



Andrea Bellucci
Facoltà di Economia
Dipartimento di Discipline Giuridiche e Aziendali

Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

CORSO DI ECONOMIA AZIENDALE

Docente: Andrea Bellucci

Parte I: Elementi introduttivi e organizzazione

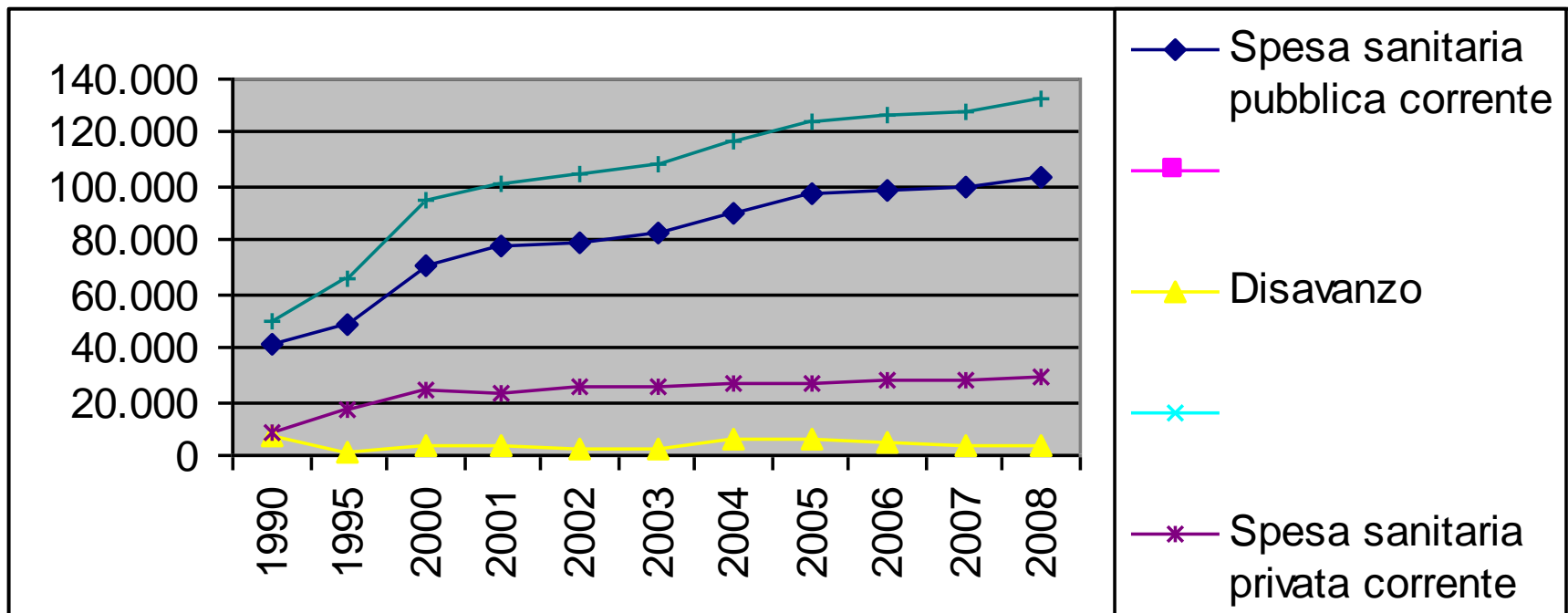
Alcuni interrogativi

- Quali sono le prestazioni sanitarie garantite a tutti ?
- Chi paga la sanità?
- Cosa è un dipartimento ?
- Posso ottenere sempre le stesse prestazioni mediche in un'azienda sanitaria locale e in un'azienda ospedaliera?
- Cosa sono le linee guida e i protocolli diagnostico-terapeutici?
- Tutte le strutture sanitarie private possono erogare le prestazioni previste dal Sistema Sanitario Nazionale?
- Come posso conoscere i risultati ottenuti da un'azienda sanitaria?

Perché l'economia nella sanità?

- **La sanità è un bene pubblico e costa**
- **La gestione di strutture complesse, di budget importanti, di relazioni con enti esterni e altre realtà esterne richiede specifiche competenze**
- **L'approccio e le tecniche manageriali possono valorizzare il contributo e le competenze del personale sanitario nello svolgimento del proprio lavoro**
- **I principi e gli strumenti dell'economia aiutano a formulare le scelte e ad assegnare le risorse in funzione delle necessità**

Andamento spesa sanitaria italiana*



* Dati in migliaia di euro

Fonte: Rapporto OASI 2009

La spesa sanitaria italiana è sempre in crescita

La gestione della sanità



... bisogna integrare differenti competenze

Evoluzione delle strutture sanitarie

Tradizionale suddivisione in reparti

- Barriere tra i differenti specialisti
- Frammentazione delle competenze
- Tempi di attesa e mancanza di un unico referente per i pazienti
- Corsie semivuote

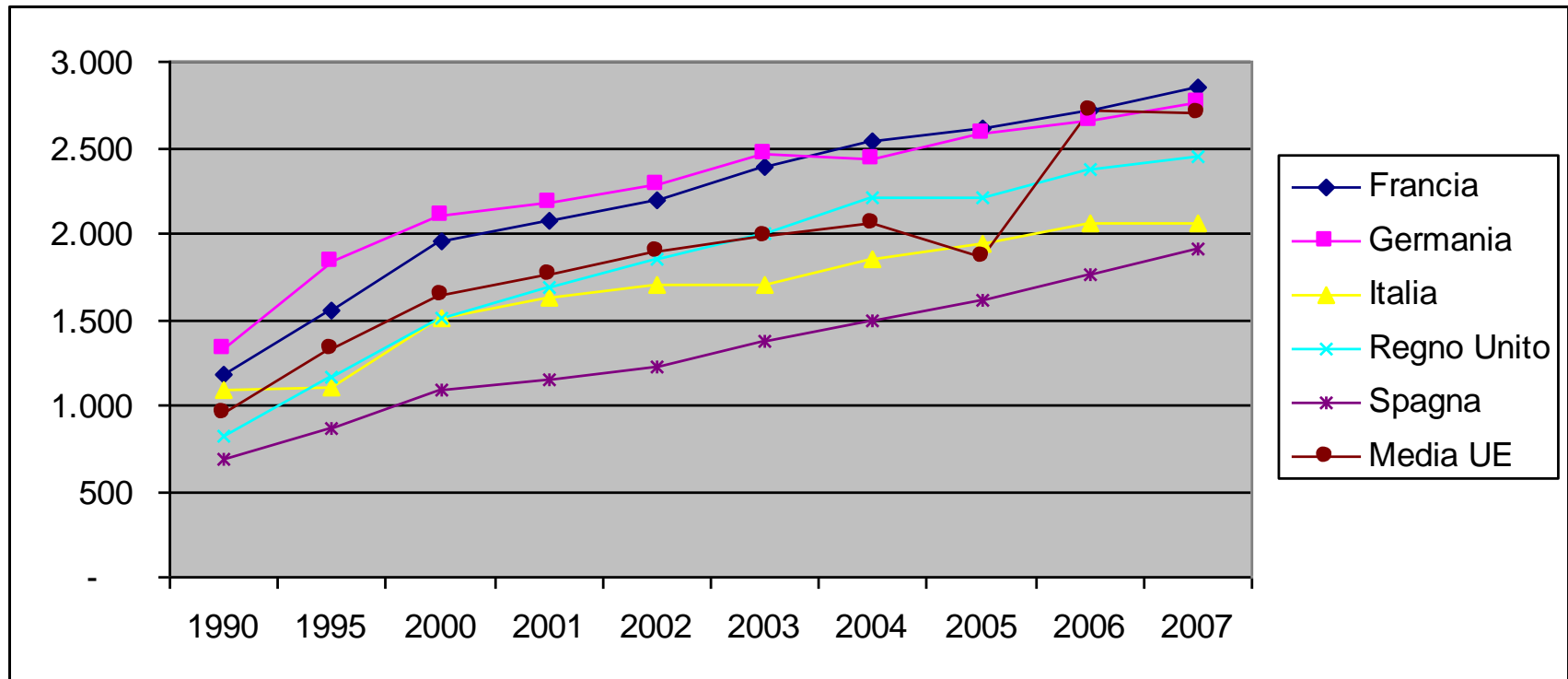


Dipartimento di day hospital

- Lavoro in equipe
- Osmosi di competenze
- Esami e diagnosi nello stesso giorno
- Corsie saturate

Andamento della spesa sanitaria

Confronto tra la spesa sanitaria media pro capite in Europa*



* Fonte Rapporto OASI 2009

L'Italia presenta una spesa pro capite non elevata rispetto agli altri paesi....

