

# Relazione

## “Prospettive per il sistema sanitario altoatesino”

Elaborato da:

Dott. Marino Nicolai  
a.o.Univ.-Prof. Dr. Leopold Saltuari  
Dr. Gerhard Gruber

Settembre 2005

## Indice

1) Premessa.....	S.	2
2) Lo scenario.....	S.	4
3) Analisi critica dell'attuale sistema sanitario della provincia autonoma di Bolzano.....	S.	7
4) Principi per un futuro modello sanitario altoatesino.....	S.	14
<u>Il modello sanitario dell' Alto Adige</u> .....	S.	16
<u>Strutture territoriali e autonomia manageriale</u> .....	S.	17
<u>Garanzia di qualità e standard unitari</u> .....	S.	19
<u>Responsabilità locale e partecipazione dei partner sociali</u> .....	S.	19
5) Riorganizzazione.....	S.	21
<u>Prevenzione</u> .....	S.	23
<u>Collegio dei sindaci</u> .....	S.	29
<u>Consiglio dei sanitari</u> .....	S.	30
<u>Direttore Generale</u> .....	S.	32
<u>Direttore Sanitario, Direttore Tecnico Assistenziale e</u> <u>Direttore Amministrativo</u> .....	S.	33
<u>Il Direttore di Comprensorio sanitario</u> .....	S.	36
<u>Presidi ospedalieri</u> .....	S.	36
<u>Area territoriale</u> .....	S.	37
<u>Collegio di Direzione</u> .....	S.	38
<u>Funzioni di staff</u> .....	S.	38
6) Proposte per il miglioramento della qualità e dell'efficienza.....	S.	40
6/1 Considerazioni generali sulla qualità.....	S.	40
6/2 Riorganizzazione dell'assetto ospedaliero.....	S.	42
7) I risparmi connessi all'attivazione dell'azienda unica.....	S.	44
<u>Annotazioni sulla riduzione della spesa</u> .....	S.	46
8) Sinetsi.....	S.	50
I 10 punti più importanti per il sistema sanitario alto atesino.....	S.	50
ALLEGATO.....	S.	53
9) Ulteriori considerazioni.....	S.	54

## 1) Premessa

Il 17 maggio 2005 siamo stati incaricati dall'Assessorato Sanità a svolgere un'analisi dell'attuale sistema sanitario dell'Alto Adige e di elaborare una proposta riguardante il nuovo orientamento del sistema sanitario pubblico.

Al gruppo di esperti hanno partecipato rappresentanti dei settori di medicina, amministrazione, legislazione, economia politica e *management*.

Al *team* hanno collaborato:

Dott. Marino Nicolai, esperto di organizzazione sanitaria. Amministratore straordinario e direttore generale dal 1991 al 2005 di Aziende Sanitarie tra cui la U.S.L. di Massa-Carrara, l'Azienda Provinciale per i servizi sanitari della Provincia Autonoma di Trento e l'Azienda ospedaliera ospedali riuniti di Trieste;

Prof. Dr. Leopold Saltuari, Direttore sanitario dell'ospedale di Hochzirl (Austria) Primario del reparto di neurologia dell'Ospedale di Hochzirl;

Dr. Gerhard Gruber, Amministratore delegato delle case di cura S. Maria a Bolzano e Fonte S. Martino a Merano; Consigliere della Federazione, a livello europeo, delle strutture ospedaliere gestite da "Vinzentinischer Trägerschaft".

La presente relazione, oltre a descrivere gli sviluppi più recenti in Europa, in particolare considerazione dei fenomeni riscontrati nelle Regioni vicine, riporta un modello organizzativo concreto che in futuro potrà costituire la base del settore sanitario provinciale.

Una premessa essenziale dei lavori è stata l'esigenza di progettare una futura struttura aziendale che permetta alla nostra Provincia di affrontare le emergenti sfide transfrontaliere all'interno dell'Europa che investono il "settore sanitario". Gli scopi primari furono, sin dall'inizio, la discussione sull'argomento della qualità ed il mantenimento non soltanto di un sistema sanitario pubblico capillare, ma anche dei sette ospedali esistenti.

Basandosi su tali presupposti, la relazione riporta le linee guida per garantire un'elevata qualità, un alto grado sia di efficienza ed efficacia che di economicità. Questo sarà assicurato dalla struttura aziendale proposta, al fine di affrontare efficacemente le future sfide.

## 2) Lo scenario

Dopo una prima fase nella quale i Paesi evoluti quasi ovunque si sono dotati di sistemi sanitari ad accesso universale e basati sull'equità (durata fino alla fine degli anni Settanta) e una seconda fase concentrata sulle esigenze di controllo di una spesa crescente (anni Ottanta e inizio anni Novanta) con una terza fase, in corso ancora oggi, le riprogettazioni dei sistemi sanitari si sono focalizzate **sulla coniugazione di qualità ed efficienza**, sotto la spinta di alcuni importanti fattori:

- a) **la salute è sempre più sentita dal cittadino come diritto fondamentale** per il quale si pretendono le migliori prestazioni sia sotto il profilo tecnico che della qualità dei trattamenti. Il cittadino esige prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione sempre più rapide, appropriate e, nello stesso tempo, di alta qualità;
- b) **la straordinaria evoluzione delle tecnologie** (dalla diagnostica per immagini alle tecniche chirurgiche e anestesologiche, oncologiche etc.) **sta comportando una rivoluzione negli approcci assistenziali e l'esigenza di rimodulare la catena di servizio** (ad esempio nel rapporto ospedale-territorio e nelle modalità organizzative interne all'ospedale);
- c) **lo sviluppo demografico**, caratterizzato dalla crescita dell'aspettativa di vita e l'incremento delle patologie cronico-degenerative hanno inoltre indotto nuovi bisogni. Ciò si traduce in una forte crescita dei consumi sanitari;

Conseguentemente, quasi tutti i sistemi hanno introdotto meccanismi come **il pagamento a tariffa (DRG)**, che spinge in direzione dell'efficienza e **il principio della libera scelta del cittadino** (già fortemente consolidato in Italia) che spinge in direzione della qualità. Questi meccanismi, che comportano il consolidarsi **di elementi di competitività** tra le strutture sanitarie, vengono bilanciati dal **principio di appropriatezza**, secondo il quale le prestazioni devono corrispondere alle reali necessità del paziente, che impone l'elaborazione **di strumenti di controllo sulle prestazioni erogate**, al fine di evitare l'uso distorto di quelli di competitività.

In particolare tuttavia il **principio di libera scelta del cittadino** si sta rivelando nel sistema italiano **un forte motore di cambiamento**, attraverso le decisioni di mobilità dei cittadini.

Il flusso della mobilità tra le regioni italiane nel 2003 (dati ministeriali) ascende a euro 3.197.772.000 (circa 6.000 miliardi delle vecchie lire) ed appare evidente che la gran parte del flusso è riconducibile **a scelte consapevoli di trasferimento determinate dalla volontà di ottenere trattamenti sanitari migliori**. La dimensione del fenomeno fa apparire altrettanto evidente che, al di là degli sforzi di regolamentazione del sistema, **processi di competitività tra sistemi regionali e tra aziende sono già ampiamente in atto**.

Analoghe realtà si riscontrano in quasi tutti paesi europei.

A quanto sopra occorre aggiungere una valutazione sul contesto europeo. In sede europea è in corso il confronto su norme in materia sanitaria destinate **a liberalizzare la circolazione dei pazienti**, a seguito anche di sentenze della Corte di Giustizia che vanno in questa direzione.

La conseguenza prevedibile è che anche in campo sanitario si aprano prospettive di collaborazione e di integrazione, ma anche di competitività per attrarre pazienti. Appare logico concludere che i sistemi sanitari europei, tanto più di regioni di confine, dovranno prepararsi a questa nuova sfida che si giocherà soprattutto sulla qualità, ove non si vogliano perdere pazienti, il che costituirebbe **prima di tutto un problema di impoverimento di tutto l'assetto professionale e assistenziale e poi economico**. Del resto alcune regioni italiane come il Veneto (già molto attrattivo) e il Friuli Venezia Giulia, stanno già muovendosi in **un ambito di costruzione di euro regione** (con Carinzia, Slovenia ed Istria), tra i cui temi figura in primis quello della **“collaborazione sanitaria”**.

Insomma **appropriatezza, qualità ed efficienza** (non si tratta di spendere meno ma di spendere meglio) sono le parole d'ordine **per innovare sistemi che possano confrontarsi con quelli italiani ed europei in un contesto competitivo**, riducendo le eventuali fughe di pazienti a quelle programmate e **costruendo viceversa centri di**

**competenza e di eccellenza che possano attrarre**, al fine di evitare impoverimenti del complesso professionale ed assistenziale con effetti “a catena”.

Per **centro di competenza** intendiamo una struttura monospecialistica o una struttura organizzativa interdisciplinare (per esempio, a livello di dipartimento strutturale), in cui è assicurata una elevata competenza professionale e organizzativa per la diagnosi e cura di determinate patologie.

Il centro di competenza può essere una struttura unica per l'intero territorio provinciale (ad esempio, neurochirurgia, cardiologia interventistica, radioterapia) o rappresentare una struttura di coordinamento specialistico (ad esempio, oncologia medica, dietetica e nutrizione clinica, nefrologia, medicina sportiva, reumatologia), per cui, a prescindere dal luogo di erogazione, sono garantite prestazioni sanitarie secondo i più elevati standard internazionali.

Per **centro di eccellenza** intendiamo una struttura specialistica che eroga prestazioni di elevata complessità, il cui bacino di utenza si estende di norma verso altre regioni sia in ambito nazionale che all'estero (ad esempio, ematologia, procreazione medico-assistita).

In diverse regioni d' Italia, così come in altri paesi europei, per raggiungere un posizionamento forte sul futuro mercato sanitario, sono state accorpate più aziende sanitarie in un'unica azienda. Solo così è stato possibile ottenere i numeri minimi che garantiscono **appropriatezza, qualità ed efficienza**.

### **3) Analisi critica dell'attuale sistema sanitario della provincia autonoma di Bolzano**

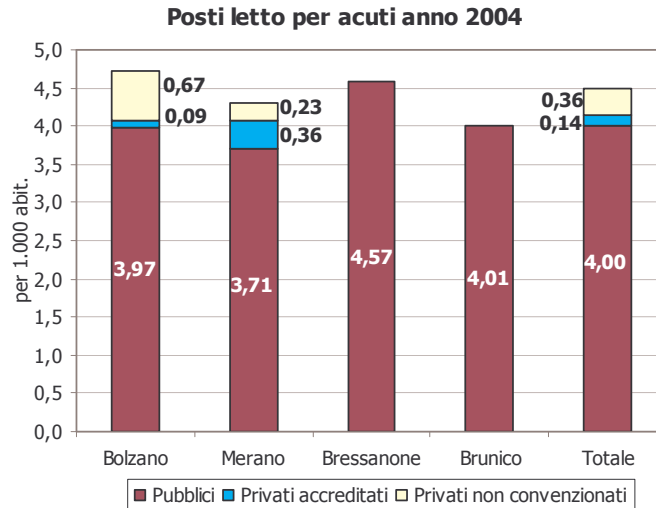
Gli indici di salute disponibili, ricavabili dalle relazioni sanitarie provinciali, **mostrano un quadro decisamente positivo dello stato di salute della popolazione** (elevata speranza di vita, mortalità infantile ai minimi livelli, mortalità per malattie cardiovascolari e per tumore inferiori alla media nazionale, etc.).

**L'assistenza territoriale presenta una ricchezza di servizi insolita nel panorama italiano** (l'odontostomatologia, i consultori pediatrici e ostetrici, i servizi dietetico nutrizionali, i servizi infermieristici territoriali, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare programmata e integrata; così come la capillare organizzazione dei servizi psichiatrici e di assistenza psicologica, area critica in molte regioni).

