

## Economia Sanitaria

Lez 1

### LE SPECIFICITÀ DEL SETTORE DELLA SALUTE E DELLE AZIENDE SANITARIE

Distinguiamo **settore** e **sistema** (o servizio sanitario nazionale)

**Settore:** il più ampio agglomerato di tutte le aziende e le imprese che trattano nel campo della salute, il settore comprende anche tutte le aziende farmaceutiche, quelle che trattano i device, quindi tutti i player protagonisti della filiera della salute.

**Sistema:** o **servizio:** si riferisce, rispetto al nostro SSN, all'ambito più ristretto delle autorità e di chi eroga direttamente i servizi sanitari.

Entrambi sono caratterizzati da alcune dinamiche che li rendono molto specifici.

### SISTEMA

Riguardo al tema dell'erogazione dei servizi sanitari ci sono i quattro elementi che bisogna ricordare quando si parla di economia sanitaria. In questi elementi (i più importanti e più significativi) risiedono le ragioni per cui è così complesso e difficile da organizzare un sistema sanitario e così diverso, il sistema della sanità, da qualsiasi altro sistema o settore.

## Specificità del sistema

### 1. SID – *supply induced demand* (offerta genera domanda)

### 2. Asimmetria informativa

### 3. Presenza di un terzo pagante

- *moral hazard* – comportamenti opportunistici

### 4. Fallimenti del mercato → **Intervento pubblico**

- *adverse selection* – selezione avversa
- Abbandono dei settori non redditizi, dove il servizio reso non è correlabile al beneficio individuale

1. **Asimmetria Informativa:** quella che esiste fra il professionista sanitario, che ha delle competenze sulla base del quale è in grado di valutare il bisogno sanitario del paziente, del cliente, e la capacità stessa appunto del paziente-cliente di capire di che cosa ha bisogno. Mette molto potere in mano al professionista sanitario e può arrivare a produrre anche comportamenti opportunistici.
2. **Supply Induce Demand:** in virtù dell'asimmetria informativa la sanità è il settore in cui si inverte la relazione tipica degli altri settori tra domanda e offerta. Se qualcuno ci dice che è opportuno fare un certo tipo di attività riabilitativa piuttosto che terapeutica, preventiva o

di altra natura, noi non possiamo far altro che attivarci per tale indicazione, questo fa sì che noi stiamo generando potenzialmente un sistema in cui la produzione è infinita perché la produzione stessa può generare la domanda.

Quindi **asimmetria informativa** e **supply induced demand**: cominciamo a vedere che governare il sistema sanitario è una questione complicata, perché se le convenienze economiche subentrano, il professionista potrebbe essere in qualche maniera tentato di dimenticarsi il giuramento di Ippocrate e di perseguire altre logiche. Importante, quindi, per il sistema investire su entrambi i fronti, cioè:

- regolamentare la pratica medica, ed ecco per cui l'evidence based medicine e tutta l'attenzione all'appropriatezza degli ultimi anni, per fare sì che le cose che vengano prescritte siano evidentemente e scientificamente provate.
- aumentare la capacità del cittadino di cooperare, collaborare e di discutere in maniera appropriata col proprio medico (o professionista sanitario) rispetto alle scelte terapeutiche e alle indicazioni che ne derivano; da cui il **consenso informato** ma da cui anche l'obbligo di rendere il paziente sempre più parte del processo decisionale (**concordance**, di concordare il processo terapeutico).

Tutto questo perché noi vorremmo evitare il rischio che il sistema sanitario sia afflitto da fenomeni importanti **disease mongering**, di spremitura delle malattie (operazione per cui uno se ne approfitta sostanzialmente della situazione e genera consumismo sanitario per convenienze che non sono di natura strettamente scientifico professionale)

3. **Presenza di un terzo pagante**: che complica ulteriormente la questione dell'organizzazione e gestione di un sistema sanitario e di un settore della salute come elemento più ampio della vicenda. In sanità si ha la presenza effettivamente di un triangolo dentro cui operano tre soggetti:

- a) un primo soggetto è l'**erogatore delle prestazioni sanitarie**;
- b) abbiamo un **paziente**
- c) poi abbiamo il **terzo pagante**, per farla breve, potremmo riferirci linea di massima al *servizio sanitario nazionale*, oppure potrebbe essere un'*assicurazione*.

Quando il soggetto che fruisce del servizio non è lo stesso che lo paga, ci possono essere dei comportamenti opportunistici di varia natura. Alla sanità questa situazione evidentemente può generare quelli qui sono chiamati **moral hazard**, traduzione italiana degli azzardi morali, cioè dei comportamenti opportunistici, ce ne sono diversi, vediamo i principali:

- **RAPPORTO TRA TERZO PAGANTE ED EROGATORE**, quindi tra chi eroga il servizio e chi paga, l'erogatore, quindi l'ospedale, rispetto al terzo pagante potrebbe avere evidentemente tutto un interesse a:
  - a) gonfiare la fatturazione, far risultare più di quello che effettivamente è stato fatto
  - b) **up-coding**, cioè, quella pratica per cui io ti fatturo qualcosa di leggermente diverso da quello che veramente ho fatto e lo faccio risultare nel modo tale che ho a la possibilità di attingere alla tariffa più vantaggiosa. Questa cosa è avvenuta sicuramente in maniera importante in Italia quando abbiamo introdotto i DRG a metà degli anni '90.
  - c) **modifica del case mix (intervento al posto di un altro per maggior rimborso)** decisa non in funzione delle esigenze reali di salute del paziente ma in funzione di quella che poteva essere una convenienza economica (es. cesarei).

- comportamento opportunisto del terzo pagante nei confronti dell'erogatore attraverso quello che chiamiamo l'**uso strumentale della leva tariffaria**. Cioè che il terzo pagante potrebbe essere tentato di modificare le tariffe con cui paga le prestazioni per orientare i comportamenti dell'erogatore; chiaramente questo può essere una pratica virtuosa, ma anche controllare l'attività del terzo pagante quando questo è un'assicurazione che potrebbe essere guidata più da orientamenti di convenienza economica che non di altra natura.
- **COMPORAMENTO OPPORTUNISTICO TRA TERZO PAGANTE E PAZIENTE** è quello che noi chiamiamo il **free-riding**, il paziente nei confronti del terzo pagante potrebbe fare il free-rider, cioè quello che si fa il giro gratis, vuol dire che siccome il pz. non paga direttamente le prestazioni potrebbe essere tentato di farne una in più di quello che veramente serve. Questo free-riding genera dei costi crescenti e in qualche misura dovrebbe essere controllato. Il free-riding è difficile da contenere anche perché è incentivato talvolta dagli stessi erogatori perché, producendo di più potrebbero fatturare di più e quindi c'è un incentivo perverso tra il cliente e l'erogatore che possono avere un interesse congiunto a fare di più.

Il terzo pagante nei confronti del paziente potrebbe fare due cose:

- a) L'**adverse selection** è quella situazione per cui il terzo pagante, tendenzialmente questo è qualcosa che fa l'assicurazione, potrebbe essere tentato di escludere alcuni potenziali iscritti per ragioni economiche, perché ritiene che ci sia un rischio troppo grande di malattie quindi non vuole sopportare quel rischio. La selezione avversa è un fatto molto odioso che deve essere controllato soprattutto in un sistema perché evidentemente è fonte di una disuguaglianza molto importante.
- b) Il **cream skimming** (opposto), le assicurazioni decidono non di escludere qualcuno, ma al contrario di selezionare solo quelli che vogliono, selezionare un gruppo ristretto. E gli offrono quello che si chiama nella letteratura moderna **conierge medicine**.

Tornando al nostro al nostro triangolo, l'ultimo lato che dobbiamo guardare è

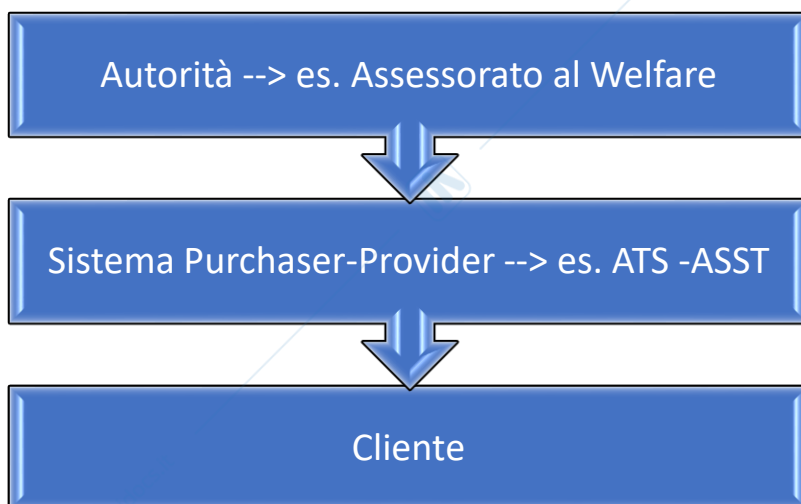
- **IL RAPPORTO TRA PAZIENTE E EROGATORE**, l'erogatore nei confronti del paziente potrebbe tenere dei comportamenti opportunisti legati a:
  - 1) al **disease mongering** (che abbiamo già detto prima), il generare patologie dove non ci sono per intenderci esagerare nell'intervento, dall'accanimento terapeutico all'interventismo spinto
  - 2) il **topping**, cioè, ti offro qualcosa di più di quello che veramente serve (es. basterebbe l'RX ma ti faccio la risonanza magnetica – guadagno di più). Per cui anche tra erogatore e paziente ci possono essere degli azzardi morali, dei comportamenti che abbiamo già visto e che vanno governati.

Quindi, abbiamo bisogno di porre dei controlli sul lato della relazione tra erogatore e terzo pagante, ecco in Lombardia ad esempio i nuclei operativi di controllo delle ATS, delle agenzie di tutela della salute, che vanno a controllare a campione le SDO (scheda di dimissione ospedaliera) e i tracciati ambulatoriali per verificare se i ricoveri sono stati fatti in maniera appropriata o meno e possono: abbattere le fatturazioni richieste dalle aziende, sanzionare attraverso delle multe vere e proprie, fino all'estrema ratio di togliere l'accreditamento. Bisogna sorvegliare il fenomeno dell'adverse selection, di cream skimming

e anche di free-riding e quindi c'è bisogno di una attività di monitoraggio da parte di un'autorità che faccia anche due altre operazioni per limitare il free-riding:

- il **co payment**, i copagamenti, i tickets, compartecipazione alla spesa, è chiaro che il ticket sull'attività diagnostica e sull'attività ambulatoriale generano qualche limite alla propensione al consumo da parte delle persone.
- L'altra leva è quella dell'aumentare la **health literacy**, cioè la capacità dei cittadini di gestire bene la propria salute evitando di chiedere ciò che non serve, ovviamente la health literacy interviene anche sui rischi di disease mongering e di topping. Per health literacy si intende **l'educazione sulla propria salute**, che può andare dallo stile di vita fino ad un'informazione corretta rispetto a che tipo di terapia dovrebbe essere attuata su un certo stato di salute, malattia cronica, fino al tipo di protesi che dovrebbe essere montata. **Il ministero della sanità e l'istituto superiore sanità hanno cominciato a investire in questo senso.**

Serve un'autorità regolante, questa autorità regolante chiaramente è l'intervento pubblico, (in alcuni casi le assicurazioni attraverso i loro meccanismi). Per sorvegliare il sistema pubblico, si separano le funzioni tra chi eroga e chi ha il compito di controllare chi deve erogare. Quindi il sistema pubblico è fatto da tre soggetti.



