

Bocconi



POPULISMO E INCONSISTENZA DI POLICY: QUALE RUOLO PER LA COMUNITA'?



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Francesco Longo
CERGAS, SDA Bocconi
Milano, 4 maggio 2024

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

AGENDA

I. SCENARIO

II. POPULISMO

III. INCONSISTENZA DI POLICY

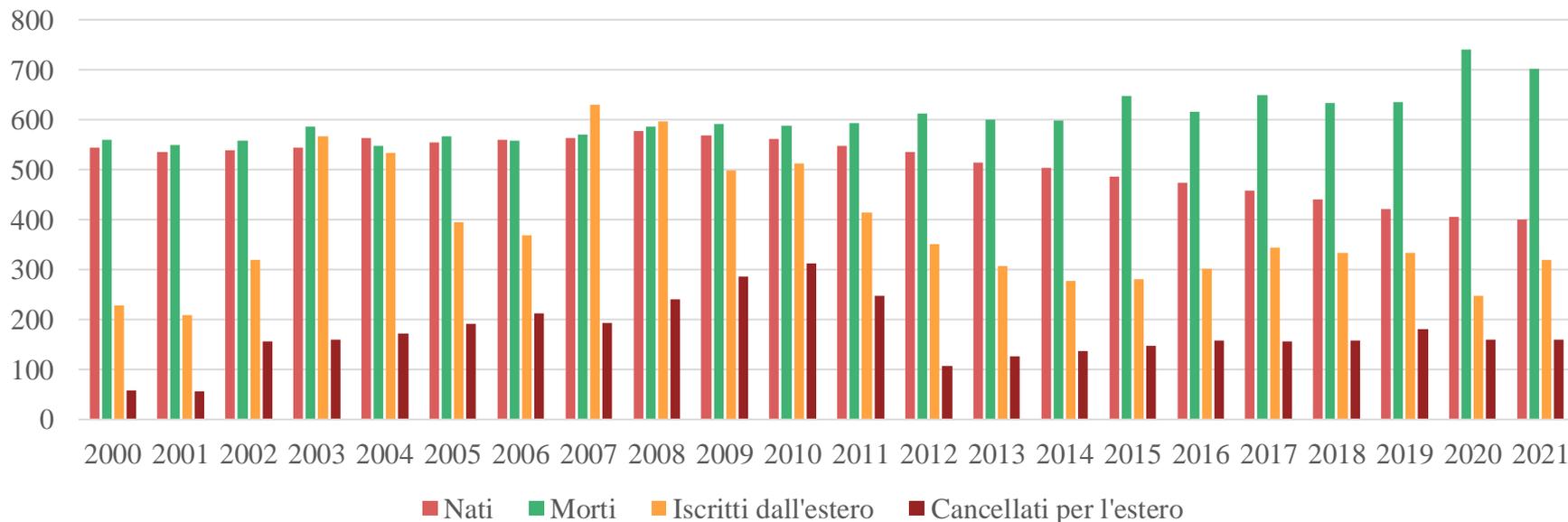
IV. PRIORITA' DA DEFINIRE

V. FATTI O PAROLE?

I. SCENARIO

Le componenti della dinamica demografica

I decessi divengono la componente prevalente...
gli immigrati quasi raggiungono i nati



..E la finanza pubblica ha altri «sentieri obbligati»

TAVOLA I.3A: CONTO DELLA PA A LEGISLAZIONE VIGENTE (in milioni)

	2021	2022	2023	2024	2025
SPESE					
Redditi da lavoro dipendente	176.548	188.236	187.104	185.238	186.053
Consumi intermedi	157.228	166.930	165.593	162.839	163.506
Prestazioni sociali	397.905	409.220	428.270	453.610	464.530
di cui:					
Pensioni	286.280	297.350	321.390	345.380	355.420
Altre prestazioni sociali	111.625	111.870	106.880	108.230	109.110
Altre spese correnti	82.562	106.374	89.345	87.067	86.350
Totale spese correnti al netto di interessi	814.243	870.760	870.312	888.754	900.438
Interessi passivi	63.753	77.234	81.559	80.325	87.098
Totale spese correnti	877.996	947.994	951.871	969.079	987.536
di cui:					
Spesa sanitaria	127.834	133.998	131.724	128.708	129.428
Totale spese in conto capitale	108.172	81.707	100.753	94.728	101.617
Investimenti fissi lordi	50.846	49.035	66.072	72.513	78.503
Contributi in c/capitale	21.952	22.629	26.964	18.002	18.862
Altri trasferimenti	35.374	10.043	7.718	4.213	4.252
Totale spese finali al netto di interessi	922.415	952.467	971.065	983.482	1.002.055
Totale spese finali	986.168	1.029.701	1.052.624	1.063.807	1.089.153

