

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA**

**MASTER IN MANAGEMENT SANITARIO**

*Direttore: Prof. Cesare Meloni*

**I° Edizione**  
**A.A. 1998-99 e 1999-2000**

**TECNICHE E METODOLOGIE DI MANAGEMENT**

**CONFRONTO TRA UNA STRUTTURA SANITARIA  
PRIVATA E UNA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA**

**Clelia Basile, Giovanni Belloni, Guido Broich, Bruno Carugno, Andrea Di  
Cataldo, Francesca Melissano, Paolo Rondini**

## Indice:

<b>1. INTRODUZIONE.....</b>	<b>4</b>
<b>2. MATERIALI E METODI.....</b>	<b>8</b>
2.1 Contesto generatore dell' elaborato.....	8
2.2 Contesto nazionale attuale.....	9
La riorganizzazione della rete ospedaliera.....	10
Gli ospedali pubblici: strutture ed attività.....	11
Le Aziende Ospedaliere.....	12
La mobilità ospedaliera.....	13
Il personale ospedaliero.....	15
<b>3. ANALISI DELL'ORGANIZZAZIONE DELL'ISTITUTO CLINICO S. AMBROGIO S.P.A.....</b>	<b>16</b>
3.1 Denominazione.....	16
3.2 Localizzazione e bacino d'utenza.....	16
3.3 Descrizione servizi e prodotti.....	17
3.4 Analisi quantitativa.....	19
3.4.1. Analisi indicatori di gestione.....	20
3.4.2 Risorse umane.....	21
3.4.3 Risorse strumentali.....	22
3.5 Analisi qualitativa.....	23
3.5.1 Organigramma Istituto Clinico S. Ambrogio.....	24
3.5.2. Organigramma Direzione Amministrativa.....	25
3.5.3 Organigramma Direzione Sanitaria – i servizi -.....	26
3.5.4. Organigramma Direzione Sanitaria – i reparti -.....	27
3.5.5. Specificazione analitica di alcuni parametri funzionali.....	28
3.6 Analisi gestione del processo.....	29
3.6.1. Realizzazione del progetto.....	29
3.6.2. Gestione e controllo.....	29
3.6.3. Riprogettazione.....	30
3.7 Definizione dei punti di forza e dei punti di debolezza.....	30
3.8 Analisi costi benefici.....	32
3.9 Analisi della unità operativa di Terapia Intensiva Post Operatoria.....	32
3.9.1 Cronologia.....	32
3.9.2 Pianta organica infermieristica icsa.....	34
3.9.3 Organizzazione Terapia Intensiva I.C.S.A.....	34
3.9.4 La comunicazione interna.....	36
<b>4. AZIENDA OSPEDALIERA “OSPEDALE NIGUARDA CÀ GRANDA” ..</b>	<b>38</b>
4.1 Premessa.....	38
4.2 La struttura aziendale.....	38
4.3 La <i>mission</i> aziendale.....	42
4.4 La strategia aziendale.....	45
4.5 Il dipartimento cardiologico “Angelo de Gasperis”.....	52
4.1 Cenni storici.....	52
4.2 Struttura attuale.....	52
4.3 Attività assistenziali.....	53
4.4 Attività Amministrativa – Gestionale.....	58
<b>5. Considerazioni generali e comparative - Conclusioni.....</b>	<b>59</b>
5.1 Cenni storici.....	59
5.2 Filosofia organizzativa moderna.....	62
5.3 Confronto delle due strutture alla luce della attuale realtà organizzativa regionale.....	65
5.4 Proposte.....	68
<b>6. Bibliografia.....</b>	<b>73</b>



## 1. INTRODUZIONE

L'esperienza dell'ultimo decennio evidenzia come l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari stia subendo notevoli trasformazioni per buona parte determinati dai cambiamenti introdotti in campo legislativo e dall'avvio del nuovo sistema di finanziamento delle prestazioni sanitarie. Questo ha portato alla introduzione di molteplici novità in ambito sanitario, più in particolare l'esperienza mostra come le caratteristiche organizzative delle aziende ospedaliere, pubbliche e private, si vada fortemente differenziando. Questa situazione rende necessario che i professionisti che si dedicano al management sanitario sviluppino una forte capacità e competenza in materia di analisi dei modelli organizzativi reali. Si pone la necessità da parte loro di riuscire a leggere e descrivere concretamente le caratteristiche organizzative e di funzionamento dell'azienda osservata al fine di apprezzarne e discuterne ampiamente le peculiarità, confrontando lo specifico modello organizzativo con quelli osservati nel corso delle proprie esperienze professionali e con i paradigmi teorici elaborati a livello dottrinario

L'analisi delle modalità di finanziamento e di gestione delle Aziende Ospedaliere Italiane, sorte dalla riforma operata dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, si colloca nell'ambito di un più ampio processo di riforma dei Sistemi Sanitari che caratterizza tutti i Paesi Occidentali. Il Sistema Sanitario Americano si caratterizza per la struttura prevalentemente privatistica ed assicurativa con l'obiettivo del bilanciamento tra esigenze reali e contenimento dei costi, mentre quello Europeo per la garanzia di accesso alle cure sanitarie per tutti i cittadini. Dal punto di vista dei risultati, entrambi i modelli sono risultati insoddisfacenti. Il modello Europeo è riuscito a garantire l'accesso alle cure sanitarie, ma non ha saputo affrontare i numerosi problemi derivanti da un'organizzazione del sistema poco efficiente. Il modello Americano è risultato insoddisfacente dal punto di vista dell'accesso all'assistenza da parte dei cittadini. Oltre a ciò, l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL risulta particolarmente elevata negli Stati Uniti rispetto gli

altri paesi appartenenti all'OCSE. Entrambi i modelli si sono trovati quindi di fronte alla necessità di rinnovamento che consentisse di perseguire la promozione dello stato di salute della popolazione e quello di organizzare il Sistema Sanitario in modo efficiente, in modo tale che a parità di prestazioni effettuate occorresse impiegare meno risorse.

Da qui:

a) la nascita delle Aziende distinte in “ produttrici” e “ finanziatrici/acquirenti” con conseguente passaggio da un loro rapporto di tipo gerarchico ad uno nuovo di tipo contrattuale.

b) definizione di un sistema di finanziamento dei soggetti produttori in base al volume ed alle prestazioni rese secondo un sistema basato sui DIAGNOSIS - RELATED - GROUPS ( DRG)

c) accreditamento delle strutture private in un ruolo competitivo nei confronti dei Servizi Pubblici, sancito da un comma della legge finanziaria del 1994. Tutto ciò porta alla promozione di una cultura di competizione ed efficienza nello sviluppo di un mercato “interno” al Sistema Sanitario.

In sostanza il nuovo sistema sembra indirizzato a garantire sia la macroefficienza del sistema (contenimento della spesa, equità e universalità dell'accesso ai servizi) che la microefficienza del sistema stesso (maggiore produttività dei servizi, minori liste di attesa, più attenzione al gradimento degli utenti).

E' un momento in cui il tema del rapporto tra pubblico e privato assume toni di particolare attualità, in termini di riflessione sul tema dell'impatto della costruzione del mercato Europeo sul sistema delle cure dei paesi membri. E' possibile procedere all' individuazione di alcune tendenze comuni, al di là delle differenze istituzionali, organizzative e culturali tra i sistemi dei paesi europei occidentali, che costituiscono altrettanti spunti di riflessione per un'analisi prospettica dei sistemi sanitari ed ospedalieri. In sostanza, tranne l'Italia che ha visto una riduzione della quota di

risorse destinate alla sanità, gli altri paesi hanno fatto registrare o una stabilizzazione o una lieve crescita della quota del PIL per la Sanità .

L'attenzione all'andamento della spesa sanitaria è fondamentale per ripristinare il vincolo di bilancio nel comparto sanitario e stimolare la ricerca e l'introduzione di sperimentazioni organizzative e gestionali, quali l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie e l'attivazione di forme concorrenziali sia pure regolate. Come è noto, anche il nostro paese, sotto la spinta delle esigenze di razionalizzazione economica, ha visto all'inizio degli anni novanta l'introduzione di una pluralità di strumenti di incentivazione all'efficienza e di maggiore apertura alle preferenze dei pazienti. L'andamento della spesa sanitaria privata a carico dei cittadini ha avuto, nel nostro paese, una dinamica ascendente piuttosto pronunciata, mentre negli altri paesi europei come ad esempio in Germania, Regno Unito e soprattutto in Francia si è constatata una riduzione della componente privata della spesa, seppur sempre con una spesa globale maggiore di quella italiana.

In Italia si è mantenuto nel tempo la centralità dell'ospedale nel sistema delle cure. La spesa ospedaliera sul totale della spesa sanitaria rappresenta infatti il 47,9%.

Nel nostro paese, in cui era tradizionalmente presentava una netta demarcazione tra pubblico e privato, che è andata accentuandosi dal dopoguerra fino ai primi anni novanta, si è assistito ad una inversione di tendenza dal 1992 in poi con una progressiva perdita di rilevanza di questa separazione. Questo si traduce non solo nella sempre più ridotta differenziazione degli attori coinvolti ma anche nella adozione in ambito pubblico di regole gestionali attribuite al privato ( efficienza, managerialità, autonomia gestionale ecc.). L'elemento culturale sotteso a tale processo risiede nel riconoscimento del valore pubblico dell'attività svolta, associato alle caratteristiche del bene prodotto. Si tratta di un processo di tipo strutturale, indotto sia da mutamenti culturali della domanda di salute che dai vincoli economici legati alla necessità di contenere il debito pubblico in incontrollabile crescita e ai processi di globalizzazione. In Italia vi è oggi una presenza crescente del comparto privato che rappresenta un primo importante indicatore del ruolo rilevante ad esso

attribuito del sistema generale delle cure. In particolare la quota dei posti letto privati sul totale dei posti letto ospedalieri assume in Italia un valore del 20% mentre in Germania è pari al 44% mentre nel caso del Regno Unito raggiunge una quota minoritaria del 5%. In generale, è emersa anche una sostanziale spinta verso la equiparazione dei livelli qualitativi dell'attività svolta dai diversi soggetti pubblici e privati con il mantenimento della possibilità di sviluppo di attività private all'interno del sistema delle cure che appare per certi versi in fase di ulteriore potenziamento. E' indubbio che il ricorso a modelli gestionali improntati a criteri di efficienza ed efficacia con valutazione delle performance e dei livelli di economicità delle diverse attività è entrato nel funzionamento degli ospedali e si richiama ai principi della aziendalizzazione. E' necessario però, nonostante il richiamo alla necessità di una revisione dei sistemi sanitari basata sui principi della differenziazione dei soggetti e dei principi di concorrenza nell'ambito del quasi mercato, evidenziare alcuni problemi:

- a) la definizione delle risorse economiche per la sanità rimane di responsabilità pubblica
- b) applicazione vincolata del principio di libera scelta dell'utente
- c) determinazione a monte del limite di risorse da assegnare al settore
- d) presenza di vincoli contrattuali che vanno al di là della valutazione qualitativa dell'assistenza e dell'accreditamento.

In Italia, nonostante che le strutture private accreditate facciano parte del sistema di pagamento pubblico dei servizi, non si può parlare di una programmazione sanitaria che le coinvolga in modo diretto e strategico. Naturalmente, affinché possa dispiegarsi l'effetto benefico della concorrenza è necessario che sia garantita la trasparenza del mercato attraverso la disponibilità per gli utenti di flussi informativi adeguati sulle caratteristiche dei servizi e prestazioni.

Anche a livello nazionale i sistemi sanitari hanno conosciuto una significativa evoluzione in termini di competitività con crescente attenzione al modello

Lombardo, che spinge i soggetti erogatori e le società di assicurazione a pensare ed agire su una scala più ampia.

In questo contesto l'esperienza mostra come le caratteristiche organizzative delle aziende ospedaliere, pubbliche e private si vada fortemente differenziando. Si pone pertanto la necessità per il tecnico dell'organizzazione economico-sanitaria di riuscire a leggere concretamente le caratteristiche organizzative e di funzionamento dell'azienda osservata al fine di apprezzarne e discuterne ampiamente le peculiarità, confrontando lo specifico modello organizzativo con quelli osservati nel corso delle proprie esperienze professionali, senza cadere vittima dei paradigmi teorici elaborati a livello dottrinario.

## **2. MATERIALI E METODI**

### **2.1 Contesto generatore dell' elaborato**

Nella programmazione del Master è stata inserita l'esperienza sul campo prevista come fase di sperimentazione attiva di tecniche e metodologie di management sanitario con il fine di offrire ai partecipanti al Master un momento di discussione e verifica "in vivo" dei contenuti teorici interdisciplinari acquisiti durante il corso.

Il contatto con dirigenti di area igienico-organizzativa e di area clinica realizzato all'interno delle aziende sanitarie/ospedaliere si pone come un momento di transizione fra il periodo di apprendimento in aula nella fase didattica formale del Master e il ritorno ai propri ruoli professionali al termine del percorso formativo.

La metodologia didattica meno strutturata e il forte aggancio a situazioni reali, fra loro spesso profondamente diverse e non standardizzabili, si avvicina al metodo di apprendimento per affiancamento, che non è riproducibile al di fuori di una prolungata esperienza operativa, alla quale il Master è indirizzato a predisporre

fornendo un ampio bagaglio preliminare di conoscenze e di esperienze interdisciplinari.

L'esperienza si è svolta, per ciascun gruppo formato perlopiù 6 da iscritti al Master, in due aziende ospedaliere lombarde selezionate secondo criteri di eccellenza e abbinate in modo da appaiare una struttura di diritto pubblico con una di diritto privato.

In ciascuna azienda è stato costituito un'équipe di riferimento, rappresentata da un dirigente medico della direzione sanitaria e da un dirigente medico responsabile di una unità operativa clinica.

*Si ringraziano il dott. M. Castoldi e la Dott.ssa S. Cirri dell'I.C.S.A., équipe di riferimento presso questa struttura e il dott. Zoli e il dott. Gluckman presso l'A.O. Niguarda Cà Granda.*

## **2.2 Contesto nazionale attuale**

Per meglio comprendere i dati di attività - indicatori- delle strutture sanitarie prese in considerazione stralciamo alcuni paragrafi dalla Relazione sanitaria dello stato del Paese 1999 prodotta dal Ministero della Sanità nell'estate del 2000.

L'assistenza ospedaliera garantisce i ricoveri presso gli ospedali pubblici e privati accreditati per il trattamento di condizioni patologiche che richiedono interventi di urgenza o emergenza e per la cura delle malattie acute o di lunga durata che non possono essere trattate in ambulatorio o a domicilio.

Essa è erogata attraverso le seguenti modalità d'accesso: il ricovero di urgenza ed emergenza, il ricovero ordinario programmato anche a ciclo diurno (day hospital), l'ospedalizzazione domiciliare ed infine il trattamento sanitario obbligatorio.

Tra i servizi offerti dal Ssn la rete ospedaliera rappresenta il settore che maggiormente incide sulla spesa sanitaria complessiva. La riorganizzazione della

rete ospedaliera che promuova una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse, ma che mantenga, nello stesso tempo, buoni livelli di qualità dei servizi offerti, costituisce un'azione prioritaria.

Molte Regioni hanno già avviato il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera che si esplica attraverso interventi di riconversione di strutture ospedaliere in strutture per la lungodegenza post-acuzie, la riabilitazione, l'assistenza ai malati terminale e in RSA, di trasformazione e o disattivazione dei posti letto con tasso di occupazione inferiore al 75%.

Altre iniziative riguardano l'organizzazione delle attività a ciclo diurno adeguando la dotazione dei posti letto per day-hospital allo standard nazionale del 10% dei posti letto per acuti, il potenziamento delle attività di ospedalizzazione domiciliare e l'organizzazione delle attività di ricovero in regime libero-professionale.

Tra gli interventi di riconversione particolare importanza riveste il superamento degli ospedali psichiatrici previsto dalla Legge 662 del 1996: in tutte le regioni è stata completata l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), con un incremento dei Centri di Salute Mentale (CSM), di punti ambulatoriali, di strutture residenziali e semiresidenziali.

Il Ministero della Sanità ha istituito l'Osservatorio per la tutela della Salute Mentale per verificare il superamento degli istituti psichiatrici residuali e, più di recente, si è costituito un tavolo di coordinamento permanente con le Regioni.

Nell'ambito delle attività di riorganizzazione delle strutture ospedaliere finalizzate all'adeguamento agli standard di dotazione dei posti letto e di organizzazione delle attività, dettati dalla normativa nazionale e regionale, si evidenziano ancora degli squilibri: un'eccedenza di posti letto per acuti a fronte di una carenza di quelli per riabilitazione e lungodegenza, un non adeguato ricorso a modalità organizzative alternative al ricovero ordinario (attività a ciclo diurno, ospedalizzazione domiciliare ecc.).