Quello che è stato fatto nel sistema è cercare di aumentare il grado di controllo in modo tale da separare le funzioni di controllo da quelle di produzione per evitare che ci possano essere dei conflitti di interesse interni che poi alla fine vengono molto spesso, purtroppo, riportati alla convenienza economica o alla sostenibilità economica.

4. **FALLIMENTO DEL MERCATO**. Cioè, non solo è necessario un intervento pubblico per controllare gli azzardi morali ma anche per evitare che ci sia un fallimento del mercato (conseguenza in parte dell'adverse selection). Il fallimento del mercato, vuol dire che qualcuno non avrà la possibilità di assicurarsi perché non c'è un'assicurazione che ti offre una tariffa adeguata o proprio non ti offre il servizio perché ti ritiene non interessante come potenziale cliente, quello è un fallimento del mercato, quello è quello che avveniva negli Stati Uniti. Quella è la ragione per cui negli Stati Uniti negli anni '60 sono stati istituiti due programmi pubblici *medicare* e *medicaid* dedicati agli anziani over 65 e ai pazienti fragili, quelli con handicap, disabilità o altri problemi simili (non è spesa pagata direttamente dai cittadini, è spesa pagata direttamente dallo stato). In pochi sanno che in realtà in America la gran parte

della spesa sanitaria è pubblica, per quanto come ho detto prima gonfiata da tutto il sistema dei controlli e delle attenzioni che devono essere poste alla sorveglianza. L'altro elemento che trovate in questo lucido, che è l'altro grande punto dei fallimenti del mercato, riguarda il tema di come ci sono degli ambiti nei quali sostanzialmente ci potrebbe non essere un interesse diretto da parte di un produttore a offrire il servizio. Ci possono essere dei settori nei quali non essendoci una sufficiente redditività, il settore pubblico deve intervenire per garantire un'offerta che altrimenti rimarrebbe molto limitata (es. ambito della prevenzione).

Ci sono altri tre fenomeni che dobbiamo mettere nel quadro, che complicano ulteriormente la dimensione di funzionamento del sistema sanitario del settore della salute che sono: **la libera professione**, la **corruzione** e l'emergere della **medicina low cost**, a basso prezzo.

- 1) **Libera professione**: complica la vicenda perché produce degli ulteriori interessi potenzialmente distorsivi dentro il sistema, bisogna intervenire per sorvegliare questo elemento legato appunto alla possibilità che diamo ai professionisti, per effetto di una sorta di patto che risale a quando abbiamo istituzionalizzato il SSN nel '78. La libera professione, come un elemento che le aziende sono obbligate a garantire ai professionisti ma che evidentemente deve essere regolato e in più sconfinava oggi anche verso quella che chiamiamo l'area a pagamento, per cui le aziende, non solo devono garantire la libera professione ma potrebbe essere tentate anche di fare un'area a pagamento, per cui non è il professionista che si vende ma è l'azienda che vende prestazioni. I privati già lo fanno, una parte delle aziende sanitarie pubbliche ci sta pensando (turismo sanitario - alcuni ospedali hanno cominciato a guardare con interesse il fatto di fare accordi con le assicurazioni russe, tedesche o del nord Europa o dell'est asiatico, qualcuno sta andando a Dubai, negli Emirati Arabi per reclutare pazienti e portarseli in Italia).
- 2) Secondo grande problema **la corruzione**. Le stime dell'Istat ci dicono che all'anno la corruzione ci costa 5 miliardi, finanziamento complessivo SSN → spesa pubblica 119 miliardi, 5 miliardi la corruzione.

Il **quarto protagonista**, quindi non è solo un triangolo ma è un quadrilatero, è **l'impresa**, e l'impresa interviene, perché l'impresa è quella che paga la formazione dei medici, è quella che sovvenziona le società scientifiche, è quella che finanzia i trial clinici, è quella che paga l'innovazione e quindi è chiaro che ha degli interessi molto forti dentro il sistema e bisogna trovare il modo di regolare bene anche la sua partecipazione. Noi oggi parliamo di partnership tra sistema sanitario nazionale e imprese, l'impresa fa il suo interesse, deve produrre risultati e quindi spinge. Il problema è quando questo sconfinava nella **corruzione**, quando incrocia l'interesse del cardiocirurgo che compra le valvole dal Brasile perché l'impresa gli dà la mazzetta e quelle non sono le valvole buone da montare sui pazienti.

Segnatevi questa cosa, **qualsiasi organizzazione diamo oggi a un sistema sanitario regionale o nazionale è un esperimento organizzativo, non è il punto di arrivo finale, è una cosa in evoluzione**; certamente il problema rimane molto molto complesso

Ultima cosa è l'emergere crescente nel sistema italiano della **medicina** cosiddetta **low cost**, cioè questo fatto per cui alcuni privati hanno cominciato posizionarsi nella fascia di mercato tra libera professione (che costa cara) e l'offerta pubblica. La medicina low cost non è più un complemento del sistema pubblico ma è un sostituto del sistema pubblico e quando diventa un sostituto del sistema pubblico è chiaro che produce due effetti:

1. uno è il rischio del **consumismo**, e quindi il sistema pubblico in realtà non tutela più la salute fino in fondo perché il comportamento e le persone non sono più regolati da un

medico di medicina generale o da un professionista pubblico ma sono regolati dalle scelte individuali, dal fatto che io posso con 40-50 € comprarmi quando voglio la prestazione cardiologica e me la vado a fare, mentre prima la libera professione mi costicchia un po' cara ci pensavo due volte, a 50 € ci vado; e poi quella può generare a scorrimento pressione sul sistema pubblico con richieste di approfondimenti o eventualmente di ricovero. Quindi genera evidentemente suppling use demand, rischia di generare un'ulteriore domanda. Questo è un primo fenomeno.

2. La seconda cosa è che rischia di **minare la legittimità del sistema pubblico** per la gestione delle liste d'attesa (lunghe nel pubblico). Quindi è chiaro che da una lato, l'emergere di un privato piuttosto aggressivo, bravo, che fa anche le cose di qualità, che le fa anche magari in maniera appropriata e affidabile, ma che mette sotto pressione il sistema pubblico perché riesce a dare le cose più velocemente, con comfort alberghiero, in una situazione totalmente diversa, è certamente **positivo** perché produce uno stimolo al sistema pubblico per diventare immediatamente più reattivo, più attento, ma dall'altro lato rischia di delegittimarlo perché qualcuno si pone la questione: ma se il pubblico me la dà in sei mesi probabilmente il pubblico non va bene, bisogna forse privatizzare, forse bisogna fare altre operazioni.

→ c'è oggi un pensiero, ma è un pensiero che nessuno esprime chiaramente, che è quello della *possibilità che noi privatizziamo la gestione delle aziende pubbliche mantenendone la proprietà pubblica*. Questo l'han fatto gli inglesi che hanno trasformato molti dei loro ospedali in trust, molto autonomi, quasi aziende semi private, no private in tutto e per tutto ma semi private, con l'obiettivo di snellirne la gestione.

## LEZ 2

### **FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO E LE SUE DINAMICHE**

**Le specificità delle Aziende Sanitarie (professionalismo, organizzazione silos, ecc.) e perché era necessaria l'aziendalizzazione ed in cosa consiste)**

Il sistema sanitario nazionale è stato istituito nel 1978, nel 1992, dopo alcuni anni di gestazione difficile, avviene una prima riforma importante che ha dato seguito all'attuale organizzazione (**aziendalizzazione e regionalizzazione**).

Il 92 rappresenta il vero motore della riforma, oltre ad un certo grado di soddisfazione sul funzionamento del SSN a quel tempo dovuto alla presenza delle USL, circa 650 di dimensione media-piccola in base alla popolazione che servivano.

Progressivamente si dimostra che in alcuni casi la gestione delle USL era fortemente politicizzata (sanità è sempre stata uno dei territori di consenso politico).

Le USL venivano gestite, per quanto riguarda le decisioni politiche, dal comitato di gestione, mentre tutto il resto dai primari. In mezzo vi era un sovrintendente sanitario o un segretario amministrativo: questi rappresentavano il "passacarte" tra primari e comitati di gestione, oppure tendevano a svolgere solamente le attività che venivano richieste. **Nel 92 vi era l'assenza del direttore generale.**

Le aziende sanitarie nascono con il governo dei medici, solamente negli ultimi 50 anni sono stati introdotti altri soggetti, altre figure come i **direttori generali** o i **direttori medici del presidio ospedaliero**. Spesso, se il potere era in mano ai professionisti, le organizzazioni venivano

organizzate in silos, ognuno persegue con una certa intensità i propri interessi personali e di gruppo.

Vi è la tendenza generalizzata a proteggere prima la propria disciplina e il proprio gruppo che quello dell'organizzazione (proteggere la propria area → **custodial strategy**).

Le USL mostrano una serie di criticità, da un lato i comitati di gestione usano le USL come bancomat politico e i primari perseguono un interesse di sviluppo della propria disciplina, anche nell'interesse del paziente ma senza un coordinamento strategico, senza unitarietà, soprattutto senza una minima preoccupazione delle risorse.

**Logica di fondo:** la salute, essendo tutelata dalla costituzione, viene prima di tutto, i soldi arriveranno. Lo stato pagherà. Le USL erano lontane dal luogo in cui si definiva la spesa. All'epoca la spesa veniva definita a livello centrale (ministero) e poi i soldi venivano distribuiti direttamente alla USL, se questa avesse speso di più si sarebbe dato per scontato che comunque lo Stato avrebbe pagato. Tutto questo fino agli anni 90-91.

## EUROPA

Per entrare in Europa bisognava stringere i cordoni della spesa pubblica, la sanità è il 3° comparto di spesa dello Stato italiano (primo le pensioni, secondo l'istruzione).

Bisognava entrare in Europa e trovare soldi → inserita una tassa sulla salute.

Si decise che era arrivato il momento di girare la relazione BISOGNI → SPESA. Una volta definita l'entità delle risorse disponibili per la spesa pubblica in sanità, i bisogni vengono selezionati e le prestazioni erogate in funzione.

