

Dai modelli al management

RIFLETTERE SUL RUOLO MANAGERIALE

MARIO FAINI

Il programma

Parte prima. I sistemi

I sistemi sanitari regionali un confronto

- Istituzionale/organizzativo/finanziamento
- Risultati
- Costi

La sanità internazionale: alcune osservazioni

Parte seconda. I gruppi

Azienda e gruppo

Il coordinamento del gruppo

Obiettivi, collaborazione e competizione

Il programma (segue)

Parte terza. Il management

Strategie aziendali, strategie di gruppo

I processi di cambiamento e i comportamenti

Progettare l'organizzazione:

- Coordinamento e specializzazione
- Accentramento e decentramento
- Procedure e socializzazione

Lo zooming

Parte quarta. Le relazioni organizzative

I sistemi sanitari regionali: un confronto

Istituzionale/organizzativo/finanziamento

Risultati

Costi

I sistemi sanitari

servizio sanitario nazionale. I valori di riferimento si rifanno all'equità ed alla costruzione delle condizioni che consentono un accesso al sistema dei servizi uguale per tutti. Il finanziamento segue la logica della tassazione pubblica (diretta e indiretta). I fornitori dei servizi sono pubblici e la regolazione è di tipo gerarchico. Lo stato svolge la funzione di pianificazione e di controllo del sistema;

sistema assicurativo sociale. L'equità è perseguita consentendo un accesso uguale ai servizi attraverso la diffusione a tutti di fondi assicurativi. Il finanziamento è in capo alla società che regola i contributi secondo il reddito degli individui. Anche i fornitori sono di tipo societario e includono soggetti pubblici e privati. La regolazione si rifà ad una logica di governance ibrida, basata sulla negoziazione fra le corporazioni, all'interno di una cornice normativa definita e di un insieme di controlli statali;

sistema sanitario privato. Il valore di riferimento non è più l'equità di accesso, ma la corrispondenza fra i servizi erogati e la possibilità di pagamento. La base del finanziamento è assicurativa ed il premio versato è messo in relazione al tipo di rischio e alle modalità di risposta. I fornitori di servizi sono privati di tipo profit. La regolazione pubblica è limitata e ci si affida alle dinamiche della concorrenza.

Da Giovanni Bertin

Analisi di Reibling

Individua nei processi di accesso ai servizi sanitari una chiave fondamentale nella classificazione dei sistemi sanitari.

In questa prospettiva, l'autore considera le seguenti dimensioni:

1. la funzione di *gatekeeping* (i processi di governo);
2. la ripartizione dei costi (finanziamento ed erogazione come strategie di incentivazione e regolazione);
3. la densità dei medici (le risorse umane);
4. la densità dei medici di base (le risorse umane ma anche le risorse di governo della domanda);
5. la densità degli specialisti (le risorse umane);
6. la densità infermieri (le risorse umane);
7. MRI Scanner (le risorse tecnologiche);
8. CT Scanner (le risorse tecnologiche);

	Paesi	Caratteristiche
Cluster 1	Austria, Belgio, Svizzera, Francia, Svezia.	Funzione di Gatekeeping: bassa - Ripartizione dei costi: medio alta Densità dei medici: 3,6, medio alta - Densità dei medici di base: 1,3, medio bassa Densità degli specialisti: 2,1, alta - Densità infermieri 10,8, alta MRI Scanner: 9,1, medio alta - CT Scanner: 19,7, alta
Cluster 2	Repubblica Ceca, Germania, Grecia.	Funzione di Gatekeeping: nessuna - Ripartizione dei costi: nessuna Densità dei medici: 3,9, alta - Densità dei medici di base: 1,3, medio bassa Densità degli specialisti: 2,1, alta - Densità infermieri: 7,0, medio bassa MRI Scanner: 3,7, bassa - CT Scanner: 4,6, bassa
Cluster 3	Danimarca, Norvegia, Polonia, Spagna, Gran Bretagna	Funzione di Gatekeeping,: alta - Ripartizione dei costi: nessuna Densità dei medici: 2,8, bassa - Densità dei medici di base: 0,6, bassa Densità degli specialisti: 1,5, medio bassa - Densità infermieri: 9,1, medio alta MRI Scanner: 5,6, medio bassa - CT Scanner: 9,5, medio bassa
Cluster 4	Finlandia. Italia, Portogallo	Funzione di Gatekeeping: alta - Ripartizione dei costi: moderata Densità dei medici: 3,4, medio bassa - Densità dei medici di base: 1,1, medio bassa Densità degli specialisti: 1,9, bassa - Densità infermieri: 6,4 ,bassa MRI Scanner: 9,6, alta – CT Scanner: 16,9 medio-alta

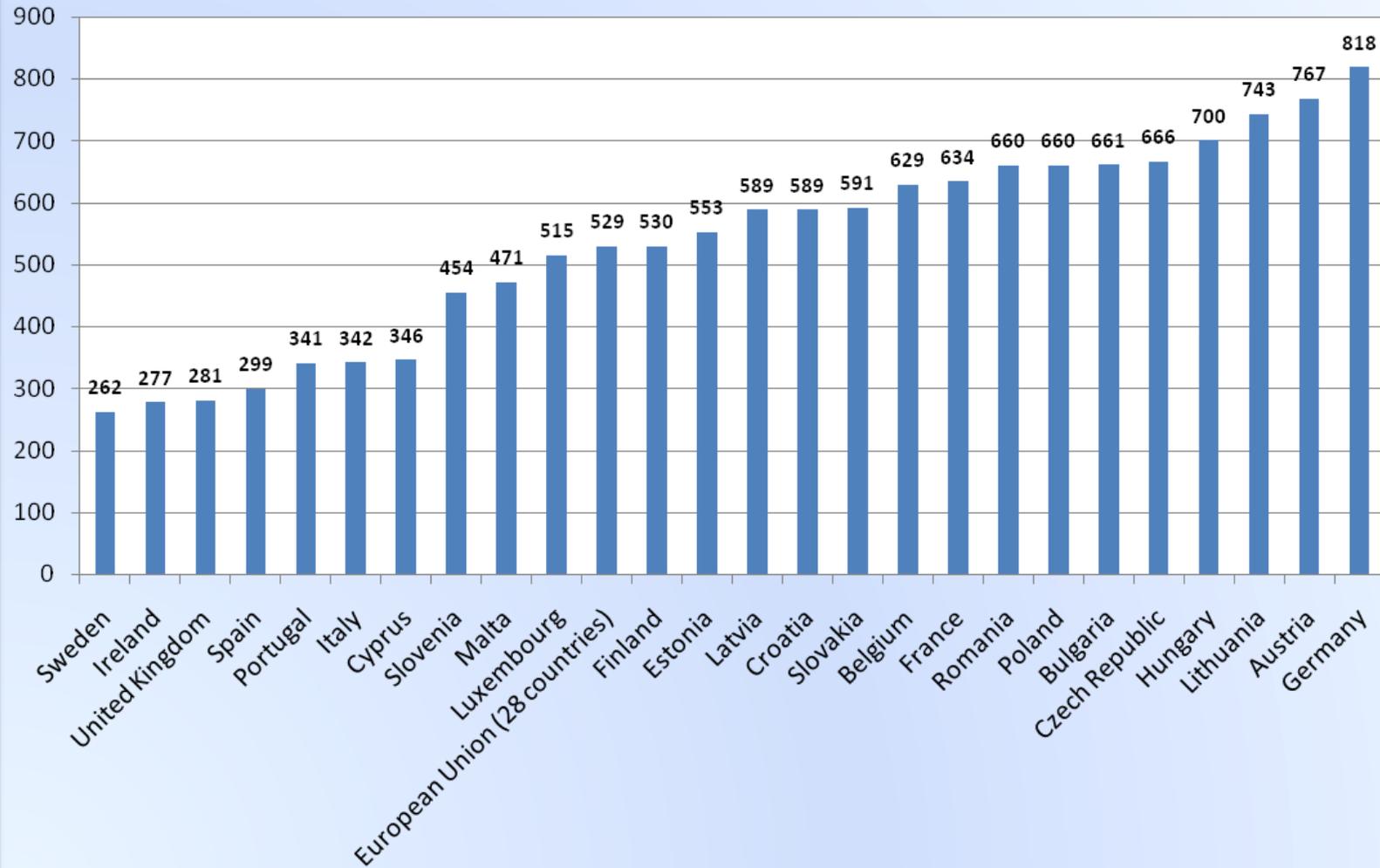
I sistemi internazionali

	Modello Beveridge		Modello Bismarck			Modello misto pubblico/privato
Meccanismo di finanziamento (*)	Cipro, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Lettonia, Malta, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito		Belgio, Estonia, Francia, Germania, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Repubblica ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia Ungheria			Austria, Bulgaria, Grecia
Aspetti istituzionali dei sistemi sanitari (**)	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3	Gruppo 4	Gruppo 5	Gruppo 6
	Germania, Paesi Bassi, Slovacchia	Belgio, Francia	Austria, Grecia, Repubblica ceca, Lussemburgo	Svezia	Danimarca, Finlandia, Portogallo, Spagna	Irlanda, Italia, Polonia, Regno Unito, Ungheria
Sistema di gestione ospedaliera (***)	Decentrato		Centralizzato		'Deconcentrato'	
	Austria, Belgio, Danimarca, Germania, Finlandia, Italia, Spagna, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica ceca, Slovacchia, Svezia, Regno Unito		Cipro, Estonia, Irlanda, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Romania, Slovenia		Bulgaria, Francia, Grecia, Portogallo	

*La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE. Il ruolo degli enti locali e regionali, Unione europea, 2012, 98-102.

Posti letto per centomila abitanti. Anno 2012.

