

Comitato scientifico

**Emidio Di Giambattista** (coordinatore)  
Procuratore generale della Corte dei conti

**Luca Anselmi**  
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

**Elio Borgonovi**  
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche  
Università Bocconi di Milano

**Sabino Cassese**  
Ordinario di diritto amministrativo  
Università La Sapienza di Roma

**Siro Lombardini**  
Ordinario di economia - Università di Torino

**Antonio Pedone**  
Ordinario di scienze delle finanze  
Università La Sapienza di Roma

**Fabio Roversi Monaco**  
 Rettore - Università di Bologna  
Fondatore e direttore responsabile

**Luigi D'Elia**  
Amministratore Straordinario - U.s.l. RM/10  
Condirettore e direttore scientifico

**Elio Borgonovi**  
Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

**Franco Sassi**  
Coordinatore generale  
Redattori capi sezione

**Giorgio Fiorentini**

**George France**

**Marco Meneguzzo**

**Antonello Zangrandi**

**Francesco Zavattaro**

Redattori

**Giorgio Casati**

**Mario Del Vecchio**

**Andrea Garlatti**

**Alessandra Massel**

Corrispondenti esteri

**Piero Masia** (New York)

**Michael Schofield** (Manchester)

**Gustav Schacter** (Boston)

Direttore editoriale

**Anna Gemma Gonzales**

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77  
Tel. 06/8073368 - 8073386 - Fax 06/8085817

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18  
Tel. 02/58363132 - 58363136 - Fax 02/89404523

Pubblicazione

— edita da  soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992

— fotocomposta da **Giuseppe Fratini**, V.lo Empolitana, 2/a, 00019 Tivoli, Tel. 0774/330259, Fax 0774/330260

— stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774/381700, Fax 0774/381700

— spedita in abbon. post. gr. IV/70% - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: L. 60.000

— associata all'



# MECOSAN

*Italian Quarterly of Health  
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **Etica, umanizzazione e aziendalizzazione nel rinnovamento della sanità**  
Sez. 1<sup>a</sup> - Saggi e ricerche
- 8 **Tomografia ad emissione di positroni: aspetti economici e gestionali di una tecnologia diagnostica innovativa**  
di Attilio Gugliatti
- 19 **Recenti sviluppi negli studi economici sull'AIDS**  
di Vincenzo Visco Comandini
- 24 **Criticità del controllo nel governo delle aziende sanitarie**  
di Mariacristina Bonti  
Sez. 2<sup>a</sup> - Documenti e commenti
- 32 **Il modello organizzativo della provincia autonoma di Trento**  
di Erminio Lorenzini
- 38 **La nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale di Trento**  
(Legge provinciale 1<sup>o</sup> aprile 1993, n. 10)
- 64 **Le modifiche al provvedimento legislativo concernente la nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale di Trento**  
(Legge provinciale 20 aprile 1993, n. 13)
- 67 **I criteri di ridefinizione degli ambiti territoriali delle U.s.l. della regione Lombardia**  
(Legge regionale 15 settembre 1993, n. 28): prime riflessioni  
di Franco Riboldi
- 69 **Legge regionale 15 settembre 1993, n. 28 che ridefinisce gli ambiti territoriali**
- 79 **Una proposta per la nuova convenzione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta**  
Assessorato alla sanità regione Lombardia
- 96 **La misurazione della complessità relativa delle procedure di chirurgia generale. Un documento della regione Emilia-Romagna**  
di Carlo Ramponi  
Sez. 3<sup>a</sup> - Esperienze innovative
- 106 **Il controllo dei consumi farmaceutici in ambito ospedaliero: il caso della U.s.l. di Imola**  
di S. Liverani, A. Marata, F. Fiumi, L. Melandri, M. Elefanti
- 115 **Verso un osservatorio prezzi per la regione Lombardia**  
di Francesco Laurelli e Gian Pietro Venturi
- 120 **Organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata a malati terminali**  
di Raffaella Stiassi e Fausto Trevisani  
Sez. 4<sup>a</sup> - La sanità nel mondo
- 126 **La salute del mondo secondo la Banca mondiale**  
di Paolo Rondo Brovotto
- 136 **Cooperazione per lo sviluppo: project management interistituzionale e sfida manageriale**  
di Marco Meneguzzo e Francesco Ripa di Meana  
Sez. 5<sup>a</sup> - Sanità e impresa
- 148 **Finanziaria 1994 e tecnologia: un altro passo indietro?**  
di Fabio Aromatici  
Sez. 6<sup>a</sup> - Biblioteca
- 156 **Recensioni**
- 158 **Novità bibliografiche**
- 161 **Spoglio riviste**
- 164 **Bibliografia monotematica**

## ETICA, UMANIZZAZIONE E AZIENDALIZZAZIONE NEL RINNOVAMENTO DALLA SANITÀ

*Il rinnovamento della sanità, la riorganizzazione dei sistemi sanitari (ai primi posti dell'agenda degli impegni dei Governi di quasi tutti i Paesi progrediti) e il cambiamento delle « regole » che dovrebbero garantire un equilibrato rapporto tra domanda e offerta dei servizi e tra bisogni e risorse disponibili sono allo stesso tempo effetto e fonte di un acceso dibattito sul rapporto tra il cosiddetto « orientamento all'aziendalizzazione » e i valori etici e di umanizzazione che si ritengono connaturati all'attività di tutela alla salute.*

*Un dibattito che, richiamandosi alle leggi dei fenomeni fisici, si muove tra i due estremi dell'« effetto valanga » e del principio della « forza » che genera una forza uguale e contraria.*

*Effetto valanga in quanto concetti quali efficienza, economicità, produttività, gestione aziendale, costi dei servizi ed altri, che fino a pochi anni fa erano tenuti « alla porta » e in molti casi rigorosamente avversati dalla cultura dominante nel mondo della sanità, una volta superata la « soglia della legittimità » si stanno diffondendo rapidamente e stanno diventando componente essenziale del-*

*la cultura del funzionamento della sanità anche se, a parere di chi scrive, essi sono utilizzati a volte a proposito, ma a volte anche a sproposito.*

*Effetto valanga che tocca anche il rapporto etica ed economia, umanizzazione ed efficienza in quanto in molti ambienti sembra prevalere una concezione idilliaco-utopistica di correlazione biunivoca e diretta tra razionalità (in generale ed economica in particolare) e benessere sociale e umano inteso in senso globale (in questo senso sembra orientato uno dei filoni primari dell'« etica degli affari » o della « etica economica »).*

*Principio della forza uguale e contraria in quanto l'affermarsi della logica della aziendalizzazione e della necessità di applicare i principi dell'economia sta alimentando timori e perplessità di molti che vedono in questo processo il rischio di definitiva espulsione dalle logiche di funzionamento del settore e dai comportamenti degli operatori di valori fondanti e fondamentali legati al « rapporto tra persone » e al pieno rispetto della loro soggettività quindi la forza del progressivo affermarsi dell'idea di aziendalizzazione genera una forza orientata a riaffermare i prin-*

*cipi etici e morali rilevanti per il settore.*

*Timori e perplessità che si traducono in affermazioni quali:*

*« la sanità è diversa da altri settori e non può essere ridotta ad un problema di efficienza e di costi », « gli ospedali non potranno mai essere aziende perché bisogna mettere la persona al centro di tutto », « oggi nella sanità, più che di efficienza c'è bisogno di recuperare umanità », « la salute è un diritto che non può essere subordinato ad una questione di costi » ed altre simili.*

*Timori e perplessità di cui si comprende l'origine, ma che derivano da una errata interpretazione o da una non corretta conoscenza del concetto di azienda e di aziendalizzazione, meglio dal fatto che coloro che temono effetti negativi dalla aziendalizzazione hanno in mente un certo « modello » di azienda, quello che per semplicità si può definire del « primo capitalismo » o costruito sull'« economicismo razionale ».*

*Per cercare di riportare il dibattito nei termini più corretti sembra perciò opportuno proporre alcune chiarificazioni sul piano concettuale.*

*Innanzitutto si ritiene che sia astrat-*

to, e certe volte perfino mistificante, richiamare il valore della « umanizzazione » in quanto il problema reale e concreto è semmai quello di « creare condizioni favorevoli ad una umanizzazione dell'assistenza ». Per esempio, di fronte a due persone in stato di bisogno si è in grado di assistere una sola, sarà più difficile « umanizzare l'assistenza » in quanto ognuno dei due cercherà di avere per sé il servizio e, anche nel caso eroico e di umana dedizione, la rinuncia all'assistenza a favore dell'altro comporterà sempre una profanazione della « umanità » di chi ha rinunciato. Un aumento di efficienza che consentisse di assistere entrambe le persone contribuirebbe a realizzare migliori condizioni di umanizzazione.

Ancora, in presenza di ambienti fatiscenti e inadeguati, la dedizione e la sensibilità personale dei medici e infermieri e altro personale contribuirebbe solo in modo limitato ad alleviare la sofferenza e il disagio dei malati. Molto più utile sarebbe una buona gestione e un buon manager capace di realizzare edifici e locali nuovi, luminosi e funzionali.

Una organizzazione del lavoro in cui in certi momenti esiste un elevato numero di pazienti o di « cose da fare » con un basso numero di personale in servizio lascerebbe ben poco spazio, al di là dei valori e della volontà degli operatori, per occuparsi delle ansie di chi è malato e per dedicare tempo al suo conforto. Molto meglio realizzare una efficace programmazione capace di distribuire meglio il bisogno e il tempo di lavoro degli operatori.

Gli esempi potrebbero continuare, ma quelli sopra ricordati sono sufficienti per sottolineare che la logica di « aziendalizzazione » della sanità significa innanzitutto l'applicazione di criteri di razionalità nella organizzazione della offerta in modo da eliminare ostacoli alla umanizzazione.

Certamente, e in questo si è d'accordo con coloro che lanciano segnali di attenzione, la razionale gestione di per sé non crea umanizzazione, anzi a volte tende a spersonalizzare i rapporti, a renderli freddi e professionali il che non corrisponde alle esigenze di tutela della salute che, come è noto, non dipende solo da atti e prestazioni tecniche ma è legata anche all'attenzione alla persona nella sua globalità. Questa considerazione porta ad un secondo punto assai rilevante che riguarda la confusione, sicuramente presente nei critici dell'aziendalizzazione, tra il concetto stesso di aziende e suoi fini. Questa confusione deriva dal fatto che sotto l'influenza della critica marxista al capitalismo o a causa del ritardo e dei processi con cui certe concezioni filosofiche o religiose affrontano i fenomeni reali, si stabilisce una relazione biunivoca tra azienda e finalità economiche o « di profitto » come si dice spesso sbrigativamente.

Ciò è errato in quanto il concetto di azienda e la logica di aziendalizzazione sta ad indicare la necessità di applicare principi di razionalità nei processi di impiego delle risorse (limitate) per produrre prestazioni e servizi (utili), quindi sta ad indicare la « strumentalità » rispetto ai fini che possono essere molteplici e vari.

In altre parole affermare, e richiedere per legge, che occorre « aziendalizzare la sanità » non significa affatto richiedere la sostituzione di fini con altri fini, di certi valori con altri valori, ma semplicemente richiedere un più deciso e professionale sforzo verso la creazione di un « valore aggiunto » dell'attività svolta per la tutela della salute.

Valore aggiunto che, a seconda delle scelte di politica sanitaria, potrà essere utilizzato per:

— aumentare la quantità e la qualità tecnica dei servizi erogati ai pazienti;

— aumentare, oltre alla qualità

tecnica, anche la qualità dei « rapporti umani tra paziente ed erogatore dei servizi »;

— migliorare le condizioni di lavoro, comprese le remunerazioni, di chi presta la sua opera in attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione;

— creare condizioni per azioni di solidarietà di vario tipo, come quella di mettere a disposizione strutture, personale, in sostanza « capacità assistenziali » per l'assistenza delle vittime della guerra nella ex Jugoslavia o in altre parti del mondo;

— realizzare un profitto, una remunerazione per chi investe capitali in queste attività.

Certamente il fine di profitto, ossia di perseguire una elevata remunerazione del capitale investito (per ospedale e strutture sanitarie private) o l'obiettivo di contenere la spesa entro prefissati limiti può ridurre lo spazio alla umanizzazione dell'assistenza, può indurre a sostituire « l'umanità dei rapporti » con la « professionalità delle relazioni », ma ciò non è inevitabilmente connaturato all'aziendalizzazione e con la sua funzione strumentale. Queste reali o presunte minacce al rispetto della persona, ben espressa dalle frasi ad effetto « l'aziendalizzazione non è coerente con la natura dei processi di tutela della salute e con il valore della solidarietà » che spesso riscuote applausi in vari Convegni, non dipendono dallo strumento (l'azienda) ma dall'uso che l'uomo fa di esso.

Temere, frenare o ostacolare il processo di aziendalizzazione della sanità tramite l'applicazione della logica aziendale significa:

— negare che i maggiori ostacoli alla umanizzazione degli ospedali, ambulatori, residenze sanitarie etc., siano oggi gli sprechi e inefficienze e « appropriazioni indebite » di denaro pubblico rese possibili da inadeguati controlli di efficienza;

— ostacolare il progresso in quanto si nega il valore positivo delle conoscenze e delle competenze in un preciso campo del sapere, quello del governo della complessità organizzativa.

La sfida della « umanizzazione della sanità » passa oggi attraverso un preciso impegno nel governo del processo di razionalizzazione e di aziendalizzazione in modo da orientare la creazione di valore aggiunto verso più adeguate risposte ai bisogni dei pazienti considerati nella loro « globalità di persone ».

La vera sfida di oggi non consiste nella contrapposizione tra umanizzazione e aziendalizzazione, ma nel governare il processo di aziendalizzazione, non sta nella affermazione che « l'ospedale non potrà mai essere una azienda », ma nel cercare di chiarire « che tipo di azienda si adatta agli obiettivi di tutela della salute », quale tipo di azienda dovrà gestire l'ospedale.

Più che rivendicare valori antichi, oggi occorre progettare modelli di organizzazione dell'attività di assistenza in grado di coniugare valori antichi con le nuove realtà.

E qui entra in gioco l'aspetto dell'etica nella sanità che sembra essere uno dei « temi trainanti » come lo è quello della « etica degli affari » e della « etica economica ».

Chi scrive ritiene che si debba solo menzionare l'impostazione « riduttiva » che in qualche modo limita il problema etico alla legittimazione dell'impresa, dell'imprenditorialità, dell'economia, della produttività, della aziendalizzazione, della funzionalità.

È una impostazione che ha origini storiche e che si caratterizza come « reazione » a certe « critiche » e di condanne « dell'attività economica da parte della Chiesa e di varie religioni e alla critica marxista del dominio dell'economia sulla società ».

L'affermazione della piena legittimazione dell'attività economica, la

necessità di rispettare le « leggi dell'economia », la necessità di perseguire un ottimale impiego delle risorse e più elevati livelli di efficienza rappresentano esigenze reali che, però, nulla hanno a che fare con l'etica. Rappresentano solo il rispetto della intelligenza umana impegnata a risolvere i problemi della limitatezza delle risorse e per questo meritevole di rispetto.

L'etica entra in gioco, ovviamente sempre a parere di chi scrive, quando si devono affrontare problemi che vanno al di là della razionalità o si devono affrontare problemi che ammettano varie alternative di soluzioni tra le quali non sia possibile una scelta precisa e univoca in base ad altri criteri, per esempio quello della convenienza, della efficacia terapeutica.

Il problema della somministrazione di terapie che non sono efficaci o che a parità di efficacia, sono più costose di altre non è un problema di mancanza di etica ma semplicemente è un problema di ignoranza o di mancanza di sistemi di controllo o di analisi dei costi. Diventa un problema etico solo quando la mancanza di sistemi di controllo dei costi, consente agli individui di scegliere discrezionalmente se fare l'interesse proprio oppure quello del paziente. Ma in una società complessa e articolata problemi di questo tipo non si risolvono con richiami all'etica, ma introducendo adeguati sistemi di controllo.

Si ha l'impressione che in molti casi e per molti problemi della società moderna si scomodi l'etica perché si ha un certo pregiudizio, e qualcuno dice si ha timore di scomodare e di attivare l'intelligenza.

In molti casi si ha l'impressione che nel campo della sanità a volte si scomodi l'etica per nascondere l'incapacità di usare la conoscenza e le competenze e perché non si è in grado di sostenere il confronto sul pia-

no della razionalità. Ma poiché l'uso inadeguato dei « beni » causa a lungo andare una loro carenza, potrebbe capitare che chiedendo alle persone di fare fatica e di impegnarsi in virtù dell'« etica di servizio alle persone che soffrono » quando invece basterebbe organizzarsi meglio e fare meno fatica, potrebbe portare ad avere sempre meno persone disposte ad impegnarsi in tipi di assistenza faticosi e stressanti fisicamente e psicologicamente.

Anche nella sanità si impongono azioni per eliminare tutte quelle situazioni in cui occorre usare la « tensione etica e morale » per sopperire e porre rimedio a situazioni di irrazionalità organizzativa ed economica, per riservare la tensione etica per quelle situazioni in cui « la scienza non ha risposte precise, o non ha risposte tout court, di fronte alla vita, alla morte e alla sofferenza ».

In questo senso non c'è contrapposizione tra logica e cultura aziendale e dimensione etica della sanità, anzi esiste ampia possibilità di complementarietà.

La cultura aziendale, della funzionalità, nella misura in cui risolve i problemi semplicemente applicando i principi e i criteri della razionalità economica e dell'efficienza organizzativa, riduce la necessità di fare ricorso all'etica di impegnare il « patrimonio di valori » che può essere così investito nell'affrontare i problemi che la scienza e la tecnica non è in grado di risolvere.

L'etica non è scacciata o emarginata dal processo di aziendalizzazione, se questo è inteso correttamente, ma fornisce criteri guida alle scelte per tutti quei casi in cui i criteri dell'efficienza, dell'economicità, della razionalità, non danno indicazioni, indirizzi e suggerimenti.

Dopo questo chiarimento si ritiene necessario sottolineare che oggi esiste anche una enorme confusione tra etica, processi formativi e management.

*L'etica può diventare oggetto (banalizzando « materia ») di insegnamento nei processi di « formazione delle persone »?*

*Quando si parla di management e di formazione manageriale, l'etica può entrare in gioco:*

— *per chiarire i limiti dei principi e degli strumenti di management con riguardo alla complessità del problema salute;*

— *per contrastare la concezione di razionalità assoluta o la sindrome di onnipotenza che spesso allineano e si propagano nel mondo del manager e nella loro concezione (spesso da superman) della vita e del mondo.*

*Per questi scopi l'etica è utile e necessaria, ma non deve accadere, come a volte accade, che qualcuno pensi di risolvere i problemi di management, di qualità dell'assistenza, di contenimento dei costi, con l'insegnamento all'etica o al rigore dei comportamenti.*

*C'è il rischio, in una società complessa, che persone etiche o rigorose sul piano dell'onestà e dei comporta-*

*menti causino tanti guai proprio sul piano dell'assistenza e della « qualità dei rapporti umani » perché non hanno, o non applicano, le conoscenze e gli strumenti di management.*

*Si ricorda inoltre che mentre un teorema « si dimostra », una tecnica di calcolo dei costi o di organizzazione del personale si può spiegare nei suoi elementi di coerenza o incoerenza interna e può essere legittimata con l'evidenza empirica del fatto che essa funziona o non funziona, l'etica può convincere ed è legittimata non se è spiegata bene, ma se è vissuta.*

*Più che insegnare l'etica, oggi è necessario che ognuno viva in modo etico i propri ruoli per evitare ciò che è accaduto recentemente quando alcune persone facevano gran bei discorsi contro la corruzione ed a favore della moralizzazione e subito dopo andavano a riscuotere tangenti.*

*Per il sistema sanitario è più pericoloso e delegittimante parlare di etica e poi avere comportamenti concreti non coerenti, che evitare di parlare*

*di etica e cercare di dimostrare con gli atteggiamenti e con le proprie scelte che si ha una concezione della sanità in cui la razionalità e l'economicità non possono risolvere tutti i problemi.*

*In conclusione si può dire che nel campo della sanità, forse più che in altri:*

— *più che insegnare l'etica e farne oggetto di dibattito, è necessario viverla nel concreto, o meglio, che il valore dell'etica « si legittima e si insegna » soprattutto vivendolo;*

— *che il contenuto essenziale dell'etica del management e dei manager è proprio quello di ridurre il più possibile la necessità di applicare principi etici e morali, il che significa che tanto maggiori sono le scelte attuate in base a criteri di razionalità tanto minori sono quelle demandate all'etica delle persone.*

*Se l'efficienza manageriale contribuisce ad aumentare la « capacità di offerta tempestiva dei servizi di qualità » si riduce il problema etico di « selezionare » pazienti o di stabilire degli ordini di priorità.*

Management ed economia sanitaria

**MECOSAN**

*Italian Quarterly of Health  
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

---

**OFFERTA ECCEZIONALE FINO  
AL 31 GENNAIO 1994**

**L. 130.000** anziché **L. 200.000**

---

**PER CHI  
RINNOVA  
SUBITO,  
IL RINNOVO  
È ANCORA  
PIÙ  
VANTAGGIOSO**

# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>

# TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI: ASPETTI ECONOMICI E GESTIONALI DI UNA TECNOLOGIA DIAGNOSTICA INNOVATIVA

di Attilio Gugiatti

Università « L. Bocconi » - SDA - Cergas - Milano

SOMMARIO: Aspetti introduttivi - Tecnologie sanitarie: diffusione, scelte e politiche - PET: un passaggio « chiave » - Organizzazione, comunicazione e flessibilità - Aspetti economici della tecnologia - Le variabili necessarie per una analisi economica - Analisi dei costi di un centro PET - Considerazione conclusive.

## Aspetti introduttivi

Negli ultimi anni l'utilizzo della tecnologia della Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) si è diffuso dagli ambienti di ricerca ad applicazioni cliniche collegate o meno a centri universitari. Questa tecnologia diagnostica per immagini ha avuto una peculiare vicenda di diffusione ed una costante evoluzione degli ambiti di applicazione. Dal punto di vista tecnologico, la PET si è nel corso degli anni proposta come una fondamentale innovazione nelle pratiche diagnostiche (1).

Le prime ricerche sulle possibili applicazioni dell'emissione di positroni come strumento di indagine non invasiva risalgono agli anni '60, mentre l'utilizzo commerciale della tecnologia è più recente. La lenta diffusione di questa tecnologia, nonostante una crescente documentazione scientifica testimoni l'interesse per i risultati clinici ottenibili (American Academy of Neurology, 1991), impone alcune considerazioni preliminari. Se è unanimemente riconosciuto che la PET rappresenti per molti aspetti il futuro della medicina nucleare (ad es.

Wagner, 1988), l'introduzione di questa tecnologia in campo clinico comporta indubbiamente numerosi problemi di ordine logistico, organizzativo e finanziario aventi una loro specificità e comunque difficilmente paragonabili alle problematiche inerenti altre tecnologie diagnostiche. Phelps et al. della Los Angeles School of Medicine ritengono che la ricchezza di informazioni sui casi studiati con tecnologia PET sia alquanto superiore rispetto alla documentazione relativa ad altre tecniche diagnostiche prima della loro introduzione « nell'arena clinica » (Phelps et al., 1985). Le argomentazioni addotte nel passato dai critici dell'introduzione clinica di questa tecnologia sono state molteplici. Tra queste si ricordano le complessità inerenti la gestione delle varie apparecchiature necessarie all'indagine e le ingenti risorse finanziarie coinvolte nell'acquisizione e nel mantenimento delle strutture (2).

Infine, secondo altri autori non sarebbe ancora stata dimostrata un'effettiva efficacia clinica della PET (3). Questi punti di vista saranno approfonditi nel corso dello studio. Comunque, la maggior parte degli au-

tori sottolineano la riconosciuta utilità, nonché unicità, di alcune applicazioni cliniche della PET a scopo diagnostico, in particolare nelle cardiopatie ischemiche, nei tumori cerebrali e nell'epilessia (Fazio, 1989).

Obiettivo del presente studio è quello di indagare gli aspetti economici e gestionali caratteristici di questa tecnologia, utilizzando sia i dati disponibili in letteratura sia l'esperienza dell'Istituto San Raffaele di Milano in cui opera dal 1988 un centro PET implementato con la collaborazione dell'Università di Milano e del Consiglio Nazionale delle Ricerche. Lo studio è presupposto di una valutazione costo/efficacia attualmente in corso di svolgimento presso il Cergas dell'Università Bocconi.

## Tecnologie sanitarie: diffusione, scelte e politiche

Per introdurre il discorso sull'adozione delle nuove tecnologie sanitarie è utile partire dal concetto di **diffusione** (Banta, Behney e Willems, 1981). Diffusione è intesa da questi autori come il processo con cui una tecnologia (o procedura) entra e di-

viene parte di un sistema sanitario dopo aver passato le fasi della ricerca e sviluppo. Le ricerche effettuate sulle principali e consolidate tecnologie sanitarie mostrano che il processo di diffusione ha, rispetto al tempo, un andamento visualizzabile in un percorso a forma di S (4). Questo andamento sottolinea le caratteristiche peculiari delle diverse fasi della diffusione della nuova tecnologia:

- Ricerca di Base;
- Ricerca Applicata;
- Sviluppo mirato (Targeted Development);
- Primo utilizzo su pazienti (Innovazione);
- Clinical Trials;
- Primi utilizzatori;
- Diffusione spaziale e numerica della tecnologia;
- Consolidamento della tecnologia (oppure Inizio del declino).

Le fasi dello sviluppo della tecnologia fino alla sua introduzione (Innovazione) sono caratterizzate da notevoli livelli di incertezza (diffusione ed appropriazione delle informazioni/conoscenze) e da specifiche politiche in merito alla ricerca di finanziamenti, alla definizione delle traiettorie di sviluppo, dei gradi di perfe-

zionamento necessari e/o auspicabili in termini di performance, della domanda potenziale, con un costante confronto con tecnologie altre. In queste fasi le finalità dei promotori della tecnologia devono necessariamente confrontarsi con le priorità espresse dalle società per il settore sanitario.

Le fasi successive all'introduzione dell'innovazione risentono maggiormente delle effettive condizioni di mercato, intendendo con questo la relazione particolare che si viene a determinare nei differenti sistemi nazionali fra la domanda potenziale e gli specifici scenari sanitari (disponibilità finanziarie, priorità sociali, concorrenza fra tecnologie e fra fornitori di una stessa tecnologia, aspettative della classe medica e scientifica, valutazioni ex-post dei risultati diagnostici su larga scala, etc.). Per numerose tecnologie o trattamenti introdotti nel passato (es. chemioterapia nella cura della leucemia) la diffusione ha seguito un andamento esponenziale immediatamente dopo la sua introduzione. Questo effetto di rapidissima espansione viene definito in letteratura **desperate reaction** (Warner, 1975) proprio a sottolinea-

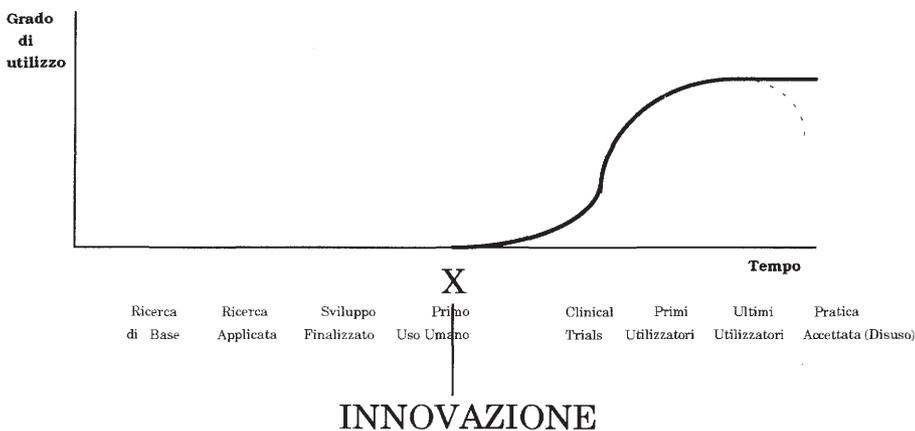
re lo straordinario accoglimento riservato all'innovazione. In altre fasi la diffusione può essere invece molto più lenta, soprattutto a causa della mancanza di evidenza sufficiente nei Clinical Trials e nelle stesse esperienze operative.

Altri fattori che possono spiegare la lentezza del processo di diffusione di una tecnologia sono, invece, legati ad altre dinamiche come, ad esempio, l'introduzione contemporanea o successiva di una tecnologia giudicata più favorevole, oppure le conclusioni non univoche sui rapporti costi/benefici o rischi/benefici associati alla tecnologia stessa.

Dal punto di vista dell'operatore pubblico, l'analisi dei processi di diffusione della tecnologia è fondamentale per garantire la più ampia ricaduta dei benefici sulle strutture sanitarie e sui pazienti, favorendone un uso corretto ed una localizzazione spaziale adeguata. L'atteggiamento di fronte alle innovazioni deve, comunque, essere di estrema cautela nella valutazione dei Clinical Trial e dell'evidenza clinico-diagnostica. In questo senso le politiche pubbliche tendono a scoraggiare un utilizzo diffuso delle nuove tecnologie fino a che non siano disponibili studi approfonditi sui Clinical Trials, approfondimenti sull'attività di ricerca e clinica dei primi utilizzatori e, soprattutto, una corretta ed approfondita valutazione di ordine economico e sociale sugli effetti attesi e reali in termini di analisi costi/benefici, costi/efficacia o costi/utilità. È tuttavia da rimarcare come l'introduzione di nuove tecnologie sanitarie sia avvenuta frequentemente in passato senza un'adeguata valutazione dei Clinical Trials, rispondendo più a logiche di mercato o di attese della domanda che ai risultati effettivi della ricerca e delle sperimentazioni.

Una volta disponibili i risultati dei Clinical Trials e accumulandosi le esperienze dei primi utilizzatori de-

Figura 1 - La curva di diffusione della tecnologia



Fonte: adattamento da H.D. Banta, 1981

vonò essere definiti i fattori che influenzano le scelte in merito all'adozione e all'utilizzo della tecnologia sanitaria. L'adozione o meno di una nuova tecnologia dipende, in primo luogo, dalle caratteristiche intrinseche sue (ambiti di applicazione, risorse economiche ed organizzative coinvolte), dalle caratteristiche di coloro che hanno interesse alla sua introduzione ed, infine, dalle caratteristiche dell'ambiente esterno (Drummond, 1987; Banta, 1999). Questo insieme di variabili non è dato una volta per tutte: la loro evoluzione ed il loro interagire determinano gli scenari in cui il processo di diffusione si sviluppa. Importanti fattori che giocano un ruolo primario nella fase di adozione della tecnologia sono quelli inerenti la domanda di salute e i comportamenti (bisogni) dei pazienti. L'economia sanitaria attribuisce, comunque, una rilevanza decisiva agli aspetti finanziari ed economici (metodi di finanziamento e di pagamento, condizioni dei mercati, programmi pubblici) (Banta, 1984).

Una volta adottata una specifica tecnologia l'effettivo tasso di utilizzo della stessa è molto variabile. Secondo un autorevole studioso come Banta si può sostenere che gran parte delle tecnologie diagnostiche adottate nei centri di cura siano utilizzate al di sotto della propria capacità. Questo dipende, in primo luogo, dalle politiche seguite in sede di adozione della tecnologia, in termini di definizione della domanda bacino di utenza potenziale ed effettivo, dai livelli di complessità associati alla gestione delle apparecchiature (manutenzione, qualifica del personale, formazione) e dagli aspetti più squisitamente legati al costo degli esami e all'eventuale partecipazione dei pazienti alla loro copertura. L'effettivo grado di utilizzo dipende tuttavia soprattutto dagli atteggiamenti dei medici utilizzatori. Essi godono di reali ampi spazi di autonomia in se-

de diagnostica. Uno degli attributi fondamentali dei medici come gruppo professionale è per molti versi proprio il controllo sulle tecnologie.

Al di là di questi aspetti e delle linee di politica sanitaria prevalenti, nonché delle iniziative sul mercato delle imprese fornitrici della tecnologia, rimane il fatto che solo la verifica dei risultati sulla base della letteratura e dell'esperienza, e più in generale la pratica medica possono incidere considerevolmente sui tassi effettivi di utilizzo della tecnologia.

#### **PET: un passaggio « chiave »**

Si è prima sottolineato come la PET sia un esempio di tecnologia a lenta diffusione. Molte variabili hanno inciso in maniera rilevante sui processi di sviluppo della tecnologia e di acquisizione della stessa da parte sia di centri di ricerca (Università, fondazioni scientifiche), sia di centri di cura. In questa sede si desiderano ricordare alcuni aspetti significativi:

1) **la variabile economica**, in primo luogo. Il costo di un centro PET (tomografo ed apparecchiature per la produzione di radioisotopi, come un ciclotrone) è risultato fin dall'inizio delle sperimentazioni molto rilevante (Cfr. Bonocore et al., 1987 e la raccolta di interventi su « Planning a PET Centre » in *The Journal of Nuclear Medicine*, 32, 4: 35N-51N, 1991);

2) **le caratteristiche del mercato dei fornitori** della tecnologia;

3) **la scarsa significatività** (secondo numerosi autori) dei Clinical Trials, in quanto a numerosità dei pazienti, risultati diagnostici, effettiva utilizzabilità delle informazioni ad uso clinico (5);

4) **la diffusione alquanto rapida di altre tecnologie diagnostiche.**

Si intendono, in particolare, la SPECT, l'ASPECT e la Risonanza

Magnetica Nucleare (NMR). Queste tecnologie diagnostiche presentano, indubbiamente, ambiti di applicazione molto vicini a quelli della PET. Si è, quindi, assistito ad una serie di scelte sull'acquisizione di tecnologia da parte delle unità ospedaliere o dei centri di ricerca, che hanno privilegiato queste tecnologie a discapito della PET.

In particolare quest'ultimo aspetto si può attribuire non solo al maggior numero di applicazioni diagnostiche di queste tecnologie, ma anche al fatto che fino ai primi anni '80 le prospettive di utilizzo della PET sembravano escludere un ambito commerciale. Il *business editor* di High Technology, Irving Geller, ancora nel 1982 sosteneva, infatti, che gli scanner che utilizzavano la tecnologia PET non avrebbero avuto un « futuro commerciale », intendendo con questo che le prospettive di diffusione della tecnologia in ambito ospedaliero erano scarse o nulle (Geller, 1982). Altra cosa potevano essere, a suo parere, la potenzialità legate ad applicazioni della PET nel settore della ricerca di laboratorio seppur limitata ad alcune patologie cerebrali o a disordini psichiatrici. Le motivazioni addotte per una simile, pessimistica valutazione erano basate su considerazioni di diverso carattere:

1) **scientifico**. Gli operatori coinvolti in un centro PET sono in grado di interpretare pienamente le informazioni prodotte dal tomografo, oppure occorreranno ancora molti anni prima che i dati siano fruibili facilmente in quanto ad elaborazione grafica e ad interpretazione? Su questo argomento l'evoluzione della tecnologia è andata sicuramente molto più avanti delle previsioni anche solo dei primi anni '80. Attualmente il trattamento delle informazioni ha raggiunto un adeguato livello sia in sede di visualizzazione grafica o visiva,

permettendo di fornire indicazioni diagnostiche non ottenibili con altre strumentazioni;

2) **logistico.** Un centro PET deve necessariamente includere apparecchiature per la produzione dei radioisotopi, come un ciclotrone, con l'effetto di concentrare in spazi limitati una grande quantità di radiazioni di livello potenzialmente pericoloso per la salute degli operatori. Questo comporta la necessità di dotare il centro PET di strutture murarie e di sicurezza tali da garantire un attento controllo dei livelli di radioattività. In merito a questo punto occorre sottolineare che i centri PET esistenti sono collocati logisticamente nei reparti di medicina nucleare ai quali sono imposti di per sé standard elevati di sicurezza e controllo delle radiazioni. In altri termini, la destinazione naturale di questa tecnologia è rappresentata da strutture ospedaliere — di rilevanza territoriale, oppure fortemente specializzate — che presentino la possibilità di integrare reparti già esistenti (medicina nucleare) con spazi destinati ad accogliere con sicurezza le apparecchiature richieste dalla nuova tecnologia;

3) **produttivo.** Il mercato dei tomografi ad emissione di positroni era, fino a pochi anni fa, formato da poche imprese (meno di 10 in tutto il mondo) per lo più di dimensioni modeste sia per fatturato che per capacità di ricerca e sviluppo rispetto alle imprese presenti, ad esempio, sul mercato dei produttori di apparecchiature per la Risonanza Magnetica Nucleare. Poche imprese e di piccola dimensione — salvo la EGG che aveva già acquisito la Ortek una delle prime imprese del settore — spiegano in effetti alcuni dei limiti nella diffusione della tecnologia: una certa difficoltà nell'evoluzione della tecnologia e nell'innovazione tecnologica ad essa applicata a causa delle non adeguate spese in ricerca e sviluppo; le minori potenzialità nella gestione dei

rapporti con la comunità scientifica americana ed europea; una maggior concorrenza da parte delle imprese produttrici di tecnologie complementari molto più dimensionate e meglio posizionate sui vari mercati delle tecnologie sanitarie. Il quadro descritto da Geller nei primi anni '80 sembra essere mutato rapidamente con l'inserimento nel settore della PET di alcune grandi imprese multinazionali come la Siemens;

4) **finanziario.** I costi della tecnologia PET erano e rimangono tuttora alquanto rilevanti e sicuramente proibitivi per strutture ospedaliere di piccola e media dimensione non specializzate. Tuttavia, mentre le patologie « obiettivo » della PET sono state per molti anni quelle relative a disturbi neurologici e psichiatrici (tumori, epilessia, demenza, depressione), le recenti tendenze applicative della PET sono orientate anche — e soprattutto — verso le cardiopatie ischemiche. Geller poteva certamente sostenere che nel settore delle diagnosi per disordini neuropsichici le attese di « profit » fossero decisamente basse. Questa posizione è sicuramente poco difendibile se si considerano le dimensioni della domanda nel settore delle malattie cardiache acute come supporto per le più raffinate tecniche di cardiocirurgia. Quello che era parzialmente vero, da un punto di vista di « business », 10 anni fa attualmente è sicuramente falso.

La breve rassegna delle argomentazioni di questo attento osservatore del mercato delle tecnologie sanitarie ci illumina su un aspetto fondamentale di qualsiasi analisi in questo settore: l'apparente staticità delle traiettorie evolutive e la notevole dinamica innescata attorno ad una singola applicazione in termini di forme di mercato (numerosità-dimensioni-profitabilità delle imprese, vincoli all'entrata, etc.), innovazioni incrementali, applicazioni dia-

gnostiche specifiche (patologie « obiettivo »), atteggiamento delle comunità scientifiche (medici, ricercatori, responsabili dei programmi di investimento e di ricerca pubblici e privati).

Ancora oggi, tuttavia, il numero di centri PET diffusi in tutto il mondo risulta fortemente limitato: nel 1991 si avevano 28 centri PET negli USA (America Academy of Neurology, cit.) e solo 3 in Italia. Secondo recenti dati Siemens nel complesso dei paesi europei il numero di città dotate di centri PET in attività o di prossima apertura è significativamente cresciuto fino a raggiungere le 40 unità. I tomografi in attività in Europa sono attualmente 46, mentre si attende l'installazione di altre 13 apparecchiature di cui 3 in Italia a Napoli, Milano (Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori) e a Castelfranco Veneto.

I dati sulla diffusione delle apparecchiature e dei centri PET permettono di valutare meglio la portata del « passaggio chiave » nello sviluppo degli ambiti di applicazione di questa tecnologia. In letteratura e nei convegni specialistici il materiale riguardante la PET ha raggiunto una dimensione ragguardevole: Clinical Trial, valutazioni economiche, indirizzi di ricerca testimoniano una attenzione particolare riservata a questa tecnologia. Nello stesso tempo le caratteristiche evolutive del mercato dei tomografi e dei ciclotroni con un'entrata nel settore di imprese leader di notevoli dimensioni spingono ad una ridefinizione delle traiettorie di diffusione della tecnologia a causa della marcata riduzione dei costi di acquisizione della stessa o, meglio, della maggiore facilità in termini di servizi offerti per gli utilizzatori potenziali, nonché del miglioramento intrinseco delle capacità diagnostiche in ambiti applicativi prima trascurati o non pienamente compresi.

Un altro aspetto che merita di es-

sere ricordato in ordine alle nuove prospettive applicative della tecnologia è quello relativo all'evoluzione delle motivazioni delle richieste di studi funzionali da parte dei clinici. Nella pratica moderna la diagnosi è sempre meno legata all'osservazione quotidiana del paziente, magari degente presso strutture ospedaliere, ma è sempre più affrontata ricorrendo a tecniche diagnostiche sofisticate. Questo atteggiamento medico è del resto coerente con più generali indicazioni di politica sanitaria tendenti a ridurre il numero dei posti letto ospedalieri, indirizzando l'iter diagnostico verso forme di diagnosi ambulatoriali o a livello di day hospital. In quest'ottica di ridefinizione dell'iter diagnostico risulta fondamentale non solo definire la diagnosi di malattia, ma anche e soprattutto la **diagnosi di sede** (ottenuta ricorrendo in gran parte a tecniche morfologiche come la TAC e la MMR), la **diagnosi di natura** della malattia (es. tumore maligno o benigno) — che viene svolta attraverso tecniche di NMR funzionale, ma anche con SPET e PET —, e la **diagnosi di funzione** dell'organo (cuore, cervello, ecc.) affetto dalla patologia. Quest'ultima è molto importante sia dal punto di vista prognostico che terapeutico (es. indirizzo medico o chirurgico, e in quest'ultimo caso riferendoci alle malattie coronariche, trapianti o non trapianti). Si tratta nel loro insieme di considerazioni altamente significative nello spiegare l'evoluzione in atto nella pratica diagnostica.

Rispetto alle mutate condizioni del mercato, al diverso atteggiamento della comunità scientifica nei confronti della PET, ed ai prima ricordati cambiamenti nelle caratteristiche stesse dalla domanda di studi funzionali, proporre una valutazione economica di questa tecnologia appare un momento centrale nei processi di diffusione spaziale dell'innovazione, soprattutto per i suoi riflessi sulle politiche sanitarie.

### **Organizzazione, comunicazione e flessibilità**

Da un punto di vista gestionale, gli aspetti critici associati a questa tecnologia possono essere ricondotti a 3 variabili: Organizzazione, Comunicazione e Flessibilità. Il coordinamento del personale (addetti al ciclotrone, radiochimici, tecnici informatici, medici, infermieri, personale amministrativo), lo studio della migliore disposizione logistica delle attrezzature, il coordinamento dell'attività diagnostica con gli altri reparti ospedalieri interessati (neurochirurgia, cardiocirurgia, cardiologia), la programmazione dei tempi e delle fasi degli esami sui pazienti, sono tutti punti rilevanti che emergono dall'analisi della letteratura e che condizionano primariamente le decisioni sull'adozione e l'utilizzo della tecnologia. Questo discorso è valido anche se l'aspetto finanziario conserva tuttora una connotazione decisiva. Tralasciando per un momento le implicazioni indotte da quest'ultima variabile, si propone il seguente schema interpretativo:

1) **Organizzazione:** lay-out, dimensionamento strutture, collocazione delle apparecchiature in ambito ospedaliero, misure di sicurezza per gli operatori, standard tecnici da rispettare; gestione del personale in termini di orari di lavoro, ferie, definizione delle mansioni e degli specialismi; gestione dell'iter diagnostico in modo da ottenere un flusso continuo di pazienti eliminando eventuali tempi morti; gestione amministrativa dei rapporti con pazienti esterni e con altre strutture ospedaliere.

2) **Comunicazione:** tra i vari livelli e all'interno di essi per quanto riguarda il personale (tecnico, medico, amministrativo) e la gestione dei flussi informativi verso la comunità scientifica e le strutture sanitarie.

3) **Flessibilità:** gestionale-amministrativa nell'affrontare le problema-

tiche emergenti in sede di utilizzo della tecnologia (definizione ruoli del personale, gestione liste d'attesa dei pazienti e gestione tempi degli esami).

Organizzazione, comunicazione e flessibilità sono vitali nel coordinamento di un centro PET (Hamblen, Harris e Coleman, 1991). Questi autori sottolineano particolarmente la complessità della gestione del personale addetto alle numerose fasi dell'indagine sia per quanto concerne il ciclotrone (chimici e ingegneri) sia il tomografo (medici, fisici, esperti informatici, tecnici radiologi). Basti pensare agli stretti legami esistenti tra le sequenze dell'indagine (produzione di radionuclidi, sintesi radiochimiche, controllo della qualità dei radioisotopi, posizionamento e riposizionamento del paziente, analisi delle informazioni) in cui qualsiasi problema di ordine tecnico può causare ritardi o la sospensione del programma diagnostico. Un problema molto avvertito nelle esperienze straniere è dato, ad esempio, dai frequenti ritardi dei pazienti sui tempi programmati dell'esame che provocano notevoli disagi nella gestione delle singole fasi che compongono l'intera procedura.

I ricercatori della Duke University ritengono sia indispensabile un addestramento del personale in modo tale da permettere ad ogni operatore di svolgere un ampio numero di compiti, superando così le difficoltà che possono sorgere in caso di assenza per malattia o ferie di singoli addetti. Inoltre, nello stesso centro si sottolinea come una continua rotazione del personale sia utile per ridurre i rischi collegati alla radioattività specialmente nelle fasi di maggiore esposizione agli agenti radioattivi.

Gli stessi autori concludono che solo uno staff disponibile a collaborare e comunicare in tutti i momenti dell'indagine diagnostica possa consentire un livello elevato nella qualità dello studio, permettendo ad un

centro PET di raggiungere il suo effettivo potenziale.

L'esperienza del centro PET operante presso l'Istituto San Raffaele di Milano ha evidenziato altresì l'importanza delle politiche seguite nell'ambito della manutenzione delle apparecchiature e del coinvolgimento di personale specializzato nei piccoli, ma frequenti interventi di riparazione/miglioramento dei materiali. Scelte di internalizzazione di queste funzioni, anche se si riflettono in un innalzamento dell'efficienza dell'insieme della struttura, sono associate ad un maggiore grado di complessità a livello organizzativo e nella gestione dei ruoli/competenze del personale.

#### Aspetti economici della tecnologia

La valutazione economica della Tomografia ad Emissione di Positroni si pone come obiettivo primario la verifica della razionalità economica implicita nell'introduzione di questa tecnologia in ambito clinico dopo la lunga fase di sperimentazione nel campo della ricerca. Questo obiettivo può essere conseguito attraverso l'utilizzo delle diverse metodologie di valutazione: dall'analisi di minimizzazione dei costi fino alle più sofisticate analisi costi/benefici o costi/utilità (Drummond, 1980 e 1993). Queste diverse metodologie devono comunque essere in grado di evidenziare un aspetto molto rilevante per le potenzialità di diffusione della tecnologia, vale a dire gli elementi che consentono risultati in termini di **cost reduction** (6).

Questo punto di vista non deve apparire come una forzatura per l'analisi. In realtà le attuali politiche sanitarie tendono a sottolineare la necessità di una forte razionalizzazione della spesa a causa della limitata disponibilità di risorse. Risorse finanziarie, in primo luogo, che nel

caso di tecnologie a forte impatto sulla spesa sanitaria appaiono sempre più scarse, considerando anche il numero crescente di impieghi alternativi. Tuttavia non bisogna dimenticare anche risorse di altro genere (umane ed organizzative, *in primis*) che sono un aspetto importante nelle scelte allocative e soprattutto nell'utilizzazione continua delle strumentazioni.

Una valutazione economica deve comparare in definitiva costi e risultati che nel caso delle tecnologie diagnostiche presentano alcune peculiarità. Infatti, l'efficacia (risultati derivanti dall'introduzione ed applicazione) di tali tecnologie può essere valutata a diversi livelli (Cfr. fra gli altri Manek et al., 1985):

- performance di tipo meramente tecnico;
- accuratezza dei risultati prodotti;
- modificazione delle diagnosi cliniche a seguito delle nuove o diverse informazioni prodotte dalla tecnologia in questione;
- modificazioni nel processo terapeutico indotte da eventuali modificazioni nelle diagnosi;
- effetti in termini di variazione dello stato di salute del paziente;
- utilità generale per la società nel suo complesso.

Quello che preme sottolineare è il concetto che i miglioramenti nelle tecnologie non devono essere considerati un fatto positivo in sé, ma che questi vanno valutati in relazione alle modificazioni che sono in grado di apportare all'intero *iter* diagnostico-terapeutico (Del Vecchio, 1992).

Un ultimo aspetto è che a nostro parere le valutazioni economiche debbano essere inserite in un modello che preveda l'esame delle variazioni dell'assetto organizzativo e gestionale in termini di:

- gestione del personale (formazione, figure professionali, gestione del personale);

— aspetti finanziari (reperimento finanziamenti);

— quantificazione della domanda (bacini di utenza, coordinamento tra centri ospedalieri, segmentazione e selezione dei pazienti);

— relazioni pubblico-privato e coordinamento attività clinica-attività di ricerca (strategie dei poli universitari, programmi di ricerca e sviluppo, ruolo dei centri pubblici di finanziamento e ricerca).

In questo modello di analisi l'introduzione di una nuova tecnologia viene ad essere valutata in un contesto ambientale descritto da numerose variabili quantitative e qualitative capaci di delineare meglio le caratteristiche del processo di diffusione e le aspettative degli attori coinvolti nelle strategie di adozione e di utilizzo.

#### Le variabili necessarie per una analisi economica

Gli obiettivi impliciti della valutazione economica di una specifica tecnologia diagnostica si possono definire su più livelli, partendo comunque dalla centralità della variazione degli *iter* diagnostici e terapeutici indotti dalle diverse tecnologie che si intendono valutare. In questo senso si è sottolineato come non siano rilevanti tanto i risultati delle tecnologie in termini di performance, accuratezza, ecc., quanto le modificazioni sull'insieme dell'*iter* terapeutico. La valutazione potrà, quindi, in primo luogo concentrarsi sul confronto in termini di rapporti costi/benefici o costi/efficacia tra i diversi *iter* diagnostici e terapeutici, ricercando, ove possibile, un comun denominatore come, ad esempio, l'aumento della speranza di vita o della qualità della vita stessa.

Un passo successivo attiene più strettamente alla valutazione della domanda potenziale relativa alla singo-

la tecnologia. La definizione del bacino di utenza e dell'ottimale distribuzione sul territorio delle installazioni ha un importante rilievo ai fini delle istanze di programmazione e razionalizzazione delle politiche sanitarie. In questa fase finale della valutazione, in definitiva, si esplicitano le indicazioni più direttamente attinenti alle politiche sanitarie ed alla loro articolazione in sede locale.

Per giungere costruttivamente al raggiungimento degli obiettivi della valutazione di una tecnologia diagnostica come la PET si devono compiere 2 passi preliminari: da un lato, si tratta di definire la struttura dei costi, diretti ed indiretti, di un centro PET associato ad un ciclotrone per la produzione di radioisotopi — ed è questo in particolare il riferimento di questo studio — dall'altro, si devono definire ad interpretare gli *iter* diagnostici e terapeutici di pazienti che si trovano nella condizione di poter usufruire o meno di un esame specialistico di questo genere — contenuto principale della ricerca attualmente in corso di svolgimento.

In merito alla definizione dei costi di investimento e di gestione di un centro PET le variabili da considerare sono:

— costo di acquisizione delle apparecchiature (PET, ciclotrone, attrezzature di complemento);

— costo adattamento strutture edilizie e adattamento locali con misure di sicurezza e controllo;

— costo arredamento;

— contratti di manutenzione ed assistenza tecnica;

— costo materiali di consumo per PET e ciclotrone (farmacia, materiale sanitario, cancelleria);

— costo del personale medico, tecnico, specialistico, infermieristico, amministrativo;

— altri costi di diretta ed eventualmente indiretta imputazione

(energia elettrica, riscaldamento, telefono/fax, pulizia, amministrazione).

Occorre rilevare come un centro diagnostico dotato di tomografo ad emissione di positroni sia notevolmente localizzato presso un reparto di medicina nucleare. Un reparto ospedaliero di questo tipo dispone strutturalmente, considerate le caratteristiche delle apparecchiature e la tipologia degli esami/interventi terapeutici eseguiti, di infrastrutture e accorgimenti tali da garantire adeguati livelli di sicurezza e protezione dagli agenti radioattivi. In altri termini, l'inserimento delle apparecchiature necessarie per la PET (tomografo, ciclotrone, materiale elettronico per elaborazione immagini, monitor, stampanti, archivi, posti di lavoro) può avvenire attraverso una opportuna redistribuzione degli spazi ed un eventuale ampliamento che tenga in considerazione soprattutto le esigenze di sicurezza degli operatori.

Da questo punto di vista sarebbe opportuno che lo studio dell'allocatione degli spazi all'interno dei reparti a più alta innovazione tecnologica prevedesse momenti di crescita modulare e di ampliamento delle strutture protettive in relazione alle esigenze poste dalle nuove tecnologie. I costi di costruzione *ex novo* di un centro PET sono considerevolmente superiori a quelli prevedibili a causa di uno specifico progetto di riqualificazione di un reparto già esistente e che soprattutto abbia rispettato in precedenza modalità costruttive e di disposizione degli ambienti tali da permettere un inserimento di nuove tecnologie diagnostiche.

#### **Analisi dei costi di un centro PET**

Nella valutazione dei costi di un centro PET definiti nel paragrafo

precedente si è effettuato un esame delle grandezze economiche relative alla struttura operante presso l'Istituto San Raffaele di Milano.

Il centro PET dell'Istituto S. Raffaele è attivo dal 1988 nell'ambito del reparto di medicina nucleare. Questa struttura è stata realizzata grazie a finanziamenti congiunti dello stesso Istituto San Raffaele e dell'Università degli Studi di Milano. Le spese di gestione e gli introiti del centro sono ripartiti tra queste due istituzioni in base ad una convenzione stipulata *ad hoc*, mentre alle attività di ricerca concorre anche personale dell'Istituto di Neuroscienze e Bioimmagini del Consiglio Nazionale delle Ricerche. Per motivi di sintesi l'analisi seguente non terrà conto di questa complessa derivazione e afferenza.

Questo centro dispone di due sistemi di rilevazione dei costi per il tomografo/PET e per il ciclotrone. Cominciando l'analisi dalle grandezze rilevanti per quanto riguarda le attrezzature diagnostiche del S. Raffaele si rileva che i costi storici rilevati sono i seguenti:

— **CICLOTRONE:** ciclotrone RDS 112 della CTI, elaboratore elettronico, misuratore di radioisotopi, sala controllo con 3 monitor. Costo storico lire 2.596,4 milioni di lire (2,078,784 dollari USA al 6 agosto 1987);

— **TOMOGRAFO:** consolle, camera multiformato, misuratore di radioisotopi, monitor televisivi, stampante e tomografo ad emissione di positroni 931 della CTI. Costo storico lire 2.608, 1 milione nel 1987.

Il periodo di obsolescenza delle apparecchiature è di 10 anni salvo il tomografo per cui si è previsto un ammortamento, in 5 anni. Con questo schema di ammortamento trascurando per il momento il costo opportunità del capitale investito si

si ottengono dei costi annui così suddivisi per tomografo e ciclotrone:

— CICLOTRONE: L. 264,94 milioni di cui 259,64 per ciclotrone, 4,80 per apparecchiature complementari e 0,50 per l'arredamento;

— TOMOGRAFO: L. 510,80 milioni di cui 500,00 per il tomografo, 9,80 per apparecchiature complementari e 1,00 per l'arredamento.

Nel 1991 i costi per materiali di consumo (farmaci, cancelleria, sanitari) sono ammontati a L. 129,40 milioni per il ciclotrone e a L. 74,60 milioni per il tomografo.

A questi costi si devono aggiungere le spese di manutenzione ed assistenza, e i costi di aggiornamento per il personale. Questi costi ammontano nel caso dell'Istituto S. Raffaele, che dispone di 2 tecnici per la manutenzione delle apparecchiature, a 240 milioni di lire (100 per il ciclotrone, 120 per il tomografo e 20 per aggiornamento), mentre nel caso di una manutenzione completamente esterna affidata all'impresa costruttrice/distributrice delle apparecchiature si raggiungono valori notevolmente più elevati. Prendendo in esame le installazioni del San Raffaele, i costi annui di riferimento per quanto riguarda la manutenzione possono essere valutati, sulla base delle tariffe vigenti sul mercato e sulle indicazioni delle imprese costruttrici, attorno ai 500 milioni di lire di cui 250 per il ciclotrone e 250 per il tomografo. A questa cifra occorre naturalmente aggiungere almeno 20 milioni annui per l'aggiornamento del personale. Si può quindi valutare in circa 260 milioni di lire (quasi mezzo milione per esame diagnostico) il risparmio sui costi complessivi dovuto alla presenza di un servizio interno di manutenzione ed assistenza nell'ambito dello stesso reparto, lasciando l'intervento esterno stabilito in sede di contratto di acquisizione solo per i casi di maggior rilevanza. A queste considerazioni di carattere strettamente eco-

nomico è necessario aggiungere i vantaggi che un servizio « interno » di manutenzione e controllo comporta in termini di minori perdite di tempo e risparmi sugli interventi. La disponibilità di personale qualificato e specializzato permette, infatti, una sostanziale autonomia nel caso di inconvenienti minori o comunque di non rilevante impatto che sono del resto molto frequenti.

Prendendo, come base i valori per il 1991 nel caso dell'Istituto S. Raffaele i costi direttamente imputabili al servizio sono, quindi, pari a L. 504,34 milioni per il ciclotrone e L. 715,40 milioni per il tomografo. Nel caso di un centro in cui non sia prevista alcuna forma di manutenzione/assistenza interna i costi diretti salgono a 654,34 milioni per il ciclotrone e a 845,40 milioni per il tomografo come riportato nella seguente tabella.

Si devono infine aggiungere le altre voci di spesa di diretta od indiretta imputazione per la maggior parte (telefono/fax, pulizia, energia elettrica, ecc.), pari a 212,9 milioni per l'intero centro, e le spese per il personale (1.432,64 milioni per l'Istituto S. Raffaele e 1.712,64 milioni per un centro con manutenzione esterna).

Il costo per il personale incide in maniera rilevante sulla situazione economica di un centro PET. Per il servizio PET/ciclotrone dell'Istituto S. Raffaele sono infatti necessarie figure professionali diversificate:

— medici n. 1 a tempo pieno e 1 a tempo parziale per un tomografo;

— chimici n. 2 (un laureato e un diplomato) per la produzione di radioisotopi;

— fisico n. 1;

— tecnici radiologi n. 2;

— tecnici manutenzione n. 2;

— segretarie amministrative n. 1.

Considerando i costi del personale dipendente del 1991, queste figure professionali hanno comportato un onere di 525,5 milioni di cui il 59% per personale laureato e il 41% per quello tecnico/amministrativo. Un centro con contratto di manutenzione esterna non necessita di tecnici di manutenzione con una differenza sui costi del personale dell'Istituto S. Raffaele stimabile in 90,4 milioni nel 1991.

Da un punto di vista complessivo si è in grado quindi di proporre due strutture definitive dei costi di funzionamento di un centro PET/ciclotrone basate entrambe su un'ipotesi di obsolescenza delle apparecchiature di 10 anni (salvo il tomografo) sen-

**Costi del Centro PET presso l'HRS. Dati in milioni**

	ciclotrone	tomografo	totale
ammortamento	264,94	510,80	775,74
manutenzione	100	120	220,00
materiali consumo	129,40	74,60	204,00
aggiornamento	10	10	20,00
personale			525,50
altre spese			212,90
<b>TOTALE</b>			<b>1.958,14</b>

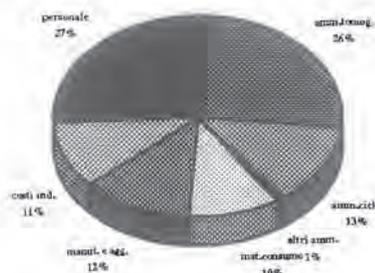
za considerare per il momento gli aspetti finanziari, ma con differente peso del momento della manutenzione/assistenza:

— per l'Istituto S. Raffaele costo annuo L. 1.958,14 milioni;

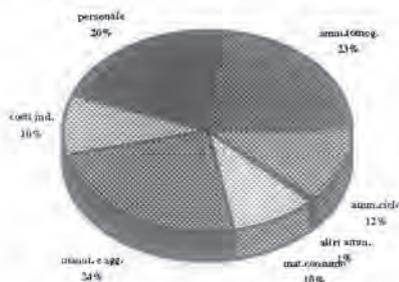
— per un centro con manutenzione esterna, costo annuo L. 2.147,74 milioni.

Vediamo graficamente la suddivisione di questi costi di gestione.

**Grafico 1 - Distribuzione costi gestione centro PET - caso HSR**



**Grafico 1 - Distribuzione costi gestione centro PET - caso « tipo »**



Considerando il costo opportunità delle risorse finanziarie investite, si sono sottoposti i valori economici a varie ipotesi di tasso di interesse in sede di ammortamento finanziario. Per le attrezzature e gli arredi si ottengono i seguenti valori:

— tasso di interesse 3%: ammortamento annuo attrezzature e arredi 869,14 ml;

— tasso di interesse 7%: ammortamento annuo attrezzature e arredi 1.023,31 ml;

— tasso di interesse 11%: ammor-

tamento annuo attrezzature e arredi 1.144,63 ml.

I risultati a cui si è pervenuti possono essere utilmente sintetizzati nella seguente tabella che consente di valutare il diverso peso dell'ammortamento sui costi complessivi di gestione:

Inserendo il costo opportunità delle risorse investite i costi di gestione aumentano fino al 18,8% nel caso del S. Raffaele. Gli ammortamenti al tasso dell'11% annuo ammontano a 369 milioni, vale a dire, nell'ipotesi di 500/600 esami annui, attorno alle 750 mila lire per esame.

Importante in questa fase dell'a-

nalisi appare l'individuazione del costo medio per esame effettuato con questa tecnologia. A questo proposito si sono utilizzate le 2 ipotesi di costo estreme (MAX = ammortamento al tasso dell'11%; MIN = ammortamento al tasso del 3%) per entrambe le situazioni (S. Raffaele e centro con manutenzione esterna) e si sono confrontate le diverse potenzialità di utilizzo della tomografia. I risultati di questa analisi sono evidenziati nelle tabelle sottoriportate.

Con un programma di lavoro di 4 esami giornalieri per 4 giorni la settimana e 40 settimane/anno il numero di interventi diagnostici è di 640

**Costi annui di gestione centro PET con materiali di consumo e costo del personale su base 1991 in milioni di lire**

Tasso di interesse	Valori assoluti per HSR	Valori assoluti con manutenzione esterna
3%	2.051,54	2.241,14
7%	2.205,71	2.395,31
11%	2.327,03	2.516,63

**Costo medio per esame con tomografia ad emissione di positroni in milioni di lire. Caso HSR**

Numero esami annui	Costo medio per esame con ipotesi max	Costo medio per esame con ipotesi min
500	4,65	4,10
600	3,88	3,42
700	3,32	2,93
800	2,91	2,56

**Costo medio per esame con tomografia ad emissione di positroni in milioni di lire. Con manutenzione esterna**

Numero esami annui	Costo medio per esame con ipotesi max	Costo medio per esame con ipotesi min
500	5,03	4,48
600	4,19	3,74
700	3,60	3,20
800	3,15	2,80

unità annue. Date queste situazioni di utilizzo della tecnologia, rispetto ai diversi tassi di interesse utilizzati per l'ammortamento delle apparecchiature, il costo medio per esame risulta compreso tra i 3,21 e i 3,64 milioni nel caso dell'Istituto S. Raffaele, mentre la situazione di confronto presenta a questi livelli di utilizzo costi medi per esame tra i 3,50 e 3,93 milioni.

I risultati ottenuti dalla presente indagine in termini di definizione dei costi diretti ed indiretti di un centro PET dotato di un autonomo sistema per la produzione di radioisotopi appaiono congruenti con altri studi apparsi in letteratura in particolare con lavori di matrice anglosassone. Lo studio di Robertson sintetizzato sul numero di maggio 1993 del *The Journal of Nuclear Medicine* riportava un costo stimato per esame di 1.700 dollari USA, vale a dire un valore in lire attorno ai 2,5-2,6 milioni. Il confronto con questo valore indicativo per il sistema sanitario americano deve comunque considerare le caratteristiche peculiari del mercato assicurativo-sanitario, il grado significativamente maggiore di appropriazione della tecnologia in quel paese e soprattutto l'utilizzo clinico sostanziale maggiore della stessa.

### Considerazioni conclusive

In questa prima fase della valutazione economica si sono definiti gli ambiti di indagine necessari per una tecnologia dalle caratteristiche peculiari e fortemente innovativa come la Tomografia ad Emissione di Positroni. Si sono discussi i limiti del processo di diffusione della tecnologia e il modello teorico di riferimento in cui sono collocati in letteratura le diverse fasi relative all'acquisizione ed utilizzo delle tecnologie sanitarie. A questo proposito si sono confrontati i pareri di numerosi studiosi

ed esperti del settore della diagnostica per immagini e di economisti sanitari.

Per definire i costi di gestione di un centro PET dotato di tutte le apparecchiature complementari e di un ciclotrone per la produzione dei radionuclidi necessari all'indagine si sono considerati i costi di gestione di una struttura operante da alcuni anni presso l'Istituto San Raffaele di Milano, in collaborazione con il CNR, i cui responsabili hanno notevolmente e fattivamente contribuito alle varie fasi dell'indagine, e su questa base si sono definiti i costi di una situazione di riferimento in cui mancassero alcuni servizi interni propri dell'Istituto milanese. Si è quindi potuto determinare un ordine di grandezza economico per i costi di gestione, il numero di esami annualmente necessari per una copertura, parziale o totale, di questi ultimi.

Il proseguo della ricerca richiederà un approfondimento degli aspetti più squisitamente sanitari dell'utilizzo della tecnologia: la definizione precisa delle patologie oggetto dell'analisi, la valutazione degli iter diagnostici in presenza o meno di indagini diagnostiche per immagini non invasive e, soprattutto, l'attento esame delle modificazioni indotte dall'utilizzo della PET sull'insieme degli iter diagnostici e clinici di un campione rappresentativo di pazienti.

(1) Sulle potenzialità diagnostiche della Tomografia ad Emissione di Positroni la letteratura scientifica è molto estesa sia in ambito cerebrale che cardiaco. Per una sintesi delle caratteristiche peculiari di questa tecnica diagnostica si vedano:

— WAGNER H.N., jr., *Clinical PET opens gates to in vivo biochemistry*. *Diagnostic Imaging*, 1986, June, pagg. 82-91;

— KESSLER K.M., PARTIAN C.L., PARTIAN R.R., JAMES A.E., *Positron Emission Tomography: prospects for clinical utility*. *Investigative Radiology*, 1987; 22: 529-537;

— WILLIAMS B.R., jr., *Clinical impact of PET in nonuniversity setting*. *Diagnostic Imaging*, 1988, November, pagg. 342-345;

— POWERS W.J., RAICHLER M.E., WAGNER H.N., *Clinical PET: What are the Issues*. *Journal of Nuclear Medicine*, 1985; 12: 1353-1358.

(2) Le risorse finanziarie necessarie per la creazione di una struttura PET sono molto rilevanti. Il n. 4 dell'aprile 1991 del *Journal of Nuclear Medicine* riporta i costi di implementazione di alcuni centri presso università americane con valori di 4 milioni di dollari (1987) per Knoxville (Tennessee) e di 5 milioni di dollari (1989) per il Medical Centre dell'università di Creighton.

(3) Si vedano a questo proposito le considerazioni critiche sull'assessment dell'American Academy of Neurology contenute in POWERS W.J., BERG L., PERMUTTER J.S., RAICHLER M.E., *Technology assessment revisited: does Positron Emission Tomography have proven efficacy*. *Neurology*, 41: 1339-1340, 1991.

(4) Sugli aspetti della diffusione delle tecnologie mediche si veda anche l'intervento di WILLIAMS A., *The Role of Economics in the Evaluation of Health Care Technologies*, in CULYER A.J. and HORISBERG B. (ed.). *Economic and Medical Evaluation of Health Care Technologies*, Springer, Verlag, 1983.

(5) Cfr. le considerazioni di POWERS ed al., citate nella nota 3.

(6) Un'applicazione dei criteri tipici dell'analisi costi efficacia nella diagnosi e nel trattamento delle coronaropatie in presenza della PET rispetto alla SPECT (scintigrafia miocardica) si trova in uno studio condotto da PATTERSON R.E. et al. del Bethlem Israel Medical Centre di New York e riportato in forma di abstract su « *The Journal of Nuclear Medicine* », vol. 34, n. 5, 1993, May, assieme alle sintesi dei numerosi lavori presentati al recente 40th Annual Meeting della società americana di Medicina Nucleare. In questo studio si sottolinea come la PET sia *more cost-effective* della SPECT e dello stesso ECG da sforzo nonostante abbia un costo per esame molto più alto (1.700 dollari USA). Sempre in questo studio si fa riferimento a parametri tipici dell'analisi costi/utilità come i Quality-Adjusted Life Years (QALY).

*This paper is concerned with economic and organizational issues related to the adoption and diffusion of innovative health care technology. In particular, the slow diffusion of clinical positron emission tomography is examined. Drawing on the available literature, a number of possible causes underlying this peculiar pattern are presented. Cases and performances of a clinical PET centre in Milan are also illustrated, and results of a break-even analysis are reported.*

BIBLIOGRAFIA

- ACNP/SNM Task Force on Clinical PET (1988), *Positron Emission Tomography: Clinical Status in the United States in 1987*. Journal of Nuclear Medicine, 29: 1136-1143.
- AMERICAN ACADEMY OF NEUROLOGY (1991), *Assessment: Positron Emission Tomography*. Neurology, 41: 163-167.
- BANTA H.D., BEHNEY C.J., WILLEMS J.S. (1981), *Toward rational technology in medicine*. Springer and Co., New York.
- BANTA H.D. (1984), *Embracing or rejecting innovations: clinical diffusion of Health Care Technology*, in Reiser S.J., Anbar M. (eds): *The machine At The Beside*, Can bridge University Press, London.
- BONOCORE E. et al. (1987); *Packaging PET imaging for community medicine*, Diagnostic Imaging, June, pagg. 110-115.
- DEL VECCHIO M. (1992), *La valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie: che cosa è, a cosa può servire. Mecosan*, nn. 1 e 3.
- DRUMMOND M.F. (1980), *Principles of economic appraisal in Health Care*. Oxford University Press, Oxford.
- DRUMMOND M.F. (1987), *Economic appraisal of Health Technology in the EEC*. Oxford Medical Publication, Oxford.
- DRUMMOND M.F., STODDARD G.L., TORRANCE G.W. (1993), *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*. Franco Angeli, Milano.
- FAZIO F. (1989), *La Tomografia da Emissione di Positroni (PET): stato dell'arte*. Notiziario di Medicina Nucleare, n. 3, pagg. 15-17.
- GELLER I (1982), *Business outlook: medical imaging*. High Technology, 2(6).
- HAMBLIN S.M., HARRIS C.C., COLEMAN R.E. (1991), *Clinical PET: Study Scheduling and Coordination*. Journal of Medicine Technology, 19: 164-167.
- HARBY W. (1988), *Clinical PET: is it time to take the plunge*. Journal of Nuclear Medicine, 29: 1751-1757.
- JENNET B. (1986), *High Technology Medicine: benefits and burdens*. Oxford University Press, Oxford.
- LUCIGNANI G. et al. (1992), *Presurgical identification of hibernating myocardium by combined use of technetium-99m hexakis 2-methoxyisobutylisonitrile single photon emission tomography and fluorine-18 fluoro-2-deoxy-D-glucose Positron Emission Tomography in patients with coronary artery disease*. European Journal of Nuclear Medicine, 19: 874-881.
- MENKEN M. et al. (1985), *The cost effectiveness of digital subtraction angiography in the diagnosis of cerebrovascular disease*. Health Technology Case Study, OTA-34, May.
- PHELPS M.E. et al. (1985), *Clinical PET: what are the issues?*. Journal of Nuclear Medicine, 26: 1353-1358.
- PHELPS M.E., HAWKINS R.A. (1986), *Clinical PET: operational & cost considerations*. Administrative Radiology, april.
- ROSSI F. (1992), *Valutazione economica delle tecnologie sanitarie*. Tecnologie biomediche, n. 3, maggio-giugno.
- WAGNER H.N. (1988), *Scientific Highlights 1988: the future is now*. Journal of Nuclear Medicine, 29: 1329-1337.
- WARNER K. (1975), *A desperation-reaction model of medical diffusion*. Health Serv. Res., 10: 639.