Quindi, diventa più stringente il vincolo del fondo sanitario nazionale che viene stabilito una volta all'anno nella legge finanziaria, o legge di stabilità (deve essere approvata a fine anno, fondo ripartito oggi alle regioni e poi alle ASL). Fin dal '78 vi era l'esistenza di un fondo sanitario nazionale che avrebbe dovuto costituire un limite massimo entro cui le USL possono spendere risorse per produrre servizi, limite che era costantemente superato con l'idea che la salute non ha prezzo e che lo Stato avrebbe pagato successivamente.

**1992:** la sostenibilità del sistema è in discussione, alcune USL si indebitavano per costruire risorse, in altre USL quei soldi finivano in corruzione. Tutti spendevano più del dovuto.

La situazione cambia, la spesa non è l'obiettivo, ma un vincolo, quello che ci possiamo permettere. Se abbiamo bisogno di più → è necessario chiedere l'intervento della politica.

**Decreto legislativo 502 del 92, due grandi capisaldi, regionalizzazione e aziendalizzazione.**

## REGIONALIZZAZIONE

Non c'è modo di contenere la complessità di un sistema. I bisogni stanno crescendo esponenzialmente (anzianità, cronicizzazione e gli investimenti nelle tecnologie).

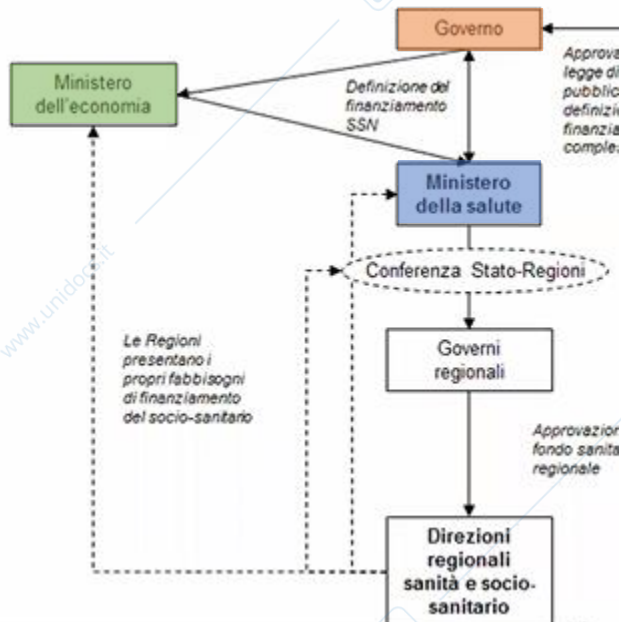
Accorciare la catena istituzionale, rendere un certo livello politico più responsabile del modo con cui venivano utilizzate le risorse a disposizione per massimizzare:

- Uso migliore delle risorse per produrre accessibilità ed eguaglianza nei sistemi sanitari,
- Contenere i livelli di spesa all'interno dei fondi necessari.

Fu deciso di potenziare il livello regionale quale livello intermedio tra Stato e USL, quale livello in cui costruire questa cerniera istituzionale, più responsabile nel garantire alla popolazione della regione le migliori condizioni per fruire del servizio sanitario regionale tenendo conto delle diversità e degli elementi di complessità che le regioni hanno: territori, popolazioni agglomerate in alcune aree rispetto ad altre, stagionalità, industrializzazione.

**Regionalizzazione:** consiste nel dare alle regioni una serie di obiettivi. In cima alla filiera gerarchica vi era il governo.

Il **governo**, insieme al parlamento, ha la responsabilità di approvare la **legge di finanza pubblica** (oggi chiamata **legge di stabilità**), il finanziamento complessivo del SSN, e questo lo fa con ruolo centrale insieme al **ministero dell'economia**, dove in una visione originaria il **ministero della salute** avrebbe manifestato i bisogni di copertura di salute e sanità nelle varie regioni e avrebbe interloquuto con il ministero dell'economia per trovare le risorse e il governo avrebbe costruito con i due ministeri una proposta di finanza pubblica per la sanità. Negli ultimi anni il ministero dell'economia ha sostituito di fatto il ministero della salute nel potere decisionale della sanità.



Quindi:

**Ministero della salute:** raccoglie le istanze dalle regioni in termine di fabbisogno e finanziamento, le regioni tramite le loro direzioni regionali sanitarie e sociosanitarie (assessorati sanitari o welfare) esprimono i propri fabbisogni.

Il meccanismo prevede che ci sia una **conferenza o tavolo Stato-regioni** dentro il quale le regioni si confrontano con il ministero della salute e dell'economia rispetto ai propri fabbisogni, si guardano i conti, la somma totale, cercano di far quadrare le somme totali con la disponibilità e si arriva con la definizione di un finanziamento atteso per l'anno successivo e poi **DPF** (documento di programmazione economico-finanziaria quadriennale) sui 3-5 anni successivi.

Il meccanismo che guida l'attribuzione dei finanziamenti alle regioni è il meccanismo della **quota capitaria**. Quota che oggi vale 1850 euro circa.

Oltre alla quota capitaria le regioni chiedono la copertura di ulteriori costi che possono nascere da specifiche funzioni ed esigenze che quella regione ha: come la stagionalità, la presenza di territori difficili come le montagne, in Sardegna per malattie endemiche come talassemia, oppure nell'ambito veterinario esigenze che devono essere finanziate ulteriormente rispetto alla quota capitaria.

La quota capitaria viene pesata in base all'età, gli anziani e i bambini molto giovani valgono di più, consumano maggiori risorse rispetto l'adulto medio. In alcuni casi vengono usate delle risorse per darle ad altre regioni in un accordo che si stabilisce nella conferenza stato regioni.

Quota capitaria: considerata tra i meccanismi di pagamento delle prestazioni sanitarie uno dei più equi, lo Stato sta finanziando in maniera indistinta la popolazione, dando alla regione una quota per ogni abitante.

Il fondo sanitario regionale è di competenza della regione, la regione lo deve utilizzare per la sanità.

Siccome andiamo verso regioni forti e le elezioni del governatore regionale per via diretta, la regione assume man mano poteri crescenti, nel frattempo la riforma del titolo quinto della costituzione dal 2001 ha aumentato i poteri della regione, mentre tra il 1992-3 e 2001 vi era una sovrapposizione di competenze tra regione e Stato. Nel 2001 la sanità è di competenza regionale, alle regioni vengono attribuiti i soldi e queste potranno farne quello che vogliono.

La **quota capitaria** tendenzialmente dovrebbe coprire la gestione corrente della sanità, l'erogazione dei servizi alle persone, questo si chiama conto o gestione corrente. Il **conto capitale** è il finanziamento per gli investimenti infrastrutturali e tecnologici.

#### **Fondo sanitario regionale:**

Ogni regione sulla base di questo articolato meccanismo di negoziazione ottiene una quantità di risorse che vanno a costituire il suo fondo sanitario regionale (FSR).

Le regioni hanno la responsabilità di definire una serie di questioni importanti sulla base della regionalizzazione.

3 questioni importanti:

1) ARCHITETTURA ORGANIZZATIVA DEL SISTEMA: Quante e quali aziende.

2) Se la regione può scegliere i soggetti pubblici, può scegliere anche quanto privato può avere in casa. La regione può definire la presenza e il ruolo del privato all'interno del SSR, parliamo del privato accreditato. I sistemi si diversificano rapidamente, alcune regioni, dove il privato è molto forte, riesce a fare molto **lobbying**, ci sono tanti interessi economici, privato di qualità, la regione può avere un interesse nell'aumentarne la quota di presenza. Le possibili scelte non devono causare impoverimento di un sistema pubblico per noi fondamentale.

Non abbiamo più un SSN, ma 20 SSR più quello della regione di Bolzano e Trento che fanno storia a sé stante.

3) La regione può stabilire il sistema di finanziamento interno. Il sistema di finanziamento tra Stato e regioni si basa sulla quota capitaria. Le regioni sono libere di decidere come trasferire i soldi che ricevono dallo Stato e come allocarli alle diverse aziende. Le ASL ricevono i soldi sulla base della quota capitaria, il sistema prevedeva un meccanismo in cui la regione trasferisce i soldi alle ASL sulla base della **quota capitaria ponderata** (ponderazione guardando i territori, le stagionalità, l'età della popolazione). Aggiunta di soldi per le funzioni e i progetti sociali (es. rete di emergenza come centrale 118, elisoccorso, parcheggio ambulanze).

La regione trasferisce i soldi alle ASL (ex USL). Le ASL rispetto alle AO (ex Ospedali), rispetto al privato accreditato, alle farmacie e agli altri soggetti diventa il pagatore, il committente.

**Funzione di committenza:** quella che svolge l'ASL nei confronti degli altri. La ASL non è solo un committente, ma anche un erogatore di servizi. Paga direttamente le risorse e i costi che vengono generati per erogare i servizi attraverso i propri ospedali, le strutture ambulatoriali, quelle territoriali, la veterinaria, la salute mentale, la prevenzione e quant'altro.

Le aziende ospedaliere e i privati accreditati vengono pagati a DRG, a prestazione resa.

Le residenze sanitarie riabilitative a giornata di degenza e i MMG (medici di medicina generale) a quota capitaria più dei fondi particolari per i progetti speciali.

Le farmacie a rimborso (medicina convenzionata) in base a quanto prescritto dagli MMG e dagli specialisti.

### Mobilità attiva vs passiva

Quando un cittadino si fa curare da un'altra ASL di un'altra regione o della stessa regione, l'azienda che ha erogato la prestazione fattura la prestazione all'ASL di appartenenza del cittadino. Questa si chiama **mobilità attiva** per chi svolge la prestazione perché riceve dei soldi dalla ASL di provenienza del cittadino. **Mobilità passiva** per l'ASL che è chiamata a pagare perché il suo cittadino è andato a farsi curare altrove, "la fuga dei cittadini".

### Le regioni possono definire il valore dei DRG.

Es. la stessa prestazione può valere 1000 euro in una regione e 1100 euro in un'altra regione. Originariamente vi era un tariffario nazionale, presente tuttora come TUC (tariffa unica di compensazione), tariffa usata per armonizzare le transizioni tra le regioni, tra la mobilità attiva e passiva. 7 anni fa è stato deciso di reintrodurre il tariffario TUC.

All'interno della regione, siccome volevano minimizzare la competizione tra le ASL, hanno deciso che la mobilità tra le ASL e le diverse AO della stessa regione non veniva più riconosciuta, il problema non è competere, ma collaborare.

**Mobilità tra regioni:** il cittadino è libero di scegliere dove andare per le cure ospedaliere specialistiche, non è libero su altre partite come i servizi territoriali (abbiamo l'ASL di riferimento). La tutela di questa libertà di scelta permette di generare un minimo di tensione all'interno del sistema. Vi è un maggiore interesse nel costruire un sistema per trattenere i cittadini.

