



In vetrina a Trento le best practice in campo per governare l'accesso alla specialistica

Priorità cliniche taglia-attese

Da Rovereto a Ragusa i modelli che garantiscono interventi tempestivi

Per cercare di "venir fuori" dal problema dei lunghi tempi di attesa, limitando i danni da taglio indiscriminato delle risorse, c'è chi da alcuni anni ha iniziato ad applicare modelli di priorità di accesso che, in maniera simile a ciò che avviene in qualsiasi sistema sociale molto caotico, come nel traffico stradale, permettono di far circolare alcuni "viaggiatori" più lentamente e altri più rapidamente.

In Italia, l'utilizzo sistematico delle priorità basato su concetti clinici è apparso nella seconda metà degli anni Novanta. Le prime Asl a pubblicare dati sull'uso delle priorità cliniche

furono Feltre e Trento (1998-1999). Così come allora, anche oggi, ove è maggiore il numero di realtà sanitarie che le utilizzano, si osservano un'applicazione e uno sviluppo delle priorità cliniche "dal basso verso l'alto". Dove medici di famiglia e specialisti concordano modalità di accesso alle prestazioni secondo criteri di priorità clinica, si osserva una sopravvivenza del modello nel tempo (a esempio: Potenza, Ragusa, Merano e Bolzano, Terni). L'implementazione "bottom up" si diffonde poi con più rapidità (benché ci vogliano anni) quando il modello viene riconosciuto dal livello politico locale (as-

essorati): com'è avvenuto nelle Pa di Trento e Bolzano e in Umbria, Sicilia, Piemonte.

Solo a fronte di un uso sistematico e omogeneo di criteri di priorità di accesso alle prestazioni sanitarie, sarà possibile utilizzare criteri finanziari per far partecipare il cittadino alla spesa sanitaria. Solo così l'impegno economico del singolo cittadino per ricevere la cura giusta, al momento e nel luogo giusto sarà equo e fondato su criteri di effettiva necessità nell'interesse collettivo.

Al Convegno del 14-15 giugno, presso la facoltà di Economia dell'Università di Trento

(www.prioritacliniche.it e info@pep-congressi.it), si parla proprio di esperienze di applicazione di priorità cliniche in varie Asl italiane e di modelli economico-finanziari che, nel prossimo futuro, si dovranno probabilmente integrare con queste.

Giuliano Mariotti

Direttore medico di presidio Ospedale di Rovereto Apss - Pa Trento

Andrea Francesconi

Facoltà di Economia, Università di Trento

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ROVERETO (TRENTO)

Il lavoro fatto con le priorità cliniche nel distretto di Rovereto (circa 85.000 abitanti) con un ospedale di 400 posti letto, sviluppato all'inizio con un gruppo di medici di famiglia (20 su 80) insieme agli specialisti, ma con poche prestazioni (cinque) e la capacità di ottenere risultati positivi e di darne visibilità hanno permesso al progetto di trasformarsi in modello sistematico, diffusosi prima tra tutti i Mmg e specialisti e poi a tutta l'azienda (mezzo milione di abitanti). In quest'ultima fase è stato determinante il riconoscimento formale del modello da parte dell'amministrazione politica locale.

Fin dal 2001 si era deciso di utilizzare 3 livelli

di priorità con tempo di attesa massimo (A = 3 giorni; B = 10 giorni; C = 40 giorni, poi divenuti 30). Contestualmente sono stati creati un "livello E", senza limite massimo, e un "livello P", per le prestazioni di controllo. Dai primi pochi casi di richieste prioritarie del 2002 si è passati alle migliaia del 2010, ma la percentuale di visite e prestazioni specialistiche richieste con priorità non supera mai il 12% del totale delle prestazioni.

Le richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali che nel 2010 hanno beneficiato di un tempo di attesa prioritario sono state circa 120.000. Da subito è stata attivata parallelamen-

te la valutazione di concordanza da parte degli specialisti che eseguono le prestazioni, che nel 2010 è attorno al 70%, a evidenziare che gli specialisti eroganti concordano con la priorità attribuita dal medico richiedente in circa un caso e mezzo su 2 (ma con oscillazioni fra il 15% e l'80% delle prestazioni). È ora in fase di sviluppo un applicativo informatico per facilitare la tracciabilità delle prescrizioni con parole chiave cliniche e migliorare la manutenzione del modello.