Ma in tutti i paesi le risorse vengono spese allo stesso modo?

Scelte di investimento *

Italia

Media paesi OCSE

Investimento in personale sanitario

- 3,8 medici ogni 1000 abitanti
- 7 infermieri ogni 1000 abitanti

- 3 medici ogni 1000 abitanti
- 8 infermieri ogni 1000 abitanti

Investimento in strumenti diagnostici

- 11,6 risonanze magnetiche per milione di abitanti
- 24 TAC ogni milione di abitanti

- 7,5 risonanze magnetiche per milione di abitanti
- 17,9 TAC ogni milione di abitanti

Obiettivi del corso

- **Descrivere e approfondire le strutture, i meccanismi di funzionamento e di finanziamento, i sistemi di rendicontazione, programmazione e controllo della Sanità**
- **Fornire strumenti di lettura di aspetti della Sanità che incidono significativamente sull'attività professionale del medico e degli altri operatori sanitari influenzandone l'efficacia della prestazione**
- **Favorire un più rapido ed efficace inserimento nelle logiche di funzionamento delle strutture sanitarie partecipando attivamente al processo evolutivo in corso all'interno del settore**

Precisazioni

- **Le impostazioni e gli strumenti provenienti dalle discipline economiche devono supportare, non sostituire le pratiche e le competenze mediche**
- **E' necessario creare le massime sinergie tra le due aree disciplinari**
- **Le scelte di fondo devono essere guidate dalla componente economica e da quella sanitaria dando priorità alla valutazione degli impatti sui pazienti/cittadini**

I temi “critici” della Sanità

- **La delicatezza del bene oggetto delle prestazioni sanitarie e le peculiarità del servizio erogato dalla Sanità**
- **Il livello di spesa, i meccanismi di finanziamento e i sistemi di controllo**
- **L’articolazione e la complessità organizzativa delle strutture e dei processi di erogazione del servizio**
- **Lo “stato di salute” del paese e la programmazione sanitaria**
- **La creazione di un “mercato della Sanità”**
- **Il passaggio da una logica burocratica alla ricerca dell’efficienza e della qualità del servizio**

Il bene oggetto della prestazione sanitaria

L'articolo 32 della Costituzione recita:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”

L'insieme delle prestazioni sanitarie deve portare dalla tutela dalla “sanità” a quella del benessere dei cittadini conferendo allo Stato l'onere di creare le condizioni per la diffusione di una cultura della salute e dei processi di prevenzione ad essa finalizzati

I livelli di spesa, i meccanismi di finanziamento e il sistema di controllo

- **La spesa del Servizio Sanitario Nazionale, pur con periodi di maggiore contenimento, si mantiene a livelli molto elevati e di deficit strutturale**
- **I livelli di spesa e le modalità ed entità dei finanziamenti variano da Regione e Regione (“decentramento fiscale”)**
- **In Italia non sono utilizzate quasi per niente forme di assicurazione sanitaria privata**
- **La tradizionale logica di finanziamento legata alla “spesa storica” non ha incentivato comportamenti virtuosi**
- **La delicatezza della materia trattata e l’impostazione culturale ostacolano lo sviluppo di sistemi di controllo**

La composizione della spesa

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Personale	34,0%	32,6%	32,8%	33,6%	32,6%	33,3%
Beni e servizi	24,1%	24,9%	27,5%	26,8%	29,3%	29,2%
Totale spese interne	58,1%	57,5%	60,3%	60,4%	61,9%	62,5%
Medicina generale convenzionata	5,8%	5,5%	5,9%	6,0%	5,8%	5,8%
Farmaceutica convenzionata	13,6%	13,4%	12,3%	12,5%	11,1%	10,6%
Ospedaliera accreditata	10,2%	10,1%	8,4%	8,4%	8,4%	8,5%
Specialistica convenzionata	3,5%	3,4%	3,3%	3,5%	3,6%	3,7%
Altra assistenza convenzionata	8,4%	8,2%	8,2%	8,5%	8,4%	7,9%
Totale spese interne	41,5%	40,6%	38,1%	38,9%	37,3%	36,5%
Altri costi	-0,1%	1,5%	1,1%	0,2%	0,2%	0,5%
Enti non regionali	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* Valori percentuali, fonte Rapporto OASI 2009

- **Le spese interne si riferiscono al funzionamento delle strutture del SSN**
- **La farmaceutica e l'ospedaliera convenzionata rappresentano due delle principali componenti delle spese esterne; la prima rallenta la seconda si stabilizza**
- **L'“altra assistenza convenzionata” si riduce**
- **Riprende la crescita del peso delle strutture interne al SSN**

L'articolazione e la complessità organizzativa delle strutture

- **Strutture ad “alto contenuto di professionalità”**
- **Necessità di coordinamento tra le figure sanitarie e quelle amministrative**
- **Qualità del servizio sanitario legata, oltre che alla professionalità, all'efficienza delle strutture e dei processi**
- **Gestione di budget finanziari rilevanti**
- **Difficoltà di trasferimento nella Sanità degli schemi e delle impostazioni organizzative privatistiche**

Lo “stato di salute” del paese e la programmazione sanitaria

- **Aumento dell’età media delle popolazione, calo delle nascite e “invecchiamento” della popolazione lavorativa**
- **Difficoltà nella raccolta di informazioni per la programmazione sanitaria e per la definizione di coerenti strutture sanitarie sul territorio**
- **Eterogeneità delle situazioni regionali**
- **Complessità di coordinamento dei differenti piani di programmazione sanitaria (nazionale, regionale, locale)**
- **Difficoltà nel predisporre adeguate politiche ed interventi di prevenzione**

La creazione di un “mercato della Sanità”

- **Immaterialità” della prestazione sanitaria**
- **Mancanza di meccanismi per valutare l'utilità dei servizi prodotti**
- **Assenza di un prezzo come “oggettivazione” dei giudizi di utilità**
- **Personalizzazione da un punto di vista clinico e umano**
- **Alto livello di professionalità**
- **Prevalente prerogativa pubblica**

Il passaggio da una logica burocratica alla ricerca dell'efficienza e della qualità del servizio

- **Resistenza delle figure professionali all'introduzione di meccanismi aziendalistici privati**
- **Difficoltà nel percepire la misurabilità delle prestazioni sanitarie**
- **Diversità di linguaggio e di culture**
- **Scarso orientamento al controllo delle attività**
- **Scarsa cultura dell'accountability**

L'evoluzione verso un modello nuovo di sanità

- **Come risposta alle difficoltà della Sanità a partire dalla fine degli anni '70 è stata emanata una serie di leggi ed interventi normativi volti a rimuovere e/o ridurre le aree di criticità**
- **Si tratta di provvedimenti che hanno introdotto modifiche, strumenti e logiche che sono state via via perfezionate e che solo in parte sono state ad oggi recepite**
- **La situazione di partenza prevedeva un sistema sanitario di tipo mutualistico con diversi enti che con propri ordinamenti garantivano l'assistenza a fronte dei versamenti dei cittadini (“sistema del terzo pagante”)**
- **Questo modello non responsabilizzava gli attori coinvolti e aveva portato ad un disavanzo incontrollabile**

La prima riforma

- **La legge n. 833/78 istituisce il Servizio sanitario nazionale ed un capitolo di bilancio che beneficia direttamente di tutti i contributi dei cittadini**
- **Si prevedono tre livelli di governo ben distinti: Stato, Regioni, Enti locali**
- **Allo Stato vengono affidati compiti di programmazione sanitaria nazionale, di coordinamento generale e di finanziamento dell'intero assetto assistenziale tramite il Piano Sanitario Nazionale**
- **Alle Regioni si attribuisce la programmazione regionale e il coordinamento delle strutture di erogazione del servizio sanitario (U.S.L.)**

La prima riforma (cont.)