Ugualmente **l'assistenza ospedaliera risponde in maniera complessivamente adeguata alle esigenze della popolazione**, soprattutto nelle specialità di base e di media assistenza, con una notevole performance **quantitativa e anche qualitativa**, in relazione tra l'altro all'ottima dotazione tecnologica degli ospedali.

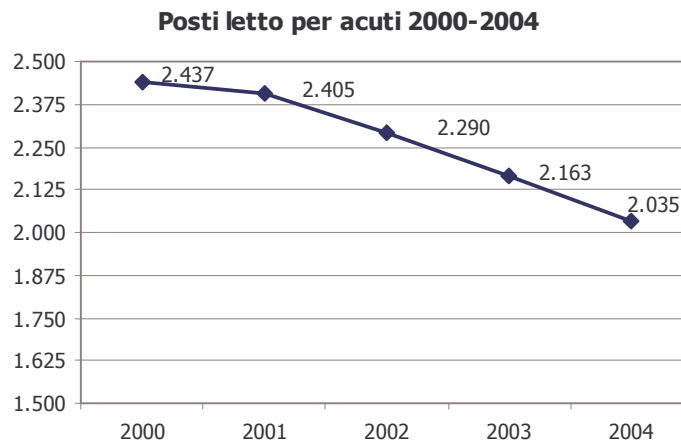
In altre parole il sistema sanitario provinciale ha evidentemente svolto bene il proprio ruolo nel tempo. **Occorre tuttavia accelerarne l'evoluzione**, con riferimento allo scenario prima individuato, **al fine di raggiungere un'eccellenza complessiva**, indispensabile nel quadro competitivo che si sta aprendo.

In questo senso il sistema, come dimostrano i vari indici (ospedalizzazione, spesa relativa per il macro livello ospedaliero, etc.) è ancora troppo **ospedalocentrico**.

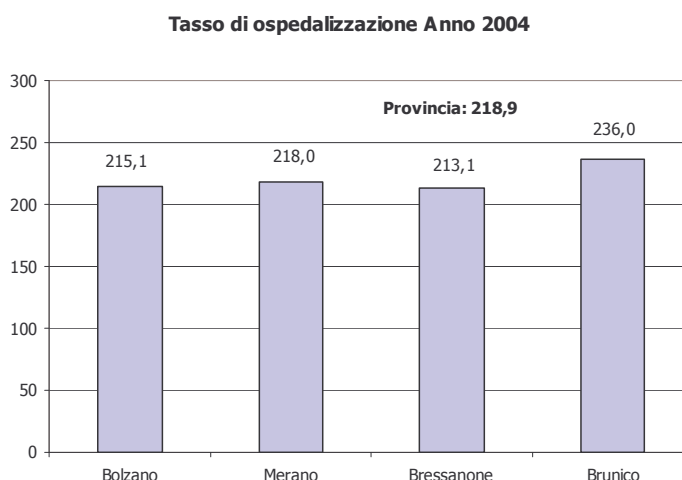


Infatti, pur con le riduzioni di posti letto per acuti degli ultimi anni, nel 2004 vi era ancora **un eccesso di posti letto per acuti** nel territorio provinciale (4,14 per mille abitanti) rispetto all'indice del 3,5 per mille abitanti previsto dall' accordo Stato-Regioni del marzo 2005.

Comunque negli anni dal 2000 al 2004 si è verificata una riduzione di posti letto per acuti tra pubblico e privato (convenzionato) di 402 posti letto. Alla fine dell'anno 2004 sono disponibili complessivamente 2.035 posti letto per acuti in regime ordinario (pubblico e privato convenzionato).



Nello stesso periodo sono stati incrementati i posti letto per la riabilitazione (cod. 56 e cod. 60)<sup>1</sup> per un numero complessivo di 104 posti letto. Per il day hospital la percentuale sul totale dei ricoveri in Alto Adige nel anno 2004 si attesta sul 22,6%, quindi largamente al di sotto alla media nazionale (35%). Il surplus di posti letto per acuti è del resto confermato **dall'indice di ospedalizzazione<sup>2</sup> della popolazione provinciale ancora molto elevato** (218,9 ricoveri per mille abitanti nel 2004 contro i 180 ricoveri per mille abitanti previsti dall'accordo Stato-Regioni del marzo 2005).



Viceversa appare poco avanzato **il concetto di “rete ospedaliera”, con un’eccessiva frammentazione della casistica tra i vari ospedali.** Tale situazione si ripercuote negativamente sulla possibilità di creare strutture centrali ad elevato livello specialistico (centri di competenza, centri di eccellenza).

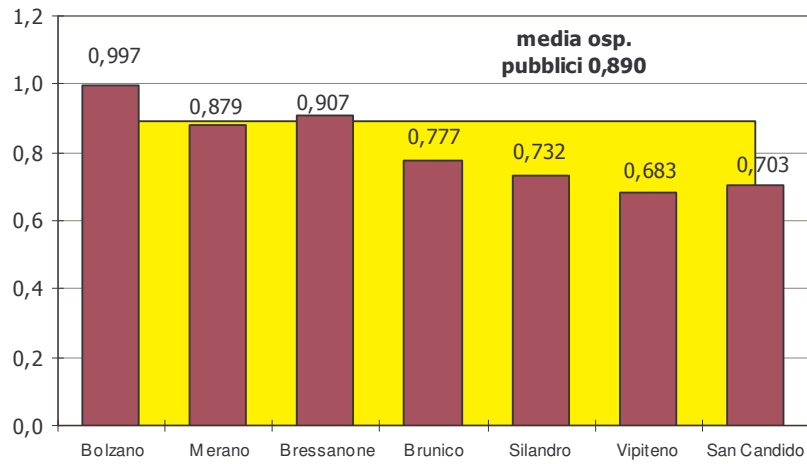
Il case-mix<sup>3</sup> medio provinciale 0,89 è significativamente al di sotto della media nazionale.

<sup>1</sup> Codice 56: Riabilitazione post acuzie  
Codice 60: Lungodegenza post acuzie

<sup>2</sup> indice di ospedalizzazione: Numero di ricoveri per mille abitanti

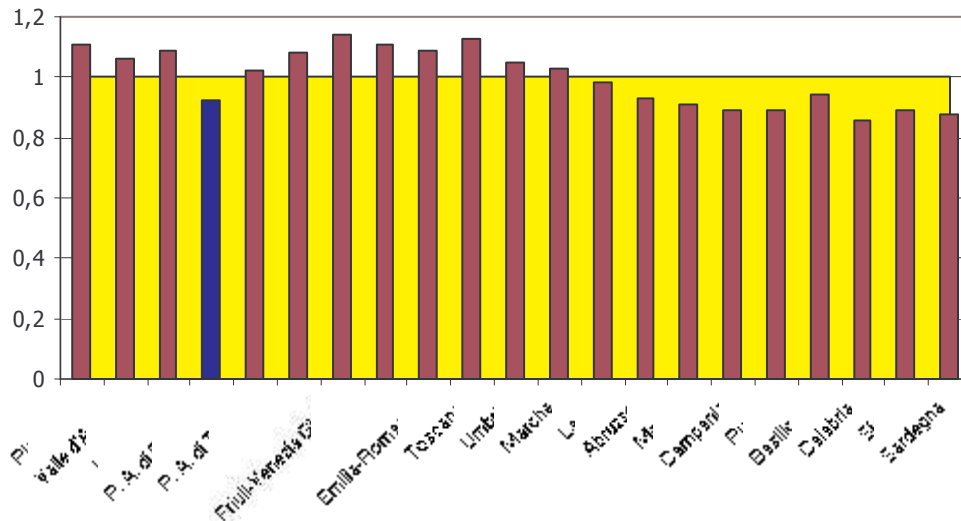
<sup>3</sup> Case-mix: L'indice case-mix esprime la complessità e la difficoltà degli interventi compiuti nella sanità. Interventi di una complessità molto bassa (per cui anche con un Case-mix molto basso) sono interventi semplici come p.e. appendiciti senza complicazioni; interventi di una complessità alta sono interventi difficili come p.e. il trapianto dei reni..

**Indice di case-mix per gli ospedali pubblici anno 2004**



L'indice di riferimento, a livello nazionale, va da 1,4 per ospedali regionali a 0,8 per ospedali di zona. Ciò significa che il numero di prestazioni complesse è mediamente inferiore ad analoghe strutture a livello nazionale.

**Indice di Case-mix nelle Regioni Italiane Anno 2003**



Fonte: Ministero della Salute

**Conseguenza di ciò appare la consistente mobilità passiva** per 7.618 ricoveri fuori provincia nel 2004, pari al 7,5% del totale dei ricoveri, di cui il 4,4% verso regioni italiane e il 3,1% verso l’Austria ed altri Paesi dell’Unione Europea.

Appare pertanto necessario agire per modernizzare il sistema, secondo **le linee già individuate dal documento approvato dalla giunta provinciale nell’aprile del 2004**, che possono essere sintetizzate nel concetto di **appropriatezza delle prestazioni e razionalizzazione delle risorse**.

Corollari di questa impostazione sono:

- a) **il potenziamento, soprattutto qualitativo, dell’assistenza territoriale**, che deve farsi carico di alcune prestazioni sottratte alle strutture ospedaliere (assistenza domiciliare in alternativa al ricovero, dimissioni protette, prestazioni ambulatoriali di primo intervento);
- b) **la rimodulazione della catena produttiva ospedaliera** (meno ricoveri ordinari, più day-hospital e soprattutto day-surgery, più prestazioni ambulatoriali, mediche e/o chirurgiche);
- c) **la razionalizzazione dell’assetto ospedaliero** (forte riduzione dei posti letto per acuti in regime ordinario, con incremento di quelli per day-hospital/day-surgery, incremento di quelli per riabilitazione e lungodegenza). In questo contesto va affrontato il problema della **“messa in rete “ degli ospedali, accorpendo la casistica per alcune patologie complesse al fine di creare centri di competenza e di eccellenza**. La razionalizzazione va accompagnata con **la riorganizzazione di alcuni settori** (esempio riabilitazione e oncologia dove mancano unità specialistiche di riferimento provinciale) e con una valutazione **sull’opportunità di introdurre specialità oggi non presenti** (esempio chirurgia plastica, chirurgia toracica), possibilmente riconvertendo strutture esistenti o **ulteriori alte specialità** (esempio cardiocirurgia che darebbe completezza ed impulso a tutto il settore cardiologico).

Per realizzare questi obiettivi e quindi **costruire una realtà di eccellenza occorre superare l'eccessiva frammentazione del sistema**, attualmente articolato in quattro aziende sanitarie.

Il sistema attuale è caratterizzato da un numero elevato di **centri decisionali** che influiscono negativamente sulla programmazione operativa. Così esistono liste d'attesa in una Azienda sanitaria e potenzialità non sfruttate, per la stessa questione, in un'altra.

L'attuale suddivisione in 4 Aziende sanitarie ha comportato una superflua moltiplicazione di uffici per le medesime attività amministrative (ad esempio, gestione delle risorse umane, economato-provveditorato, ripartizione tecnico-patrimoniale, ripartizione prestazioni sanitarie, ripartizione del sistema informativo sanitario locale, ufficio controllo di gestione). Tale situazione ha creato una disomogeneità dei sistemi contabili ed informatici e il diverso stadio di sviluppo, nelle singole aziende, dei sistemi di controllo di gestione (p.e. diverse interpretazioni per il contratto collettivo, dati non paragonabili, sistemi di reporting incompatibili).

Ciò vale anche per servizi di supporto alle attività sanitarie (per esempio, lavanderia, centrale di sterilizzazione per le telerie).

