



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”  
Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi  
Socio-sanitari

---

**Intervento progettuale volto a promuovere la sostenibilità  
economica di un ospedale pubblico nel Sudan del Sud**

**Project intervention aimed at promoting the economic  
sustainability of a public hospital in South Sudan**

Relatore

**Prof. Luca Del Bene**

Tesi di Laurea di

**Lorenzo Persiani**

Anno Accademico 2021/2022

# INDICE

<b>Introduzione</b>	<b>3</b>
<b>1 La salute, la spesa per la sanità e il dilemma della sostenibilità nell’Africa subsahariana</b>	<b>7</b>
- 1.1 la dichiarazione di Abuja	7
- 1.2 lo stato della salute pubblica e dei sistemi sanitari in Africa	7
- 1.3 la spesa sanitaria nel continente africano	13
<b>2. Il sistema sanitario sud sudanese: situazione, principi, struttura e finanziamento</b>	<b>21</b>
- 2.1 la Repubblica del Sudan del Sud: il contesto	21
- 2.2 la situazione sanitaria del Sud Sudan	22
- 2.3 la composizione della spesa sanitaria in Sud Sudan	25
- 2.4 le politiche sanitarie e gli obiettivi strategici per la salute	26
- 2.5 l’ordinamento statale e finanziamento pubblico: il federalismo della Repubblica del Sud Sudan	29
- 2.6 il sistema sanitario del Sud Sudan: modello, livelli di governance e struttura	31
- 2.7 il ruolo delle agenzie internazionali nel sistema sanitario sud sudanese	43
- 2.8 il finanziamento del sistema sanitario del Sud Sudan	48
<b>3. Il luogo dell’intervento: l’ospedale di stato di Rumbek</b>	<b>57</b>
- 3.1 volume produttivo e servizi garantiti	58
- 3.2 governance ospedaliera	62
- 3.3 il CUAMM Medici con l’Africa: overview	64
- 3.4 risorse umane	71
- 3.5 la situazione finanziario-contabile dell’ospedale di Rumbek	75
- 3.6 i problemi, le sfide e le possibili soluzioni dell’ospedale di Rumbek	80
<b>4. L’intervento progettuale</b>	<b>86</b>
- 4.1 il project cycle management e il quadro logico	87
- 4.2 formulazione della proposta progettuale e del piano di lavoro	91
<b>5. Costruzione del sistema di compartecipazione alla spesa</b>	<b>111</b>
- 5.1 calcolo dei costi medi delle prestazioni e dei rispettivi reparti	112
- 5.2 preparazione del tariffario e della policy per il cost sharing ospedaliero.	134
- 5.3 proposta di gestione del flusso di cassa derivante dal cost sharing.	142
<b>6. Conclusione</b>	<b>146</b>

# INTRODUZIONE

Quando nel Giugno del 2018 mi cimentai nella scrittura di un progetto di cooperazione internazionale che aveva come fine quello di migliorare la dotazione strutturale e strumentale di un ospedale in Tanzania, il bando<sup>1</sup> a cui si applicava insisteva molto sul concetto di sostenibilità dell'intervento, ed in particolare quella economico-finanziaria. Questo perché l'obiettivo di un progetto si può centrare, ma l'impatto sulla comunità di riferimento si raggiunge se il sistema creato riesce a mantenersi anche dopo la fine dei finanziamenti diretti del progetto<sup>2</sup>. Quando si parla però, di un campo, come quello della salute, caratterizzato da bisogni crescenti ed eterogenei e che necessita di conoscenze e tecnologie ampie e particolari, creare un sistema sostenibile è una sfida di considerevole portata, specie in paesi in cui le risorse scarseggiano e la domanda di benessere e salute è ancora lontana dall'essere soddisfatta. E proprio il soddisfacimento di questi due ultimi bisogni primari coincide con uno degli obiettivi di sviluppo sostenibile<sup>3</sup> (SDG3 - Sustainable Development Goal #3) che i paesi membri delle Nazioni Unite (d'ora in poi ONU) si sono impegnati a perseguire firmando l'adesione all'Agenda 2030, che comprende altri 17 obiettivi sostenibili (SDG), 169 target e 231 indicatori<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Il bando era finanziato dall'8x1000 alla Chiesa Evangelica Valdese

<sup>2</sup> What is Project Sustainability? |Alta Alonzi | <https://proposalsforngos.com/what-is-project-sustainability/>

<sup>3</sup> Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages | UNITED NATIONS – Sustainable development goals | <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>

<sup>4</sup> Take Action for the Sustainable Development Goals | UNITED NATIONS – Sustainable development goals | <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

Perseguire “la salute e il benessere per tutti e per tutte le età” - questo il titolo del SDG 3 - significa affrontare sfide epocali tra cui: ridurre il tasso di mortalità materna, dei neonati e dei bambini; porre fine alle epidemie di AIDS, malaria e tubercolosi; rafforzare la ricerca e lo sviluppo di vaccini e farmaci per le malattie trasmissibili e non trasmissibili che colpiscono soprattutto i paesi in via di sviluppo; assicurare una copertura sanitaria universale che sia protetta da rischi finanziari; aumentare l'accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità; migliorare la sicurezza alimentare; adeguare le risorse destinate ai sistemi sanitari alle esigenze della popolazione<sup>5</sup>. Come si avrà modo di osservare nel prossimo capitolo tramite l'analisi di alcuni indicatori, la strada per raggiungere l'obiettivo posto dall'agenda 2030 è ancora lunga e la crisi pandemica a cui si sussegue ora una lenta ripresa economica, sembrano aver reso il percorso ancora più impervio.

Per cercare di centrare l'obiettivo SDG 3 è essenziale che le istituzioni (pubbliche e private) riservino ai sistemi sanitari risorse che siano da adeguate alle esigenze delle popolazioni target.

Da questo ultimo punto di vista però, la situazione può variare a seconda che ci si trovi nella parte più ricca o più povera del mondo.

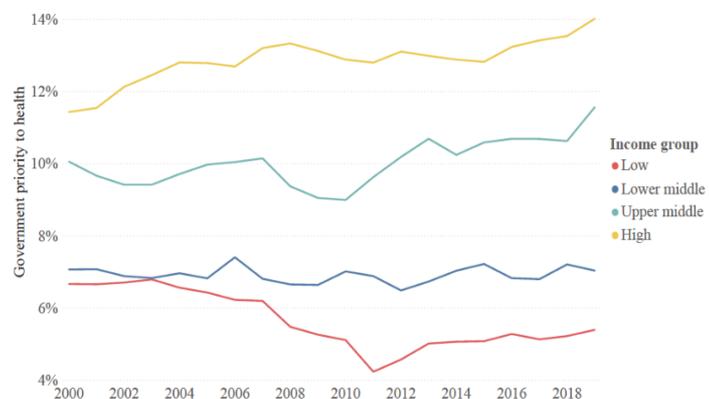


Figura 1

<sup>5</sup> Obiettivo 3: Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età | Dipartimento federale degli affari esteri DFAE | April 2020 | <https://www.eda.admin.ch/agenda2030/it/home/agenda-2030/die-17-ziele-fuer-eine-nachhaltige-entwicklung/ziel-3--ein-gesundes-leben-fuer-alle-menschen-jeden-alters-gewae.html#:~:text=Stampa%20pagina-.Obiettivo%203%3A%20Garantire%20una%20vita%20sana%20e%20promuovere%20il%20benessere,la%20tubercolosi%20e%20la%20malaria.>

Il rapporto sulla sanità stilato dall'OCSE con dati del 2020 <sup>6</sup> mostra che nei paesi con economia sviluppata, si spende in media per la salute pubblica un ammontare pari all'8,8% del PIL ed in tutti questi paesi il peso della spesa sanitaria sui bilanci statali è aumentato negli ultimi 20 anni (figura 1).

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (d'ora in poi OMS) <sup>7</sup> - invece - nei paesi a reddito medio/basso e basso il peso della spesa sanitaria sul bilancio statale non ha conosciuto significativi aumenti negli ultimi due decenni ed anzi nel caso dei secondi è addirittura scesa, dal 6,5% del 2000 al 5,5% del 2019 testimoniando un impegno ancora deficitario da parte dei governi del sud del mondo, molti dei quali dipendono ancora fortemente dalle donazioni e dai finanziamenti di agenzie, ONG, fondazioni e istituzioni internazionali. Fondi che però sono per natura volatili e ancorati fortemente alle dinamiche politiche ed economiche dei paesi di provenienza, ma anche globali. A titolo d'esempio, in una recente comunicazione<sup>8</sup>, l'alto commissariato ONU per i rifugiati (UNHCR) ha dichiarato che nel 2022 le donazioni ricevute per le proprie attività sono diminuite del 16% rispetto al 2021 a causa - in primis - della situazione economico e politica venutosi a creare a seguito della guerra in Ucraina.

Quindi, in una situazione di scarsità di risorse e di instabilità politica ed economica, il tema del raggiungimento della sostenibilità economico-finanziaria dei sistemi sanitari è cruciale oggi più che mai, in particolare nei paesi con economie meno sviluppate.

In questa tesi verrà illustrata la fase iniziale di un intervento indirizzato al rafforzamento economico-finanziario di un ospedale pubblico situato nella repubblica del Sudan del Sud, il

---

<sup>6</sup> Health at a Glance 2021 : OECD Indicators | OECD Library | 2021 | [https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/7/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&\\_csp\\_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/7/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book)

<sup>7</sup> Global Health Expenditure Database | World Health Organization | Gennaio 2023 | <https://apps.who.int/nha/database>

<sup>8</sup> Underfund report | UNHCR | Settembre 2022 | <https://reporting.unhcr.org/underfunded-report-2022>

cui management, dopo anni di cospicui finanziamenti da parte di agenzie e donatori internazionali, non si era mai posto il problema di trovare fonti di finanziamento alternative e più affidabili. Il quasi inesistente finanziamento pubblico<sup>9</sup> e l'imminente fuoriuscita del donatore principale hanno infatti messo il management ospedaliero di fronte alla necessità di scelte importanti, celeri e decise. L'ONG con cui lavoro e che da alcuni anni supporta la gestione dell'ospedale si è proposta di aiutare il management in questa fase di transizione e il sottoscritto è stato scelto come facilitatore di questa prima fase in cui si proveranno a sviluppare delle prime misure di breve periodo.

L'obiettivo di questa tesi sperimentale sarà dunque quello di dotare il management dell'ospedale di Rumbek di alcuni strumenti e pratiche per rafforzare la propria situazione economico/finanziaria, promuovendo così un cammino che possa portare la struttura:

- ad iniziare un percorso verso il raggiungimento della sostenibilità economica;
- a dotarsi in futuro di una propria attività di programmazione e pianificazione.

Prima di scendere nel dettaglio del lavoro svolto all'ospedale di Rumbek, verranno esposti: la struttura della spesa sanitaria nell'Africa subsahariana, la struttura del sistema sanitario e la spesa sanitaria della repubblica del Sudan del Sud, una breve panoramica del lavoro dell'ONG in questione, una fotografia dell'ospedale oggetto del lavoro, le modalità con cui si è svolto il progetto e in ultimo, l'illustrazione dell'attività cruciale in seno al progetto: la creazione di un sistema di compartecipazione alla spesa.

---

<sup>9</sup> Global Health Expenditure Report | WHO | aggiornato ad Aprile 2022 | <https://apps.who.int/nha/database>

# **1. LA SALUTE, LA SPESA PER LA SANITÀ E IL DILEMMA DELLA SOSTENIBILITÀ NELL'AFRICA SUBSAHARIANA**

## **1.1 LA DICHIARAZIONE DI ABUJA**

Correva l'anno 2001, precisamente il 27 Aprile, quando gli allora leader dell'Unione Africana, ad Abuja, capitale della Nigeria, si impegnarono ufficialmente ad allocare, durante gli anni successivi, almeno il 15% del bilancio statale per la spesa sanitaria. La promessa fu impressa nero su bianco nella cosiddetta "Dichiarazione di Abuja"<sup>10</sup>.

La dichiarazione aveva come obiettivo quello di migliorare la lotta contro le più importanti e devastanti pandemie ancora presenti in Africa: l'HIV/AIDS, la Malaria e la Tubercolosi.

Da quella data storica ci sono stati evidentemente progressi, sia sul fronte dell'adeguamento della spesa sanitaria che sul fronte della lotta alle pandemie e alle altre più importanti emergenze sanitarie, ma i risultati non sono comunque stati all'altezza delle aspettative.

## **1.2 STATO DELLA SALUTE PUBBLICA E DEI SISTEMI SANITARI IN AFRICA**

---

<sup>10</sup> Declaration of Abuja on HIV/AIDS, Tuberculosis and other related infectious diseases |Organization of African Unity |April 2001| <https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-2001-abuja-declaration.pdf>

Secondo l’OMS, lo stato di salute dell’Africa può essere riassunto in tre dimensioni: il peso dei fattori di rischio; le cause di morbilità e mortalità; durata della vita in salute;<sup>11</sup>

Per quanto riguarda i grandi fattori di rischio per la salute, che secondo l’OMS sono l’abuso nel consumo dell’alcol, l’insufficiente attività fisica, le diete non salutari e il tabagismo, la popolazione africana tra i 30 e i 70 anni possiede il 20,7% di possibilità di morire a causa di uno di questi fattori.

Riguardo la seconda dimensione, tra le maggiori cause di morbilità e mortalità si trovano le la tubercolosi, l’HIV/AIDS e la malaria, di cui di seguito vengono illustrati andamenti ed eventuali progressi negli ultimi anni.

### Hiv/aids

Per capire il trend della pandemia possiamo riferirci agli indicatori come la mortalità, la prevalenza della sieropositività tra la popolazione, il numero di nuovi casi annuali e l’accesso alla terapia antiretrovirale (ART). Quest’ultimo indicatore è importante anche per capire la qualità e l’accessibilità dei sistemi sanitari. Di seguito, riassunti, i dati del report 2021 prodotto da UNAIDS (Programma delle Nazioni Unite per l’HIV e l’AIDS).<sup>12</sup>

---

	<b>Africa</b>	<b>Africa</b>
<b>Variazione temporale indicatore</b>	<b>meridionale/ orientale</b>	<b>settentrionale/ occidentale</b>

---

<sup>11</sup> The state of health in WHO Africa region, An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals | WHO regional office for Africa | 2018

<sup>12</sup> UNAIDS Global AIDS Update 2022 | UNADIS 2022 | [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2022-global-aids-update-summary\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update-summary_en.pdf)

Morti dovute ad AIDS (dal 2010 al 2020)	- 50 %	- 43%
Nuove infezioni annuali (dal 2010 al 2020)	-4 3%	- 37%
Persone sieropositive che seguono la terapia (dal 2016 al 2020)	+ 8%	+ 19%

Nella zona sud-orientale dell’Africa la presenza dell’AIDS è ancora forte (in Eswatini il 26,8% della popolazione è sieropositiva mentre in Sud Africa il 19,1%), ma i progressi dal 2010 ad oggi sono stati poderosi.

Nella zona centro-settentrionale dell’Africa l’AIDS è meno presente che nell’altra parte dell’Africa, ma i miglioramenti avuti negli ultimi anni, sebbene ci siano stati, non sono stati così forti da raggiungere gli obiettivi sperati.

## Malaria

In Africa risiedono il 95% dei casi mondiali di malaria e il 96% di morti per malaria. In Africa Subsahariana, dall’anno 2000 ad oggi ci sono stati dei miglioramenti (da 321 casi in media all’anno nel 2000 ogni 1000 persone ai 212 casi nel 2021). Le proiezioni parlano di 170 casi in media ogni 1000 abitanti nel 2030, risultato ben lontano dall’obiettivo di 9 nuovi casi in media all’anno ogni 1000 persone.<sup>13</sup>

Nell’Ottobre del 2021, per la prima volta, l’OMS ha approvato l’uso di un vaccino valido contro uno dei parassiti responsabili della malaria, il Plasmodium Falciparum. Il vaccino viene

<sup>13</sup> 2022 report | Bill and Melinda Gates Foundation, Goalkeepers | <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2022-report/progress-indicators/malaria/>

iniettato con 4 dosi ai bambini fino al compimento del diciottesimo mese di vita. Per i sistemi sanitari di molti paesi africani la somministrazione non sarà un'impresa facile.<sup>14</sup>

## Tubercolosi

I nuovi casi di TBC ogni 100.000 persone erano 271 nel 2021, mentre nel 2030 potrebbero esserci 206 nuovi casi in media all'anno. Dunque, l'obiettivo nell'Agenda 2030 di 20 nuovi casi è alquanto lontano<sup>15</sup>.

Riguardo l'ultima dimensione, l'ultimo report dell'OMS mostra che la media degli anni vissuti in media salute dalla popolazione africana sono aumentati a 56 nel 2020 rispetto ai 46 del 2019. Un miglioramento indubbiamente importante, anche se la media mondiale è lontana di 8 lunghezze (64 nel 2020).

In fine, per avere un quadro più completo riguardo lo stato di salute delle popolazioni africane, non si può tralasciare la situazione di tre piaghe di cui l'Africa è tristemente protagonista: la malnutrizione, la mortalità infantile/minorile e la mortalità natale. Di seguito una rapida disamina.

## Malnutrizione

La malnutrizione, influenzando lo sviluppo fisico e cognitivo dei minori e condannandoli dunque per il resto dei propri giorni, ha per di più un duplice effetto negativo: la compromissione dello stato globale della salute della società e l'indebolimento del suo sviluppo conoscitivo, sociale ed economico.

---

<sup>14</sup> Un vaccino contro la malaria | ISPI | Ottobre 2021 | <https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/un-vaccino-contro-la-malaria-31912>

<sup>15</sup> 2022 report | Bill and Melinda Gates Foundation, Goalkeepers | <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2022-report/progress-indicators/tuberculosis/>

A partire dai primi anni 2000 la situazione in Africa è migliorata ma la prevalenza di problemi alla crescita causati dalla malnutrizione è ancora alta e l'obiettivo dell'Agenda 2020 non sarà dunque raggiunto entro i tempi designati. Infatti, se è vero che dal 2000 al 2021 la percentuale di minori di 5 anni residenti in Africa Sub-sahariana è scesa dal 41% al 30%, nel 2030 la media presumibilmente sarà del 27% e dunque ben al di sopra del goal del 15% da raggiungere entro il 2030<sup>16</sup>.

### Mortalità infantile e neonatale

Anche la lotta alla mortalità infantile ha conosciuto notevoli progressi dai primi anni 2000 ad oggi. Infatti, nell'Africa Sub-sahariana la media dei bambini morti prima dei 5 anni di vita ogni 1000 nascite era di 146 nel 2000 mentre nel 2021 aveva raggiunto le 69 morti. Nel 2030 presumibilmente la media sarà 52 mentre l'obiettivo dell'agenda 2030 è 25.<sup>17</sup>

Anche sul fronte della maternità neonatale ci sono stati dei progressi (dalle 39 morti ogni 1000 parti del 2000 alle 27 del 2021), ma secondo le stime nel 2030 la media si attesterà a 21 morti ogni 1000 parti contro l'obiettivo di 12.<sup>18</sup>

### Mortalità materna

L'obiettivo per il 2030 è di 70 morti in media ogni 100.000 nascite, ma le proiezioni prevedono che la media si attesterà sulle 281 morti in media ogni 100.000 nascite. La fragilità dei sistemi sanitari nel seguire le donne incinte prima (Ante Natal Care) e dopo (Post Natal Care) il parto,

---

<sup>16</sup> 2022 report | Bill and Melinda Gates Foundation, Goalkeepers | <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2022-report/progress-indicators/stunting/>

<sup>17</sup> 2022 report | Bill and Melinda Gates Foundation, Goalkeepers | <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2022-report/progress-indicators/under-5-mortality/>

<sup>18</sup> 2022 report | Bill and Melinda Gates Foundation, Goalkeepers | <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2022-report/progress-indicators/neonatal-mortality/>

unita al numero elevato di parti condotti in abitazioni private e senza il supporto di personale sanitario qualificato sono le cause più rilevanti del problema.<sup>19</sup>

Per quanto riguarda invece la qualità dei sistemi sanitari africani, verranno di seguito sviscerati due utili indicatori che la comunità internazionale ha appositamente creato per analizzare la problematica: il coefficiente “Health System Performance” e l’indice di copertura sanitaria universale.

### Health System Performance

Un sistema sanitario efficiente ed efficace può garantire la fornitura di servizi sanitari essenziali in linea con le esigenze della popolazione target. Al fine di monitorare le performances dei sistemi sanitari, l’OMS ha ideato un coefficiente che a sua volta si compone dei seguenti indici:

- Accesso ai servizi sanitari (rimozione di qualsiasi tipo di barriere ai servizi sanitari).
- Qualità dei servizi (grado di allineamento dei servizi alle esigenze dei pazienti).
- Domanda di servizi sanitari (conoscenza, pratiche ed attitudini delle famiglie e delle comunità che li spingano verso l’utilizzo dei servizi sanitari).
- Resilienza dei sistemi sanitari di fronte a grandi sfide come le pandemie.

Nel continente africano si è riscontrato che il punteggio medio è 0,49 ovvero che i sistemi sanitari stanno funzionando al 49% delle loro capacità raggiungibili e che 41 paesi su 47 hanno raggiunto un punteggio che va da 0,4 a 0,6. L’indice in cui la regione performance africana ha

---

<sup>19</sup> 2022 report | Bill and Melinda Gates Foundation, Goalkeepers | <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2022-report/progress-indicators/maternal-mortality/>

una performance peggiore è quello relativo all'accesso con uno score pari a 0,32, mentre la performance migliore la si registra nella domanda di servizi: 0,67 <sup>20</sup>.

### Copertura sanitaria universale

Aumentare la copertura sanitaria, ovvero la percentuale di popolazione che ha accesso a un set di servizi definiti come essenziali, è sicuramente il passo decisivo per il miglioramento di tutti i problemi sanitari che sono stati appena elencati. In questo senso gli sforzi e gli investimenti dei paesi africani non hanno – in media – portato a dei grandi miglioramenti.

L'indice che aiuta a fotografare la situazione (figura 1) è l'UCH (Universal Care Coverage). L'indice - che va da 1 a 100 - nell'Africa Sub-sahariana nel 2000 lo score era 30 salito a 47 nel 2021. L'obiettivo per il 2030 è il massimo, 100, anche se si stima arriverà a 54 <sup>21</sup>.

## **1.3 SPESA SANITARIA NEL CONTINENTE AFRICANO**

Dalla dichiarazione e di Abuja del 2021 la spesa sanitaria dei paesi dell'Africa Sub-sahariana è lievemente aumentata e importanti, anche se limitati, risultati in termini di miglioramento della salute della popolazione, come visto sopra, sono stati raggiunti.

Purtroppo, questo aumento della spesa pubblica non è stato uniforme tra tutti i paesi di questa macro-area geografica ed infatti molti di questi – in particolar modo quelli meno sviluppati e con economie più deboli - dipendono ancora in maniera rilevante dalle donazioni di agenzie,

---

<sup>20</sup> The state of health in WHO Africa region, An analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals | WHO regional office for Africa | 2018

<sup>21</sup> 2022 report | Bill and Melinda Gates Foundation, Goalkeepers |

<https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2022-report/progress-indicators/universal-health-coverage/>

donatori e istituzioni estere (principalmente extra-africani) e dagli investimenti privati oppure chiedono importanti sforzi ai cittadini sotto forma di partecipazione alla spesa.

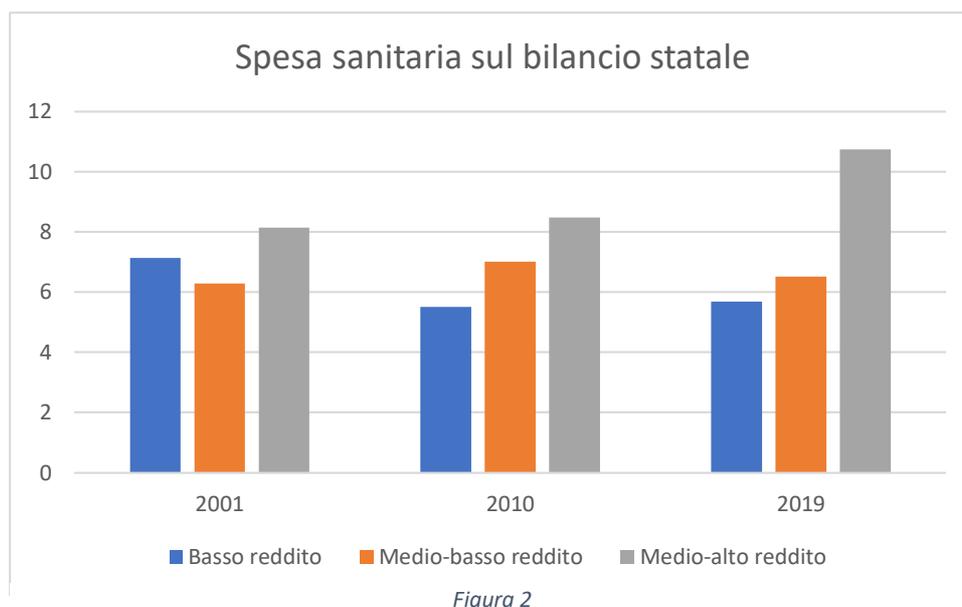
Di seguito un'analisi dei dati del Global Health Expenditure Database prodotto dall'OMS con dati raccolti fino al 2019, con i quali si vuole fotografare il trend e la struttura della spesa sanitaria in Africa subsahariana e le implicazioni sulla sostenibilità dei sistemi stessi. Con l'obiettivo di avere una fotografia più realistica, i paesi dell'Africa Sub-sahariana sono stati suddivisi in tre categorie: paesi a basso reddito, paesi a medio-basso reddito e paesi a medio-alto reddito.

Partiamo dall'obiettivo centrale della dichiarazione di Abuja del 2001. I paesi africani concordarono per un ambizioso 15% come parte della spesa sanitaria pubblica sul bilancio statale totale.

Per quanto riguarda i paesi a basso reddito si è registrato in media addirittura una diminuzione dal 7,13% al 5,68% considerando il periodo che va dal 2001 al 2019 (figura 2). Tra le diminuzioni più sostanziose ci sono quelle di Guinea-Bissau (dal 15,1 al 2,7 %) e del Sierra Leone (dal 13,1% al 5,8%). Quest'ultimo è addirittura stato sconvolto dall'epidemia di Ebola tra il 2014 e il 2016, che a quanto pare non ha convinto le istituzioni ad investire maggiormente nel rafforzamento del sistema sanitario.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Global Health Expenditure Report | WHO | aggiornato ad Aprile 2022 | <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>



La performance generale dei bassi a medio-basso reddito non è stata migliore. Per questi si è registrata una sostanziale stabilità (dal 6,2% al 6,5%). Individualmente nella maggior parte dei paesi la percentuale è rimasta stabile, in pochi è diminuita (in Zambia dall'11,1% al 7%) e in pochi altri è aumentata (in Mauritana dal 2,4 al 6,9%). Il paese che si avvicina di più all'obiettivo del 15% è il Belize con il 12,2%).

I paesi a medio-alto reddito sono quelli che hanno prodotto le performances migliori (la percentuale media è salita dal 8,1% al 10,7%). Il Sud Africa nel 2019 spendeva il 15,2% del bilancio statale per la spesa sanitaria centrando così gli obiettivi di Abuja.

Per capire i problemi di sostenibilità finanziaria che i paesi della regione hanno, è utile inoltre capire la composizione della spesa sanitaria con un focus sulle fonti di finanziamento dei sistemi sanitari. Di seguito si illustrerà un'analisi dei pesi dei finanziamenti pubblici, degli investimenti e donazioni esteri, della compartecipazione della spesa dei cittadini delle assicurazioni volontarie e del settore privato sul totale della spesa sanitaria dei paesi. Anche per questa analisi i paesi dell'Africa subsahariana sono stati suddivisi nelle tre categorie già viste: paesi a basso reddito, paesi a medio-basso reddito e paesi a medio-alto reddito. Come

termine di paragone verranno proposte le statistiche della Svezia, un paese generalmente preso come modello per la gestione sanitaria.

### Fondi statali sul totale della spesa sanitaria

La dotazione finanziaria proveniente dal bilancio cambia notevolmente a seconda se si è in una categoria di reddito o nell'altra.

Nei paesi a basso reddito nel 2019 gli stati si impegnavano nella spesa sanitaria totale per un 23,1%, di poco superiore al 20,2% del 2001. Nei paesi a reddito medio basso l'impegno dello stato nel 2019 si attestava al 37,8 % in discesa rispetto al 38,1% del 2001. Nei paesi a reddito medio alto l'impegno pubblico si attesta nel 2019 al 53,1 % in netta crescita rispetto al 42,2% del 2001. In Svezia la percentuale nel 2019 era dell'85%<sup>23</sup>.

### Fondi esteri sul totale della spesa sanitaria

Nei paesi africani l'intervento finanziario di istituzioni ed agenzie estere nei sistemi sanitari è la norma in particolare nei paesi dove le risorse pubbliche sono limitate e le emergenze sanitarie più forti e radicate<sup>24</sup>.

L'analisi dei dati (figura 3) del report dell'OMS mostrano come nei paesi a basso reddito il peso dei finanziamenti nel 2019 si attestava al 30,3% in discesa rispetto al 32,4 del 2001. I sistemi sanitari dei paesi a medio-basso reddito nel 2019 dipendevano dai finanziamenti esteri per il 19,2 % in aumento rispetto al 16,4% del 2001. Nei paesi a reddito medio-alto i finanziamenti esteri nel 2019 pesavano solo per il 2,6% sulla spesa sanitaria totale, in

---

<sup>23</sup> Global Health Expenditure Report | WHO | aggiornato ad Aprile 2022 | <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

<sup>24</sup> Engagement of non-governmental organisations in moving towards universal health coverage: a scoping review | Sanadgol, A., Doshmangir, L., Majdzadeh, R. | Novembre 2021 | <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00778-1>

diminuzione rispetto al 2001 in cui pesavano per l'8,1%. La Svezia invece non riceve alcun finanziamento da istituzioni o agenzie estere <sup>25</sup>.

