periodicamente esce fuori la proposta del passaggio alla dipendenza dei Mmg. Pensa che possa essere la giusta soluzione per il miglioramento del sistema delle cure primarie?
Non esiste una soluzione valida in astratto a priori. Credo che i cambiamenti debbano essere gestiti. Quindi anche questa soluzione potrà rivelarsi vincente solo se sarà sostenuta da politiche di coinvolgimento, motivazione e valorizzazione del ruolo dei Mmg. La soluzione di Mmg dipendenti dal Ssn potrà essere vincente se aiuterà anche ad una maggiore integrazione e collaborazione con l'assistenza ospedaliera e specialistica. In Italia esistono troppe buone norme che poi non danno risultati positivi perché non sono attuate in modo corretto.

Intramoenia: colpevole o innocente nel prolungare le liste di attesa? Serve una nuova regolamentazione?
Io sono sempre perplesso quando si parla di nuova regolamentazione. Anche in questo caso non si può avere un giudizio netto di colpevolezza o innocenza perché non sono chiare le relazioni causa effetto. L'intramoenia è positiva se consente la libera scelta del paziente con riferimento al professionista del quale ha fiducia. E invece negativa quando diventa una soluzione obbligata a causa dell'inefficienza del servizio pubblico.

La messa a terra del Pnrr sta portando cambiamenti tangibili per la sanità pubblica o la sta solo tenendo in vita?
A mio parere sta portando cambiamenti positivi e tangibili se pensiamo alla sostituzione di tecnologie obsolete. Credo invece che non sia ancora chiaro l'effetto sul potenziamento delle cure intermedie e primarie. Personalmente vedo il bicchiere mezzo pieno piuttosto che mezzo vuoto. La svolta critica si avrà nel 2027-2028, una volta terminato il sostegno dei Pnrr.

A trent'anni dalla legge che ha trasformato le Usl in Aziende si sente ancora dire che le crisi del Ssn nasce da quella scelta. Che cosa pensa di questa esperienza? In quale direzione potrà evolversi?
Non sono la persona più indicata per rispondere a questa domanda

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano è da decenni tra i meno finanziati in Europa, per una cifra oggi pari al 6,3% del Pil, pur essendo il secondo Paese più anziano al mondo. Per portare la sanità pubblica italiana ai livelli dei grandi Paesi europei servirebbero almeno 40 miliardi, vale a dire metà dell'attuale spesa annua per l'istruzione. Una cifra enorme, in uno scenario caratterizzato da una situazione demografica critica che implica un'elevata spesa pensionistica e minore popolazione in età da lavoro. Rendere sostenibile l'universalismo è la vera sfida che la sanità pubblica italiana ha davanti a sé: è necessario prendere atto di questo vincolo e ragionare soprattutto su come mettere ordine al sistema, dove attualmente le priorità di accesso ai servizi sono spesso casuali, dunque poco efficaci e poco eque – basti pensare che gli anziani cronici in buona salute si dimezzano se si passa da chi è laureato a chi ha licenza elementare. I consumi delle stesse prestazioni sanitarie variano anche del 100% tra territori simili di una stessa Regione e c'è un forte divario tra quanto prescritto e quanto erogabile – e ciò danneggia inevitabilmente la reputazione del Ssn. Sono alcune delle principali evidenze dell'edizione 2024 dell'Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano (Oasi), pubblicato dal Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (Cergas) di Sda Bocconi School of Management.

IL DOCUMENTO SUI PRINCIPI PER UNA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

"Con il nostro documento noi vogliamo stimolare molto pensiero, un livello di operatività coerente con la velocità del cambiamento e una limitazione del numero di parole"

"Fermo restando gli obiettivi da traguardare con la nona e la decima rata, i dati ufficiali 2024 confermano l'attivazione di 480 Centrali Operative Territoriali, delle prime Case e Ospedali di Comunità aperte sull'intero territorio italiano e di circa 2.500 grandi apparecchiature sanitarie, che risulteranno determinanti per ridurre i divari territoriali e per efficientare le prestazioni erogate dal sistema sanitario nazionale" Così una nota di Palazzo Chigi in riferimento alla Cabina di regia Pnrr, svoltasi il 6 marzo scorso, dedicata esclusivamente alla Missione Salute per la verifica dello stato dell'arte degli interventi in sede territoriale.