Oltre il fenomeno dei doppioni si evidenziano anche potenzialità organizzative o strutturali tipo lavanderie, ove le singole aziende hanno preferito organizzarsi autonomamente invece di cercare possibili collaborazione con le altre Aziende sanitarie.

Esempio lavanderie:

Le aziende sanitarie di Bolzano e Merano gestiscono in proprio le lavanderie. L'azienda Sanitaria di Bressanone ha un sistema di gestione misto. La biancheria ospedaliera e i camici/divise del personale vengono lavate in azienda, la restante biancheria e la teleria viene invece esternalizzata ed affidata fuori Provincia. Brunico ha affidato completamente il servizio ad un'azienda del Vorarlberg.

Come dimostrano questi esempi, il servizio di lavanderia nelle aziende altoatesine è gestito in modo molto disomogeneo. Sia da un punto di vista finanziario che da un

punto di vista dell'economicità questo modo di operare non è opportuno, in quanto ciò implica un'elevata difformità nei costi a fronte di perdite in termini di gettito fiscale e posti di lavoro.

#### 4) Principi per un futuro modello sanitario altoatesino

Attraverso l'analisi del sistema sanitario altoatesino viene evidenziato che l'Alto Adige dispone di un sistema sanitario evoluto, esteso su tutto l'ambito territoriale ed accessibile per tutti, articolato in sette ospedali pubblici e dotato di un'ampia rete assistenziale territoriale. Tuttavia, l'attuale sistema, articolato in quattro aziende sanitarie, ha molte strutture parallele. Di conseguenza, i presupposti strutturali, creano ostacoli allo sviluppo della medicina in termini qualitativi, le risorse non vengono utilizzate in modo ottimale e contrastano con i requisiti di una gestione moderna ed efficiente, secondo standard qualitativi e manageriali uniformi. La normativa nazionale italiana stabilisce determinati principi fondamentali, secondo cui devono essere organizzate e gestite le aziende sanitarie. Si ritiene, pertanto, necessario elencare in sintesi tali basi realtà altoatesina.

Va premesso che nell'impostazione del modello organizzativo per l'Azienda Unica si è tenuto conto dei principi fondamentali posti dalla normativa statale.

Nonostante le diversità dei vari modelli regionali, tanto più dopo la riforma di cui alla legge costituzionale n°3 del 2001, che ha fortemente ampliato i poteri delle regioni a statuto ordinario, alcuni principi fondamentali sono già stati per noi stabiliti dalla Legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7.

Tra di essi, ad esempio, **la formula giuridica dell'ente/azienda con personalità giuridica di diritto pubblico** come definita dall'art.1/bis del D. LGS. n°502/92 e s.m. La giurisprudenza ha del resto ormai chiarito (si veda in tal senso la recente ordinanza del T.A.R. Lazio Sez. III ter, 1/9/2005 n. 4772) **che le Aziende sanitarie ed ospedaliere sono “enti strumentali” delle Regioni** (e ovviamente Province autonome) di cui le stesse si avvalgono per assicurare i livelli di assistenza.

Ugualmente la presenza obbligatoria degli organi **Direttore Generale** e **Collegio Sindacale**, l'adozione dell'Atto Aziendale e così via.

Nell'ambito di questi vincoli si è costruito per l'Azienda Sanitaria Unica il modello organizzativo.

La legge Provinciale, 5 marzo 2001, n. 7, “Riordino del servizio sanitario provinciale”, è di fondamentale importanza in questo contesto. Con questa legge sono stati recepiti i principi fondamentali della normativa statale e questa legge sarà anche la base per il futuro modello altoatesino.

La presente proposta rispetta non solo questi principi normativi succitati ma tiene anche conto delle peculiarità politiche, culturali e geografiche dell’Alto Adige. Non sarà qualsivoglia modello copiato da altre realtà ad essere implementato in Alto Adige, ma è stato studiato un modello preciso e calzante che rispetti le realtà locali.

Nella discussione del nuovo modello sanitario altoatesino più volte si è pensato anche alla realizzazione di una holding.

Dalle sopra esposte considerazioni normative appare evidente che in questo caso andrebbero mantenute le aziende esistenti in quanto è sempre necessario parlare di personalità giuridica di diritto pubblico e di ente strumentale della Provincia e perciò la holding dovrebbe essere concepita come sovrastruttura aggiuntiva. Questo significherebbe non una diminuzione ma un aumento delle strutture gerarchiche e dei livelli decisionali con conseguente appesantimento in termini amministrativi e burocratici. Inoltre una holding è per sua natura inappropriata per la gestione di una azienda sanitaria, in quanto una holding è di norma una società che gestisce, secondo criteri unificati, quote di partecipazione societarie in aziende o imprese. La sua funzione è principalmente di reperire il capitale e tutelare gli interessi comuni. Avendo un potere di controllo solo limitato sulle società che le fanno capo (nomina dei quadri dirigenti), la holding non viene ritenuta adatta ad orientare l’attività operativa delle consociate secondo criteri unitari.

Nella sanità, dove è importante garantire una gestione strategica di realtà relativamente omogenee, vanno creati degli strumenti di controllo più rapidi e immediati di quelli tipicamente presenti in una società finanziaria.

## Il modello sanitario dell' Alto Adige

Il futuro modello altoatesino deve soddisfare alcune caratteristiche centrali, per rispondere alle particolari richieste del nostro territorio. Strutture dirigenziali ed amministrative particolarmente snelle devono permettere decisioni rapide e catene gerarchiche brevi. Si ritiene necessaria l'integrazione qualitativa ed economica delle attuali strutture ai fini di ottimizzare le sinergie e di ottenere un miglioramento continuo della qualità e della gestione delle risorse economiche. È indispensabile una semplificazione delle attività amministrative degli ospedali e dei servizi territoriali affinché il personale sanitario si possa dedicare maggiormente alle proprie competenze e funzioni primarie e cioè alla tutela della salute dei cittadini. Partecipazione ed autonomia territoriali dei partner sociali dell'autonomia locale sono due aspetti cardini da salvaguardare nel nostro nuovo modello.

Il modello tiene conto equamente degli elementi qualificanti del sistema attuale, prevede quindi gli irrinunciabili margini d'autonomia decisionale e operativa propri delle unità organizzative decentrate, e raccoglie a livello centrale i compiti e le risorse che distinguono un sistema evoluto di management sanitario.

Obiettivi di questa riforma sono principalmente:

- garantire in futuro un'assistenza sanitaria pubblica capillare su tutto il territorio provinciale;
- applicare standard qualitativi unitari ai livelli d'assistenza sanitaria e d'amministrazione del settore;
- prevenire in futuro i dispendiosi parallelismi operativi.

Al fine di raggiungere i sopraddetti obiettivi, si definiscono i seguenti 3 principi guida vincolanti da porre alla base del modello sanitario per la Provincia Autonoma:

Principio 1: **strutture territoriali e autonomia manageriale;**

Principio 2: **trasferimento di qualità e standard unitari;**

Principio 3: **responsabilità locale e partecipazione dei partner sociali.**

## **Strutture territoriali e autonomia manageriale**

- struttura snella e funzioni centralizzate nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige;
- le strutture amministrative decentrate saranno valorizzate anche in futuro;
- mantenimento delle strutture e dei servizi esistenti, con gestione snella;
- concentrazione operativa su compiti e competenze fondamentali di carattere medico ed infermieristico;
- autonomia locale, al fine di garantire meccanismi decisionali flessibili e efficaci;
- rispetto dei circuiti economici locali;
- partecipazione ai progetti di ricerca e sviluppo.

In futuro sarà l'Azienda Sanitaria Unica ad assumersi la responsabilità d'istanza preposta al settore, nei confronti sia della Provincia Autonoma sia dei cittadini. La costituenda struttura più snella accoglierà gradualmente non soltanto il *management strategico* ed il *coordinamento strategico delle strutture operative* a livello del servizio sanitario provinciale, ma anche tutti i compiti inerenti alle attività primarie della struttura territoriale complessiva, tra i quali si rilevano in particolare l'acquisizione di beni d'investimento, la definizione di regolamenti riguardanti le attività d'acquisizione autonoma da parte dei vari presidi, l'amministrazione e lo sviluppo del personale, il sistema informativo centrale, gli standard di qualità, l'ottimizzazione dei processi e le finanze.

Nell'adempimento di tali compiti, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si avvarrà delle attuali risorse di personale e delle strutture presenti nell'ambito delle attuali aziende sanitarie, per passare quindi ad allestire centri specializzati per determinate tematiche. Tra l'altro, l'amministrazione del personale a livello provinciale potrebbe essere attribuita operativamente ai collaboratori dell'odierna azienda sanitaria di

Brunico, con il coordinamento da parte del *management* dell'istituenda Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

Una tale integrazione graduale dei compiti, da gestire da parte di un'istanza centrale, soddisfa quei principi prestazionali evoluti che sono di comune accettazione, e che possono garantire un'ampia sicurezza dei posti di lavoro e della continuità operativa sul territorio.

Gli elementi qualificanti del settore sanitario in Alto Adige vanno ricercati soprattutto nel fatto che le attuali strutture soddisfano tutte le esigenze di tipo politico, culturale e geografico. Con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, i sopraddetti punti forti saranno integrati a livello di *management strategico*, e quindi sgravati dalle attività meramente amministrative.

A livello delle attività dirigenziali di carattere operativo sarà implementata un'ampia autonomia, pur tenendo conto delle comuni esigenze di pianificazione che non vanno disgiunte dall'indispensabile flessibilità richiesta per ottimizzare lo svolgimento dei compiti di quotidiana operatività. Le unità territoriali, che nell'ambito dell'autonomia saranno gestite da parte di una struttura dirigenziale particolarmente snella, si assumeranno, accanto ai servizi primari di tipo medico ed infermieristico, ulteriori competenze qualificanti, svolgendo, tuttavia, anche compiti inerenti all'amministrazione del personale, all'acquisto dei beni di consumo ed all'applicazione degli standard di qualità, ecc. In particolare, sarà tenuto conto delle esigenze di mantenere i posti di lavoro periferici e di preservare i cicli dell'economia locale.

Alle unità territoriali saranno affidati, inoltre, importanti compiti nell'ambito di progetti di ricerca e di sviluppo nel campo della medicina.

### **Garanzia di qualità e standard unitari**

- Standard di qualità unitari per tutto il territorio della Provincia Autonoma;
- trasferimento di qualità dal singolo ospedale al sistema complessivo;
- scambio internazionale di conoscenza scientifica ed esperienza.

Uno dei compiti più importanti è quello della definizione e della garanzia di standard qualitativi unitari per tutto il territorio provinciale. L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige procederà, in cooperazione con il personale competente delle unità territoriali, a definire standard unitari riguardanti la qualità dell'assistenza medica ed infermieristica, dei Servizi erogati, del clima aziendale e dell'ambiente lavorativo.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige avrà inoltre il compito di considerare i modelli che singole strutture realizzano con successo, affinché tali preziose esperienze siano valorizzate a favore del sistema complessivo, ai sensi di un trasferimento di qualità efficacemente coordinato. Nella fase d'implementazione, gli ospedali ed i servizi distrettuali saranno assistiti ed accompagnati dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige garantisce la comparabilità internazionale, individua le occasioni di collaborazione con Università e cliniche universitarie, e partecipa attivamente a progetti di ricerca internazionali.

### **Responsabilità locale e partecipazione dei partner sociali**

- Le particolari condizioni locali impongono una responsabilità particolare;
- l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si consulta con il Consiglio dei Comuni;
- garantire l'assistenza in sede locale alla popolazione.

Le particolari caratteristiche che distinguono la Provincia Autonoma di Bolzano impongono di tener conto della responsabilità locale e della partecipazione a livello d'assistenza sanitaria. Per i sopradetti motivi, gli enti territoriali partecipano alla responsabilità.