- **Agli Enti territoriali vengono affidati compiti amministrativi**
- **Le U.S.L. sono strutture operative dei comuni ed hanno l'obiettivo di gestire l'ospedale e i servizi territoriali**
- **Anche questo sistema evidenzia dei limiti riguardanti:**
 - **l'assenza di meccanismi di responsabilizzazione e di definizione dei ruoli**
 - **la non continuità e coerenza della politica sanitaria**
 - **la pesantezza della struttura burocratica e formale**
 - **la mancanza di personalità giuridica che rende le U.S.L. esclusivamente dei bracci operativi dei Comuni**

La prima riforma (cont.)

- **Vengono definiti i principi ai quali deve essere improntata la gestione dei servizi assistenziali:**
 - **universalità dei destinatari**
 - **eguaglianza di trattamento**
 - **globalità delle prestazioni**
 - **partecipazione dei destinatari**
 - **rispetto della dignità umana e della libertà**

La seconda riforma

- La “seconda riforma” (D. Lgs. N. 502/92 successivamente modificato ed integrato dal D. Lgs. N. 517/93) interviene principalmente sugli aspetti di organizzazione e gestione
- Gli obiettivi sono:
 - la razionalizzazione dell’organizzazione del sistema sanitaria
 - il controllo della spesa
 - la promozione della sperimentazione clinica
 - il miglioramento globale della qualità dell’assistenza

La seconda riforma (cont.)

- **Elementi centrali della Riforma sono:**
- **La programmazione generale da parte dello Stato** tramite il Piano Sanitario Nazionale caratterizzata da:
 - a) **definizione di obiettivi in stretta coerenza con la disponibilità dei fondi**
 - b) **definizione dei “Livelli Essenziali di Assistenza”**: livelli minimi di prestazione sanitaria che devono essere garantite ai cittadini di tutte le regioni italiane distinguendo le prestazioni a pagamento da quelle offerte gratuitamente

La seconda riforma (cont.)

- **Il secondo livello di governo affidato alla Regioni:**
 - a) ruolo centrale nel rispondere alle esigenze sanitarie del territorio e funzione legislative ed amministrative nel settore della sanità
 - b) programmazione tramite il Piano Sanitario Regionale
 - c) definizione dei principi organizzativi
 - d) ridefinizione degli ambiti territoriali
 - e) individuazione delle aziende autonome
 - f) fissazione dei criteri di ripartizione delle risorse
 - g) emanazione di norme sull'ordinamento contabile e patrimoniale

La seconda riforma (cont.)

- **Il terzo livello viene ridefinito in termini di:**
 - a) **individuazione delle due tipologie di strutture erogative: ASL e Aziende ospedaliere**
 - b) **attribuzione della personalità giuridica pubblica, di autonomia e responsabilità**
 - c) **separazione tra indirizzo politico e responsabilità gestionali**
 - d) **responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse**

La seconda riforma (cont.)

- **Si stabilisce poi :**

a) un sistema di finanziamento rivisto nei meccanismi di trasferimento e in quelli di copertura delle spese delle strutture erogatrici (“finanziamento per prestazione”)

b) la definizione di un mercato del settore sanitario (attori, “prezzi”, prestazioni, regole di accesso)

La terza riforma

- **Tramite la Legge 229/1999 si rivedono le logiche di programmazione verso un maggiore decentramento alle comunità locali**
- **Si riafferma il ruolo pubblico nella difesa e nella tutela della salute**
- **Si attenuano i meccanismi di competizione per migliorare la qualità del servizio**
- **Si intende elevare la qualità degli interventi sanitari senza dilatare la spesa sanitaria**

La terza riforma (cont.)

- **Si introducono le seguenti innovazioni:**

- b) **programmazione basata su aspetti sanitari ed economico-finanziari**

- b) **centralità del ruolo dei Distretti**

- c) **un ruolo programmatico ai comuni nelle attività del Distretto**

- d) **valorizzazione del medico di famiglia**

- e) **rafforzamento del ruolo del Distretto di Prevenzione**

- d) **rafforzamento delle prerogative e del supporto al Direttore Generale**

Altri interventi legislativi: La legge 595/85

Emerge la necessità di ridurre i posti letto negli ospedali



Legge piano n° 595 del 23/10/1985

- Tasso ospedalizzazione=160 per mille abitanti.
- Chiusura ospedali con nr. di posti letto<120.
- Tasso occupazione posti letto=75%

La ripartizione della quota capitaria per Regione tiene conto:

- dei posti letto presenti;
- dello sforzo per ridurre i posti letto.

- Costi fissi da sostenere.
- Incentivi alla riduzione.

Si inizia a dare peso alla:

- prevenzione;
 - territorio.
- } Ancora molto limitatamente

La riforma del titolo V

- **Legislazione concorrente con lo Stato in materia di salute**
- **Potestà legislativa delle Regioni nelle materie di legislazione corrente**
- **Autonomia finanziaria regionale di entrata e di spesa**

L'accordo Stato Regioni del 8 Agosto 2001 e successivi...

- **Incremento delle risorse finanziarie da destinare alle Regioni**
- **Copertura dei disavanzi di gestione da parte delle Regioni**
- **Impegno del Governo a definire i LEA**

Aree di intervento del legislatore delle riforme ed Economia Aziendale

- **Sistema di finanziamento**
- **“Mercato” della Sanità**
- **Processo di Programmazione e Controllo della Sanità**
- **Organizzazione territoriale della Sanità**
- **Modalità e strumenti di funzionamento delle unità organizzative territoriali**
- **Dimensione politica e dimensione gestionale**
- **Strumenti e logiche di rilevazione, rendicontazione e controllo dei fatti amministrativi**

Sistema di finanziamento

- **Le fonti di finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale sono:**
 - **versamento dei contributi dei cittadini secondo il domicilio fiscale**
 - **integrazione da parte dello Stato dove non si riesca a garantire i Livelli Essenziali di assistenza (“quota capitaria”)**
 - **imposizione fiscale locale**
 - **pagamento dei ticket da parte degli utenti**

I LEA

- Sono le prestazioni garantite a tutti i cittadini e vengono individuati sulla base delle caratteristiche della popolazione anche sulla base dei dati epidemiologici e clinici
- Sono definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse (229/99);
- Si riferiscono all'assistenza sanitaria collettiva, all'assistenza distrettuale, all'assistenza ospedaliera

“Mercato della sanità”

Il mercato della sanità è costituito da:

- **Gli attori**
- **Prestazione e prezzo**
- **Regole di accesso**

Gli attori del mercato della Sanità

Cliente

Committenti

Produttori

Utente

Aziende
Sanitarie Locali

Si crea una netta distinzione tra il soggetto incaricato dell'acquisto di un prodotto o un servizio pubblico, definito *purchaser* e l'organismo economico individuato per la realizzazione dello stesso, definito *provider*

- Aziende Ospedaliere
- Aziende Ospedaliero-universitarie
- Presidi ospedalieri ed altri servizi a gestione diretta
- Cliniche private ed altre organizzazioni sanitarie private

Prestazioni e prezzo del mercato della Sanità

Le prestazioni mediche vengono classificate secondo raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) che tengono conto in sede di dimissione del paziente della complessità del caso in termini di :