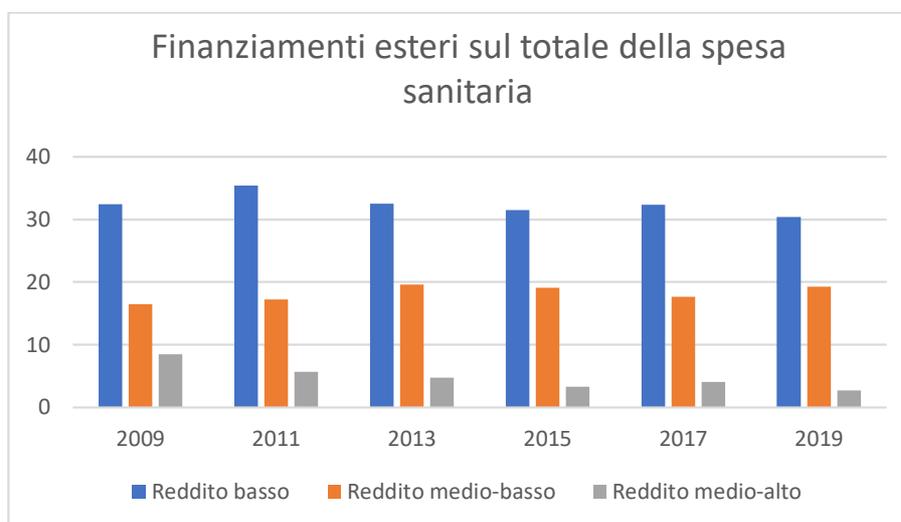


Figura 3

### Compartecipazione dei cittadini sul totale della spesa sanitaria

Nei paesi a reddito basso nel 2019 i cittadini sostenevano il 40,7% della spesa sanitaria, mentre nel 2001 42,2%. Nei paesi a reddito medio-baso la compartecipazione dei cittadini nel 2019 si attestava al 34,4% in discesa rispetto al 39,1% del 2001. In ultimo nei paesi a reddito medio-alto nel 2019 i cittadini compartecipavano alla spesa sanitaria per il 23,1% mentre nel 2001 per il 26,1%. In Svezia la percentuale nel 2019 era del 14%. <sup>26</sup>

<sup>25</sup> Global Health Expenditure Report | WHO | aggiornato ad Aprile 2022 | <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

<sup>26</sup> Global Health Expenditure Report | WHO | aggiornato ad Aprile 2022 | <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

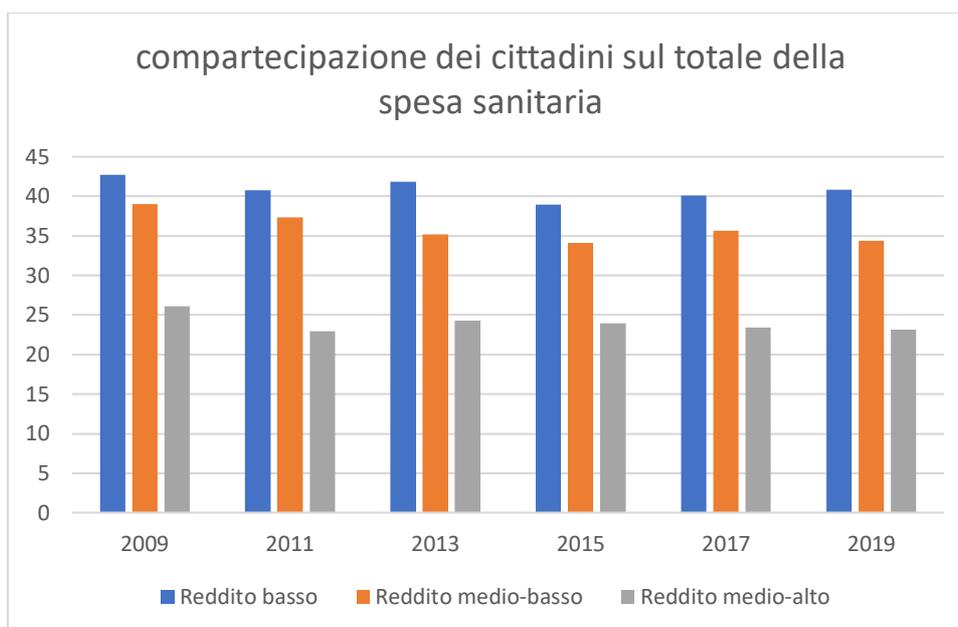


Figura 4

### Assicurazione volontaria sul totale della spesa sanitaria

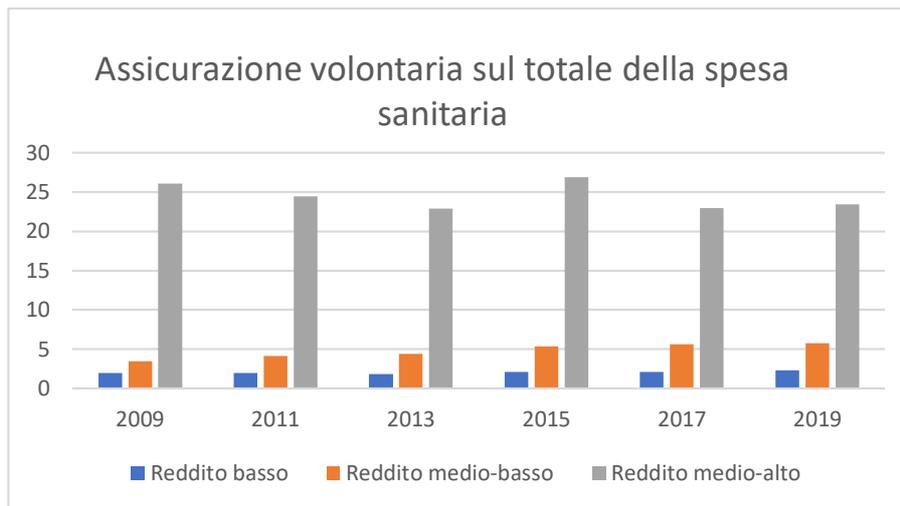
Anche le assicurazioni sanitarie volontarie sono strumenti utilizzati dai cittadini dei paesi in questione per assicurarsi servizi sanitari, anche se in misura, come si evince dal grafico di cui sotto, molto limitata, specialmente nei paesi con economia meno sviluppate.

Difatti nei paesi a reddito basso nel 2019 la percentuale media era di 2,3%, nei paesi a reddito medio-basso era di 5,7 % mentre nei paesi a reddito medio-alto era di un ben più alto 23,4%.

In Svezia la percentuale nel 2019 era dell'1% (figura 5).<sup>27</sup>

<sup>27</sup> Global Health Expenditure Report | WHO | aggiornato ad Aprile 2022 | <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

Figura 5



### Finanziamenti privati sul totale della spesa sanitaria

La presenza del settore privato nella spesa sanitaria è simile per le tre categorie di paesi e la variazione dal 2001 è stata minima.

Nei paesi a reddito basso nel 2019 i fondi provenienti dal settore privato pesavano in media per il 46,4% mentre nel 2001 per il 47,3%. Nei paesi a reddito medio-basso la percentuale si attestava al 42,9% nel 2019 e al 45,3% nel 2001. In ultimo, nei paesi a reddito medio-alto la percentuale era al 44,1% nel 2019 e al 49,8% nel 2001 dunque c'è stata una decrescita. In Svezia nel 2019 la percentuale era del 14%.<sup>28</sup>

<sup>28</sup> Global Health Expenditure Report | WHO | aggiornato ad Aprile 2022 | <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

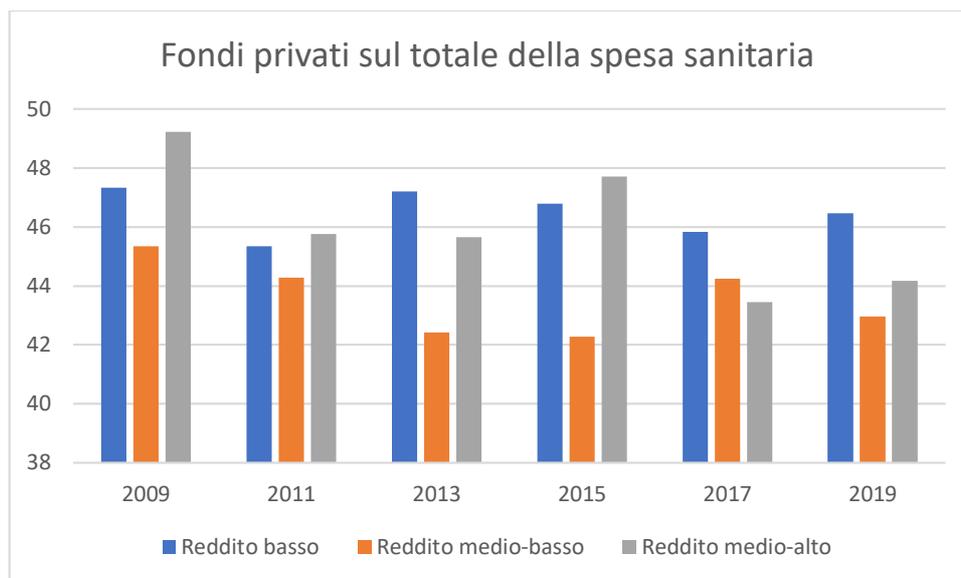


Figura 6

Dunque, si è visto che la maggior parte dei paesi dell’Africa Subsahariana non ha raggiunto l’obiettivo centrale di portare al 15% il peso della spesa sanitaria sul bilancio statale. Questo fatto ci lascia pensare che i sistemi sanitari non hanno adeguate risorse per il finanziamento dei fattori produttivi necessari alla risposta dei bisogni delle popolazioni della regione.

Dalla composizione della spesa sanitaria si è invece potuto verificare che i paesi a basso e medio-basso reddito sono ancora fortemente dipendenti dai finanziamenti esteri ponendo i propri sistemi sanitari a forte rischio di finanziamento visto che spesso i progetti di cooperazione hanno archi temporali che non vanno oltre le 5 annualità e, come evidenziato in precedenza, sono fortemente soggetti ai mutamenti delle condizioni economiche, geopolitiche, ambientali e sociali internazionali, che negli ultimi mesi, tra l’altro, si sono intensificati.

Si è potuto anche verificare che i sistemi sanitari dei paesi di questa regione ed in particolare – ancora – dei paesi a basso e medio-basso reddito dipendono in maniera importante dalla compartecipazione alla spesa dei cittadini ai quali vengono chiesti sforzi per sostenere i bilanci delle singole unità operative. Questo fenomeno però, se non controllato e gestito propriamente,

può avere delle conseguenze dal punto di vista dei diritti sociali e dell'accesso alle cure poiché non tutti e non sempre i cittadini sono in grado di affrontare le spese mediche.

Anche il settore privato delle cure ha un peso importante all'interno dei sistemi sanitari africani, anche se pochi cittadini possono permettersi le spese per un trattamento od una visita in una struttura privata e quando lo fanno vanno incontro ad un impoverimento individuale e familiare che contribuisce all'aumentare delle disuguaglianze <sup>29</sup>.

In un contesto caratterizzato da un impegno deficitario dei governi e di forte dipendenza dai finanziamenti e dalle donazioni estere, da una copertura sanitaria universale limitata, da un accesso ineguale alle cure di qualità e dalla ancora forte e drammatica presenza delle grandi e decennali emergenze sanitarie, la ricerca della sostenibilità economico/finanziaria per i legislatori, così come per i manager dei sistemi sanitari è essenziale.

---

<sup>29</sup> Harnessing the private health sector by using prices as a policy instrument: Lessons learned from South Africa | Sarah L. Barber, Ankit Kumar, Tomas Roubal, Francesca Colombo, Luca Lorenzoni | Marzo 2018 | [https://extranet.who.int/kobe\\_centre/sites/default/files/SA.pdf](https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/SA.pdf)

## **2. IL SISTEMA SANITARIO SUD SUDANESE: SITUAZIONE, PRINCIPI, STRUTTURA E FINANZIAMENTO**

### **2.1 REPUBBLICA DEL SUDAN DEL SUD: IL CONTESTO**

Il Sud Sudan divenne il più giovane paese del mondo nel Dicembre 2011, quando tramite un referendum, raggiunse l'indipendenza dal Sudan. Nel 2013 scoppiò una violenta guerra tra i due gruppi etnici più numerosi del paese che durò fino al 2018, anno in cui il percorso di pace e riunificazione nazionale – che ancora oggi non si è concluso a pieno – ebbe inizio. Si stima che gli scontri abbiano prodotto direttamente la morte di circa 400.000 persone e più di 2.000.000 di rifugiati <sup>30</sup>.

Dalla sua nascita il Sudan del Sud è stato anche afflitto da continue crisi climatiche tra cui inondazioni, invasioni di locuste e periodi di siccità, che sommati alle violenze regionali tra clan rivali, alla guerra civile e in ultimo alla pandemia di Coronavirus, hanno fatto sprofondare il paese in un perenne stato di emergenza umanitaria che nel 2022 conta 4,3 milioni di rifugiati, 8,6 milioni di persone che necessitano assistenza umanitaria e 8,3 milioni di persone che vivono in situazione di insicurezza alimentare tra cui 1,3 milioni di bambini <sup>31</sup>.

In questo scenario di profonda instabilità, anche lo sviluppo economico e sociale ne risente, facendo sì che ad oggi il Sud Sudan sia ancora un paese vulnerabile ed impoverito. In breve: 4 persone su 5 vivono al di sotto della soglia di povertà (1,5 USD al giorno); l'80% della forza lavorativa è impiegata nel settore agricolo; una moneta debole ed un'inflazione enorme che nel

---

<sup>30</sup> South Sudan: Humanitarian Snapshot | UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs | Marzo 2022 | <https://reliefweb.int/report/south-sudan/south-sudan-humanitarian-snapshot-march-2022>

<sup>31</sup> Vedi nota 30

2020 ha raggiunto il 33,3%; il 75% del PIL della nazione che deriva dall'estrazione e dalla vendita petrolifera lasciando il paese in un perenne rischio di mercato <sup>32</sup>. Dunque, un'economia debole che non permette allo stato di investire nelle infrastrutture, nell'educazione, nello sviluppo rurale, e in altri fattori chiave del welfare come la sanità. Ulteriore problema che caratterizza questa giovane nazione è la corruzione dilagante che si manifesta sotto varie forme: finanziaria, politica, clientelare, familiare (nepotismo) e tribale <sup>33</sup>.

Dal punto di vista demografico il Sud Sudan conta una popolazione di circa 12.300.000 persone di cui l'83% vive in zone rurali.

## 2.2 LA SITUAZIONE SANITARIA DEL SUD SUDAN

La situazione sanitaria del Sud Sudan è tra le peggiori al mondo e dell'Africa Subsahariana: l'aspettativa di vita dalla nascita era nel 2020 di 55 anni, e dall'analisi degli indicatori relativi allo stato di raggiungimento dell'obiettivo di sviluppo sostenibile numero 3 (SDG 3) si può dedurre la gravità di cui si sta parlando <sup>34</sup>.

Nella tabella 1 di può osservare, per ogni singolo indicatore di progresso contenuto nel macro-obiettivo SDG 3, un'istantanea delle performance del Sud Sudan relative al 2021, le performances di tutti i membri delle Nazioni Unite nel 2021 come unita di confronto, anche le previsioni di performances del Sud Sudan per il 2021 e gli obiettivi posti dall'agenda 2030 <sup>35</sup>.

---

<sup>32</sup> South Sudan economic outlook | African development Bank Group | Gennaio 2021 | <https://www.afdb.org/en/countries/east-africa/south-sudan/south-sudan-economic-outlook>

<sup>33</sup> Per approfondire sulla corruzione in Sud Sudan: corruption and the problem of insecurity in Africa: a case study of financial mismanagement in South Sudan | James Aruma Ilarius, PhD | Novembre 2018 | <https://acjol.org/index.php/jassd/article/view/1508>

<sup>34</sup> Life expectancy at birth | World bank data | <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=SS>

<sup>35</sup> 2021 report | Bill and Melinda Gates Foundation, Goalkeepers | <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2021-report/progress-indicators/>

Tabella 1

Indicatore di progresso	Dati 2021 Sud Sudan	Dati 2021 Nazioni unite	Proiezioni 2030 Sud Sudan	Obiettivo Agenda 2030
Malnutrizione dei bambini/e con meno di 5 anni (%)	27%	23%	25%	15%
Mortalità materna (morti ogni 100.000 parti)	504	159	499	70
Mortalità infantile (morti ogni 1.000 nascite)	125	36	97	25
Mortalità neonatale (morti ogni 1.000 nascite)	41	17	33	12
HIV/AIDS (nuovi casi di HIV ogni 1000 abitanti)	0.72	0.19	0.59	0.02
Tubercolosi (nuovi casi di HIV ogni 100.000 abitanti)	320	107	306	20
Malaria (nuovi casi ogni 1.000 persone)	276	33	307	9
Universal Health Coverage Index	37	60	38	100

I vari disturbi e complicazioni neonatali rimangono la principale causa di morte seguita dalle malattie delle vie respiratorie (come la polmonite), dalla diarrea, dalla malaria e dalla tubercolosi. Seguono patologie non virali come gli ictus e gli infarti cardiaci <sup>36</sup>.

Un ulteriore problema della sanità sud sudanese ben radicato è la bassa accessibilità alle strutture sanitarie, nonché la bassa qualità delle prestazioni da esse offerte. La bassa

<sup>36</sup> Dati estrapolati da Global Health Data Exchange | Institute for Health Metrics and Evaluation | <https://www.healthdata.org/south-sudan>

percentuale di parti all'interno di strutture mediche (12% dei parti totali) <sup>37</sup> è uno dei sintomi di questa condizione.

Tra i fattori più importanti dell'accesso difficoltoso alle strutture mediche troviamo motivi geografici e di posizionamento dei presidi medici. Innanzitutto, le condizioni delle strade sono una causa importante visto che su 17.000 Km di strade solo 200 km sono asfaltate e durante la stagione delle piogge (che va da Giugno fino agli inizi di Novembre), molte strade sono impraticabili da qualsiasi mezzo e molte aree irraggiungibili. La bassa quantità e capillarità di strutture sanitarie funzionanti è però il fattore più calzante. Difatti, alla fine del conflitto, nel 2017, solo il 28,6 % della popolazione viveva nel raggio di 5km da una qualsiasi struttura sanitaria funzionante, mentre solo i 7,7 % della popolazione viveva nel raggio di 5 chilometri da un ospedale. Ma se si considera che la maggior parte della popolazione sud sudanese si muove normalmente a piedi, allora è significativo riportare che nel 2017 oltre il 22% della popolazione viveva a più di 5 ore a piedi da un centro clinico mentre il 25,7 % ci viveva a circa un'ora di cammino <sup>38</sup>.

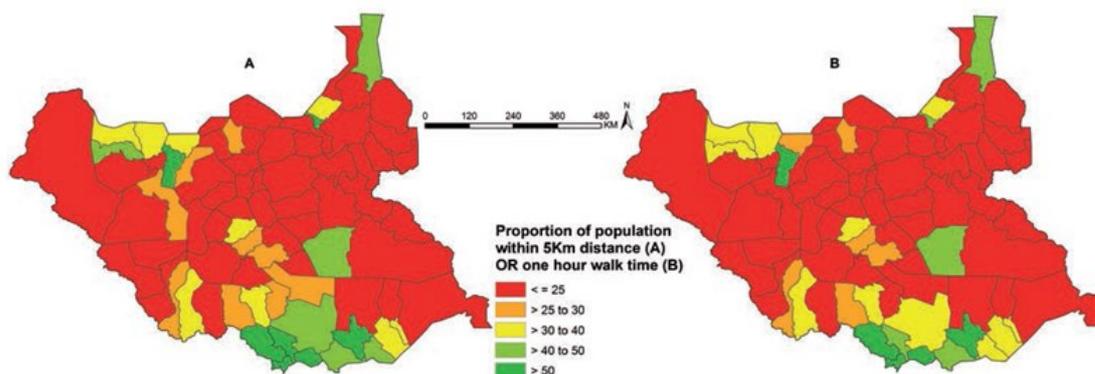


Figura 7

<sup>37</sup> How training is encouraging mothers to deliver in health facilities in Ulang, South Sudan | South Sudan Medical Journal | Novembre 2021 | <http://www.southsudanmedicaljournal.com/archive/untitled-resource/how-training-is-encouraging-mothers-to-deliver-in-health-facilities-in-ulang-south-sudan.html>

<sup>38</sup> Spatial accessibility to basic public health services in South Sudan | Peter M. Macharia, Paul O. Ouma, Ezekiel G. Gogo, Robert W. Snow and Abdisalan M. Noor | Maggio 2017 | <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5483170/>

Altre tipiche cause sono da ricercarsi nella scarsità del personale medico e nella bassa disponibilità di medicinali<sup>39</sup>. Per quanto riguarda il primo aspetto il ministero della salute stimava nel 2017 una densità di personale medico qualificato (dottori, infermieri e ostetriche) pari a 3,5 ogni 10.000 cittadini ben lontano dai 23 ogni 100.000 raccomandati dall’OMS.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, sempre un rapporto del ministero della salute indica che gli “out of stock” sono elevati, mentre un sondaggio prodotto nel 2017 dal maggior finanziatore internazionale del sistema sanitario sud sudanese, HPF (Health Pool Fund), indica che solo il 46% dei pazienti era soddisfatto della disponibilità di farmaci <sup>40</sup>.

## **2.3 LA COMPOSIZIONE DELLA SPESA SANITARIA IN SUD**

### **SUDAN**

Se è vero che gli interventi per migliorare la situazione sono fortemente influenzati dall’andamento dei negoziati di pace, dall’andamento dell’economia e dalle condizioni climatiche, è anche vero che le istituzioni nazionali, ma anche internazionali possono giocare la loro parte in termini di allocazione di risorse e di visione strategica.

In termini di allocazione delle risorse i dati sulla spesa sanitaria dello stato sud sudanese raccontano di sforzi economici timidi prodotti sin dalla sua indipendenza e di una fortissima dipendenza dai finanziamenti esteri. Innanzitutto, lo stato indirizza solo il 2,1% del proprio

---

<sup>39</sup> Study Report: Access to Health Care in South Sudan: A Qualitative Analysis of Health Pooled Fund supported counties | HPF (Health Pool Fund) South Sudan | Dicembre 2020 | <https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2021/09/HPF3-Access-to-healthcare-study-A-qualitative-analysis-report.pdf>

<sup>40</sup> Vedi nota 39

bilancio verso il sistema sanitario<sup>41</sup>. Inoltre, se analizziamo i dati del report sulla spesa sanitaria redatto dall'OMS nel 2020, ci accorgiamo che<sup>42</sup>:

- il peso dei fondi provenienti dalle casse pubbliche sulla spesa sanitaria totale è pari al 16.3%;
- i cittadini concorrono di tasca propria alla spesa sanitaria per il 23%;
- i finanziamenti esteri coprono il 55% del totale della spesa sanitaria;
- le iniziative private invece coprono il 28% della spesa sanitaria;
- le assicurazioni volontarie contribuiscono al 3% della spesa sanitaria totale.

Dunque, in contiguità con le statistiche dei paesi a basso reddito del continente africano, il sistema sanitario Sud Sudanese si regge fondamentalmente grazie ai finanziamenti e alle donazioni provenienti dall'estero; chiede ai cittadini un importante sforzo economico con l'obiettivo di supportare i bilanci delle unità sanitarie; e si necessita il supporto del settore privato.

## **2.4 LE POLITICHE SANITARIE E GLI OBIETTIVI STRATEGICI PER LA SALUTE**

In un quadro chiaramente desolante e preoccupante, il governo del Sud Sudan si è posto comunque degli obiettivi minimi da raggiungere per provare a migliorare la situazione anche in relazione agli obiettivi dell'agenda 2030, ai quali anche il Sud Sudan ha aderito.

---

<sup>41</sup> Global Health Expenditure Report | WHO | aggiornato ad Aprile 2022 | <https://apps.who.int/nha/database>

<sup>42</sup> Global Health Expenditure Report | WHO | aggiornato ad Aprile 2022 | <https://apps.who.int/nha/database>

Dalla “National Health Policy 2016-2026”<sup>43</sup> si evince che il governo si è dato 3 importanti obiettivi da raggiungere:

## 1) RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SANITARI

### *a) Miglioramento della copertura sanitaria universale tramite:*

- Definizione di linee guida per la somministrazione del pacchetto di servizi essenziali (Basic Package of Health and Nutrition Services (BPHNS), paragonabile ai nostri LEA.
- Sviluppo di collaborazioni intersettoriali e promozione della partecipazione comunitaria
- Promozione della salute riproduttiva e materna e contrasto alla violenza di genere

### *b) Miglioramento della qualità dei servizi tramite:*

- L’istituzionalizzazione e la standardizzazione di livelli qualitativi e di procedure standard
- Promozione dell’innovazione dei sistemi
- Miglioramento del management e processi produttivi

### *c) Miglioramento della assistenza secondaria tramite:*

- Sviluppo del servizio diagnostico
- Sviluppo del servizio nazionale di trasfusione sanguigna
- Sviluppo del servizio nazionale di ambulanza

### *d) Sviluppo delle strutture e delle infrastrutture sanitarie tramite:*

- Elaborazione standard di costruzione
- Aumento fonti per il miglioramento delle strutture

---

<sup>43</sup> National Health Policy 2016-2026 | Ministry of Health South Sudan | Maggio 2016

## 2) RAFFORZAMENTO DELLA LEADERSHIP E DEL MANAGEMENT

### *a) Miglioramento qualitativo e manageriale delle risorse umane tramite:*

- Rafforzamento dell'istruzione scolastica, universitaria e "on the job"
- Sviluppo di strategie per aumentare la produttività del personale sanitario

### *b) Assicurare un accesso equo ai medicinali tramite:*

- Adozione di modalità di approvvigionamento, distribuzione e stoccaggio dei medicinali moderne e sostenibili.

### *c) Assicurare un adeguato livello di finanziamento tramite:*

- Aumento della spesa pubblica in linea con la dichiarazione di Abuja
- Aumento dell'efficienza, della trasparenza della responsabilità e della pianificazione nell'uso dei fondi

### *d) Miglioramento del Sistema Informativo (HMIS)*

## 3) RAFFORZAMENTO DELLE PARTNERSHIP

### *a) Allineamento delle strategie e dei finanziamenti delle agenzie e delle organizzazioni internazionali e nazionali di sviluppo con le strategie del ministero della salute*

### *b) Sperimentare nuovi meccanismi di collaborazione con l'università, con il settore privato e con la medicina tradizionale locale*

Dal piano strategico 2017-2022 invece, il governo, oltre che ribadire gli obiettivi strategici già promulgati, si è posto l'obiettivo di aumentare la spesa sanitaria fino al 10% del bilancio statale, ma anche quelli di rafforzare le partnership con le tradizionali agenzie internazionali e di provare a mobilitare più risorse da partner non propriamente tradizionali nel campo sanitario come la Repubblica Popolare Cinese <sup>44</sup>.

## 2.5 ORDINAMENTO STATALE E FINANZIAMENTO PUBBLICO: IL FEDERALISMO DELLA REPUBBLICA DEL SUD SUDAN

Il Sud Sudan è una repubblica presidenziale federale formata da 10 stati, 2 aree amministrative e un'area a statuto speciale (figura 1). I principali obiettivi politici, così come prescritto dalla costituzione del 2011 sono il decentramento, la sussidiarietà e la devoluzione dei poteri politici verso la comunità attraverso appropriati livelli di governo <sup>45</sup>.



Figure 1

---

<sup>44</sup> National Health Sector Strategic Plan 2017 – 2022 | Ministry of Health of South Sudan | Versione Febbraio 2018

<sup>45</sup> The Transitional Constitution of the Republic of South Sudan | Governo del Sud Sudan [2011] <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/90704/116697/F762589088/SSD90704%202011C.pdf>

I livelli di governo sono per l'appunto tre: un livello nazionale, un livello statale ed uno locale.

Al governo nazionale spetta legiferare, programmare e promulgare le strategie e le politiche di welfare tra cui il funzionamento del sistema sanitario.

Per quanto riguarda il livello statale, i diversi stati ed aree amministrative, hanno – sulla carta - ampi poteri, tra i quali la possibilità di promulgare una propria costituzione, un proprio parlamento e dei propri ministeri, ai quali vengono affidati poteri legislativi, pianificatori e di controllo del rispetto dei dettami costituzionali. Agli stati è anche dato ordine di organizzare il miglior sistema di welfare possibile per i propri cittadini <sup>46</sup>.

L'ultimo livello, quello locale, è formato da contee, Payam e Boma (queste due penultima ed ultima divisioni amministrative) per quanto riguarda le zone rurali, mentre nelle aree urbane è formato da consigli cittadini e municipi. Queste autorità devono, oltre all'effettiva messa in opera dei piani e delle politiche decise a livello nazionale e statale, promuovere la partecipazione della comunità allo sviluppo dell'economia e del welfare.

Il sistema di finanziamento deve essere caratterizzato – anche in questo caso – da una gestione decentralizzata vicina ai bisogni delle comunità. Quindi, da una parte il finanziamento del governo verso gli stati deve garantire uno sviluppo egualitario tra essi. Dall'altra, gli stati hanno comunque la possibilità di creare un proprio sistema fiscale parallelo a quello centrale, con il quale possono garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati ai livelli nazionale e statale

<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> The Transitional Constitution of the Republic of South Sudan | Governo del Sud Sudan | 2011 | <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/90704/116697/F762589088/SSD90704%202011C.pdf>

<sup>47</sup> Vedi nota 46

## 2.6 IL SISTEMA SANITARIO DEL SUD SUDAN: MODELLO, LIVELLI DI GOVERNANCE E STRUTTURA

Per capire come il modello sanitario sud sudanese funziona, è necessario innanzitutto partire dai principi costituzionali che, purtroppo lasciano davvero uno spazio limitato al perseguimento della salute pubblica, ed infatti prevedono dei generali concetti quali la riabilitazione e lo sviluppo dei sistemi e delle strutture mediche e diagnostiche ed un accesso libero e gratuito alla sanità pubblica primaria e ai servizi emergenziali per tutti i cittadini <sup>48</sup>.

I principi deboli proposti dalla costituzione uniti alla situazione politica, economica ed ambientale, fanno sì che ad oggi il Sud Sudan non segua uno schema di sistema sanitario chiaro e non a caso, a livello nazionale, ad undici anni dall'indipendenza, è ancora forte il dibattito su quale strada percorrere <sup>49</sup>. Nel frattempo, si sono mantenute le strutture e la *governance* già esistenti prima dell'indipendenza, mentre le agenzie, le istituzioni e le ONG internazionali

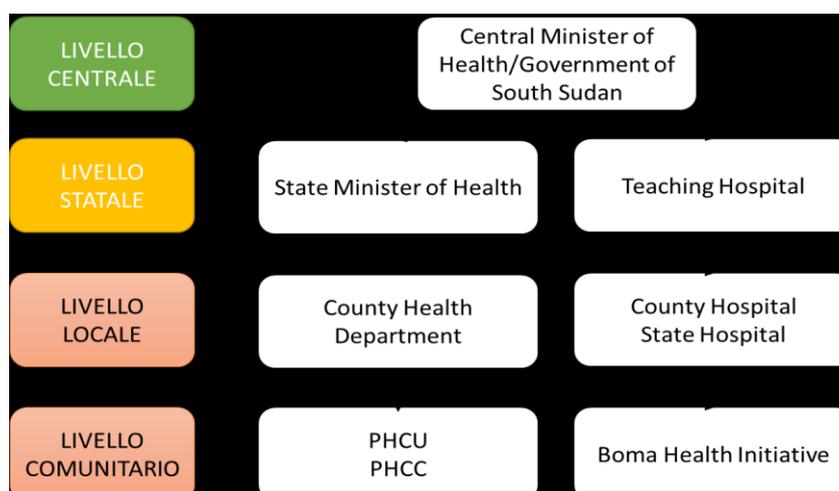


Figura 2

<sup>48</sup> The Transitional Constitution of the Republic of South Sudan | Governo del Sud Sudan | 2011| <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/90704/116697/F762589088/SSD90704%202011C.pdf>

<sup>49</sup> Dr, Kuotwl Mading Chol, funzionario Minsitero della Salute Centrale | intervista

svolgono un ruolo importante nella gestione, nel finanziamento e nel monitoraggio delle unità operative e dei sistemi sanitari locali <sup>50</sup>.

Il sistema sanitario del Sud Sudan si allinea con i dettami costituzionali di decentramento inteso come trasferimento di poteri politici ed amministrativi dall'autorità centrale (in questo caso il governo federale) alle istituzioni locali e dunque prevede una struttura basata su quattro diversi livelli (figura 2). Il primo livello centrale (o nazionale), è rappresentato dal ministero della salute (MoH); un secondo livello, quello statale (dei singoli stati che compongono il Sud Sudan), che è rappresentato dal ministero della salute statale (SMoH) e dagli ospedali universitari; il terzo livello locale è invece rappresentato dai County Health Department (CHD) e dagli ospedali statali e di contea; un ultimo livello, quello comunitario, che è rappresentato dai centri (PHCC) e dalle unità (PHCU) di salute primaria e dalla cosiddetta Boma Health Initiative (BHI) <sup>51</sup>.

### Livello centrale/nazionale

A questo livello, che ha funzione di indirizzo e controllo per tutto il paese, vengono decise le politiche sanitarie, i piani strategici sanitari, gli standard e le linee guida di assistenza (in Sud

*Figura 8*

---

<sup>50</sup> Feasibility of health systems strengthening in South Sudan: a qualitative study of international practitioner perspectives | Abigail Jones, Natasha Howard, Helena Legido-Quigley | <https://bmjopen.bmj.com/content/5/12/e009296.short>

<sup>51</sup> Maternal and Child Health in South Sudan: Priorities for the Post-2015 Agenda | Ngatho S Mugo, Caitlyn Steiner, Anthony Zwi, Jessica R Botfield | Aprile 2015 | [file:///C:/Users/user/Downloads/MaternalandchildhealthinSouthSudanMugoZwieta2015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/MaternalandchildhealthinSouthSudanMugoZwieta2015%20(1).pdf)

Sudan si chiamano Basic Package of Health Services<sup>52</sup>) e vengono assegnate le risorse ai livelli inferiori del sistema sanitario. Le istituzioni/strutture che risiedono a questo livello sono:

*Ministero della salute nazionale (Ministry of Health - MoH)*

Le funzioni principali del ministero della salute centrale nazionale sono: <sup>53</sup>

- formulazione politiche sanitarie;
- dialogo e coordinamento con i partner strategici;
- indirizzo e pianificazione strategica;
- mobilitazione risorse e formulazione budget;
- promulgazione di regole, standard e livelli qualitativi;
- monitoraggio e valutazione;
- coordinamento ricerca operativa;
- formulazione dei livelli essenziali di assistenza;

Per quanto riguarda la struttura (figura 3)<sup>54</sup> il ministero della Salute della Repubblica del Sud Sudan è composto da nove dipartimenti e dalla commissione medica. È supportato da un'autorità di sorveglianza farmaceutica e da un consiglio medico. I diversi dipartimenti del

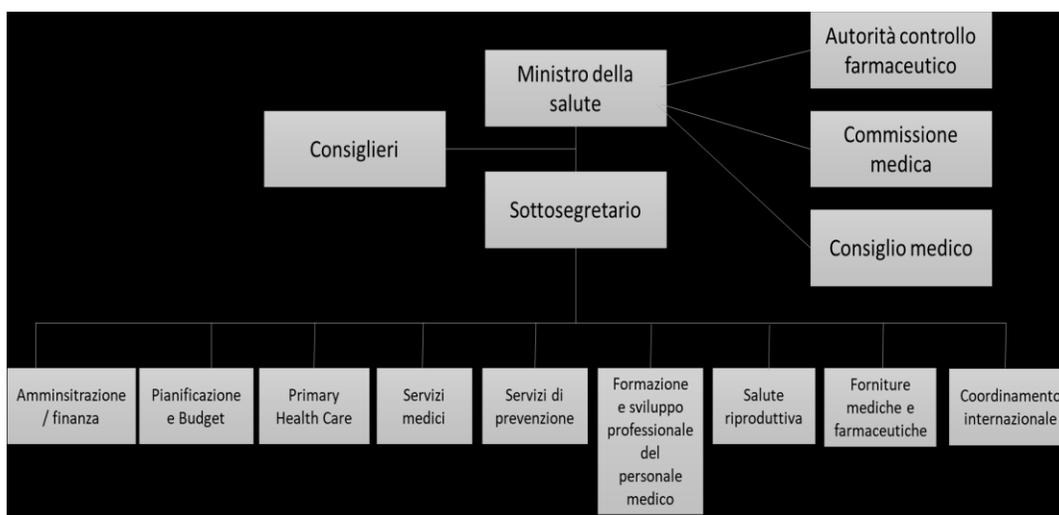
---

<sup>52</sup> Il Basic Package of Health Services può essere definito come il pacchetto di servizi di cui il governo garantisce la fornitura o aspira a garantirla ai suoi cittadini in modo equo. Possono essere paragonati agli italiani LEA (livelli essenziali di assistenza).

