

NARRAZIONI CONSOLATORIE E CRITICITA' EMERGENTI DEL SSN: QUALI SONO LE PRIORITA' DI POLICY?

FRANCESCO LONGO
CERGAS/SDA BOCCONI

Milano 27 febbraio 2026



Università
Bocconi

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

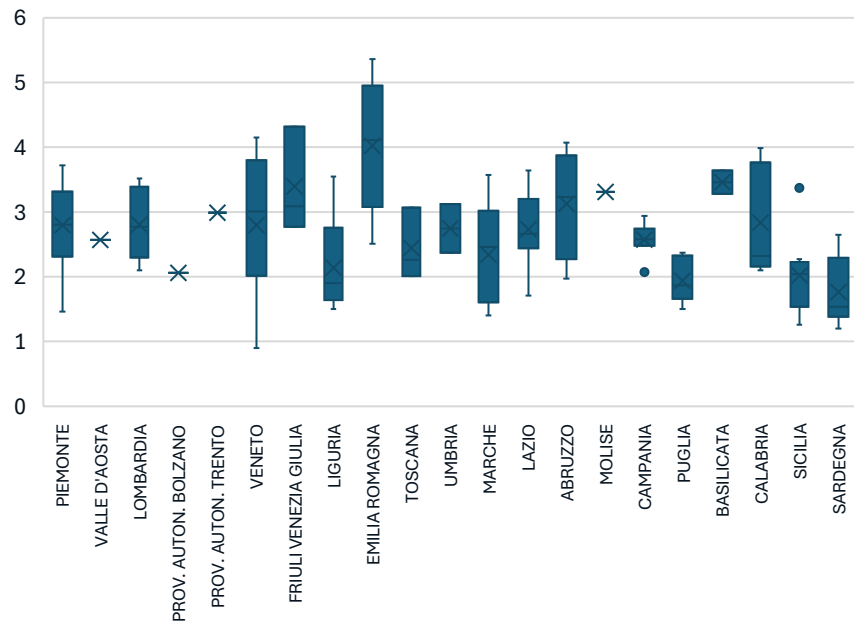
SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

AGENDA

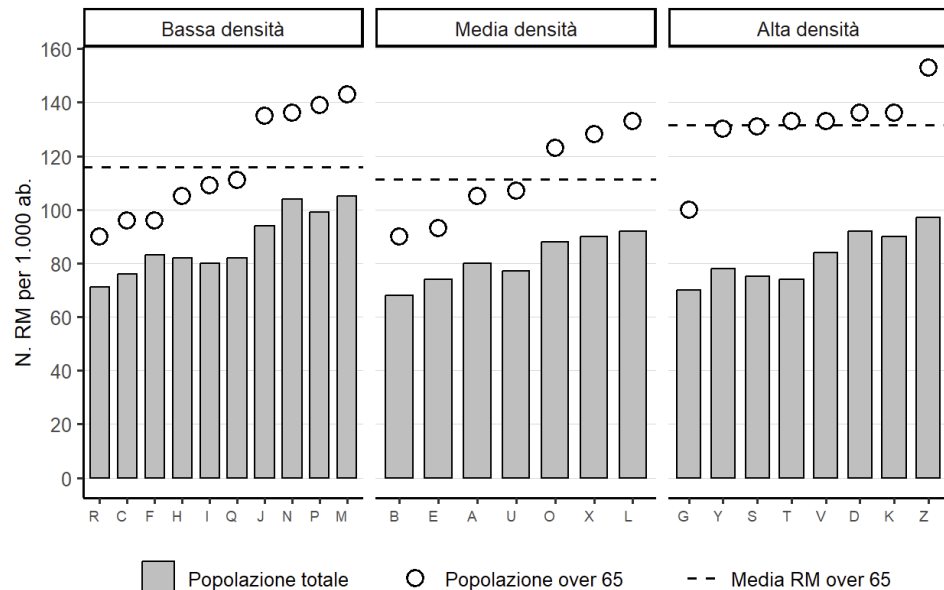
1. Le principali criticità emergenti del SSN: evidenze quantitative
2. Le narrazioni consolatorie sul SSN
3. Le policy antipopuliste per l'equità e la sostenibilità del SSN

1) La variabilità ingiustificate dei consumi

Consumo di prestazioni RM osteoarticolari in pazienti over-65 per 100 abitanti, 2023