"CHI È INCAPACE DI DELEGARE AL MIDDLE MANAGEMENT DIVENTA UN COLLO DI BOTTIGLIA"

id: 000000329

PANORAMA DELLA SANITA'

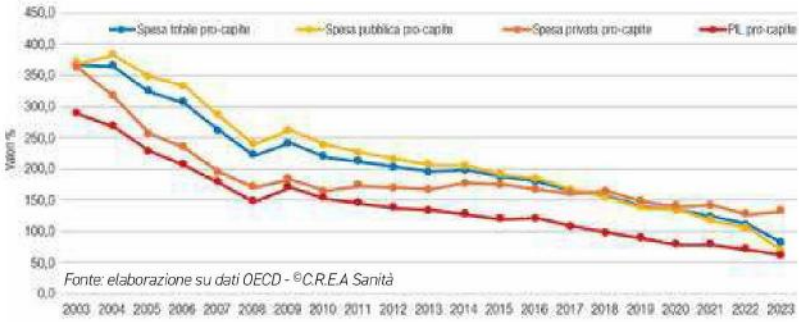
Data: 01.04.2025 Pag.: 18,19,20...
Size: 3049 cm2 AVE: € .00
Tiratura:
Diffusione:
Lettori:



Conversando con

ELIO BORGONOVI

Trend del gap Italia vs EU-Post 1995 in termini di spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite



Fonte: elaborazione su dati OECD - ©C.R.E.A Sanità

Secondo il 20 Rapporto Crea Sanità "Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio", l'Italia rispettando le compatibilità macro-economiche (e quindi considerando gli interessi sul debito pubblico e anche il livello di sviluppo del Paese) potrebbe spendere per la Sanità 19,9 miliardi di euro in più (+11,3% del finanziamento attuale): si tratta di una cifra lontana dalle possibilità di finanziamento reali, considerando che anche altri capitoli di spesa, in primis l'istruzione, sono ancora sotto finanziati.

Tale incremento non sarebbe sufficiente neanche ad allineare l'organico, e le relative retribuzioni, a quello medio degli altri Paesi europei. Per far fronte alle carenze di personale, servirebbero almeno 30 miliardi di euro, e per allineare oltre l'organico le retribuzioni dei professionisti agli standard degli altri Paesi, sarebbe necessario raddoppiare l'onere complessivo. A riprova di questa necessità, per soddisfare i bisogni sanitari la popolazione italiana spende privatamente per la sanità 41,4 miliardi di euro l'anno, spesi per oltre il 23% da famiglie povere che, se non si trattasse di bisogni reali farebbero a meno di questo onere. I conti sarebbero ancora più alti considerando che 3,4 milioni di nuclei familiari dichiarano di rinunciare a consumi sanitari e 1,2 milioni effettivamente li azzerano. Oggi l'Italia è il più ricco dei paesi più poveri per quanto riguarda la salute e se si vogliono mantenere le promesse fatte con le riforme che si sono succedute negli anni e con le leggi che hanno modificato l'organizzazione dell'assistenza, sono necessarie scelte precise, anche politicamente scomode.

essendo stato uno dei fautori di questa svolta. Credo che permanga un equivoco sul concetto di azienda. Infatti, io e tante altre colleghe e colleghi lo abbiamo proposto come "conoscenze strumentali" per il migliore il raggiungimento del fine che è e resta quello della tutela della salute.

La figura del Direttore generale non è mai stata amata, Tant'è che la sua retribuzione, e quelle dei direttori sanitari ed amministrativi, sono ferme da decenni e inferiori di molto ad analoghe figure nel privato ed anche in altri settori pubblici. Secondo lei, è necessario un intervento legislativo ad hoc per adeguare la retribuzione delle direzioni strategiche delle Aziende sanitarie?

Questo è un problema reale in quanto disincentiva persone che trovano alternative soprattutto nel privato ma anche in altri enti pubblici. Credo che per un adeguamento non sia necessaria una nuova legge, ma sia sufficiente sfruttare i margini che ancora esistono. Peraltro, nel documento su "principi per una riforma del Ssn" noi sosteniamo che è necessario un intervento a riguardo, inserito all'interno di una norma che preveda differenziazioni delle retribuzioni secondo natura, livello di complessità delle aziende e tipi di responsabilità gestionali oltre che amministrative e contabili. Semmai vedo un problema di selezione e di preparazione di una nuova classe di direttori generali.

Quale sarà il ruolo del management nella gestione di una sanità che sta cambiando profondamente (innovazione, tecnologie e nuove esigenze)?