**Delta e
Delta %
21-25**

**% PIL,
2025**

**+69 mld€,
+ 24%**

16,5%

**+23
mld€, +
36%**

4%

**+2 mld€,
+2%**

6%

La Legge di Bilancio prevede un incremento del FSN di 2,15, 2,3 e 2,6 mld per gli anni 2023-24-25

Per il 2023 1,4 mld sono destinati alla copertura del «caro energia».



FINANZIAMENTO SSN

<i>Anni</i>	<i>Finanziamento sanitario corrente</i>	<i>Incrementi annui</i>	<i>PIL nominale tendenziale</i>	<i>Crescita del PIL %</i>	<i>% del Finanziamento corrente sul PIL</i>
2001	71.271		1.248.648		5,71%
2002	75.652	6,15%	1.295.226	3,73%	5,84%
2003	80.573	6,50%	1.341.850	3,60%	6,00%
2004	82.403	2,27%	1.397.728	4,16%	5,90%
2005	93.195	13,10%	1.436.380	2,77%	6,49%
2006	93.173	-0,02%	1.493.031	3,94%	6,24%
2007	97.551	4,70%	1.554.199	4,10%	6,28%
2008	101.588	4,14%	1.575.144	1,35%	6,45%
2009	104.204	2,58%	1.519.695	-3,52%	6,86%
2010	105.569	1,31%	1.604.520	5,58%	6,58%
2011	106.905	1,27%	1.637.460	2,05%	6,53%
2012	107.961	0,99%	1.613.270	-1,48%	6,69%
2013	107.004	-0,89%	1.604.600	-0,54%	6,67%
2014	109.928	2,73%	1.621.830	1,07%	6,78%
2015	109.715	-0,19%	1.652.085	1,87%	6,64%
2016	111.002	1,17%	1.689.824	2,28%	6,57%
2017	112.577	1,42%	1.736.593	2,77%	6,48%
2018	113.404	0,73%	1.771.570	2,01%	6,40%
2019	114.474	0,94%	1.790.940	1,09%	6,39%
2020	120.557	5,31%	1.660.600	-7,28%	7,26%
2021	122.061	1,25%	1.822.300	9,74%	6,70%
2022	125.980	3,21%	1.946.479	6,81%	6,47%
2023	128.869	2,29%	2.050.599	5,35%	6,28%
2024 (1)	134.013	3,99%	2.130.484	3,90%	6,29%
2025 (1)	135.391	1,03%	2.203.066	3,41%	6,15%
2026 (1)	135.683	0,22%	2.274.049	3,22%	5,97%

Fonte: Disposizioni normative

(1) = Il livello del fabbisogno sanitario nazionale standard per gli anni 2024-2026 è determinato in base ai contenuti della legge di bilancio 2024

II. POPULISMO

POPULISMO: TRATTI FONDANTI

- **Tutti i problemi possono essere risolti=> non esistono criticità da sostenere**
- **Non esistono trade off di policy: esiste sempre una hp consolatoria che soddisfa tutti**
- **Esiste sempre un nemico esterno che è causa dei problemi=>quindi la causa dei problemi può essere rimossa**
- **Esiste un leader a cui affidarsi fideisticamente, in modo partigiano e acritico**
- **Le narrazioni (strumento di lavoro della politica) sovrastano e delegittimano le evidenze (strumento di lavoro delle tecnostrutture)**



POPULISMO E POLICY PUBBLICHE

- **Le policy pubbliche durante il populismo sono inconsistenti**
 - ✓ Promettono tutto a tutti, senza trade off, senza necessità di definire priorità
 - ✓ La narrazione politica sovrasta la realtà
 - ✓ Ma la realtà, in silenzio e senza consapevolezza Avanza: UK non ha mai avuto così tanti immigrati come dopo la BREXIT, perchè la demografia e la fame di lavoratori morde

- **A livello internazionale c'è un grande dibattito sul policymaking effettivo (non narrazioni) in epoche populistiche:**
 - ✓ - più o meno spazio per il management pubblico?
 - ✓ - più o meno spazio per le comunità?