Consumo di prestazioni di RM per 1.000 abitanti e per 1.000 abitanti over 65 per ASST (Lombardia), 2024



Università Bocconi

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

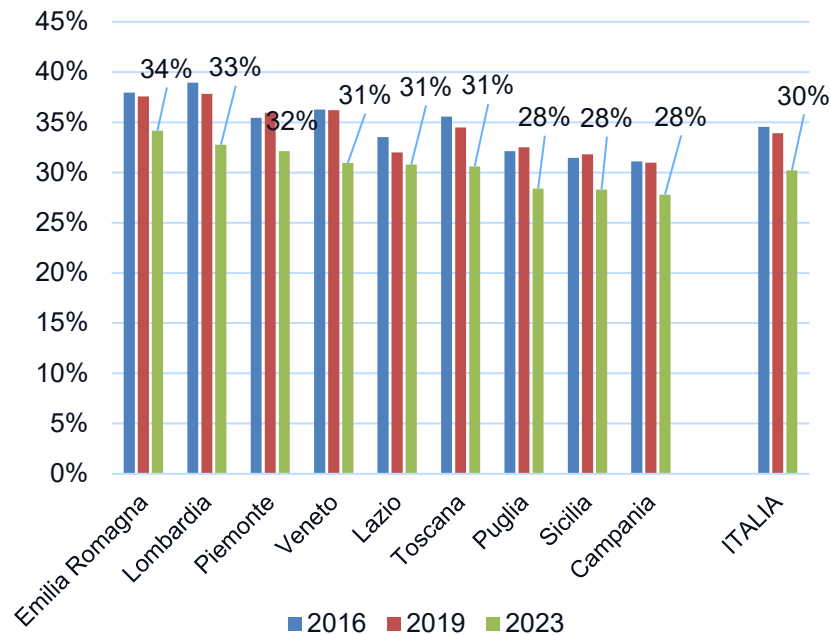
Fonte: cap. 9, elaborazione degli autori su dati AGENAS

Fonte: cap. 9, elaborazione degli autori su dati ARIA S.p.a.

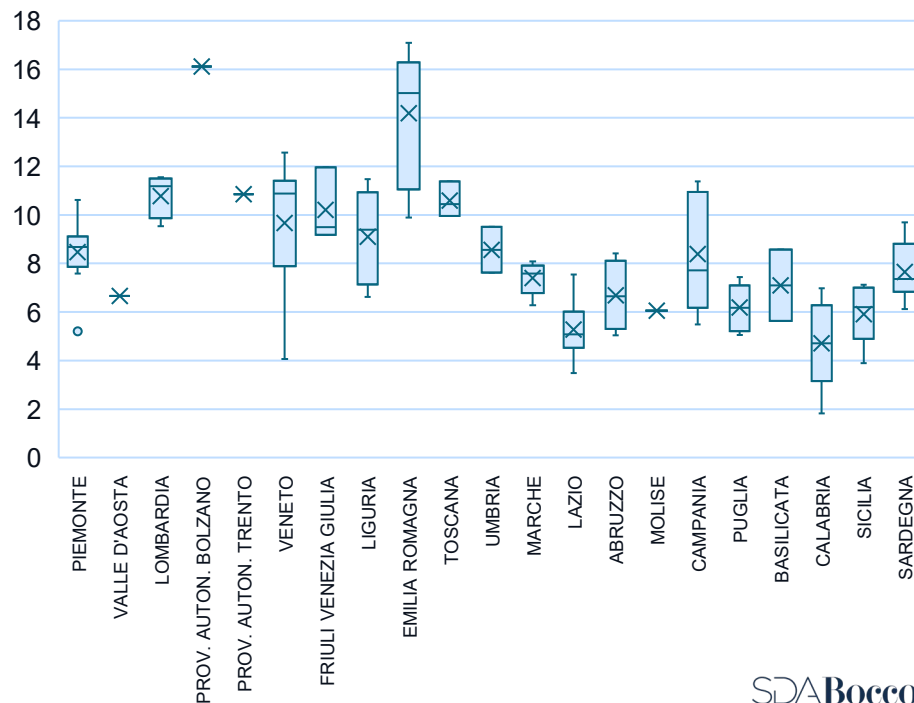
SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

2) L'Efficienza di Sistema raggiunta è solo equilibrio finanziario

Valore della produzione (ricoveri + specialistica) in relazione alla spesa sanitaria pubblica regionale