## **La riorganizzazione della rete ospedaliera**

### **Gli ospedali pubblici: strutture ed attività**

Per il 1998 l'offerta ospedaliera è risultata costituita da 1.381 strutture di cui il 61% pubbliche ed il restante 39% accreditate. Nel triennio '96-'98 si è osservata a livello nazionale una sensibile diminuzione del numero complessivo di posti letto di degenza ordinaria in strutture pubbliche, circa 38.000 unità, con un aumento di circa 3.200 posti letto di day hospital. In totale, nell'anno 1998, il numero dei posti letto è pari a circa 276.000: il 91% è costituito da posti letto a degenza ordinaria, l'8% da posti letto di day-hospital ed il restante 1% da posti letto a pagamento.

Le Aziende Ospedaliere detengono il 36% dei posti letto totali, mentre gli ospedali a gestione diretta, che rappresentano quasi i 3/4 del totale degli istituti pubblici, circa il 50%.

Nel 1998 i posti letto accreditati di degenza ordinaria ammontano a circa 56.000 unità e la percentuale di posti letto dedicati all'attività di day-hospital è dell'1,5%.

Analizzando l'offerta ospedaliera in relazione alla popolazione italiana si evince che il numero di posti letto totali per 1000 abitanti, nel 1998, è pari a 5,8, in particolare 5,2 sono quelli disponibili per l'assistenza ospedaliera per acuti, mentre 0,6 sono quelli riservati alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Tali valori si discostano dagli standard fissati dal legislatore (D. Lgs. 502/92, L. 382/96, L. 662/96) che è di 5,5 posti letto per 1000 abitanti di cui l'1 per mille dedicato alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

La distribuzione dei posti letto pubblici e privati accreditati per 1000 abitanti risulta piuttosto disomogenea a livello territoriale. Un indicatore molto diffuso per l'analisi della domanda ospedaliera è il tasso di ospedalizzazione che è fissato in 160 ricoveri in degenza ordinaria per 1000 abitanti (residenti). Il valore nazionale rilevato per l'anno 1998 è stato di 174 ricoveri per acuti per 1000 abitanti, valore in diminuzione rispetto al 1996, ma comunque al di sopra dello standard previsto.

L'analisi dell'attività ospedaliera è stata effettuata considerando le principali discipline che coprono, nel caso degli ospedali pubblici il 75% dei posti letto e l'80% dei degenti, mentre nel caso delle strutture private accreditate il 59% dei posti letto e l'82% dei degenti. Tra queste, le discipline di base (Chirurgia generale, Medicina generale, Ostetricia e ginecologia e Pediatria) rappresentano circa il 47% delle degenze complessive per il settore pubblico e circa il 29% per quello privato accreditato. La degenza media è un indicatore che dipende notevolmente dalla disciplina ospedaliera considerata: i valori di degenza media più elevati si riscontrano, sia in ambito pubblico sia privato accreditato, nei reparti di geriatria e neurologia (in modo più accentuato nel privato accreditato), mentre sono, generalmente i reparti di chirurgia pediatrica e di oculistica quelli presso i quali si registrano i valori più bassi di degenza media. Sia nel settore pubblico sia in quello privato accreditato si riscontra, comunque, una lieve diminuzione in tutte le discipline, eccetto che nei reparti di cardiocirurgia accreditati, della permanenza media in ospedale.

Il tasso di utilizzo risulta essere più elevato presso i reparti di geriatria (90,8) e di neurochirurgia degli ospedali pubblici (88,8%) e presso i reparti di cardiocirurgia delle case di cura private accreditate (oltre il 100%).

### **Le Aziende Ospedaliere**

Dal 1 gennaio del 1995 i maggiori ospedali italiani hanno assunto la nuova condizione giuridica di "Aziende Ospedaliere". Le nuove Aziende hanno mutato il loro aspetto acquisendo piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, pur nell'ambito della programmazione regionale. Esse si pongono in termini attivi e di competizione nei confronti dei cittadini.

Al 30/01/99 le Aziende ospedaliere costituite risultano essere 98; le regioni Lombardia e Sicilia sono quelle che hanno costituito il maggior numero di Aziende (rispettivamente 27 e 17), mentre le regioni che non hanno ancora individuato, tra

le strutture ospedaliere esistenti, Aziende ospedaliere sono la Valle d'Aosta, le Province autonome di Trento e Bolzano, l'Abruzzo ed il Molise.

Nell'anno 1998, il totale dei posti letto per degenze ordinarie delle Aziende ospedaliere ammonta a 87.500 , mentre i posti letto di day-hospital sono quasi 7.250, con un incremento del 22,5% per i posti letto di degenza ordinaria e del 4,7% per i posti letto di day-hospital rispetto all'anno 1996.

Con riferimento all'attività svolta, è stato effettivamente utilizzato un numero di posti letto (85.000) di poco inferiore a quello dichiarato all'inizio dell'anno (posti letto di anagrafe), mentre le degenze complessivamente registrate sono in totale circa 3.340.000 e sono state effettuate oltre 24.000.000 di giornate di degenza. Il tasso di utilizzo totale è pari a circa l'80% ed il numero medio di giorni di ricovero è di 7,3 giorni.

### **La mobilità ospedaliera**

I dati di mobilità ospedaliera che descrivono il flusso dei pazienti ricoverati in regioni diverse da quelle di residenza sono, dal 1997, ricavati dalla "scheda di dimissione ospedaliera" in quanto è stato eliminato l'apposito modello di rilevazione del movimento migratorio dai flussi informativi.

Per il triennio '96-'98 la mobilità ospedaliera non registra significative variazioni rispetto agli anni precedenti, ovvero si riconferma la tendenza delle popolazioni del Sud a migrare verso le regioni centrosetteentrionali per accedere ai servizi sanitari di tipo ospedaliero.

Per il 1998 il numero di pazienti trattati in ospedali esterni alla regione di residenza è in media 6,6 ogni 1000 dimessi; a livello territoriale la variabilità è molto elevata: si passa dal valore di 3,7 ricoveri fuori regione per 1000 dimessi della regione Veneto al valore di 25,6 della Regione Basilicata.

Analizzando l'indice di fuga dei ricoveri per la riabilitazione si osserva, a livello nazionale, un valore quasi doppio rispetto a quello dei ricoveri per acuti, con una variabilità territoriale molto più accentuata. Per quel che concerne l'indice di attrazione (n. di dimessi provenienti da fuori regione ogni 1000 dimessi )

emerge che la Regione Molise importa un consistente numero di ricoveri da altre regioni (22,7 per 1000 dimessi), mentre la Regione Sicilia ricovera essenzialmente pazienti della propria regione (1.1 ricoveri provenienti da fuori regione ogni 1000 dimessi).

Concludendo, si osserva che tutte le Regioni dell'Italia meridionale ed insulare, ad eccezione del Molise, presentano un saldo totale tra le importazioni e le esportazioni negativo. Al Nord le regioni che invece presentano un saldo totale negativo sono il Piemonte e la Valle D'Aosta: le esportazioni superano le importazioni.

Le Regioni dell'Italia centrale sono generalmente importatrici di ricoveri; in particolare, analizzando la tipologia di ricoveri emerge che le Regioni Umbria e Marche presentano un saldo negativo per l'elevata assistenza ospedaliera (Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Unità Spinale etc.).

Il personale del Ssn è così ripartito: il 65,9% è costituito dal ruolo sanitario, il 23,1% dal ruolo tecnico, il 10,7% dal ruolo amministrativo e il restante 0,3% dal ruolo professionale.

Il rapporto personale totale su popolazione residente, a livello nazionale, è di 11,2 unità per 1000 abitanti: la variabilità interregionale di tale indicatore risente della diversa dotazione di personale dipendente, dovuta a differenti tipologie di strutture erogatrici di servizi sanitari (pubbliche o private accreditate).

Nell'ambito del ruolo sanitario il personale medico risulta costituito da 96.500 unità e quello infermieristico da circa 253.000 unità; rispetto al biennio precedente il numero dei medici ha subito un leggero decremento, mentre quello degli infermieri è rimasto costante.

Il rapporto infermieri/medici risulta essere sostanzialmente stabile nel triennio considerato e si attesta, a livello nazionale al valore di 2,6 infermieri per ogni medico; tale rapporto decresce scendendo dal Nord al Sud del Paese. La Provincia autonoma di Bolzano si evidenzia per il valore più elevato 4,1 infermieri per medico, seguono la Provincia autonoma di Trento (3,2), il Friuli-Venezia

Giulia (3,4) ed il Veneto con 3,5. Nelle Regioni meridionali, sono le Regioni Sicilia e Molise (2,0) a presentare il rapporto più basso.

### **Il personale ospedaliero**

Nel 1998 il personale operante nelle strutture pubbliche ammontava a circa 557.000 unità di cui il 17,7% è rappresentato da personale medico, il 43,0% da personale infermieristico ed il restante 39,3% da personale amministrativo, tecnico, professionale e da altre figure appartenenti al ruolo sanitario. Dal confronto con l'anno precedente si rilevano significative variazioni. A livello nazionale, le strutture ospedaliere pubbliche dispongono, mediamente, di circa un medico ogni 2,4 posti letto e circa un infermiere ogni posto letto.

L'analisi territoriale è stata effettuata prendendo in esame indicatori quali numero di medici per posto letto e numero di infermieri per posto letto. L'indicatore relativo al personale medico presenta una forte variabilità: la regione che dispone di più medici per posto letto risulta essere la Campania (0,56 medici per letto) seguita dalla Sicilia (0,50 medici per letto), mentre la Provincia autonoma di Trento (0,28) e la Calabria (0,27) presentano gli indici più bassi. Per quanto riguarda la disponibilità di personale infermieristico si osserva che la regione Marche presenta il valore più favorevole (1,11 infermieri per posto letto); la Basilicata, invece, con un valore di 0,78 infermieri per posto letto rappresenta la regione meno dotata rispetto a questa figura professionale.

Passando alla composizione del personale per tipo di struttura ospedaliera si rileva che le 217.000 unità di personale delle Aziende ospedaliere costituiscono il 39,1% del personale ospedaliero totale mentre il personale operante negli ospedali a gestione diretta, 261.000 unità, ne costituisce il 46,8%; il restante 14,1% del personale ospedaliero opera in strutture come i Policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Il personale totale delle Aziende ospedaliere è costituito per il 17,3% da medici (in media, 0,39 medici per posto letto) e per il 41,3% da infermieri (circa 0,88 infermieri per posto letto) mentre negli ospedali a gestione diretta operano in

media 17,7 medici e 45,7 infermieri ogni 100 unità di personale totale. Per misurare il carico di lavoro del personale ospedaliero si utilizza un indicatore che mette in rapporto il numero di dimissioni con il totale personale. Mediamente sono circa 20 le dimissioni per ciascuna unità di personale. Tale valore varia da un minimo di 15,3 del Friuli-Venezia Giulia ad un massimo di 24,7 della Basilicata. Il rapporto dimissioni/personale sanitario è a livello nazionale di 28,8. Anche in questo caso è la regione Friuli-Venezia Giulia a registrare il valore più basso 21,8, mentre la Basilicata, con un valore di 35,4, rappresenta la regione con il carico di lavoro più elevato in riferimento al personale del ruolo sanitario.

### **3. ANALISI DELL'ORGANIZZAZIONE DELL'ISTITUTO CLINICO S. AMBROGIO S.P.A.**

#### **3.1 Denominazione**

L'Istituto Clinico S. Ambrogio S. p. A. è una azienda/società sanitaria privata facente parte di un gruppo di più vaste dimensioni (Gruppo Rotelli) comprendente diverse strutture ospedaliere, la maggior parte delle quali è ubicata nella Regione Lombardia.

#### **3.2 Localizzazione e bacino d'utenza**

La struttura ospedaliera è inserita profondamente nel tessuto urbano della città di Milano, è ospitata in un edificio costruito intorno agli anni '60 la cui realizzazione progettuale oggi non soddisfa a pieno i criteri di una costruzione specificamente dedicata ad attività ospedaliera e che pertanto è in fase di profonda ristrutturazione con aggiunta di un nuovo corpo di fabbrica.

Si sviluppa principalmente in senso verticale e infatti è distribuito su sei piani fuori terra e un seminterrato ed un interrato.

Analizzando la provenienza (zone di residenza) delle persone assistite si può delineare **il bacino d'utenza** dell'Istituto che per il 1997, per i ricoveri in regime ordinario e degenza > 0/1 giorno, si compone di un 35 % di pazienti residenti nella

stessa USSL, di un 31 % di pazienti residenti in altra USSL, di un 33 % di residenti in una regione diversa da quella di ubicazione della struttura cioè diversa dalla Lombardia e da uno 0,3 % di persone residenti all'estero.

Nel 1998 la struttura ha sostanzialmente consolidato il proprio bacino d'utenza, considerando che comunque è inserita in una vasta area metropolitana, infatti si compone di un 30 % di pazienti residenti nella stessa ASL, di un 37 % di pazienti residenti in altra ASL, di un 32 % di residenti in una regione diversa dalla Lombardia e da uno 0,72 % di persone residenti all'estero.

La tabella 1 mostra la composizione del bacino d'utenza negli anni 1997 e 1998 e il confronto con la situazione regionale lombarda riferita al 1998.

Tab. 1 <i>Composizione percentuale Bacino d'utenza I.C.S.A. e confronto Regione Lombardia 1998.</i>				
	Residenti stessa ASL	Residenti altra ASL	Residenti altra regione	Residenti estero
I. C. S. A. 1997	35	31	33	0,3
I. C. S. A. 1998	30	37	32	0,72
Reg. Lombardia '98	72	20	8	0,65

### **3. 3 Descrizione servizi e prodotti**

La struttura, pur operando all'interno del Servizio Sanitario Regionale, tende a soddisfare la domanda che viene espressa e quindi, tempo per tempo, le unità organizzative e le prestazioni offerte tendono a variare sia per il numero che per le specialità attivate.

Attualmente (1999) l'Istituto è dotato di 136 posti letto di cui 127 per la degenza ordinaria e 9 per la degenza diurna-DH/DS e di 6 sale operatorie.

La tabella 2 ci mostra il dettaglio circa le specialità attivate per l'erogazione delle prestazioni in regime di ricovero e la distribuzione dei posti letto per ciascuna

di esse e come si può vedere emerge che la struttura ha attivato la maggioranza di posti letto in specialità riconducibili all'area chirurgica.

<b>Tab. 2</b> distribuzione posti letto per specialità			
<i>Unità Operativa</i>	N° p.l. accreditati	Degenze ordinarie	Day hospital
Medicina	10	9	1
Oncologia	10	8	2
Cardiologia	10	10	0
Terapia Intensiva	9	9	0
Chirurgia generale	15	14	1
Ortopedia	16	15	1
Oculistica	10	7	3
Chirurgia vascolare	11	11	0
Cardiochirurgia	35	35	0
Urologia	10	9	1
Totale	136	127	9

La tabella 3 ci consente di completare il panorama delle prestazioni offerte presso l' I.C.S.A. . Vi troviamo elencati, infatti, i servizi di diagnosi e cura e le discipline/prestazioni erogate in regime di attività specialistica ambulatoriale; le prestazioni elencate sono offerte oltre a quelle che vengono erogate in regime di ricovero presso le UU. OO. dotate di posti letto.

<b>Tab. 3</b> <a href="#">servizi di diagnosi e cura e discipline/prestazioni di attività in regime specialistico ambulatoriale</a>	
servizi di diagnosi e cura	attività specialistica ambulatoriale
Diagnostica per immagini	Angiologia
Radiologia cardiovascolare ed emodinamica	Anestesiologia
Radioterapia	Angiologia
Rianimazione con monitoraggio	Chirurgia plastica
Neurofisiopatologia	Dermosifilopatia
Urodinamica	Gastroenterologia
Laboratorio analisi	Endoscopia digestiva
Endoscopia	Neurologia
Medicina fisica e riabilitazione	Otorinolaringoiatria
	Ostetricia e Ginecologia

	Pneumologia
	Radioterapia
	Senologia

La varietà delle prestazioni offerte nell'ambito del regime ambulatoriale specialistico hanno anche una valenza di marketing nel senso che possono servire ad orientare verso la struttura quella parte della la clientela che non avendo un bisogno specifico da soddisfare tra quelli soddisfacibili in attività di degenza non avrebbe modo di conoscere ed apprezzare la struttura.

### **3.4 Analisi quantitativa**

Il totale dei ricoveri in degenza ordinaria nel 1994 è stato di n. 3.196 (peso medio: 0,7646); nel 1995 n. 3.131 (peso medio: 0,7287) e nel 1996 n. 3.865 (peso medio: 1,2564).

Nel 1998 presso la struttura sono stati effettuati 6.135 episodi di ricovero in regime ordinario di cui il 6,3 % con degenza di 0/1 giorno ( media regionale di 10,2). Nel 1999 sono state eseguite in totale 6.492 procedure chirurgiche di cui 939 di cardiocirurgia, 501 di chirurgia vascolare, 5.052 di chirurgia polispecialistica; questi dati ci confermano e sostanziano l'orientamento operativo nell'ambito dell'area chirurgica.

La quota di persone ricoverate non a carico del SSN - solventi- nel 1999 è stata pari a circa il 9 % dell'attività di ricovero complessiva.