<sup>53</sup> Maternal and Child Health in South Sudan: Priorities for the Post-2015 Agenda | Ngatho S Mugo, Caitlyn Steiner, Anthony Zwi, Jessica R Botfield | Aprile 2015 | [https://www.researchgate.net/publication/275523320\\_Maternal\\_and\\_Child\\_Health\\_in\\_South\\_Sudan\\_Priorities\\_for\\_the\\_Post-2015\\_Agenda](https://www.researchgate.net/publication/275523320_Maternal_and_Child_Health_in_South_Sudan_Priorities_for_the_Post-2015_Agenda)

<sup>54</sup> Sito web istituzionale Ministero della Salute Sud Sudan | <http://moh.gov.ss/organogram.php>

ministero sono guidati ciascuno da un direttore generale, che è responsabile della pianificazione e del bilancio all'interno del singolo dipartimento, che sovrintende al funzionamento quotidiano, che assicura che tutti i dipartimenti operino in linea con le articolate politiche del ministero e che contribuisce allo sviluppo di nuovi documenti politici e strategici all'interno del ministero. La commissione medica è presieduta dal direttore esecutivo. Il Direttore Generale fa riferimento al sottosegretario che a sua volta è ad un livello gerarchico inferiore al ministro della salute.



*Figura 3*

Sotto controllo e supervisione del ministero della salute centrale sono i ministeri della salute statali e gli ospedali universitari.

### Livello statale

A questo livello si assicura il rispetto e l'implementazione delle linee guida nazionali attraverso la formulazione di piano di lavoro e programmi, valutazione congiunte e

monitoraggio. A questo livello è affidata la gestione e la supervisione delle strutture sanitarie che si trovano a livello inferiore (ospedali di stato e ospedali di contea)<sup>55</sup>. Le istituzioni/strutture che risiedono a questo livello sono:

*Ministero della salute statale (State Ministry of Health - SMoH)*

Questa struttura è localizzata nelle capitali di ogni stato e di ogni area amministrativa ed è responsabile di:<sup>56</sup>

- creare piani di lavoro annuali;
- assicurare il monitoraggio e la valutazione congiunte;
- programmare e pianificare;
- assicurare l'implementazione delle direttive provenienti dal ministero della salute nazionale;
- gestire la formazione delle risorse umane;
- assicurare la collaborazione con le ONG, le agenzie e i donatori internazionali.

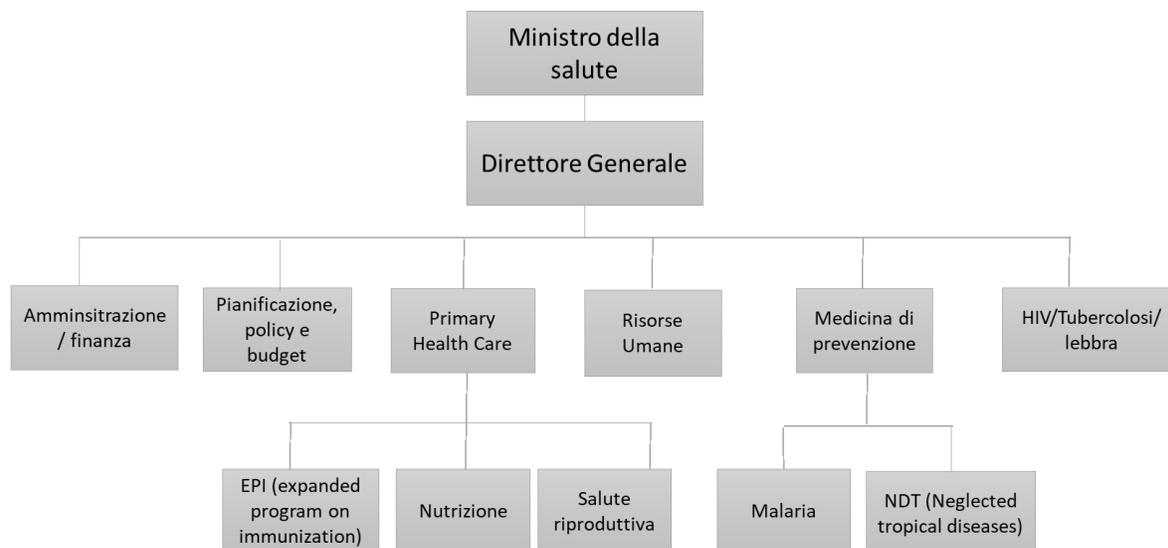
Il ministero è guidato (figura 4) da un ministro della salute e da un direttore generale alle cui dipendenze si trovano sette dipartimenti: amministrazione e finanza, pianificazione, policy e budget, Primary Health Care, risorse umane, medicina di prevenzione e gestione

---

<sup>55</sup> Maternal and Child Health in South Sudan: Priorities for the Post-2015 Agenda | Ngatho S Mugo, Caitlyn Steiner, Anthony Zwi, Jessica R Botfield | Aprile 2015 | [file:///C:/Users/user/Downloads/MaternalandchildhealthinSouthSudanMugoZwietal2015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/MaternalandchildhealthinSouthSudanMugoZwietal2015%20(1).pdf)

<sup>56</sup> Maternal and Child Health in South Sudan: Priorities for the Post-2015 Agenda | Ngatho S Mugo, Caitlyn Steiner, Anthony Zwi, Jessica R Botfield | Aprile 2015 | [https://www.researchgate.net/publication/275523320\\_Maternal\\_and\\_Child\\_Health\\_in\\_South\\_Sudan\\_Priorities\\_for\\_the\\_Post-2015\\_Agenda](https://www.researchgate.net/publication/275523320_Maternal_and_Child_Health_in_South_Sudan_Priorities_for_the_Post-2015_Agenda)

HIV/tubercolosi/lebbra. Di seguito un modello di organigramma (figura 4) così come esposto dalle linee guida nazionali.



*Figura 4*

Sotto il controllo e la supervisione diretti del ministero della salute statale si trovano i County Health Department (CHD) e gli ospedali, sia di contea che statali.

*Ospedali universitari (Teaching Hospitals)* <sup>57</sup>

Nel territorio sud sudanese si trovano tre ospedali di questo tipo e sono situati nelle maggiori zone urbane, hanno una dimensione media che varia dagli 800 ai 1000 posti letto e sono collegati ad una scuola medica e un centro di ricerca. Sono all'apice della struttura piramidale della cura ospedaliera in Sud Sudan occupando il livello tre ossia il livello “teaching”.

<sup>57</sup> Guidelines for County, State and Teaching Hospitals in South Sudan | Minsitry of Health South Sudan | 2015

La loro dotazione tecnologica, infrastrutturale e professionale li rende capaci di gestire trattamenti e cure di casi complessi e di garantire il funzionamento di aree specialistiche come cardiologia, chirurgia cardiotoracica, radiologia diagnostica, endocrinologia, geriatria, ematologia, chirurgia generale, ortopedia, pediatria, ostetricia e ginecologia, radiologia e anestesiologia, dermatologia, psichiatria e oncologia e radioterapia. Grazie a queste caratteristiche gli ospedali universitari sono il punto di riferimento, di guida e di supporto per tutti gli altri ospedali sud sudanesi.

L'ospedale universitario è guidato da un direttore generale che è nominato direttamente dal ministero della salute nazionale le cui responsabilità principali sono quelle di migliorare la qualità dei trattamenti, delle performance operazioni ospedaliere grazie al supporto di

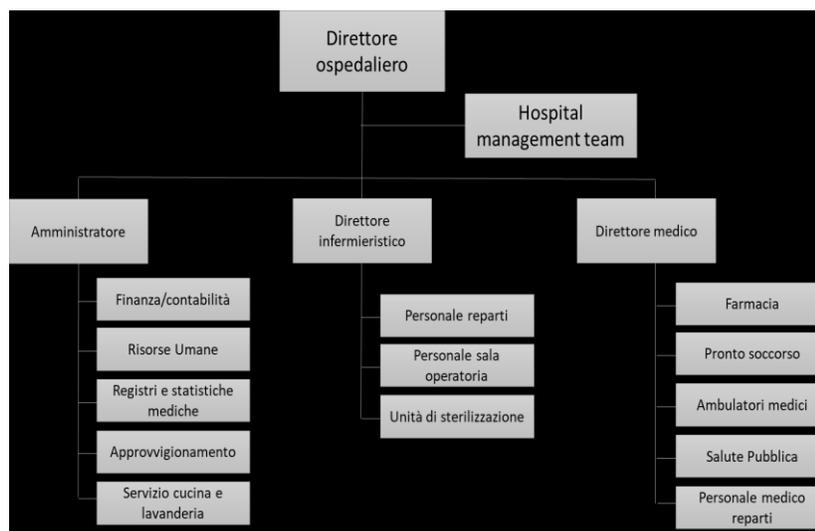


Figura 5

un'equipe manageriale da lui costituita, presieduta e organizzata che comprenda il personale chiave dell'ospedale e un team di controllo gestionale.

In figura 5 un modello di organigramma così come da disposizioni nazionali.

Gli ospedali universitari devono inoltre essere orientati da una commissione composta da volontari esperti che fanno da ponte tra il management ospedaliero e la comunità e che assicurino la durevolezza, la qualità, la leadership e la stabilità dell'ospedale.

### Livello locale (contee)

A questo livello il focus è sulla gestione e la supervisione delle strutture sanitarie poste a livello comunitario (PHCC e PHCU) e sulla valutazione dei bisogni sanitari e manageriali locali<sup>58</sup>. Le istituzioni/strutture che risiedono a questo livello sono:

#### *County health department (CHD)*

Il ruolo principale dei CHD<sup>59</sup>, in linea con le istruzioni e le politiche decise a livello nazionale e statale, è quello di gestire, garantire e controllare la salute primaria pubblica (Primary Health Care). Sono stabiliti in ogni contea e tra le principali responsabilità si trovano:

- la creazione di piani di lavoro mensili;
- la gestione e la supervisione delle unità e dei centri di cura primari (PHCC e PHCU);
- il monitoraggio delle esigenze sanitarie della comunità;
- la gestione del sistema di riferimento (servizio di ambulanza);
- l'attuazione dei servizi di assistenza sanitaria primaria;

---

<sup>58</sup> Maternal and Child Health in South Sudan: Priorities for the Post-2015 Agenda | Ngatho S Mugo, Caitlyn Steiner, Anthony Zwi, Jessica R Botfield | Aprile 2015 | [https://www.researchgate.net/publication/275523320\\_Maternal\\_and\\_Child\\_Health\\_in\\_South\\_Sudan\\_Priorities\\_for\\_the\\_Post-2015\\_Agenda](https://www.researchgate.net/publication/275523320_Maternal_and_Child_Health_in_South_Sudan_Priorities_for_the_Post-2015_Agenda)

<sup>59</sup> Maternal and Child Health in South Sudan: Priorities for the Post-2015 Agenda | Ngatho S Mugo, Caitlyn Steiner, Anthony Zwi, Jessica R Botfield | Aprile 2015 | [https://www.researchgate.net/publication/275523320\\_Maternal\\_and\\_Child\\_Health\\_in\\_South\\_Sudan\\_Priorities\\_for\\_the\\_Post-2015\\_Agenda](https://www.researchgate.net/publication/275523320_Maternal_and_Child_Health_in_South_Sudan_Priorities_for_the_Post-2015_Agenda)

- la gestione e formazione delle risorse umane impiegate nelle unità e dei centri di cura primari.

I CHD sono diretti da un County Medical Officer con il supporto di un amministratore responsabile della finanza e delle risorse umane e di una figura manageriale chiamata PHC (Primary Health Care) supervisor. Le altre figure manageriali all'interno del CHD sono:

- M&E officer (monitoraggio e valutazione);
- EPI supervisor (vaccinazione/immunizzazione);
- pharmacy technician (distribuzione medicinali ed equipaggiamento medico);
- county nursing officer (responsabile cure infermieristiche);
- diseases surveillance officer (controllo epidemiologico).

#### *Ospedali di stato (State Hospital) <sup>60</sup>*

In Sud Sudan si trovano sette ospedali di stato e le loro dimensioni devono variare dai 400 ai 600 posti letto e devono rispondere ai bisogni di un'area geografica contenente almeno 500.000 persone. Un ospedale di questo tipo è il punto di riferimento per il servizio sanitario dello stato in cui si trova, dando risposta ai bisogni di cura di casi complessi che non possono essere trattati dalle strutture dei livelli inferiori. Negli ospedali di stato si svolgono anche attività di ricerca e formazione medica.

---

<sup>60</sup> Guidelines for County, State and Teaching Hospitals in South Sudan | Ministry of Health South Sudan | 2015

Gli ospedali di stato sono specializzati principalmente in: medicina generale, maternità, ginecologia, chirurgia e pediatria. Tra i suoi servizi ci sono anche quello di laboratorio (che deve garantire i servizi di trasfusione sanguigna e della banca del sangue), di radiologia, di dentistica e di oculistica.

L'ospedale (figura 6) di stato ha un direttore ospedaliero nominato dal ministero della salute statale. Al supporto del direttore ci sono l'hospital management team, il direttore amministrativo, quello infermieristico e quello medico.

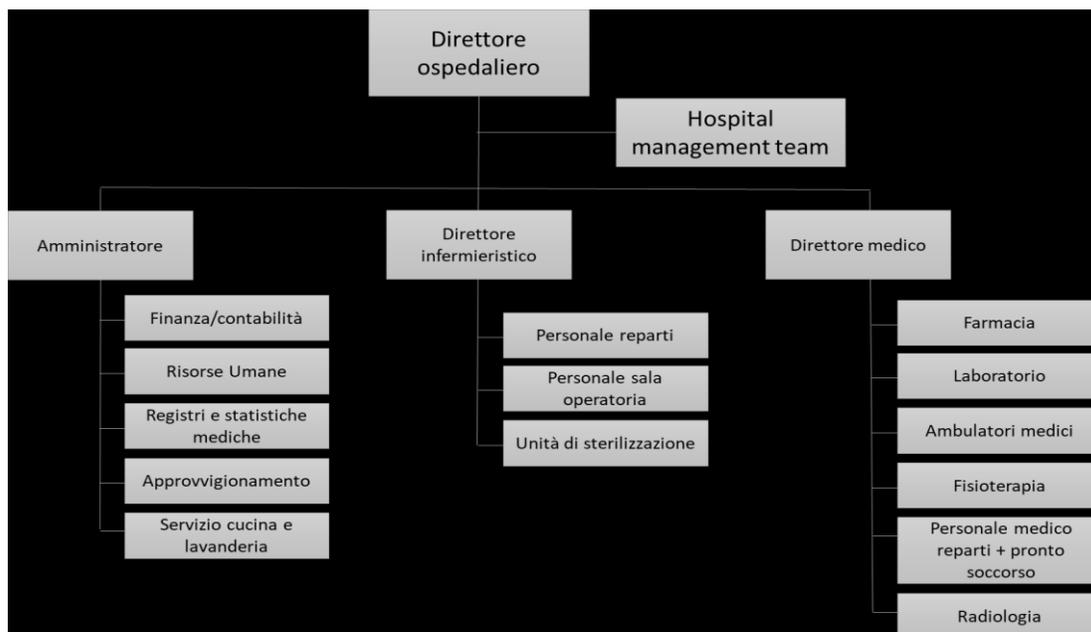


Figura 6

Così come negli ospedali universitari, il ministero della salute statale deve provvedere a formare una commissione a cui è affidato il compito di armonizzare le aspettative e i bisogni delle comunità con l'attività e le strategie ospedaliere.

### *Ospedali di contea (County Hospital) <sup>61</sup>*

Gli ospedali di contea si trovano al livello base della struttura piramidale ospedaliera del Sud Sudan. Offrono una serie di servizi generici tra cui la chirurgia, la maternità, la ginecologia, la pediatria e la medicina generale. Anche i servizi ambulatori sono ovviamente presenti.

La struttura gerarchico/organizzativa rispecchia quella dell'ospedale di stato. È però, il County Health Department a nominare il direttore ospedaliero e formare una commissione di controllo.

### Livello comunitario

Gli attori di questo livello devono principalmente assicurarsi che i Basic Package of Health Service siano implementati e rispettati attraverso la partecipazione comunitaria.<sup>62</sup>Le istituzioni/strutture che risiedono a questo livello sono:

### *Centri di cura primaria (PHCC) <sup>63</sup>*

Questi centri di cura si localizzano in ogni Payam (la seconda più bassa divisione amministrativa del Sud Sudan). La sua gestione spetta al CHD, mentre il rapporto tra le

---

<sup>61</sup> Guidelines for County, State and Teaching Hospitals in South Sudan | Ministry of Health South Sudan | 2015

<sup>62</sup> Maternal and Child Health in South Sudan: Priorities for the Post-2015 Agenda | Ngatho S Mugo, Caitlyn Steiner, Anthony Zwi, Jessica R Botfield | Aprile 2015 | [https://www.researchgate.net/publication/275523320\\_Maternal\\_and\\_Child\\_Health\\_in\\_South\\_Sudan\\_Priorities\\_for\\_the\\_Post-2015\\_Agenda](https://www.researchgate.net/publication/275523320_Maternal_and_Child_Health_in_South_Sudan_Priorities_for_the_Post-2015_Agenda)

<sup>63</sup> Community health systems catalog country profile: South Sudan | JSI research & training institute | Ottobre 2016 | [https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/south\\_sudan\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/south_sudan_chs_catalog_profile_0_0.pdf)

PHCC, il CHD e la comunità di riferimento è facilitato dai “Payam Health Committee”. Queste strutture garantiscono la maternità, la ginecologia, i servizi ambulatoriali e di laboratorio e prevedono anche la degenza dei pazienti. Non hanno né servizi specialistici, né di chirurgia e per i casi complessi fanno riferimento agli ospedali di contea o statali.

#### *Unità di cura primaria (PHCU) <sup>64</sup>*

Questi centri di cura si localizzano in ogni Boma (la da più bassa divisione amministrativa del Sud Sudan). La sua gestione spetta al CHD, mentre il rapporto tra le PHCU, il CHD e la comunità di riferimento è facilitato dai “Boma Health Committee”. Queste strutture garantiscono servizi primari come cure mediche e preventive di base, percorsi pre/post-natali e *screening* nutrizionali. Normalmente sono presieduti da staff non qualificato proveniente dalla comunità (i cosiddetti “*community health woker*” o le “*community midwives*”), ma a partire dal 2020 anche figure qualificate come le ostetriche e gli infermieri sono state inserite nell’organico di molte PHCU.

#### *Boma Health Initiative (BHI) <sup>65</sup>*

Il programma BHI fu lanciato dal governo Sud Sudanese nel 2017 con l’obiettivo di facilitare l’accesso alle cure primarie essenziali di tutti i membri della comunità concentrandosi in

---

<sup>64</sup> Guidelines for County, State and Teaching Hospitals in South Sudan | Ministry of Health South Sudan | 2015

<sup>65</sup> WHO supports new initiative to more easily allow people living in South Sudan’s rural communities to access health services | OMS Sud Sudan | Aprile 2017 | <https://www.afro.who.int/news/who-supports-new-initiative-more-easily-allow-people-living-south-sudans-rural-communities>

particolar modo su coloro che sono distanti sia geograficamente, ma anche culturalmente dalle strutture di cura primaria (PHCU e PHCC) e dagli ospedali.

Questo programma si basa sul lavoro dei cosiddetti Boma Health volunteers/workers (BHWs), ovvero membri della comunità che non hanno una formazione medica professionale, ma che, oltre a promuovere l'utilizzo dei servizi garantiti dai PHCC e dai PHCU tra gli altri membri della propria comunità, vengono opportunamente istruiti per alcuni servizi essenziali di cura e prevenzione, tra i quali, la prevenzione e il trattamento della malaria, l'identificazione precoce di HIV e tubercolosi, la promozione dell'immunizzazione vaccinale.

## **2.7 IL RUOLO DELLE AGENZIE INTERNAZIONALI NEL SISTEMA SANITARIO SUD SUDANESE**

Come si è già accennato nei capitoli precedenti la presenza delle agenzie e delle organizzazioni internazionali all'interno del sistema sanitario sud sudanese è davvero importante, se non addirittura predominante. Le funzioni che queste organizzazioni svolgono sono varie <sup>66</sup>, tra cui:

- supporto gli organi governativi nell'elaborazione di politiche, strategie e programmazione;

---

<sup>66</sup> Role of an international non-governmental organisation in strengthening health systems in fragile-state context: Evaluation results from South Sudan- African Evaluation Journal | Rosales, A.C., Walumbe, E., Anderson, F.W.J., Hedrick, J.A., Cherian, D.T. & Holloway, R. | 2015 | <https://aejonline.org/index.php/aej/article/view/162/230>

- attività di *capacity building* rivolta ai funzionari del ministero della salute nei vari livelli;
- formazione del personale medico e paramedico;
- miglioramento delle infrastrutture;
- migliorare la supply chain del materiale medico e dei medicinali;
- integrare risorse ed attività *community based*;
- advocacy verso i governi centrali e statali con il fine di sensibilizzare le istituzioni su tematiche rilevanti per l'accesso ai sistemi sanitari e per la difesa della salute infantile/materna

L'agenzia che si funge da ruolo di leader degli interventi internazionali è l'organizzazione mondiale della sanità (OMS)<sup>67</sup> che in Sud Sudan si impegna: nel rafforzare la capacità di regolazione e monitoraggio del ministero della salute; nel creare un quadro logico di lavoro per i partner privati e del mondo del terzo settore; nella produzione e disseminazione di politiche, linee guida e leggi; nel supporto alla costruzione di un sistema informativo forte; nel supporto tecnico al settore farmaceutico<sup>68</sup>. È importante, inoltre, il ruolo di coordinamento che l'OMS svolge all'interno del vasto mondo delle organizzazioni internazionali che, a causa del loro numero elevato e dei diversi valori e strategie, possono diventare causa di frammentazione e di difformità del sistema sanitario.

---

<sup>67</sup> WHO presence in South Sudan | WHO | <http://www.emro.who.int/ssd/who-presence-in-south-sudan/#:~:text=The%20WHO%20Representative's%20Office%20in,and%20promoting%20research%20for%20health>

<sup>68</sup> WHO presence in South Sudan | OMS | <http://www.emro.who.int/ssd/who-presence-in-south-sudan/#:~:text=The%20WHO%20Representative's%20Office%20in,and%20promoting%20research%20for%20health>

Altre agenzie importanti che svolgono un ruolo di coordinamento, controllo, consulenza e supporto al governo sono UNICEF e WFP. La prima per quanto riguarda la protezione e la promozione della salute infantile, giovanile e materna. La seconda si occupa di distribuzione di cibo nutriente nelle zone rurali con particolare focus alle madri, ai bambini tra i 6 e i 16 anni. Entrambe queste agenzie svolgono il ruolo di coordinamento e finanziamento indirizzato alle numerose organizzazioni internazionali che operano nel campo della nutrizione e della cura infantile <sup>69 70</sup>.

Scendendo di livello, si trovano due programmi pluriennali e multifase. Il primo, Health Pool Fund (HPF), è condotto da un consorzio di agenzie guidate dal governo britannico <sup>71</sup>, mentre il secondo, CERHSP (COVID-19 Emergency Response and Health Systems Preparedness Additional Financing) è un programma finanziato dalla banca mondiale e condotto da UNICEF, Croce Rossa Internazionale (ICRC) ed OMS <sup>72</sup>. Entrambi si evidenziano per essere i due principali attori, insieme alla componente governativa, della gestione delle strutture sanitarie statali, locali e comunitarie di 10 stati Sud Sudanesi e di un'area amministrativa: il primo (HPF) è presente in 8 stati, mentre il secondo negli altri due stati più l'area amministrata di Greater Pibor. Le agenzie leader dei due programmi, per lo svolgimento della

---

<sup>69</sup> How UNICEF works to protect the rights of every child in South Sudan | UNICEF South Sudan | <https://www.unicef.org/southsudan/what-we-do>

<sup>70</sup> WFP South Sudan | <https://www.wfp.org/countries/south-sudan>

<sup>71</sup> About HPF South Sudan | <https://hpfsouthsudan.org/who-we-are/>

<sup>72</sup> South Sudan - COVID-19 Emergency Response and Health Systems Preparedness Project : Additional Financing | Banca Mondiale | Marzo 2022 | <https://documents1.worldbank.org/curated/en/659011653075407779/pdf/South-Sudan-COVID-19-Emergency-Response-and-Health-Systems-Preparedness-Project-Additional-Financing.pdf>

loro funzione e per l'implementazione dei loro programmi, si avvalgono del lavoro di altre ONG internazionali, specializzate nel settore medico/sanitario.

Nel *programma HPF*, come si è esposto sopra, un consorzio di agenzie guida un gruppo di ONG che si suddividono la gestione dei cosiddetti “lotti”, raggruppamenti geografici, formati da una o più contee. All'interno di ogni lotto l'ONG prescelta assume la denominazione di *Implementing Partner* (IP) ed insieme alle autorità locali (CHD, Hospital Management Team e Payam/Boma Health Committee) si occupa della gestione operativa delle strutture, dei sistemi e dei progetti sanitari ai livelli statale, locale e comunitario. HPF ha come obiettivo quello di migliorare l'assistenza sanitaria tramite: <sup>73</sup>

- il rafforzamento delle strutture e delle dotazioni mediche;
- il rafforzamento della governance dei sistemi sanitari;
- la formazione del personale medico e dei volontari di comunità;
- il rafforzamento della catena di forniture dei medicinali e dell'equipaggiamento medico;
- il miglioramento del sistema informativo e della raccolta dati;
- il miglioramento del sistema di Monitoring&Evaluation.

Ad oggi HPF si occupa dei sistemi sanitari di 8 stati e 55 contee e supporta la gestione di 797 strutture sanitarie (25 ospedali, 195 PHCC and 577 PHCU).

Nel programma CERHSP tre agenzie leader, UNICEF, ICRC e OMS guidano un gruppo di ONG internazionali che anche in questo caso sono denominate *Implementing Partner* (IP),

---

<sup>73</sup> About HPF South Sudan | <https://hpfsouthsudan.org/who-we-are/>

che collaborano insieme alle autorità locali (CHD, Hospital Management Team e Boma Health Committee) alla gestione operativa delle strutture dei sistemi e dei progetti sanitari dei livelli statali, locali e comunitari. L'ultima fase di CERHSP ha come obiettivo quello di costruire un'efficace risposta all'emergenza COVID19 attraverso il rafforzamento dell'assistenza sanitaria e nutrizionale con particolare focus<sup>74</sup> :

- sul miglioramento della filiera della vaccinazione;
- sul rafforzamento delle strutture e delle dotazioni mediche;
- sul miglioramento della capacità organizzativa e gestionale dei sistemi sanitari con un focus sulla risposta alle emergenze sanitarie;
- all'aumento del coinvolgimento della comunità.

Allo stesso livello di HPF e CERHSP troviamo il programma multifase e interstatale “Joint Nutrition Program” coordinato da UNICEF e WFP che nel 2014 crearono una collaborazione per affrontare in maniera più efficace le piaghe della malnutrizione <sup>75</sup>.

Il programma è oggi condotto in tutti gli stati e ha come obiettivo quello di aumentare la qualità e l'efficacia della risposta del sistema sanitario all'emergenza nutrizionale.

UNICEF e WFP guidano, coordinano e finanziano altre ONG internazionali che a loro volta lavorano a stretto contatto con le strutture sanitarie statali, locali e comunitarie. Il programma si pone come obiettivi <sup>76</sup>:

---

<sup>74</sup> About HPF South Sudan | <https://hpfsouthsudan.org/who-we-are/>

<sup>75</sup> UNICEF and WFP Joint Nutrition Response Plan | UNICEF South Sudan | Luglio 2015 | <https://www.unicef.org/southsudan/reports/unicef-and-wfp-joint-nutrition-response-plan>

<sup>76</sup> Obiettivi consultabili presso il sito UNICEF South Sudan: vedi nota 75

- la costruzione di un sistema integrato ed accessibile di prevenzione e trattamento della malnutrizione;
- la costruzione ed il mantenimento della catena di fornitura di cibo, medicinali e materiale medico;
- il miglioramento della capacità gestionale ed organizzativa dei sistemi sanitari locali nella lotta alla malnutrizione;
- la formazione ed aumento del personale assegnato alla cura ed alla prevenzione della malnutrizione.

## **2.8 IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO DEL SUD**

### **SUDAN**

In questo paragrafo saranno illustrati le fonti, i flussi, le procedure e i processi decisionali del finanziamento delle strutture sanitarie pubbliche. Le principali fonti finanziarie sono quelle provenienti dal bilancio dello stato e quelle provenienti dal variegato mondo della cooperazione internazionale<sup>77</sup>. È importante premettere che queste due linee di erogazione possono sovrapporsi, ma non si escludono a vicenda e dunque il fatto che una singola struttura sanitaria, o addirittura un singolo dipendente sanitario possano essere i destinatari di due

---

<sup>77</sup> Study Report: Access to Health Care in South Sudan: A Qualitative Analysis of Health Pooled Fund supported counties | HPF (Health Pool Fund) South Sudan | Dicembre 2020 | <https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2021/09/HPF3-Access-to-healthcare-study-A-qualitative-analysis-report.pdf>

flussi finanziari derivanti da due differenti fonti è del tutto endemico<sup>78</sup>. Da sottolineare che se è vero che le agenzie e le organizzazioni internazionali non ricevono nessun contributo dal governo sud sudanese, è altrettanto vero che le risorse che il governo raccoglie e mette a disposizione per il suo sistema sanitario possono provenire anche da donazioni e finanziamenti internazionali.

### Fonti di finanziamento pubbliche

Se si volesse inquadrare il sistema sanitario sud sudanese con uno degli archetipi dei modelli sanitari, si potrebbe utilizzare il modello di Beveridge<sup>79</sup> che prevede un servizio sanitario nazionale universalistico, in cui gli erogatori di servizi sono principalmente pubblici e che viene finanziato dalle entrate governative. Nel 2019 le entrate statali derivavano da attività petrolifere per l'87,7 % del totale, dalla fiscalità generale per l'11% e per l'1,2% da donazioni internazionali<sup>80</sup>.

La dotazione del finanziamento al sistema sanitario pubblico si raggiunge dopo un iter inter/intra ministeriale che si configura nelle seguenti fasi:<sup>81</sup>

---

<sup>78</sup> Come verrà illustrato in dettaglio nel prossimo capitolo, un dipendente governativo, oltre a ricevere un salario dallo stato, può anche ricevere un incentivo economico finanziato ed elargito da agenzie internazionali.