Fonte: Eurostat New Cronos



Cenni di analisi dei tre sistemi: Il sistema Inglese

Accesso gratuito e universale alle prestazioni

Finanziamento dalla fiscalità generale

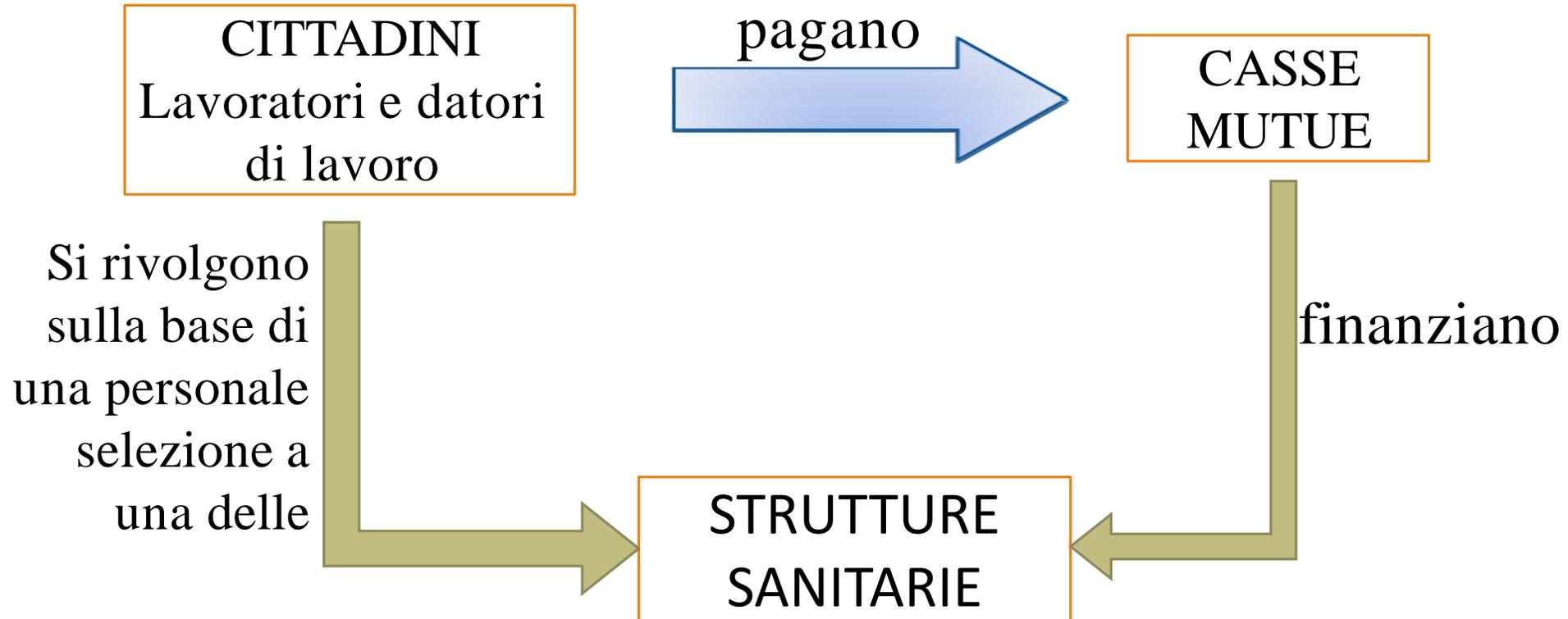
Governo della sanità a livello nazionale

96% delle strutture ospedaliere sono pubbliche

Il Processo



Accenni all'analisi dei tre sistemi: Il sistema Tedesco



Il Ruolo Dello Stato Nel Sistema Tedesco

GOVERNO FEDERALE	SINGOLI LAND
<ul style="list-style-type: none"> • Definisce le categorie per cui l'iscrizione ai fondi è obbligatoria • Organizza i fondi e le modalità di negoziazione tra mutue e erogatori dei servizi • Compensa i fondi raccolti dalle varie mutue per garantire a ognuna di poter coprire le spese mediche a tutti i suoi iscritti • Finanzia direttamente l'iscrizione alle mutue per le fasce sociali deboli 	<ul style="list-style-type: none"> • Finanziano gli investimenti strutturali • Si occupano delle negoziazioni con le associazioni dei medici e con i singoli ospedali, delle condizioni operative per l'erogazione dei servizi

Sistema Statunitense

FINANZIATORI

IMPRESE

PRIVATI CITTADINI

GOVERNO FEDERALE
*Con fiscalità generale
e contributi sanitari*

SINGOLI STATI
*Con tasse specifiche e
tribute statali*

ASSICURAZIONI

COMMERCIALS

**BLUE CROSS
BLUE SHIELD**

MEDICARE
Anziani e disabili

MEDICAID
Indigenti

EROGATORI

**STRUTTURE
SANITARIE**

Sistema Statunitense (2)

- Ogni impresa è obbligata a pagare un'assicurazione (commercials) ai propri dipendenti, che però copre solo parzialmente le spese sanitarie di ciascuno di loro.
- Ogni cittadino decide liberamente se sottoscrivere un'altra assicurazione sanitaria (blue cross o blue shield) che copra la restante parte delle spese sanitarie complessive.
- Spesso si richiede al cittadino di dare comunque una contribuzione diretta, pagando parte della prestazione

Il confronto internazionale



L’Euro Health Consumer Index (EHCI) 2014 mette a confronto le performance dei sistemi sanitari europei, partendo dal punto di vista del paziente/consumatore.

I sistemi “Bismarck”, come Olanda e Germania, continuano a superare quelli “Beveridge”, come Italia e Regno Unito. Tuttavia, mettendo a confronto i primi 5 Paesi Bismarck con i primi 5 Paesi Beveridge, a fronte di una spesa sanitaria pro capite molto più elevata, i risultati di salute conseguiti dai sistemi Bismarck risultano essere di poco superiori a quelli dei sistemi Beveridge.

Il confronto internazionale: Metodo

L’Euro Health Consumer Index (EHCI) mette a confronto le performance dei sistemi sanitari europei, dal punto di vista del paziente/consumatore. Scopo di questo processo di *benchmarking* è mettere a disposizione dei diversi Paesi gli strumenti per migliorare la qualità dell’assistenza sanitaria offerta, così da migliorare, la salute delle popolazioni, fornendo agli utenti, da cui deve necessariamente provenire la spinta ad attuare le necessarie riforme, il modo per poter agilmente accedere alle informazioni circa le politiche sanitarie, la qualità dei servizi erogati e i risultati in termini di salute dei sistemi sanitari dei diversi Paesi Europei.

Nel 2014 oltre ai 28 Stati membri dell’UE, sono inclusi la Norvegia, la Svizzera, la Repubblica di Macedonia, l’Albania, l’Islanda, la Serbia, il Montenegro e la Bosnia-Erzegovina; per la creazione dell’EHCI 2014 sono stati selezionati 48 indicatori suddivisi in sei aree. Ciascun area ha un peso relativo. La valutazione delle prestazioni dei sistemi sanitari è stata condotta utilizzando una scala numerica da 1 a 3 per ciascun indicatore.

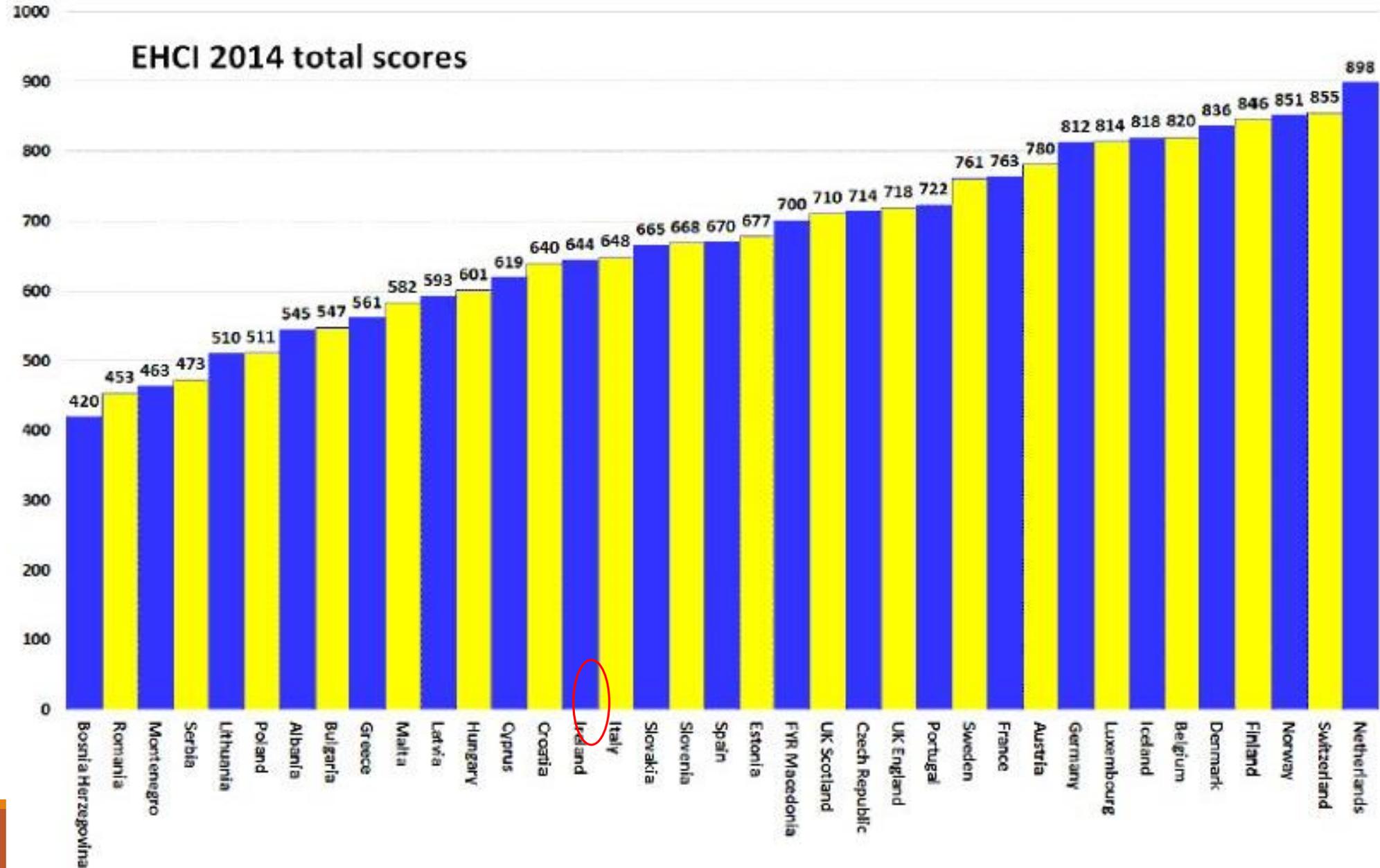
Area	Indicatori	Peso
Diritti e Informazione dei pazienti	12	150
Accessibilità e tempi di attesa	6	225
Risultati di salute	8	250
Gamma e accessibilità dei servizi offerti	8	150
Prevenzione	7	125
Prodotti Farmaceutici	7	100
TOTALE	48	1000

Il confronto internazionale: Risultati

Malgrado le misure di austerità finanziaria introdotte per il perdurare della crisi economica, l'assistenza sanitaria continua a produrre risultati sempre più positivi. I tassi di sopravvivenza per malattie cardiovascolari e tumori sono in aumento e la mortalità infantile continua a ridursi.

La nota negativa è rappresentata dall'aumento dell'*equity gap* tra paesi più o meno abbienti. **In cima alla classifica, con ben 898 punti totali su un massimo di 1000, troviamo ancora i Paesi Bassi, che hanno un ampio distacco rispetto al secondo classificato, la Svizzera.** Da quando è stato istituito questo confronto, infatti, i Paesi Bassi occupano sistematicamente una delle prime tre posizioni, e sembrano non presentare alcuna pecca, fatta eccezione per i tempi di attesa per i quali, in teoria, esiste ancora un certo margine di miglioramento, e lo scarso impegno nei confronti della lotta al fumo di tabacco e alla sedentarietà.

La medaglia di bronzo va alla Norvegia (851 punti). In totale, i nove Stati che ottengono un ottimo punteggio, superiore a 800 punti, sono tutti Paesi dell'Europa Occidentale: dal quarto al nono posto troviamo Finlandia, Danimarca, Belgio, Islanda, Lussemburgo e Germania. Seguono poi, nel secondo blocco, Austria, Francia e Svezia. Solo nel terzo gruppo, nettamente distanziato dal secondo, cominciano a comparire i Paesi dell'Europa Centro-Orientale e i paesi che si affacciano sul Mediterraneo.