# RECENTI SVILUPPI NEGLI STUDI ECONOMICI SULL'AIDS

di Vincenzo Visco Comandini

CNR - Istituto di studi sulle Regioni - Roma

**SOMMARIO:** Economia dell'AIDS e politiche sanitarie nazionali - Studi sui costi e la funzionalità dei centri ospedalieri - Studi di costo-efficacia e di appropriatezza delle terapie - Conclusioni.

*The paper describes the recent trends of the economic studies on HIV presented to the 1993 International Conference on AIDS in Berlin. The first stream of research is the cost of care for HIV patients. These studies show a tendency to develop standardised methodologies for costing the different resources (mainpower, capital, skills, therapeutical and diagnostical procedures), as well as environmental (social and economic status of HIV patients) and clinical (severity index, risk group) factors affecting the production of care. The second group of studies relates to the cost-effectiveness analysis, e.g. to take account of other non financial variables involved in the process: perceived quality of life (QOL), suitability of the medical procedures performed.*

## **Economia dell'AIDS e politiche sanitarie nazionali**

La conferenza internazionale sull'AIDS costituisce da alcuni anni un luogo privilegiato dove gli esperti delle diverse discipline si scambiano informazioni e si confrontano sui risultati raggiunti nelle ricerche svolte nell'ultimo anno. Anche se con un certo ritardo rispetto ad altri settori, anche l'economia sanitaria applicata all'AIDS sta seguendo questa linea di tendenza. Sotto la spinta della recessione economica, i governi dei paesi industrializzati appaiono sempre più propensi a destinare gli interventi laddove i bisogni sono realmente urgenti: una loro efficiente allocazione è divenuta un obiettivo prioritario, dato anche l'ormai consistente ammontare delle risorse dedicate alla lotta contro l'epidemia. Di qui la rinnovata attenzione per le questioni economico-organizzative ed assistenziali, per troppo tempo considerate di secondaria importanza.

In alcuni paesi, tra cui l'Italia, l'AIDS sembra aver rappresentato uno stimolo all'efficienza dei servizi ospedalieri, su cui si è riversata una consistente domanda di assistenza. Le divisioni preposte alla cura della malattia hanno infatti dovuto provvedere in un breve periodo di tempo e con limitate risorse a disposizione, al trattamento di un elevato e crescente numero di pazienti (la cui assistenza è particolarmente complessa sia sotto il profilo clinico che sociale) sconosciuto fino a qualche anno fa. Da questo punto di vista, la scelta italiana di eleggere in via prioritaria le divisioni di malattie infettive a centri specializzati per l'assistenza ai pazienti HIV sembra essersi rivelata giusta, specie in confronto a quei paesi che hanno adottato soluzioni « generaliste » e che si trovano oggi a dover risolvere delicati problemi funzionali ed organizzativi di rapporto tra le varie specialità ospedaliere. Si potrebbe sostenere che proprio la pressione causata dall'epidemia ha

funzionato, almeno in parte, da incentivo a migliorare l'efficienza dell'assistenza, in modo simile a quanto avviene sul mercato dei beni privati, dove la concorrenza spinge le imprese ad accrescere continuamente l'efficienza. A differenza di questo, tuttavia, l'obiettivo a cui uniformarsi non è il conseguimento di profitti, ma la garanzia di un'adeguata assistenza da offrire al maggior numero possibile di pazienti, senza pregiudicare o ridurre la qualità del trattamento. L'effetto di questa pressione sembra avere avuto ripercussioni positive sulla stessa struttura organizzativa del sistema sanitario nazionale: ad esempio in Italia il day hospital e l'ospedalizzazione a domicilio, per anni rimasti sulla carta o circoscritti a singole esperienze, a seguito dell'AIDS sono oggi divenuti un modello assistenziale generalizzato (stabilito da normativa nazionale attraverso atti di indirizzo e coordinamento alle Regioni) (1) per i centri infettivologici, che prossimamente verrà

esteso a tutte le specialità ospedaliere. Di qui l'interesse crescente per le questioni economiche, che condizionano le decisioni generali di politica sanitaria.

Gli studi economici presentati nell'ultima conferenza di Berlino possono essere schematicamente ricondotti a due filoni principali: l'analisi dei costi e della funzionalità dei servizi ospedalieri e gli studi di costo-efficacia di particolari trattamenti terapeutici o assistenziali. Nel primo filone la valutazione riguarda l'efficienza dell'utilizzo delle risorse direttamente impegnate nella produzione dei servizi ospedalieri (espressa in termini di costo o di prodotto); nel secondo vengono invece esaminate altre componenti, che pure influenzano l'esito del processo produttivo, ma che necessitano di essere misurate attraverso indici diversi dal semplice costo monetario diretto.

### **Studi sui costi e la funzionalità dei centri ospedalieri**

L'analisi dei costi sanitari dell'AIDS è un filone d'indagine entrato in fase di piena maturità. Da alcuni anni un ormai consistente numero di lavori, sia stranieri che italiani, ha quantificato l'ammontare delle risorse dedicate all'assistenza ospedaliera e, in alcuni casi, extra-ospedaliera [Tramarin et al., 1992] o sociale [Tolley et al., 1991] dei pazienti affetti da infezione da HIV (2). I principali indicatori in genere utilizzati in queste indagini sono il costo totale di sopravvivenza di un paziente AIDS, il costo per paziente/anno e quello per giornata di degenza. Il primo indice è analizzato in particolare negli studi statunitensi, perché le stime più attendibili — la più recente indica in 102.000 dollari US il costo di un paziente AIDS che sopravvive mediamente 20 mesi [Hellingner, 1992] — sono prese dalle imprese assicuratrici come parametro

per la determinazione dei premi; il secondo e il terzo, invece, hanno una maggiore importanza ai fini di programmazione nei paesi europei, dove l'assistenza sanitaria è prevalentemente, se non esclusivamente, pubblica. In alcuni casi il costo osservato è quello differenziale dei vari regimi di degenza (ricovero ordinario, day hospital, assistenza domiciliare), importante per stimare la convenienza economica dei servizi alternativi al ricovero (3). I lavori presentati alla conferenza di Berlino sembrano, almeno in parte, superare la semplice quantificazione degli indici generali sopra ricordati: il costo, da indicatore quantitativo di tipo aziendale delle risorse utilizzate, tende ad essere inteso come costo-opportunità, cioè come misura dei benefici a cui si rinuncia con il miglior uso alternativo delle stesse risorse. Tra le indagini presentate sui costi sanitari, vanno ricordate quelle dei paesi in via di sviluppo [Flores et al., 1993] [Brasseur, 1993] [Sukhontha Kongsin et al., 1993], in cui ai problemi di efficienza delle strutture ospedaliere si somma spesso una drammatica situazione dello sviluppo epidemico, sul day hospital in Italia [Calleri et al., 1993] [Cammelli et al., 1993], sui bambini che hanno contratto gli anticorpi (e, in taluni casi, l'infezione) per via verticale (4) [Ray et al., 1993], sulle risorse farmaceutiche consumate dai pazienti HIV [Dijkgraaf et al., 1993], e sui costi specifici dei pazienti con PCP [Nicolaou et al., 1993].

Un altro studio, presentato come poster a Berlino e già pubblicato [Tolley e Gyldmark, 1993], riguarda la standardizzazione delle metodologie di misurazione dei costi, proposta come obiettivo comune a livello europeo per accrescere la confrontabilità dei risultati dei vari studi nazionali e per fornire ai programmatori sanitari elementi certi per una corretta pianificazione delle risorse.

Gli indici di costo, infatti, possono risultare profondamente diversi, oltre che per il tipo di patologia opportunistica e lo stadio di gravità della malattia, a seconda delle componenti (amministrative, alberghiere, ammortamenti) considerate o del metodo utilizzato per valutare le risorse (umane o fisiche) impegnate. Inoltre, una forte influenza sui costi sembra essere esercitata dal mix dei servizi di assistenza offerti (5).

Un altro lavoro, di cui sono stati presentati i risultati preliminari relativi ai soli ambulatori e day hospital, riguarda la costruzione di un indice aggregato di prodotto delle attività dei centri di trattamento degli HIV, costruito con l'obiettivo di misurare con un solo indicatore sintetico il loro reale carico di lavoro [Visco Comandini et al., 1993]. L'obiettivo dello studio era di superare i limiti imposti dagli indicatori normalmente utilizzati (giornate di degenza ordinaria o di day hospital, pazienti trattati, visite ambulatoriali o in assistenza domiciliare) che rappresentano solo in modo indiretto le attività svolte. Grazie ad un'indagine nazionale di prevalenza di tipo censuario (organizzato dal centro per le attività assistenziali per gli infetti da HIV presso l'ospedale Bambino Gesù di Roma), sono state rilevate le principali attività diagnostiche e terapeutiche esercitate su tutti i pazienti HIV assistiti in Italia alla data del 22 ottobre 1992. Con i dati così raccolti è stato costruito un indice generale ponderato, che tiene conto sia del numero e della tipologia delle attività svolte, sia dell'impegno assistenziale conseguente al livello di gravità dei pazienti. I pesi utilizzati, presentati nella tabella 1, sono stati costruiti da un panel di sanitari con esperienza di assistenza ai pazienti HIV, e dovrebbero riflettere il diverso impegno, in termini di tempo e di risorse dedicate, delle attività prestate nei centri ospedalieri.

Dai dati elaborati, relativi all'ambulatorio e al day hospital, è emerso che l'indice di output giornaliero ponderato per paziente trattato è mediamente pari a 3,33 nei day hospital (il cui centro dispone anche di ambulatorio) e a 1,72 negli ambulatori (sempre per i centri in cui funziona anche un day hospital); questo indice cresce significativamente se il centro non dispone di entrambi i servizi di assistenza extraricovero ordinario. Uno dei vantaggi dell'indice proposto è che esso consente di effettuare valutazioni relativamente precise dell'efficienza complessiva di ciascun servizio di ogni centro di assistenza ai pazienti HIV.

Va, infine, ricordato uno studio del Battelle Medical Technology and Policy Research Center di Londra [Harziandreu et al., 1993] che ha calcola-

to i costi sanitari e terapeutici specifici di 7 delle principali patologie opportunistiche dei pazienti AIDS (tra cui PCP, Sarcoma di Kaposi, linfoma non-Hodgking, mycobacterium avium complex) assistiti in 5 Paesi (Germania, Francia, Italia, Regno Unito e Svizzera).

Nonostante che il metodo di stima utilizzato sia quello del panel di esperti nazionali e non la più tradizionale ma precisa rilevazione dei dati sulle cartelle cliniche, lo studio appare ugualmente interessante perché pone in evidenza le differenze esistenti tra paesi nei protocolli terapeutici ed assistenziali per un'identica patologia (un esempio, relativo alla Polmonite da Pneumocisti Carinii - PCP è illustrato nella tabella 2). Nuove informazioni, che costituiscono un fattore determinante della variabilità dei

costi tra paesi, possono così essere prese in considerazione al fine di specificare gli indici standard di riferimento a livello europeo.

### Studi di costo-efficacia e di appropriatezza delle terapie

Anche a seguito delle esperienze svolte in tema di costi ospedalieri, alcune indagini economiche sull'AIDS cercano oggi di studiare la funzionalità dell'assistenza attraverso l'analisi delle conseguenze di più alternative poste a confronto, spostando l'obiettivo dal semplice studio dei costi monetari verso un approccio che un recente contributo metodologico [Drummond, Stoddard e Torrance, 1993] definisce come analisi economiche complete (costo-utilità, costo-efficacia, ecc).

Un primo contributo, molto utile dal punto di vista operativo, proviene da uno studio di un gruppo di lavoro dell'Indiana State Department of Health [Kurth, 1993], che ha costruito un sistema informativo (6) longitudinale sui bisogni assistenziali dei pazienti HIV. Il sistema rileva non solo le normali caratteristiche sociodemografiche e cliniche (conta CD4, staging CDC, indice di Karnofski) dei casi trattati e le risorse ospedaliere utilizzate nei vari servizi di assistenza, ma anche informazioni sullo *status* fisico e psicologico (desunte da questionari somministrati ai pazienti assistiti e regolarmente inseriti nel data base) attraverso cui possono essere costruiti indici di qualità di vita percepita dei pazienti (QOL). Il lavoro di Kurth et al., sottolinea come, nel caso dell'HIV, la mortalità non sia la misura più pertinente di efficacia: l'interesse alla sopravvivenza da parte dei pazienti AIDS scende infatti bruscamente se al trattamento sanitario è associata una bassa QOL (7). Quest'ultima, rilevata trimestralmente per ogni paziente assistito, diventa uno dei parametri clinici con cui il perso-

**Tabella 1 - Pesi utilizzati per l'indice di prodotto dei servizi ambulatoriali e di day-hospital per i pazienti HIV in Italia**

Attività mediche		Stato clinico e fisico dei pazienti	
Visite	1.0	non HIV	1.0
Prelievi	1.0	CDC I, II e III	1.0
Visite specialistiche	1.5	CDC IV	1.2
Procedure diagnostiche	1.5	AIDS	2.0
Terapia con pentamidina	0.5		
Terapia parenterale	1.2	indice Karnofski < 50%	
Trasfusioni	1.3	e/o dementia	3.0

Fonte: [Visco Comandini et al., 1993].

**Tabella 2 - Risorse mediamente utilizzate per il trattamento della polmonite da pneumocisti carinii nei soggetti AIDS in 5 Paesi europei**

	UK	FRANCIA	GERMANIA	ITALIA	SVIZZERA
Visite ambulatoriali	2	2	4	1,3	2
Giorni di ospedalizzazione	9,8	10	16,8	10,8	12
Emogasanalisi (*)	70%	200%	115%	100%	200%
Espettorato indotto (*)	70%	—	20%	70%	—
Broncoscopia-lavaggio	50%	75%	85%	30%	100%
CBC (*)	80%	60%	60%	30%	100%
Costo per episodio acuto (**)	138	152	214	154	100

(\*) % dei pazienti che ricevono la prestazione

(\*\*) in numeri indice (Svizzera = 4,574 Ecu)

Fonte: elaborazioni da [Harziandreu et al., 1993].

nale di assistenza valuta le prestazioni, anche ai fini della costruzione di un modello ottimale di assistenza integrata, che rappresenta l'obiettivo di lungo periodo del progetto.

Infine, alla conferenza sono stati presentati alcuni poster, in parte metodologici e in parte contenenti i primi risultati empirici, relativi ad un progetto di linee guida per l'appropriatezza delle terapie mediche da prestare a pazienti HIV nei primi stadi della malattia trattati ambulatorialmente, specifici per alcune patologie come la profilassi della PCP [Agin et al., 1993] [Keyes et al., 1993]. Si tratta di uno studio che apparentemente riguarda solo la clinica e l'epidemiologia, ma che ad un più attento esame risulta con risvolti rilevanti sia sui costi che sull'efficacia. Infatti, se è corretto misurare il funzionamento di un centro di assistenza attraverso indici di prodotto, è pur vero che questi risulteranno determinati, tra gli altri fattori, anche dal grado di appropriatezza con cui vengono seguiti i protocolli diagnostici e terapeutici previsti per ciascuna patologia: l'individuazione di una divergenza tra questi ultimi e le attività svolte nella pratica costituisce una vera e propria causa di inefficienza (spreco di risorse) che, in alcuni casi, può arrivare a ridurre sia l'efficacia clinica che quella assistenziale, e probabilmente anche la QOL dei pazienti. Il caso studiato riguarda un campione di 120 pazienti assistiti ambulatorialmente nello stato di New York, di cui 92 necessitanti un trattamento di profilassi per la PCP. Dai risultati presentati sembra che i protocolli siano stati seguiti in circa l'80% dei casi. A questo riguardo, è forse interessante notare che uno studio simile (su pazienti AIDS con PCP ospedalizzati), attualmente in corso di elaborazione, è stato svolto anche in Italia dall'Osservatorio epidemiologico della regione Lazio, nell'ambito del corso di aggiornamento dei medici

sull'AIDS. I risultati, in questo caso, sembrano divergere significativamente da quelli dello studio statunitense, perché l'indice di appropriatezza rilevato in via provvisoria è di circa il 60-65%. Parte di questa differenza deriva sicuramente dal disegno dello studio (un unico panel di valutazione per attività ambulatoriali nel primo studio, una molteplicità di soggetti valutanti l'appropriatezza di ben più complesse attività di ricovero nel secondo), ma non si può escludere l'esistenza di un divario di efficienza nei comportamenti tra i sanitari americani e italiani, problema questo che, in sede di valutazione della funzionalità delle strutture ospedaliere, necessiterebbe forse di un maggiore livello di approfondimento.

### Conclusioni

Scopo di questa breve rassegna è fornire un quadro delle ricerche economiche sull'AIDS presentate all'ultima conferenza di Berlino, che riflette in larga misura le linee di tendenza in atto nella materia. Rispetto ai primi studi sui costi dell'assistenza ospedaliera, realizzati in genere con indagini retrospettive su cartelle cliniche di pazienti assistiti in singoli centri, è oggi avvertibile un impulso ad ampliare le fonti informative (data base gestionali dei pazienti, indagini di prevalenza), il livello di multidisciplinarietà dell'approccio metodologico (QOL, indice di adeguatezza delle terapie e della diagnostica), e a concentrare l'attenzione su aspetti specifici del sistema di assistenza ospedaliera (risorse farmaceutiche, convenienza dei servizi alternativi al ricovero ordinario, assistenza ai neonati, ecc.). È divenuto evidente che, per ottenere un quadro più completo del sistema assistenziale ospedaliero, è necessario avvalersi in modo complementare sia di indagini monocentriche approfondite, sia di studi di multicentrici di prevalenza, esatta-

mente come accade nel campo delle discipline economiche più tradizionali, dove si utilizzano congiuntamente indagini *ad hoc*, dati di contabilità e dati di censimento (della popolazione, dell'agricoltura, dell'industria).

La tendenza emergente dagli studi più recenti sembra essere quella di pervenire, per ogni aspetto considerato (prestazioni, costi, degenze, carichi di lavoro, produttività, qualità dell'assistenza percepita, adeguatezza delle terapie) a valori standard di riferimento (possibilmente a livello europeo), gli unici capaci, se ben formulati, di rappresentare un valido aiuto alla programmazione sanitaria a livello nazionale o regionale, e al management dei singoli ospedali. L'efficiente allocazione delle risorse, sia tra Stato centrale, Regioni e U.s.l., sia all'interno di ogni singolo centro ospedaliero verrebbe così fortemente incentivata.

(1) D.P.R. 20 ottobre 1992, *Attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali* e D.P.R. 14 settembre 1991, *Attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate*.

(2) Per una recente rassegna critica si veda DIRINDIN e CALLERI, 1992.

(3) Secondo recenti stime, l'assistenza ospedaliera in regime non ordinario (*out-patient care*) negli Stati Uniti costituisce quasi il 25% del costo totale [HELLINGER, 1992].

(4) Com'è noto, i bambini HIV positivi alla nascita costituiscono l'unica categoria di pazienti che può « guarire » (gran parte dei soggetti si sieronegativizza entro i sei mesi), ma che presenta problemi di ordine sociale ed assistenziale particolarmente gravi perché, a causa dell'infezione contratta dalla madre, sono destinati a rimanere orfani.

(5) Un recente studio ha analizzato, sotto il profilo tecnico-organizzativo ed economico, l'effetto di complementarità e/o di sostituzione del day hospital rispetto al ricovero ordinario [GUZZANTI e MASTRILLI, 1993].

(6) Il sistema si avvale di un pacchetto software per l'HIV denominato *Therapy Management System*, sviluppato dal Dipartimento di medicina dell'Università di S. Diego, di dominio pubblico, che funziona in ambiente Apple Macintosh.

(7) Un'ormai consistente letteratura, di cui STEIN et al. [1993], costituisce il contributo più recente, ha mostrato l'importanza delle valutazioni soggettive dei pazienti HIV nell'analisi della funzionalità dell'assistenza ospedaliera.

## BIBLIOGRAFIA

- AGINS et al., *Guidelines for general medical management of early HIV infection in adults*. Poster presentato alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino 1993.
- BRASSEUR O., *Cost of national AIDS programmes in developing countries: cost analysis and trends*. Poster presentato alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino 1993.
- CALLERI C. et al., *Outpatient care cost of HIV infection in Italy*. Poster presentato alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino 1993.
- CAMMELLI L. et al., *Cost effectiveness of different AIDS care patterns*. Poster presentato alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino 1993.
- DIJKGRAAF M. et al., *Costs of HIV-related inpatient drug use*. Poster presentato alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino 1993.
- DIRINDIN N., CALLERI G., *Il costo di un malato di AIDS: il punto sulla letteratura*. *Mecosan*, 1992, 2, 13.
- DRUMMOND M., STODDART G., TORRANCE G., *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*. Fondazione Smith Kline, Franco Angeli, Milano, 1993.
- FLORES M. et al., *Projecting the economic impact of HIV/AIDS in the two largest cities of Honduras*. Poster presentato alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino, 1993.
- GUZZANTI E., MASTRILLI F. (a cura di), *Day hospital e Day surgery*. Editeam, Bologna, 1993.
- HATZIANDREU E. et al., *Cost of treatment for acute opportunistic disease episodes for AIDS patients in Germany, France, Italy, United Kingdom and Switzerland*. Poster presentato alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino 1993.
- HELLINGER F., *Forecasts of the costs of medical care for persons with HIV: 1992-1995*. *Inquiry* 1992, autunno.
- KEYES C. et al., *HIV disease staging, antiretroviral therapy and PCP prophylaxis in HIV primary care*. Poster presentato alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino 1993.
- KURTH A. et al., *HIV/AIDS LINKS Project: longitudinal documentation of service needs for persons with HIV*. Relazione presentata alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino 1993.
- NICOLAU D. et al., *Pharmacoeconomics and adverse effect of PCP therapy*. Poster presentato alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino 1993.
- RAY C. et al., *At risk infants: the cost of the first 18 months*. Poster presentato alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino 1993.
- STEIN M. et al., *Factors associated with patient satisfaction among symptomatic HIV infected persons*. *Medical Care* 1993, 31 (2), 182.
- SUKHONTA KONGSIN et al., *Hospital care cost analysis of ARC/AIDS patients, Thailand*. Poster presentato alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino 1993.
- TOLLEY K. et al., *HIV-AIDS and social care*. University of York, Centre of Health Economics, Discussion paper 81, 1991.
- TOLLEY, GYLDMARK K., *The treatment and care costs of people with HIV infection of AIDS: development of a standardised framework for Europe*. *Health Policy* 1993, 24, 55.
- TRAMARIN A. et al., *An economic evaluation of home-care assistance for AIDS patients: a pilot study in a town in northern Italy*. *Journal of AIDS* 1992, 11 (6), 1377.
- VISCO COMANDINI V. et al., *Measuring the output of hospital care services for HIV infected patients in Italy: methodological and empirical improvements*. Poster presentato alla IX Conferenza internazionale sull'AIDS, Berlino 1993.

# CRITICITÀ DEL CONTROLLO NEL GOVERNO DELLE AZIENDE SANITARIE

di Mariacristina Bonti

Dipartimento di Economia aziendale « Egidio Giannesi »  
Università di Pisa - Pisa

**SOMMARIO:** Aspetti introduttivi - Circostanze che contribuiscono alla rilevanza della « filosofia » del controllo - Implicazioni derivanti dalla mancanza di coerenti politiche di attuazione dei « progetti » di cambiamento - Riflessioni intorno al ruolo « composito » del professionista medico.

*This paper describes and provides comments on the latest changes in the public health care organizations. On the one hand, changes in control and information systems generated by accounting innovations are considered. On the other, the role of clinical directors and other doctors, and possible innovations in clinical activities, are examined. Basic differences between doctors' professional skills and ethos and administrators' skills and ambitions are bound to remain substantial. Nevertheless, there are several opportunities for a genuine convergence and for a change in the role of doctors.*

## Aspetti introduttivi

La crescente differenziazione dei bisogni e delle richieste di prestazioni sanitarie che chiedono di essere soddisfatte, la varietà e variabilità dei servizi da produrre, la necessità di garantire forme adeguate di integrazione verticale ed orizzontale tra fasi successive nei processi di assistenza sono alcuni fattori che hanno contribuito al progressivo incremento del grado di complessità organizzativo e gestionale delle aziende sanitarie. È così emersa l'inadeguatezza dei modelli tradizionali di amministrazione, mentre parallelamente si è acquisito consapevolezza della necessità di individuare modalità gestionali che contrappungano e convertano la suddetta complessità in soluzioni ispirate al principio della semplicità e flessibilità:

— *flessibilità*, che significa saper rispondere alla dinamicità dell'ambiente e della domanda con una parimenti elevata dinamicità gestionale. Questo vuol dire per le aziende

sanitarie sviluppare una capacità di perseguire un continuo adattamento alle esigenze connesse con l'evoluzione dei bisogni della collettività, secondo una logica di programmazione degli interventi e di miglioramento incrementale delle condizioni di efficienza, efficacia ed economicità, in modo tale da conseguire un graduale recupero delle condizioni di equilibrio economico-finanziario;

— *semplicità*, che significa cercare di riportare le problematiche decisionali ad una dimensione più facilmente gestibile, rapportandole cioè alle effettive capacità, ma anche reali possibilità, di governo e programmazione; orientarsi sia verso un più completo impiego degli strumenti organizzativi, i quali consentono un'ampia « gradazione » della loro intensità, sia verso una maggiore valorizzazione delle potenzialità con essi connesse.

Su questo terreno, l'interpretazione dei bisogni e la valutazione del rapporto tra domanda/bisogni/risor-

se non sembra destinato a scontrarsi con un responsabile funzionamento delle strutture sanitarie né con un responsabile svolgimento di atti sanitari o erogazione di prestazioni e servizi, così contemperandosi le esigenze del sistema organizzativo con quelle dei suoi operatori professionali.

Il processo di aziendalizzazione avviato con il decreto delegato n. 502/92 si inquadra in questo contesto, ponendo alcune premesse e prevedendo alcuni strumenti per un governo diversamente orientato delle aziende sanitarie, incentrato su responsabilità economiche, su obiettivi e risultati. Il controllo economico, in particolare, è destinato ad essere forse uno tra i principali problemi di governo per le aziende sanitarie per i motivi che sono ben noti:

— estrema variabilità della domanda di salute;

— difficoltà di misurazione del prodotto ed impossibilità di codificare o rendere ripetibili i processi assistenziali;

— prevalere degli aspetti di efficacia e qualità dei servizi sulle considerazioni meramente efficientistiche;

— incertezza e complessità del processo tecnico di trasformazione;

— caratteristiche delle professioni mediche (autonomia clinica, rapporto fiduciario, personalizzazione delle prestazioni, prevalere dell'etica professionale, legame debole con il sistema organizzativo di appartenenza, e così via).

Ciò che non elimina comunque il bisogno di strumenti di misurazione, analisi, interpretazione a supporto ai processi decisionali, tali sia da consentire una modifica delle modalità di funzionamento e di svolgimento delle attività delle aziende sanitarie, sia da attribuire loro un nuovo significato. La concezione di controllo secondo la prospettiva economica sostituisce infatti una logica «punitiva», che si traduce nell'impiego di meccanismi di controllo quale strumento «inquisitore» a fini di «colpevolizzazione» e ad una responsabilità «passiva» coniugata con una sorta di intransigenza sui comportamenti totalmente sganciata da una qualunque considerazione sui risultati, una responsabilità «attiva», di tipo organizzativo/gestionale, ricca di elementi di motivazione ed incentivazione al miglioramento continuo, graduale, a piccoli passi.

L'attivazione di processi di programmazione e controllo, cioè la fissazione in modo continuativo e sistematico di obiettivi, la definizione di piani e programmi per la loro realizzazione concreta, l'individuazione di concrete linee di azione da intraprendere, l'articolazione di un sistema di responsabilità, è in particolare tale da conseguire questo tipo di cambiamento. Ciò in quanto sviluppa gradualmente un processo di apprendimento, individuale e collettivo, e di assunzione dinamica di nuovi ruoli che viene ad integrare i presupposti di un mutamento che si realizza ad un duplice livello:

— a livello manageriale, nella misura in cui si promuove lo sviluppo di capacità di gestire l'incertezza, la complessità ed la dinamicità ambientale;

— a livello organizzativo, in quanto si producono modifiche negli assetti organizzativi, strutturali, nei modelli culturali e di comportamento, nel sistema dei ruoli si da rendere possibile il superamento di non pochi elementi di rigidità insiti nelle prescrizioni normative dei compiti e degli assetti formali.

#### **Circostanze che contribuiscono alla rilevanza della « filosofia » del controllo**

La centralità del controllo, in relazione alla molteplicità ed alla natura delle informazioni che mette a disposizione del sistema organizzativo, quale supporto nei processi di decisione e di scelta, si evince in diversi punti del decreto delegato.

La necessità per le aziende sanitarie — allo stesso modo Unità sanitarie locali ed ospedali — di assicurare i livelli fissati di assistenza nell'ambito del proprio « bacino di utenza », raccordando all'evoluzione dei bisogni e della struttura della domanda la struttura e la composizione dell'offerta, presuppongono lo sviluppo di una funzione di analisi e di un'attività di programmazione in grado di fungere da guida nelle decisioni volte a garantire un equilibrato sviluppo dei diversi servizi e settori. Ciò è importante per quanto concerne le scelte relative all'allocazione delle risorse, al fine di conseguire la maggiore efficacia sociale possibile dell'azione e degli interventi realizzati.

Strettamente correlato a questo, si pone inoltre anche la necessità di procedere, soprattutto in presenza di condizioni di disponibilità scarse di finanziamento, ad un'allocazione « selettiva » dei fondi e delle risorse tra le diverse strutture operative interne

ad U.s.l. ed ospedali. Il vincolo del pareggio di bilancio, del conseguimento, cioè di condizioni di equilibrio economico-finanziario alquanto stringenti soprattutto se rapportate ad una desuetudine all'assunzione di responsabilità ed a comportamenti volti a « scaricare » all'esterno (ovvero sullo Stato) inefficienze e disfunzioni, richiede alle singole aziende di dare attuazione ad un sistema competitivo interno che faccia leva e trovi legittimazione in dati « certi » di risultato. Si tratta, in sostanza, di erogare selettivamente risorse sulla base di meccanismi di incentivazione all'efficienza organizzativo-gestionale i quali, senza danneggiare o compromettere l'offerta, costringano le diverse unità operative alla promozione di sistemi e modalità di gestione innovativi, soprattutto orientati al miglioramento delle condizioni interne di svolgimento delle attività lavorative.

Le decisioni sull'allocazione selettiva delle risorse portano a configurare per gli organi di governo un ruolo di veri e propri « agenti del cambiamento » in relazione alla possibilità di introdurre forme di mercato interne che abbiano nel rapporto risorse assegnate/risultati conseguiti il loro privilegiato parametro di valutazione e giudizio.

La selettività (che prima ancora che criterio di ripartizione delle risorse all'interno delle U.s.l. e degli ospedali dovrebbero essere criterio di assegnazione dei finanziamenti da parte della Regione) non fa altro che assegnare una connotazione economica e razionale allo stanziamento finanziario, dimostrando una precisa intenzione di motivare l'impegno premiando gli sforzi compiuti dai diversi settori ed unità operative secondo una logica « meritocratica ». Laddove invece l'assenza di tale criterio non porterebbe altro che a penalizzare, specialmente in periodi di riduzione complessiva dei finanziamenti, pro-

prio quelle strutture che hanno mostrato di aver raggiunto rendimenti positivi e apprezzabili (dimostrabili sulla base di indicatori di attività e di risultato). L'impiego degli indicatori di risultato può al contrario « forzare » le unità operative più inefficienti al recupero di livelli più elevati di rendimento, pena il pericolo di misure che potranno anche risultare drastiche (ad esempio, la chiusura di certi reparti qualora mostrino di essere solo distruttori di ricchezza).

Nel caso specifico delle strutture ospedaliere, l'utilità dei dati e delle informazioni che un sistema informativo orientato al controllo è in grado di fornire è evidenziata anche dalla possibilità di rendere operativo il sistema di incentivazione previsto dal decreto delegato, nel caso di produzione di avanzi di amministrazione, dal momento che può essere considerato come la indispensabile premessa sotto un profilo tecnico; questo anche per ovviare al ripresentarsi di forme di incentivazione alla produttività (così può essere interpretato il dettato legislativo) che si mostrano « inique » per la logica egualitaria che le ispira, laddove è un sistema che riconosce la creatività e l'iniziativa di cui il sistema sanitario evidenzia di richiedere.

Infine, la stessa attivazione di sistemi di verifica e revisione della qualità può trarre dal sistema di indicatori che costituiscono la dimensione tecnica del sistema di controllo utili fattori sui quali basare la formulazione di giudizi relativi ai livelli di qualità conseguiti nelle prestazioni erogate.

#### **Implicazioni derivanti dalla mancanza di coerenti politiche di attuazione dei « progetti » di cambiamento**

La cronica debolezza dei progetti di cambiamento che nel tempo dise-

gni di legge hanno proposto è da riscontrarsi nella fase della loro realizzazione pratica. I fattori di maggiore debolezza si sono mostrati i tempi concessi, generalmente troppo stretti e perciò solo demotivanti, e la creazione delle necessarie condizioni-base sul piano organizzativo. Così il legislatore, nel fissare all'1 gennaio 1994 l'attivazione del nuovo sistema di rilevazione contabile, sembra dimostrare ancora una volta di aver trascurato la considerazione delle condizioni oggettive nelle quali non poche Unità sanitarie locali ed ospedali si trovano ad operare.

Infatti:

— sul piano tecnico, si richiede come indispensabile un potenziamento dei sistemi informativi. In non pochi casi questi sono infatti ancorati ad elaborazioni ancora manuali o semi-automatizzate, laddove il sistema di contabilità analitica si presume renderà indispensabile l'impiego di strumenti informatizzati. Ciò in quanto, l'elevata varietà delle prestazioni e l'alto livello di differenziazione che contraddistingue la stessa organizzazione dei servizi non può che tradursi in una parimenti elevata articolazione della struttura dei centri di responsabilità, peraltro caratterizzati da logiche di funzionamento alquanto diversificate. Molteplici pertanto e differenziati risulteranno gli stessi processi di raccolta, elaborazione, analisi, interpretazione, rappresentazione dei dati, in modo tale da soddisfare le esigenze informative dei responsabili dei centri di responsabilità che si verranno ad individuare;

— sul piano qualitativo, occorre invece preparare, cioè formare le necessarie professionalità, sia all'interno della componente amministrativa del personale, per quanto concerne la « logica » che alimenta i sistemi di contabilità economica, sia nell'ambito del personale medico, il quale sarà coinvolto in prima persona con responsabilità all'interno di centri di

costo. In questo caso, l'intensità degli interventi formativi richiede di essere anche superiore, laddove si rifletta sulle ormai note differenze che sussistono tra la cultura professionale medica e quella presupposta da un sistema di controllo. In particolare, sono la diffidenza, il sospetto di un'ulteriore ed inutile burocratizzazione del sistema medico-sanitario, di un appesantimento della loro attività, di una possibile interferenza e limitazione dell'autonomia clinica i principali « blocchi culturali » che la formazione è chiamata a superare ed abbattere. Ciò in quanto se è nella logica del controllo rendere più « visibili » i comportamenti, non vi rientra di certo la formulazione di giudizi di merito intorno ai processi assistenziali prescelti. Inoltre, la diffusione di sistemi informatizzati richiederà una formazione alle nuove modalità di lavoro indotte dall'office automation;

— sul piano quantitativo, non va trascurata anche la possibile carenza di organici, considerando la necessità di un potenziamento di alcune strutture interne in stretta relazione alla progettazione, implementazione e funzionamento dei nuovi sistemi di rilevazione;

— sul piano strutturale, si dovranno rafforzare, talora costituire, alcune strutture interne: si fa riferimento agli uffici di programmazione e controllo, agli uffici centro di costi, alla costituzione di centri di elaborazione elettronica dei dati, senza peraltro dimenticare che, sul piano organizzativo, si renderanno indispensabili ed inevitabili alcuni cambiamenti per quanto attiene le procedure di lavoro, l'articolazione delle responsabilità, le soluzioni organizzative esistenti, tutti interventi che non possono essere improvvisati ma risultare coerenti e funzionali rispetto all'operatività dei nuovi sistemi di contabilità. Non va ignorato che la contabilità analitica presuppone la co-

struzione di una struttura di centri di responsabilità che non di rado non può essere individuata mediante una semplice sovrapposizione alla struttura organizzativa formale. Ciò soprattutto a seguito del fatto che il divario tra organizzazione formale e organizzazione informale nell'ambito di strutture come quelle sanitarie risulta essere molto elevato, tale da determinare una sorta di doppia articolazione dei sistemi di autorità che, se non esplicitata, rischia di fungere da latente struttura di resistenza ed opposizione ai cambiamenti;

— sul piano operativo, va infine ricordato che nell'ambito dei sistemi un ruolo centrale di controllo occupa la programmazione di bilancio, sia per quanto concerne il bilancio pluriennale di previsione sia quello annuale: la sua funzione richiede di conseguenza un'evoluzione che consenta di affrancarla dalla semplice funzione autorizzativa, esaltandone il raccordo con la gestione operativa..

A margine di questo si possono avanzare alcune perplessità circa la reale possibilità che si realizzi un vero e proprio processo di assunzione di forme di responsabilità attiva da parte degli organi direzionali delle aziende sanitarie. Non è nostra intenzione dilungarci a questo proposito, ma non si ritiene possibile ignorare la considerazione di alcune questioni destinate a risultare presumibilmente penalizzanti.

L'imposizione da parte dello Stato nei confronti delle Regioni di impegni prioritari di contenimento della spesa, non per ultima quella sanitaria, possono trovare traduzione in uno « stile di controllo » adottato dagli assessorati alla sanità particolarmente stringente, destinato soprattutto a manifestarsi in relazione al vincolo del pareggio di bilancio. Da un lato, la presumibile sottostima dei fondi stanziati può mortificare la volontà di chi vuole operare quei cambiamenti che il decreto delegato ren-

de possibile; dall'altro il vincolo, non obiettivo, dell'equilibrio economico-finanziario può tradursi in norme di deresponsabilizzazione o in concezioni punitive e penalizzanti della responsabilità, in intenti di colpevolizzazione che trascurano uno dei principi cardini su cui si fonda la responsabilità sui risultati: cioè la controllabilità dei risultati medesimi. Sussiste, in altri termini, una situazione di contesto che non sembra orientare a comportamenti che siano davvero responsabili e disposti all'assunzione delle reciproche responsabilità, cosa che richiede di individuare, distinguere e separare le cause interne da quelle esterne di situazioni di insuccesso che Unità sanitarie locali ed ospedali possono trovarsi a sperimentare.

#### **Riflessioni intorno al ruolo « composito » del professionista medico**

La logica del controllo, nel suo bilanciamento tra autonomia decisionale delegata e responsabilità per i risultati riconosciuta, assume rilievo del tutto peculiare qualora riferita al personale medico.

Il dirigente medico di secondo livello viene individuato dal legislatore come colui cui competono funzioni di direzione ed organizzazione ed a carico del quale è posta una responsabilità strettamente commisurata agli obiettivi stabiliti ed alle risorse assegnate, secondo modalità che sono simili nella loro sostanza a quelle previste per il direttore generale. Si vengono così ad individuare una pluralità di figure cui sono ricondotte decisioni critiche in merito all'utilizzo di risorse, seppure secondo un modello che sembrerebbe orientato, sul piano teorico, a ricondurre ad una sostanziale unità le due « sfere », i due « ambiti » di azione nel quale il medico opera: quello gestionale e quello professionale.

Il decreto infatti delinea una figu-

ra di dirigente medico di secondo livello nell'ambito della quale coesistono:

— competenze tipicamente tecnico-professionali: si fa infatti riferimento a decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici;

— competenze di natura gestionale, legate, come rilevato, alle funzioni di direzione ed organizzazione della struttura.

Per meglio comprendere i riflessi ed il contenuto di questo « ruolo composito » si può utilmente fare riferimento e richiamare i tratti della « complessità » delle situazioni che il dirigente medico è chiamato a fronteggiare.

La complessità e la variabilità della domanda, dei bisogni, delle prestazioni da gestire, che abbiamo osservato essere elevata per le Unità sanitarie locali e gli ospedali, complessivamente considerati, non appare certo inferiore a livello di strutture operative di dimensioni più contenute, come ad esempio una divisione.

Complessità e variabilità che si accentuano a seguito delle caratteristiche proprie delle attività mediche, le quali non si prestano a forme di « standardizzazione », più tipiche modalità di contenimento e riduzione di questi fenomeni. Un'opportunità in tale senso potrebbe essere offerta dal ricorso, quale supporto al sistema di controllo, a strumenti che consentono una sorta di segmentazione della domanda sulla base dell'individuazione di categorie di bisogni omogenei, in particolare per patologie omogenee. Si intende fare riferimento al sistema dei DRG's, uno strumento che offre non poche opportunità sul piano gestionale (verifica e controllo dello stato e della disponibilità delle risorse tecnologiche, valutazione dell'adeguatezza professionale e numerica del personale in relazione alle diverse « fasi » dei processi assistenziali, verifica dell'adegua-

tezza del modello organizzativo e dell'organizzazione del lavoro, valutazione dell'appropriatezza dell'uso e della coerenza del consumo di risorse, valutazione della qualità dell'assistenza) ma il cui utilizzo incontra nell'ambito del nostro paese non pochi ostacoli e diffidenze.

È peraltro vero che per gestire le strutture ospedaliere di cui è responsabile il dirigente medico ha bisogno in qualche modo di « controllare » tale complessità ed è questo, del resto, il contenuto che si può assegnare alla funzione direzionale, la quale deve comunque salvaguardare la particolare natura di questa professionalità.

Se si considerano però nelle loro caratteristiche e nelle possibilità che offrono gli strumenti del sistema di controllo, in particolare la vasta gamma di elaborazioni e di informazioni che sono in grado di produrre, si può vedere come queste possano costituire un valido supporto al professionista nell'espletamento della sua attività.

Il contenuto ed il significato della funzione di direzione richiede pertanto al dirigente medico un'analisi attenta delle condizioni operative e della situazione organizzativa con lo scopo di discriminare all'interno della complessità gestionale ed organizzativa, in rapporto alla variabilità della domanda e dei bisogni, tra situazioni che sono coerenti e funzionali con lo svolgimento dell'attività professionale, e situazioni che invece non lo sono, divenendo inutili fonti di inefficienza e di spreco. Il fatto di parlare di una discriminazione può generare facili equivoci che è opportuno immediatamente eliminare: va infatti chiarito che tale distinzione o disaggregazione della complessità non viene ad operare in riferimento alla domanda, alle sue caratteristiche, alla sua struttura, né in riferimento all'offerta, in relazione alla tipologia di prestazioni che possono essere o è conveniente erogare.

Si tratta invece di intervenire su quella porzione di complessità che trova, ad esempio, la sua origine nell'uso di procedure e pratiche clinico-diagnostiche che risultano palesemente obsolete o che sono comunque suscettibili di miglioramento; su protocolli clinici che si configurano eccessivamente costosi o più costosi rispetto ad altri che presentano pari efficacia sul piano dei risultati; su pratiche di assistenza che allungano inutilmente il tempo di degenza senza trovare alcuna giustificazione sul piano del miglior trattamento assicurato al paziente; su fenomeni di moltiplicazione degli accertamenti diagnostici e di analisi strumentali i quali sono unicamente da ricondursi ad una carenza di strumenti di integrazione orizzontale tra strutture.

Si è in presenza, come è facile intuire, di decisioni che rientrano nell'ambito dell'esercizio, in condizioni di piena autonomia clinica, di funzioni professionali, peraltro in piena conformità con quanto previsto dal decreto delegato (al dirigente infatti abbiamo rilevato che competono le decisioni sulle scelte nei riguardi dei trattamenti e delle modalità di trattamento dei pazienti), anche se indubbiamente stimolate dal decreto stesso. È del resto vero che una tale analisi non è priva di riflessi sul piano gestionale, in quanto può tradursi in una ridefinizione o un ripensamento delle stesse modalità operative, che può condurre alla riduzione-eliminazione di possibili fonti di spreco o inadeguato utilizzo di risorse.

Pertanto, se il ripensamento o la revisione delle modalità operative e dei criteri decisionali esplicitati in protocolli e procedure è un'attività ed una scelta che rientra nell'esclusiva competenza del medico, di cui esprime l'autonomia clinica ma anche il livello di « sviluppo » della professionalità, è anche vero che il suo espletamento corrisponde nello stesso tempo allo svolgimento di funzio-

ni di direzione. Letto in questi termini il ruolo del dirigente, il timore da più parti manifestato intorno ad una sua evoluzione in senso manageriale sembra destinato a perdere parte del proprio significato, mentre nello stesso tempo si aprono margini per una maggiore esaltazione dei modelli di professionalità e delle capacità dei diversi professionisti. In questo quadro, assume anche più preciso significato il riconoscimento di una responsabilità gestionale commisurata ai risultati conseguiti (obiettivi affidati) in relazione alle risorse attribuite.

Pertanto, guardando alla nuova figura di professionista, si può constatare la sua duplice caratterizzazione:

— da un lato, una responsabilità nella distribuzione del lavoro tra i medici, nella valutazione della loro progressione di carriera, nei processi decisionali-assistenziali, nell'individuazione dei trattamenti e delle pratiche cliniche cui attenersi rispetto a gruppi di pazienti;

— dall'altro, per quanto concerne in particolare la sfera gestionale, il ruolo del professionista si connota contemporaneamente in senso operativo e strategico. Nel primo ambito, in una prospettiva tipicamente di breve periodo, rientrano le decisioni relative all'allocazione interna ed all'impiego delle risorse, soprattutto umane; nel secondo, in un'ottica di medio-lungo termine, può essere ricompresa la predisposizione di quello che si può definire come il « piano clinico », un documento destinato a divenire terreno di scontro con il vertice amministrativo per quanto attiene sia la definizione degli indirizzi strategici di lungo periodo, sia la ripartizione delle risorse di budget nell'anno successivo, in relazioni ai risultati conseguiti.

Prende corpo e sostanza, in questo senso, un ruolo composito per il management sanitario: un ruolo di « guardiano » (svolto prevalentemen-

e all'interno della struttura ospedaliera) e di « avvocato » (nei rapporti con la direzione amministrativa e in contrasto con altre strutture ospedaliere), indubbiamente rafforzato dalla disponibilità di più dettagliate e precise informazioni di natura economico-finanziaria che il sistema di controllo è in grado di fornire.

Una riflessione sul contenuto del ruolo del professionista medico appare importante in quanto può offrire un possibile riferimento in merito all'individuazione di adeguati piani formativi, di indirizzi verso cui orien-

tare gli sforzi e gli investimenti in formazione, soprattutto considerando il « silenzio » del legislatore, il quale, si ritiene, avrebbe potuto opportunamente fornire indicazioni a questo riguardo, in particolare laddove ha trattato della formazione del personale medico, in quanto è in primo luogo nelle sedi universitarie che il cambiamento culturale del personale medico può efficacemente avere luogo.

#### BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *L'organizzazione dell'ospedale*. McGraw Hill, Giuffrè, Milano.

ANSELMI L., VOLPATTO O., *L'azienda salute*. Giuffrè, Milano.

BORGONOV E., *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*. Egea, Milano.

BORGONOV E., ZANGRANDI A., *L'ospedale. Un approccio economico aziendale*. Giuffrè, Milano, 1988.

ETZIONI A., *Sociologia dell'organizzazione*. Il Mulino, Bologna.

ZANGRANDI A., *Il controllo di gestione nelle Unità sanitarie locali*. Giuffrè, Milano.

TARONI F., CURCIO RUBERTINI B., *I Diagnosis Related Groups per la valutazione dell'attività ospedaliera*. Clueb Bologna, 1991.

# ESAOTE BIOMEDICA



## linea **OTE BIOMEDICA**

Cardiofisiologia - Ecocardiografia - Monitoraggio - Neurofisiologia

## linea *Ansaldo elettronica biomedicale*

Ultrasonologia - Tomografia (TAC - RM)  
Mineralometria Ossea Computerizzata (MOC)

# **Documenti e commenti**

Sezione 2<sup>a</sup>

# IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

di Erminio Lorenzini

Assessore alla sanità e attività sociali  
della provincia autonoma di Trento

*Mecosan, proseguendo il tema affrontato nei precedenti numeri, pubblica il modello organizzativo della provincia autonoma di Trento e la ridefinizione degli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali della Lombardia in attuazione del D.L. 502/92. Tali leggi che valorizzando le peculiarità istituzionali e organizzative della situazione locale e rispondono in maniera originale all'esigenza di fronteggiare e « governare » il sistema complesso della sanità. Entrambi i documenti sono preceduti da commenti esplicativi che ne evidenziano il percorso formativo.*

SOMMARIO: Il sistema sanitario della provincia autonoma di Trento: quadro istituzionale e attuazione della L. 833/1978. L'articolazione della L.P. 1 aprile 1993, n. 10 - Il modello organizzativo dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e le sue caratteristiche determinanti - I tempi dell'attuazione.

L'art. 80 della L. 833/78 stabiliva che nella disciplina del Sistema sanitario nazionale venivano fatte salve le competenze statutarie delle Regioni a statuto speciale e che restavano ferme « le competenze spettanti alle province autonome di Trento e Bolzano secondo le forme e le condizioni particolari di autonomia definite dal D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670, e relative norme di attuazione ».

Nell'ambito dello Statuto speciale di Autonomia della regione Trentino Alto Adige, l'applicazione della normativa sanitaria si presenta in maniera peculiare in quanto è previsto che spetta alla Regione una competenza primaria che concerne specificamente l'ordinamento degli enti sanitari ed ospedalieri, mentre alle Province è riconosciuta una competenza secondaria che si riferisce, in termini più ampi, all'igiene e sanità, ivi comprese l'assistenza sanitaria e ospedaliera.

Pertanto, quando si è trattato di individuare, nell'ambito dei numerosi

interventi e adempimenti attribuiti dalla legge n. 833 del 1978 e dalle altre normative di attuazione della stessa alla competenza delle Regioni, quali fra di essi dovessero spettare alla Regione e quali alle due Province, ci si è trovati di fronte a notevoli difficoltà infatti anche se esistevano già nelle norme di attuazione dello Statuto alcuni tentativi di individuazione di queste competenze, queste erano ovviamente riferite alla realtà normativa e istituzionale precedente alla riforma, e pertanto non potevano essere più congruenti con il nuovo modello dell'Unità sanitaria locale non più ente, ma struttura operativa di altri enti.

In ogni caso, i nuovi orientamenti che vennero assunti in merito al problema della ripartizione delle competenze tra Regioni e Province Autonome sono stati i seguenti:

È stato riconosciuto di competenza della Regione:

1) la disciplina delle U.s.l. nei due aspetti:

a) istituzionale, nel senso della individuazione e di disciplina, sulle linee tracciate dalla L. n. 833 (art. 15, prima parte), delle varie figure istituzionali che l'U.s.l. può assumere e dei relativi organi e ciò con particolare riguardo all'associazione dei Comuni;

b) organizzativo, limitatamente alla definizione di alcuni profili fondamentali concernenti l'ufficio di direzione, i servizi, ecc. (in riferimento all'art. 15, seconda parte della L. n. 833).

Entrambi gli aspetti sopra accennati sono considerati nella L.P. n. 6/1980 (« Ordinamento delle U.s.l. ») e nella L.R. n. 1/1981 (« Disciplina della contabilità delle Unità sanitarie locali »).

È stato riconosciuto, invece, di competenza delle Province:

1) l'individuazione degli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali (effettuata in concreto con l'art. 2 della legge provinciale n. 33 del 1980);

2) la disciplina degli aspetti del-

l'assetto organizzativo delle U.s.l. ulteriori e più specifici rispetto a quelli già delineati dalla legge regionale (si veda in particolare il titolo II della L.P. n. 33/1980);

3) la programmazione delle attività e degli interventi compresi nel Servizio sanitario provinciale, con la relativa disciplina (si vedano in particolare gli artt. 5, 6, 9, 10 della L.P. n. 33/1980);

4) il finanziamento del sistema, attraverso la distribuzione delle risorse disponibili (Fondo sanitario provinciale di cui alla L.P. n. 5/1979 e alla L.P. n. 2/1982);

5) la disciplina dello stato giuridico del personale delle U.s.l., almeno nei ristretti limiti in cui la relativa competenza è stata riconosciuta alle Regioni dal legislatore nazionale (art. 81 D.P.R. n. 761/1979), l'organizzazione del personale stesso in ruoli nominativi provinciali (si veda la L.P. n. 7/1981).

Una ulteriore fondamentale peculiarità è il fatto che sempre, con riguardo allo statuto speciale di autonomia, si è ritenuto che nell'ambito delle province di Trento e Bolzano non potesse trovare applicazione l'attribuzione diretta ai Comuni della titolarità delle funzioni amministrative in materia sanitaria, disposta in via generale dall'art. 13 della L. n. 833, in quanto tutte le funzioni amministrative nella stessa materia (che non siano riservate allo Stato) si debbono considerare nella disponibilità delle Province, le quali pertanto possono decentrare l'esercizio, se lo ritengono opportuno, mediante la delega.

Tenuto conto di questo intreccio di competenze tra Regione e Province autonome, per quanto riguarda le scelte istituzionali si è optato, con la L.R. n. 6 del 30 aprile 1980 « Ordine delle Unità sanitarie locali », per un orientamento che permettesse alla Provincia un grado massimo di libertà di scelta rispetto l'ente

a cui delegare le funzioni direttive alla tutela della salute, funzioni che devono essere garantite attraverso lo strumento operativo U.s.l.

Sinteticamente, però, la normativa regionale non introduce innovazioni significative sotto il profilo istituzionale, in quanto recepisce sostanzialmente i contenuti della L. n. 833/78 in merito alla configurazione ed al funzionamento delle associazioni dei Comuni, mentre rinvia alla normativa provinciale riguardante l'ordinamento delle Comunità montane per l'ipotesi della equivalenza tra organi di gestione delle Unità sanitarie locali e organi di gestione delle Comunità montane.

A quest'ultimo riguardo vale la pena rammentare che l'art. 7 del D.P.R. n. 279 del 22 marzo 1974 « Norme di attuazione dello statuto speciale per la regione Trentino-Alto Adige in materia di minime proprietà colturali, caccia e pesca, agricoltura e foreste » ha dato riconoscimento esplicito alla competenza delle Province autonome in ordine alla costituzione delle Comunità montane ed al loro ordinamento.

La provincia di Trento, in rigida sintonia con le tendenze verificatesi nelle varie Regioni, ha optato, con la L.P. n. 33 del 6 dicembre 1980 « Disciplina del Servizio sanitario provinciale », di delegare gran parte delle funzioni in materia di tutela della salute alle Comunità montane-Comprensori, che sono venuti così a costituire l'unica forma istituzionale di gestione delle Unità sanitarie locali.

Di fatto, la preesistente realtà istituzionale costituita dal Comprensorio, nuovo ente non territoriale previsto dalla legislazione provinciale a livello intermedio tra la Provincia e i Comuni, ha condizionato questa scelta di carattere istituzionale, con marcati riflessi sotto la dimensione organizzativa.

La L.P. n. 33/80 delinea un unico

modello organizzativo dei servizi delle Unità sanitarie locali, evitando il fenomeno della moltiplicazione dei servizi stessi e favorendo una articolazione funzionale delle strutture organizzative tesa a ridurre la pleoricità degli organismi decisionali, e quindi dei processi decisionali.

La coincidenza fra ambito territoriale delle Unità sanitarie locali e Comprensorio-Comunità montana ha condotto alla individuazione di undici Unità sanitarie locali, la più piccola (quella della Valla di Fassa) con poco meno di 9.000 abitanti e la più grande (quella della Valle dell'Adige, comprendente anche la città capoluogo) con circa 150.000 abitanti. Questa scelta ha implicato una serie di problemi, in quanto gli ambiti territoriali risultavano in molti casi inadeguati come riferimento sufficiente per organizzare secondo il modello unitario la struttura dell'Unità sanitaria locale e per garantire l'organizzazione di tutte le funzioni di norma ritenute di base.

Con propri atti di indirizzo, la Provincia autonoma ha emanato schemi di regolamento diversificati in rapporto alla potenziale consistenza organizzativa dei vari tipi di Unità sanitaria locale, e, in sede di programmazione, è andata ad individuare le numerose attività da gestirsi con il criterio della multizionalità.

Di fatto, nel corso degli anni '80, il sistema — anche in presenza di appropriati strumenti normativi — non è riuscito a sviluppare quella necessità di forte integrazione che la scelta sull'identificazione territoriale U.s.l.-Comprensorio comportava. La Provincia autonoma ha supplito a questo rischio di frantumazione sia attraverso la programmazione che mediante una crescente assunzione di compiti di coordinamento.

L'esigenza di ridefinire l'assetto del Servizio sanitario provinciale, così come configurato con la L.P. n. 33/80, ha accompagnato il dibattito politico-

istituzionale in ambito sanitario in tutto il periodo e fu anche elaborato da parte dell'Assessorato un progetto specifico teso all'unificazione della gestione delle funzioni in materia di sanità, ma esso non trovò adeguato sostegno politico. Solo con l'inizio dell'attuale legislatura — nel 1989 — tale esigenza divenne un obiettivo esplicito della Provincia e venne inserito nel programma delle forze politiche di maggioranza.

È su questi presupposti che la provincia di Trento, con la legge provinciale n. 10 del 1993 « Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale », ha aperto il processo di riordino a livello locale del Sistema sanitario nazionale, avviato con l'approvazione della legge delega n. 421 del 1992 e del decreto delegato n. 502 del 1992, concludendo sul piano giuridico il lavoro di innovazione istituzionale e organizzativa che in questi mesi ha visto e vede impegnate tutte le Regioni.

A dire il vero — anche in considerazione di quanto sopra detto — l'elaborazione della « riforma della riforma » ha seguito solo parzialmente l'evoluzione del dibattito nazionale, sviluppando anche un proprio percorso indipendente, che ha tenuto pienamente conto dell'esperienza realizzata nei tredici anni di vita del Servizio sanitario provinciale, e ha valorizzato le peculiarità istituzionali e organizzative della situazione locale, basate in primo luogo sulle prerogative offerte dall'autonomia statutaria.

La legge provinciale infatti recepisce i principi generali e di merito e l'impostazione organizzativo-istituzionale della riforma nazionale, ma contemporaneamente delinea un organico e originale quadro di riferimento, derivato da presupposti, valutazioni e prospettive che non sono gli stessi che hanno supportato il dibattito e le scelte in ambito nazionale.

**L'articolazione**

#### **della L.P. 1 aprile 1993, n. 10**

La nuova legge provinciale dispone innanzitutto le norme generali concernenti la struttura e il funzionamento del S.s.p., stabilendo le attribuzioni e le funzioni dei vari organi e enti (azienda, Giunta provinciale, Presidente della Giunta provinciale, Sindaco), il ruolo della programmazione e il finanziamento dell'attività dell'azienda, nonché le funzioni di indirizzo e di verifica e le modalità del loro esercizio.

In particolare, l'art. 2 introduce nel sistema il nuovo soggetto operativo costituito dall'Azienda speciale per i servizi sanitari, al quale è espressamente attribuita la qualificazione giuridica di ente strumentale della Provincia, prevedendo correlativamente la revoca della delega per l'esercizio delle funzioni sanitarie conferita ai Comprensori.

A fronte di una competenza gestionale dell'azienda in ordine all'esercizio delle funzioni di carattere generale, rimangono riservate alla Provincia (Giunta provinciale), in primo luogo funzioni di indirizzo, programmazione e vigilanza, ma anche funzioni relative all'adozione di determinati provvedimenti amministrativi.

Il sistema relativo alla programmazione delle attività del Servizio sanitario provinciale, si fonda essenzialmente sul Piano sanitario provinciale (approvato con legge), su direttive annuali della Giunta provinciale volte a fissare obiettivi specifici e temporalmente definiti, e su programmi annuali dell'azienda, strettamente connessi ai bilanci dell'azienda stessa.

Viene poi determinato l'assetto istituzionale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, con la definizione degli organi (Consiglio di amministrazione, Direttore generale e Collegio dei revisori dei conti), della loro composizione, funzionamento e compiti, l'istituzione del Consiglio dei sanitari e dei Comitati di distretto e la re-

golamentazione della funzione di controllo sui provvedimenti dell'azienda.

È previsto espressamente che si applichino all'azienda — dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale, amministrativa e contabile — le norme statali concernenti le U.s.l., salvo quanto diversamente disposto dalla normativa provinciale. È infatti l'azienda, nonostante la peculiare configurazione istituzionale ed organizzativa che le viene attribuita rispetto alle U.s.l. come previste dalla normativa statale in vigore, che deve necessariamente collocarsi nell'ordinamento complessivo quale struttura operativa assimilabile alle Unità sanitarie medesime.

La legge definisce quindi la struttura organizzativa dell'azienda, con la specificazione delle competenze e delle responsabilità delle sue fondamentali articolazioni (Direzione generale, Direzione prevenzione, Direzione cura e riabilitazione, distretti sanitari, ospedale di Trento, ospedale di Rovereto, servizi centrali denominati Direzione personali e sistemi informativi, Direzione amministrazione, controllo e affari generali, Direzione approvvigionamenti, servizi generali e tecnici, Servizio rapporti con il pubblico).

Sono infine stabiliti gli strumenti per l'esercizio delle funzioni assegnate all'azienda, attraverso specifiche disposizioni riguardanti il personale, i beni e le attrezzature (compresa l'attività contrattuale e di amministrazione degli stessi), la contabilità, i centri, strutture o commissioni con compiti specifici in materia sanitaria, le consulenze.

#### **Il modello organizzativo dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e le sue caratteristiche determinanti**

Il modello organizzativo che caratterizza la nuova Azienda provinciale

per i servizi sanitari tiene conto di alcuni obiettivi, in parte peculiari della storia della sanità trentina e della necessità di superare alcune problematiche che si sono verificate, in parte derivanti dal disegno complessivo di riordino del Servizio sanitario provinciale. Essi riguardano e possono così essere sintetizzati, rimarcando anche i risultati attesi:

— la riduzione della frammentazione organizzativa ed istituzionale che la L.P. n. 33 del 1980 (con cui veniva creato il Servizio sanitario) aveva mantenuto in un ambito territoriale relativamente ristretto, pur ridimensionando notevolmente il numero dei soggetti sanitari operanti in una realtà dove le identità di vallata e di paese giocano da sempre un ruolo significativo e sono il frutto di consolidati legami di mutuo aiuto. Consumata l'esperienza di una sanità centrata sulle comunità montane-comprendenti, si sono poste le basi per coniugare l'esigenza di tenere distinta la funzione politica da quella tecnico-gestionale con il recupero attraverso i Comitati di distretto dei sindaci come espressione delle Comunità locali. I sindaci vengono a svolgere un ruolo squisitamente politico di proposta alla Giunta provinciale in sede di programmazione, di formulazione di osservazioni circa il funzionamento dei servizi sanitari nel territorio di propria competenza, di collegamento con gli organismi di volontariato e di autotutela fortemente diffusi nella realtà trentina.

La frammentazione viene superata con l'istituzione di un'unica azienda provinciale per i servizi sanitari, dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale, amministrativa e contabile, superando l'articolazione preesistente in undici Unità sanitarie locali;

— l'introduzione di una chiara distinzione tra funzioni politiche e funzioni tecnico gestionali.

La funzione politica viene garanti-

ta dal Consiglio e dalla Giunta provinciali, supportati dai Comitati di distretto e da un Consiglio di amministrazione (espressione della Giunta, del Consiglio e dei Comitati di distretto). Il Consiglio sostanzia il suo ruolo nell'attività legislativa e nell'approvazione del Piano sanitario triennale, mentre la Giunta nell'esercizio di funzioni di finanziamento, indirizzo e di verifica, e di determinazione di obiettivi specifici temporalmente definiti che l'azienda dovrà raggiungere, approvando inoltre i bilanci pluriennali e annuali. Il Consiglio di amministrazione ha il compito di sovrintendere l'attività dell'azienda, verificando la rispondenza dell'attività a quanto stabilito dalla Giunta provinciale, di adottare i bilanci di previsione con gli annessi programmi di attività, nonché i regolamenti concernenti l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda.

La funzione tecnico gestionale viene garantita dal direttore generale dell'azienda, nominato dalla Giunta provinciale. Egli si avvale della collaborazione dei responsabili dei distretti sanitari, degli ospedali di Trento e Rovereto, nonché di dirigenti responsabili di alcuni servizi centrali, della direzione prevenzione e della direzione cura e riabilitazione. Tutti questi incarichi dirigenziali vengono affidati al direttore generale e hanno durata quinquennale. Egli inoltre si avvale del supporto del Consiglio dei sanitari. Organo dell'azienda, oltre al Consiglio di amministrazione e al direttore generale è anche il Collegio dei revisori dei conti.

Il sistema che si è creato si sforza di contemperare la necessità di dare una solida base manageriale e tecnica nell'organizzazione e nella gestione del servizio sanitario, ancorandola alla cultura, alle esigenze e alla tradizione di autogoverno delle comunità locali;

— l'affermazione di regole che permettano la responsabilizzazione

dei soggetti impegnati nella gestione aziendale dei servizi e l'introduzione di criteri di managerialità in uno scenario in cui diviene prioritario il vincolo di migliorare il rapporto tra attività da erogare e risorse disponibili.

L'assetto organizzativo dell'azienda si basa sulla definizione puntuale delle disponibilità assegnate alle singole articolazioni organizzative (distretti, ospedali di Trento e di Rovereto, direzioni e servizi centrali) che costituiscono le strutture di primo livello. La focalizzazione sulle responsabilità è volta ad orientare l'azienda ad un modo di operare improntato al raggiungimento dei risultati assegnati, piuttosto che al rispetto dei comportamenti e degli adempimenti prefissati. Definendo le singole responsabilità, attribuite al primo livello di organizzazione aziendale, si vengono a porre le basi per l'introduzione e lo sviluppo del sistema di controllo direzionale, che dovrà dare supporto all'operatività dell'intera azienda. La puntuale definizione delle responsabilità assegnate a ciascuna unità organizzativa consente di operare nella gestione concreta, attraverso l'indicazione di obiettivi puntuali che, proprio perché specificano anche quantitativamente le responsabilità, le rendono in tal modo effettive e operanti.

La struttura organizzativa dell'azienda prevede una direzione generale ed, ad essa sottostante, un'articolazione costituita da: le strutture con responsabilità operative, cioè direttamente preposte all'erogazione dei servizi sanitari (in primo luogo, i distretti, gli ospedali di Trento e di Rovereto, la direzione prevenzione per una parte delle proprie responsabilità); le strutture cui sono affidate le responsabilità di programmazione, controllo e supporto relativamente alle attività sanitarie e che operano a favore della struttura aziendale nel suo complesso (la direzione prevenzione per le restanti responsabilità e

la direzione cura e riabilitazione); le strutture con responsabilità di staff e di servizio nei confronti del resto dell'azienda, inerenti cioè le attività a carattere amministrativo tecnico e di supporto non specificatamente di carattere sanitario (la direzione personale e sistemi informativi, la direzione amministrazione, controllo e affari generali, la direzione approvvigionamenti, servizi generali e tecnici, il servizio rapporti con il pubblico).

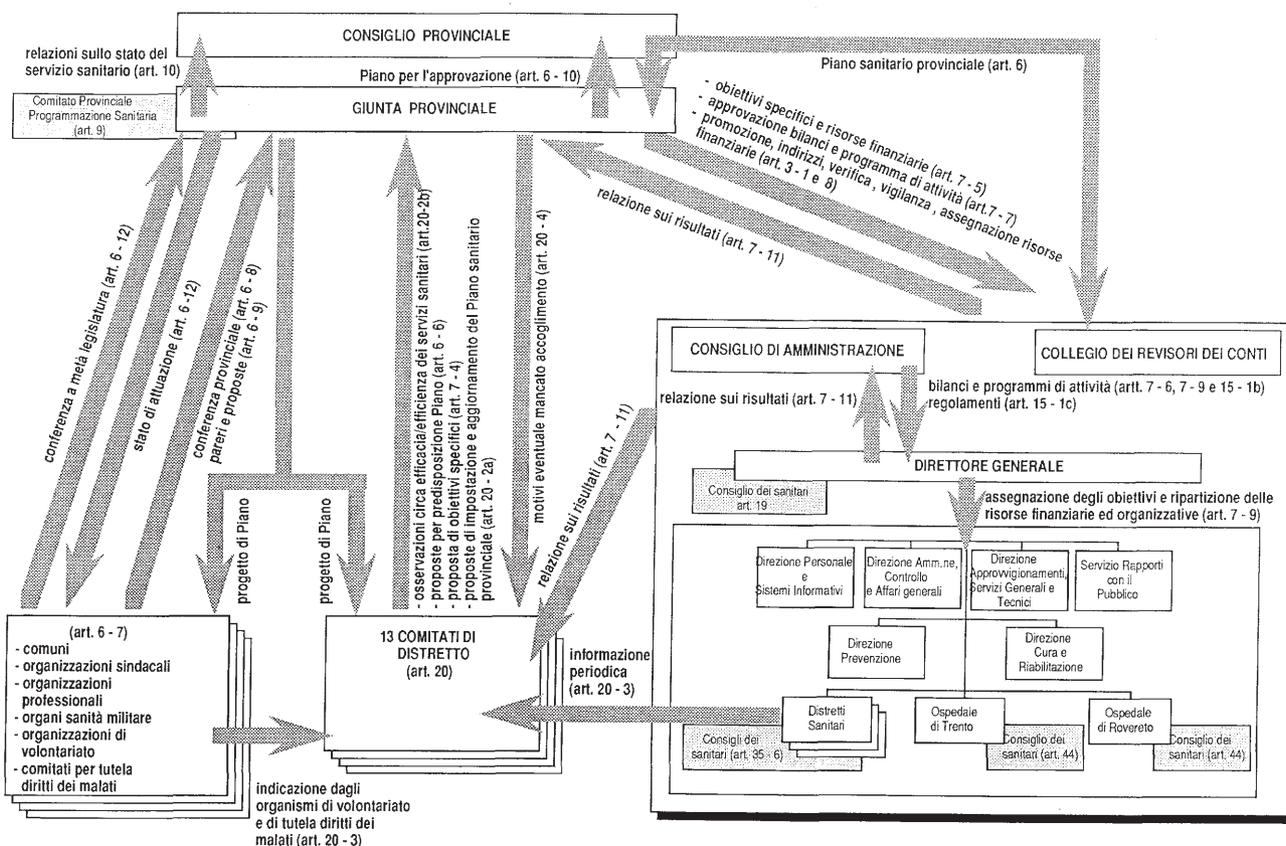
La direzione generale costituisce il vertice organizzativo unico dell'azienda e ad essa fanno capo le singole responsabilità che concorrono a produrre i risultati complessivi dell'azienda stessa, garantendo il massimo di capacità di direzione e coordinamento dell'intero sistema aziendale per il conseguimento degli obiettivi fissati dalla Giunta provinciale e per la realizzazione dei programmi di atti-

vità definiti dal Consiglio di amministrazione.

L'azienda si decentra sul territorio attraverso i distretti, che rappresentano delle strutture operative le quali, relativamente al territorio di competenza di ciascuno, hanno la responsabilità del servizio sanitario in termini complessivi e, proprio per questo, la loro responsabilità ha la medesima natura di quella della direzione generale. Il singolo distretto differisce dalla direzione generale, in quanto dispone solo di una parte delle risorse aziendali ed usufruisce dei servizi centrali dell'azienda; combinando e organizzando insieme queste risorse e queste prestazioni, eroga i servizi sanitari ai cittadini. Questa piena responsabilizzazione delle strutture territoriali può portare ad un'accentuazione della dialettica tra centro e periferia in merito alla quantità delle

risorse messe a disposizione, ma si tratta di una dialettica quanto mai opportuna per far emergere con tempestività le situazioni di disequilibrio o di inadeguatezza dei servizi resi rispetto alle specifiche esigenze del territorio. Per adempiere alle proprie responsabilità, i distretti hanno a disposizione le risorse poste alle loro dipendenze: tra queste assumono particolare importanza i presidi ospedalieri presenti sul territorio (con l'eccezione degli ospedali di Trento e di Rovereto) e le strutture e il personale convenzionati con le aziende ed organizzativamente assegnate ai distretti. Oltre a ciò, i distretti possono integrare le risorse loro direttamente assegnate facendo ricorso, sulla base di programmi concordati, a prestazioni che saranno loro fornite da altri distretti, oppure dagli ospedali di Trento e di Rovereto.