<sup>79</sup> Modelli di gestione dei servizi sanitari di base in una prospettiva di confronto tra sistemi sanitari europei: le peculiarità del caso spagnolo | Pilar Fernandez Del Rio, Remo | 2009 | [https://www.researchgate.net/publication/46466398\\_Modelli\\_di\\_gestione\\_dei\\_servizi\\_sanitari\\_di\\_base\\_in\\_una\\_prospettiva\\_di\\_confronto\\_tra\\_sistemi\\_sanitari\\_europei\\_le\\_peculiarita\\_del\\_caso\\_spagnolo](https://www.researchgate.net/publication/46466398_Modelli_di_gestione_dei_servizi_sanitari_di_base_in_una_prospettiva_di_confronto_tra_sistemi_sanitari_europei_le_peculiarita_del_caso_spagnolo)

<sup>80</sup> South Sudan Citizens Enacted Budget 2019/20 | ministero delle finanze e della pianificazione | Dicembre 2019 | <https://www.unicef.org/esa/media/6011/file/South-Sudan-Citizens-Enacted-Budget-2019.pdf>

<sup>81</sup> Vedi nota 80

- 1) calcolo delle risorse totali disponibili per l'azione governativa da parte del ministero delle finanze e della pianificazione nazionale (MoFP);
- 2) determinazione dei tetti di spesa indicativi per ogni settore e invio della prima bozza al consiglio dei ministri - *In questa fase per definire le priorità di spesa, viene preso in considerazione il “National Development Strategy” che è documento di pianificazione e programmazione di validità triennale;*
- 3) i diversi ministeri poi, preparano le loro proposta di budget dopo una fase di negoziazione con i MoFP - *In questa fase, il ministero della salute nazionale fa riferimento al suo piano strategico quinquennale che delinea gli obbiettivi, le attività e le relative risorse necessarie;*
- 4) il MoFP prepara la proposta finale con i tetti di spesa definitiva e la presenta al consiglio dei ministri per approvazione;
- 5) il consiglio dei ministri invia a sua volta la proposta al parlamento per l'approvazione finale;
- 6) stesura definitiva del budget governativo contenente le allocazioni definitive per ogni ministero, tra cui quello della salute.

7) questo punto il ministero della salute nazionale che conosce la propria dotazione economica, si prepara alla formulazione dei tetti di spesa per i singoli ministeri della salute statali. Il criterio utilizzato per la suddivisione tra stati è quello demografico.

Una rappresentazione grafica del flusso in figura 8.

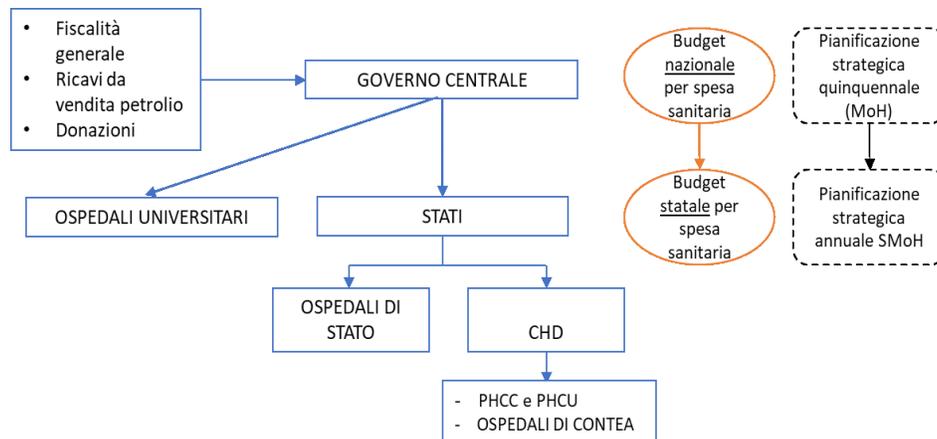


Figure 8

Una volta che il tetto di spesa è trasmesso ai ministeri della salute statali, questi ultimi, basandosi sulla propria pianificazione, definiscono il proprio budget annuale che è diviso in tre diversi capitoli <sup>82</sup>:

- 1) Spese per il personale medico e non medico
- 2) Spese correnti
- 3) Spese in conto capitale

I flussi finanziari seguono una direzione che va dal ministero delle finanze nazionale verso le casse del ministero delle finanze statali che sono gestite direttamente dal governatore dello stato di riferimento.

<sup>82</sup> Dr, Kuotwl Mading Chol, funzionario Minsitero della Salute Centrale | intervista

La maggior parte dei fondi ricevuti sono utilizzati per il pagamento dei salari dei dipendenti pubblici degli ospedali, del CHD e strutture di salute primaria (PHCC e PHCU). Il pagamento (in contanti) dei salari dello staff ospedaliero è eseguito direttamente dall'ufficio di contabilità del ministero della salute, mentre il pagamento dei salari del personale del CHD, dei PHCC e dei PHCU il pagamento è eseguito dal contabile del CHD.

### Fonti di finanziamento provenienti dalla cooperazione internazionale

Come si è visto nel paragrafo 4.3, l'intervento delle organizzazioni internazionali nel sistema sanitario sud sudanese è variegato e di conseguenza anche le linee e le modalità di finanziamento lo sono. Questo paragrafo si focalizzerà sui sistemi di finanziamento dei sistemi sanitari elargiti dal programma HPF (Health Pool Fund), dal programma South Sudan COVID-19 Emergency Response and Health Systems Preparedness, e dal programma gestito da UNICEF e WFP. Non saranno invece esposti i finanziamenti provenienti da singoli progetti o da donazioni private a singole organizzazioni o a singole unità operative visto l'estrema eterogeneità.

#### *Health Pooled Fund – HPF* <sup>83</sup>

Questo importante programma ebbe inizio su iniziativa del governo britannico e del Foreign Commonwealth and Development Office (FCDO) nel 2012 e da allora si è sviluppato in tre

---

<sup>83</sup> About HPF South Sudan | <https://hpfsouthsudan.org/who-we-are/>

fasi, una prima fase dal 2011 al 2016, una seconda dal 2016 al 2018 ed una terza, iniziata nel 2019 e che terminerà nel 2023. In ogni fase la struttura degli attori è stata la seguente:

- 1) Un pool di donatori internazionali dai quali vengono raccolti i finanziamenti che vanno a formare il fondo:
- 2) Un consorzio di agenzie per la gestione del fondo e del programma.
- 3) Gli Implementing Partner (IP) ovvero le ONG responsabili della gestione operativa del programma. Ad ogni ONG possono essere assegnati uno o più lotti formati da una o più contee. I lotti sono 21 e gli IP 11. Di seguito la mappa (figura 9) dei lotti.



Figura 9

Il finanziamento proveniente dal fondo HPF può avvenire in diverse modalità:

- 1) Donazione progettuali verso gli IP: le organizzazioni che vengono selezionate (tramite bando o assegnazione diretta) ricevono un tetto di spesa per l'implementazione di un'annualità progettuale e delle linee guida su come spenderlo e a loro volta propongono una proposta progettuale (contenente obiettivi ed attività) collegata ad budget annuale che viene poi negoziato con HPF stesso.

- 2) Donazioni extra progettuali verso gli IP: periodicamente, il fondo riconosce delle prestazioni finanziarie ai partner per far fronte a specifiche spese extra progettuali (ristrutturazione di un ambulatorio, emergenze sanitarie come il COVID, ecc..).
- 3) Donazioni di beni “in kind” rivolte agli IP: veicoli, attrezzature mediche, materiale di visibilità, ecc..).
- 4) Donazioni di beni “in kind” rivolte alle istituzioni pubbliche locali (invio di medicinali e equipaggiamento medico da distribuire tra le strutture sanitarie, ecc..).

I fondi HPF coprono la quasi totalità del costo dei servizi serviti alla comunità: i pagamenti degli incentivi dei dipendenti governativi, le manutenzioni ordinarie e straordinarie degli edifici, l’acquisto di medicinali, di strumentazione e di vaccini la formazione dello staff medico e dei volontari di comunità ed altre attività tipiche di un sistema sanitario non avrebbero una copertura finanziaria con i soli stanziamenti governativi.

*South Sudan COVID-19 Emergency Response and Health Systems Preparedness – World Bank*<sup>84</sup>

Questo programma è iniziato nell’Aprile 2022 e ricalca le orme lasciate da un precedente progetto finanziato dalla banca mondiale dal 2013 al 2018: l’Health Rapid Result Project.

In questa fase che durerà fino al 2026, saranno coinvolti i ministeri della salute di 3 diversi stati, 205 strutture sanitarie e 26 CHD localizzati in altrettante contee.

---

<sup>84</sup> South Sudan - COVID-19 Emergency Response and Health Systems Preparedness Project : Additional Financing | Banca Mondiale | Marzo 2022 | <https://documents1.worldbank.org/curated/en/659011653075407779/pdf/South-Sudan-COVID-19-Emergency-Response-and-Health-Systems-Preparedness-Project-Additional-Financing.pdf>

Gli attori coinvolti sono:

- 1) La Banca Mondiale come finanziatore del programma tramite un “International Development Association (IDA) grant”
- 2) Le tre agenzie di coordinamento, programmazione e sub-finanziamento; UNICEF, ICRC e OMS alle quali andranno rispettivamente l’86%, il 13% e l’1% del finanziamento totale.
- 3) Gli Implementing partner (IP), ovvero le ONG responsabili della gestione operativa del programma che a loro volta, previo iter di selezione e produzione di un budget annuale, riceveranno erogazioni finanziarie dalle tre agenzie di coordinamento.

I fondi finanziano le seguenti componenti progettuali:

Acquisto vaccini; catena del freddo;	11,9%
Servizi sanitari essenziali	80,9%
Capacity Building; preparazione alle emergenze sanitarie	4,6%
Monitoring&Evalutaion	2,6%

*Joint Nutrition Response Plan UNICEF-WFP* <sup>85</sup>

---

<sup>85</sup> UNICEF and WFP Joint Nutrition Response Plan | UNICEF South Sudan | Luglio 2015 | <https://www.unicef.org/southsudan/reports/unicef-and-wfp-joint-nutrition-response-plan>

Nel 2014 le due importanti agenzie unirono i loro sforzi nella lotta alla malnutrizione e crearono una piattaforma comune per coordinare, supervisionare e finanziare i relativi progetti.

Nel 2019 le contee raggiunte dal programma erano 76 su un totale di 79 sparse per la nazione.

Gli attori internazionali coinvolti nel programma e nel suo finanziamento erano:

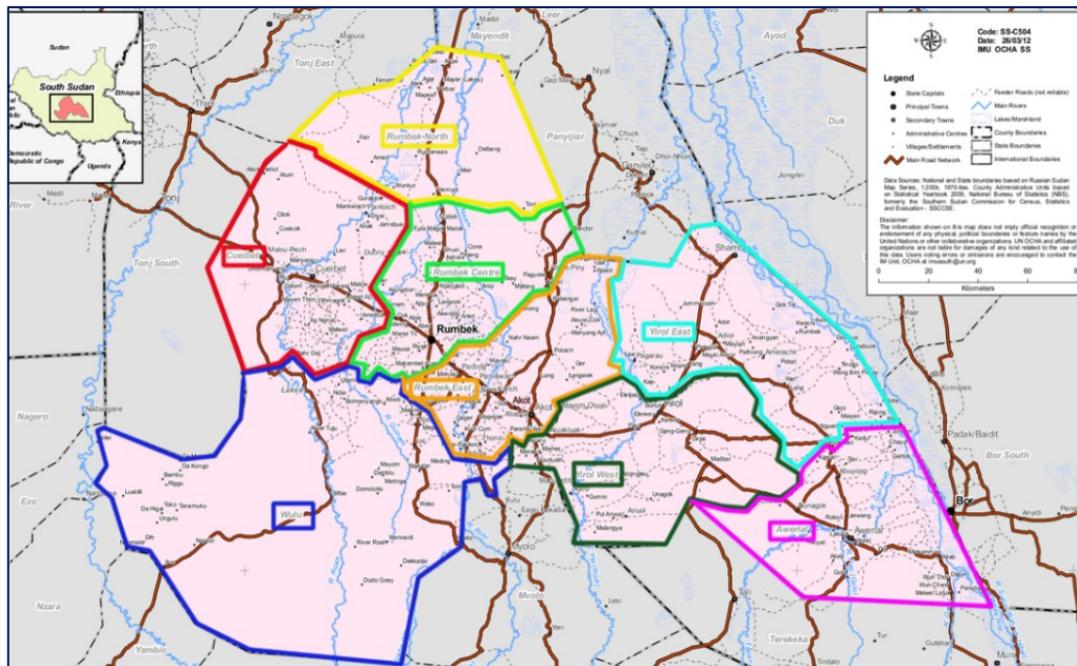
- 1) I donatori internazionali di UNICEF e WFP: normalmente le risorse di queste due agenzie derivano da donazioni private (di cittadini, di imprese e di fondazioni) oppure da erogazioni di istituzioni pubbliche nazionali o sovranazionali.
- 2) UNICEF e WFP: le agenzie di coordinamento, programmazione e sub-finanziamento
- 3) Le ONG implementatrici del programma alle quali sono assegnati uno o più contee e la collaborazione con i relativi CHD e Hospital Management Team. Ricevono finanziamenti tramite un unico iter di selezione e – allo stesso tempo – con la produzione di due budget annuali: un budget per le attività finanziate direttamente da UNICEF ed un budget per le attività finanziate direttamente da WFP.

### 3 IL LUOGO DELL'INTERVENTO: L'OSPEDALE DI STATO DI RUMBEK

L'ospedale di stato che è oggetto dell'intervento progettuale si trova nella città di Rumbek, capitale del Lakes State. Lo stato, che si trova al centro del Sud Sudan, è formato da 9 contee (figura 1) che insieme ospitano più di un milione di persone (1,053,177 nel 2017)<sup>86</sup>. La città di Rumbek si trova nella contea di Rumbek Centre.

Il bacino di utenza ordinario (tabella 1) dell'ospedale di Rumbek è quello delle contee di Rumbek Centre, Rumbek East, Rumbek North e Wulu in cui risiedono 545.543 abitanti.

Figura 1



<sup>86</sup> population statistics for countries, administrative divisions, cities, urban areas and agglomerations | Thomas Brinkhoff | [https://www.citypopulation.de/en/southsudan/admin/84\\_\\_lakes/](https://www.citypopulation.de/en/southsudan/admin/84__lakes/)

<b>Contea</b>	<b>Numero di Payam</b>	<b>Popolazione</b>	<b>PHCC</b>	<b>PHCU</b>
Rumbek Centre	6	232.750	3	14
Rumbek East	8	186.412	6	14
Rumbek North	5	65.297	1	6
Wulu	4	61.084	1	11
<b>BACINO DI UTENZA TOTALE</b>		<b>545.543</b>	<b>11</b>	<b>45</b>

Tabella 1

### **3.1 VOLUME PRODUTTIVO E SERVIZI GARANTITI**

L'attività ospedaliera del Rumbek State Hospital è tra le più ampie all'intero sistema ospedaliero del Sud Sudan ed oltretutto in continua crescita. Alcuni indicatori possono dare un'idea del volume produttivo <sup>87</sup>:

- 1) Dai dati statistici del 2020, estrapolati dal data base nazionale dedicato al sistema sanitario, si osserva che l'ospedale di Rumbek risulta essere, in una classifica contenente i più importanti ospedali sud sudanesi, la struttura sanitaria che in quello stesso anno ha garantito il numero più alto di ricoveri nei reparti. (figura 2).

---

<sup>87</sup> Report Annuale 2021 del Rumbek State Hospital | Hospital Management Team RSH | Marzo 2022

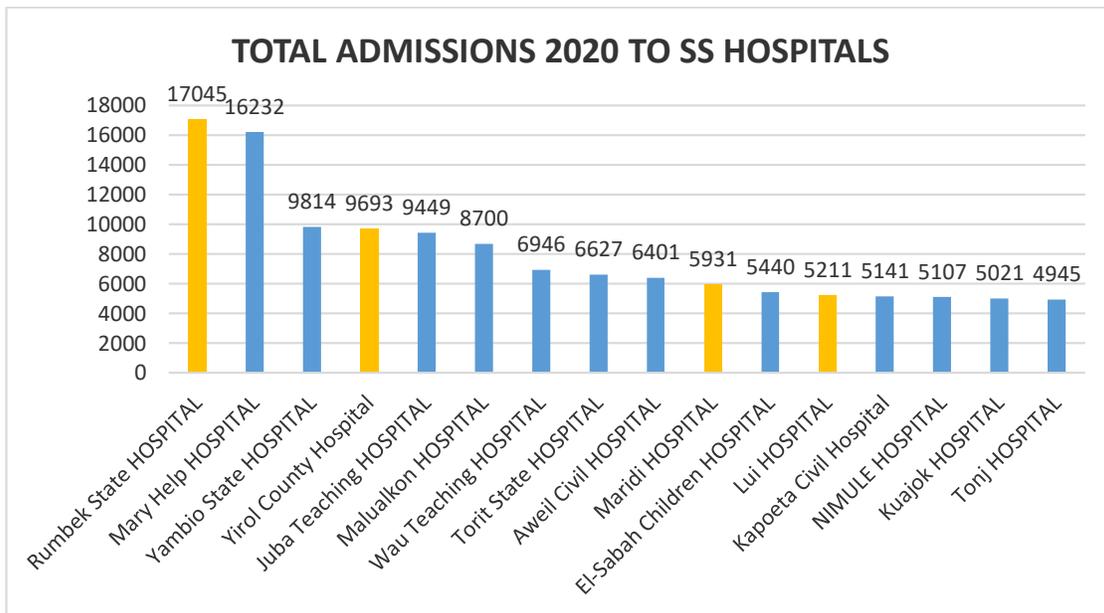


Figura 2

2) Mentre in termini in termini di Standard Unit of Output <sup>88</sup> (indicatore internazionalmente riconosciuto che misura il volume produttivo ospedaliero) si è

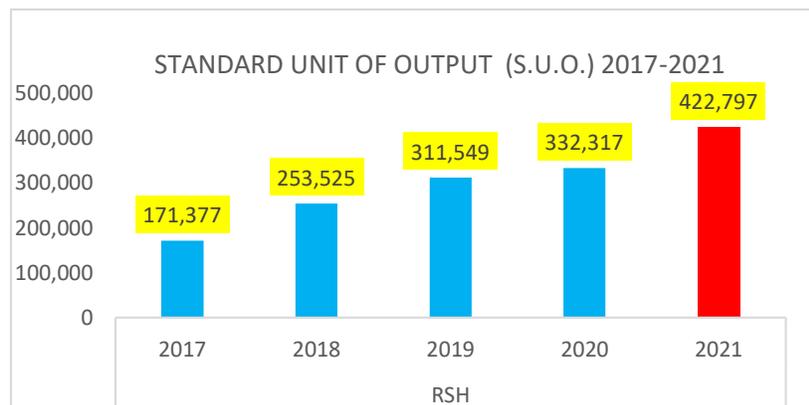


Figura 3

<sup>88</sup> per sapere come si costruisce questo indice: using hmis for monitoring and planning: the experience of uganda catholic medical bureau | Andrea Mandelli, Daniele Giusti | Aprile 2005| <http://www.bioline.org.br/request?hp05010>

osservata una crescita costante negli ultimi 5 anni: nel 2017 l'ospedale ha raggiunto un punteggio di 171.377, mentre nel 2021 un punteggio di 422.797 (figura3).

- 3) Come inoltre si può osservare dal grafico seguente (figura 4), anche il numero annuale di parti testimonia il costante aumento dell'attività ospedaliera.

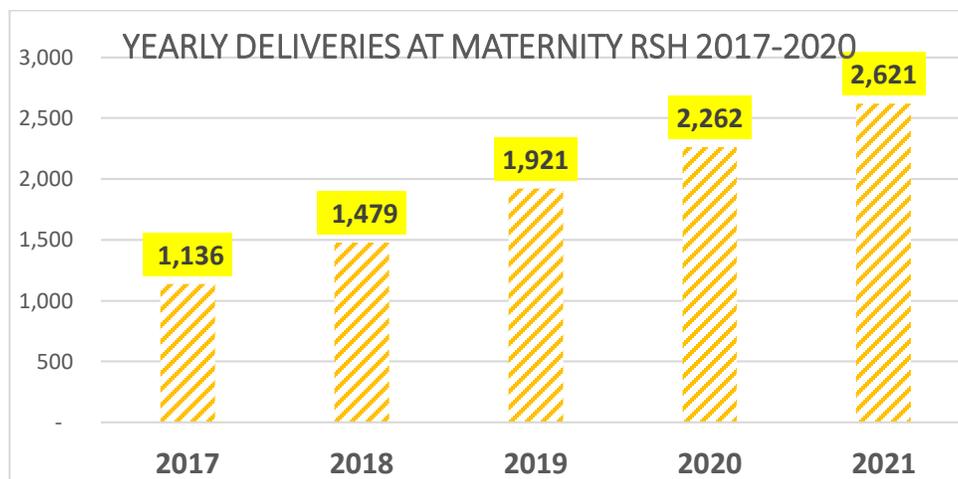


Figura 4

Deficitario invece è il numero dei posti letto in ospedale se paragonato al numero standard raccomandato dalle linee guida nazionali: il numero reale è di 155, mentre gli standard nazionali prescrivono un numero minimo di 400 posti letto.

L'ospedale di Rumbek garantisce quasi tutti i servizi che questo tipo di struttura dovrebbe garantire secondo le linee guida nazionali <sup>89</sup>. In particolare, sono presenti: <sup>90</sup>

---

<sup>89</sup> Guidelines for County, State and Teaching Hospitals in South Sudan | Ministry of Health South Sudan | 2015

<sup>90</sup> Report Annuale 2021 del Rumbek State Hospital | Hospital Management Team RSH | Marzo 2022

## Servizi medici

- Servizi ambulatoriali per adulti e bambini (OPD - Out Patients Department);
- reparti di degenza/trattamento in regime di ricovero (Inpatient services): pediatria, maternità/ginecologia/ostetricia, chirurgia (sala operatoria, anestesia e sterilizzazione) e medicina generale;
- pronto soccorso;
- servizio di cura pre /post natale e servizio di consulenza di pianificazione familiare;
- servizi di trattamento dei casi di malnutrizione sia in regime di ricovero che ambulatoriale;
- laboratorio, servizi di trasfusione e banca del sangue;
- servizio di ecografia (attivo solo nel reparto maternità);
- servizio di vaccinazione (EOI - Essential Programme on Immunization);
- cliniche dentistiche e oculari;
- servizi di protetica ed ortesi;
- dipartimento di diagnosi e trattamento tubercolosi;
- servizi di consulenza, diagnosi e trattamento dei pazienti sieropositivi.

## Servizi ausiliari

- Farmacia;
- servizio di ambulanza per donne incinta e complicanze ostetriche;
- camera mortuaria;
- servizi di manutenzione;

- amministrazione e risorse umane
- logistica e approvvigionamento

I servizi che invece non sono garantiti dall'ospedale di Rumbek sono:

- Radiologia (edificio dedicato e macchinari presenti, ma servizi sospeso)
- fisioterapia;
- cucina e lavanderia.

### **3.2 GOVERNANCE OSPEDALIERA**

L'ospedale di stato di Rumbek è un ospedale pubblico soggetto al controllo del Ministero della salute del Lakes State. La gestione dell'ospedale è affidata ad un organo chiamato Hospital Management Team (HMT) che è formato dal direttore dell'ospedale (che nel caso specifico è anche direttore medico), dal direttore amministrativo dell'ospedale, da un rappresentante del ministero della salute locale, da un rappresentante del personale ospedaliero e dai rappresentanti delle ONG presenti all'interno della struttura <sup>91</sup>. Compiti di quest'organo sono quelli di: rendere operativi gli indirizzi del ministero della salute locale; di produrre nuove linee guida e politiche interne; di supervisionare la qualità della produzione ospedaliera; di supervisionare le performance del personale e di optare per misure disciplinari; di mediare e comunicare con l'utenza e la comunità; di armonizzare l'operato delle diverse ONG all'interno dell'ospedale <sup>92 93</sup>.

---

<sup>91</sup> Report Annuale 2021 del Rumbek State Hospital | Hospital Management Team RSH | Marzo 2022

<sup>92</sup> Guidelines for County, State and Teaching Hospitals in South Sudan | Ministry of Health South Sudan | 2015

Per quanto riguarda la struttura gerarchico/organizzativa (figura 5), la struttura rispecchia quella delle linee guida nazionali, anche se, il direttore generale dell'ospedale deve assumere anche al ruolo del direttore medico vista la mancanza temporanea di fondi per garantire la presenza di entrambe le figure.

Nella gestione dell'ospedale, come si è già potuto appurare dai capitoli precedenti, giocano un ruolo fondamentale le ONG, sia da un punto di vista manageriale, sia da un punto di vista operativo.

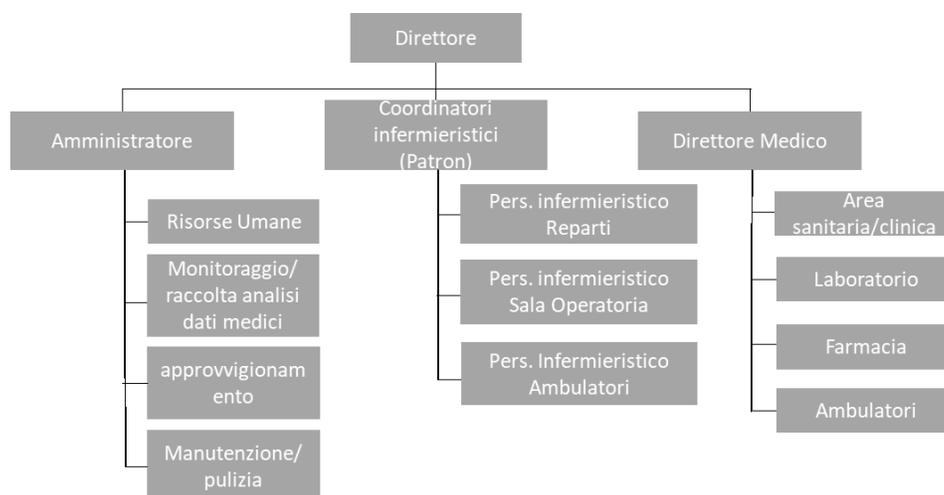


Figura 5

Le ONG internazionali presenti si suddividono a seconda della propria specializzazione medico-sanitaria e dunque ad ognuna possono essere assegnati uno o più dipartimenti, e allo stesso modo un medesimo dipartimento/reparto può essere oggetto del lavoro di più di un'ONG <sup>94</sup>. Le ONG supportano inoltre i servizi ausiliari (amministrazione, logistica e

<sup>94</sup> nota: a titolo d'esempio, il laboratorio vede il supporto dell'ONG ICAP per quanto concerne la diagnosi dell'HIV, mentre per quanto riguarda le altre tipologie di analisi, il supporto è affidato al CUAMM

manutenzione) in misura proporzionale al proprio impegno in area medica. Di seguito si propone una tabella (tabella 2) con la lista delle ONG presenti nell'ospedale, i dipartimenti in cui lavorano e il loro supporto all'amministrazione/logistica ospedaliera.

<b>ONG</b>	<b>DIPARTIMENTO/REPARTO</b>	<b>SUPPORTO AMMINISTRATIVO/LOGISTICO</b>
CUAMM – Medici con l’Africa	Maternità, medicina generale, ambulatori, chirurgia, pediatria, laboratorio, farmacia.	Logistica, manutenzione, monitoraggio e raccolta dati, gestione risorse umane, approvvigionamento
ICAP	Dipartimento HIV/AIDS	Logistica, manutenzione, monitoraggio e raccolta dati, gestione risorse umane, approvvigionamento
PLAN international (da Aprile 2022) - CUAMM – Medici con l’Africa (fino a Marzo 2022)	Nutrizione, pediatria	Logistica, manutenzione, monitoraggio e raccolta dati, gestione risorse umane, approvvigionamento
IRC (international Rescue Committee)	Consulenza violenza di genere	monitoraggio e raccolta dati, gestione risorse umane, approvvigionamento

Tabella 2

### **3.3 II CUAMM MEDICI CON L’AFRICA: OVERVIEW**

Ai fini di un adeguato svolgimento del lavoro, si ritiene opportuno anche offrire opportune informazioni sull’organizzazione umanitaria che supporta la gestione dell’ospedale oggetto

del lavoro di questa tesi: il CUAMM, medici con l’Africa. Organizzazione con la quale collaboro in veste di “Amministratore d’area” presso l’ufficio di Rumbek.

### Informazioni generali

Il CUAMM è un’ONG italiana con sede a Padova, che opera come ente del terzo settore impegnato nella cooperazione internazionale ed in particolar modo nel settore medico e della ricerca sin dagli anni ’50 distinguendosi per essere la più longeva organizzazione umanitaria italiana nel suo settore.

Mentre nei primi anni la *core activity* del CUAMM era quella di formare, presso il Collegio Universitario Aspiranti Medici Missionari a Padova, personale medico italiano e straniero desideroso di lavorare, successivamente al titolo di studio, negli ospedali missionari localizzati nei paesi ancora sotto il controllo coloniale, tra gli anni ’60 e ’70 l’organizzazione cambiò prospettiva e *mission* e assunse come obiettivo principale quello di garantire l’accesso ai servizi sanitari anche alle fasce più povere della popolazione, tramite il rafforzamento dei sistemi sanitari e la loro integrazione con la prevenzione e l’assistenza primaria. Da ricordare, da questo punto di vista, è il convegno di Nyeri (Kenya, 1968), in cui i medici del CUAMM operanti in Kenya ed Uganda si accordarono sulla modifica dell’assetto delle strutture ospedaliere missionarie in cui operavano e la loro integrazione con i sistemi sanitari governativi di riferimento. Negli anni ’70 riceve dal ministero degli esteri italiano il riconoscimento di organizzazione idonea a svolgere incarichi di cooperazione con i paesi in via di sviluppo grazie a cui il CUAMM entra nei programmi contenuti negli accordi bilaterali di sviluppo tra il governo italiano e i governi africani in cui il CUAMM era presente. Dopo il boom degli anni 80’ in termini di paesi serviti e personale inviato e una battuta di

arresto tra gli anni '80 e '90 a causa della crisi del debito dei paesi africani e della cooperazione italiana, l'attività del CUAMM si stabilizza e torna a crescere negli anni 2000.

Oggi il CUAMM opera in 8 paesi (Sud Sudan, Mozambico, Uganda, Tanzania, Etiopia, Repubblica Centrafricana, Sierra Leone ad Angola), gestisce 23 ospedali e 761 strutture sanitarie e nel 2021 ha assistito 2.167.097 pazienti. Il CUAMM è membro dell'associazione di enti italiani del terzo settore Link 2017.

Le attività odierne su cui il CUAMM si concentra principalmente sono la salute materna e infantile, il supporto al management dei sistemi e delle strutture sanitarie (da questo punto di vista il CUAMM si concentra su 3 livelli: comunità e villaggi, centri periferici e ospedali), la chirurgia, la lotta alla malnutrizione, le attività dedicate ai malati di HIV, malaria e tubercolosi, la ricerca operativa sul campo e la formazione di figure professionali in Africa.

Nel 2021 le risorse umane che il CUAMM ha impiegato sul campo sono state 4.518 di cui 3.400 in "gestione straordinaria" in Sud Sudan (approfondimento nel prossimo paragrafo). 1.118 sono state le risorse umane inserite nei progetti direttamente assunte e poste sotto contratto dal CAUMM, di cui 764 professionisti qualificati (non solo sanitari, ma anche amministrativi, logisti ed esperti comunitari) e 354 ausiliari. Lo staff può essere internazionale europeo, internazionale africano (provenienti da paesi diversi da quello dell'intervento) e staff nazionale (staff proveniente del paese di intervento).

I finanziamenti che il CUAMM riceve sono istituzionali e privati che rispettivamente valgono il 67% ed il 33% dei ricavi. Tra i primi si trovano quelli provenienti dalle istituzioni quali Unione Europea, agenzie internazionali (ONU, OMS, WFP, UNCIEF, ecc..), agenzia italiana

per la cooperazione e sviluppo, mentre tra i secondi si trovano il 5X1000, i donatori privati, le fondazioni e le corporation. Dal punto di vista dei costi il 93% proviene dall'attività progettuale, il 3% dai di funzionamento dell'organizzazione ed il 4% dalla sensibilizzazione, dalla comunicazione e dalla raccolta fondi.

### Il CUAMM in Sud Sudan<sup>95</sup>

Il Sud Sudan, oggi, è il paese in cui il CUAMM, si impegna maggiormente considerando che è il paese in cui investe di più (il 31% dei fondi destinati ai progetti di cura e prevenzione), in cui impiega più risorse umane (il 29% del personale) e in cui gestisce più strutture sanitarie (il 18% del totale).

Il CUAMM opera (figura 1) in due stati (Western Equatoria e Lakes State) e in 12 contee (Maridi, Mundri West, Mundri East e Mvolo nel primo stato menzionato, Rumbek Centre, Rumbek East, Wulu, Cueibet, Rumbek North, Yirol West, Yirol East e Awerail nel secondo). Le contee risiedono all'interno di 4 lotti divisi secondo i criteri decisi dal ministero della salute nazionale ed HPF: lotto 9, lotto 10, lotto 11 e lotto 12.

Nelle contee in cui opera l'approccio è sistemico e capillare in quanto il CUAMM, attraverso il supporto finanziario di più donatori (che verranno elencati in seguito), collabora fianco a fianco con i ministeri della salute dei due stati in cui è presente, nella gestione di 11 CHD, 5 ospedali (di cui uno di stato e 3 di contea) e 135 strutture sanitarie di cura primaria (PHCC e PHCU). Oltre al supporto dei sistemi sanitari il CUAMM si impegna nella formazione di

---

<sup>95</sup> Sito istituzionale CUAMM – Medici con l'Africa | <https://www.mediciconlafrica.org/>

personale medico qualificato con la gestione di due centri di formazione, di cui uno situato nella contea di Mundri East presso l'ospedale di Lui, mentre l'altro nella contea di Rumbek Centre proprio presso l'ospedale di Rumbek.