In base a quanto sopra esposto, l'Azienda Sanitaria consulta il Consiglio dei Comuni, per le decisioni di fondamentale importanza; come, ad esempio, la condivisione dei programmi annuali e pluriennali di gestione delle risorse economiche e di sviluppo dei servizi messi a disposizione della cittadinanza.

Quanto sopra sarà garantito anche con la partecipazione dei partner sociali a livello di azienda unica. È estremamente importante che le associazioni sindacali e imprenditoriali maggiormente rappresentative a livello territoriale siano coinvolti nella programmazione dei servizi sanitari messi a disposizione della popolazione altoatesina.

In tal modo, si prevede di rafforzare ulteriormente le strutture evolute nel tempo, ai sensi di un modello di partecipazione e responsabilità condivisa, al fine di garantire la sicurezza assistenziale della popolazione locale.

#### **IL MODELLO SANITARIO DELL'ALTO ADIGE garantisce che:**

- **si tenga nella dovuta considerazione le particolari caratteristiche politiche, culturali e geografiche della nostra Provincia;**
- **si realizzi una struttura organizzativa flessibile, da gestire in base ai più evoluti aspetti strategici,**
- **si garantisca alla popolazione intera – in tutte le parti della nostra Provincia – un'assistenza sanitaria unitaria, capillare e di alto livello qualitativo;**
- **i cicli dell'economia locale ne traggano beneficio;**
- **ci sia la fattiva partecipazione del consiglio dei comuni e dei partner sociali.**

## 5) Riorganizzazione

L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige è ente strumentale della Provincia Autonoma di Bolzano. Sono organi dell'azienda sanitaria il Direttore generale e il Collegio Sindacale.

Il Direttore generale è coadiuvato dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo e dal Direttore tecnico-assistenziale, che concorrono con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni dell'Azienda.

I compiti dei tre suddetti dirigenti sono descritti più avanti in questo capitolo, unitamente ad altri organismi, per esempio, il Consiglio dei sanitari e figure dirigenziali.

L'organizzazione aziendale si basa sul **doppio principio dell'accentramento/decentramento**.

In ossequio al principio del decentramento ai fini di tener massimamente conto delle esigenze locali, vengono individuate quattro Comprensori sanitari e corrispondenti all'ambito territoriale delle attuali aziende sanitarie. A ciascuno di essi è preposto un **direttore di Compensorio sanitario**.

Il Compensorio sanitario costituisce l'articolazione organizzativa fondamentale dell'azienda sul territorio. Al Compensorio sanitario sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Compensorio sanitario è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria. Al Compensorio sanitario fanno capo i presidi ospedalieri ed i distretti del rispettivo territorio.

In particolare, il Compensorio sanitario individua i livelli appropriati di erogazione dell'offerta dei servizi necessari a soddisfare i bisogni degli utenti e conseguentemente negozia con l'ospedale di riferimento e con gli altri ospedali pubblici (nel ambito del processo di budget) e privati accreditati della rete provinciale la qualità e la quantità delle prestazioni specialistiche, di ricovero e ambulatoriali necessarie, in linea con la programmazione aziendale (funzione di committenza).

Vengono quindi accentrate a livello aziendale **le funzioni di amministrazione strategica** (che faranno capo al Direttore Generale sotto la supervisione della Giunta Provinciale), consistenti nell'adozione dei programmi generali di attività e nella verifica della loro attuazione. Vengono predisposte a livello centrale anche le **indicazioni generali per l'organizzazione di un sistema di governo clinico** che, tramite la partecipazione e la valorizzazione dei professionisti, individui i percorsi diagnostico – terapeutici più appropriati in un contesto di miglioramento continuo della qualità con verifica dei risultati sanitari (audit clinico).

Il governo clinico può essere infatti definito come un sistema mediante il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di alti standard sanitari, creando un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica installando un complesso di azioni integrate da parte di tutte le componenti, al fine di porre i professionisti in grado di garantire i migliori esiti qualitativi possibili alle loro attività.

**Il direttore sanitario dell'Azienda** dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e partecipa, assieme al Direttore amministrativo ed al Direttore tecnico-assistenziale, al processo di pianificazione strategica aziendale, concorrendo alla definizione delle priorità rispetto ai bisogni di salute della comunità.

Il **Direttore tecnico-assistenziale** assicura la programmazione, organizzazione, gestione ed erogazione delle prestazioni assistenziali di competenza del personale infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo ed ausiliario dei servizi sanitari.

Il governo clinico si realizza tramite il supporto tecnico del Collegio di direzione e, **a livello locale (ospedale e/o Comprensorio sanitario), tramite formule organizzative che promuovano la partecipazione dei clinici** ai processi organizzativi e **quindi al governo dell'ospedale e/o del territorio**, attraverso l'applicazione di modelli organizzativi innovativi, con particolare riferimento all'organizzazione dipartimentale intra- ed interospedaliera, **di Comprensorio sanitario e/o aziendale**, nonché di raccordo tra ospedale/ospedali e servizi territoriali ospedalieri.

Nell'ambito delle funzioni di gestione, di cui è responsabile il Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Tecnico Assistenziale **vengono accentrate le funzioni amministrative strategiche** che in maniera più efficiente possono essere svolte a tale livello come l'amministrazione del personale, la contabilità, il controllo di gestione, il sistema informativo, gli acquisti di apparecchiature biomediche di elevato costo, lavanderia, sterilizzazione telerie ecc.

Tale centralizzazione non comporta necessariamente una collocazione della sede presso il capoluogo. Un servizio "centrale" può essere ubicato in una Comprensorio sanitario diversa rispetto al capoluogo ed essere affidato al competente direttore. Per quanto concerne l'area sanitaria al Direttore Sanitario competono le indicazioni generali, oltre che per il sistema di governo clinico, in materia igienico-organizzativa e **per l'integrazione delle attività di prevenzione, territoriale e ospedaliera.**

## **Prevenzione**

La prevenzione rappresenta un obiettivo prioritario del servizio sanitario provinciale. Nell'attuale contesto socio-culturale, appare importante che un'attività di prevenzione sia rivolta direttamente a ciascuno, personalizzando in maniera ottimale i contenuti delle strategie impiegate e favorendo l'integrazione funzionale tra strutture e persone che a vario titolo si occupano dello stato di benessere dei cittadini.

Gli interventi preventivi e di sanità pubblica non attengono in modo esclusivo a singole strutture sanitarie o articolazioni organizzative, ma pervadono l'intero Servizio sanitario provinciale, pur con diversi livelli di responsabilità ed operatività. A partire dai Servizi preposti istituzionalmente alla prevenzione collettiva (per esempio, i servizi di igiene e sanità pubblica, di medicina sportiva, di dietetica e nutrizione clinica, di medicina del lavoro, medicina veterinaria), sono coinvolti medici di assistenza primaria, come pure strutture ospedaliere, e specialistiche,

nonché servizi socio-sanitari. Si tratta quindi di interventi di natura trasversale, in cui sono coinvolti anche altri settori (scuola, agricoltura, industria, commercio ecc.).

Nell'ambito della prevenzione, dobbiamo distinguere tra interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

**Attività di prevenzione primaria:** interventi di natura sanitaria, di natura sociale, economica ed educativa volti ad impedire che un determinato evento nocivo per la salute possa manifestarsi (esempio, prevenzione patologie cardiovascolari attraverso attività motoria, alimentazione sana, tutela dei non fumatori ecc.)

**Attività di prevenzione secondaria:** interventi di diagnosi precoce (esempio, screening).

**Attività di prevenzione terziaria:** interventi riabilitativi volti ad impedire l'aggravamento e/o la riproposizione di eventi nocivi in un soggetto che è stato precedentemente sottoposto ad interventi terapeutici e/o educativi.

**Ai Comprensori sanitari viene assicurata ampia autonomia nella gestione operativa sotto il profilo tecnico-gestionale ed economico-finanziario**, nell'ambito del budget assegnato e del coordinamento dei direttori medici dell'ospedale e del territorio (es. assegnazione del budget alle strutture dipendenti, gestione organizzativa del personale dei presidi, riscossione delle entrate locali, individuazione di eventuali pacchetti di prestazioni diretti ad attirare mobilità dalle regioni confinanti etc.). Gli acquisti di apparecchiature sanitarie che superano il costo unitario di 100.000 Euro e di altre apparecchiature e materiali e servizi standardizzabili vengono coordinati centralmente (es. materiale sanitario, medicinali, attrezzature sanitarie, appalti per edilizia, contratti di manutenzione, contratti di assicurazioni, hard- e software per l'informatica, etc.). Rientrano invece nell'ambito della gestione operativa degli ospedali e dei Comprensori sanitari gli ordini di acquisto a seguito delle gare standardizzate, gli acquisti in economia e gli acquisti d'urgenza. **Viene delegata al Compensorio sanitario l'effettuazione di gare d'appalto di rilevanza locale (es. generi di consumo vari, alimentari etc.).**

Le procedure per l'assunzione del personale dipendente vengono standardizzate con la possibilità di gestirle in maniera decentrata.

**La direzione generale delega ai Comprensori sanitari l'espletamento delle procedure di assunzione del personale, ferme restando nella propria competenza quelle per la nomina dei responsabili di strutture complesse (primari).**

Per la gestione dei singoli ospedali e del territorio nei Comprensori sanitari **sono responsabili i rispettivi direttori, in possesso dei requisiti**, che rispondono direttamente alla Direzione comprensoriale circa il raggiungimento degli obiettivi assegnati in sede di definizione del budget.

**I presidi ospedalieri costituiscono articolazione organizzativa del Compensorio sanitario e sono dotati di autonomia tecnico-gestionale** con il compito di assicurare la fornitura delle prestazioni specialistiche, di ricovero e ambulatoriali secondo le caratteristiche qualitative previste dalla programmazione provinciale e aziendale e i volumi di attività individuati nei piani di produzione negoziati con la Direzione del Compensorio sanitario nell'ambito del processo di budget.

**I direttori di presidio ospedaliero**, nominati dal Direttore Generale sentito il Direttore del Compensorio sanitario, in possesso dei requisiti per l'accesso alle funzioni di "Direzione Medica di Presidio Ospedaliero" **rispondono direttamente ai Direttori del Compensorio sanitario** circa il raggiungimento degli obiettivi assegnati in sede di definizione del budget. Dal punto di vista tecnico-funzionale dipendono dal Direttore sanitario di Azienda, responsabile del governo clinico complessivo dell'Azienda, e **sono pertanto responsabili del funzionamento delle strutture sotto il profilo igienico-organizzativo.**

I direttori di presidio ospedaliero concorrono, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, al raggiungimento degli obiettivi aziendali e del Compensorio sanitario, assicurando la continuità assistenziale con i servizi territoriali. Inoltre, hanno competenze gestionali, organizzative, igienico-sanitarie, di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione, di aggiornamento, di promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni, promuovendo e

coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

**I Distretti sono le articolazioni territoriali dei Comprensori sanitari** e costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Al fine di coordinare l'attività dei distretti e curare l'omogeneità dei servizi nella rete territoriale **è istituita, presso ogni Compensorio sanitario, una Direzione Territoriale** alle dirette dipendenze del Direttore del Compensorio sanitario. Dal punto di vista tecnico-funzionale, dipende dal Direttore sanitario di Azienda e collaborano strettamente con i Direttori di Ospedale della medesima Compensorio sanitario, nonché con la Direzione tecnico-assistenziale.

I Direttori di Distretto sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi e dell'uso razionale del complesso delle risorse assegnate in sede di negoziazione di budget con il Direttore di Compensorio sanitario tramite la Direzione Territoriale.

I Direttori medici territoriali devono essere in possesso dei requisiti per l'accesso alle funzioni di Direttore per le funzioni di "Organizzazione dei servizi sanitari di base".