**Modalità di funzionamento complessivo del sistema**





# LA NUOVA DISCIPLINA DEL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE DI TRENTO

(LEGGE PROVINCIALE 1° APRILE 1993, N. 10)

## Capo I

### NORME GENERALI CONCERNENTI LA STRUTTURA E IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE

#### Art. 1

##### **Servizio sanitario provinciale**

1. - La provincia autonoma di Trento, nell'esercizio delle competenze ad essa spettanti ai sensi dello Statuto speciale di autonomia, di cui al D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670, provvede alla tutela della salute secondo i principi e gli obiettivi stabiliti dagli artt. 3 e 32 della Costituzione e dagli artt. 1 e 2 della L. 23 dicembre 1978, n. 833 concernente « Istituzione del Servizio sanitario nazionale », mediante il Servizio sanitario provinciale.

2. - Il Servizio sanitario provinciale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati, nell'ambito della Provincia, alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione. Esso opera senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini, garantendone altresì la partecipazione.

3. - Nell'ambito del Servizio sanitario provinciale è promosso il coordinamento con gli interventi di competenza di tutti gli enti ed organismi che svolgono, nel settore sociale, attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. In particolare è assicurato il coordinamento con i servizi socio-assistenziali disciplinati dalla L.P. 12 luglio 1991, n. 14.

#### Art. 2

##### **Funzioni esercitate attraverso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari**

1. - In relazione a quanto previsto dall'art. 19 del D.L. 30 dicembre 1992, n. 502, concernente « Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421 » e tenuto conto di quanto disposto dalla L.R. 20 gennaio 1992, n. 1 recante « Norme sulle modalità di gestione delle funzioni dirette alla tutela della salute », la provincia autonoma di Trento provvede all'esercizio delle funzioni amministrative inerenti al servizio sanitario provinciale avvalendosi, quale ente strumentale, dell'azienda provinciale per i servizi sanitari disciplinata nei capi II, III e IV, fatte salve le disposizioni contenute nei successivi articoli del presente capo.

2. - A decorrere dalla data di cui all'art. 55, comma 1, lett. c). è revocata la delega dell'esercizio di funzioni in materia sanitaria conferita ai comprensori per effetto della L.P. 6 dicembre 1980, n. 33 concernente « Disciplina del Servizio sanitario provinciale », modificata dalle L.P. 19 giugno 1982, n. 9, 29 agosto 1983, n. 29, 24 dicembre 1984, n. 14, 13 gennaio 1986, n. 2, 19 gennaio 1988, n. 4, 5 settembre 1988, n. 33, 6 febbraio 1991, n. 4 e 12 luglio 1991, n. 14.

#### Art. 3

##### **Funzioni di competenza della Giunta provinciale**

1. - La Giunta provinciale esercita, nei riguardi delle attività comprese nel Servizio sanitario provinciale, le seguenti funzioni:

a) determina gli indirizzi di natura politi-

ca e programmatica in materia di tutela della salute;

b) provvede all'assegnazione e all'erogazione delle risorse finanziarie;

c) svolge funzioni di promozione, di indirizzo e di vigilanza.

2. - La Giunta provinciale adotta altresì i seguenti provvedimenti amministrativi:

a) le autorizzazioni inerenti ai settori indicati all'art. 3, n. 7) del D.P.R. 28 marzo 1975, n. 474, nei limiti in cui le relative funzioni sono state delegate alla Provincia ai sensi dell'art. 7 del citato D.P.R. n. 474, nonché a norma dell'art. 3, secondo comma, del D.P.R. 26 gennaio 1980, n. 197;

b) le autorizzazioni di cui agli artt. 193, 194, 199, primo comma, 201, primo comma, e, limitatamente a quanto concerne le acque minerali, terzo comma del testo unico delle leggi sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, fatte salve le competenze attribuite al sindaco dal D.P.R. 10 giugno 1955, n. 854;

c) le autorizzazioni e i nulla osta demandati alla competenza del medico provinciale dal capo IX del D.P.R. 13 febbraio 1964, n. 185, in materia di protezione sanitarie della popolazione contro i pericoli derivanti dalle radiazioni ionizzanti, e dagli artt. 5 e 10 del R.D. 9 gennaio 1927, n. 147 in materia di gas tossici, come modificati dal D.P.R. 10 giugno 1955, n. 854;

d) i provvedimenti concernenti la formazione e la revisione della pianta organica delle farmacie, la costituzione di dispensari farmaceutici e i concorsi per il conferimento di farmacie, al cui espletamento provvede il competente servizio della Provincia.

3. - Ai fini dello svolgimento delle funzioni di cui ai commi 1 e 2 da parte della Giunta provinciale i competenti servizi della Provincia possono avvalersi della collaborazione dei servizi dell'azienda provinciale per i servizi sanitari.

#### Art. 4

##### **Provvedimenti contingibili ed urgenti di competenza del presidente della Giunta provinciale**

1. - Il presidente della Giunta provinciale adotta i provvedimenti contingibili ed urgenti in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria che interessino il territorio di due o più Comuni a norma dell'art. 52 del D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670 e dell'art. 18 della L.R. 4 gennaio 1993, n. 1 concernente « Nuovo ordinamento dei Comuni della regione Trentino-Alto Adige ». Egli adotta altresì i provvedimenti in via sostitutiva nell'ipotesi

prevista dal predetto art. 18 della medesima legge regionale.

2. - La relativa attività istruttoria, tecnica e amministrativa è espletata dai servizi della Provincia competenti in materia di igiene e sanità, che si avvalgono a tal fine della collaborazione dei servizi dell'azienda provinciale per i servizi sanitari.

#### Art. 5

##### **Attribuzioni del sindaco**

1. - Il sindaco esercita le attribuzioni che gli competono quale autorità sanitaria locale in materia di igiene e sanità pubblica.

2. - Nella materia di cui al comma 1 il sindaco adotta altresì i provvedimenti contingibili ed urgenti di cui all'art. 18 della L.R. 4 gennaio 1993, n. 1.

3. - Ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1 e 2 il sindaco si avvale dei servizi dell'azienda provinciale per i servizi sanitari, previa richiesta al direttore del distretto sanitario competente per territorio in relazione agli ambiti stabiliti ai sensi dell'art. 35, comma 1.

#### Art. 6

##### **Piano sanitario provinciale**

1. - Per il conseguimento degli obiettivi di cui all'art. 1 la provincia autonoma di Trento informa la propria attività al metodo della programmazione, in armonia con i contenuti e gli indirizzi del Piano sanitario nazionale e con gli obiettivi del programma di sviluppo provinciale, secondo le disposizioni del presente articolo.

2. - Il Piano sanitario provinciale ha durata triennale ed è approvato con legge provinciale. Il piano può essere aggiornato annualmente. La presentazione del relativo disegno di legge deve avvenire entro il 30 settembre dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente. Fino all'entrata in vigore del nuovo piano è comunque prorogata l'efficacia del piano precedente.

3. - Le indicazioni contenute nel piano hanno valore vincolante per l'attività programmatica, di indirizzo e amministrativa esercitata, nell'ambito della rispettiva sfera di competenza, dalla Giunta provinciale e dall'azienda provinciale per i servizi sanitari.

4. - Il piano contiene in particolare:

a) la determinazione degli obiettivi da realizzare nel triennio con riferimento a quelli previsti dall'art. 2 della L. 23 dicembre 1978, n. 833; nell'ambito di tali obiettivi sono stabilite le modalità e i termini per l'erogazione delle

prestazioni sanitarie, in modo da rendere certa ed esigibile la fruizione delle stesse da parte degli aventi titolo, e sono assicurati livelli minimi di prestazioni sanitarie omogenei su tutto il territorio provinciale;

b) la previsione dei fondi per la sua attuazione;

c) le procedure e le modalità per le verifiche periodiche sullo stato di attuazione del piano stesso.

5. - Il piano contiene altresì le ulteriori indicazioni e determinazioni ad esso demandate da norme di leggi statali o provinciali.

6. - Prima di procedere alla predisposizione del progetto di piano la Giunta provinciale richiede ai comitati di distretto di cui all'art. 20 la formulazione di proposte in merito.

7. - Il progetto di piano è trasmesso dalla Giunta provinciale ai Comitati di distretto, ai Comuni, alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello provinciale, alle organizzazioni professionali di categoria degli operatori e agli organi della sanità militare territorialmente competenti, nonché alle organizzazioni di volontariato operanti in materia sanitaria che abbiano fatto richiesta di audizione ai sensi del c. 1 dell'art. 4 della L.P. 13 febbraio 1992, n. 8 concernente « Valorizzazione e riconoscimento del volontariato sociale ». Il progetto di piano è trasmesso altresì ai comitati o agli altri organismi eventualmente costituiti per la tutela dei diritti dei malati che abbiano presentato analoga richiesta allegando copia dell'atto costitutivo e dello statuto.

8. - Decorsi almeno venti giorni e non più di quaranta dall'invio del progetto di piano l'assessore provinciale al quale è affidata la materia della sanità convoca e presiede una conferenza provinciale, alla quale hanno diritto di partecipare i legali rappresentanti degli enti ed organismi di cui al comma 7, allo scopo di illustrare il progetto di piano e di raccogliere pareri e proposte in merito allo stesso.

9. - Gli enti ed organismi di cui al comma 7 possono comunque formulare pareri e proposte in ordine al progetto di piano entro sessanta giorni dalla data di invio dello stesso.

10. - Scaduto il termine stabilito dal comma 9 la Giunta provinciale, dopo aver appurato al progetto le modifiche o integrazioni eventualmente necessarie anche in relazione ai pareri e alle proposte formulate ai sensi dei commi 8 e 9, presenta al Consiglio provinciale il disegno di legge di approvazione del piano.

11. - Il disposto del comma 6 si applica anche in ordine al progetto per l'eventuale aggiornamento del piano.

12. - A metà del periodo di vigenza del Piano sanitario provinciale l'assessore provinciale al quale è affidata la materia della sanità convoca e presiede una conferenza provinciale, alla quale hanno diritto di partecipare i legali rappresentanti degli enti ed organismi di cui al comma 7, allo scopo di riferire sullo stato di attuazione del Piano sanitario provinciale.

#### Art. 7

#### **Programmazione e finanziamento dell'attività dell'azienda**

1. - L'azienda provinciale per i servizi sanitari ha un bilancio di previsione pluriennale ed un bilancio di previsione annuale.

2. - Il bilancio pluriennale è redatto in termini di competenza ed ha efficacia temporale corrispondente a quella del bilancio pluriennale della Provincia. Esso è approvato contestualmente all'approvazione del bilancio annuale e viene aggiornato ogni anno ricostituendone comunque la iniziale estensione.

3. - Il bilancio annuale è redatto in termini di competenza e in termini di essa. Al bilancio predetto è annesso il programma di attività dell'azienda per l'anno di riferimento.

4. - La Giunta provinciale richiede entro il 31 agosto di ogni anno ai Comitati di distretto la formulazione di proposte in ordine alla definizione degli obiettivi specifici che dovranno essere raggiunti dall'azienda nell'anno successivo.

5. - Entro il 31 ottobre la Giunta provinciale determina gli obiettivi specifici e temporalmente definiti che dovranno essere raggiunti dall'azienda nell'anno successivo, in relazione agli indirizzi e agli obiettivi generali stabiliti dal Piano sanitario provinciale, e fissa contestualmente l'ammontare delle risorse finanziarie disponibili con riguardo alle previsioni del bilancio annuale e pluriennale della Provincia.

6. - Entro il 30 novembre il Consiglio di amministrazione dell'azienda adotta, su proposta del direttore generale, il bilancio di previsione pluriennale di competenza e il bilancio di previsione annuale di competenza e di cassa, con annesso il programma di attività dell'azienda, nel rispetto delle determinazioni contenute nel Piano sanitario provinciale e di quelle adottate dalla Giunta provinciale ai sensi del comma 5.

7. - Entro il 31 dicembre la Giunta provinciale approva il bilancio pluriennale e il bilancio annuale dell'azienda, con annesso il programma di attività, e assegna contestualmente all'azienda stessa i fondi destinati all'esercizio delle funzioni ad essa attribuite distinti per la

parte corrente e per la parte in conto capitale. In sede di approvazione dei bilanci e dei programmi di attività possono essere introdotte le variazioni necessarie ad assicurare la conformità degli stessi al Piano sanitario provinciale e alle direttive della Giunta provinciale.

8. - All'erogazione dei fondi all'azienda si provvede in via anticipata in relazione a periodici fabbisogni di cassa.

9. - A seguito dell'adozione da parte del consiglio di amministrazione dei bilanci e del programma di attività ai sensi del comma 6, il direttore generale individua gli obiettivi assegnati alle strutture organizzative dell'azienda e, in relazione ad essi, ripartisce in via provvisoria tra le anzidette strutture le risorse finanziarie ed organizzative disponibili, sentito il parere dei responsabili delle strutture stesse circa la congruità delle risorse predette rispetto agli obiettivi individuati. A seguito dell'approvazione dei bilanci e del programma di attività da parte della Giunta provinciale ai sensi del comma 7, il direttore generale provvede alla ripartizione delle risorse in via definitiva.

10. - Il conto consuntivo dell'azienda è accompagnato da una relazione che deve evidenziare, con riguardo all'anno di riferimento:

a) gli obiettivi raggiunti e gli eventuali scostamenti rispetto agli indirizzi e agli obiettivi stabiliti dal Piano sanitario provinciale e dalle determinazioni adottate dalla Giunta provinciale ai sensi del comma 5;

b) le risorse impiegate;

c) le esigenze che si sono manifestate.

11. - La relazione di cui al comma 10 è sottoposta all'approvazione del Consiglio di amministrazione dal direttore generale, che allo scopo raccoglie le valutazioni espresse dai direttori di distretto e dai direttori degli ospedali di Trento e di Rovereto. La relazione medesima è trasmessa al presidente della Giunta provinciale e ai comitati di distretto.

#### Art. 8

##### Funzioni di indirizzo e verifica

1. - La Giunta provinciale esercita funzioni di indirizzo e verifica relativamente all'attività dell'azienda provinciale per i servizi sanitari, in particolare allo scopo di assicurarne la conformità agli obiettivi del Piano sanitario provinciale e di garantire la corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici.

2. - Per i fini di cui al comma 1 la Giunta provinciale, oltre ad adottare le determinazioni di cui all'art. 7, comma 5, effettua verifiche dell'attività dell'azienda e della sua compatibi-

lità con le norme in vigore e con gli indirizzi e gli obiettivi della programmazione provinciale anche in relazione alle osservazioni formulate dai Comitati di distretto.

3. - Ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui al comma 2 la Giunta provinciale può utilizzare personale anche non dipendente, competente in materia tecnico-sanitaria, sociale, finanziario-contabile, giuridico-amministrativa, di programmazione sanitaria e di verifica e revisione della qualità.

4. - La Giunta provinciale stabilisce altresì indirizzi e vincoli ai quali l'azienda deve attenersi nel dare applicazione agli accordi nazionali di lavoro per il personale dipendente e agli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato.

#### Art. 9

##### Comitato provinciale per la programmazione sanitaria

1. - Presso la Giunta provinciale è costituito, quale organo con compiti consultivi e di proposta ai fini dello svolgimento delle funzioni di programmazione, indirizzo e verifica di cui agli artt. 6, 7 e 8, il Comitato provinciale per la programmazione sanitaria.

2. - Il comitato svolge, in particolare, i compiti di cui al comma 1 in ordine:

a) alla predisposizione del progetto di Piano sanitario provinciale e del progetto per l'eventuale aggiornamento del medesimo;

b) alla predisposizione delle direttive della Giunta provinciale di cui agli artt. 7, comma 5, e 8;

c) all'effettuazione di valutazioni sullo stato del Servizio sanitario provinciale, con particolare riguardo alla situazione epidemiologica e all'analisi degli aspetti strutturali, di processo e di risultato delle prestazioni, anche mediante la realizzazione di studi ed indagini specifiche.

3. - In base alle risultanze dell'attività svolta ai sensi della lett. c) del comma 2 il comitato può formulare proposte in merito alle modalità di soluzione di problemi emersi. Esso può inoltre formulare proposte in ordine all'impostazione e applicazione di nuovi provvedimenti legislativi in materia sanitaria.

4. - Oltre che nei casi previsti dal comma 2, lettere a) e b), e negli altri casi contemplati da specifiche disposizioni di legge, la Giunta provinciale può richiedere il parere del comitato ogni qualvolta lo ritenga opportuno.

5. - Il comitato esercita altresì le funzioni tecnico-consulterive già demandate al Comitato

provinciale di sanità di cui alla L.P. 29 novembre 1973, n. 57, ai fini dell'adozione di specifici provvedimenti di competenza della Giunta provinciale.

6. - Il Comitato provinciale per la programmazione sanitaria è composto:

a) dall'assessore provinciale competente in materia di sanità, con funzioni di presidente; l'assessore stesso designa il componente del comitato destinato a sostituirlo, in caso di assenza o di impedimento, nell'esercizio di tali funzioni;

b) dal dirigente generale della Provincia preposto al dipartimento competente in materia di sanità;

c) dai dirigenti preposti ai servizi provinciali competenti in materia di sanità e di assistenza e beneficenza pubblica;

d) da otto membri scelti tra esperti che svolgano o abbiano svolto attività professionale in materia di programmazione sanitaria ed economica, di organizzazione dei servizi sanitari, di epidemiologia o di verifica e revisione della qualità;

e) da tre medici esperti in materia di programmazione e organizzazione sanitaria designati dall'ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri;

f) da un membro designato dal collegio degli infermieri professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici dell'infanzia della provincia di Trento;

g) da un medico veterinario esperto in sanità pubblica veterinaria designato dall'ordine provinciale dei medici veterinari.

7. - Il comitato è nominato con deliberazione della Giunta provinciale e rimane in carica per la durata della legislatura nel corso della quale è avvenuta la nomina.

8. - I componenti non di diritto del comitato che non intervengano, senza giustificato motivo, a tre sedute consecutive sono dichiarati decaduti dal presidente della Giunta provinciale.

9. - Le funzioni di segretario effettivo e di segretario supplente del comitato sono svolte da funzionari della Provincia di livello funzionale-retributivo non inferiore al settimo.

10. - Il comitato stabilisce con apposito regolamento le modalità relative al proprio funzionamento, prevedendo anche l'articolazione in commissioni per la trattazione delle diverse tematiche e la possibilità di avvalersi dell'apporto di esperti non facenti parte del comitato per l'esame di specifici problemi.

## **Art. 10**

### **Relazioni sullo stato del servizio sanitario**

1. - Il presidente della Giunta provinciale, sulla base della relazione trasmessagli ai sensi dell'art. 7, comma 11, presenta annualmente al Consiglio provinciale una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, sullo stato di salute della popolazione e sullo stato di attuazione del Piano sanitario provinciale, con allegato il consultivo dell'azienda provinciale per i servizi sanitari.

## **Capo II**

### **ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI**

## **Art. 11**

### **Istituzione**

1. - Ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui all'art. 2 è istituita l'azienda provinciale per i servizi sanitari, con sede in Trento, dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale, amministrativa e contabile secondo le disposizioni del presente capo e dei capi III e IV.

2. - L'azienda svolge la propria attività in conformità al Piano sanitario provinciale, alle direttive emanate dalla Giunta provinciale e ai programmi di cui all'art. 7.

3. - Per quanto non diversamente disposto dalla presente legge, si applicano all'azienda le norme statali concernenti le Unità sanitarie locali.

## **Art. 12**

### **Organi**

1. - Gli organi dell'azienda provinciale per i servizi sanitari sono:

- a) il consiglio di amministrazione;
- b) il direttore generale;
- c) il collegio dei revisori dei conti.

## **Art. 13**

### **Composizione del Consiglio di amministrazione**

1. - Il Consiglio di amministrazione è nominato con deliberazione della Giunta provinciale ed è composto da tredici membri, così designati:

- a) sette dalla stessa Giunta provinciale;
- b) cinque dai presidenti dei comitati di distretto riuniti in assemblea che, convocata

dall'assessore provinciale al quale è affidata la materia della sanità, procede alla designazione con voto limitato;

c) uno dalle minoranze del Consiglio provinciale.

2. - I membri del Consiglio di amministrazione sono designati tra i cittadini aventi comprovata esperienza di amministrazione, che non si trovino in alcuna delle situazioni indicate all'art. 1, comma II, del D.L. 6 febbraio 1991, n. 35, convertito, con modificazioni, nella L. 4 aprile 1991, n. 111, in materia di gestione transitoria delle Unità sanitarie locali.

3. - Non possono far parte del Consiglio di amministrazione:

a) i membri del Consiglio provinciale;

b) i dipendenti della provincia autonoma di Trento;

c) i membri di un qualsiasi organo consultivo tenuto ad esprimere pareri in ordine a provvedimenti dell'azienda;

d) il presidente ed i componenti in carica del Collegio dei revisori dei conti dell'azienda, i loro parenti fino al quarto grado ed i loro affini fino al secondo grado;

e) i dipendenti dell'azienda, gli operatori legati da rapporto convenzionale con la stessa, nonché coloro che siano comunque legati da un rapporto continuativo di prestazione d'opera retribuita con l'azienda medesima;

f) fornitori dell'azienda, i titolari, i soci, gli amministratori, i gestori di istituzioni sanitarie private ubicate nel territorio provinciale;

g) coloro che abbiano lite pendente per questioni attinenti all'attività dell'azienda, ovvero, avendo un debito liquido ed esigibile verso di essa, siano stati regolarmente costituiti in mora ai sensi dell'art. 1219 del codice civile, oppure si trovino nelle condizioni di cui al secondo comma dello stesso articolo.

4. - Il Consiglio di amministrazione resta in carica per la durata della legislatura provinciale nel corso della quale è avvenuta la nomina e comunque fino alla nomina del nuovo consiglio. I componenti possono esser riconfermati per una sola volta.

#### Art. 14

##### Funzionamento del Consiglio di amministrazione

1. - Il Consiglio di amministrazione elegge nel proprio seno il presidente, al quale spetta il compito di convocare e presiedere il consiglio stesso. All'elezione si provvede nella prima seduta del consiglio, che viene convocata e presieduta dall'assessore provinciale al quale

è affidata la materia della sanità entro venti giorni dalla nomina del consiglio medesimo. Nella stessa seduta il consiglio elegge nel proprio seno il vicepresidente, con il compito di sostituire il presidente nei casi di assenza o di impedimento dello stesso.

2. - Il Consiglio di amministrazione si riunisce almeno quattro volte l'anno e ogniqualvolta il presidente, di propria iniziativa o su richiesta di almeno un terzo dei membri, ne disponga la convocazione.

3. - Per la validità delle sedute è necessaria la presenza della maggioranza dei componenti. Le deliberazioni sono adottate a maggioranza di voti dei presenti. In caso di parità prevale il voto del presidente.

4. - Alle sedute del Consiglio di amministrazione partecipa, con voto consultivo, il direttore generale.

5. - Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario dell'azienda designato dal direttore generale.

6. - Ai membri del Consiglio di amministrazione spetta una indennità di carica nella misura stabilita dalla Giunta provinciale. Agli stessi compete altresì il rimborso delle spese di viaggio e l'indennità di missione nei casi e secondo le modalità previste per il personale dei ruoli amministrativi provinciali del personale del Servizio sanitario nazionale di posizione funzionale apicale.

#### Art. 15

##### Compiti del Consiglio di amministrazione

1. - Al Consiglio di amministrazione spetta:

a) sovrintendere all'attività dell'azienda verificandone la rispondenza al Piano sanitario provinciale, alle direttive emanate dalla Giunta provinciale e ai programmi dell'azienda stessa;

b) adottare i bilanci di previsione con gli annessi programmi di attività, le loro variazioni e i conti consuntivi;

c) adottare i regolamenti concernenti l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda;

d) approvare la relazione annuale prevista dall'art. 7, comma 10.

2. - I provvedimenti di cui alle lettere b), c) e d) del comma 1 sono adottati su proposta del direttore generale.

#### Art. 16

##### Direttore generale

1. - Il direttore generale dell'azienda è nominato dalla Giunta provinciale. Il rapporto di

lavoro conseguente alla nomina è regolato da contratto di diritto privato a termine, di durata quinquennale e rinnovabile. Detto rapporto non può comunque protrarsi oltre il sessantacinquesimo anno di età.

2. - Spettano al direttore generale:

a) la legale rappresentanza dell'azienda;  
b) l'esercizio di tutte le funzioni e l'adozione di tutti i provvedimenti inerenti alla gestione dell'azienda, fatte salve le competenze attribuite al Consiglio di amministrazione dall'art. 15.

3. - Il direttore generale riferisce periodicamente al Consiglio di amministrazione circa il funzionamento dei servizi dell'azienda e il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal consiglio medesimo nell'ambito dei programmi di cui all'art. 15, comma 1, lettera b).

4. - Il direttore generale può essere revocato dall'incarico con deliberazione della Giunta provinciale.

5. - In attesa dell'attuazione della normativa statale concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria, di cui al D.L. 30 dicembre 1992, n. 502, i requisiti necessari ai fini della nomina a direttore generale ed i contenuti del relativo contratto sono stabiliti dalla Giunta provinciale nel rispetto delle seguenti disposizioni:

a) è comunque richiesto il possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello della nomina;

b) la nomina non può comunque essere conferita a soggetti che si trovino in alcuna delle situazioni indicate all'art. 3, comma 11, del D.L. 30 dicembre 1992, n. 502.

#### Art. 17

#### **Composizione e funzionamento del Collegio dei revisori dei conti**

Il Collegio dei revisori dei conti è composto da cinque membri, dei quali quattro, di cui uno indicato dalle minoranze, sono designati dal Consiglio provinciale fra gli iscritti all'albo dei dottori commercialisti o al collegio dei ragionieri e comunque nel ruolo dei revisori ufficiali dei conti ed uno dal Ministro del Tesoro.

2. - Il presidente è eletto dal collegio fra i membri designati dal Consiglio provinciale.

3. - Il Collegio dei revisori dei conti è nomi-

nato dalla Giunta provinciale. Esso resta in carica per la durata della legislatura provinciale nel corso della quale è avvenuta la nomina e comunque fino alla nomina del nuovo collegio. I componenti possono essere riconfermati.

4. - Non possono far parte del collegio:

a) il presidente ed i componenti in carica del Consiglio di amministrazione dell'azienda, i loro parenti fino al quarto grado ed i loro affini fino al secondo grado;

b) i dipendenti dell'azienda, gli operatori legati da rapporto convenzionale con la stessa, nonché coloro che siano comunque legati da un rapporto continuativo di prestazioni d'opera retribuita con l'azienda medesima;

c) i fornitori dell'azienda, i titolari, i soci, gli amministratori, i gestori di istituzioni sanitarie private ubicate nel territorio provinciale;

d) coloro che abbiano lite pendente per questioni attinenti l'attività dell'azienda, ovvero, avendo un debito liquido ed esigibile verso di essa, siano stati regolarmente costituiti in mora ai sensi dell'art. 1219 del codice civile, oppure si trovino nelle condizioni di cui al secondo comma dello stesso articolo.

5. - Il Collegio dei revisori si riunisce almeno una volta al mese presso la sede dell'azienda.

6. - Per la validità delle adunanze del collegio è necessaria la presenza di almeno tre membri.

7. - Per l'esercizio delle funzioni loro affidate i membri del collegio possono assistere, senza diritto di voto, alle sedute del Consiglio di amministrazione. A tal fine essi debbono essere invitati alle riunioni. Possono altresì, su incarico del collegio, prendere visione di tutti gli atti amministrativi e contabili e svolgere verifiche presso gli uffici e servizi dell'azienda.

8. - Ai membri del Collegio dei revisori dei conti spetta una indennità mensile di carica nella misura stabilita dalla Giunta provinciale. Agli stessi compete altresì il rimborso delle spese di viaggio e l'indennità di missione nei casi e secondo le modalità previste per il personale dei ruoli nominativi provinciali del personale del Servizio sanitario nazionale di posizione funzionale apicale.

#### Art. 18

#### **Compiti del Collegio dei revisori dei conti**

1. - Il Collegio dei revisori dei conti vigila sulla gestione amministrativo-contabile dell'azienda.

2. - In particolare il collegio:

a) controlla i rendiconti di cui all'art. 50, secondo comma, della L. 23 dicembre 1978,

n. 833, come modificato dal D.L. 30 dicembre 1979, n. 663 convertito, con modificazioni, con la L. 29 febbraio 1980, n. 33, li sottoscrive e redige una relazione trimestrale sulla gestione amministrativo-contabile dell'azienda da trasmettere alla Giunta provinciale, ai Ministeri della sanità e del tesoro e al Consiglio di amministrazione dell'azienda;

b) accerta la regolarità delle scritture e delle operazioni contabili, nonché la regolarità del rendiconto generale annuale e la sua responsabilità alle risultanze dei libri e registri obbligatori;

c) redige una propria relazione da allegare al rendiconto generale annuale;

d) procede, almeno ogni trimestre, alle verifiche di cassa;

e) riferisce al Consiglio di amministrazione dell'Azienda ed alla Giunta provinciale sui risultati dell'attività di vigilanza;

f) svolge ogni altra attribuzione ad esso affidata da disposizioni di legge.

#### Art. 19

##### Consiglio dei sanitari

1. - Presso la direzione generale dell'azienda è istituito il Consiglio dei sanitari composto da quindici membri, dei quali almeno otto sono scelti tra i medici dipendenti dall'azienda stessa o con essa convenzionati e i rimanenti tra gli operatori sanitari dipendenti o convenzionati, anche non laureati, in rappresentanza delle funzioni sanitarie più rilevanti. Nell'ambito dei componenti medici è garantita la presenza maggioritaria dei medici in servizio presso gli ospedali.

2. - Il Consiglio dei sanitari è eletto secondo le disposizioni stabilite con deliberazione della Giunta provinciale. Esso dura in carica tre anni.

3. - Il consiglio dei sanitari esprime parere obbligatorio ai fini della formulazione, da parte del direttore generale, delle proposte concernenti i provvedimenti di competenza del consiglio di amministrazione di cui all'art. 15, comma 1, lettere b) e c).

#### Art. 20

##### Comitati di distretto

1. - Per ciascuno dei distretti sanitari previsti all'art. 35 è costituito un comitato formato dai sindaci dei Comuni compresi nell'ambito territoriale del distretto. Ciascun sindaco può designare un assessore del rispettivo comune a far parte, in sua vece, del comitato di distretto. Nella prima seduta, convocata dall'assesso-

re provinciale al quale è affidata la materia della sanità, il comitato elegge a maggioranza assoluta dei propri componenti il presidente e il vicepresidente.

2. - Al comitato di distretto spettano i seguenti compiti:

a) formulare proposte alla Giunta provinciale al fine di garantire che le specifiche esigenze locali siano tenute presenti nella impostazione del Piano sanitario provinciale, del relativo eventuale aggiornamento e delle determinazioni di competenza della Giunta stessa ai sensi dell'art. 7, comma 5;

b) formulare alla Giunta provinciale osservazioni circa l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari nel rispettivo ambito distrettuale ai fini dell'attività di verifica di cui all'art. 8, comma 2.

3. - Le proposte e osservazioni di cui al comma 2 sono formulate tenendo conto, tra l'altro, delle indicazioni fornite dagli organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei malati e utilizzando gli elementi offerti dall'informazione periodica che il direttore di distretto fornisce al comitato circa lo svolgimento delle attività affidate alla competenza e responsabilità del distretto medesimo, nonché dalla relazione annuale trasmessa al comitato ai sensi dell'art. 7, comma 11.

4. - Nelle deliberazioni della Giunta provinciale concernenti le determinazioni di cui all'art. 7, comma 5, sono espressi i motivi dell'eventuale mancato accoglimento delle proposte formulate al riguardo dai comitati di distretto.

5. - Con deliberazione della Giunta provinciale sono stabilite le modalità relative al funzionamento del comitato di distretto.

#### Art. 21

##### Controllo sui provvedimenti dell'azienda

1. - I provvedimenti del consiglio di amministrazione di cui all'art. 15, comma 1, lettere b) e c), nonché i provvedimenti di competenza del direttore generale aventi ad oggetto le piante organiche del personale dell'azienda, sono sottoposti all'approvazione della Giunta provinciale, alla quale devono essere trasmessi nel termine di dieci giorni dall'adozione. Ove la Giunta provinciale non si pronuncerà nei trenta giorni successivi al ricevimento, i provvedimenti suddetti divengono comunque esecutivi.

2. - I provvedimenti di competenza del direttore generale diversi da quelli di cui al comma 1 debbono essere trasmessi alla Giunta provinciale qualora ne sia fatta richiesta da parte di quest'ultima. La Giunta stessa, entro trenta

giorni dalla data del ricevimento, può annullare i provvedimenti che riconosca illegittimi.

3. - L'assessore provinciale al quale è affidata la materia della sanità può chiedere all'azienda, entro quindici giorni dal ricevimento dei provvedimenti di cui ai commi 1 e 2, elementi integrativi di giudizio. In tal caso il termine ivi stabilito per l'esercizio del controllo decorre dalla data dell'effettivo ricevimento degli elementi integrativi stessi. Le deliberazioni si intendono decadute qualora l'azienda non ottemperi alla richiesta dell'assessore provinciale entro trenta giorni dal ricevimento della stessa.

#### Art. 22

##### Controlli sostitutivi

1. - Qualora gli organi dell'azienda omettano o ritardino l'adozione di atti obbligatori per legge, la Giunta provinciale, previa diffida ad adempiere entro un congruo termine, può sostituirsi agli organi stessi per il compimento di singoli atti.

2. - Il consiglio di amministrazione può essere sciolto con deliberazione della Giunta provinciale per i seguenti motivi:

a) gravi violazioni di legge o del Piano sanitario provinciale o delle direttive impartite dalla Giunta provinciale;

b) persistente inattività;

c) impossibilità di funzionare;

d) gravi deficienze o irregolarità che compromettano il normale funzionamento dell'azienda;

e) situazione di grave disavanzo nella gestione dell'azienda.

3. - Con il provvedimento di cui al comma 2 la Giunta provinciale nomina un commissario straordinario, che rimane in carica per un periodo non superiore a sei mesi, prorogabile una sola volta, per gravi motivi, di ulteriori sei mesi.

#### Capo III

##### STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA

#### Art. 23

##### Definizione della struttura organizzativa dell'azienda

1. - La struttura organizzativa fondamentale dell'azienda provinciale per i servizi sanitari è costituita:

a) dalla direzione generale;

b) dalla direzione prevenzione;

c) dalla direzione cura e riabilitazione;

d) dai distretti sanitari;

e) dall'ospedale di Trento;

f) dall'ospedale di Rovereto;

g) dai seguenti servizi centrali:

1) direzione personale e sistemi informativi;

2) direzione amministrazione, controllo e affari generali;

3) direzione approvvigionamenti, servizi generali e tecnici;

4) servizio rapporti con il pubblico.

2. - Le articolazioni organizzative indicate alle lettere da b) a g) del comma 1 dipendono direttamente dalla direzione generale, alla quale rispondono del raggiungimento degli obiettivi prefissati.

3. - I distretti sanitari, oltre a svolgere le altre attività di competenza, gestiscono i presidi ospedalieri situati nel rispettivo ambito territoriale, fatta eccezione per gli ospedali di Trento e di Rovereto come definiti all'art. 41.

4. - L'ulteriore articolazione organizzativa dell'azienda è definita dal consiglio di amministrazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c), adottando in particolare per i servizi sanitari criteri di tipo dipartimentale e prevedendo per i dipartimenti individuati la determinazione degli obiettivi operativi da conseguire e delle risorse a tal fine necessarie.

#### Art. 24

##### Direzione generale

1. - Alla direzione generale è attribuita la responsabilità di assicurare l'erogazione delle prestazioni e l'espletamento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e medicina legale proprie del Servizio sanitario provinciale attraverso la gestione ottimale delle risorse assegnate e per il conseguimento degli obiettivi formulati, in attuazione del Piano sanitario provinciale e delle direttive della Giunta provinciale, dal consiglio di amministrazione dell'azienda nell'ambito dei programmi di cui all'art. 15, comma 1, lettera b).

#### Art. 25

##### Direzione prevenzione

1. - Le competenze e responsabilità fondamentali attribuite alla direzione prevenzione sono le seguenti:

a) individuare e, per quanto di competenza della direzione e fatte salve le competenze dei distretti sanitari, svolgere il complesso del-

le azioni di prevenzione a tutela della salute umana che, con riguardo alle risorse assegnate, consentano di conseguire risultati ottimali rispetto agli obiettivi definiti dalla direzione generale;

*b)* fornire le prestazioni e attività di medicina legale di propria competenza, nel rispetto dei livelli di servizio prefissati dalla direzione generale per quanto concerne le modalità di accesso e i tempi di risposta;

*c)* definire e gestire il sistema di programmazione e controllo delle attività di prevenzione del S.s.p., con funzioni di supporto sia nei riguardi della direzione generale, che se ne avvale nei suoi rapporti con le strutture operative, sia nei riguardi delle strutture operative stesse, allo scopo di far conseguire gli obiettivi definiti dalla direzione generale;

*d)* esercitare la supervisione funzionale, in relazione alle responsabilità indicate alle lettere *a)*, *b)* e *c)*, sulle prestazioni e attività di prevenzione e medicina legale fornite dalle strutture operative del Servizio sanitario provinciale, allo scopo di garantire l'adeguatezza tecnico-professionale delle attività svolte dalle predette strutture, indicando anche, a tal fine, le più opportune metodologie da seguire;

*e)* garantire una continua attività di sorveglianza epidemiologica, al fine di poter fornire, in modo adeguato e tempestivo, la messa a disposizione delle informazioni di carattere epidemiologico in favore delle diverse strutture operative appartenenti al Servizio sanitario provinciale;

*f)* predisporre, coordinare e gestire gli interventi di natura sanitaria nel caso di emergenza collettiva nel quadro delle norme legislative vigenti in materia e secondo le specifiche disposizioni adottate dalla Giunta provinciale.

2. - La competenza e responsabilità di cui al comma 1, lettera *c)*, si esplica attraverso:

*a)* la definizione degli obiettivi che debbono essere raggiunti attraverso le attività espletate dalle singole strutture operative, la definizione delle risorse da impiegare e le metodologie da utilizzare, in relazione ai predetti obiettivi, presso ciascuna delle strutture medesime;

*b)* il controllo, sulla base degli elementi forniti dalle singole strutture operative e di quelli rilevati dalla direzione prevenzione, degli scostamenti verificatisi rispetto ai risultati attesi e la segnalazione degli stessi ai responsabili della gestione delle strutture operative.

3. - Le competenze e responsabilità fondamentali di cui al comma 1 si esplicano con riguardo alle aree di attività individuate negli artt. da 26 a 33.

4. - Nell'ambito della disciplina regolamentare di cui all'art. 15, comma 1, lettera *c)*, possono essere attribuite alla direzione prevenzione ulteriori competenze e responsabilità.

5. - Nell'ambito della disciplina richiamata al comma 4, con riguardo a determinate attività di competenza della direzione prevenzione viene adottata per la stessa una struttura organizzativa articolata su base territoriale, allo scopo di distribuire le risorse disponibili in relazione alle diverse esigenze dei singoli distretti sanitari.

#### Art. 26

##### **Competenze della direzione prevenzione in materia di osservazione epidemiologica**

1. - Le competenze e responsabilità fondamentali attribuite alla direzione prevenzione ai sensi dell'art. 25, comma 1, implicano, in particolare, il compito di definire, realizzare e gestire un sistema di osservazione epidemiologica che sia pienamente rispondente alle esigenze, proprie del Servizio sanitario provinciale, di:

*a)* disporre di uno strumento informativo per la individuazione delle più opportune azioni di prevenzione;

*b)* controllare con continuità il grado di raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del Servizio sanitario provinciale;

2. - Nella competenza individuata dal comma 1 sono compresi:

*a)* la determinazione delle modalità di raccolta dei dati, alle quali devono attenersi la direzione cura e riabilitazione, i distretti sanitari e gli ospedali di Trento e di Rovereto;

*b)* l'esercizio dell'attività di verifica della corretta esecuzione degli adempimenti previsti.

#### Art. 27

##### **Competenze della direzione prevenzione in materia di attività di laboratorio**

1. - Sono attribuite alla competenza e responsabilità della direzione prevenzione le seguenti attività di laboratorio connesse all'esercizio delle responsabilità di cui all'art. 25, comma 1:

*a)* attività concernenti, sotto il profilo chimico-fisico:

- 1) l'inquinamento dell'aria;
- 2) l'inquinamento dell'acqua;
- 3) l'inquinamento del suolo;
- 4) l'igiene del lavoro;
- 5) gli alimenti e le bevande;
- 6) i farmaci e i cosmetici;
- 7) il microclima;

8) il rumore e le vibrazioni;  
9) le radiazioni;  
b) attività concernenti, sotto il profilo medico-biotossicologico:

- 1) l'igiene e tossicologia del lavoro;
- 2) gli alimenti e le bevande;
- 3) i farmaci e i cosmetici;
- 4) l'igiene ambientale, con specifico riguardo all'analisi microbiologica delle acque;
- 5) la microbiologica, la parassitologia, la sierologia e la virologia.

2. - Rientra nella sfera di competenza e responsabilità della direzione prevenzione assicurare lo svolgimento, con tempestività ed adeguatezza professionale, di prestazioni di laboratorio in materia di prevenzione a favore dei distretti sanitari, secondo programmi di lavoro concordati con i distretti stessi.

3. - La direzione prevenzione deve altresì assicurare l'espletamento di attività di laboratorio, determinate con deliberazione della Giunta provinciale, a favore di servizi della Provincia operanti in materie diverse dall'igiene e sanità e a favore di enti od istituti dipendenti dalla Provincia stessa. Le modalità per l'espletamento delle predette attività sono definite dalla direzione generale dell'azienda.

#### **Art. 28**

##### **Competenze della direzione prevenzione in materia di prevenzione ambientale**

1. - Nell'ambito delle competenze e responsabilità fondamentali della direzione prevenzione rientrano quelle inerenti all'individuazione e, per quanto non demandato alla competenza dei distretti sanitari, allo svolgimento di attività di prevenzione concernenti:

a) l'igiene e difesa sanitaria delle acque, del suolo, dell'atmosfera e degli ambienti di vita dagli inquinamenti, fatte salve le competenze spettanti al servizio protezione ambiente ai sensi della vigente normativa provinciale;

b) la vigilanza igienico-sanitaria sugli acquedotti e su tutte le fonti di approvvigionamento idrico;

c) la vigilanza igienico-sanitaria relativa all'edilizia;

d) l'esame degli strumenti urbanistici ai sensi dell'art. 20, primo comma, lettera f), della L. 23 dicembre 1978, n. 833;

e) il controllo della idoneità dei locali e delle attrezzature per il commercio e il deposito delle sostanze radioattive naturali ed artificiali e di apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti; il controllo della radioattività ambientale;

f) il controllo sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici, dei fitofarmaci e delle altre sostanze pericolose.

2. - In relazione alle competenze indicate al comma 1, sono costituite presso la direzione prevenzione le seguenti commissioni:

a) le commissioni di cui agli artt. 24 e 32 del R.D. 9 gennaio 1927, n. 147 concernente l'approvazione del regolamento speciale per l'impiego di gas tossici, con le modifiche recate dal D.P.R. 10 giugno 1955, n. 854;

b) la commissione per la protezione sanitaria della popolazione contro i rischi da radiazioni ionizzanti di cui all'art. 89 del D.P.R. 13 febbraio 1964, n. 185.

3. - La direzione prevenzione è responsabile della sistematicità, tempestività e completezza del sistema di rilevazione degli elementi di carattere ambientale che incidono o possono incidere sulla salute delle persone.

4. - La direzione prevenzione individua gli elementi che rivestono rilevanza ai fini di cui al comma 3 e ne acquisisce i dati dai servizi, uffici o istituti provinciali che, per legge, siano autorizzati a raccogliergli. Agli stessi la direzione può richiedere di integrare la gamma dei dati raccolti o di modificare la metodologia impiegata nella rilevazione.

5. - La direzione prevenzione può predisporre programmi annuali o pluriennali, generali o settoriali, di rilevazione di dati, qualora questi ultimi non siano già raccolti, in misura e secondo metodologie ritenute adeguate dalla direzione, da altri servizi, uffici o istituti provinciali, anche a seguito dell'accoglimento delle richieste di cui al comma 4. Nei programmi predetti devono essere indicate le modalità di rilevazione da adottare e deve essere specificata la responsabilità dei distretti sanitari nella loro esecuzione.

6. - Qualora, sulla base dei dati comunque acquisiti dalla direzione prevenzione e della loro elaborazione, emergano situazioni di pregiudizio per la salute della popolazione o di determinati gruppi di essa, la direzione stessa le segnala tempestivamente al direttore generale, indicando i provvedimenti o i comportamenti atti a rimuoverle o a limitarne l'incidenza.

#### **Art. 29**

##### **Competenze della direzione prevenzione in materia di prevenzione degli infortuni, igiene e medicina del lavoro**

1. - Nell'ambito delle competenze e responsabilità fondamentali della direzione prevenzione rientrano:

a) le attività di prevenzione degli infortuni, all'interno e all'esterno dei luoghi di lavoro, di competenza del Servizio sanitario provinciale e già assegnate alla competenza dell'ispettorato del lavoro, dell'ente nazionale per la prevenzione degli infortuni e dell'associazione nazionale per il controllo della combustione;

b) le attività di igiene e medicina del lavoro già attribuite alla competenza dell'ispettorato del lavoro, dell'ente nazionale per la prevenzione degli infortuni e del consorzio provinciale antitubercolare.

2. - Con riguardo alle attività di cui al comma 1 inerisce alla responsabilità della direzione prevenzione garantire la individuazione tempestiva delle situazioni di rischio mediante l'effettuazione di controlli sistematici.

#### Art. 30

##### **Competenze della direzione prevenzione in materia di igiene degli alimenti e delle bevande**

1. - Nell'ambito delle competenze e responsabilità fondamentali della direzione prevenzione, per quanto concernente l'igiene degli alimenti e delle bevande, rientrano quelle afferenti:

a) la realizzazione e gestione di un sistema di controllo della produzione di rilevanza provinciale o sovraprovinciale degli alimenti e delle bevande tale da garantire un livello di tempestività e completezza nella rilevazione delle situazioni di rischio che risponda agli obiettivi di prevenzione propri del Servizio sanitario provinciale;

b) l'espletamento dell'attività istruttoria occorrente, entro i limiti definiti per l'attività di controllo dalla lettera a), ai fini dell'adozione dei provvedimenti attribuiti alla competenza della Giunta provinciale ai sensi dell'art. 3, comma 2, lettera a);

c) l'individuazione e lo svolgimento di azioni in materia di orientamento dei consumi alimentari e di igiene della nutrizione che ottimizzano i risultati di prevenzione rispetto agli obiettivi del Servizio sanitario provinciale.

2. - Con riferimento a quanto previsto al comma 1, lettera a), e avuto riguardo, altresì, alle competenze assegnate ai distretti sanitari ai sensi dell'art. 37, comma 1, la direzione generale provvede a definire l'imputazione di responsabilità in ordine a quegli stabilimenti di produzione di alimenti e bevande che possono risultare di incerta attribuzione o per i quali si manifestano particolari motivi di opportunità che ne consiglino comunque l'attribuzione alla direzione prevenzione ovvero ai distretti sanitari.

3. - È costituito presso la direzione prevenzione il comitato di coordinamento per la prevenzione e la repressione delle frodi e delle sofisticazioni nella lavorazione e nel commercio dei prodotti alimentari previsto dall'art. 6, comma 5, del D.L. 18 giugno 1986, n. 282, convertito, con modificazioni, nella L. 7 agosto 1986, n. 462.

#### Art. 31

##### **Competenze della direzione prevenzione in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria**

1. - Rientra nella sfera di competenza e responsabilità della direzione prevenzione la realizzazione di un sistema di controllo della sanità animale e dell'igiene dell'allevamento e delle produzioni animali, nonché dell'igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale, tale da garantire un livello di tempestività e completezza che risponda agli obiettivi di prevenzione del Servizio sanitario provinciale.

2. - La direzione prevenzione provvede altresì ad assicurare l'espletamento dell'attività istruttoria occorrente ai fini dell'adozione dei provvedimenti da parte degli organi competenti nelle materie di cui al comma 1.

3. - Tra i compiti attribuiti alla direzione prevenzione ai sensi del comma 1 rientrano quelli demandati alle Unità sanitarie locali dalla normativa vigente in materia di tutela degli animali di affezione e di prevenzione del randagismo.

#### Art. 32

##### **Competenze della direzione prevenzione in materia di igiene pubblica**

1. - Nell'ambito delle competenze e responsabilità fondamentali della direzione prevenzione rientrano quelle inerenti all'individuazione delle attività di prevenzione concernenti le materie di seguito indicate, nonché alla predisposizione degli elementi strumentali che concorrono alla realizzazione delle attività stesse:

a) la profilassi delle malattie infettive, parassitarie e diffuse, le disinfezioni e disinfestazioni;

b) la prevenzione individuale, con particolare riferimento all'area materno-infantile e ai soggetti in età evolutiva;

c) la tutela sanitaria delle attività sportive e la vigilanza sugli impianti e attrezzature sportive;

d) la vigilanza igienica sugli ambienti di comunità;

e) la vigilanza igienica mortuaria e cimiteriale;

f) la vigilanza igienica sui presidi sanitari extraospedalieri, pubblici e privati;

g) le campagne di educazione sanitaria.

2. - Allo svolgimento delle attività di prevenzione di cui al comma 1, lettere da a) ad e), provvedono i distretti sanitari a norma dell'art. 38, comma 1.

3. - La direzione generale dell'azienda stabilisce, in sede di programmazione, quali attività tra quelle previste al comma 1, lettere f) e g), debbano essere realizzate dalla direzione prevenzione e quali debbano essere realizzate dai distretti sanitari.

4. - È costituita presso la direzione prevenzione la commissione prevista dal decreto del Ministro della sanità di data 30 aprile 1990, concernente l'approvazione del nomenclatore-tariffario delle protesi dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, con compiti di verifica e controllo ai fini dell'iscrizione delle aziende fornitrici nell'apposito elenco provinciale.

#### Art. 33

##### **Competenze della direzione prevenzione in materia di medicina legale**

1. - Nell'ambito delle competenze e responsabilità fondamentali della direzione prevenzione rientrano quelle concernenti le seguenti prestazioni in materia di medicina legale:

a) gli accertamenti preventivi di idoneità previsti da leggi e regolamenti;

b) gli accertamenti dell'invalidità permanente ovvero delle condizioni di salute che giustificano il cambio di mansioni nell'ambito del lavoro pubblico e privato;

c) le attività di secondo livello in materia di controllo dell'invalidità temporanea;

d) gli accertamenti in materia di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo;

e) l'accertamento collegiale della idoneità alla guida di autoveicoli e di natanti;

f) il controllo sull'esercizio delle professioni ed arti sanitarie ai sensi delle norme vigenti;

g) le attività medico-legali già svolte dai servizi di medicina legale e delle assicurazioni sociali degli enti ospedalieri ai sensi del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128;

h) l'assistenza medico-legale nelle controversie civili e nei procedimenti penali a tutela degli interessi del servizio sanitario gestito dall'azienda ed ogni altra attività che comporti

una valutazione medico-legale in merito a pratiche di competenza dell'azienda stessa.

2. - Ai fini dell'erogazione delle prestazioni e dell'espletamento delle attività di cui al comma 1 sono costituite presso la direzione prevenzione le seguenti commissioni:

a) commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile in prima e in seconda istanza;

b) commissioni per l'accertamento della cecità civile in prima e in seconda istanza;

c) commissioni per l'accertamento del sordomutismo in prima e in seconda istanza;

d) collegio medico di cui all'art. 20 della L. 2 aprile 1968, n. 482 concernente « Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni o le aziende private »;

e) commissione medica locale di cui all'art. 119, comma 4, del D.L. 30 aprile 1992, n. 285 recante il nuovo codice della strada;

f) commissione per l'accertamento dell'invalidità permanente ovvero delle condizioni di salute che giustificano il cambio di mansioni; la composizione di detta commissione, entro il limite massimo di cinque membri, e le relative modalità di funzionamento sono stabilite con deliberazione della Giunta provinciale;

g) commissione per l'esame delle istanze di revisione degli accertamenti in materia di idoneità alla pratica sportiva.

#### Art. 34

##### **Direzione cura e riabilitazione**

1. - Le competenze e responsabilità fondamentali attribuite alla direzione cura e riabilitazione sono le seguenti:

a) definire e gestire il sistema di programmazione e controllo delle attività di cura e riabilitazione del Servizio sanitario provinciale, con funzioni di supporto sia nei riguardi della direzione generale, che se ne avvale nei suoi rapporti con le strutture operative, sia nei riguardi delle strutture operative stesse, allo scopo di far conseguire gli obiettivi definiti dalla direzione generale;

b) predisporre la pianificazione dei servizi di cura e riabilitazione, con particolare riguardo al medio e al lungo periodo, specificando quanto stabilito dal Piano sanitario nazionale e dal Piano sanitario provinciale ed eventualmente integrandolo per quanto risponde alle esigenze del Servizio sanitario provinciale, e controllare lo stato di avanzamento di piani formulati;

c) individuare e proporre gli interventi e gli strumenti più idonei ai fini del migliora-

mento, nel medio e nel lungo periodo, delle capacità di servizio dell'azienda in materia di attività di cura e riabilitazione, attraverso l'impiego ottimale delle risorse destinate alle predette attività;

*d)* definire protocolli operativi per lo svolgimento delle attività sanitarie e modalità di integrazione fra le attività di medicina di base e quelle di medicina specialistica ed ospedaliera e nell'ambito delle stesse attività di medicina ospedaliera;

*e)* espletare le attività di carattere istruttorio occorrenti ai fini della stipula delle convenzioni con le strutture sanitarie private e le attività di controllo sulla corretta applicazione delle convenzioni medesime;

*f)* svolgere i seguenti compiti in materia farmaceutica:

1) definire e aggiornare il prontuario terapeutico ospedaliero provinciale;

2) fornire alle strutture operative il necessario supporto informativo e tecnico per il controllo sulla prescrizione e sull'impiego di farmaci e di materiali sanitari;

3) esprimere parere ai fini dell'adozione dei provvedimenti di competenza della Giunta provinciale concernenti la formazione e la revisione della pianta organica delle farmacie e la costituzione di dispensari farmaceutici;

4) adottare i provvedimenti concernenti l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio delle farmacie, la gestione provvisoria e i turni di chiusura delle stesse;

5) esercitare la vigilanza in ordine alla sussistenza dei requisiti previsti per l'esercizio di farmacie;

6) svolgere attività di informazione alla popolazione in materia di farmaci;

*g)* definire i criteri per l'organizzazione delle attività di emergenza sanitaria e gestire le attività stesse per quanto concerne il trasporto degli infermi;

*h)* individuare e proporre gli interventi e gli strumenti più idonei ai fini della verifica e del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria e delle cure mediche, sotto gli aspetti di struttura, processo e risultato.

2. - La competenza e responsabilità di cui al comma 1, lettera a), si esplica attraverso:

*a)* la definizione degli obiettivi che debbono essere raggiunti attraverso le attività espletate dalle singole strutture operative, la definizione delle risorse da impiegare e le metodologie da utilizzare, in relazione ai predetti obiettivi, presso ciascuna delle strutture medesime;

*b)* il controllo, sulla base degli elementi forniti dalle singole strutture operative e di quel-

li rilevati dalla direzione cura e riabilitazione, degli scostamenti verificatisi rispetto ai risultati attesi e la segnalazione degli stessi ai responsabili della gestione delle strutture operative.

3. - La competenza e responsabilità di cui al comma 1, lettera a), è riferita a tutte le risorse che concorrono a determinare i risultati del Servizio sanitario provinciale, per quanto concerne le attività di cura e riabilitazione, ed in particolare:

*a)* al personale dipendente o convenzionato;

*b)* alle attrezzature ed ai mezzi di qualsiasi natura;

*c)* ai farmaci e materiali sanitari;

*d)* alle strutture sanitarie convenzionate.

4. - In materia di prestazioni specialistiche, la responsabilità di cui al comma 1, lettera a), implica, in particolare, lo specifico compito di regolamentare la erogazione di prestazioni da parte di ciascuna struttura operativa in favore di altre strutture operative appartenenti al Servizio sanitario provinciale.

5. - Nell'ambito della disciplina regolamentare di cui all'art. 15, comma 1, lettera c), possono essere attribuite alla direzione cura e riabilitazione ulteriori competenze e responsabilità.

## Art. 35

### Distretti sanitari

1. - I distretti sanitari costituiscono l'articolazione organizzativa dell'azienda sul territorio. Gli ambiti territoriali di competenza dei distretti medesimi sono stabiliti nella tabella allegata alla presente legge. La Giunta provinciale è autorizzata, sentiti i Comuni interessati e il Comitato provinciale per la programmazione sanitaria, a modificare l'ambito territoriale dei distretti per comprovate e documentate esigenze di funzionalità e di efficacia del servizio.

2. - Ai distretti sanitari è assegnata la responsabilità di fornire, con riguardo ai rispettivi ambiti territoriali e alle competenze attribuite, le prestazioni e attività proprie del Servizio sanitario provinciale in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e medicina legale attraverso la gestione ottimale delle risorse assegnate e per il conseguimento degli obiettivi definiti, in sede di programmazione, dalla direzione generale.

3. - Le competenze attribuite ai distretti sanitari sono indicate negli artt. da 36 a 40.

4. - Nell'ambito della disciplina regolamentare di cui all'art. 15, comma 1, lettera c), può essere affidata ai singoli distretti sanitari, in

relazione ad esigenze organizzative dell'azienda, la competenza e responsabilità di svolgere, sotto la supervisione delle direzioni e dei servizi centrali competenti per materia, funzioni e compiti afferenti la gestione e lo sviluppo delle risorse umane, la gestione amministrativa e contabile, la gestione degli approvvigionamenti, dei servizi generali e dei servizi tecnici. I distretti interessati espletano le funzioni ed i compiti predetti con personale organizzativamente dipendente dai distretti stessi.

5. - La struttura organizzativa dei distretti sanitari è definita nell'ambito della disciplina regolamentare di cui all'art. 15, c. 1, lett. c), tenendo conto delle competenze assegnate in relazione ai fabbisogni specifici dei distretti stessi.

6. - Presso ciascun distretto sanitario è istituito il consiglio dei sanitari composto da un numero di membri stabilito dalla Giunta provinciale e comunque non inferiore a cinque e non superiore a quindici. Fanno parte del consiglio dei medici ed altri operatori sanitari anche non laureati, dipendenti e convenzionati, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se dal distretto dipende un presidio ospedaliero. Il consiglio dei sanitari è eletto secondo le disposizioni stabilite con deliberazione della Giunta provinciale e dura in carica tre anni.

7. - Il consiglio dei sanitari esprime al direttore del distretto parere obbligatorio in ordine:

a) all'impostazione dei programmi annuali di attività;

b) alla definizione dei criteri generali per l'attuazione degli obiettivi assegnati ai sensi del comma 2;

c) alla valutazione del raggiungimento dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati.

#### Art. 36

##### **Competenze dei distretti sanitari in materia di prevenzione ambientale**

1. - È attribuito alla competenza e responsabilità dei distretti sanitari lo svolgimento delle attività di prevenzione concernenti:

a) la vigilanza igienico-sanitaria relativa all'edilizia;

b) l'esame degli strumenti urbanistici ai sensi dell'art. 20, primo comma, lettera f), della L. 23 dicembre 1978, n. 833.

2. - Spetta inoltre ai distretti sanitari la competenza e responsabilità in ordine all'esecuzione dei programmi di rilevazione di dati di cui all'art. 28, comma 5, secondo le modalità e nei limiti ivi previsti.

#### Art. 37

##### **Competenze dei distretti sanitari in materia di igiene degli alimenti e delle bevande**

1. - Per quanto concerne l'igiene degli alimenti e delle bevande, è attribuita ai distretti sanitari la competenza e responsabilità di:

a) realizzare e gestire un sistema di controllo della produzione di rilevanza infraprovinciale degli alimenti e delle bevande, nonché della distribuzione e commercializzazione degli alimenti e bevande predetti, tale da garantire un livello di tempestività e completezza nella rilevazione di situazioni di rischio che risponda agli obiettivi di prevenzione propri del Servizio sanitario provinciale;

b) espletare l'attività istruttoria occorrente, entro i limiti definiti per l'attività di controllo della lettera a), ai fini dell'adozione dei provvedimenti attribuiti alla competenza della Giunta provinciale ai sensi dell'art. 3, comma 2, lettera a).

2. - Con riferimento alla responsabilità conferita ai distretti sanitari dal comma 1, lettera a), in materia di controllo della produzione degli alimenti e delle bevande, spetta ai distretti medesimi anche il controllo di quegli stabilimenti di produzione che siano affidati alla competenza degli stessi a norma dell'art. 30, comma 2.

3. - Relativamente alle responsabilità definite dai c. 1 e 2, l'individuazione delle aree di competenza dei singoli distretti sanitari è effettuata in corrispondenza ai rispettivi ambiti territoriali, salvi specifici accordi interdistrettuali.

#### Art. 38

##### **Competenze dei distretti sanitari in materia di igiene pubblica**

1. - In materia di igiene pubblica è attribuita ai distretti sanitari la competenza e responsabilità in ordine allo svolgimento delle attività di prevenzione concernenti:

a) la profilassi delle malattie infettive, parassitarie e diffuse, le disinfezioni e le disinfestazioni;

b) la prevenzione individuale, con particolare riferimento all'area materno-infantile e ai soggetti in età evolutiva;

c) la tutela sanitaria delle attività sportive e la vigilanza sugli impianti ed attrezzature sportive;

d) la vigilanza igienica sugli ambienti di comunità;

e) la vigilanza igienica mortuaria e cimiteriale.

2. - Spetta altresì ai distretti sanitari la competenza e responsabilità in ordine allo svolgimento delle attività di prevenzione la cui realizzazione sia demandata ai distretti medesimi a norma dell'art. 32, comma 3.

#### Art. 39

##### Competenze dei distretti sanitari in materia di medicina legale

1. - Sono attribuite alla competenza e responsabilità dei distretti sanitari le seguenti prestazioni e attività in materia di medicina legale:

- a) gli accertamenti e le certificazioni correnti;
- b) gli accertamenti necroscopici;
- c) gli accertamenti di controllo dell'invalidità temporanea.

#### Art. 40

##### Competenze dei distretti sanitari in materia di attività di cura e riabilitazione

1. - Appartiene alla competenza e responsabilità dei distretti sanitari, per quanto concerne le attività di cura e di riabilitazione, assicurare:

- a) le prestazioni di assistenza medico-generica e pediatrica di base;
- b) le prestazioni di assistenza specialistica;
- c) le prestazioni di assistenza infermieristica;
- d) le prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero totale o parziale rese dai presidi ospedalieri appartenenti al Servizio sanitario provinciale, fatta eccezione per gli ospedali di Trento e di Rovereto;
- e) le prestazioni di assistenza farmaceutica;
- f) le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- g) le prestazioni di riabilitazione e di lungodegenza.

2. - Ai fini dell'erogazione delle prestazioni di cui al comma 1 ciascun distretto sanitario dispone:

- a) delle strutture e del personale dipendenti dall'azienda e organizzativamente assegnati al distretto;
- b) delle strutture e del personale convenzionati con l'azienda e organizzativamente assegnati al distretto;
- c) delle prestazioni specialistiche fornite dagli ospedali di Trento e di Rovereto con utilizzo di proprie strutture e di proprio personale;
- d) delle prestazioni specialistiche fornite da altri distretti con utilizzo di proprie strutture e di proprio personale.

3. - La responsabilità inerente alla gestione ottimale delle risorse, assegnata ai distretti sanitari ai sensi dell'art. 35, comma 2, si riferisce, per quanto concerne le attività di cura e riabilitazione, a tutte le strutture, dotazioni di personale e prestazioni messe a disposizione del distretto a norma del comma 2 del presente articolo. La responsabilità stessa comporta che, nella gestione, si realizzino il coordinamento e l'integrazione di tutti gli apporti di cui il distretto dispone.

4. - Le prestazioni specialistiche che debbono essere fornite a ciascun distretto dagli ospedali di Trento e di Rovereto, ed eventualmente dagli altri ospedali o da strutture specialistiche non ospedaliere, sono definite mediante programmi concordati da ciascun distretto con gli ospedali di Trento e di Rovereto e con gli altri distretti interessati, sotto la supervisione ed il controllo della direzione cura e riabilitazione.

5. - In materia di assistenza farmaceutica compete ai distretti sanitari:

- a) razionalizzare i consumi di farmaci e materiali sanitari, con riguardo sia ai farmaci e materiali utilizzati nelle strutture sanitarie sia alle prescrizioni effettuate dai medici convenzionati, nel rispetto degli indirizzi definiti dalla direzione cura e riabilitazione e attraverso il controllo e l'orientamento delle attività connesse all'impiego e alla prescrizione dei farmaci e materiali predetti secondo le modalità consentite dalla norme in vigore;
- b) svolgere attività istruttoria e di proposta ai fini dell'adozione dei provvedimenti di competenza del sindaco in materia di orari di apertura delle farmacie.

6. - Le attività di cura e riabilitazione di competenza dei distretti devono essere integrate funzionalmente con le attività socio-assistenziali attraverso rapporti costanti che i direttori di distretto devono intrattenere con i responsabili dei servizi socio-assistenziali operanti nel distretto stesso. A tal fine i direttori di distretto convocano e presiedono con frequenza almeno semestrale apposite conferenze di coordinamento alle quali partecipano i responsabili dei predetti servizi socio-assistenziali.

#### Art. 41

##### Ospedali di Trento e di Rovereto

1. - L'ospedale di Trento comprende i seguenti presidi ospedalieri:

- a) Santa Chiara in Trento;
- b) Villa Igea in Trento;
- c) Villa Rosa in Pergine Valsugana;
- d) San Giovanni in Mezzolombardo.

2. - L'ospedale di Rovereto comprende:  
a) il presidio ospedaliero di Rovereto;  
b) il presidio ospedaliero di Ala.

#### Art. 42

##### **Competenze degli ospedali di Trento e di Rovereto**

1. - Agli ospedali di Trento e di Rovereto è attribuita la competenza e responsabilità inerente all'erogazione delle prestazioni di cura e riabilitazione in regime di ricovero totale o parziale attraverso la gestione ottimale delle risorse assegnate a ciascuno degli ospedali stessi e per il conseguimento degli obiettivi definiti, in sede di programmazione, dalla direzione generale.

2. - Gli obiettivi di cui al comma 1 sono individuati in modo specifico rispetto a quelli previsti per le restanti attività ospedaliere comprese nel Servizio sanitario provinciale. In relazione a tale specificità vengono definite le risorse finanziarie ed organizzative da assegnare agli ospedali di Trento e di Rovereto.

3. - Compete altresì agli ospedali di Trento e di Rovereto fornire ai distretti sanitari le prestazioni specialistiche di cui all'art. 40, c. 4.

4. - Gli ospedali di Trento e di Rovereto costituiscono sedi preferenziali agli effetti di cui all'art. 5, comma 6, della L. 23 ottobre 1985, n. 595 concernente « Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario triennale 1986-88 » e all'art. 6 del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502.

#### Art. 43

##### **Struttura organizzativa degli ospedali di Trento e di Rovereto**

1. - La struttura organizzativa degli ospedali di Trento e di Rovereto è articolata nel modo seguente:

- a) direzione dell'ospedale;  
b) uffici di supporto alla direzione e di servizio all'ospedale;  
c) servizi di diagnosi e cura.

2. - Il direttore esercita tutte le funzioni e adotta tutti i provvedimenti inerenti al governo dell'ospedale, fatte salve le attribuzioni dei servizi centrali dell'azienda. Allo scopo di dare attuazione alla responsabilità di cui all'art. 42, comma 1, al direttore dell'ospedale compete piena autonomia di gestione delle risorse assegnate, anche attraverso l'esercizio delle attribuzioni proprie del funzionario delegato.

3. - I responsabili degli uffici e dei servizi di cui al comma 1, lettere b) e c), rispondono alla direzione dell'ospedale dello svolgimento

delle rispettive attribuzioni e del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

4. - Agli uffici di cui al c. 1, lett. b), competono, tra l'altro, le funzioni concernenti:

- a) la gestione del personale, lo sviluppo e valorizzazione delle risorse umane;  
b) il buon andamento dei servizi ospedalieri sotto il profilo igienico-sanitario e la raccolta, elaborazione e interpretazione dei dati sanitari ospedalieri;  
c) la promozione, il supporto ed il coordinamento delle attività di verifica e revisione della qualità dei servizi, dell'assistenza sanitaria e delle cure mediche;  
d) l'amministrazione ed il controllo;  
e) gli approvvigionamenti ed i servizi generali;  
f) i servizi tecnici;  
g) i servizi infermieristici.

5. - Per le esigenze di informatizzazione e di gestione dei servizi informatici gli ospedali di Trento e di Rovereto si avvalgono di personale appartenente alla direzione personale e sistemi informativi di cui all'art. 45.

#### Art. 44

##### **Consigli dei sanitari presso gli ospedali di Trento e di Rovereto**

1. - Presso la direzione dell'ospedale di Trento e presso quella dell'ospedale di Rovereto è istituito il consiglio dei sanitari composto da quindici membri, dei quali almeno dieci sono scelti tra i medici dipendenti ed i rimanenti tra gli operatori sanitari dipendenti, anche non laureati, in rappresentanza delle funzioni sanitarie più rilevanti.

2. - I consigli dei sanitari di cui al comma 1 sono eletti secondo le disposizioni stabilite con deliberazione della Giunta provinciale. Essi durano in carica tre anni.

3. - I consigli dei sanitari di cui al comma 1 esprimono al direttore del rispettivo ospedale parere obbligatorio in ordine:

- a) all'impostazione dei programmi annuali di attività;  
b) alla definizione dei criteri generali per l'attuazione degli obiettivi assegnati ai sensi dell'art. 42, commi 1 e 2;  
c) alla valutazione del raggiungimento dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati.

#### Art. 45

##### **Direzione personale e sistemi informativi**

1. - Le competenze e responsabilità fonda-

mentali attribuite alla direzione personale e sistemi informativi sono le seguenti:

a) provvedere all'adeguatezza qualitativa e quantitativa delle risorse umane rispetto agli obiettivi attuali ed alle esigenze future dell'azienda;

b) provvedere alla gestione delle relazioni sindacali, con particolare riguardo alla applicazione degli accordi nazionali di lavoro, nel rispetto delle indicazioni espresse in materia dalla Giunta provinciale, e provvedere alla gestione dei rapporti con i rappresentanti del personale convenzionato e alla definizione di eventuali integrazioni delle convenzioni, allo scopo di assicurare le condizioni per l'impiego ottimale delle risorse rispetto agli obiettivi di servizio dell'azienda;

c) provvedere alla corretta esecuzione degli adempimenti amministrativi concernenti lo stato giuridico ed il trattamento economico connessi al rapporto di dipendenza o di convenzione del personale;

d) provvedere alla individuazione e alla proposta degli adeguamenti in materia di organizzazione, strutture e modalità di funzionamento, che consentano di sviluppare al massimo le capacità dell'azienda di conseguire i propri obiettivi;

e) provvedere alla ottimizzazione dei sistemi informativi del Servizio sanitario provinciale attraverso:

1) la formulazione dei piani di informatizzazione, in relazione alle esigenze delle singole strutture operative dell'azienda, da sottoporre alla approvazione della direzione generale;

2) la realizzazione dei piani approvati, nel rispetto degli obiettivi di costo, livello di prestazioni e tempi di attuazione;

3) l'esercizio dei mezzi e delle attività informatiche del Servizio sanitario provinciale non direttamente assegnati alla responsabilità delle strutture operative che li utilizzano;

f) fornire adeguata assistenza specialistica ai responsabili di direzioni, servizi e unità organizzative, in relazione alle responsabilità sopracitate.

2. - Le competenze della direzione personale e sistemi informativi in materia di risorse umane comprendono tra l'altro:

a) la programmazione del fabbisogno di risorse e la individuazione e predisposizione dei provvedimenti più idonei alla copertura del fabbisogno stesso;

b) la definizione e gestione, nel rispetto degli indirizzi della direzione generale, delle piante organiche di tutte le strutture operative

dell'azienda nel quadro di una visione unitaria e complessiva delle esigenze di allocazione del personale dipendente e di impiego delle risorse convenzionate;

c) la definizione e la gestione dei programmi di formazione e aggiornamento professionale;

d) la definizione e gestione dei sistemi di incentivazione e la rilevazione della produttività del personale dipendente e convenzionato, con riguardo alla diversa natura dei rapporti di lavoro in essere.