Le aree mediche su cui il CUAMM si focalizza maggiormente in Sud Sudan sono la cura materna, la malnutrizione, la vaccinazione (tra cui quella in risposta al COVID 19) e la cura della malaria. Garantisce inoltre il servizio gratuito di ambulanza nelle contee in cui opera. Vengono sostenuti sia dal punto di vista medico che sociale, le donne, i disabili e i soggetti emarginati tramite la conduzione delle attività GESI (Gender and Social Inclusion).

I donatori principali con cui il CUAMM ha potuto finanziare i propri progetti in Sud Sudan sono (tabella 3):

<b>NOME DONATORE</b>	<b>AREA</b>
HPF	Cura primaria, cura ospedaliera, cura materna ed infantile, vaccinazioni, GESI.
UNICEF – WFP	Nutrizione, cura infantile.
MAECI - AICS	Cura materna, malaria/TBC/AIDS
FAI	Formazione medica.
Nando and Elsa Peretti fundation	Cura ospedaliera
Donatori privati vari	Principalmente per costruzione o ristrutturazione di edifici nelle strutture sanitarie

*Tabella 3*

## Il CUAMM nell'ospedale di Rumbek

Il supporto del CUAMM è iniziato ufficialmente nel 2017 <sup>96</sup>, quando, grazie all'accordo con HPF, che stava cercando un'organizzazione internazionale affidabile ed esperta, diventò l'IP anche dell'ospedale di Rumbek (lo era già del lotto 12, all'interno del quale l'ospedale è localizzato).

Da allora, come potremo vedere dettagliatamente nel capitolo successivo, l'ospedale è cresciuto in termini di volume di attività mediche, di personale e di qualità dei servizi.

Di seguito elenchiamo brevemente le attività che CUAMM svolge all'interno dell'ospedale stesso: <sup>97</sup>

- 1) Supporto ai dipartimenti maternità, chirurgia, pediatria, ambulatori e pronto soccorso, medicina generale, farmacia e laboratorio;
- 2) supporto al dipartimento nutrizione (fino a Marzo 2022);
- 3) gestione del servizio ambulanza
- 4) supporto, come membro, all'hospital management team
- 5) supporto alla raccolta dati, al monitoraggio e all'elaborazione del bilancio sociale

Il CUAMM inoltre mette direttamente a disposizione dell'ospedale il proprio staff nazionale ed internazionale, tra cui 4 autisti per il servizio ambulanza, un logista, un amministratore,

---

<sup>96</sup> Sito istituzionale CUAMM – Medici con l'Africa | <https://www.mediciconlafrica.org/>

<sup>97</sup> Report Annuale 2021 del Rumbek State Hospital | Hospital Management Team RSH | Marzo 2022

un chirurgo (internazionale italiano) e un'ostetrica (internazionale africana o europea). Gli ultimi due hanno principalmente un ruolo di supervisione dello staff nazionale.

Mentre indirettamente il CUAMM mette a disposizione lo staff che opera nei propri uffici di Rumbek, che, oltre ad occuparsi dei sistemi sanitari delle contee, sono di supporto alla gestione dell'ospedale di Rumbek nel seguente modo (tabella 4):

<b>DIPARTIMENTO CUAMM</b>	<b>TIPOLOGIA DI SUPPORTO</b>
Amministrazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gestione del personale governativo all'interno dell'ospedale</li> <li>- pagamento delle spese ospedaliere finanziate dai progetti di cui CUAMM è capofila</li> <li>- preparazione alla programmazione delle attività e delle spese ospedaliere</li> <li>- supporto all'organizzazione di formazione del personale</li> </ul>
Logistica / Acquisti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture ospedaliere</li> <li>- manutenzione ordinaria e straordinaria dei generatori e dei sistemi solari</li> <li>- manutenzione ordinaria e straordinaria delle ambulanze</li> <li>- supporto nelle procedure di acquisto di ogni tipo di prodotto o servizio richiesto dall'ospedale</li> </ul>
Approvvigionamento farmaci e equipaggiamento medico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- supervisione farmacia centrale e farmacie periferiche</li> <li>- supervisione consumo medicinali</li> <li>- supervisione alla qualità ed alla quantità del materiale medico</li> <li>- acquisto farmaci ed equipaggiamento medico</li> </ul>
Salute riproduttiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- supervisione e supporto al sistema di pre/ post cura natale</li> </ul>
M&E	<ul style="list-style-type: none"> <li>- raccolta ed analisi dati</li> </ul>

Tabella 4

### 3.4 RISORSE UMANE

Dal punto di vista delle risorse umane, l'ospedale di Rumbek non è completamente in linea con gli standard raccomandati dalle linee guida nazionali. Difatti, come possiamo vedere dalla tabella n. 3, rispetto agli standard richiesti dal ministero della salute sud sudanese, alcune figure mancano del tutto; alcuni corpi professionali come quello infermieristico, sono sottodimensionati. Gravi, sono anche le mancanze di figure quali il pediatra e il ginecologo, nonostante i reparti in cui dovrebbero operare siano funzionanti.

In particolare, le figure con background infermieristico dovrebbero essere 68, ma ne risultano esserci solo 50 <sup>98</sup>. Sono inoltre presenti figure che non sono più contemplate nelle linee guida nazionali, poiché, data la loro natura volontaristica e non professionale e la quasi totale mancanza di conoscenza medica, avrebbero dovuto essere già sostituite da figure qualificate. L'esempio più eclatante è quello delle TBA (Traditional Birth Attendants) <sup>99</sup>, la cui funzione in passato era quella di accompagnare le gravide prossime al parto nelle strutture sanitarie con centri di maternità e di supporto alla cura pre/post-natale, ma ad oggi si ritrovano ad assistere le ostetriche in sala parto. L'unica figura professionale il cui numero supera quello raccomandato dalle linee guida nazionali è quella degli addetti alle pulizie.

---

<sup>98</sup> La dimensione numerica dello staff dell'ospedale di Rumbek è stata estrapolata dai libri paga tenuti da tutte le ONG operanti nella struttura

<sup>99</sup> Per approfondire la natura di questa figura: Changing the role of traditional birth attendants in Yirol West County, South Sudan | Wilunda C, Dall'Oglio G, Scanagatta C, Segafredo G, Lukhele BW, Takahashi R, Putoto G, Manenti F | Novembre 2017 | <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5667815/>

Nella tabella di seguito (tabella 5) si propone un raffronto tra i livelli minimi di personale raccomandati dal ministero della salute nazionale e l'effettiva dotazione dell'ospedale nel 2021. Il colore rosso di una cella nella colonna "presenza effettiva" denota una carenza rispetto alle linee guida.

<b>POSIZIONE</b>	<b>LINEE GUIDA NAZIONALI</b>	<b>PRESENZA EFFETTIVA</b>
<b>Management</b>		
Hospital Director and in-charge of Medical	1	1
Nursing director	1	0
Administrator	1	1
<b>Physicians</b>		
Anesthesiologist doctor	1	2
Obstetrician and gynecology	2	0
Pediatrician	2	0
Medical specialists (internal medicine, psychiatry, dermatology, and cardiology)	2	7
General practitioners	8	0
Dentist	1	1
Clinical Officers (Medical assistants)	16	12
<b>Nurse/Midwives</b>		
Operating theater and sterilization	8	1
Midwives	12	12
Ward nurses	32	33
Anesthetic nurses	12	4
ER and OPD nurses	16	0
<b>Technical Staff</b>		
Radiologist	1	0
Physiotherapist	1	0
Pharmacist	2	0
Pharmacist technician	3	4
X-Ray technician	3	0
Laboratory Technician	4	4

Blood-bank technician	3	0
Dental technician	2	0
Vaccinator	3	5
Nutritionist	1	1
Technical assistants (x-ray, lab, pharmacy, physiotherapy)	8	4
<b>Support staff</b>		
Administration (procurement, accounting, human resources, medical records, clerks)	8	9
Storekeeper	2	0
Maintenance	2	3
Cleaners, waste management, and grounds	28	46
Laundry	6	0
Cook	6	2
Drivers	6	5
Guards and porters	10	10
Mortuary attendants	4	0

Tabella 5

In questa seconda tabella (tabella 6) le posizioni che non si trovano nelle linee guida nazionale per gli ospedali di stato, ma che sono presenti effettivamente a Rumbek.

<b>POSIZIONE</b>	<b>LINEE GUIDA</b>	<b>PRESENZA EFFETIVA</b>
Nurse assistant	0	12
TBA (Traditional Birth Attendant)	0	6
Drug dispenser	0	4
CNV (Community Nutrition Volunteer)	0	13
Nutrition Assistant	0	7
HIV counselor	0	7

Tabella 6

Il personale ospedaliero si suddivide in due categorie<sup>100</sup>:

- 1) staff messo a disposizione dell'ospedale dalle ONG presenti, che ne sono le uniche e dirette datrici di lavoro. Fanno parte di questa categoria figure tecniche specifiche che sono difficilmente reperibili nel paese;
- 2) staff c.d. *governativo*: ovvero staff il cui datore di lavoro è il ministero della salute dello stato di riferimento. La particolarità di questa seconda tipologia di staff, è che, le ONG presenti nella struttura, possono avere un ruolo di supporto nella gestione dello staff in questione <sup>101</sup>.

All'ospedale di Rumbek, il CUAMM, è l'unica ONG che possiede questo ruolo che si può suddividere nelle seguenti attività:

- controllo della qualità e l'appropriatezza del lavoro dello staff governativo;
- formazione continua del personale;
- supporto agli organi sanitari locali durante le fasi di selezione e reclutamento;
- predisposizione di una remunerazione addizionale rispetto alle prestazioni economiche elargite dal ministero della salute con il fine di motivare lo staff (questa ultima attività viene illustrata in dettaglio nel riquadro di seguito).

---

<sup>100</sup> Report Annuale 2021 del Rumbek State Hospital | Hospital Management Team RSH | Marzo 2022

<sup>101</sup> HEALTH POOLED FUND: SOUTH SUDAN Mid-Term Review Report: Draft for Submission | Tim Cammack, Mike Esau, Ronald Horstman, Peter Hayombe, Garth Singleton for UKAID | Gennaio 2015

## **IL SISTEMA “PERFORMANCE BASED INCENTIVE”**

Questo sistema di remunerazione addizionale dello staff governativo fu lanciato nell’Aprile 2019 dopo un accordo tra il Ministero della salute nazionale, il governo del Sud Sudan, HPF e gli IP con l’obiettivo di creare un sistema di remunerazione parallelo a quello governativo (caratterizzato da salari modestissimi e corrisposti sistematicamente in ritardo), ma anche un sistema omogeneo al quale tutti gli IP e tutti i ministeri della salute dei diversi stati dovrebbero far riferimento.

Il sistema si basa su una scala salariale che include le professioni presenti negli ospedali, nelle PHCC e nelle PHCU. Ad ogni professione è associato un incentivo che dovrà essere inserito nel budget degli IP e finanziato dai *main donor* come HPF. Il pagamento dovrà essere effettuato dallo staff dell’IP con il supporto degli amministratori dei CHD e degli ospedali. L’incentivo non è collegato al contratto tra personale e governo (è parallelo ad ogni prestazione contrattuale governativa) e, come suggerisce il nome, si basa sulla performance e sull’effettiva presenza dello staff nel luogo di lavoro.

Questo sistema è contemplato come strumento di motivazione dello staff governativo al quale viene richiesta massima presenza ed impegno elevato. Proprio per questo l’ammontare finale mensile è pieno nel caso in cui non c’è assenza del lavoratore. In caso è invece accertata l’assenza, l’incentivo viene decurtato in proporzione al tempo in cui lo staff non ha lavorato (si calcola sulle 160 ore mensili), qualsiasi ne sia la causa.

Il ruolo degli IP è quello di supervisionare la presenza, la qualità e la quantità del lavoro dello staff, oltre a quello più operativo di preparare il libro paga e adoperarsi per l’effettivo pagamento.

## **3.5 LA SITUAZIONE FINANZIARIO-CONTABILE DELL’OSPEDALE DI RUMBEK**

Prima di procedere con l’illustrazione della situazione economico-finanziaria dell’ospedale di Rumbek è essenziale fare alcune precisazioni.

Gli ospedali Sud Sudanesi, a differenza ad esempio di quelli italiani<sup>102</sup>, non sono *aziende* che possiedono personalità giuridica, né allo stesso tempo possiedono autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica ed imprenditoriale: le leggi Sud Sudanesi<sup>103 104</sup> di fatto non prevedono (ancora) che gli ospedali pubblici operino secondo principi di efficienza ed efficacia, che rispettino un vincolo di bilancio, che dispongano di un proprio patrimonio secondo le regole della proprietà privata, che adottino strumenti tipici di un'azienda privata (budget e pianificazione strategica), che rispettino obblighi tipici di un'azienda privata tra cui l'obbligo di tenuta contabile. Gli ospedali pubblici in Sud Sudan sono degli enti pubblici perché governati e controllati dai ministeri della salute statale<sup>105</sup>, e certamente - come si è visto - possiedono requisiti minimi di struttura e di competenza<sup>106</sup>, ma – appunto- non sono gestiti e regolati come invece potrebbe esserlo un'azienda. Per questi motivi sopra elencati, non è facile poter: fotografare la situazione economico-finanziaria; proporre un sistema di contabilità analitica; preparare un budget e architettare una robusta attività pianificatrice e programmatrice.

La gestione economico-finanziaria e la pianificazione sono state quasi completamente delegate alle ONG che operano nell'ospedale, le quali però, come facilmente immaginabile, hanno strumenti propri che si limitano alle proprie aree di intervento e che sono modellati in

---

<sup>102</sup> L'azienda sanitaria locale: struttura e funzioni – rivista Amministrazione in cammino | Vincenzo Antonelli | <https://amministrazioneincammino.luiss.it/wp-content/uploads/2010/04/Aziende.pdf>

<sup>103</sup> THE COMPANIES ACT, 2012 – Ministry Of Justice of South Sudan | Febbraio 2022 |

<sup>104</sup> Dr. Kuotwl Mading Chol, funzionario Ministero della Salute Centrale | intervista

<sup>105</sup> Argomento affrontato in capitolo II durante l'esposizione dei livelli del sistema sanitario sud sudanese

<sup>106</sup> Guidelines for County, State and Teaching Hospitals in South Sudan | Ministry of Health South Sudan | 2015

base alla storia, agli obiettivi e alle strategie delle singole ONG. Presso gli uffici delle diverse ONG dunque: si aprono e si concludono le procedure di acquisto dei beni e dei servizi, si gestiscono i pagamenti del personale, si ricevono e si gestiscono i finanziamenti dei diversi donatori, si gestiscono la liquidità fisica e bancaria. Va da sé che la contabilità dell'intero ospedale è estremamente parcellizzata e fare previsioni economiche, finanziarie e patrimoniali uniche ed univoche risulta difficile.

Grazie al supporto del CUAMM, che comunque in termini di personale, budget, reparti e gestione ha sotto il suo controllo la maggior parte dell'attività ospedaliera (lasciando le altre ONG gestire servizi particolari o periferici), si sono potuti costruire un consuntivo dei costi del 2021 e una proposta di budget per il 2022. La loro rappresentazione schematica è semplice per i motivi sopra elencati, ma sono ormai strumenti diventati per le sfide e il percorso di miglioramento che ci si appresta ad iniziare <sup>107</sup>. Di seguito:

Prospetto costi 2021 (tabella 7):

<b>CATEGORIA DI COSTO</b>	<b>VOCE DI COSTO</b>	<b>COSTO ANNUO (USD)</b>	<b>%</b>
<b>PERSONALE</b>	STAFF NAZIONALE	315,280.00	29.6%
	STAFF INTERNAZIONALE	96,000.00	9.0%
<b>MANUTENZIONE E GESTIONE GENERATORI</b>	CARBURANTE	44,000.00	4.1%
	MANUTENZIONE	17,000.00	1.6%
	MEDICINE + REAGENTI	350,899.00	32.9%

<sup>107</sup> Report Annuale 2021 del Rumbek State Hospital | Hospital Management Team RSH | Marzo 2022

<b>MEDICINALI E DELLE ATTREZZATURE MEDICHE</b>	ATTREZZATURE MEDICHE	14,000.00	1.3%
<b>GESTIONE E MANUTENZIONE AMBULANZA</b>	CARBURANTE	7,900.00	0.7%
	MANUTENZIONE	26,500.00	2.5%
<b>CARTOLERIA, COMUNICAZIONE, INETRNET</b>	CARTOLERIA	4,500.00	0.4%
	SERVIZIO TELEFONICO	1,932.00	0.2%
	INTERNET	6,600.00	0.6%
<b>MATERIALE PER LA PULIZIA</b>	MATERIALE PER LA PULIZIA	8,000.00	0.8%
<b>STAMPA MODULI OSPEDALIERI</b>	STAMPA MODULI OSPEDALIERI	6,500.00	0.6%
<b>GESTIONE E MANUTENZIONE INFRASTRUTTURE</b>	MANUTENZIONI MINORI	16,737.00	1.6%
	COSTRUZIONI E RISTRUTTURAZIONI	149,173.23	14.0%
	<b>TOTAL</b>	<b>1,065,021.23</b>	

Tabella 7

Come si vede dalla colonna delle percentuali (le voci di costo che pesano di più sull'ammontare totale sono quelle del personale e del costo dei medicinali. Anche le costruzioni e le ristrutturazioni di alcuni edifici hanno avuto un certo peso, anche se questa voce di costo ha come caratteristica una certa variabilità tra un anno ed un altro, poiché questo investimento è altamente dipendente dalle donazioni singole di privati principalmente europei.

Per quanto riguarda invece la copertura dei costi, nel 2021 era garantita dai finanziamenti provenienti dai seguenti progetti (tabella 8):

PROGETTO	% DI COSTI COPERTA DA OGNI SINGOLO PROGETTO	% DI COSTI COPERTI DA OGNI PRPGETTO AL NETTO DELLE DONAZIONI DA SOGGETTI PRIVATI
HPF for Rumbek Hospital	37%	58%
HPF for Rumbek Center County	4%	6%
Nutrition (UNICEF + WFP)	13%	20%
Nando and Elsa Peretti Foundation	6%	9%
FAI	4%	7%
Donazioni monetarie da privati/ donazioni <i>in kind</i>	37%	\

Tabella 8

Budget 2022 (tabella 9)

COSTO	UNITA' DI COSTO MENSILE	QUANTITA'	COSTO TOTALE ANNUO
<b>RISORSE UMANE</b>			<b>543.768</b>
Staff governativo	32.687	12	392.244
Staff ONG	12.627	12	151.524
<b>MEDICINALI, MATERIALE DI CONSUMO MEDICO E REAGENTI</b>			<b>350,900</b>
<b>EQUIPAGGIAMENTO MEDICO</b>			<b>14,400</b>

<b>COSTICORRENTI</b>			<b>102,220</b>
Generatore_carburante	2,933	12	35,200
Generatore_manutenzione	1,400	12	16,800
Materiale per pulizia	525	12	6,300
telefonia	160	12	1,920
Manutenzione minore degli edifici	1,500	12	18,000
Cartoleria e stampa	1,000	12	12,000
Internet	1,000	12	12,000
<b>AMBULANZA</b>			<b>34,800</b>
carburante	700	12	8,400
manutenzione	2,200	12	26,400
<b>TOTALE USD</b>	<b>90.744</b>		<b>1.089.288</b>
<b>COSTRUZIONEE RISTRUTTURAZIONE IMMOBILI</b>			<i>120,000</i>
<b>TOTAL USD CON COSTRUZIONE E RISTRUTTURAZIONE IMMOBILI</b>			<b>1.209.288</b>

Tabella 9

### **3.6 I PROBLEMI, LE SFIDE E LE POSSIBILI SOLUZIONI DELL'OSPEDALE DI RUMBEK**

I paragrafi ed i capitoli precedenti hanno aiutato a farsi un'idea delle problematiche e dei limiti dell'ospedale, che derivano oltre che dalle dinamiche interne della struttura, anche

alle contingenze sanitarie, economiche e sociali del paese. Con il presente paragrafo si vogliono elencare i problemi e le sfide più importanti in seno all'ospedale, alcuni dei quali sono stati oggetto dell'interventi progettuale esposto in questa tesi<sup>108</sup>.

### Governance

Alla base della governance debole si trovano: mancanza di alcune figure chiave come il direttore ospedaliero e il direttore infermieristico; la mancanza di una strategia derivata da valori condivisi ed obiettivi chiari e raggiungibili; l'assenza di processi di pianificazione strategica ed operativa; l'assenza della fase di controllo e revisione da parte di organismi terzi (come i revisori). fonte Se inoltre consideriamo le prescrizioni delle linee guida nazionali, si nota anche che i comitati chiamati "*Quality improvement committee*" e "*Hospital Drugs Management Team*" non sono stati ancora formati. Preoccupante è anche la mancanza di coordinazione tra le varie ONG presenti nell'ospedali, ognuna delle quali, con approcci diversi, è concentrata sugli obiettivi propri piuttosto che su quelli ospedalieri e del sistema sanitario del Lakes State.

### Risorse umane

Come si è avuto modo di osservare, la dotazione del personale è insufficiente per le esigenze ospedaliere, ma non è l'unico problema. L'assentissimo dello staff governativo è altissimo, specialmente nei reparti e spesso i pazienti vengono assistiti da personale non qualificato,

---

<sup>108</sup> Report Annuale 2021 del Rumbek State Hospital | Hospital Management Team RSH | Marzo 2022

dagli studenti tirocinanti e dallo staff internazionale. Esiste anche un problema di conoscenza e preparazione clinica del personale che per molti è estremamente precaria visto la limitata qualità dell'educazione nelle università e delle scuole sud sudanesi. Il fenomeno del nepotismo è dilagante.

## Servizi

Sebbene dopo l'arrivo del CUAMM alcuni indicatori di qualità ed efficacia dei servizi siano migliorati, come ad esempio il tasso di mortalità generale, l'aumento dei parti in ospedale e dell'aumento dell'attività dei reparti, alcune improntati lacune rimangono da riempire al fine di migliorare le performance dei servizi, tra cui: come sono state stabilite?

- mettere di nuovo in opera la radiologia;
- ripristinare il pronto soccorso;
- creare un sistema di segnaletica uniforme e comprensibile;
- aprire una clinica per i disturbi psichici;
- migliorare il sistema di distribuzione e prescrizione dei farmaci;
- migliorare la sterilizzazione dei reparti di maternità e della sala operatoria;
- rafforzare la segregazione e la gestione dei rifiuti medici e non medici;
- rafforzare la formazione continua dello staff riguardo.

## Situazione economico-finanziaria

La prospettiva economico-finanziaria dell'ospedale di Rumbek è sicuramente preoccupante.

La quasi totale dipendenza dai donatori internazionali ha portato, nel 2022, un conto salatissimo al quale le autorità locali e nazionali non erano preparate e a cui non sembrano

avere dei rimedi, perlomeno nel breve periodo. In particolare, a seguito di una decisione dei propri *back donors* (in particolar modo del governo del Regno Unito), il top management di HPF, appena iniziato l'anno corrente, ha comunicato la decisione di terminare i finanziamenti destinati a circa 220 delle 797 strutture sanitarie supportate, tra cui 8 ospedali (di stato e universitari) e a partire dal primo giorno di Aprile dello stesso anno e tra questi ospedali rientra appunto il RSH. La ragione ufficiale si trova nella natura stessa del programma HPF che come obiettivo finale ha quello di lasciare un sistema sanitario in grado di poter sopravvivere con le proprie risorse. Ragione per cui, HPF dal 2019 ha iniziato una graduale riduzione degli interventi e dei relativi stanziamenti finanziari. Il brevissimo preavviso viene invece tradotto, in maniera ufficiosa, come un forte e chiaro (seppur improvviso e burrascoso) messaggio al governo del Sud Sudan colpevole, secondo il management di HPF, di non aumentare il proprio impegno finanziario verso il sistema sanitario e di adagiarsi al solo sostegno di HPF stesso.

Finalmente, dopo alcune settimane di negoziazione tra il ministero della salute nazionale, gli IP, HPF e i suoi *backdonor*, si è deciso di rinviare la fine dei finanziamenti degli 8 ospedali al primo Agosto 2022, al fine di dare un'opportunità alle istituzioni pubbliche ed agli IP di prendere le necessarie contromisure. Il lavoro presentato in questa tesi può essere considerato come una di queste contromisure.

Come si è visto nel paragrafo precedente, per l'ospedale di Rumbek la decisione presa dal management di HPF significa perdere il 38% delle entrate finanziarie della struttura (del 58% se non si considerano le donazioni provenienti da soggetti privati). A questa decisione, tra

l'altro, si aggiunge la fine imminente di un altro intervento progettuale, implementato dal CUAMM e finanziato dalla fondazione Peretti (data fine dei lavori: 31 Agosto 2022).

## 4. L'INTERVENTO PROGETTUALE

Il management ospedaliero si è trovato dunque di fronte ad una situazione di estrema urgenza e tendenzialmente drammatica, con la potenzialità però, di aprire la strada ad un nuovo tipo di gestione ospedaliera, più attenta alla durabilità e alla sostenibilità della struttura stessa, punto di riferimento di uno stato molto popoloso e bisognoso di cure.

Il primo passo della strategia promossa da entrambe le parti è stato quello di individuare delle azioni con un orizzonte temporale di breve e brevissimo periodo e lasciare le proposte di miglioramento di lungo periodo ad una fase successiva (da Settembre 2022 in poi)<sup>109</sup>.

Il CUAMM è stato scelto per guidare l'intervento mettendo a disposizione la propria esperienza e il proprio personale e chi scrive questa tesi è stato scelto come facilitatore dell'intervento stesso.

Lo strumento scelto per l'intervento progettuale è il Project Cycle Management <sup>110</sup> e dopo aver costituito un gruppo di lavoro, si sono susseguiti i seguenti passaggi, che verranno descritti nel dettaglio nel corso di questo capitolo: i. analisi dei problemi; ii. costruzione del *quadro logico* progettuale; iii costruzione del piano di lavoro (o workplan); iiii. Implementazione del progetto e monitoraggio del progetto.

---

<sup>109</sup> Il management ospedaliero ed il CUAMM hanno deciso di optare inizialmente per azioni che possano portare a dei risultati tangibili in pochi mesi.

<sup>110</sup> Che cos'è il Project Cycle Management? | ISPI School | Settembre 2015 | <https://www.ispionline.it/it/informarsi-per-il-mondo/che-cose-il-project-cycle-management>

## 4.1 IL PROJECT CYCLE MANAGEMENT E IL QUADRO LOGICO

Il PCM è uno processo di progettazione costituito da in insieme di attività, fasi e procedure utilizzate per gestire il ciclo di vita di un progetto e renderlo rilevante rispetto alle strategie di riferimento, sostenibile, fattibile, efficace e in linea con i bisogni del gruppo beneficiario target <sup>111</sup>. Per avere queste caratteristiche il PCM richiede un coinvolgimento attivo degli stakeholders (individui, gruppi di persone, organizzazioni o istituzioni che possono influenzare il progetto o esserne influenzati e quindi interessati)<sup>112</sup> e il controllo continuo della qualità e dell'appropriatezza del lavoro ad ogni passaggio. Il PCM è solitamente usato per applicare ad un bando con relativo finanziamento che sia in linea con le strategie dell'organizzazione. Le fasi del PCM sono 6 <sup>113</sup>:

- 1) *Programmazione*: in questa fase, che è comunque un lavoro continuativo all'interno di ogni organizzazione, un ente (del terzo settore, pubblico o privato) pianifica e crea programmi in linea con i valori, la visione e la *mission* interne. L'attività di programmazione deve essere anche congrua con le programmazioni del paese, della zona e del settore in cui l'organizzazione opera.

---

<sup>111</sup> Project Cycle Managemet Guidelines | European Commission, EuropeAid Cooperation Office | Marzo 2004 | [https://international-partnerships.ec.europa.eu/system/files/2020-09/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403\\_en.pdf](https://international-partnerships.ec.europa.eu/system/files/2020-09/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403_en.pdf)

<sup>112</sup> Definizione di stakeholder da EuroFound, Unione Europea | Agosto 2019 | <https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/industrial-relations-dictionary/stakeholder>

<sup>113</sup> Project cycle Management (PCM) | Marco Fazio, corso di Laboratorio di sviluppo locale e innovazione sociale | Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università della Calabria | <https://scienzepolitiche.unical.it/bacheca/archivio/materiale/1802/Laboratorio%20Sviluppo%20locale%20e%20innovazione%20sociale/lezione2-PCM.pdf>

- 2) *Identificazione*: in questa fase vengono ideate le azioni da intraprendere per perseguire gli obiettivi contenuti nei programmi di riferimento, elaborati nella fase 1. Le azioni e le idee progettuali in cui sono contenute, vengono analizzate a seconda della loro pertinenza rispetto ai bisogni dei gruppi beneficiari, al quadro di programmazione stabilito ed eventualmente al bando a cui si vuole applicare. Le idee prescelte passeranno alla fase 3.
- 3) *Formulazione*: le idee selezionate vengono tramutate in progetti operativi i quali vengono valutati in base alla loro fattibilità e sostenibilità.
- 4) *Finanziamento*: esame delle proposte progettuali da parte degli enti finanziatori ed eventuale concessione del finanziamento.
- 5) *Realizzazione*: messa in opera dell'intervento progettuale.
- 6) *Valutazione*: questa è sia parallela che postuma alla fase 5. Il finanziatore, i partner istituzionali ed il partner principale valutano il progetto per stabilire quali obiettivi siano stati raggiunti e per identificare le lezioni tratte dall'esperienza.

Uno degli strumenti cruciali per la conduzione di un'attività PCM ed in particolare per l'espletamento della fase di *formulazione* è il *quadro logico (Logical Framework)*<sup>114</sup> che viene utilizzato per strutturare e presentare in maniera chiara e quantificabile le attività di progetto e permettere una valutazione efficace del raggiungimento degli obiettivi e dei

---

<sup>114</sup> Project Cycle Management Guidelines | European Commission, EuropeAid Cooperation Office | Marzo 2004 | [https://international-partnerships.ec.europa.eu/system/files/2020-09/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403\\_en.pdf](https://international-partnerships.ec.europa.eu/system/files/2020-09/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403_en.pdf)

risultati, e dell'efficienza durante la fase di implementazione. Alla formulazione del quadro logico definitivo ci si arriva con le seguenti fasi:

- 1) Identificazione degli stakeholders e analisi degli stessi basandosi su quello che possono portare al progetto e quello che potrebbero ricevere dal progetto;
- 2) identificazione dei problemi/disagi dei beneficiari del progetto; rappresentazione dei problemi in ordine gerarchico attraverso un'analisi causa/effetto: costruzione dell'albero dei problemi in modo tale da avere uno schema contenente uno o più problemi principali ai quali sono collegati i problemi che lo causano e i problemi che ne conseguono;
- 3) analisi degli obiettivi: trasformazione dei problemi in obiettivi/risultati e creazione di un albero degli obiettivi. Il problema principale sarà l'obiettivo specifico, i problemi a monte (conseguenze) saranno gli obiettivi generale, mentre a valle le cause diventeranno risultati ed attività.
- 4) formulazione delle strategie: decisione riguardo quali risultati/attività saranno inclusi nel progetto e quali lasciati fuori. La decisione si baserà su diversi criteri di fattibilità, come ad esempio; la fattibilità economica, tecnica, temporale, ecc....
- 5) Formulazione della logica d'intervento ovvero la formulazione degli obiettivi generali (obiettivo di lungo termine), dell'obiettivo specifico (risoluzione del problema principale e benefici diretti per il gruppo target), dei risultati attesi (servizi che verranno resi al gruppo target) e delle attività (come verranno resi disponibili i beni ed i servizi del progetto).

- 6) creazione della matrice del quadro logico, formata da quattro colonne (Logica d'intervento, indicatori, fonti di verifica degli indicatori e condizioni) e quattro righe (Obiettivi generali, obiettivi specifici, risultati ed attività).

Una volta ultimato il quadro logico e il digramma del progetto (figura 1), verificato ulteriormente la fattibilità di tutte le strategie scelte e decifrato le risorse umane, finanziarie e materiali, si può procedere alla

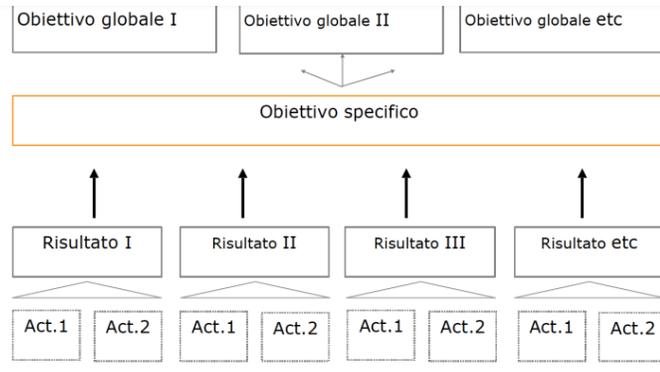


Figura 1

formulazione di un piano di lavoro (*work plan*). Tra i formati di piani di lavoro più utilizzati si trova il diagramma di GANTT con il quale si garantisce una rappresentazione grafica del calendario delle attività e delle scadenze progettuali e assegniamo ogni attività ad uno o più responsabili. Di seguito verrà mostrato come le tecniche appena descritte sono state utilizzate nello svolgimento dell'intervento di miglioramento della sostenibilità economica nell'ospedale di Rumbek.