La tabella 3 mostra l'attività di diagnosi e cura svolta con l'impiego di apparecchiature ad alta tecnologia nel corso del 1999:

Tab. 3 <a href="#">attività svolta con l'impiego di apparecchiature ad alta tecnologia nel 1999</a>		
Radiologia	esami	18.665
Tac	esami	5.887
Acceleratore lineare	terapie	19.772
Emodinamica	procedure	1.390

### 3.4.1. Analisi indicatori di gestione

Nella tabella 4 riportiamo alcuni dei principali indicatori di gestione correnti a confronto per gli anni 1998 e 1999.

tab. 4 alcuni dei principali indicatori di gestione correnti 1998 e 1999:

	1998	1999	Diff. % 98-99
n. giornate di degenza	27.912	33.125	+ 18,5
n. ricoveri	5.337	7.957	+ 49 %
Tasso di occupazione	83 %	76 %	- 7 %
Degenza media	5,2	4,2	- 19 %

La tabella 5 mette a confronto alcuni indicatori di gestione dell' I.C.S.A. con un raggruppamento di strutture sanitarie pubbliche e un raggruppamento di strutture sanitarie private (anno 1998).

tab. 5 confronto di alcuni indicatori di gestione 1998:

indicatori	Media p. letto	n. ricoveri	gg. degenza	Dec.ti	Tasso satur.ne	Degenza media	Indice di rotaz.ne	turn over	Decessi x 1.000 ricoveri
Strutture									
C. di C. S.Ambrogio	91	5.337	27.912	55	83,7	5,2	58,6	1,01	10,3
C. di C. private	8.334	262.656	2.067.210	3.558	67,7	7,8	31,5	3,74	13,5
Ospedali pubblici	34.860	1.375.309	10.945.074	28.875	77,6	7,9	35,7	2,29	21,0

### 3.4.2 Risorse umane

Nella tabella 6 abbiamo la dotazione di risorse umane con i profili/ruoli professionali per l'anno 1998.

tab. 6 dotazione risorse umane dell' I.C.S.A. 1998

Medici	Inf. I° cat	Inf. II° cat.	Pers. Tecnico sanitario	Personale di riabil.one	Ruolo tecnico	Ruolo amm.vo	Altro tipo di rapporto	Totale
51	113	12	8	3	76	27	21	311

I dati indicati nella tabella 7 sono apprezzabili maggiormente con riferimento ai contenuti del paragrafo 2.2 riportante ampi stralci della relazione sanitarie del paese del Ministero della Sanità.

tab. 7 Distribuzione del personale

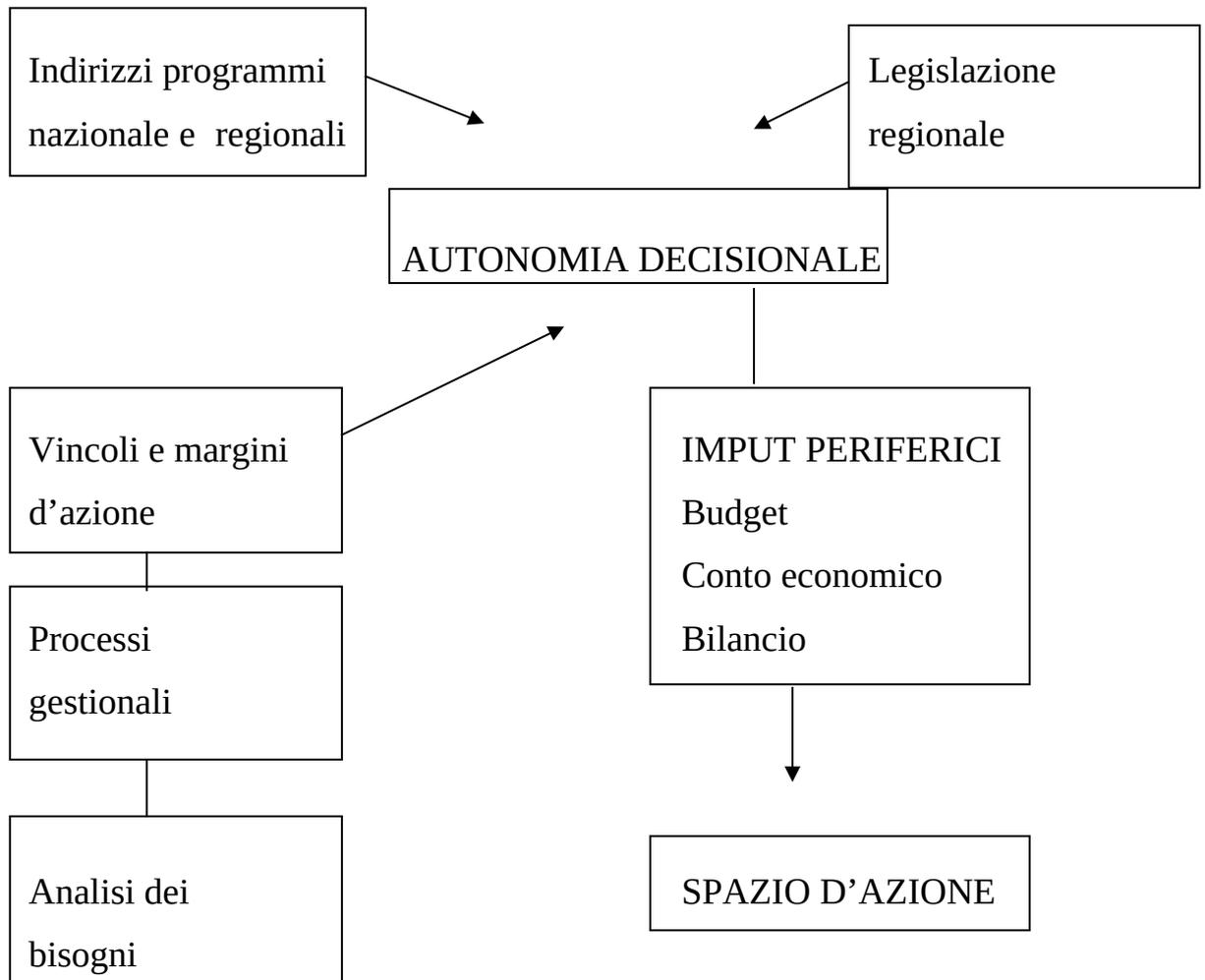
	<b>C.C. Sant'Ambrogio</b>	<b>Case di cura accreditate</b>	<b>Ospedali pubblici</b>
<b>n. Ricoveri</b>	5.337	262.656	1.151.180
<b>n. Letti</b>	97	8.511	34.860
<b>% medici sul tot. personale</b>	16,4	13,5	15,6
<b>% infermieri sul tot. Personale</b>	40,3	34,7	42
<b>% personale sanitario sul tot.</b>	60,2	56,6	66,8
<b>Infermieri per medico</b>	2,5	2,6	2,7
<b>Medici per 100 letti</b>	52,3	19,1	33,9
<b>Infermieri per 100 letti</b>	128,3	48,9	91,3
<b>Personale sanitario per 100 letti</b>	191,9	79,8	140,4
<b>Medici per 1000 ricoveri</b>	9,6	6,2	10,3
<b>Infermieri per 1000 ricoveri</b>	23,4	15,8	27,6
<b>Personale sanitario per 1000 ricoveri</b>	35	25,9	42,5

### **3.4.3 Risorse strumentali**

Riteniamo, per i fini di questo lavoro, che conoscere quantitativamente e qualitativamente la disponibilità di risorse strumentali per fare una valutazione della loro gestione è parte importante della comprensione complessiva della struttura; ma nel tempo concesso dalla nostra presenza non è stato possibile approfondire tali conoscenze.

### 3.5 Analisi qualitativa

L'istituto, mediante il flusso operativo progettuale, mette a punto, su input dell'amministratore delegato, la propria strategia a breve e medio periodo e gli strumenti necessari al raggiungimento degli obiettivi indicati.



### 3.5.1 Organigramma Istituto Clinico S. Ambrogio



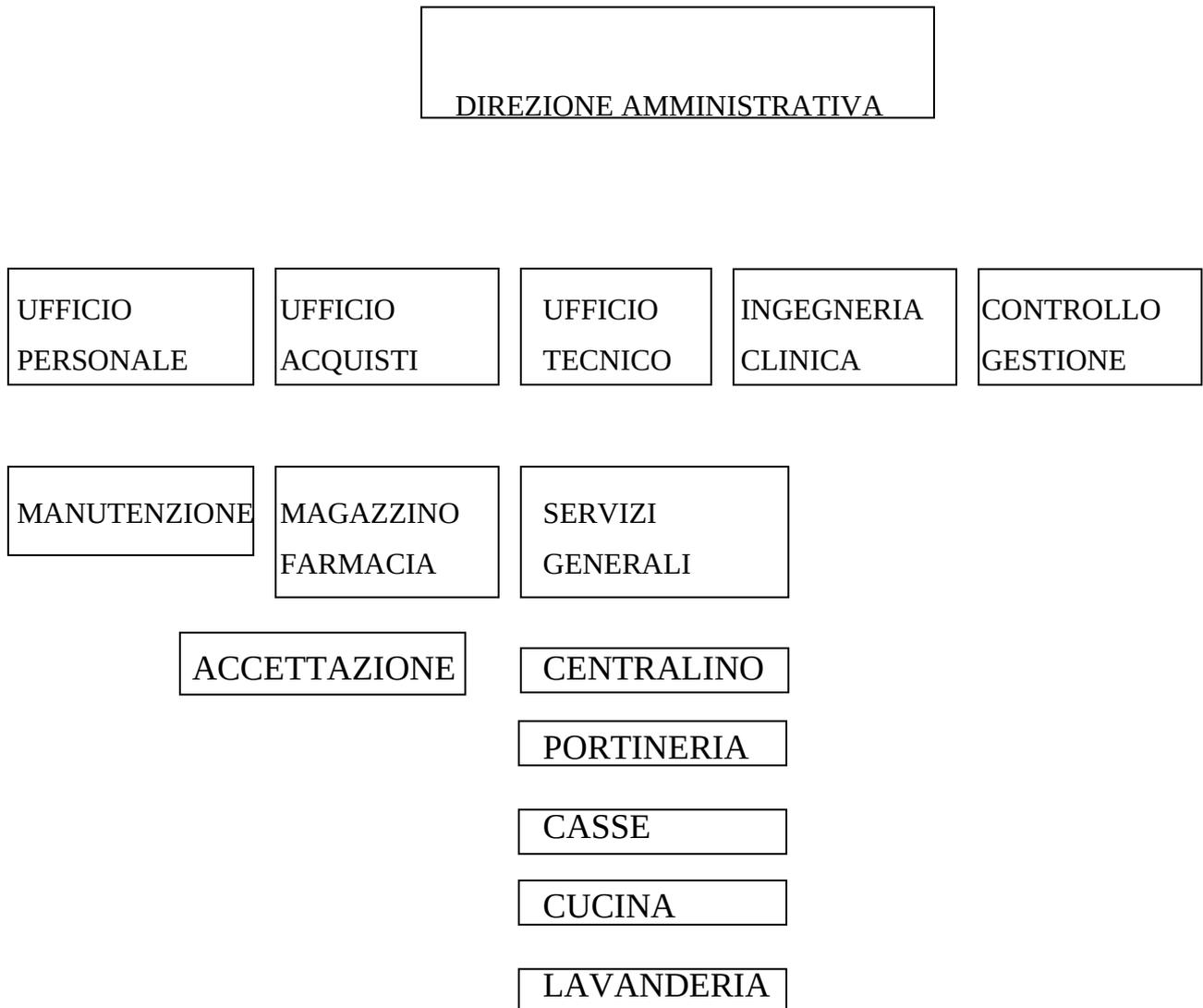
Nell'organigramma, oltre alle figure "classiche", compaiono anche la Direzione Strategica di Gruppo e l'apposita figura direzionale per l'Assicurazione Qualità.

Va peraltro rilevato che l' Amministratore Delegato della singola struttura agisce in un contesto strutturale di Gruppo ed è da questo contesto che in realtà si genera la strategia di fondo del gruppo stesso che poi si riverbera su ciascuna struttura componente del gruppo e ciascuna tende a realizzarla secondo le peculiarità strutturali/organizzative proprie e di posizionamento sul mercato.

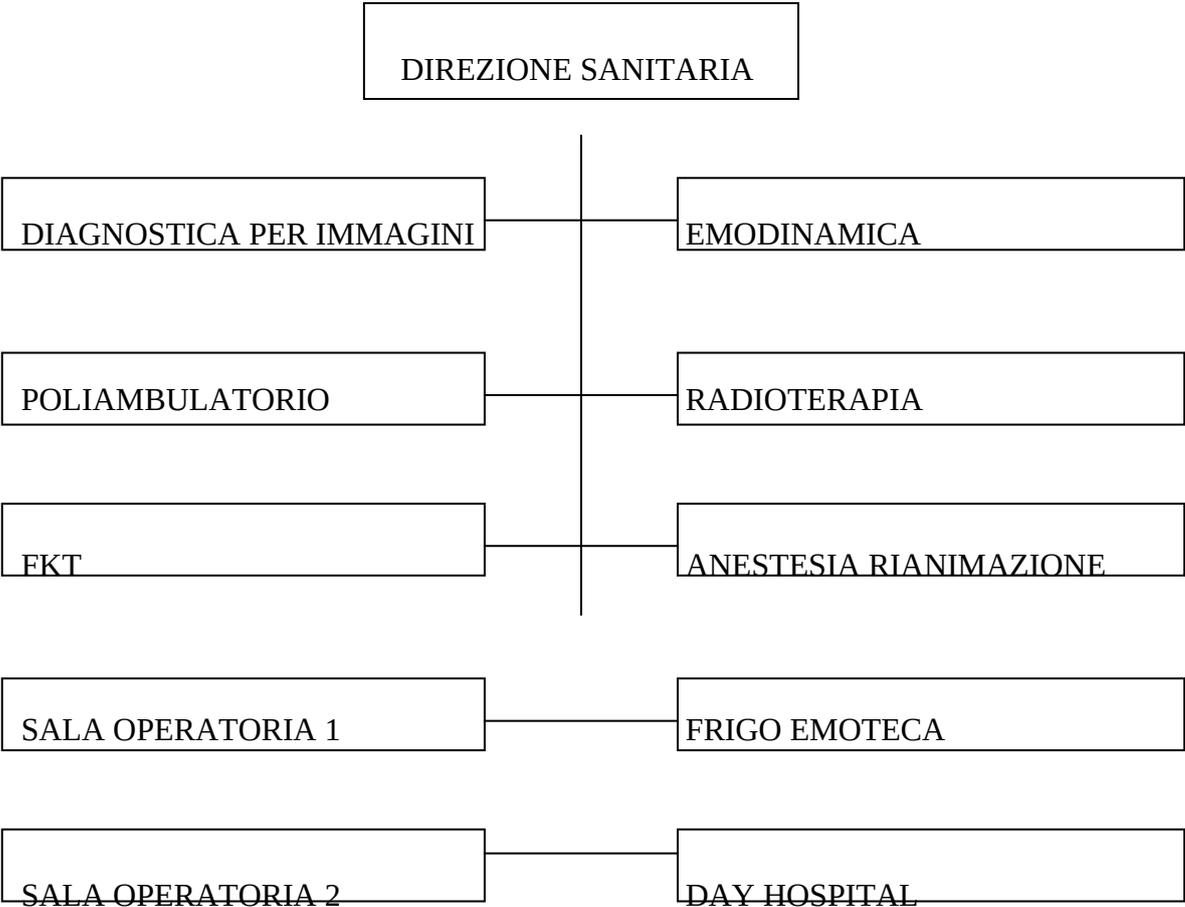
Il flusso indicato passa attraverso una fase di analisi che coinvolge la Direzione Sanitaria, in particolare per gli aspetti normativi e tecnici, e la direzione amministrativa per gli aspetti contrattualistici e di gestione finanziaria mirate

all'acquisizione di risorse strutturali, tecnologiche ed umane, tutte sottoposte ad una specifica valutazione di costo/beneficio. Il risultato di questo processo ed altre valutazioni consentiranno all'A.D. di prendere le opportune decisioni riferite agli iniziali input di processo.