G.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TREVISO (VENETO)

L'Azienda Ulss 9 di Treviso rappresenta una realtà che serve oltre 430.000 cittadini e nella quale operano oltre 360 fra Mmg e pediatri di libera scelta. Data la complessità del sistema e la volontà di ottenere risultati in tempi compatibili con la programmazione regionale, si è optato per un metodo articolato di definizione delle priorità, focalizzato sull'utilizzo di tre tipi generali di strategie: 1) Focus su patologie: basata sulla definizione e condivisione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici, centrati sui pazienti oncologici con percorsi complessi; 2) Focus su prestazioni: condivisione fra Mmg e specialisti ambulatoriali e ospedalieri di schede di prioritarizzazione, simili al modello Rao sperimentato qualche anno prima in altre realtà (Feltre e Trento), per singole prestazioni a elevata inappropriata richiesta, per un totale di 14 prestazioni (è stato realizzato un fascicolo contenente le schede, ampiamente condiviso, dapprima con i referenti dei gruppi audit di medicina generale e, tramite loro, con tutti i Mmg); 3) Focus sul medico: predisposizione, diffusione e condivisione allargata di criteri generali di differenziazione dell'accesso per classi di priorità, intesi come strumenti di supporto alle decisioni mediche, indipendenti dalla singola prestazione. È stata anche realizzata un'attività formativa che ha permesso la definizione di strumenti di valutazione dei tassi di prescrizione. Il monitoraggio, eseguito mensilmente, sulle prestazioni "traccianti" della Regione Veneto, ha mostrato, dall'ottobre 2008, un progressivo aumento delle prestazioni prioritarie, che si sono poi stabilizzate al 16% per le classi A (da erogare entro 10 giorni) e al 23% delle B (30-60 giorni), anche se il monitoraggio evidenzia tuttora un'ampia dispersione fra i Mmg nel suo corretto utilizzo.

Pierpaolo Faronato

Direttore sanitario Aulss Treviso - Regione Veneto

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TERNI (UMBRIA)

Rao (raggruppamenti di attesa omogenei) sono applicati in Umbria dal 2005, quando nell'Asl di Terni è stato istituito il Centro interaziendale per sistemi innovativi nella gestione delle liste d'attesa, che ha attuato un programma sperimentale di contenimento e monitoraggio di prestazioni di specialistica e di ricovero basate sul criterio della prioritarizzazione della domanda e razionalizzazione dell'offerta.

Terni ha iniziato a utilizzare i Rao per le prestazioni critiche, migliorando in maniera significativa i tempi di attesa. La metodologia è stata poi applicata presso altre aziende (4 Asl per circa 900.000 abitanti). Il primo passo, legato anche alla riorganizzazione del sistema delle prenotazioni oggi affidato a un Cup regionale, è stato quello di applicare gli stessi Rao ovunque. Le direzioni aziendali e i professionisti hanno condiviso le diagnosi di attribuzione alle classi di priorità per le tipologie di prestazioni.

I quesiti diagnostici adesso sono gli stessi ovunque e i tempi di attesa previsti dalle classi Rao sono rispettati. A esempio, per l'ecocolor Doppler oggi la classe P (senza priorità) aspetta in media 65,3 giorni, mentre la classe U (alta priorità) 3,3, la B (media priorità) 9,5, la D (bassa priorità) 25,5. L'utilizzo dei Rao è stato determinante per la gestione dei tempi di attesa e ciò è evidenziato anche dal fatto che, pur utilizzando un Cup regionale, la percentuale di pazienti che si muove in un'azienda diversa da quella di residenza è del 3,9% (2,6% classe B; 2% D; 2,5% P; 1,9% U).