Consumo di prestazioni di eco-addome per 100 abitanti, 2023



Università Bocconi

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

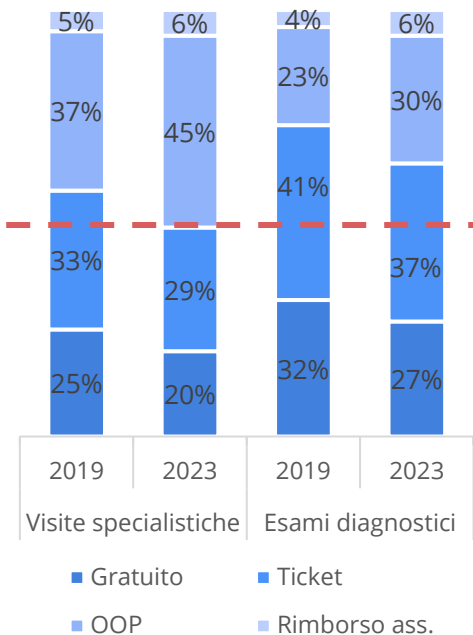
Fonte: cap. 3, elaborazioni su Rapporto SDO (2025) e Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Fonte: cap. 9, elaborazione degli autori su dati AGENAS

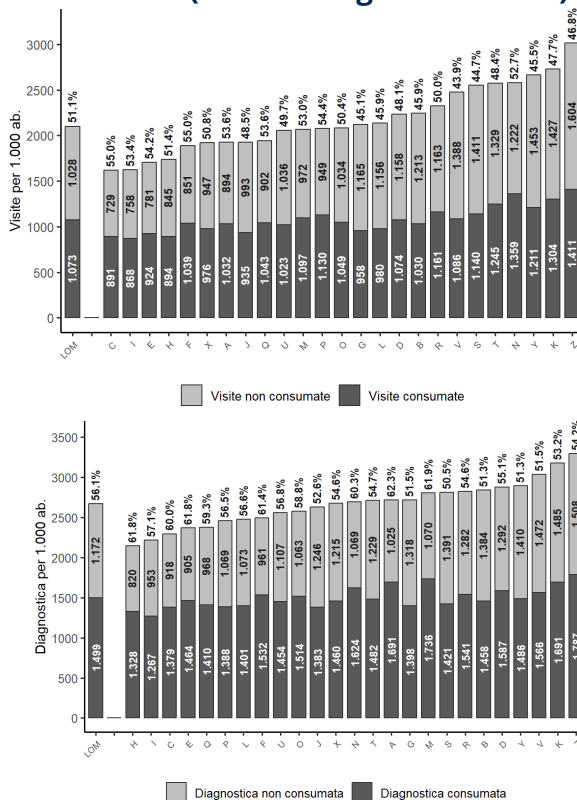
SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

3) Il SSN non esprime criteri di priorità: RAZIONAMENTO IMPLICITO

Modalità di pagamento delle prestazioni sanitarie



Prescrizioni e consumo per 1.000 abitanti (visite e diagnostica in RL)



Attesa da biopsia a chirurgia mammella in ATS Milano

Stratificazione	N	Media	SE	Mediana
Pazienti che fanno tutti gli accertamenti in regime pubblico	12.07	51,66	0,67	48,00
Pazienti con prestazioni in solvenza o private, ma a prevalenza di regime pubblico	2.732	54,22	0,47	50,00
Pazienti che fanno lo stesso numero di accertamenti in SSR e in regime solvenza-privato	258	53,19	1,59	49,00
Pazienti con prestazioni in regime SSR, ma prevalenza di regime solvenza-privato	519	48,99	1,16	43,00
Pazienti che fanno tutti gli accertamenti in regime solvenza-privato	147	32,49	1,73	27,00