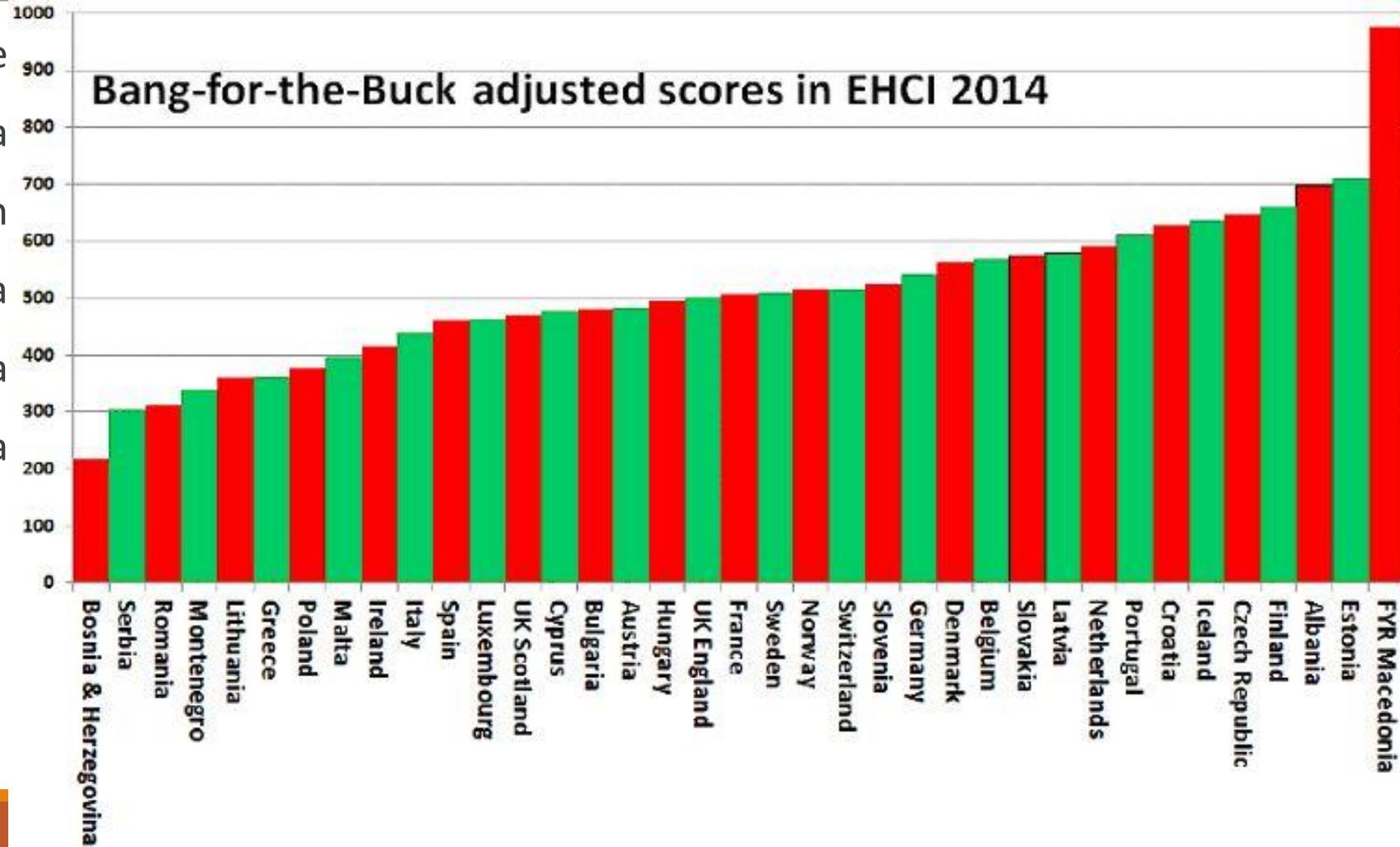
Il confronto internazionale: Risultati

Per quanto riguarda Spagna e Italia, rispettivamente al 19° e al 22° posto della graduatoria, è evidenziata l'importanza sempre maggiore del settore privato, a complemento, dei servizi offerti dalla Sanità Pubblica, e come la qualità dell'assistenza sia fortemente distribuita a macchia di leopardo. Il punteggio intermedio ottenuto in molti ambiti dai sistemi sanitari, sia in Italia che in Spagna, deriva infatti dalla media tra punteggi molto elevati conseguiti in alcune regioni e risultati insufficienti ottenuti in altre.

Area Valutativa	1° in classifica	Punteggio Ottenuto	Punteggio Max
Diritti e informazione dei pazienti	Paesi Bassi	146	150
Accessibilità	Belgio, Svizzera	225	225
Risultati di salute	Paesi Bassi, Norvegia	240	250
Gamma e accessibilità dei servizi offerti	Paesi Bassi, Svezia	150	150
Prevenzione	Islanda, Norvegia, Spagna, Svezia	107	125
Prodotti farmaceutici	Finlandia, Germania, Irlanda, Paesi Bassi, UK	86	100

Il confronto internazionale: Risultati

Misurando i risultati in rapporto alle risorse impiegate, la classifica cambia e salgono ai primi posti Paesi con spesa sanitaria relativamente bassa ma buone performance, e Repubblica di Macedonia, Estonia e Albania occupano così le prime tre posizioni.



Il confronto internazionale: Risultati

La posizione dell'Italia

“**Risultati di salute**”, il punteggio ottenuto dall'Italia corrisponde al punteggio medio dei 37 Paesi valutati: 167.

Un buon punteggio è stato ottenuto nell'area “**Prevenzione**” (95 vs 83)

il punteggio conseguito nell'area “**Diritti e Informazione dei pazienti**”, 104, è appena sotto la media (106)

Decisamente inferiori alla media, invece, i punteggi totalizzati nelle aree:

“**Accessibilità- tempi di attesa**” (138 vs 150),

“**Gamma e accessibilità dei servizi offerti**” (88 vs 102)

“**Prodotti farmaceutici**” (57 vs 65).

Spesa sanitaria italiana

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Spesa sanitaria totale corrente											
Miliardi di euro	124,8	128,8	133,4	138,3	140,8	142,3	146,1	146,7	145,6	147,8	149,1
In % del PIL	8,4	8,3	8,3	8,5	8,9	8,9	8,9	9,1	9,1	9,2	9,1
Spesa sanitaria pubblica corrente											
Miliardi di euro	96,8	99,6	103,8	107,1	110,2	111,3	112,8	114,0	112,9	114,3	114,6
In % della spesa sanitaria totale	77,5	77,4	77,8	77,4	78,3	78,2	77,2	77,7	77,5	77,3	76,9
% della spesa tot. corrente della PA	14,5	14,5	14,3	14,7	14,6	14,9	14,5	14,2	14,1	14,0	n.a.
% del PIL	6,5	6,4	6,4	6,6	7,0	6,9	6,9	7,1	7,0	7,1	7,0
Spesa sanitaria delle famiglie											
Miliardi di euro	28,0	29,1	29,6	31,2	30,6	31,0	33,3	32,8	32,7	33,5	34,5
In % della spesa sanitaria totale	22,5	22,6	22,2	22,6	21,7	21,8	22,8	22,3	22,5	22,7	23,1
In % della spesa delle famiglie	3,1	3,1	3,1	3,2	3,2	3,1	3,3	3,3	3,3	3,4	3,4
In % del PIL	1,9	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1

Finanziamento, spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria corrente (mln €)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Var.% 2000- 2006	Var.% 2006- 2010	Var.% 2010- 2014
Finanziam. ordinario	65,7	71,3	75,7	78,6	82,4	88,2	92,2	96,6	100,6	103,3	105,4	106,7	108,0	107,0	109,9	5,8%	3,4%	1,1%
% PIL	5,3%	5,5%	5,6%	5,6%	5,7%	5,9%	5,9%	6,0%	6,2%	6,6%	6,6%	6,5%	6,7%	6,6%	6,8%			
Var.%		8,4%	6,1%	3,9%	4,9%	7,0%	4,5%	4,7%	4,2%	2,7%	2,0%	1,3%	1,1%	-0,9%	2,7%			
Spesa sanitaria	68,1	75,3	80,0	82,6	90,8	97,2	102,6	102,9	109,5	111,3	113,1	112,2	110,4	110,0	111,0	7,1%	2,5%	-0,5%
Var.%		10,6%	6,2%	3,3%	9,9%	7,1%	5,5%	0,2%	6,4%	1,7%	1,6%	-0,8%	-1,6%	-0,3%	0,9%			
Spesa sanitaria corrente			79,0	81,7	89,9	96,1	98,9	103,0	106,4	109,4	110,6	110,4	110,4	109,4	110,7	5,8%	2,8%	0,0%
Var.%				3,5%	10,0%	7,0%	2,9%	4,1%	3,3%	2,8%	1,1%	-0,1%	0,0%	-0,9%	1,1%			

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PIEMONTE	8.168.765	8.444.150	8.576.644	8.534.730	8.454.187	8.268.504	8.257.614
VALLE D'AOSTA	260.879	264.043	278.060	279.486	279.298	272.649	260.785
LOMBARDIA	16.740.240	17.222.431	17.844.158	18.186.558	18.307.208	18.446.212	18.870.104
PROV AUT BOLZANO	1.108.183	1.065.860	1.099.606	1.112.280	1.158.176	1.160.304	1.141.812
PROV AUT TRENTO	995.402	1.062.713	1.095.332	1.131.258	1.157.508	1.150.646	1.153.187
VENETO	8.652.843	8.907.065	9.050.809	9.019.565	8.915.056	8.783.767	8.788.140
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.316.504	2.414.483	2.448.022	2.500.544	2.498.732	2.475.931	2.385.568
LIGURIA	3.186.542	3.288.245	3.273.850	3.257.367	3.171.880	3.135.759	3.168.488
EMILIA ROMAGNA	8.061.983	8.461.042	8.631.331	8.731.365	8.892.326	8.744.020	8.768.698
TOSCANA	6.805.062	7.261.649	7.252.161	7.255.084	7.282.498	7.131.197	7.260.237
UMBRIA	1.567.200	1.623.697	1.636.560	1.647.572	1.658.570	1.650.583	1.645.404
MARCHE	2.647.113	2.761.392	2.835.884	2.837.582	2.786.463	2.743.929	2.768.653
LAZIO	10.987.886	11.250.297	11.143.017	11.007.694	10.925.879	10.701.872	10.682.689
ABRUZZO	2.371.856	2.362.669	2.355.425	2.323.540	2.330.702	2.290.309	2.348.869
MOLISE	653.501	668.710	665.753	654.242	663.517	652.881	661.353
CAMPANIA	10.084.763	10.246.143	10.116.740	9.949.429	9.674.527	9.510.214	9.716.016
PUGLIA	7.131.501	7.197.239	7.289.302	7.131.526	7.029.857	7.022.325	7.151.521
BASILICATA	1.020.474	1.042.555	1.063.916	1.068.467	1.038.555	1.028.247	1.037.458
CALABRIA	3.384.485	3.514.678	3.473.073	3.400.489	3.332.621	3.297.242	3.360.408
SICILIA	8.341.115	8.471.903	8.606.583	8.610.897	8.546.649	8.566.884	8.579.301
SARDEGNA	2.944.030	3.082.855	3.165.745	3.217.523	3.262.632	3.233.326	3.266.518
ITALIA	108.143.924	111.372.503	112.630.340	112.623.941	112.688.218	111.684.110	112.672.629
regioni non in piano di rientro	48.681.457	50.568.076	51.588.669	52.003.560	52.052.556	51.663.714	52.307.182
regioni in piano di rientro e commissariate	27.482.491	28.042.497	27.754.008	27.335.394	26.927.246	26.452.518	26.769.335
regioni in piano di rientro	23.641.381	24.113.292	24.472.529	24.277.153	24.030.693	23.857.713	23.988.436
regioni a statuto speciale	7.624.998	7.889.954	8.086.765	8.241.091	8.356.346	8.292.856	8.207.870