Paola Casucci

Dirigente Servizio sistema informativo - Direzione regionale Salute - Regione Umbria

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MERANO (PA BOLZANO)

Presso l'Ospedale di Merano (400 posti letto), in un contesto cui afferiscono i residenti del Comprensorio sanitario di Merano (130.000 residenti), caratterizzato da una forte concentrazione dell'offerta di prestazioni specialistiche a livello ospedaliero (oltre il 97% del totale), è stato avviato circa 10 anni fa il modello delle priorità cliniche, finalizzato a migliorare le modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali secondo modelli già sperimentati in altre realtà, come i Rao di Trento.

Il progetto ha coinvolto dapprima 5 branche specialistiche e alcuni medici di famiglia, si è poi esteso a gran parte dei soggetti prescrittori ed erogatori delle prestazioni (220 medici ospedalieri e 85 tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), costantemente promosso e supportato da azienda sanitaria e assessorato alla Sanità provinciale. Sin dall'inizio il fattore qualificante è stato il coinvolgimento dei medici specialisti e dei medici di famiglia nel percorso di definizione, in particolare del livello di priorità "B" con tempo di attesa 8 giorni e "P" (differibile = 60 giorni), riscontrati come i più critici per l'impatto organizzativo. Gli ambiti specialistici coperti dal progetto sono 13 sui 23 gestiti in ospedale. In 8 branche specialistiche (61%) il livello "B" è pienamente rispettato, come in 16 branche per il livello "P". Nel campione di 20 medici su 85 (23,5%) la media di prescrizione è di 4 prestazioni/mese e in totale le prestazioni erogate con priorità sono inferiori al 10% dell'erogato. I livelli di concordanza tra diagnosi di invio e valutazione specialistica variano dal 95% per ortopedia al 59% per OrL (media 84%). A breve è attesa una ottimizzazione dell'infrastruttura informatica che consentirà di aumentare trasparenza ed efficienza del sistema.

Pierpaolo Bertoli

Direttore medico di presidio Ospedale di Merano - Pa Bolzano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RAGUSA (SICILIA)

Il sistema di prenotazione per priorità è stato introdotto nell'Asl 7 di Ragusa nel 2006 da un gruppo di lavoro del Dipartimento integrazione socio-sanitaria, forte di una esperienza pluriennale di governo clinico della domanda sanitaria, attraverso la formazione integrata ospedale territorio e accordi con i Mmg.

Su progetto regionale, previo accordo locale con i Mmg, sono state individuate sei branche a maggiore criticità e sono state nominate sei commissioni, cui hanno partecipato 72 medici, costituiti sia da Mmg sia da specialisti, che hanno elaborato i protocolli Rao, che prevedono tempi di attesa differenziati per problema clinico.

Gli stessi medici facenti parte delle commissioni si sono impegnati in un programma di formazione integrata ospedale territorio. L'azienda ha provveduto alla informazione all'utenza attraverso i media locali, alla formazione del personale addetto al Cup, al monitoraggio e controllo e all'adeguamento del software. La valutazione di concordanza è di circa il 70% e il numero delle prestazioni prioritarie, suddivise in urgenti, brevi, e differibili, è del 30%. Con l'accordo regionale dei Mmg e il decreto assessoriale del 12/8/2010 che obbliga i Mmg a prescrivere per priorità, tutte le aziende sanitarie provinciali della Sicilia devono attivarsi per organizzare il

sistema di prenotazione per priorità. Il bacino orientale (Messina, Catania, Siracusa, Ragusa, Enna) seguendo la stessa metodologia, applicata nell'azienda di Ragusa, si è dotata dei cosiddetti protocolli Rao, costituendo 13 commissioni, di cui hanno fatto parte specialisti ospedalieri delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere, dei Policlinici universitari, specialisti ambulatoriali, Mmg, pediatri di libera scelta e privati accreditati della Sicilia orientale.