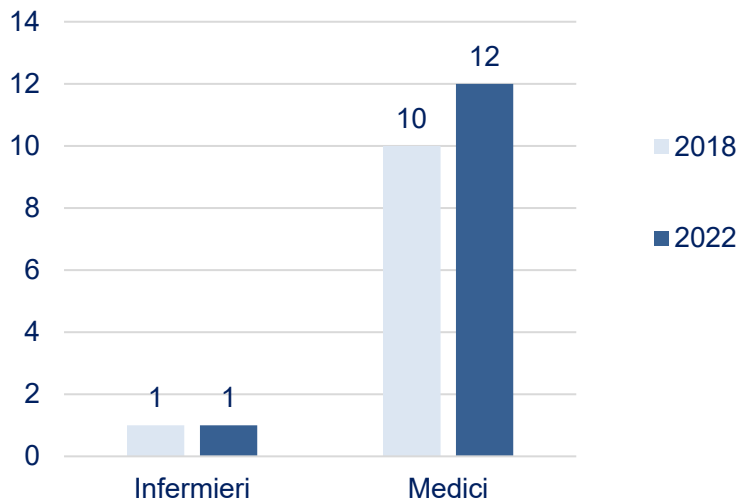


Università Bocconi

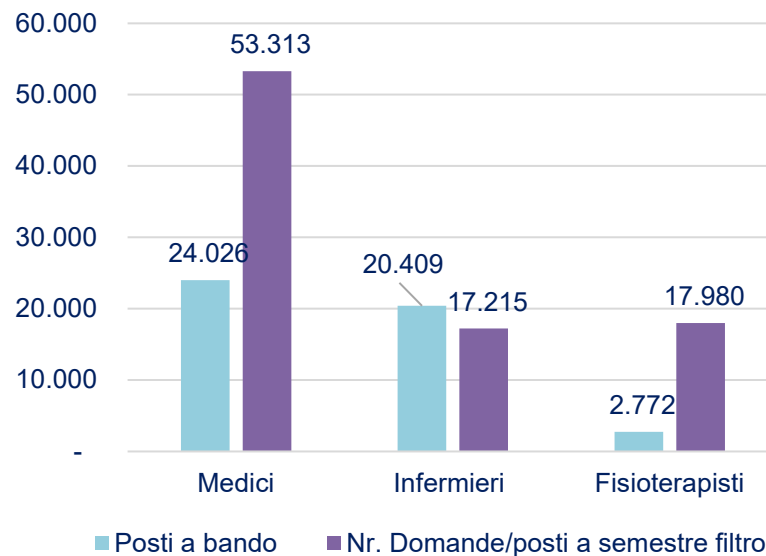
CERGIS
Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

4) La carenza di personale infermieristico e il ritorno alla plethora medica

Percentuale di 15enni che desiderano diventare professionisti sanitari, Italia, 2018; 2022



Posti a bando e domande (o posti a semestre filtro), Italia, AA 2025-26



Università
Bocconi

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

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (2025) da
rilevazione PISA e MIUR (2025)

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

5) I nuovi setting assistenziali e l'assenza di personale: quali priorità?

- Il PNRR e il DM 77 prevedono nuovi setting assistenziali molto rilevanti e coerenti al quadro epidemiologico, ma **non ci saranno tutti gli infermieri previsti dagli standard**: bisogna **riallocare il personale** tra setting (es. H=>T).

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 (Annuario 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
			101.943



6) Il nuovo ecosistema digitale: quali finalità strategiche e direttrici di trasformazione?



EDS



FSE



Telemedicina



CUP



CCE

Il nuovo ecosistema digitale è robusto, pronto e in rapida evoluzione, grazie anche alle spinte d'innovazione fornite da PNRR e DM77, ma **non è ancora chiaro**:

- a quali **obiettivi strategici di sistema** debbano rispondere le innovazioni previste: aumentare o ridurre le visite?
- quali siano le **direttrici di trasformazione** delle caratteristiche dei servizi (digital first?)

Inoltre, **non abbiamo KPI e target** relativi alla trasformazione dei servizi...

È difficile valutare impatti, confrontare territori/aziende, definire priorità e governare l'implementazione in modo coerente



