

NUOVI LEA 2025: SFIDE ED OPPORTUNITA

Francesca Lecci

Associate Professor of Practice

SDA BOCCONI School of Management - Milano

Premessa

- I nuovi LEA 2025 rappresentano un'occasione storica per ripensare il rapporto fra equità, responsabilità territoriale e sostenibilità del sistema sanitario. Sono un passaggio cruciale non solo normativo, ma **manageriale e istituzionale**.
- Spesso si parla dei LEA come di un tema solo tecnico. Ma lo è solo in parte. Perché nel momento in cui si definisce *che cosa è essenziale e quanto deve costare*, si sta decidendo, di fatto, **chi ha diritto a cosa, con quali risorse e secondo quali priorità**.
- E qui entra la contabilità. Una contabilità apparentemente neutrale può produrre disuguaglianza, distorcere gli incentivi e allontanare il sistema dalla sua missione pubblica. Non per cattiva volontà, ma per **cattiva misurazione**.
- In altre parole: nella partita dei nuovi LEA, la tecnica contabile non è un backstage. È *il palcoscenico*.

Il quadro istituzionale: la promessa e il rischio

- L'Articolo 116 della Costituzione introduce la possibilità di autonomie differenziate, ma con una clausola decisiva: garantire i LEA/LEP su tutto il territorio nazionale.
- La promessa è chiara:
 - **più responsabilità e più margine decisionale** per le Regioni che hanno capacità amministrativa,
 - ma anche **tutela dell'equità nazionale** tramite standard comuni e trasferimenti adeguati.
 - La condizione di equilibrio, però, è fragile. Tutto ruota attorno a un punto spesso trattato come un tecnicismo amministrativo: **la determinazione dei costi standard.**
- Se sbagli lo standard, sbagli la politica.

Capire le prestazioni: le etichette non bastano

- Uno dei temi più delicati dei LEA 2025 è definire *che cosa* si sta misurando. “Assistenza domiciliare integrata”, “ispezione ambientale”, “presa in carico diabetologica”: tutte etichette che nascondono complessità enorme.
- Dietro ogni prestazione ci sono:
 - sequenze operative diverse,
 - professionisti differenti,
 - vincoli logistici,
 - interdipendenze multiprofessionali.
- **Process mapping** significa rendere esplicito tutto questo. Eppure, proprio qui si concentrano le criticità osservate in Italia e all'estero:
 - attività invisibili non mappate (la letteratura sull’“invisible work” in sanità è ormai vastissima, vedi Allen, *Sociology of Health & Illness*, 2014),
 - assenza di basi dati integrate,
 - mancanza di granularità adeguata,
 - differenze organizzative enormi tra territori.
- Se non capiamo i processi, non possiamo produrre standard affidabili. E se non abbiamo standard affidabili, trasferimenti e LEA diventano una lotteria territoriale.

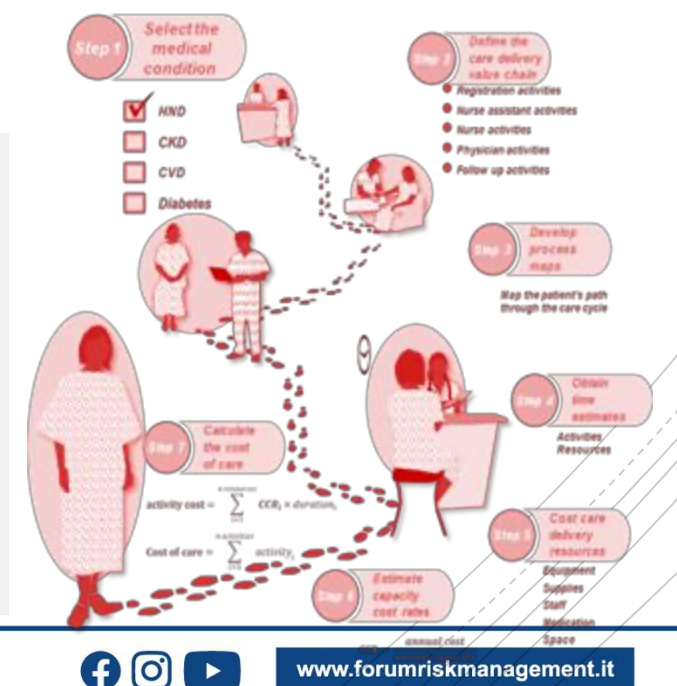
Perché TDABC è la metodologia più coerente con i LEA 2025

- È qui che il **Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC)** diventa cruciale in quanto permette di:
 - misurare i tempi effettivi dei professionisti (non quelli dichiarati o mediati),
 - stimare la capacità operativa reale,
 - identificare variazioni dovute al contesto,
 - spiegare perché “la stessa prestazione” costa diversamente in territori diversi.
- Kaplan e Porter (2011, *Harvard Business Review*) hanno mostrato come il TDABC sia un ponte naturale per collegare **costing**, **process improvement** e **value-based healthcare**.
- In altre parole: TDABC non serve solo a “contare meglio”. Serve a **capire cosa davvero genera valore**.