*Elaborazione
Agenas su dati
modelli CE
consuntivi
2008-2014*

La spesa della Lombardia: Ricavi

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
FSN indistinto e vincolato	15.666.180	16.151.000	16.674.926	16.962.000	17.174.872	17.066.161	17.555.735
saldo mobilità positiva	440.185	449.675	444.118	454.396	457.499	555.194	533.960
mobilità attiva internazionale	0	0	0	0	0	0	0
Entrate proprie	581.539	575.006	659.871	658.370	748.839	731.241	703.186
Rimborso da aziende farmaceutiche per Pay back	32.000	30.000	52.000	82.000	90.422	89.565	77.595
Saldo intramoenia	18.333	13.336	9.677	12.287	44.310	45.628	46.569
Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0	0	0	0	-138.258	-30.174	-9.375
Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	0	0	0	0	-68.211	-1.205	-28.092
TOTALE RICAVI NETTI	16.738.237	17.219.017	17.840.592	18.169.053	18.309.473	18.456.410	18.879.578

La spesa della Lombardia: Costi Interni

Personale:	0	0	0	0	0	0	
<i>personale a TD e TI</i>	4.844.208	4.990.508	5.116.395	5.089.000	5.067.854	5.015.951	4.976.829
<i>consulenze</i>	85.670	97.929	95.440	89.292	78.533	79.353	89.891
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	747.848	834.323	931.434	975.294	1.056.339	1.127.970	1.211.111
Beni e Servizi:	0	0	0	0	0	0	
<i>altri beni sanitari</i>	909.754	946.189	985.545	999.809	934.170	919.585	926.155
<i>beni non sanitari</i>	179.405	189.918	190.648	184.155	105.187	93.817	85.949
<i>servizi sanitari</i>	598.763	599.575	641.302	645.021	715.656	738.940	741.429
<i>servizi non sanitari</i>	1.399.053	1.455.440	1.564.176	1.659.329	1.820.053	1.860.647	1.874.329
Ammortamenti e costi capitalizzati	0	9.628	0	0	199.335	172.390	160.793
Accantonamenti	365.486	266.725	155.344	466.330	429.279	401.101	801.707
Variazione rimanenze	-7.270	-6.830	-32.795	-6.684	5.392	-3.015	5.619
TOTALE COSTI INTERNI	9.122.917	9.383.405	9.647.489	10.101.546	10.411.798	10.406.739	10.873.812

La spesa della Lombardia: Costi Esterni

Farmaceutica convenzionata	1.605.810	1.595.667	1.612.243	1.518.699	1.418.883	1.382.638	1.345.089
medicina convenzionata (MMG PLS e Sumai)	894.077	942.765	966.640	960.102	960.330	934.196	934.554
Prestazioni da privato:	0	0	0	0	0	0	0
<i>specialistica ambulatoriale</i>	671.532	699.997	942.638	966.606	1.012.778	1.060.648	931.921
<i>assistenza riabilitativa</i>	225.058	213.438	205.991	197.220	200.701	203.547	176.319
<i>assistenza integrativa e protesica</i>	208.277	219.120	233.404	245.788	235.968	239.241	238.027
<i>assistenza ospedaliera</i>	2.211.581	2.314.041	2.264.054	2.235.560	2.113.183	2.137.403	2.237.929
<i>psichiatria residenziale e semiresidenziale</i>	140.318	149.515	156.046	160.985	170.254	175.991	180.150
<i>distribuzione farmaci File F</i>	142.608	157.043	178.315	187.142	194.578	240.691	250.513
<i>prestazioni termali in convenzione</i>	9.036	10.475	10.411	10.315	9.498	9.722	9.174
<i>prestazioni di trasporto sanitario</i>	76.555	77.188	82.277	86.703	91.482	99.659	104.186
<i>prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria</i>	949.466	998.087	1.086.055	1.107.764	1.128.866	1.156.495	1.216.656
mobilità passiva internazionale	0	0	0	0	0	24.449	22.506
saldo mobilità passiva	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE COSTI ESTERNI	7.134.318	7.377.336	7.738.074	7.676.884	7.536.521	7.664.680	7.647.024

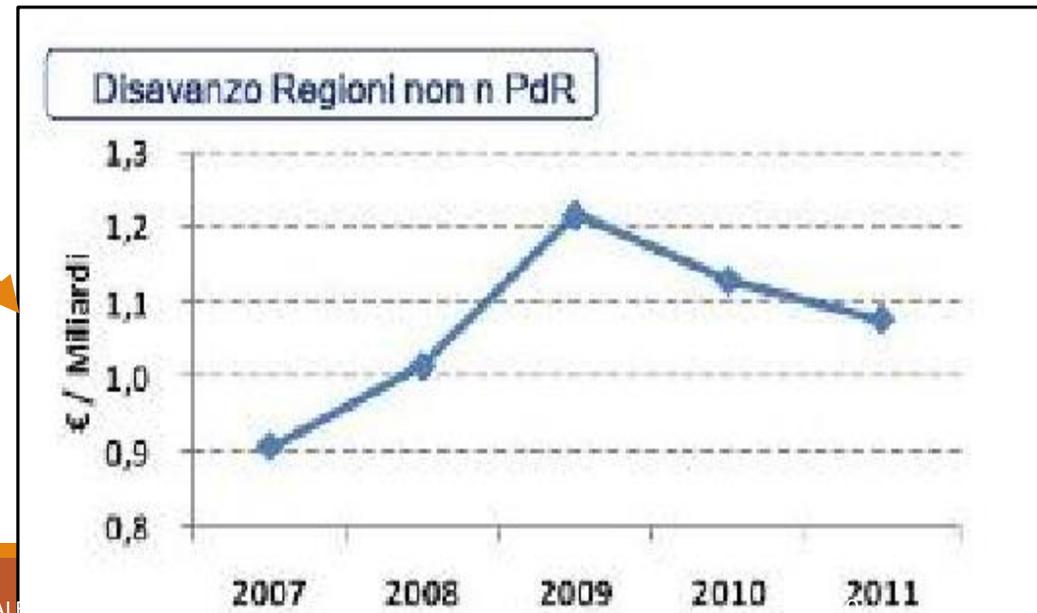
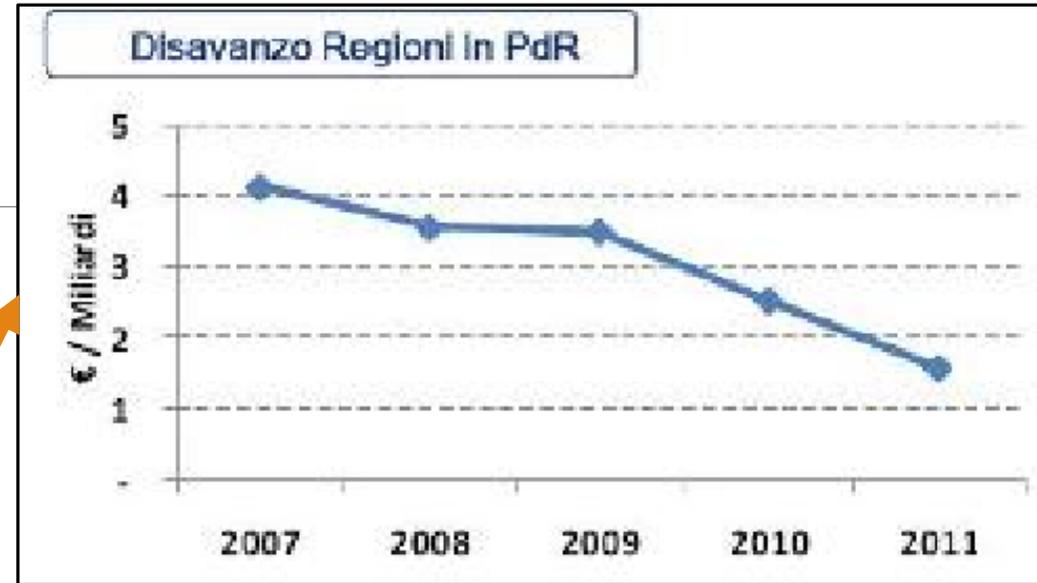
La spesa della Lombardia: in sintesi

TOTALE RICAVI NETTI	16.738.237	17.219.017	17.840.592	18.169.053	18.309.473	18.456.410	18.879.578
Totale costi operativi (costi interni + costi esterni)	16.257.235	16.760.741	17.385.563	17.778.430	17.948.319	18.071.419	18.520.836
Margine operativo	481.002	458.276	455.029	390.623	361.154	384.991	358.742
Svalutazioni immobilizzazioni, crediti, rivalutazioni e svalutazioni finanziarie	0	4.077	3.118	8.039	6.182	8.971	9.062
saldo gestione finanziaria	72.966	43.588	43.020	39.713	4.085	5.509	6.082
Oneri fiscali	362.020	368.266	372.676	370.367	366.423	363.352	361.594
Saldo gestione straordinaria	48.019	45.759	39.781	-9.991	-17.801	-3.039	-27.470
TOTALE COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE	483.005	461.690	458.595	408.128	358.889	374.793	349.268
Totale costi	16.740.240	17.222.431	17.844.158	18.186.558	18.307.208	18.446.212	18.870.104
RISULTATO DI GESTIONE	-2.003	-3.414	-3.566	-17.505	2.265	10.198	9.474
Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra)	2.003	3.414	4.710	22.505	0	0	0
RISULTATO DI GESTIONE DOPO LE COPERTURE	0	0	1.144	5.000	2.265	10.198	9.474