Alla fine degli anni '90 tutte le strutture accreditate hanno cominciato a guardare con interesse l'extraregionale perché era difficile far crescere ulteriormente i ricavi con le risorse regionali (che erano finite). La crescita dei ricavi di un'AO privata accreditata può essere nel sistema regionale, ma è limitata. Nemmeno il pubblico disdegnava i ricoveri extraregionali. Tassi di attrazione molto alti dal 10 al 40%.

È chiaro che il bilancio è dato a inizio anno, le ASL stipulano un contratto di committenza (o tetti di produzione): se l'AO non raggiunge il tetto (es 300 mila euro, ma 280 mila euro, io ti do 280 mila euro). Se superi il tetto es. 330 invece che 300, io ti do 300. Implicitamente vi è un razionamento per stare all'interno di questi tetti di spesa.

Questo è il quadro con cui oggi operiamo.

Qualsiasi scelta di organizzazione di un sistema è un esperimento. Architettura di un sistema che ha grandi vantaggi nel tenere sotto controllo e far ragionare i diversi protagonisti su quella che è la consapevolezza e l'esigenza di sostenibilità, anche economica, del sistema.

Dobbiamo evitare di cadere in fenomeni di razionamento impliciti.

*Come il sistema ha cercato di intervenire?*

- 1) Ogni regione deve garantire i **LEA** (livelli essenziali di assistenza), deve garantire uno "zoccolo" di prestazioni, l'accessibilità al servizio, le liste d'attesa, tutta una serie di dimensioni per cui oggi ogni regione è misurata su una griglia LEA che dice quanto la regione è brava a produrre salute. I LEA sono un elenco di prestazioni o parametri legati alla gestione delle liste di attesa, legate all'accessibilità, alla presenza o meno di determinati servizi, alla velocità con cui vengono svolti...che devono essere ottemperati dalla regione. Pena: essere commissariati dallo Stato.
- 2) Le regioni hanno un secondo livello di responsabilità che oggi è costruito attorno al **PNE** (programma nazionale esiti): il PNE è un sistema di monitoraggio che valuta come le diverse aziende e ASL producono salute in base agli esiti, **out come** di salute. Obblighi e obiettivi a cui il sistema deve rendere conto.

## AZIENDALIZZAZIONE

Per aziendalizzazione si intende il processo di maggiore responsabilizzazione delle ASL e dalle AO sulla propria gestione. Progressivamente le ASL sono diventate aziende ospedaliere e quindi gli viene richiesto di fare programmazione strategica → sistemi di budget della pianificazione.

Nel 2008 ci si accorge che alcune regioni stanno facendo molto bene, mentre altre sono drammaticamente indietro. Il problema della spesa pubblica non è ancora risolto. A fronte di regioni che riescono a chiudere in equilibrio o quasi, altre chiudono con importanti disavanzi. Es. Lazio: accumula 10 miliardi di disavanzo dal 1995/6 al 2008. Lo stesso vale per la Sicilia e la Campania (5 miliardi) e Sardegna.

Il governo italiano sviluppa il meccanismo dei **piani di rientro o recovery plan**, mutuati dall'esperienza europea in cui altri paesi avevano già attuato questo meccanismo, sono obblighi che nascono in capo al soggetto istituzionale responsabile della spesa di produrre un piano per dimostrare come si impegnerà a recuperare la spesa in eccesso, a monitorarla, a contenerla e a metterla sotto controllo.

### **Cosa vuol dire per una regione entrare nel piano di rientro?**

Il governo va a **commissariare** la regione, questa dovrà produrre un piano di rientro, ovvero una serie di programmi e obiettivi che dicono allo Stato come farà a minimizzare il deficit, a chiudere in equilibrio o in avanzo di bilancio per recuperare delle risorse.

Vengono annullati i poteri di autonomia attraverso un sub-commissario, nominato dal ministero dell'economia, che controllerà e avrà gli ultimi poteri decisionali. Generalmente viene individuato come commissario il governatore della regione, ma il governatore della regione viene affiancato ad un sub commissario di nomina statale il quale in realtà è il vero detentore del potere, può porre il veto sulle decisioni del governatore se non sono coerenti con l'idea di recupero della sostenibilità economica del sistema.

Dal 2008 si decide che le regioni entreranno in piano di rientro se non rispettano 2 parametri.

- 1) Rispetto del fondo sanitario regionale. **Se le regioni producono disavanzo vanno in piano di rientro.**
- 2) **Non rispetto della griglia LEA.** Se si ottiene un punteggio inferiore a 160 si entra in piano di rientro.

Oltre ad avere un ottimo management, ottimi clinici e professionisti sanitari è necessario un assessorato ("una cabina di regia") molto forte.

### **Cosa ci attende nei prossimi anni?**

Necessità di infondere nuove risorse all'interno del sistema, potenziare le strutture regionali affinché possano svolgere bene il loro compito. Se non si potenziano le direzioni regionali è impensabile che le regioni possano organizzare correttamente le reti dei servizi.

## MECCANISMI DI FINANZIAMENTO IN SANITA': strumenti tecnici

Quota capitaria: 1836 euro per abitante.

**Free for service:** Es. vado dal ginecologo dell'ospedale e l'ospedale mi fattura la prestazione del ginecologo a me direttamente piuttosto che all'assicurazione o all'ASL e me la fattura sul costo che ritiene opportuno, il prezzo.

Quando finanzia **quota capitaria:** pago una somma fissa all'anno, devi fare tutto quello che serve al cittadino all'interno di quella somma, al contrario, col free for service, ti pago di volta in volta quello che viene fatto.

La quota capitaria, essendo predeterminata, genera un monte di risorse definito. Con il free for service posso trovarmi a fine anno ad aver speso una cifra iperbolica (es. ospedale americano, tutto nel bill).

In mezzo vi sono due grandi alternative: **DRG** (più vicino a free for service e più lontano da quota capitaria) è una tariffa a prestazione, è definita prima, ex antes. L'azienda fattura una tariffa predeterminata.

Quello che stiamo cercando di fare è pensare se è possibile sviluppare un ulteriore meccanismo di finanziamento: **bundle payment** (bundle: raggruppato, bundle payment: pagamento raggruppato).

Es. paziente ortopedico: l'intervento in ospedale viene pagato a DRG, poi il paziente va sul territorio, fa riabilitazione. Quella riabilitazione non è inclusa nel DRG, viene pagata a parte.

Se mettiamo assieme la parte ospedaliera con quella territoriale, se finanzia insieme i due pezzi e definisco dei meccanismi che chiamo **pay for performance** (una quota del bundle payment te la do solo se raggiungi determinati esiti o risultati) ecco come il recupero funzionale, la qualità della vita, certi gradi di autonomia, definisco alcuni indicatori che mi permettono di apprezzare la qualità della prestazione.

In questo modo forse riusciamo ad evitare la frammentazione che viviamo nel sistema.

Ricapitolando:

- Fee for service: ti pago ex posto quello che mi chiedi,
- DRG: abbiamo definito ex antes la presenza di una tariffa,
- Bundle payment: l'ospedale deve mettersi d'accordo con le altre strutture, insieme vengono pagati a risultato raggiunto,
- Quota capitaria: ti do una cifra fissa all'anno.

### Lez 3

Le AS sono quelle che noi definiamo dal punto di vista della letteratura manageriale, delle aziende, ad alto tasso di capitale intellettuale. Questo genera evidentemente dei problemi dal punto di vista gestionale perché i professionisti generano delle attese di comportamento organizzativo e di contributi e di compensi da ricevere dall'organizzazione che sono un po' diverse da quelle del lavoratore tradizionale che potremmo immaginare nella fabbrica piuttosto che nel mondo dei servizi.

Proviamo a tracciare in estrema sintesi la storia delle AS, scandire la storia in tre momenti tra di loro separati o tre fasi attraverso cui sono passate le AS.

**Primo momento**, definivamo le AS come IATROCRAZIA, dal greco potere dei medici e dei clinici, fino agli anni '60/'70 le AS sono state dominate in largo e lungo dai i medici. Questa fase ragionevolmente collegata alla fase di sviluppo dell'ospedale il cui tema fondamentale aumentare le conoscenze, le competenze e le tecnologie. Il problema dei costi, della spesa, dell'organizzazione del lavoro, dell'efficienza con cui venivano svolti i processi, era un problema relativamente secondario non era così centrale nell'agenda organizzativa, qualcuno avrebbe pagato.

Non è un caso che soltanto a partire **dagli anni '80/'90 abbiamo iniziato a parlare di managerizzazione e aziendalizzazione**. Fino agli anni '60 questo era il modo in cui avremmo descritto l'AS, iatrocrazia, autogestione clinici che decidevano per il meglio.

Negli anni '60/'70 si sviluppano i sistemi sanitari, i sistemi pubblici, si sviluppano le regole di funzionamento esterno, gli acquisti diventano più complicati, le tecnologie, i rapporti con le imprese di device o farmaci diventano più complessi, le aziende crescono di dimensioni. C'è bisogno di rafforzare dentro le AS l'apparato amministrativo e arriviamo quindi ad **una seconda fase che inizia intorno agli anni '60, in cui le AS da IATROCRAZIE pure si trasformano in quelle che chiamiamo BUROCRAZIE professionali.**

Vuol dire che si trasformano in aziende che hanno dentro una doppia anima. Un'anima burocratica quella amministrativa, nel senso però buono del termine cioè potere dell'ufficio, abbiamo bisogno di qualcuno che coordini e gestisca i processi amministrativi. Poi c'è l'anima sanitaria, fatta dai medici e dai professionisti sanitari e tutti gli altri componenti 70-80% del personale che mantiene invece la sua connotazione ancora abbastanza vicino all'idea di iatrocrazia.

In termini concreti, quello che la letteratura ha messo bene in evidenza è che la burocrazia professionale si trova a confrontarsi con una serie di problematiche che saranno le ragioni per cui poi a partire dagli anni '90 siamo passati all'aziendalizzazione.

**Primo grande tema**, le burocrazie professionali si portano dietro il tema dell'autonomia, della **discrezionalità**, quindi di una grande variabilità interna nel modo in cui vengo fatte le cose, viene organizzato il lavoro.

**Secondo grande tema il coordinamento**, i compartimenti stagni, i silos, il tema delle canne d'organo, il problema di coordinamento es. il chirurgo che fa la sua programmazione senza avere ascoltato necessariamente il radiologo rispetto alla capacità produttiva di esami diagnostici, da qui il collo di bottiglia, da qui il pz che viene ricoverato per il preoperatorio  $\frac{3}{4}$  giorni prima, quindi il ritardo dovuto alla mancanza degli esami, e tutto il tema sul coordinamento sulla gestione delle dimissioni, le attese per le consulenze interne, laddove c'è una carenza di coordinamento evidentemente la prima disfunzione organizzativa che si notano sono l'allungamento dei tempi operativi.