- Una delle questioni più significative in ambito sanitario è la pressoché assenza di conoscenza dei costi assorbiti dai processi di presa in carico dei pazienti.
- Il livello di conoscenza si abbassa ulteriormente quando si mettono in relazione il costo della presa in carico e gli outcome conseguiti.

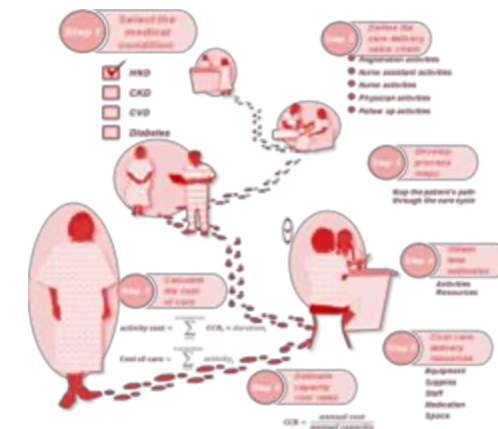
Value-Based Healthcare (VBH)

- Aggiornare gli attuali studi di costo esistenti adottando un approccio di Time-Driven Activity Based Costing:
 - Mappare le principali attività di cui si compone il singolo trattamento;
 - Calcolare il cost of care
- Condividere il disegno del progetto di ricerca e la sua implementazione con primary stakeholder nel panorama nazionale.
- Aumentare la significatività delle evidenze, identificando un campione di strutture sufficientemente ampio e rappresentativo.



➤ È stato selezionato un campione composto da cinque strutture operanti nel panorama nazionale, tenendo conto di:

- Macro-area geografica di riferimento
- Natura giuridica
- Classe dimensionale di trattamenti ECP erogati
- Impiego della modalità in-line vs off-line



Process Mapping



- La definizione del **perimetro**
- La definizione del livello di analisi: **alto dettaglio è spesso falsa precisione** (Cardinaels e Labro, 2008).
- La mappatura dei fattori di complessità (e variabilità)



PERSONALE

- Considerato come riferimento il tempo effettivo dedicato all'attività lavorativa, escludendo quello attribuibile alla sua fisiologica interruzione:
 - Personale medico: 80%
 - Personale infermieristico e amministrativo: 90%
 - Personale tecnico e OSS: 95%
- Rilevato il costo lordo aziendale delle strutture coinvolte nello studio



SPAZI

- Considerata come riferimento la capacità disponibile (di apertura - a partire dagli orari di attività del servizio, circoscrivendo ampiezza e metratura allo spazio dedicato alla procedura)
- Valorizzazione a fair value e costi di funzionamento pari a 1.5 volte il fair value



TECNOLOGIA

- Considerata come riferimento la capacità disponibile (di apertura – cfr supra).
- Applicato il tasso di ammortamento ex lege al valore di acquisto del singolo macchinario