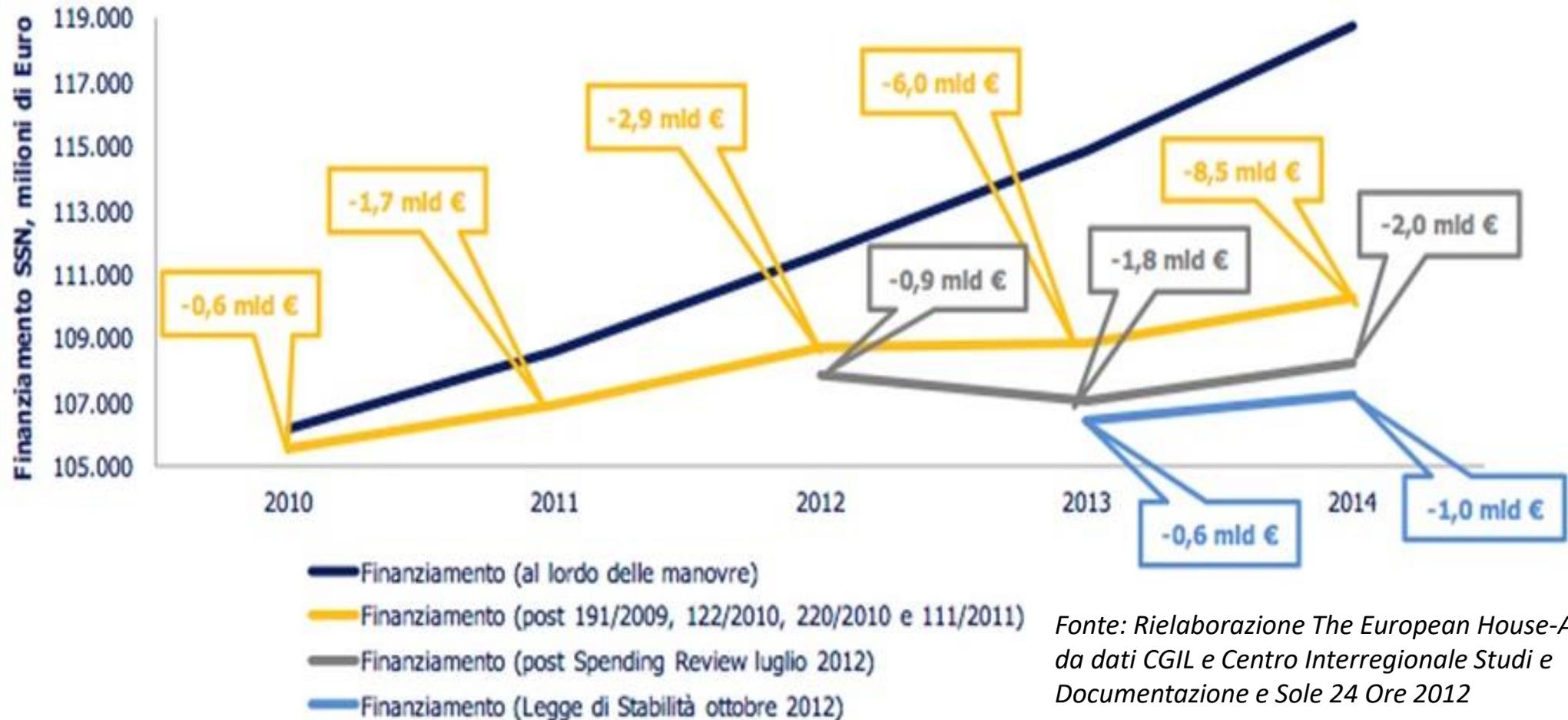
fonte: CE consolidati estratti dal sistema NSIS (CE 2008 alla data del 17.12.2014, CE 2009-2010-2011- 2012-2013 alla data del 18.9.2014) - elaborazione AGeNas

I piani di rientro

ACCORDO	REGIONE	DISAVANZO
28-feb-07	LAZIO	1.700.000.000
06-mar-07	ABRUZZO	140.000.000
27-mar-07	MOLISE	70.000.000
13-mar-07	CAMPANIA	870.000.000
31-lug-07	SICILIA	640.000.000
17-dic-09	CALABRIA	250.000.000
29-lug-10	PIEMONTE	420.000.000
30-nov-10	PUGLIA	330.000.000
altre regioni		900.000.000



Freno alla crescita F.S.N.



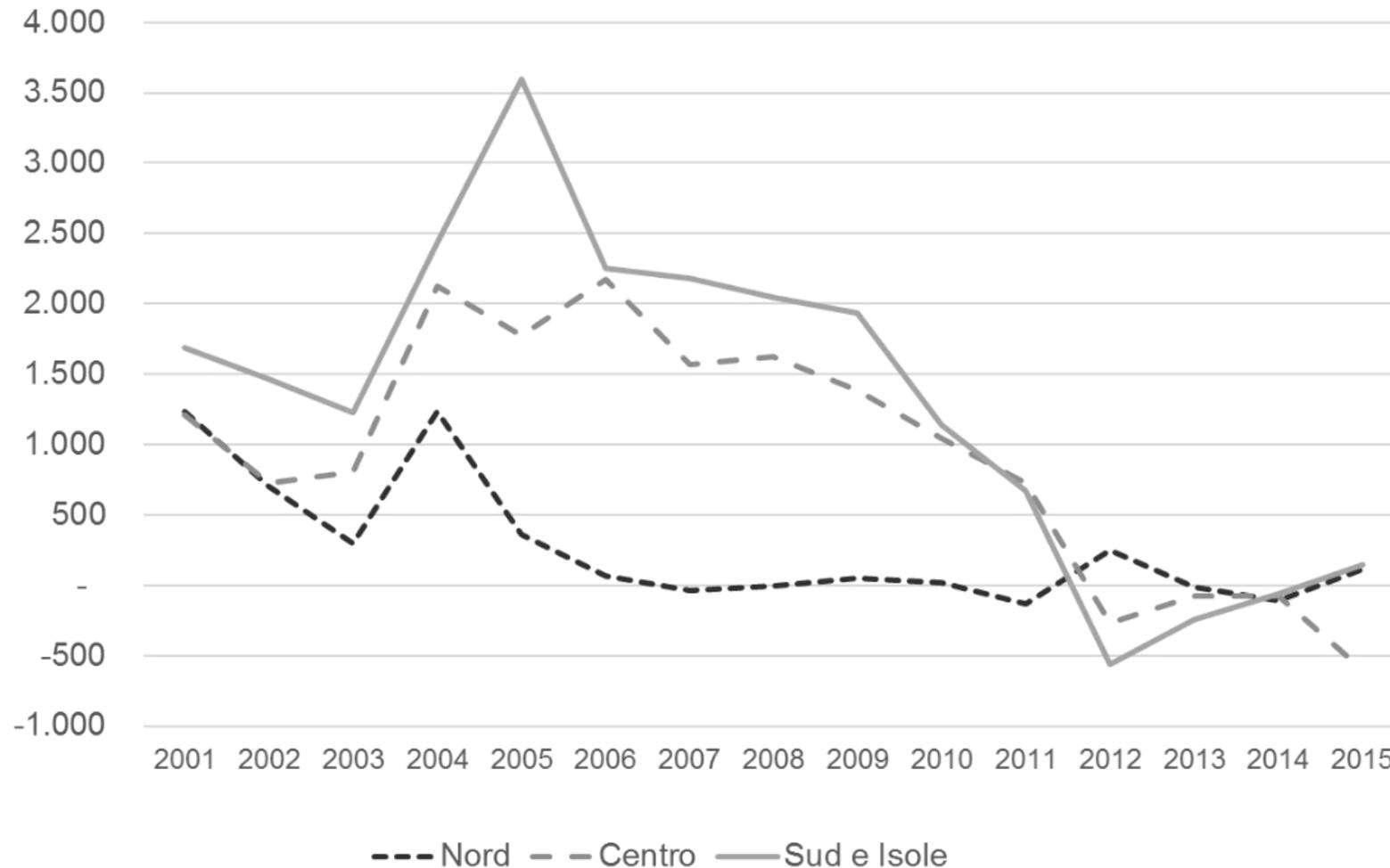
Fonte: Rielaborazione The European House-Ambrosetti da dati CGIL e Centro Interregionale Studi e Documentazione e Sole 24 Ore 2012

Posti Letto Pubblici e Privati Accreditati

Regioni	N. posti letto Anno 2009	N. Posti letto x 1000 ab. Anno 2009	N. posti letto dopo tagli spending review (con indice di 3,7 P.L. x mille ab.)	Differenza % posti letto dopo i tagli della spending review, rispetto al 2009
Piemonte	18.806	4,2	16.492	-12,3
Valle d'Aosta*	535	4,2	474	-11,4
Lombardia	43.039	4,4	36.695	-14,7
Pa Bolzano	2.163	4,4	1.878	-13,1
Pa Trento	2.477	4,8	1.959	-20,9
Veneto	19.673	4,1	18.270	-7,1%
Friuli Venezia Giulia	5.260	4,3	4.572	-13
Liguria	7.134	4,4	5.982	-16,1
Emilia Romagna	19.960	4,6	16.400	-17,8
Toscana	14.748	4,0	13.874	-5,9%
Umbria	3.256	3,6	3.354	+3,0
Marche	6.447	4,1	5.792	-10,1
Lazio	26.473	4,7	21.196	-19,9%
Abruzzo	5.669	4,3	4.967	-17,1%
Molise	1.771	5,5	1.183	-33,2
Campania	20.887	3,6	21.586	+3,3
Puglia	15.960	3,9	15.137	-5,1
Basilicata	2.157	3,6	2.174	+0,7
Calabria	7.929	4,0	7.442	-6,1
Sicilia	19.433	3,9	18.689	-3,8
Sardegna	7.246	4,4	6.199	-16,8
Italia	251.023	4,2	224.315	-26.708 (-10,6%)

Fonte: Quotidiano Sanità su
Dati del Ministero della Salute

Trend deficit per macro-area geografica in mln €



Principali voci di Ricavo (*migliaia di €*)