In ciascun Compensorio sanitario viene nominato un coordinatore sanitario comprensoriale scelto tra i direttori di presidio ospedaliero e direttore territoriale, nominato dal Direttore Generale, sentito il Direttore del Compensorio ed il Direttore sanitario. Il coordinatore sanitario comprensoriale mantiene la responsabilità della struttura cui è preposto.

La committenza è funzione diffusa ai diversi livelli organizzativi entro un quadro unitario definito dalla Direzione Generale e viene esercitata dai Comprensori sanitari nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, pubblici e privati, accreditati dalla provincia.

**In particolare, si esplica nella definizione in ogni Compensorio sanitario della qualità e della quantità delle prestazioni** necessarie per fornire adeguata ed appropriata risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Alla funzione produttiva (in particolare presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati) **compete la realizzazione di programmi operativi** efficaci in rapporto ai bisogni rilevati, in coerenza con le necessità cliniche ed assistenziali e con la sostenibilità economica.

La definizione dei rapporti con i produttori interni all'Azienda si configura nell'ambito del intero processo di budget.

**L'organizzazione dipartimentale** costituirà il modello ordinario di gestione operativa delle strutture ospedaliere, secondo linee guida adottate dalla direzione generale.

Per attività omogenee (ad esempio laboratorio, radiologia) **potranno essere previsti dipartimenti interospedalieri**, diretti a migliorare qualità ed efficienza.

Viene infine istituito il **Collegio di Direzione**, del quale il Direttore Generale si avvale quale principale momento di collegamento tra le varie responsabilità.

Può non essere superfluo evidenziare che il modello organizzativo ipotizzato rispetta **i principi delineati dalla legislazione nazionale** tramite il D.LGS. 502/92 e s.m. e altresì il D.LGS. 29/93 e s.m.

L'organizzazione aziendale, seppure costituita in modo unitario, assume a riferimento la distinzione tra responsabilità di governo e cioè di indirizzo e controllo da un lato (affidate alla Direzione Generale) e quelle di produzione/gestione dei servizi e delle risorse conseguentemente assegnate dall'altro (affidate in primis ai presidi ospedalieri e al territorio), conformemente a quanto previsto dall'art. 4, comma 4 del D.LGS. 165/2001 (già introdotto dall'art.3 del D.LGS. 80/1998).

Va sottolineato del resto che lo stesso D.LGS. 502/92 e s.m. prevede espressamente l'autonomia tecnico-finanziaria e gestionale dei presidi ospedalieri all'interno delle Aziende UU.SS.LL. (si veda l'art. 4, comma 9) e altresì l'autonomia gestionale a livello di organizzazione territoriale( si veda l'art.3 sexies).

Soprattutto il modello, **in particolare sull'aspetto fondamentale dell'accentramento/decentramento**, ha tenuto conto di esperienze concrete già consolidate o recenti comunque significative.

**Circa le prime si ricorda quella della regione Toscana**, che ha introdotto le “zone” con compiti di gestione dell’attività sul proprio territorio e corrispondenti all’ambito delle preesistenti 40 UU.SS.LL., al momento in cui furono costituite, già dal 1995, le 12 Aziende attuali in linea di massima provinciali.

**Si cita poi l’esperienza dell’Azienda Unica della vicina Provincia Autonoma di Trento**, operativa dal 01/04/1995, che ha accorpato le precedenti 11 UU.SS.LL., riconoscendo tuttavia ampia autonomia di gestione ed economico-finanziaria ai distretti ed ai 2 ospedali principali di Trento e di Rovereto.

Circa le esperienze più recenti **si cita quella della regione Marche** che, con legge n°13 del 20/06/2003, ha costituito l’Azienda sanitaria unica della regione Marche (A.S.U.R.), che ha inglobato le 13 preesistenti UU.SS.LL, **le quali sono peraltro state costituite in “Zone territoriali”** all’interno della nuova A.S.U.R. con autonomia gestionale ed economico-finanziaria nell’ambito del budget assegnato (si vedano gli artt. 2, 9 e 10 della legge regionale). Nell’ambito delle zone è poi riconosciuta autonomia gestionale al presidio ospedaliero che aggrega funzionalmente tutti gli stabilimenti ospedalieri dell’area.

La rilevante autonomia di gestione delle “zone territoriali” (e dei presidi ospedalieri al loro interno) è poi sottolineata nell’Atto Aziendale dell’A.S.U.R. (si veda), a partire (pag.25) dalla distinzione tra attività di governo (Direzione Generale) e produzione/gestione dei servizi (Zone Territoriali). **L’Atto Aziendale prevede ad es. anche la possibilità di decentrare alle “Zone territoriali” gli approvvigionamenti di interesse locale (pagg. 49/50).**

Si rileva infine che alcune altre regioni come Friuli Venezia-Giulia e Molise hanno allo studio progetti di revisione del sistema che si orientano secondo gli stessi principi e logiche, ovviamente con proprie peculiarità.

A conclusione si ritiene che il modello organizzativo delineato per l’Azienda Unica della Provincia Autonoma di Bolzano, che si è ispirato anche alle richiamate esperienze pur con la propria specificità, **bilanci adeguatamente centralizzazione delle decisioni strategiche e autonomie operative di gestione e possa costituire**

**strumento idoneo e snello**, pur nella inevitabile complessità delle Aziende sanitarie, per raggiungere **l'obiettivo del miglioramento del sistema in funzione dell'eccellenza**.

Di seguito viene descritto più dettagliatamente il modello organizzativo che si propone per l'Azienda sanitaria unica, con particolare riferimento ai ruoli delle varie figure.

### Collegio dei sindaci

Il collegio dei sindaci corrisponde all'odierno collegio dei revisori dei conti, come definito dalla Legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, art. 13 e mantiene le stesse competenze. Esso è composto da tre membri, nominati dalla Giunta provinciale e scelti fra i revisori contabili iscritti nel registro previsto all'articolo 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88. La composizione deve adeguarsi alla consistenza dei gruppi linguistici esistenti nei comuni facenti parte di ciascuna azienda sanitaria, quale risulta dall'ultimo censimento generale della popolazione.

Il collegio resta in carica cinque anni; i membri possono essere riconfermati. Ai membri del collegio spetta un'indennità mensile lorda e il rimborso delle spese di viaggio, ove spettanti, nella misura stabilita dalla Giunta provinciale.

Il presidente è eletto dal collegio stesso. Per la validità delle adunanze è necessaria la presenza di almeno due membri. Al fine dell'esercizio delle funzioni di loro competenza i membri del collegio possono prendere visione di tutti gli atti amministrativi e contabili e chiedere notizie al Direttore generale su tutti gli affari concernenti l'azione amministrativa.

Il collegio si riunisce almeno una volta al mese presso la sede amministrativa dell'azienda sanitaria. I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo.

Il collegio vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolarità della contabilità e la tenuta dei registri contabili, nonché la rispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili. Esamina il bilancio di previsione, le relative variazioni e l'assestamento e redige apposita relazione esponendo, se del caso, le proprie osservazioni sugli stanziamenti iscritti. Il collegio, inoltre, riferisce almeno annualmente alla Giunta provinciale, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda sanitaria al consiglio dei comuni ed agli partner sociali.

### Consiglio dei sanitari

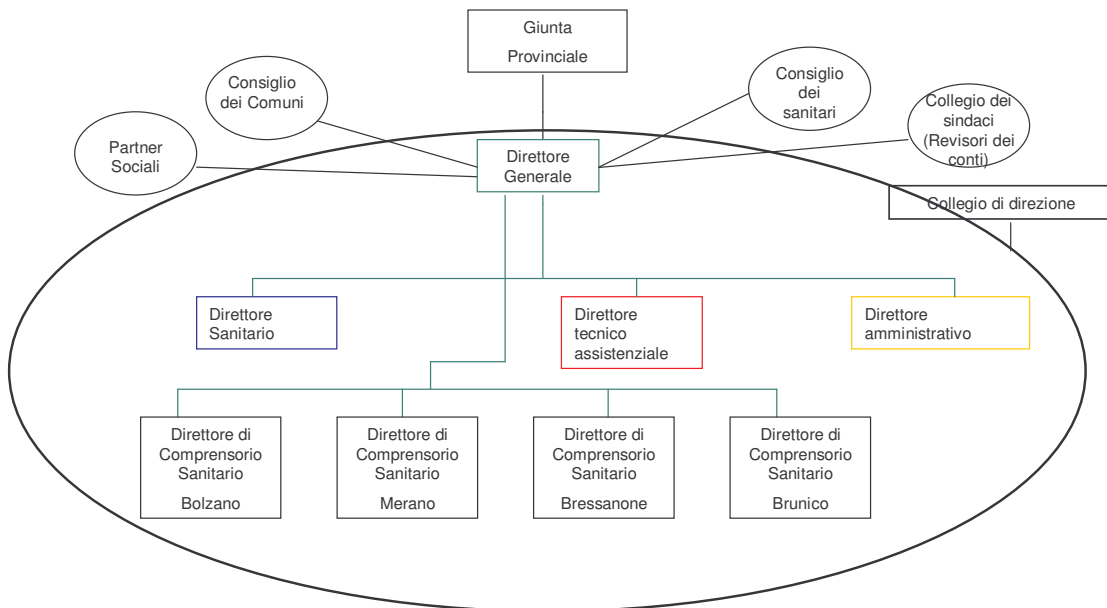
Il consiglio dei sanitari è definito dalla Legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, art. 19 e mantiene le stesse competenze.

Presso l'azienda sanitaria unica è eletto il Consiglio dei sanitari, composto da 23 membri di cui otto scelti tra i medici in servizio nelle strutture aziendali e tre tra i medici liberi professionisti, di cui uno in rappresentanza delle strutture sanitarie private. Tra la componente medica è assicurata la presenza di tre medici ospedalieri tra cui un direttore medico di presidio ospedaliero, di un direttore medico del territorio, di un medico di medicina generale e di un medico veterinario. Gli altri membri sono eletti tra il personale appartenente al ruolo sanitario anche non laureato, garantendo la rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico-sanitario.

La presidenza spetta al Direttore sanitario.

La Giunta provinciale stabilisce ulteriori criteri riguardo alla composizione e alle modalità di elezione, dopo aver sentito le organizzazioni sindacali.

Il Consiglio dei sanitari è organo interno dell'azienda e dura in carica tre anni; svolge funzioni di consulenza tecnico-sanitaria e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale per tutte le attività tecnico-sanitarie nelle materie individuate dalla Giunta provinciale con regolamento di esecuzione. I pareri sono da intendersi favorevoli ove non formulati entro 15 giorni dalla richiesta. Il Direttore generale può chiedere pareri su altri argomenti.



## Direttore Generale

Al Direttore Generale spettano tutti i poteri di gestione e di rappresentanza dell'Azienda Sanitaria Unica, salvo quanto previsto da specifiche disposizioni di legge.

Egli è responsabile della gestione complessiva e nomina, d'intesa con la Giunta Provinciale, i responsabili delle strutture operative dell'Azienda, i cui compiti e responsabilità sono disciplinati dall'atto aziendale.