**Terza grande problematica, quella dell'INNOVAZIONE:** ha una doppia sfaccettatura, da un lato quella più forte e problematica evidenziata come rendita di posizioni (i professionisti hanno un lavoro per la vita), per tante ragioni ci possono essere situazioni per cui non c'è attenzione ad innovare e a stare sulla frontiera della conoscenza. Per questo negli ultimi anni abbiamo introdotto formazione continua in medicina cioè dell'obbligatorietà di avere percorsi di aggiornamento che siano adeguati a mantenere le competenze e a crescere nel tempo. Invece ci può essere la situazione opposta, abbiamo degli **innovatori per natura** che vogliono spingere l'innovazione di frontiera che vogliono l'ultimo robot, l'ultima tecnologia, che magari acquistano la tecnologia che poi useranno o serviranno poco, tendono a spingere l'organizzazione sempre avanti. Cosa positiva però relativamente al contesto (altrimenti può essere uno spreco di risorse).

Altro elemento che rimane molto vivo nelle burocrazie professionali sono queste **guerre di territorio tra professionisti**, per cui ci sono fenomeni che si scatenano tra professionisti nello sviluppo delle proprie attività, nel proprio case mix di attività, legate all'accaparrarsi il pz per due ragioni: primo perché **più volumi di attività** (faccio più sono forte organizzativamente e posso tenere più risorse da parte della direzione). La seconda cosa che ci può essere è una **convenienza economica, money for patients**, i soldi seguono il pz, (in un sistema DRG, un pz in più dimesso da me è un DRG mio piuttosto che qualcun'altro, potrei avere tutto l'interesse a gestire il pz. anche nella maniera non necessariamente più appropriata rispetto ad altre alternative).

Tra le guerre di territorio, si inseriscono anche quelle che sono acuite dallo scontro di culture, una di queste tendenzialmente riguarda proprio il rapporto tra medici e altre professioni sanitarie o tra medici/professioni sanitarie e amministrativi.

### Ricapitolando

5 punti che caratterizzano l'archetipo dell'azienda professionale che negli anni 60 emerge in maniera significativa e che ci portiamo dietro fino agli anni 90' sostanzialmente come modello di riferimento. Gli amministrativi vengono vissuti dal mondo sanitario come lì al loro servizio (, l'amministrazione ci sta per farmi arrivare al momento giusto il farmaco, la tecnologia, il personale), sono esecutori che non hanno potere gestionale. Così è fino agli anni 90, fino all'aziendalizzazione, il mondo amministrativo era totalmente schiacciato dal mondo clinico così come lo era il mondo delle professioni sanitarie, così come lo erano i farmacisti, come lo erano gli ingegneri clinici, le burocrazie professionali erano ancora iatrocrazie diventate un po' burocrazie. L'area amministrativa era cresciuta di dimensioni e di ruolo e dava un po' fastidio ai medici. Oltre questo gli altri problemi che ritroviamo nelle AS che ne rendono particolarmente complessa la gestione e che hanno richiesto nel tempo una professionalizzazione crescente del management aziendale sono questi:

**Variabilità e standardizzabilità** e processi produttivi e quindi il fatto che a differenza della fabbrica per quanto io possa studiare i PDTA, studiare le regole di funzionamento e protocolli avvengono due cose, la prima che **non tutto è standardizzabile** con un protocollo perché le condizioni cliniche del pz, il quadro sociale, la sua fragilità posso comunque richiede una risposta su misura. E in secondo luogo è che in sanità **l'innovazione è talmente rapida** per cui i protocolli diventano obsoleti anzi richiedono l'aggiornamento continuo nel tempo. Questa variabilità quando è naturale l'accettiamo quando è artificiale la dobbiamo combattere. Questo spiega anche che in questa fase stiamo introducendo dentro le AS delle gestioni operative per fare questo lavoro di standardizzazione.

Abbiamo la corsa alla **specializzazione** che ha ulteriormente **acuito il problema della frammentazione interna**. Questa cosa ha richiesto un ulteriore sforzo di coordinamento ha generato ancora di più guerre di territorio, ha complicato il problema gestionale della AS, tanto è vero che adesso stiamo cercando di ricompattare tutto attraverso i dipartimenti, ma anche riducendo il numero dei primari e trovando delle soluzioni diverse sulle linee trasversali, sui team multidisciplinari, ci stiamo interrogando pesantemente su come organizzare le AS in futuro.

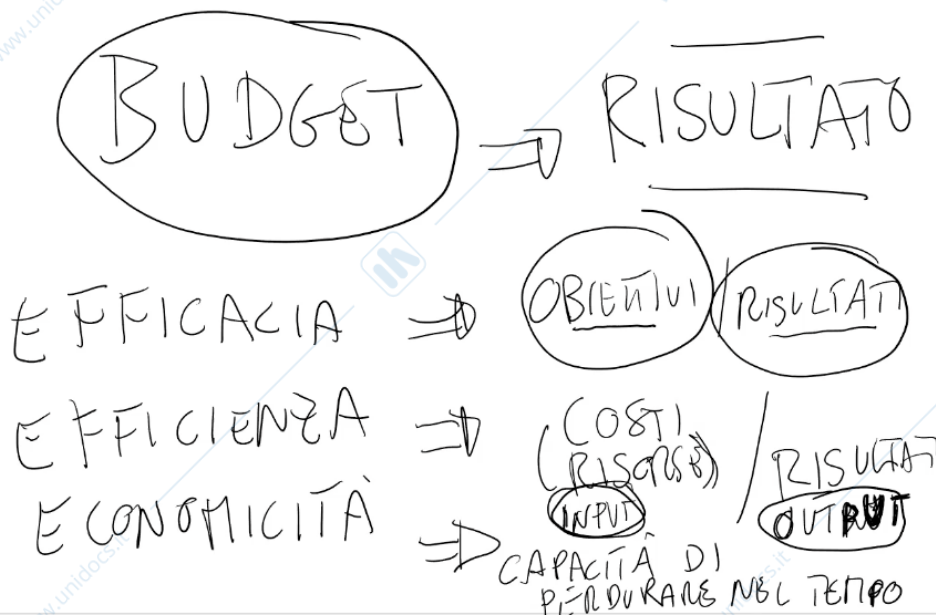
Altro tema l'**apicalità** solo scientifica, il grande problema che le organizzazioni professionali hanno avuto cioè che la carriera si faceva non in funzione della qualità gestionali ma in funzione della qualità professionali. Di per sé non è sbagliato, è chiaro che l'apicalità scientifica è importante nei mondi professionali (se non sai di cosa parli nessuno ti ascolta) però è un prerequisito è una condizione necessaria e ma **non sufficiente**. Noi vorremmo che a dirigere ci vadano persone che hanno competenze professionali di un certo spessore quindi gli altri li ascoltano anche perché gli riconoscono la professionalità ma che poi abbiano **anche delle attitudini, delle competenze sul fronte gestionale, sappiamo gestire un gruppo di lavoro, programmare e pianificare**.

Questo non avveniva e questo ha fatto sì che ci siamo ritrovati nella fase più difficile, intorno alla fine anni 80 e anni 90 sono venuti tutti i nodi al pettine per cui il problema della sostenibilità di costi, la variabilità, non avevamo una classe di primari e spesso anche nelle professioni sanitarie di responsabili capaci di affrontare dal punto di vista gestionale quel problema. L'apicalità solo scientifica è un elemento che aveva del valore in sé ma che ha prodotto una serie di problematiche.

Ultimo grande elemento, la **limitata misurabilità dei risultati**, noi tuttora misuriamo che cosa facciamo in termini di prodotti quanti ricoveri, quanti dimessi, quante prestazioni ambulatoriali, quanti esami di radiologia, quanti consulti interni, ma non è detto che questo sia la misura giusta anzi noi abbiamo imparato nel tempo che **fare di più non vuol dire fare meglio, anzi a volte fare di meno è fare meglio**, laddove faccio cose inappropriate e faccio cose per ragioni che non sono strettamente professionali. Quindi alla fine fare l'intervento non vuol dire avere risolto il problema della persona, quindi c'è tutto il tema degli **out come**. Questa limitata misurabilità rende ulteriormente complesso il problema gestionale delle AS perché non ho delle misure di risultato ultime ma delle misure di risultato intermedio. Quindi in questi anni sta prendendo piede l'attenzione agli esiti, che ha modificato e sta modificando le dinamiche di funzionamento dell'azienda.

Intorno alla metà degli anni 90 scatta la preoccupazione di garantire volumi di attività controllando la spesa e il sistema economico finanziario delle AS.

Si **apre la terza fase** che noi abbiamo chiamato **aziendalizzazione**. Cos'è che è cambiato sostanzialmente nelle dinamiche delle aziende che tuttora ci portiamo dietro. Abbiamo l'individuazione al livello centrale dei tre direttori, stiamo parlando della riforma in Italia del decreto legislativo 502 del '92, emerge un direttore sanitario, uno amministrativo e uno generale, si inizia a percepire che c'è una gerarchia che prima non c'era. E che gli staff (amministrativi) non sono più a servizio dei primariati in maniera autonoma ma sono mediati dalla direzione generale, rispondono prima alla direzione generale e poi ai primariati, questo evidentemente alimenta un ulteriore scontro tra cultura organizzative perché c'è allungamento dei processi decisionali. Succede però una cosa rivoluzionaria, qui compaiono gli altri staff, in realtà sono le funzioni amministrative, e compare quello che passa come **staff aziendale**, cominciano a comparire delle funzioni che servono a regolare i comportamenti dell'area professionale (es. uff. tecnico, controllo di gestione, qualità, formazione, ecc.). Fanno un'opera di standardizzazione interna del funzionamento dell'azienda, dal punto di vista organizzativo. In particolare, l'aziendalizzazione si regge in larga misura sul **controllo di gestione**, cioè sulla misura di ciò che avviene nelle varie UO, in termini di consumo di risorse e prestazioni erogate. Certo aziendalizzazione ha voluto dire un direttore generale, ha voluto dire che le aziende si sono trovate obbligate a fare un bilancio economico patrimoniale. Ha voluto dire soprattutto che grazie al controllo di gestione ogni UO, dicasi primariato, aveva la possibilità di avere informazioni sulle attività svolte dicasi ricoveri, dimissioni e prestazione ambulatoriali, e sui costi, personale, spesa farmaceutica, spesa per device, consumi elettrici, consumi di reparto, materiali di consumo. Questa relazione tra attività e costi che in termini aziendali definiamo **misura di efficienza**, ha permesso alle AS di sviluppare quello che noi chiamiamo **il processo di budget**, ha permesso alle AS di cominciare a dire ogni UO ha una responsabilità di budget e quindi ha una responsabilità di produrre dei risultati attesi. Il budget operativo è l'esplicitazione di risultati da raggiungere che possono essere di attività e di costi o di entrambi. Anche prima c'erano degli obiettivi da raggiungere sul lato dell'attività, si traduceva anche dentro gli ospedali dal 95 in poi finanziati dal DRG o a prestazione ambulatoriale con una misura di risultato economico perché la somma di quello che veniva fatto, veniva tradotto in termini di tariffe con il DRG e produceva con un ricavo economico (**valore della produzione**). Con il processo di Budget abbiamo, invece, **i costi di gestione corrente**. Fuori dai costi di gestione corrente rimangono i costi di investimento.