## 4.2 FORMULAZIONE DELLA PROPOSTA PROGETTUALE E DEL PIANO DI LAVORO

Come si è già detto precedentemente, l'urgenza del momento e il poco tempo a disposizione hanno richiesto una risposta rapida che potrebbe portare a dei risultati tangibili in pochissimi mesi. Di seguito verranno esposte le fasi dell'intervento progettuale.

### Formazione del gruppo di lavoro.

L'idea che ha permeato la costruzione del gruppo di lavoro era quella di coinvolgere esperti di più materie, ma anche i dirigenti ed i capireparto dell'ospedale con l'obiettivo di ottenere più punti di vista possibili sui problemi e sulle azioni da porre in essere. Il team è stato dunque composto con i seguenti membri: il sottoscritto come facilitatore (in quota CUAMM), il direttore medico (RSH), l'amministratore ospedaliero (RSH), il responsabile ospedaliero (CUAMM), il responsabile farmacia e attrezzatura medica (CUAMM), i due responsabili infermieristici (CUAMM) e l'ostetrica senior (CUAMM). Il direttore CUAMM in Sud Sudane il programme manager per il Sud Sudan localizzato nel quartier generale di Padova hanno avuto un ruolo di supervisione e supporto tecnico.

### L'idea progettuale e l'analisi di fattibilità

L'idea progettuale è nata prendendo in considerazione quei fattori che influenzano maggiormente la sostenibilità economica dell'ospedale<sup>115</sup>, e sui cui risulta possibile lavorarci

---

<sup>115</sup> Nel caso dell'ospedale di Rumbek, il costo dei medicinali pesa per il 32,9% sui costo totali, quello del personale per il 29%, mentre per le manutenzioni delle infrastrutture il 15,6%.

in un lasso di tempo limitato. E dunque il gruppo ha deciso che, per avere un impatto forte sul breve periodo, sarebbe stato necessario concentrarsi sulla diminuzione dei costi dei medicinali, della manutenzione delle infrastrutture e del personale da una parte, mentre dall'altra (quella dei ricavi), visto l'improbabile aumento dell'impegno finanziario governativo (almeno sul breve periodo), sarebbe stato più opportuno concentrarsi sulla creazione di un sistema di compartecipazione alla spesa (*cost sharing*)<sup>116</sup> da parte dei pazienti e sulla ricerca di altri fonti di finanziamento internazionali.

Prima di passare alla vera e propria stesura della proposta, il gruppo ha condotto un'analisi di fattibilità<sup>117</sup> tramite le seguenti due iniziative:

- 1) *Visita all'ospedale di Mapuordit*: una delegazione del gruppo di lavoro all'inizio di Aprile 2022 si è recata presso l'ospedale di Mapuordit, nella contea di Rumbek East con lo scopo di osservare il funzionamento del sistema di compartecipazione alla spesa che la struttura mise in piedi alcuni anni fa. L'ospedale in questione è un ospedale privato, ma gestito dalla chiesa cattolica e quindi senza scopo di lucro (un *charity hospital*). Gli introiti ospedalieri provengono principalmente dalle donazioni, ma il management ospedaliero si è comunque dotato di un sistema di cost sharing che nel 2021 è arrivato a garantire la copertura del 6% dei costi totali della struttura

---

<sup>116</sup> Per approfondire il tema dell'analisi del cost sharing: La questione dei ticket sanitari. Teoria e pratica della partecipazione alla spesa sanitaria in Italia | Filippo Palumbo su Quotidiano Sanità | Febbraio 2019 | [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=70710](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=70710)

<sup>117</sup> Per approfondire il tema dell'analisi di fattibilità: Studio di fattibilità di un progetto | TWproject blog | <https://twproject.com/blog/it/studio-di-fattibilita-di-un-progetto/>

ospedaliera. Interessante la modalità di formulazione del tariffario, processo che coinvolge anche gli anziani (i leader) della comunità servita dall'ospedale. Il tariffario prevede il pagamento per i servizi ambulatoriali (tariffa fissa), di ricovero (tariffa fissa a prescindere dalla diagnosi e dalla durata) e per il dipartimento di radiologia. Esenzioni ed altre regole di funzionamento sono specificate nel tariffario stesso. Il cost sharing dell'ospedale di Mapuordit è un sistema funzionante che ha inoltre il pregio di aver ottenuto un *endorsement* dalla comunità e dai pazienti stessi.

- 2) *Meeting ufficiale con un funzionario del ministero della salute nazionale riguarda la legalità e i limiti giuridici dell'introduzione di schemi di cost sharing*<sup>118</sup>: con il fine di comprendere le posizioni, le politiche e le eventuali linee guida del governo sulla compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti, il CUAMM ha organizzato durante la prima settimana del mese di Aprile 2022 un incontro con un funzionario del ministero della salute nazionale a cui hanno partecipato il sottoscritto, il direttore paese CUAMM e il programme manager del CUAMM. Il funzionario, Dr. Kuotwel Mading Kacuol, ha fatto presente che il governo sud sudanese non ha al momento né una politica né delle linee guida chiare che affrontino questo argomento e l'unico limite esistente è la costituzione che prescrive accesso libero e gratuito alla sanità pubblica primaria e ai servizi emergenziali per tutti i cittadini. Il governo concede però la possibilità alle singole strutture ospedaliere di creare un proprio tariffario ed una propria policy al riguardo, la quale però deve essere condivisa ed approvata ad un primo livello dal ministero della salute statale e poi da quello nazionale. Al fine di

---

<sup>118</sup> Dr, Kuotwl Mading Chol, funzionario Ministero della Salute Centrale | riunione condotta ad Aprile 2022

ottenere l'approvazione la proposta di cost sharing deve contenere una forte giustificazione (l'esempio forte è proprio quello della conclusione di un finanziamento internazionale) e la lista dei servizi sottoposti a pagamento.

### Analisi dei problemi

Lo scopo di questa fase era di costruire un albero dei problemi chiaro e facilmente trasformabile in un set di obiettivi/risultati raggiungibili. Il gruppo di lavoro si è riunito due volte. Al primo incontro, in una sessione in plenaria e di brain storming<sup>119</sup>, il gruppo ha condiviso un certo numero di problematiche e disagi che potessero collegati al problema della sostenibilità economica ospedaliera. In un secondo incontro, i problemi trovati precedentemente sono stati collegati seguendo una logica causa/effetto. Alla fine dei due incontri, il gruppo di lavoro ha costruito il seguente albero dei problemi (figura 2):

---

<sup>119</sup> Per approfondire le modalità di svolgimento di un brain storming nella progettazione: <https://www.pmi.it/impresa/business-e-project-management/articolo/8820/progetto-e-idea-azione-mappe-mentali-e-brainstorming.html>

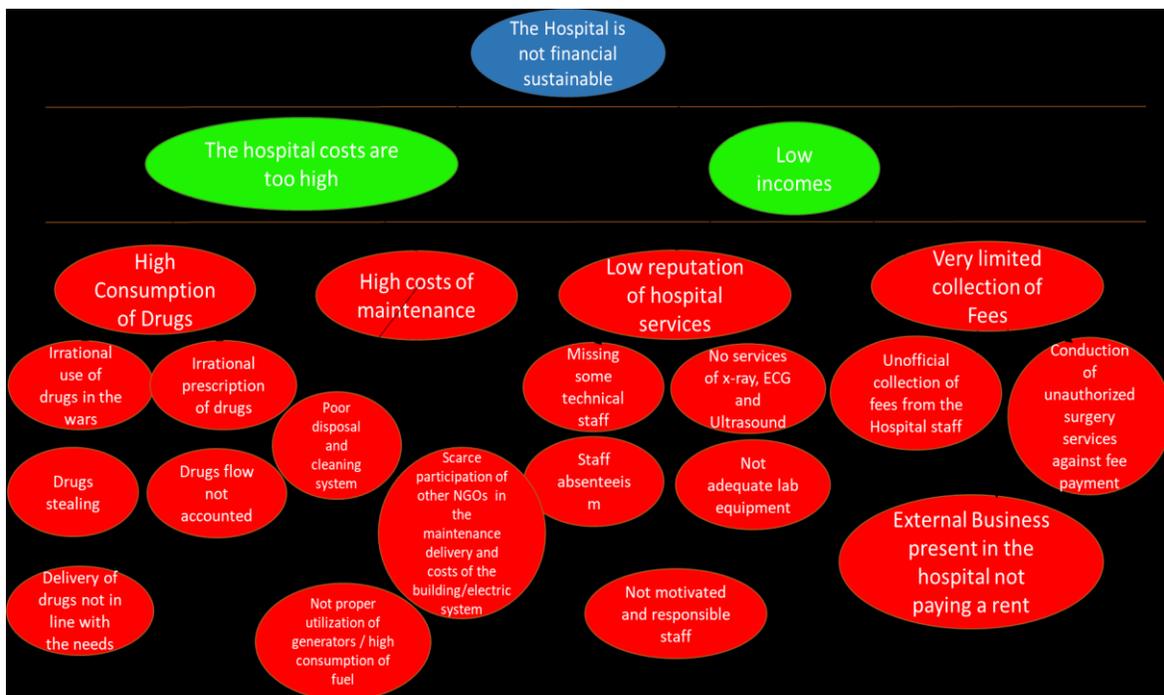


Figura 2

Come si può notare dalla figura di cui sopra, sono stati individuati, due problemi principali: “costi dell’ospedale troppo elevati” e “limitati ricavi (non considerando le donazioni e i finanziamenti internazionali). Per il primo problema sono stati individuati le seguenti cause: “consumo eccessivo di medicinali” e “costi elevati di manutenzione”, mentre per il secondo la “bassa reputazione dei servizi ospedalieri”, il “non sviluppato sistema di compartecipazione alla spesa” e “la scarsa partecipazione delle altre ONG presenti nell’ospedale alle spese per la manutenzione”.

### Formulazione del diagramma del progetto

Grazie alla formulazione dell’albero dei problemi, il team di lavoro è riuscito a dotarsi di una mappa precisa delle problematiche su cui poter costruire la struttura dell’intervento progettuale. Questa fase è avvenuta durante una seduta plenaria del gruppo di lavoro. Di

seguito (tabella 1) la rappresentazione grafica dell'intervento progettuale in una tabella contenente obiettivi, risultati ed attività.

OBJECTIVE	RESULT/STARTEGY	PROPOSED ACTIVITY
<b>O.1 - the costs of the hospital reduced</b>	R1.1 – Drugs management	A1.1.1 - To produce an internal policy which indicates the rules for the administration of drugs (i.e. who is entitled to receive for free and who has to pay; who is in charge to give drugs and to whom...)
		A1.1.2 - To create a stocking system for the drugs kept in the cabinets of the wards (counter book + shift handover)
		A1.1.3 - to create flow charts and standard prescriptions for the most given therapies
	R1.2 improved the maintenance system	A1.2.1 - to create an MoU with all the other NGOs to agree on how they contribute to the maintenance the hospital for the offices/department/ward they run
		A1.3.1 - to hire a new public health officer with the background and the capacities to set up a new cleaning and disposal system
		A1.3.2 - to raise the performance of the electric system (improve solar system + reduction of fuel consumption of the generators)
		A2.1.1 - to set up a new attendance sheet system in all the wards and to implement the “performance based incentives” system more strictly to fight the absenteeism

<b>O.2 - the hospital revenues raised</b>	R2.1 - increased the number of patients / volumes in the hospital and the reputation of the hospital	A2.1.2 - to calculate the financial feasibility (break-even point + cost/benefits analysis) of a radiology ward with a dedicated staff
		A2.1.3 (if activity A2.1.2 a has a positive response) - restoration of the x-ray department
		A2.1.4 - Introduction of new technical and qualified staff such as gynecologist, pediatrician and matron assistant
	R2.2 - improved and standardized the fees / cost sharing system	A2.2.1 - to calculate the average costs of the most given diagnosis in the main department, which are laboratory, OPD, Surgical + Operation theatre and the other main wards
		A2.2.2 - to create a policy and a price list for the cost sharing system
		A2.2.3 – to set an accounting system which can catch all the revenues and the expenses of the hospital
	R2.3 - raised the financial and in kind contributions from the other NGOs present in the hospital	A2.3.1 - to create an MoU with all the other NGOs present in RSH which states their commitment in covering the costs of the hospital
	R2.4 - increased the revenues from external business-related activities	A2.4.1 - introduction of rent/fees for those who are conducting business within the hospital premises

Tabella 1

Come possiamo vedere dalla tabella, l'intervento progettuale ha due obiettivi specifici (O1 – ridurre i costi e O2 – aumentare le entrate dell'ospedale). Le strategie/risultati per centrare l'obiettivo 1 (O1) sono “migliorare la gestione/distribuzione dei medicinali” (R1.1) e

“migliorare il sistema di manutenzione” (R1.2). Le strategie/risultati per centrare l’obiettivo 2 (O2) sono invece “aumentare la reputazione dell’ospedale e il numero dei pazienti” (R2.1) (si suppone che se raggiunto questo risultato, l’ospedale potrebbe attrarre più donazioni, ma anche finanziamenti governativi, oltre al fatto che un eventuale sistema di cost sharing potrebbe far aumentare gli introiti), “Migliorare, standardizzare ed ufficializzare il sistema di cost sharing” (R2.2), “aumentare i contributi *in kind* e finanziari delle altre ONG presenti nell’ospedale e in fine” (R2.3) e “aumentare gli introiti provenienti da chi gestisce un’attività all’interno dell’ospedale” (R2.4).

Per raggiungere il risultato R1.1 si vogliono creare protocolli di distribuzione e prescrizione dei medicinali mentre per il risultato R1.2, le attività proposte sono: nuovi protocolli di pulizia e smaltimento rifiuti, il miglioramento delle performance del sistema solare e dei generatori di elettricità. Per raggiungere il risultato R2.1 si prevede un più ferreo controllo sull’assenteismo dello staff, assunzione di staff qualificato a capo dei reparti e la riapertura del dipartimento di radiologia. Per raggiungere il risultato R2.2 si prevede la creazione di una *policy* e di un tariffario per il sistema di cost sharing dopo aver calcolato i costi medi delle diagnosi nei reparti più importanti. Per raggiungere R2.3 si prevede la formulazione di un protocollo d’intesa tra il ministero della salute del Lakes State e le altre ONG (oltre al CUAMM) presenti nell’ospedale contenente un chiaro impegno finanziario e materiale per le spese correnti e la manutenzione dei reparti e delle divisioni da esse gestite. Per raggiungere il risultato R2.4 si prevede l’introduzione di un canone mensile per le attività extra-ospedaliere (i.e. le piccole attività semi-informali che preparano colazioni o pasti) operanti all’interno del perimetro del RSH.

## Scelta delle strategie e delle attività da condurre

Delineata la proposta progettuale, il team di lavoro sotto la supervisione del top management del CUAMM, si è cimentato nella selezione delle strategie perseguibili nel poco tempo a disposizione. Prima di procedere con la descrizione di questa fase, è fondamentale rimarcare due premesse:

1) la proposta progettuale deve tendere ad essere a “costo zero” dal punto di vista finanziario; poiché per l’implementazione delle attività non erano previsti specifici finanziamenti e dunque ogni investimento deve essere coperto da un’entrata futura generata dall’implementazione dell’attività stessa (i.e la remunerazione di un nuovo contabile per il sistema di compartecipazione alla spesa deve essere coperta dal sistema stesso) o garantito da una donazione, preferibilmente *in kind*<sup>120</sup>(nuovi pannelli solari).

2) a questo punto il lettore si sarà già domandato perché tra le strategie non vi rientra quella della ricerca di nuovi donatori o di un processo di *advocacy* rivolta ai governi statale e nazionale per ottenere più fondi dalle casse pubbliche. Nei fatti queste strategie sono state avviate immediatamente, ma non sono state inserite in questa proposta poiché sono seguite direttamente dal top management del CUAMM per quanto riguarda la ricerca di altri donatori e dal ministero della salute del Lakes State per quanto riguarda la richiesta di fondi governativi.

---

<sup>120</sup> Per approfondire il tema delle donazioni in kind : Your Complete Guide to In-Kind Donations | Sonia Urlando | Ottobre 2022 | <https://www.wildapricot.com/blog/in-kind-donations>

Il team ha dunque scelto di perseguire tutte le strategie formulate, ma non tutte le attività. Di seguito l'unica attività scartata e le ragioni della scelta:

- *A2.1.3 - Introduction of new technical and qualified staff such as gynecologist, pediatrician and matron assistant: né il CUAMM né il Ministero della salute del Lakes State, visto i costi elevate dell'operazione, possono, in questo momento, trovare fondi disponibili per trovare figure così qualificate.*

### Il quadro logico del progetto

Con la proposta di intervento progettuale ultimata, il team ha dunque ottenuto la base per edificare il quadro logico che è mostrato di seguito (tabella 2).

	<i>DESCRIPTION</i>	<i>INDICATOR</i>	<i>SOURCE</i>	<i>ASSUMPTIONS</i>
<b>GOAL</b>	<i>To improve the financial sustainability of Rumbek Hospital</i>	<i>1) reduction of hospital monthly costs by December 2022 2) The hospital administration will be independent in handling the expenses for ordinary maintenance, cleaning material, stationery.</i>	<i>Hospital Administration</i>	/
<b>SPECIFIC OBJECTIVE</b>	<i>OSI - the costs of the hospital reduced</i>	<i>1) reduction of hospital monthly costs by December 2022</i>	<i>CUAMM admin/finance dept.</i>	<i>1) all the new rules, standard, procedures are well understood by the staff and the staff members themselves are committed to pursue the goals 2) participation of the other NGOs presents in the hospital into the path of improvement of the hospital</i>

	<i>OS2 - the hospital revenues raised</i>	<i>1) first collection of revenues on August 1st 2022 2) cost sharing system can cover at least 6% of the hospital costs</i>	<i>Hospital Accounting system</i>	<i>1) the cost sharing system has a important impact on the hospital revenues 2) the hospital staff members will collaborate in the implementation of the cost sharing system</i>
<b>RESULTS</b>	<i>R1.1 -Drugs management improved</i>	<i>1) reduction of drugs consumption by 10% before December 2022</i>	<i>Hospital statistics</i>	<i>1) the new rules are followed by the staff involved in the drugs distribution and management</i>
	<i>R1.2 -improved the maintenance system</i>	<i>1) The other NGOs present in RH to start contributing to the payment f current/maintenance costs before July 2022 2) fuel consumption reduced by 10% by August 31st 3) the costs related to a wrong cleaning and disposal system reduced by 10% before Dec 2022</i>	<i>Hospital administration + CUAMM admin/finance dept.</i>	<i>1) the other NGOs are interested in being involved in this new path of the hospital 2) willing and commitment of the staff to follow new rules, job descriptions and work plans</i>
	<i>R 2.1 Increased the number of patients/volumes in the hospital and the reputation of the hospital</i>	<i>1) By December 2022 the number of admission increased by 5%</i>	<i>Hospital statistics</i>	<i>1) the staff and the management of the hospital is ready to attend a greater number of patients</i>
	<i>R 2.2 - Increased and standardize the fees/cost sharing system</i>	<i>1) introduction of the cost sharing system on September 1st 2) introduction of a new accounting system on 1 September 1st 2022</i>	<i>CUAMM admin/finance dept.</i>	<i>1) the staff of the hospital accept this new system and give up to ask for money to patients unofficially 2) the local community accepts this new system 3) national MoH accepts the new fees policy</i>

	<i>R2.3 - raised the financial and in kind contributions from the other NGOs present in the hospital</i>	<i>1) every NGOs must sign a new MoU with the SMOH by the end of September 1st</i>	<i>Hospital administration</i>	<i>the top management of the NGOs agree to raise their financial commitment into the hospital</i>
	<i>R2.4- To increase revenues from external business-related activities</i>	<i>1) first collection of revenues from external business from August 1st 2022</i>	<i>Hospital Accounting system</i>	<i>1) the owner of the business accepts the new rules</i>
<b>ACTIVITIES</b>	<i>A1.1.1 - To produce an internal policy which indicates the rules for the administration of the drugs (i.e. who entitled to receive for free is and who has to pay; who is in charge to give drugs and to whom...)</i>	<i>1) one official communication made by Hospital Director to all the staff 2) one internal policy produced by the HMT and endorsed by SMOH</i>	<i>Hospital files</i>	<i>1) staff follow the instructions and the procedures given</i>
	<i>A1.1.2 - To create a stocking system for the drugs kept in the cabinets of the wards (counter book + shift handover)</i>	<i>1) one stocking system created 2) 100% of the involved staff trained on the new system</i>	<i>Hospital files and statistic</i>	
	<i>A1.1.3 - to create flow charts and standard prescriptions for the most given therapies</i>	<i>1) one guide line manual created for the subscription of the drugs 2) 100% of the bounded staff trained on the new system</i>	<i>Hospital files and statistic</i>	

	<i>A1.2.1 - to create an MoU with all the other NGOs to agree on how the contribute to the maintenance of the hospital for the offices/ department/ward they run</i>	<i>2) one MoU with each NGO created before July 2022</i>	<i>Hospital files</i>	<i>1) availability of the other NGOs to collaborate e being involved in a shared management of the hospital</i>
	<i>A1.3.1 - to hire a new public health officer with the background and the capacities to set up a new cleaning and disposal system</i>	<i>1) one PHO recruited 2) job description created for 100% of the staff involved in the maintenance/cleaning of the hospital 3) work plan for cleaning created 4)work plan for maintenance created</i>	<i>Hospital administration</i>	<i>1) candidates having a background suitable for the role 2)willing and commitment of the staff to follow his Job Description</i>
	<i>A1.3.2 - to raise the performance of the electric system (improve solar system + reduction of fuel consumption of the generators)</i>	<i>1) substitute the old generator with a new one 2) to set a new fuel utilization monitoring system</i>	<i>CUAMM Logistics</i>	<i>1) the logistics staff of the hospital follows the given instructions</i>
	<i>A2.1.1 - to set up a new attendance sheet system in all the wards and to implement the performance based incentives system more strictly to fight the absenteeism</i>	<i>1) new attendance sheets system created 2) all the staff instructed on how to use the new attendance system 3) By December 2022 the number of admissions increased by 5%</i>	<i>Hospital administration</i>	<i>1) the Hospital administration accepts to supervise the staff attendance with constancy and without compromises</i>

<p><i>A2.1.3a - to calculate the financial feasibility (break even point + cost/benefits analysis) of a radiology ward with a dedicated staff</i></p>	<p><i>1) one break even point analysis done 2) one X-ray room renovated 3) UPS fixed 4) printer fixed</i></p>	<p><i>CUAMM admin/finance dept.</i></p>	
<p><i>A2.1.3 (if activity A2.1.2 a has a positive response) - restoration of the x-ray department</i></p>	<p><i>1) one renovated radiology ward set up in RH</i></p>	<p><i>Hospital administration</i></p>	<p><i>1) a sufficient number of x-ray request in order to make the x-ray department sustainable 2) availability of a radiologist to join the team</i></p>
<p><i>A2.2.1 -to calculate the average costs of the most given diagnosis in the main department, which are laboratory, OPD, Surgical + Operation theatre and the other main wards</i></p>	<p><i>1) one files with the average costs of the wards created</i></p>	<p><i>CUAMM admin/finance dept.</i></p>	
<p><i>A2.2.2 - to create a Policy and a price list for the cost sharing system</i></p>	<p><i>1) one policy created 2) policy shared with the national MOH</i></p>	<p><i>Hospital administration</i></p>	<p><i>1) the financial feasibility of recruiting an accounting team 2) participation and commitment of the medical staff in developing the system 3) the national MoH approves the policy</i></p>
<p><i>A2.2.3 – to set an accounting system which can catch all the revenues and the expenses of the hospital</i></p>	<p><i>1) one accounting system created 2) one accounting team in RH formed and trained</i></p>	<p><i>Hospital administration</i></p>	<p><i>1) the hospital administration management shows transparency in managing the cash flow</i></p>
<p><i>A2.3.1 - to create an MoU with all the other NGOs present in RSH</i></p>	<p><i>2) one MoU with each NGO created before July 2022</i></p>	<p><i>Hospital administration</i></p>	<p><i>1) availability of the other NGOs to collaborate e being involved in a shared management of the hospital</i></p>

	<i>which states their commitment in covering the costs of the hospital</i>			
	<i>A2.4.1 - introduction of rent/fees for those who are conducting business within the hospital premises</i>	<i>1) one MOU with the owner of external created</i>	<i>Hospital administration</i>	<i>1) the owner of the business accepts the new rules</i>
				<i>The Commitment of the State Ministry of Health to start the project</i>
				<i>The commitment of the hospital management team in this new project</i>
				<i>The commitment of the hospital management team in this new project</i>
				<i>The commitment of the hospital staff members in this new project</i>

Table 2

## Il piano di lavoro

La fase successiva è stata quella della formulazione del piano del lavoro delle attività proposte e contenute nel quadro logico. Si è scelto di utilizzare il diagramma di GANTT<sup>121</sup> come modello di piano di lavoro.

Il diagramma di GANTT è uno strumento che prende la forma di un grafico a barre che permette ad un team di lavoro impegnato nell'implementazione di un progetto multiattività

<sup>121</sup> What is a Gantt chart? | Association for Project Management | <https://www.apm.org.uk/resources/find-a-resource/gantt-chart/>

di avere una chiara ed immediata panoramica dei compiti programmati, delle loro durate, delle loro scadenze, e dei loro responsabili. Lo strumento è stato utilizzato lungo tutto la durata del progetto per verificare lo stato di avanzamento delle attività e ogni possibile ritardo rispetto alla tabella di marcia. Dunque per la compilazione di questo grafico il team ha scomposto le attività individuate nelle fasi precedenti in sotto-attività (ove necessario). Successivamente ad ogni attività è stata assegnato una *timeline* da rispettare e uno o più soggetti responsabili. A titolo di esempio, di seguito, viene illustrato la scomposizione dell'attività *A2.2.2 - to create a Policy and a price list for the cost sharing system* (figura 3):

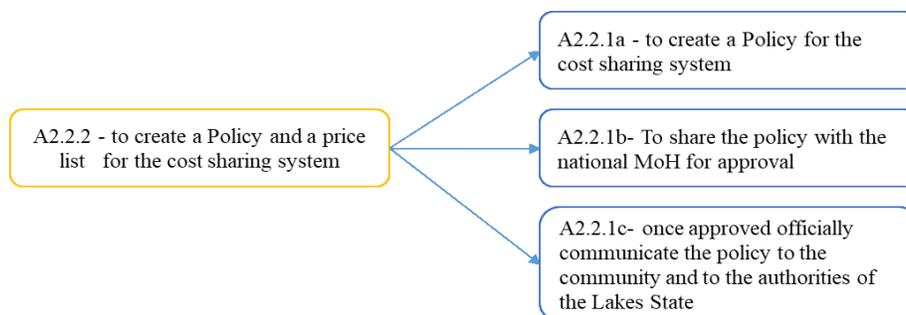


Figura 3

Di seguito (tabelle 3 e 4) invece il diagramma GANTT pronto per l'inizio dei lavori (9 Maggio 2022):

ACTIVITY	May				June					July					August					September		In charge
	09-15	16-22	23-29	30-31	01-05	06-12	13-19	20-26	27-30	01-03	04-10	11-17	18-24	25-31	1-7	8-14	15-21	22-28	29-31	1-4	5-11	
A1.1.1a - To instruct the staff of the wards not to distribute the drugs to unauthorized people (official communication)																						Dr. Teran
A1.1.1b - To produce an internal policy/internal regulation which indicates the rules for the administration of the drugs (who is in charge to give drugs and to whom, which are the procedures...)																						Mawet Bol (team leader) - Benjamin+Paul Laat, Magdalene, Tereda
A1.1.2a - To create a draft for the stocking system for the drugs kept in the cabinets of the wards (counter book + shift handover)																						Paul laat (team leader) - Benjamin, Tereda, James Bol
A1.1.2b - To train all the staff dealing with the new system																						Paul laat (team leader) - Benjamin, Tereda, James Bol
A1.1.3a- to create flow charts , guidelines and standard for the drugs prescriptions/therapies																						Dr. Vincenzo Riboni (team leader) - Tereda, Magdalene
A1.1.3b- to train the staff on the new procedures for drugs prescription/therapie																						Dr. Vincenzo Riboni (team leader) - Dr. Teran
A1.2.1a - meetings between the NGOs present in RSH, the HMT and the SMOH for drafting a MoU stating the contribution of every NGOs to the ordinary maintenance of the hospital																						Dr. Teran, Mawet Bol
A1.2.1b - submission of the finalized MoUs to the SMOH for the implementation																						Mawet Bol
A1.3.1a - to hire a new public health officer																						Mawet Bol
A1.3.1b - to create detailed job descriptions for the staff involved in the maintenance/cleaning of the hospital																						Mawet Bol (team leader) - Yitbarek for maintenance officers , Benjamin, Paul laat, Magdalene
A1.3.1c - to create a daily/weekly/monthly work plan for the cleaning and the maintenance																						Paul laat (team leader) - Benjamin, Magadalen
A2.1.1a - to set up a new attendance sheet system in all the wards																						Mawet Bol (team leader) - Dr. Teran, Benjamin, Pual Laat

Tabella 3

ACTIVITY	May				June					July					August					September		In charge	
	09-15	16-22	23-29	30-31	01-05	06-12	13-19	20-26	27-30	01-03	04-10	11-17	18-24	25-31	1-7	8-14	15-21	22-28	29-31	1-4	5-11		
A2.1.2a - together with a technician assess the costs of the works and the maintenance to be done to the x-ray system to make it work																							Yitbarek Tesfaye (team leader) - Mawet Bol, Benjamin, Lorenzo
A2.1.2b - to calculate the financial feasibility (break even point + cost/benefits analysis) of a radiology ward with a dedicated staff																							Lorenzo Persiani (team leader) - Mawet Bol, Dr. Teran
A2.1.3a - to restore the UPS, the printer of the x-ray system and to renovate the x-ray room																							Yitbarek Tesfaye (team leader) - Mawet Bol, Benjamin, Lorenzo
A2.1.3b - to set up the radiology ward with a new radiologist																							Mawet Bol (team leader) + Dr. Vincenzo, Dr. Teran, Benjamin
A2.2.1a- to calculate the average costs of the most given diagnosis in the main department (laboratory, OPD, Surgical + Operation theatre and the other main wards)																							Lorenzo Persiani (team leader) - Dr. Vincenzo, Tereda
A2.2.1a - to create a Policy for the cost sharing system																							Dr. Teran, Mawet Bol, Dr. Vincenzo
A2.2.1b- To share the policy with the national MoH for approval																							Dr. Teran, Mawet Bol
A2.2.1c- once approved officially communicate the policy to the community and to the authorities of the Lakes State																							Dr. Teran + Mawet Bol
A2.2.2a - to explore a new software for the accounting system or alternatively to produce specific excel files for the accounting system																							Lorenzo Persiani
A2.2.2d - to design the accounting system for the costs sharing																							Lorenzo Persiani (team leader), - Mawet Bol, Dr. Teran
A2.2.2e - to train the hospital staff involved in the new accounting system																							Lorenzo Persiani (team leader) + Mawet Bol
A2.2.2f - to officially introduce the system in the hospital																							Lorenzo Persiani (team leader) - Mawet Bol, Dr. Teran
A2.3.1 - to create an MoU with all the other NGOs present in RSH which states their commitment in covering the costs of the hospital (3 meetings)																							Mawet Bol, Dr. Teran
A2.4.1 - introduction of rent/fees for those who are conducting business within the hospital premises																							Mawet Bol

Tabella 4

## Implementazione e valutazione del progetto

Durante la fase di implementazione il gruppo si è riunito costantemente ogni due settimane con il fine di monitorare l'avanzamento delle attività, condividere le problematiche e i ritardi riscontrati e le possibili soluzioni, ma anche casi di buone pratiche inizialmente non individuate. Le riunioni si sono svolte grazie al supporto pratico del diagramma di GANTT le cui rappresentazioni grafiche delle tempistiche sono state modificate in caso, di attività concluse in anticipo o in ritardo sulla tabella di marcia.