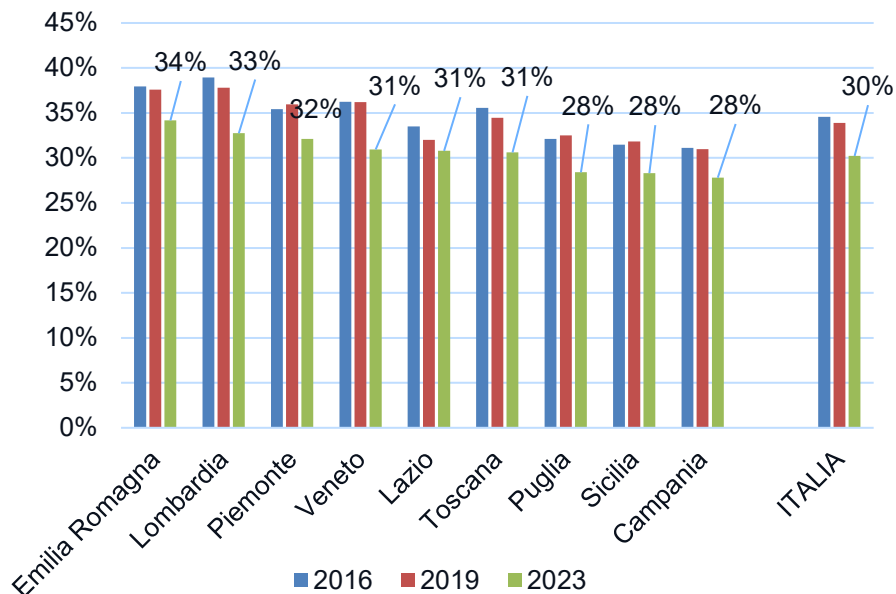
Università
Bocconi

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

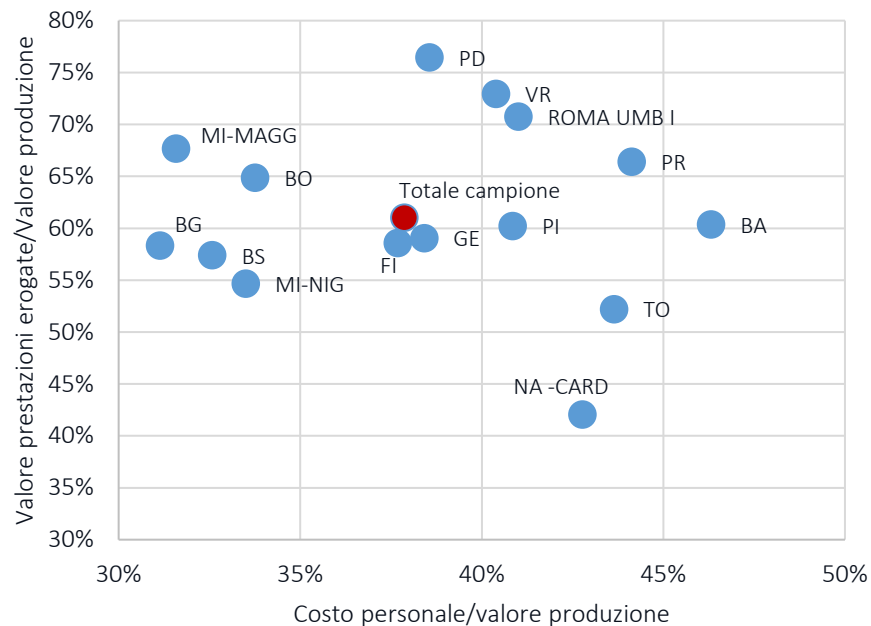
SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

7) I differenziali ingiustificati di produttività tra regioni e tra aziende pubbliche

Valore della produzione (ricoveri + specialistica) in relazione alla spesa sanitaria pubblica regionale



Le grandi AO pubbliche del SSN: incidenza % dei costi del personale sul valore della pdz e incidenza % del valore delle prestazioni erogate sul valore della pdz



Università Bocconi

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

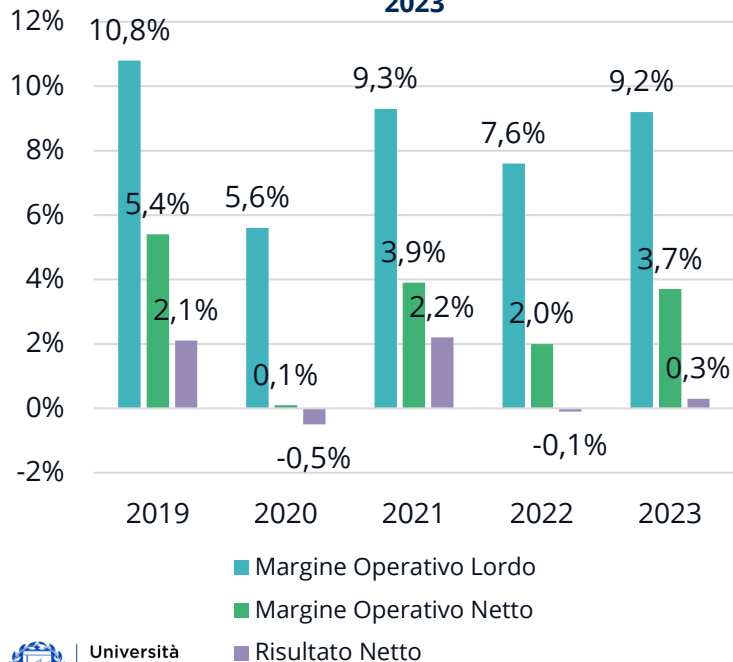
Fonte: cap. 3, elaborazioni su Rapporto SDO (2025) e Ragioneria Generale dello Stato (2025)