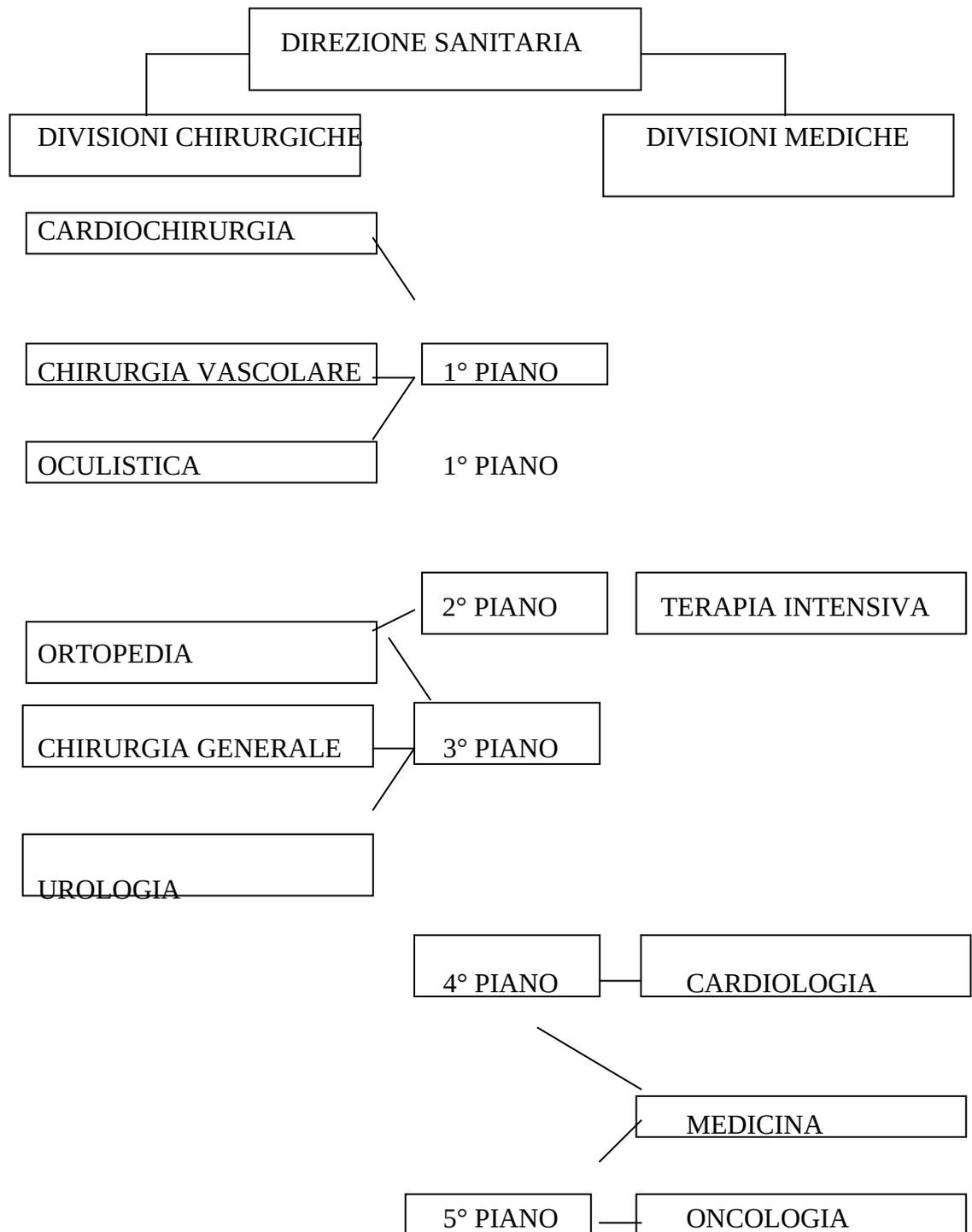
### 3.5.2.Organigramma Direzione Amministrativa



**3.5.3 Organigramma Direzione Sanitaria – i servizi -.**



### 3.5.4. Organigramma Direzione Sanitaria – i reparti -.



Si aggiungono a tale distribuzione le sale operatorie poste al 1° piano (Oculistica), 2° piano (Cardiocirurgia) e 6° piano (Polispecialistica).

### 3.5.5. Specificazione analitica di alcuni parametri funzionali

- a) Distribuzione delle funzioni, mansioni, compiti nel servizio e quindi distribuzione di responsabilità gestionale ed organizzativa;
- b) risorse disponibili in termini di professionalità, quantità e qualità, di attrezzature e di spazi;
- c) tipo di attività svolta e prestazioni erogate;
- d) responsabilità sanitaria e autonomia clinica;
- e) standardizzazione e programmabilità nel modo di svolgimento delle attività;
- f) interdipendenze necessarie per il funzionamento con altri servizi/unità operative;

Lo svolgimento delle varie attività ruota attorno alla figura del capo sala al quale sono affidati numerosi ed importanti incarichi.

Il capo sala è responsabile di:

- coordinamento delle attività infermieristiche
- organizzazione del servizio
- formazione dei nuovi collaboratori
- individuazione delle risorse necessarie
- controllo degli standard normativi
- gestione dei protocolli
- coordinamento tra i vari servizi

L'organizzazione temporale e spaziale del lavoro delle varie equipe mediche ed il loro succedersi nella disponibilità della risorsa sale operatorie è svolta dalla figura del capo sala, che riferisce quindicinalmente direttamente alla Direzione.

Anche nella individuazione delle risorse necessarie svolge un ruolo fondamentale la figura del capo sala che individua sia le necessità che riguardano la specificità delle attrezzature che la disponibilità degli spazi.

## 3.6 Analisi gestione del processo

### **3.6.1. Realizzazione del progetto**

**Il ruolo della D.S.** in questa fase consiste nel monitoraggio dei tempi di acquisizione delle tecnologie e dei tempi di realizzazione delle strutture necessarie; inoltre gestisce le relazioni di merito sia interne sia esterne.

**La direzione amministrativa** cura la parte contrattualistica sia riferita agli operatori (medici) sia agli altri fornitori e ciò attivando l'ufficio del personale per quanto attiene alla ricerca e acquisizione del personale e l'ufficio tecnico e dell'ingegneria clinica per quanto attiene alla direzione dei lavori e alla definizione degli ordini e acquisizione delle tecnologie.

### **3.6.2. Gestione e controllo**

La **Direzione Sanitaria** si occupa del controllo dei dati di attività riguardanti:

- occupazione dei posti letto
- medie di degenze
- utilizzo sale operatorie
- valutazione case-mix
- controllo qualità (attività/servizio allocato sostanzialmente presso la D.S.)
- stesura protocolli
- completezza documentazione clinica
- formazione e aggiornamento personale infermieristico.

La **Direzione Amministrativa** nella fase di gestione e controllo, si occupa di:

- gestione amministrativa fatturazione
- emolumenti ai medici
- gestione fornitori
- reports periodici di attività con proiezioni statistiche trimestrali

### 3.6.3. Riprogettazione

La **direzione sanitaria e la direzione amministrativa** congiuntamente e ognuna per la parte di competenza nella fase di riprogettazione compiono una

- Valutazione delle inefficienze realizzative e/o carenze organizzative del progetto
- Valutazioni circa un possibile incremento di attività
- Eventuale ampliamento del progetto su aree complementari di attività
- Upgrading tecnologici

### 3.7 Definizione dei punti di forza e dei punti di debolezza

E' possibile evidenziare alcune peculiarità che caratterizzano la struttura:

- la struttura è fortemente "**orientata al professionista**". Tutto l'approccio alla progettazione prende le mosse da una "analisi di mercato" che si sviluppa e si concretizza in primis nella ricerca del "professionista giusto" (fatto favorito dalla maggiore facilità di gestione delle assunzioni a fronte di una maggiore attrattiva e remuneratività per il professionista di un contesto gestionale privato). Il professionista non ha vincoli di utilizzazione delle risorse, se queste sono disponibili, legate ad un controllo di ordine budgetario.
- La complessità dell'azienda assume significato se considerata nelle due dimensioni fondamentali:  
la specializzazione (differenziazione) e la necessità di coordinamento (integrazione).  
Si intravede un livello spinto di **integrazione tra le varie specialità** nel rispetto dei differenti livelli di assistenza.
- Vi è un notevole grado di integrazione e nel contempo di **competizione** fra le diverse équipes mediche/chirurgiche che operano nella stessa unità operativa. Dove un sistema di responsabilizzazione determina spazi di autonomia nelle modalità di utilizzazione delle risorse, ricercando così delle modalità di gestione che sono in grado di promuovere un miglioramento

delle formule organizzative, capaci di aumentare l'efficacia e l'efficienza nell'erogazione delle prestazioni. Da qui due conseguenze: responsabilizzazione maggiore dei professionisti sull'adeguatezza della risposta tecnica (aspetto specialistico) e responsabilità più complessiva legata all'insieme delle risorse, sul loro efficiente utilizzo, sulla loro finalizzazione e flessibilità (aspetto gestionale).

- struttura organizzativa che sa valorizzare i contributi innovativi allontanandosi dai modelli burocratici, creando un forte accentramento nelle modalità di allocazione e distribuzione delle risorse.
- Il sistema di programmazione e controllo dell'attività è incentrato sulla relazione “**evento/degenza media**” allargato a tutte le specialità. Obiettivo rilevante è **l'efficienza** (utilizzo del dh, day surgery, one-day-surgery, utilizzo dei servizi di pre-ricovero: riduzione all'essenziale della durata della degenza e ciò per incrementare il turn-over) degenze medie brevi: (M gg 4,2)
- analisi economica molto rigorosa in fase progettuale e “**relativa permissività**” nei consumi in fase gestionale
- struttura molto snella per gli aspetti organizzativi, rapporti molto semplificati e **accentramento delle responsabilità e delle funzioni decisionali**
- **livello di comunicazione molto stretto** tra direzione amministrativa e direzione sanitaria
- orientamento **all'incentivazione della crescita culturale** personale attraverso un meccanismo virtuoso di competizione tra gli attori (dirigenza, équipes mediche)
- carenze strutturali riferite sia **all'accessibilità** dell'ingresso principale per i portatori di handicap, sia **all'assenza di Pronto Soccorso** (comunque presente nel progetto di adeguamento)

- carenze di coordinamento con la fase di **riabilitazione e lungodegenza** successiva alla fase acuta. Non è presente una riabilitazione interna e la disponibilità e reperibilità della collocazione post intensiva è resa critica sia dalla carenza di posti letto sul territorio, sia dalle difficoltà logistiche e di trasporto.

### **3.8 Analisi costi benefici**

All'interno della struttura l'analisi costi/benefici è parte integrante della progettazione e verifica che viene attuata nelle strategie direzionali.

La sua effettuazione si attiene a principi rigorosi ed in particolare si considerano:

- analisi della domanda
- potenziale produzione del servizio
- analisi consumi e relativi costi delle procedure
- ammortamento apparecchiature
- definizione obiettivi minimi di produttività
- possibilità di produzione scientifica con incremento della visibilità e il miglioramento dell'immagine aziendale ma anche gratificazione degli operatori.

### **3.9 Analisi della unità operativa di Terapia Intensiva Post Operatoria**

La T.I.P.O. nell'ultimo decennio ha subito diverse cambiamenti in relazione alla attivazione di prestazioni/specialità/servizi.

**1990- autorizzazione** alte specialità di chirurgia cardio-vascolare, neuro chirurgica e tipo con n. 5 posti letto di cui 1 d'isolamento.

#### **3.9.1 Cronologia**

**Dati di attività 1990-1995: 350 ricoveri/annui**

**1996- accreditamento** delle alte specialità

T.I.P.O.: 5 posti letto di cui 1 d'isolamento + 2 posti letto di post-intensiva

**Dati di attività 1996: 731 ricoveri**

**1998-** attività di chirurgia vascolare con equipe residente

T.I.P.O.: adeguamento d.p.r. 14.01.1997 con ampliamento della tipo a 9 posti letto di cui 1 d'isolamento

**Dati di attività 1998-1999: 1.232 ricoveri /anno**

**T.I.P.O.: tipologia pazienti trattati**

- ricoveri programmati
- ricoveri in urgenza
- cardiocirurgia
- chirurgia vascolare
- chirurgia polispecialistica
- pazienti critici
- trasferimenti dai reparti interni e trasferimenti da altri ospedali

**T.I.P.O. - dotazione principali risorse:**

- 9 letti completamente monitorizzati, di cui 1 d'isolamento
- 8 respiratori
- 2 contropulsatori
- 1 apparecchio per emofiltrazione/dialisi
- ossido nitrico
- pompa centrifuga per assistenze ventricolari
- servizio interno di laboratorio
- centrale telemetrie reparti
- servizio emoteca
- servizi accessori

**T.I.P.O. - dotazione principali risorse umane:**

pianta organica infermieristica (requisito standard ex d.p.r. 14.01.1997):

9 p.l. x 600 min.ass./die x 365 gg

----- = 20,58 i.p.  
95.760 min.lavorati/anno

### **3.9.2 Pianta organica infermieristica icsa**

requisito gestionale i.c.s.a. t.i.p.o.:

**27 ip + capo sala**          turno assistenziale minimo: 2 ip

**requisito assistenziale minimo: 1 ip ogni 2 pl**

tipo: gestione personale infermieristico

### **3.9.3 Organizzazione Terapia Intensiva I.C.S.A.**

L'u.o. in termini di gestione presenta alcune difficoltà derivanti dalle caratteristiche strutturali (le degenze sono dislocate su diversi piani) ed altre dipendenti dalle differenti patologie dei pazienti ricoverati inoltre si riscontrano difficoltà nel reperimento di personale specializzato.

- frequente utilizzo della stanza d'isolamento per pazienti cronici o di chirurgia polispecialistica
- elevati costi gestionali di base incentivi economici superiori alla media

Dall'analisi gestionale si evidenzia un rilevante:

- tempo di assistenza infermieristica (5 ip x 24h x 60 min per 9 p.l. = 800 min.ass./ die),
- un orientamento alla formazione permanente e un utile affiancamento di nuovi assunti o di personale esterno (all'incirca per i primi 3 mesi).

I tutors riferiscono anche altri elementi degni di rilievo quali per esempio:

- disponibilità alla variazione dei turni di lavoro
- bassa frequenza di dimissioni
- umanizzazione rapporto ip / paziente

- armonia gruppo di lavoro

Alcuni di questi risultano oggettivamente di difficile valutazione.

La **gestione del personale medico** è improntata ad assolvere principalmente ad alcuni criteri:

- capacità di gestione delle urgenze respiratorie e cardio-circolatorie,
- esperienza formativa in area intensiva cardiocirurgica
- capacità di operare in una equipe mista (9 medici: anestesisti (s.o.p. + t.i.p.o.)

Il ridotto numero dei componenti dell'equipe ha alcuni **vantaggi**, quali ad es.

- esiguità' del numero dei componenti dell'equipe (che però è nel contempo anche uno svantaggio),
- migliore incentivazione economica,
- univocità' di intenti,
- approccio multidisciplinare,
- stimolo costante al proprio miglioramento,
- livello di cura elevato ed omogeneo

ma anche **svantaggi**:

- possibile conflittualità tra ruoli professionali,
- difficoltà' nella sostituzione dei turni,
- bassa tolleranza alle dimissioni.

**Il responsabile dell'U.O.** nell'intento di realizzare l'adeguatezza dell'azione dell'U.O. nei confronti degli obiettivi aziendali, assicura la copertura del servizio (in particolare Sale operatorie e ter. Int, post oper.) definendo, con il coinvolgimento dei collaboratori, le **mansioni**; attribuisce gli **obiettivi individuali** (gestione materiali, stesura e gestione dei protocolli, partecipazione alle commissioni interne); monitorizza la **produzione scientifica e l'aggiornamento**.

Il Responsabile organizza e gestisce tramite e in collaborazione con i Responsabili infermieristici il personale infermieristico sia per **l'attività ordinaria** (gestione turni, controllo approvvigionamento e consumo, controllo standard normativi, gestione protocolli) sia **l'attività periodica** (aggiornamento professionale, aggiornamento tecnologico, formazione del personale, riunioni di reparto).

Il responsabile dell'U.O. nel tendere alla realizzazione della quota parte di competenza degli **obiettivi aziendali** tiene conto di alcune variabili quali:

- panorama domanda/offerta del mercato in relazione agli obiettivi
- applicazione standard normativi
- confronto con il mercato delle professioni sanitarie
- modalità di erogazione del budget
- nascita di nuovi soggetti erogatori

#### **3.9.4 La comunicazione interna**

nei rapporti di **comunicazione interna** si modula con alcuni criteri tra i quali

- filtrazione del contenuto del messaggio
- personalizzazione
- gradualità della notizia
- modulazione nel senso che tiene conto del grado di empatia

inoltre in relazione alle motivazioni finali della **comunicazione** utilizza anche altri criteri tra i quali:

- caratteristiche psicologiche dell'interlocutore
- ruolo professionale
- grado di partecipazione alla "vita" della struttura
- livello di coinvolgimento individuale agli obiettivi
- grado di aderenza al sistema organizzativo e funzionale dell'azienda

## **4. AZIENDA OSPEDALIERA “OSPEDALE NIGUARDA CÀ GRANDA”**

### **4.1 Premessa.**

A seguito del processo di riorganizzazione generale della sanità, avviato in Italia dai decreti legislativi 502/1992 e 517/1993, ed in particolare in conseguenza della legge regionale lombarda dell'undici luglio 1997 n. 31, la struttura sanitaria di Milano-Niguarda è stata costituita come azienda ospedaliera pubblica ed ha assunto la denominazione “Ospedale Niguarda Cà Granda”.

Ne consegue che, in quanto azienda pubblica, la struttura ha dovuto adeguarsi ai cambiamenti introdotti dai decreti di riforma del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale. In particolare, la dirigenza ha dovuto modificare il proprio *modus operandi* al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi insiti nel processo di aziendalizzazione: agire nel contesto normativo pubblico, attenersi ai moderni criteri di gestione, individuare gli obiettivi aziendali con stretto riferimento a quelli regionali, effettuare una ricognizione delle criticità presenti e procedere ad una pianificazione degli interventi da adottare, reperire in via prioritaria la più ampia gamma possibile di informazioni riguardanti l'azienda stessa.