Ad oggi, 25 Agosto 2022, le attività concluse sono le seguenti: i: *A1.1.1 - To produce an internal policy which indicates the rules for the administration of the drugs* e le sue sotto-attività; ii: *A1.1.2 - To create a stocking system for the drugs kept in the cabinets of the wards* e le sue sotto-attività; iii: *A1.3.1 - to hire a new public health officer with the background and the capacities to set up a new cleaning and disposal system* e le sue sotto-attività; iv: *A2.1.1 - to set up a new attendance sheet system in all the wards and to implement the performance based incentives system more strictly to fight the absenteeism* e le sue sotto-attività; v: *A2.1.3a - to calculate the financial feasibility (break even point + cost/benefits analysis); A2.4.1 - introduction of rent/fees for those who are conducting business within the hospital premises.*

Non sono state ancora portate a termine o comunque sono in ritardo sul rullino di marcia le seguenti attività: i: *A1.1.3 - to create flow charts and standard prescriptions for the most given therapies*: le linee guida e gli standard di prescrizione non sono stati ancora ultimati; ii: *A1.2.1 e A2.3.1* - entrambe queste attività che corrono parallelamente non hanno ancora ottenuto l'output finale, ovvero la sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra lo SMOH e le ONG presenti nell'ospedale che quantifichi l'impegno di queste ultime nella manutenzione dell'ospedale e nella copertura di alcuni costi correnti; iii: *A1.3.2 - to raise the performance of the electric system (improve solar system + reduction of fuel consumption of the generators)* –

è stato sostituito il generatore d'elettricità principale, ma le trattative con l'agenzia UNDP (United Nations Development Programme) per installare il nuovo sistema di pannelli solari è ancora nella fase embrionale; iii: *A2.1.3 (if activity A2.1.2 has a positive response) - restoration of the x-ray department*: come vedremo nel capitolo successivo il CUAMM sta ancora valutando il suo ritorno in funzione; iv: *A2.2.2 - to create a Policy and a price list for the cost sharing system*: la policy e il tariffario sono stati elaborati dal gruppo di lavoro, ma l'approvazione (ed un'eventuale revisione) della autorità statale e nazionale non ancora avvenuta; v. *A2.2.3 - to set an accounting system*: sono stati elaborati i file Excel da utilizzare per la contabilità così come è stata designata la gestione fisica dei flussi monetari, ma la formazione e l'implementazione non sono ancora iniziate in attesa di capire la versione finale della policy del sistema di cost sharing.

Per quanto riguarda il raggiungimento dei risultati, ci si basa sugli indicatori presenti nel quadro logico, la cui valutazione per molti di loro avverrà a partire dal mese di settembre. Sono invece iniziate le verifiche del tasso di assenteismo dello staff in ospedale (R 2.1 Increased the number of patients/volumes in the hospital and the reputation of the hospital) e del consumo di carburante dei generatori di elettricità (R1.2 - improved the maintenance system).

Nel prossimo capitolo verranno mostrate in dettaglio le seguenti attività: il calcolo dei costi delle prestazioni e delle diagnosi, l'analisi Break Event Point per il ripristino del dipartimento di radiologia, la formulazione della policy e del tariffario per il sistema di compartecipazione alla spesa e l'impostazione del sistema contabile interno.

## 5 COSTRUZIONE DEL SISTEMA DI COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

Si parla di compartecipazione alla spesa (cost sharing) quando i pazienti contribuiscono o “compartecipano” al costo delle prestazioni sanitarie di cui usufruiscono. Questo sistema, basato sull’introduzione di forme parziali di prezzo posto a carico del paziente, si rende utile nel perseguire i seguenti obiettivi<sup>122</sup> :

- Per finanziare la spesa sanitaria;
- Per razionare e controllare la domanda di servizi sanitari: partendo dal presupposto che l’offerta di servizi sanitari è limitata per mancanza di risorse infinite, l’introduzione di un “ticket” potrebbe avere l’effetto di razionare la domanda e adeguarla all’offerta oppure di orientarla verso servizi la cui fruizione viene ritenuta socialmente più utile.

I sistemi di cost sharing possono avere tre differenti configurazioni)<sup>123</sup>:

- *Copayment*: l’ammontare è posto a carico del paziente ed è indipendente dal costo effettivo della prestazione sanitaria (meccanismo utilizzato in Italia);
- *coinsurance*: quando una quota percentuale del costo della prestazione è a carico del paziente;
- *franchigia*: (l’ammontare per caso o per anno a carico del paziente prima che intervenga la copertura del terzo pagante pubblico o privato.

---

<sup>122</sup> La questione dei ticket sanitari. Teoria e pratica della partecipazione alla spesa sanitaria in Italia | Filippo Palumbo su quotidiano sanità | Febbraio 2019 | [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=70710](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=70710)

<sup>123</sup> I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell’accesso alle cure? | Vincenzo Rebba | Gennaio 2009 | [https://www.researchgate.net/publication/255484018\\_I\\_ticket\\_sanitari\\_strumenti\\_di\\_controllo\\_della\\_domanda\\_o\\_artefici\\_di\\_disuguaglianze\\_nell'accesso\\_alle\\_cure](https://www.researchgate.net/publication/255484018_I_ticket_sanitari_strumenti_di_controllo_della_domanda_o_artefici_di_disuguaglianze_nell'accesso_alle_cure)

In questo capitolo verranno esposti in dettaglio i passaggi con i quali il team di lavoro ha posto le basi per l'introduzione di un sistema di *cost sharing* nell'ospedale di Rumbek. Per prima cosa, verrà illustrato il processo di calcolo del costo medio delle prestazioni/diagnosi effettuate all'interno di alcuni reparti in cui il management è orientato ad introdurre i ticket. Dopodiché, verrà mostrato il processo che ha portato alla formulazione del tariffario e della relativa policy di compartecipazione. Infine, la strutturazione di un flusso di cassa per la gestione dei proventi dal sistema di *cost sharing*.

Prima che le attività suddette vengano illustrate nella loro pratica, verranno fornite spiegazioni teoriche degli strumenti, dei concetti e dei metodi utilizzati.

## **5.1 CALCOLO DEI COSTI MEDI DELLE PRESTAZIONI E DEI RISPETTIVI REPARTI**

L'obiettivo di questa attività è quello di fornire al team un riferimento per la formulazione dei prezzi che formeranno poi il tariffario del sistema di compartecipazione alla spesa.

L'output dell'attività è invece il calcolo del *costo pieno unitario medio* delle prestazioni all'interno delle seguenti unità operative: i. laboratorio (il costo pieno unitario di un test); ii. chirurgia e sala operatoria (costo pieno unitario di un intervento in sala operatoria comprensivo anche del successivo ricovero in reparto); iii. i tre reparti maggiori: medicina, maternità e pediatria (costo pieno unitario di un ricovero).

Per ottenere il costo pieno verranno utilizzati gli strumenti tipici della *contabilità analitica*<sup>124</sup>: il metodo *full costing*, calcolato mediante la *contabilità per centri di costo*<sup>125</sup>.

### Il metodo *full costing*

Optando per questo metodo di calcolo dei costi, si sceglie di considerare nel computo i costi di tutti i fattori impiegati (principio dell'assorbimento integrale) nella realizzazione di un prodotto (o servizio)<sup>126</sup> ed in particolare: i costi direttamente attribuibili all'unità di prodotto (costi diretti)<sup>127</sup> e quelli non direttamente attribuibili all'unità di prodotto (costi indiretti)<sup>128</sup>. I primi possono essere calcolati con una misurazione oggettiva, in quanto la relazione che lega il consumo del fattore produttivo da parte dell'unità di prodotto è osservabile e misurabile. I secondi, in quanto il collegamento tra fattore produttivo e l'unità di prodotto è indiretto, implicano una misurazione non oggettiva. Le misurazioni dei costi indiretti devono rispettare il principio causale (o funzionale) tale per cui i costi indiretti vanno calcolati in base a parametri

---

<sup>124</sup> Con il termine “contabilità analitica” si intende quell’insieme di determinazioni economico-quantitative che consentono di calcolare il costo di dati oggetti di riferimento, in relazione a determinati fini conoscitivi. Secondo la dottrina, gli oggetti di costo tipici della contabilità analitica sono i seguenti: prodotti; unità organizzative; fasi gestionali; aree di risultato. Tra gli oggetti di costo sopra indicati quelli di maggiore interesse per l’impianto del sistema di contabilità analitica sono i prodotti e le unità organizzative. L’analisi dei costi volta ad ottenere informazioni rilevanti per la formulazioni di prezzi può essere considerata uno scopo conoscitivo | Università degli studi Roma Tor Vergata | <https://economia.uniroma2.it/corso/asset/YTo0OntzOjI6ImVtIjOO3M6MToiYyI7czo1OiJZmNkMiI7fQ==>

<sup>125</sup> Quando l’oggetto di riferimento della contabilità analitica è un’unità organizzativa, le misurazioni vengono fatti sui centri che possono essere di costo, di ricavi, di profitto e di investimento | Università degli studi Roma Tor Vergata | <https://economia.uniroma2.it/corso/asset/YTo0OntzOjI6ImVtIjOO3M6MToiYyI7czo1OiJZmNkMiI7fQ==>

<sup>126</sup> Si definisce un fattore produttivo ciascun bene o servizio che viene impiegato nel processo di trasformazione e produzione di un altro bene o, per estensione, nell’erogazione di un servizio | Fattori Produttivi – Definizione e Significato | <https://dizionarioeconomico.com/fattori-produttivi>

<sup>127</sup> Tipici esempi sono: i costi delle le materie prime, della manodopera o per l’acquisto di attrezzature dedicate.

<sup>128</sup> Tipici esempi sono: le spese amministrative, gli stipendi di personale non coinvolto direttamente nella produzione, l’affitto, le utenze, ecc..

idonei a riflettere la “causa” che ne ha provocato il sostenimento. Ossia vanno imputati ai prodotti che ne hanno determinato l'insorgere.

Inoltre, con la configurazione *full costing*, si considerano: i) i costi della materia prima e del materiale di produzione; ii) i costi di manodopera diretta; iii) altri costi diretti di produzione; iv) i costi indiretti di produzione; v) i costi indiretti commerciali; vi) i costi indiretti amministrativi e vii) i costi indiretti di struttura <sup>129</sup>.

Teoricamente, il processo tipico di questo metodo di calcolo si divide in due macro-fasi

- 1) Imputazione dei costi diretti all'unità di prodotto o *procedimento diretto*: i costi diretti sono attribuiti all'unità di prodotto mediante la valorizzazione, al prezzo/costo di acquisto, della quantità di fattore produttivo impiegato. Tecnicamente: si moltiplica il prezzo di acquisto del fattore produttivo per la quantità impiegata per la realizzazione di un'unità di prodotto finito.
- 2) Imputazione dei costi indiretti all'unità di prodotto o *procedimento indiretto*: i costi indiretti sono attribuiti all'unità di prodotto mediante l'individuazione di una base di ripartizione per imputare all'unità di prodotto una quota del costo indiretto. La base di ripartizione è il nesso che collega il costo indiretto al prodotto<sup>130</sup> in accordo con le prescrizioni del principio causale. Tecnicamente: si deve prima calcolare un coefficiente di attribuzione (calcolato dividendo l'ammontare del costo indiretto per la base di ripartizione). Dopodiché si deve moltiplicare il suddetto coefficiente di attribuzione per la quota della base di ripartizione consumata dall'unità di prodotto.

---

<sup>129</sup> La misurazione del costo unitario di prodotto: configurazioniI Direct costing e Full costing | Dr. Giuseppe Valenza | Università degli Studi Mediterranea di Reggio Calabria | [https://www.unirc.it/documentazione/materiale\\_didattico/1465\\_2018\\_455\\_32162.pdf](https://www.unirc.it/documentazione/materiale_didattico/1465_2018_455_32162.pdf)

<sup>130</sup> Esempi più comuni sono: le ore di manodopera diretta per un lotto di prodotto, ore macchina per un lotto di prodotto, consumi di materie prime di prodotto, metri quadri disponibili, ecc..

Il procedimento indiretto si divide a sua volta tra procedimento a base unica e procedimento a base multipla. Nel primo caso tutti i costi sono attribuiti all'unità di prodotto utilizzando un'unica base di ripartizione, mentre nel secondo caso i costi indiretti sono raggruppati in classi omogenee di costi e per ciascuna classe si individua una specifica base di ripartizione, si prevede pertanto l'utilizzo di diverse basi di ripartizioni <sup>131</sup>.

Al termine delle due fasi, la somma della quota di costo diretti e quella del costo indiretto sarà uguale al costo pieno unitario di produzione del prodotto in oggetto.

### Contabilità per centri di costo

Questo strumento contabile è utile per riuscire a suddividere i costi indiretti della struttura per i c.d. centri di costo. I centri di costo rappresentano le più piccole unità funzionali in cui può essere frazionato la gestione, di cui possono essere rilevati i costi con sufficiente approssimazione. Si definiscono anche “contenitori di costo” che generalmente corrispondono ad unità operativa della struttura aziendale come ad esempio i reparti produttivi<sup>132</sup>. Esistono due principali classificazioni di centri di costo:

- secondo il criterio gerarchico, i centri di costo si dividono in centri intermedi (centri di costo che lavorano a favore di altri centri di costo. Scaricano i propri costi sui centri utilizzatori, ossia quelli che ne usano le prestazioni.) e centri finali (centri di costo che

---

<sup>131</sup> La misurazione del costo unitario di prodotto: configurazioni Direct costing e Full costing | Dr. Giuseppe Valenza | Università degli Studi Mediterranea di Reggio Calabria | [https://www.unirc.it/documentazione/materiale\\_didattico/1465\\_2018\\_455\\_32162.pdf](https://www.unirc.it/documentazione/materiale_didattico/1465_2018_455_32162.pdf)

<sup>132</sup> Nelle strutture ospedaliere, i centri di costo tipici sono i reparti, i servizi diagnostici, i servizi alberghieri, i servizi sanitari di supporto, ecc... | per approfondire: Controllo di gestione in sanità, allocazione dei costi e contabilità per centri di costo | Gabriele Palozzi, PHD | Università di Roma Tor Vergata, corso Corso di Laurea Magistrale in Economia e Management | 2021 | file:///C:/Users/user/Downloads/slide3-cgs-21-22-2022-03-03-19-33-20.pdf

lavorano direttamente a beneficio dell'oggetto finale di calcolo, sul quale scaricano successivamente i propri costi)

- Secondo il criterio funzionale, i centri di costo si dividono in centri di costo produttivi (dipartimenti per la realizzazione del prodotto o servizio, come ad esempio i reparti ospedalieri), centri di costo ausiliari (attività di supporto strumentale alla realizzazione del prodotto/servizio, come ad esempio il laboratorio analisi), centri di costo funzionali (non direttamente legati al processo produttivo, ma necessari al funzionamento aziendale, come ad esempio l'amministrazione) e centri di costo fittizi (non reali, ma necessari; fungono da «contenitore» dei costi che non trovano altrimenti altra precisa allocazione).

I centri di costo vengono normalmente individuati seguendo i seguenti criteri: omogeneità delle prestazioni; omogeneità` della dotazione di fattori produttivi e dei relativi costi; significatività` in termini di importo delle spese sostenute; individualità di un responsabile del centro di costo.

Una volta individuati i centri di costo, possiamo, tramite un parametro e rispettando il principio causale, attribuire i costi indiretti al singolo centro di costo <sup>133</sup>.

## Il calcolo del costo pieno unitario all'interno dell'ospedale di Rumbek

La fase di calcolo del costo pieno unitario è stata effettuata in 6 passaggi:

---

<sup>133</sup> Controllo di gestione in sanità, allocazione dei costi e contabilità per centri di costo | Gabriele Palozzi, PHD | Università di Roma Tor vergata, corso Corso di Laurea Magistrale in Economia e Management | 2021 | file:///C:/Users/user/Downloads/slide3-cgs-21-22-2022-03-03-19-33-20.pdf

*a) Individuazione dei reparti*

Utilizzando i criteri elencati sopra, il team ha individuato i seguenti centri di costo (tabella 1) d'ora in poi chiamati reparti. Come già detto, i reparti che contengono le prestazioni oggetto del calcolo dell'analisi sono: laboratorio, maternità, medicina, pediatria, sala operatoria e chirurgia.

Come si vedrà nel seguito del capitolo, i reparti di medicina, maternità e pediatria sono stati considerati come contenitore unico di costi e diagnosi poiché le statistiche sanitarie dell'ospedale disponibili non presentano i dati delle diagnosi/prestazioni divise per reparto (ad esempio ci sono stati ricoveri per malaria in tutti e tre i reparti, ma non si sa in che quantità).

Allo stesso modo, anche i reparti di chirurgia e della sala operatoria sono stati considerati come contenitore unico di costi e diagnosi, poiché le operazioni effettuate in sala operatoria normalmente richiedono il ricovero del paziente in chirurgia.

<b>CENTRI DI COSTO/REPARTI</b>	<b>TIPOLOGIA DI CENTRO DI COSTO</b>
Amministrazione	Centro funzionale
IDU	Centro ausiliare
Laboratorio	Centro ausiliare
Maternità	Centro produttivo
MCH	Centro produttivo
Medicina generale	Centro produttivo
Nutrizione	Centro produttivo
OPD	Centro produttivo
Pediatria	Centro produttivo
Farmacia	Centro ausiliare
Chirurgia	Centro produttivo
Sala operatoria	Centro produttivo

*Tabella 2*

b) scelta delle prestazioni/diagnosi da analizzare

Non potendo analizzare la struttura dei costi di ogni prestazione/diagnosi dei reparti in questione, si è optato per l'analisi delle prestazioni statisticamente più significative, ovvero quelle più eseguite all'interno dei reparti stessi. (le prime cinque in chirurgia/sala operatoria, maternità, pediatria e medicina generale; le prime sei del laboratorio). Di seguito (tabella 2) vengono riportati la lista delle prestazioni scelte, il loro volume e il loro *case mix* su totale del volume produttivo dei relativi reparti nel 2021:

REPARTO	TOTALE PROD.NE EREPARTI 2021	PRESTAZIONE	VOLUME 2021	CASE MIX %	CASE MIX QUANTITA'
REPARTI : MAERNITITA', MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA	21218	Malaria	11137	62%	13081
		Polmonite	4346	24%	5105
		Diarrea-acuta	1363	8%	1601
		Trauma/Ferite	744	4%	874
		Febbre tifoide	475	3%	558
		TOTALE	18065	100%	21218
LABORATORIO	37917	RDT >5	17509	57%	21662
		Gruppo sanguigno	3542	12%	4382
		WIDAL NEG	2901	9%	3589
		HIV TEST	2663	9%	3295
		CBC	2500	8%	3093
		HBs Ag test	1533	5%	1897
		TOTALE	30648	100%	37917
CHIRURGIA E SALA OPERATORIA	757	Taglio Cesareo (LSCS)	137	28%	210
		Erniorrafia	106	21%	162

(OPERAZIONI MAGGIORI)	Appendicectomia	85	17%	130
	Escissione (lipoma, fibroma, osteoma)	83	17%	127
	Piomiosite	83	17%	127
	TOTALE	494	100%	757

*Tabella 2*

*c) Calcolo dei costi diretti unitari delle prestazioni più erogate all'interno dei reparti oggetto dell'analisi*

Innanzitutto, si sono elencati i fattori produttivi da considerare per il calcolo dei costi diretti: i medicinali e il materiale di consumo per i reparti di chirurgia, sala operatoria, maternità, pediatria e medicina generale; i reagenti e il materiale di consumo per il laboratorio.

Dopodiché, con il supporto del personale medico dell'ospedale, si è quantificato l'impiego dei fattori produttivi per un'unità di produzione delle prestazioni/diagnosi in oggetto. Poi, moltiplicando la quantità impiegata per il prezzo d'acquisto unitario dei fattori, si sono ottenuti i valori dei singoli fattori produttivi impiegati. Infine, sommando i valori di ogni fattore produttivo, si ottiene il costo diretto totale di ogni singola prestazione/diagnosi.

Di seguito alcuni esempi estrapolati dai fogli di calcolo utilizzati dal team (la valuta utilizzata per il calcolo è il dollaro americano, USD).

Esempio 1 (tabella 3 e 4): ricovero per malaria – valorizzazione del costo dei medicinali e del materiale di consumo necessari per un ricovero.

**Diagnosi Malaria**

<b>Medicinale</b>	<b>Quantità</b>	<b>Prezzo unitario d'acquisto</b>	<b>Valore fatt. produttivo</b>
Inravenous Quirine (600 mg)	3	0.30	0.90
Dextrose (500 ML)	3	0.46	1.38
Quinine oral (300 mg)	15	0.05	0.78
ACT (tablet)	6	0.06	0.36
<b>Totale</b>			<b>3.42</b>

*Tabella 3*

**Diagnosi: Malaria**

<b>Materiale di consume</b>	<b>Quantità</b>	<b>Prezzo unitario d'acquisto</b>	<b>Valore fatt. produttivo</b>
IV giving set	3	0.12	0.36
Guati (paio)	3	0.06	0.19
Cerotto	1	0.43	0.43
Canula	1	0.12	0.12
Siringa	3	0.03	0.10
<b>Totale</b>			<b>1.21</b>

*Tabella 4*

Esempio 2 (tabella 5 e 6): test del gruppo sanguigno – valorizzazione del costo dei reagenti e del materiale di consumo per un test.

**Test: Gruppo sanguigno**

<b>Reagente</b>	<b>Quantità</b>	<b>Prezzo unitario d'acquisto</b>	<b>Valore fatt. produttivo</b>
Antigene A (10 ml)	0.006667	2.80	0.018
Antigene B (10 ML)	0.006667	2.80	0.018
Antigene 0 (10 ml)	0.006667	2.80	0.018
<b>Totale</b>			<b>0.056</b>

*Tabella 5*

Test: **Gruppo sanguigno**

<b>Materiale di consumo</b>	<b>Quantità</b>	<b>Prezzo unitario d'acquisto</b>	<b>Valore fatt. produttivo</b>
guanti (paio)	1.0000	0.0950	0.0950
Vetrino	0.2500	0.0290	0.0073
Totale			0.1023

Tabella 6

Esempio 3 (tabella 7): intervento per piomiosite – valorizzazione del costo dei medicinali e del materiale di consumo di un'operazione (comprensiva di ricovero).

Diagnosi: **Piomiosite**

<b>Medicinale</b>	<b>Quantità</b>	<b>Prezzo unitario d'acquisto</b>	<b>Valore fatt. produttivo</b>
Lidocaine 2% (veil)	1	0.700	0.700
Hydrogene Peroside (bottiglia)	2	0.380	0.760
ceftriazone 1gm	10	0.260	2.600
Gentamicin (ampolla)	5	0.060	0.300
diclofenac (75 mg)	6	0.060	0.360
Acqua per iniezioni (bottiglia)	6	0.004	0.024
Totale			4.74

Diagnosi: **Piomiosite**

<b>Materiale di consume</b>	<b>Quantità</b>	<b>Prezzo unitario d'acquisto</b>	<b>Valore fatt. produttivo</b>
Lama chirurgica	2	0.040	0.0800
Garza	10	0.048	0.4800
Cerotto	1	0.430	0.4300
guanti (paio)	4	0.065	0.2600
Siringa	6	0.035	0.2100
Totale			1.46

Tabella 7

Di seguito i costi diretti totali di ogni singola prestazione (tabella 8, 9 e 10):

<b>REPARTI: MAERNITITA', MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA</b>			
<b>DIAGNOSI</b>	<b>MEDICINALI</b>	<b>MATERIALE DI CONSUMO</b>	<b>COSTO DIRETTO UNITARIO</b>
Malaria	3.42	1.21	4.63
Pneumonia	2.45	2.77	5.22
Diarrhoea- Acute	5.35	1.22	6.57
Injuries / trauma due to other causes	1.55	4.38	5.93
Typhoid Fever	1.84	0.07	1.91

Tabella 8

<b>LABORATORIO</b>			
<b>TEST</b>	<b>REAGENTI</b>	<b>MATERIALE DI CONSUMO</b>	<b>COSTO DIRETTO UNITARIO</b>
RDT >5	0.2923	0.1023	0.3946
BLOOD GROUP	0.0560	0.1023	0.1583
HIV TEST	2.6250	0.1050	2.7300
WIDAL NEG	0.0680	0.0950	0.1630
HBs Ag test	0.1300	0.0950	0.2250
CBC	1.1786	0.1780	1.3566

Tabella 9

<b>CHIRURGIA E SALA OPERATORIA (OPERAZIONI MAGGIORI)</b>			
<b>DIAGNOSI</b>	<b>MEDICINALI</b>	<b>MATERIALE DI CONSUMO</b>	<b>COSTO DIRETTO UNITARIO</b>
Taglio Cesareo (LSCS)	12.21	7.50	19.71
Erniorrafia	6.44	2.02	8.46
Appendicectomia	8.30	2.98	11.28
Escissione (lipoma, fibroma, osteoma)	2.67	1.71	4.38
Piomiosite (incision and drainage)	4.74	1.46	6.20

Tabella 10

d) imputazione dei costi indiretti dell'ospedale ai vari reparti

Non avendo a disposizione i valori dei costi indiretti divisi per reparti, si è reso necessario un processo di imputazione dei costi indiretti totali dell'ospedale ad ogni singolo reparto. Per questa operazione il team si è servito della lista dei reparti a disposizione e di un rendiconto riassuntivo di tutti i costi sostenuti dall'ospedale nel 2021 (tabella 11).

CATEGORIA DI COSTO	VOCE DI COSTO/	COSTO ANNUO (USD)	%
PERSONALE	STAFF NAZIONALE	315,280.00	29.6%
	STAFF INTERNAZIONALE	96,000.00	9.0%
MANUTENZIONE E GESTIONE GENERATORI	CARBURANTE	44,000.00	4.1%
	MANUTENZIONE	17,000.00	1.6%
MEDICINALI E DELLE ATTREZZATURE MEDICHE	MEDICINE + REAGENTI + MATERIALE MEDICO DI CONSUMO	350,899.00	32.9%
	ATTREZZATURE MEDICHE	14,101.00	1.3%
GESTIONE E MANUTENZIONE AMBULANZA	CARBURANTE	7,900.00	0.7%
	MANUTENZIONE	26,500.00	2.5%
CARTOLERIA, COMUNICAZIONE, INETRNET	CARTOLERIA	4,500.00	0.4%
	SERVIZIO TELEFONICO	1,932.00	0.2%
	INTERNET	6,600.00	0.6%
MATERIALE PER LA PULIZIA	MATERIALE PER LA PULIZIA	8,012.00	0.8%
STAMPA MODULI OSPEDALIERI	STAMPA MODULI OSPEDALIERI	6,500.00	0.6%
GESTIONE E MANUTENZIONE INFSTRUTTURE	MANUTENZIONI MINORI	16,737.00	1.6%
	COSTRUZIONI E RISTRUTTURAZIONI	149,173.23	14.0%
<b>TOTALE</b>		<b>1,065,134.23</b>	

Tabella 11

Nella tabella rappresentante la struttura dei costi ospedalieri nel 2021, i costi (indiretti), sono stati evidenziati in verde. Il costo dei medicinali, del materiale medico di consumo e dei

reagenti per la diagnostica, come si è avuto modo di vedere nel passaggio precedente sono costi diretti. Non sono stati inoltre considerati in nessun computo i costi per le costruzioni e le ristrutturazioni di immobili poiché si tratta di un valore altamente variabile tra i vari anni e che dipende essenzialmente da donazioni di singoli privati.

Di seguito il procedimento di suddivisione dei costi indiretti totali dell'ospedale tra i singoli reparti, i relativi criteri che sono stati utilizzati per questa operazione e il motivo per cui sono stati utilizzati quei criteri.

*Cartoleria, comunicazione, internet, stampa moduli ospedalieri*

Per questo gruppo di fattori produttivi, si è scelto di utilizzare il numero del personale presente nei reparti come criterio per suddividere i suoi costi tra i reparti, visto che il consumo di questi fattori nell'ospedale di Rumbek, è maggiore ove è maggiore il numero dei dipendenti (tabella 12).

<b>REPARTI</b>	<b>PERSONALE</b>	<b>TOTALE IMPUTATO per REPARTO</b>
Amministrazione	18	2009.0
IDU	5	558.1
Laboratorio	9	1004.5
Maternità	23	2567.1
MCH	8	892.9
Medicina	11	1227.7
Nutrizione	26	2901.9
OPD	20	2232.2
Pediatria	22	2455.5
Farmacia	5	558.1
Chirurgia	14	1562.6
Sala operatoria	14	1562.6
<b>TOTALE</b>	<b>175.0</b>	<b>19532.0</b>

Tabella 12

*Materiale per la pulizia*

Per questa tipologia di fattore produttivo, si è scelto di utilizzare la percentuale di superficie occupata dai reparti sul totale della superficie ospedaliera, come criterio per suddividere i costi tra i reparti, visto che il consumo di questo fattore, nell'ospedale di Rumbek, è maggiore ove è maggiore la superficie occupata dai reparti (tabella 13). Non anche il livello di rischio?

<b>REPARTI</b>	<b>% DI SUPERIFICIE OCCUPATA</b>	<b>TOTALE IMPUTATO per REPARTO</b>
Amministrazione	4	320.5
IDU	9	721.1
Laboratorio	4	320.5
Maternità	13	1041.6
MCH	6	480.7
Medicina	11	881.3
Nutrizione	6	480.7
OPD	6	480.7
Pediatria	12	961.4
Farmacia	6	480.7
Chirurgia	11	881.3
Sala operatoria	12	961.4
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>8012</b>

Tabella 13

*Attrezzature mediche*

Per questo tipo di fattore produttivo, il team ha scelto di utilizzare il grado di assorbimento (in percentuale) da parte di ogni reparto delle attrezzature mediche acquistate negli ultimi 5 anni dall'ospedale di Rumbek (tabella 14).

<b>REPARTI</b>	<b>% ASSORBIMENTO ACQUISTI</b>	<b>TOTALE IMPUTATO per REPARTO</b>
Amministrazione	0	0
IDU	3	423.03
Laboratorio	13	1833.13
Maternità	13	1833.13
MCH	3	423.03
Medicina	12	1692.12
Nutrizione	6	846.06
OPD	7	987.07
Pediatria	11	1551.11
Farmacia	8	1128.08
Chirurgia	13	1833.13
Sala operatoria	11	1551.11
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>14101</b>

*Tabella 14*

#### *Manutenzione e gestione generatori di elettricità*

Per questa tipologia di costo indiretto, si è scelto di utilizzare la percentuale di consumo indicativa di KW/ora di ogni reparto sul totale dei KW/ora consumati dall'intera struttura ospedaliera, come criterio per suddividere i costi tra i reparti. (tabella 30).

<b>REPARTI</b>	<b>% CONSUMO KW/H</b>	<b>TOTALE IMPUTATO per REPARTO</b>
Amministrazione	7.4	4514.00
IDU	7.4	4514.00
Laboratorio	7.4	4514.00
Maternità	7.4	4514.00
MCH	7.4	4514.00
Medicina	7.4	4514.00
Nutrizione	7.4	4514.00
OPD	7.4	4514.00
Pediatria	7.4	4514.00
Farmacia	11.4	6954.00
Chirurgia	7.6	4636.00
Sala operatoria	14.4	8784.00
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>61000.00</b>

Tabella 15

### *Gestione del servizio ambulanza*

Per questa tipologia di costo indiretto, il team ha ritenuto più opportuno utilizzare, come criterio di suddivisione dei costi tra i vari reparti, la quota dei pazienti ricevuti da un singolo reparto sul totale dei pazienti ricevuti tramite ambulanza dalla struttura ospedaliera (tabella 16).

<b>REPARTI</b>	<b>% PAZIENTI RICEVUTI</b>	<b>TOTALE IMPUTATO per REPARTO</b>
Amministrazione	0.0	0
IDU	0.0	0
Laboratorio	0.0	0
Maternità	51.0	17544.00
MCH	0.0	0
Medicina	8.0	2752.00
Nutrizione	0.0	0

OPD	9.0	3096.00
Pediatria	11.0	3784.00
Farmacia	0.0	0
Chirurgia	0.0	0
Sala operatoria	21.0	7224.00
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>34400.00</b>

Tabella 16

### *Risorse umane*

Per questo tipo di fattore produttivo, si è optato per l'effettivo costo del personale in ogni reparto sostenuto nel 2021 (tabella 17).

<b>REPARTI</b>	<b>TOTALE 2021 (USD)</b>
Amministrazione/	29200.00
IDU	10296.00
Laboratorio	13332.00
Maternità	42612.00
MCH	12180.00
Medicina	24336.00
Nutrizione	33348.00
OPD	47340.00
Pediatria	92892.00
Farmacia	7200.00
Chirurgia	74760.00
Sala operatoria	23784.00
<b>TOTALE</b>	<b>411280.00</b>

Tabella 17

### *Manutenzioni minori alle strutture*

Per questo tipo di costo indiretto, si è optato per l'effettivo costo della manutenzione minore sostenuto nei reparti nel 2021 (tabella 18).