Fonte: cap. 3, elaborazioni su CE aziendali

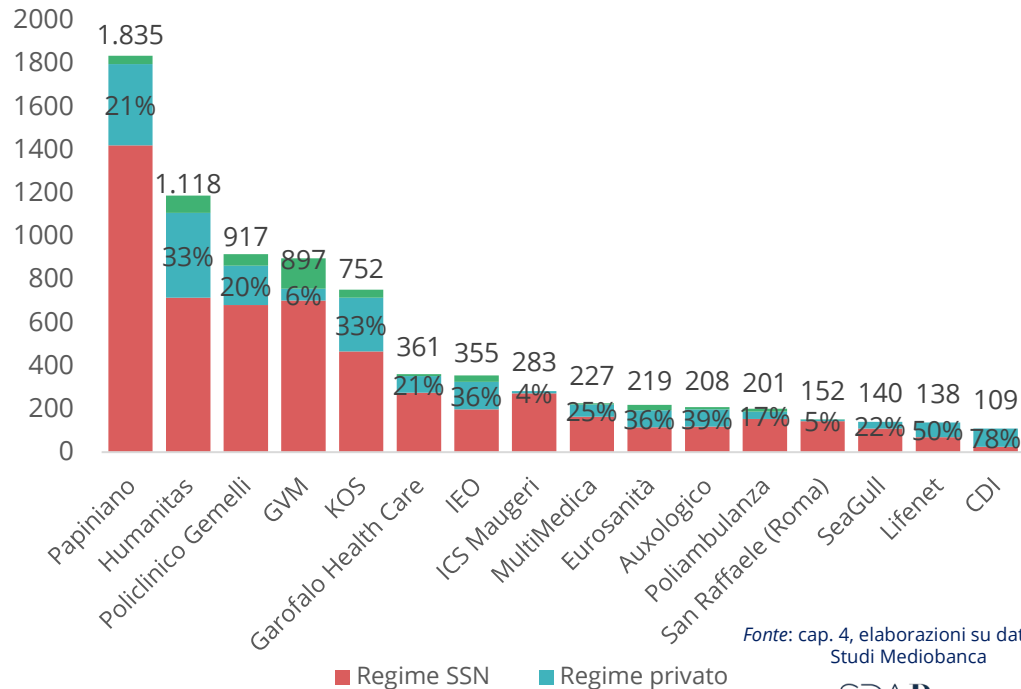
SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

8) L'economicità delle aziende sanitarie private accreditate

Andamento di MON e RN in percentuale sui ricavi, aggregato dei principali* gruppi sanitari (>100 mln €), 2019-2023



Principali** gruppi sanitari privati: entità dei ricavi sanitari (mln €) e suddivisione percentuale per regime, 2023



Università Bocconi

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

(* Si tratta dei primi 34 gruppi per ricavi, con ricavi minimi 2023 di almeno 100 mln €, che fatturano in aggregato 12 mld €

(**) Si tratta di 16 gruppi, con ricavi minimi 2022 di almeno 100 mln €, che pubblicano la quota di ricavi relativa al regime privato

Fonte: cap. 4, elaborazioni su dati Area Studi Mediobanca

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

NARRAZIONI CONSOLATORIE MACRO

1. La spesa SSN è facilmente aumentabile in modo decisivo
2. Il SSN ha solo bisogno di più efficienza
3. Il problema sono le liste di attesa

1. «LA SPESA SSN E' FACILMENTE AUMENTABILE IN MODO SIGNIFICATIVO»

- **DEMOGRAFIA:** 14,4 mil over 65 vs 7,2 mil under 15
- **PREVIDENZA:** INPS riceve 100 mld da fiscalità generale + aumento 10 Mld anno spesa pensionistica