#### Art. 46

#### Direzione amministrazione, controllo e affari generali

1. - Le competenze e responsabilità fondamentali attribuite alla direzione amministrazione, controllo e affari generali sono le seguenti:

a) garantire, nell'ambito di un quadro unitario, il controllo economico, patrimoniale e finanziario dell'azienda attraverso la definizione e gestione dei sistemi contabili e dei sistemi di rilevazione dei dati significativi per il controllo stesso;

b) provvedere agli adempimenti amministrativi e contabili previsti dalla normativa vigente;

c) provvedere agli affari generali e legali connessi alle attività dell'azienda.

2. - Nell'ambito delle competenze e responsabilità della direzione amministrazione, controllo e affari generali rientrano quelle inerenti:

a) alla preparazione del bilancio di previsione annuale di competenza e di cassa nonché dei relativi provvedimenti di variazione; alla preparazione del bilancio pluriennale e dei relativi aggiornamenti;

b) alla predisposizione dei titoli di riscossione delle entrate e di pagamento delle spese;

c) alla registrazione degli accertamenti e delle riscossioni delle entrate, nonché degli impegni, delle liquidazioni e dei pagamenti delle spese;

d) alla predisposizione del rendiconto generale;

e) all'effettuazione delle analisi economiche e dei controlli di gestione della spesa, in relazione al grado di conseguimento degli obiettivi dell'azienda;

f) al riscontro amministrativo-contabile sui rendiconti dei funzionari delegati;

g) alla vigilanza sulle gestioni dei consegnatari dei beni e alla verifica delle corrispondenti scritture contabili ed inventariali;

h) all'amministrazione del patrimonio;

i) alla gestione dei servizi di cassa e di economato e alla vigilanza sugli analoghi servizi svolti dalle diverse strutture operative dell'azienda;

l) alla sovrintendenza sul servizio di tesoreria e sui servizi di accertamento e di riscossione delle entrate in genere;

m) alla predisposizione degli atti inerenti alla contrazione di anticipazioni di cassa.

#### Art. 47

##### **Direzione approvvigionamenti, servizi generali e tecnici**

1. - Le competenze e responsabilità fondamentali attribuite alla direzione approvvigionamenti, servizi generali e tecnici sono le seguenti:

a) assicurare la massima efficienza, in termini di costi complessivi, negli acquisti e negli approvvigionamenti dei beni, dei materiali e dei servizi, assicurando la rispondenza alle caratteristiche funzionali definite dalle unità organizzative interessate ed il rispetto dei programmi, in termini di quantità e di tempi, concordati con le unità stesse; a tal fine la direzione:

1) opera attraverso la rilevazione delle condizioni di mercato;

2) provvede alla definizione e gestione dei sistemi di classificazione, qualificazione e controllo dei fornitori attuali e potenziali;

3) definisce i termini contrattuali dei rapporti con i fornitori e provvede allo svolgimento di gare e trattative;

4) promuove gli interventi necessari a rimuovere eventuali situazioni di disservizio;

b) ottimizzare la gestione dei servizi generali rispetto agli obiettivi dell'azienda attraverso:

1) la individuazione delle opportunità di centralizzazione o di appalto all'esterno e la realizzazione delle relative istruttorie tecnico-economiche;

2) la gestione dei servizi centralizzati a gestione diretta dell'azienda;

c) garantire la adeguatezza e l'efficienza nella gestione dei servizi tecnici, comprendenti la costruzione, la ristrutturazione, il restauro e la manutenzione straordinaria e ordinaria dei beni immobili assegnati in uso all'azienda;

d) esercitare la supervisione funzionale, in relazione alle responsabilità sopra citate, sulle funzioni in materia di acquisti, approvvigionamenti e gestione dei servizi generali e tecnici svolte dalle strutture operative dell'azienda, definendo anche i criteri di organizzazione e di gestione ai quali le predette strutture devono attenersi.

2. - La direzione generale, su proposta della direzione di cui al presente articolo, determina le tipologie di beni, materiali e servizi di fornitura esterna al cui acquisto ed approvvigionamento possono provvedere direttamente altre unità organizzative dell'azienda in deroga alla competenza generale attribuita alla suddetta direzione dal comma 1, lettera a).

#### Art. 48

##### **Servizio rapporti con il pubblico**

1. - Le competenze e responsabilità fondamentali attribuite al servizio rapporti con il pubblico sono le seguenti:

a) facilitare agli utenti del Servizio sanitario provinciale l'accesso e la fruizione dei servizi erogati dall'azienda;

b) assolvere funzioni di servizio sociale nei confronti dei soggetti che, in occasione del rapporto con le strutture sanitarie, abbisognino di particolare assistenza;

c) svolgere, a supporto della direzione generale, funzioni di verifica del livello di accessibilità dei servizi da parte degli utenti e funzioni di proposta in merito al miglioramento della qualità dei servizi stessi sotto tale specifico profilo.

2. - Per adempiere alle responsabilità di cui al comma 1 il servizio rapporti con il pubblico svolge, tra l'altro, i compiti concernenti:

a) l'organizzazione di punti di informazione all'utenza sulle modalità di accesso e fruizione dei servizi sanitari, di raccolta dei reclami e opinioni degli utenti;

b) l'organizzazione di sistemi di prenotazione dei servizi sanitari relativamente alla qualità dei rapporti degli utenti con i servizi stessi;

c) l'assistenza ai fini della soluzione dei problemi a carattere personale e sociale degli utenti dei servizi sanitari e dei loro nuclei familiari;

d) l'attivazione, nei casi opportuni, dei servizi socio-assistenziali.

#### Capo IV

##### **STRUMENTI PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI ASSEGNATE ALL'AZIENDA**

#### Art. 49

##### **Disposizioni in materia di personale**

1. - Per lo svolgimento dei propri compiti l'azienda provinciale per i servizi sanitari si avvale di personale da essa dipendente e di perso-

nale a rapporto convenzionale. A detto personale si applica la disciplina prevista rispettivamente dagli artt. 47 e 48 della L. 23 dicembre 1978, n. 833, intendendosi sostituita l'azienda all'Unità sanitaria locale, salvo quanto disposto dai successivi commi.

2. - Il conferimento dell'incarico di direttore generale è regolato dall'art. 16.

3. - Le funzioni di responsabile della direzione prevenzione e della direzione cura e riabilitazione, di direttore di distretto, di direttore dell'ospedale di Trento e dell'ospedale di Rovereto, e quelle di responsabile della direzione personale e sistemi informativi, della direzione amministrazione, controllo e affari generali e della direzione approvvigionamenti, servizi generali e tecnici sono conferite dal direttore generale, per incarico di durata quinquennale e rinnovabile, a personale dipendente dall'azienda o a personale dipendente dalla Provincia messo a disposizione dell'azienda stessa, ovvero a soggetti estranei ai predetti enti.

4. - Nel caso di personale dipendente l'incarico può essere conferito a funzionari che rivestano presso l'azienda posizione funzionale apicale, rispettivamente presso la Provincia la qualifica di dirigente generale o di dirigente ovvero la qualifica ad esaurimento di direttore di divisione, eccettuati gli incarichi di direttore dei distretti privi di ospedale e con popolazione inferiore a 20.000 abitanti, in ordine ai quali è sufficiente il possesso di posizione funzionale subapicale, rispettivamente di nono livello. L'incarico conferito a personale dipendente può essere revocato prima della scadenza per gravi motivi connessi alla funzionalità del servizio di competenza, attestati dal direttore generale dell'azienda. L'incarico suddetto comporta la corresponsione di una indennità nella misura stabilita dalla Giunta provinciale.

5. - Nel caso di soggetti estranei, l'incarico è conferito mediante contratto di diritto privato, secondo uno schema tipo approvato dalla Giunta provinciale, a persone che siano in possesso di diploma di laurea e dimostrino di avere svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa presso enti o strutture pubbliche o società pubbliche o private di media o grande dimensione. A detti soggetti si applicano le disposizioni contenute nel comma 8 dell'art. 3 del D.L. 30 dicembre 1992, n. 502.

6. - A parità di altri titoli costituisce titolo preferenziale per il conferimento degli incarichi di responsabile della direzione prevenzione e della direzione cura e riabilitazione, di direttore di distretto e di direttore dell'ospedale di

Trento e di quello di Rovereto, il possesso del diploma di laurea in medicina unitamente alla specializzazione in igiene, epidemiologia e sanità pubblica, o in igiene ed organizzazione dei servizi ospedalieri o in organizzazione dei servizi sanitari di base.

7. - Il personale che ricopre le posizioni dirigenziali di cui al comma 3 è tenuto a partecipare agli appositi corsi di aggiornamento in materia di organizzazione e direzione aziendali individuati dall'azienda.

8. - Il personale dipendente dall'azienda è iscritto in ruoli nominativi provinciali secondo la disciplina contenuta nel D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 concernente « Stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali » e nella L.P. 21 aprile 1981, n. 7 concernente « Istituzione e gestione dei ruoli nominativi provinciali del personale del Servizio sanitario nazionale e modalità di iscrizione nei ruoli medesimi », in quanto applicabile. Alla formazione e all'aggiornamento dei ruoli nominativi provvede il direttore generale dell'azienda. Il ricorso previsto dal terzo comma dell'art. 7 del citato D.P.R. n. 761 del 1979 è proposto alla Giunta provinciale.

9. - Le piante organiche di cui all'art. 6, primo comma, del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, sono approvate dal direttore generale dell'azienda.

10. - I concorsi e le altre procedure per l'assunzione di personale dipendente sono espletati dall'azienda secondo le norme statali in vigore, salvo il disposto del comma 11. Il direttore generale può delegare ai direttori di distretto e ai direttori degli ospedali di Trento e di Rovereto l'esercizio delle funzioni concernenti l'espletamento di determinate procedure per l'assunzione di personale.

11. - I concorsi per le posizioni funzionali apicali riservate al personale laureato sono banditi con esplicito riferimento a posti determinati, previsti presso singoli presidi, strutture o servizi. La mobilità ordinaria che interessi le predette posizioni funzionali può essere consentita nel rispetto della vigente normativa contrattuale nazionale, avuto riguardo, in ogni caso, alle esigenze funzionali dell'azienda e alla rilevanza dei posti vacanti da coprire.

12. - I livelli di contrattazione previsti rispettivamente con riguardo all'ambito regionale e all'ambito delle singole Unità sanitarie locali dalla normativa statale in vigore in materia di stato giuridico ed economico del personale addetto al Servizio sanitario nazionale, sono unificati in un solo livello, corrispondente all'azienda provinciale per i servizi sanitari. A tal

fine la delegazione di parte pubblica è composta da responsabili della Provincia autonoma e dell'azienda medesima.

13. - Ricorrendone la necessità l'azienda può individuare, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47, sesto comma, della L. 23 dicembre 1978, n. 833, tutte le strutture dipendenti dall'azienda stessa. In ogni caso il rapporto di lavoro del personale medico di posizione funzionale apicale è a tempo pieno.

14. - È demandato all'azienda l'esercizio delle funzioni, disciplinate dagli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato, concernenti la predisposizione e approvazione delle graduatorie, la gestione delle stesse, l'adozione di disposizioni di carattere organizzativo nonché le attività di aggiornamento professionale.

15. - Salvo quanto diversamente disposto da precedenti commi, rimangono riservati alla Giunta provinciale i provvedimenti che le norme statali in vigore demandano alle Regioni e alle Province autonome in materia di stato giuridico ed economico del personale dipendente addetto al Servizio sanitario nazionale e del personale convenzionato con il servizio medesimo.

#### **Art. 50**

##### **Beni e attrezzature**

1. - Per lo svolgimento dei propri compiti l'azienda provinciale per i servizi sanitari utilizza:

a) i beni immobili di proprietà della Provincia e soggetti a vincolo di destinazione in funzione delle esigenze del Servizio sanitario provinciale a norma dell'art. 30 della L.P. 6 dicembre 1980, n. 33, come modificato dall'art. 6 della L.P. 19 gennaio 1988, n. 4 e dall'art. 11 della L.P. 5 settembre 1988, n. 33;

b) i beni mobili e le attrezzature di proprietà della Provincia e soggetti a vincolo di destinazione ai sensi delle disposizioni richiamate alla precedente lettera a);

c) i beni immobili acquisiti dalla Provincia successivamente all'entrata in vigore della presente legge in relazione alle esigenze del Servizio sanitario provinciale;

d) i beni mobili, immobili e le attrezzature di proprietà dei Comuni o dei comprensori, soggetti a vincolo di destinazione ai servizi igienico-sanitari a norma dell'art. 30 della L.P. 6 dicembre 1980, n. 33, come modificato dall'art. 6 della L.P. 19 gennaio 1988, n. 4 e dall'art. 11 della L.P. 5 settembre 1988, n. 33;

e) i beni mobili e le attrezzature che verranno acquisiti dall'azienda stessa, con vincolo

di destinazione in funzione delle esigenze del Servizio sanitario provinciale.

2. - I beni immobili di cui alle lettere a) e d), come pure gli immobili di cui alla lettera c) successivamente alla loro acquisizione da parte della Provincia, rimangono in proprietà rispettivamente della Provincia stessa, dei Comuni o dei comprensori e sono assegnati in uso all'azienda con deliberazioni della Giunta provinciale. La consegna dei beni predetti avviene mediante compilazione di un verbale sommario di consistenza redatto da un rappresentante della Provincia, rispettivamente del Comune o del comprensorio proprietario, e sottoscritto da un rappresentante dell'azienda. Nel caso di beni già assegnati in uso alle Unità sanitarie locali, il verbale deve essere comunque sottoscritto da un rappresentante del comprensorio interessato.

3. - L'azienda provvede all'espletamento dell'attività tecnico-amministrativa concernente la costruzione, la ristrutturazione, il restauro e la manutenzione straordinaria e ordinaria dei beni immobili ad essa assegnati ai sensi del comma 2.

4. - I beni mobili e le attrezzature di cui alle lettere b) e d) del comma 1 sono trasferiti in proprietà all'azienda. Il trasferimento e la consegna dei predetti beni e attrezzature avvengono, sulla base degli inventari e della situazione di fatto, mediante compilazione di un verbale di consistenza redatto da un rappresentante della Provincia, rispettivamente del Comune o del comprensorio proprietario, e sottoscritto da un rappresentante dell'azienda. Nel caso di beni o attrezzature già assegnati in uso alle Unità sanitarie locali, il verbale deve essere comunque sottoscritto da un rappresentante del comprensorio interessato.

5. - La Giunta provinciale, rispettivamente il Comune o il comprensorio per i beni di loro proprietà previa autorizzazione della Giunta stessa, possono deliberare lo svincolo dei beni immobili di cui al comma 2 dalla loro destinazione, ai fini dell'alienazione o trasformazione degli stessi, qualora non ne risulti più necessario l'impiego per i fini del Servizio sanitario provinciale. Analogamente può provvedere l'azienda in ordine ai beni mobili e alle attrezzature di cui al comma 4, nonché in ordine agli altri beni mobili e attrezzature acquisiti successivamente dall'azienda medesima ai sensi del comma 1, lettera e).

6. - I capitali ricavati dall'alienazione o trasformazione dei beni di cui al comma 5 devono essere reinvestiti secondo le indicazioni contenute a tale riguardo nelle direttive emanate

dalla Giunta provinciale e nei programmi dell'azienda.

#### Art. 51

##### **Disciplina dell'attività contrattuale e dell'amministrazione dei beni**

1. - Per quanto concerne l'attività contrattuale e l'amministrazione dei beni attribuiti in proprietà all'azienda provinciale per i servizi sanitari si applica, in quanto compatibile, la disciplina vigente in materia con riguardo ai contratti ed ai beni della provincia autonoma di Trento, intendendosi sostituiti agli organi e ai servizi provinciali quelli competenti secondo l'ordinamento dell'azienda.

#### Art. 52

##### **Disciplina in materia di contabilità. Servizio di Tesoreria**

1. - Per quanto non diversamente disposto dalla presente legge, si applicano all'azienda provinciale per i servizi sanitari le norme della L.R. 11 gennaio 1981, n. 1 concernente « Disciplina della contabilità delle Unità sanitarie locali », con le modifiche recate alla legge stessa fino alla data di entrata in vigore della presente legge.

2. - L'azienda ha un proprio servizio di tesoreria, che deve essere affidato all'istituto di credito titolare del servizio di tesoreria della Provincia, alle medesime condizioni stabilite per quest'ultima.

#### Art. 53

##### **Centri, strutture o commissioni con compiti specifici**

1. - La Giunta provinciale stabilisce con propria deliberazione se determinati centri, strutture o commissioni previsti da norme statali non compiti specifici in materia sanitaria da svolgere presso le Regioni o presso le Unità sanitarie locali, debbano venire istituiti presso la Provincia autonoma ovvero presso l'azienda provinciale per i servizi sanitari.

2. - Qualora in applicazione del comma 1 venga stabilito che i centri, strutture o commissioni di cui al comma medesimo debbano essere istituiti presso l'azienda, la loro specifica collocazione nell'ambito della struttura organizzativa dell'azienda stessa è definita dal Consiglio di amministrazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c).

#### Art. 54

##### **Consulenze e commissioni**

1. - Per l'esame di specifici problemi che presentino particolare complessità sotto il profilo tecnico o amministrativo, l'azienda provinciale per i servizi sanitari può avvalersi della consulenza di esperti non dipendenti dall'azienda medesima, né con la stessa convenzionati, e può costituire a tal fine apposite commissioni composte, in tutto o in parte, dai predetti esperti estranei all'azienda.

#### Capo V

##### **DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI**

#### Art. 55

##### **Provvedimenti della Giunta provinciale**

1. - Con uno o più provvedimenti la Giunta provinciale adotta disposizioni volte a disciplinare, nel rispetto di quanto stabilito dai successivi articoli del presente capo, il passaggio dall'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario provinciale previsto dalla L.P. 6 dicembre 1980, n. 33 e successive modificazioni al nuovo assetto definito dalla presente legge. Tali disposizioni stabiliscono in particolare:

a) i termini entro i quali si deve provvedere alla prima costituzione dei comitati di distretto, degli organi dell'azienda provinciale per i servizi sanitari, del consiglio dei sanitari e alla prima nomina dei responsabili delle articolazioni organizzative di cui all'art. 23, comma 1, lettere da b) a g);

b) il termine entro il quale il consiglio di amministrazione dell'azienda deve adottare la disciplina regolamentare di cui all'art. 15, comma 1, lettera c), per quanto necessario a garantire il primo funzionamento dell'azienda stessa;

c) la data dalla quale ha luogo il trasferimento all'azienda delle funzioni svolte dalle Unità sanitarie locali di cui alla L.P. 6 dicembre 1980, n. 33 e successive modificazioni, nonché delle funzioni svolte dai servizi provinciali competenti in materia di sanità e attribuite dalla presente legge all'azienda, con contestuale soppressione delle Unità sanitarie locali e trasferimento all'azienda di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi già facenti capo alle stesse Unità sanitarie locali ovvero alla Provincia in relazione alle predette funzioni svolte da servizi provinciali.

2. - Il comitato provinciale per la programmazione sanitaria nominato ai sensi dell'art.

9 della L.P. 6 dicembre 1980, n. 33, come modificato dall'art. 5 della L.P. 5 settembre 1988, n. 33 e dall'art. 8 della L.P. 6 febbraio 1991, n. 4, svolge i compiti previsti dall'art. 9 della presente legge fino alla nomina del comitato ivi contemplato.

3. - In tutti i casi in cui norme di legge provinciale demandino al Piano sanitario provinciale l'adozione di specifiche determinazioni, fino alla data di entrata in vigore della legge di approvazione del piano stesso le predette determinazioni sono adottate con deliberazione della Giunta provinciale, sentito il comitato provinciale per la programmazione sanitaria di cui all'art. 9 della presente legge ovvero il comitato che ne svolge in via transitoria le funzioni ai sensi del comma 2.

#### **Art. 56**

##### **Disposizioni transitorie in materia di personale**

1. - In relazione al trasferimento di funzioni di cui all'art. 55, comma 1, lettera c), e a decorrere dalla data ivi prevista, il personale di ruolo e non di ruolo dipendente dalle Unità sanitarie locali si intende trasferito all'azienda provinciale per i servizi sanitari, mantenendo la posizione giuridica ed economica posseduta.

2. - A decorrere dalla data richiamata al comma 1 l'azienda subentra nei rapporti convenzionali stipulati dalle Unità sanitarie locali ai sensi dell'art. 48 della L. 23 dicembre 1978, n. 833.

3. - Con effetto dalla medesima data il personale assegnato al servizio per l'igiene e la sanità pubblica della Provincia e iscritto nei ruoli nominativi provinciali del personale del Servizio sanitario nazionale si intende trasferito all'azienda, mantenendo la posizione giuridica ed economica posseduta.

4. - Con effetto dalla stessa data il personale inquadrato nel ruolo unico del personale della Provincia ed assegnato al servizio per l'igiene e la sanità pubblica, al servizio per le tossicodipendenze ovvero, limitatamente al personale veterinario, al servizio attività sanitarie si intende messo a disposizione dell'azienda. Si intende altresì messo a disposizione dell'azienda, fino alla data di scadenza del rispettivo rapporto di lavoro, il personale non di ruolo assegnato ai predetti servizi per l'igiene e la sanità pubblica e per le tossicodipendenze. L'azienda provvede a rimborsare alla Provincia gli oneri diretti e riflessi relativi al personale messo a disposizione ai sensi del presente comma.

5. - La Giunta provinciale può comunque disporre in ordine a singoli dipendenti la revo-

ca della messa a disposizione di cui al comma 4 in relazione ad esigenze di servizio che ne rendano opportuno l'utilizzo presso le strutture organizzative della Provincia per lo svolgimento di compiti corrispondenti al profilo professionale rivestito.

6. - Su domanda da presentarsi entro sessanta giorni dalla data di messa a disposizione ed a condizione della vacanza del posto, il personale di ruolo di cui al comma 4 è iscritto nei ruoli nominativi provinciali di cui all'art. 49, comma 8, sulla base della tabella di equiparazione costituente l'allegato A) alla L.P. 5 novembre 1991, n. 23 concernente « Norme transitorie per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica » ovvero, per le qualifiche e livelli ivi non previsti, secondo le disposizioni di cui all'art. 64, primo comma, del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761. I requisiti previsti dalle tabelle allegate rispettivamente alla L.P. n. 23 del 1991 e al D.P.R. n. 761 del 1979 devono essere posseduti alla data di entrata in vigore della presente legge.

7. - Al personale di cui al comma 6 si applicano, a decorrere dalla data di iscrizione nei ruoli nominativi provinciali, le disposizioni in materia di stato giuridico e trattamento economico vigenti per il personale addetto al Servizio sanitario nazionale.

8. - Qualora lo stipendio base e l'indennità integrativa speciale acquisiti dal personale di cui al comma 6 presso la Provincia risultino complessivamente superiori ai corrispondenti emolumenti spettanti presso l'azienda provinciale per i servizi sanitari, la differenza tra gli stessi viene conservata a titolo di assegno personale riassorbibile con un terzo di ciascuno dei futuri aumenti economici di carattere generale. Detto assegno è equiparato ad ogni effetto allo stipendio, con esclusione della progressione economica per anzianità e del compenso per lavoro straordinario.

9. - Al personale che beneficia del sistema di progressione economica per classi e scatti, qualora in conseguenza dell'inquadramento di cui al comma 6 il maturato economico per anzianità in godimento all'atto dell'inquadramento si collochi nello sviluppo del nuovo livello retributivo tra due classi, ovvero tra l'ultima classe ed il primo scatto di anzianità ovvero tra due scatti di anzianità, si attribuisce la classe o scatto di anzianità immediatamente inferiore. La somma residua compete sino al raggiungimento della successiva classe o scatto di anzianità ed è altresì utilizzata, mediante temporizzazione, per il raggiungimento della successiva classe o scatto di anzianità. Il medesi-

mo criterio si applica anche per le indennità che progrediscono per classi e scatti. Il restante personale di cui al comma 6 conserva la retribuzione individuale di anzianità in godimento alla data dell'inquadramento.

10. - Le disposizioni di cui ai commi 8 e 9 si applicano, se più favorevoli, anche al personale provinciale di cui al comma 3 che sia stato iscritto nei ruoli nominativi provinciali del personale del Servizio sanitario nazionale ai sensi degli artt. 54 e 55 della L.P. 5 novembre 1991, n. 23 recante « Norme transitorie per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica », con decorrenza dalla data della predetta iscrizione.

#### Art. 57

##### Disposizioni in materia di concorsi

1. - Fino alla data di cui all'art. 55, comma 1, lettera c), i pubblici concorsi disciplinati dall'art. 9 della L. 20 maggio 1985, n. 207 concernente « Disciplina transitoria per l'inquadramento diretto nei ruoli nominativi regionali del personale non di ruolo delle Unità sanitarie locali », per la copertura di posti vacanti nelle piante organiche delle Unità sanitarie locali, ad eccezione dei posti relativi a posizioni funzionali apicali riservate al personale laureato, sono indetti dalla Giunta provinciale, che ne può affidare l'espletamento a singole Unità sanitarie locali. Negli altri casi all'espletamento degli anzidetti concorsi provvede il servizio attività sanitarie della Provincia.

2. - Le graduatorie relative ai concorsi espletati ai sensi del comma 1 sono approvate dalla Giunta provinciale e, nel periodo di validità, sono utilizzate secondo l'ordine delle stesse nonché, in caso di pluralità di posti vacanti, in base alle preferenze espresse dai candidati, per la copertura dei posti messi a concorso e di tutti i posti che si renderanno vacanti nelle piante organiche delle Unità sanitarie locali. Le relative assegnazioni alle Unità sanitarie locali sono disposte dall'assessore provinciale competente in materia di sanità al verificarsi delle singole vacanze. A tal fine non sono disponibili i posti vacanti presso le Unità sanitarie locali che dispongono di graduatorie valide o che intendono attivare le procedure di mobilità o presso le quali sono in atto procedure concorsuali o di mobilità i cui bandi e avvisi siano già stati pubblicati. A decorrere dalla data di cui all'art. 55, comma 1, lettera c), le graduatorie di cui al presente comma sono utilizzate, entro i limiti del periodo di validità, dall'azienda provinciale per i servizi sanitari.

3. - Ai componenti e al segretario delle commissioni esaminatrici dei concorsi espletati ai sensi del comma 1 spettano i compensi stabiliti dalla L.P. 18 giugno 1990, n. 19 recante « Disposizioni transitorie in materia di compensi per la partecipazione a commissioni esaminatrici dei concorsi per l'assunzione di personale presso le Unità sanitarie locali », aumentati del 50 per cento.

4. - La validità delle graduatorie dei pubblici concorsi per titoli ed esami e delle pubbliche selezioni per soli titoli o per titoli ed esami indetti dalle Unità sanitarie locali anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge cessa a decorrere dalla data di cui all'art. 55, comma 1, lettera c), sempreché le norme vigenti non ne prevedano la cessazione in data anteriore.

#### Art. 58

##### Norme transitorie concernenti i bilanci di previsione dell'azienda

1. - Entro trenta giorni dalla nomina il consiglio di amministrazione dell'azienda provinciale per i servizi sanitari provvede ad adottare il bilancio di previsione riferito alle attività da realizzare nel periodo antecedente la data stabilita ai sensi dell'art. 55, comma 1, lettera c), per il trasferimento delle funzioni all'azienda medesima.

2. - La Giunta provinciale approva il bilancio di cui al comma 1, apportandovi le variazioni che si rendano eventualmente necessarie per assicurare la conformità alle indicazioni finanziarie e alle direttive della Provincia, ed assegna contestualmente all'azienda i fondi occorrenti, distinti per la parte corrente e per la parte in conto capitale.

3. - Il bilancio di previsione di cui al comma 1, redatto in termini di competenza e di cassa, è disciplinato dalla normativa richiamata all'art. 52 e dalle direttive emanate dalla Provincia per la sua applicazione.

4. - Si osservano altresì, in quanto applicabili, le disposizioni della L.P. 16 gennaio 1982, n. 2 concernente « Finanziamento del Servizio sanitario provinciale » e successive modificazioni.

5. - Limitatamente al primo anno successivo alla data di trasferimento delle funzioni di cui all'art. 55, comma 1, lettera c), il consiglio di amministrazione dell'azienda adotta il solo bilancio annuale di previsione, redatto in termini di competenza e di cassa, in conformità agli obiettivi determinati dalla Giunta provinciale ai sensi dell'art. 7, comma 5, anche prescin-

dendo, ove non fosse entrato in vigore, dalle previsioni del Piano sanitario provinciale.

#### Art. 59

##### **Gestione di liquidazione delle Unità sanitarie locali**

1. - La gestione finanziaria delle Unità sanitarie locali di cui alla L.P. 6 dicembre 1980, n. 33 e successive modificazioni, si chiude definitivamente il giorno antecedente a quello stabilito per il trasferimento delle funzioni ai sensi dell'art. 55, comma 1, lettera c). Da tale data gli amministratori straordinari cessano dal loro incarico, fermo restando l'espletamento degli adempimenti di cui ai successivi commi del presente articolo.

2. - Successivamente alla data indicata al comma 1, nessuna operazione di accertamento di entrate né di impegno di spese può essere effettuata sul bilancio delle Unità sanitarie locali. Soltanto per la riscossione ed il versamento delle entrate accertate e per il pagamento delle spese impegnate entro la data predetta, la chiusura dei conti è protratta di trenta giorni secondo quanto consentito dal secondo comma dell'art. 9 della L.R. 11 gennaio 1981, n. 1.

3. - Entro i successivi quindici giorni gli amministratori straordinari delle Unità sanitarie locali trasmettono all'azienda provinciale per i servizi sanitari l'elenco provvisorio, suddiviso per capitolo e per anno di provenienza, dei residui attivi e passivi accertati alla fine dell'esercizio con la documentazione e gli atti occorrenti per la loro definizione.

4. - Gli amministratori straordinari, avvalendosi del personale dell'azienda già addetto agli uffici ed ai servizi competenti per materia presso le Unità sanitarie locali, provvedono inoltre agli adempimenti necessari per la redazione del rendiconto generale, che deve essere dagli stessi deliberato improrogabilmente entro quattro mesi dalla data di cui al comma 1 e completato dalla documentazione dei revisori dei conti di cui alle lettere b) e c) dell'art. 5, comma 2, della L.R. 26 agosto 1988, n. 21.

5. - I residui attivi e passivi nonché l'eventuale fondo di cassa esistente alla chiusura dell'esercizio sono assunti in bilancio dall'azienda in apposita contabilità stralcio distinta per Unità sanitaria locale di provenienza e gestiti in partita di giro fino alla loro definizione che deve avvenire entro due anni, decorsi i quali le residue pendenze saranno trasferite ai pertinenti capitoli della gestione di competenza dell'azienda.

6. - I residui di bilancio relativi alle funzioni

già di competenza diretta della Provincia sono gestiti dalla stessa fino alla loro completa definizione, fermo restando il subentro dell'azienda nei restanti rapporti giuridici ai sensi dell'art. 55, comma 1, lettera c).

#### Art. 60

##### **Disposizioni finali**

1. - Dalla data di cui all'art. 55, comma 1, lettera c), cessano di applicarsi le seguenti disposizioni legislative:

a) la L.P. 6 dicembre 1980, n. 33 e successive modificazioni;

b) gli artt. 3, 8 e 9 della L.P. 27 agosto 1982, n. 19 concernente « Esercizio delle funzioni in materia veterinaria e riordino dei servizi veterinari », modificata con L.P. 4 agosto 1986, n. 23;

c) i capi I e IV del titolo I della L.P. 29 agosto 1983, n. 29 concernente « Disciplina dell'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e norme concernenti il servizio farmaceutico », come modificati dalle L.P. 25 luglio 1988, n. 22, 5 settembre 1988, n. 33 e 18 novembre 1988, n. 39;

d) la L.P. 5 novembre 1991, n. 23 concernente « Norme transitorie per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica » e successive modificazioni, limitatamente alle disposizioni che prevedono l'istituzione del servizio per l'igiene e la sanità pubblica e ne definiscono la struttura organizzativa;

e) l'art. 10 della L.P. 19 maggio 1992, n. 15 concernente « Norme in materia di concorsi pubblici ed interni ed altre disposizioni in materia di ordinamento dei servizi e del personale della provincia autonoma di Trento ».

2. - Nella fase di prima applicazione della presente legge, continuano ad applicarsi le leggi provinciali vigenti negli specifici settori della materia sanitaria, salvo quanto disposto al comma 1, intendendo sostituita l'azienda provinciale per i servizi sanitari alle singole Unità sanitarie locali nonché, secondo le rispettive attribuzioni, gli organi e le strutture organizzative dell'azienda agli organi e strutture organizzative delle Unità sanitarie locali medesime. Analogamente si intende sostituita l'azienda, con le proprie competenti strutture organizzative, ai servizi provinciali per l'igiene e la sanità pubblica e per le tossicodipendenze.

3. - Nei casi in cui dalle disposizioni della presente legge non risultino espressamente indicati gli organi competenti all'adozione dei provvedimenti determinati, previsti dalle leggi provinciali richiamate al comma 2, alla loro

individuazione provvede la Giunta provinciale, tenendo conto della struttura organizzativa dell'azienda come definita dalla presente legge nonché, subordinatamente alla loro adozione, dalle norme regolamentari di cui all'art. 15, comma 1, lettera c).

4. - Analogamente provvede la Giunta provinciale all'individuazione dei requisiti necessari per la nomina a presidente o componente di organi collegiali previsti dalle leggi provinciali richiamati al comma 2, nei casi in cui detti requisiti, come definiti dalle norme in vigore, facciano riferimento a posizioni determinate nell'ambito della struttura organizzativa delle Unità sanitarie locali ovvero della Provincia.

5. - I seguenti organi collegiali, già previsti presso la Provincia, sono costituiti presso l'azienda provinciale per i servizi sanitari:

a) il comitato provinciale per la preven-

zione delle tossicodipendenze e dell'alcoolismo di cui agli artt. 4, 5 e 6 della L.P. 29 ottobre 1983, n. 34;

b) la commissione provinciale per la disciplina lo sviluppo dei servizi di dialisi di cui all'art. 3 della L.P. 24 dicembre 1990, n. 34 concernente « Nuova disciplina dei servizi di dialisi e disposizioni varie in materia sanitaria e socio-assistenziale »;

c) gli organi collegiali già istituiti presso la Provincia per l'esercizio delle funzioni di cui all'art. 49, comma 14, in materia di personale convenzionato.

6. - Con uno o più provvedimenti legislativi sarà dettata una nuova disciplina degli specifici settori di cui al comma 2, in coerenza con l'assetto istituzionale ed organizzativo del S.s.p. definito dalla presente legge.

Trento, 1 aprile 1993

#### AMBITI TERRITORIALI DI COMPETENZA DEI DISTRETTI SANITARI (art. 35, comma 1, della legge)

1. - **Distretto di Fiemme**, comprende il territorio dei Comuni di: Capriana, Carano, Castello-Molina di Fiemme, Cavalese, Daiano, Panchià, Predazzo, Tesero, Valfloriana, Varena, Ziano di Fiemme.

2. - **Distretto Primiero**, comprende il territorio dei Comuni di: Canal S. Bovo, Fiera di Primiero, Imer, Mezzano, Sagron Mis, Siror, Tonadico, Transacqua.

3. - **Distretto Bassa Valsugana e Tesino**, comprende il territorio dei Comuni di: Bieno, Borgo Valsugana, Carzano, Castello Tesino, Castelnuovo, Cinte Tesino, Grigno, Ivano Fracena, Novaledo, Ospedaletto, Pieve Tesino, Roncegno, Ronchi Valsugana, Samone, Scurelle, Spera, Strigno, Telve, Telve di Sopra, Torcegno, Villa Agnedo.

4. - **Distretto Alta Valsugana**, comprende il territorio dei Comuni di: Baselga di Piné, Bedollo, Bosentino, Calceranica al Lago, Caldonazzo, Centa S. Nicolò, Civezzano, Fierozzo, Fornace, Frassilongo, Lavarone, Levico Terme, Luserna, Palù del Fersina, Pergine Valsugana, Sant'Orsola Terme, Tenna, Vattaro, Vignola Falesina, Vigolo Vattaro.

5. - **Distretto Trento e Valle dei Laghi**, comprende il territorio dei Comuni di: Aldeno, Calavino, Cavedine, Cimone, Garniga, Lasino, Lavis, Padernone, Terlago, Trento, Vezzano, Zambana.

6. - **Distretto rotaliana-Paganella**, comprende il territorio dei Comuni di: Andalo, Cavedago, Faedo, Fai, Mezzocorona, Mezzolombardo, Molveno, Nave S. Rocco, Roveré della Luna, S. Michele all'Adige, Spormaggiore.

7. - **Distretto Valle di Cembra**, comprende il territorio dei Comuni di: Albiano, Cembra, Faver, Giovo, Grauno, Grumes, Lisignago, Lona-Lases, Segonzano, Sover, Valda.

8. - **Distretto Valle di Non**, comprende il territorio dei Comuni di: Amblar, Bresimo, Brez, Cagnò, Campodeno, Castelfondo, Cavareno, Cis, Cles, Cloz, Coredo, Cunevo, Dambel, Denno, Don, Flavon, Fondo, Livo, Malosco, Nanno, Revò, Romallo, Romeno, Ronzone, Ruffré, Rumo, Sanzeno, Sarnonico, Sfruz, Smarano, Sporminore, Taio, Tassullo, Terres, Ton, Tres, Tuenno, Vervò.

9. - **Distretto Valle di Sole**, comprende il territorio dei Comuni di: Caldes, Cavezzana, Commezzadura, Croviana, Dimaro, Malé, Mezzana, Monclassico, Ossana, Peio, Pellizzano, Rabbi, Terzolas, Vermiglio.

10. - **Distretto Vallagarina**, comprende il territorio dei Comuni di: Ala, Avio, Besenello, Brentonico, Calliano, Folgaria, Isera, Mori, Nogaredo, Nomi, Pomarolo, Ronzo Chienis, Rovereto, Terragnolo, Trambileno, Vallarsa, Villa Lagarina, Volano.

11. - **Distretto Alto Garda e Ledro**, comprende il territorio dei Comuni di: Arco, Bezzecca, Concei, Drena, Dro, Molina di Ledro, Nago-Torbole, Pieve di Ledro, Riva del Garda, Tenno, Tiarno di Sopra, Tiarno di Sotto.

12. - **Distretto Giudicarie e Rendena**, comprende il territorio dei Comuni di: Bersone, Bleggio Inferiore, Bleggio Superiore, Bocenago, Bolbeno, Bondo, Bondone, Breguzzo, Brione, Caderzone, Carisolo, Castel Condino, Cimego, Condino, Daone, Darè, Dorsino, Fiavé, Giustino, Lardaro, Lomaso, Massimeno, Montagne, Pelugo, Pieve di Bono, Pinzolo, Praso, Preore, Przzo, Ragoli, Roncone, San Lorenzo in Banale, Spiazzo, Stenico, Storo, Strembo, Tione di Trento, Vigo Rendena, Villa Rendena, Zuolo.

13. - **Distretto Ladino di Fassa**, comprende il territorio di Comuni di: Campitello di Fassa, Canazei, Mazzin, Moena, Pozza di Fassa, Soraga, Vigo di Fassa.

# LE MODIFICHE AL PROVVEDIMENTO LEGISLATIVO CONCERNENTE LA NUOVA DISCIPLINA DEL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE DI TRENTO

(LEGGE PROVINCIALE 20 APRILE 1993 N. 13)

## Capo I

### DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA GESTIONE TRANSITORIA DELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI

#### Art. 1

##### **Amministratori straordinari delle Unità sanitarie locali**

1. - Fino alla data di trasferimento delle funzioni delle Unità sanitarie locali all'azienda provinciale per i servizi sanitari, prevista dall'art. 55, comma 1, lettera c), del provvedimento legislativo concernente « Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale », gli amministratori straordinari delle Unità sanitarie medesime, confermati ai sensi dell'art. 1 del D.L. 30 dicembre 1992, n. 510, continuano a svolgere le funzioni attribuite dal comma 7 dell'art. 1 del D.L. 6 febbraio 1991, n. 35, convertito con modificazioni nella L. 4 aprile 1991, n. 111.

2. - Qualora nel periodo di cui al comma 1 uno o più amministratori straordinari cessino dall'incarico per qualsiasi motivo la Giunta provinciale provvede a nominare il sostituto scegliendolo fra le persone iscritte nell'elenco di cui all'art. 1, comma 7, del sopraccitato D.L. n. 35 del 1991.

3. - L'elenco di cui al comma 2 può essere integrato con un elenco suppletivo formato secondo le modalità stabilite dal citato comma 7 dell'art. 1 del D.L. n. 35 del 1991 nel rispetto dei seguenti termini:

a) le domande di iscrizione sono presentate alla Giunta provinciale entro il termine di trenta giorni dalla data di pubblicazione di apposito avviso disposto dal presidente della Giunta medesima;

b) la commissione per la verifica dei requisiti dei candidati provvede agli adempimenti di propria competenza entro i venti giorni successivi alla scadenza del termine di cui alla lettera a);

c) la Giunta provinciale nei dieci giorni successivi al termine di cui alla lettera b) approva l'elenco suppletivo dei candidati risultanti in possesso dei requisiti.

4. - Fermo restando quanto disposto dal comma 11 dell'art. 1 del D.L. 6 febbraio 1991, n. 35, convertito con modificazioni nella L. 4 aprile 1991, n. 111, i requisiti e le incompatibilità per la nomina ad amministratore straordinario rimangono fissati dal comma 7 del citato art. 1.

5. - Si applica quanto disposto dal comma 7 dell'art. 1 del D.L. 2 marzo 1993, n. 45.

#### Art. 2

##### **Attribuzioni dei comitati di distretto in via transitoria**

1. - Fino alla data di cui al comma 1 dell'art. 1 i comitati di distretto di cui all'art. 20 del provvedimento legislativo concernente « Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale » svolgono nei confronti dell'Unità sanitaria locale corrispondente al relativo ambito territoriale di riferimento le seguenti attribuzioni:

a) formulano, nell'ambito degli indirizzi della programmazione provinciale, proposte all'amministratore straordinario per l'impostazione programmatica dell'attività dell'Unità sanitaria locale;

b) formulano all'amministratore straordinario e alla Giunta provinciale osservazioni circa l'efficacia e l'efficienza dei servizi dell'Unità sanitaria locale;

c) esaminano il bilancio di previsione e il conto consuntivo dell'Unità sanitaria locale ed esprimono parere all'amministratore straordinario nel termine perentorio di venti giorni dalla data di ricevimento dei relativi documenti;

d) presentano semestralmente alla Giunta provinciale una relazione sull'attività dell'Unità sanitaria locale.

2. - Per l'Unità sanitaria locale del Comprensorio Valle dell'Adige le attribuzioni di cui al comma 1 sono svolte congiuntamente dai comitati di distretto costituiti per gli ambiti territoriali di cui ai numeri 5, 6 e 7 della tabella allegata al provvedimento legislativo recante « Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale ». Per lo svolgimento delle attribuzioni in forma congiunta i comitati di distretto

predetti sono presieduti dal presidente del comitato costituito per l'ambito territoriale di cui al numero 5 della tabella soprarichiamata.

### Art. 3

#### Norma transitoria

1. - Fino alla data di costituzione dei comitati di distretto di cui al comma 1 dell'art. 2 le attribuzioni indicate dal medesimo comma sono svolte dalla conferenza dei sindaci dei Comuni il cui territorio coincide con l'ambito territoriale di ciascuna Unità sanitaria locale.

2. - La conferenza dei sindaci di cui al comma 1 si riunisce presso il Comune nel quale ha sede il comprensorio il cui territorio corrisponde all'ambito territoriale dell'Unità sanitaria locale.

3. - Nella prima seduta, convocata dal sindaco del Comune indicato al comma 2, la conferenza dei sindaci elegge nel proprio seno a maggioranza assoluta dei componenti il presidente e il vicepresidente.

4. - La conferenza dei sindaci si riunisce validamente con la presenza della maggioranza assoluta dei suoi componenti e delibera con la maggioranza assoluta dei presenti.

5. - La conferenza dei sindaci nella prima seduta, dopo aver eletto il presidente e il vicepresidente, stabilisce con propria deliberazione, assunta a maggioranza assoluta dei suoi componenti, le norme per il proprio funzionamento.

### Capo II

#### MODIFICHE AL PROVVEDIMENTO LEGISLATIVO CONCERNENTE "NUOVA DISCIPLINA DEL S.S.P."

### Art. 4

#### Modifiche all'art. 17 del provvedimento legislativo concernente « Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale »

1. - I commi 1 e 2 dell'art. 17 del provvedimento legislativo concernente « Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale » sono sostituiti dai seguenti:

« 1. - Il Collegio dei revisori dei conti è composto da cinque membri, dei quali tre, di cui uno indicato dalle minoranze, sono designati dal Consiglio provinciale fra gli iscritti nel registro previsto dall'art. 1 del D.L.vo 27 gennaio 1992, n. 88 e due dal Ministro del tesoro.

2. - Il presidente del collegio viene eletto dai revisori nella prima seduta ».

2. - Al comma 7 dell'art. 17 del provvedimento legislativo citato al comma 1 è soppresso il terzo periodo.

3. - Il comma 8 dell'art. 17 del provvedimento legislativo citato al comma 1 è sostituito dal seguente:

« 8. - Ai membri del Collegio dei revisori dei conti spetta un'indennità di carica nella misura stabilita dalla Giunta provinciale nel rispetto dei criteri di cui all'art. 3, comma 13, del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 ».

### Art. 5

#### Sostituzione dell'art. 18 del provvedimento legislativo concernente « Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale »

1. - L'art. 18 del provvedimento legislativo concernente « Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale » è sostituito dal seguente:

**Art. 18 - Compiti del Collegio dei revisori dei conti** — 1. - Il Collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento. Il collegio accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'azienda. I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ed atti di ispezione e di controllo ».

### Art. 6

#### Sostituzione dell'art. 52 del provvedimento legislativo concernente « Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale »

1. - L'art. 52 del provvedimento legislativo concernente « Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale » è sostituito dal seguente:

**Art. 52 - Disciplina in materia di contabilità. Servizio di tesoreria** — 1. - In attesa della revisione della normativa concernente la gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle Unità sanitarie locali prevista dall'art. 5, comma 4, del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, si applicano all'azienda provinciale per i servizi sanitari, per quanto non diversamente disposto dalla presente legge, le norme della L.R. 11 gennaio 1981, n. 1 concernente « Disciplina della contabilità delle Unità sanitarie locali », con le modifiche recate alla legge stessa fino alla data di entrata in vigore della presente legge.

2. - Fino all'entrata in vigore della nuova

normativa prevista al comma 1 il servizio di tesoreria dell'azienda è affidato all'istituto di credito titolare del servizio di tesoreria della Provincia, alle medesime condizioni stabilite per quest'ultima ».

**Art. 7**

**Disciplina dello stato giuridico del personale dell'azienda provinciale per i servizi sanitari. Rinvio a successivo provvedimento**

1. - In ordine alla disciplina in via permanente delle materie regolate dagli artt. 49 e 56 del provvedimento legislativo recante « Nuova disciplina del Servizio sanitario provinciale », per la parte concernente lo stato giuridico del personale della costituenda azienda provinciale per i servizi sanitari sarà disposto con successivo provvedimento legislativo nel rispetto

delle norme fondamentali di cui agli artt. 1 e 2 della L. 23 ottobre 1992, n. 421 concernente « Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale ».

**Art. 8**

**Dichiarazione di urgenza**

1. - La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'art. 55, terzo comma, del D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670, ed entrerà in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Provincia.

# ICRITERI DI RIDEFINIZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI DELLE U.S.L. DELLA REGIONE LOMBARDIA

di Franco Riboldi

*Responsabile Servizio programmazione regione Lombardia*

Il D.L.vo 502 impone alle Regioni interventi decisi volti a una riduzione del numero delle U.s.l. e quindi a un aumento delle dimensioni medie delle stesse (il territorio delle U.s.l. dovrebbe di norma coincidere con l'ambito provinciale).

Il ridisegno dei confini delle U.s.l., insieme all'individuazione degli ospedali aziende, rappresenta evidentemente un nodo decisionale preliminare rispetto agli altri adempimenti previsti nel decreto e quindi tale questione è stata tra le prime ad essere affrontata dalla regione Lombardia che, con la L. 15 settembre 1993, n. 28 ha normato la materia.

Le premesse dalle quali si è partiti per la costruzione del provvedimento legislativo sono state le seguenti:

1) mentre l'attuale numero delle U.s.l. è sicuramente eccessivo rispetto a qualunque criterio di buon funzionamento, compreso quello dei canali di rappresentanza delle collettività locali, una acritica applicazione della previsione normativa (U.s.l. provinciali) alla realtà lombarda non sembrava auspicabile, non fosse altro che per l'estrema differenziazione dei diversi ambiti provinciali e per l'eccessiva dimensione che alcune

U.s.l. avrebbero assunto (a meno che non si fosse proposta una mera operazione di facciata mantenendo nei fatti le attuali U.s.l. giustapponendole in un ulteriore livello istituzionale privo di effettivo potere di governo aziendale);

2) nel procedere all'accorpamento era necessario evitare il più possibile lo smembramento dei territori delle attuali Unità sanitarie locali per evitare di rendere impervia la già difficile fase di transizione dalle vecchie alle nuove Unità sanitarie locali;

3) era necessario rispettare di norma l'ambito provinciale (non prevedere U.s.l. interprovinciali) sia per i riferimenti normativi (D.L. 502, L. 142) che per dare effettivo contenuto ad alcune funzioni di coordinamento che la Provincia potrebbe essere in grado di esercitare;

4) nell'applicare i criteri di scelta per l'effettivo azionamento era necessario, da una parte, non scendere sotto alcune dimensioni che avrebbero potuto pregiudicare gli effetti positivi ricercati tramite l'operazione di riassetto (economie di scala nella gestione e nella produzione dei servizi) e dall'altra non superare alcune soglie di complessità organiz-

zativa oltre le quali l'azienda non sarebbe risultata gestibile;

5) sono state assunte, come punto di partenza, le proposte emerse in altre legislature regionali che avevano alla base un intenso lavoro di analisi e sulle quali si era già venuto creando un certo grado di consenso da buona parte dei soggetti interessati;

6) non si è prevista alcuna modifica del numero delle U.s.l. del comune di Milano in attesa di un intervento complessivo sul sistema sanitario cittadino (i tempi delle dinamiche istituzionali legate all'area metropolitana apparivano troppo lunghi per poter costituire un utile aggancio).

Sulla base di tali premesse, nelle scelte di accorpamento delle U.s.l., sono stati utilizzati dal Consiglio regionale i seguenti criteri decisionali:

a) rispetto dei flussi di utenza e con particolare riferimento alla mobilità ospedaliera, in modo da ridurre per quanto possibile il ricorso alle strutture di U.s.l. viciniori, nella convinzione che ciò favorisca la partecipazione nelle scelte da parte dei cittadini, aumenti la responsabilizzazione dell'azienda nei confronti dei bisogni di questi ultimi, semplifichi il

governo economico del Sistema sanitario regionale (maggiore realistica di sistemi di finanziamento tendenzialmente capitari);

b) razionalità rispetto alla distribuzione delle strutture di offerta sia ambulatoriali che ospedaliere, per queste ultime, in particolare, si è cercato di definire delle Unità sanitarie locali in grado di massimizzare le potenzialità implicite nella propria rete di offerta (accorpamenti di Unità sanitarie locali anche in funzione delle possibili ed inevitabili razionalizzazioni nella rete della struttura di offerta);

c) rispetto delle omogeneità, contiguità e interdipendenze sul piano storico, culturale, sociale e produttivo in tal senso si è cercato di rispettare, laddove siano state esplicitamente manifestate, le volontà delle collettività locali e di costituire sempre ove possibile U.s.l. in ambiti provinciali;

d) non superamento di alcune soglie di complessità istituzionale (numero dei Comuni) che potesse indebolire ulteriormente i canali di partecipazione della collettività locale alle scelte dell'azienda sanitaria. L'aumento delle dimensioni medie delle Unità sanitarie locali e il nuovo assetto istituzionale pone effettivamente questo problema che può essere, però, in parte affrontato tramite l'utilizzo di nuovi e più concreti strumenti per tale partecipazione;

e) conferma e sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria che coinvolga tutte le componenti di settore operanti nel territorio della nuova azienda-U.s.l. (strutture interne, Comuni, I.p.a.b., privato sociale, volontariato);

f) attenzione massima alla creazione di una rete di servizi nella quale sia centrale, unitamente a nuovi e più efficienti modelli gestionali, il rapporto con i cittadini sia sul piano della qualità dei servizi attesi che su quello dell'attenzione alle persone in stato di bisogno (umanizzazione).

Sulla base dei criteri appena esposti è risultata una dimensione media ottimale delle zone, per identificare la

quale sono stati utilizzati anche appositi parametri inerenti a:

— la popolazione: primo indicatore di domanda;

— la spesa e il numero dei dipendenti: indicatori di complessità gestionale;

— il numero dei posti letto per mille abitanti: indicatore della potenzialità d'offerta.

Oltre al tema centrale della ridefinizione delle aree territoriali delle nuove aziende U.s.l., è stato affrontato, nella L. 28/93 il tema della distrettualizzazione.

Con la costituzione delle nuove Unità sanitarie locali, infatti, a dimensioni più ampie di quelle precedenti, diventava strategicamente rilevante, ai fini del successo dell'intera manovra di riorganizzazione, l'assetto dei servizi territoriali.

In tale ottica il ruolo del distretto socio sanitario di base acquisisce una funzione, oltretutto di organizzazione e integrazione dei servizi, anche di gestione di una parte rilevante del territorio e della domanda sanitaria ivi prodotta.

Il tutto all'interno di una impostazione che prevede:

1) il principio della responsabilità territoriale e dell'impegno prioritario a garantire gli standard socio-sanitari per la popolazione del proprio bacino di riferimento;

2) l'orientamento alla popolazione (efficacia) più che al servizio (output);

3) il principio dell'autorità (e autonomia) non deve mai essere scisso dal principio della responsabilizzazione;

4) la promozione e la valorizzazione della partecipazione del cittadino e della comunità;

5) il principio della libera scelta e della soddisfazione del cittadino;

6) l'ottimizzazione del rapporto costo/efficacia degli interventi;

7) l'integrazione tra sociale e sanitario.

Il distretto, pertanto, dovrà essere dotato di un proprio budget, di una

propria autonomia gestionale e connotato da una forte responsabilizzazione verso il territorio di appartenenza, diventando così il luogo in cui:

— possono essere avviati progetti costo/efficacia in ambito preventivo, assistenziale e riabilitativo programmati a livello centrale di U.s.l. e adattati perifericamente alle caratteristiche specifiche del contesto;

— vengono seguite procedure corrette sia nella fase di analisi che di soluzione dei problemi;

— può costruirsi in forma originale la cultura dell'Assistenza Sanitaria Primaria, più orientata ai problemi globali dei pazienti, alla valorizzazione delle risorse individuali, comunitarie e delle capacità residue piuttosto che alla patologia e alla tecnologia;

— può costituire, avvalendosi di una organizzazione dipartimentale e a rete, un'alternativa reale alla istituzionalizzazione. Vanno previste risorse, oltre che per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, anche per l'assistenza integrata, i centri intermedi, i centri diurni e di riabilitazione;

— le analisi costo/opportunità possono tradursi in progetti operativi;

— avviene in maniera più mirata la collocazione delle risorse, tenendo conto della dimensione di queste strutture decentrate della azienda da individuarsi nell'ordine di 20/40 mila ab. e che, quindi, è chiamata a gestire una fetta consistente di tali risorse (20/40 medici di base, propria quota della spesa farmaceutica, prescrizioni diagnostiche, attività ambulatoriali specialistiche e consultori di zona, ecc.);

— si garantisce ai cittadini, in sostanza, a livello decentrato un esercizio del diritto di accesso al complesso dei servizi socio-sanitari dell'intera azienda U.s.l. in prima battuta e, in seconda istanza, il rimanente potenziale di offerta anche degli ospedali-azienda (una maggiore disponibilità di risorse umane e finanziarie derivanti dall'accorpamento di più U.s.l. si deve tradurre in un aumento di opportunità rispetto ai servizi attualmente forniti alla popolazione).

# LEGGE REGIONALE 15 SETTEMBRE 1993 N. 28 CHE RIDEFINISCE GLI AMBITI TERRITORIALI

## Art. 1

### Ridefinizione degli ambiti territoriali delle U.s.l.

1. - Ai fini della migliore organizzazione e della razionalizzazione dei servizi socio-sanitari, gli ambiti territoriali delle Unità socio-sanitarie locali (U.s.s.l.) della regione Lombardia come definiti dall'allegato alla L.R. 5 aprile 1980, n. 35 « Ordinamento dei servizi di zona » e successive modificazioni sono rideterminati in applicazione dei principi della legislazione statale vigente in materia, secondo quanto previsto dalle tabelle « A » e « B » allegate alla presente legge, di cui fanno parte integrante.

2. - La tabella « A » di cui al precedente comma indica:

a) i nuovi ambiti territoriali derivanti dall'accorpamento delle esistenti U.s.l. ed i Comuni che variano la loro appartenenza rispetto alla L.R. 5 aprile 1980, n. 35 e successive modificazioni;

b) le sedi legali provvisorie delle rispettive U.s.l.

3. - La tabella « B » indica i Comuni ricompresi in ciascun ambito territoriale.

4. - La sede legale di ciascuna U.s.l. è determinata in via definitiva, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con deliberazione della Giunta regionale, su proposta del direttore generale, sentita la commissione consiliare competente; a tal fine il direttore generale acquisisce il parere obbligatorio della conferenza di cui al comma 14 dell'art. 3 del D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 « Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421 » che deve essere reso entro 30 giorni.

5. - Con deliberazione del Consiglio nazionale, su proposta della Giunta regionale ovvero su iniziativa degli enti locali a norma dell'art. 56 dello Statuto della Regione, può essere disposto l'accorpamento di due o più ambiti territoriali al fine di un ulteriore miglioramento della funzionalità dei servizi; a tal fine la Giunta regionale acquisisce il parere delle Province, nonché della conferenza delle U.s.l. interessate di cui al comma 4.

6. - Con la medesima procedura di cui al comma 5 e sentiti i sindaci dei Comuni interessati, il cui parere è obbligatorio, può essere disposto lo spostamento di singoli Comuni da uno ad altro ambito territoriale.

7. - Entro sei mesi dalla data di costituzione della città metropolitana di Milano, di cui al capo VI della L. 8 giugno 1990, n. 142 « Ordinamento delle autonomie locali », il Consiglio regionale, con propria deliberazione, su proposta della Giunta regionale, sentito il competente organo della città metropolitana di Milano e le province interessate, provvede alla rideterminazione degli ambiti territoriali delle relative U.s.l.

## Art. 2

### Articolazione territoriale e funzionale delle U.s.l.

1. - Il distretto di base, dotato di autonomia organizzativa, è l'articolazione territoriale e funzionale dell'U.s.l. per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria, nonché per l'esercizio di ogni altra funzione che sarà successivamente individuate con la legge regionale sull'organizzazione e funzionamento delle U.s.l. Al fine di attuare in modo efficace la suddetta erogazione il responsabile del distretto, previsto dal successivo comma 3, provvede ad organizzare l'attività del complesso dei servizi nell'ambito delle direttive generali impartite dal direttore generale.

2. - Il distretto promuove l'effettiva attuazione del diritto di accesso del cittadino al complesso dei servizi della U.s.l. anche tramite le dovute forme di partecipazione ed attiva un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale e sulle eventuali relative tariffe.

3. - Ad ogni distretto è preposto un responsabile, in possesso dei requisiti e con le funzioni da individuarsi con la legge regionale di cui al comma 1 che definisce anche i livelli e le forme di autonomia organizzativa.

4. - L'ambito territoriale di ciascun distretto è definito secondo i seguenti criteri:

a) ciascun distretto di norma deve coincidere con uno o più Comuni, ovvero con una o più circoscrizioni in cui il territorio del Comune sia suddiviso; in tal caso il distretto può comprendere anche altri Comuni contigui ad una o più circoscrizioni;

b) di norma ciascun distretto deve comprendere una popolazione tra i 20 mila e i 40 mila abitanti e nelle aree urbane una popolazione non inferiore a 40 mila abitanti;

c) ciascun distretto che insiste su aree montane o particolarmente disagiate può comprendere una popolazione anche inferiore a 20 mila abitanti e comunque non inferiore a 10 mila abitanti e deve essere dotato degli stessi servizi e svolgere le stesse funzioni dei restanti distretti dell'U.s.l. Vanno salvaguardati i distretti già realizzati nelle attuali comunità montane e le prestazioni di carattere territoriale in essere, salvo modifiche proposte dalla conferenza dei sindaci.

5. - È istituita l'assemblea dei sindaci per ogni ambito distrettuale quale emanazione della conferenza dei sindaci. Essa formula proposte e pareri alla conferenza dei sindaci sulle linee di indirizzo di programmazione dei servizi socio-sanitari, ivi compresi quelli di carattere ospedaliero; si esprime, altresì, sulla finalizzazione e la distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

6. - L'assemblea è composta da tutti i sindaci dei Comuni e/o dai presidenti delle circoscrizioni facenti parte del distretto. Nel caso in cui il distretto coincide con un singolo Comune le funzioni di cui sopra sono esercitate dal sindaco.

7. - Il direttore generale di ciascuna U.s.l. predispone la proposta di articolazione territoriale e funzionale dei relativi distretti e la sottopone per il parere al sindaco o alla rappre-

sentanza della conferenza di cui al D.L.vo n. 502/92 che devono renderlo entro 30 giorni. Si prescinde dal parere ove questo non sia reso entro il predetto termine.

8. - Il direttore generale definisce, entro i successivi 30 giorni, l'articolazione dei distretti, valutato il parere eventualmente reso, e la trasmette per l'approvazione alla Giunta regionale.

9. - In deroga a quanto previsto dai precedenti commi, il comune di Campione d'Italia è costituito in speciale distretto della U.s.l. di appartenenza, ai sensi del secondo comma dell'art. 2 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 616. Il sindaco del comune di Campione d'Italia fa parte, in aggiunta, della rappresentanza della conferenza dei sindaci della U.s.l. di appartenenza. Il direttore generale della stessa U.s.l. acquisisce obbligatoriamente il parere del sindaco, per le decisioni interessanti il territorio di Campione d'Italia.

### Art. 3

#### **Procedure per il trasferimento di beni, presidi, servizi e personale)**

1. - Il presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della giunta stessa, è autorizzato ad adottare tutte le misure necessarie per il trasferimento dei beni, presidi, servizi, nonché dei rapporti attivi e passivi dalle U.s.l. esistenti alle U.s.l. da costituire sulla base degli ambiti territoriali determinati ai sensi della presente legge.

2. - Ove sia necessario effettuare un riparto di beni, presidi e servizi tra più U.s.l., gli stessi sono ripartiti secondo la loro collocazione territoriale.

3. - Ad avvenuto completamento delle operazioni di cui ai precedenti commi, il presidente della Giunta regionale costituisce, con proprio decreto, su conforme deliberazione della giunta stessa, le U.s.l. di cui alla presente legge, anche con separati provvedimenti, con riferimento agli ambiti territoriali determinati ai sensi della presente legge.

4. - Con lo stesso decreto di cui al comma 3 il personale è provvisoriamente assegnato all'U.s.l. al cui ambito territoriale afferiscono i presidi, servizi od uffici presso i quali il personale stesso presta la propria attività alla data di decorrenza della costituzione della relativa U.s.l.

5. - Per il personale appartenente agli organigrammi dei servizi a direzione centralizzata (del ruolo sanitario, amministrativo, tecnico e professionale) di U.s.l. il cui territorio è ripartito, a norma della presente legge, tra più U.s.l. di nuova costituzione, l'assegnazione sarà operata in rapporto agli abitanti del territorio confluito.

### Art. 4

#### **Norme di salvaguardia**

1. - A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge e sino alla ridefinizione delle nuove piante organiche in conseguenza della costituzione delle nuove U.s.l. e aziende ospedaliere, non possono essere ricoperti i posti vacanti delle posizioni funzionali apicali dei ruoli amministrativo, sanitario, professionale e tecnico di cui al D.P.R. 20 dicembre 1979,

n. 761 « Stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali » e successive modificazioni ed integrazioni, salvo deroga da approvare da parte della Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, per specifiche e documentate situazioni indifferibili in ordine alla funzionalità dei servizi.

2. - I concorsi già banditi per la copertura di detti posti, per i quali, alla data di entrata in vigore della presente legge, non siano iniziate le prove di esame, sono revocati. La Giunta regionale può escludere dalla revoca concorsi già banditi per i posti non connessi alla riorganizzazione degli ambiti territoriali e al conseguente riordino della rete ospedaliera, dandone informazione alla commissione consiliare competente.

3. - A decorrere dalla stessa data, non possono essere utilizzate le graduatorie per la copertura dei posti vacanti di cui al comma 1. La Giunta regionale può autorizzare in via eccezionale l'utilizzazione di graduatorie relative a posti non connessi con la riorganizzazione degli ambiti territoriali e con il conseguente riordino della rete ospedaliera. La Giunta regionale può altresì autorizzare l'utilizzo delle graduatorie per il conferimento di incarichi temporanei non rinnovabili della durata di otto mesi, per esigenze di carattere straordinario; in mancanza di graduatorie valide, si applica il comma 17 dell'art. 9 della L. 20 maggio 1985, n. 207 « Disciplina transitoria per l'inquadramento diretto nei ruoli nominativi del personale non di ruolo delle Unità sanitarie locali ».

### Art. 5

#### **Norme transitorie e finali**

1. - Per le province di Lecco e di Lodi, fino all'elezione degli organi rappresentativi delle stesse, il parere del consorzio comprensoriale tiene luogo del parere delle rispettive Province.

2. - Le U.s.l. costituite ai sensi della presente legge entrano in funzione dalla data della nomina dei rispettivi direttori generali.

3. - Dalla data di cui al comma 2 cessano di applicarsi le disposizioni di cui alla L.R. 35/80 e successive modificazioni ed integrazioni e alla L.R. 4 dicembre 1980, n. 98 « Istituzione della U.s.l. di Campione d'Italia, ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 616 ».

### Art. 6

#### **Competenze delle Comunità montane**

1. - I Comuni possono delegare alle Comunità montane, a norma dell'art. 29 della L. 142/90, le funzioni di gestione dei servizi socio-assistenziali, fino all'entrata in vigore della legge regionale di organizzazione e funzionamento delle U.s.l., nonché della legge regionale di riorganizzazione delle funzioni e dei servizi socio-assistenziali caratterizzata dall'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali.

### Art. 7

#### **Clausola d'urgenza**

1. - La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'art. 127 della Costituzione e dell'art. 43 dello Statuto regionale

ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

La presente legge regionale è pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione lombarda.

Milano, 15 settembre 1993

**Tabella A - Ambiti territoriali di cui all'art. 1**

Nuovi ambiti territoriali	U.s.l. ex L.R. 35/36 e successive modifiche ed integrazioni	Comuni che modificano la loro collocazione rispetto alle U.s.l. ex L.R. 35/36	Sede provvisoria della nuova U.s.l.
Amb. ter. n. 1	ex U.s.l. 1-2-3-4	—	Varese
Amb. ter. n. 2	ex U.s.l. 5-6	—	Gallarate
Amb. ter. n. 3	ex U.s.l. 7-8	—	Busto Arsizio
Amb. ter. n. 4	ex U.s.l. 9	—	Saronno
Amb. ter. n. 5	ex U.s.l. 10-11-18-19-80	—	Como
Amb. ter. n. 6	ex U.s.l. 12-13-15	—	Cantù
Amb. ter. n. 7	ex U.s.l. 16-17	—	Lecco
Amb. ter. n. 8	ex U.s.l. 14	—	Merate
Amb. ter. n. 9	ex U.s.l. 20-21-22-23-24	—	Sondrio
Amb. ter. n. 10	ex U.s.l. 25-26	Compresi i comuni di: Bossico, Castro, Costa Volpino, Fonteno, Lovere, Pianico, Riva di Solto, Rogno, Solto Collina, Sovere	Albino
Amb. ter. n. 11	ex U.s.l. 27-28	Compresi i comuni di: Almé, Paladina, Valbrembo, Villa d'Almé	Ponte S. Pietro
Amb. ter. n. 12	ex U.s.l. 29-30	Compresi i comuni di: Adrara S. Martino, Adrara S. Rocco, Credaro, Foresto Sparso, Gandosso, Parzanica, Predore, Sarnico, Tavernola BG, Viadanica, Vigolo, Villongo. Esclusi i comuni di: Almé, Paladina, Valbrembo, Villa d'Almé	Bergamo
Amb. ter. n. 13	ex U.s.l. 32-33	—	Treviglio
Amb. ter. n. 14	ex U.s.l. 34-35-36	Esclusi i comuni di: Ome, Pisogne	Chiari
Amb. ter. n. 15	ex U.s.l. 37	Compreso il comune di: Pisogne	Breno
Amb. ter. n. 16	ex U.s.l. 38	—	Gardone V.T.
Amb. ter. n. 17	ex U.s.l. 39-40	—	Salò
Amb. ter. n. 18	ex U.s.l. 41-44	Esclusi i comuni di: Ghedi, Isorella. Compreso il comune di: Ome	Brescia
Amb. ter. n. 19	ex U.s.l. 42-43	Compresi i comuni di: Ghedi, Isorella	Leno
Amb. ter. n. 20	ex U.s.l. 45-50/52	—	Viadana
Amb. ter. n. 21	ex U.s.l. 46-47	—	Mantova
Amb. ter. n. 22	ex U.s.l. 48-49	—	Ostiglia
Amb. ter. n. 23	ex U.s.l. 51	—	Cremona

**segue tabella A**

Nuovi ambiti territoriali	U.s.l. ex L.R. 35/36 e successive modifiche ed integrazioni	Comuni che modificano la loro collocazione rispetto alle U.s.l. ex L.R. 35/36	Sede provvisoria della nuova U.s.l.
Amb. ter. n. 24	ex U.s.l. 53	—	Crema
Amb. ter. n. 25	ex U.s.l. 54-55-56	Esclusi i comuni di: Cerro al Lambro, San Zenone al Lambro	Lodi
Amb. ter. n. 26	ex U.s.l. 57	Compresi i comuni di: Cerro al Lambro, San Zenone al Lambro	Melegnano
Amb. ter. n. 27	ex U.s.l. 58	Compresi i comuni di: Bellinzago Lombardo, Cassano d'Adda, Inzago, Pozzuolo Martesana, Truccazzano	Cernusco S/N
Amb. ter. n. 28	ex U.s.l. 59-60	Esclusi i comuni di: Bellinzago Lombardo, Cassano d'Adda, Inzago, Pozzuolo Martesana, Truccazzano	Vimercate
Amb. ter. n. 29	ex U.s.l. 61-64	—	Monza
Amb. ter. n. 30	ex U.s.l. 62-63	—	Desio
Amb. ter. n. 31	ex U.s.l. 65-66	Escluso il comune di: Paderno Dugnano	Cinisello
Amb. ter. n. 32	ex U.s.l. 67	Compreso il comune di: Paderno Dugnano	Garbagnate
Amb. ter. n. 33	ex U.s.l. 68	—	Rho
Amb. ter. n. 34	ex U.s.l. 69-70-71	—	Legnano
Amb. ter. n. 35	ex U.s.l. 72-73	—	Magenta
Amb. ter. n. 36	Zone decentramento amm.vo comune Milano: 1-4-13	—	Milano Corso Italia 19
Amb. ter. n. 37	Zone decentramento amm.vo comune Milano: 2-7-8-9	—	Milano Via Guerzoni 15
Amb. ter. n. 38	Zone decentramento amm.vo comune Milano: 3-10-11-12	—	Milano Via Ricordi 1
Amb. ter. n. 39	Zone decentramento amm.vo comune Milano: 5-14-15-16 ex U.s.l. 76	—	Milano Via Darwin 22
Amb. ter. n. 40	Zone decentramento amm.vo comune Milano: 17-18 ex U.s.l. 74	—	Milano Via G. Bande Nere 3
Amb. ter. n. 41	Zone decentramento amm.vo comune Milano: 6-19-20	—	Milano Via Castelvetro 32
Amb. ter. n. 42	ex U.s.l. 77	—	Pavia
Amb. ter. n. 43	ex U.s.l. 78	—	Vigevano
Amb. ter. n. 44	ex U.s.l. 79	—	Voghera

**Tabella B - Elencazione dei Comuni inseriti in ciascuno degli ambiti territoriali di cui all'art. 1***Ambito territoriale n. 1*

Agra, Arcisate, Azzate, Azzio, Barasso, Bardello, Bedero Valcuvia, Besano, Besozzo, Biondronno, Bisuschio, Bodio Lomnago, Brebbia, Bregano, Brenta, Brezzo di Bedero, Brinzio, Brissago Valtravaglia, Brunello, Brusimpiano, Buguggiate, Cadegliano Viconago, Cantello, Caravate, Carnago, Caronno Varesino, Casale Litta, Casalzuigno, Casciago, Cassano Valcuvia, Castello Cabiaglio, Castelveccana, Castronno, Cazzago Brabbia, Cittiglio, Clivio, Coccoquio Trevisago, Comerio, Cremenaga, Crosio della Valle, Cuasso al Monte, Cugliate Fabiasco, Cunardo, Curiglia con Monteviasco, Cuvoglio, Cuvio, Daverio, Dumenza, Dunno, Ferrera di Varese, Galliate Lombardo, Gavirate, Gazzada Schianno, Gemonio, Germignaga, Grantola, Inarzo, Induno Olona, Lavena Ponte Tresa, Laveno Mombello, Leggiuno, Lozza, Luino, Luvinate, Maccagno, Malgesso, Malnate, Marchirolo, Marzio, Masciago Primo, Mesenzana, Montegrino Valtravaglia, Monvalle, Morazzone, Mornago, Orino, Pino sulla Sponda del Lago Maggiore, Porto Ceresio, Porto Valtravaglia, Rancio Valcuvia, Saltrio, Sangiano, Sumirago, Tronzano Lago Maggiore, Valganna, Varese, Veddasca, Viggiù.