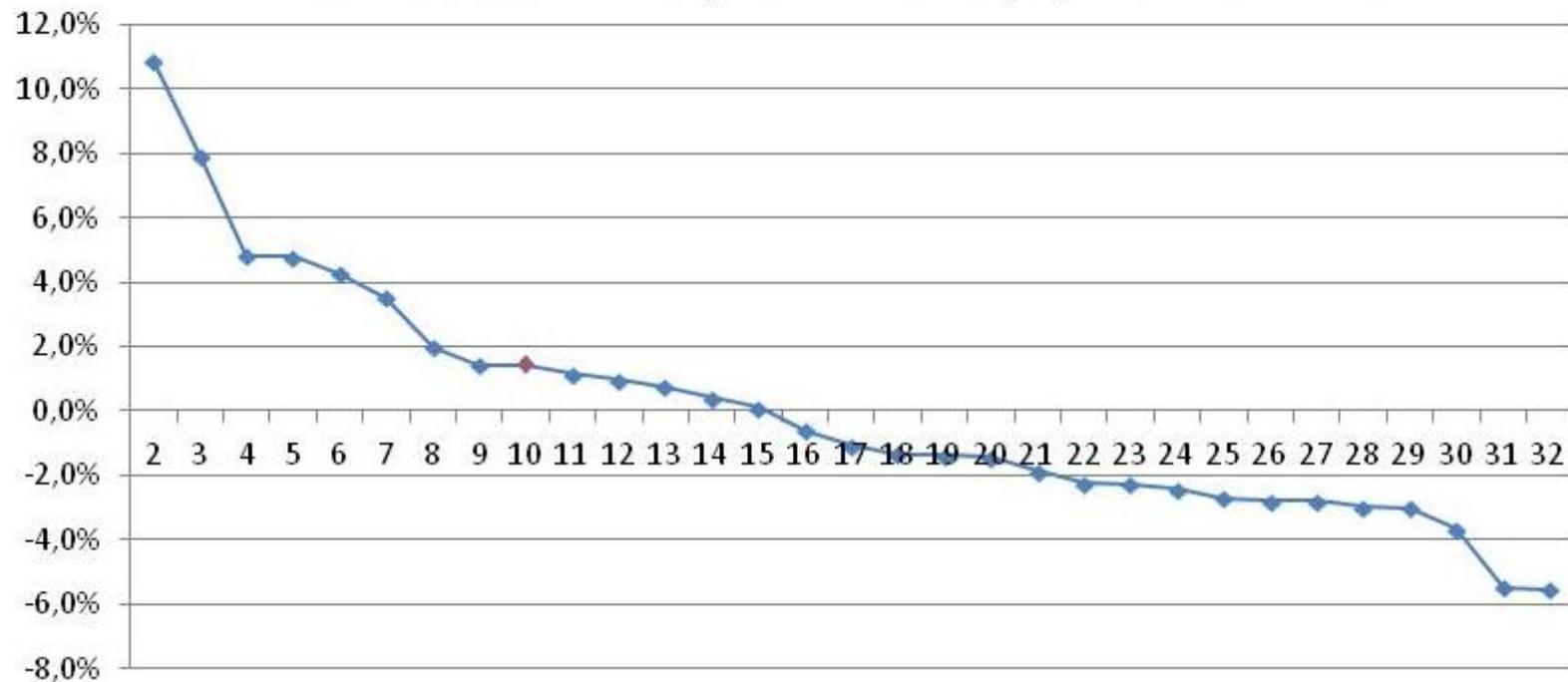
	Δ 2014-2012	Δ % 2014-2012	Δ 2014-2013	Δ % 2014-2013	Δ 2013-2012	Δ % 2013-2012
Totale valore della produzione (A)	208.214	1,9%	298.369	2,7%	- 90.155	- 0,8%
<i>A.1) Contributi in c/esercizio</i>	- 37.114	- 1,1%	93.825	2,9%	- 130.939	- 3,9%
<i>A.4) a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria</i>	212.812	3,0%	220.935	3,1%	- 8.122	- 0,1%

Incremento vs decremento dei posti letto

Costi della Produzione *(migliaia di €)*

	Δ 2014-2012	$\Delta\%$ 2014-2012	Δ 2014-2013	$\Delta\%$ 2014-2013	Δ 2013-2012	$\Delta\%$ 2013-2012
Totale costi della produzione (B)	157.636	1,4%	64.516	0,6%	93.120	0,8%

Totale costi della produzione (B) $\Delta\%$ 2014-2012



Acquisti di Beni *(migliaia di €)*

	Δ 2014- 2012	Δ % 2014- 2012	Δ 2014- 2013	Δ % 2014- 2013	Δ 2013- 2012	Δ % 2013- 2012
B.1) Acquisti di beni	139.427	5,5%	78.599	3,0%	60.828	2,4%
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	190.620	8,1%	86.475	3,5%	104.145	4,4%
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	- 23.995	-23,3%	- 8.990	- 10,2%	- 15.005	-14,5%

Unico vero effetto macroscopico della *spending review*

Acquisto di beni sanitari

Composizione dei costi per beni sanitari (Media del campione)

<p>Farmaceutica</p> <p>60%</p>	<p>Dispositivi Medici</p> <p>32%</p>
<p>Differenza 2014/2012</p> <p>+7,8%</p>	<p>Differenza 2014/2012</p> <p>-0,07%</p>

Acquisti di Servizi (migliaia di €)

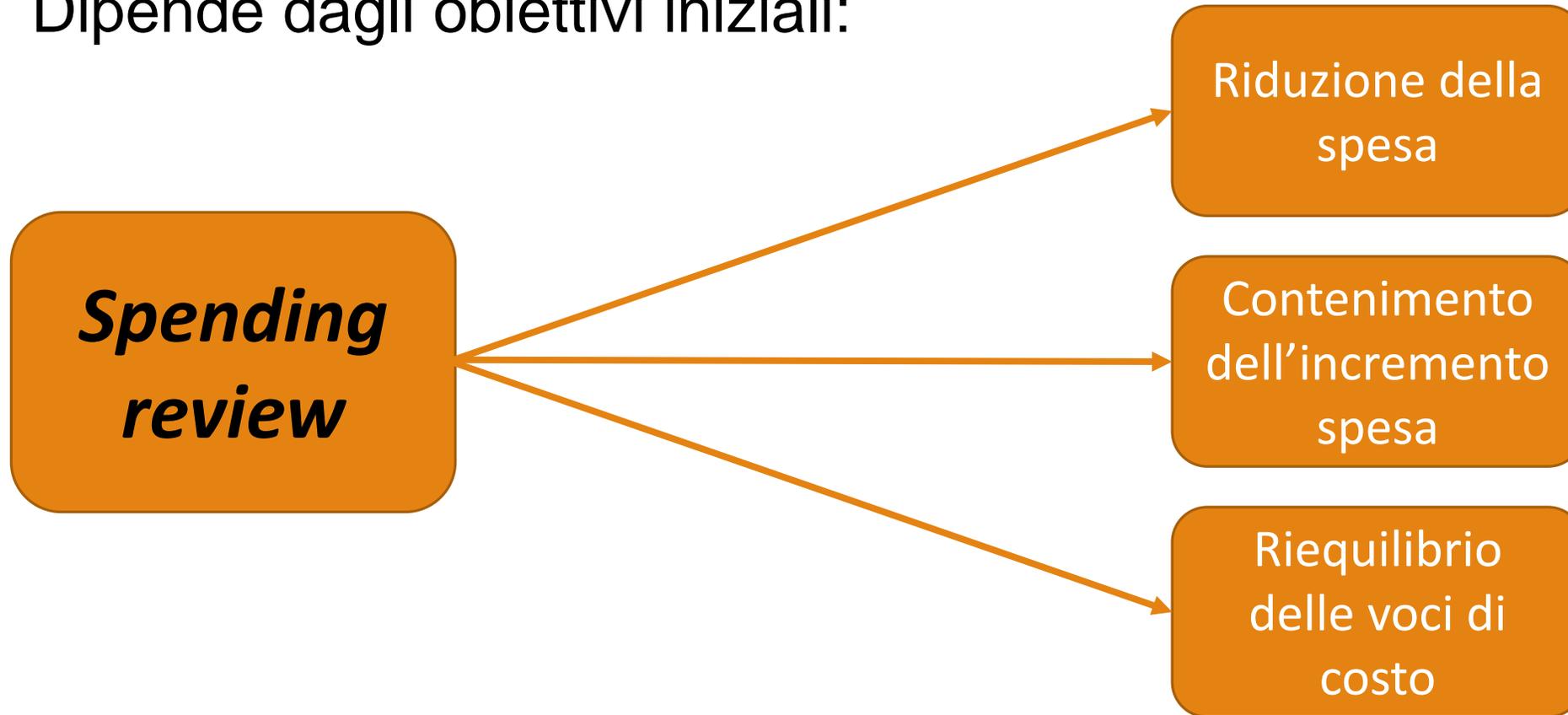
	Δ 2014-2012	Δ % 2014-2012	Δ 2014-2013	Δ % 2014-2013	Δ 2013-2012	Δ % 2013-2012
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	10.719	1,0%	28.110	2,7%	- 17.391	-1,7%
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	- 15.907	-1,3%	-19.808	-1,6%	3.901	0,3%
B.2.B.1) Servizi non sanitari	4.987	0,5%	- 21.313	-1,9%	26.300	2,4%
B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	- 2.151	-4,3%	- 2.095	-4,2%	- 56	-0,1%
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	11	0,1%	1.201	10,3%	-1.190	-9,3%

Contratti non scaduti – difficoltà della rinegoziazione

Incremento contenuto sul triennio,
ma totalmente spostato sul 2014

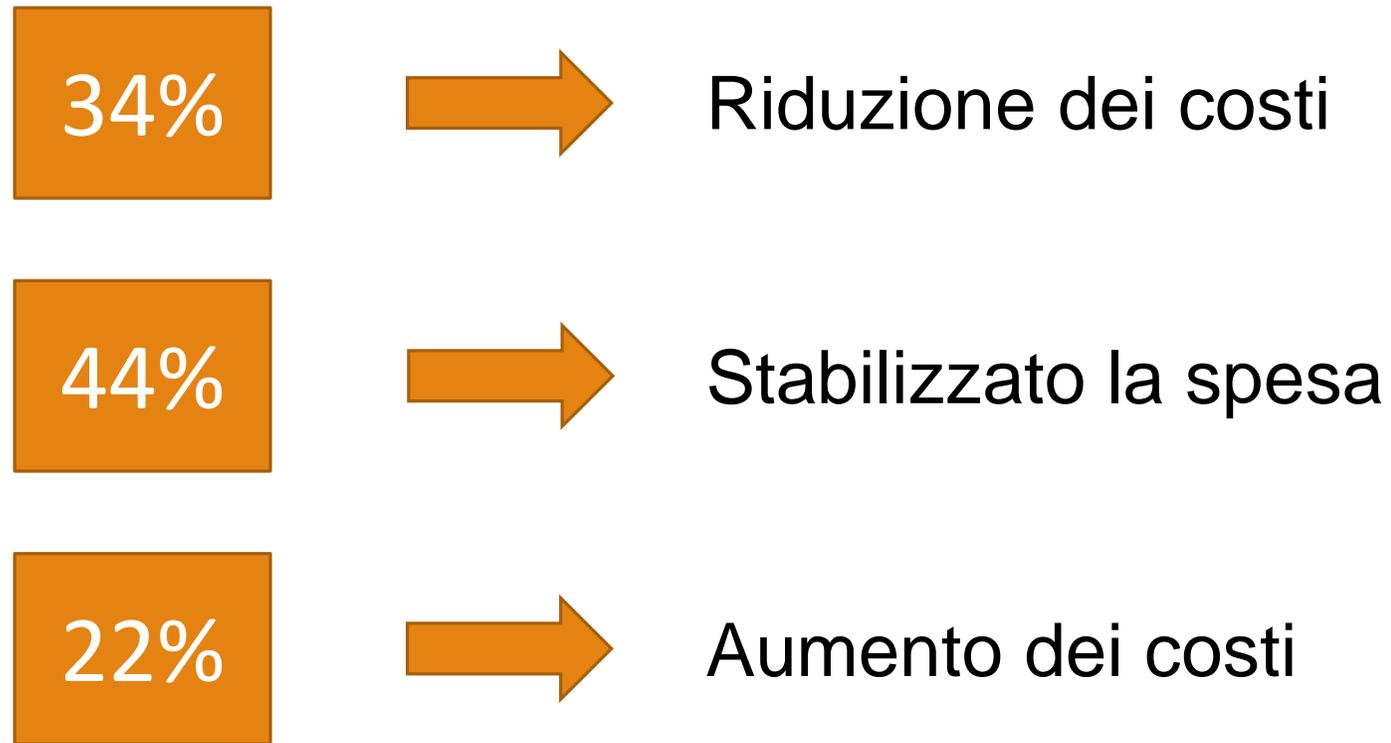
La metodologia di spending review fin qui utilizzata è stata efficace?