Carmelo Mandarà

Consulente Assessore Salute - Regione Sicilia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MAGLIE (PUGLIA)

Da circa un anno, con il sostegno della Card (Confederazione associazioni regionali di distretto), nel distretto di Maglie (Asl Lecce) è stato avviato un progetto innovativo di gestione delle principali malattie croniche con il doppio metodo delle Psp (prestazioni specialistiche programmate per patologia) e dei Rao (raggruppamenti di attesa omogenei). Il progetto è stato stilato in forma condivisa tra direzione, Mmg, specialisti e cittadini. Il punto di partenza è stato un'analisi delle motivazioni delle richieste di 100 visite cardiologiche, che hanno messo in evidenza: 60% di patologie cardiovascolari croniche; 35% di richieste non riconducibili ai Lea (di cui il 10% indotte dal paziente) e il 5% di vere priorità cliniche (23% richieste). Una seconda analisi, condotta su 100 diabetici, ha dimostrato un'alta percentuale di comorbidità (es. diabete + artrosi), che può comportare al paziente il disagio della prenotazione. Nell'attuale fase di verifica degli esiti (clinico, economico, sociale), si sta studiando la possibilità di

inserire nel modello organizzativo delle Psp anche le malattie coesistenti, con una presa in carico globale del malato. Il modello organizzativo è centrato sui servizi pluri-specialistici integrati, nei quali gli assistiti con le più importanti patologie croniche sono presi in carico e inviati a visite programmate senza ricorso al Cup. In caso di comparsa di situazioni di rilevante rischio clinico si attiva l'accesso alle prestazioni prioritarie con i Rao. L'azione combinata di Psp e Rao ha prodotto: 1) riduzione delle liste di attesa; 2) riduzione delle richieste urgenti (dal 23% al 5%); 3) riduzione del ricorso a ricoveri ospedalieri o a esami specialistici inappropriati; 4) miglioramento della qualità percepita da parte degli utenti.

Pierluigi Cambio

Direttore Distretto Maglie, Asl di Lecce - Regione Puglia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14-20 giugno 2011

PIEMONTE/ Al S. Giovanni Bosco di Torino un sistema informatizzato per le terapie

Un software gestisce i farmaci

A disposizione degli operatori i dati clinici del paziente e il Prontuario



Un software per ridurre al minimo il rischio di errore umano nella somministrazione dei farmaci ai pazienti ricoverati. È in uso al San Giovanni Bosco di Torino da circa due anni nel reparto di Medicina interna, ma diventa ora una procedura acquisita per l'ospedale che la estende a tutte le specialità di Area medica, dalla Nefrologia alla Cardiologia e all'Unità coronarica.

«Si tratta di un sistema informatizzato per la rilevazione, registrazione e

archiviazione dei dati relativi alla terapia farmacologica dei pazienti», spiega Massimo Giusti, direttore della struttura complessa di Medicina A. «La somministrazione dei farmaci per ogni paziente è tracciata in funzione di una serie di parametri: il medicinale utilizzato, l'ora della somministrazione, l'operatore che l'ha eseguita e così via, in modo tale da ridurre a zero la possibilità di errore nella trascrizione di informazioni trasmesse a voce, dovuto a incomprensioni o in-

completezza dell'informazione».

Studiato in collaborazione con il Dipartimento di Ingegneria Biomedica del Politecnico di Torino, il software rende facilmente accessibili per gli operatori, accanto alle informazioni cliniche relative al paziente, anche gli strumenti indispensabili per l'appropriatezza della prescrizione farmacologica, come il Prontuario terapeutico nazionale e quello interno dell'ospedale, diminuendo il tempo burocratico necessario per questo tipo di operazioni. E il

fattore tempo è fondamentale per reparti che ricoverano pazienti in fase acuta, la cui terapia farmacologica può cambiare anche più volte in una stessa giornata.

«Dopo una breve formazione di una giornata - prosegue Giusti - il personale sia medico che infermieristico è in grado di seguire, e poi integrare, la storia farmaceutica del paziente, tramite gli schermi dei computer aziendali, tablet o portatili per i medici e schermi touch screen montati sul carrello di

terapia per gli infermieri». Il software a cui si accede è studiato su misura per le esigenze degli operatori, che hanno partecipato alla sua progettazione lavorando fianco a fianco con gli ingegneri del Politecnico. Tutti i dispositivi di accesso al software sono collegati in rete garantendo un controllo costante sia sulla somministrazione che sulla prescrizione dei farmaci.