BISOGNI NON COPERTI DA SSN

- 51% visite e 35% diagnostica ambulatoriale
 - 35% farmaci
 - 80% medical device e protesica
 - 93% anziani non autosufficienti
 - 60% bisogni in area salute mentale, dipendenze e neuropsichiatria infantile
- ⇒ AUSPICHIAMO UN AUMENTO DEL 10% DELLE RISORSE REALI DEL SSN (difficile)
- ⇒ RIMANE IN OGNI CASO DA DEFINIRE IL SET DELLE PRIORITA'

2. L'EFFICIENTAMENTO SSN

- Abbiamo scambiato «efficienza» con allineamento tra finanziamento e costi
- La differenza di produttività e consumi tra regioni e tra aziende è davvero rilevante
- L'efficientamento «sostenibile sul piano del consenso» è già stato colto

Rimane molto spazio per l'efficientamento «doloroso»:

- Accorpare il 30% delle UO senza casistica minima
- Passare da 9000 a 2400 spazi ambulatoriali
- Trasformare gli ospedali sotto i 50 PL
- Confrontare in modo adulto la produttività delle regioni e aziende
- Centralizzare logistica e diagnostica

3. LA METRICA DELLE LISTE DI ATTESA

- Le liste di attesa sono calcolate solo sul 50/60% delle ricette che hanno trovato una qualche prenotazione in regime SSN
- La logica attivata per smaltire le liste di attesa non considera se il paziente sia un iper o un ipo-consumatore, alimentando i differenziali nei profili di consumo
- La distribuzione delle prestazioni lungo tutta la geografia degli erogatori, per minimizzare il tempo di attesa, frammenta la fruizione e contraddice la logica di presa in carico cronico
- Dove si consuma di più, la distanza tra prescritto e consumato tende a essere maggiore: le pressioni per diminuire le liste di attesa incentiva ulteriori processi di disordine prescrittivo.

NARRAZIONI CONSOLATORIE MICRO

1. Dobbiamo assumere gli MMG così lavorano nelle CdC
2. Serve più capillarità e prossimità erogativa fisica
3. Compriamo prestazioni aggiuntive e incentiviamo i lavori poco attraenti

1. LA MEDICINA GENERALE NEL 2025

SCENARIO AS IS

- In media 1350 iscritti, 540 cronici, di cui 88 anziani non autosufficienti (80 vivono in casa)
- 50 richieste al giorno in media (MMG lavorano tanto)
- Consumi con grande variabilità (MMG lavorano senza indirizzi clinici incisivi)
- 70% da remoto multicanale, invariante all'età del paziente o del medico