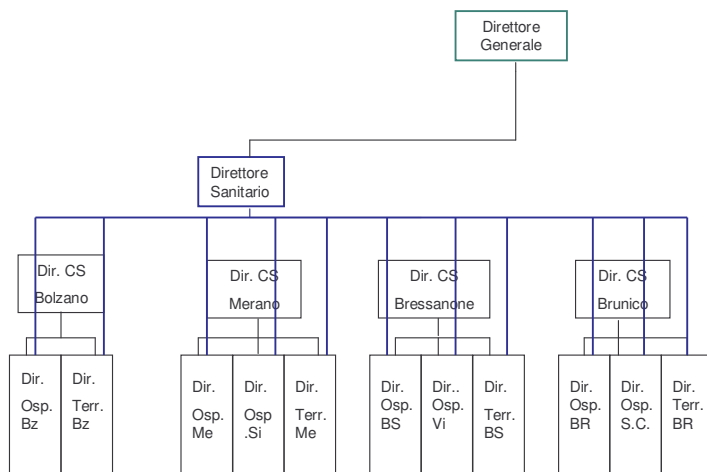
Sovrintende all'attività dell'azienda verificandone la rispondenza al piano sanitario provinciale, alle direttive emanate dalla giunta provinciale e ai programmi dell'azienda stessa;

adotta il bilancio di previsione con l'annesso programma annuale di attività ed il bilancio di esercizio con annessa relazione sugli obiettivi raggiunti e gli eventuali scostamenti rispetto agli indirizzi ed obiettivi stabiliti dal piano sanitario provinciale e dalle direttive adottate dalla giunta provinciale, per la successiva approvazione da parte della Giunta Provinciale;

adotta l'atto aziendale di diritto privato, di cui all'art. 3 comma 1 bis del D.LGS. 502/92 e S.M. , nel rispetto dei principi e criteri previsti dalla Giunta Provinciale;

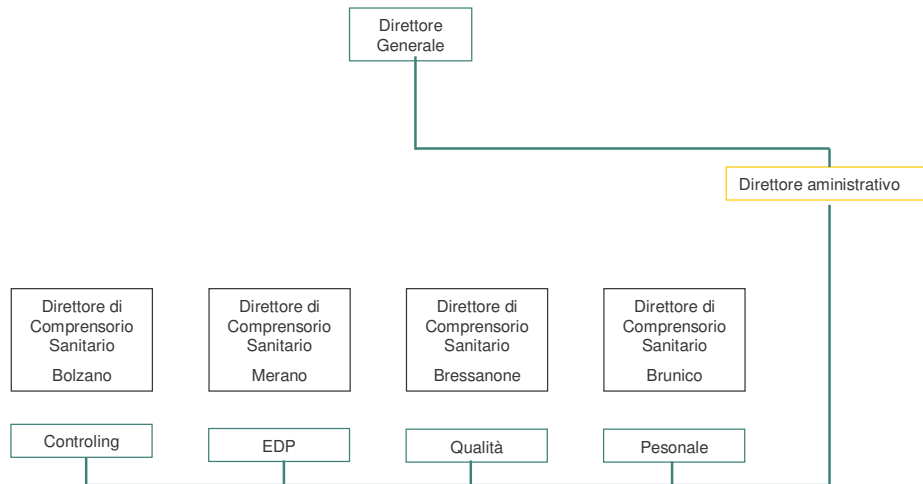
assegna il budget alle strutture operative dotate di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria (Comprensori sanitari) ed alle strutture interospedaliere ed intercomprensoriali (es. dipartimenti di radiologia e di laboratorio).

Il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Tecnico-assistenziale.



### Direttore Sanitario, Direttore Tecnico Assistenziale e Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario, il Direttore Tecnico Assistenziale e il Direttore Amministrativo sono nominati dal Direttore Generale, d'intesa con la Giunta Provinciale. Essi partecipano, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.



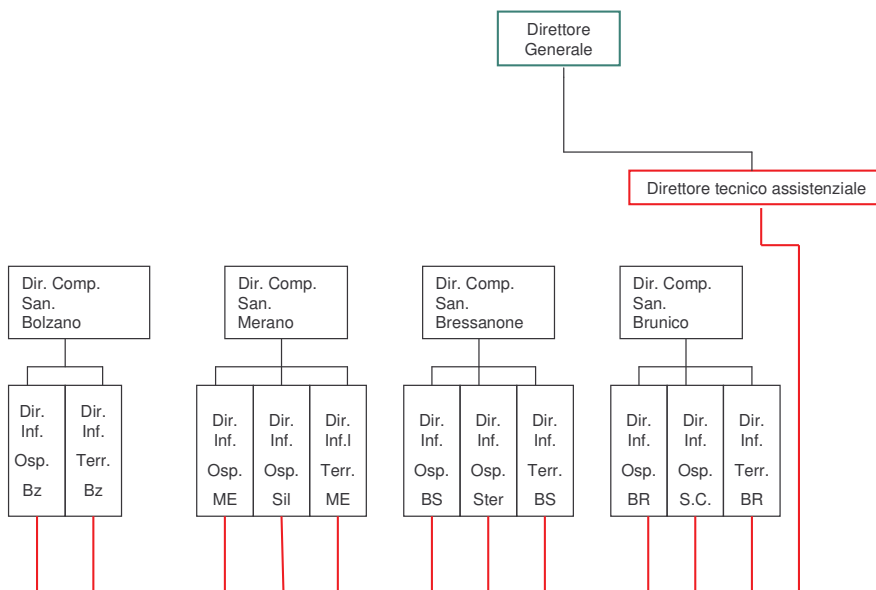
Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce pareri obbligatori al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Nel rispetto delle autonomie organizzative e professionali, è responsabile del governo clinico complessivo dell’Azienda, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell’efficienza, dell’efficacia e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, nonché alla garanzia di equità di accesso dei cittadini alle prestazioni. In particolare il direttore sanitario promuove la riorganizzazione della rete ospedaliera nonché territoriale, attraverso la rimodulazione dei reparti - dei servizi esistenti, attuando le più moderne forme organizzative quali: dipartimenti, day hospital, day surgery dedicato, ambulatori programmati, centri di competenza - eccellenza ecc.

Cura altresì l’integrazione delle attività di prevenzione, territoriale e ospedaliera.

Il Direttore sanitario è preposto, da un punto di vista tecnico-funzionale, ai Direttori di Ospedale ed ai Direttori del Territorio.

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi centrali dell'azienda e dallo stesso dipendono funzionalmente le strutture amministrative di supporto incardinate negli ospedali, nei Comprensori sanitari e nel dipartimento di prevenzione.

Fornisce pareri obbligatori al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.



Nell'Azienda Sanitaria è previsto un Direttore Tecnico-assistenziale. Egli, che opera in stretta collaborazione con il Direttore Sanitario, sovrintende alla programmazione generale delle attività assistenziali del personale infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione, con particolare attenzione allo sviluppo della qualità, della collaborazione interdisciplinare e del lavoro d'equipe.

E' inoltre previsto un dirigente tecnico-assistenziale per ogni Presidio Ospedaliero e per il territorio di ogni Comprensorio sanitario, i quali dipendono funzionalmente dal

Direttore Tecnico-assistenziale e gerarchicamente dai rispettivi direttori di Presidio Ospedaliero e di Compensorio sanitario.

Il dirigente tecnico-assistenziale, nell'ambito del Presidio Ospedaliero e del Territorio, ha funzioni di organizzazione e gestione del personale infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione, nonché dei relativi processi di lavoro, con particolare attenzione allo sviluppo della qualità.

Gli incarichi di dirigenti tecnico-assistenziali vengono conferiti in base a pubbliche selezioni.

### Il Direttore di Compensorio sanitario

L'incarico di direttore di Compensorio sanitario è attribuito dal Direttore Generale d'intesa con la Giunta provinciale.

Il direttore di Compensorio sanitario realizza le indicazioni della direzione aziendale e gestisce le risorse assegnate in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture ed ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale.

Egli realizza altresì le indicazioni del Direttore amministrativo per i settori e le competenze specifiche eventualmente attribuite.

Il Direttore di Compensorio sanitario è il garante del buon funzionamento complessivo della Compensorio sanitario cui è preposto.

### Presidi ospedalieri

I Presidi Ospedalieri costituiscono articolazione organizzativa del Compensorio sanitario e sono dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate dalla Direzione di Compensorio sanitario.

Essi assicurano la fornitura di prestazioni specialistiche, di ricovero e ambulatoriali, secondo le caratteristiche qualitative previste dalla programmazione provinciale e i volumi di attività specificati nei piani di produzione negoziati con le direzioni di Comprensorio sanitario. Gli ospedali operano comunque in una visione di rete secondo le indicazioni della programmazione provinciale e aziendale.

La programmazione provinciale definisce le attività di base che devono essere assicurate da tutti gli ospedali e quelle di media e alta specializzazione, che vengono assegnate ad uno o più ospedali in relazione all'adeguato dimensionamento del bacino di utenza.

Ad ogni ospedale è preposto un direttore medico, in possesso dei requisiti per l'accesso alla funzione di direttore per la disciplina "direzione medica di presidio ospedaliero" il quale è responsabile del raggiungimento degli obiettivi igienico-organizzativi e dell'uso razionale delle risorse assegnate.

In tale veste, il direttore di presidio ospedaliero concorre, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, al raggiungimento degli obiettivi aziendali e di Comprensorio sanitario, assicurando la continuità assistenziale con i servizi territoriali. Inoltre, ha competenze gestionali, organizzative, igienico-sanitarie, di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione, di aggiornamento, di promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

### Area territoriale

La direzione del territorio di ogni singolo Comprensorio sanitario è dotata di autonomia tecnico-gestionale ed eventualmente economico-finanziaria. Ad essa fanno capo i distretti che insistono sul rispettivo territorio.

In particolare la direzione individua i livelli appropriati di erogazione dell'offerta dei servizi necessari a soddisfare i bisogni degli utenti e supporta la Direzione di Comprensorio sanitario nella funzione di committenza. Il direttore del territorio realizza le indicazioni della direzione comprensoriale e gestisce le risorse assegnate in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture ed ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale.

L'incarico di direttore di territorio è attribuito dal Direttore Generale, sentita la Giunta provinciale, ad un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza e formazione nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali oppure ad un medico convenzionato con esperienza di almeno dieci anni.

### Collegio di Direzione

Presso l'azienda è costituito il collegio di direzione, di cui il direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche nonché per la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie.

Il collegio di direzione è composto dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo, dal direttore tecnico-assistenziale, dai direttori dei comprensori sanitari.

Alle riunioni possono essere invitati i coordinatori sanitario comprensoriali e i direttori di dipartimento in relazione agli argomenti in discussione.

### Funzioni di staff

Nella proposta sono state collocate nello staff del Direttore Generale alcune funzioni trasversali al complesso aziendale e di supporto agli organismi direttivi, la cui rilevanza strategica rende opportuna una diretta afferenza al Direttore Generale.

Tra di esse sono state collocate indicativamente la “formazione del personale”, funzione essenziale per favorire i processi di miglioramento e di crescita della prima risorsa aziendale; le “pubbliche relazioni”, cui è affidato il compito di costruire rapporti positivi con l’ambiente di riferimento dell’Azienda; il “marketing” , inteso come esigenza di far conoscere i servizi erogati nel contesto nazionale ed internazionale, anche al fine di contenere la mobilità passiva e di attrarre mobilità attiva; il “controllo di gestione “ e cioè il processo che permette di collegare risultati conseguiti e risorse impiegate nell’ambito della produzione dei servizi.

Applicazione della proporzionale linguistica:

La vigente legge provinciale del 5 marzo 2001, n. 7 „Riordino del servizio sanitario Provinciale“, stabilisce che i contingenti del personale die singoli gruppi linguistici viene stabilito sulla base della proporzionale etnica rilevata nel territorio aziendale di riferimento. Solamente i servizi sovraaziendali sono coperti adottando la proporzionale provinciale.

L’azienda Sanitaria dell’Alto Adige che si basa su un modello gestionale partecipativo con ampia autonomia per i comprensori sanitari deve mantenere le stesse norme per la proporzionale oggi vigenti. Anche in futuro solo i servizi sovraaziendali saranno coperti secondo la proporzionale provinciale e il personale impegnato nei singoli comprensori sanitari sarà definito secondo la proporzionale definita territorialmente.

## 6) Proposte per il miglioramento della qualità e dell'efficienza

Si ritiene ora opportuno dare alcune indicazioni su specifici strumenti di intervento volti al miglioramento della qualità.