Silvia Alparone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CAMPANIA

Patto con i fornitori: stop alle cause l'Asl di Salerno paga a 60 giorni

Pagare a 60 giorni i fornitori e gli accreditati in Campania, dove i tempi di attesa per le fatture superano anche due anni, suona quasi come un miracolo. Ma senza scomodare San Gennaro all'Asl di Salerno hanno fatto qualcosa di più banale: hanno fatto sedere intorno a un tavolo tutti i «creditori» dell'azienda sanitaria che in cambio di pagamenti graduali e più puntuali hanno deciso di rinunciare ad azioni legali e pignoramenti. «L'anno scorso abbiamo pagato 75 milioni solo di spese legali, per un buco complessivo nel 2010 per la nostra Asl di 291 milioni - avverte il commissario straordinario che guida l'azienda sanitaria, il colonnello dei carabinieri Maurizio Bartoletti - per questo abbiamo deciso di affrontare questa cosa impegnandoci a pagare gradualmente fornitori e accreditati a fronte di un impegno a sospendere le azioni legali». E il risultato si è visto subito: «Abbiamo cominciato a pagare le prime tre mensilità del 2011 agli accreditati e stiamo organizzandoci per fare lo stesso con i fornitori», aggiunge Bartoletti che ora, dopo l'avvio di questo percorso virtuoso, riesce a garantire lo stipendio anche a tutti i dipendenti dell'Asl ogni 27 del mese. Cosa che «prima - conclude Bartoletti - non era sempre possibile».

L'Asl, in sostanza, ha utilizzato il criterio della omogeneità di trattamento in modo da evitare discriminazioni tra le diverse categorie di fornitori, attuando una rotazione nell'ordine dei pagamenti. A maggio è stato siglato un protocollo di intesa con le principali associazioni di categoria nei settori dell'assisten-

za specialistica, riabilitativa e socio-sanitaria e ospedaliera. Hanno firmato, tra gli altri, questo accordo con l'azienda sanitaria di Salerno l'Aiop-Campania, la Federlab, l'Aspat Campania, il sindacato area radiologica, l'Arcade, la Confindustria, il Foai, nonché la Federfarma.

Insomma, questa intesa «costituisce - avverte il testo firmato - la premessa indispensabile per una progressiva normalizzazione e stabilizzazione dei pagamenti e per il consolidamento nel tempo di un rapporto di fiducia e reciproca collaborazione tra tutti gli attori che concorrono al Sistema sanitario, con reciproci vantaggi».

A cercare di mettersi in regola con la piaga dei crediti pagati con tempi biblici è anche la Regione Calabria che ha deciso di mettere in moto una macchina per gestire al meglio le fatture delle proprie Asl. Il Dipartimento regionale «Tutela

della salute» ha attivato - informa una nota diffusa la settimana scorsa - il portale per la riconciliazione dei crediti sanitari, «unico strumento che consente la trasmissione dei dati, documenti e allegati per la gestione del processo di riconciliazione dei crediti vantati dai fornitori nei confronti delle aziende sanitarie e ospedaliere del Sistema sanitario della Regione Calabria. Il portale è rivolto ai creditori che non sono stati raggiunti dal precedente processo di riconciliazione. L'indirizzo per accedere al portale è il seguente: www.riconciliazionecrediti.regione.calabria.it

Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Passione e Precisione per i Farmaci - dal 1899



Daiichi Sankyo

Passione e Precisione
per i Farmaci - dal 1899

Responsabilità, integrità e innovazione sono per noi moderni valori d'impresa ed allo stesso tempo tradizioni dalle radici profonde. Da più di 100 anni ci dedichiamo con successo alla ricerca e allo sviluppo di farmaci innovativi e servizi di qualità nel settore Cardiovascolare, area a cui presto si aggiungerà il nuovo impegno in oncologia.

Migliorare la qualità della vita dei pazienti: con questo obiettivo lavoriamo giorno dopo giorno, con passione e precisione.