Grande rivoluzione dalla metà anni '90 in poi, un'aziendalizzazione che corre lungo il binario della programmazione e del controllo di gestione, quindi la possibilità per le direzioni aziendali di

- responsabilizzare i primari nel portare a casa risultati attesi, sia in termini di volumi di produzioni e case mix, sia in termini di costi associati a questi. Tutto questo allo scopo di orientare meglio la produzione.
- generare sostenibilità economica. Il budget dovrebbe aiutarmi a lavorare sulle famose tre E: efficacia, efficienza e economicità.

**Efficacia (rapporto tra output e obiettivi)** è data dal rapporto tra obiettivi e risultati. Quindi se i miei risultati sono o meno allineati con i miei obiettivi. Se i risultati corrispondono agli obiettivi posso dire di aver avuto un alto livello di efficacia. È chiaro che non è l'efficacia in senso assoluto. Misura di efficacia, quantità di risultati coerenti con gli obiettivi.

**Efficienza (rapporto tra input e output)** costi/risorse utilizzate a fronte di risultati raggiunti. Cosa ho prodotto con quali risorse, questa è la misura di efficienza. Se si parla invece che di obiettivi, di outcome è chiaro che ho una misura di efficacia sanitaria. Se i risultati raggiunti sono coerenti con gli outcome attesi, quindi migliorare la vita del paziente, il recupero in breve tempo, sto migliorando l'efficacia professionale. Qui stiamo parlando di efficacia organizzativa.

**Economicità** è la capacità di perdurare nel tempo, senza ricorrere a terze economie. L'AS avrà un buon grado di economicità nella misura in cui riesce a perdurare nel tempo senza indebitarsi o senza ricorrere a qualcuno che gli presti i soldi.

Certamente noi abbiamo la responsabilità dentro le AS di creare una situazione nella quale l'azienda possa effettivamente perdurare nel tempo e lo possa fare mantenendo alti tassi di efficacia e efficienza e quindi la rivoluzione che è avvenuta con la aziendalizzazione è stata di produrre un sistema per cui, avvalendosi di un controllo di gestione, potevano responsabilizzare i primari professionisti e aumentava quella che noi chiamiamo la **accountability** della AS. La AS diventa accountable, diventa responsabile di rispondere di cosa fa, dagli anni 90 misuriamo meglio, siamo in grado di sapere se una certa azienda sanitaria o ospedaliera o un certo ospedale sta svolgendo bene o male il proprio compito rispetto a obiettivi prefissati e rispetto a consumi/costi.

Fermo restando che sicuramente l'aziendalizzazione delle AS è spiegabile con l'avvento di quello che oggi chiamiamo un potere monocratico nelle mani del direttore generale. Le altre cose che spiegano l'aziendalizzazione sono:

- i processi di **budget** quindi c'è una responsabilità su cosa si fa e cosa si consuma.
- le aziende cominciano a dotarsi di un **piano d'investimento**.
- **pianificazione strategica**, le AS sono chiamate a pianificare negli orizzonti di 3-5 anni del mandato. Ma a tutti i livelli c'è una pianificazione d'azienda, noi chiediamo ad un dirigente delle professioni sanitarie di essere in grado di sviluppare una pianificazione nel mondo delle professioni sanitarie, il case mix, di avere un piano strategico delle professioni sanitarie che si inserisca all'interno del piano strategico aziendale dello sviluppo complessivo dell'azienda. Se noi non riusciamo ad avere visione strategica dai direttori dei dipartimenti, dal mondo delle professioni sanitarie, dal farmacista dall'ingegneria clinica, da tutti quelli che hanno dei ruoli di riferimento per lo sviluppo dell'azienda siamo in difficoltà.
- Ancora sempre in concomitanza con la pianificazione strategica si comincia a parlare di **sviluppo professionale**, le aziende iniziano a dotarsi di sistemi per mappare le competenze dei professionisti, e garantire un adeguato sviluppo delle competenze un'adeguata attenzione.

Il sistema ha creato le condizioni perché si potesse sviluppare un certo tipo di ragionamento che fosse a vantaggio dell'efficienza e efficacia, con cui la macchina organizzativa funzionava ma non ha poi generato altrettante condizioni operative perché queste condizioni si trasformassero in realtà. Quando noi leggiamo sui giornali del fallimento dell'aziendalizzazione, non è un fallimento dell'aziendalizzazione ma il fallimento implementazione dell'aziendalizzazione.

Abbiamo quindi dato spazio e importanza al mondo professionale che fosse in qualche maniera responsabile e un po' più cosciente che ci sono delle implicazioni economiche, ma anche degli obiettivi da raggiungere, che le AS non possono essere delle anarchie, ma devono essere sistemi organizzati → razionalità decisionali.

Quando abbiamo raschiato il barile, abbiamo ridotto al minimo gli input e massimizzato l'output. Abbiamo fatto un processo di efficientamento straordinario (oggi facciamo un terzo in più come volumi di attività rispetto agli anni '90 con metà dei posti letto e con il personale che si è ridotto del 15-20%). Efficientamento che a volte è sconfinato nel razionamento, rimandare gli interventi o modificare i case mix in funzione dei termini economici è sicuramente qualcosa che è avvenuto però abbiamo efficientato la macchina organizzativa.

Si è aperta verso la fine la prima decade degli anni 2000 una nuova fase in cui accanto alla razionalità decisionale si inserisce una seconda dimensione che caratterizza la **seconda fase dell'aziendalizzazione**: se prima era rilevante il **cosa facevamo** e **cosa consumavamo**, ora è importante anche il **come**.

Le aziende stanno cercando di fare bene il loro lavoro. Qui abbiamo il controllo di gestione che continua ad essere importante, ma due funzioni hanno assunto e stanno assumendo in prospettiva ancora più importanza, una è la **Gestione operativa** e l'altra è il **Governo clinico**.

**Gestione operativa** è quella funzione aziendale che ha il compito di standardizzare il funzionamento dei processi produttivi, funzionamento della sala operatoria, supportare gestione posto letto, di ottimizzare la programmazione spazi ambulatoriali, lavorare sulle liste d'attesa, di lavorare sull'attività assistenziale, dimissione del posto letto. Si occupa di ingegnerizzare il flusso della macchina organizzativa, entra nel processo.

**Governo clinico**, definisce gli standard professionali e poi verifica che vengano applicati. In questo è stato d'aiuto, in parte, il processo di emancipazione delle professioni sanitarie e

contemporaneamente, per cercare la standardizzazione, si è anche sviluppato in misura maggiore il processo di **dipartimentalizzazione** reso poi obbligatorio dalla terza riforma del '99, la riforma Bindi (prima '78, seconda 502 del '92, terza del '99 Bindi).

I **dipartimenti** diventano la modalità di organizzazione routinaria dell'AS uno dei primari viene messo a capo e c'è un responsabile delle professioni sanitarie accanto a lui. Questo è un primo momento in cui le professioni sanitarie acquistano l'indipendenza rispetto ai primari, il secondo momento inizia quando accanto alla direzione aziendale si forma la direzione delle professioni sanitarie (DPS) quindi c'è un dirigente o un gruppo di dirigenti che inizia a dirigere le professioni sanitarie in tutta l'azienda.

Questo evidentemente è un po' più problematico può produrre anche una frammentazione tra direzione sanitaria e DPS, può produrre una serie di complicazioni interne ma sicuramente era percorso necessario per il mondo delle professioni sanitarie, per sciogliere il vincolo di proprietà che sembrava avesse il mondo clinico sul mondo delle prof sanitarie, ma è anche una grande opportunità, abbiamo bisogno di grandi direttori generali, grandi direttori sanitari, di grandi direttori amministrativi, di grandi direttori dipartimento, abbiamo bisogno anche di grandi dirigenti DPS, che hanno una responsabilità pazzesca, dirigono il 60-70% delle persone dell' AS quindi potete immaginare quanto sia fondamentale un gruppo dirigente capace di fare bene il proprio mestiere.

È chiaro che una parte della funzione della gestione operativa e del governo clinico può essere assunta dalla DPS che utilizzando i propri collaboratori può sviluppare pezzi di gestione operativa e del governo clinico, quindi contribuire alla seconda fase di aziendalizzazione in maniera significativa, usare il dipartimento come livello in trono al quale fare operazioni di governo clinico sui professionisti sanitari che lavorano in quel dipartimento e magari ingegnerizzando pezzi di processi produttivi, le dimissioni, i ricoveri, l'uso del posto letto, la programmazione dell'ambulatorio ecc.

Per concludere, il tutto, diventa estremamente complesso quando aggiungiamo l'ultimo tassello al nostro ragionamento, che è il fatto che le nostre AS sono molto spesso **pubbliche**, specialmente quelle che appartengono al SSN. Prima grande problematica che si trova ad affrontare la direzione aziendale che rende molto complicato e difficile gestire è **l'ambiguità degli obiettivi**. Cioè quel fatto che nasce da due cose:

1. la pluralità dei portatori interesse, su una AS confluiscono gli interessi che sono del sistema istituzionale, dicasi assessorato, ma sono delle società scientifiche, ma sono anche delle imprese farmaceutiche di device, ma sono anche della collettività locale che sia il sindaco piuttosto che amministratori locali, che sono i Sindacati. Quindi ci sono portatori di interessi che cercano di condizionare il funzionamento della azienda e alla fine producono degli interessi divergenti.
2. Seconda cosa che rende ambigui gli obiettivi o complessi da definirsi è la sovrapposizione di ciclo istituzionale e ciclo politico. Non è eliminabile, le aziende sono **pubbliche** e in quanto pubbliche, esistono perché rappresentano la collettività e il mediatore dell'interesse della collettività è **la politica**.

**SECONDO FENOMENO Le triangolazioni** che caratterizzano le AS: quel fenomeno per cui alcuni professionisti usano i media o usano i rapporti con la politica per influenzare le scelte dell'AS. I professionisti di spicco hanno buoni network con la politica perché appartengono o ad associazioni rappresentative (es. Rotary Club), perché hanno dei legami politici. Ovviamente queste triangolazioni dovrebbero essere limitate nella misura in cui il dirigente sanitario non dovrebbe

usare leve esterne per influenzare la propria direzione ma esistono, così come esiste il ricorso alla stampa per fare pressione. Questo ultimo una volta era molto comune, oggi è disciplinato dal codice di comportamento del dipendente pubblico. Queste triangolazioni sono ancora presenti e devono essere limitate.