### 6/1 Considerazioni generali sulla qualità

Il primo obiettivo dell'azienda unica consiste nell'assicurare i buoni livelli di qualità perseguendone lo sviluppo verso l'eccellenza.

Le valutazioni circa l'utilità di strumenti tesi a motivare i professionisti e a migliorarne la performance e circa l'esigenza di accorpare le patologie complesse in centri che, disponendo di casistica adeguata, possano svilupparsi in termini di eccellenza, costituiscono indicazioni importanti per il miglioramento della qualità. In questo senso appare fondamentale, come già detto nella parte relativa all'organizzazione dell'Azienda Unica, la costruzione di un efficace sistema di governo clinico.

**Il governo clinico va inteso quindi non solo come sistema di erogazione delle prestazioni**, tramite un adeguato utilizzo delle risorse, per realizzarne di appropriate e di qualità, ma anche **come processo organizzativo per coinvolgere i professionisti nella gestione dell'azienda** in maniera coerente e capace di costruire sintesi tra compatibilità aziendali ed efficacia dei processi assistenziali rivolti ai pazienti.

In linea generale con il governo clinico si persegue:

- una chiara delega decisionale ai professionisti nell'ambito tecnico professionale;
- una valorizzazione del loro contributo alla gestione aziendale;
- un'assunzione di responsabilità non solo sulla gestione del singolo caso e quindi la capacità di misurare la performance assistenziale.

Da ciò consegue:

- **che il governo clinico richiede un approccio sistemico nelle aziende** in quanto elemento fondamentale che deve permeare tutta l'organizzazione;
- che questo tipo di approccio, legato a programmi generali di qualità, richiede **l'implementazione a livello aziendale di adeguate culture orientate ai risultati ed alla loro verifica e quindi la costruzione di idonei strumenti** (linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici, decentramento del potere ai dipartimenti ed ai distretti, analisi e gestione dei processi, audit clinico, standard di servizi, sistemi di prevenzione dei rischi e degli errori, gestione degli eventi indesiderati, ecc.).

Va anche sottolineato che la costruzione degli strumenti per il governo clinico che abbiamo citato è altresì estremamente importante sotto altro profilo **per la realizzazione di un sistema strutturato di prevenzione dei rischi** (risk management), teso a prevenire e comunque a ridurre gli eventi indesiderati con risultati positivi per i pazienti, ma altresì ormai indispensabile anche per consentire alle aziende di ottenere assicurazioni contro i rischi a prezzi accettabili.

Infine la cultura del governo clinico e dei conseguenti strumenti crea un terreno favorevole **all'introduzione dei sistemi di accreditamento all'eccellenza** (joint commission etc.) indispensabili nel contesto competitivo nazionale ed internazionale che si sta aprendo e comunque utilissimi in termini di migliore qualità di servizi per i pazienti.

La costruzione di adeguate culture per la qualità e degli strumenti indicati, tanto per il governo clinico che per il risk management che per l'accreditamento all'eccellenza, **appare peraltro di difficile attuazione in contesti aziendali di piccole dimensioni**, sia per la limitatezza dei processi assistenziali che vi si svolgono, sia per la difficoltà di raccogliere le necessarie competenze di impulso e sviluppo a livello degli staff aziendali. Non è un caso infatti che tutte le esperienze significative di governo

clinico( e altresì di risk management e di accreditamento all'eccellenza ) siano concentrate in grandi strutture e comunque organizzate in rete.

Insomma anche sotto questo profilo **la costituzione di un'Azienda Unica appare un passo necessario per realizzare la dimensione adeguata per un sistema di qualità**, di cui il governo clinico è parte essenziale, che consenta di raggiungere risultati sempre migliori in termini di appropriatezza, di efficacia clinica e altresì di efficienza nell'uso delle risorse.

La nuova Azienda anzi, fin dalla sua costituzione, anche attraverso formule organizzative che saranno definite dalle linee guida della Giunta Provinciale e poi dall'Atto aziendale, **dovrà essere fortemente caratterizzata in funzione di queste politiche di qualità** che producano efficaci sistemi di governo clinico e di risk management e le condizioni per ottenere l'accredimento all'eccellenza degli ospedali e di tutta la struttura aziendale.

## **6/2 Riorganizzazione dell'assetto ospedaliero**

Nell'ambito dell'Azienda sanitaria unica la pianificazione delle prestazioni cliniche nei singoli ospedali dovrà essere ordinata **per livelli di specializzazione**. Questo presuppone l'integrazione funzionale degli ospedali creando di fatto un'unica rete ospedaliera.

Ciò comporta il riaccorpamento della casistica e dell'attività per le patologie **che necessitano di alte frequenze ed elevato livello di esperienza clinica**. Per tali attività dovranno anche essere creati centri di competenza nonché essere ulteriormente sviluppate **collaborazioni con atenei italiani e austriaci, al fine di collegare ricerca scientifica e assistenza in "centri di eccellenza"**.

I "centri di eccellenza" costituiranno inoltre un'opportunità per adeguati percorsi di formazione e miglioramento per tutti i medici della specialità operanti in Provincia.

**I centri di competenza possono essere assegnati a tutti gli ospedali, mentre quelli di eccellenza sono collocati nell'ospedale centrale e negli ospedali aziendali. L'assegnazione dei "centri" e delle relative specifiche specialità agli ospedali sarà definita dalla Giunta Provinciale nell'ambito della programmazione sanitaria.**

Si ritiene di dover raccomandare anche una riorganizzazione degli attuali servizi di pronto soccorso, **inquadrandoli in un contesto di dipartimento di emergenza articolato per livelli**, che possa disporre della presenza di medici specialisti dei vari reparti al fine di garantire elevato livello assistenziale ed adeguato filtro per i ricoveri. Infine **dovranno essere sviluppati i sistemi informatici e telematici.**

Appare importante l'implementazione della cartella clinica digitale, così come quella della teleradiologia per la lettura delle immagini a distanza o la possibilità di consulti specialistici telematici.

## 7) I risparmi connessi all'attivazione dell'azienda unica

Infatti in molte Regioni italiane sono in corso progetti di “ricentralizzazione” (grip back) soprattutto nell'area degli acquisti e dei centri di servizio amministrativi (Toscana, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e ora anche Veneto e Lombardia), quando anche la questione non è stata affrontata in radice e cioè modificando le dimensioni aziendali con la **costituzione di aziende uniche** (Marche, progetto del Molise) che, come nel nostro caso, hanno obiettivi assai più ambiziosi e complessivi del solo elemento economico-finanziario.

Non c'è dubbio che **la costituzione dell'Azienda Unica comporterebbe risparmi consistenti, anzi meglio, la possibilità di contenere fortemente la crescita della spesa per gli anni futuri in un contesto di miglioramento dei servizi erogati**, con riferimento ai seguenti elementi :

- a) fornitura di beni e servizi – è il settore nel quale molte Regioni si sono mosse verso un graduale accentramento.

Una recente analisi fatta dalla regione Friuli-Venezia Giulia in occasione dell'istituzione del “Centro Servizi Condivisi” ha calcolato una riduzione dei costi a regime (nell'arco di un triennio) **dell'ordine del 20/25%**, riferendosi anche ad uno studio di Pricewaterhouse-Coopers, nell'ambito del PWC financial management benchmarking in Europa, che mostra una riduzione dei costi dal 15 al 40% a seconda delle aree di intervento.

Le esperienze italiane sulle quali possono già valutarsi alcuni risultati (si veda il cap. 11 del rapporto CEIS-Sanità 2004) danno ad esempio i seguenti dati:

- centrale interaziendale approvvigionamenti di Bologna, Imola e Ferrara (è stata anche costituita un'unica ASL per la città di Bologna al posto delle tre preesistenti):

**risparmi tra il 7 ed il 15% sulla media delle gare effettuate;**

- Consorzi area vasta Regione Toscana:

**risparmio medio intorno al 6%;**

- Regione Marche:

l'esperienza è molto recente. Solo per spese di pubblicità conseguenti alla riduzione del numero delle gare tuttavia nel 2004 i costi si sono ridotti di 1.000.000 di € rispetto all'anno precedente.

Va considerato che tutte queste esperienze, seppure recenti e graduali, mostrano quindi che la riduzione dei costi, solo per gli approvvigionamenti, è comunque significativa.

b) centralizzazione dei servizi amministrativi e di I.C.T. (contabili, di controllo di gestione, legali, fiscali, di I.C.T.).

La centralizzazione di questi servizi in una dimensione aziendale adeguata, comporterà anch'essa risparmi non trascurabili a regime (sia per la minore necessità di personale, che per l'impatto della gestione unificata dei vari sistemi anche sulle eventuali forniture e collaborazioni esterne). Da notare che proprio grazie all'I.C.T. è possibile organizzare nelle varie sedi gruppi centralizzati che gestiscono i problemi di competenza senza trasferimenti di personale (se non marginali).

Anche qui, salvo analisi specifiche da approfondire in seguito, si avrà certamente una riduzione dei costi generali che sulla base di analoghe esperienze (ad esempio la provincia autonoma di Trento) può essere indicata intorno al 10%.

Con riferimento ai punti precedenti si riporta di seguito una tabella (prudenziale) per l'Alto Adige nella quale si riassumano i risparmi ottenibili alla fine del primo triennio, considerando la riduzione dei costi per acquisti la migliore efficienza delle strutture:

Codice	Posizione	Importo	%prezzo	%efficienza	Totale	Riduzioni
B.1	Beni	99.962.000,00	2,00%	2,00%	4,00%	3.998.480,00
B.2	Servizi	414.567.000,00	0,00%	2,00%	2,00%	8.291.340,00
B.3	Manutenzione	14.438.000,00	0,00%	5,00%	5,00%	721.900,00
B.4	Beni di terzi	7.280.000,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00
B.5	Personale sanitario	280.265.000,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00
B.6	Personale professionale	1.424.000,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00
B.7	Personale tecnico	60.159.000,00	0,00%	5,00%	5,00%	3.007.950,00
B.8	Personale amministrativo	38.398.000,00	0,00%	10,00%	10,00%	3.839.800,00
B.9	Oneri diversi	40.936.000,00	2,00%	3,00%	5,00%	2.046.800,00
B.10	Ammortamento d. immob. immateriali	766.000,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00
B.11	Investimenti	65.000.000,00	0,00%	5,00%	5,00%	3.250.000,00
B.12	Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali	20.706.000,00	0,00%	5,00%	5,00%	1.035.300,00
B.13	Svalutazione crediti	363.000,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00
B.14	Variazioni di magazzino	476.000,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00
B.15	Accantonamenti	28.394.000,00	0,00%	2,00%	2,00%	567.880,00
	Riduzione spesa Assessorato					500.000,00
	<i>Totale</i>					26.759.450,00

### Annotazioni sulla riduzione della spesa

La tabella riporta in forma sintetica il potenziale di riduzione della spesa ottenibile accorpendo le attuali quattro aziende sanitarie in un'unica azienda. Gli importi indicati si concretizzerebbero entro un periodo di 3 anni dall'adozione del provvedimento, e non significano che la spesa complessiva per la sanità sia destinata a calare, ma semmai che il suo aumento fisiologico sarà ridotto di questi importi. D'altra parte, occorre anche considerare che la tabella non tiene conto dei potenziali di riduzione della spesa che si potrebbero produrre migliorando il flusso delle

informazioni, adottando orientamenti strategici piú organici e attuando in modo piú efficace le scelte strategiche. Se anche questo potenziale sarà sfruttato, infatti, la riduzione complessiva della spesa sarà di gran lunga superiore agli importi indicati.

**Beni:** su questo fronte, i maggiori volumi di merce da ordinare avrebbero un effetto benefico sui prezzi d'acquisto. A questo si aggiungerebbero ulteriori riduzioni di spesa realizzando un controllo piú organico e condizioni logistiche migliori. In totale, il potenziale di riduzione può essere stimato con cautela intorno al 4%.