- diagnosi principale**
- diagnosi secondaria**
- età**
- sesso**
- tipo di dimissione**

In tal modo è possibile determinare i costi sostenuti dalla struttura sanitaria per quella prestazione

Modelli di servizio e finanziamento

Quattro modelli:

- **a centralità ASL**
- **separazione tra acquirente ed erogatore di prestazioni,**
- **a centralità regionale,**
- **tradizionale**

Il livello di competitività realmente introdotto risulta assai diversificato da regione a regione

Regole di accesso al “Mercato della Sanità”

Le strutture che possono erogare prestazioni sanitarie devono soddisfare i seguenti requisiti:

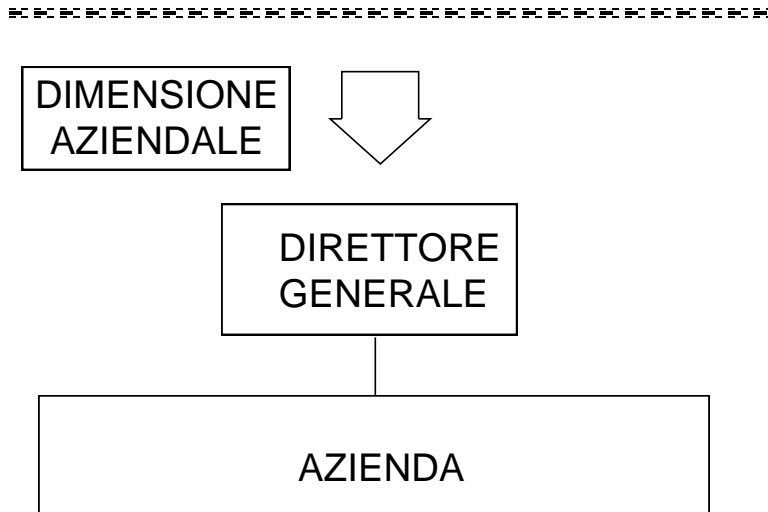
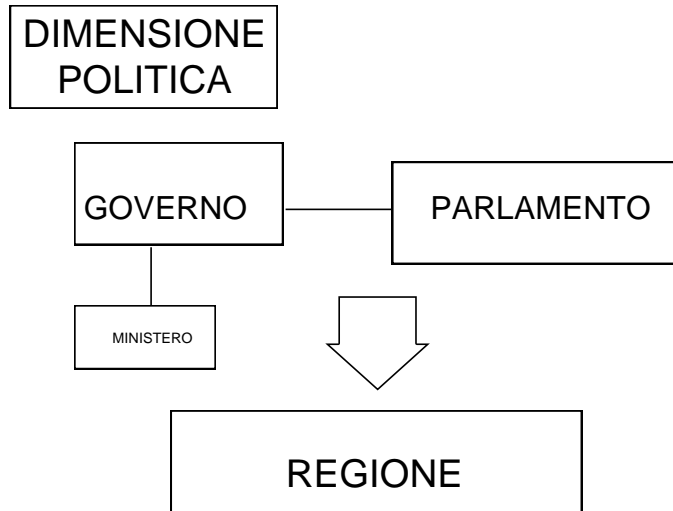
- l’ottenimento del rilascio da parte della Regione di una speciale autorizzazione sanitaria a produrre servizi**
- il possesso di standard minimi in termini di infrastrutture, di tecnologie e di attività manageriali**
- l’accettazione del sistema di remunerazione delle prestazioni in uso nell’ambito del SSN**
- la realizzazione di un sistema di controllo e monitoraggio della qualità**
- l’accettazione di un sistema di monitoraggio della qualità operato da una struttura esterna (ASL)**

Limiti e rischi del sistema di “quasi mercato

Il meccanismo di competizione creato presenta una serie di rischi:

- **asimmetrie informative tra purchaser e provider con difficoltà da parte del primo di verificare l'operato del secondo**
- **condizioni che limitano o impediscono l'esercizio del diritto di scelta del miglior fornitore**
- **peggioramento della qualità del servizio**
- **manifestazione di comportamenti opportunistici**
- **aumento dei costi e necessità di nuovi ricoveri a causa di dimissioni troppo anticipate**

Processo di programmazione della sanità



- **Definizione della missione, dell'orientamento strategico di fondo e delle linee guida strategiche delle aziende sanitarie**
- **Pianificazione limitata legata agli obiettivi operativi, e alle scelte di allocazione delle risorse nell'ottica dell'efficacia, efficienza ed economicità.**

Le “dimensioni di piano”

	Soggetti	Strumenti	Contenuti
Valori	Governo	Piano sanitario Nazionale	<ul style="list-style-type: none">- Aree di priorità- Lea da assicurare- Quota capitaria- Finalità e aree della ricerca biomedica- Linee guida dei percorsi diagnostico-terapeutici
Fini	Regioni	Piano sanitario Regionale	<ul style="list-style-type: none">- Linee guida per gli obiettivi di salute e di qualità del servizio legati alle esigenze del territorio
Obiettivi	Aziende	Piano attuativo locale	<ul style="list-style-type: none">- Linee operative del Direttore Generale per raggiungere gli obiettivi territoriali

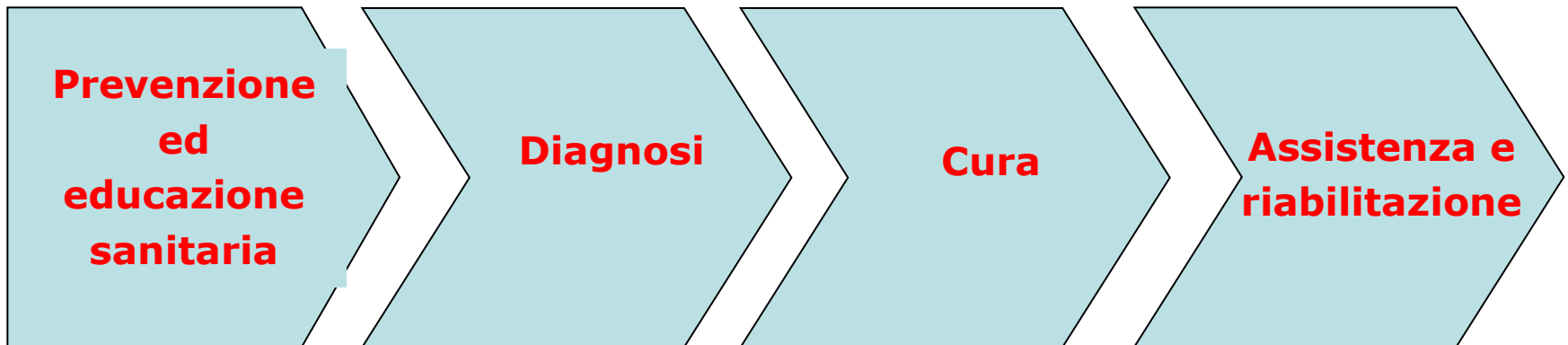
La “dimensione aziendale” di Programmazione

La dimensione aziendale è caratterizzata dai seguenti aspetti:

- La figura centrale del Direttore Generale che, su mandato dell’Organo Politico, persegue gli obiettivi del Piano Sanitario con riferimento al fabbisogno socio-sanitario del territorio
- Il Piano Attuativo Locale che esplicita qualitativamente i risultati programmati per il triennio
- Il Bilancio Pluriennale che esprime i profili quantitativi della pianificazione in linea con le esigenze politico-sociali espresse nel Piano Regionale