Scopra anche lei quanta passione e quanta precisione si nascondono in noi: www.daiichi-sankyo.eu



Daiichi-Sankyo



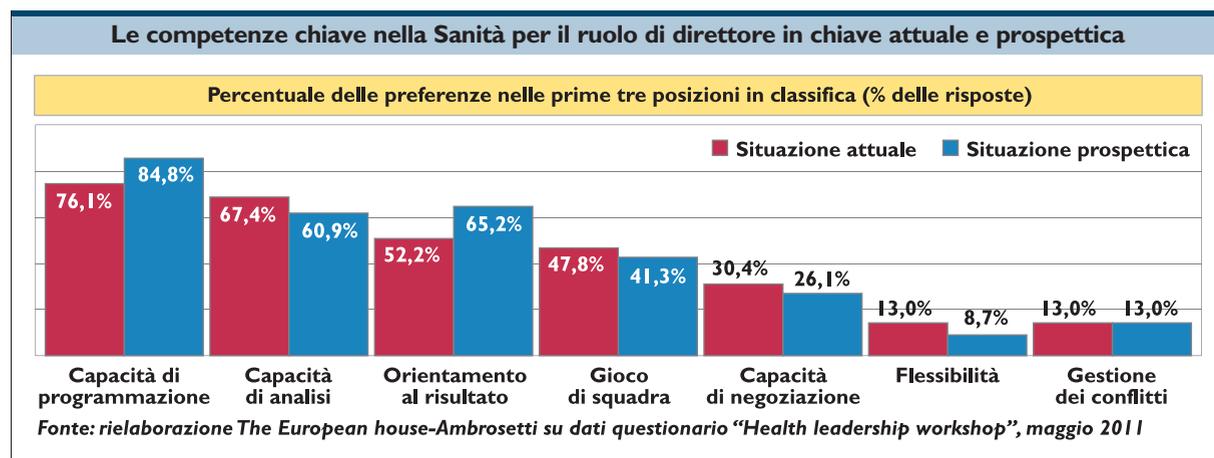
AMBROSETTI/ Seminario per fare il punto sugli elementi che contribuiscono alla leadership

Ricetta di buon management

Le "doti" di Dg, direttori sanitari, amministrativi e di Dipartimento

Un manager a tutto tondo senza più incrostazioni da burocrate in grado di adattarsi, sapersi orientare e gestire le relazioni e l'innovazione che ormai busca da tutte le parti. Ecco i requisiti che deve avere il management sanitario in sella alle Asl e agli ospedali d'Italia in un'epoca in cui c'è poco spazio per fare passi falsi. A tracciare l'identikit del manager ideale della nostra Sanità è stato un workshop a porte chiuse organizzato a fine maggio da «The European house Ambrosetti», con il sostegno di Amgen Dompé, che ha assegnato a un gruppo di addetti ai lavori - una sessantina tra Dg, operatori e altro - un compito preciso: provare a delineare le competenze che servono per governare strutture che a volte hanno un budget quasi da multinazionale. Con in più l'handicap di doversi muovere tra risorse sempre più col contagocce, se non addirittura nella tagliola dei piani di rientro, tra cittadini sempre più esigenti e acquisti hi-tech sempre più complessi, da fare a colpi di Hta. E infine con la spada di Damocle di un federalismo fiscale che con i nuovi costi standard promette di rivoluzionare la Sanità dal 2013.

Ecco: da Ambrosetti arriva una bussola per aiutare a capire quali compiti e impegni deve saper affrontare un direttore generale, quello sanitario o amministrativo. O anche un direttore di Dipartimento. Con una premessa: se in linea di massima l'individuazione delle aree di competenza è strettamente connessa al contesto organizzativo in cui i leader si trovano a operare, durante il workshop sono state però delineate alcune aree, considerate