<b>REPARTI</b>	<b>TOTALE 2021 (USD)</b>
Amministrazione	1356.36
IDU	242.00
Laboratorio	202.35
Maternità	2624.38
MCH	171.00
Medicina	3932.38
Nutrizione	166.38
OPD	482.77
Pediatria	636.00
Farmacia	4106.38
Chirurgia	152.60
Sala operatoria	2664.38
<b>TOTALE</b>	<b>16737.00</b>

*Tabella 18*

Infine, sommando tutti i valori dei diversi tipi di costi indiretti suddivisi tra ogni reparto, si ottiene l'aggregazione dei costi indiretti per reparto (tabella 19). Il totale dei costi per reparto sarà successivamente utilizzato per la ripartizione dei costi indiretti dei reparti sulle singole prestazioni/diagnosi.

<b>CENTRI DI COSTO</b>	<b>TOTALE COSTI INDIRETTI</b>
Amministrazione	37399.84
IDU	16754.21
Laboratorio	21206.46
Maternità	72736.17
MCH	18661.65
Medicina	39335.52

Nutrizione	42257.06
OPD	59132.76
Pediatria	106794.05
Farmacia	20427.28
Chirurgia	83825.65
Sala operatoria	46531.53
<b>TOTALE</b>	<b>565062.203</b>

Tabella 19

*e) Calcolo dei costi indiretti unitari di ogni singola prestazione*

Per l'implementazione di questa fase, si è fatto affidamento alla tecnica della ripartizione dei costi indiretti utilizzando basi di ripartizione diverse a seconda del reparto. In questo caso si sono scelti le seguenti basi di ripartizione:

- Laboratorio: le ore di manodopera per l'erogazione dei test.
- Chirurgia/sala operatoria: i giorni di ricovero per ogni diagnosi analizzate ricavati dal calcolo della durata media del ricovero.
- Reparti di maternità, pediatria e medicina generale: i giorni di ricovero per ogni diagnosi analizzate ricavati dal calcolo della durata media del ricovero.

Di seguito l'implementazione del metodo di imputazione nei tre diversi reparti:

**Laboratorio**

Come accennato precedentemente la base di ripartizione è stata individuata nelle ore di manodopera che si sono rese necessarie in un anno per svolgere le analisi di laboratorio. Il coefficiente di attribuzione è dunque dato dalla divisione tra il totale dei costi indiretti del laboratorio, 21206.46 USD, (calcolato nel passaggio precedente) diviso il numero totale delle ore lavorate in laboratorio, 4393.19 (valore calcolato moltiplicando il numero dei test per il loro tempo medio di realizzazione). Il risultato (4.83) viene poi moltiplicato per le

ore/manodopera dei sei diversi test, arrivando così al valore totale dei costi indiretti di ogni tipologia di test in un anno. A questo punto si dividono i costi indiretti annuali per il numero di test eseguiti in un anno per ogni tipologia d'esame e si ottiene il costo indiretto unitario di ogni esame. Di seguito una tabella riepilogativa (tabella 20):

TEST	VOLUME TEST 2021	TOTALE ORE MANDOPERA IN UN ANNO	COEFFICIENTE DI ATTRIBUZIONE	COSTI INDIRETTI IN UN ANNO	COSTI INDIRETTI UNITARI
RDT >5	21662	2166.17	4.83	10456.29	0.48
BLOOD GROUP	4382	730.35	4.83	3525.44	0.80
HIV TEST	3295	329.46	4.83	1590.33	0.48
WIDAL	3589	358.91	4.83	1732.46	0.48
HBs Ag test	1897	189.66	4.83	915.50	0.48
CBC	3093	618.59	5.08	2985.98	0.97
TOTALE	37917	4393.13			

Tabella 20

### Chirurgia/sala operatoria

In questo caso, la base di ripartizione è stata individuata nei giorni di ricovero annuali per ogni diagnosi/operazione. Per ottenere il coefficiente, si è divisa la somma dei costi indiretti totale dei due reparti (130357.18 USD) per i giorni totali di ricovero nel 2021 (3708). Il risultato (35.15) viene poi moltiplicato per i giorni totali di ricovero necessari per le 5 diverse diagnosi arrivando così al valore totale dei costi indiretti annuali di ogni diagnosi. A questo punto si dividono i costi indiretti annuali per il numero di test eseguiti in un anno per ogni tipologia d'esame e si ottiene il costo indiretto unitario di ogni diagnosi. Di seguito una tabella riepilogativa (tabella 21):

DIAGNOSI	NUMERO OPERAZIONI /RICOVERI NEL 2021	DURATA MEDIA RICOVERO IN GIORNI	GIORNI TOTALI DI RICOVERO IN UN ANNO	COEFFICIENTE DI ATTRIBUZIONE	COSTI INDIRETTI ANNUALI	COSTI INDIRETTI UNITARI
Taglio Cesareo (LSCS)	210	8	1679.4980	35.15	59037.80	<b>281.22</b>
Erniorrafia	162	3	487.2996	35.15	17129.58	<b>105.46</b>
Appendicec tomia	130	5	651.2652	35.15	22893.31	<b>175.76</b>
Escissione (lipoma, fibroma, osteoma)	127	2	254.3765	35.15	8941.86	<b>70.30</b>
Piomiosite	127	5	635.9413	35.15	22354.64	<b>175.76</b>
TOTALE	757		3708			

Tabella 21

### Maternità, medicina generale, pediatria

Anche in questo caso, la base di ripartizione è stata individuata nei giorni di ricovero annuali per ogni diagnosi. Per ottenere il coefficiente, si è divisa la somma dei costi indiretti totale dei due reparti (218865.8 USD) per i giorni totali di ricovero nel 2021 (77747.26). Il risultato (2.82) viene poi moltiplicato per i giorni totali di ricovero necessari per le 5 diverse diagnosi arrivando così al valore totale dei costi indiretti unitari di ogni diagnosi. A questo punto si dividono i costi indiretti annuali per il numero di test eseguiti in un anno per ogni tipologia d'esame e si ottiene il costo indiretto unitario di ogni diagnosi. Di seguito una tabella riepilogativa (tabella 22):

DIAGNOSI	NUMERO RICOVERI NEL 2021	ALOS	GIORNI TOTALI IN UN ANNO	COEFFICIENTE DI ATTRIBUZIONE	COSTI INDIRETTI ANNUALI	COSTI INDIRETTI UNITARI
Malaria	13081	3.0	39242.44	2.82	110471.1	8.445
Polmonite	5105	5.0	25522.68	2.82	71848.7	14.075

Diarrea-acut	1601	2.0	3201.79	2.82	9013.325	5.630
Trauma/ferita	874	8.0	6990.84	2.82	19679.86	22.521
Febbre tifoide	558	5.0	2789.52	2.82	7852.768	14.075
TOTALE	21218		77747.26			

Tabella 22

*f) calcolo costo pieno unitario di produzione ed il costo medio di ogni reparto*

In ultimo, si vanno a sommare i costi diretti unitari ed i costi indiretti unitari in modo tale da ottenere il costo pieno unitario di ogni singola prestazione/diagnosi.

Una volta ottenuto il costo pieno unitario delle prestazioni analizzate in ognuno dei tre contenitori di costo, si calcola la loro media ponderata (il peso è dato dal case mix delle prestazioni all'interno del reparto) che restituirà il costo medio del reparto (o gruppo di reparti) in considerazione. Di seguito le tabelle (23, 24 e 25) riepilogative di ogni reparto (o gruppo di reparti) oggetto della nostra analisi.

## Laboratorio

TEST	COSTI DIRETTI		COSTI INDIRETTI	COSTO PIENO UNITARIO	Case - mix	COSTO MEDIO REPARTO
	REAGENTI	MATERIALE MEDICO DI CONSUMO				
RDT >5	0.29	0.10	0.48	<b>0.88</b>	57.1%	<b>1.18</b>
GRUPPO SANGUIGNO	0.06	0.10	0.80	<b>0.96</b>	11.6%	
TEST HIV	2.63	0.11	0.48	<b>3.21</b>	8.7%	
WIDAL	0.07	0.10	0.48	<b>0.65</b>	9.5%	
HBs Ag test	0.13	0.10	0.48	<b>0.71</b>	5.0%	
CBC	1.18	0.18	0.97	<b>2.32</b>	8.2%	

Tabella 23

## Maternità, medicina generale, pediatria

DIAGNOSI	COSTI DIRETTI		COSTI INDIRETTI	COSTO PIENO UNITARIO	Case - mix	COSTO MEDIO REPARTO
	MEDICINALI	MATERIALI DI CONSUMO				
Malaria	3.4200	1.2100	8.4453	<b>13.0753</b>	62%	<b>15.22</b>
Pneumonia	2.4520	2.7700	14.0755	<b>19.2975</b>	24%	
Diarrhoea- Acute	5.3540	1.2200	5.6302	<b>12.2042</b>	8%	
Injuries / trauma due to other causes	1.5500	4.3750	22.5207	<b>28.4457</b>	4%	
Typhoid Fever	1.8400	0.0700	14.0755	<b>15.9855</b>	3%	

Tabella 24

### Chirurgia e sala operatoria

DIAGNOSI	COSTI DIRETTI		COSTI INDIRETTI	COSTO PIENO UNITARIO	Case - mix	COSTO MEDIO REPARTO
	MEDICINALI	MATERIALE MEDICO DI CONSUMO				
Taglio Cesareo (LSCS)	12.21	7.50	281.22	<b>300.93</b>	28%	<b>183.2</b>
Erniorrafia	6.44	2.02	105.46	<b>113.92</b>	21%	
Appendicectomia	8.30	2.98	175.76	<b>187.04</b>	17%	
Escissione (lipoma, fibroma, osteoma)	2.67	1.71	70.30	<b>74.68</b>	17%	
Piomiosite	4.74	1.46	175.76	<b>181.96</b>	17%	

Tabella 25

## 5.2 PREPARAZIONE DEL TARIFFARIO E DELLA POLICY PER IL COST SHARING OSPEDALIERO

Il processo di formulazione di un tariffario è complesso ed è caratterizzato da più dimensioni tra cui: la tipologia di processo con cui il prezzo è determinato, il grado di allineamento con le

politiche sanitarie nazionali e/o alle esigenze della zona in cui si vuole applicare il tariffario; il processo tecnico di *price setting*<sup>134</sup>.

Per quanto riguarda la prima dimensione, i processi possono essere raggruppati in tre categorie: *negoziazioni individuali* tra individui pagatori (ad esempio tra i singoli pazienti e gli erogatori di servizi sanitari); *negoziazioni collettive* tra associazioni di pagatori e associazioni di erogatori sanitari (in questo caso il prodotto delle negoziazioni è una gamma di prezzi uniformi per tutti i pagatori e gli erogatori); *Scelta del prezzo unilaterale* (è questo il caso in cui un regolatore, decide un prezzo basandosi sui costi medi delle prestazioni).

La formulazione dei tariffari deve tenere conto delle esigenze e delle politiche del paese o della zona in cui si applicano. Ad esempio, si possono regolare i prezzi in base a principi di giustizia (esenzioni di alcuni gruppi di pazienti), a principi di adeguatezza del pagamento (prezzi diversi a seconda delle zone geografiche di un paese), oppure per garantire un certo livello di qualità.

Per quanto riguarda l'ultima dimensione, la scelta dei prezzi si può basare su due diversi metodi di calcolo: *il gross-costing* (chiamato anche average costing approach, si basa sul calcolo dei costi medi di un dipartimento o di una categoria di servizi) e *il micro-costing* ( con questo metodo, i componenti rilevanti dell'analisi si trovano al livello più dettagliato, cioè quello del paziente o del servizio individuale, dove, misurando l'utilizzo specifico di risorse, si ottiene il costo specifico di una prestazione)<sup>135</sup>.

Se decliniamo i concetti teorici appena illustrati al caso dell'ospedale di Rumbek, si può affermare che, durante il processo di definizione del tariffario e della relativa policy:

---

<sup>134</sup> Price setting and price regulation in health care | Sarah L Barber, Luca Lorenzoni and Paul Ong for WHO and OECD | 2019 | <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325547/9789241515924-eng.pdf>

<sup>135</sup> Price setting and price regulation in health care | Sarah L Barber, Luca Lorenzoni and Paul Ong for WHO and OECD | 2019 | <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325547/9789241515924-eng.pdf>

- 1) La scelta del tariffario è stata unilaterale, non proveniente dal governo o dalle autorità sanitarie del Sud Sudan, ma dal top management dell'ospedale e dalle autorità sanitarie del Lakes State.
- 2) Nella definizione delle regole di compartecipazione (policy) non ci si è basati sulle politiche promulgate da autorità nazionali. Ad oggi infatti, in Sud Sudan, non esistono leggi che prevedono o in qualche modo regolano l'utilizzo di strumenti di compartecipazione alla spesa da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private, ma alcuni importanti ospedali pubblici, come il Juba Teaching Hospital <sup>136</sup> e il Wau State Hospital<sup>137</sup> negli ultimi anni (o mesi), hanno introdotto dei propri schemi e regolamenti di ticket sanitari (fees in inglese). La situazione dell'ospedale di Rumbek, influenzata dalla fuoriuscita del principale *donor* internazionale (sorte che per l'altro lo accomuna ai due altri ospedali sopra citati), ha, come abbiamo detto nel capitolo terzo, posto l'esigenza di ottenere fonti di finanziamento alternative per supportare la sostenibilità economica della struttura.
- 3) Per quanto riguarda la scelta delle modalità tecnica di calcolo, come si è già avuto modo di vedere, si è scelto un approccio gross-costing, poiché si è partiti dal calcolo del costo medio delle prestazioni di alcuni reparti.

L'obiettivo che l' Hospital management team ed il CUAMM si sono posti è in pratica quello di creare un sistema che possa finanziare il 10% dei costi ospedalieri e che allo stesso tempo, tramite anche la soppressione della raccolta informale dei pagamenti da parte dello staff ospedaliero, non vada ad influenzare negativamente l'accesso all'ospedale che, come si è visto nel capitolo III, è sempre stato in continua crescita negli ultimi anni, e che non si trovasse in

---

<sup>136</sup> Juba Teaching Hospital accused of extorting patients | Keji Janefer | Agosto 2021 | <https://cityreviewss.com/juba-teaching-hospital-accused-of-extorting-patients/>

<sup>137</sup> Wau Teaching Hospital to start charging patients next month | Radio tamazuji | Luglio 2022 | <https://radiotamazuj.org/en/news/article/wau-teaching-hospital-to-start-charging-patients-next-month>

contraddizione con i principi di diritto alla cura<sup>138</sup>, in particolar modo delle donne incinta e dei bambini.

Questa attività si è svolta in 3 fasi:

1) *Raccolta di input per la formulazione della policy e del tariffario*: oltre ad aver preso come punto di riferimento i costi medi dei reparti e delle prestazioni dell'ospedale stesso, il team ha contemporaneamente cercato di capire come gli altri ospedali sudanesi stavano affrontando il ritiro dei finanziamenti di HPF ed in particolare se avessero previsto l'introduzione di sistemi di cost sharing. Dopo aver contattato il management dell'ospedale statale di Wau e dell'ospedale universitario di Juba, la risposta è stata affermativa: entrambi gli ospedali avevano o stavano per implementare un sistema di cost sharing. Dal primo ospedale, il team ha ottenuto il tariffario (ancora in fase di approvazioni da parte delle autorità sanitarie) e dal secondo solo le prestazioni che erano già sottoposte ad un sistema di ticket. Le prime sono state ritenute più utili allo scopo della ricerca visto che le caratteristiche geografiche, culturali, economiche e sociali dello stato di cui Wau è la capitale (Western Bahr El Ghazal) sono molto simili a quello del Lakes State.

Anche il tariffario proposto all'ospedale di Mapourdit, situato nella contea di Rumbek East che il team aveva visitato nel mese di Aprile (la visita in questo ospedale è stata illustrata nel cap .IV) si è rilevato utile allo scopo

2) *Fase di stesura del tariffario e delle sue regole*. Per questa fase il team di lavoro si è riunito per due sessioni in modalità plenaria. Nella prima sessione il team ha condiviso

---

<sup>138</sup> Ticket sanitari. Tutti li detestano (a parole) ma nessuno li tocca | Cesare Fassari | Ottobre 2017 | [http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=54474](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=54474)

i risultati della ricerca sui sistemi di cost sharing di altri ospedali e i risultati dell'analisi dei costi dei reparti dell'ospedale. I membri hanno anche concordato sulle categorie di pazienti e/o di prestazioni esenti dal pagamento del ticket e i reparti/servizi da includere nella prima proposta di cost sharing.

Nel secondo meeting il team ha prodotto la bozza di tariffario da sottoporre alle autorità sanitarie (ministero della salute del Lakes State) e governative del Lakes State e successivamente a quelle sanitarie nazionali (ministero della salute nazionale). Qui di seguito la bozza così come presentata al ministero locale della salute e al parlamento del Lakes State (tabella 27, 28, 29 e 30). Le tariffe sono espresse nella moneta sud sudanese, il SSP (South Sudanese Pound), il cui cambio con i dollari statunitensi al momento si attesta a 614 SSP = 1 USD<sup>139</sup>.

*Tariffa di una consultazione medica presso gli ambulatori*

1. OUT PATIENTS DEPARTMENT	
FEE (SSP)	EXEMPTED PATIENTS
200	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients directed to the ward (admission)</li> <li>- Under 5</li> <li>- Pregnant women</li> <li>- Blind people</li> <li>- RSH Staff and close family members (wife + children)</li> <li>- Other cases decided by Medical director</li> </ul>

Tabella 37

Nella colonna di sinistra il prezzo del ticket per ogni visita ambulatoriale, mentre a destra le regole per le esenzioni

*Tariffa di un esame in radiologia:*

<sup>139</sup> Tasso di cambio ad Agosto 2022

3. RADIOLOGY DEPARTMENT	
FEE (SSP)	EXEMPTED PATIENTS
- 2500 SSP for X-Ray	Exemption decided by Medical director

Tabella 28

Anche qui, a sinistra il costo degli esami diagnostici a sinistra, mentre a destra i casi di esenzione dal pagamento.

*Tariffe per gli esami diagnostici in laboratorio*

2. LABORATORY		
TEST	FEE (SSP)	EXEMPTED PATIENTS + OTHER RULES
RDT >5	500	<p>Blood donors  RSH Staff and close family members (wife + children)  Pregnant women, if instructed to take more than one test, must pay a fee of 1.000 SSP. The costs of the different test can not be summed.</p>
BLOOD GROUP	700	
HIV TEST	500	
WIDAL NEG	700	
HBs Ag test	700	
HCV TEST	700	
RPR/VDRL test	500	
URINANALYSIS TESTS	700	
Hb > 10 g/dl	700	
Hb 7 to 10 g/dl	700	
Hb <7g/dl	700	
BRUCELLA	700	
HCG	500	
WBC COUNT	8500	
H. Pilory	700	
CBC	1000	
STOOL test	700	
BLOOD GLUCOSE FBG	700	
BLOOD GLUCOSE RBC	700	

Tabella 29

Anche in questo caso, a sinistra il costo degli esami diagnostici a sinistra, mentre a destra i casi di esenzione dal pagamento o i casi di pagamento ridotto

*Ricovero nei reparti (medicina generale e pediatria, e maternità)*

4. WARDS ADMISSION	
Ward	EXEMPTED PATIENTS
- <b>1000 SSP per admission, regardless of the duration of hospitalization</b>	<b>Exemption decided by Medical director</b>

Tabella 30

- 3) L'ultima fase, ancora non conclusa, è quella di condividere la bozza con il ministero della salute locale che a sua volta la sottoporrà al vaglio del parlamento del Lakes State che potrebbe proporre delle modifiche. Una volta ultimato questo passaggio la proposta definitiva deve essere trasmessa al ministero della salute nazionale per un ulteriore passaggio di validazione.

Nell'ambito del lavoro si è provato a quantificare i proventi derivanti dal sistema di cost sharing e la percentuale di copertura dei costi ospedalieri considerando il volume di produzione dell'OPD, del laboratorio e dei reparti di pediatria e medicina generale nel 2021 e le tariffe così come riportate nella prima bozza di tariffario.

Al fine di un calcolo più realistico, considerando che la riscossione dei pagamenti potrebbe essere minore di quello che ci si aspetta a causa delle esenzioni, è deciso di considerare il 70% del volume produttivo nel 2021 dell'OPD e dei reparti di maternità, pediatria e medicina generale e l'80% del volume di produzione del laboratorio nel 2021. Di seguito una tabella (numero 31) in cui vengono riassunti i calcoli eseguiti ed una stima di introiti che con il sistema di cost sharing l'ospedale potrebbe avere in un anno.

REPARTO	VOLUME PRODUZIONE 2021	VOLUME 70%	VOLUME 80%	TARIFFA SSP	RICAVI TOTALI SSP	RICAVI TOTALI USD
MATERNITA', PEDIATRIA, MEDICINA GENERALE	21218	14852.6		1000	14852600	24189.90
OPD	39026	27318.2		200	5463640	8898.44
LABORATORIO						
RDT >5	17509		14007.2	500	7003600	11406.51
BLOOD GROUP	3542		2833.6	700	1983520	3230.49
WIDAL NEG	2901		2320.8	700	1624560	2645.86
HIV TEST	2663		2130.4	500	1065200	1734.85
CBC	2500		2000	1000	2000000	3257.33
HBs Ag test	1533		1226.4	700	858480	1398.18
HCV TEST	1379		1103.2	700	772240	1257.72
RPR/VDRL test	1275		1020	500	510000	830.62
URINANALYSIS TESTS	987		789.6	700	552720	900.20
Hb > 10 g/dl	910		728	700	509600	829.97
BRUCELLA NEG	714		571.2	700	399840	651.21
Hb 7 to 10 g/dl	666		532.8	700	372960	607.43
Hb <7g/dl	426		340.8	700	238560	388.53
HCG	300		240	500	120000	195.44
H. Pilory	198		158.4	700	110880	180.59
BLOD SUGAR	191		152.8	700	106960	174.20
WBC COUNT	180		144	8500	1224000	1993.49
STOOL test	43		34.4	700	24080	39.22
<b>TOTALE LABORATORIO</b>						31721.82
<b>TOTALE RICAVI OSPEDALE</b>						<b>64810.16</b>

Tabella 31

Con un totale d 64810.16 USD, si potrebbero coprire il 7.9 % di tutti i costi ospedalieri esclusi quelli per le costruzioni, le ristrutturazioni e per i salari dello staff internazionale.

## **5.3 PROPOSTA DI GESTIONE DEL FLUSSO DI CASSA DERIVANTE DAL COST SHARING**

In vista dell'approvazione e dell'introduzione effettiva del sistema di cost sharing, si è reso necessario progettare preventivamente un sistema in grado di gestire il flusso di cassa che si verrà a creare con gli introiti derivanti dal pagamento dei ticket, considerando però:

- che l'ospedale non possiede, e non possiederà nel breve periodo, un sistema di tenuta contabile<sup>140</sup>;
- che i pagamenti saranno eseguiti in contanti.

La decisione finale è stata dunque quella di optare per un sistema estremamente semplice formato da due livelli.

Un primo livello rappresentato dagli “uffici ticket” che avranno il compito di emettere i ticket e riscuotere i relativi pagamenti, rispettando il tariffario ufficiale dell'ospedale e le regole previste dalla relativa policy di compartecipazione. Uno dei due uffici sarà ubicato nell'Out Patient Department (gli ambulatori), mentre l'altro presso il laboratorio.

Un secondo livello rappresentato da un ufficio (chiamato ufficio contabilità o accounting office in inglese) che avrà invece la responsabilità di raccogliere gli incassi giornalieri e gestire i conseguenti flussi di cassa grazie anche ad un libro cassa (cashbook)<sup>141</sup> appositamente creato per lo scopo.

---

<sup>140</sup> Inteso come il complesso di rilevazioni contabili che prendono in considerazione l'intero sistema di operazioni aziendali in un certo periodo amministrativo, con il fine di determinare il reddito di esercizio ed il patrimonio aziendale.

<sup>141</sup> Il libro cassa è un libro mastro sussidiario in cui vengono registrate tutte le operazioni di incasso e pagamento in contanti. Le registrazioni vengono periodicamente inglobate nella contabilità generale e sempre periodicamente vengono confrontate con i registri della cassa o della banca tramite una riconciliazione di cassa o di banca.

Dal punto di vista delle risorse umane, la struttura che gestirà il flusso di cassa, sarà composta da tre cassieri: due localizzati all'interno dei due uffici ticket ed uno che presiederà l'ufficio contabilità. Le tre nuove figure saranno sottoposte alla supervisione del direttore amministrativo dell'ospedale.

Di seguito il funzionamento del sistema partendo dalla presa in carico del paziente.

### Emissione del ticket e relativo pagamento

**Pagamento del ticket per prestazioni diagnostiche (laboratorio):** il sistema inizia quando il paziente si presenta presso l'ufficio ticket del laboratorio con la prescrizione contenente la richiesta di uno o più esami diagnostici rilasciata dall'OPD, dai reparti o da altri medici privati esterni all'ospedale. Dopodiché, il cassiere procederà con il rilascio del ticket previa pagamento dell'ammontare previsto per l'erogazione dell'esame (o più esami) richiesto. Con il ticket e la prescrizione, il paziente avrà diritto all'erogazione dell'esame di cui ha bisogno.

**Pagamento del ticket per ricovero in reparto:** quando il paziente è ricoverato in uno dei reparti, il pagamento del ticket (ove previsto dalla policy) deve essere effettuato dal paziente stesso, o, se impossibilitato per motivi di salute, da un suo familiare. Il pagamento verrà effettuato presso l'ufficio del cassiere situato nel laboratorio a partire dal primo giorno di ricovero. Sarà cura del capo reparto in cui il paziente è in cura ad indirizzare il paziente stesso e/ il suo familiare presso l'ufficio del cassiere.

**Pagamento del ticket per consultazioni mediche ambulatoriali (Out Patient Department):** il paziente sarà preso inizialmente in carico da una figura medica (il clinical officer<sup>142</sup>) che procederà ad una rapida valutazione clinica ed anagrafica del paziente. Dopo questo primo

---

<sup>142</sup> Nei sistemi sanitari dell'Africa subsahariana è una figura molto comune: dopo tre anni di formazione, il clinical officer riceve un diploma in medicina o salute comunitaria | <http://dictionary.sensagent.com/Clinical%20officer/en-en/>

screening, si avranno le informazioni necessarie per l'erogazione del ticket (età, sesso, stato di salute, gravità sintomatologica, ecc.): in questa fase si deciderà se il paziente è esente o meno dal pagamento del ticket per la visita ambulatoriale o deve essere indirizzato ai reparti per il ricovero. Ad ogni modo, se il paziente è esente dal pagamento, riceverà un ticket apposito, altrimenti dovrà versare la somma prevista per la consultazione medica di cui ne otterrà il diritto presso gli ambulatori.

### Raccolta degli incassi giornalieri

Sarà dunque compito del contabile raccogliere quotidianamente gli incassi degli uffici ticket presso il laboratorio e gli ambulatori e depositarli poi nella cassa centrale dell'ospedale. Il contabile dovrà anche controllare la congruenza tra l'incasso giornaliero e i ticket rilasciati nello stesso giorno per evitare qualsiasi caso di appropriazione indebita o di perdita di denaro.

### Gestione dei flussi monetari

Il contabile dovrà garantire le registrazioni di ogni movimento monetario, sia in entrata (incassi giornalieri provenienti dai ticket) che in uscita (spese ospedaliere effettuate in contanti o depositi dei contanti presso il contro corrente bancario dell'ospedale) nel cashbook di cui sarà l'unico utilizzatore. Settimanalmente, il contabile dovrà provvedere ad una conciliazione di cassa con il fine di assicurarsi che il saldo settimanale risultante dal libro di cassa coincida con l'ammontare fisico della cassa centrale. Di seguito il formato Excel (contenente degli esempi di registrazione) che sarà utilizzato per il giornale di cassa (figura 3).

#	Date	Ward/ Department	Category	Description	Inflow		Outflow		Balance	
					SSP	USD	SSP	USD	SSP	USD
	01.08.2022			Opening 01.08.2022					150,000.00	-
1	02.08.2022	MATERNITY	CLEANING MATERIAL	PURCHASE OF MOPS AND BROOMS			20,000.00		130,000.00	-
2	02.08.2022	OPD	CLEANING MATERIAL	PURCHASE OF MOPS AND BROOMS			10,000.00		120,000.00	-
3	03-01-00	OPD	REVENUE	DAILY CASH IN	#####				141,500.00	-
4									141,500.00	-
5									141,500.00	-
6									141,500.00	-
7									141,500.00	-
8									141,500.00	-

Figura 3

I compiti del direttore amministrativo saranno ovviamente di supervisione e controllo del funzionamento del sistema stesso di contabilità.

## CONCLUSIONE

In questa tesi si è avuto inizialmente modo di osservare, attraverso l'illustrazione della composizione della spesa sanitaria dei paesi dell'Africa Subsahariana, come sia complicato per questa parte del globo garantire un finanziamento adeguato e stabile ai sistemi sanitari che scontano un ridotto impegno finanziario della autorità pubbliche locali e una forte dipendenza da finanziamenti, contributi e donazioni provenienti dai paesi più sviluppati a tal punto da causare un'inadeguata risposta sanitaria alle epocali e profonde problematiche della salute di queste popolazioni.

In questo scenario, la repubblica del Sud Sudan e il suo sistema sanitario rappresentano uno degli esempi più negativi che lo pongono tra i peggiori sia se si esaminano importanti indicatori di salute pubblica, sia se si analizza la solidità economica dei sistemi stessi e questo a causa di: un finanziamento pubblico ridotto all'osso (circa il 2% del PIL); stato delle infrastrutture altamente deficitario e difficoltà a raggiungere le stesse da una parte importante della popolazione; capitale umano deficitario sia in termini qualitativi che quantitativi; dipendenza predominante dalle donazioni di agenzie, donatori e governi esteri; situazione politica, sociale ed economica del paese estremamente instabile.

Le condizioni del sistema sanitario del Sud Sudan si ripercuotono nelle singole strutture che lo compongono: l'ospedale pubblico di Rumbek (capitale di uno degli stati più popolosi del Sudan), ne è un vivido esempio. L'ospedale infatti, che è uno dei più importanti del paese in termini di attività produttiva ospedaliera e ricoveri, sconta un deficit di risorse umane qualificate, una governane debole ed una situazione finanziaria precaria dovuta a:

- l'assenza di finanziamento pubblico;
- il fatto che i ricavi ospedalieri dipendano - nella quasi totalità - da contributi monetari ed *in kind* provenienti da agenzie ed ONG internazionali, tra i quali, il

donatore principale (che garantisce il 38% delle risorse ospedaliere), ha annunciato la fine assoluta dei finanziamenti diretti all'ospedale stesso.

Alla luce di questa condizione finanziaria precaria, il management ospedaliero si è ritrovato obbligato a trovare soluzioni di breve e medio periodo per cercare di tamponare la drastica riduzione delle entrate ospedaliere. Una delle ONG presenti all'interno dell'ospedale, che supporta la gestione della maggior parte della struttura - il CUAMM Medici con l'Africa - è stata scelta come facilitatore per la messa in opera di un intervento progettuale proprio ad affrontare questa situazione. L'intervento, elaborato con i metodi di scrittura progettuale del Project Cycle Management e portato avanti da un team interdisciplinare composto da membri dell'ONG CUAMM Medici con l'Africa e dell'ospedale, si è concentrato su due obiettivi principali:

- la riduzione dei costi tramite un più efficiente consumo dei farmaci e il miglioramento del sistema di manutenzione delle strutture ospedaliere;
- l'aumento dei ricavi ospedalieri tramite l'aumento dei contributi delle altre ONG presenti nell'ospedale e l'introduzione di un sistema di compartecipazione dei pazienti alla spesa ospedaliera.

L'ultima parte di questa tesi si è dunque concentrata sulla costruzione del sistema di compartecipazione alla spesa (ticket), tramite i seguenti passi:

- analisi dei costi medi dei reparti, le cui prestazioni saranno sottoposte a pagamento del ticket tramite metodo *full costing*;
- formulazione del tariffario e del relativo regolamento;
- costruzione di un sistema di gestione del flusso di cassa generato dagli introiti creati dai ticket.

Le proposte e le attività messe in cantiere e descritte in questo elaborato non riusciranno a risolvere in maniera prevalente i problemi di sostenibilità economico-finanziaria, ma segnano un importante inizio verso il raggiungimento o meglio la tendenza ad essa.

Per la prima volta infatti, il management ospedaliero e le autorità sanitarie responsabili della struttura stessa sono usciti dal *comfort zone* dei contributi e dei finanziamenti internazionali ricevuti senza rigore di logica e per la prima volta si sono interrogati sulla struttura dei costi ospedalieri e sull'esistenza di fonti di finanziamento alternative.

Questo è il lascito e l'obiettivo più importante che questo progetto (descritto in questa tesi) vuole lasciare con la speranza che possa diventare presto l'incipit di un'attività programmatica che possa portare l'ospedale di Rumbek a performance migliori e sempre più in linea con le aspettative della comunità.