**Servizi:** questa voce comprende i servizi sanitari e non. Per quelli sanitari, il potenziale di riduzione è molto esiguo, mentre per gli altri servizi si potrebbero ottenere delle riduzioni avviando trattative piú mirate e concentrando i servizi di consulenza. In totale, comunque, la riduzione prevedibile non dovrebbe superare il 2%.

**Manutenzione:** con un coordinamento dei contratti di manutenzione, e soprattutto unificando il sistema degli acquisti, si potrebbero ottenere riduzioni considerevoli. Una stima di almeno il 5% in tre anni è da considerare piú che realistica.

**Personale tecnico:** la riduzione ottenibile in questo ambito va ricondotta agli stessi fattori della voce „manutenzione“, ma va ricordato che con la diffusione delle tecnologie nella sanità, questa voce non è destinata a ridursi in futuro. Semmai, si può pensare di frenarne la tendenza al rialzo.

**Personale amministrativo:** come è ovvio, ridurre il numero delle aziende sanitarie consentirebbe di ridurre in misura rilevante questa voce di spesa, poiché molti servizi (gestione del personale, approvvigionamenti, controllo di gestione ecc.) si potrebbero organizzare in modo assai piú efficiente. La riduzione stimata nel 10% sarebbe facilmente conseguibile, anche grazie al *turn over* naturale.

**Oneri diversi:** si tratta di una voce cumulativa che comprende alcuni costi fissi imputabili a ciascuna azienda, che in caso d'accorpamento verrebbero meno del tutto o si ridurrebbero per la stessa dinamica degli acquisti di beni. Ecco perché è prevedibile un potenziale di riduzione della spesa in percentuale analoga.

**Investimenti:** gli ammortamenti sugli immobili sono sempre calcolati a lungo termine, e quindi è raro che ricalchino i valori reali. A titolo approssimativo si è scelto il valore medio degli investimenti degli ultimi dieci anni, un importo che rispecchia piuttosto bene gli investimenti necessari a mantenere funzionali i fabbricati. Una gestione centralizzata delle risorse produrrebbe sicuramente un grado di utilizzo maggiore del 5% circa (anche alla luce delle attuali liste d'attesa), e questo 5% si tradurrebbe in un'analogia riduzione della spesa.

**Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali:** questa voce è stata ripresa dai rapporti periodici delle aziende sanitarie, e il potenziale di riduzione della spesa dipende dagli stessi fattori indicati per gli investimenti.

**Accantonamenti:** questa voce riassume gli accantonamenti obbligatori, prevalentemente legati alla gestione del personale. Il potenziale di riduzione è stato stimato nella misura del 2%, percentuale che corrisponde all'incirca alle riduzioni ottenibili sul fronte complessivo delle spese per il personale.

**Riduzioni di spesa per l'Assessorato:** dal momento che si istituisce un'unica azienda sanitaria con una rendicontazione unificata, le funzioni di coordinamento affidate all'amministrazione provinciale risultano notevolmente semplificate, sicché anche su questo fronte si può delineare un potenziale di riduzione.

- c) Razionalizzazione e miglioramento dei servizi sanitari – si tratta del campo più vasto, legato agli obiettivi di fondo del cambiamento del sistema e cioè migliore efficacia (e quindi qualità) coniugata con una migliore efficienza o, per dirlo in altri termini **costi minori per risultati migliori**.

Le linee portanti per le innovazioni da apportare al sistema sono state indicate nel documento di sintesi.

E' chiaro che anche in questo settore vi sono ampi margini per recuperi di efficienza e quindi riduzione di costi.

Pensiamo ad esempio al settore di laboratorio o di radiologia, alla modifica della catena produttiva (più territorio meno ospedale) o dell'organizzazione interna degli ospedali (meno ricoveri ordinari più day hospital-day surgery, più interventi ambulatoriali).

In questo senso tuttavia, oltre che ipotizzare e quantificare una riduzione di costi, appare preferibile **evidenziare che i recuperi di efficienza consentiranno di finanziare il cambiamento e il miglioramento del sistema (ci riferiamo in particolare ai “centri di eccellenza”) senza dover ricorrere a risorse aggiuntive.**

## 8) Sinetsi

### I 10 punti più importanti per il sistema sanitario alto atesino.

In passato, il nostro sistema attuale articolato in quattro aziende sanitarie organizzate in forma parallela, hanno risposto molto bene alle nostre esigenze. Tuttavia analogamente a quanto accaduto in tanti altri sistemi sanitari europei, anche la nostra sanità ha palesato negli ultimi anni i propri limiti. È nostro esplicito obiettivo assicurare anche alle generazioni future un sistema sanitario alto atesino accessibile a tutti su tutto il territorio provinciale. Solo in tale modo sarà possibile gestire un passaggio fluido senza ripercussioni negative per la popolazione e per gli addetti ai lavori ad un'altra forma organizzativa per la nostra sanità.

#### Un “azienda sanitaria alto atesina” unica

Con il supporto di esperti e persone impegnate nel campo della medicina e dell'amministrazione e tenendo conto delle esperienze internazionali, abbiamo accuratamente valutato vantaggi e svantaggi di un siffatto modello sanitario. An fine di garantire una strategia vincente finalizzata alla modernizzazione della nostra sanità riteniamo opportuno consigliare ai responsabili politici la creazione di un'unica azienda sanitaria alto atesina. Quest'azienda deve, a nostro avviso, decidere centralmente sulle questioni strategiche e deve garantire che i principali servizi amministrativi vengono erogati in un'unica sede. Per garantire servizi sanitari efficaci e tempestivi consigliamo di dare ampia autonomia gestionale ai singoli presidi ospedalieri ed ai servizi territoriali, pur sempre nel rispetto della programmazione gestita centralmente. Per la messa a punto del quadro normativo (legge quadro, regolamenti e criteri) sarà necessario un arco temporale di almeno 14 mesi. Per ragioni fiscali ed finanziari, la decorrenza dell'azienda sanitaria alto atesina dovrà avvenire con l'inizio dell'anno.

### Eventuale soluzione Holding

Infine facciamo presente che abbiamo anche preso in considerazione e valutato ampiamente l'alternativa di una Holding come azienda unica sanitaria. Siamo però giunti unanimemente alla conclusione che questa forma organizzativa potrebbe da un lato implementare alcune sinergie, ma dall'altro non sarebbe assolutamente in grado di garantire le necessità di un'azienda sanitaria concorrenziale a livello europeo. Soprattutto a ragione della nostra situazione politica, geografica e culturale propendiamo per un modello alto atesino rappresentato da un'azienda sanitaria alto atesina unica.

### **L'installazione di una azienda sanitaria alto-atesina unica sarebbe importante, per:**

- 1) ridurre i centri decisionali e superare l'attuale frammentazione, mettendo a disposizione della Provincia uno strumento efficace ed efficiente per attuare strategie di intervento innovative;
- 2) realizzare una corrispondenza tra dimensione programmatica e dimensione operativa, evitando la discontinuità nella traduzione in azioni concrete delle indicazioni della programmazione provinciale;
- 3) concentrare le prestazioni di media ed elevata specializzazione, al fine di accorpate la casistica e migliorare la qualità sanitaria, prevedendo anche collaborazioni con Università italiane, austriache e di altri Paesi esteri, al fine di collegare ricerca scientifica e assistenza in "centri di competenza e di eccellenza" e istituire nuove specialità;
- 4) costruire un sistema d'eccellenza complessiva che possa confrontarsi in maniera vincente con i vicini sistemi italiani ed europei ed essere attrattivo anche per pazienti extraprovinciali, oltre che di massima soddisfazione per la popolazione locale;

- 5) garantire che i cittadini della Provincia non debbano ricorrere a strutture di altre regioni italiane, austriache e di altri Paesi esteri per le patologie complesse;
- 6) assicurare effettiva equità nell'accesso ai servizi e omogeneità nei livelli assistenziali (prevenzione, territorio, ospedale) secondo standard operativi validi per tutta la provincia;
- 7) introdurre formule organizzative che promuovano una consapevole e duratura partecipazione dei clinici ai processi organizzativi e quindi al governo aziendale e locale (ospedale e Comprensorio sanitario);
- 8) aprire all'Europa per posti di direzione medica particolarmente qualificati;
- 9) accelerare l'implementazione dei sistemi informatici e telematici per migliorare la qualità nell'assistenza (cartella clinica digitale, teleconsulto) e per migliorare l'efficienza dei servizi di laboratorio e di radiologia in un ambito dipartimentale interospedaliero;
- 10) semplificare l'organizzazione amministrativa riducendo il peso degli apparati burocratici di supporto; realizzare consistenti risparmi attraverso le economie di scala connesse alla nuova dimensione aziendale, investendo le risorse che si renderanno disponibili per effetto del miglioramento dei servizi sanitari.

# ALLEGATO

## 9) Ulteriori considerazioni

L'attuale situazione della Provincia autonoma è caratterizzata dal fatto che ai medici ospedalieri viene garantito uno stipendio decisamente più elevato di quello corrisposto nel resto d'Italia o in Austria, a fronte della rinuncia a svolgere anche attività privata all'interno dell'ospedale. **La possibilità è molto limitata di esercitare la libera professione in qualunque forma attenua gli stimoli alla crescita ed al miglioramento professionale con possibili conseguenze negative sulla qualità delle prestazioni e crea ostacolo all'acquisizione di professionisti particolarmente qualificati all'esterno dell'ambito provinciale.** Appare pertanto opportuno **rilanciare la possibilità di opzione per la libera professione intramoenia da parte dei medici**, in analogia a quanto stabilito dalle relative norme a livello nazionale e a fronte ovviamente di una decurtazione dello stipendio istituzionale, **anche al fine di garantire effettivamente al cittadino la possibilità della libera scelta del professionista.** L'autorizzazione alla libera professione intramoenia potrà tuttavia essere data solo ove le prestazioni in sede istituzionale siano erogate nei tempi di attesa previsti dagli standards provinciali, al fine di evitare che il ricorso alla libera professione da parte del cittadino possa essere motivato da ragioni diverse da quella di una libera scelta del professionista. In alternativa a quanto sopra potranno essere utilizzati altri strumenti, **purché effettivamente incentivanti al miglioramento della performance professionale (trattative budgetarie, obiettivi concordati, ecc.)**

Sempre in funzione dell'acquisizione dei migliori professionisti, occorrerebbe mettere la Provincia **in condizione di attingere da tutta l'area europea ed anche extra-europea** almeno per la copertura dei posti di primariato, dove dovrebbero essere presi in considerazione **innanzitutto il profilo e la competenza professionale, con priorità assoluta per i candidati che abbiano acquisito esperienza in strutture altamente qualificate a livello internazionale.** Per

l'acquisizione delle conoscenze linguistiche connesse al bilinguismo dovrebbe essere concesso un congruo lasso di tempo, anche dopo l'assegnazione dell'incarico.

**Al fine di meglio perseguire le finalità di appropriatezza** appare altresì opportuno intervenire sul sistema retributivo dei medici di base, che attualmente si basa quasi esclusivamente sulla quota pro capite. Ciò contribuisce all'eccesso di ricoveri negli ospedali così come all'eccesso di invio di pazienti agli specialisti.

Occorre pertanto procedere **alla revisione del sistema retributivo con incentivi legati al risultato sanitario, operando contestualmente per alleggerire l'eccessivo carico burocratico dei medici e valorizzarne la specifica professionalità.**

Infine per poter conseguire nel sistema più qualità ed efficienza appare anche opportuno **garantire uguali condizioni di operatività tra pubblico e privato** tramite il sistema di accreditamento e la conseguente negoziazione della quantità e tipologia di prestazioni da erogarsi da parte delle strutture.