*Ambito territoriale n. 2*

Albizzate, Angera, Arsago Seprio, Besnate, Cadrezzate, Cairate, Cardano al Campo, Casorate Sempione, Cassano Magnago, Cavaria con Premezzo, Comabbio, Ferno, Gallarate, Golasecca, Jerago con Orago, Ispra, Lonate Pozzolo, Mercallo, Oggiona con Santo Stefano, Osmate Lentate, Ranco, Samarate, Sesto Calende, Solbiate Arno, Somma Lombardo, Taino, Ternate, Travedona Monate, Varano Borghi, Vergiate, Vizzola Ticino.

*Ambito territoriale n. 3*

Busto Arsizio, Carbonate, Castellanza, Castelseprio, Castiglione Olona, Fagnano Olona, Gorla Maggiore, Gorla Minore, Gornate Olona, Locate Varesino, Lonate Ceppino, Marnate, Mozzate, Olgiate Olona, Solbiate Olona, Tradate, Vedano Olona, Venegono Inferiore, Venegono Superiore.

*Ambito territoriale n. 4*

Bregnano, Caronno Pertusella, Ceriano Laghetto, Cirimido, Cislago, Cogliate, Fenegrò,

Gerenzano, Lazzate, Limido Comasco, Lomazzo, Lurago Marinone, Misinto, Origgio, Rovellasca, Rovello Porro, Saronno, Solaro, Turate, Uboldo.

*Ambito territoriale n. 5*

Albese con Cassano, Albiolo, Appiano Gentile, Argegno, Bellagio, Bene Lario, Beregazzo con Figliaro, Binago, Bizzarone, Blevio, Blesagno, Brienno, Brunate, Bulgarograsso, Cadorago, Cagno, Campione d'Italia, Carate Urio, Carlazzo, Casasco d'Intelvi, Casnate con Bernate, Cassina Rizzardi, Castelnuovo Bozzente, Castiglione d'Intelvi, Cavallasca, Cavargna, Cerano d'Intelvi, Cernobbio, Claino con Osteno, Colonno, Como, Consiglio di Rumo, Corrido, Crema, Cusino, Dizzasco, Domaso, Dongo, Dosso del Liro, Drezzo, Faggeto Lario, Faloppio, Fino Mornasco, Garzeno, Gera Lario, Germasino, Gironico, Grandate, Grandola ed Uniti, Gravedona, Griante, Guanzate, Laglio, Laino, Lanzo d'Intelvi, Lenno, Lezzeno, Liponno, Livo, Luisago, Lurate Caccivio, Maslianico, Menaggio, Mezzegra, Moltrasio, Montano Lucino, Montemezzo, Montorfano, Musso, Nesso, Olgiate Comasco, Oltrona di San Mamette, Ossuccio, Paré, Peglio, Pello Intelvi, Pianello del Lario, Pigra, Plesio, Pognana Lario, Ponna, Porlezza, Ramponio Verna, Rodero, Ronago, Sala Comacina, San Bartolomeo Val Cavargna, San Fedele Intelvi, San Fermo della Battaglia, San Nazzaro Val Cavargna, Santa Maria Rezzonico, Sant'Abbondio, Schignano, Senna Comasco, Solbiate, Sorico, Stazzona, Tavernerio, Torno, Tremezzo, Trezzano, Uggiate Trevano, Valmorea, Val Rezzo, Valsoda, Valeso, Veniano, Vercana, Vertemate con Minoprio, Villa Guardia, Zebio.

*Ambito territoriale n. 6*

Albavilla, Alserio, Alzate Brianza, Anzano del Parco, Arosio, Asso, Barni, Brenna, Cabiante, Caglio, Cantù, Canzo, Capiago Intimiano, Carimate, Carugo, Caslino d'Erba, Castel Marte, Ceremate, Civenna, Cucciago, Erba, Eupilio, Figino Serenza, Inverigo, Lambrugo, Lasnigo, Longone al Segrino, Lurago d'Erba, Magreglio, Mariano Comense, Merone, Monguzzo, Novedrate, Orsenigo, Ponte Lambro, Proserpio, Pusiano, Rezzago, Sormano, Valbrona.

*Ambito territoriale n. 7*

Abbadia Lariana, Annone Brianza, Ballabio,

Barzio, Bellano, Bosisio Parini, Bulciago, Calolziocorte, Carenno, Casargo, Cassina Valsassina, Castello di Brianza, Cesana Brianza, Civate, Colico, Colle Brianza, Cortenova, Costamasnaga, Crandola Valsassina, Cremeno, Dervio, Dolzago, Dorio, Ello, Erve, Esino Lario, Galbiate, Garbagnate Monastero, Garlate, Introbio, Introzso, Lecco, Lierna, Malgrate, Mandello del Lario, Margno, Moggio, Molteno, Monte Marengo, Monterone, Nibionno, Oggiono, Olginate, Oliveto Lario, Pagnona, Parlasco, Pasturo, Perledo, Pescate, Premana, Primaluna, Rogeno, Sirone, Sueglio, Suello, Taceno, Tremenico, Torre de' Busi, Valgreghentino, Valmadrera, Varenna, Vendrognò, Verucrago, Vestreno.

*Ambito territoriale n. 8*

Airuno, Barzago, Barzanò, Brivio, Calco, Casatenovo, Cassago Brianza, Cernusco Lombardone, Cremella, Imbersago, Lomagna, Merate, Missaglia, Montevecchia, Monticello, Olgiate Molgora, Osnago, Paderno d'Adda, Perego, Robbiate, Rovagnate, Santa Maria Hoé, Sirtori, Verderio Inferiore, Verderio Superiore, Vigandò.

*Ambito territoriale n. 9*

Albaredo per San Marco, Albosaggia, Andalo Valtellino, Aprica, Ardenno, Bema, Berbenno di Valtellina, Bianzone, Bormio, Buglio in Monte, Caiolo, Campodolcino, Caspoggio, Castello dell'Acqua, Castione Andevenno, Cedrasco, Cercino, Chiavenna, Chiesa in Valmalenco, Chiuro, Cino, Civo, Colorina, Cosio Valtellino, Dazio, Delebio, Dubino, Faedo Valtellino, Forcola, Fusine, Gerola Alta, Gordona, Grosio, Grosotto, Lanzada, Livigno, Lovero, Madesimo, Mantello, Mazzo di Valtellina, Mello, Menarola, Mese, Montagna in Valtellina, Morbegno, Novate Mezzola, Pedesina, Piantedò, Piateda, Piuro, Poggiridenti, Ponte in Valtellina, Postalesio, Prata Campportaccio, Rasura, Rogolo, Samolaco, San Giacomo Filippo, Sernio, Sondalo, Sondrio, Spriana, Talamona, Tartano, Teglio, Tirano, Torre di Santa Maria, Tovo di Sant'Agata, Traona, Tresivio, Val di Dentro, Val di Sotto, Valfurva, Valmasino, Verceia, Vervio, Villa di Chiavenna, Villa di Tirano.

*Ambito territoriale n. 10*

Albino, Alzano Lombardo, Ardesio, Aviatico, Azzone, Bossico, Casnigo, Castione della Presolana, Castro Cazzano Sant'Andrea, Ce-

ne, Cerete, Clusone, Colere, Colzate, Costa Volpino, Fino del Monte, Fiorano al Serio, Fonteno, Gandellino, Gandino, Gazzaniga, Gorno, Gromo, Leffe, Lovere, Nembro, Oltressenda Alta, Oneta, Onore, Parre, Peia, Pianico, Piario, Ponte Nossia, Pradalunga, Premolo, Ranica, Riva di Solto, Rogno, Rovetta, Schilpario, Selvino, Solto Collina, Songavazzo, Sovere, Valbondione, Valgoglio, Vertova, Villa di Serio, Villa D'Ogna, Vilminore di Scalve.

*Ambito territoriale n. 11*

Algua, Almé, Almenno San Bartolomeo, Almenno San Salvatore, Ambivere, Averara, Barzana, Bedulita, Berbenno, Blello, Bonate Sopra, Bonate Sotto, Bottanuco, Bracca, Branzi, Brembate, Brembate di Sopra, Brembilla, Brumano, Calusco d'Adda, Camerata Cornello, Capizzone, Capriate San Gervasio, Caprino Bergamasco, Carona, Carvico, Cassiglio, Chignolo d'Isola, Cisano Bergamasco, Corna Imagna, Cornalba, Costa di Serina, Costa Valle Imagna, Cusio, Dossena, Filago, Foppolo, Fulpiano Valle Imagna, Gerosa, Isola di Fondra, Lenna, Locatello, Madone, Mapello, Medolago, Mezzoldo, Moio de' Calvi, Olmo al Brembo, Oltre il Colle, Ornica, Paladina, Palazzago, Piazza Brembana, Piazzatorre, Piazzolo, Ponte San Pietro, Pontida, Presezzo, Roncobello, Roncola, Rota Imagna, San Giovanni Bianco, Sant'Omobono Imagna, San Pellegrino Terme, Santa Brigida, Sedrina, Serina, Solza, Sotto il Monte Giovanni XXIII, Strozza, Suisio, Taleggio, Terno d'Isola, Ubiale Clanizzo, Valbrembo, Valleve, Valnegra, Valsecca, Valtorta, Vedeseta, Villa d'Adda, Villa d'Almé, Zogno.

*Ambito territoriale n. 12*

Adrara San Martino, Adrara San Rocco, Albano Sant'Alessandro, Azzano San Paolo, Bagnatica, Bergamo, Berzo San Fermo, Bianzano, Bolgare, Borgo di Terzo, Brusaporto, Calcinata, Carrobbio degli Angeli, Casazza, Castelli Calepio, Cavernago, Cenate Sopra, Cenate Sotto, Chiuduno, Comun Nuovo, Costa di Mezzate, Credaro, Curno, Dalmine, Endine Gaiano, Entratico, Foresto Sparso, Gandosso, Gaverina Terme, Gorlago, Gorle, Grassobbio, Grone, Grumello del Monte, Lallio, Levate, Luzzana, Monasterolo del Castello, Montello, Mornico, Mozzo, Orio al Serio, Osio Sopra, Palosco, Parzanica, Pedrengo, Ponteranica, Predore, Ranzanico, San Paolo d'Argon, Sarnico, Scanzorosciate, Seriate, Sorisole, Spino-

ne al Lago, Stezzano, Tavernola Bergamasca, Telgate, Torre Boldone, Torre de' Roveri, Trescore Balneario, Treviolo, Urganò, Viadanica, Vigano San Martino, Vigolo, Villongo, Zandobbio, Zanica.

*Ambito territoriale n. 13*

Antegnate, Arcene, Arzago d'Adda, Barbata, Bariano, Boltiere, Brignano Gera d'Adda, Calcio, Calvenzano, Canonica d'Adda, Caravaggio, Casirate d'Adda, Castel Rozzone, Ciserano, Civate al Piano, Cologno al Serio, Corte Nuova, Covo, Fara Gera d'Adda, Fara Olivana con Sola, Fontanella, Fornovo San Giovanni, Ghisalba, Isso, Lurano, Martinengo, Misano di Gera d'Adda, Morengo, Mozzanica, Osio Sotto, Pagazzano, Pognano, Pontirolo Nuovo, Pumenengo, Romano di Lombardia, Spirano, Torre Pallavicina, Treviglio, Verdellino, Verdello.

*Ambito territoriale n. 14*

Adro, Capriolo, Castelvati, Castrezzato, Cazzago San Martino, Chiari, Coccaglio, Cologno, Comezzano Cizzago, Cortefranca, Erbusco, Iseo, Marone, Monte Isola, Monticelli Brusati, Paderno Fraciacorta, Palazzolo sull'Oglio, Paratico, Passirano, Pontoglio, Provvaglio di Iseo, Roccafranca, Rovato, Rudiano, Sale Marasino, Sulzano, Trenzano, Urago d'Oglio, Zone.

*Ambito territoriale n. 15*

Angolo Terme, Artogne, Berzo Demo, Berzo Inferiore, Bienno, Borno, Braone, Breno, Capo di Ponte, Cedegolo, Cerveno, Ceto, Cervo, Cimbergo, Civate Camuno, Corteno Golgi, Darfo - Boario Terme, Edolo, Esine, Gianico, Incudine, Losine, Lozio, Malegno, Malonno, Monno, Niardo, Ono San Pietro, Ossimo, Paisco Loveno, Paspardo, Pian Camuno, Piancogno, Pisogne, Pone di Legno, Prestine, Saviore dell'Adamello, Sellero, Sonico, Temù, Vezza d'Oglio, Vione.

*Ambito territoriale n. 16*

Bovegno, Bovezzo, Brione, Caino, Collio, Concesio, Gardone Valrompia, Irma, Lodrino, Lumezzane, Marcheno, Marmentino, Nave, Pezzaze, Polaveno, Sarezzo, Tavernola sul Mella, Villa Carcina.

*Ambito territoriale n. 17*

Agnosine, Anfo, Bagolino, Barghe, Bediz-

zole, Bione, Calvagese della Riviera, Capovalle, Casto, Desenzano del Garda, Gardone Riviera, Gargnano, Gavardo, Idro, Lavenone, Limone sul Garda, Lonato, Magasa, Manerba del Garda, Moniga del Garda, Mura, Muscoline, Odolo, Padenghe sul Garda, Paitone, Pertica Alta, Pertica Bassa, Polpenazze del Garda, Pozzolenigo, Preseglie, Prevalle, Provaglio Val Sabbia, Puegnago sul Garda, Roé Volciano, Sabbio Chiese, Salò, San Felice del Benaco, Serle, Sirmione, Soiano del Lago, Tignale, Toscolano Maderno, Tremosine, Treviso Bresciano, Vallio Terme, Valvestino, Vestone, Villanova sul Clisi, Vobarno.

*Ambito territoriale n. 18*

Acquafredda, Azzano Mella, Berlingo, Borgosatollo, Botticino, Brescia, Calcinato, Calvisano, Capriano del Colle, Carpenedolo, Castegnato, Castel Mella, Castenedolo, Cellatica, Collebeato, Flero, Gussago, Mazzano, Montichiari, Montirone, Nuvolento, Nuvolera, Ome, Ospitaletto, Poncarale, Remedello, Rezzato, Rodengo-Saiano, Roncadelle, San Zeno Naviglio, Torbole Casaglia, Travagliato, Visano.

*Ambito territoriale n. 19*

Alfianello, Bagnolo Mella, Barbariga, Basano Bresciano, Borgo San Giacomo, Brandico, Cigole, Corzano, Dello, Fiesse, Gambara, Ghedi, Gottolengo, Isorella, Leno, Lograto, Longhena, Maclodio, Mairano, Manerbio, Milzano, Offlaga, Orzinuovi, Orzivecchi, Pavone del Mella, Pompiano, Pontevedo, Pralboino, Quinzano d'Oglio, San Gervasio Bresciano, San Paolo, Seniga, Verolanuova, Verolavecchia, Villachiera.

*Ambito territoriale n. 20*

Acquanegra sul Chiese, Asola, Bozzolo, Ca'd'Andrea, Calvatone, Canneto sull'Oglio, Casalmaggiore, Casalmoro, Casaloldo, Casalromano, Casteldidone, Castel Goffredo, Cerasara, Cingia de' Botti, Commessaggio, Dosolo, Drizzona, Gazoldo degli Ippoliti, Gazzuolo, Gussola, Marcaria, Mariana Mantovana, Martignana di Po, Motta Baluffi, Piadena, Piubega, Pomponesco, Redonesco, Rivarolo del Re ed Uniti, Rivarolo Mantovano, Sabbioneta, San Giovanni in Croce, San Martino del lago, San Martino dall'Argine, Scandolara Ravara, Solarolo Rainerio, Spineda, Tornata, Torre de' Picenardi, Torricella del Pizzo, Viadana, Voltido.

*Ambito territoriale n. 21*

Bagnolo San Vito, Bigarello, Borgoforte, Castelforte, Castel d'Ario, Castellucchio, Castiglione delle Stiviere, Cavriana, Curtatone, Goito, Guidizzolo, Mantova, Marmirolo, Medole, Monzambano, Ponti sul Mincio, Porto Mantovano, Rodigo, Roncoferraro, Roverbella, San Giorgio di Mantova, Solferino, Villimpenta, Virgilio, Volta Mantovana.

*Ambito territoriale n. 22*

Borgofranco sul Po, Carbonara di Po, Felonica, Gonzaga, Magnacavallo, Moglia, Motteggiana, Ostiglia, Pegognaga, Pieve di Coriano, Poggiorusco, Quingentole, Quistello, Revere, San Benedetto Po, San Giacomo delle Segnate, San Giovanni del Dosso, Schivenoglia, Sermide, Serravalle a Po, Sustinente, Suzara, Villa Poma.

*Ambito territoriale n. 23*

Acquanegra Cremonese, Annico, Azzanello, Bonemerse, Bordolano, Cappella Cantone, Cappella De' Picenardi, Casalbuttano ed Uniti, Casalmorano, Castelverde, Castelveconti, Cella Dati, Cichignolo, Corte de' Cortesi con Cignone, Corte de' Frati, Cremona, Crotta d'Adda, Derovere, Formigara, Gabbioneta Brianuova, Gadesco Pieve del Mona, Gerre de' Caprioli, Grontardo, Grumello Cremonese ed Uniti, Isola Dovarese, Malagnino, Olmeneta, Ostiano, Paderno Ponchielli, Persico Dosimo, Pescarolo ed Uniti Pessina Cremonese, Pieve d'Olimi, Pieve San Giacomo, Pizzighettone, Pozzaglio ed Uniti, Robecco d'Oglio, San Bassano, San Daniele Po, Scandolara Ripa d'Oglio, Sesto ed Uniti, Soresina, Sospiro, Spinadesco, Stagno Lombardo, Vescovato, Volongo.

*Ambito territoriale n. 24*

Agnadello, Bagnolo Cremasco, Camisano, Campagnola Cremasca, Capergnanica, Capralba, Casale Cremasco Vidolasco, Casaletto Ceredano, Casaletto di Sopra, Casaletto Vaprio, Castel Gabbiano, Castelleone, Chieve, Credera Rubbiano, Crema, Cremosano, Cumignano sul Naviglio, Dovera, Fiesco, Genivolta, Gombito, Izano, Madignano, Monte Cremasco, Montodine, Moscazzano, Offanengo, Palazzo Pignano, Pandino, Pianengo, Pieranica, Quintano, Ricengo, Ripalta Arpina, Ripalta Cremasca, Ripalta Guerina, Rivolta d'Adda, Romanengo, Salvirolo, Sergnano, Soncino, Spino d'Adda, Ticengo, Torlino Vimercati, Trescore Cremasco, Trigolo, Vaiano Cremasco, Vailate.

*Ambito territoriale n. 25*

Abbadia Cerreto, Bertinico, Boffalora d'Adda, Borghetto Lodigiano, Borgo San Giovanni, Brembio, Camairago, Casaletto Lodigiano, Casalmaiocco, Casalpusterlengo, Caselle Landi, Caselle Lurani, Castelnuovo Bocca d'Adda, Castiglione d'Adda, Castiraga Vidardo, Cavacurta, Cavenago d'Adda, Cerignano d'Adda, Codogno, Comazzo, Cornegliano Laudense, Corno Giovine, Cornovecchio, Corte Palasio, Crespiatica, Fombio, Galgagnano, Graffignana, Guardamiglio, Livraga, Lodi, Lodi Vecchio, Maccastorna, Mairago, Maleo, Marudo, Massalengo, Meleti, Merlino, Montanaso Lombardo, Mulazzano, Orio Litta, Ospedaletto Lodigiano, Ossago Lodigiano, Pieve Fissiraga, Salerano sul Lambro, San Colombano al Lambro, San Fiorano, San Martino in Strada, San Rocco al Porto, Sant'Angelo Lodigiano, Santo Stefano Lodigiano, Secugnago, Senna Lodigiana, Somaglia, Sordio, Tavazzano con Villavesco, Terranuova dei Passerini, Turano Lodigiano, Valera Fratta, Villanova del Sillaro, Zelo Buon Persico.

*Ambito territoriale n. 26*

Carpiano, Cerro al Lambro, Colturano, Dresano, Mediglia, Melegnano, Pantigliate, Paullo, Peschiera Borromeo, San Donato Milanese, San Giuliano Milanese, San Zenone al Lambro, Tribiano, Vizzolo Predabissi.

*Ambito territoriale n. 27*

Bellinzago Lombardo, Bussero, Cambiagio, Carugate, Cassano d'Adda, Cassina de' Pecchi, Cernusco sul Naviglio, Gessate, Gorgonzola, Inzago, Liscate, Melzo, Pessano con Bornago, Pioltello, Pozzuolo Martesana, Rodano, Segrate, Settala, Truccazzano, Vignate, Vimodrone.

*Ambito territoriale n. 28*

Agrate Brianza, Aicurzo, Arcore, Basiano, Bellusco, Bernareggio, Burago di Molgora, Busnago, Camparada, Caponago, Carnate, Cavenago di Brianza, Concorezzo, Cornate d'Adda, Correzzana, Grezzago, Lesmo, Masate, Mezzago, Ornago, Pozzo d'Adda, Roncello, Ronco Briantino, Sulbiate, Trezzano Rosa, Trezzo sull'Adda, Usmate Velate, Vaprio d'Adda, Vimercate.

*Ambito territoriale n. 29*

Albate, Besana in Brianza, Biassono, Bri-

sco, Brugherio, Carate Brianza, Lissone, Macherio, Monza, Renate, Sovico, Triuggio, Veduggio al Lambro, Veduggio con Colzano, Verano Brianza, Villasanta.

*Ambito territoriale n. 30*

Barlassina, Bovisio Masciago, Cesano Maderno, Desio, Giussano, Lentate sul Seveso, Meda, Muggiò, Nova Milanese, Seregno, Seveso, Varedo.

*Ambito territoriale n. 31*

Bresso, Cinisello Balsamo, Cormano, Colongo Monzese, Cusano Milanino, Sesto San Giovanni.

*Ambito territoriale n. 32*

Bollate, Cesate, Garbagnate Milanese, Limbiate, Novate Milanese, Paderno Dugnano, Senago.

*Ambito territoriale n. 33*

Arese, Cornaredo, Lainate, Pero, Pogliano Milanese, Pregnana Milanese, Rho, Settimo Milanese, Vanzago.

*Ambito territoriale n. 34*

Arconate, Bernate Ticino, Buscate, Busto Garolfo, Canegrate, Casorezzo, Castano Primo, Cerro Maggiore, Cuggiono, Dairago, Inveruno, Legnano, Magnago, Nerviano, Nosate, Parabiago, Rescaldina, Robecchetto con Induno, San Giorgio su Legnano, San Vittore Olona, Turbigo, Vanzaghello, Villa Cortese.

*Ambito territoriale n. 35*

Abbiategrasso, Albairate, Arluno, Bareggio, Besate, Boffalora sopra Ticino, Bubbiano, Calvignasco, Cassinetta di Lugagnano, Cislano, Corbetta, Gaggiano, Gudo Visconti, Magenta, Marcallo con Casonem, Mesero, Morimondo, Motta Visconti, Ossona, Ozzero, Robecco sul Naviglio, Rosate, Santo Stefano Ticino, Sedriano, Vermezzo, Vittuone, Zelo Surrigone.

*Ambito territoriale n. 36*

Zone decentramento amministrativo: comune di Milano 1-4-13.

*Ambito territoriale n. 37*

Zone decentramento amministrativo: comune di Milano 2-7-8-9.

*Ambito territoriale n. 38*

Zone decentramento amministrativo: comune di Milano 3-10-11-12.

*Ambito territoriale n. 39*

Zone decentramento amministrativo: comune di Milano 5-14-15-16.

Basiglio, Binasco, Casarile, Lacchiarella, Locale Triulzi, Noviglio, Opera, Pieve Emanuele, Rozzano, Vernate, Zibido San Giacomo.

*Ambito territoriale n. 40*

Zone decentramento amministrativo: comune di Milano 17-18.

Assago, Buccinasco, Cesano Boscone, Corsico, Cusago, Trezzano sul Naviglio.

*Ambito territoriale n. 41*

Zone decentramento amministrativo: comune di Milano 6-19-20.

*Ambito territoriale n. 42*

Albuzzano, Badia Pavese, Bascapé, Battuda, Belgioioso, Bereguardo, Boirgarello, Bornasco, Carbonara al Ticino, Casorate Primo, Cava Manara, Ceranova, Certosa di Pavia, Chignolo Po, Copiano, Corteolona, Costa de' Nobili, Cura Carpignano, Filighera, Genzone, Gerenzago, Giussago, Gropello Cairoli, Inverno e Monteleone, Landriano, Lardirago, Linarolo, Maghero, Marcignago, Marzano, Mezzana Rabattone, Miradolo Terme, Monticelli Pavese, Pavia, Pieve Porto Morone, Rognano, Roncaro, San Genesio ed Uniti, San Martino Siccomario, Santa Cristina e Bissone, Sant' Alessio con Vialone, San Zenone al po, Siziano, Sommo, Spessa, Torre D'Arese, Torre de' Negri, Torre d'Isola, Torrevecchia Pia, Travacò Siccomario, Trivolzio, Trovo, Valle Salimbene, Vellezzo Bellini, Vidigulfo, Villanova d'Ardenghi, Villanterio, Vistarino, Zeccone, Zerbo, Zerbolò, Zinasco.

*Ambito territoriale n. 43*

Alagna, Albonese, Borgo San Siro, Breme, Candia Lomellina, Cassolnovo, Castello d'Agogna, Castelnuovo, Ceretto Lomellina, Cernago, Cilavegna, Confienza, Cozzo, Dorno, Ferrera Erbognone, Frascarolo, Gallivola, Gambarana, Gambolò, Garlasco, Gravellona Lomellina, Langosco, Lomello, Mede, Mezzana Bigli, Mortara, Nicorvo, Olevano di Lomellina, Ottobiano, Palestro, Parona, Pieve Albignola, Pieve del Cairo, Robbio, Rosasco, San

Giorgio di Lomellina, Sannazzaro de' Burgondi, Sant'Angelo Lomellina, Sartirana Lomellina, Scaldasole, Semiana, Suardi, Torre Beretti e Castellaro, Tromello, Valeggio, Valle Lomellina, Velezzo Lomellina, Vigevano, Villa Biscossi, Zeme.

*Ambito territoriale n. 44*

Albaredo Arnaboldi, Arena Po, Bagnaria, Barbianello, Bastida de' Dossi, Bastida Pancarana, Borgo Priolo, Borgoratto Mormorolo, Bosnasco, Brallo di Pregola, Bressana Bottarone, Broni, Calvignano, Campo Spinoso, Canevino, Canneto Pavese, Casanova Lonati, Casatisma, Casei Gerola, Castana, Casteggio, Castelletto di Branduzzo, Cecina, Cervesina, Ci-

gognola, Codevilla, Corana, Cornale, Corvino San Quirico, Fortunago, Godiasco, Golferenzo, Lirio, Lungavilla, Menconico, Mezzanino, Montalto Pavese, Montebello della Battaglia, Montecalvo Versiggia, Montescano, Montesegale, Montù Beccaria, Mornico Losana, Oliva Gessi, Pancarana, Pietra de' Giorgi, Pinarolo Po, Pizzale, Ponte Nizza, Portalbera, Rea, Redavalle, Retorbido, Rivanazzano, Robecco Pavese, Rocca de' Giorgi, Rocca Susella, Romagnese, Rovescala, Ruino, San Cipriano Po, San Damiano al Colle, Santa Giuletta, Santa Margherita di Staffora, Santa Maria della Versa, Silvano Pietra, Stradella, Torrazza Coste, Torricella Verzate, Val di Nizza, Valverde, Varzi, Verretto, Verrua Po, Voghera, Volpara, Zavattarello, Zenevredo.

# UNA PROPOSTA PER LA NUOVA CONVENZIONE PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Assessorato alla sanità regione Lombardia

Hanno collaborato alla stesura del documento:

R. ALFIERI, U.s.l. 29 di Bergamo; A. BONALDI, U.s.l. 32 di Treviglio;  
C. CACCIA, U.s.l. 68 di Rho; G. CASTIGLIA, Assessorato regionale sanità;  
A. DONZELLI, U.s.l. 75/6 di Milano; F. LONGO, Università Bocconi - SDA - Cergas - Milano

**SOMMARIO:** Premessa - Caratteristiche rilevanti di una « buona » pratica professionale - Cenni sui metodi di misurazione e valutazione dei requisiti delle strutture, dei processi e dei prodotti legati alla pratica professionale dei medici di famiglia: come definire i requisiti in un formato misurabile?; requisiti da regolamentare e obiettivi da promuovere per una buona pratica medica; caratteristiche che ostacolano una corretta pratica professionale - Come tradurre in una convenzione una logica incentivante di obiettivi della buona pratica medica?; le logiche di fondo dei diversi sistemi retributivi; quale tipo di sistema misto?; il sistema premiante non monetario - Modelli organizzativi e gestionali per la medicina di base: una filosofia gestionale di fondo; i possibili modelli organizzativi per la medicina di base - Quale modello scegliere?; quale ruolo per il distretto? - Una proposta di modello retributivo; lo schema retributivo.

*Il D.L.vo 502/92 prevede numerose e significative modifiche nel campo della medicina di base. Tra le più importanti novità vi è senz'altro il rinnovo della convenzione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che il decreto di riordino prefigura innovativa rispetto a quella che siamo abituati a conoscere. La nuova convenzione dovrebbe infatti rappresentare uno strumento gestionale per le Aziende U.s.l., per governare la medicina di base verso un ampliamento della quantità e qualità delle prestazioni erogate e verso un miglioramento nel rapporto costo-efficacia della spesa prescritta.*

*Per raggiungere questi ambiziosi risultati sarà determinante la qualità della convenzione che il Ministero elaborerà. Mecosan, volendo contribuire all'importante dibattito sul tipo di convenzione che verrà siglato tra i MMG e i PLS e il S.s.n., pubblica il documento ufficiale della regione Lombardia di indirizzo sulla convenzione, nel quale si prospetta e si analizza uno schema e una logica contrattuale particolarmente innovativo, coerente con la logica aziendale della riforma, che permetta assetti organizzativi e gestionali diversi per la medicina di base.*

## Premessa

La qualità e con essa, il rapporto costo-efficacia, della pratica professionale dei medici di famiglia è condizionata anche, e in misura non trascurabile, dalla qualità degli accordi convenzionali e dalla capacità delle Regioni e delle U.s.l. di gestirli. Il presente documento della regione Lombardia vuole essere un contributo per l'elaborazione della nuova convenzione per i MMG e i PLS, una analisi per le successive definizioni di competenza del livello regionale e un indirizzo per la gestione della convenzione a livello di U.s.l.

Questo documento è stato ispirato dalle seguenti esigenze:

- 1) prevedere requisiti essenziali di offerta (in un mercato imperfetto, a tutela dei pazienti e anche a salvaguardia del decoro professionale);
- 2) lasciare ai medici la facoltà di scegliere tra diverse modalità organizzative, andando verso una maggiore responsabilizzazione economica e facendo corrispondere a questa maggiore responsabilizzazione una maggiore autorità nell'allocazione di risorse e nella modellazione del sistema sanitario;

3) promuovere importanti occasioni di sinergia, incentivando la cooperazione dei MMG e PLS nei programmi di U.s.l.;

4) riconoscere la necessità di promuovere lo sviluppo di una cultura originale nell'ambito della medicina generale e dell'assistenza sanitaria primaria.

### **Caratteristiche rilevanti di una « buona » pratica professionale**

Una buona pratica medica può essere definita e valutata da differenti punti di vista, non sempre tra loro coerenti: la prospettiva del paziente, del medico, degli amministratori. A queste prospettive potrebbe essere affiancata quella del « Servizio sanitario nazionale », riconoscendo ad essa una maggiore globalità e, quindi, una superiore appropriatezza.

#### *A) La prospettiva del paziente*

Gli utenti sono sempre più coscienti dei loro diritti nel campo della salute e più esigenti rispetto alle proprie aspettative personali e alle cure che desiderano ricevere, anche in relazione a ciò che la tecnologia oggi può offrire.

Il sistema sanitario viene spesso criticato perché tende a trascurare gli specifici interessi e la soddisfazione dei pazienti. Questa prospettiva è quella che più di ogni altra potrebbe orientare le scelte in un sistema dove il cittadino sia effettivamente libero di scegliere autonomamente medico e servizi sanitari, rivolgendosi anche al settore privato.

Ma i punti di vista dei pazienti nel definire i servizi di buona qualità sono spesso molto diversi da quelli che più stanno a cuore agli operatori sanitari e agli amministratori. I pazienti, per esempio, sono molto attenti agli aspetti interpersonali del rapporto medico-paziente (capacità di ascoltare, di evidenziare i problemi), alla possibilità di accedere facilmente al medico in caso di bisogno e a valutare « quanto » è stato fatto, piuttosto che a considerare « come » è stato fatto.

Le caratteristiche di contorno (ad esempio caratteristiche degli ambulatori, di ordine, pulizia...) rispetto al nucleo centrale dell'assistenza (ossia a ciò che riguarda l'interazione medico-paziente) rivestono pure una certa importanza per i pazienti e possono diventare rilevanti fino al punto di condizionare negativamente la percezione dell'intero processo assistenziale qualora siano al di sotto di un livello di soglia critica.

Gli assistiti sembrano, invece, meno sensibili alle attività di prevenzione e alle esigenze di contenimento dei costi e di freno allo sviluppo di nuove tecnologie. Il paziente, infatti, tende a richiedere per se e per i suoi familiari il massimo di ciò che è potenzialmente ottenibile in campo sanitario, indipendentemente dai costi e dai benefici marginali che può ottenere.

#### *B) La prospettiva del medico di famiglia*

I medici sono attenti soprattutto al contenuto professionale e tecnico delle loro prestazioni. Essi inoltre si sentono moralmente obbligati ad assicurare il massimo dei benefici ottenibili al proprio singolo paziente, senza porsi alcun limite rispetto ai costi derivanti dalla loro pratica clinica. Questo punto di vista è sovrapponibile a quello dei pazienti, ma si differenzia alquanto dalla prospettiva del S.s.n. la cui principale preoccupazione è quella di ottimizzare la spesa e di distribuire le risorse in modo equo tra la popolazione, in modo da massimizzare i benefici sociali.

#### *C) La prospettiva degli amministratori*

Il punto di vista degli amministratori è spesso viziato dal problema dei costi. Sembra, infatti, che la responsabilità economica sia quella più percepita, sia per il fatto che i vincoli economici sono divenuti progressivamente più rigidi, sia anche perché sono inadeguate le valutazioni su altri ambiti di risultato (per esempio l'efficacia delle prestazioni, la soddisfazione dei pazienti e degli operatori...).

#### *D) La prospettiva del S.s.n.*

Dal punto di vista del S.s.n. una buona pratica professionale è quella orientata a soddisfare i bisogni complessivi della comunità secondo principi di efficacia, solidarietà e di equità. In

quest'ottica uno dei problemi principali che gli amministratori e la dirigenza di sanità pubblica devono affrontare è legato all'uso appropriato delle risorse. Ciò significa che i desideri individuali, l'autonomia professionale e la gratificazione del medico devono essere commisurati alle esigenze di efficacia, di equità e di solidarietà nella distribuzione dei servizi.

Poiché le risorse assegnate alla sanità sono limitate e i bisogni individuali tendenzialmente infiniti è indispensabile definire le priorità d'intervento in modo esplicito. Scegliere cosa va fatto significa anche decidere quello che non si deve fare. Secondo la logica economica del « costo-opportunità perduta » di ottenere benefici da un uso alternativo delle stesse risorse.

A questo fine occorre verificare l'efficacia delle cure, soprattutto prima della loro introduzione nella pratica clinica. Solo quelle di documentata efficacia devono essere assicurate a spese della comunità. Oggi, viceversa, vengono fornite costose prestazioni nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione, inutili, di efficacia non dimostrata o con effetti marginali minimi sulla salute.

In secondo luogo bisogna accertarsi che le prestazioni efficaci siano effettivamente disponibili per tutti coloro che ne hanno bisogno. Interventi tecnicamente possibili ed efficaci potrebbero essere economicamente improponibili. È il caso per esempio dell'introduzione nel sistema sanitario di nuove, costose tecnologie non ancora sufficientemente valutate in termini di rapporto costi e benefici.

Infine, va presa in considerazione l'efficienza con cui sono assicurati i servizi. A parità di efficacia sono assicurate le prestazioni che costano meno. Per rendere più efficienti le prestazioni e meno variabili i comportamenti dei medici è necessario sostenere, diffondere e incentivare l'uso di linee-guida di comportamento clinico e lo sviluppo della ricerca valutativa.

### **Cenni sui metodi di misurazione e valutazione dei requisiti delle strutture, dei processi e dei prodotti legati alla pratica professionale dei medici di famiglia**

Tenendo conto delle diverse prospettive e, prioritariamente, di quella del S.s.n., ognuna delle connotazioni positive e negative che rendono la pratica professionale accessibile, globale, dotata di continuità, non isolata, passibile di confronti... ecc. può essere scomposta in requisiti più analitici, guardando alle fasi di cui la pratica professionale, complessivamente intesa, è costituita:

- Fase di input;
- Fase di processo;
- Fase di output.

a) input: vale a dire le risorse impiegate nella pratica professionale, per esempio struttura dell'ambulatorio, dotazione tecnologica, strumentale e di laboratorio, tempi di presenza del medico e di altro personale infermieristico o amministrativo, specializzazioni, libri, riviste, collegamenti telematici... ecc.;

b) processo: per esempio tempi di attesa, durata delle consultazioni, comunicazione di messaggi di educazione sanitaria nel corso di una visita...;

c) output: vale a dire i prodotti erogati, per esempio numero di visite ambulatoriali e domiciliari, di prestazioni particolari, di certificazioni, prescrizioni di farmaci, ricoveri...

Una condizione indispensabile per la definizione dei requisiti è che il medico di famiglia abbia la autorità di decidere le sue azioni nell'ambito dei requisiti che vengono fissati. Per esempio, non si possono considerare come requisiti da incentivare i collegamenti telematici con la U.s.l. se la U.s.l. non è obbligata, per la sua parte, a dotarsi di condizioni e di risorse atte a permetterli.

Inoltre, ogni requisito attribuibile alle fasi di Input, Processo e Output deve essere basato sulla consapevolezza che sia associato causalmente e in grado accettabile con un outcome, identificabile e di un certo interesse (vale a dire a conseguenze positive sulla salute della popolazione cui è rivolto l'intervento, per esempio miglioramento della qualità della vita i pazienti, diminuzione del dolore, dell'incidenza di patologie...) o con un valore finale (ossia a beni che hanno valore in sé stessi, non in quanto strumentali al raggiungimento di altri obiettivi, come il mantenimento di una appropriata relazione con il paziente, il rispetto dell'autonomia del paziente, l'equità nella distribuzione del proprio tempo e delle proprie risorse, il dare informazioni secondo contenuti, forma e tramite « media » appropriati).

Una regola pratica potrebbe essere quella di preferire, a parità di altre condizioni, dei

requisiti di output o di processo (in questo ordine) a quelli di input, in quanto in genere è più stretta l'associazione tra questi e l'outcome o il valore finale. Per esempio, la dotazione di risorse hardware e software potrebbe non rientrare tra i requisiti strutturali da incentivare. Infatti, si potrebbe raggiungere lo stesso risultato se si includesse tra i requisiti di processo l'invio a scadenze trimestrali di dati sull'attività svolta, aggregati magari per patologie principali. La dotazione di risorse hardware e software verrebbe così ugualmente incentivata, ma ci si manterrebbe più prossimi a valutare ciò che ci interessa davvero: non tanto che il medico di famiglia sia o meno dotato di computer, ma che comunichi periodicamente dati essenziali a fini epidemiologici e valutativi.

Ogni requisito deve essere, inoltre, misurabile.

#### *Come definire i requisiti in un formato misurabile?*

L'aver definito le caratteristiche positive e negative della pratica professionale del MMG è il passo preliminare per poter definire i requisiti in un formato misurabile e, conseguentemente, valutarli, legando ad essi i feed-back del S.s.n., le procedure autorizzative, di pagamento, di incentivazione e disincentivazione.

In un documento di indirizzo vale la pena di sottolineare come, volendo essere sufficientemente precisi, nei vari passaggi dalle definizioni concettuali, alle definizioni operative, ai criteri e agli standard si rischi di perdere ogni volta un po' di senso, fino ad arrivare, in situazioni estreme, a delle misure poco congruenti con ciò che si considerava importante valutare inizialmente. Potrebbero sorgere, quindi, problemi di validità delle misurazioni (non misuriamo ciò che realmente ci interessa misurare) ancor prima che di accuratezza e precisione.

Una spiegazione di questi enunciati ci potrebbe venire dall'esempio seguente sull'Accessibilità.

Definizione « concettuale » di Accessibilità: mancanza di barriere fisiche, spaziali, temporali, economiche, socio-culturali, informative alla fruizione di un servizio.

Una definizione di questo tipo difficilmente potrebbe scontentare qualcuno o, comunque, potrebbe essere ampliata o precisata semplicemente con l'aggiunta di un qualche aggettivo o con la modifica di una o 2 parole.

Invece, sorgono maggiori problemi quando si passi dalla definizione concettuale a considerare le definizioni operative.

Definizioni « operative »:

a) *poter riferire i propri problemi percepiti come urgenti a personale competente per avere o rassicurazione o consigli su percorsi o accertamenti più o meno immediati da parte di MMG.*

Criterio: tempo

b) *poter attendere il momento della visita in un ambiente confortevole, seduti conoscendo approssimativamente il tempo di attesa e i criteri degli ingressi.*

Criterio: accettabilità

c) *poter prenotare una visita con agio telefonicamente con la certezza di ottenerla in tempi ragionevoli.*

Criterio: tempo

d) *conoscere i problemi affrontabili tramite il S.s.n. e il MMG, le procedure attraverso cui accedere e gli orari e gli indirizzi presso cui ottenere le prestazioni.*

Criterio: informazioni

e) *poter accedere, anche in condizioni di disabilità motoria correggibile tramite ausili e protesi, all'ambulatorio.*

Criterio: assenza di barriere architettoniche

f) *poter essere visitati a casa in tempi appropriati quando le condizioni del paziente controindichino lo spostamento in ambulatorio.*

Criterio: tempo

g) *poter prenotare le visite specialistiche e gli esami strumentali e di laboratorio effettuabili presso la U.s.l. dalla sede dell'ambulatorio del medico di medicina generale e ottenere i referti presso lo stesso.*

Criterio: tempo.

Nell'ulteriore passaggio dalle definizioni operative alle precisazioni seguenti i problemi diventano ancora maggiori. Requisiti di alcune caratteristiche dell'accessibilità relative alle precedenti definizioni operative legate all'input:

a) e c) telefono cellulare o segretaria o I.P. almeno per 8 h/die in grado di rispondere;  
 b) ed e) ambulatorio con date caratteristiche, senza barriere architettoniche;  
 d) scritto (da lasciare anche presso l'U.s.l.) da consegnare a tutti gli assistiti sulle caratteristiche del medico, orari, ambulatori, dislocazione, altro... (lo scritto dovrebbe avere indicazioni utili anche ad orientare la scelta degli assistiti presso gli sportelli di scelta revoca);

*f) riserva di tempo x/n1 bambini y/n2 adulti z/n3 anziani per le visite domiciliari (gli anziani dovrebbero essere specificati in più fasce d'età, contrariamente a quanto avviene oggi).*

Requisiti di alcune caratteristiche dell'accessibilità relative alle precedenti definizioni operative e legate al processo:

f) le visite domiciliari devono essere evase entro...;

c) una visita ambulatoriale elettiva deve essere effettuata entro x giorni.

Requisiti di alcune caratteristiche dell'accessibilità relative alle precedenti definizioni operative e legate all'output:

a) I pazienti affetti da patologia cronica del tipo di... devono di norma poter beneficiare di n consulenze all'anno.

L'esempio dimostra come siano opinabili molti dei requisiti proposti (non sono, infatti, correlati con outcomes o valori finali positivi identificabili). Dal momento che il rischio della complicazione e della perdita di senso è grande qualora si analizzino singolarmente caratteristiche positive e negative rapportandole alle varie fasi (input, processo, output) della pratica professionale, occorrerebbe limitarsi a definire alcuni requisiti irrinunciabili su cui ci sia comunque un certo grado di condivisione da parte degli stessi medici di famiglia.

A titolo di esempio, nel paragrafo seguente ne enunciamo alcuni tra i più significativi.

#### *Requisiti da regolamentare e obiettivi da promuovere per una buona pratica medica*

1) Facilitare l'accesso all'assistenza da parte dei propri assistiti, in particolare di quelli più a rischio, dal punto di vista sociale e sanitario.

Prevedere per tutti i medici l'adesione ai seguenti requisiti:

— uno scritto per informare gli assistiti sui servizi offerti e sulle modalità di accesso all'assistenza: orari di ambulatorio, consultazioni telefoniche, visite ambulatoriali per appuntamento, visite a domicilio, urgenze, ripetizione delle prescrizioni, certificazioni, sessioni speciali per patologie specifiche, altre notizie di interesse per l'assistito;

— orario di apertura minimo degli ambulatori, rapportato al numero di assistiti in carico;

— reperibilità effettiva giorni feriali (dalle ore... alle ore...);

— visite a domicilio (tempi di esecuzione);

— sostituzioni (garanzia di mantenimento dei servizi durante l'assenza del medico titolare nelle sedi e negli orari comunicati ai propri assistiti).

In un sistema basato sulla concorrenza e sulla libera scelta dell'assistito, il medico, anche in assenza di regolamentazione, avrebbe tutto l'interesse ad elevare gli standard di accesso dato che essi influenzano molto le scelte degli assistiti.

L'U.s.l. dovrebbe, però, aiutare il cittadino che si accinge a scegliere il medico rendendo disponibili le informazioni su alcune caratteristiche dei medici, sulle specializzazioni acquisite, sui percorsi formativi e sui servizi da loro offerti.

Tra i requisiti relativi all'accessibilità andrebbero anche definiti:

— il numero massimo di assistiti per medico: potrebbe non essere uguale per tutti, ma correlato con alcune caratteristiche della pratica professionale. Tenendo conto di ciò che succede in altri Paesi (per esempio in G.B. il numero massimo è di...) e del fatto che l'attuale massimale ha, di fatto, spostato l'interesse dei medici dotati di maggiore iniziativa verso altri settori, il massimale dovrebbe essere incrementato dagli attuali 1500 assistiti a 1800. Per di più questa soglia andrebbe superata qualora sussistano condizioni agevolanti di maggiore efficienza della pratica medica (disponibilità di personale infermieristico e/o amministrativo, medicina di gruppo...);

— il numero ottimale di medici che possono espletare la professione in un certo ambito geografico: il requisito unico di accesso alla professione potrebbe essere l'effettuazione del periodo di formazione specifica previsto dalla normativa vigente. Vanno superate le graduatorie attuali basate fondamentalmente sull'anno di laurea. Prevedere forme di incentivi per i medici che scelgono di lavorare in aree disagiate (piccole comunità di montagna, isole, ecc.).

2) Essere dotato di risorse, strutture, di attrezzature e strumenti professionali adeguati alle esigenze della medicina di base.

Prevedere per tutti i medici una dotazione minima di risorse, strumenti e attrezzature per una buona pratica professionale della medicina generale. Una lista di questo tipo dovrebbe essere vincolante, considerando, però, le sostituzioni ammissibili in base all'evoluzione della tecnologia e alla valutazione che di essa fanno organismi internazionalmente accreditati.

3) Praticare l'educazione sanitaria ed eseguire gli screening appropriati secondo modalità strutturate e predefinite.

L'educazione sanitaria, intesa come consiglio e informazione ai pazienti e ai loro familiari rientra a pieno titolo tra i compiti del MMG.

Occorre, invece, prevedere incentivi per:

— i medici che si impegnino in progetti comunitari concordati con l'U.s.l., in relazione all'educazione sanitaria, prevenzione e diagnosi precoce.

— i medici che adottano correntemente nei confronti dei propri assistiti un sistema di sorveglianza per le persone sane concordato con l'U.s.l. Il premio potrebbe essere in funzione della % di copertura della popolazione bersaglio. Vale a dire potrebbe essere più basso per la copertura delle prime quote percentuali e più alto per la copertura delle ultime quote (benefici marginali crescenti).

4) Rispondere alle nuove richieste di assistenza da parte dei propri pazienti, identificando i problemi e prendendosene cura in modo unitario.

— Prevedere che tutti i medici siano dotati della cartella clinica per ciascuno degli assistiti in carico e che siano registrati i dati che concorrono alla stesura dei rapporti di attività da presentare all'U.s.l.

5) Assicurare la continuità delle cure, anche domiciliari, ai pazienti affetti da patologie croniche e ai pazienti terminali.

Prevedere incentivi per:

— i medici che assicurano l'assistenza domiciliare ai pazienti terminali, secondo le indicazioni definite dall'U.s.l.;

— i medici che assicurano, secondo criteri concordati, il trattamento e il follow-up di patologie o condizioni fisiologiche, oggi delegate ad altri servizi dell'U.s.l., quali ad esempio:

- il diabete mellito non insulino dipendente;

- la tossicodipendenza;

- la gravidanza fisiologica;

- la sorveglianza sanitaria del bambino in età evolutiva non in carico al P.L.S.

6) Registrare accuratamente le cure prestate e fornire al Servizio sanitario i dati relativi alla propria attività per fini epidemiologici, statistici e valutativi.

— Prevedere che tutti i medici siano tenuti a fornire periodicamente all'U.s.l. alcuni dati relativi alla propria attività. Essi potrebbero riguardare:

- le modalità di organizzazione dell'ambulatorio;

- la descrizione dei locali e degli strumenti professionali disponibili;

- i ricoveri ospedalieri, le visite specialistiche per tipologia, le indagini strumentali di alto costo.

7) Curare il proprio aggiornamento e la formazione professionale continua.

Prevedere che tutti i medici partecipino ad almeno « x » ore di formazione professionale specifica su iniziative accreditate e secondo un programma formativo che contempli anche valutazioni finali relative all'apprendimento.

8) Collaborare con i servizi distrettuali, i presidi specialistici e le risorse comunitarie. Partecipare ad attività di ricerca e ad iniziative di valutazione della qualità della propria pratica professionale, contribuendo a definire linee-guida di comportamento capaci di ridurre le differenze prescrittive non giustificate sul piano clinico e scientifico.

Prevedere incentivi per:

— i medici che collaborano con il competente Servizio dell'U.s.l. su problemi di rilevante interesse per la medicina generale, da definire in ambito locale;

- i medici che inviano dati relativi a linee di comportamento clinico intorno a patologie di rilevante interesse per la medicina generale, secondo programmi concordati con la U.s.l.;
- i medici che forniscono dati sullo stato di salute dei propri pazienti (prevalenza di alcune patologie: diabete, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, ulcera peptica, alcolismo, tumori, ecc.).

9) Partecipare ad attività di didattica.

Prevedere incentivi per:

- i medici che collaborano alla formazione dei medici di medicina generale attraverso l'attività tutoriale.

10) Mantenere i costi della propria attività professionale entro limiti predefiniti.

Prevedere incentivi per:

- i medici che mantengono i costi della propria pratica professionale entro un massimo predefinito per terapie farmacologiche (si possono definire alcune categorie terapeutiche sottoposte a sorveglianza), esami diagnostici, visite specialistiche (si possono definire quali), ricoveri ospedalieri.

#### *Caratteristiche che ostacolano una corretta pratica professionale*

Dopo aver analizzato dettagliatamente le caratteristiche rilevanti di una buona pratica medica, risulta agevole individuare le caratteristiche che ostacolano una corretta pratica professionale:

- isolamento dai colleghi e dall'U.s.l., carenza di confronti con altri medici;
- visione frazionata, non globale dei problemi del paziente;
- delega delle attività;
- frammentazione degli interventi;
- risposte inefficaci-inefficienti;
- burocratizzazione della professione (adempimenti formali di cui si stenta a comprendere il senso).

Queste caratteristiche, qualora presenti, non sono necessariamente imputabili ai MMG, ma sono in gran parte condizionate dal modo di essere del S.s.n., dalle sue regole e dalla sua organizzazione. Il fine di una convenzione dovrebbe proprio essere quello di allontanare il rischio di tali caratteristiche negative, tenendo presente che la pratica della medicina generale è fortemente condizionata dal modo in cui è organizzato tutto il « resto » del S.s.n. In altri termini, le convenzioni vanno giustamente inserite in modo coerente nel quadro complessivo del riordino promosso dal D.L.vo 502.

#### **Come tradurre in una convenzione una logica incentivante di obiettivi della buona pratica medica?**

Il sistema retributivo, oltre a garantire lo stipendio ai medici, deve essere progettato in maniera da:

- 1) incentivare i comportamenti desiderati dal sistema e disincentivare quelli avversati;
- 2) spingere i medici a dotarsi di standard strutturali giudicati necessari;
- 3) incentivare i medici ad aderire a forme organizzative e/o programmi impostati dalle U.s.l., per facilitare il raggiungimento di sinergismi.

Per questo l'analisi del sistema retributivo non può essere scissa dalle ipotesi sul futuro ruolo e i relativi assetti organizzativi della medicina di base. Infatti il sistema retributivo deve essere costruito in modo tale da poter anche essere usato come strumento gestionale per poter spingere i MMG e i PLS verso rinnovate funzioni e strutture organizzative.

#### *Le logiche di fondo dei diversi sistemi retributivi*

##### **Quota capitaria**

È un compenso forfettario, fondato esclusivamente sul numero di assistiti in carico per ognuno dei quali viene pagata una quota capitaria.

##### *Vantaggi*

- È possibile stabilire a priori il costo dell'assistenza.
- Tendenzialmente contiene il numero delle prestazioni.

*Svantaggi*

- Non incentiva la qualità del servizio, soprattutto in relazione al grado di soddisfazione del paziente e alla varietà di prestazioni assicurate.
- Il livello retributivo non premia il merito, di conseguenza disincentiva lo sviluppo di competenze professionali e frena le capacità imprenditoriali del medico.
- Impedisce di incentivare la partecipazione a programmi proposti dall'U.s.l. (ad esempio nel campo della prevenzione).

Retribuzione per prestazione/Fee for service

Il compenso è basato sul tipo e sul numero delle prestazioni effettuate.

*Vantaggi*

- Aumenta il numero delle consultazioni ed il tempo ad esse dedicato.
- I pazienti ricevono trattamenti pronti, personalizzati e di buon gradimento.

*Svantaggi*

- Lievita il numero delle prestazioni e perciò tende a fare aumentare la spesa sanitaria.
- Introduce un potenziale contrasto di interessi tra efficacia delle prestazioni e gratificazioni economiche.

Retribuzione per prestazioni ponderate per il numero complessivo di prestazioni fornite dai MMG di zona (modello tedesco)

Il compenso è basato sul tipo e sul numero di prestazioni. Esiste però un numero programmato per ogni tipo di prestazioni, stimato in base a criteri epidemiologici e concertato tra categorie mediche territoriali e gli enti acquirenti (nel nostro caso le U.s.l.). Qualora l'insieme dei MMG territoriali superasse complessivamente il numero di prestazioni concordate, la remunerazione concessa per ogni singola prestazione scenderebbe. La riduzione è tale da rendere l'esborso per l'Unità sanitaria locale non superiore a quella concordata, con il numero di prestazioni programmate.

*Vantaggi*

- Il medico è soggetto a due forze contrastanti: l'incentivo individuale ad aumentare il numero delle prestazioni, il controllo dei colleghi per non eccedere nelle prescrizioni, che renderebbe vane finanziariamente le prestazioni superiori al numero concordato. Queste due spinte contrastanti dovrebbero spingere ad erogare soprattutto le prestazioni necessarie.
- I vantaggi dovrebbero essere quelli tipici di un sistema fee for service senza averne gli svantaggi.

*Svantaggi*

- Difficoltà ad implementare un sistema di programmazione, basato necessariamente su dati epidemiologici e protocolli consolidati.
- Necessità dello sviluppo di una cultura della negoziazione tra categoria dei MMG e U.s.l., non immediatamente presente.

Sistemi misti

La remunerazione comprende una parte di quota capitaria e una parte di quota variabile legata alle prestazioni.

*Vantaggi*

- È possibile ottenere effetti incentivanti per comportamenti desiderati senza rischiare l'eccessivo effetto di espansione delle prestazioni e di conseguenza della spesa.

*Svantaggi*

- C'è il periodo di incorrere negli svantaggi di entrambi i sistemi.
- Presenta delle complessità gestionali leggermente superiori agli altri due sistemi.

Il D.L.vo 502/92 opta decisamente per un sistema remunerativo misto: « ... prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato... e una quota variabile in funzione delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale » (art. 8 comma 1 sub f).

Il decreto, oltre ad indicare il sistema misto invita le Regioni a definire con i sindacati medici accordi che precisino le caratteristiche del sistema di pagamento.

### *Quale tipo di sistema misto?*

Il sistema misto, essendo una sintesi di diversi modelli, presenta molti aspetti indeterminati che devono essere definiti dal programmatore regionale e dall'U.s.l.

### *Quale percentuale di quota variabile e quale di quota capitaria?*

Un primo aspetto da definire è quanta parte della remunerazione del medico è coperta dalla quota capitaria per assistito e quanta dalla parte variabile. Un incremento della percentuale variabile aumenta il margine di incentivazione e quindi il potere contrattuale da parte dell'Unità sanitaria locale. D'altra parte è possibile individuare anche delle forme di utilizzo della quota capitaria incentivanti.

Vista la novità costituita dal sistema misto è opportuno implementare gradualmente questo tipo di modello di remunerazione, partendo da una quota variabile inizialmente modesta, che viene via via ampliata.

La percentuale di quota variabile obiettivo, cioè quella da raggiungere con il sistema a regime, potrebbe essere pari a 1/3 della quota complessiva in relazione alla capacità da parte della Regione e dell'U.s.l. di individuare programmi e obiettivi da incentivare.

### *La quota-parte capitaria*

Anche la quota-parte capitaria può avere delle caratteristiche di flessibilità tali da incentivare alcuni comportamenti e alcuni obiettivi ritenuti rilevanti. Proponiamo alcuni esempi, ma se ne potrebbero individuare molti altri, a seconda degli obiettivi che si intendono incentivare.

— Per raggiungere un numero di assistiti ottimale le quote capitarie possono essere marginalmente decrescenti all'aumentare del numero di assistiti (40.000 L. ad assistito fino a 1500 iscritti, 36.000 L dal 1501esimo al 1800esimo, 34.000 L oltre il 1800esimo, ecc.).

### *La quota variabile*

La quota variabile può essere impiegata per incentivare « comportamenti strutturali » e/o « prestazioni ». Ad esempio:

- 1) adozione di standard strumentali e di accesso che elevino la qualità dell'assistenza;
- 2) partecipazione a programmi dell'U.s.l. (es. con target payment);
- 3) risparmi su budget programmati di spesa (di gruppo o individuali).

Nella situazione 1 vi sarebbe una remunerazione aggiuntiva su tutte le quote capitarie.

Nella situazione 2 vi sarebbe un compenso aggiuntivo per ogni caso trattato (es. un programma di screening: remunerazione per ogni cittadino visitato, marginalmente crescente all'avvicinarsi della totalità dei propri iscritti, per incentivare la ricerca del contatto con la percentuale finale, quella più difficile da raggiungere).

Nella situazione 3 vi sarebbe un premio sul risparmio (una % concordata della spesa contenuta).

Nella scelta di quale accezione di quota variabile adottare, più per incentivare atteggiamenti strutturali o singole prestazioni, o un loro eventuale mix, risultano determinanti due scelte:

1) quale profilo di sviluppo, cioè quale strategia per il ruolo e per l'organizzazione della medicina di base si intende adottare;

2) quali strumenti gestionali e tecnici si possono adottare per la programmazione e il controllo.

1) Se la tensione verte soprattutto su modelli organizzativi innovativi (es. pratiche associative) o su standard tecnici deve prevalere l'accezione di quota variabile per « comportamenti strutturali ». Se invece l'attenzione principale vuole essere posta sulla crescita del mix di prestazioni attualmente erogate dai MMG e PLS allora deve prevalere una quota variabile più legata alla remunerazione di singole prestazioni rilevanti.

2) Il sistema remunerativo per essere efficace nei suoi scopi deve essere parte di un sistema gestionale che abbia gli strumenti per programmare, implementare e verificare. Esso implica, quindi, l'esistenza e l'appropriatezza di risorse organizzative, professionali e tecniche (es. informatiche). La scelta di un sistema remunerativo teoricamente ottimale, ma non concretamente implementabile, si lascerebbe scartare rispetto ad uno meno perfetto, ma concretamente applicabile.

Tutte queste considerazioni ci obbligano a considerare cruciale il già citato intreccio tra sistema remunerativo, obiettivi strategici e scelte organizzative.

#### *Il sistema premiante non monetario*

Il sistema remunerativo costituisce solo una parte di un possibile sistema premiante ben più vasto, che comprende molteplici elementi non monetari, simbolici, organizzativi e di riconoscimento. La dottrina economica spesso afferma il principio che oltre determinati livelli di reddito, le gratificazioni simboliche di riconoscimento sono altrettanto gratificanti quanto quelle monetarie, che hanno delle utilità marginali decrescenti.

#### Incentivi strutturali-organizzativi

Gli incentivi strutturali o organizzativi possono essere identificati in:

- Strumenti o tecnologie. Possono essere supporti informatici, tecnologie diagnostiche, dati in dotazione a chi partecipa a programmi rilevanti per l'U.s.l.
- Ambulatorio. I MMG che partecipano a programmi di integrazione con i distretti potrebbero essere premiati potendo usare come ambulatorio dei locali attrezzati messi a disposizione dall'U.s.l. Il risparmio per i MMG può essere notevole (fino a 10% della remunerazione), Organizzativamente può costituire un vantaggio per l'U.s.l., facilitandosi, così, la prossimità con altri servizi ed eventuali processi di coordinamento. I nuovi azionamenti e la conseguente razionalizzazione delle strutture di offerta potrà probabilmente offrire alcune risorse in questo senso.

#### Gli incentivi scientifici

— La partecipazione a ricerche e/o programmi. Essere parte di progetti di ricerca in assistenza sanitaria primaria, o di programmi particolarmente significativi, può contribuire a rilanciare l'entusiasmo, l'identificazione e costituire un importante momento di aggiornamento, discussione e distinzione rispetto a colleghi meno motivati.

— Strumenti di aggiornamento. Possono essere costituiti dalla partecipazione a corsi, dall'abbonamento a riviste, dalla dotazione di sistemi di videoproiezione per le sale di attesa degli ambulatori, ecc.

#### Gli incentivi simbolici

Oltre a incentivi non monetari, ma comunque materiali, quali quelli sopra elencati, esistono una serie di gratificazioni simboliche, organizzative, interrelazionali che hanno una notevole potenzialità nell'incentivare o demotivare i collaboratori aziendali. Quali:

- 1) identificazione del compito;
- 2) significatività del compito;
- 3) gamma di abilità richiesta;
- 4) autonomia professionale;
- 5) feed back con l'organizzazione.

La medicina di base è intrisa, come tutti i contesti lavorativi, di questi elementi simbolici, relazionali e percettivi. La identificazione del proprio compito dipende dalla sensazione di svolgere un'attività non frammentata e che riconduca alla globalità i vari interventi sui propri pazienti; la significatività del compito dipende dall'importanza che si attribuisce al proprio ruolo in quanto condizionante la qualità di vita di altre persone (in medicina è sempre alto, anche se l'eccesso di burocrazia può affievolirlo); la gamma di abilità rappresenta la diversità e la complessità delle prestazioni richieste (per i MMG la vastità delle problematiche cliniche può rischiare di non far riconoscere, in assenza di una cultura originale, come abilità proprie quelle caratteristiche della medicina generale); l'autonomia è la libertà nel proprio mandato professionale; il feed back è rappresentato dalla capacità dell'U.s.l. o di gruppi di pari di dialogare con i MMG e di risaltare comportamenti corretti e commentare quelli in difetto.

Tra tutti gli incentivi simbolici merita un'enfasi particolare quello che consiste nell'attribuire maggiore autonomia e responsabilità al MMG o PLS nel modellare il sistema dell'offerta sanitaria. Ciò che proponiamo, è per esempio, che i MMG o PLS attraverso le loro rappresen-

tanze sindacali (quando si tratti di pratiche singole) o attraverso decisioni di gruppo (quando si abbia a che fare con pratiche di gruppo) possano decidere l'impiego fino al 60% dei risparmi realizzati in progetti innovativi o in investimenti relativi all'assistenza sanitaria.

Anche per gli incentivi non monetari, quelli strutturali e quelli simbolici, risulta determinante l'intreccio tra scelta di un sistema remunerativo e sistema organizzativo e di programmazione. Infatti solo lo scenario organizzativo può consegnare al gestore della medicina di base gli strumenti di gratificazione strutturale e simbolica, il cui ammontare è inversamente proporzionale al grado di isolamento del MMG rispetto all'U.s.l.

### Modelli organizzativi e gestionali per la medicina di base

Ripetutamente è stato richiamato l'intreccio tra convenzione, gestione della convenzione, strumenti per la gestione e, di conseguenza, modelli organizzativi per la medicina di base. A tale proposito soffermiamoci ad analizzare gli indirizzi estrapolabili dal D.L.vo 502/92:

— *Responsabilizzazione dei MMG e dei PLS sulla spesa indotta dal loro comportamento prescrittivo.*

Art. 8, comma 1 sub c: « responsabilizzare il medico di base al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero ».

— *Le componenti della spesa* (in ordine di possibilità di controllo da parte dei MMG e PLS): farmaci, specialista, diagnostica, pronto soccorso, ricoveri.

Parte della spesa farmaceutica è direttamente prescritta dai MMG e PLS, parte invece viene indicata dagli specialisti e « confermata » dai MMG. Il primo invio verso visite specialistiche avviene da parte dei MMG, i momenti successivi, fra cui molta diagnostica, contengono più deboli possibilità di governo da parte dei MMG. Parte dei ricorsi al PS non urgenti sono impropri e possono indicare problemi di reperibilità o di fiducia nel MMG.

— *Eliminazione guardia medica.*

La continuità assistenziale notturna e festiva deve essere garantita dai MMG, anche attraverso forme di associazionismo medico (art. 8, comma 1 sub e).

— *Rilancio dei distretti delle nuove macrousl.*

La nuova dimensione ingrandita delle U.s.l. richiede, in una rinnovata prospettiva di processi di razionalizzazione delle strutture di offerta, una attenzione particolare alla diffusione territoriale di punti di acquisto e di offerta sanitari, in particolare per i servizi di primo livello, tipicamente di medicina di base, prevenzione, medicina dei servizi, specialistica e diagnostica. Questo richiama il rilancio del processo di distrettualizzazione è una revisione del processo di orientamento della domanda e della natura dei servizi offerti nei distretti.

— *Nuova convenzione (con quota fissa e variabile).*

La nuova convenzione deve prevedere una quota fissa per assistito, più una quota variabile per prestazioni particolari.

— *Gli spazi di intervento previsti per le Regioni:*

— devono definire gli ambiti rispetto a cui legare la quota fissa e gli ambiti rispetto a cui legare la quota variabile del compenso dei MMG (art. 8 comma 1 sub e-f);

— le Regioni sono invitate a favorire l'associazionismo medico, attraverso un processo graduale (art. 8, comma 1 sub e);

— disciplinare i parametri che regolano l'accesso alle funzioni di MMG;

— la convenzione conterrà spazi di sperimentazione locali, come nella precedente.

### Una filosofia gestionale di fondo

Il controllo della spesa indotta dai MMG e PLS non deve portare a uno stile direzionale di tipo « gerarchico-censorio », ora possibile nel caso della sola rigorosa applicazione della quota variabile legata a tetti di spesa.

Questo infatti causerebbe:

— una esclusiva attenzione agli elementi di spesa (che sono oggettivamente verificabili) e indebolirebbe l'attenzione ai problemi dell'efficacia e della qualità della prescrizione;

— irrigidimenti da parte dei MMG e PLS e una diminuita disponibilità alla collaborazione;

— non si inciderebbe sul nodo cruciale della MDB: l'isolamento dei MMG rispetto ai colleghi e rispetto all'U.s.l.

Nei contesti caratterizzati da forte autonomia professionale da parte degli operatori, come lo è la sanità in genere e la medicina di base in particolare, lo stile direzionale deve basarsi sull'autoresponsabilizzazione del professionista. Questo significa:

- cercare di motivare gli operatori sulla responsabilità che comporta la loro autonomia professionale;
- gli organi di controllo si propongono come organi di staff, per offrire le funzioni di programmazione, verifica e monitoraggio, esplicitate e razionalizzate ai professionisti;
- portare i medici ad annunciare ex ante e a verificare ex post i propri obiettivi in termini di risorse e livelli quali/quantitativi di attività, in una logica di autocontrollo esplicitata;
- implementare procedure e circuiti che favoriscano la collaborazione e l'incontro MMG-MMG, MMG-servizi dell'U.s.l. e MMG-specialisti-laboratoristi.

#### *I possibili modelli organizzativi per la medicina di base*

L'analisi degli schemi organizzativi per la medicina di base si intreccia profondamente con la discussione sui modelli di convenzione e sui modelli di organizzazione generale dell'U.s.l. Le proposte di assetto per la medicina di base sono molte ed è possibile classificarle nei successivi modelli di riferimento generale.

I modelli vanno letti alla luce di due variabili determinanti:

1) integrazione del MMG con altri sanitari (crescente dalla proposta 1 alla 3): essa aumenta il potere negoziale del MMG verso gli altri sanitari e favorisce la logica dell'autocontrollo di gruppo.

2) prossimità con l'assetto attuale (decescente da 1 a 3): determina problemi di implementabilità della proposta, per la necessità di sviluppare strumenti gestionali e informativi, attualmente assenti.

Per ogni modello occorre considerare alcune possibili caratterizzazioni alternative rispetto a due scelte fondamentali:

a) i MMG scelgono direttamente gli specialisti ambulatoriali di riferimento, almeno per le specialità di più frequente consultazione, oppure gli specialisti sono scelti direttamente dal responsabile del distretto sulla base di requisiti di professionalità e competenza; oppure gli specialisti sono nominati dall'U.s.l., sulla base di graduatorie provinciali per anzianità e titoli, situazione attuale da superare;

b) le tariffe da applicare nel calcolo della spesa indotta possono essere regolamentate centralmente o lasciate determinare dalla negoziazione tra MMG e specialisti, da cui « acquistano i servizi » (esperienza inglese). La scelta del tipo di tariffe, regolamentate o negoziate, può caratterizzare questi modelli in termini di vicinanza o meno ad un meccanismo di mercato.

#### 1) Medico Gatekeeper

Si verifica a consuntivo l'ammontare della spesa indotta dal MMG, contabilizzando i consumi sanitari prescritti ai suoi pazienti, potendo premiare, ad es. grazie alla quota variabile, i medici che hanno rispettato tetti di spesa predeterminati (budget). Questo modello facilita il controllo di gestione per i servizi territoriali in genere, obbligando l'esplicitazione della prestazione e dei relativi costi.

In questo modello il MMG è incentivato a:

- evitare eccessivi invii agli specialisti (per non superare il budget);
- relazionarsi maggiormente con gli specialisti, nei cui confronti è incentivato a ritrovare la loro funzione di « consulenti » e recuperando la piena responsabilità sul paziente.

#### *Vantaggi*

— È il modello più facilmente implementabile, nonostante richieda già un ingente sforzo per sviluppare i necessari strumenti organizzativi e informativi per arrivare a consuntivare la spesa.