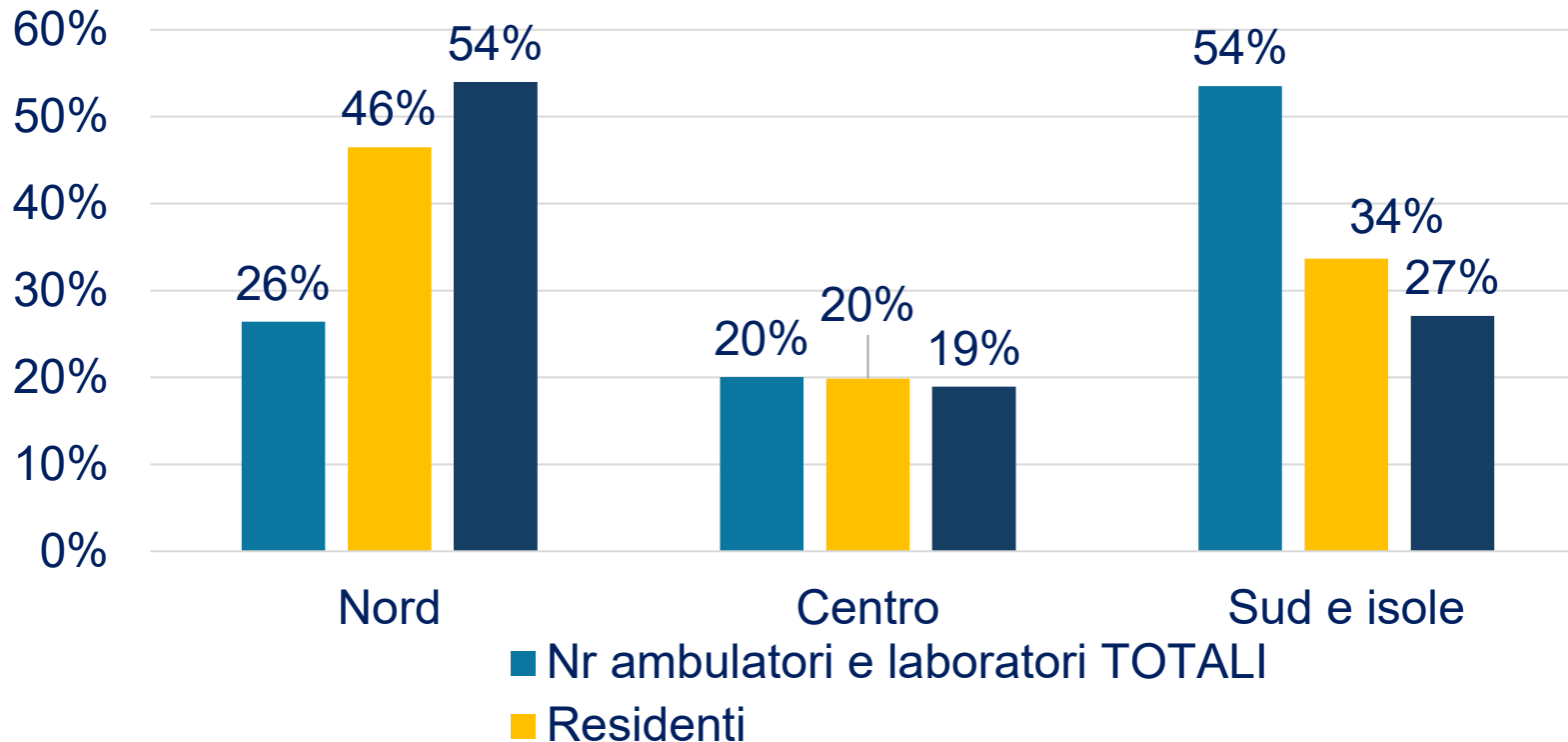
Il PNRR ha finanziato il CDSS SSN per gli MMG

LE QUESTIONI STRATEGICHE

- ⇒ Dobbiamo indirizzare un servizio che lavora prevalentemente da remoto
- ⇒ Definire chi/cosa da remoto / fisico
- ⇒ CDSS sposta l'azione di indirizzo del SSN da ex post (controllo prescrizioni) a ex ante

2. SERVE PIU' PROSSIMITA' FISICA IN EPOCA PLATFORM?

Macro-aree geografiche: incidenza sul totale nazionale degli ambulatori e laboratori SSN, dei residenti, del valore della specialistica ambulatoriale erogata, 2023



Fonte: elaborazione su dati Annuario statistico SSN, Ministero della Salute (2024), e monitoraggio spesa sanitaria (2024), Ragioneria generale dello Stato – MEF (2024)

3. COMPRIAMO PRESTAZIONI AGGIUNTIVE E PAGHIAMO DI PIU' I LAVORI POCO ATTRENTI

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

- Prestazioni aggiuntive rispetto a quale baseline di produttività? Quale benchmark di volume atteso di produzione?
- Prestazioni aggiuntive per pazienti iper e ipo consumatori?
- Prestazioni aggiuntive anche per visite di controllo esami?

PAGHIAMO DI PIU' LAVORI POCO ATTRAENTI

oppure

RENDIAMO I LAVORI ATTRAETI

Es 1 Dual model per PS=> urgentisti lavorano SOLO per codici maggiori

Es 2 Equipe chirurgiche itineranti: la casistica sui team e non sui luoghi

POLICY ANTIPOPULISTE (EBM) PER L'EQUITA' E LA SOSTENIBILITA' DEL SSN

- 1) DEFINIRE LE PRIORITA' PER TUTELARE I PIU' DEBOLI
- 2) PROMETTERE CIO' CHE SI PUO' MANTENERE
- 3) RIDURRE I DIFFERENZIALI INGIUSTIFICATI DI CONSUMO
- 4) IL GAP DI PRODUTTIVITA' DI ALCUNE REGIONI E AZIENDE
- 5) PRIMA OPZIONE: DA REMOTO E MULTICANALE
- 6) MENO MEDICI E PIU' INFERMIERI

«DI DIO CI FIDIAMO: GLI ALTRI PORTINO I DATI»