III. INCONSISTENZA DI POLICY NEL SSN (4 ESEMPI)

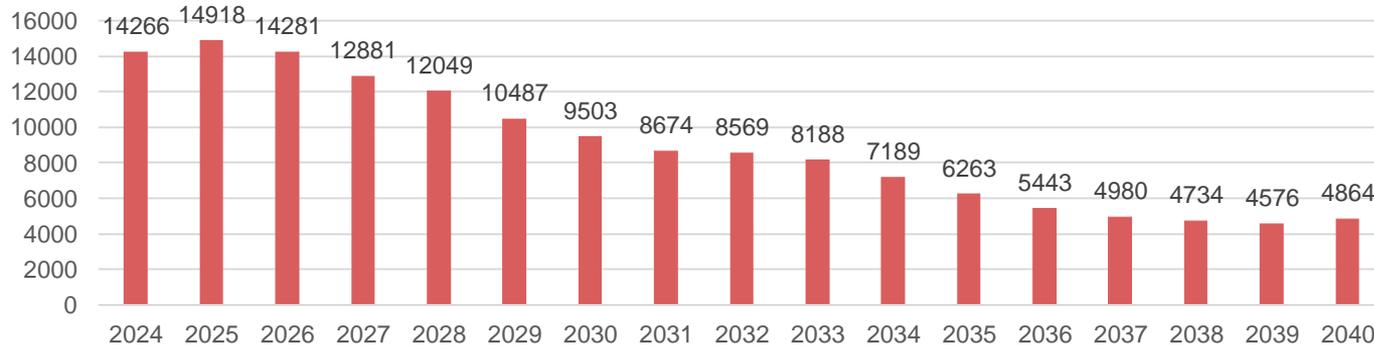
1. ABOLIZIONE LISTE DI ATTESA

- **L'universalismo è il principio fondante la costituzione e il SSN=> aboliamo le liste di attesa**
- **Nel paese più anziano al mondo con un finanziamento per il SSN al 6,3% del PIL (9+% in UK) è realistico abolire le liste di attesa?**
- **Oggi il SSN non riesce a garantire ciò che prescrive: al paziente l'onere della ricerca offerta**
- **Il 50% del prescritto non viene consumato (studio RL 2023): la selezione è randomica**
- **Il 50% delle visite specialistiche e il 30% degli accertamenti diagnostici sono pagati privatamente (ISTAT 2022)**