#### *Svantaggi*

— Il budget di spesa definito su un numero così limitato di pazienti, iscritti presso un solo medico, è suscettibile di una eccessiva variabilità attorno a una media costruita sulla base di una quota pro capite.

- I MMG non escono dall'attuale isolamento.
- Non aumenta il potere negoziale dei MMG verso gli specialisti.
- Il sistema incentivante è piuttosto debole e funziona a consuntivo.

— Le procedure di monitoraggio, le tariffe, i meccanismi di budget devono essere predisposti e implementati in un contesto probabilmente non maturo.

## 2) Medicina di gruppo

I MMG si associano e ottengono, come nel modello precedente, un budget, ma di gruppo, che sarà statisticamente più significativo del budget per singolo medico. « Acquistano », come nel modello precedente, servizi diagnostici e specialistici, con un incentivo, in questo caso per il gruppo, rispettando il budget di spesa.

Il gruppo di medici diventa un ambito di verifica e discussione reciproca, tra colleghi di pari livello, stimolati collettivamente al raggiungimento di risultati che comportano vantaggi di gruppo.

I rischi di mancanza di continuità, frammentazione degli interventi e burocratizzazione della professione vengono diminuiti in un contesto appropriatamente organizzato. L'associazionismo medico, inoltre, permette di risolvere con meno oneri individuali la soppressione della guardia medica festiva e notturna.

### *Vantaggi*

— Si rompe definitivamente l'isolamento dei MMG collocandoli organizzativamente in un contesto di collaborazione di gruppo.

— I budget diventano statisticamente più significativi.

— Si facilita la soluzione del problema della guardia medica.

### *Svantaggi*

— I problemi di implementazione crescono: oltre allo sviluppo di strumenti di gestione (già dal I modello), occorre costruire una pratica associativa che implica anche una modifica culturale.

## 3) Medicina di gruppo integrata con diagnostica e specialistica

Si creano dei gruppi integrati composti da MMG e PLS associati, specialisti ambulatoriali, laboratoristi e radiologi che gestiscono l'assistenza sanitaria di primo livello territorialmente nelle macroU.s.l. (gli attuali distretti riprogettati). Ogni gruppo integrato gestisce un budget di risorse per i propri assistiti per l'assistenza sanitaria di I livello, con cui deve coprire tutte le proprie spese. Percentuali su eventuali risparmi compongono l'incentivo per MMG, specialisti e laboratoristi.

Nel caso in cui la contabilità dei costi dimostri un risparmio sul budget atteso della popolazione del distretto, il distretto verrà incentivato con premi agli operatori e con la possibilità di investire parte dei risparmi nelle strutture e nei programmi del distretto.

In questo modo il gruppo di lavoro, discussione e verifica si allarga e comprende, oltre ai MMG, anche specialisti, laboratoristi e radiologi. In questo caso non si può più parlare di potere negoziale dei MMG verso gli specialisti, ma di integrazione e di collaborazione per obiettivi, anche remunerativi, comuni. I meccanismi operativi per gestire il budget di un gruppo di lavoro di questa natura possono essere diversi:

— assegnazione del budget direttamente al gruppo, o ai gruppi, che insistono su un distretto;

— assegnazione del budget al distretto, il cui dirigente responsabile provvederà a coordinare obiettivi e incentivi con il gruppo di lavoro (su programmi definiti dall'Unità sanitaria locale);

— l'integrazione con gli specialisti potrebbe essere anche di natura esclusivamente funzionale, prevedendo cioè una loro partecipazione negoziata e definita ma esterna al gruppo, senza un inserimento nel distretto.

In prospettiva strutture simili potrebbero rappresentare la risposta del sistema pubblico alla concorrenza di strutture o circuiti analoghi gestiti dal sistema delle mutue volontarie, che garantiranno soprattutto servizi di I livello, finanziabili a quota capitaria per il tipo di servizi che garantiranno.

### *Vantaggi*

L'elenco dei vantaggi comprende tutti quelli del modello precedente.

— Il rapporto MMG e specialisti diventa pienamente collaborativo, con incentivi monetari comuni.

— Si potrebbe introdurre una maggiore integrazione tra distretti e medicina di base, e tra distretti e specialistica.

— Si favorisce il processo di distrettualizzazione, prospettato dal D.L.vo 502 in parallelo all'aumento delle dimensioni delle U.s.l..

— Si prospetta un decentramento per la specialistica di I livello.

*Svantaggi*

— L'implementazione palesa, oltre alle difficoltà del modello precedente, anche l'opportunità dell'integrazione con i distretti, caratterizzati da livelli di funzionalità molto eterogenei.

**Quale modello scegliere?**

La realtà attuale della medicina di base è molto distante da tutte le ipotesi presentate, in termini culturali, di prassi consolidate, di conoscenze e strumenti gestionali.

Qualsiasi modello si scelga i tempi attuativi saranno molto lunghi, crescenti passando dalla I alle successive ipotesi. Considerando che il modello organizzativo deve tener anche conto della cultura degli operatori e delle loro preferenze (in questi casi i MMG e PLS) la strada migliore sarebbe quella di lasciare aperte queste 3 possibilità. Alla base di questa proposta ci sarebbe, infatti, l'ipotesi che organizzarsi secondo le proprie preferenze produca migliori risultati in termini di utilizzazione delle risorse e soddisfazione dei pazienti, rispetto all'alternativa di dover accettare un modello organizzativo imposto da altri.

In questo modo il cambiamento sarebbe senz'altro graduale e verrebbe promosso dagli stessi MMG e PLS.

Nulla vieta, poi, che la Regione a sua volta ipotizzi, magari dopo una prima fase di valutazione, quale sia il modello organizzativo da preferire e lo promuova tramite interventi e incentivi monetari e non monetari.

Risulta urgente, anche, provvedere al disegno e alla costruzione di un sistema informativo tale da permettere la gestione e il monitoraggio della convenzione, che tenga conto dei diversi modelli organizzativi e dei meccanismi premianti.

Il primo sviluppo in tema di strumenti gestionali, dovrà probabilmente essere la consuntivazione della spesa indotta dai MMG, con appropriate tecniche di monitoraggio. A questo proposito gli investimenti organizzativi e informatici necessari sono considerevoli (si pensi alla necessità del CUP che funzioni a regime per monitorare l'assistenza specialistica). Questo percorso può essere favorito dalla volontà di collegare il rispetto di tetti di spesa al sistema incentivante che dovrebbe essere inserito nella convenzione per i MMG.

*Quale ruolo per il distretto?*

Per quanto è già stato detto, i rapporti tra medici di famiglia e distretto sono destinati a diventare più consistenti. Infatti, il sistema premiante del medico di famiglia è, in gran parte, legato a 2 obiettivi fondamentali, che rispondono anche alle esigenze dell'Assistenza Sanitaria Primaria e del distretto:

1) prevenire o ritardare l'istituzionalizzazione;

2) favorire la precocità della dimissione.

Allo stesso sistema premiante deve essere interessato il personale del distretto, per incentivare una maggiore coesione tesa al raggiungimento di obiettivi comuni.

In particolare, il responsabile del distretto dovrebbe instaurare un legame privilegiato con i medici di famiglia.

Un'opzione interessante potrebbe essere quella per cui i medici di famiglia stessi non più forzatamente assegnati a un ambito specifico di scelta per i loro assistiti, scelgano il distretto di riferimento, tenendo anche conto delle doti del responsabile del distretto e della qualità del personale che vi lavora.

Infatti, il responsabile di distretto svolge alcune importanti funzioni che possono condizionare la pratica professionale dei medici di famiglia:

— acquisisce le risorse necessarie per garantire l'assistenza domiciliare infermieristica ed integrata;

— cura la realizzazione distrettuale di progetti di collaborazione U.s.l.-medici di famiglia, sia sul versante dell'assistenza che sul versante della ricerca, garantendo i necessari adattamenti alle situazioni locali, le verifiche e il ritorno di informazione sui risultati ad interim e finali ai medici di famiglia;

- gestisce e dirige le risorse distrettuali, prestando particolare attenzione agli aspetti di soddisfazione degli utenti e alla partecipazione della Comunità locale;
- promuove l'attivazione di strumenti e modalità di comunicazione tra i diversi professionisti e le diverse agenzie che agiscono nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, del volontariato e del privato sociale, al fine di facilitare la continuità e globalità dell'assistenza;
- promuove la definizione e verifica l'utilizzazione di percorsi preferenziali per il ricovero in ospedale di pazienti cronici di particolare impegno per le famiglie, in occasione di episodi acuti che lo rendono necessario;
- promuove, presso l'utenza, l'informazione sui servizi esistenti, le modalità di accesso, gli orari, gli indirizzi, le sedi.

### Una proposta di modello retributivo

Alla luce di quanto fin qui discusso presentiamo ora una proposta di modello retributivo per la nuova convenzione dei MMG e PLS.

Esso si ispira a tre principi fondamentali:

- 1) rimanere entro i limiti delle disponibilità finanziarie;
- 2) garantire una quota di reddito « sicuro » legato alla quota capitolaria;
- 3) prevedere una adeguata percentuale della retribuzione legata a quote variabili, in modo da disporre di una efficace leva di incentivazione nella gestione del rapporto con i medici di base.

Il modello retributivo qui proposto è articolato e composto di più parti. La definizione delle singole parti potrebbe utilmente essere lasciata all'ambito regionale, mentre l'individuazione degli obiettivi rispetto a cui incentivare dovrebbe essere di competenza delle U.s.l. L'aumento degli spazi in cui la convenzione viene gestita e la corrispondente diminuzione degli aspetti meramente amministrativi, impone il passaggio delle responsabilità e del potere direzionale dalle Regioni alle U.s.l.

L'articolazione in più parti dello schema retributivo qui proposto rende possibile:

- una implementazione graduale, rendendo possibile un processo di avviamento coerente con la situazione di partenza;
- una sua modifica nel tempo al cambiare degli scenari e degli obiettivi sanitari;
- la disponibilità di uno strumento gestionale flessibile, a supporto della discrezionalità dei manager, per la gestione a livello di U.s.l. della medicina di base.

#### *Lo schema retributivo*

La retribuzione viene divisa in 5 parti.

A parte la quota fissa, le altre parti variabili della remunerazione potranno non essere pagate, pagate in parte o pagate in toto ai singoli medici, a seconda del grado di raggiungimento di obiettivi o comportamenti prenegoziati.

Le cifre che qui riportiamo sono puramente strumentali alla spiegazione dello schema retributivo e non vogliono rappresentare alcuna indicazione per la trattativa sindacale (per sottolinearne il valore esemplificativo abbiamo scelto un cifra mutuata dal contributo fiscale per la Medicina generale).

**Ipotizzata pari a 85.000 L la quota capitolaria fino a oggi pagata per assistito** (assumendo che in essa siano comprese anche le somme pagate per le attuali PPIP, ADP, indennità di dotazioni strumentali ecc...), abbiamo calcolato il valore medio delle diverse parti, componenti lo schema retributivo, in modo da mantenere in media un esborso identico a quello sostenuto finora dal S.s.n. per i MMG.

**La quota fissa comprende L. 65.000 pro assistito**, mentre per ognuna delle altre quattro parti della remunerazione, la quota capitolaria oscilla tra un minimo di L. 0 e un massimo di L. 10.000 obbligatoriamente L. 5.000 in media tra i MMG, in modo da non superare la media delle L. 85.000 per iscritto.

<b>1) Quota fissa pro capite .....</b>	<b>L. 65.000</b>
(può essere ipotizzata marginalmente decrescente, oltre certe soglie ritenute ottimali. Ad esempio, tra i 1500 e i 1800 assistiti la quota potrebbe essere abbassata del 10% e del 15% oltre i 1800 assistiti).	
<b>2) Quota incentivo per la prenotazione e refertazione diretta delle visite specialistiche, esami strumentali e di laboratorio .....</b>	<b>L. 0 - L. 10.000</b>
(collegamenti telematici dovrebbero consentire agli assistiti di non peregrinare da un luogo all'altro per adempimenti amministrativi: sarebbe un grande vantaggio per loro e anche per le U.s.l. che, in questo modo, potrebbero riconvertire in parte le mansioni del personale addetto agli sportelli).	
<b>3) Partecipazioni a programmi di ricerca e di educazione sanitaria L. 0 - L. 10.000</b>	
(l'incentivo sarà collegato al numero di pazienti raggiunto, marginalmente crescente all'aumentare della percentuale coperta-target payment).	
<b>4) Partecipazione a programmi assistenziali e di screening .....</b>	<b>L. 0 - L. 10.000</b>
Alle singole prestazioni viene attribuito un punteggio. Si divide una spesa predefinita (un budget di spesa) per il punteggio totale ottenuto sommando i punteggi di tutti i medici di una zona. Questa divisione calcola il valore monetario che verrà pagato per ogni « punto-prestazione ».	
<b>5) Percentuale risparmio tetto di spesa .....</b>	<b>L. 0 - L. 10.000</b>
Vi è un premio per i MMG che rispettano i tetti di spesa programmati.	
<b>Totale medio .....</b>	<b>L. 85.000</b>

L'esborso medio per assistito rimane di L. 85.000, ma la retribuzione media per iscritto dei singoli MMG sarà diversa, a secondo del grado di corrispondenza dei loro comportamenti con i programmi dell'U.s.l. Vi saranno MMG che avranno una quota capitaria superiore, fino a massimo di L. 105.000 per iscritto, qualora soddisfacessero al meglio tutte le richieste pattuite dalla categoria con l'U.s.l.; mentre altri medici avranno una quota capitaria inferiore alla media, fino a un minimo di L. 65.000 per assistito, qualora per nessuna voce delle quote variabili risultassero idonei.

Per molte delle voci variabili (3-4-5), l'incentivo non è correlato con il numero degli iscritti, ma si calcola in base ad altri fattori: numero pazienti coinvolti (3-4), % di risparmio sul budget (5) e quindi non deve essere pagata attraverso il meccanismo della quota capitaria marginale che è stata qui proposto solo per ragioni di esemplificazione del calcolo del monte incentivo per le singole parti variabili.

Il fatto che per le 4 voci variabili si possano concedere in media L. 5.000 per assistito, significa che sarà possibile definire degli obiettivi (strutturali, di rispetto di tetti, di mix di prestazioni) tali da incentivare chi li raggiunge appieno con un incremento marginale massimo (L. 20.000 media per assistito) e di non premiare chi se ne disinteressasse (L. 0 incrementali per assistito) e tutte le forme intermedie. Dal punto di vista finanziario, l'aspetto importante è che la spesa media sia di L. 5.000 per voce variabile per assistito, e che gli obiettivi siano definiti in modo tale da avvicinarsi a questa spesa media.

Ad esempio se gli abitanti di una U.s.l. fossero 100.000 e se in media vi fossero a disposizione L. 5.000 per abitante per incentivare i MMG che partecipano a programmi predefiniti, ciò significa che la spesa a disposizione è di 500 milioni per l'incentivo alla partecipazione a programmi. Ammettiamo che i MMG siano 100, di cui 50 partecipano ai programmi U.s.l. e 50 no. L'U.s.l. potrebbe così stabilire una remunerazione aggiuntiva media di 10 mil. per ogni MMG o PLS che partecipa ai programmi obiettivo, mantenendo lo stesso tetto complessivo (50 MMG x L. 10 Mil. = L. 500 Mil.).

Evidentemente l'anno successivo ci sarà da attendersi un deciso aumento dei MMG che partecipano al programma poniamo 75, mentre probabilmente, due esercizi dopo, tutti vorranno

partecipare al programma. Da 10 Mil. l'incentivo scenderà inizialmente a L. 6,6 Mil. Quando il programma starà per essere realizzato completamente, sarà opportuno rinegoziare l'incentivo legandolo a un nuovo obiettivo, per evitare di raggiungere una distribuzione a pioggia dell'incentivo, che ne inficerebbe lo scopo.

Naturalmente lo schema proposto ha soprattutto valore di esempio ed intende proporre più che altro una logica retributiva a cui rifarsi in sede di definizione della convenzione.

La definizione delle diverse parti di cui si compone lo schema retributivo potrebbe essere di competenza regionale, mentre la concreta definizione, negoziazione e gestione degli obiettivi dovrebbe essere di competenza dell'U.s.l. azienda.

Non va, poi, trascurato, che a questo schema retributivo monetario vanno aggiunti eventuali incentivi non monetari e, soprattutto, va conferita una maggiore autorità ai MMG e PLS per quanto riguarda la modellazione progressiva del sistema dell'offerta sanitaria (vedi paragrafo 3 ultimi commi).

In questo modo si pensa di mettere a disposizione dei manager della medicina di base un efficace strumento di indirizzo dell'assistenza sanitaria primaria e di gestione della convenzione promuovendo una maggiore autonomia professionale per i MMG e PLS e riconoscendone il valore.

# LA MISURAZIONE DELLA COMPLESSITÀ RELATIVA DELLE PROCEDURE DI CHIRURGIA GENERALE

UN DOCUMENTO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

di Carlo Ramponi

Università « L. Bocconi » - SDA - Cergas - Milano

Coordinatore del gruppo di lavoro per la definizione dei pesi degli interventi chirurgici, presso l'Assessorato regionale alla sanità della regione Emilia-Romagna

**SOMMARIO:** Misure di input e misure di output nell'azienda ospedale - La metodologia utilizzata - La base di partenza - Il piano di lavoro: la metodologia operativa; i risultati raggiunti; criteri per l'applicazione dei pesi relativi - Gli utilizzi potenziali - Prospettive future.

## Misure di input e misure di output nell'azienda ospedale

L'esigenza di definire un sistema di misurazione applicabile alle procedure chirurgiche è nata nell'ambito dell'Assessorato regionale alla sanità della regione Emilia-Romagna, quale naturale evoluzione del progetto di sviluppo organizzativo e manageriale, iniziato nella prima metà degli anni ottanta, quando la stessa amministrazione aveva realizzato che, senza strumenti di misura delle attività sanitarie, il sistema sarebbe diventato rapidamente incontrollabile nel senso sia economico che dell'efficacia dell'intervento.

Gli strumenti gestionali più innovativi, implementati nella realtà emiliano-romagnola, sono stati la *contabilità direzionale*, la *misura del case-mix ospedaliero* basato sul sistema di classificazione americano dei *Diagnosis related groups*, e, in tempi più recenti la gestione a *budget* delle U.s.l.

La contabilità direzionale (da ora CD) quale strumento di gestione, fa principale riferimento ai fenomeni economici, rilevabili sulla base dell'individuazione di Centri di costo

quali elementi costitutivi rilevanti della struttura organizzativa della U.s.l.

Una lettura dell'organizzazione ospedaliera (o territoriale) attraverso l'ottica della contabilità direzionale, pone fortemente l'accento sulle manifestazioni economiche, con ciò intendendo la possibilità di quantificare i consumi delle diverse tipologie di risorse necessarie a svolgere le attività tipiche sanitarie. Lo strumento contabilità direzionale rappresenta una condizione necessaria affinché i professionisti medici possano essere responsabilizzati sui consumi complessivi (input) e, aspetto anche maggiormente rilevante, sulle combinazioni di risorse diverse per « produrre » servizi sanitari (output).

Il sistema CD per esplicitare il massimo delle potenzialità, sul piano della programmazione e del controllo della gestione, necessita di rilevanti investimenti nel trattamento automatico dei dati; questa considerazione e la struttura stessa del sistema di rilevazione per centri di costo, ne ha in parte ridotto l'utilizzabilità quale strumento di responsabilizzazione economica per i professionisti medici in quanto non perfettamente in grado di comunicare con efficacia e tempe-

stivamente, con un linguaggio comprensibile ed accettato, i fenomeni economico-gestionali rilevanti per il professionista medico.

La maggiore difficoltà sta proprio nel fatto che il dato di costo, per come viene rilevato e proposto, non si presta ad essere adeguatamente collegato con le attività professionali svolte all'interno di una divisione di chirurgia, medicina, o in un servizio diagnostico quale un laboratorio di patologia clinica o un servizio di radiologia o immunotrasfusionale. Va tuttavia osservato che questi dati di costo possono essere mediamente collegati alle attività svolte (output): così dalla struttura della CD si può risalire al costo medio per paziente trattato, al costo medio per seduta operatoria, al costo medio di una determinazione di laboratorio o di prestazione radiografia, e così di seguito. È indubbio che rispetto al passato queste elaborazioni rappresentano un notevole passo in avanti, ma tuttavia mantengono un elevato livello di approssimazione in dipendenza delle modalità di raccolta ed elaborazione dei costi, dei criteri di imputazione dei costi generali, e soprattutto dell'impossibilità di distinguere le diffe-

renze tra i diversi casi trattati. Il sistema CD, che rappresenta per ogni organizzazione una condizione essenziale per lo sviluppo di più sofisticati strumenti di management, pur con i limiti considerati, può essere utile impiegato, in un sistema prevalentemente pubblico, come base per l'individuazione di criteri di riparto del Fondo sanitario regionale, per valutazioni comparate di efficienza produttiva e per valutazioni circa l'entità dei costi generali, o di struttura, che, quando non controllati, possono pregiudicare l'equilibrio aziendale complessivo.

Pressoché contemporaneamente la stessa amministrazione regionale ha impostato una sperimentazione, sempre a prevalente orientamento gestionale, più orientata alla misurazione delle attività ospedaliere, con lo scopo di individuare differenze operative tra strategie terapeutiche (riferite alla stessa patologia) adottate nei diversi ospedali (o in divisioni omogenee dello stesso ospedale) e di documentare tali differenze attraverso un linguaggio che fosse accettato e condiviso dai professionisti medici. Tale sperimentazione si è fondata sulle esperienze americane di un gruppo di ricercatori di guidato da Robert Fetter.

La base di partenza è stata la progettazione e adozione di una scheda di dimissioni proposta dal Ministero della sanità (diventata solo recentemente obbligatoria per tutti gli ospedali italiani con D.M. 28 dicembre 1991). Tale cartella raccoglie una serie di informazioni essenziali che caratterizzano il paziente (dati anagrafici essenziali, compreso età e sesso), la diagnosi principale (definita con le dimissioni del paziente), eventuali diagnosi secondarie (a testimoniare l'eventuale presenza di comorbilità o complicanze durante il ricovero), il tipo e il numero delle diverse procedure chirurgiche (se il paziente è un caso chirurgico), trasferimenti intrao-

spedaliere, la tipologia di dimissioni (normali, volontarie, trasferimenti ad altri nosocomi, decessi). Nel caso di più diagnosi (o più procedure chirurgiche), la diagnosi (o la procedura chirurgica) principale è rappresentata da quella che rende ragione del maggior consumo di risorse.

I dati così raccolti vengono sottoposti ad un software di elaborazione statistica in grado di raggruppare, sulla base di un predefinito schema di elaborazione, tutti i pazienti che condividono le seguenti caratteristiche (le variabili indipendenti):

- 1) diagnosi principale;
- 2) diagnosi secondarie (fino a 4);
- 3) eventuale intervento/i chirurgico/i (fino a 4);
- 4) età e sesso;
- 5) stato alle dimissioni (dimesso, trasferito, deceduto).

Il numero dei raggruppamenti previsti dal sistema di classificazione, nella versione adottata dalla regione Emilia-Romagna, è pari a 470.

Il sistema è in grado di calcolare per ogni gruppo di pazienti, *omogenei per diagnosi* una *durata media di degenza gruppo-specifica* e ogni ospedale (ed ogni divisione) può essere analizzato sulla base del proprio case-mix, che può essere a sua volta indagato sulla base di due dimensioni rilevanti:

1) *la proporzione dei ricoveri gruppo specifica*, che indica, sul totale dei ricoveri del periodo individuato, la percentuale di ricoveri che appartiene ad ogni singolo raggruppamento DRG-specifico;

2) *la durata media della degenza gruppo-specifica*, che si ottiene sommando la durata della degenza di tutti i pazienti appartenenti ad uno stesso DRG e dividendo la somma ottenuta per il numero di pazienti dello specifico DRG.

Disponendo di uno standard di riferimento regionale, è possibile, utilizzando una semplice statistica, mettere a confronto le dimensioni rile-

vanti del case-mix locale (ospedaliero o divisionale) con quelle del campione di riferimento. Ne risultano due indicatori sintetici definiti come:

- 1) *indice di case-mix*;
- 2) *indice comparativo di performance*;

i quali consentono di « posizionare » l'ospedale (o la divisione) rispetto al campione generale secondo le dimensioni:

- a) di performance e
- b) di efficienza operativa.

Così utilizzato questo strumento fornisce rilevanti vantaggi in termini di comunicabilità e accettabilità delle elaborazioni condotte; permane tuttavia il problema di individuare un modo per collegare le attività svolte con i costi di produzione; un mezzo possibile è quello di individuare una metodologia che saldi la CD con il sistema DRG. Per questo scopo è necessario individuare una metodologia di specializzazione dei costi che tenga conto della complessità delle prestazioni il cui costo deve essere « trasferito » sullo specifico caso trattato e, come estensione, sullo specifico DRG.

### La metodologia utilizzata

La diffusione di strumenti gestionali nell'ambito regionale emiliano-romagnolo, e la diffusa sensibilità ai temi di management (ottenuta anche attraverso numerosi programmi di formazione manageriale) maturata da molti professionisti medici della Regione (vedi nota), ha condotto in breve tempo alla costituzione di un gruppo di lavoro formato dai primari ed aiuti di chirurgia generale, gruppo rappresentativo dell'intera realtà regionale. Il gruppo di lavoro, sotto la guida di un esperto di management e con la tutorship di un funzionario regionale, ha, come prima attività stabilito l'obiettivo da perseguire che può essere così formulato: definire un nomenclatore delle pro-

cedure chirurgiche di pertinenza della chirurgia generale e, nel contempo stabilirne un valore relativo, rappresentativo della complessità della procedura.

Il gruppo così costituitosi, espressione diretta della delegazione emiliano romagnola dell'Associazione chirurghi ospedalieri italiani, si è riunito per la prima volta nell'ottobre del 1991. Il lavoro si è concluso nel febbraio 1993 con la stesura definitiva della lista, delle procedure chirurgiche pesate.

Una delle prime difficoltà da affrontare è stata quella di tradurre le esigenze della sperimentazione regionale in termini accettabili e comprensibili per un gruppo di specialisti, la cui principale focalizzazione è rappresentata dall'attività professionale chirurgica. Infatti anche se appare semplice trasmettere il concetto di misurazione delle risorse impiegate, astruendo dall'esperienza concreta, appare invece assai complesso tradurre lo stesso concetto quando lo si voglia applicare alle attività sanitarie, poiché ogni professionista, quando richiama il proprio vissuto professionale, tende a generalizzare la propria esperienza, trasformando la casistica individuale in casistica generale. L'inverso accade quando lo stesso professionista si trova a valutare la generalizzazione esposta da altri professionisti; spesso si ottiene l'effetto opposto (di ridimensionamento) sull'altrui casistica. Ciò sta a significare che ogni professionista dispone di un sistema di misura individuale, fondato su un insieme di schemi mentali (a loro volta dipendenti da numerose variabili, quali la cultura di base e specialistica, i valori, gli interessi prevalenti, la pratica maturata e l'orientamento di fondo) che sono propri del singolo professionista, abituato ad operare in un contesto in cui l'oggetto di riferimento delle proprie attività è rappresentato dal singolo paziente, che manifesta il proprio biso-

gno di salute in forme sempre differenti, richiedenti approcci diversi, in qualità e quantità, facendo di ogni caso clinico un caso sempre unico. La conseguenza prima è che se tutti i pazienti sono diversi tra di loro non sarà possibile definire un sistema di misura in grado di prescindere dalle esperienze individuali fondate sull'incontro medico-paziente e quindi non sarà possibile descrivere cosa identificare (se non attraverso l'uso di descrizioni estremamente elaborate) e come misurare così da sviluppare linguaggi comuni e unità di misura accettate da tutti i professionisti medici (o da frazioni significative) e utili per una razionale gestione aziendale.

Il gruppo di lavoro ha superato queste difficoltà, individuando prioritariamente la finalità dell'iniziativa; solo in questo modo è stato possibile superare barriere culturali (rappresentate spesso da differenti formazioni specialistiche) che si frapponevano sul cammino di questa ricerca.

La finalità accettata dal gruppo si può così enunciare: per migliorare l'uso delle risorse scarse, per ridurre l'incertezza cognitiva, per migliorare il processo decisionale nell'allocatione delle risorse, per sviluppare sistemi gestionali atti a favorire il confronto, la valutazione e l'assunzione di decisioni razionali dal punto di vista economico, per contribuire al miglioramento dell'efficacia sanitaria e dell'equità distributiva.

La finalità della ricerca tuttavia si sarebbe potuta dimostrare troppo ambiziosa, se valutata in riferimento alle conoscenze di base disponibili, agli strumenti operativi a disposizione e alla volontà di utilizzare un approccio metodologico condiviso. Conoscenze disponibili, strumenti operativi e approcci metodologici possibili sono stati i vincoli da rispettare, entro cui muoversi, per ottenere il miglior risultato possibile rappresentabile a sua volta come la definizione di un nomenclatore di procedure chi-

rurgiche in grado di comprendere le attività chirurgiche svolte, su base regionale, da tutte le divisioni di chirurgia generale; ad ogni voce del nomenclatore aggregare un indice numerico indicativo della complessità relativa della procedura, descritta in termini di difficoltà di esecuzione, di rischio relativo, di tempo necessario per l'esecuzione, di complessità dell'equipe impegnata (numero e profilo professionale degli operatori coinvolti).

Definite le finalità e l'oggetto di riferimento della ricerca, non restava che definire metodo di lavoro in grado di rispettare i vincoli stabiliti e più sopra elencati.

### La base di partenza

Considerati i vincoli, il gruppo di lavoro ha accolto il suggerimento di alcuni membri e del coordinatore, di utilizzare, come base di partenza il

#### *Catalogue des actes médicaux*

Fascicule spécial n. 87/21 bis pubblicato il 1° luglio 1987 dal Ministero degli affari sociali e del lavoro francese.

Il catalogo rappresenta il prodotto del lavoro di numerose commissioni tecniche, iniziato nel 1982 ed in fase di continua revisione, per i necessari aggiornamenti; esso è articolato in sette titoli, identificati da lettere greche, ognuno dei quali identifica un settore di attività con le rispettive prestazioni/procedure. I titoli del catalogo sono rappresentati nella tabella a pagina seguente.

Le diverse commissioni (pari in numero al numero dei titoli del catalogo) composte da gruppi di esperti, hanno proposto per i settori di loro specifica competenza, un peso relativo, espressivo del costo dei mezzi materiali ed umani necessari per ogni prestazione/procedura.

I sette titoli sono indipendenti tra di loro per ciò che riguarda la scala di valori prescelta; ciò significa per

**Tabella 1 - Titoli del Catalogue des actes medicaux. Fascicule spécial n. 67/21 bis**

alfa	(AL):	Procedure diagnostiche e terapeutiche
beta	(be):	Anestesiologia
gamma	(ga):	Diagnostica per immagini
mu	(mu):	Radioterapia
rho	(rh):	Anatomia e istologia
to	(to):	Patologia clinica
omega	(om):	Rianimazione

esempio che i valori numerici del titolo AL non sono confrontabili con quelli del titolo OM, e così per tutti gli altri. (A questo proposito si sottolinea come lo stesso approccio sia stato seguito nell'ambito della ricerca della regione Emilia-Romagna per la definizione dei pesi relativi delle procedure di laboratorio, radiologia, medicina nucleare, ecc.)

Il titolo alfa (AL) (contenente tutte le procedure di interesse chirurgico), è suddiviso in diciassette capitoli che rappresentano i grandi sistemi funzionali. In ogni capitolo, la classificazione delle procedure e degli atti chirurgici segue, per quanto possibile, il seguente schema: la definizione della dimensione anatomica (sottocapitolo per organo), quindi la definizione di una dimensione tecnica (le rubriche « atti diagnostici », « atti terapeutici non chirurgici », « interventi »).

Per fare un esempio l'intervento ESOFAGOSTOMIA si trova in:

- a) Titolo alfa: Procedure diagnostiche e terapeutiche
- b) Capitolo 5: Apparato digerente (sistema funzionale)
- c) Sottocapitolo 5.1: Esofago (dim. anatomica)
- d) Interventi sull'esofago: ESOFAGOSTOMIA (dim. tecnica)

I criteri generali utilizzati nel manuale francese per la definizione dei pesi delle procedure chirurgiche sono i seguenti:

1) *Principio della sommabilità*: più manovre praticate nel corso del medesimo intervento chirurgico, vanno sommate, per la definizione del peso complessivo dell'intervento stesso, salvo le eccezioni specificate.

2) *Principio della gerarchizzazione delle procedure*: ogni manovra obbligatoria per la realizzazione di un'altra (relazione sequenziale) non va sommata all'atto finale (che già la ricomprende).

3) *I fattori di correzione*: si possono utilizzare al massimo due fattori di moltiplicazione per i pesi nelle seguenti condizioni:

a) se il paziente presenta una condizione di sovrappeso pari a 1,3 volte il peso ideale secondo la formula di Lorentz, il fattore di moltiplicazione è definito pari a 1,25;

b) se l'intervento avviene oltre il normale orario contrattuale (dalle 8 alle 20, dal lunedì al venerdì, se giorni non festivi) il fattore moltiplicativo è pari a 1,20;

c) se si tratta di un reintervento nella stessa sede anatomica o di un intervento dopo radioterapia, il fattore moltiplicativo è pari a 1,50.

### Il piano di lavoro

La prima decisione del gruppo è stata quella di definire l'ambito di competenza della chirurgia generale; l'approccio pragmatico utilizzato è stato quello di definirne l'ambito, « censendo » sinteticamente le attività preva-

lenti di cui i componenti il gruppo si occupavano: i raggruppamenti individuati, riguardavano la chirurgia addominale, toracica, vascolare e laparoscopia (secondo criteri misti, anatomico, funzionale e strumentale. I raggruppamenti sono di seguito diventati il fondamento per la costituzione di sottogruppi operativi, responsabilizzati su definite parti del progetto.

La decisione successiva è stata quella di selezionare, all'interno del titolo alfa (AL) del sistema francese, i capitoli di interesse della chirurgia generale; operazione solo apparentemente semplice, in quanto era necessario rispettare « i confini » verso altre specialità chirurgiche (per esempio nel distretto del collo), senza perciò sacrificare le professionalità rappresentate nel gruppo stesso. Si è preferito assumere un approccio allargato in quanto, la definizione del peso per interventi affrontabili anche da specialità chirurgiche diverse, non limita né la libertà professionale, né eventualmente preclude la possibilità di raccogliere suggerimenti anche da altri specialisti (come è stato per la definizione del sistema francese) anche se va rilevato che un eccessivo allargamento dell'ambito di competenza specialistica a procedure chirurgiche poco rappresentate nella casistica della chirurgia generale, potrebbe comportare l'introduzione di errori di valutazione (sopra o sottovalutazione) della complessità dovuti alla rarità delle procedure.

I capitoli selezionati dal catalogo francese come base di partenza sono stati quelli elencati nella tabella n. 2.

**Tabella 2 - Capitoli selezionati dal catalogo francese, di pertinenza prevalente della chirurgia generale**

Capitolo 5:	Apparato digerente
Capitolo 6:	Parete addominale
Capitolo 11:	Apparato respiratorio
Capitolo 13:	Vasi
Capitolo 15:	Mammella, pelle e tessuto sottocutaneo
Capitolo 16:	Ghiandole endocrine
Capitolo 17:	Sistema linfatico e organi emopoietici

Altre procedure sono state estrapolate dal capitolo 7 (Apparato urinario) per la chirurgia renale e dal capitolo 14 (Apparato locomotore) per le disarticolazioni e disinserzioni.

All'interno di ogni capitolo, ogni sottocapitolo è articolato in: manovre diagnostiche, interventi terapeutici non chirurgici ed interventi chirurgici. Il numero complessivo di codici interessati dall'elaborazione è stato di circa 1300 (comprensivi naturalmente anche degli eventuali interventi terapeutici non chirurgici, secondo la classificazione francese).

### *La metodologia operativa*

Per garantire snellezza operativa e nel contempo tesaurizzare le esperienze individuali, il gruppo ha deciso di costituire sottogruppi di lavoro più snelli (meno persone coinvolte, maggiore omogeneità specialistica intragruppo, minori difficoltà di integrazione rispetto ai momenti di incontro, minori difficoltà di comunicazione, maggiori possibilità di focalizzazione degli elementi problematici, da portare al livello della commissione plenaria), ed anche più efficaci per la maggior focalizzazione sui temi oggetto di elaborazione.

Gli ambiti operativi sono stati inizialmente così definiti:

- 1) sottogruppo per la chirurgia dell'apparato digerente;
- 2) sottogruppo per la chirurgia vascolare;
- 3) sottogruppo per la chirurgia toracica.

In questa prima tornata di lavori, sono stati messi a punto:

- 1) la traduzione del testo dal francese;
- 2) la sua « italianizzazione » laddove non c'era perfetta corrispondenza tra la traduzione e il modo condiviso dal gruppo di descrivere le manovre chirurgiche;
- 3) i criteri di ponderazione delle procedure;

4) i primi tentativi di definire anche i criteri di uso.

Mentre il punto 1) e 2) (la stesura di un nomenclatore comune), pur rappresentando il prerequisito essenziale per lo sviluppo del progetto, non è risultato particolarmente problematico, in quanto oggetto di applicazione di cultura « professionale » consolidata e condivisa da tutti i partecipanti (il lessico specialistico), non altrettanto semplice si è rivelata l'individuazione dei criteri di ponderazione.

Il catalogo francese definisce i pesi come degli

Indici di complessità relativa espressione del costo del fattore umano e dei materiali necessari all'esecuzione della procedura.

Essendo valori adimensionali, è necessario dedurre che la loro validità poggia essenzialmente sul concetto di relativo; ciò significa che la scala di valori esprime una proporzionalità relativa (misure cardinali) e limitata agli oggetti cui si riferisce. In altri termini se una procedura A è valorizzata 50 e una procedura B è valorizzata 100, secondo il criterio francese la procedura B costa il doppio della procedura A. Non specificando il contributo di materiali e di persone, si potrebbe concludere che il costo doppio può essere principalmente se non esclusivamente imputato al costo del materiale, o viceversa. Oppure che la procedura A è meno costosa di B proprio perché non utilizza materiali costosi (per esempio protesici) ma solo attività umana.

Per ovviare a questi inconvenienti si può ricorrere, almeno in parte, alla metodologia già sperimentata negli USA, che prevede un forte coinvolgimento degli specialisti nella descrizione e quantificazione delle attività professionali e che enfatizza una duplice dimensione del lavoro: l'intensità e la durata espressa in minuti. Mentre la durata può essere facilmente quantificata, l'intensità può es-

sere percettivamente e comparativamente descritta; inoltre l'intensità è rappresentabile con diversi attributi, quali lo sforzo mentale, lo sforzo fisico, le abilità personali, lo stress, attributi quantificabili percettivamente dal singolo individuo che pertanto può esprimere l'intensità secondo una scala numerica individuale.

Il gruppo di chirurghi generali ha cercato di arrivare per consenso, alla definizione di un indicatore di complessità che descrivesse principalmente l'intensità e la durata dell'apporto umano e che solo in seconda istanza si correlasse positivamente con il consumo di materiali (di consumo o di apparecchiature), nei confronti dei quali agisce esclusivamente come fattore di proporzionalità, nell'attribuzione dei costi complessivi rilevati dalla contabilità dei costi.

Le tecniche utilizzabili per l'acquisizione di opinioni da parte di gruppi di persone (consumatori, opinion leaders, professionisti, studiosi) sono state ampiamente descritte in letteratura; l'organizzazione e le funzioni dei gruppi variano in base alla natura delle interazioni tra i membri dei gruppi stessi e in relazione al modo in cui le conclusioni finali sono raggiunte ed espresse. Ad un estremo si pone la rilevazione mediante telefono o mediante la posta; questi sistemi non consentono alcuna interazione tra i partecipanti. All'altro estremo stanno i gruppi di interazione, nei quali la discussione aperta, faccia a faccia, è incoraggiata così da mettere tutti i partecipanti di fronte a differenti e talora contrastanti punti di vista. I gruppi di consenso sono gruppi di interazione il cui obiettivo è la massimizzazione dell'accordo tra i partecipanti. Il rischio, implicito in questa modalità di ricerca del consenso, è rappresentato dalla possibilità che singoli individui, per caratteristiche di leadership individuale, o piccoli sottogruppi, che si formano per far prevalere un punto di vista

rispetto ad altri, possano esercitare un'influenza sproporzionata sull'intero gruppo. Per evitare, o quantomeno per ridurre gli effetti negativi di questi possibili comportamenti, il gruppo di lavoro ha suddiviso il lavoro in sottogruppi (v. sopra); ogni sottogruppo è stato responsabilizzato sull'elaborazione e sulla proposta di una prima stesura del nomenclatore e dei relativi pesi, nonché sui criteri per l'applicazione degli stessi. Questo primo « semilavorato » era poi sottoposto alla valutazione degli altri due sottogruppi i quali erano così messi nella condizione di valutare, da un lato la congruenza interna dell'elaborato, e dall'altro la congruenza « incrociata » con gli altri elaborati. Il processo, per iterazioni successive, ha condotto al risultato finale.

Per la definizione dei pesi relativi, ogni sottogruppo ha selezionato uno o più procedure di riferimento, scelte all'interno della propria area specialistica, con le seguenti caratteristiche:

1) procedure sufficientemente rappresentate nell'ambito delle divisioni di chirurgia generale (rappresentazione quantitativa);

2) procedure ritenute di base, all'interno dell'area specialistica, facilmente descrivibili, consolidate nell'esecuzione e pertanto fonte di accordo piuttosto che origine di « distinguo » metodologici.

3) procedure rappresentabili con un valore numerico (il peso relativo) il più possibile centrale rispetto alla scala di valori che si intendeva utilizzare.

Alla fine della prima parte del lavoro, i tre differenti elaborati, diversi per contenuto specialistico e soprattutto per la scala di valori utilizzata dovevano essere integrati in una scala comune di valori in grado di omogeneizzare le differenze nelle valutazioni tra specialisti, anche per gli stessi tipi di interventi. Questo problema, che si potrebbe definire di al-

lineamento dei valori, è stato risolto, confrontando i valori delle procedure base, selezionate come elementi guida e ritarando alternativamente ora i valori ritenuti troppo alti ora quelli ritenuti troppo bassi, con riferimento al criterio relativo della complessità percepita. Questa parte del lavoro, condotta dalla commissione nel suo insieme, è stata la più onerosa in termini di tempo in quanto il comportamento del singolo specialista tendeva a prendere il sopravvento rispetto alle esigenze generali. Va peraltro osservato che, come documenta HSIAO, nell'elaborazione per consenso, si innescano meccanismi di competizione culturale che possono portare al sopravvento di una tesi rispetto ad un'altra. La ricerca di una mediazione tra posizioni deve basarsi sulla conservazione del consenso dei partecipanti, cercando di enfatizzare gli elementi di accordo e di ridurre l'importanza degli elementi di conflitto; perciò il sistema di valori cardinali individuato appare il migliore possibile, dati i vincoli di risorse e la sensibilità ai problemi di misurazione delle attività mediche, attualmente in atto.

### *I risultati raggiunti*

I risultati si possono così sintetizzare:

a) elaborazione di un nomenclatore di procedure chirurgiche composto da 672 voci (a cui vanno ag-

giunte le 41 voci riguardanti la chirurgia video-laparo-toroscopica per le quali, come esplicitato nei criteri generali, è utilizzato un peso del tutto coincidente con le analoghe procedure toracolaparotomiche) e dal relativo peso;

b) elaborazione di una serie di criteri di applicazione, parzialmente differenti dal modello francese originario, per tener conto delle differenze culturali ed organizzative;

c) informatizzazione del nomenclatore in modo da poter ottenere le informazioni:

- 1) per ordine alfabetico;
- 2) per distretto chirurgico;
- 3) per classe di peso.

Per quanto riguarda il primo punto, la tabella seguente riassume le caratteristiche del lavoro:

La fascia più bassa assume punteggio 4 e comprende 7 codici; la fascia più alta (l'unica oltre 300) assume valore 380 e contiene un solo codice che si riferisce al trapianto del fegato. Pertanto il 99.9% dei codici è compreso entro un range di punti compreso tra 300 e 4.

Più della metà dei codici (che rappresentano procedure chirurgiche), e precisamente il 51.5% è compreso entro il valore di 100. Altro aspetto di rilievo è rappresentato dal fatto che entro il punteggio di 50 sono rappresentate ben 15 fasce di punti.

Il valore delle diverse fasce è riportato nella tabella n. 4 a pagina seguente.

**Tabella 3 - Riaggregazione statistica dei principali parametri di sintesi del lavoro svolto**

Pesi relat.	N. fasce	N. codici	% su totale	% cumulato
fino a ..... 50	15	142	21.1	21.1
fino a ..... 100	6	204	30.4	51.5
fino a ..... 150	5	148	22.0	73.5
fino a ..... 200	5	130	19.3	92.8
fino a ..... 250	3	24	3.6	96.4
fino a ..... 300	3	23	3.4	99.9
oltre ..... 300	1	1	0.1	100.0
Totale .....	39	672	100.0	—

Un contributo rilevante si ritrova inoltre nella aggregazione delle diverse procedure in distretti chirurgici; così sono stati evidenziati 18 distretti chirurgici, di seguito elencati con il relativo numero di procedure (tab. 5):

*Criteria per l'applicazione dei pesi relativi*

Quanto ai criteri di utilizzo dei pesi occorre considerare che la commissione ha deciso, rifacendosi alla scuola italiana di chirurgia nonché alle condizioni organizzative e alle tipicità del Sistema sanitario italiano, di non adottare *sic et simpliciter* i criteri d'uso francesi dei pesi chirurgici, ma di svi-

lupparne di propri, al fine di cogliere anche le esigenze della maggior parte delle realtà chirurgiche emiliane (e sperabilmente di quelle italiane). L'individuazione numerica dei diversi criteri (primo, secondo, terzo, ecc.), non rappresenta un'elencazione ordinale nel senso dell'importanza crescente, ma nel senso che i criteri vanno applicati a seconda delle condizioni rilevate; tuttavia essi sono elencati in un preciso ordine, a significare lo sviluppo cronologico del consenso all'interno del gruppo. Il criterio « Secondo Bis » infatti rappresenta l'ultima aggiunta, in ordine temporale, a maggiore esplicitazione del criterio « Secondo » (vedere documento allegato).

**Gli utilizzi potenziali**

Gli usi potenziali del nomenclatore e dei pesi delle procedure chirurgiche sono strettamente dipendenti dalle potenzialità informatiche che gli enti, pubblici o privati, sapranno sviluppare nel prossimo futuro. Il problema della gestione delle informazioni, siano esse di tipo epidemiologico-statistico siano di tipo gestionale, rappresenta un punto di debolezza, da tutti riconosciuto, di grande parte delle istituzioni sanitarie italiane. Proprio la strutturale mancanza di capacità di raccolta strutturata e durevole nel tempo, di elaborazione e gestione delle informazioni disponibili, ha reso difficili i processi decisionali nel settore sanitario, o almeno ha reso difficile l'istruzione dei problemi decisionali basati su considerazioni di economia sanitaria.

L'indeterminatezza informativa ha certamente contribuito allo sviluppo disarmonico delle aziende sanitarie italiane, con evidenti squilibri nella produzione dei servizi, nella loro distribuzione e nella loro fruizione.

Per quanto riguarda l'attività chirurgica, un'adeguata raccolta di informazioni potrebbe consentire:

a) la possibilità di proporre valutazioni di efficienza, confrontando le attività chirurgiche, espresse tramite il nomenclatore e misurate attraverso i pesi stessi, con le risorse necessarie alla loro produzione (saldando così la contabilità dei costi con gli indicatori di attività espressi secondo un lessico accettato dai professionisti medici);

b) la possibilità di proporre valutazioni di appropriatezza clinica attraverso l'elaborazione statistica delle « costellazioni » di codici utilizzati per singolo caso trattato;

c) la possibilità di confrontare metodiche consolidate con metodiche innovative, dal punto di vista dell'efficienza produttiva, ma anche dal punto di vista degli effetti sul paziente (valutazioni di outcome);

**Tabella 4 - Valore delle diverse fasce di peso individuati per le procedure interessanti alla chirurgia generale**

4	5	8	10	15	18
20	25	28	30	35	36
40	45	<b>50</b>	60	70	75
80	90	<b>100</b>	110	120	130
140	<b>150</b>	160	170	175	180
<b>200</b>	220	240	<b>250</b>	260	270
280	<b>300</b>				<b>380</b>

**Tabella 5 - Elencazione dei distretti chirurgici e numero di procedure chirurgiche pertinenti per distretto**

	N. procedure
1) Chirurgia della parete addominale	13
2) Chirurgia dell'esogafo	34
3) Chirurgia dello stomaco	26
4) Chirurgia del colon-retto	57
5) Chirurgia proctologica	30
6) Chirurgia epatica	45
7) Chirurgia pancreatica	29
8) Chirurgia mammaria	48
9) Chirurgia tiroidea e paratiroidea	19
10) Chirurgia surrenalica	14
11) Chirurgia vascolare	238
12) Amputazioni, disarticolazioni, innesti	10
13) Chirurgia del linfatico	4
14) Chirurgia del rene	5
15) Chirurgia toracica	85
16) Chirurgia dell'obesità	5
17) Sistemi impiantabili	5
18) Chirurgia del diaframma	5

d) la possibilità di esprimere, attraverso indicatori di sintesi, i fabbisogni di risorse a fini della gestione budgetaria di unità operative e dell'intera azienda ospedaliera, o U.s.l.;

e) la possibilità d'uso come base per la definizione di un sistema motivazionale in grado di (o di contribuire a) distinguere le inefficienze dalle efficienze, e di separare l'efficienza fine a se stessa dalla qualità del servizio erogato e della prestazione professionale;

f) la possibilità di costruire un sistema di prezzi per le attività chirurgiche erogate in regime libero professionale, o in regime convenzionale.

### Prospettive future

I sistemi di misurazione delle attività sanitarie sono in rapida evoluzione; il concetto di prodotto ospedaliero si sta arricchendo di numerose e sofisticate elaborazioni, sia verso un perfezionamento delle capacità di spiegare l'assorbimento delle risorse, sia verso la capacità di meglio interpretare il comportamento clinico dei medici e di valutarne la performance.

Il lavoro svolto dal gruppo di chirurghi generali « comprime » nelle maglie strette di un linguaggio tecnico, un prodotto, sofisticatissimo, dell'attività umana quale è l'attività chirurgica e, nel contempo, ne rappresenta la complessità attraverso una scala di valori numerica adimensionale *pro-tempore* (in realtà più correttamente multidimensionale perché descrivibile solo considerando molte dimensioni, al di fuori del mandato del gruppo di lavoro).

Si intravedono già, a lavor appena terminato, le possibilità di miglioramento; appare importante sottolineare due possibili vie di sviluppo, la prima connessa con la revisione del nomenclatore nel senso di un arricchimento delle voci proce-

durali (in quanto alcuni primi tentativi di applicazione ne hanno dimostrato la necessità) e la seconda connessa con l'esigenza di far combaciare il nomenclatore con le descrizioni utilizzate dalla Classificazione internazionale delle malattie (su cui peraltro si basa la classificazione DRG e molte altre applicazioni quali il sistema Disease Staging).

### NOTA N. 1

Il bisogno di collegare contabilità direzionale e DRGs si è manifestato (o almeno è stato rilevato) per la prima volta presso la divisione di chirurgia I<sup>a</sup> dell'ospedale S. Maria delle Croci, U.s.l. 35 Ravenna.

In questa realtà, la sperimentazione gestionale degli anni ottanta ha avuto notevole successo per una serie di condizioni favorevoli tra le quali spiccano la disponibilità di strumentazione informatica adeguata (la U.s.l. 35 dispone infatti di un servizio informatico fornito da un centro servizi esterno), in grado di supportare la rilevante quantità di informazioni necessarie per la costruzione di un sistema di contabilità direzionale, e il « clima organizzativo » instauratosi con la costituzione di una direzione sanitaria molto orientata all'applicazione delle più avanzate tematiche gestionali.

Proprio attraverso la stessa direzione sanitaria, l'ospedale di Ravenna è stato uno dei primi ospedali italiani a sperimentare l'applicazione del DRGs e a diffondere tra gli operatori, i primi risultati che dimostravano la capacità dello strumento di discriminare tra diversi comportamenti clinici, mediante l'uso della statistica a cui si è fatto cenno. Proprio per migliorare la comprensione dei fenomeni gestionali non esplicitati da strumenti come contabilità direzionale e DRG, un gruppo di chirurghi, aveva iniziato ad applicare un sistema di *indicatori di complessità* degli interventi chirurgici, abbastanza semplice da essere utilizzato a livello divisionale, ma sufficientemente complesso da inquadrare una parte rilevante dell'attività di chirurgia generale. Il sistema di indicatori elaborato rappresentava la dimostrazione della possibilità di quantificare (*misurare*) le attività chirurgiche, dimostrazione ancor più importante se si considera che l'elaborazione era stata condotta autonomamente da professionisti che per cultura, sensibilità e interessi sono tradizionalmente orientati ai temi inerenti le abilità tecnico-specialistiche piuttosto che a temi di tipo « amministrativo ».

La presenza di questa sensibilità ai temi della gestione, abbinata all'esigenza regiona-

le di proseguire sulla strada della misurazione delle attività sanitarie, hanno rappresentato l'occasione per la costituzione di un gruppo rappresentativo dell'intera area regionale, in grado di valorizzare anche le altre esperienze in corso.

### NOTA N. 2

Il lavoro di ricerca che è all'origine di questo articolo, è stato presentato al XII Congresso nazionale dell'Associazione chirurgi ospedalieri italiani tenutosi a Rimini dal 26 al 29 maggio 1993.

Il gruppo di lavoro tecnico era composto da:  
 Prof. C. Battistini - Ospedale di Parma  
 Dott. E. Crialesi - Ospedale di Parma  
 Prof. G. Motta - Ospedale di Reggio Emilia  
 Dott. V. Lodini - Ospedale di Reggio Emilia  
 Dott. R. Prati - Ospedale di Reggio Emilia  
 Dott. G. Coppi - Ospedale di Modena  
 Dott. G. Melotti - Ospedale di Modena  
 Prof. L. Liguori - Ospedale di Bologna  
 Prof. M. Spangaro - Ospedale di Bologna  
 Dott.ssa G. Corneli - Ospedale di Bologna  
 Dott.ssa C. Cucchi - Ospedale di Bologna  
 Prof. V. Stancanelli - Ospedale di Ravenna  
 Dott. G. Turicchia - Ospedale di Ravenna  
 Prof. A. Vio - Ospedale di Forlì  
 Prof. L. Forlivesi - Ospedale di Rimini  
 Dott. G. Cerchione - Ospedale di Rimini

### BIBLIOGRAFIA

- SCHIEBER G. e POLLIER J.P. (1990), *Health Care Systems in Transition*. Parigi, OECD.
- MOONEY G. (1992), *Economics, Medicine and Health Care*. Harvester eds.
- ZANGRANDI A., *Il controllo di gestione nelle Unità sanitarie locali*. Giuffrè ed., Milano, 1985.
- BORGONOV E., *L'ospedale, un approccio economico aziendale*. Giuffrè, Milano, 1988.
- BORGONOV E., *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*. Egea, Milano, 1990.
- FETTER R. et al., *Case mix definition by diagnosis-related groups*. Medical care, vol. 18, n. 2, 1980.
- TARONI F. e CURCIO RUBERTINI B., *I DRGs per la valutazione dell'attività ospedaliera*. Clueb Bologna, 1991.
- RAPPORTI ISTISAN, *Progetto nazionale DRG, guida all'attribuzione e all'interpretazione dei DRG*. ISSN-0391-1675, Roma 1990.
- RAMPONI C., *Migliorare la sanità nel rispetto dell'autonomia professionale*. Economia e management n. 6, dicembre 1992, Estalibri.
- REGIONE EMILIA ROMAGNA, *I prezzi di trasferimento dei servizi intermedi ospedalieri*. Clueb Bologna, 1990.
- HSIAO W.C. et al., *The resource-based relative value scale, its further development and reform of Physician payment*. Medical Care, supplement november 1992, vol. 30, 11.

## IL DOCUMENTO REGIONALE

Proseguendo nella direzione intrapresa alcuni anni orsono e tesa ad utilizzare tutte le potenzialità degli strumenti di gestione messi a punto fino ad ora, l'Assessorato regionale alla sanità della regione Emilia-Romagna, attraverso il proprio servizio di economia sanitaria, ha dato mandato ad un gruppo di lavoro costituito da chirurghi ospedalieri della Regione, di mettere a punto un nomenclatore di procedure chirurgiche di pertinenza della chirurgia generale e di stabilire gli indici di complessità relativa.

Tali indici potranno essere utilizzati per addivenire al costo per caso trattato.

Il nomenclatore è composto di 672 voci (più 41 procedure video-laparochirurgiche, non distinte quanto a indici di complessità dalle corrispondenti voci laparotomiche) ed è disponibile:

- 1) in ordine alfabetico;
- 2) per distretto chirurgico;
- 3) per fascia di peso.

Allegati alla lista degli interventi per ordine alfabetico sono riportati i criteri di utilizzo degli stessi.

**Primo criterio:** per interventi con incisioni separate (cioè con accesso diverso), si procede alla somma totale dei pesi dei rispettivi interventi salvo le eccezioni previste nel nomenclatore (per esempio confronto mammelle, ernie, safene).

**Secondo criterio:** per interventi associati (attraverso la stessa via d'accesso) si valorizza l'intervento principale al 100% del suo peso, a cui si somma il 50% del peso di ognuno degli interventi minori.

**Criterio secondo bis: manovre chirurgiche « a completamento ».** Si possono considerare solo due manovre cosiddette

« a completamento » dell'intervento chirurgico nella sua globalità; la prima manovra sarà valorizzata al 30 e la seconda al 20% del rispettivo peso di riferimento.

**Terzo criterio:** i reinterventi, che non siano già contemplati nel nomenclatore, assumono un peso pari all'intervento di riferimento, aumentato del 50%.

**Quarto criterio:** per interventi non programmati e non procrastinabili, si assume il peso dell'intervento base maggiorato del 20%.

**Quinto criterio, di esclusione:** l'obesità non va considerata quale elemento di ponderazione aggiuntivo.

*Per ragioni di spazio riportiamo solo l'elenco delle procedure riferite ai distretti chirurgia n. 3 (chirurgia dello stomaco) e n. 7 (chirurgia pancreatica), con i relativi pesi. L'elenco completo può essere richiesto alla redazione di Mecosan telefonando al numero 02/58363132.*

Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio	Codice intervento	Distr. anat.	Punteggio
178 Gastrectomia subtotale distale allargata per cancro	3	120.00	41 Cistodigiunostomia	7	120.00
177 Gastrectomia polare superiore	3	120.00	43 Cistoduodenostomia	7	100.00
179 Gastrectomia polare superiore allargata per cancro	3	140.00	42 Cistogastrostomia	7	100.00
183 Gastrectomia totale radicale allargata (milza, coda del pancreas)	3	220.00	20 Splancnicectomia bilaterale	7	120.00
182 Gastrectomia totale radicale (R1-R2)	3	200.00	19 Splancnicectomia destra	7	80.00
181 Gastrectomia totale semplice	3	180.00	18 Splancnicectomia sinistra per via addominale	7	60.00
184 Gastrodigiunostomia	3	80.00	17 Splancnicectomia sinistra per via lombare	7	60.00
172 Gastrostomia	3	40.00	10 Splenopancreasectomia sinistra	7	180.00
169 Gastrotomia esplorativa con biopsia	3	60.00	2 Wirsungrafia intraoperatoria dopo resezione caudale	7	20.00
170 Gastrotomia esplorativa senza biopsia	3	40.00	3 Wirsungrafia intraoperatoria per via duodenotomica	7	60.00
171 Gastrotomia per emostasi locale	3	60.00	1 Wirsungrafia intraoperatoria tramite puntura diretta	7	20.00
188 Vagotomia associata a miotomia	3	100.00	12 Pancreatico-digiunostomia latero-laterale	7	200.00
186 Vagotomia selettiva	3	100.00	13 Pancreatico-digiunostomia termino-laterale	7	200.00
187 Vagotomia superselettiva	3	100.00	85 Paratiroidectomia semplice	7	200.00
185 Vagotomia tronculare	3	80.00	9 Duodenopancreasectomia totale allargata con resezione venosa e arteriosa	7	300.00
180 Piloroplastica	3	40.00	6 Duodenocefalopancreasectomia	7	260.00
174 Piloromiotomia extramucosa	3	40.00	7 Duodenopancreasectomia totale	7	260.00
502 Revisione parziale di fistola artero venosa	3	120.00	8 Duodenopancreasectomia totale allargata con resezione venosa	7	280.00
191 Ricanalizzazione del duodeno con anastomosi gastroduodenale	3	120.00	44 Drenaggio esterno di pseudocisti pancreatica complicata	7	80.00
192 Ricanalizzazione del duodeno con interposizione di ansa efferente	3	140.00	5 Biopsia intraoperatoria del pancreas	7	40.00
190 Totalizzazione dopo gastroresezione	3	220.00	45 Marsupializzazione di pseudocisti pancreatica complicata	7	80.00
176 Resezione gastro-duodenale	3	100.00	14 Posizionamento di drenaggio peripancreatico	7	40.00
193 Reintervento per fistola dopo chirurgia gastrica	3	80.00	34 Segmentectomia epatica unica	7	120.00
666 Esofagogastroduodenoscopia senza biopsia	3	40.00	23 Enucleazione di tumore pancreatico	7	120.00
21 Trapianto pancreatico eterotopico	7	260.00	16 Trattamento di fistola pancreatica esterna	7	140.00
4 Ecografia intraoperatoria del pancreas	7	20.00	22 Sfinterotomia della papilla minore pancreatica	7	80.00
189 Degastroresezione	3	200.00	175 Escissione parziale parete gastrica per tumore	3	60.00
15 Drenaggio di ascesso pancreatico	7	40.00			

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

# IL CONTROLLO DEI CONSUMI OSPEDALIERI DI FARMACI AD ALTO COSTO

Stefano Liverani, *Direzione sanitaria - U.s.l. Imola (Bo)*  
A.M. Marata, *Consulente di Farmacologia clinica - U.s.l. Imola (Bo)*  
F. Fiumi, *Centro elaborazione dati - U.s.l. Imola (Bo)*  
L. Melandri, *Ufficio budget - U.s.l. Imola (Bo)*  
M. Elefanti, *SDA - Università « L. Bocconi » - Milano*

**SOMMARIO:** Premessa - Il sistema di rilevazioni finalizzate al controllo dei consumi di farmaci ad alto costo - Il metodo di analisi e di valutazione utilizzato - I rapporti informativi agli utilizzatori - Linee di sviluppo e prospettive di evoluzione dell'iniziativa.

## Premessa

Negli ultimi anni presso le Unità sanitarie locali della regione Emilia-Romagna sono state attivate numerose iniziative mirate alla realizzazione di strumenti e di metodologie per il controllo della gestione delle strutture sanitarie pubbliche.

Nello sviluppo di questi processi uno dei maggiori problemi rilevati concerne la complessità dell'organizzazione delle Unità sanitarie locali che operano in aree di attività estremamente differenziate oltreché la frammentazione e la diffusione delle responsabilità organizzative e gestionali (amministratore straordinario, coordinatore sanitario e amministrativo, responsabili dei servizi amministrativi, direzione sanitaria, primari, professionisti singoli, capo sala, infermieri, ecc.).

In un contesto organizzativo caratterizzato da questo livello di complessità si distingue il consumo ospedaliero di farmaci che rientra, in massima parte, nell'area decisionale dei medici pur subendo limitata influenza dalle azioni poste in essere dalla componente infermieristica e dalla farmacia ospedaliera.

Pertanto le risorse assorbite dai consumi ospedalieri di farmaci si ritiene possano essere ascritte quasi integralmente all'ambito di responsabilità della componente medica; si tratta, nel caso specifico, di costi sotto il diretto controllo di questa componente, dal notevole rilievo economico, storicamente in tendenziale costante aumento e strettamente connessi con il livello di complessità e di qualità della prestazione sanitaria erogata.

Pur in questo quadro, ove le responsabilità dei medici rispetto ai costi sostenuti per farmaci sono sufficientemente definite, è da sempre aperto il conflitto in tema di attribuzione di responsabilità tra medici, responsabili di farmacia ospedaliera, amministrazione e servizi amministrativi riguardo il reale spazio di discrezionalità e di influenza sulle dinamiche dei costi.

Al centro di questi conflitti rientrano sistematicamente differenti valutazioni circa le responsabilità sulle variazioni del prezzo dei farmaci e sulle variazioni delle quantità consumate; questo conduce all'elaborazione, a seconda dei rispettivi punti di vista, di modelli di analisi caratte-

rizzati da mancanza di oggettività, da carenza di dati certi e dalla tendenza a riversare su altri le responsabilità circa l'andamento dei fenomeni.

Per lo sviluppo di un'azione di controllo di tali costi, peraltro, è indispensabile un sistema informativo tempestivo, mirato e focalizzato in grado di evidenziare le scelte operate e finalizzato, in ultima analisi, all'attivazione di periodiche revisioni, all'interno della classe medica, riguardo agli orientamenti terapeutici seguiti.

In questo quadro generale, che rende critico lo sviluppo di un sistematico governo delle leve che consentono il controllo di una variabile cruciale nei sistemi sanitari quale « il consumo di specialità farmaceutiche », si colloca l'esperienza maturata negli ultimi anni presso il Servizio assistenza ospedaliera dell'Unità sanitaria locale n. 23 di Imola (Bo).

In tabella I sono riportate alcune delle fondamentali indicazioni circa i dati di attività e di consumo in grado di fornire un primo quadro di riferimento circa le caratteristiche del Servizio assistenza ospedaliera della Unità sanitaria locale n. 23.

**Tabella 1 - Unità sanitaria locale n. 23 - Imola. Servizio assistenza ospedaliera. Dati riassuntivi di attività e di costo - Anni 1991 e 1992**

	1991	1992
Posti letto	704	672
Ricoverati	21.607	20.798
Giornate di degenza	197.261	193.547
Durata media della degenza	9,13	9,3
Occupazione media	77,01	78,7
Costo totale farmaci	3.993 MLD	3.778 MLD
Costo farmaci per ricovero	184.000	181.600
Costo farmaci per giornata di degenza	20.200	19.500

### Il sistema di rilevazioni finalizzate al controllo dei consumi di farmaci

Il sistema informativo sulla dinamica dei consumi di farmaci è stato basato, nella realtà imolese, sulla sistematica registrazione degli scarichi operati dalla farmacia nei confronti dei reparti utilizzatori con riferimento a tutte le preparazioni commerciali suddivise nei gruppi del Prontuario terapeutico regionale.

Tale sistema ha generato un quadro informativo in grado di esaurire, sul piano quantitativo, il fabbisogno informativo ma che presentava notevoli carenze sul piano della sintesi e della finalizzazione del contenuto informativo fornito ai destinatari.

La scarsa finalizzazione del sistema ha causato una trattazione uniforme e acritica di tutti i dati (senza distinzione tra consumi rilevanti e irrilevanti, controllabili o non controllabili) e non ha consentito di evidenziare l'andamento temporale dei consumi.

Il primo obiettivo è stato dunque quello di riprogettare il sistema informativo al fine di ovviare ai problemi rilevati e di poter offrire ai medici un'opportunità ed uno stimolo per la revisione delle scelte terapeutiche.

Il primo problema affrontato ha riguardato la definizione di categorie farmacologiche che avessero le seguenti caratteristiche:

— facile ed immediata individuazione;

— sinteticità del contenuto informativo;

— significatività dei valori ottenuti.

A tale fine si sono operate le seguenti scelte:

— per la facile individuazione dei farmaci è stata seguita la già nota categorizzazione seguita dal Prontuario terapeutico regionale che, seppur non pienamente condivisibile, presentava il vantaggio della preesistente diffusione e dell'uso routinario;

— al fine di garantire la sinteticità dell'informazione sono state evidenziate solo alcune categorie di farmaci critiche per l'alto costo o per l'efficacia non provata scientificamente o per la tendenza al forte incremento nei consumi;

— per tutelare la significatività sono state individuate, con i criteri precedenti, categorie farmacologiche che rappresentassero circa il 70% dei costi sostenuti in ospedale per farmaci.

Le ragioni che hanno condizionato la scelta dei criteri suddetti sono soprattutto da ricercare in alcune valutazioni riferibili alla specifica realtà del presidio ospedaliero della U.s.l. di Imola. La realtà ospedaliera imolese, infatti, è da alcuni anni soggetta ad una azione di sistematico monitoraggio dei costi relativi al consumo di alcune risorse che presentano caratteristiche di particolare criticità sul piano della dinamica della spesa.

In particolare sul consumo di farmaci si è focalizzata l'azione sviluppata dalla direzione sanitaria fin da

quando, nel 1988, furono disponibili i primi report prodotti dal sistema di contabilità dei costi. Gli incoraggianti risultati raggiunti sul piano del governo della spesa complessiva per prodotti farmaceutici ha dunque suggerito di sviluppare un'azione diretta, in particolare, al consumo dei farmaci ad alto costo, ritenendo, questo elemento di spesa, particolarmente critico alla luce dell'evoluzione che sta avendo il mercato di questi prodotti.

Inoltre, anche con riferimento allo strumento di analisi e di interpretazione utilizzato, l'analisi degli scostamenti, l'identificazione durante lo sviluppo del modello di una precisa categoria di farmaci consente l'individuazione di più significative e dirette correlazioni causa-effetto tra le variazioni determinatesi e i consumi che le hanno prodotte.

Sulla base della logica esposta sono quindi state identificate le seguenti classi farmacologiche nel tentativo di identificare i prodotti ad alto costo:

Antibiotici ad alto costo:

Penicilline ad ampio spettro

Penicilline antipseudomonas

Cefal. resist. maggior parte B-Lattamasi

Cefal. attive PS Aeruginosa

Monobattamici

Carbapenemi

Aminoglicosidi

Chinoloni sistemici

Agenti antistafilococcici

Totale antibiotici ad alto costo

Totale antibiotici

Altri farmaci ad altro costo:

Somatostatina

Trombolitici

Immunostimolanti

Interferone

Totale altri farmaci ad alto costo

Farmaci + antibiotici

Totale medicinali

Immunoglobuline

Altri emoderivati

Farm. + antibio. + immuno + altri emoder.

Tot. medicinali + emoderivati

Il secondo problema affrontato ha riguardato la necessità di evidenziare l'andamento temporale dei consumi; è quindi, stato deciso, mantenendo la cadenza trimestrale dei reports, di introdurre confronti tra l'ultimo trimestre rilevato dell'anno in corso e quello corrispondente dell'anno precedente nonché tra periodi cumulativi (semestre, nove mesi, anno intero) dei due anni successivi.

Il terzo problema affrontato ha riguardato la necessità di monitorare la significatività del sistema di rilevazione; è stato quindi introdotto il dato relativo all'incidenza percentuale dei singoli gruppi farmacologici e dei totali rispetto ai costi complessivi dei medicinali utilizzati.

Si è giunti quindi, sulla base di questi criteri, alla realizzazione di un sistema di reporting trimestrale suddiviso per servizio ospedaliero, presidio ospedaliero, divisione, sezione; di cui tre esempi sono contenuti in tabella 4, 5 e 6, a pag. 112, 113, 114.

Il sistema di reporting realizzato determinando i costi per farmaci sulla base dell'attribuzione dei consumi ai diversi centri di costo aveva un notevole limite al fine di favorire un'efficace interpretazione delle informazioni da parte degli utilizzatori: il dato di costo così determinato non era in grado di discriminare e di esprimere valutazioni circa l'incidenza relativa di prezzo e di quantità del prodotto sulla dinamica dei costi.

Al fine di ovviare a questo limite sono state progettate alcune modifiche al sistema di reporting che, utilizzando le tecniche di analisi degli scostamenti, evidenzia le variazioni di costo ascrivibili a variazioni del prezzo, della quantità o del mix di prezzo e quantità.

La variazione di prezzo fa riferimento alla possibilità di collegare direttamente la variazione di costo ad una modifica del prezzo dei prodotti in oggetto, la variazione di quantità ad una modifica della quantità utiliz-

zata di prodotti mentre la variazione di mix consente un'attribuzione congiunta della variazione di costo ad una modifica di prezzo e di quantità.

Il sistema di monitoraggio realizzato ha richiesto significativi investimenti specialmente nella fase di sua progettazione.

Nelle fasi iniziali, infatti, hanno lavorato su questo progetto un vice direttore sanitario, la responsabile dell'ufficio budget, un'operatrice del centro elaborazione dati e, su archi di tempo limitati, un consulente di farmacologia clinica.