### **4.2 La struttura aziendale.**

L'azienda sanitaria comprende le seguenti strutture:

- il Presidio Ospedaliero, con 1234 posti letto per la degenza ordinaria e 144 di Day Hospital.

La struttura nel suo complesso ha ben 60 anni di vita e non è mai stata oggetto di ristrutturazioni radicali, se non in alcuni settori. Per questa ragione nell'ambito del presidio esistono reparti in cui il comfort è più adeguato rispetto ad altri, che risultano meno accoglienti. Il presidio è, inoltre, inserito in un contesto

fortemente urbanizzato e ben servito dalle infrastrutture (strade, trasporti pubblici, ...) dell'area metropolitana milanese nord-orientale;

- l'ex Ospedale Psichiatrico "Paolo Pini";
- l'Unità Operativa di Psichiatria di via Besta;
- l'Istituto di "Villa Marelli";
- il Poliambulatorio di via Cherasco;
- il Poliambulatorio di via Farini;
- il Poliambulatorio di via Gola;
- il Poliambulatorio di via Ippocrate;
- il Poliambulatorio di via Livigno;
- il Centro Pneumocardiologico di via Pitteri;
- il Centro di Otofoniatria di via Ragusa.

L'organigramma dell'azienda ospedaliera prevede al vertice della struttura un Direttore Generale, nominato con delibera della Giunta Regionale, da cui dipendono il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario.

Le funzioni del Direttore Amministrativo attengono alla direzione dei servizi amministrativi dell'azienda. Il suo parere deve essere necessariamente richiesto in via preventiva dalla Direzione Generale con riferimento a tutti gli atti relativi alle materie di sua competenza. Al Direttore Amministrativo rispondono la Direzione Amministrativa del Presidio Ospedaliero e quella delle strutture sanitarie afferite.

Il Direttore Sanitario, invece, presiede il Consiglio dei Sanitari, dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari e dà parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di sua competenza. Dal Direttore Sanitario dipendono la Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero e quella delle altre strutture che compongono l'azienda.

La Direzione Generale si avvale del supporto fornito in primo luogo dal Nucleo di Valutazione, che individua i parametri di riferimento per valutare costi e rendimenti, grado di realizzazione degli obiettivi, corretta ed economica gestione

delle risorse, e secondariamente dell'apporto dell'Ufficio di Programmazione e Controllo di Gestione, che assolve al compito di sviluppare e gestire gli strumenti e le tecniche fondamentali del controllo direzionale.

Svolgono, invece, funzioni direzionali di supporto le seguenti strutture:

- Ufficio di Segreteria Generale della Direzione Generale;
- Ufficio per le Attività Tecniche e per la Gestione del Patrimonio;
- Ufficio per la Politica del Personale;
- Ufficio per la Promozione della Cultura Professionale ed Aziendale;
- Ufficio per la Pianificazione degli Approvvigionamenti;
- Ufficio per il Sistema Informativo Aziendale e per la Progettazione delle Reti Informatiche;
- Ufficio per le Pubbliche Relazioni e i Diritti del Cittadino;
- Ufficio Marketing e Attività Commerciali;
- Ufficio Miglioramento Continuo della Qualità;
- Servizio di Protezione e Prevenzione.

Le altre strutture operative aziendali sono articolate in dipartimenti, dotati di autonomia organizzativa ed economico-finanziaria e quindi della gestione diretta delle proprie risorse umane, tecnologiche e finanziarie. Più in generale lo schema di riorganizzazione su base dipartimentale è quello delineato dalla Giunta Regionale della Lombardia nella DGR n. VI/38238 del 6 agosto 1998. In ogni caso, il riassetto della struttura aziendale è stato posto in essere per perseguire finalità ben precise: la maggiore velocità dei processi gestionali, una migliore pianificazione dell'attività svolta, l'ottimizzazione nell'uso degli spazi e delle attrezzature, il confronto e l'integrazione fra specialisti, il miglioramento dell'assistenza sanitaria e del comfort alberghiero.

Attualmente sono previsti tredici dipartimenti per l'area sanitaria e due per quella amministrativa. I dipartimenti sono stati costituiti tenendo in considerazione le esperienze organizzative in tal senso già sviluppate dall'azienda, la necessità di

favorire la massima integrazione fra le attività ospedaliere e quelle territoriali, l'opportunità di attribuire ad ogni dipartimento un adeguato volume di risorse sufficiente a consentire reali sperimentazioni gestionali, la possibilità di unificare gli spazi attribuiti a ciascuna struttura.

I dipartimenti indicati nel Piano Strategico Aziendale prodotto dall'A.O. a loro volta raggruppano le diverse unità operative secondo lo schema che segue:

#### Dipartimento Cardiologico

(Anestesiologia e Rianimazione I; Anestesiologia e Rianimazione II; Anestesiologia e Rianimazione III; Cardiochirurgia; Cardiologia I e Terapia Intensiva Cardiologia; Cardiologia II (Trapianti); Cardiologia III (Elettrofisiologia e Emodinamica); Cardiologia Pediatrica; Chirurgia Vascolare).

#### Dipartimento di Chirurgie Generali e Specialistiche

(Chirurgia Generale e dei Trapianti; Ortopedia; Oculistica; Odontostomatologia e Chirurgia Maxillofacciale; Otorinolaringoiatria).

#### Dipartimento di Emergenza e Accettazione

(Anestesiologia e Rianimazione; Chirurgia Plastica; Chirurgia Generale e d'Urgenza; Medicina d'Urgenza, Traumatologia, Centro antiveneni).

#### Dipartimento Materno – Infantile

(Oculistica Pediatrica; Chirurgia Pediatrica; Ostetricia e Ginecologia; Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale; Pediatria).

#### Dipartimento di Medicina e Riabilitazione

(Medicina Generale “Brera”; Medicina Generale “Bizzozero”; Medicina Generale “Gatti Castoldi”; Medicina Generale “Vergani”; Terapia Fisica e Riabilitazione; Reumatologia).

#### Dipartimento di Medicina Specialistica

(Endocrinologia e Malattie Metaboliche; Dietetica e Nutrizione Clinica; Epatologia e Gastroenterologia; Malattie Infettive).

Dipartimento di Nefrologia, Dialisi e Urologia

(Nefrologia, Dialisi e Terapie del trapianto renale; Urologia).

Dipartimento di Oncologia ed Ematologia

(Oncologia medica; Ematologia e Medicina trasfusionale; Medicina nucleare; Radioterapia).

Dipartimento Cardiorespiratorio

(Chirurgia toracica; Broncopneumotisiologia; Cardiologia).

Dipartimento di Salute mentale

(Psichiatria n. 46; Psichiatria n. 47; Psichiatria n. 50).

Dipartimento di Scienze neurologiche

(Anestesiologia e Rianimazione IV; Terapia Chirurgica dell'epilessia; Neurochirurgia; Neuroradiologia; Neurologia; Unità spinale).

Dipartimento di Patologia clinica

(Anatomia e Istologia patologica; Laboratorio di analisi; Microbiologia).

Dipartimento di Radiodiagnostica e di Radioterapia

(Diagnostica per immagini).

Dipartimento Servizi amministrativi

Dipartimento Risorse umane

**4.3 La mission aziendale.**

Gli elementi individuati dall'Azienda quali punti di forza per l'analisi e la progettazione sono in realtà degli **obiettivi strategici (o.s.)**.

L'azienda, infatti, alla luce della L.R. 31 del 1997 dovrà competere in un regime concorrenziale con realtà assistenziali composite. Il privilegio di struttura monopolistica da sempre riservato alle strutture pubbliche operanti sul territorio nazionale non è più così scontato; individuare possibilità e limiti diviene una sorta di imperativo categorico cui obbedire anche nel contesto delle previsioni del P.S.N. '98-2000 che riconosce alle regioni ed alle aziende un ruolo preminente nella

programmazione, produzione ed erogazione dei servizi sanitari, anche attraverso un rapporto più stretto con gli operatori, i cittadini, le associazioni di volontariato.

Ai sensi del D.M. 14/1/97 per Niguarda l'o.s. primario è la predisposizione del piano di adeguamento dei requisiti tecnologici e strutturali ai parametri previsti per l'accreditamento delle strutture sanitarie e comunque almeno inizialmente a quelli "minimi" (migliorando anche il livello della c.d. recettività alberghiera. Ciò non può prescindere da un'attenta analisi con tendenza al pareggio del bilancio finanziario (che si vorrebbe realizzare entro il 2002) .

Altri importanti o.s. sono legati all'adeguamento alle norme ISO 9000 in tutte le fasi (dalla organizzazione alla erogazione di prestazioni) contestuale potenziamento dei c. d. settori di eccellenza (patologie cardio-polmonari, neurochirurgia, trapianti d'organo, oncoterapia ed onco-chirurgia).

Tra le strategie future l'Azienda, da controllare sistematicamente, c'è anche l'introduzione del Sistema Qualità, migliorando la comunicazione interna ed esterna a tutti i livelli, con l'obiettivo primario di coinvolgere tutti nel creare la "cultura della qualità" per il miglioramento continuo, individuando i processi più critici, riprogettandone quelli prioritari sanitari, (es. DRG, prestazioni ambulatoriali) ed amministrativi (contabilità analitica) per riequilibrare il disavanzo (entrate-uscite).

Altro o.s. lo sviluppo del settore Emergenza ( dal centro antiveneni, al centro grandi ustioni, dalle emergenze cardio-neurologiche, alla chirurgia d'urgenza traumatologica, generale, psichiatrica). Infatti nella tradizione dell'Ospedale Niguarda rientra la risposta qualificata all'emergenza , polo di attrazione e riferimento territoriale ed extraterritoriale.

Sempre in tale contesto va inserita l'apertura di una unità spinale integrata con NCH e fisioterapia per la riabilitazione neurologica ed urologica.

L'azienda intende poi da un lato riorganizzare le specialità di base al fine di ridurre le giornate di degenza e garantire appropriatezza dei ricoveri , potenziando il D.H. ed il D.S. (con futura organizzazione dipartimentale per più

Unità Operative ), l'A.D.I. ( in accordo con l'ASL di Milano) e dall'altro ampliare la diagnostica ambulatoriale extraospedaliera utilizzando un centro unico di prenotazione per l'accesso ai poliambulatori .

In tale ambito si pone la riconversione (già intrapresa) dell'ex Ospedale Psichiatrico P. Pini ed il potenziamento della recettività di strutture residenziali e semiresidenziali al fine di ospitare i pazineti psichiatrici, mediante un progetto sperimentale di concessione a privati dell'area per la realizzazione e gestione di una R.S.A. In tal modo si ridurrà l'occupazione"impropria dei reparti di riabilitazione e di geriatria. ”

L'azienda ospedaliera opera nell'ambito cittadino e provinciale come erogatore di servizi sanitari di base e di media complessità (medicina, chirurgia generale, cardiologia, nefrologia e dialisi, oculistica, ortopedia-traumatologia, pediatria, ostetricia-ginecologia, urologia, psichiatria, diagnostica per immagini e di laboratorio, emergenza 118).

In ambito regionale ed extra-regionale la struttura eroga prestazioni nel settore dell'emergenza (grandi ustioni, centro anti-veleni) e dell'attività di eccellenza (cardiologia e cardiocirurgia, neurologia con unità spinale, malattie dell'apparato respiratorio, oncologia, trapianti di rene – fegato – polmone – midollo – tessuti, chirurgia per epilessia, camere iperbariche).

A titolo esemplificativo è possibile delineare il posizionamento della struttura mediante il ricorso ad alcuni indicatori su dati pubblici relativi al 1988. In quell'anno l'ospedale di Niguarda ha effettuato complessivamente circa 66.500 ricoveri di cui:

- 39.794 in regime ordinario (35.575 deg > 0/1g e 4.219 deg = 0/1g 10,6 %) con per i casi > di 0/1 g degenza media osservata di 11 g ; degenza media trimm. 9,5; % di casi chirurgici = 35,5 %; peso medio = 1,2712;
- 26.512 in regime diurno
- 238 riabilitazione/lungo-degenza

La provenienza dei ricoverati per i casi con degenza > di 0/1 g è così scomponibile:

- residenti stessa ASL            n° 18.103 (50.9% );            Deg. M. 11,3; Peso M 1,176;
- residenti altra ASL            n° 13.287 (37.3%);            Deg. M. 10,3; Peso M 1,328;
- residenti altra regione        n° 3.313 (9.3 %);            Deg. M. 12,5; Peso M 1,608;
- residenti estero            n° 872 (2.5 %);            Deg. M. 11,4; Peso M 1,103;

#### **4.4 La strategia aziendale.**

Un primo strumento utile per valutare concretamente la strategia adottata dalla dirigenza è il piano aziendale del giugno 1998. A tale documento è allegata una valutazione comparatistica dei volumi di attività erogati dai singoli dipartimenti, nonché la stima del profilo costi-ricavi per ogni singola struttura. Le schede relative ad ogni dipartimento indicano le risorse in posti letto e personale, l'attività di ricovero sviluppata nel 1997, i DRG rilevati con maggior frequenza nei dimessi, quelli per cui si è rilevato una maggiore capacità di attrazione per i pazienti provenienti da altre province e regioni, i ricavi ed i costi diretti (derivanti da risorse consumate direttamente dalle unità operative) e indiretti (costi dei servizi amministrativi, di supporto e generali).

Da questo documento si ricava che nell'esercizio relativo al 1997 tutti i dipartimenti risultavano in disavanzo. Tuttavia, limitando la comparazione costi-ricavi ai soli costi diretti (personale, prestazioni libero-professionali, acquisto di servizi sanitari interni, beni di consumo, altro), si può osservare che alcuni dipartimenti avevano realizzato già nel 1997 un margine di contribuzione positivo al bilancio complessivo dell'azienda, riuscendo così a ripagare i propri costi diretti ed a contribuire alla copertura di quelli indiretti.

Per quanto concerne le tendenze in atto al 1998 e le prospettive di sviluppo ipotizzate per i singoli dipartimenti negli anni a venire, nel piano aziendale del 1998 si delineava la necessità di contenere il numero e la durata dei ricoveri ospedalieri per limitare al massimo situazioni stressanti per i pazienti e individuare al contempo percorsi assistenziali meno onerosi sotto il profilo economico. Analoghe considerazioni di efficienza ed efficacia portavano a riconoscere la necessità di migliorare le condizioni del servizio alberghiero, sì da rapportarlo alla qualità dei trattamenti sanitari erogati. Infine, veniva sottolineata la necessità incrementare la capacità di attrazione – specialmente sovraregionale – e di perseguire un deciso incremento delle attività ad alta specializzazione, vista la possibilità dell'azienda di offrire una gamma pressochè completa di prestazioni disponendo al contempo di un ampio spettro di specialità cliniche.

Un altro strumento indispensabile per valutare i punti di forza e di debolezza della strategia aziendale relativa al medio e lungo periodo è il piano triennale del 1999, dove sono individuati gli obiettivi generali di carattere prioritario da perseguire fino al 2002.

Secondo tale documento le scelte di un'azienda pubblica come Niguarda devono essere orientate a fronteggiare in primo luogo la domanda globale di salute della clientela che si rivolge alla struttura e secondariamente a soddisfare gli eventuali bisogni altamente qualificati dei clienti stessi attraverso la tipizzazione e diversificazione delle prestazioni specialistiche che richiedono elevata professionalità.

In particolare, è evidente che l'impostazione adottata nel progetto di riorganizzazione dell'azienda consegue ad un'attenta analisi delle potenzialità e delle criticità che emergono in sede di gestione della struttura (elevata media del peso dei DRG prodotti; bassi tassi di occupazione dei posti letto, in particolare in alcune discipline chirurgiche e in area pediatrica, ed elevati intervalli di *turnover*; consistenti liste di attesa, soprattutto nella specialistica ambulatoriale; attiva presenza del volontariato; investimenti programmati in corso di completamento

(DEA, Unità Spinale, ...); attivazione dei dipartimenti; discontinuità dei vertici aziendali; struttura edilizia a padiglioni; carenti condizioni ricettivo – alberghiere; attrezzatura tecnologica obsoleta; tetti di attività stabiliti dalla regione; assenza di una reale cultura economica di gestione, a causa della scarsa aderenza dell'azione del *management* ai parametri di efficacia ed efficienza; prevalente burocratizzazione dei processi amministrativi; incompleta realizzazione del progetto informatico; attività di pianificazione, di programmazione e di controllo di gestione assolutamente inadeguata.).

Ne consegue che le diverse ipotesi di intervento delineate nel piano triennale sono incentrate su alcune specifiche aree d'azione:

- programmazione e controllo di gestione
- risanamento del bilancio aziendale
- riorganizzazione gestionale e strutturale dell'azienda sanitaria ospedaliera e territoriale (poliambulatori)
- assistenza psichiatrica
- area amministrativa (sperimentazione gestionale in collaborazione con soggetti privati)
- sistema logistico
- sistema informatico
- flussi informativi
- indicatori di attività (reportistica)
- prevenzione e sicurezza
- sistema qualità (certificazione Iso 9000)

In realtà, il processo di **riorganizzazione si trova ancora ad un livello di macroprogettazione settoriale**, peraltro in **continuo rimaneggiamento** e quindi non ancora pienamente esecutivo.