Dipende dagli obiettivi iniziali:



Conclusioni

Qual è stata la risposta delle aziende alla spending review:



Il destino dei piccoli ospedali

Decreto 95 del 16.07.2012
"Patto per la Salute" del 10.07.2014
alla Conferenza Stato-Regioni

Legge di Stabilità
2016

**Riduzione posti letto
(3,7 per mille ab.)**
Standard ospedalieri
minimi e massimi.
Riduzione delle strutture
complesse.

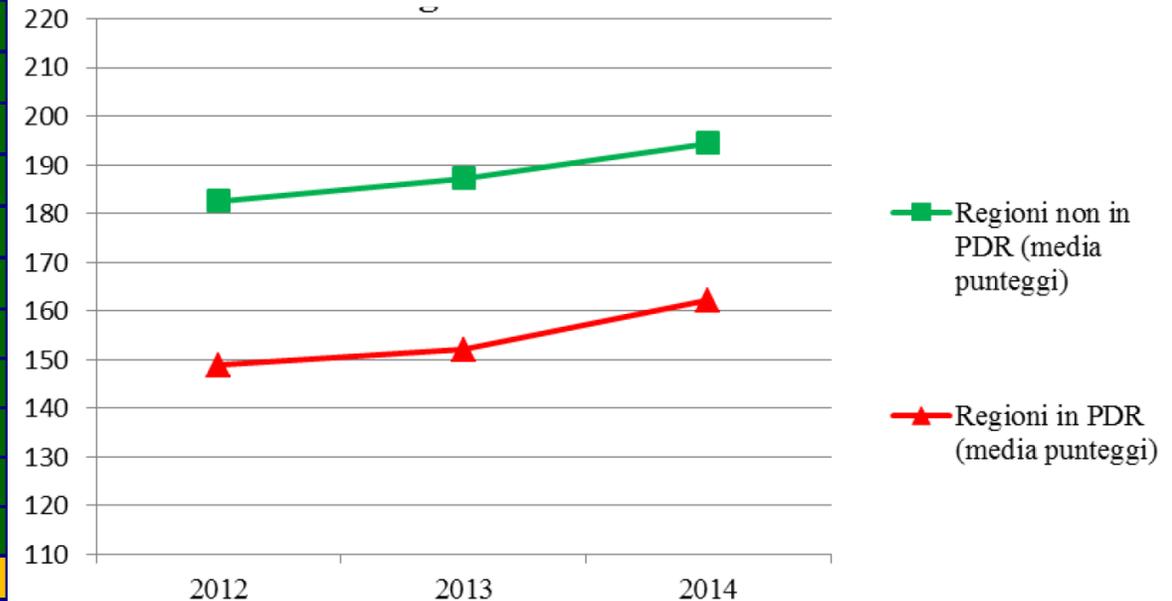
Esiti e valutazioni del PNE.
Regolazione Puntiriscita.



Indicazione implicita dell'esistenza di una
relazione evidente tra dimensione, costo ed esiti

I risultati: i LEA

Regione	2012	2013	2014
Toscana	193	214	217
Emilia R.	210	204	204
Piemonte	186	201	200
Liguria	176	187	194
Lombardia	184	187	193
Marche	165	191	192
Umbria	171	179	190
Veneto	193	190	189
Basilicata	169	146	177
Sicilia	157	165	170
Lazio	167	152	168
Abruzzo	145	152	163
Puglia	140	134	162
Molise	146	140	159
Campania	117	136	139
Calabria	133	136	137
Regioni non in PdR (punteggio medio)	183	187	195
Regioni in PdR (punteggio medio)	149	152	162



I gruppi

AZIENDA E GRUPPO

IL COORDINAMENTO DEL GRUPPO

OBIETTIVI, COLLABORAZIONE E COMPETIZIONE

Soggetto economico

L'organo da cui partono le direttive ed i programmi di gestione è la “holding” o “capogruppo”:

- ✓ **Holding pure:** società che non effettuano nessuna produzione intesa in senso materiale, ma si occupano solamente dell'amministrazione degli stock azionari delle controllate;
- ✓ **Holding miste:** oltre al controllo delle società del gruppo, svolgono un'attività.

Unità di indirizzo

Due differenti esperienze:

ogni nucleo aziendale, sebbene inserito in una struttura di gruppo, non perde la sua capacità decisionale;

il coordinamento e l'integrazione delle attività produttive implica l'eliminazione della capacità decisionale delle singole aziende.

Legami di gruppo

Il mezzo principale attraverso il quale si ha il controllo:

- ✓ Nomine;
- ✓ Indirizzi (obiettivi)
- ✓ Risorse

Il management

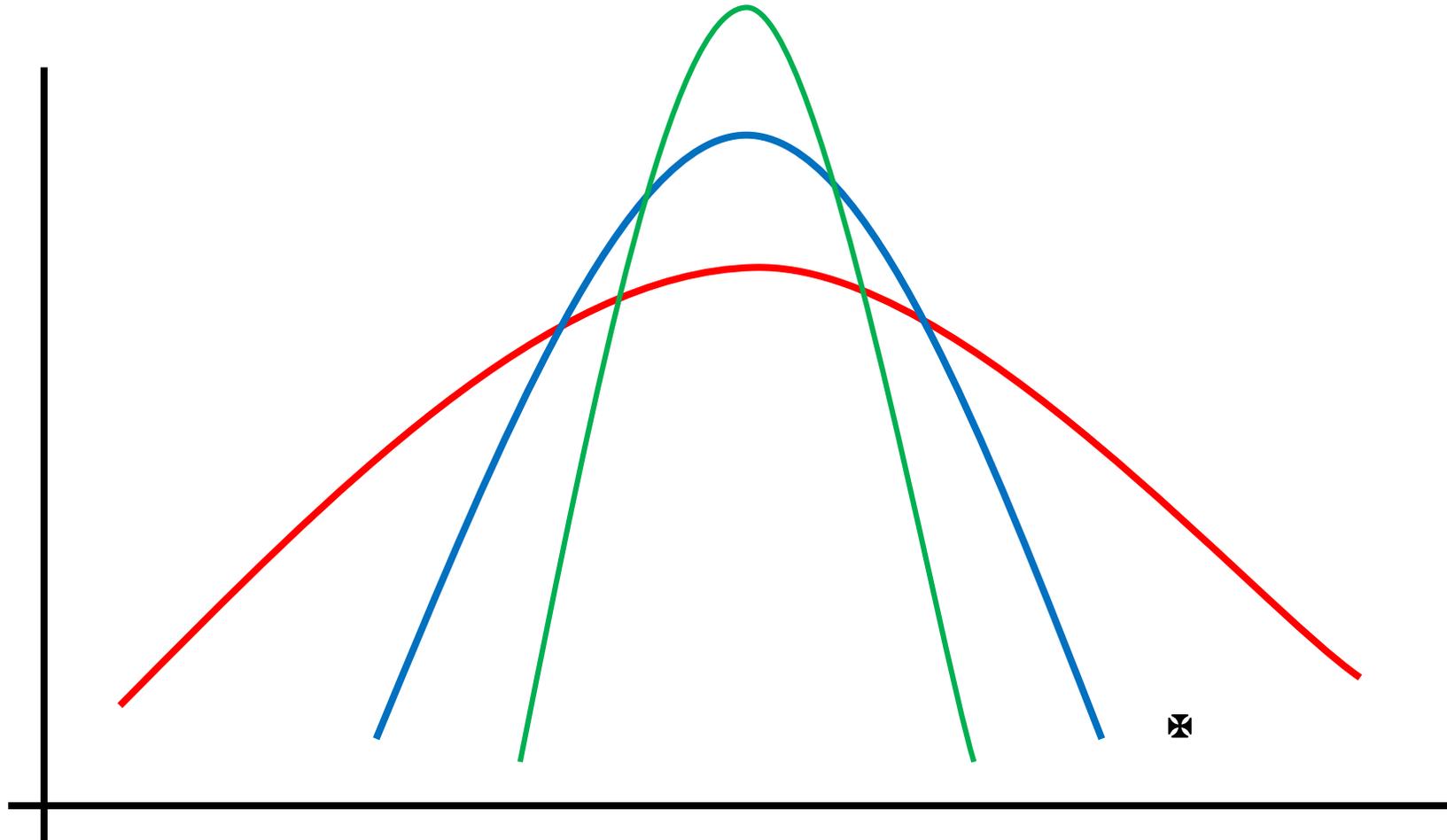
STRATEGIE AZIENDALI, STRATEGIE DI GRUPPO

I PROCESSI DI CAMBIAMENTO E I COMPORTAMENTI

PROGETTARE L'ORGANIZZAZIONE:

LO ZOOMING

Un obiettivo strategico: ridurre la variabilità



Strategie di sistema e strategie aziendali

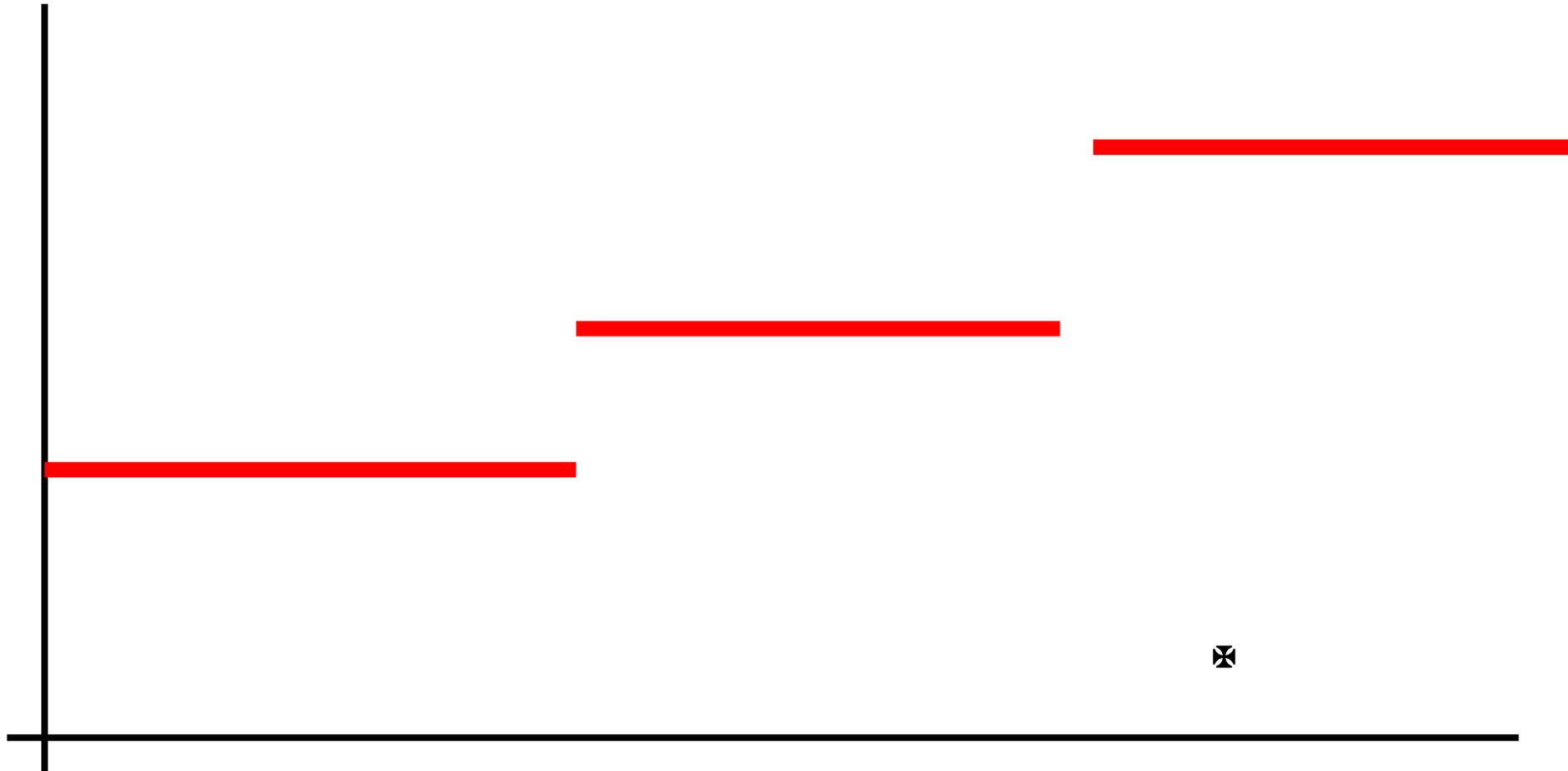
Un tema strategico: obiettivi di chi?

I processi innovativi: la cultura organizzativa

Il paziente come “riferimento “ nelle strategie

Un pensiero strategico: oggi creo le condizioni per

Un secondo obiettivo strategico: aumentare l'innovatività



Progettare l'organizzazione

Strutture organizzative

Meccanismi operativi (procedure)

Leadership

Quale scelta per la progettazione

1. Quale differenziazione e quale integrazione
2. Accentramento o decentramento delle decisioni
3. Standardizzazione o aggiustamento reciproco

Quale differenziazione e quale integrazione

La **Differenziazione** è il processo mediante il quale un'organizzazione alloca persone e risorse ai diversi compiti e definisce le relazioni operative e di autorità che le consentono di raggiungere i suoi obiettivi.

La **divisione del lavoro** è il processo di determinazione e controllo del grado di specializzazione all'interno dell'organizzazione

I ruoli organizzativi

Ruolo organizzativo: insieme dei comportamenti connessi ai compiti operativi richiesti ad una persona dalla posizione che occupa in un'organizzazione

- ✓ All'aumentare della divisione del lavoro si rende necessaria una maggiore **specializzazione**
 - ✓ Consente alle persone di sviluppare abilità e conoscenze individuali
 - ✓ È la fonte delle competenze distintive di un'organizzazione
- ✓ La **struttura organizzativa** si basa su un sistema di ruoli interconnessi (le relazioni sono definite da i comportamenti operativi)

La necessità dell'integrazione

La specializzazione tende a sviluppare **orientamenti sub-unitari**: tendenza a vedere il proprio ruolo solo in base ai vincoli della propria sub-unità

Possono insorgere problemi di comunicazione e il coordinamento diviene difficile



Le organizzazioni cercano modalità per integrare le funzioni

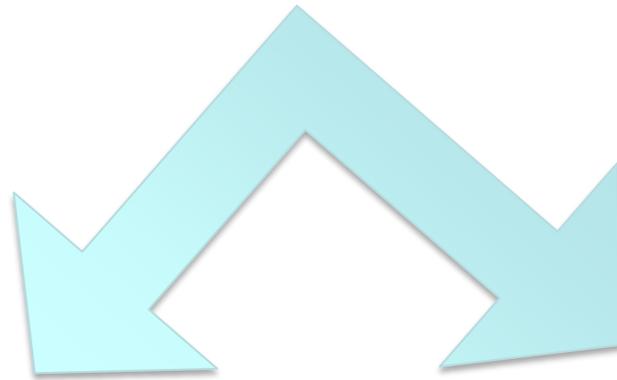
Integrazione: promuovere cooperazione, il coordinamento e la comunicazione tra diverse sotto-unità

Integrazione e meccanismi integrativi

Meccanismo	Descrizione
Gerarchia	Stabilisce chi riporta a chi.
Contatto diretto	I responsabili delle diverse sotto-unità si riuniscono per coordinare le attività sia formalmente che informalmente
Ruolo di collegamento	Un responsabile di una sotto-unità si assume il ruolo di coordinare le attività inter-funzionali
Task force	Comitato temporaneo formato da appartenenti a diverse sotto-unità, costituito per affrontare obiettivi specifici
Team	Comitato permanente di responsabili di diverse sotto-unità, costituito per obiettivi specifici
Ruoli di integrazione	Si crea un ruolo ad hoc per coordinare le attività diverse sotto-unità
Reparto di integrazione	Si crea un servizio per coordinare le attività diverse sotto-unità

Accentramento e decentramento dell'autorità

Quanta autorità delegare a ciascun livello verticale?



Organizzazione accentrata

contesto organizzativo in cui il potere di prendere decisioni importanti è appannaggio esclusivo dei manager al vertice della gerarchia

Organizzazione decentrata

contesto organizzativo in cui il potere di prendere decisioni importanti viene delegato ai manager di tutti i livelli della gerarchia

Accentramento vs Decentramento

Trovare un giusto equilibrio tra accentramento e decentramento

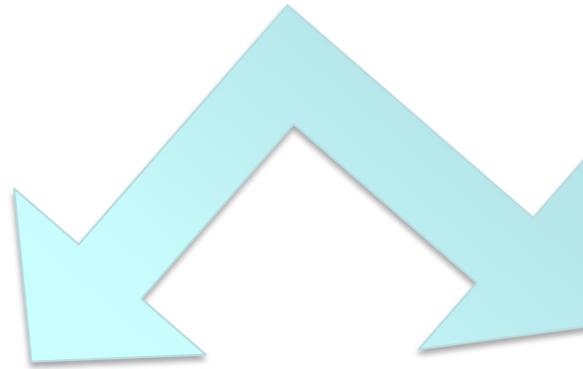
Equilibrio tra sviluppo della strategia di lungo termine e flessibilità/innovazione di breve termine

COMPITI DEI MANAGER

- La decisione del potere decisionale va rivista continuamente
- L'equilibrio cambia a seconda della crescita e differenziazione dell'organizzazione

Standardizzazione e aggiustamento reciproco

Come orientare i processi decisionali? Come risolvere i problemi?



Standardizzazione

conformità a modelli o esempi specifici definiti. Le azioni sono routinarie e prevedibili

Aggiustamento reciproco

risoluzione dei problemi senza schemi predefiniti. Vi è una maggiore creatività nella risoluzione dei problemi

Formalizzazione

Formalizzazione: uso di **regole** e **procedure** scritte per standardizzare le operazioni

Le procedure specificano:

- ❖ come le persone devono esercitare i propri ruoli
- ❖ Definiscono i comportamenti in presenza di specifiche situazioni

Socializzazione

Norma: standard o stile di comportamento accettabili o tipici per un gruppo di soggetti

Nelle organizzazioni molte norme nascono informalmente con la consuetudine o con la prassi

Alcune norme nascono dalla interiorizzazione di regole

Socializzazione: processo mediante cui i membri di un'organizzazione apprendono e interiorizzando le norme non scritte di comportamento

Alcune norme lavorative promuovono efficacia e efficienza, altre non lo fanno

Difficili e lente a modificarsi

Standardizzazione vs Aggiustamento reciproco

Quarto problema fondamentale di progettazione organizzativa:

- **Trovare il modo di usare regole e norme per standardizzare il comportamento lasciando spazio all'aggiustamento reciproco**
- Solitamente chi opera a livelli elevati nella gerarchia e affronta problemi complessi si affida maggiormente all'aggiustamento reciproco

COMPITI DEI MANAGER

- I meccanismi integrativi possono accrescere l'aggiustamento reciproco
- L'equilibrio tra queste variabili è quello che promuove il comportamento creativo e reattivo dei dipendenti, insieme all'efficacia organizzativa

Gli obiettivi del cambiamento

✓ **Risorse umane**

le organizzazioni cercano di migliorare e ottimizzare le competenze e le abilità delle persone:

- ✓ formazione per accrescere competenze;
- ✓ aumentare familiarità con cultura e regole dell'organizzazione;
- ✓ verifica continua dei metodi di promozione o ricompensa;
- ✓ cambiamento nel top management

✓ **Risorse funzionali**

trasferimento di risorse verso funzioni cruciali.

✓ **Tecnologia**

enormi possibilità di cambiamento e di sfruttare le possibilità del mercato.

✓ **Organizzazione:**

riprogettazione della struttura organizzativa.

Il management: nella progettazione organizzativa

1. Guidare il processo di differenziazione per costruire le **competenze distintive** e Integrare l'organizzazione scegliendo **meccanismi adeguati**.
2. La decisione su **accentramento e decentramento** del potere decisionale va rivista continuamente. L'equilibrio cambia a seconda della crescita della differenziazione dell'organizzazione e delle strategie che si vogliono mettere in atto
3. Trovare il modo di usare regole e norme per **standardizzare** il comportamento lasciando spazio **all'aggiustamento reciproco**

Una innovazione (e un esempio – POAS Lombardia)

➤ **responsabilità del processo**

➤ **process owner**

per favorire e garantire l'efficacia e l'efficienza del processo

Funzioni astratte?

Il **process owner** è responsabile di promuovere e indirizzare il miglioramento continuo

Tutte le attribuzione di un project leader

Un coordinatore

Il **process owner** non ha autorità sulle persone che sono impegnate nel progetto.

Il controllo manageriale delle attività del processo sono nella linea gerarchica delle funzioni di appartenenza.

Il **process owner** deve mediare, convincere, incentivare tutti quei comportamenti coerenti con gli obiettivi del processo pur senza avere autorità gerarchica.

Un consiglio: Management by wandering around

Un modo per capire e incontrare

Due errori:

- Programmare (il wandering around non va programmato)
- Parlare (non parlare ma ascoltare)

Un suggerimento per la progettazione

	Valutazione	Interventi
I processi operativi	<i>Standard come criteri guida</i>	<i>Progettazione organizzativa, gestione dei processi, monitoraggio</i>
La formazione	<i>La misurazione della performance</i>	<i>Investire sulle persone, promuovere e sostenere culture organizzative,</i>
L'innovazione	<i>Confrontarsi</i>	<i>Progetto, fattibilità, implementazione, valutazione</i>

Una politica per il cambiamento

I cento progetti

Grazie per l'attenzione