Una volta sviluppato il modello logico di analisi, giovandosi del fatto che il grado di professionalità e di flessibilità del CED della U.s.l. n. 23 è piuttosto elevato, l'attività di sistematico monitoraggio assorbe quasi esclusivamente la sola direzione sanitaria con un parziale e occasionale coinvolgimento del consulente di farmacologia clinica.

Si può pertanto affermare che, sul piano strettamente economico, l'attivazione del progetto non ha richiesto l'impiego di particolari risorse mentre è stato necessario un notevole impegno del gruppo di operatori coinvolti sia sul piano della mole di tempo dedicata sia in termini di sviluppo delle competenze sul piano metodologico.

### Il metodo di analisi utilizzato

Il metodo scelto per giungere al « risultato » desiderato è, come già detto, quello che prevede l'utilizzo delle tecniche di analisi degli scostamenti.

Attraverso tale strumentazione si vuole giungere a determinare quale peso abbiano, di fronte ad una variazione dei costi di determinate categorie di fattori produttivi, rispettivamente le variazioni di prezzo unitario e quantità consumate: fenomeni, questi ultimi che afferiscono, nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, a due aree di responsabilità ben distinte.

Le tecniche di analisi degli scostamenti, come noto, prevedono per la corretta identificazione delle ragioni delle variazioni sopraggiunte nelle dinamiche di costo l'utilizzo delle seguenti relazioni quantitative:

$$\text{DELTA P} = (\text{P2} - \text{P1}) \times \text{Q1}$$

Il rilievo assunto nella dinamica dei costi dalla variazione del prezzo è determinata sulla base del prodotto tra la differenza dei prezzi e la quantità utilizzata con riferimento al primo dei due valori di costo analizzati.

$$\text{DELTA Q} = (\text{Q2} - \text{Q1}) \times \text{P1}$$

Il rilievo assunto nella dinamica dei costi dalla variazione della quantità è determinata sulla base del prodotto tra la differenza delle quantità e il prezzo del bene con riferimento al primo dei due valori di costo analizzati.

$$\text{DELTA MIX} = (\text{P2} - \text{P1}) \times (\text{Q2} - \text{Q1})$$

La determinazione del rilievo assunto nella dinamica dei costi dalla variazione di entrambe le due componenti (prezzo e quantità) è invece determinata sulla base del prodotto tra la differenza delle quantità e dei prezzi del bene dei due valori di costo analizzati.

Pertanto, nelle relazioni proposte, con P2 e Q2 si intendono il prezzo unitario e la quantità consumata di prodotto. Per P1 e Q1 si intendono il prezzo unitario e la quantità consumata di prodotto nel primo periodo preso in considerazione.

Tipicamente, peraltro, i due valori di costo analizzati sono relativi ai costi rilevati nel periodo di riferimento (mese, trimestre, semestre, anno) rispetto al loro andamento nel periodo precedente e nel periodo corrispondente di un anno precedente.

L'applicazione di tale formula alle categorie farmacologiche sopra definite ha posto una serie di problemi la cui risoluzione ha prodotto scelte certamente discrezionali, che andiamo di seguito ad esporre, ma che possono essere il punto di partenza per

una verifica e per una eventuale revisione del lavoro qui proposto.

Il primo problema affrontato è stato quello della definizione del « singolo prodotto » a cui applicare le relazioni indicate.

Ogni gruppo del Prontuario terapeutico regionale non può essere considerato come un unico prodotto, stante la varietà di specialità comprese con diverse caratteristiche farmacologiche, diversi principi attivi, diversi prezzi, ecc.

In un primo tempo l'identificazione delle categorie farmacologiche come oggetto dell'analisi ha portato ad un primo tentativo di reportistica che, ad un'attenta analisi ha mostrato un problema di merito estremamente rilevante (l'opzione per tale metodo era pressoché esclusivamente dettata dalla maggiore semplicità tecnica).

La decisione di considerare come oggetto dell'analisi il singolo gruppo del P.T.R. ha portato all'utilizzo di un unico prezzo medio per tutti i prodotti che ne fanno parte. Questa strada non rende ragione, a parità di quantità globale, dell'eventuale modifica di comportamenti dovuti all'utilizzo di specialità più o meno costose tra quelle comprese nel gruppo considerato.

Per chiarire tale problema si riporta un'esemplificazione che, però, ben mostra la radicale diversità di risultati, e perciò conseguente interpretazione, che deriva da un trattamento dei dati sulla base della media del gruppo terapeutico piuttosto che non per prodotto singolo.

Esempio: poniamo che la categoria « penicilline ad ampio spettro » sia formata da 3 prodotti A, B, C e che il loro comportamento in termini di consumo sia quello descritto dalle tabelle seguenti.

Costo unitario di A = 10

Costo unitario di B = 20

Costo unitario di C = 100

**Tabella 2 - Categoria penicilline ad ampio spettro**

PRIMO PERIODO			SECONDO PERIODO			Delta P	Delta Q
Prezzo unitario	Quantità consumata	Consumo complessivo	Prezzo unitario	Quantità consumata	Consumo complessivo		
23,53	170	4.000,1	64,12	170	10.900,4	6.900,3	0

Come risulta evidente dalla lettura della tabella la differenza fra i due periodi viene interamente attribuita al DELTA Q.

Considerando, invece, i 3 prodotti appartenenti alla medesima categoria come un unico prodotto ricavandone il prezzo medio del consumo complessivo, l'analisi degli scostamenti porta a risultati del tutto diversi.

Prezzo medio unitario primo periodo:  $4.000/170 = 23,53$

Prezzo medio unitario secondo periodo:  $10.900/170 = 64,12$

**Tabella 3 - Categoria penicilline ad ampio spettro**

PRIMO PERIODO			SECONDO PERIODO			Delta P	Delta Q
Prezzo unitario	Quantità consumata	Consumo complessivo	Prezzo unitario	Quantità consumata	Consumo complessivo		
23,53	170	4.000,1	64,12	170	10.900,4	6.900,3	0

Il problema posto, come si può vedere, è di rilevante entità in quanto è stata presa in esame la stessa categoria « penicilline ad ampio spettro » nel primo caso (tabella 2) analizzando tre prodotti singolarmente e nel secondo (tabella 3) considerando un'unica classe sulla base della media degli andamenti dei tre prodotti appartenenti alla categoria.

La scelta della presente metodologica conduce ad attribuire le ragioni degli scostamenti a differenti aree di responsabilità organizzative.

La scelta di operare sul singolo prodotto è quindi avvenuta nel tentativo di garantire una maggiore correttezza metodologica e analitica all'analisi. Nella tabella di sintesi (una delle quali è riportata in seguito) si apprezza maggiormente il fatto che eventuali variazioni nella scelta delle specialità medicinali all'interno dello stesso gruppo farmacologico attribuite al DELTA Q possono essere determinate sia da una reale variazione quantitativa (n. pezzi) sia da un mutamento nell'utilizzo delle singole specialità medicinali.

Questa considerazione ha indotto a considerare il prezzo medio di ogni singola specialità (o prodotto commerciale) all'interno di ogni sezione/divisione.

Lo scostamento complessivo della categoria farmacologica è dato dalla somma algebrica degli scostamenti relativi ai singoli prodotti.

Il prezzo medio del prodotto commerciale è ricavato considerando la quantità e il valore, alla data in cui avviene il movimento, dei prodotti consegnati dal magazzino farmaceutico ai centri di costo nel periodo di riferimento.

Il prezzo medio è, perciò, pari alla somma di tutti i prezzi riscontrati nel periodo in rapporto alla somma delle quantità (in tale modo vengono considerate tutte le variazioni di prezzo del prodotto che possono avvenire nel periodo).

L'unità di misura della quantità si riferisce al « pezzo » di ogni confezione (pastiglia, fiala, ecc. ...) indipendentemente dalla quantità di principio attivo ivi contenuto.

Ci rendiamo conto che non stan-

standardizzare l'unità di misura rende problematico paragonare prodotti diversi, ma la gestione del DDD non è ancora in uso corrente presso l'U.s.l. n. 23.

Definite le variabili di base su cui operare (prezzo, unità di misura, ecc.) si è proceduto all'esplicitazione dei contenuti della relazione quantitativa che consente l'analisi degli scostamenti.

Il modo migliore per chiarire l'analisi degli scostamenti è quello grafico (tabella 4).

Posta in ascissa la Quantità (Q) e in ordinata il Prezzo unitario (P), l'area definita da  $P1 \times Q1$  è il costo complessivo del periodo precedente, mentre l'area definita da  $P2 \times Q2$  si riferisce al costo complessivo del periodo attuale.

La differenza fra le due aree è rappresentata dalle tre variazioni: DELTA P, DELTA Q, DELTA MIX. DELTA P definisce la variazione che ci sarebbe stata se fosse variato solo il prezzo unitario del prodotto; DELTA Q definisce la variazione che sa-

rebbe avvenuta se si fosse modificata solo la quantità consumata.

Resta comunque un'area di variazione che non può essere attribuita né al prezzo, né alla quantità al mutare, nel periodo di riferimento, di entrambi i parametri; quest'area « residuale » viene definita DELTA MIX in quanto fa riferimento ad una variazione da attribuire congiuntamente alla variazione di quantità e prezzo.

Passiamo ora all'analisi delle tabelle elaborate.

In particolare viene riportata quella riguardante la Sezione B della Divisione di geriatria dell'ospedale di Imola (tabella 7).

Dall'analisi della prima parte della tabella emerge che:

- la prima colonna riporta il costo complessivo della categoria farmacologica nel periodo corrispondente a quello considerato dell'anno precedente, nel caso in oggetto il primo semestre 1991;

- la seconda colonna riguarda il costo complessivo del periodo considerato il primo semestre 1992;

- la terza calcola la variazione assoluta (91-92), la quarta la variazione % ( $92-91/91 \times 100$ ).

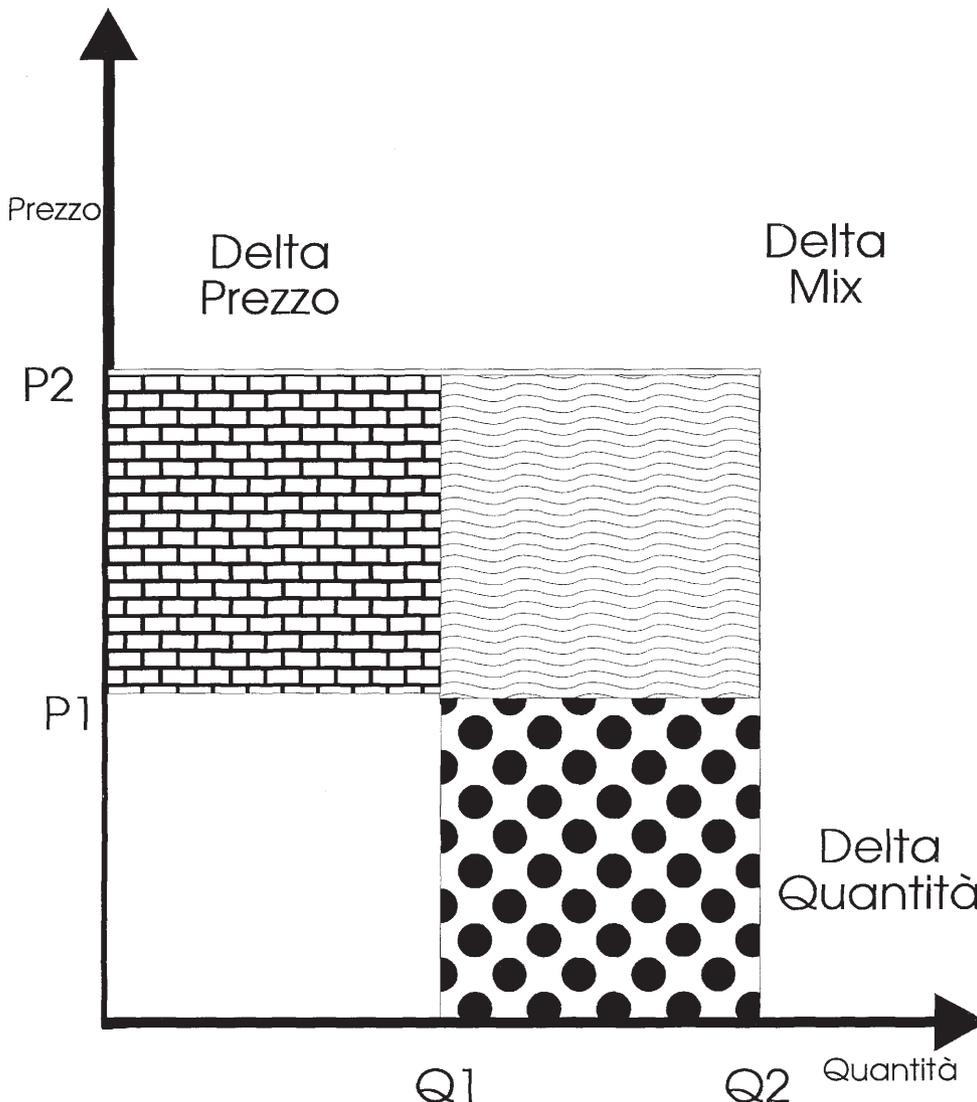
La seconda parte della tabella riguarda specificamente l'analisi degli scostamenti.

In particolare la quinta colonna rappresenta il DELTA P in termini assoluti: nel caso particolare, per le penicilline ad ampio spettro, essendosi in presenza della sola variazione di prezzo, a parità di quantità, si sarebbe avuto un aumento di lire 111.000, pari al 6,7%.

Come precedentemente illustrato, tale scostamento è il risultato della sommatoria degli scostamenti determinati dai singoli prodotti, presenti nella categoria « penicilline ad ampio spettro ».

Per meglio chiarire la tabella proposta riporta gli scostamenti rilevati nelle diverse categorie di farmaci: per ottenere questo è stato utilizzato lo

Tabella 4



stesso procedimento logico e di calcolo per ogni singolo prodotto commerciale compreso in quella specifica categoria.

Nella settima colonna è rappresentato il DELTA Q in termini assoluti: in pratica viene indicato, a parità di prezzo unitario per prodotto, l'aumento di quantità utilizzata per lire 14.000 pari allo 0,8%.

Infine abbiamo il DELTA MIX.

La somma dei tre DELTA è pari alla variazione complessiva proposta nella terza colonna in valore assoluto e nella quarta in percentuale.

Il totale dei diversi scostamenti della classe « antibiotici ad alto costo » è la somma algebrica dei valori proposti sulle righe.

Il sistema di reporting così progettato e realizzato evidenzia l'articolazione del lavoro svolto che propone come « output » una serie di tabelle di facile lettura ed interpretazione che possono costituire un efficace strumento finalizzato al governo ed al controllo di questo fattore produttivo dalla particolare criticità nelle organizzazioni sanitarie.

La realizzazione di questo sistema di report è resa possibile dalla presenza di una informatizzazione avanzata del magazzino farmaceutico e dalle caratteristiche del Centro elaborazione dati in dotazione alla U.s.l. Questo consente una gestione in tempo reale delle attività di carico e scarico e quindi un aggiornamento in tempo reale dell'andamento dei consumi dei prodotti sanitari.

Le modalità di gestione del magazzino farmaceutico della U.s.l. di Imola garantiscono la sistematica codifica di tutti i prodotti sanitari con l'inserimento nel data-base sulla base delle rispettive caratteristiche (unità di misura, gruppo terapeutico del Pronuario terapeutico regionale, principio attivo, codice ministeriale, prezzo, ecc.) e con la registrazione, per ognuno di essi, degli acquisti, delle variazioni di prezzo e dell'ammonta-

re delle richieste dai reparti. Ciò consente un controllo in tempo reale della situazione di magazzino oltreché periodiche elaborazioni o estemporanee sintesi dell'andamento dei consumi sia per singolo prodotto sia che per raggruppamenti di prodotti sia per centri di costo utilizzatori.

La produzione dei report descritti per l'effettuazione dell'analisi degli scostamenti avviene tramite un'estrazione del data-base dei movimenti di consegna dei prodotti per ciascun centro di costo nel periodo predeterminato. I dati così ottenuti vengono poi aggregati sulla base dei criteri precedentemente descritti attraverso una serie di programmi batch.

### **I criteri di formulazione dei rapporti informativi agli utilizzatori**

Le modalità, anche formali, di rappresentazione delle informazioni prodotte dai sistemi contabili ed extra-contabili costituiscono l'aspetto di maggiore criticità nella formulazione dei rapporti informativi per la direzione.

Questo aspetto riveste un rilievo oltremodo critico quando gli interlocutori, impegnati nell'esercizio della funzione di direzione, sono medici.

Il problema si pone in termini di caratteristiche di sistematicità, di tempestività, di significatività e di stimolo all'azione del documento informativo messo a disposizione della componente medica. Il sistema informativo, infatti, deve presentare un elevato livello di sistematicità al fine di generare puntuali e concreti riferimenti al processo decisionale.

La costanza e la ritmicità delle informazioni prodotte dal sistema di reporting rappresenta dunque in questo senso la più importante garanzia di rappresentare un preciso riferimento per chi quotidianamente prende decisioni cruciali sia sul piano dell'efficacia sanitaria sia su quello dell'efficienza operativa.

Un ulteriore criterio guida nella configurazione del sistema informativo a supporto della direzione è costituito dalla tempestività delle informazioni.

Affinché un'informazione costituisca un efficace supporto alla decisione deve infatti essere disponibile al momento opportuno.

A supporto di questo principio si arriva a sostenere che « una informazione tempestiva ma approssimata è da preferirsi, nell'ambito delle discipline manageriali, ad un'informazione certa ma tardiva ».

Questa affermazione tende a sottolineare un problema centrale che contraddistingue le caratteristiche dei sistemi a supporto delle decisioni: l'informazione assume utilità nella misura in cui supporta il decisore nel momento utile per la presa delle decisioni.

Alla luce delle considerazioni effettuate anche gli ulteriori criteri guida, che contraddistinguono il sistema di informazioni per la direzione, trovano un'efficace spiegazione.

La « significatività » e lo « stimolo all'azione » rappresentano ulteriori fattori critici nello sviluppo di un sistema informativo orientato e focalizzato a supportare uno specifico problema decisionale.

Assume infatti rilevanza, in questa prospettiva, la capacità del sistema di fornire informazioni significativi e mirate per i singoli decisori cui sono indirizzate.

In questo senso il sistema deve caratterizzarsi per un'elevata personalizzazione delle informazioni che, evidentemente, per essere efficaci, devono avere bassi livelli di standardizzazione e una notevole flessibilità nel potersi modificare in funzione delle mutevoli esigenze dei destinatari.

Nel tentativo di realizzare un sistema con le caratteristiche descritte, pur nella consapevolezza di dover ancora molto operare in questa direzione, è stato progettato un rapporto,

indirizzato alla componente medica, che presenta le seguenti caratteristiche fondamentali:

a) trimestralmente, ad ogni divisione/servizio, viene inviata la tabella con i costi generati dal consumo di farmaci (un esempio è riportato in tabella 5), accompagnata da un commento elaborato dal farmacologo clinico e dalla direzione sanitaria, ove vengono sottolineati gli elementi salienti di valutazione, vuoi in termini di andamento temporale dei costi, vuoi in termini di orientamento delle scelte terapeutiche, vuoi in termini di rapporto con la variazione del mix dei casi trattati. Nei casi in cui sono state evidenziate situazioni di diffi-

le o dubbia interpretazione il rapporto non è stato inviato direttamente ma presentato e discusso durante un incontro preliminare con i medici interessati;

b) semestralmente la direzione sanitaria del Centro elaborazione dati le tabelle relative all'analisi degli scostamenti (due esempi sono riportati in tabella 6 e 7) ed elabora un breve rapporto, che viene allegato a quanto precedentemente illustrato, ove in estrema sintesi, vengono analizzati gli scostamenti di quantità, di prezzo nonché gli scostamenti ascrivibili in parte alle variazioni di quantità e, in parte, alle variazioni di prezzo.

Il tentativo di caratterizzare i rap-

porti informativi per una parte quantitativo/tabellare e una parte descrittiva è funzione dell'esigenza di perseguire l'obiettivo di rendere il documento efficace e comprensibile nella forma.

A questo proposito, proprio al fine di cercare di superare gli attuali limiti del modello, è allo studio la predisposizione di alcuni grafici con i quali raffigurare la situazione e l'andamento dei consumi di questi prodotti anche sotto questo profilo.

#### **Linee di evoluzione e prospettive di sviluppo dell'iniziativa**

L'esperienza sta raggiungendo ri-

**Tabella 5 - Consumi di antibiotici ad alto costo. Altri farmaci ad alto costo. Emoderivati** (costi in migliaia di lire)

Divisione di medicina	IMOLA	IV trim. 1991	IV trim. 1992	Scarto %	% su tot. medicinali	1/1-31/12 1991	1/1-31/12 1992	Scarto %	% su tot. medicinali
<b>Antibiotici ad alto costo:</b>									
Penicilline ad ampio spettro		7.450	1.953	-73,76	2,50	38.227	21.988	-42,48	5,52
Penicilline Antipseudomonas		8.734	9.357	7,13	11,96	22.394	32.552	45,36	8,16
Cefal. resist. parte B-Lattamasi		5.086	5.823	14,49	7,45	36.251	26.712	26,31	6,70
Cefal. attive Ps. Aeruginosa		3.888	545	-85,98	0,70	15.732	4.606	-70,72	1,16
Monobattamici		5.162	235	-95,45	0,30	33.698	8.096	-75,97	2,03
Carbapenemi		6.935	1.155	-83,35	1,48	10.034	31.176	210,70	7,82
Aninoglisosidi		3.595	4.510	25,45	5,77	10.197	9.152	-10,25	2,30
Chinoloni sistemici		3.429	948	-72,35	1,21	17.038	8.713	-48,86	2,19
Agenti antistaffilococchi		12.225	4.165	-65,93	5,33	57.242	17.361	-69,67	4,35
<b>Totale antibiotici ad alto costo</b>		<b>56.504</b>	<b>28.693</b>	<b>-49,22</b>	<b>36,69</b>	<b>240.813</b>	<b>160.356</b>	<b>-33,41</b>	<b>40,22</b>
<b>Totale antibiotici</b>		<b>65.127</b>	<b>35.101</b>	<b>-46,10</b>	<b>44,88</b>	<b>267.475</b>	<b>182.864</b>	<b>-31,63</b>	<b>45,87</b>
<b>Altri farmaci ad alto costo:</b>									
Somatostatina		17.070	-100,00	0,00	34,975	28.801	-17,65	7,22	
Trombolitici		5.199	1.526	-70,65	1,95	17.111	6.421	-62,47	1,61
Immunostimolanti		16.101	-100,00	0,00	112,268	20.878	-81,40	5,24	
Interferone		230	-100,00	0,00	230	801	248,26	0,20	
<b>Totale altri farmaci ad alto costo</b>		<b>38.600</b>	<b>1.526</b>	<b>-96,05</b>	<b>1,95</b>	<b>164.584</b>	<b>56.901</b>	<b>-65,43</b>	<b>14,27</b>
<b>Farmaci + antibiotici</b>		<b>95.104</b>	<b>30.219</b>	<b>-68,23</b>	<b>38,64</b>	<b>405.397</b>	<b>217.257</b>	<b>-46,41</b>	<b>54,49</b>
<b>Totale medicinali</b>		<b>151.082</b>	<b>78.204</b>	<b>-48,24</b>	<b>100,00</b>	<b>599.696</b>	<b>398.485</b>	<b>-33,52</b>	<b>100,00</b>
Immunoglobuline		12.573	12.872	2,38	13,08	31.803	37.732	18,64	7,49
Altri emoderivati		41.030	7.317	-82,17	7,44	97.897	67.630	-30,92	13,42
<b>Farm. + antibio. + immuno. + altri emoderivati</b>		<b>148.707</b>	<b>50.408</b>	<b>-66,10</b>	<b>51,23</b>	<b>535.097</b>	<b>322.619</b>	<b>-39,71</b>	<b>64,00</b>
<b>Tot. medicinali + altri emoderivati</b>		<b>205.294</b>	<b>98.393</b>	<b>-52,07</b>	<b>100,00</b>	<b>730.027</b>	<b>504.069</b>	<b>-30,95</b>	<b>100,00</b>

sultati in parte insperati anche negli intenti dei suoi promotori.

Il grado di coinvolgimento della componente medica è andato progressivamente aumentando grazie, soprattutto, alla consapevolezza del notevole livello di controllabilità esercitato sul consumo dei farmaci dalla componente sanitaria.

Purtroppo essendo il progetto avviato da soli sei mesi è impossibile fornire elementi di verifica circa il grado di efficacia dello strumento sul piano del contenimento o della modificazione dei livelli di spesa parziale e complessiva.

A questo proposito la possibilità di predisporre significative analisi di

informazioni a consuntivo richiede ancora alcuni mesi di gestione dell'attività di rilevazione delle informazioni.

In prospettiva, inoltre, dopo aver sviluppato efficacemente gli elementi di base del sistema di controllo di questa particolare tipologia di fattori produttivi è necessario promuovere azioni tese a sofisticare la focalizzazione delle informazioni rispetto all'attività di programmazione e controllo orientandola sempre più a fornire un efficace quadro di governo delle variabili controllabili.

Le linee su cui l'esperienza potrebbe essere sviluppata concernono pertanto:

— l'inserimento nell'ambito delle previsioni di budget (1) di una specifica sezione relativa ai consumi-obiettivo di farmaci ad alto costo per favorire una sistematica e consapevole azione di programmazione e, quindi, di controllo su questo fondamentale fattore produttivo. I consumi-obiettivo dovranno rappresentare una precisa quantificazione e su questi fattori, alla luce della diretta ed esplicita controllabilità esercitata dalla com-

(1) La U.s.l. di Imola, tra le prime in Italia, ha avviato la sperimentazione di un sistema di gestione per budget nel 1991 e si trova, pertanto, al terzo anno di esperienza.

**Tabella 6 - Antibiotici ad alto costo. Altri farmaci ad alto costo. Emoderivati: scostamenti** (costi un migliaia di lire)

Divisione di rianimazione	IMOLA	1991	1992	VARIAZIONE		Prezzo	SCOSTAMENTO				
				Costo	%		%	Q.tà	%	Mix	%
Antibiotici ad alto costo:											
Penicilline ad ampio spettro		47	303	256	544,68	-5	-10,6	300	638,3	-39	-83,0
Penicilline Antipseudomonas		2.739	3.011	278	10,15	118	4,3	144	5,3	17	0,6
Cefal. resist. parte B-Lattamasi		6.303	6.417	114	1,83	353	2,4	-57	-0,9	15	0,3
Cefal. attive Ps. Aeruginosa		2.375	5.270	2.895	121,89	-46	-1,9	3.000	126,3	-56	2,4
Monobattamici		3.051	4.998	1.947	63,82			1.948	63,8		
Carbapenemi		33.318	26.567	-6.731	-20,20	-1.687	-5,1	-5.312	-15,9	2	0,8
Aninoglicosidi		4.960	6.536	1.576	31,77	162	3,3	1.376	27,8	36	0,7
Chinoloni sistemici		12.846	7.962	-4.884	-38,02	-289	-2,2	-4.718	-36,7	123	1,0
Agenti antistaffilococci		29.573	20.547	-9.026	-30,52	-767	-2,6	-8.499	-28,7	209	0,8
<b>Totale antibiotici ad alto costo</b>		<b>35.212</b>	<b>61.637</b>	<b>-13.575</b>	<b>-14,26</b>	<b>-2.361</b>	<b>-2,5</b>	<b>-11.816</b>	<b>-12,4</b>	<b>607</b>	<b>0,6</b>
<b>Totale antibiotici</b>		<b>103.118</b>	<b>89.283</b>	<b>-13.835</b>	<b>-13,42</b>						
Altri farmaci ad alto costo:											
Somatostatina		37.376	21.891	-15.485	-41,43	2.436	6,5	-16.693	-44,7	-1.223	-3,3
Trombolitici			5.101	5.101	100,00			5.101	100,0		
Immunostimolanti		26.802	4.327	-22.465	-83,82	-665	-2,5	-22.354	-83,4	5	2,1
Interferone											
<b>Totale altri farmaci ad alto costo</b>		<b>64.178</b>	<b>31.325</b>	<b>-32.849</b>	<b>-51,18</b>	<b>1.771</b>	<b>2,8</b>	<b>-33.946</b>	<b>-52,9</b>	<b>-67</b>	<b>-1,1</b>
<b>Farmaci + antibiotici</b>		<b>159.390</b>	<b>112.966</b>	<b>-46.424</b>	<b>-29,13</b>	<b>-590</b>	<b>-0,4</b>	<b>-45.762</b>	<b>-28,7</b>	<b>-6</b>	<b>0,0</b>
<b>Totale medicinali</b>		<b>260.709</b>	<b>231.159</b>	<b>-29.550</b>	<b>-11,33</b>						
Immunoglobuline		11.467	4.243	-7.224	-63,00	5.272	46,0	-8.221	-71,7	-4,27	-37,3
Altri emoderivati		96.557	62.265	-34.292	-35,51	481	0,5	-33.928	-35,1	-35	-0,9
<b>Farm. + antib. + immun. + altri emod.</b>		<b>267.414</b>	<b>179.474</b>	<b>-87.940</b>	<b>-32,89</b>	<b>5.163</b>	<b>1,9</b>	<b>-87.911</b>	<b>-32,9</b>	<b>-5.11</b>	<b>-1,9</b>
<b>Tot. medicinali + altri emoderivati</b>		<b>368.840</b>	<b>298.721</b>	<b>-70.119</b>	<b>-19,01</b>						

ponente medica, potrà essere esercitato un puntuale ed analitico controllo a consuntivo;

— un secondo filone sul quale potrebbe essere perfezionato e sofisticato il sistema di controllo concerne l'editing della reportistica. Sul piano strettamente estetico e formale, infatti, sono possibili importanti passi in avanti sul piano della leggibilità e, di conseguenza, dell'efficacia della comunicazione. A questo proposito anche il sussidio di alcuni strumenti grafici potrebbero garantire un notevole salto di qualità all'efficacia comunicazionale del sistema di reporting;

— un'ulteriore linea di sviluppo

del sistema informativo a supporto del decisore concerne lo sforzo di ricercare elementi di correlazione tra informazioni economiche e livello e complessità dell'attività svolta.

A questo proposito nel tentativo di definire in maniera sistematica questo tipo di correlazioni è opportuno sviluppare logiche di correlazione tra i consumi relativi ai farmaci ad alto costo e i DRGs trattati in una determinata unità operativa;

— un quarto terreno sul quale sviluppare importanti riflessioni concerne le logiche e gli strumenti di interpretazione delle informazioni disponibili.

A questo proposito risulta crucia-

le lo sviluppo di più articolati documenti mirati a fornire schemi interpretativi in grado di favorire l'elaborazione di valutazioni finalizzate ai diversi interlocutori con responsabilità decisionali. Si tratta di veri e propri rapporti di gestione con i quali vengono interpretate alla luce di schemi di lettura delle logiche di funzionamento delle organizzazioni sanitarie;

— un ulteriore livello di sviluppo del processo concerne la possibilità di realizzare processi di integrazione con i fornitori collegati all'opportunità di razionalizzare con una migliore formulazione le previsioni degli acquisti.

**Tabella 7 - Antibiotici ad alto costo. Altri farmaci ad alto costo. Emoderivati: scostamenti** (costi in migliaia di lire)

Divisione Geriatria	IMOLA	1991	1992	VARIAZIONE		Prezzo	SCOSTAMENTO				
				Costo	%		%	Q.tà	%	Mix	%
<b>Antibiotici ad alto costo:</b>											
Penicilline ad ampio spettro		5.834	4.174	-1.660	-28,45	142	2,4	-1.800	-30,9	-3	-0,1
Penicilline Antipseudomonas		26.803	47.470	20.667	77,11	1.151	4,3	18.667	69,6	46	3,2
Cefal. resist. parte B-Lattamasi		29.594	39.563	9.969	33,69	166	2,6	9.112	30,8	0,3	
Cefal. attive Ps. Aeruginosa		51.972	77.357	25.385	48,84	-705	-1,4	26.508	51,0	-420	-0,8
Monobattamici		30.272	22.153	-6.119	-26,82			-8.120	-26,8		
Carbapenemi		19.186	9.200	-9.986	-52,05	-729	-3,8	-9.622	-50,2		1,9
Aninoglisosidi		2.760	1.885	-875	-31,20	-13	-0,5	-863	-31,3	1	0,0
Chinoloni sistemici		9.847	16.521	6.674	67,78	309	3,1	6.234	63,3	1	1,3
Agenti antistaffilococchi		30.686	34.670	3.984	12,98	-512	-1,7	4.514	14,7	-18	-0,1
<b>Totale antibiotici ad alto costo</b>		<b>206.954</b>	<b>252.993</b>	<b>46.039</b>	<b>22,25</b>	<b>409</b>	<b>0,2</b>	<b>44.630</b>	<b>21,6</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>
<b>Totale antibiotici</b>		<b>212.242</b>	<b>259.518</b>	<b>47.276</b>	<b>22,27</b>						
<b>Altri farmaci ad alto costo:</b>											
Somatostatina		12.655	64	5.891	54,45	389	3,1	-7.063	-55,8	-7	1,7
Trombolitici		8.807	1.155	-7.608	-86,39			-7.608	-86,4		
Immunostimolanti		704		-704	-100,00	-704			-100,0		
Interferone		29	7.600	7.571	26.106,90			7.571	6.106,9		
<b>Totale altri farmaci ad alto costo</b>		<b>22.195</b>	<b>14.563</b>	<b>-7.632</b>	<b>-34,35</b>	<b>389</b>	<b>1,8</b>	<b>-7.804</b>	<b>-35,2</b>	<b>-217</b>	<b>1,0</b>
<b>Farmaci + antibiotici</b>		<b>229.149</b>	<b>267.556</b>	<b>38.407</b>	<b>16,76</b>	<b>798</b>	<b>0,3</b>	<b>36.826</b>	<b>16,1</b>	<b>774</b>	<b>0,3</b>
<b>Totale medicinali</b>		<b>332.382</b>	<b>396.417</b>	<b>64.035</b>	<b>19,27</b>						
Immunoglobuline		6.306	6.139	-167	-2,65	10	0,2	-168	-2,7	-0,01	
Altri emoderivati		21.254	3.159	-16.095	-85,14	778	3,7	-18.221	-65,7	-65	-3,1
<b>Farm. + antib. + immun. + altri emod.</b>		<b>256.709</b>	<b>276.854</b>	<b>20.145</b>	<b>7,85</b>	<b>1.586</b>	<b>0,6</b>	<b>18.437</b>	<b>7,2</b>	<b>114</b>	<b>0,0</b>
<b>Tot. medicinali + altri emoderivati</b>		<b>360.004</b>	<b>405.792</b>	<b>45.783</b>	<b>12,72</b>						

# VERSO UN OSSERVATORIO PREZZI PER LA REGIONE LOMBARDIA

di Francesco Laurelli - Gian Pietro Venturi

*Servizio gestione fondo sanitario - Regione Lombardia*

**SOMMARIO:** Albo regionale dei fornitori del Servizio sanitario nazionale - Il rapporto della spesa sanitaria corrente - Osservatorio prezzi - Conclusioni.

Nel 1994 troverà piena attuazione il D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 che, tra le altre norme, conferisce autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile e gestionale alle U.s.l. e alle aziende ospedaliere.

Alle Regioni resteranno compiti di alta amministrazione, ovvero di indirizzo e di controllo con particolare riferimento all'economicità e alla produttività della spesa sostenuta dagli enti sanitari.

In questo quadro la regione Lombardia si è attivata su diversi fronti per elaborare documenti di analisi di mercato e proposte operative con la finalità di rendere più trasparenti i rapporti tra enti sanitari e aziende private.

In particolare nell'ambito del progetto di un osservatorio sulla spesa sanitaria (nel 1992 la spesa sanitaria corrente della Lombardia è stata di oltre 14.000 mld) sono già attivi l'albo regionale dei fornitori del Servizio sanitario nazionale e il rapporto sulla spesa sanitaria corrente.

## **Albo regionale dei fornitori del S.s.n.**

L'albo regionale dei fornitori del

S.s.n. è stato istituito con la L.R. n. 15/90 che ha modificato la lettera dell'art. 107 della L.R. n. 106/80.

Un'apposita commissione ha stilato il regolamento che è stato approvato con la D.G.R. n. V/25730 del 14 luglio 1992 e successivamente pubblicato sul B.U.R.L. del 16 ottobre 1992, n. 42, 3° supplemento straordinario.

In tale regolamento sono fissati i criteri per l'iscrizione nonché le categorie di beni e servizi in cui inserire le aziende fornitrici.

L'art. 8 del regolamento prevede l'istituzione di nove categorie:

a) Prodotti farmaceutici ed altro materiale sanitario:

a/1) prodotti farmaceutici ed emoderivati;

a/2) materiali diagnostici (pellicole radiografiche, reagenti di laboratorio);

a/3) presidi chirurgici e materiale sanitario vario;

a/4) materiale protesico e materiale per emodialisi.

b) Servizi economici appaltati:

b/1) servizi di lavanderia;

b/2) servizi di pulizia;

b/3) servizi di mensa;

b/4) servizi di riscaldamento.

c) Impianti ed attrezzature tecnico-scientifiche sanitarie.

Queste categorie comprendono prodotti di esclusivo uso sanitario e servizi economici in appalto. La scelta è stata fatta in base all'importanza delle voci di spesa.

Gli enti sanitari lombardi nel 1992 hanno speso complessivamente per beni e servizi circa 2.849 Mld (il 20% del totale delle spese correnti dell'anno).

La categoria a) Prodotti farmaceutici ed altro materiale sanitario, suddivisa in quattro sottocategorie, ha comportato per il 1992 una spesa regionale di circa 1.260 Mld.

La categoria b) Servizi economici appaltati, anch'essa articolata in quattro sottocategorie, ha rappresentato una spesa di circa 332 Mld.

Le categorie istituite coprono oltre il 50% della spesa corrente per beni e servizi sostenuta a livello regionale e sono, pertanto, quelle più importanti sulle quali è utile intervenire per raggiungere un reale contenimento dei costi.

In questa direzione una delle misure più valide è quella di avviare il monitoraggio della spesa, attraverso

la tenuta di un albo fornitori e l'elaborazione di un osservatorio prezzi.

In seguito all'approvazione del regolamento è stata avviata la fase preparatoria per la costituzione del primo elenco di fornitori. Nei mesi di ottobre e novembre 1992 tramite avviso pubblico pubblicato su quattro quotidiani, l'iniziativa è stata portata a conoscenza degli operatori economici che sono stati invitati a presentare domanda di iscrizione.

L'istruttoria delle domande pervenute ha condotto alla D.G.R. n. V/34382 del 23 marzo 1993 di costituzione dell'albo regionale dei fornitori del S.s.n. e successivamente alla D.G.R. n. V/39604 del 27 luglio 1993 per il primo aggiornamento dell'albo regionale.

Tale elenco, formalizzato per le singole categorie merceologiche e di servizi, è stato diffuso immediatamente presso tutte le amministrazioni degli enti sanitari e presso tutte le aziende iscritte. Come prevede il regolamento approvato, la regione Lombardia procederà ogni sei mesi ad aggiornare l'elenco delle aziende comprendendo le nuove domande e avviando una verifica sulle aziende già inserite a pieno titolo.

Nella sua ultima elaborazione l'albo regionale lombardo comprende nelle nove categorie oltre 400 aziende e l'interesse del mondo imprenditoriale nei confronti dell'iniziativa è sempre crescente, come dimostrano le numerose nuove domande di iscrizione che giungono alla regione Lombardia.

L'albo regionale è il frutto della collaborazione tra la Regione e i responsabili amministrativi degli enti; esso deve assolvere alcune prioritarie finalità.

Innanzitutto consente di accentrare e semplificare il controllo formale sulle aziende che intendono offrire i propri beni e servizi agli enti sanitari lombardi; tale accentramento permette agli enti di concentrare l'atten-

zione sulle caratteristiche tecniche delle offerte e di allargare la conoscenza del mercato del prodotto o servizio oggetto della gara.

Nello spirito collaborativo che ne ha animato la costituzione, l'albo regionale deve essere considerato sostanzialmente come un supporto operativo per l'attività decisionale degli organi amministrativi degli enti, da cui trarre tutte le informazioni utili alla migliore conduzione delle procedure di gara.

Alle finalità interne devono essere affiancate quelle esterne che l'albo regionale lombardo persegue nei confronti degli operatori economici privati.

A differenza delle analoghe esperienze avviate in altre Regioni, l'albo lombardo non è vincolante e, pertanto, l'iscrizione è lasciata alla valutazione delle singole aziende fornitrici; l'assenza dell'obbligo di iscrizione per partecipare alle gare indette per licitazione privata e per appalto concorso allinea l'albo lombardo all'impostazione seguita dalla Comunità europea nelle ultime normative riguardanti la materia delle gare degli enti pubblici.

Indubbiamente l'essere iscritti, ovvero il rispondere positivamente a tutti i requisiti richiesti, comporta alcuni « vantaggi » semplificando le procedure di ammissione alle gare indette per licitazione privata e per appalto concorso.

Infatti la D.G.R. n. V/34382 del 23 marzo 1993 di costituzione dell'albo impegna gli enti, nelle future indizioni di gara, a prevedere disposizioni specifiche relative alle ditte iscritte, fatta salva la possibilità di partecipazione per tutte le aziende non iscritte.

Come illustra la circolare assessore di accompagnamento della D.G.R. di costituzione dell'albo, le ditte iscritte possono presentare, al posto della documentazione prevista dall'art. 101 della L.R. n. 106/80 mo-

dificato dall'art. 3, comma 5, della L.R. n. 15/90, una dichiarazione, resa ai sensi della L. n. 15/68, attestante che il contenuto dei documenti e certificati, allegati alla domanda di iscrizione all'albo regionale, « è tuttora conforme alla propria situazione di fatto e di diritto ».

È precipuo interesse di tutte le parti coinvolte nell'iniziativa dell'albo regionale garantire la massima pubblicità, ovvero ottenere in breve tempo il massimo allargamento degli elenchi per categoria. L'alta partecipazione delle aziende permetterà agli enti, in particolare quelli di minori dimensioni, una maggiore e più dettagliata conoscenza del mercato dei beni e servizi considerati.

### **Il rapporto sulla spesa sanitaria corrente**

Il rapporto annuale sulla spesa sanitaria corrente, che è giunto nel 1993 alla VII edizione, costituisce per la regione Lombardia una delle principali fonti di dati statistici e la più importante relativamente all'andamento economico e produttivo della sanità lombarda.

Il rapporto risulta suddiviso in tre parti fondamentali:

— la prima presenta i dati aggregati a livello regionale così da fornire un quadro di valutazione complessivo;

— la seconda contiene i dati disaggregati per U.s.l., presidi multinazionali e istituti scientifici pubblici e permette un'analisi comparata dell'andamento economico dei diversi enti;

— infine vi è un raffronto con la realtà di spesa corrente delle altre Regioni italiane, nell'ambito della distribuzione del Fondo sanitario nazionale da parte dello Stato (in proposito il grafico 1, a pagina seguente, presenta la spesa sanitaria corrente procapite delle Regioni italiane).

Il rapporto nel tracciare un quadro complessivo sulla sanità lombarda prende spunto dai dati sulla popolazione residente e assistibile evidenziando in particolare l'indice di invecchiamento (tra il 1991 e il 1992 i residenti con oltre 60 anni sono cresciuti del 2% circa). Vengono poi presentati alcuni indicatori di « produttività » per i presidi ospedalieri:

- posti letto;
- ricoveri;
- giornate di degenza;
- degenza media;
- tasso di occupazione;
- letti per dipendente.

La parte del rapporto che presenta maggiore interesse, in questa sede, è quella relativa al dettaglio della spesa sostenuta per beni e servizi.

Sono state costruite tabelle specifiche per mostrare l'andamento di tale spesa nel triennio 1990-1992 con particolare riferimento alle voci:

- prodotti farmaceutici ed altro materiale sanitario;
- prodotti economici;
- servizi economici appaltati;
- servizi diversi;
- utenze;
- servizi manutenzione ordinaria.

L'analisi dei dettagli sopraccitati permette certamente agli operatori del settore di effettuare valutazioni di merito sulle spese sostenute.

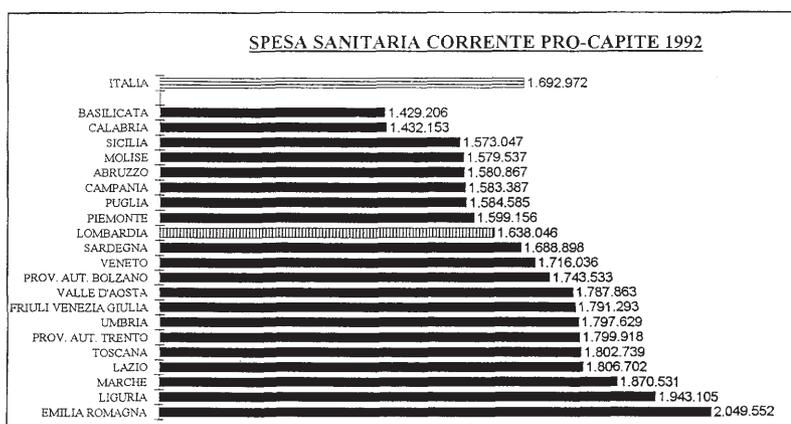
A questa struttura di base vengono poi aggiunti, di anno in anno, alcuni approfondimenti su temi di particolare interesse economico: ad esempio nella VI edizione sono stati analizzati i dati relativi alla gestione dei servizi di ristorazione; nella VII edizione sono stati analizzati la dotazione e il funzionamento delle apparecchiature di Alta Tecnologia. (Per Alta Tecnologia si intendono le apparecchiature tecnico-scientifiche il cui costo di acquisto supera i 300 milioni).

La configurazione sopraddelineata è stata raggiunta negli anni con opportune correzioni senza, tuttavia, perdere di vista la necessità di rilevare i da-

ti in modo organico per poter costruire serie storiche riguardo alle principali voci di spesa. In tal modo, oggi, il rapporto rappresenta una banca dati indispensabile per avviare qualsiasi tipo di studio o analisi approfondita in materia di spesa sanitaria. Se l'albo regionale dei fornitori è il canale di collegamento diretto con gli operatori economici privati, il rapporto sulla spesa è il punto di riferimento per tutti

gli enti sanitari lombardi.

Sarà, quindi, a partire da tale solida base informativa che dovrà svilupparsi l'osservatorio prezzi inteso come attività di monitoraggio del mercato dei beni e servizi, voce di spesa importantissima nell'economia della gestione del F.s.r. (in proposito la tavola 1 e il grafico 2 presentano i valori e la composizione della spesa per acquisto di beni e servizi).



**Tavola 1 - Spesa per acquisto di beni e servizi (valori assoluti in milioni di lire)**

	1990 (val. ass.)	1991 (val. ass.)	1992 (val. ass.)	1991/1990 (var. %)	1992/1991 (var. %)
Organi istituzionali	18.944	24.060	28.488	27,0	18,4
Prodotti farmaceutici e altro materiale sanitario	962.241	1.119.640	1.261.733	16,4	12,7
Prod. economici	286.330	320.918	330.446	12,1	3,0
Servizi economici appaltati	230.755	271.141	331.974	17,5	22,4
Servizi diversi	231.404	255.680	291.286	10,5	13,9
Utenze	89.463	106.073	119.352	18,6	12,5
Servizio manutenzione ordinaria	296.254	326.193	394.771	10,1	21,0
Poste corrett. enate	152.017	68.759	62.765	-54,8	-8,7
Somme non attribuibili	14.520	15.238	16.654	4,9	9,3
Altro (*)	12.713	13.787	12.213	8,4	-11,4
<b>Totale</b>	<b>2.294.640</b>	<b>2.251.488</b>	<b>2.849.682</b>	<b>9,9</b>	<b>13,0</b>

Il rapporto sulla spesa, come abbiamo visto, già contiene al suo interno alcuni indicatori di produttività. La via da intraprendere con l'osservatorio prezzi sarà quella di affinare gli indicatori già in uso e di inserire nella gestione degli enti lombardi altri tipi di indicatori relativi all'economicità e, soprattutto, alla qualità.

### Osservatorio prezzi

Le potenzialità offerte dall'albo dei fornitori e dal rapporto sulla spesa dovranno confluire in un progetto più vasto, l'osservatorio prezzi.

L'osservatorio che la regione Lombardia vuole sviluppare avrà il compito di elaborare documenti informativi, analisi di mercato e proposte operative per rendere più trasparente il rapporto tra enti sanitari e aziende private.

In quest'ottica deve essere sviluppata un'azione su due fronti: da un lato operare con la massima collaborazione possibile con le « aziende sanitarie » al fine di ottenere informazioni dettagliate e precise sui prezzi e sulle condizioni d'acquisto sul mercato di beni e servizi; dall'altro avviare un contatto diretto con associazioni di categoria e C.C.I.A.A. per

raccogliere tutte le notizie possibili sull'offerta di prodotti e servizi nel settore sanitario.

Sarà quindi l'ufficio studi regionale ad analizzare i dati così raccolti per offrire agli enti informazioni sintetiche e tempestive, tali da consentire valutazioni in ordine alle problematiche poste dalle diverse fasi di espletamento delle gare (indizione e aggiudicazione).

Attualmente la regione Lombardia dispone di una notevole mole di dati contenuti nel rapporto sulla spesa sanitaria corrente.

Proprio a partire da questo rapporto si dovrà indirizzare su specifiche tipologie di beni e servizi l'obiettivo dell'osservatorio prezzi che evidentemente non deve puntare ad effettuare un monitoraggio completo di tutti i beni e servizi acquistati dagli enti sanitari.

Potranno essere individuate così quelle aree di spesa particolarmente interessanti sia per approfondimenti *una tantum* sia per monitoraggi continuativi volti alla raccolta di dati a fini previsivi. È infatti un importante obiettivo dell'osservatorio supportare gli enti nell'attività di previsione della spesa con modelli di tipo budgetario.

In questo ambito andranno svilup-

pati principalmente indicatori di economicità (costi di acquisizione/risorse acquisite). Gli indicatori individuati, in numero limitato, dovranno essere calcolati con metodologie omogenee per consentire raffronti tra strutture differenti, e la loro finalità prioritaria sarà quella di fornire strumenti operativi per i responsabili della gestione degli enti.

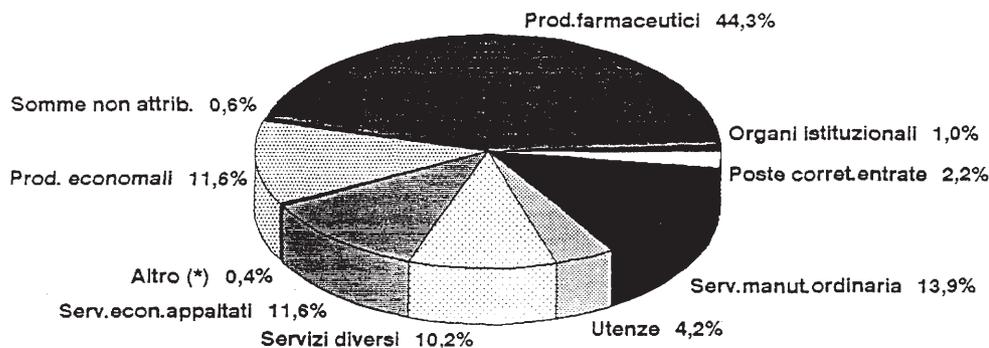
Sul lato dell'offerta di beni e servizi l'osservatorio dovrà curare innanzitutto la raccolta ed elaborazione dei prezzi e delle condizioni di vendita offerti dalle ditte, ad esempio invitando a depositare i propri listini presso la C.C.I.A.A. di Milano, che si è già mostrata interessata ad avviare una collaborazione con la regione Lombardia nel settore sanitario.

In secondo luogo l'ufficio osservatorio dovrà invitare le diverse associazioni di categoria a confrontarsi con la Regione in tema di iniziative volte ad aumentare la trasparenza nelle procedure di gara e soprattutto ad accrescere la qualità dei beni e servizi acquisiti dagli enti sanitari.

La Regione ha già condotto nel 1990 un'analisi sui prezzi di sette beni e servizi. Questa esperienza ha evidenziato, soprattutto, le molteplici difficoltà riscontrate sia nell'acquisizione dei dati che nella loro elaborazione. Una valutazione spicca in particolare dall'indagine sui prezzi del 1990: è l'estrema variabilità nei prezzi di acquisto dello stesso bene o servizio presso i diversi enti sanitari (in proposito si veda il grafico 3 che presenta la disposizione degli enti lombardi nelle diverse fasce di costo individuate per i flaconi di albumina umana al 20%).

L'osservatorio deve quindi costituirsi come punto di sintesi e di coordinamento di tutte le iniziative già attivate dalla regione Lombardia nell'ottica di un supporto operativo alle decisioni amministrative degli enti con la finalità ultima del contenimento della spesa.

Grafico 2 - Composizione % (anno 1992)



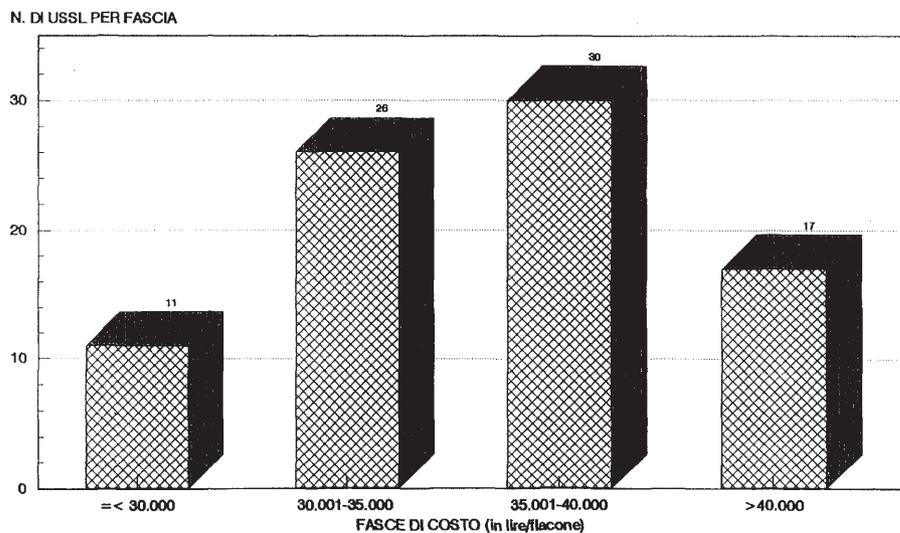
(\*) Spese personale religioso convenzionato.  
Trasferimenti agli istituti zooprofilattici.  
Contributi ad associazioni di volontariato.

## Conclusioni

Al termine di queste considerazioni si devono rappresentare l'albo regionale dei fornitori e il rapporto sulla spesa come i due cardini di un sistema di monitoraggio della spesa sanitaria.

Certamente l'osservatorio è un'iniziativa che rientra a pieno titolo nello spirito della riforma generale del sistema sanitario prevista dal D.L. n. 502/92 che prevede per gli enti sanitari il passaggio ad un modello aziendalistico di tipo privatistico. In questo nuovo assetto l'osservatorio prezzi fornirà un valido supporto decisionale agli operatori degli enti e permetterà alla regione Lombardia di sviluppare opportuni studi volti a parametrare e valutare la « gestione » delle risorse ripartite.

Grafico 3 - Albumina umana al 20% - Costo medio al flacone



Nota - Prezzi minimi e massimi rilevati: min. L. 9.047; max L. 66.265.

# ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA A MALATI TERMINALI

di Raffaella Stiassi

*U.s.l. 29 Bologna est*

Fausto Trevisani

*Servizio medicina di base U.s.l. 28 Bologna nord*

SOMMARIO: Il modello organizzativo - Risultati - Conclusioni.

L'assistenza domiciliare integrata è un istituto previsto dalla convenzione dei medici di medicina generale ai sensi dell'art. 26 D.P.R. 314/90.

L'assistenza è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni di medicina generale, medicina specialistica, infermieristica, di assistenza sociale e di assistenza domestica svolta quasi sempre dai familiari. Gli operatori coinvolti, così come le risorse materiali impiegate provengono dal Servizio sanitario nazionale, da associazioni di volontariato, da risorse messe a disposizione dal Comune e da altri enti.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) abbiamo osservato con particolare interesse l'ADI nei confronti di malati terminali affetti da neoplasia. In questi casi l'intervento integrato delle varie competenze e risorse permette di evitare il ricovero ospedaliero sia questo determinato da motivi prevalentemente sanitari, sociali o da ragioni organizzative gestionali.

Usualmente il malato viene segnalato ai servizi territoriali dal medico di medicina generale stesso, dall'ospedale, dai familiari o da altri enti, successivamente il medico di medici-

na generale attiva l'assistenza domiciliare concordando il piano assistenziale col medico di distretto al quale spetta più specificatamente il compito di organizzare le risorse da mettere a disposizione al domicilio del paziente.

In sintesi i principi fondamentali di questa assistenza sono sostanzialmente due:

— al medico di medicina generale spetta la responsabilità dell'attivazione dell'ADI per il suo paziente secondo quanto previsto dalla convenzione (all. H, art. 26 D.P.R. 314/90);

— l'U.s.l., tramite il servizio medicina di base nello spirito dell'integrazione garantisce i supporti assistenziali al medico anche attivando altre associazioni o risorse sempre in accordo con il medico proponente.

La finalità dell'esperienza condotta a Bologna (U.s.l. 28) in questi anni è stata quella di fornire una buona assistenza a domicilio attraverso una reale integrazione delle professionalità e delle risorse coinvolte.

## Il modello organizzativo

L'ADI a malati terminali affetti da neoplasia ha attraversato una prima

fase dove l'organizzazione non era particolarmente curata, molto era determinato dalle richieste e caratteristiche dei singoli medici di medicina generale, il medico di distretto aveva un compito più amministrativo che organizzativo rilasciando l'autorizzazione formale del programma. Dopo pochi mesi si sono, però, evidenziati alcuni aspetti negativi soprattutto organizzativo-gestionali che si possono così riassumere:

— una gestione dell'ADI dei malati affetti da neoplasia caso per caso con scarse capacità di confrontare esperienze simili anche valide singolarmente;

— difficoltà nei rapporti tra operatori con diverse professionalità, con diversi responsabili di servizio e con diversi contratti di lavoro. Questo aspetto si traduceva sul piano pratico in una cattiva integrazione assistenziale ed in una insufficiente qualità dell'assistenza (1) (2);

— elevata scarsità di dati sull'assistenza domiciliare e conseguente difficoltà nella verifica e valutazione dell'attività svolta.

Per ovviare a questi inconvenienti si è introdotto come elemento forte dell'esperienza un modello organiz-

zativo la cui implementazione permetteva la sperimentazione del coordinamento complessivo sia sul caso singolo che sull'intera attività; ed il monitoraggio dell'esperienza attraverso cui si è potuto esaminare la tipologia dei piani di assistenza attivati per ricercarne elementi di omogeneità (3) (4) (5).

Il gruppo di lavoro che ha preparato il modello ha dovuto obbligatoriamente affrontare subito un primo aspetto e cioè definire nel dettaglio i protagonisti dell'assistenza. A questo proposito è il caso di segnalare come una buona parte dell'assistenza domiciliare integrata viene erogata dall'ANT (Associazione nazionale tumori solidi), si tratta di un'organizzazione volontaria di origine paraospedaliera costituita per buona parte da medici oncologi. Vi sono altre esperienze dove ad intervenire a domicilio sono direttamente operatori dipendenti ospedalieri (medici ed infermieri), in questo caso si parla più esattamente di « ospedalizzazione a domicilio » anziché di assistenza domiciliare integrata; nell'ospedalizzazione a domicilio il medico di medicina generale entra in scena in un secondo tempo chiamato in causa dal collega ospedaliero. Nell'esperienza condotta a Bologna dal 1990 per ogni paziente neoplastico in fase assai avanzata preso in carico in Assistenza domiciliare integrata l'ANT riceve un preciso compenso economico (3) (6) (7). Nella scheda 1 sono riassunti i principali attori dell'ADI.

Entrando nel dettaglio del modello si è scelto come momento centrale ed innovativo di affidare il coordinamento generale dell'ADI al medico di distretto (medico di sanità pubblica con funzioni organizzative nel campo dell'assistenza di base); il medico di distretto ha nello specifico il compito di coordinare operatori e risorse nella preparazione del piano assistenziale.

Le fasi organizzative solitamente si sviluppano nel modo seguente:

a) le richieste di ADI giungono al distretto quasi sempre attraverso il medico di medicina generale che segnala un suo assistito di solito dimesso dall'ospedale;

b) il medico di distretto attiva un incontro con il medico di medicina generale e gli operatori coinvolti nell'assistenza per preparare e concordare il piano per il caso in esame;

c) vengono attivati, quando ce ne sia la necessità, altri incontri durante la fase assistenziale.

Sono stati definiti ed usati alcuni strumenti per la raccolta dei dati sull'attività e per la sua valutazione:

— il medico di medicina generale ha l'obbligo sancito dalla convenzione di lasciare un diario al domicilio dell'assistito con l'indicazione degli accessi effettuati e del loro contenuto;

— i medici specialisti dell'ANT lasciano al domicilio una cartella clinica aggiornata e dettagliata;

— vengono effettuati dei controlli da parte dell'U.s.l. al domicilio del paziente con un'apposita scheda di rilevazione. Tale scheda registra sia gli aspetti formali che qualitativi dell'assistenza erogata.

Il modello organizzativo così come descritto è stato implementato nella sua completezza a partire dall'ottobre 1991; da questa data è stato possibile il monitoraggio dell'esperienza. Nell'applicazione del modello il gruppo di lavoro ha indicato alcuni criteri basati sull'esperienza che possiamo riassumere in:

1) il medico di distretto organizza un incontro iniziale con gli operatori che parteciperanno all'assistenza domiciliare. Tale incontro deve avvenire almeno nel 70% dei casi;

2) un controllo da parte dell'U.s.l. al domicilio almeno del 50% dei casi in assistenza;

3) un controllo della tenuta e della completezza dei diari clinici dei medici generali e dei medici specialisti.

## Risultati

L'esperienza condotta a Bologna dall'ottobre del 1991 al settembre 1992 è stata completamente monitorata.

In questo periodo sono stati presi in carico 86 pazienti terminali affetti da neoplasia. Dai dati raccolti attraverso gli strumenti di rilevazione prima citati emerge che l'età media degli assistiti è di 66,9 anni, 54% sono maschi e 46% sono femmine. Il 66% dei tumori sono complessivamente a carico dell'apparato respiratorio, del tratto gastrointestinale e dell'apparato urinario. Nel periodo di osservazione il 75% dei pazienti è deceduto e la durata media dell'assistenza a domicilio è stata di 73 giorni dalla data di attivazione alla data del decesso; ogni mese venivano prese in carico in media 8 nuovi casi di ADI.

La terapia di supporto non specifica è stata praticata nel 100% dei casi, la chemioterapia specifica nel 16% dei casi e nel 43% è stata praticata terapia analgesica stupefacente.

I medici di medicina generale coinvolti nell'esperienza sono stati 56 ed hanno effettuato in media 2 accessi alla settimana.

I medici e gli altri operatori dell'ANT in circa il 30% dei casi hanno praticato un accesso quotidiano (in questi casi oltre ad altre prestazioni sono state eseguite fleboclisi giornaliere); negli altri casi in media sono stati effettuati dai 3 ai 4 accessi settimanali.

Gli infermieri professionali hanno prestato assistenza nel 15% dei pazienti; nei casi trattati gli accessi domiciliari sono stati in media bisettimanali per le medicazioni (53,8%), giornalieri (non la domenica) nel caso di terapia intramuscolare limitatamente ad antibiotici ed analgesici ed una o due volte al mese nel caso di cambi catetere (46%).

Gli operatori sociali sono intervenuti soprattutto come supporto ai fa-

### SCHEDA 1 - I protagonisti

#### *Il paziente e la sua famiglia*

Nel nostro caso è il malato terminale affetto da patologia tumorale. Il malato per le sue condizioni di salute necessita di assistenza continuativa che rappresenta l'unica alternativa al ricovero in ospedale.

Per realizzare l'ADI è essenziale il consenso e la disponibilità del paziente e della sua famiglia che di fatto sostiene il carico assistenziale più alto. La famiglia, infatti, non è solo un protagonista passivo, ma partecipa attivamente e collabora ad assistere il paziente specie nelle fasi più avanzate.

#### *Il medico di medicina generale*

L'ADI si impernia sulla figura del medico di famiglia che ha la responsabilità del paziente. Tale medico garantisce la sua disponibilità e competenza per assistere il suo assistito avvalendosi di operatori sanitari e sociali forniti dall'U.s.l. e da altri enti.

I medici di medicina generale non sono dipendenti del S.s.n. (Servizio sanitario nazionale) ma sono professionisti ad esso convenzionati. Per quanto riguarda l'ADI è previsto un incentivo economico per ogni accesso programmato al domicilio del paziente; questo fatto ha contribuito alla maturazione culturale dell'obiettivo di sostituire l'ospedale con una qualificata assistenza a domicilio.

#### *Il distretto*

Negli ultimi tre anni si è consolidata la consapevolezza che intervenire a domicilio con operatori diversi e numerosi richiedesse un certo grado di coordinamento sia nelle azioni concrete a favore del paziente, sia nelle finalità dell'intervento stesso e sia, naturalmente, nell'organizzazione delle risorse.

Figura centrale di questa azione di coordinamento è risultata essere un medico pubblico di organizzazione (proveniente dal Servizio medicina di base) tale medico opera nel distretto a stretto contatto con gli operatori che erogano l'assistenza.

#### *Operatori infermieristici*

Sono disponibili presso il distretto e sono dipendenti direttamente dal S.s.n. Essi partecipano direttamente all'assistenza domiciliare erogando prestazioni quali terapia intramuscolare (solo alcuni farmaci), medicazioni, cambi catetere uretrale, svuotamenti fecali, ecc.

#### *La presenza medico specialistica e le associazioni di volontariato*

Nella nostra realtà la presenza specialistica a favore dell'ADI viene erogata sostanzialmente da:

a) specialisti convenzionati con il S.s.n. appartenenti a diverse branche: cardiologi, urologi, dermatologi, neurologi e così via;

b) specialisti provenienti da associazioni di volontariato ANT (Associazione nazionale tumori solidi) prevalentemente oncologi.

Quando viene attivato un programma di ADI per un malato terminale in fase assai avanzata l'ANT usufruisce di una convenzione con l'U.s.l. Il servizio svolto dall'associazione non è esclusivamente specialistico ed è caratterizzato da una forte flessibilità (presenza nei giorni festivi, emergenza notturna, rapido reperimento di presidi e così via).

#### *Operatori sociali*

Sono assistenti sociali, assistenti domiciliari dipendenti dal Comune (direttamente o per convenzionamento) o appartenenti ad associazioni di volontariato, che erogano assistenza di base. Per quanto riguarda l'ADI a malati terminali il tipo di intervento è intenso e concentrato in un arco di tempo generalmente di 2-3 mesi a differenza di altre categorie di malati (anziani disabili) dove l'intervento ha una durata molto maggiore.

miliari nel 10,5% dei casi con una frequenza di interventi settimanale variabile a seconda delle esigenze caso per caso. Molto spesso quando esisteva il supporto dei familiari è stata sufficiente l'assistenza dei medici di medicina generale associata a quella degli operatori dell'ANT.

Nel 74% dei casi è stato possibile fare l'incontro iniziale in distretto per preparare e concordare un piano di assistenza che tenesse conto di tutte le esigenze del caso specifico.

Nel 69% dei casi sono stati effettuati controlli domiciliari da parte del servizio pubblico; attraverso questo strumento si è rilevato che i diari clinici dell'ANT erano presenti nel 100% dei casi ed erano regolarmente completati, i diari dei medici di medicina generale erano presenti nel 90% dei casi ed erano sufficientemente completati anche se i contenuti riportati erano a volte disomogenei da medico a medico.

### Conclusioni

Dalle prime esperienze del 1990 ad oggi si è cercato di dare un reale contenuto all'integrazione nell'ADI attraverso la preparazione con gli operatori direttamente coinvolti del piano di assistenza. Il coordinamento dell'attività permette di individuare ed affrontare le fasi del processo assistenziale: identificazione del bisogno, organizzazione delle risorse, erogazione delle prestazioni e valutazione dei risultati. I criteri prefissati sono stati sostanzialmente rispettati; in particolare l'effettuazione del meeting iniziale con gli operatori ci consente di fare alcune importanti considerazioni sull'esperienza fin qui svolta. Si è passati da un modello a forte valenza amministrativa a un modello più squisitamente organizzativo: al medico veniva concessa un'autorizzazione del programma di assistenza senza un vero e coordinato coinvolgimento degli altri operatori limitan-

do le possibilità di integrazione, il medico di distretto autorizzava da un punto di vista prevalentemente formale senza entrare troppo nel merito del piano di assistenza. Questo modo di procedere si è dimostrato insufficiente sul medio e lungo termine in quanto non garantisce l'integrazione attiva, diversifica eccessivamente gli interventi non favorendo la valutazione dell'assistenza erogata. Il raccordo iniziale e l'applicazione del modello distrettuale introdotto ha dimostrato attraverso l'esperienza l'esistenza dei seguenti elementi:

— il medico di medicina generale ha la responsabilità complessiva del caso quindi dell'assistenza al suo paziente. Tuttavia, a seconda delle situazioni cliniche e socio-ambientali, il programma assistenziale può avere come leader un altro professionista; gli orientamenti tecnico professionali e organizzativi vengono, comunque, sempre condivisi e concordati col medico curante. L'emergere di un professionista leader del progetto è da un lato segnale del buon funzionamento del modello organizzativo e dall'altro accresce la qualità dell'assistenza erogata;

— il medico di distretto, oltre che coordinare l'attività, assume un ruolo di garante dell'integrazione tra i vari operatori il che rappresenta un qualcosa in più della semplice organizzazione delle risorse;

— viene superata la logica dell'assistenza caso per caso, individuando tipologie comuni di programmi assistenziali. Si va via via evidenziando come l'assistenza domiciliare integra-

SCHEDA 2	
<b>Principali tipologie di programmi assistenziali</b>	
1)	Pazienti neoplastici assistiti a domicilio che necessitano solamente o prevalentemente di terapia di supporto medico generico, assistenza infermieristica e/o socio-assistenziale.
2)	Pazienti neoplastici assistiti al domicilio che necessitano prevalentemente di interventi tecnico professionali specialistici (chemioterapia specifica, citodiagnostica, biopsia, ecc.).
3)	Pazienti neoplastici assistiti al domicilio che necessitano di assistenza a forte contenuto organizzativo, es.: nutrizione parenterale completa, terapia trasfusionale, assistenza durante i giorni festivi, ecc.

ta a malati neoplastici terminali sia riconducibile a categorie omogenee prettamente funzionali e non legate alla patologia specifica (vedi scheda 2). L'individuazione di categorie assistenziali con forti elementi di omogeneità orienta l'approfondimento dell'ADI nel senso di una più facile programmazione delle risorse e verso una distinzione anche economica dei piani assistenziali.

Per ogni categoria sarà più agevole esaminare nel dettaglio il contributo in termini di risorse materiali ed umane necessarie per erogare l'assistenza domiciliare.

Da un punto di vista non esclusivamente dei costi, per altro già dimostrati inferiori rispetto all'assistenza in ospedale (8), diventa possibile utilizzare con più appropriatezza le varie professionalità coinvolte, sia in relazione ai bisogni e sia in relazione alla durata assistenziale di ogni singola categoria omogenea considerata.

#### BIBLIOGRAFIA

(1) CARTWRIGHT A., *The relationships between general practitioner, hospital consultants and community nurses when caring for people in the last year of lives*. Fam. Pract., 1991, dec. 8(4), 350, 5.

(2) TELJE J., *Terminal care in general practice*. Tidsskr. Nor. Laegeforen., 1990 jun., 110 (15) 1954-6.

(3) DI FEDERICO M., NICOLI M.G., PALMONARI A., *Assistenza domiciliare ai malati terminali*. Come, agosto 1991, n. 4.

(4) BERGEN A., *Nurses caring for terminally ill in the community: a review of literature*. Int. J. Nurs. Stud. 1991, 28(1), 89-101.

(5) NORWOOD M., *Home care of the terminally ill*. Am. J. Hosp. Pharm., 1990 aug., 47(8), S23-6.

(6) STIASSI R., TREVISANI F., CIPOLLANI D., *Convenzione ANT U.s.l. 28. Gli ospedali nella vita*. Suppl. n. 3, maggio/giugno 72-78, 1992.

(7) PANNUTI F., *The « Bologna experience »*. A programme of total oncological home-hospitalization. Advanced in Clinical Oncology, 2/1990, 87-98.