L'identikit per ruolo

Competenze direttore generale	Competenze direttore amministrativo
<ul style="list-style-type: none"> Capacità di rapido adattamento alla macchina amministrativa pubblica Orientamento all'appropriatezza, all'etica del sistema e al risultato Capacità di gestire le relazioni con gli stakeholder (ascolto, mediazione e soprattutto comunicazione) Capacità di valutare il contesto (Dg come snodo di una rete) come requisito della capacità di analisi e della programmazione; contesto non solo locale, ma anche regionale e nazionale Capacità di gestire e governare l'innovazione (nuove modalità assistenziali, razionalizzazione processi, Hta, Ict) 	<ul style="list-style-type: none"> Profonda conoscenza della normativa della pubblica amministrazione e del funzionamento degli enti pubblici e solide competenze economico-finanziarie Orientamento al risultato Capacità di individuare soluzioni sostenibili sulla base degli indirizzi strategici Capacità di programmazione, monitoraggio e controllo Capacità di negoziazione Capacità di coordinamento e di gestione del team di dirigenti amministrativi Capacità di facilitare l'innovazione organizzativa e gestionale
Competenze direttore sanitario	Competenze direttore di Dipartimento
<ul style="list-style-type: none"> Approccio sistemico Capacità di governare l'innovazione, non solo tecnologica ma organizzativa in senso lato (tecnologie-Ict, strutture, ruoli professionali) Pianificazione della produzione Analisi e valutazione delle attività Capacità di gestire le relazioni Capacità di individuare il quadro di riferimento per la gestione delle risorse umane sanitarie (professionalità, competenze, valutazione, carriere), con particolare attenzione alla creazione della squadra e alla gestione dei conflitti 	<ul style="list-style-type: none"> Capacità di progettazione e presidio dei percorsi Definizione di metodologie e prassi di integrazione Governo dell'appropriatezza delle prestazioni e della loro erogazione omogenea Pianificazione strategica delle risorse (strutture, tecnologie, professionalità, formazione) Gestione efficace delle risorse (budget)

particolarmente rilevanti per le aziende sanitarie. Si tratta di flessibilità, orientamento al risultato, capacità di negoziazione, di analisi e di programmazione, gioco di squadra e gestione dei conflitti.

Alcune doti (si veda la tabella in pagina), poi, sono trasversali alle diverse profes-

sionalità: la capacità di gestire le relazioni, a esempio, deve appartenere tanto al direttore generale quanto al manager sanitario. Così come la capacità di governare l'innovazione, uno dei banchi di prova, insieme a quello della valorizzazione delle risorse umane, che attende le aziende al giro di boa della

modernizzazione. Requisito specifico del Dg è, invece, la capacità di "rapido adattamento" alla macchina amministrativa pubblica, che fa il paio con l'orientamento all'appropriatezza, all'etica del sistema e al risultato. Dal canto suo, e com'è ovvio, il direttore sanitario deve saper individuare il

quadro di riferimento per la gestione delle risorse umane sanitarie, ponendo particolare attenzione alla creazione della squadra e alla gestione dei conflitti.

Mentre in capo al direttore amministrativo è il requisito di una profonda conoscenza della Pa e del funzionamento

degli enti pubblici, nonché «solide competenze economico-finanziarie». Altre prerogative, la capacità di programmazione e di negoziazione e il saper facilitare l'innovazione organizzativa e gestionale.

Gestione efficace del budget, pianificazione strategica delle risorse, governo dell'appropriatezza delle prestazioni, definizione di metodologie e prassi di integrazione e la capacità di progettare e presidiare i percorsi: sono queste le caratteristiche che tratteggiano un buon direttore di Dipartimento.

Ai partecipanti al workshop è stato somministrato un questionario per individuare la rilevanza attuale e prospettica, a 3-5 anni delle competenze, rispetto al proprio ruolo e a quello dei collaboratori (si veda l'istogramma). Le prime tre doti ritenute importanti, per quanto riguarda i direttori, sono la capacità di programmazione, di analisi e l'orientamento al risultato. In prospettiva, la capacità di programmazione continuerà a essere considerata centrale, mentre la dote di saper conseguire risultati rivestirà un maggior peso (65% delle preferenze rispetto al 52% della situazione attuale), piazzandosi davanti alla capacità di analisi (che scende al 61% delle preferenze).

Quanto ai collaboratori, sia attualmente che in prospettiva le tre competenze principali sono l'orientamento al risultato e il gioco di squadra (oggi al 65,2% e domani al 68,9%), seguite a breve distanza dalla capacità di analisi.