MATERIALE DI CONSUMO

- Costo effettivo sostenuto dalle strutture incluse nell'analisi



Tempo



Costi



Tempo



Costi



Tempo



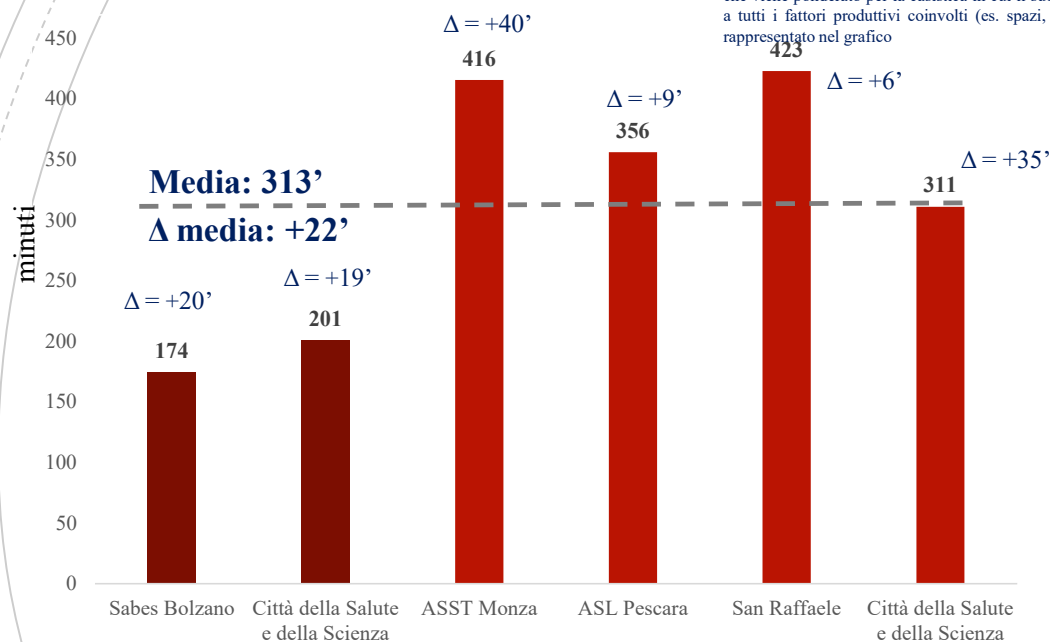
Costi



Costi

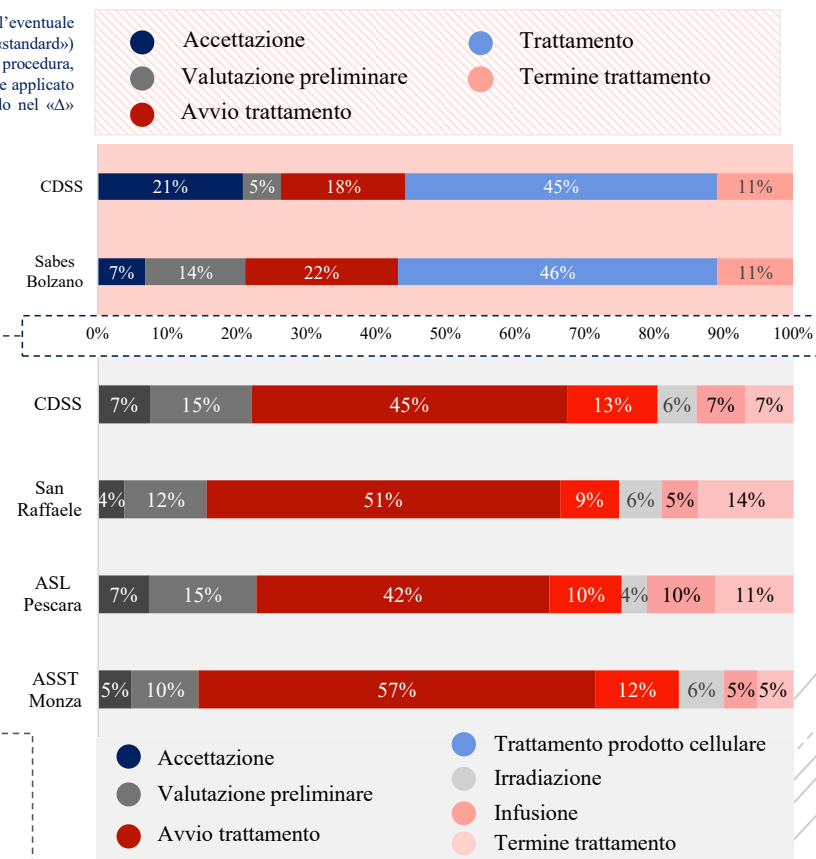
Risultati: i tempi

Δ = variabilità dettata da fattori di complessità, perlopiù legati alle condizioni del paziente