Dovrà essere un manager con una forte connotazione di leadership coerente, credibile e collegata a valori etici. Manager capaci di fare quattro cose: introdurre l'innovazione valutando in modo equilibrato i benefici e le resistenze (essere un innovatore attento), sottolineare sempre la finalità di tutela della salute delle aziende (logica di purpose driven organization), aprirsi

Ritaglio Stampa ad uso esclusivo del destinatario, Non riproducibile

id: 000000329

PANORAMA DELLA SANITA'

Data: 01.04.2025 Pag.: 18,19,20...
Size: 3049 cm2 AVE: € .00
Tiratura:
Diffusione:
Lettori:



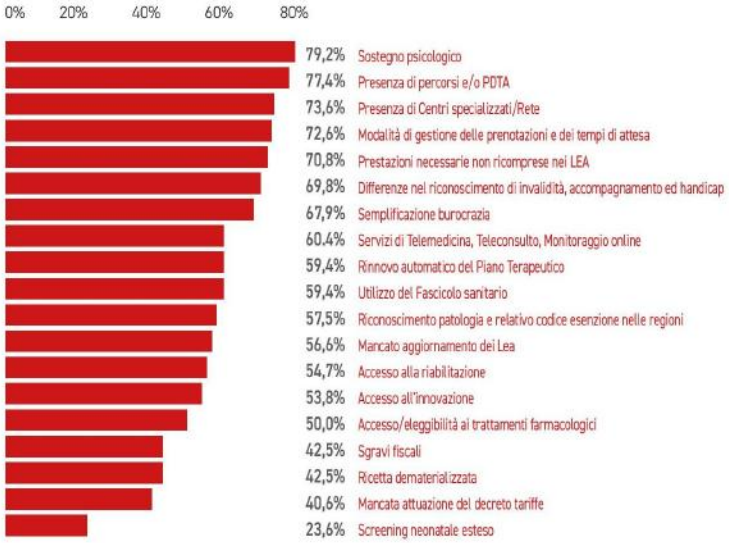
alle collaborazioni esterne, attorniarsi non di yes people ma di persone con le quali confrontarsi e che vedono le cose con punti di vista diversi. A ciò aggiungerei due caratteri della personalità: umiltà e gentilezza nei confronti di tutti gli interlocutori.

Nella governance aziendale quanto viene valorizzato il ruolo del middle management?
Oggi purtroppo in misura inadeguata. Al riguardo mi piace sempre citare una affermazione del fondatore di Panasonic: "le cose grandi (visione) e quelle piccole sono il mio pane, le cose intermedie possono essere delegate". Chi non ha la capacità di delegare decisioni al middle management diventa inevitabilmente "collo di bottiglia" che blocca il cambiamento.

C'è stata, nel corso della sua lunga carriera, un'esperienza particolarmente importante che ha lasciato il segno?
Mi è difficile individuare una esperienza particolare. Mi sento invece di dire che ciò che mi ha maggiormente gratificato è stata la possibilità di trattenere in Italia ricercatrici e ricercatori di elevato valore e di averli sempre spinti a "sporcarsi le mani" confrontandosi con problemi reali delle aziende. Non mi sono mai piaciuti i "topi da biblioteca" chiusi nei loro uffici, che preparano paper comprensibili solo per chi frequenta le conferenze internazionali e poco comprensibili per chi ogni giorno deve rispondere ai bisogni dei pazienti dovendo confrontarsi con i vincoli di risorse limitate e norme spesso contraddittorie.

Dopo il Covid ci eravamo ripromessi di mettere la sanità come priorità del nostro Paese. Lei ritiene che si sia passati dalle parole ai fatti?
Beh la risposta è breve ed è negativa. Semmai, si è passati "da parole a parole" e, citando Vittorio Alfieri, siamo ancora in un periodo in cui "si hanno molte parole, poco pensiero e nulla operare". Con il nostro documento noi vogliamo stimolare molto pensiero, un livello di operatività coerente con la velocità del cambiamento e una limitazione del numero di parole. Forse ci illudiamo ma è meglio illudersi che rassegnarsi. Peraltro, sono convinto che non si tratti di illusione perché ogni giorno incontro decine, centinaia, e sono convinto che nel Ssn siano decine di migliaia di professionisti e di medici, infermieri, tecnici, altri professionisti, personale tecnico amministrativo che continuano a lavorare bene e che aspettano solo di fare ancor meglio se ben organizzati. I manager devono far leva su quelle che io considero le energie più rinnovabili in assoluto, quelle di persone alle quali dare continuamente il senso del loro lavoro e del loro impegno.

Ambiti nei quali si riscontrano maggiori difformità/disuguaglianze regionali



Fonte: XXII Rapporto sulle politiche della cronicità – CnAMC – Cittadinanzattiva 2024

Rapporto sulle politiche della cronicità CnAMC Cittadinanzattiva 2024
Per cercare di capire cosa succede nella realtà e nella vita delle persone con malattia cronica o rara Cittadinanzattiva ha chiesto ai presidenti delle associazioni dei malati cronici e rari quali sono gli ambiti, dal loro punto di vista, sui quali si riscontrano maggiori difformità/disuguaglianze regionali.

"RESTA UN EQUIVOCO SUL CONCETTO DI AZIENDA"

Ritaglio Stampa ad uso esclusivo del destinatario, Non riproducibile