Mar.B.
B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TRA RISORSE UMANE E TECNOLOGIE

Il futuro delle corsie? Personale e hi-tech

Professionalità e tecnologie. «Sono questi i due principali "fattori della produzione" in un ospedale», spiega **Americo Cicchetti**, vicepresidente della Società italiana di Health Technology Assessment e docente di Organizzazione aziendale all'Università Cattolica di Roma. Che, affrontando il tema delle risorse umane, continua: «Gli ospedali rientrano a pieno titolo nelle organizzazioni "knowledge based", dove la combinazione tra talenti e loro "engagement" è ciò che serve affinché il capitale intellettuale individuale divenga valore per l'organizzazione». Assunto dimostrato nel Global Workforce Study 2010, in cui Tower Watson ha dimostrato come, a parità di fattori esogeni, un alto coinvolgimento dei dipendenti possa determinare una differenza di margine operativo di oltre 6 punti percentuali in tre anni. «È difficile - prosegue Cicchetti - poter immaginare altre leve gestionali in grado di modificare così significativamente le performance organizzative. E la Sanità non sembra fare eccezione». Cercare di capire quanto il mondo sanitario sia consapevole di tutto ciò, è stato l'obiettivo di

un'indagine Cerimas (2010) su 60 aziende sanitarie del territorio che impiegano oltre 135mila collaboratori tra medici, infermieri, amministrativi e tecnici. «La ricerca - spiega Cicchetti - restituisce la sensazione di un cantiere aperto: le aziende sanitarie italiane avvertono l'importanza di adottare approcci alla gestione delle risorse umane portando al centro dell'attenzione le diverse professionalità come fattore critico per la qualità del sistema, ma resiste un orientamento burocratico che potrà essere superato con lo sviluppo di pratiche di Human resource management che considerino il personale come risorsa strategica per la qualità dei processi.

Sul fronte hi-tech, invece, il discorso verte sulle "traiettorie tecnologiche", capaci di orientare un'organizzazione sanitaria verso la migliore combinazione tra competenze professionali disponibili e dotazioni tecnologiche e infrastrutturali. Queste le "traiettorie" prevalenti: chirurgia robotica mininvasiva, medicina predittiva, Ict al letto del paziente, telemedicina per la gestione dell'ospedale domiciliare, sviluppo dei device impiantabili.

Ancora troppa burocrazia

L'IMPATTO DEI COSTI STANDARD

Dal federalismo un rigore benefico

Il federalismo fiscale, con il corollario dei costi standard in Sanità, non avrà un impatto «diretto» sul sistema delle aziende sanitarie e sugli ospedali. Ma certamente «modificherà ulteriormente il clima e i rapporti tra Stato e Regioni e Regione-aziende sanitarie»: ne è convinto tra gli altri **Vittorio Mapelli**, professore associato di Economia sanitaria all'università di Milano, intervenuto al workshop organizzato da «The European house Ambrosetti». Che parla, comunque, di effetti benefici in arrivo dal federalismo fiscale per tutto il sistema sanitario, grazie a questo «clima di rigore» che sarà trasferito nei rapporti con le aziende sanitarie con l'accentuazione dei controlli previsti e una maggiore responsabilità sulla spesa in capo alle Regioni.

«Per come si presenta, il pacchetto sul federalismo fiscale avrà - spiega Mapelli - un effetto benefico sulle Regioni, perché ne migliorerà la gestione economica e, indirettamente, anche le performance del sistema sanitario». I governatori regionali faranno di

tutto per evitare i deficit in modo da non incorrere in un inasprimento della pressione fiscale e nell'obbligo di apprestare pesanti piani di rientro. Ma anche per non finire nel mirino delle "penalità" previste dai Dlgs, in via di approvazione, su premi e sanzioni che prevede una batteria di "punizioni": dal fallimento politico all'ineleggibilità, dalla decadenza all'interdizione degli incarichi per gli amministratori, compresi i Dg delle Asl.

Effetto indiretto per le aziende Ssn

«Il federalismo fiscale non peggiorerà il divario Nord-Sud, nonostante i molti timori, perché la spesa sanitaria sarà garantita al 100% dal fondo perequativo», avverte Mapelli. Che però aggiunge: «Certo, sarà un problema delle Regioni meridionali e delle loro Asl fare un uso efficiente e appropriato delle risorse, ma oggi questa consapevolezza è più presente». «Il clima - conclude Mapelli - sta cambiando, perché le Regioni meridionali sono più attente ai temi dell'equilibrio di bilancio e della mobilità sanitaria, che drena risorse sanitarie».