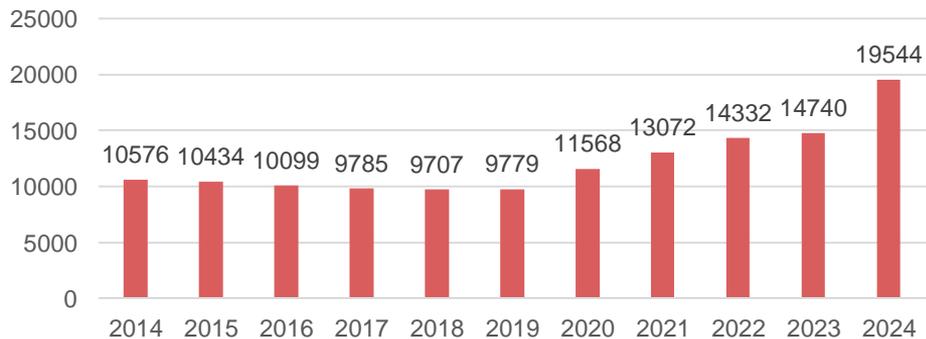


2. HP ABOLIZIONE IL NUMERO CHIUSO PER ACCESSO A MEDICINA

Pensionamenti



Posti banditi Medicina



2. Pensionamenti previsti nel SSN

	Medici	MMG	Infermieri
Totali in servizio SSN	103.092	41.707	264.686
Totali over 60 anni	29.331	11.865	20.150
% over 60 anni su totale in servizio in SSN	28,45%		7,61%
Uscite annue SSN (tot./5anni)	5.866	2.373	4.030
Totali uscite previste al 2027		41.196	20.150
Uscite annue (tot./5 anni)		8.239	4.030

Stime di pensionamenti personale medico e infermieristico entro 5 anni

Fonte: Agenas (2022) da dati Conto Annuale e Istat



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

3. STANDARD INFERMIERISTICI DM 77

Bozza AGENAS «DM 71*»	Offerta già attiva	Offerta mancante	Personale infermieristico necessario
2.400 Case della Comunità – CdC (1/25.000 ab.)	553 (cfr. OASI 2021)	1.847	Nessuno – le CdC inglobano servizi già esistenti o avviati grazie al PNRR
1.200 Ospedali di Comunità – OSCO (1/50.000 ab.)	177 (cfr. OASI 2021)	1.023	9 infermieri per OSCO: 9.207
602 Centrali Operative Territoriali - COT	60 (stima prudenziale)	542	5 infermieri per COT: 2.710
23.000 Infermieri di Comunità (1/2.000-3000 ab.)	3.000 (1/20.000 ab., cfr. Rapporto Corte dei Conti 2021)	20.000	20.000
Copertura ADI progressiva del 10% degli over65 (Hp 2h/settimana, continuativamente: 104 ore annuali)	Copertura 6% over65 con 12h/anno (Anuario stat. 2019 Minsal), corrispondente al 7,2% delle ore necessarie per coprire il target e a 4.500 infermieri impiegati (38hr settimana)	Il 93% delle ore annuali	70.026

(*) Documento «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN», <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3566666.pdf>

101.943

4. LA SELEZIONE IMPLICITA DELLE PRIORITA:

ES. Centro di Salute Mentale

Utenti in carico n.1384

Popolazione di riferimento: 58.066 soggetti maggiorenni

FASCE ETà	PERCENTUALE DI UTENTI SUL TOTALE DEI TRE CLUSTER	PERCENTUALE DI PRESTAZIONI SUL TOTALE DEI 3 CLUSTER	PRESTAZIONI PER UTENTE
18-24	3% (17/571)	3%(196/7012)	11,6 (196 / 17 UT)
25-54	38% (216/571)	38%(2673/7012)	13,4 (2673/ 200 UT)
55>	59% (338/571)	59%(4143/7012)	12,2 (4143/ 338 UT)

CLUSTER	PRESTAZIONI PER UTENTE
DIST. PERSONALITÀ	11,7 (479/ 41 UT)
DISTURBI DELL'UMORE	7,7 (1973/ 256 UT)
DISTURBI PSICOTICI	16,7 (4560/ 274 UT)

IV. PRIORITA' DA DEFINIRE (4 ESEMPI)

1. PRIORITA' NELLA PRESA IN CARICO DEI CRONICI

Prevalenza (%) della cronicità e % di persone in buona salute su totale popolazione, con suddivisione per titolo di studio, 2020

<u>Titolo di studio</u>	Almeno una malattia cronica	Almeno due malattie croniche	Con malattie croniche in buona salute	In buona salute
Laurea e post-laurea	37	14,2	65,5	81,4
diploma	38,5	16,3	55,2	75,6
licenza di scuola media	42,4	20,6	46,8	69,9
licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	53	36,8	30	57,7

Fonte: cap. 7 OASI 2022, elaborazioni su dati ISTAT, dato ogni 100 persone con le stesse caratteristiche.