Dall'esame del piano triennale risulta che secondo la strategia aziendale tra gli obiettivi prioritari da perseguire vi è in primo luogo il conseguimento

dell'**equilibrio economico-finanziario**. La necessità di raggiungere questo *target* ha comportato in primo luogo l'introduzione e lo sviluppo della contabilità economico-patrimoniale, della contabilità analitica per centri di responsabilità (costi e ricavi) e del controllo di gestione.

L'adozione di tali strumenti ha reso possibile intraprendere un'azione di contenimento dei costi, che ha comportato a sua volta una migliore razionalizzazione delle risorse disponibili, una riorganizzazione interna di carattere amministrativo, nonché la revisione delle procedure di acquisizione dei beni e dei servizi ed il conseguente sviluppo dell'approccio contrattualistico. Allo stesso tempo sono state sviluppate le attività ed i servizi alternativi al ricovero ordinario. Infine, la dirigenza ha operato in modo da perseguire un maggiore coinvolgimento del personale nell'erogazione delle prestazioni e questo al duplice scopo di migliorare la qualità del servizio al pubblico e di far crescere contestualmente l'indice di attrazione (con il conseguente incremento dei ricavi di esercizio).

Un altro elemento degno di nota che emerge dalla disamina del piano strategico aziendale concerne la previsione relativa alla produzione di **prestazioni specialistiche**. La scelta della direzione aziendale è stata quella di impostare le politiche di produzione sulle previsioni relative ai regimi per acuti (ricovero ordinario, day-hospital e ambulatorio) ed all'attività di riabilitazione. In particolare, secondo le previsioni la riorganizzazione dell'azienda verso la dipartimentalizzazione dovrebbe comportare una riduzione del numero di ricoveri ordinari ed una contestuale implementazione dell'attività di day-hospital, day-surgery e week-hospital.

Gli indicatori scelti per effettuare l'analisi quantitativa dello sviluppo dell'attività in regime di ricovero ordinario e di day-hospital sono il punto distinto su residenti e non residenti, il peso medio, i casi medici (con peso  $> 0 = 0,683$  oppure  $< 0,683$ ) ed i casi chirurgici (con peso  $> 0 = 0,965$  oppure  $< 0,965$ ).

Tabella a). Previsione di sviluppo dei ricoveri ordinari.

	Punti equivalenti residenti	Punti equivalenti non residenti	Peso medio	Casi medici $\geq 0,683$	Casi medici $< 0,683$	Casi chir.ci $\geq 0,965$	Casi chir.ci $< 0,965$
<b>1996</b>	42.439	6,121	1.249	12,811	9,678	6,919	6,174
<b>1997</b>	44.979	7,315	1.310	14,017	9,098	7,163	6,339
<b>1998</b>	43.264	7,511	1.309	13,326	8,977	7,081	5,624
<b>1999</b>	45.150	7,838	1.342	13,652	9,198	7,141	5,672
<b>2000</b>	47.035	8,165	1.375	13,977	9,420	7,202	5,721
<b>2001</b>	48.920	8,429	1.408	14,302	9,641	7.263	5,769

Tabella b). Previsione di sviluppo del servizio di day-hospital.

	Punti equivalenti Residenti	Punti equivalenti NON Residenti	Casi medici	Valore medio casi medici	Casi chir.ci	Valore medio casi chir.ci
<b>1996</b>	4,393	319	25,519	736	3,763	1,358
<b>1997</b>	5,622	455	23,348	931	4,005	2,266
<b>1998</b>	7,433	554	24,430	1,274	3,704	2,531
<b>1999</b>	6,782	505	22,566	1,186	4,093	2,486
<b>2000</b>	6,185	461	20,703	1,099	4,482	2,440
<b>2001</b>	5,641	420	18,839	1,012	4,872	2,395

Come emerge dalle tabelle allegate la proporzione di casi chirurgici in sede di ricovero ordinario è prevista nei reparti chirurgici non inferiore al 70%, nei reparti con attività in urgenza ed emergenza al 60%, e nei reparti con attività di elezione all'80%. Si prevede, inoltre, un aumento della attività chirurgica con correlato aumento di maggiore complessità, peso medio, della casistica e della durata di degenza. I casi 0/1 giorno ( non deceduti e non trasferiti) sono previsti al 5% con una netta riduzione e spostamento di casistica ad un livello di assistenza più adeguato. L'indice di saturazione è quello minimo previsto dalla normativa vigente per i reparti sotto tale limite.

La gestione di tipo dipartimentale dell'attività in regime di day-hospital dovrebbe comportare a sua volta un aumento delle prestazioni erogate in tale sede

e contribuire in tal modo a ridurre i casi di ricovero ordinario con un conseguente più appropriato uso di questo regime.

Tra i problemi critici connessi alla riorganizzazione dell'azienda è certamente rilevante l'aspetto relativo alla gestione delle **risorse umane** e conseguentemente la difficoltà di identificare criteri e strumenti che consentano di razionalizzare l'impiego delle dotazioni organiche.

Da questo punto di vista il piano triennale si propone di promuovere una nuova "cultura del personale", che consenta ai singoli dirigenti di valutare correttamente la qualità delle risorse umane necessarie e disponibili ed all'Ufficio del personale di formulare le strategie necessarie per valorizzare, responsabilizzare e coinvolgere i dipendenti nella realizzazione del piano strategico stesso. La gestione delle risorse umane deve quindi promuovere la professionalità del personale, mediante l'attuazione di programmi di formazione e aggiornamento, la valorizzazione delle risorse professionali di ogni ordine e grado già presenti in azienda, l'attivazione di meccanismi incentivanti. Allo stesso tempo si riconosce la necessità di elaborare piani di reimpiego del personale che dovesse risultare in soprannumero, attraverso la riqualificazione ad altra attività l'impiego in realtà alternative e/o integrative del ricovero.

Per quanto concerne l'incidenza del personale nella formazione dei costi relativi al triennio 1999-2001 va rilevato in primo luogo che la spesa complessiva nel 1998 risultava così composta:

Competenze fisse Ruolo Sanitario	£. 124.000.000.000
Ruolo Professionale	£. 555.500.000
Ruolo Tecnico	£. 38.407.000.000
Ruolo Amministrativo	£. 11.671.000.000
Competenze accessorie	£. 57.276.500.000
Oneri Contributivi	£. 65.630.000.000
I.r.a.p.	£. 20.210.000.000
Indennità fine servizio e fondo integrativo pensione	£. 6.000.000.000
Medici Sumaisti	£. 7.300.000.000
<b>Totale spesa 1998</b>	<b>£.331 .050.000.000</b>

Per gli anni 1999, 2000 e 2001 la previsione di spesa per il personale, seguendo le indicazioni regionali di contenimento della stessa, è stata così articolata:

Voce	1999	2000	2001
Costo del personale 1998	331.050	331.050	331.050
Costo del personale in esubero	-21.061	-19.587	-18.216
Costo del personale da assumere	14.215	10.569	3.646
Sub-totale	324.204	322.032	316.479
Costo del personale in esubero	21.061	19.587	18.216
Turnover non sostituito 7% annuo	-1.474	-1.371	-1.275
<b>Totale spesa</b>	<b>343.791</b>	<b>340.248</b>	<b>333.421</b>

Per quanto riguarda il sistema di **programmazione e controllo** il piano aziendale del 1999 riconosce la necessità di monitorare costantemente l'attività svolta e di valutare fino a che punto essa sia in grado di consentire il conseguimento degli obiettivi prefissati. In caso di non coincidenza dei risultati effettivi con quelli programmati si dovranno individuare le cause di tale scostamento, in modo da poter poi individuare le azioni correttive necessarie per raggiungere l'obiettivo prefissato.

In questo contesto particolare attenzione è riservata alla rilevazione dei costi, poichè da essa dipendono l'uso responsabile da parte della dirigenza delle risorse assegnate, la formulazione del bilancio di previsione, la scelta fra alternative di acquisto o produzione, la determinazione dei prezzi delle prestazioni eseguite, l'utilizzo dei dati per la gestione del *budget*.

Il corretto funzionamento del controllo gestionale è assicurato dall'attivazione di un sistema di flussi informativi interno all'azienda, nonché di un sistema di rilevazione degli indicatori di attività (flussi economici, risorse impiegate, servizi prodotti, risultati raggiunti).

#### **4.5 Il dipartimento cardiologico "Angelo de Gasperis"**

#### **4.1 Cenni storici.**

Le tappe storiche che hanno portato all'istituzione del dipartimento cardiologico sono scandite in primo luogo dalla creazione nel 1956 da parte del Professor Angelo De Gasperis della prima divisione di chirurgia cardiotoracica italiana. Dopo la costituzione di una divisione di cardiologia (1962) e di una divisione di chirurgia toracica (1981), nel 1987 è stato istituito il dipartimento "De Gasperis", raggruppando le unità operative preesistenti.

Purtroppo le caratteristiche strutturali dei reparti sono sostanzialmente rimaste immutate dalla loro fondazione (1938): ne consegue che rispetto ad altre strutture, soprattutto private, l'aspetto alberghiero e' spartano, in particolare se si esaminano il numero di posti letto per stanza, la conseguente mancanza di privacy, il numero di servizi igienici. Al contrario, una miglior assistenza e degenza sono garantite nelle stanze di degenza sub-intensiva, ove, grazie ad un monitoraggio all'avanguardia, e' possibile garantire un buon decorso nelle prime giornate post-operatorie.

#### **4.2 Struttura attuale**

Sotto la guida di un direttore il dipartimento è attualmente composto dalla sinergica attività delle seguenti unità operative:

2 Divisioni di Cardiologia, ognuna dotata di Unità di Cura Intensiva Coronarica, di letti di degenza post-intensiva e di un ambulatorio per pazienti esterni. Alla prima divisione fa inoltre capo il Centro Cardio-Trapianti e un Day Hospital; alla Seconda Divisione una "Hypertension Clinic";

1 Divisione di Cardio-Chirurgia, con 4 camere operatorie, letti di degenza e ambulatorio;

1 Divisione di Chirurgia Toracica, con 4 camere operatorie, letti di degenza e ambulatorio;

1 Servizio di Cardiologia Pediatrica con letti di degenza e ambulatorio;

1 Servizio centrale di Cardiologia, dotato di Day Hospital e ambulatorio;

1 Servizio di Elettrofisiologia diagnostica e interventistica, con letti di degenza e ambulatorio;

1 Servizio di Anestesia e Rianimazione con Unità di Terapia intensiva post-chirurgica;

1 Divisione di Pneumologia con letti di degenza intensiva e comune, Day Hospital e ambulatorio.

#### **4.3 Attività assistenziali.**

Il Dipartimento "De Gasperis" è in grado di offrire una completa valutazione diagnostica ed un trattamento adeguato, medico o chirurgico, di tutte le principali malattie cardiache e polmonari, congenite o acquisite, nel bambino come nell'adulto.

##### **- *Cardiochirurgia.***

Con servizi di degenza ordinaria, day-hospital ed ambulatorio interno, rispetto agli esordi la divisione ha notevolmente potenziato la propria attività. Nel 1997, ad esempio, sono stati eseguiti 1403 interventi, il 19% dei quali in condizioni di emergenza-urgenza: tra questi 252 per correzione di cardiopatie congenite e 51 per trapianti di cuore.

La parte numericamente più consistente degli interventi è data dalle procedure di rivascularizzazione miocardica mediante by-pass venosi e arteriosi, seguiti dall'innesto di valvole artificiali e dalla riparazione di aneurismi dell'aorta toracica.

A partire dal 1988 sono state anche eseguite 35 procedure di assistenza di circolo di tipo ventricolare come "bridge" per il trapianto cardiaco.

##### **- *Cardiologia Pediatrica.***

La diagnosi e la terapia delle cardiopatie congenite sono parte integrante della storia del centro Angelo De Gasperis, fin dall'inizio dell'attività nel 1956.

Nell'ottobre 1981 è stato inaugurato il servizio autonomo di Cardiologia Pediatrica (degenza ordinaria; day hospital; ambulatorio) con finalità di valutazione e terapia di problematiche cardiologiche in età pediatrica, essenzialmente cardiopatie congenite, aritmie, cardiomiopatie e valvulopatie.

Nel corso degli anni il reparto ha anche assorbito la competenza che riguarda il trattamento di pazienti adulti affetti da cardiopatia congenita, operati e non. Attualmente vengono eseguiti circa 700 ricoveri per anno, con circa 200 fra interventi cardiocirurgici e procedure di cardiologia interventiva (valvuloplastiche aortiche e polmonari, angioplastiche di rami polmonari o di coartazioni aortiche, chiusura di dotti e difetti interatriali con devices, procedure di ablazione con radiofrequenza per patologie con aritmia).

L'attività diagnostica invasiva (con la cardiologia interventiva) e quella non invasiva (Ecocardiografia-color-doppler, Holter, Test ergometrico, Test ergometrico con determinazione del consumo di O<sub>2</sub>, Tilt-up-test, studio elettrofisiologico transesofageo) eseguita per pazienti ricoverati e non, viene sostenuta completamente dal personale medico della Cardiologia Pediatrica.

Accanto all'attività destinata ai pazienti ricoverati viene svolta, sempre dai medici del reparto, un'attività ambulatoriale quotidiana che comprende sia le visite che gli esami strumentali incruenti.

### **- *Chirurgia Toracica.***

La Divisione di Chirurgia Toracica del Dipartimento A.De Gasperis è stata istituita nel 1981, quando l'evoluzione della specialità ne ha determinato la necessità di separazione dalla cardiocirurgia e la sua autonomia.

L'attività principale rimane quella oncologica per la terapia chirurgica del cancro del polmone, dell'esofago e dei tumori mediastinici e pleurici.

La diversificazione dell'attività e la logica scelta di nuove metodiche è un impegno costante che già nel 1986 trova consensi in campo internazionale con l'utilizzo clinico dell'endoscopia operativa nel pneumotorace spontaneo.

La ricerca di nuove frontiere porta poi all'autorizzazione al trapianto polmonare a scopo terapeutico: il primo trapianto bipolmonare in Italia è stato infatti eseguito presso la nostra Divisione nel febbraio 1992.

La testimonianza dell'attività scientifica è indicata dalle numerose pubblicazioni internazionali di ricerche cliniche sulla chirurgia bronco-polmonare, pleuro-mediastinica e sulla patologia toracica e di trapianto polmonare.

Nel 1997 sono stati eseguiti 269 interventi maggiori per patologie polmonari o mediastiniche (14 in urgenza). Tra questi, 8 trapianti di polmone. Inoltre, sono stati eseguiti 820 esami di endoscopia toracica (45 in urgenza).

#### **- Anestesia e Rianimazione**

La terapia intensiva di rianimazione cardiocirurgica post operatoria consta di 12 posti-letto per pazienti operati di patologie cardiache e polmonari e per l'assistenza meccanica cardio-respiratoria.

#### **- Cardiologia.**

Entrambe le divisioni di cardiologia sono in grado di assicurare i servizi di degenza ordinaria, day hospital ed ambulatorio interno. Inoltre, sono costituite da un'unità coronarica e da sezioni di degenza post-intensiva.

Le unità coronariche, ciascuna dotata di 8 letti monitorizzati, sono in grado di offrire assistenza e terapia adeguate ai malati cardiologici critici per diverse condizioni morbose (infarto miocardico acuto e altre forme d'ischemia miocardica, scompenso cardiaco, shock cardiogeno, aritmie sostenute, embolia polmonare, dissecazione aortica, disfunzione di protesi, ecc.). Può essere eseguito lo studio emodinamico destro o l'impianto di Pace-Maker provvisori. La parte preponderante dei ricoveri in unità coronarica sono causati dall'infarto miocardico acuto, dall'angina instabile, dallo scompenso acuto o shock e dalle aritmie sostenute, sopraventricolari (in particolare la fibrillazione atriale con programma di cardioversione elettrica) e ventricolari. I pazienti che giungono in unità coronarica

con diagnosi d'infarto miocardico entro le prime ore vengono abitualmente sottoposti al trattamento trombolitico, ma per taluni sottogruppi di pazienti a rischio (con infarto anteriore o con compromissione di pompa) è prevista in alternativa un'indagine coronarografica d'urgenza, per l'attuazione di una rivascolarizzazione primaria o "rescue" con angioplastica, impianto di STENT, o mediante by-pass coronarico.

Nelle due divisioni è attiva una completa struttura diagnostica non-invasiva, per pazienti interni e ambulatoriali (ecocardiografia basale e dopo stress (sforzo, dobutamina, dipiridamolo); ecocardiografia transesofagea; prove da sforzo, anche con consumo di O<sub>2</sub>; scintigrafia miocardica, basale, da stress farmacologico o da sforzo; elettrocardiogramma - Holter; monitoraggio pressorio ambulatoriale).