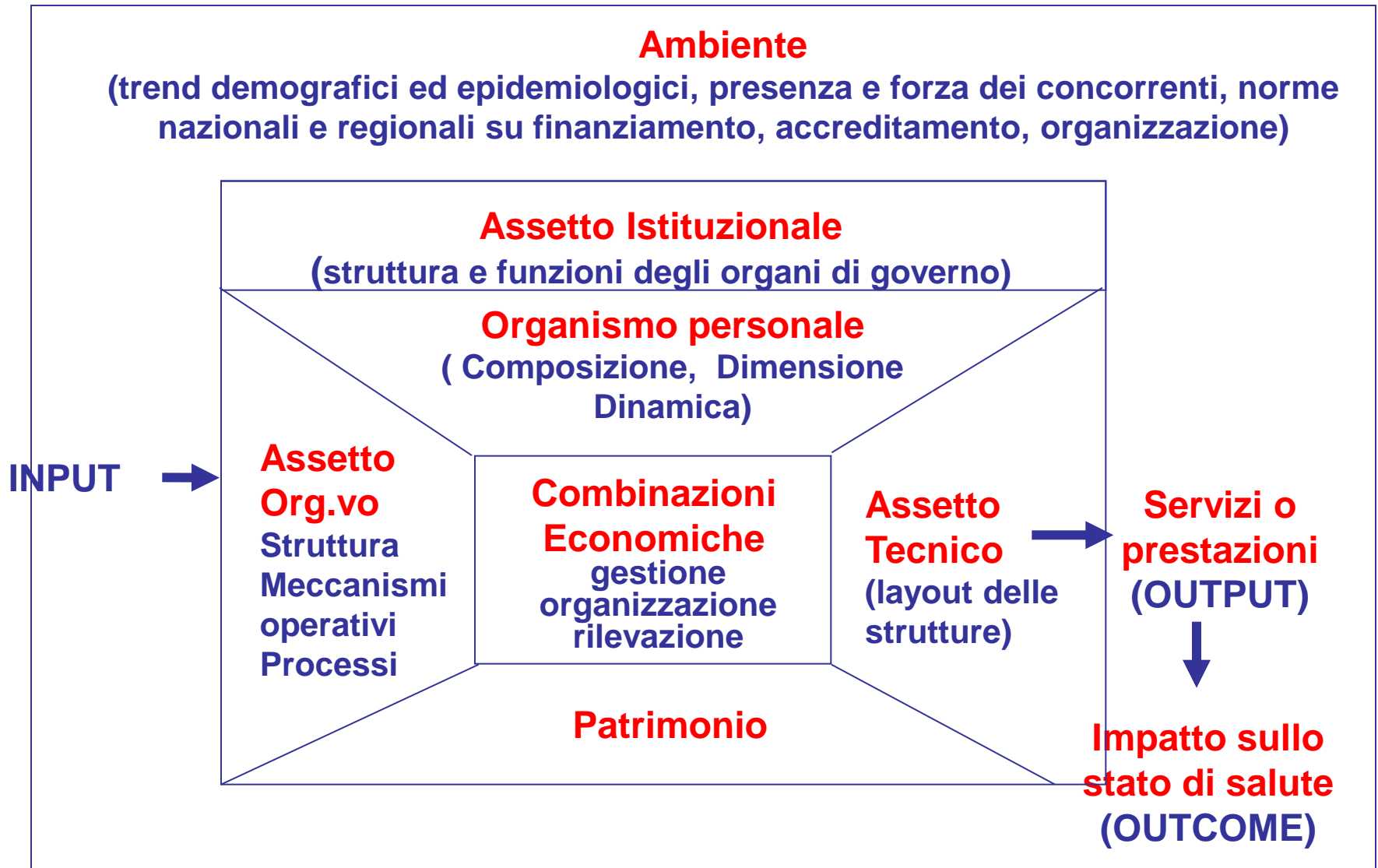
Profili organizzativi della Sanità

I processi principali della Sanità



I presidi organizzativi vanno ad intervenire su uno o più processi spesso integrando le loro attività

Il sistema dell'azienda sanitaria



“L’aziendalizzazione” della Sanità

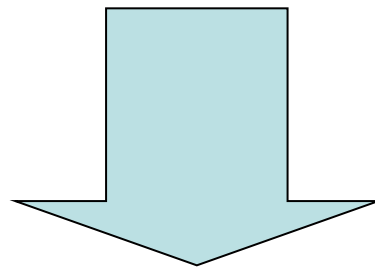
“L’aziendalizzazione” della Sanità è stata introdotta con la Seconda Riforma e si basa sui seguenti presupposti:

- dotazione di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale**
- presenza di spazi di autonomia rispetto alla programmazione sovraordinata esprimibile tramite piani con obiettivi elaborati all’interno dell’azienda stessa**
- esigenza di operare secondo il principio di economicità sulla base di piani pluriennali**
- presenza di un vertice decisionale costituito da figure tecniche in luogo di un governo politico rappresentativo**

Le tipologie organizzative

Quattro principali tipologie di organizzazione sanitaria autonoma:

- l'azienda sanitaria locale (ASL)
- l'azienda ospedaliera (AO)
- l'azienda ospedaliero-universitaria (AOU)
- l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs)



Si differenziano in funzione del modello di governance, “missione” attribuita, assetto organizzativo interno e scelte assunte a livello regionale

L'azienda sanitaria locale

- **caratterizzata in funzione del territorio e della popolazione seguita**
- **assolve ad un ruolo di garanzia di copertura dei Livelli essenziali di assistenza**
- **in prospettiva concentrata sui servizi di base di cura e prevenzione**
- **finanziata prevalentemente tramite la “quota capitaria”**
- **soggetta a forme di coordinamento e di raccordo tra più unità (“unica ASL regionale”, “Aree vaste”)**

L'azienda ospedaliera

- **non caratterizzata territorialmente**
- **assolve la funzione fondamentale di produzione dei servizi di assistenza ospedaliera**
- **concentrata sulle prestazioni a più elevata specializzazione**
- **in prospettiva autonoma finanziariamente attraverso la remunerazione corrisposta in funzione delle prestazioni erogate**
- **è di rilievo nazionale o interregionale quando ha almeno tre specialità e un modello organizzativo dipartimentale**

L'azienda ospedaliero-universitaria

- è un policlinico universitario a "gestione diretta" o un'azienda ospedaliera con prevalente attività universitaria
- ha una missione più ampia: contributo alla didattica, alla formazione e allo sviluppo della ricerca scientifica di base, clinica e sui servizi sanitari
- assume l'organizzazione dipartimentale
- è caratterizzata da un meccanismo di governance particolarmente complesso ed elaborato che deve realizzare l'equilibrio tra interessi talvolta contrastanti

L'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs)

- **è un ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica**
- **persegue, secondo standard di eccellenza, finalità di ricerca, prevalentemente clinica, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, presta ricoveri e cure di alta specialità**
- **svolge prestazioni di ricovero e cura di alta specialità comunque strumentali alla ricerca clinica di base ed applicata**
- **è aperto alla partecipazione del capitale privato grazie ad una governance che consente adeguati controlli e la possibilità di trasformarsi in fondazione**

Evoluzione nel numero delle aziende sanitarie ed ospedaliere in Italia

Regioni	Numero ASL			Numero AO	
	ante 502/92	31 dicembre 1995	30 giugno 2007	31 dicembre 1995	30 giugno 2007
Piemonte	63	22	13	7	8
Valle d'Aosta	1	1	1	-	-
Lombardia	84	44	15	16	29
Provincia di Bolzano	4	4	1	-	-
Provincia di Trento	11	1	1	-	-
Veneto	36	22	21	2	2
Friuli Venezia Giulia	12	6	6	3	3
Liguria	20	5	5	3	3
Emilia Romagna	41	13	11	5	5
Toscana	40	12	12	4	4
Umbria	12	5	4	2	2
Marche	24	13	1	3	2
Lazio	51	12	12	3	4
Abruzzo	15	6	6	-	-
Molise	7	4	1	-	-
Campania	61	13	13	7	8
Puglia	55	12	6	4	2
Basilicata	7	5	5	1	1
Calabria	31	11	6	4	4
Sicilia	62	9	9	16	17
Sardegna	22	8	8	1	1
Italia	659	228	157	81	95