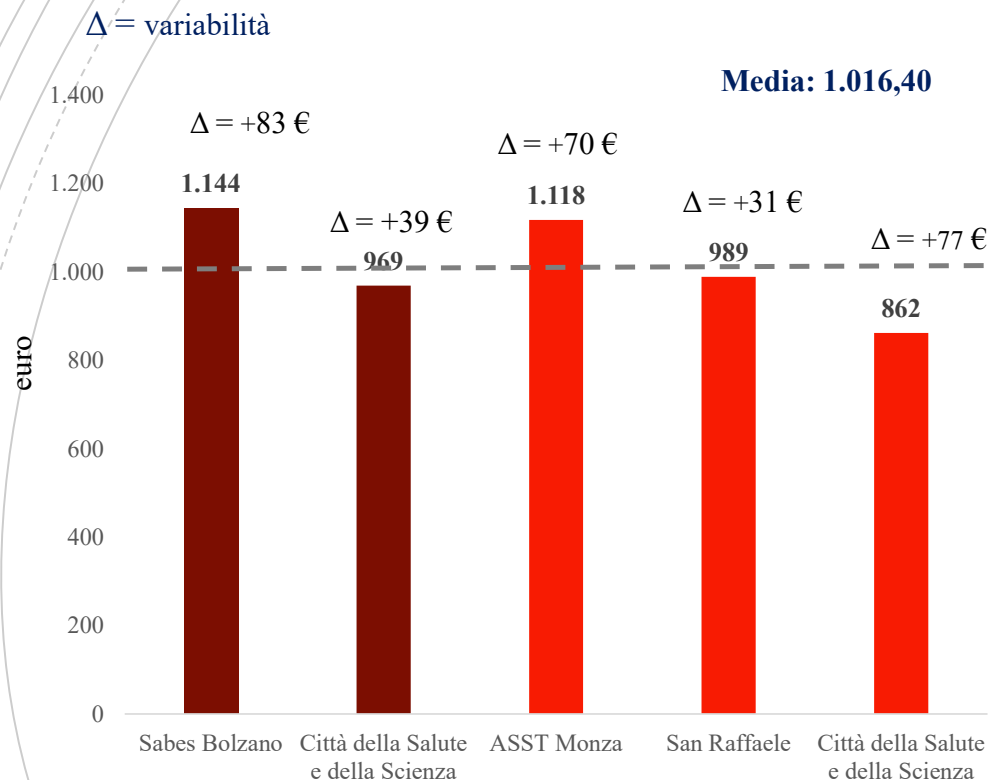


- Per completare la procedura in-line occorre mediamente il 50% in meno di tempo (3,1h vs 6,3h)
- La procedura off-line registra delle differenze tra centri erogatori, con tempi in ogni caso costantemente superiori alle 5 ore

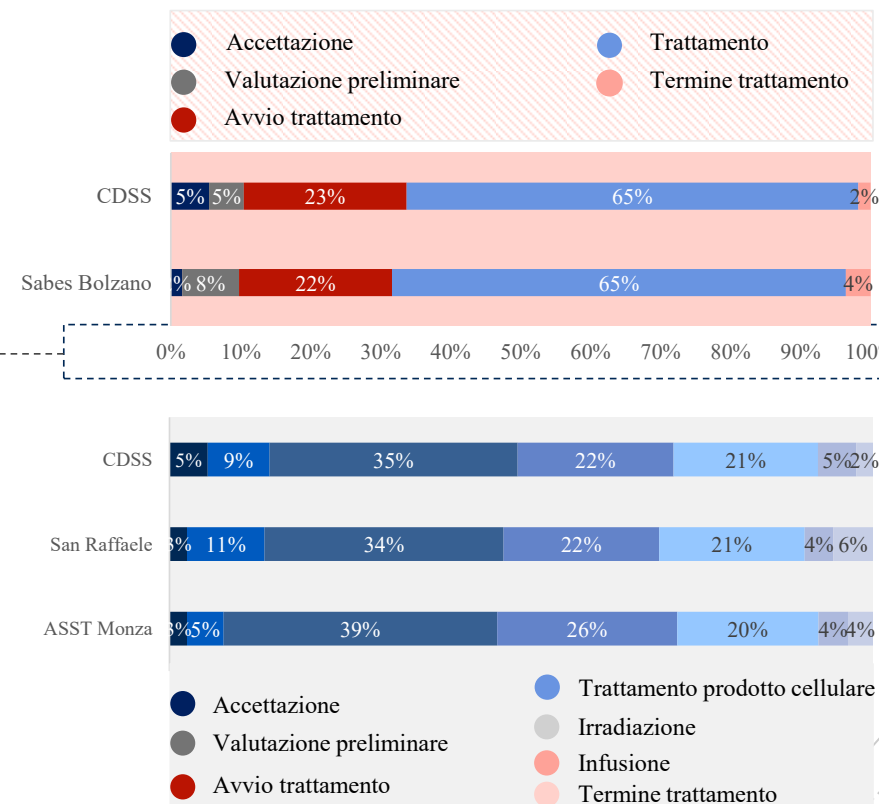
A titolo esemplificativo: nella fase di valutazione degli accessi venosi l'eventuale intervento del radiologo interventista (non previsto nel caso «standard») comporta un aumento di tempo di durata (e più avanti, di costo) della procedura, che viene ponderato per la casistica in cui il suo intervento è previsto e applicato a tutti i fattori produttivi coinvolti (es. spazi, tecnologie), confluyendo nel « Δ » rappresentato nel grafico



Risultati: i costi



A fronte di tempi decisamente più contenuti per la procedura in-line, i costi associati alle due procedure risultano sostanzialmente allineati.