C'è una **frammentazione organizzativa** che ha prodotto o meglio l'essere pubblico ha prodotto l'aumento della frammentazione, siccome nell'impiego pubblico io non posso pagare le persone con lo stipendio che voglio. Il sistema pubblico dice che ci sono scaglioni di reddito che tendenzialmente si legano alle responsabilità organizzative o professionali, una volta solo quelle organizzative. Per pagare di più il medico l'unico modo era farlo diventare assistente aiuto, aiuto anziano e poi primario, prima che si dicesse dimenticate i nuovi primariati, anzi al contrario ogni primario che va in pensione non lo rimpiazziamo ma lo accorpamo a quello del collega, ma prima c'era il rigonfiamento a fisarmonica per cui il collega anziano che si meritava di essere pagato di più gli si creava il primariato, dalla medicina uno si figliava la medicina due. Attenzione non sto parlando che fosse sbagliato pagare di più magari questo se lo meritava veramente, ma questo porta dietro la frammentazione organizzativa, il nuovo primario diceva dove sono i miei posti letti, dove sono i miei infermieri e il mio ecografo, la mia sala operatoria e tutto duplicava e lo spreco di risorse.

La **resistenza al cambiamento**, oggi un po' meno perché si è alzata la trasparenza ma negli anni 90 erano molto sfumate la possibilità di intervenire laddove qualcuno non collaborasse, e poi c'era anche la politica che ti chiedeva di non alzare il conflitto. Parliamo anche della resistenza al cambiamento generato dal conflitto d'interessi, la libera professione, i temi dell'intramoenia. Ma in quale altro paese civile uno può avere un doppio lavoro e farlo non nell'interesse della propria azienda ma nel proprio interesse.

#### LEZ 4

##### Nozioni di base sulla pianificazione strategica (solo cosa è e perché è rilevante)

Parliamo di pianificazione strategica elemento che concorre alla ricetta del successo di un'azienda. La strategia è la definizione di finalità ed obiettivi principali di lungo periodo di un'azienda, e l'adozione di un corso di azioni con l'allocatione di risorse funzionale al raggiungimento di tali obiettivi", oppure "la strategia è un piano coerente ed integrato di azioni tese ad assicurare all'azienda il raggiungimento dei propri obiettivi finali".

Quando un'organizzazione sanitaria diventa azienda comincia abbiamo detto a perseguire dei modi ordinati per prendere le decisioni e i tre grandi meccanismi adottati sono:

1. quello della pianificazione strategica che oggi andiamo a vedere più nel dettaglio
2. quello della programmazione e controllo quindi fissare i budget annuali gli obiettivi annuali su cui poi i professionisti vengono valutati
3. quello che riguarda tutta l'area delle risorse umane, dei modi con cui le persone vengono selezionate, fanno carriera, si sviluppano professionalmente ecc, ecc.

**Perché pianificare:** perché sostanzialmente dobbiamo cercare di anticipare o comunque di stare al passo con i cambiamenti con le modifiche che ci impone l'ambiente in cui operiamo. Per le aziende sanitarie è cambiato in maniera significativa in questi anni di aziendalizzazione (25-30 anni), oggi si è chiamati ad essere responsabili su diverse dimensioni di performance, che siano produttività, che sia l'efficienza che sia di nuovo alcuni elementi di qualità e di efficacia, la trasparenza. Su un insieme di misure attraverso le quali con le quali vengono valutate le performance aziendali e quindi in funzione di una un ambiente che è diventato per molti versi più ostile nel senso che

chiede di più e si aspetta, diventa competitivo e quanto più diventa sfidante l'ambiente per un'organizzazione tanto più l'organizzazione deve rafforzare le proprie capacità di prendere delle buone decisioni di fare delle buone scelte in termini di priorità su cui concentrare le attenzioni e le risorse. Il presupposto che c'è dietro a queste parole è che nessuna organizzazione davvero brava a fare tutto quello che dovrebbe o potrebbe fare e che inevitabilmente deve trovare il modo di concentrare le proprie attenzioni, i propri sforzi in un dato arco temporale, quello che noi chiamiamo **il ciclo strategico**, deve cercare di concentrare le attenzioni per portare a casa risultati importanti per riuscire a produrre quei cambiamenti con le trasformazioni che gli servono per essere tra tre anni meglio di come è oggi. **L'obiettivo evidentemente portare a compimento dei processi di miglioramento costante nel tempo.**

Quindi la pianificazione strategica è uno di quegli elementi se fondamentale (ma non è l'unico), che appare chiaro, distingue le organizzazioni di successo da quelle invece meno di successo.

Ci sono sostanzialmente 3 grandi elementi che distinguono le aziende, organizzazioni eccellenti. Tra le altre, queste tre grandi differenze sono.

1. Avere quella che chiamiamo un **pensiero disciplinato**. (STRATEGIA)
2. Avere quelle che chiamiamo **persone disciplinate**. (RUOLI)
3. Avere anche **azioni disciplinate** (GESTIONE OPERATIVA)

Quello che adesso andremo a vedere assieme è quindi il tema della **pianificazione strategica**. Abbiamo detto che è una delle pratiche che aiutano le organizzazioni eccellenti.

Perché pianificare?

Dagli anni '70 in poi, nel mondo aziendale, si afferma in misura crescente la cosiddetta funzione di pianificazione. E cioè quel insieme di azioni che portano un'organizzazione e a individuare il suo sviluppo atteso nei prossimi 3-5 anni e quindi a pianificare le attività che potranno permettere di essere a tre anni qualcosa di diverso dal proprio oggi.

1. **prima ragione**: per anticipare e rispondere ai cambiamenti, che si genera nell'ambiente esterno o nel settore più ampio in cui opera l'organizzazione.
2. Per darsi una direzione, un modo disciplinato e misurabile di procedere. Questo distingue il concetto di **strategia** dal concetto di **tattica**, cioè noi dobbiamo, dentro l'organizzazione, assumerci la responsabilità di fare delle scelte rispetto a dove allocare le risorse. Se abbiamo la possibilità di investire in tecnologia o di acquisire delle persone, ma non sufficienti da coprire tutte le richieste, tutti i bisogni che l'organizzazione esprime. Tutte le aziende hanno dei bisogni di rinnovo delle tecnologie, hanno dei bisogni di sostituzione di personale che va in pensione, piuttosto che esce per altri motivi dall'organizzazione. Quando l'organizzazione non ha la possibilità di investire su tutto quanto e in ogni caso si deve porre il problema di decidere dove veramente eccedere, dove veramente potenziare la propria capacità, **serve la strategia**, cioè serve un'idea specifica di quali sono le aree su cui porre le priorità e quindi a mettere investimenti. Nessuna organizzazione in grado di fare benissimo tutto quanto. **Le tattiche** sono i modi con cui perseguire gli obiettivi primari, quindi per potenziare l'area oncologica, per esempio tenere le liste di attesa sotto controllo, ecc. Quindi **la strategia** consiste nel fissare gli obiettivi che hanno di solito orizzonti di più anni, **la tattica** è rappresentata dalle azioni che mi permettono di raggiungere quegli obiettivi.

Che cos'è quindi alla fine la pianificazione strategica? un reale tentativo di anticipare il futuro collegandola alla programmazione annuale e focalizzando l'attenzione sulle scelte strategiche più importanti, spiegando anche all'organizzazione perché in quel dato arco temporale in quel triennio verranno fatti certi investimenti piuttosto che altri.

È una scusa per far dialogare il top management aziendale ed i professionisti sui temi rilevanti nonché professionisti tra loro, parliamo sia di fare pianificazione a livello di azione complessiva, compito di una direzione strategica, sia evidentemente livello di dipartimento e di unità operativa. A questo punto diventa anche un test per vedere quali professionisti con responsabilità veramente si sentano partecipi dell'identità aziendale.

È un veicolo promozionale di dialogo con l'ambiente esterno, per costruire legittimità è negoziare un "patto" con livello istituzionale e politiche. Faccio il piano strategico dell'ASST (es. 7 Laghi) perché voglio dialogare coi sindaci, il sindaco di Varese e sindaci del territorio per dire cosa mi immagino che diventi il presidio ospedaliero a pinco pallino piuttosto che il grande ospedale di Varese. Che tipo di funzioni voglio dare a quell'Ospedale e che tipo di funzione voglio dare a questo Ospedale. È chiaro che sono decisioni che devono essere anche discusse e in qualche maniera argomentate nei confronti della collettività. È sempre l'azienda sanitaria pubblica responsabile nei confronti della collettività e quindi in quanto tale deve rendere conto delle proprie decisioni.

È uno strumento per circoscrivere il mandato direzionale per definire le cose che proprio non si possono sbagliare (impegni di mandato tra direzione e dirigenti).

È poi il processo per identificare i confini o le aspettative di azione tra aziende sanitarie secondo logiche di competizione collaborativa e per coordinare l'azione della prospettiva regionale/nazionale. (es. vuol dire chiedere all'Istituto Nazionale dei Tumori anche di relazionarsi con le altre aziende). Tante buone ragioni per pianificare, per spendere un po' di tempo dentro l'organizzazione sulla pianificazione.

Prima di fare le cose bene, bisogna scegliere quelle giuste da fare, questo è la pianificazione! Questo è il cappello che chi dirige a tutti i livelli si deve mettere ogni tanto per aiutare la propria organizzazione a scegliere le cose su cui concentrare le attenzioni. Fare le cose che sono a maggior valore e quelle che sostanzialmente mi aiutano a migliorare, a lasciare l'organizzazione meglio di come l'ho trovata.

Lo "schema di gioco" è: la pianificazione strategica questa poi apre il ciclo della performance che è quello di budget in cui dagli obiettivi strategici discende una programmazione annuale, la programmazione annuale sviluppa il budget e la definizione dei livelli di attività e di risorse sulle varietà unità operative e quindi c'è una vera e propria scheda budget che ogni articolazione organizzativa andrà ad avere, che rappresenta l'impegno che assume per quell'anno, portare a casa certi risultati, cioè la fase di implementazione per inizio dell'attività, c'è il controllo a fine anno e da questo poi si apre un eventuale nuovo ciclo di budget sull'anno successivo, o si va a revisionare la pianificazione strategica, se sono cambiate in maniera significativa le condizioni che inizialmente mi avevano portato a definire certi obiettivi

... il discorso è ancora lungo ma mi sembra che le indicazioni di Lega per l'esame considerino più che esaurito l'argomento.

## LEZ 5

### La valutazione delle performance organizzative ed individuali: da cerimonia a leva gestionale

Quando parliamo di performance organizzativa, bisogna tenere conto che un'organizzazione è costituita da **“un triangolo”** organizzativo che mette in relazione strategia, ambiente e persone. Questo prevede la messa in campo di tutta una serie di strategie per la gestione del personale – people management, non semplice soprattutto nel pubblico impiego.