Presso la prima divisione è situato il Centro Trapianti di cuore per lo screening ed il follow-up dei pazienti in attesa dell'intervento. In tale divisione opera, inoltre, un Servizio di cardiologia dotato della strumentazione completa per la diagnostica cardiologia non invasiva e rivolto sia ai pazienti già ricoverati che ad esterni. Presso la seconda divisione è funzionante una "Hypertension clinic" per la diagnosi e la terapia dell'ipertensione arteriosa.

I ricoveri nelle unità di degenza post-intensiva sono sovente motivati dalla necessità di diagnosticare l'entità del danno coronarico nella cardiopatia ischemica e i vantaggi della rivascolarizzazione miocardica. Più spesso che in passato vengono ricoverati soggetti anziani, affetti da patologie collaterali, con scompenso congestizio avanzato e con aritmie ipercinetiche o ipocinetiche.

Una volta dimessi, i pazienti che lo desiderano possono essere seguiti presso l'Ambulatorio divisionale.

### **- Emodinamica**

L'attività svolta si distingue in diagnostica (nel 1997 sono state eseguite 1693 coronarografie, oltre alle biopsie endo-miocardiche) ed interventistica (531

angioplastiche con un numero crescente di STENTS coronarici posizionati nel 1997, oltre all'esecuzione delle pericardiocentesi evacuative).

Il laboratorio di Emodinamica svolge ricerca scientifica su due livelli: 1) studi di interesse strettamente scientifico, specialmente nell'ambito della cardiopatia ischemica, sia in forma autonoma che in collaborazione in studi multicentrici; 2) studi in collaborazione con l'industria medico/farmaceutica per la registrazione di nuovi prodotti in Italia.

L'attività del Servizio viene svolta in tre sale angiografiche attrezzate per esami diagnostici (cateterismi destri e sinistri, angiografie a più livelli, coronarografia, ventricolografia destra e sinistra, angiografia polmonare, aortografia a più livelli, arteriografie e flebografie varie, biopsia endomiocardica, ecografia intracoronarica, doppler intracoronarico), procedure interventistiche, con standby chirurgico e anestesiologicalo (angioplastica coronarica ed eventuali procedure complementarie, angioplastiche periferiche, valvuloplastiche mitralica nell'adulto, pericardiocentesi, contropulsazione aortica, impianto di pace-maker transitorio), ambulatorio (attività di consulenza: valutazione della documentazione clinica ed angiografica di pazienti provenienti da altri centri per stabilire l'indicazione a rivascolarizzazione mediante angioplastica presso il nostro laboratorio).

### **- Elettrofisiologia**

E' costituita da un'attività diagnostica con studio elettrofisiologico transefageo ed endocavitario. Nel corso del 1997 gli studi elettrofisiologici sono stati 251, contro 241 Pace-Maker mono o bicamerale, oltre al crescente numero di defibrillatori transvenosi endocavitari (ICD): 25 impianti. L'attività terapeutica ablativa con radio-frequenza di foci o circuiti, che sono alla base di varie aritmie, ventricolari o sopra-ventricolari, è pure in costante e rapido incremento: 65 procedure nel 1997.

#### **4.4 Attività Amministrativa – Gestionale.**

Nel 1997, con la collaborazione del Centro Consulenze di Firenze è stato attuato il progetto ANMCO-Pfizer "De Gasperis" per la valutazione analitica dei carichi di lavoro e il budget delle varie componenti del Dipartimento. Tale programma ha consentito una più razionale conoscenza e organizzazione delle singole attività dipartimentali, in particolare per quanto riguarda il rapporto costo-beneficio e la resa organizzativa delle varie e complesse realtà operative. Si è constatato che questo tipo di rilevazione è fondamentale per un corretto confronto con i Centri decisionali dell'Ospedale.

## **5. Considerazioni generali e comparative - Conclusioni**

L'approccio pratico che ha concluso la parte teorica del corso ci ha dato la possibilità di esaminare due strutture con realtà profondamente diverse. Esse si differenziano come storia, traguardo e filosofia aziendale e processi gestionali. Inoltre è fondamentale la diversa condizione giuridica in cui le due strutture si muovono. Per valutare opportunamente dobbiamo considerare per entrambe le strutture questi aspetti genetici e funzionali, che ne hanno determinate le scelte gestionali negli ultimi decenni.

### **5.1 Cenni storici**

Entrambe le strutture sono nate in epoca antecedente alla legge 833, una di proprietà di un Ente autonomo, l'Ospedale Maggiore di Milano, l'altra come struttura prettamente privata. La struttura privata viene costruita in una situazione normativa in cui un sistema mutualistico copre i costi della erogazione delle prestazioni sanitarie erogate sia dalle strutture pubbliche che da quelle private. Nella sanità privata il pagamento diretto da parte del paziente è affiancata da un insieme di erogatori autonomi, pubblici e privati, con cui stipulare accordi singoli per il pagamento delle prestazioni erogate. Con la legge 833 questo cambia radicalmente. Vengono a cadere tutte le forme di mutualità variamente costituite per essere sostituite da un unico erogatore in regime di monopolio statale, che detta in modo unilaterale i termini degli eventuali rapporti economici. Viene a cadere pertanto ogni facoltà di trattativa da parte dell'erogatore privato nei confronti del pagatore istituzionale, persistendo un reale equilibrio di mercato solo nella sanità privata pura, ovviamente fortemente compressa dalla estensione obbligatoria a tutti i cittadini della partecipazione alla forma assicurativa pubblica del Sistema Sanitario Nazionale.

Se questo passaggio trova la struttura pubblica, per sua natura privilegiata nel rapporto con il sistema statale, ben attrezzato, passando esso da un pagamento a prestazione ad un pagamento a fondo cassa e conseguente sollievo da tutte le forme di contabilità interna correlate alle prestazioni - si nota la scomparsa o riconversione ad altra funzione degli uffici di "spedalità ospedaliera" - la struttura privata si trova ora di fronte ad un terzo pagatore unico in regime di monopolio, propenso per sua natura a privilegiare il rapporto con il pubblico e pertanto solo con difficoltà disposto ad una convenzione con il privato.

A fianco del rapporto con il terzo pagatore statale la struttura privata conserva la sua libertà di accendere rapporti diretti con l'utente pagante in proprio. Tale facoltà viene invece fortemente repressa, in conformità alla sensibilità politica dell'epoca, nella struttura pubblica, in cui vengono chiusi, e a volte riconvertiti, a volte smantellati.

Alla uniformità di struttura del pubblico, garantito dal Sistema Sanitario Nazionale, fa fronte nel privato una realtà doppia: una convenzionale, ove accettata dalla USL, in cui il potere monopolistico del terzo pagatore statale fissa i rimborsi, ed una privata pura con pagamento "out of pocket" da parte del paziente, caratterizzata da una competizione di mercato molto acuta e molto dura, vista l'esiguità della richiesta, con evidenti riflessi sulla qualità globale, sanitaria ed alberghiera della prestazione erogata. In tutto questo la struttura privata resta incardinata nel diritto civile, può seguire strade imprenditoriali ed è sufficientemente libera nella politica del personale da poter mantenere un accettabile livello qualitativo e di resa lavorativa. Gli amministratori sono espressione della proprietà e possono venire scelti liberamente in base alla propria capacità operativa ed incentivati o disincentivati in base ai risultati. La struttura pubblica mantiene invece un inquadramento giuridico nel diritto amministrativo e recluta il proprio personale, dai livelli massimi fino a quelli minimi, tramite concorsi anonimi e immissione in rapporti di lavoro "di ruolo", e pertanto inscindibili, impermeabili alla resa lavorativa effettiva. La struttura di diritto pubblico con l'entrata in vigore della L.833 trova un pagatore assicurato, svincolata da elementi di rapporto di gradimento tra erogatore e fruitore del servizio, ma basato su alcuni parametri fissi, come il tasso di occupazione letti. Il paziente accede alla struttura su una base di scelta obbligata, trattenendo solo il diritto di scegliere tra strutture pubbliche di diversa sede topografica. Il livello qualitativo raggiunto non è esito della spinta del mercato, non è conseguente ad una pressione da parte dell'utente, ma a fattori più impalpabili, come l'orgoglio di un primario, la diligenza spontanea di un amministrativo ed il senso di appartenenza da parte del personale medico ed infermieristico, ove esistenti. Certo che una tale integrazione partecipativa era più facilmente concretizzabile nelle strutture minori, come gli ospedali zonali, che in quelle maggiori e più anonime. Non per nulla nel caso del Niguarda la esigenza di ricreare un senso di

partecipazione e di percezione di una finalità comune nel personale viene percepito giustamente come una esigenza prioritaria.

In quest'ultimo caso ci troviamo di fronte ad una ulteriore peculiarità. Esso, fino allo scorporo, faceva parte dell'Ospedale Maggiore di Milano, grande struttura organizzativa con forti legami con l'Università e una tradizione plurisecolare di eccellenza sanitaria. Con l'avvicinarsi della legge 833, che tra l'altro pone gli Enti Ospedalieri sotto un unico regime, quello della USL, espropriandone i patrimoni, l'Ospedale Maggiore affronta un problema importante. Esso è infatti titolare di grandi possedimenti, donati nei secoli all'Ospedale per l'assistenza dei poveri e malati, donazioni spesso fatte con precisi obblighi. Questi beni non erano pertanto indirizzabili altrove e la salvaguardia della destinazione ospedaliera richiedeva uno statuto speciale, diverso dal semplice trasferimento ad altra gestione pubblica. A questi si aggiungeva il lungo rapporto con l'Università, che vedeva in quegli anni nell'Ospedale Maggiore il suo principale punto di insegnamento.

Data la sensazione diffusa al tempo tra gli amministratori dell'Ospedale Maggiore che il nuovo inquadramento degli Ospedali nella struttura delle nascente Unità Sanitarie Locali fosse inadatto a mantenere le finalità assistenziali e scientifiche della struttura, si arrivò allo scorporo dell'Ospedale Maggiore, con la destinazione del Niguarda (come del San Carlo) alle specifiche funzioni assistenziali come Ospedale Regionale, e il mantenimento di uno statuto speciale, più idoneo a conservare la funzione come ospedale di ricerca e atto a salvaguardare il patrimonio ospedaliero, l'IRCCS, dell'antico nucleo, del Policlinico. Il Niguarda si trova così privato della funzione di insegnamento, ma rimasero comunque medici educati non solo all'assistenza, ma anche alla ricerca e ad un senso dell'eccellenza, rimase anche tutto il corpo amministrativo ereditato dalla secolare gestione autonoma della struttura. Si assiste pertanto ad un mantenimento netto della eccellenza sanitaria, con un decadimento rapido e drammatico dei servizi ausiliari, come le prestazioni alberghiere. Non percependo la necessità di sostenere la propria competitività, sostenuta sia dal finanziamento indipendente sia dalla eccellente fama sanitaria ereditata dalla precedente struttura, l'investimento nei servizi alberghieri era considerato di secondaria importanza.

## **5.2 Filosofia organizzativa moderna**

Il primo terremoto giunge nell'isola di pace delle strutture pubbliche con la legge 502, che introduce il pagamento non più a fondo cassa, ma a prestazione, anche per il pubblico. La struttura privata, allenata da sempre ad essere pagata per prestazione e dotata di contabilità economico-patrimoniale, si adegua senza eccessivi scossoni, quando la struttura pubblica ne viene radicalmente sconvolta. Questo viene aggravata dal fatto che dove fino al 1980 esistevano gli uffici di speditività, che controllavano i flussi delle prestazioni ed i pagamenti da parte delle mutue, ora erano rimasti solo smilzi uffici sopravvissuti più per ragioni di assunzione a ruolo del personale che per vera funzione. Il sistema della contabilizzazione delle prestazioni, già presente prima della introduzione del Sistema Sanitario Nazionale, seppur in forma polimorfa, veniva ora percepito come una cosa di sconvolgente novità dai funzionari che avevano perso la memoria storica di tale processo.

Così ora la struttura si vede costretta a re-istituire un sistema interno di controllo dei flussi, una contabilità interna, una registrazione delle prestazioni, con tutti i problemi, le resistenze e le insoddisfazioni ben immaginabili che questo comporta.

In questo scenario si inserisce la Riforma Lombarda formalizzata con la legge 31. Essa applica in modo definitivo il sistema di pagamento a prestazione, come del resto previsto in tutto il territorio nazionale, ma introduce un fattore di grande rottura con il passato: apre la convenzione a tutti, eliminando il privilegio monopolista del pubblico. Ove prima l'erogatore era solo la struttura pubblica, con l'accesso alla convenzione ammesso in larga misura solo alle strutture di natura e storia ecclesiastica (l'insieme delle strutture indicate con il "non profit" di bindiana memoria), relegando l'accesso alla convenzione delle strutture del privato vero a piccole realtà senza alcuna rilevanza numerica ed incisività sul processo, scelte del resto secondo logiche non sempre trasparenti ai più, ora si apre uno scenario profondamente diverso. Emerge il principio del diritto alla convenzione - esteso a tutti e non riservato ad alcuni - sulla base di un contratto sociale tra il pagatore - che rimane fermamente in mano pubblica - e l'erogatore dei servizi. Cadono pertanto da una parte i privilegi delle strutture "non -profit" sopracitate e delle strutture pubbliche erogatori in regime di monopolio.

Si nota pertanto che la riforma lombarda si inserisce correttamente nel filone della "deregulation", con l'abbattimento dei monopoli dirigitici di stato a favore di una apertura, seppur timida e controllata, al mercato libero. In questo senso esprime non già un fenomeno localistico e regionalistico, come spesso si è tentato di caratterizzarlo, ma una evoluzione del pensiero e della sensibilità sociale e di politica economica generale del mondo sviluppato. Questo fatto non appare del tutto secondario nella discussione su un sistema regolatorio di nuova evoluzione, discussione spesso ingabbiata in ragionamenti di parte o di sfondo politico più che tecnico e pertanto non pronta a descriverne i reali benefici e i reali rischi.

Resta il monopolio del terzo pagatore – questi resta sempre obbligatoriamente lo stato, che pertanto fissa i compensi. La Regione, espressione della volontà politica, determina i parametri e requisiti dell'accesso alla convenzione con una linea di condotta centrale, chiede agli ospedali la presenza di parametri qualitativi minimi necessari per l'accesso alla convenzione. Questi requisiti sono, almeno sulla carta, uguali per il settore pubblico e quello privato.

Si capisce come le strutture private, sottoposte da sempre ad un controllo USL particolarmente attento e decisamente superiore a quello esercitato sulle strutture pubbliche, si trovano avvantaggiate. E questo non solo per la presenza di migliori strutture, ma anche per la presenza di personale gestionale ed amministrativo da sempre addestrato su questi requisiti. La struttura pubblica, soggiacente non già alla legge civile, ma a quella amministrativa, in cui un percorso decisionale di un dirigente non viene giudicato per la bontà o meno del risultato, ma solo per la formale correttezza del percorso, si trova con una pressoché totale assenza di capacità gestionale e nulla o ridotta esperienza competitiva. Essa deve, in pochi anni, reinventarsi un sistema di controllo interno delle prestazioni, una contabilità analitica totalmente estranea al personale di ragioneria, una attenzione al mercato considerato finora assurda da medici e amministratori. Peggio - nel periodo dal 1980 al 1995 è penetrato in molte strutture una certa refrattarietà al calcolo analitico, percepito come negativo, mercantilistico e materialista. Questo aspetto psicologico di non irrilevante importanza, trova una bella in quanto involontaria conferma nella espressione dell'ex-ministro Bindi, che divide il privato in "non-profit" e pertanto buono, e "lucrativo", e pertanto di minore contenuto etico e morale, come lo stesso suono sgradevole della parola lascia intendere.

In una struttura in cui le lunghe code d'attesa erano ritenute fisiologiche e in cui un ambulatorio ospedaliero non si disperava se i pazienti andavano altrove in preda alla esasperazione dopo attese, file interminabili e addetti a dir poco scorbutici, ma ne percepiva con soddisfazione lo sgravio del proprio carico lavorativo, e difficile fare penetrare l'idea che un giorno non lontano l'ospedale potrebbe trovarsi nella infelice situazione di dover combattere per l'utente su un mercato libero, offrendogli servizi appetibili e percorsi ragionevoli. Ovviamente il rapporto di lavoro identico per dirigenti e funzionari di assoluta e assicurata stabilità non fa certo da pungolo a tali aperture mentali.

### **5.3 Confronto delle due strutture alla luce della attuale realtà organizzativa regionale**

Vediamo emergere anche nelle due strutture esaminate potentemente queste differenze di percorso. La struttura privata si presenta relativamente piccola e snella, anche se inserita in un contesto di gruppo molto superiore alla maggior parte delle strutture pubbliche, molto specializzata nei suoi percorsi, molto orientata al comfort alberghiero oltre a quello sanitario. Offre servizi selezionati, i rapporti con i medici non sono stabili ma di prestazione d'opera. Lo staff è snello, relativamente giovane ed agguerrito. I dirigenti sono scelti con logica aziendale e giudicati sul risultato. La forza della struttura grande emerge dal coordinamento del Gruppo, al quale afferiscono circa 3000 letti, ma si conserva la mobilità ed efficienza della struttura piccola tramite questa struttura a "cellule". Si noti infine il rapporto letti/personale totale dell'Istituto Clinico S.Ambrogio, confrontandolo con l'analogo rapporto della A.O. Niguarda.