L'assetto organizzativo aziendale

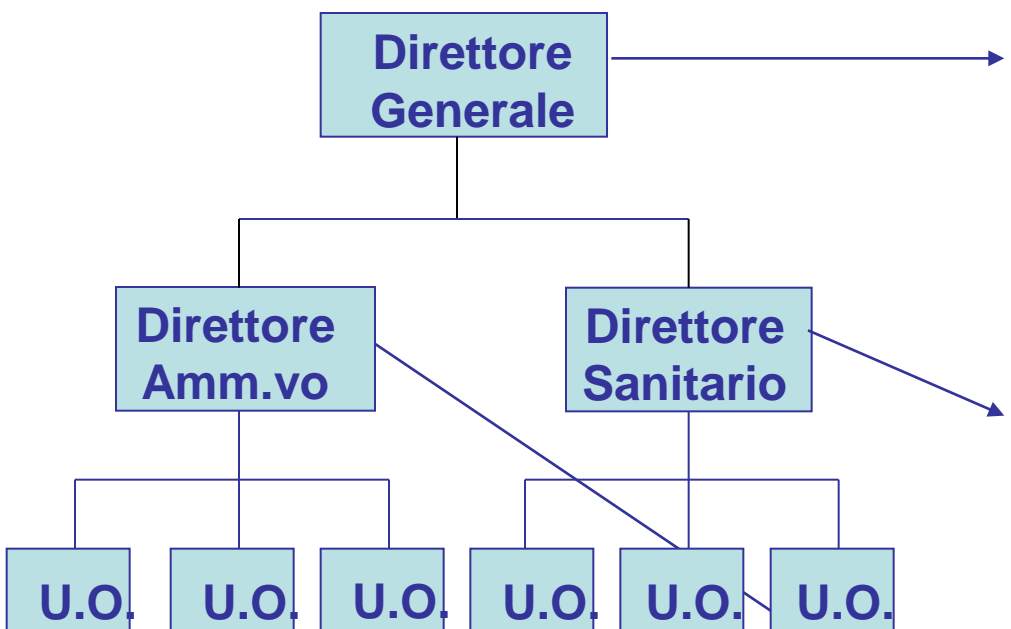
Per la struttura e per le modalità di funzionamento delle aziende ospedaliere si fa riferimento “all’atto aziendale” che definisce :

- la missione e gli obiettivi strategici di medio-lungo periodo
- la disciplina dell’organizzazione e del funzionamento dell’azienda
- la dotazione patrimoniale
- l’individuazione dei distretti e la disciplina dell’organizzazione dipartimentale
- i contenuti delle attribuzioni del Direttore Amministrativo, di quello Sanitario e delle altre figure di responsabilità

L'assetto organizzativo aziendale (cont.)

L'organigramma

Le funzioni



- è legale rappresentante
- è responsabile della gestione complessiva
- nomina i responsabili delle strutture operative

- dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari
- fornisce pareri obbligatori al D.G. su temi di sua competenza
- controlla e coordina tutte le attività sanitarie valutandone l'efficacia

- dirige tutte le attività contabili, finanziarie e di controllo
- fornisce pareri obbligatori al D.G. su temi di sua competenza
- gestisce il patrimonio, gli acquisti, le infrastrutture, le risorse umane

L'assetto organizzativo aziendale (cont.)

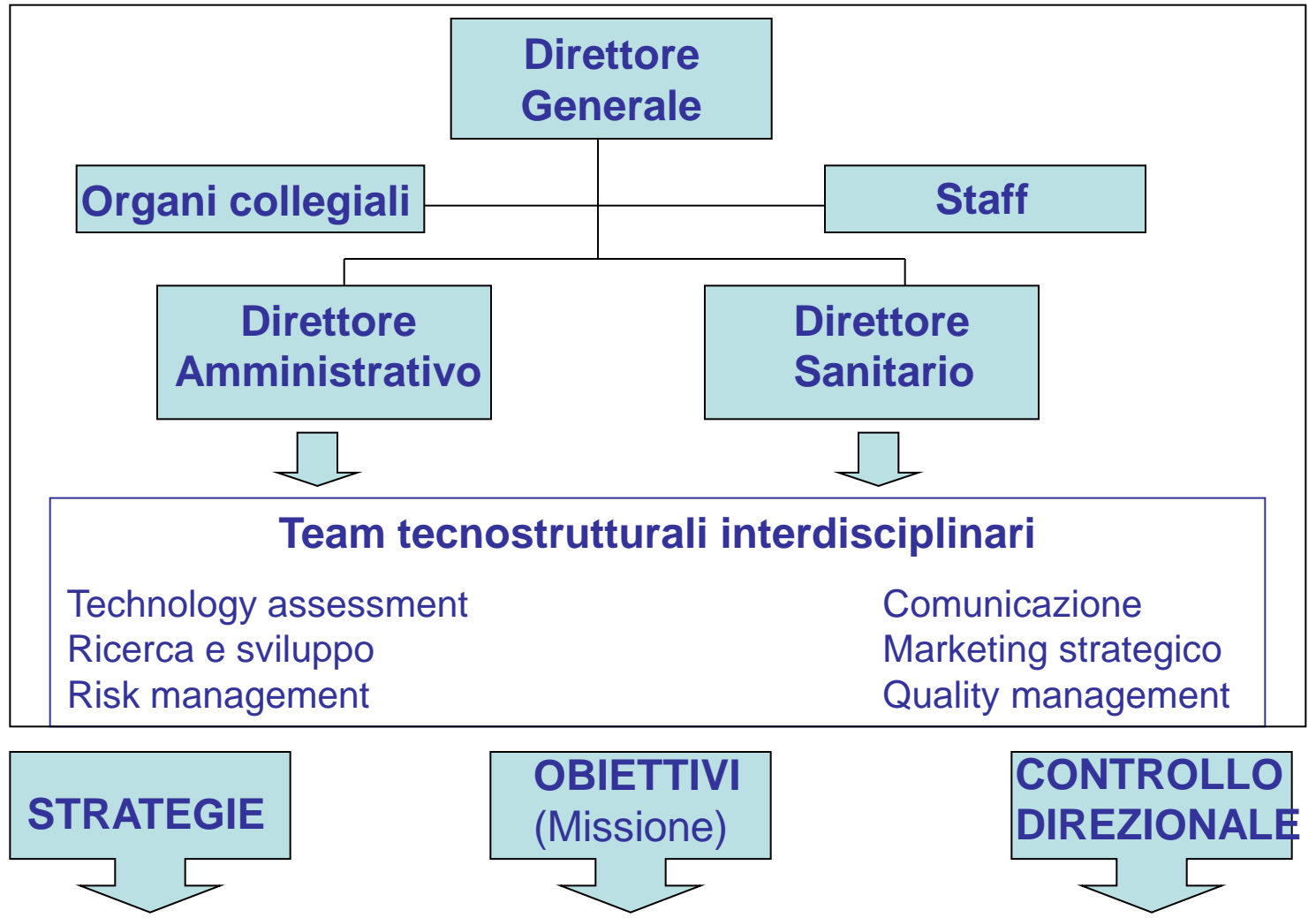
La complessità sempre crescente delle attività sanitarie e l'opportunità offerta da nuovi strumenti di analisi e controllo richiedono lo sviluppo, all'interno dell'azienda sanitaria di:

- organi di governo, consulenza e controllo
- team multidisciplinari finalizzati ad attività di ricerca, di progetto e di sviluppo organizzativo