Risultati

	Tempo personale med-inf per singolo trattamento	Rapporto tempo inf/med	Tempo effettivo tecnologia per trattamento per die*	N. per postazione / die*
Off-line ECP	 127'  258'	 2,03 	 Primo trattamento della giornata 343' Dal secondo trattamento e successivi  309'	 1
In-line ECP	 31'  169'	 5,54 	 Primo trattamento della giornata 167' Dal secondo trattamento e successivi 143'	 3 Anche includendo la variabilità media osservata

* Ipotizzando condizioni verosimili di efficienza, ossia che le fasi di accettazione e valutazione preliminare per i trattamenti successivi al primo della giornata avvengano parallelamente a sanificazione e pulizia della postazione

Le combinazioni operative (strutturali - locali e spazi; organizzativi - profili e orari) che insistono sulla singola postazione per die nelle due tecniche di trattamento sono fondamentalmente le medesime.

Mutano, invece, i presupposti tecnologici, con impatti gestionali nell'utilizzo dell'in-line:

- Minore impiego di personale per procedura e diverso mix produttivo, che consente di liberare capacità da ridestinare parallelamente ad altre attività (es. altri tipi di procedura)
- Aumento della produttività dei fattori produttivi «dati»
- Se presenti due macchinari su due postazioni, possibilità di erogare parallelamente 2 procedure ECP abbattendo costi marginali e aumentando efficienza operativa

Dallo studio emergono chiaramente alcune evidenze rilevanti in chiave VBH

Riflessioni conclusive sull'esperienza

#1



I tempi di attesa e attraversamento del paziente sono significativamente superiori nel caso dell'*off-line* e contribuiscono a peggiorarne l'*experience*

#2



Dalle prime stime, le risorse assorbite non differiscono in maniera decisiva; tuttavia, le condizioni operative sono profondamente eterogenee, con significativi impatti organizzativi

#3



Dato che tempi minori possono corrispondere a un maggiore numero di volumi, l'*in-line* può sostanzialmente contribuire ad aumentare il tasso di copertura

...oltre a profili di rischio clinico sostanzialmente diversi

Opportunità reali dei LEA 2025

- Se costruiti bene, i nuovi LEA possono diventare un acceleratore di modernizzazione.

Le principali opportunità sono:

- **Rendere trasparente la definizione dei costi standard.**
Un sistema che spiega come conta aumenta fiducia e legittimità.
- **Rafforzare le competenze manageriali di Regioni e aziende.**
Il costing non può essere solo un esercizio ministeriale.
- **Integrare la dimensione territoriale con criteri oggettivi.**
“Classi di contesti simili” invece di un paniere unico.
- **Portare dati clinici, organizzativi ed economici sullo stesso tavolo.**
La multidimensionalità è la sola risposta alla complessità.
- **Utilizzare TDABC per superare le approssimazioni contabili.**
Precisione → equità → sostenibilità.
- **Spostare l'attenzione dal costo della prestazione al costo dell'outcome.**

Il ruolo strategico dei provider nella definizione dei costi standard e nell'innovazione

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI



- Provider come “laboratorio di innovazione”
 - introduzione di tecnologie digitali (EHR, telemedicina, sistemi di monitoraggio remoto, AI, IoT)
 - sperimentazione di nuovi modelli (care coordination, integrazione ospedale-territorio, PIC, “connected health”)
- Provider come fonte primaria di dati realistici per costi/composizione delle prestazioni
 - process mapping interno + misurazione tempi/attività reali → base per TDABC
 - variabilità tra contesti produttivi reali, non standard astratti → necessità di “classi di contesti simili»
- Provider come soggetti co-progettisti dello standard nazionale o regionale
 - contributo tecnico-manageriale nella definizione degli input, mix di prestazioni, volumi, tipologia di attività
 - partecipazione attiva nella governance del dato e nella verifica continua degli standard
- Provider come motori di efficienza e qualità verso modelli basati sul valore (value-based care / outcome)
 - utilizzo dell'innovazione tecnologica in ottica *kaizem*
 - potenziale per misurare “costo per outcome”
- Provider come elemento di mitigazione del rischio territoriale
 - adattare le pratiche e i costi alla realtà locale evitando che standard generici penalizzino contesti più complessi

Ciò che non
misuriamo bene,
prima o poi, lo
governiamo male