Università
Bocconi

CER GAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

2. PRIORITA' NEI SETTING TERRITORIALI

- **Nessuna AUSL ha sufficiente personale infermieristico per attivare a standard, CdC, OdC, IFOC, ADI, COT**
- Si può recuperare del personale riducendo i ri-ricoveri per anziani LTC in ospedale (scelta impopolare)
- Le prioritá' sono diverse da distretto a distretto (forse anche per CDC)
- **Quando e come apriamo il dibattito per definire le prioritá' locali? Oggi siamo in attesa dei "muri" salvifici pronti nel 2026**



3. I GAP DELLA LTC: COSA FACCIAMO?

- **6,5% DELLA POPOLAZIONE E' LTC: 3,9 mil di anziani**
- 7% sono in RSA, 25% ricevono ADI (16 accessi anno), 50% hanno IDA, 1,1 mil hanno la badante, 2,6 mil sono assistiti esclusivamente da familiari
- La spesa diretta delle famiglie è stimata di 25 Mld
- **Costruiamo un sistema professionale di servizi a pagamento in sharing?**
- **Costruiamo un sistema organizzato di supporto delle comunità, di volontariato, di mutuo-aiuto tra famiglie?**

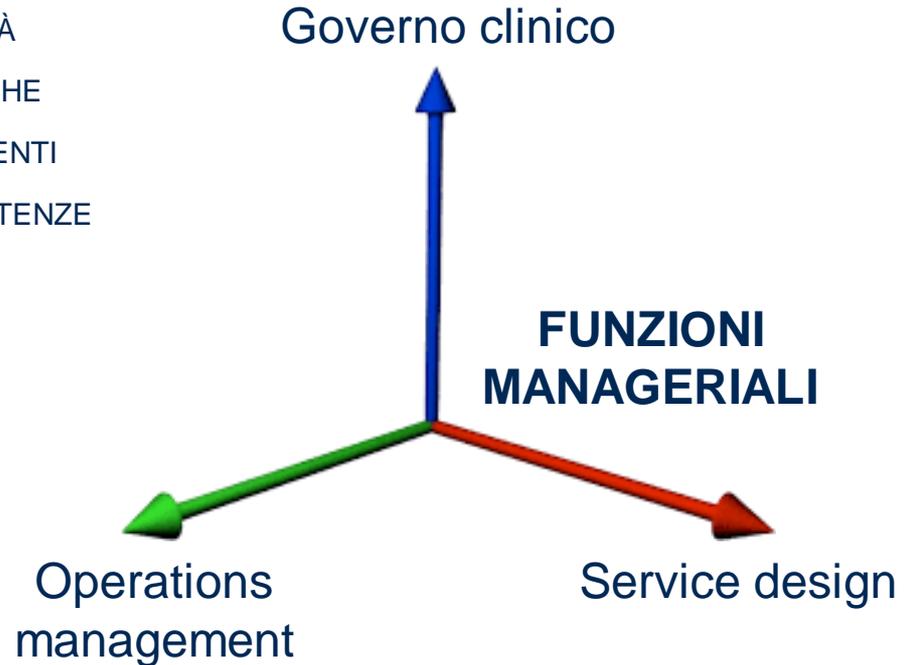


4. LE FUNZIONI DI GOVERNO IN SANITÀ

1. Governo clinico (EBM)
2. Operations management (ottimizzazione risorse)
3. Service design (percorsi di fruizione del paziente)
4. Allocazione risorse (definizione priorità strategiche nei servizi)