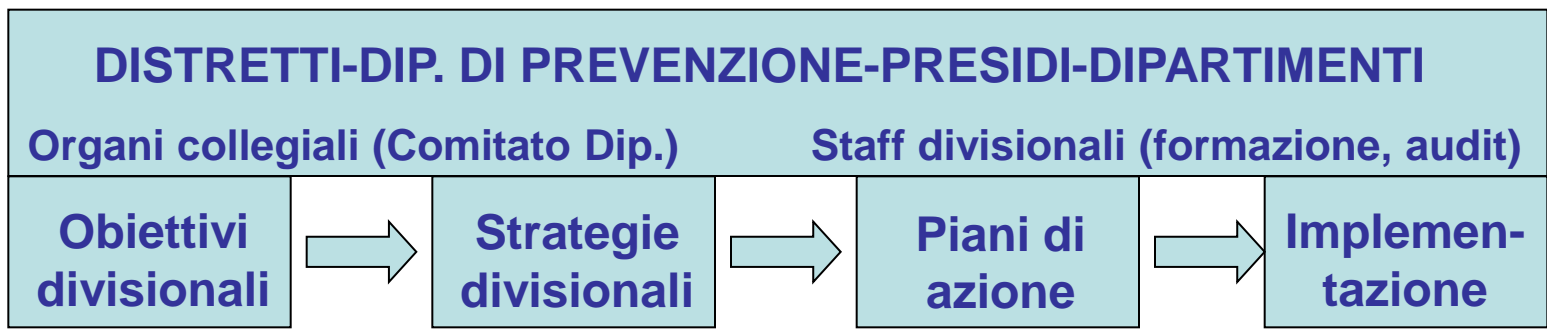
Organo	Funzione	Composizione
Collegio sindacale	Controllo interno	Cinque membri esterni
Nucleo di valutazione	Controllo esterno	In genere tre membri interni o esterni all'azienda
Collegio di direzione	Governo aziendale	Dir. Sanitario, dir. Amm., dir, distretti, dir, dipart., dir, pres. osp.
Consiglio dei sanitari	Consulenza tecnica	Dir. Sanitario (presidente,), medici e altri laureati (elettivo)

**Struttura
divisionale
e di
corporate**

CORPORATE



DIVISIONI



L'articolazione interna dell'ASL

Le ASL, in funzione delle necessità territoriali, sviluppano tre macro-aree di assistenza previste dalla normativa nazionale

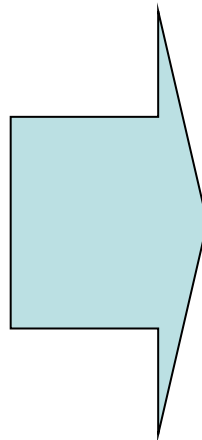


I medici di base

Nell'ambito delle forme assistenziali previste dal SSN i medici di base assolvono ad una serie di compiti fondamentali:

**SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE**

**“FINALITA' GENERALI DI
EDUCAZIONE SANITARIA,
MEDICINA PREVENTIVA,
DIAGNOSTICA E CURA”**



**COMPITI AFFIDATI AL
MEDICO DI BASE**

- Diffusione della cultura sanitaria e del corretto uso del farmaco
- Adesione ai programmi di spesa e dei relativi risparmi
- Adesione alle sperimentazioni delle equipe territoriali
- Visite domiciliari ed ambulatoriali
- Tenuta della scheda sanitaria
- Certificazioni di spesa previste dalla legge
- Ricerca

Il modello dipartimentale

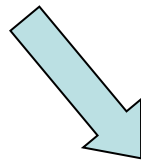
La Sanità presenta criticità ed opportunità che spingono verso un'evoluzione del modello organizzativo:

CRITICITA'

- Frammentazione delle conoscenze e delle specializzazioni
- Frammentazione delle prestazioni di diagnosi, cura, assistenza rispetto allo stesso paziente
- Dispersione degli investimenti e dell'impegno per la ricerca
- Prevalenza della iperspecializzazione e della performance individuale sul lavoro di squadra
- Duplicazioni delle attività di supporto

OPPORTUNITA'

- Evoluzione delle conoscenze sanitarie e scientifiche
- Sviluppo delle tecnologie di analisi, di comunicazione e condivisione delle conoscenze
- Diffusione della cultura manageriale e di strumenti di misurazione dei fenomeni



Modello dipartimentale

Il modello dipartimentale (cont.)

Il Dipartimento è costituito da:

“unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono finalità comuni e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la loro autonomia e responsabilità professionale.

Le unità operative costituenti il dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto a compiti assegnati e, a tal fine, adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico*”

*** Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR, 1997)**

Il modello dipartimentale: obiettivi

Migliore coordinamento del complesso di attività dell'ospedale: assistenza, ricerca e didattica



Obiettivo organizzativo

Promozione della qualità dell'assistenza



Obiettivo clinico

Realizzazione di economie di scala e di gestione



Obiettivo economico

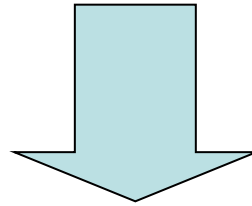
Diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative



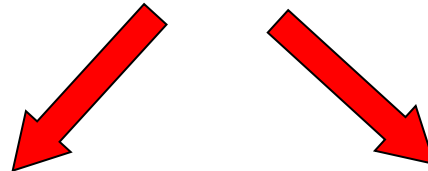
Obiettivo strategico

Il modello dipartimentale: logiche attuative

**SCELTA DEL GRADO DI
DIVISIONALIZZAZIONE**



**DUE LOGICHE DI FONDO DA
CONTEMPERARE**



**Privilegiare il conseguimento
di obiettivi di efficienza
operativa, efficacia strategica e
di equità dell'azione
manageriale (parametri tecnici)**

**Mantenere il consenso da
parte del management
aziendale nei confronti del
tessuto clinico e ridurre i
conflitti tra le parti**

La “standardizzazione”

“Standardizzare un processo significa uniformarlo ad un modello, ad uno schema stabilito inizialmente comunemente conosciuto e accettato e ripetuto in maniera identica in realizzazioni successive.

La standardizzazione dei processi risponde ad un’esigenza di rendere stabili alcuni comportamenti degli attori aziendali in presenza di situazioni consolidate e ripetitive: il proposito è quello di definire ex ante soluzioni rivolte a problemi prevedibili e ricorrenti*”

*** F. Faccia, La standardizzazione dei processi decisionali: opportunità e limiti (2005)**

La “standardizzazione” (cont.)

In Sanità la standardizzazione si applica a:

- **norme culturali**
- **capacità**
- **assistenza**
- **output e outcomes**

La “standardizzazione”: esempi

- **Sistema DRG**
- **Istituto dell'Accreditamento**
- **Adozione della Carta dei servizi**
- **Formulazione delle Linee guida e di Protocolli diagnostico-terapeutici**
- **Descrizione dei Percorsi del paziente**

Il dipartimento come “contenitore” di meccanismi di coordinamento

L'area di maggiore efficacia dei meccanismi di coordinamento all'interno del dipartimento è nell'ambito delle standardizzazioni più che in quello dell'autorità

Meccanismi di coordinamento	Soluzioni adottate nel dipartimento
Stand. assistenza	- Protocolli diagnostico-terapeutici
Stand. out-put e outcomes	-Medical e clinical audit -Epidemiologia clinica -Sistemi di classificazione
Stand. capacità	-Programmi di studio delle scuole di special. -Piani formativi ECM
Stand. norme culturali	-Diffusione della sensibilità organizz. e gest -Diffusione dell'evidence based medicine

Centri di aggregazione dipartimentali: esempi

Tipologia di centro di aggregazione

Esempi

Intensità di cure

Day surgery, day hospital, attività ambulatoriali

Classe di età

Dip. materno-infantili e geriatrici

Settore nosologico

Cardio-vascolare, cardio polmonare, salute mentale

Aree specialistiche

Medicina, chirurgia, diagnostica per immagini

Organo/apparato

Cardiologia, gastroenterologia, neuroscienze

Il dipartimento: criteri di aggregazione delle unità operative*

Meta-obiettivi				
Meta-criteri	Coordinamento (organizzativo)	Qualità (clinico)	Ec. di scala (economico)	Conosc./comp. (strategico)
Intensità di cure	*	**	***	**
Classe di età	*	*	**	*
Settore nosologico	***	***	**	*** (op. cross-fert. e spec.)
Aree specialistiche	*	*	***	** (op. di special.)
Organo/apparato	*	*** (limit. a certi settori)	**	*** (op. cross-fert. e spec.)