### Organizzazioni ed aspettative

Le organizzazioni sono strutture di aspettative reciproche, collegate ai ruoli che definiscono che cosa ogni membro può aspettarsi dagli altri e da se stesso. In questa prospettiva, ogni membro pula con l'organizzazione una sorta di contratto psicologico, che implica che il singolo individuo ha una serie di aspettative nei confronti dell'organizzazione e viceversa. Queste aspettative non solo riguardano quanto lavoro deve essere svolto e quanto verrà retribuito, ma l'insieme dei diritti e doveri (comportamenti attesi, contributi e ricompense) che regolano il rapporto tra lavoratore ed organizzazione (rappresentata dal capo).

### Principali segnali di una disfunzione dell'organizzazione

- processi decisionali ritardati o di scarsa qualità
- mancanza di comunicazione
- mancanza di innovazione ed inabilità ad adattarsi al contesto esterno
- aumento dei conflitti
- scarso morale e motivazione

### i 5 componenti fondamentali di un lavoro motivante

- skill variety: varietà di abilità e talenti richiesti
- Identità del compito – dall'inizio alla fine e risultati visibili
- Significato sociale – impatto e valore sociale del lavoro all'interno dell'organizzazione
- Autonomia – che può essere fonte di stress positivo o negativo – lavorare per obiettivi
- Feedback sulla performance – devono essere costruttivi

Gli assetti organizzativi dell'area clinica ma anche di quella amministrativa presentano ruoli prevalentemente professionali-relazionali (trasversalità) e ruoli prevalentemente gestionali-strategici (verticalità).

Nella gestione del personale, nel people management, il miglior investimento potrebbe essere l'engagement che prevede una serie di azioni e modi di intervento sul gruppo di lavoro:

- Costruzione di spirito di squadra
- Uscite strategiche
- Lavoro da reflective practitioner
- Formazione interna
- Feedback
- “stay on the shop floor”

## Il buon capo

- Comunica con chiarezza la realtà, genera rapporti schietti, anche duri ma veri
- Capace di incidere, dire di no, di imporsi sull'ambiente
- Ha cura delle persone, della loro crescita, dà e riscuote fiducia
- Capace di costruire un team, di gestirne i conflitti, di difenderlo e rappresentarlo
- Lavora e decide insieme ai collaboratori
- Mette la sua visione ed esperienza a disposizione

Gli assetti organizzativi delle aziende stanno diventando più sofisticati per rispondere a

- Crescita della complessità organizzativa
- Crescita della turbolenza aziendale

Generalmente si assiste a verticalizzazioni e divisionalizzazioni . . . ULTIME 4 DIAPOSITIVE 27/05 non chiare

## LEADERSHIP

Modalità di guida delle persone senza l'uso di autorità formale. Processo attraverso il quale un individuo o un gruppo sono guidati in una data direzione, verso determinati comportamenti, utilizzando metodi non coercitivi, cioè senza imposizione di autorità.

Il ciclo della leadership

**Vision:** un leader non dice le cose come stanno ma come potrebbero essere dando da quel momento in poi a ciò che è un volto diverso.

**Allineamento:** capacità attribuite al leader di stabilire relazioni forti intense e durature con i propri seguaci

**Empowerment:** miglioramento della qualità della motivazione personale ad agire nel gruppo e nella organizzazione

Principali qualità del leader:

- Capacità ascolto e comunicazione
- Capacità di difendere il gruppo
- Tolleranza all'ostilità
- Elasticità di pensiero
- Capacità inventiva
- Capacità di creare un clima adeguato
- Senso delle priorità
- Tolleranza degli errori
- Capacità di trasmettere la propria visione
- Capacità di suscitare una visione affettiva

Con qualità personali si indicano le competenze, cioè il risultato tra il rapporto fra l'individuo e l'ambiente lavorativo (dato dinamico evolutivo), più che le attitudini e le caratteristiche personali (componenti statiche della personalità)

## LEZ 6

Contenuti della lezione:

- Aspetti contrattuali professioni sanitarie
- Trasformazioni organizzative
- Trasformazioni settore salute e sfide

### Aspetti contrattuali professioni sanitarie

Ultimo contratto firmato nel 2018 (biennio 2016-2018), interessante perché ha introdotto più flessibilità nella distribuzione degli incarichi.

- Incarichi di funzione (management):
  - Incarichi di organizzazione per il personale
  - Incarichi di organizzazione con funzioni di coordinamento
- Incarichi professionali – comportano attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione correlate all'iscrizione ai relativi Albi professionali 80veesistenti e previsti) – richiedono elevate e innovative competenze professionali rispetto a quelle del profilo di appartenenza:
  - Professionista specialista
  - Professionista esperto

**Importante** alcuni dirigenti aziendali delle professioni sanitarie hanno confuso il loro ruolo con un ruolo lobbysta nei confronti delle professioni che dirigono. Non bisogna confondere il ruolo del dirigente col ruolo di lobbysta o sindacalista.

### Trasformazioni organizzative

Organizzazione delle aziende attorno a tre assi principali:

- Knowledge management: dobbiamo continuare a presidiare le competenze professionali
- Asset management: gestione operativa da efficientare in base alla rimodulazione dei setting aziendali, aumentare la gestione operativa delle risorse a disposizione e rimodulare i setting assistenziali in virtù di questi cambiamenti
- Disease Management: integrare tra loro meglio i professionisti per rispondere alla necessità di lavorare in teams multidisciplinari e per processi (appropriatezza dei percorsi di cura).

Organizzare un'AS vuol dire trovare il modo di rispondere in maniera efficace ai problemi di:

1. Uso ottimale delle risorse logistiche e tecniche
2. Organizzazione delle competenze

Quindi tre temi fondamentali, ASST, KNOWLEDGE, DISEASE MANAGEMET

- **ASSET:** fondamentale il "patient flow", l'organizzazione sui processi, quindi il concetto si basa il concetto di fondo del primo cambiamento che stiamo vivendo è "l'ospedale per intensità di cura". Ripensare la macchina organizzativa delle AS con questa prospettiva, vuol dire riorganizzare i singoli contenitori in modo che abbiano una connotazione più legata alla complessità assistenziale o alla natura del processo produttivo rispetto alle specialità → rivedere l'organizzazione in rapporto alle complessità assistenziali e all'intenità di cura.
- **KNOWLEDGE:** accanto a questo bisogna presidiare le competenze e le conoscenze ed implementare reti strutturate → rafforzamento significativo della dimensione dipartimentale (ospedale suddiviso in sub-ospedali (es. area medica, area chirurgica, area

diagnostica e materno-infantile). A capo un direttore clinico coadiuvato da un administrator e un "Patient Experience Manager" (professioni sanitarie). Il tema di fondo: pochi grandi dipartimenti un ruolo gestionale crescente in termini di responsabilità che assumono sulla strategia dell'allocazione delle risorse, della gestione dei posti letto, della gestione dei flussi (es. ricoveri da P.S.).

- **DISEASE MANAGEMENT:** il terzo tema è quello dell'integrazione che si persegue creando linee produttive, generando un'organizzazione "a matrice", dove i dipartimenti si intersecano con "mondi" a scavalco tra le varie aree (medica, chirurgica, ecc.). Questi "mondi" sono rappresentati dai "teams" che uniscono vari ambiti dell'azienda, tagliano trasversalmente la mia organizzazione come fossero linee produttive. Queste sono le "clinical service lines", aree multidisciplinari, non aderenti alla struttura gerarchica o funzionale dell'organizzazioni, orientate ad organizzare i processi assistenziali per i pz. secondo specifici problemi di salute, interventi, procedure che devono essere erogate (es. Breast Unit, Cancer Center, ecc.)

## Le sfide del settore salute in Italia

9 sfide:

1. Spesa sanitaria: bravi a tenerla sotto controllo, efficientamento ma anche razionamento, azzeramento investimenti o errati investimenti, ecc. ...guardare slide qui sotto

## L'arcobaleno delle sfide del Settore Salute in Italia

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>Spesa Sanitaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesa pubblica sotto controllo. Avanzi nel 2012-13-14-16</li> <li>• Efficientamento profondo, ma anche razionamento</li> <li>• Azzeramento investimenti , 60 euro anno per abitante, meno del 3% della spesa</li> </ul>  | <p><b>Cronicità e bisogni socio-sanitari</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nel 2017, secondo l'ISTAT, il 22,3% della popolazione (circa 13,5 milioni di abitanti) ha più di 65 anni, l'1,2% più di 90 anni (727.000), e 17.000 ultracentenari (erano 11,7 milioni, 467.000 e 10.400 nel 2007...).</li> <li>• Il 20% degli Italiani ha almeno due patologie e tra gli over 75 il 68%...</li> </ul>                  | <p><b>Non auto-sufficienza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 milioni di persone di 15 anni e più risultano avere limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi.</li> <li>• Il 61% (7.930.000) sono anziani.</li> <li>• Il 23,4% riferisce di avere limitazioni gravi, cioè circa 2,8 milioni di persone, a cui si aggiungono i pazienti in fine vita (circa 0,5 milioni)</li> </ul> |
| <p><b>La questione personale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Età anagrafica avanzata</li> <li>• Shortage di professionalità e skill mix</li> <li>• Garanzie contrattuali</li> <li>• Le 973.808 badanti...</li> </ul>   | <p><b>Consumi e spesa privata</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oscilla tra i 33,9 ed i 39,4 miliardi (2016), con crescita &gt;5% nel 2012-16!</li> <li>• 21 miliardi per servizi, di cui 9 di odontoiatria, ricoveri 1,5, ambulatorio per circa 7 (di cui 2,5 pubblico)</li> <li>• Fenomeno del low cost/price in ascesa e assicurati da 6 a 11 milioni negli ultimi 5 anni, da 3,5 a quasi 5 miliardi</li> </ul> | <p><b>Concentrazione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dal 1995-2017: da 228 a 120 ASL, da 82 a 40 AO. Il gigantismo... ASL in media con &gt;500.000 ab., aziende con &gt; 2mld di euro di budget</li> <li>• L'importanza del middle management ed in nuovi ruoli direzionali (DS, farmacista, gestione operative)</li> </ul>   |
| <p><b>Paradigmi emergenti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-creation, concordance e co-production oltre l'empowerment e la compliance</li> <li>• Partnership con l'industria farma e devices</li> <li>• Population health management (oltre il chronic care model)</li> </ul> | <p><b>Il confronto internazionale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In Italia si spendono in media 3.400 dollari per abitante, contro la media OCSE di 4.000</li> <li>• Risorse per il Welfare sono il 20% in meno della Gran Bretagna, il 30% della Germania e il 40% della Francia</li> </ul>  | <p><b>La salute</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complessivamente ottimi risultati.. Ma è l'effetto della lunga coda...?</li> <li>• Differenziale tra Sud e Nord fino a 4 anni di speranza di vita alla nascita</li> <li>• Mobilità interregionale in crescita, rischio di inequità molto alto</li> </ul>  |