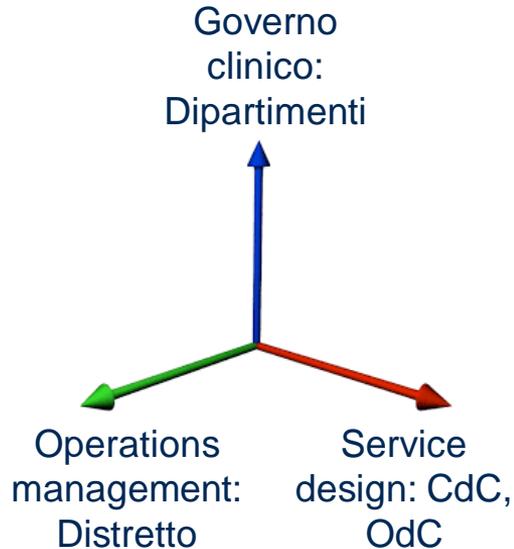
FINALITÀ
METRICHE
STRUMENTI
COMPETENZE

FUNZIONE POLITICA
Allocazione risorse



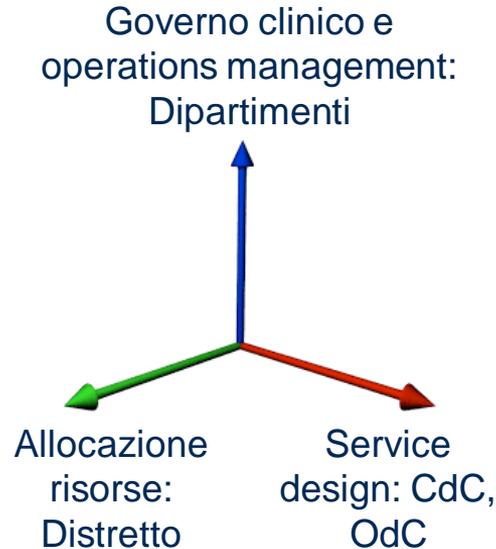
4. IPOTESI DI ASSOCIAZIONE FRA FUNZIONI E MATTONI ORGANIZZATIVI

IPOTESI 1

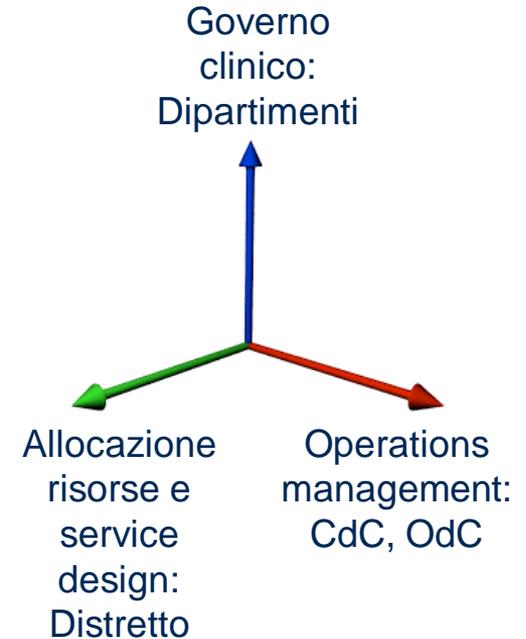


Allocazione risorse:
Direzione Aziendale

IPOTESI 2



IPOTESI 3



V. FATTI O PAROLE?

ASSENZA DI POLICY CONSISTENTI

- **I trade off di policy citati difficilmente verranno risolti da atti programmatori ufficiali nazionali, regionali o aziendali**
- **In epoca populista non si parte da evidenze ma solo da aneddoti e narrazioni consolatorie**
- **Non è possibile esplicitare i trade off di policy**
- **Di norma le prioritizzazioni inevitabili sono emergenti, implicite e inconsapevoli**



SOSTENERE LA CONSAPEVOLEZZA LOCALE DELLE PRIORITA' NECESSARIE

- **Le comunità locali necessitano di stakeholder ADULTI**
 - ✓ Capaci di esplicitare i trade off allocativi
 - ✓ Capaci di proporre priorità alla luce di valori
 - ✓ Il dibattito sulle priorità è un dibattito sui valori=> fondativo delle comunità

- **Alla ricerca di ADULTI:**
 - ✓ **Società civile**
 - ✓ **Clinici e professionisti con alta public service motivation**
 - ✓ **Middle management locale**



DIRE O FARE?

- **Partire dal basso a costruire priorità in modo intenzionale ma non dichiarato o aprire dibattiti locali sui vincoli per definire collettivamente e in modo consapevole le priorità?**
- **Siamo così sicuri che in epoca populista si possa aprire dibattiti sui vincoli, sui limiti, sui trade off, creando consenso sul problema?**
- **I dibattiti pubblici locali oggi portano a riaprire punti nascita con 100 parti, ambulatori per 3000 abitanti, a lasciare in piedi ospedali con meno di 50 PL**
- **Fare e poi dire?**