*** = massima coerenza

** = coerenza criterio/obiettivo soddisfacente

* = coerenza criterio/obiettivo insufficiente

I dipartimenti e i centri funzionali

<p>CENTRO TECNICO DIREZIONALE</p>	<p>Direzione Sanitaria Area funzionale amministrativa Area funzionale tecnica Staff della direzione aziendale</p>	
<p>ASL</p>	<p>Dipartimento della prevenzione Dipartimento di comunità Dipartimento di assistenza sociale Dipartimento di salute mentale Dipartimento delle attività sanitarie</p>	<p>ARTICOLAZIONE AREE FUNZIONALI</p>
<p>AZIENDA OSPEDALIERA</p>	<p>Dipartimento ospedaliero</p>	<p>AREE FUNZIONALI MEDICHE Medicina Chirurgia Terapie intensive Materno-infantili Diagnostica</p>

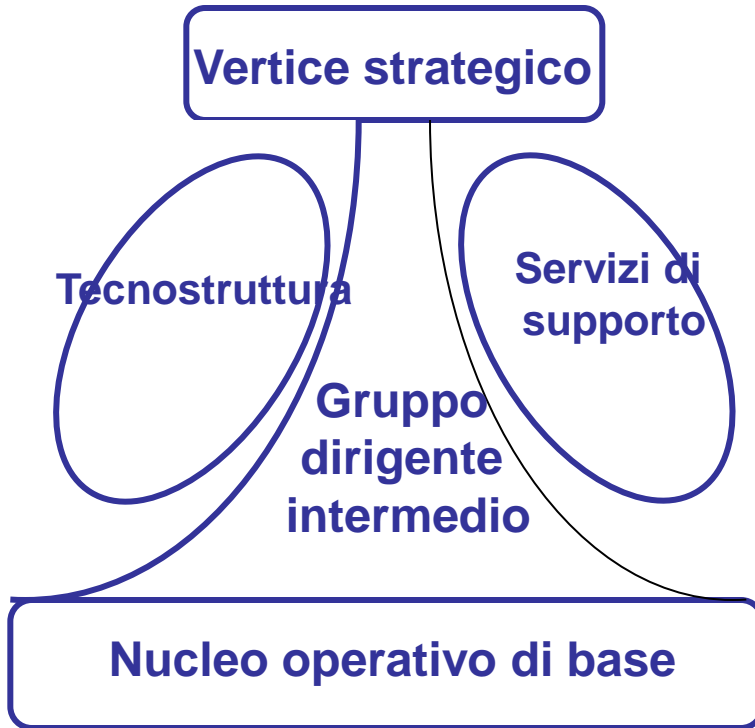
La struttura matriciale delle strutture sanitarie

In definitiva il modello organizzativo delle aziende sanitarie va visto come una struttura di tipo matriciale in cui coesistono due dimensioni:

- I dipartimenti che garantiscono la specializzazione e la razionalizzazione
- I distretti che privilegiano l'uniformità del servizio

Dipartimenti	Distretto A	Distretto B	Distretto C
Dip. della prevenzione	Aree funzionali di zona		
Dip. di assistenza sociale			
Dip. di salute mentale			
Dip. ospedaliero			

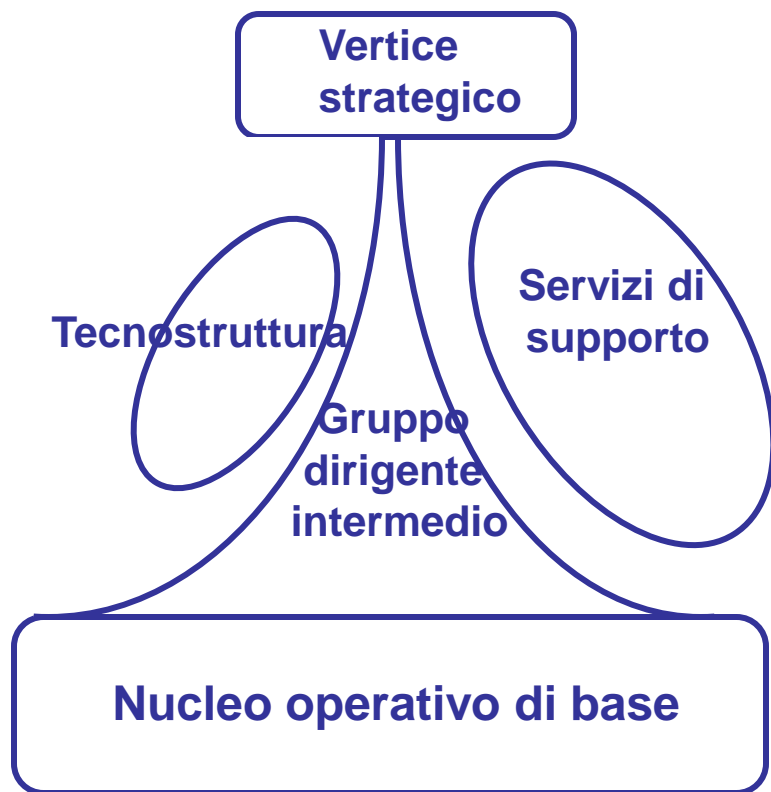
La lettura dei sistemi organizzativi *



- **Vertice strategico:** il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario
- **Linea intermedia:** figure direzionali che collegano il vertice strategico al nucleo operativo: responsabili di dipartimento di unità ospedaliere, ecc.
- **Nucleo operativo di base:** personale che si occupa delle prestazioni tipiche: divisioni, reparti, ecc.
- **La Tecnostruttura:** comprende gli organi responsabili dell'analisi, del controllo e della standardizzazione delle funzioni quali controllo di gestione, l'organizzazione interna
- **I Servizi di supporto:** le strutture che facilitano il funzionamento dell'attività caratteristica quali l'Economato, il Servizio Tecnico, l'Amministrazione del Personale

“L’organizzazione professionale*”

Prevale il sistema delle competenze professionali:



- Il **Nucleo operativo**, composto da professionisti, rappresenta la componente fondamentale, la **Tecnostruttura** e la **Linea intermedia** si presentano in genere ridotte
- L'altra area importante è rappresentata, all'interno dei **Servizi di supporto**, dalla componente amministrativa che persegue finalità talvolta autonome, non sempre perfettamente allineate con quelle del nucleo professionale, introducendo rigidità nei processi anche come adempimenti normativi
- Si ha quindi una relativa integrazione organizzativa che viene perseguita attraverso la standardizzazione delle specializzazioni nell'area delle prestazioni sanitarie e dei processi nell'area amministrativa. La risoluzione dei conflitti viene demandata al vertice

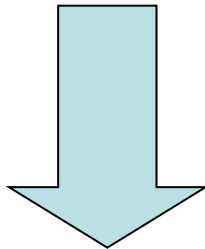
* Mintzberg, La Progettazione organizzativa (1985)

Risorse umane e cambiamento

Limiti dell'Organizzazione professionale

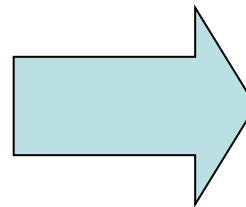
- Problemi di coordinamento
- Problemi di discrezionalità
- Problemi di “innovatività condizionata”

RISCHI



- Resistenza al cambiamento
- Opposizione sindacalizzata
- Paralisi della “macchina sanitaria”
- Danno alla qualità delle prestazioni

LEVE DI AZIONE



- Riconoscimento della professionalità
- Responsabilizzazione
- Interventi dall'esterno