La struttura pubblica è enorme anche nella sua estensione edilizia, e evidente un netto overstaffing che emerge anche dal piano triennale che – molto cautamente – tenta di ridurre il personale dipendente. Le condizioni alberghiere non sono espresse come primo target nel piano triennale, anche in presenza di grave degrado, e rimane da capire se questo avviene per una specie di pudore degli amministratori o per un ancora incompleto adattamento alla realtà di mercato degli stessi. D'altra parte la struttura eroga servizi ancora in gran lunga su base storica e non economica, restano presenti molti ambulatori sovrapposti, doppioni nella organizzazione dei reparti e solo iniziali tentativi di razionalizzazione sotto il nome della dipartimentalizzazione, del resto ancora in fase di attuazione.

Ove la struttura privata individua percorsi diagnostico-terapeutici (oggi qualcuno li chiama infelicemente "linee di produzione") in base ad indagini di mercato e disponibilità di professionisti titolati abili ad attirare utenti, la struttura pubblica raramente risponde a esigenze di mercato sanitario, ma generalmente si adatta a richieste interne personali o di equilibrio. Esistono diverse medicine e diverse chirurgie, senza reale differenza di funzione, nate dalla moltiplicazione dei primariati e ora solo difficilmente comprimibili. In questo il Niguarda si allinea alla realtà della maggior parte dei grandi ospedali storici milanesi.

Non secondario è inoltre il problema della eccedenza drastica di personale presente in tutte le realtà pubbliche. La presenza di un elevatissimo numero di persone con "limitazioni funzionali" - può arrivare fino ad un quinto del totale in certe strutture - non fa che aggravare il fenomeno. Certamente va tenuto presente il ruolo sociale storicamente svolto dall'impiego pubblico in tutte le sue forme e non è pensabile ricondurre tali strutture ad un livello occupazionale realistico, ma è anche vero che questa forma di assistenzialismo occupazionale ha un costo che incide notevolmente nella gestione della struttura.

Ecco perché il Dipartimento, che in fondo ricalca la struttura decisionale uninominale gerarchica della vecchia struttura ospedaliera, con un coordinamento centrale forte, diventa uno strumento di sopravvivenza nel pubblico, molto sottolineato e sentito, quando nel privato non riveste molta forza innovatrice e dirompente.

Un esempio di differenza di gestione ed attenzione valga per tutti, altri ne potranno essere discussi in seguito. Come si sa, la Regione non paga in pieno i DRG dovuti per prestazioni a residenti della regione, ma procede ad un abbattimento. Essa paga invece in pieno i DRG erogati a favore i persone da fuori regione. Nella St. Ambrogio il **33%** dei pazienti è residente fuori regione, al Niguarda il **11,8%**. Non si può certo dire che il Niguarda sia una struttura a bassa specialità per cui non vale fare un viaggio! La ragione è più profonda e più semplice allo stesso momento. Entrambe le strutture sono ad alta specializzazione, entrambe specialmente nella cardiocirurgia. I medici della St. Ambrogio sono liberi professionisti, liberi di distribuirsi sul territorio nazionale nella loro attività, i medici del Niguarda sono pubblici dipendenti, costretti da anni sempre più strettamente nelle maglie della sorveglianza amministrativa del loro operato. E' noto il fenomeno dei medici che nel fine settimana prendono l'aereo e partendo dalle regioni a maggiore offerta di servizi sanitari si spostano verso regioni più deboli, indirizzando poi verso la propria struttura i pazienti visitati, aumentando la quota di pazienti provenienti da fuori regione. La struttura privata incoraggia tale cosa, la pubblica la combatte.

Emerge comunque un problema che non va sottovalutato. Nella organizzazione della sanità con pagamento a prestazione riveste fondamentale importanza la valutazione dei rimborsi per le singole patologie. E qui emerge uno dei problemi maggiori reali della riforma allo stato attuale. Pagando molto alcune patologie e remunerando altre in misura chiaramente insufficiente, il sistema dei DRG rischia di portare le strutture sanitarie a selezionare su base puramente economica l'offerta di servizi che intende realizzare. Si comprimono i reparti di Medicina a favore delle Cardiochirurgie, ormai presenti nell'area milanese in misura sorprendente, con il rischio di trovarsi tra qualche anno nella impossibilità di affrontare adeguatamente intere aree di patologia.

Questo fenomeno incide maggiormente nel privato, ove la necessità di autofinanziamento è reale. Nel pubblico, finora solo virtualmente costretto a presentare bilanci in pareggio data la persistenza dei fondi di riequilibrio sotto varia forma, tale pressione è ovviamente minore. Ma in entrambe le strutture il rischio è reale e porta a dover proporre una riflessione su questo tema come uno dei veri problemi della sanità futura. Tra mille discussioni sulla canonicità dogmatica politica dell'accesso dei privati al sistema di erogazione sanitaria, si rischia di importare il fenomeno dei "farmaci orfani" nella offerta sanitaria clinica, con grave rischio della salute pubblica.

#### **5.4 Proposte**

Come in ogni buona analisi, all'esame dei problemi deve seguire il progetto delle soluzioni. Non possiamo certo pensare di realizzare anche lontanamente in questa sede un sì ambizioso progetto, ma è possibile avanzare alcune proposte che emergono a nostro avviso dai dati esposti in precedenza.

E' evidente che nella situazione attuale è prevalentemente la struttura pubblica ad essere in crisi. La struttura privata deve crescere, deve raggiungere dimensioni critiche di funzionamento ed estendere la sua offerta di servizi, ma i suoi percorsi gestionali sono presenti e sostanzialmente sani. La disfunzione è legata alla persona, sostituibile, non alla forma e filosofia della struttura. I suoi problemi deriveranno dalla normale competizione di mercato, che vedrà accorpamenti e scomparsa progressiva delle strutture troppo piccole e poco specializzate, in un normale processo di shake-out.

Non tutto però è semplice. Ricordiamoci comunque che le strutture private nel passato, una volta che riuscivano per un mezzo o l'altro a farsi convenzionare nel "*ancien regime*", erano poste al riparo dalla concorrenza come le strutture pubbliche, diventando, come le tabaccherie, rivenditori di monopolio. Sono così potute esistere strutture minuscole, poco economiche e scarsamente gestite. La stessa storia della St. Ambrogio ci conferma questa regola: nata isolata, approdata in fine a far parte di un gruppo maggiore, in cui le decisioni strategiche sono coordinate centralmente e le decisioni specifiche e la gestione decentrate.

La struttura pubblica invece si trova a gestire un numero cospicuo di letti, una grande estensione edilizia e grandi risorse, ma è anche ingabbiata in un sistema di norme divenute da assurde ridicole e da ridicole terrificanti. Il corpo medico, regolato da saldi diritti sindacali e protetto da un ferreo ruolo, mal si adatta a dover rendere conto del proprio operato in termini di controllo del risultato sia sanitario che gestionale. Il corpo amministrativo è rimasto quello dei tempi della contabilità a fondi predeterminati e ripiano annuale. I dipendenti sono eterni nella loro presenza e totalmente sganciati da ogni forma di giudizio di merito. Per ora solo l'alta dirigenza (Direttore Generale, Direttore Sanitario d'Azienda e Direttore Amministrativo) è soggetta almeno formalmente al giudizio sul proprio rendimento. In effetti negli ultimi anni al Niguarda si sono avvicinati tre Direttori Sanitari, testimoniando una netta sofferenza del sistema gestionale aziendale.

Dal quadro si confermano alcune esigenze:

- per poter competere con il privato, il pubblico deve essere messo nelle stesse condizioni di operatività. Per questo sono necessarie due operazioni:

1- il pubblico deve operare integralmente nell'ambito del diritto civile, eliminando il diritto amministrativo e pubblico. Se necessario formalmente, si ergano ad S.p.A. con capitale misto pubblico e privato e riserve di diritto gestionale pubblico (la trasformazione in SpA è stata la forma scelta in Germania per la organizzazione delle strutture pubbliche ereditate dalla ex Germania comunista). L'esito delle gare deve essere giudicato sul risultato gestionale ed economico, non sulla cavillosità dei revisori dei conti! Il ruolo del Rappresentante legale dell'Ente deve essere ricondotto alla funzione svolta nel privato dal Direttore Generale o Amministratore Delegato, con le stesse responsabilità e diritti. Precisamente la responsabilità deve essere ricompresa per intero nel Codice Civile, con giudizio sulla sostanza, con rimozione della responsabilità di diritto amministrativo e pubblico, con giudizio sulla forma.

2- Statuto giuridico privato del personale. Abolizione del ruolo, sostituito da contratti privati come nell'industria, subito per i dirigenti, in fine per tutti, e riconduzione del rapporto al diritto privato, con le relative protezioni e diritti, ma senza la farsa dei concorsi e lo sperpero relativo. Abolizione della contrattazione nazionale per i medici e dirigenti no medici. Responsabilizzazione personale e diretta del dirigente, sia sul percorso medico che gestionale.

Queste due operazioni non sono volte ad incidere direttamente sulla regolamentazione della gestione e sul funzionamento in se del regime sanitario esistente oggi in Italia, ma sono necessarie ed essenziali.

- La necessità di sgravare l'ente pubblico dal peso delle decisioni occupazionali assistenzialiste prese secondo logiche tradizionali superate. Se la frazione di cittadini oggi detta "non occupabile", data la scomparsa dei lavori a basso requisito di capacità nel mondo sviluppato, deve comunque trovare una soluzione sociale alle sue esigenze occupazionali, questo deve avvenire in modo trasparente e chiaro. La differenza tra la resa naturale prevista di un dipendente e quella reale deve essere considerata e contabilizzata. Se si decide per ragioni non tecnico-sanitarie ma sociopolitiche di occupare tali persone anche nella sanità, il costo di tale allocamento deve essere coperto dalla comunità civile e non può gravare sull'azienda. Precisamente come già ora la retribuzione del dipendente assente per malattia viene garantita attraverso un fondo sociale assicurativo obbligatorio, la ridotta resa individuale deve essere considerata. Una riduzione percentuale di capacità lavorativa infatti oggi viene decisa in modo diretto e con scarso controllo superiore dal Medico Competente, comportando una a volte fortissima limitazione della resa lavorativa del dipendente interessato, a fronte della persistenza dell'obbligo del datore di lavoro a corrispondere uno stipendio integrale. Si propone pertanto che tale differenza venga accollata ad un fondo sociale. Il fenomeno descritto, anche se non ignoto nel private, colpisce prevalentemente le strutture pubbliche, incapacitate della struttura stessa del rapporto di lavoro ad operare una realistica politica del personale che esca della semplice logica dei numeri.

- La necessità di un adeguato ricalcolo delle quote di rimborso assegnate a ciascun DRG, alla luce della necessità di attribuire ad alcuni DRG dei valori non semplicemente derivati da un pedissequo conto dei costi presuntivi, ma che tiene conto dell'interesse sociale dei singoli servizi. Operano in questa direzione certamente già le forme di "pagamento per prestazione", il "file F" e analoghi sistemi ponderati presenti nella Regione Lombardia, ma si tratta di correttivi, non di un sistema integrato e organizzativamente lineare. Si auspica pertanto che il problema, qui appena accennato, possa trovare una soluzione di sistema, ritenendo le altre soluzioni foriere di problemi, incertezze e possibili imprecisioni.

Si ritiene nel complesso che dai dati ottenuti nelle due diverse strutture emergono in modo sufficientemente chiaro alcuni dei problemi maggiori della sanità italiana del momento. Essi del resto non si presentano in modo difforme da quelli presenti in tutti i paesi europei e economicamente sviluppati. In un contesto che deve mantenere la valutazione della spesa sanitaria non come un costo sociale ma come una risorsa, emerge del resto che la spesa sanitaria in Italia non supera la media Europea e che la migliore distribuzione dell'offerta e l'introduzione di logiche competitive sono elementi che si traducono in un forte aumento del potere contrattuale del paziente nei confronti del sistema di erogazione. Questo progresso non può che essere considerato favorevolmente, specialmente in una realtà ove tradizionalmente l'utente si è trovato da sempre in condizioni di forte impotenza e sudditanza nei confronti della pubblica amministrazione di ogni ordine e grado.

Confidiamo pertanto che la discussione sui sistemi sanitari, che necessariamente vede come interlocutore privilegiato lo stato nelle sue innumerevoli forme di potere, tragga dai risultati ottenuti e dalla realtà dei pazienti la forza di superare posizioni tradizionaliste a volte non prive di elementi e fervori dogmatici esterni alla scienza medica a favore di una efficiente evoluzione di un sistema competitivo in cui il decisore ultimo è il paziente.

## 6. Bibliografia

- 1) C. Cattaneo, la riorganizzazione dei sistemi sanitari in Europa: finanza, marketing e produzione in sanità, Giuffrè, Milano, 1999
- 2) P. Baroncini, la valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari, Ispe, Roma, 1995
- 3) M. Meneguzzo, strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie, Egea, Milano, 1996
- 4) S. Bruzzi, finanziamento e gestione delle aziende ospedaliere, Giuffrè, Milano, 1997
- 5) E. Borgonovi, Controllo economico nei servizi sanitari, 1992
- 6) G. Olla, A. Pavan, M. G. Nardi, A. Gugliotta, il management nell'azienda sanitaria, Giuffrè, Milano, 1996.
- 7) C. Passerino, lezioni introduttive all'economia sanitaria, Consorzio Pavese per Studi Post Universitari, Edizioni Fondazione Maugeri, Pavia, Quaderno n. 4, 1996
- 8) E. Pavione, Prospettive di sviluppo di un sistema di finanziamento a prestazione per le strutture riabilitative: il caso italiano, Consorzio Pavese

per Studi Post Universitari, Edizioni Fondazione Maugeri, Pavia,  
Quaderno n. 6, 1997.

- 9) C. Ruta, Sanità e management, ETAS, 1993
- 10) AA. VV., La programmazione e il controllo nelle strutture sanitarie,  
McGraw-Hill, 1988.
- 11) M. Zanetti et ALL., Il Medico e il management, Forum Service  
Editore S.r.l. Genova, 1996.
- 12) R. Grilli, A. Penna, A. Liberati, Migliorare la pratica clinica, Il  
Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1996
- 13) Borgonovi E. – Cavenago D. – Zangrandi A. – Burani G. – Fiorentini  
G. – Vaccani R.  
L'organizzazione dell'ospedale – McGraw-Hill – 1988 – Milano.
- 14) Melino c. – Rubino S. – Allocca A. – Messineo A. L'ospedale.  
Igiene sicurezza e prevenzione Editrice Universo – Roma.
- 15) Varvelli R – Varvelli M.L. La felicità manageriale - Sole 24ore –  
Milano
- 16) Wilson P. – Il libro della calma sul lavoro - Mondatori - Milano
- 17) Briner B. – Gesù come manager - Mondatori - Milano

- 18) Ministero della Sanità relazione sullo stato sanitario del paese. 1999
- 19) Lorenzo Mantovani – L. Garattini, L'intervento privato in sanità, Milano, Kailash, 1995.
- 20) G. Lo Martire, L'azienda sanità: centri di responsabilità, budget, controllo di gestione. Guida per primari e medici, Milano, Angeli, 1998.
- 21) Sandro Spinsanti, Contributi per una gestione manageriale della sanità, Roma Sipis, 1997.
- 22) Emidio Pichelan, La sanità riformata: guida al nuovo servizio sanitario, Roma, EL, 1997.
- 23) Marco Soresina, I medici fra Stato e società: studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea, Milano, Angeli, 1998.
- 24) Aldo Biancasi, Contenimento della spesa pubblica ed efficienza dell'amministrazione nella crisi dello stato sociale; il costo della sanità, Ospedaletto, Pacini, 1997.
- 25) Giuliano Cazzola, La sanità liberata: il mercato possibile per la tutela della salute, Boòogna, Mulino, 1997.
- 26) Alessandro Petretto, Economia della sanità, Bologna, Mulino, 1997.
- 27) Giuliano Amato, Il governo della sanità, Milano, Angeli, 1999.

- 28) Giuliano Mariotti, Tempi d'attesa e priorità in sanità: la selezione della domanda come strategia per la qualità, Milano, Angeli, 1999.
- 29) Serena Cascioli, La gestione manageriale della sanità: gli strumenti a supporto del processo di programmazione, organizzazione, realizzazione e controllo, Milano, Angeli, 2000.
- 30) Rosella Levaggi – Stefano Capri, Economia Sanitaria, Milano, Angeli, 1999.
- 31) Franco Reviglio, Sanità: senza vincoli di spesa?, Bologna, il Mulino, 1999.
- 32) Costantino Passerino – Dario Velo, Osservatorio sulla spesa sanitaria mondiale: la spesa per la riabilitazione, Pavia, Consorzio pavese per studi post-universitari, 1998.