(8) VENTAFRIDA V. et altri, *Comparison of home and hospital care of advanced cancer patients*. Tumori 1989, dec. 31; 75-6; 619-25.

**FARMAFACTORING**

**ABI**  
ASSOCIAZIONE BANCARIA  
ITALIANA

CONVEGNO  
**I FLUSSI FINANZIARI NEL SERVIZIO  
SANITARIO NAZIONALE**

*Le esigenze della finanza pubblica, del sistema delle imprese e del sistema  
dell'intermediazione finanziaria.*

*27 Gennaio  
1994  
ABI  
Sede-Piazza  
del Gesù, 49  
Roma*



GRUPPO DI LAVORO SU RAPPORTI FINANZIARI TRA IMPRESE E AZIENDE SANITARIE

RELAZIONI ESTERNE E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA A CURA DI FARMAFACTORING S.P.A.

VIA G. B. MORGAGNI, 22. 20129 MILANO. TEL. 02/29530002 FAX 02/29530113

ABI. PIAZZA DEL GESU' 49, 00153 ROMA. TEL. 06/6767271

# **La sanità nel mondo**

Sezione 4<sup>a</sup>

## LA SALUTE DEL MONDO SECONDO LA BANCA MONDIALE

di Paolo Rondo Broveto

Università « L. Bocconi » - SDA - Cergas - Milano

**SOMMARIO:** Le grandi variabili che influenzano lo stato di salute - Reddito e grado di istruzione sono i migliori strumenti di prevenzione - L'intervento pubblico in sanità - Analisi costi-efficacia dei servizi sanitari - L'utilità dei programmi di Public Health - Il caso speciale dell'AIDS - I servizi ospedalieri - Gli input dei sistemi sanitari - Le risorse umane.

Il « Rapporto annuale sullo sviluppo » curato dalla Banca Mondiale è una delle più autorevoli fonti informative a disposizione di chi sia interessato a conoscere le grandi tendenze della situazione economica e sociale del mondo.

Ogni anno, assieme ai dati che esprimono l'andamento delle principali variabili economiche e demografiche per i vari paesi, la Banca presenta uno studio relativo a un particolare problema dello sviluppo economico o ad un settore di attività di rilievo. Il rapporto del 1993, dal titolo « *Investing in Health* », è dedicato alla salute e agli aspetti economici della sua tutela e promozione nel mondo.

Iniziata nel 1977, questa raccolta di studi è diventata un punto di riferimento fondamentale sia per gli economisti che per chi dirige le imprese e le istituzioni pubbliche che operano nei settori analizzati. Alcune delle ragioni del forte rilievo del Rapporto annuale sullo sviluppo sono le seguenti:

— l'istituzione che lo pubblica, la Banca Mondiale, per quanto sia stata criticata anche aspramente per le sue politiche, gode di una indiscussa

leadership come centro di studi sullo sviluppo economico: svolge la propria attività di ricerca essendo in grado di mobilitare risorse in quantità e qualità senza eguali;

— il collegamento della Banca Mondiale con le altre istituzioni specializzate del sistema delle Nazioni Unite favorisce l'utilizzo « mirato » delle risorse per le ricerche di settore;

— la rete mondiale di uffici e di esperti settoriali rende efficiente la raccolta e l'analisi dei dati;

— la sua natura pluralista (è gestita da quasi tutti gli stati del pianeta congiuntamente) garantisce contro interpretazioni e giudizi di parte;

— la scelta del tema dello studio focalizza l'attenzione sui più importanti temi dell'economia mondiale.

In questo articolo ci proponiamo di presentare i dati più importanti che emergono dall'edizione del 1993 del « Rapporto annuale sullo sviluppo » e di commentare la scelta di alcuni strumenti analitici utilizzati.

Esaminando i dati più recenti è facile concludere che gli indicatori espressivi dello stato di salute della popolazione mondiale sono migliorati notevolmente negli ultimi anni. Grandi differenze sussistono tuttavia

nella distribuzione di questo miglioramento. Nell'evidenziarle, il rapporto fornisce notevolmente negli ultimi anni. Grandi differenze sussistono tuttavia nella distribuzione di questo miglioramento. Nell'evidenziarle, il rapporto fornisce dati aggregati per « aree demografiche » (1).

Rispetto ad uno degli indicatori più diffusi, la speranza di vita alla nascita, i dati relativi alla variazione intercorsa fra il 1950 e il 1990 sono sorprendenti (tabella 1, a pagina seguente) e nel caso della Cina, la cui popolazione ha visto crescere la speranza di vita alla nascita di 31 anni nell'arco di 40 anni (e di 13 anni, da 56 a 69, fra il 1975 e il 1990), addirittura stupefacenti, soprattutto se si tiene conto che questo paese ha la spesa sanitaria pro capite più bassa in termini assoluti di qualunque altra area demografica: 11 dollari nel 1990.

(1) Le « aree demografiche » sono state definite con lo scopo di rendere più evidenti i grandi trend delle malattie, delle terapie e della prevenzione nel mondo, cercando di individuare un equilibrio fra la qualità dei dati e le informazioni da essi fornite.

Le risorse impiegate per la sanità sono circa l'8% del prodotto mondiale (1.700 miliardi di dollari). Mentre i paesi in via di sviluppo spendono in media 41 dollari all'anno per abitante in questo settore (in media circa il 4% più sviluppati appartenenti all'OCSE consuma circa 1.500 dollari per abitante, che rappresentano quasi il 90% della spesa sanitaria mondiale (con gli Stati Uniti che da soli spendono il 42% delle risorse mondiali dedicate alla sanità) ed in media oltre il 9% del loro prodotto interno lordo.

La difficoltà di misurare il rapporto fra risorse utilizzate e risultati in termini di salute della popolazione non deve distogliere l'attenzione dal fatto che tale rapporto risulta fortemente squilibrato non solo fra paesi diversi ma anche all'interno degli stessi paesi.

Tentare di dare una dimensione quantitativa di questo fenomeno è sicuramente difficile. Il rapporto della Banca Mondiale propone un indicatore chiave: l'onere globale della malattia (*global burden of disease*). L'unità di misura di tale grandezza è denominata DALY (acronimo di *Disability-Adjusted Life Years*) ed esprime la perdita di un anno di vita in buona salute (in appendice 1 sono esplicitate le caratteristiche del DALY come unità di misura della malattia).

In questo modo viene resa possibile una forma di misurazione del benessere della popolazione e, vista la disponibilità di dati di buona qualità sulle risorse impegnate, anche una valutazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse nei sistemi sanitari.

### Le grandi variabili che influenzano lo stato di salute

Nel descrivere l'efficacia delle azioni che vengono poste in essere per tutelare la salute delle persone, il Rapporto identifica quattro problemi:

— *la cattiva allocazione delle ri-*

**Tabella 1 - Speranza di vita alla nascita nelle aree demografiche del mondo nel 1950 e nel 1990**

Aree demografiche	Aspettativa di vita alla nascita nel		Differenza
	1950	1990	
Africa Subsahariana	39	52	+ 13
India	42	58	+ 16
Cina	38	69	+ 31
Altri Paesi e isole dell'Asia	44	62	+ 18
America Latina e Paesi Caraibici	49	70	+ 21
Paesi Islamici del Medio Oriente	38	61	+ 23
Ex Paesi Socialisti	59	72	+ 13
Paesi ad economia di mercato stabile	65	76	+ 11

*orse*, cioè il fatto che le risorse, in special modo quelle pubbliche, sono utilizzate troppo intensamente per interventi che risultano poco efficaci rispetto ai loro costi; allo stesso tempo risorse troppo scarse vengono utilizzate per combattere malattie facili da curare ma che causano enormi sofferenze (e danni economici e sociali) nei paesi in via di sviluppo; gli ospedali, in tutto il mondo consumano una quantità eccessiva di risorse (comprese fra il 40% e l'80% della spesa sanitaria) rispetto ai risultati che producono;

— *l'inequità*, cioè il fatto che la spesa pubblica per la sanità assorbita in modo sproporzionato da persone appartenenti alle fasce sociali più alte, hanno più facile accesso ai servizi; viene posto in questo modo dubbio che i sistemi sanitari pubblici siano in grado di allocare le risorse in modo migliore rispetto a quelli basati su meccanismi di mercato;

— *l'inefficienza*, cioè il fatto che le risorse pubbliche vengano utilizzate in maniera eccessiva soprattutto per l'acquisto di prodotti farmaceutici e di tecnologie spesso sottoutilizzate;

— *l'esplosione dei costi*, cioè il fatto che, con l'eccezione dei paesi meno sviluppati, la quota del prodotto interno lordo consumata dalla sanità è in crescita ovunque.

La Banca Mondiale indica una serie di azioni da intraprendere, destinate ad avere effetti non solo sui servizi sanitari ma anche sul complesso degli altri fattori che esercitano un'influenza determinante sullo stato di salute della popolazione.

La prima categoria di azioni è focalizzata sulle famiglie, che devono essere messe in grado sempre di più di tutelare la salute dei loro membri attraverso:

- una migliore distribuzione del reddito;
- una migliore informazione;
- un più alto grado di istruzione, specialmente fra le donne.

La seconda categoria di azioni riguarda la riqualificazione della spesa attraverso:

- una forte riduzione degli investimenti nelle strutture ospedaliere, nella formazione specialistica dei medici e in quegli interventi che comportano benefici troppo scarsi rispetto alle risorse impiegate;

— un'intensificazione delle azioni dirette a tenere sotto controllo le malattie trasmissibili a prevenire la diffusione dell'AIDS, a diminuire l'inquinamento e ad impedire i comportamenti che mettono a rischio la salute degli altri (quali la guida in stato di ebbrezza);

— il finanziamento e soprattutto l'erogazione di servizi sanitari di ba-

se, scelti a seconda delle particolarità di ciascun paese sulla base dei dati epidemiologici e del suo grado di sviluppo e tali da assicurare un'alta efficacia sanitaria;

— il miglioramento della gestione dei servizi sanitari anche attraverso provvedimenti di decentramento.

La terza categoria di azioni riguarda il miglioramento dei rapporti fra le diverse istituzioni operanti nei sistemi sanitari, attraverso:

— l'incoraggiamento alla formazione di sistemi di assicurazione sanitaria (pubblici o privati);

— l'incoraggiamento di forme di concorrenza fra i fornitori dei servizi sanitari e dei prodotti farmaceutici e la rimozione delle protezioni a favore dei produttori nazionali;

— la generazione e la diffusione di informazioni sulle performance dei produttori di servizi sanitari, sull'utilità delle tecnologie e dei farmaci, sui costi e sull'efficacia degli interventi e l'introduzione di forme di accredito per tutte le istituzioni che fanno parte del sistema sanitario.

### Reddito e grado di istruzione sono i migliori strumenti di prevenzione

L'influenza del reddito e del gra-

**Tabella 2 - Effetti del grado di istruzione dei genitori sul rischio di morte entro i primi due anni dalla nascita; percentuali di riduzione del rischio rispetto a genitori senza istruzione**

do di istruzione dei componenti della famiglia sullo stato di salute dei suoi membri risulta essere, secondo i dati del Rapporto, assai rilevante. Tuttavia il grado di istruzione ed il reddito disponibile delle donne sembra avere un impatto molto più forte.

Negli Stati Uniti la speranza di vita media all'età di 25 anni evidenzia (stabilmente fin dal 1960) una differenza di ben sei anni per gli uomini e di cinque per le donne fra persone con i maggiori livelli di istruzione e quelle con i livelli più bassi. Fenomeni simili si verificano anche nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo.

La tabella 2 illustra gli effetti del grado di istruzione dei genitori sulla mortalità infantile in quattro paesi.

Tenendo presenti le considerazioni svolte finora, sono possibili alcune osservazioni sugli effetti in campo sanitario di un particolare tipo di interventi di cooperazione allo sviluppo promossi dalla Banca Mondiale.

Si tratta dei cosiddetti interventi di aggiustamento strutturale, cioè di prestiti di grandi dimensioni erogati a favore di paesi in difficoltà senza essere legati a progetti particolari. Essi vengono di solito concessi a condizione che i paesi beneficiari rispetti-

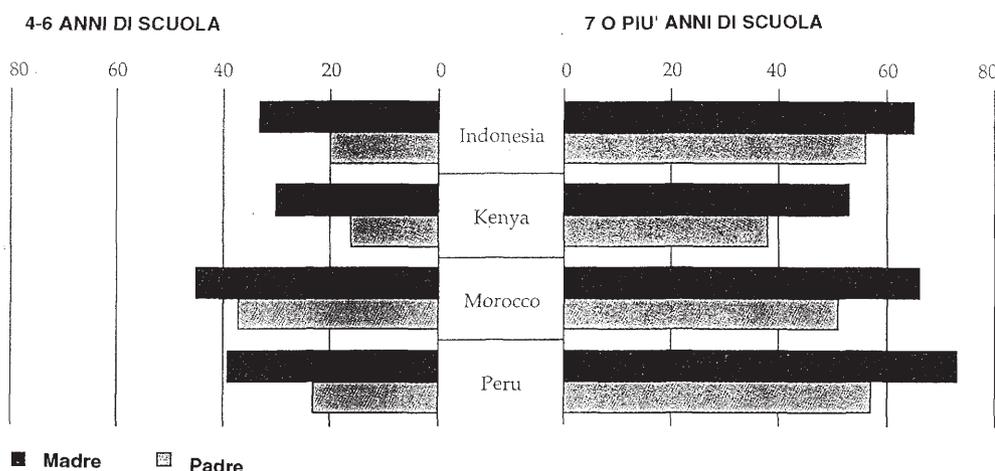
no condizioni quali la riduzione della spesa pubblica, dell'inflazione o comunque il miglioramento di qualche altra variabile ritenuta rilevante a livello aggregato.

Tuttavia, nei casi in cui gli interventi richiedano azioni sulla spesa pubblica, la loro mancata qualificazione a livello delle unità del sistema pubblico ha provocato più danni che benefici, colpendo in maniera eccessiva le parti deboli del sistema stesso piuttosto che quelle inefficienti o parassitarie. Considerazioni analoghe possono essere svolte riguardo al sistema sanitario, all'interno del quale sono identificabili istituzioni e programmi di spesa con caratteristiche molto diverse quanto ad efficacia, efficienza ma anche resistenza alla razionalizzazione da parte di forti interessi particolari. Sono state provocate così per errore delle riduzioni nell'assistenza sanitaria di base e nella prestazione di terapie farmacologiche molto efficaci sul piano sanitario.

### L'intervento pubblico in sanità

Il collegamento fra le attività nel settore pubblico e la necessità di una verifica dei loro effetti congiunti sono ben evidenziati dall'analisi della correlazione fra il grado di istruzione della popolazione e i risultati delle politiche sanitarie. A gradi di istruzione più elevati corrispondono una migliore distribuzione dei benefici apportati dai sistemi sanitari, un migliore accesso ai servizi ed una maggiore possibilità di governare i comportamenti individuali in modo funzionale al miglioramento dello stato di salute complessivo. Il rapporto mette così in evidenza l'interdipendenza del funzionamento dei diversi settori pubblici.

Nel caso particolare della sanità l'efficacia della spesa tende a decrescere più rapidamente al suo aumentare se il grado di istruzione reale (non quello formale) della popolazione è



inferiore. A sua volta quest'ultimo dipende dall'ammontare di risorse disponibili e dalla qualità della gestione nel sistema educativo.

Il Rapporto, riflettendo la tendenza in atto a rivalutare il ruolo dell'intervento pubblico in sanità, sottolinea con abbondanza di dati comparativi e di esempi l'importanza dei diversi ruoli svolti dalle amministrazioni pubbliche per la promozione e la tutela della salute della popolazione. Essi sono indiretti quando riguardano interventi quali la realizzazione di infrastrutture fisiche o di servizi (per esempio acquedotti, fognature, servizi di igiene urbana, scuole) o la realizzazione di politiche di reddito miranti ad una sua migliore distribuzione.

Gli interventi diretti della pubblica amministrazione, secondo la Banca Mondiale, sono universalmente opportuni per ragioni economiche (e risulterebbe quindi superfluo analizzare anche quelle sociali), in tre casi:

— quando ci sono delle fasce di popolazione che non avrebbero accesso ai servizi di base in assenza dell'intervento pubblico; il danno derivante da un eventuale insufficiente stato di salute delle persone appartenenti a queste fasce si rifletterebbe sull'economia complessiva dei paesi riducendone la produttività (assenze dai luoghi di lavoro, problemi nell'organizzazione della vita familiare, riduzione della possibilità dei membri delle famiglie svantaggiate di ricevere un'educazione adeguata a seguito del cattivo stato di salute degli altri membri) e rendendo necessari interventi costosi in periodi successivi;

— quando gli interventi riguardano azioni che, pur essendo rivolte a persone singole, hanno effetti sulla popolazione in generale (per esempio i programmi di vaccinazione o di prevenzione o la prestazione di servizi di base); il rapporto si spinge a definire queste azioni « beni pubblici » e ad affermare che « i mercati

privati » li produrrebbero in quantità insufficiente o non li produrrebbero affatto;

— quando sono necessarie azioni pubbliche per correggere gli effetti indesiderati dell'interazione delle istituzioni private (e fra queste anche le famiglie) nel settore sanitario.

In tutti gli altri casi gli interventi della pubblica amministrazione nel settore sanitario vanno analizzati con grande attenzione, poiché essi possono portare ad un peggioramento del rapporto fra spesa complessiva e risultati in termini di efficacia. Il Rapporto si riferisce esplicitamente a due tipi di situazioni: quelle in cui gli interventi pubblici siano inficiati all'origine dall'influenza impropria di qualche gruppo di interesse e quelli in cui essi, pur essendo « teoricamente » corretti sul piano delle politiche generali, comportano per la loro realizzazione un utilizzo di capacità gestionali troppo elevate rispetto a quelle presenti nel sistema pubblico.

Sono possibili poi dei veri e propri errori di regolamentazione, dovuti alla mancata previsione degli effetti di alcuni provvedimenti. Il rapporto cita l'introduzione di un sistema di *fee for service* nei servizi sanitari cinesi, introdotto nel 1981 e legato ad incentivi monetari e di altro tipo (per esempio la disponibilità di abitazioni) per il personale sanitario. Come molti provvedimenti di questo genere, la riforma aveva l'obiettivo di controllare gli abusi nell'utilizzo dei servizi. Il sistema fu esteso anche ai servizi diagnostici e di terapia per la tubercolosi, una malattia che nel 1981 era considerata in forte declino nel Paese. La notevole riduzione dei servizi e delle terapie conseguente ha causato, secondo le stime della Banca Mondiale, tre milioni di morti nel corso degli anni ottanta e molte decine di milioni di casi in più dovuti ad un forte aumento dei contagi, con costi previsti che eccedono ogni ragionevole proporzione con i rispar-

mi ottenuti nelle prestazioni ed i maggiori ricavi ottenuti dai loro prezzi. Solo all'inizio degli anni novanta i servizi diagnostici e di terapia sono stati resi di nuovo gratuiti e già oggi sono chiari i segnali di un forte regresso della malattia, che tuttavia impiegherà molti anni per ritornare ai livelli del 1980.

### Analisi costi-efficacia dei servizi sanitari

I disequilibri nell'utilizzo delle risorse rispetto all'efficacia degli interventi, più volte citati nel Rapporto, sono discussi anche rispetto alle questioni di metodo della loro rilevazione. La Banca fa un punto fermo della necessità di migliorare e diffondere le conoscenze sulle rilevazioni dei costi in sanità e nel settore pubblico in particolare. Per quanto riguarda le rilevazioni dell'efficacia, la Banca afferma che esse, pur non godendo dello stesso grado di affidabilità di quelle sui costi, devono essere continuamente affinate.

Le informazioni fornite da queste ultime su particolari interventi, programmi o servizi possono già oggi portare a concentrare investimenti e risorse gestionali nelle aree nelle quali il vantaggio nella produttività comparata della spesa in termini di miglioramento della salute si misura con ordini di grandezza di centinaia e migliaia di volte.

La comparazione della produttività della spesa non si misura solo rispetto al territorio o al tipo di servizio ma anche rispetto a chi usufruisce delle prestazioni. Essa aumenta quindi anche a seguito di un migliore e più equilibrato accesso ai servizi. Ne segue che le analisi costi-efficacia possono suggerire interventi di « marketing » e comunicazione miranti a modificare i comportamenti di coloro per i quali l'accesso ai servizi è più difficile.

**L'utilità dei programmi di Public Health**

Il Rapporto passa poi ad analizzare l'impatto sullo stato di salute dei programmi di sanità pubblica, identificando alcuni temi di interesse particolare. Essi sono:

- i programmi di *screening* e di vaccinazione;
- i problemi legati alle insufficienze alimentari;
- la mortalità infantile e quella materna;
- gli abusi di tabacco, alcol e droghe;
- l'impatto della situazione ambientale sulla salute;
- l'AIDS.

I programmi di *screening* e vaccinazione vengono discussi sulla base dei dati risultanti da simulazioni riguardanti il cosiddetto *Expanded Programme on Immunization*. Questo programma consiste in un insieme di vaccinazioni che possono essere eseguite sulle persone con età inferiore a 5 anni e sulle donne incinte a costi assai contenuti anche da personale

non qualificato. Esse sono le vaccinazioni contro la tubercolosi, il morbillo, la difterite, la pertosse, il tetano e la poliomielite.

I costi del programma sono compresi, secondo la Banca, fra i sei ed i venti dollari per persona, la variabilità dipendendo dalle condizioni locali. I risultati in termini di prevenzione di una applicazione universale del programma, misurati con la grandezza DALY, sono evidenziati nella tabella 3.

I principali dati riguardanti le carenze alimentari sono presentati in base a dati epidemiologici collegati al tipo di carenza. Secondo la Banca l'eliminazione delle carenze di vitamina A risparmierebbe la vita ad un numero di bambini compreso fra 1,3 e 2,5 milioni all'anno, l'equivalente di un guadagno compreso fra i 39 e di 74 milioni di DALY.

Le carenze alimentari rappresentano su scala mondiale una percentuale compresa fra il 20 ed il 25 per cento dell'onere globale di malattia sopportato dai bambini.

Le soluzioni proposte, oltre ai classici programmi di produzione e distribuzione di generi alimentari, com-

prendono un'azione incisiva il miglioramento dell'educazione alimentare nei paesi più poveri.

Per la mortalità infantile e quella materna il rapporto presenta dati sconcertanti. Nei paesi in via di sviluppo ogni anno circa 430.000 donne muoiono in seguito a complicazioni dovute alla gravidanza o al parto. Complicazioni superiori alla media si registrano nelle donne molto giovani, spesso a causa di gravidanze non volute. La Banca Mondiale assume con chiarezza un atteggiamento favorevole alla diffusione e all'utilizzo di diversi metodi di contraccezione mentre prende una posizione meno netta nel presentare i dati relativi agli aborti. Il 40 per cento della popolazione del mondo vive in paesi dove l'aborto è libero, il 25 per cento in paesi dove esso può essere praticato solo in caso di pericolo per la salute della madre, mentre il restante 35 per cento vive in paesi che adottano soluzioni intermedie.

Non sorprende l'atteggiamento del rapporto sull'abuso di sostanze dannose alla salute. Alcuni dati presentati risultano tuttavia interessanti. Nel caso del consumo di tabacco la dimostrazione dei danni provocati alla salute non avrebbe bisogno di essere ripetuta. Vale la pena però di prestare attenzione ai dati aggregati.

Ogni anno nel mondo il consumo di tabacco causa 3 milioni di morti premature (cioè circa il 6 per cento del totale delle morti). Nell'ipotesi in cui i tassi di crescita del consumo rimangano costanti, il numero di morti raggiungerà i 10 milioni nel secondo quarto del ventunesimo secolo. Il verificarsi di questo evento ha, secondo la Banca, una probabilità molto alta e l'incertezza si limita alla determinazione del momento in cui queste cifre verranno raggiunte. Nei paesi sviluppati il consumo di tabacco è la causa del 30 per cento di tutti i casi di tumore (oltre a quello dei polmoni sono da aggiungere quelli alla

**Tabella 3 - Onere delle malattie prevenibile dall'applicazione universale dell'Expanded Programme on Immunization (EPI) per area demografica**

Aree demografiche	Onere (milioni di DALY all'anno)	Percentuale dell'onere sopportata da bambini con meno di 5 anni	Onere per 1.000 bambini con meno di 5 anni (in DALY)
Africa Subsahariana	23	15	242
India	16	12	137
Cina	1	3	8
Altri Paesi e Isole dell'Asia	7	10	81
America Latina e Paesi Caraibici	1	3	18
Paesi islamici del Medio Oriente	7	10	86
Ex Paesi socialisti	*	*	1
Paesi ad economia di mercato stabile	*	*	1
Mondo intero	55	10	87

\* significa meno di 1

cavità orale, alla laringe, all'esofago, alla vescica, al pancreas e al rene). Nei paesi dove il consumo di tabacco è maggiore, esso è responsabile del 30 per cento delle morti dei maschi di età compresa fra i 35 ed i 69 anni. Grande preoccupazione destano i *trend* di consumo nei paesi in via di sviluppo che sono crescenti anche a causa del forte ritardo degli effetti rispetto ai comportamenti rischiosi. Prendendo ad esempio gli Stati Uniti, si osserva come nel secondo dopoguerra il consumo di tabacco fosse già molto alto ma che l'incidenza dei tumori al polmone era ancora bassa.

Fra il 1965 ed il 1985 l'incidenza del tumore ai polmoni fra i non fumatori è rimasta costante, mentre è cresciuta di venti volte fra i fumatori. Nel 1985 il tabacco ha causato circa il 20 per cento delle morti negli Stati Uniti.

Il consumo di tabacco è consentito in tutti i paesi del mondo. Esistono tuttavia delle forti diversità sia nella libertà di azione concessa alle imprese del settore sia riguardo alle politiche pubbliche miranti a scoraggiarne il consumo. Particolarmente efficaci sembrano le imposte sul consumo, che lo limitano con particolare forza nelle fasce di popolazione più giovane, cioè quelle più esposte al rischio di sviluppare forme di dipendenza. Nei paesi più sviluppati un aumento del prezzo di vendita del 10 per cento produce una riduzione del consumo pari al 4 per cento globale, ma una riduzione del 13 per cento nel consumo da parte degli adolescenti. Nella tabella 4 vengono presentati dei dati sul consumo pro-capite di tabacco in alcuni paesi.

Le malattie legate al consumo eccessivo di alcol colpiscono ogni anno una percentuale compresa fra il 5 ed il 10 per cento della popolazione mondiale e costituiscono circa il 3 per cento dell'onere globale di malattia del mondo. I due milioni di morti cau-

sati annualmente da questa forma di abuso sono dovuti per il 50 per cento alla cirrosi epatica, per il 35 per cento da tumori al fegato e all'esofago, per il 10 per cento dagli stati di dipendenza dall'alcol e per il 5 per cento dagli incidenti stradali.

Il consumo globale di alcol nel mondo cresce molto più velocemente della crescita della popolazione. In questo caso come in quello del tabacco le misure consigliate dalla Banca sono la proibizione immediata della pubblicità delle bevande alcoliche (la banca stima che, nei paesi dove è consentita, essa riesca ad aumentare il consumo fino al 30 per cento), l'intensificazione della comunicazione pubblica contro il consumo ed un deciso aumento dei prezzi di vendita (tramite l'imposizione di tasse che tuttavia non è agevole in alcuni paesi) e il rafforzamento dei controlli sulla guida in stato di ebbrezza alcolica.

Il consumo di droghe ed i suoi effetti sono invece molto più difficili

da quantificare. La Banca, pur tenendo conto delle differenze fra la capacità dei sistemi pubblici di metterle in atto, sembra prendere posizione a favore di una generalizzata politica di rafforzamento dei controlli e di proibizione della vendita di droghe.

L'impatto della situazione ambientale sulla salute viene analizzato rispetto a quattro aree: l'abitazione, il luogo di lavoro, l'inquinamento ambientale e gli incidenti stradali.

I problemi di salute derivanti dalle condizioni abitative sono ricondotti alla mancata disponibilità di acqua e fognature e all'inquinamento dell'aria dentro le case. Secondo la Banca il loro effetto è la causa del 20 per cento dell'onere globale di malattia nei paesi in via di sviluppo.

Le cattive condizioni di lavoro sono la causa di circa il 3 per cento dell'onere globale di malattia nel mondo intero (tenendo conto anche dei disturbi neuropsichiatrici).

**Tabella 4 - Consumo pro-capite di tabacco in alcuni paesi in anni scelti (i dati nella colonna 1974-76 si riferiscono ad uno solo dei tre anni)**

Paesi	Consumo pro-capite di tabacco negli anni (in chilogrammi pro-capite per gli adulti)		
	1974-76	1990	2000 (stima)
<i>Italia</i>	2,2	1,9	2,0
Francia	2,8	2,3	2,1
Germania	3,2	2,3	2,1
Regno Unito	2,6	1,9	1,6
Spagna	2,5	2,4	2,6
Svezia	1,9	1,5	1,3
Giappone	3,5	2,4	1,9
Stati Uniti	3,8	2,6	2,2
Ungheria	2,9	3,3	3,6
Polonia	3,4	3,5	3,7
Bulgaria	3,6	4,1	4,3
Turchia	2,5	2,2	2,3
Cuba	4,8	4,5	5,0
Singapore	6,3	3,4	3,2
Cina	1,6	2,6	2,9
India	0,8	0,8	0,9

L'inquinamento dell'aria e dell'acqua ha intensità molto diverse anche in paesi con livelli comparabili di sviluppo economico. Nei casi in cui il livello dell'inquinamento ecceda certi valori, gli effetti sulla salute sono disastrosi (appendice 2).

L'inquinamento da radiazioni è, secondo la Banca, molto limitato nei pressi delle centrali nucleari meglio costruite. La situazione cambia nel caso delle centrali nucleari dei paesi ex-socialisti. Gli effetti degli incidenti nucleari, poiché si manifestano in periodi molto lunghi, non possono ancora essere analizzati correttamente.

Gli incidenti stradali provocano circa il 2 per cento dell'onere globale di malattia nel mondo. Gli uomini ne sopportano circa i due terzi e le fasce più giovani e quelle più anziane sono maggiormente colpite. Anche in questo caso l'evoluzione in atto segnala dei pericoli per i paesi in via di sviluppo: il numero di morti in incidenti stradali in Africa è quadruplicato fra il 1968 ed il 1988 mentre in Europa si è ridotto del 20 per cento.

### **Il caso speciale dell'AIDS**

L'AIDS costituisce secondo la banca un caso particolare perché i costi di prevenzione sono relativamente bassi rispetto a quelli necessari per alleviare le sofferenze provocate dalla malattia in sé e dalle altre malattie di cui essa agevola la diffusione. Lo spazio dedicato all'AIDS nel rapporto è molto ampio e la presentazione di dati e casi ricca di osservazioni e di ipotesi.

Le stime per il 1990 segnalano che in quell'anno circa 9 milioni di persone erano portatori del virus HIV.

L'Organizzazione mondiale della sanità prevede che questo numero salirà a 26 milioni nel 2000. In quell'anno, il contributo dell'AIDS all'onere globale di malattia nel mondo

sarà del 3,3 per cento ed il numero di morti arriverà a 1,8 milioni. La Banca Mondiale considera queste stime troppo ottimistiche ed ipotizza dati da due a tre volte peggiori, tenendo conto che la malattia si sta espandendo in paesi nei quali la prevenzione sarà molto difficile. Nel 1990, l'80 per cento delle persone infette vivevano nei paesi in via di sviluppo. Nel 2000 questa percentuale salirà al 95 per cento. In Thailandia un adulto su cinquanta è infetto, in alcuni paesi dell'Africa subsahariana uno su quaranta ed in alcune città addirittura uno su tre.

Un ulteriore aspetto degli effetti generali dell'AIDS è che esso, colpendo persone che in genere appartengono a fasce di età molto attive nell'economia e nella società, colpisce con forza le famiglie e le attività economiche ed ha quindi costi indiretti enormi.

Nella maggior parte dei paesi più sviluppati il numero di persone infette sta per stabilizzarsi (la differenza fra il numero di nuovi casi e quello dei morti si sta avvicinando a zero). Nei paesi in via di sviluppo possono essere riscontrate situazioni molto diversificate. Il paese nel quale vengono compiuti i maggiori sforzi per la prevenzione è la Thailandia, dove si prevede che il numero delle persone infette passi da circa mezzo milione oggi a una cifra compresa fra i 2 ed i 4 milioni nel 2000. Le politiche comprendono l'incoraggiamento all'uso dei preservativi (diventato addirittura obbligatorio nei luoghi dove è esercitata la prostituzione), l'intensificazione della terapia delle altre malattie a trasmissione sessuale e martellanti campagne di comunicazione.

### **I servizi ospedalieri**

Un intero capitolo del rapporto è dedicato ai servizi ospedalieri. La Banca assume una posizione assai forte sulla necessità di introdurre siste-

mi di analisi dei costi e dei risultati dell'attività degli ospedali. Essa individua pacchetti di servizi ospedalieri di base (diversi da paese a paese) da sottoporre ad una forte tutela della pubblica amministrazione e sostiene il modello della *managed competition* nella pluralità di istituzioni del settore sanitario per gli altri servizi, affermando tuttavia che tale modello si adatta solo alle realtà che dispongono di forti capacità manageriali e di sistemi di regolazione capaci di resistere agli interessi particolari. Grande preoccupazione viene espressa per la scarsa accessibilità dei servizi ospedalieri per gli strati più deboli della popolazione, qualunque sia il sistema di finanziamento dei servizi. Il problema è particolarmente grave nei paesi più poveri, nei quali la capacità dei gruppi sociali più forti di assicurarsi i servizi priva i gruppi più deboli di qualunque possibilità di accesso.

### **Gli input dei sistemi sanitari**

Il numero dei letti ospedalieri nel mondo è cresciuto da 5 milioni a 17 milioni fra il 1960 ed il 1980. Tenendo conto dell'aumento della popolazione, questo incremento ha più che raddoppiato la disponibilità di letti pro-capite. Fra il 1955 ed il 1980 il numero dei medici è più che quintuplicato, da 1,2 a 6,2 milioni.

Poiché gli ospedali, una volta che sono stati costruiti, sono molto difficili da chiudere ed i medici, una volta che hanno finito il proprio corso di studi, sono in grado di creare forti pressioni per essere impiegati, si è assistito negli ultimi anni in tutto il mondo ad una distorsione nell'utilizzo delle risorse pubbliche in sanità, che sono state concentrate impropriamente nelle attività specialistiche degli ospedali.

In molti paesi gli investimenti pubblici sono concentrati troppo sui servizi specialistici. Essi finiscono poi

per trasferire benefici in termini di disponibilità di tecnologie e di risorse umane a « mercati » privati, con due effetti negativi: la prestazione di sussidi inutili e non dovuti, e la distorsione della concorrenza fra gli operatori privati.

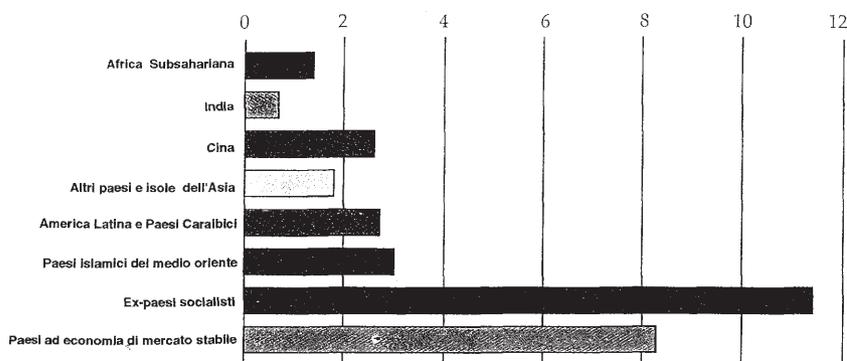
Nelle situazioni, assai frequenti in tutto il mondo, nelle quali il contenimento dei costi è diventato una priorità, si pongono problemi a due livelli. Un primo livello è quello dei provvedimenti ad efficacia quasi immediata, come quelli riguardanti le modifiche delle procedure di acquisto dei prodotti farmaceutici. Un secondo livello è quello dei provvedimenti con efficacia differita, che riguardano secondo la Banca la riduzione negli investimenti pubblici per la formazione specialistica dei medici, nella tecnologia e nella predisposizione di strutture ospedaliere di livello avanzato.

Nei paesi in via di sviluppo la spesa sanitaria pubblica assorbita dagli ospedali è compresa fra il 40 e l'80 per cento. Nei paesi più sviluppati questa proporzione cala ma solo leggermente ed è compresa fra il 35 ed il 70 per cento. Secondo la Banca Mondiale uno dei problemi principali da affrontare è quello delle procedure di spesa e dei sistemi relativi alla sua rilevazione ed autorizzazione. Riferendosi ai paesi in via di sviluppo, ma le stesse conclusioni potrebbero essere estese ai paesi sviluppati, la Banca nota come la decisione di accettare un ospedale « in regalo » da parte di un paese spesso non è presa dagli stessi organi che dovranno sostenere le spese correnti ad esso relative. Anche nelle situazioni in cui vi è coerenza istituzionale, sono comunque presenti i problemi legati agli « effetti intertemporali » delle decisioni. Gli effetti sul piano del consenso politico della costruzione di un ospedale possono essere notevoli; enormi possono essere tuttavia le conseguenze negative sull'efficienza della spesa. A parte l'incremento dei costi derivante dall'uti-

lizzo di ospedali specializzati per curare malattie semplici, vi è il rischio che risorse preziose vengano sottratte alle attività primarie del sistema sanitario. Un ospedale regalato, dice fra le righe il Rapporto, potrebbe portare più danni che benefici. Il Rapporto stesso sostiene poi che, per evitare questo problema, i finanziamenti pubblici alle unità locali del sistema sani-

tario dovrebbero essere basati quanto più possibile su meccanismi automatici (per esempio le dimensioni della popolazione) piuttosto che su trasferimenti definiti in base a criteri politici. La tab. 5 evidenzia alcuni dati di capacità ospedaliera nelle aree demografiche basati sul numero di posti letto per 1.000 abitanti. La tab. 6 fornisce i dati relativi ad alcuni paesi scelti.

**Tabella 5 - Capacità ospedaliera nelle aree demografiche basati sul numero di posti letto per 1.000 abitanti**



**Tabelle 6 - Numero di posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti in alcuni paesi scelti. Le rilevazioni si riferiscono ad anni compresi fra il 1985 ed il 1990**

Paese	Numero di posti letto per 1.000 abitanti
Canada	16,1
Giappone	15,9
Federazione Russa	13,8
Ucraina	13,6
Kazakhstan	13,6
Repubblica Democratica di Corea	13,5
Bielorussia	13,3
Svizzera	11,0
Austria	10,8
Ungheria	10,1
Bulgaria	9,8
Francia	9,3
Germania	8,7
Italia	7,5
Regno Unito	6,3
Svezia	6,2
Stati Uniti	5,3
Spagna	4,8
Argentina	4,8
Irlanda	3,9
Brasile	3,5
Cina	2,6
Nigeria	1,4
Paraguay	1,0
India	0,7
Etiopia	0,3

La spesa totale mondiale per acquisti di strumenti e tecnologie è valutata 71 miliardi di dollari. Tale cifra comprende il materiale di consumo e la strumentazione per l'attività medica e dentistica, gli strumenti chirurgici, le apparecchiature elettromedicali, gli strumenti diagnostici e le protesi. Secondo il Rapporto esistono in commercio circa 6.000 tipi diversi di prodotti in questo campo ed oltre 750.000 marche, modelli e misure, prodotte da 12.000 imprese. Le perdite di efficienza dovute a problemi di acquisto e di manutenzione possono essere notevoli. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità meno della metà di tutte le attrezzature mediche dei paesi in via di sviluppo sono operative. Secondo la Banca le soluzioni prioritarie sono l'introduzione di forme di controllo sugli acquisti delle at-

trezzature più costose da parte degli enti pubblici territoriali (o addirittura dai ministeri della sanità) e il rifiuto delle donazioni di attrezzature di qualsiasi tipo, che in una grandissima proporzione di casi non diventano mai operative o lo rimangono per periodi brevissimi. Infine, il miglioramento delle procedure di acquisto, poiché, sempre secondo il Rapporto, troppo spesso i produttori finiscono con l'avvantaggiarsi di posizioni di dominio improprie.

### Le risorse umane

Nella sezione che riguarda le risorse umane, il Rapporto conferma le indicazioni fornite precedentemente riguardo il ruolo dei medici nei sistemi sanitari. Esso assume una posizione critica nei confronti della professione

medica, lasciando chiaramente trasparire un atteggiamento ostile nei confronti dei comportamenti corporativi di questa categoria.

Viene individuata in primo luogo un'eccessiva offerta di medici e l'opportunità di ridurre fortemente la spesa pubblica per la loro formazione e di programmare verso una forte riduzione il numero degli studenti di medicina. Nei paesi in via di sviluppo la riduzione della spesa e del numero degli studenti dovrebbe essere più marcata nelle aree specialistiche. Il Rapporto cita uno studio statunitense che dimostra come un aumento del numero di chirurghi del 10% provocherebbe un aumento delle operazioni di una cifra compresa fra il 3 ed il 4%.

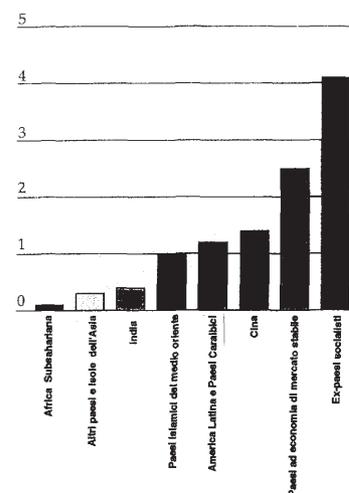
Il Rapporto si spinge addirittura ad individuare come un indicatore di sviluppo economico e sociale la presenza di personale non medico nei ruoli dirigenziali nelle strutture sanitarie. La tabella 7 fornisce i dati sulla presenza di medici in alcuni paesi selezionati.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, la situazione è molto diversa e assai disomogenea. La scarsità di personale è prevalente nei paesi con reddito pro-capite più alto. Questo fatto produce consistenti flussi migratori di personale infermieristico dai paesi in via di sviluppo a quelli più sviluppati.

**Tabella 7 - Numero di medici per 1.000 abitanti in paesi selezionati**

Paese	Numero di medici per 1.000 abitanti
Georgia	5,92
Italia	4,69
Federazione Russa	4,69
Ucraina	4,40
Austria	4,34
Armenia	4,28
Kazakhstan	4,12
Bielorussia	4,05
Moldavia	4,00
Cuba	3,75
Spagna	3,60
Belgio	3,21
Argentina	2,99
Francia	2,89
Germania	2,73
Svezia	2,73
Stati Uniti	2,38
Canada	2,22
Polonia	2,06
Giappone	1,64
Svizzera	1,59
Brasile	1,46
Regno Unito	1,40
Cina	1,37
Egitto	0,77
Turchia	0,74
India	0,41
Thailandia	0,20
Filippine	0,12
Senegal	0,05
Etiopia	0,03
Mozambico	0,02

**Tabella 8 - Medici per 1.000 abitanti**



## APPENDICE 1

La maggior parte degli indicatori sull'importanza delle varie malattie si basa sul numero di morti che esse causano. Questo tipo di indicatori ha il vantaggio di basarsi su misure certe, che vengono rilevate con regolarità in quasi tutti i paesi del mondo. Tuttavia esse non esprimono compiutamente l'impatto di molte malattie non mortali sulla salute delle persone, sui sistemi economici e sulle economie in generale.

Per ovviare a questo inconveniente il Rapporto della Banca ha classificato le malattie in 109 categorie, che includono tutte le possibili cause di morte e circa il 95% di tutte le possibili cause di invalidità. Esso ha quindi assegnato tutte le cause di morte classificate per età, sesso e regione demografica ad una delle 109 categorie. Per ogni morte ha poi definito il numero di anni di vita perduti come la differenza fra l'età effettiva alla morte e l'aspettativa di vita a quell'età in una popolazione con un basso tasso di mortalità.

L'invalidità causata da ogni malattia, sempre suddivisa per età, sesso ed area demografica è invece valutata sulla base di indagini o, in mancanza di queste, con l'ausilio di esperti; il numero di anni di vita sana persi a causa di una malattia invalidante è calcolato moltiplicando la durata attesa della malattia (fino alla guarigione o fino alla morte) per un indice di gravità, definito appunto sulla base dell'effetto invalidante della malattia. Le morti e le perdite di vita sana vengono poi messe assieme con un calcolo che assegna valori minori agli anni futuri (con un tasso di sconto del 3%, in modo che gli anni di vita sana più in là nel tempo ricevano un peso minore) e pesi diversi agli anni persi alle diverse età. Il peso più alto è stato attribuito all'età di 25 anni (ma è chiaro che l'attribuzione di questi pesi è una scelta soggettiva dei responsabili della ricerca).

La morte di una neonata rappresenta la perdita di 32,5 DALY, la morte di una donna trentenne di 29 DALY e quella di una sessantenne di 12.

Pur non avendo significato nei suoi valori assoluti

la misura del peso della malattia espressa in DALY rivela fatti interessanti se espressa in termini relativi. Nella tabella vengono presentati i DALY persi globalmente (cioè l'impatto totale delle malattie) per ogni mille abitanti delle aree demografiche usate per i confronti.

Mondo intero	259
Africa Subsahariana	575
India	344
Cina	178
Altri Paesi e Isole dell'Asia	260
America Latina e Paesi caraibici	233
Paesi islamici del Medio oriente	286
Paesi ex-socialisti	168
Paesi ed economia di mercato stabile	117

## APPENDICE 2

**L'inquinamento dell'aria nel triangolo nero**

Il triangolo nero è una regione che comprende la parte settentrionale della Boemia e della Moravia, la Slesia e la Sassonia, a ridosso dei confini fra Repubblica Ceca, Polonia e Germania con una popolazione complessiva di 6 milioni e mezzo di persone. La presenza di industrie pesanti e la forte intensità nell'utilizzo dei combustibili fossili rende i livelli di inquinamento dell'aria fra i più alti del mondo. La banca stima che esso sia la causa del 3 per cento delle morti nella regione e che spighi circa il 9 per cento della differenza nella speranza di vita degli abitanti di questa regione e quella delle popolazioni dell'Europa occidentale. Nelle aree appartenenti al triangolo nero la mortalità postneonatale dovuta a disturbi respiratori risulta essere 2,4 volte più alta che in altre aree della Repubblica Ceca.

La quantità media di piombo media rilevata nel sangue dei bambini di alcune zone del triangolo nero (fra le quali la città di Katowice) causa, secondo la banca, un raddoppio del numero di quelli che non sono in grado di seguire un normale corso di studi.

# COOPERAZIONE INTERNAZIONALE PER LO SVILUPPO:

## PROJECT MANAGEMENT INTERISTITUZIONALE E SFIDA MANAGERIALE

di Marco Meneguzzo

*Università «L. Bocconi» - SDA - Cergas - Milano*

Francesco Ripa di Meana

*Ministero Affari esteri - Direzione generale per la cooperazione allo sviluppo - Roma*

SOMMARIO: 1. La sfida manageriale nella cooperazione tecnica internazionale - 2. Le esperienze di project management nella cooperazione allo sviluppo - 3. Il progetto « coordinamento con il Sistema sanitario unico » - 4. I « pacchetti di attività » nei progetti di cooperazione tecnica - 5. Le sinergie nel project management interistituzionale.

### 1. La sfida manageriale nella cooperazione tecnica internazionale

Una riflessione generale sul ruolo attuale e futuro della cooperazione internazionale nella promozione dello sviluppo economico e sociale può essere svolta facendo riferimento a differenti piani di analisi: particolare importanza assumono da sempre, a tale proposito, il profilo politico istituzionale e quello macroeconomico.

In questo articolo vengono invece presentate una serie di considerazioni relative ad un terzo profilo, quello gestionale organizzativo, finora abbastanza sottovalutato.

Questo profilo è direttamente connesso agli interventi finalizzati al miglioramento delle performances e dei risultati dei diversi soggetti coinvolti nella cooperazione tecnica internazionale, dalle Organizzazioni non governative (ONG), alle agenzie internazionali ed alla tecnostuttura politico amministrativa dei paesi sviluppati « donatori », per arrivare infine all'amministrazione pubblica ed al sistema imprenditoriale dei paesi che ricevono risorse finanziarie e supporto tecnico.

Le problematiche gestionali ed organizzative hanno infatti assunto negli ultimi anni crescente rilevanza e saranno destinate a giocare un ruolo centrale nella definizione delle strategie di cooperazione internazionale per gli anni '90.

Questa centralità è ancora più accentuata nel contesto italiano dove sono particolarmente forti le spinte per una profonda revisione delle politiche di cooperazione tecnica condotte nel recente passato, a seguito dei fallimenti e delle distorsioni registrate negli ultimi anni.

È opportuno ricordare che le dinamiche negative avvenute nel nostro paese si sono prodotte a fronte di un quadro normativo di riferimento particolarmente avanzato (legge 49 del 1987), fatto che conferma il nodo critico della nostra pubblica amministrazione legato alla reale capacità attuativa delle linee guida normative.

In questa situazione è cresciuta una forte pressione per « importare » dal mondo delle imprese private, e riadattare nella cooperazione internazionale, tecniche e logiche di project management, in cui sono particolarmente enfatizzati aspetti di programmazione operativa, cost engineering, con-

trollo dei costi. Ed è proprio in collegamento con questa tendenza che sono state sviluppate le considerazioni presentate in questo articolo.

L'ipotesi di lavoro è che la cooperazione tecnica internazionale, attraverso interventi e progetti condotti nel corso degli anni '80, ha sviluppato e successivamente accumulato un proprio e specifico patrimonio di conoscenze e professionalità manageriali, che, pur non avendo ancora trovato una precisa sistematizzazione come management della cooperazione allo sviluppo, rappresenta un valido ed importante retroterra per futuri interventi.

Tale know how risulta particolarmente utile e stimolante per rispondere alla sfida manageriale, che nel caso italiano è anche sfida di « modifica di comportamenti » e di « trasparenza ». L'expertise accumulata, che rappresenta una vera e propria risorsa immateriale della cooperazione, appare capace di fornire anche alle imprese private suggerimenti ed indicazioni per arricchire la stessa attività di project management, posta in atto al loro interno, oltre che, evidentemente, alle stesse organizzazioni pubbliche, che sempre più sono

impegnate sul fronte della promozione e gestione di grandi progetti (di infrastrutture e di servizi).

La messa in opera di molti progetti di cooperazione ha infatti evidenziato la necessità di coordinare strategie e logiche di azione di diversi soggetti, pubblici, privati e non profit e la valenza « politica » ed istituzionale dell'attività di project management, a cui viene dedicata crescente importanza anche in ambito di impresa (Cavamazza, 1990); queste due variabili sono destinate a diventare aree di attività qualificanti e distintive di quello che chiameremo come project management interistituzionale.

La presentazione delle principali caratteristiche del project management interistituzionale è quindi l'obiettivo di questo articolo; prima di affrontare questa problematica è parso opportuno riprendere, seppur sinteticamente, i contenuti che contraddistinguono la « sfida manageriale » della cooperazione tecnica internazionale.

Un primo importante indicatore della rilevanza del management è legato alla sempre maggiore attenzione che le agenzie internazionali stanno dedicando alla valutazione delle performances dei progetti di cooperazione ed all'integrazione tra le fasi di pianificazione, messa in opera, controllo e monitoraggio dei progetti.

Emblematiche sono le riflessioni svolte dalla Banca Mondiale (World Bank, 1990 e 1991) su variabili quali « sviluppo istituzionale » e consolidamento amministrativo-gestionale, viste come requisiti chiave per il successo degli interventi. Più recentemente si ricordano le indicazioni formulate dal programma « United Nations Development Programme » (UNDP, 1992) che individuano come aree prioritarie per lo sviluppo umano la qualità della spesa pubblica e l'avvio di relazioni sinergiche tra pubblico e privato.

La concretizzazione di queste indicazioni ha determinato la diffusione di strumenti, quali l'analisi di fattibilità istituzionale-organizzativa (con relativo avvio di processi di institutional development), ed alla valutazione dei costi e dei risultati dei progetti (1).

In secondo luogo temi come capacità manageriali, controllo di gestione e sviluppo organizzativo stanno diventando importanti leve di manovra nei processi di modernizzazione e riqualificazione gestionale della pubblica amministrazione dei paesi in via di sviluppo, così come evidenziato dall'avvio del programma di sviluppo manageriale, sempre promosso dall'UNDP (2).

Occorre però sottolineare che in molti paesi la riqualificazione gestionale ed organizzativa viene spesso affiancata da interventi di sensibile ridimensionamento dei confini del settore pubblico.

Un terzo importante segnale sulla priorità della tematica gestionale è collegato all'esperienza delle ONG (organizzazioni non governative), che attuano interventi finalizzati allo sviluppo delle comunità locali (Bowden, 1990).

Le ONG hanno infatti identificato una serie di aree critiche, rispetto a cui ritengono necessaria la formulazione di precise risposte; esempio sono la gestione di grandi progetti, il mantenimento della continuità degli interventi, le relazioni interne al settore delle istituzioni non profit.

Tra queste aree è compreso il rafforzamento dell'efficienza tecnica ed amministrativa, obiettivo per il cui conseguimento le ONG stanno sempre più ricercando supporto ed interazione con le organizzazioni ed agenzie internazionali.

Non va infine dimenticato che il bisogno di efficienza e managerialità sta interessando i settori dell'amministrazione statale e le agenzie pubbliche a cui sono affidati, nei paesi

donatori, gli interventi di cooperazione allo sviluppo.

A questo proposito si ricordano le proposte di istituzione in Italia di una nuova agenzia, esterna al Ministero degli affari esteri, a cui affidare la cooperazione allo sviluppo e di introduzione di sistemi di valutazione *ex ante* ed *ex post* dei progetti.

## 2. Le esperienze di project management nella cooperazione allo sviluppo

Le specificità del know how finora accumulato sulle tematiche gestionali ed organizzative sono state esaminate con riferimento ad interventi di cooperazione sanitaria in Brasile che sono stati rispettivamente affidati e gestiti da un'unità governativa (3) e da una ONG italiana.

I due casi analizzati consentono di ben evidenziare le tre seguenti caratteristiche del project management interistituzionale:

a) sviluppo della capacità di interpretazione e soprattutto di interazione positiva tra cooperazione tecnica e processi di riassetto istituzionale ed amministrativo dei diversi paesi.

Questi processi si stanno sempre più caratterizzando (quantomeno in America Latina) come smantellamento e ridimensionamento del settore pubblico; le politiche adottate presentano però un andamento altalenante, legato al « ciclo politico » dei diversi governi nazionali ed alle resistenze opposte dalle lobbies nazionali (espressione ad esempio dei settori industriali fornitori) e dalle burocrazie.

Questa prima caratteristica distintiva del project management interistituzionale interessa direttamente le stesse imprese private che sono sempre più chiamate a realizzare ed a gestire grandi progetti infrastrutturali in partnership con il settore pubblico; una capacità di interazione po-

sitiva tra impresa stessa e network, formato dai diversi attori pubblici e « sociali » diventa fattore critico per il successo degli interventi previsti, superando le distorsioni e le deviazioni che sono così prepotentemente emerse nell'ultimo periodo.

La capacità della cooperazione di sapersi muovere all'interno dei processi di riassetto istituzionale ed amministrativo è bene evidenziata nel primo caso, relativo al progetto bilaterale « cooperazione italiana con il sistema sanitario unificato », avviato nel 1988.

Particolarmente interessante è la flessibilità mostrata dal progetto a livello di obiettivi e di programmi di attività, in relazione all'andamento discontinuo ed irregolare del processo di riassetto amministrativo ed istituzionale del settore sanitario pubblico in Brasile.

Il progetto è infatti nato in una fase di spinta all'ampliamento dell'intervento pubblico ed all'organizzazione della rete di offerta pubblica e si è sviluppato e consolidato in un successivo periodo, contraddistinto dalla razionalizzazione della rete di servizi esistente e dalla rinuncia ad interventi governativi di riqualificazione più generale dei servizi sanitari pubblici.

b) i progetti di cooperazione vanno sempre più pensati come progetti integrati, in cui coesistono molteplici e distinti nuclei di attività.

I diversi nuclei e/o « pacchetti » di attività, presenti indipendentemente dall'ambito settoriale di intervento (sanità, formazione professionale, supporto all'artigianato e alla piccola industria, educazione, agricoltura) assumono differente importanza, a seconda del ciclo di vita del singolo progetto.

Obiettivo del project management interistituzionale sarà quindi quello di identificare i diversi nuclei di attività, la loro criticità in relazione alle fasi del ciclo e soprattutto progetta-

re, partendo da questa analisi, i network delle relazioni interistituzionali, l'assetto organizzativo a supporto del progetto, la dotazione di risorse umane e professionali.

Il secondo progetto esaminato (costruzione di un ospedale e di centri sanitari territoriali — nell'area metropolitana di Salvador, affidato ad una ONG italiana) consente di ben comprendere la complessità dei pacchetti di attività, l'importanza da loro assunta in funzione dell'evoluzione e del « ciclo di progetto » e del processo di riassetto istituzionale del sistema sanitario.

Nel caso analizzato sono presenti nuclei di attività fortemente differenziati: dalla realizzazione di infrastrutture, ed al loro affidamento al governo locale: dalla ricerca e sviluppo all'animazione socioeconomica a livello locale; dalla consulenza e trasferimento di know how tecnico e gestionale all'« institutional building ».

c) Terza caratteristica è legata al mantenimento di una stretta integrazione tra profilo « interistituzionale » e profilo « di gestione di pacchetti di attività diversificati ».

Una gestione « politica » dei progetti, che privilegia le relazioni con i diversi attori istituzionali e politico sociali è destinata ad incontrare forti difficoltà così come una focalizzazione eccessiva sull'impiego di tecniche manageriali, quali programmazione ed al controllo dei diversi pacchetti di attività.

La ricerca dell'integrazione tra i due profili di management dei progetti di cooperazione è destinata a diventare un requisito critico per la riuscita dei progetti stessi in futuro.

I diversi attori pubblici e privati, siano essi imprese o ONG interessati, dovranno quindi essere attenti alla predisposizione di tecniche gestionali ed organizzative, in cui sia data risposta all'esigenza di integrazione; in questa ottica la proposta di scenari di attuazione dei pacchetti di atti-

vità dei progetti, che verrà discussa al termine dell'articolo, può costituire una soluzione soddisfacente ed adeguata.

### **3. Il progetto « coordinamento con il Sistema sanitario unico »**

Il progetto di cooperazione è stato avviato in un periodo contraddistinto dalla transizione verso un nuovo assetto del sistema brasiliano di assistenza sanitaria, in cui era previsto il superamento dell'assetto tradizionale, contraddistinto dalla presenza di centri di offerta di servizi sanitari, tra loro non coordinati alle dipendenze dei governi statali e locali, dalla rete « mutualistica » dell'INAMPS (Istituto nazionale della previdenza sociale) e di strutture sanitarie private for profit e non profit.

In un primo momento si prevedeva un coordinamento funzionale tra i numerosi centri di offerta per arrivare, a regime, ad un sistema sanitario unico.

In questo quadro veniva promosso e lanciato dalla controparte italiana il progetto di cooperazione; l'idea guida dell'intera operazione era la costituzione di un laboratorio istituzionale-amministrativo, in cui riprendere parzialmente, adattare e sperimentare conoscenze ed esperienze che provenivano dal processo di cambiamento istituzionale e di realizzazione del Servizio sanitario nazionale in Italia.

Due erano gli obiettivi affidati al progetto: porsi come centro di coordinamento « funzionale » dei numerosi progetti di cooperazione sanitaria, gestiti dalle ONG italiane, e rapportarsi ed interagire con i diversi livelli istituzionali (Ministero della sanità a livello federale, segreterie alla sanità a livello statale e municipale).

In coerenza con questi due obiettivi, veniva previsto un assetto organizzativo del progetto, molto snello e semplificato, con competenze pro-

fessionali attente alle relazioni tra le diverse istituzioni interessate.

In una prima fase (1989) è stata sviluppata dai responsabili del progetto, una politica finalizzata alla ricerca di legittimazione, presso le numerose controparti locali a livello politico, sociale e tecnico amministrativo; questa politica era volta ad acquisire consenso diffuso all'intervento della cooperazione italiana.

Sono quindi state condotte iniziative a diversi livelli, come il rafforzamento della visibilità verso interlocutori istituzionali ritenuti di particolare importanza o l'aggiornamento e sensibilizzazione di istituzioni ed operatori sanitari brasiliani (4).

Nella politica di costruzione del consenso è stato seguito un approccio sincretico: seguendo un criterio di tipo «top down» (5) è stato anzitutto individuato come interlocutore privilegiato l'OPS (Organizzazione panamericana di sanità), organismo sovranazionale collegato all'Organizzazione mondiale della sanità, che esprimeva, come priorità, la realizzazione dei SILOS (sistemi locali di servizi sanitari) (OPS OMS, 1990).

All'interno di questa linea di collaborazione con un'agenzia internazionale sono state realizzate, da parte del progetto, iniziative di formazione su temi di gestione ed organizzazione di distretti sanitari « pilota » per tutto il Brasile (corso di management dei SILOS).

Gli interventi di formazione hanno permesso di valorizzare contemporaneamente l'approccio del tipo « bottom up »; sono stati quindi allacciati rapporti con i governi locali (i municipi) e gli operatori sanitari e tecnico amministrativi, collocati alla base del sistema sanitario.

Particolarmente interessante è stata la politica seguita dai responsabili della cooperazione di ricerca di un equilibrio tra le diverse pressioni, esercitate a livello « sovranazionale » (OPS) e a livello « locale » (Stato

di Bahia, Stato e Municipio di Sao Paulo).

Le relazioni attivate, che hanno visto via via coinvolti altri centri brasiliani con rilevante influenza (l'Istituto nazionale di sanità pubblica, le Università di medicina e « sanità pubblica »), sono state finalizzate ad acquisire crescente legittimazione nei confronti del Ministero della sanità; quest'ultimo è stato ritenuto attore decisivo per riconoscere alla cooperazione governativa italiana la possibilità di prendere parte ed entrare direttamente in merito ai processi di riforma istituzionale del sistema sanitario brasiliano.

In un momento successivo (prima metà anni '90) il progetto ha proseguito la sua strategia di consolidamento, creando una rete di servizi di supporto ai diversi progetti realizzati dalle ONG italiane in campo sanitario (6); questa operazione ha permesso di allargare ulteriormente la rete di contatti in numerosi stati e municipi, rafforzando l'immagine della cooperazione italiana.

L'attività di supporto si è concretizzata in interventi di consulenza tecnico amministrativa e nell'introduzione di sistemi di reporting istituzionale e di valutazione dei progetti.

Altri elementi di consolidamento sono stati rappresentati da ulteriori iniziative di aggiornamento e formazione in aree quali assistenza sanitaria di base e tecnologia sanitaria e dal rafforzamento dei legami « sovranazionali », attraverso la definizione di accordi di collaborazione con l'OPS (progettazione in comune di attività di formazione quadri, informazione e ricerca) e con altre agenzie internazionali (UNICEF, ILO).

L'intera operazione ha consentito al progetto di superare numerose fasi critiche legate al ritardo nella messa a disposizione delle risorse finanziarie e alla mancata definizione di un accordo quadro tra i due governi.

Nel primo caso la dipendenza fi-

nanziaria del progetto dai tempi e dalle procedure della burocrazia statale italiana avevano innescato forti processi di indebolimento della credibilità acquisita in relazione ad altre agenzie di cooperazione tecnica internazionale « concorrenti » (Giappone, Germania, Spagna).

Il progetto di cooperazione, attraverso numerosi interventi, ha dovuto rapidamente elaborare e mettere in campo una strategia di difesa della propria « immagine », basata sull'offerta di « servizi reali » e sulla valorizzazione delle risorse locali.

Nella situazione ad elevato rischio operativo, determinatasi a seguito della mancata stipula dell'accordo bilaterale, il progetto « coordinamento SUS » è riuscito, grazie al network interistituzionale attivato in precedenza, ad interessare direttamente l'attore federale Ministero della sanità brasiliano, facendolo diventare interlocutore principale determinante nella parte dell'accordo quadro relativa alla sanità (7).

I singoli macroprogetti che potevano giocare un effetto di disturbo rispetto all'orientamento strategico di fondo espresso dal progetto, quello cioè di porsi come centro di coordinamento di tutta l'attività di cooperazione sanitaria italiana in Brasile (che ha mobilitato, nel periodo 1985-1992 circa 65 milioni US \$) sono stati così ricondotti alla politica generale di intervento del Ministero della sanità brasiliano.

Cardini di questa politica erano la riorganizzazione istituzionale del sistema, le azioni multiple ed integrate di assistenza, le attività di appoggio a settori specifici (ad esempio materno infantile, diabete, sangue ed emoderivati) a cui facevano riferimento i progetti dell'accordo quadro, la cooperazione scientifica e tecnologica.

Al termine di questa seconda fase di consolidamento istituzionale (prima metà 1990) si è presentato un

ulteriore elemento critico per la riuscita del progetto di cooperazione.

La criticità era riconducibile all'affievolirsi della tensione verso il Sistema sanitario unico a livello federale; decisive per fronteggiare e superare le difficoltà emerse sono state le capacità di project management interistituzionale e gli effetti di rafforzamento e sostegno reciproco tra progetto istituzionale e progetti operativi, affidati alle ONG (si veda più avanti 4).

L'accentuarsi della crisi economico sociale e le modifiche sostanziali prodotte dal cambio del governo (1990) avevano infatti portato ad un congelamento del progetto di realizzazione del sistema sanitario unico (a livello federale) ed all'attivazione di una nuova politica di « razionalizzazione dell'esistente ».

Il Ministero della sanità aveva infatti avviato un nuovo programma di intervento « PROSAUDE » caratterizzato da una notevole attenzione agli aspetti gestionali ed articolato in tre subprogrammi (sviluppo organizzativo, risorse umane, risorse fisiche - logistica, acquisti).

La strategia adottata dal progetto istituzionale in questa terza fase (seconda metà 1990-1991) è stata quella di rapportarsi in modo costruttivo alle nuove politiche sanitarie, mantenendo inalterato il proprio orientamento strategico di fondo.

Il Ministero della sanità brasiliano, insieme alla cooperazione italiana, hanno quindi elaborato un nuovo progetto, finalizzato all'avvio di 8 distretti sanitari pilota in varie macro regioni brasiliane (8).

Il nuovo progetto prevedeva il trasferimento di know how a livello di gestione dei sistemi sanitari locali (programmazione operativa e finanziaria, organizzazione dei servizi, sistema informativo), la formazione degli operatori ed il recupero di funzionalità delle strutture sanitarie territoriali non ospedaliere (farmacia, ambulatori,

centri di pronto soccorso).

Questa impostazione si presentava ad elevata coerenza rispetto ai nuovi orientamenti prevalenti nel sistema sanitario brasiliano, volti a razionalizzare le strutture esistenti ed al recupero delle infrastrutture edilizie e tecnologiche.

In secondo luogo il progetto confermava la centralità dei distretti sanitari e dei SILOS, scelta che consentiva di mantenere rapporti privilegiati con OPS-OMS e di moltiplicare i centri di riferimento a livello locale, ampliando la rete di relazioni con Stati e Municipi.

Infine il trasferimento di know how consentiva di conservare i legami con le istituzioni universitarie e di ricerca, e di tenere vivo, presso i diversi livelli del SUS brasiliano, dibattito e riflessione su altre esperienze internazionali (S.s.n. in primo luogo), aspetto questo che costituiva uno dei punti di forza del modello di cooperazione proposto.

La logica di project management interistituzionale seguita durante la realizzazione del progetto, e in quest'ultima fase, è presentata nella figura 1; il progetto ha quindi cercato, offrendo e negoziando risorse di vario tipo (trasferimento di know how, fondi di ricerca, riadattamento delle priorità iniziali) di acquisire, presso i diversi attori brasiliani, la visibilità e legittimazione necessarie per il conseguimento dell'obiettivo di partecipazione ai processi istituzionali.

Il team progettuale ha contemporaneamente tentato di attivare circoli virtuosi basati sul rafforzamento dell'immagine della cooperazione presso specifici attori, sfruttando le leve di azione e gli atouts ottenuti da altri attori: particolarmente significativi sono i circoli virtuosi generati presso l'attore Ministero della sanità a livello federale, grazie all'effetto combinato del circuito di tipo « top down » (OPS) e « bottom up » (Stati e Municipi).

L'analisi del caso consente di trarre due spunti di notevole interesse: in primo luogo l'attività distintiva del progetto, quella di identificare attori e loro aspettative ed interessi, può essere assimilata a quella che nelle imprese viene definita come componente politica del project management e che si basa sulla « ricostruzione della mappa politica », che condiziona la messa in opera dei diversi progetti (Cavamazza, 1990).

In secondo luogo il caso segnala l'esigenza di pensare sempre più a progetti di intervento « trasversali », capaci di mettere in relazione la cooperazione con i processi di sviluppo istituzionale e di far sì che la cooperazione stessa diventi parte attiva dei processi di « human development » e sviluppo manageriale del settore pubblico (UNDP, 1990 e 1991).

#### **4. I « pacchetti di attività » nei progetti di cooperazione tecnica**

Il secondo caso analizzato fa sempre riferimento ad un progetto di cooperazione sanitaria, affidato ad una ONG italiana e finalizzato alla realizzazione di un ospedale « specializzato » (servizi diagnostici ad elevata complessità), localizzato nell'area metropolitana di Salvador.

Il progetto di ospedale (500 posti letto) si caratterizzava come « progetto pilota » per le due seguenti ragioni:

— sperimentazione di modalità innovative di convenzionamento tra il nuovo ospedale ed il sistema pubblico;

— rafforzamento dell'integrazione tra struttura ospedaliera e servizi sanitari territoriali del distretto (i centri di salute), gestiti dal Municipio di Salvador e dallo Stato di Bahia.

Il progetto originario si articolava su quattro aree di attività: assistenza sanitaria integrale (livello ambulatoriale ed ospedaliero), organizzazione dei servizi sanitari (indagini epidemiologiche, infrastrutture territoriali, ser-

vizi di pronto soccorso, l'informatizzazione e supporto amministrativo-gestionale), formazione delle risorse umane e medicina comunitaria (educazione sanitaria, valutazione degli interventi sanitari) (9).

Particolarmente importante risultava, nel progetto iniziale, il potenziamento dei servizi sanitari distrettuali, obiettivo da realizzare attraverso interventi di costruzione *ex novo* e/o di manutenzione straordinaria dei « centri di salute » nel distretto.

Questo obiettivo è stato poi ridefinito a fronte del processo di realizzazione del Sistema sanitario unico brasiliano (si veda § 3).

Nella ridefinizione degli obiettivi iniziali ha giocato un peso importante la forte consapevolezza dell'equipe tecnica della ONG sui limiti di un intervento di cooperazione basato principalmente sul recupero della rete fisica (immobili e tecnologia) e sul potenziamento dei centri di offerta dei servizi.

Questa politica di intervento era infatti destinata a presentare grosse incognite legate all'assenza di interventi collaterali sui fattori di rischio sanitario-epidemiologico dell'area (ad esempio l'assenza di rete fognaria, la difficoltà di approvvigionamento di acqua potabile) ed al mancato coinvolgimento delle organizzazioni senza fini di lucro, che offrivano autonomamente, ed in totale indipendenza dalla rete pubblica, servizi sanitari di base a livello distrettuale.

I limiti di una strategia basata esclusivamente sulle infrastrutture venivano ulteriormente accentuati dalle difficoltà economiche della controparte brasiliana, destinate a condizionare seriamente la futura manutenzione ordinaria e straordinaria delle infrastrutture previste dal progetto.

In questa situazione la ONG formulò una nuova strategia di intervento, per la parte relativa al distretto, che può essere così sintetizzata:

— identificazione di specifici « pacchetti di attività » da avviare subito o in momenti successivi, il più coerenti possibile con gli obiettivi così « revisionati »;

— mobilitazione delle capacità e delle risorse professionali « locali » per garantire il mantenimento e la continuità futura delle azioni iniziate con il progetto.

I pacchetti di attività avviati sono stati:

a) *Contributo allo sviluppo di know-how gestionale ed organizzativo a livello di distretto.* - In stretto raccordo con lo staff tecnico sanitario locale del distretto e con il progetto di cooperazione « Coordinamento SUS » si sono predisposti specifici strumenti gestionali.

È stato quindi realizzato un sistema informativo sugli utenti, sviluppato un vero e proprio software decisionale per i « managers » dei distretti, sviluppando nei pacchetti GIS — Geographical information systems — (Mitchell, 1991) il quadro epidemiologico e socioeconomico.

Altri interventi hanno riguardato la definizione di procedure di acquisto ed appalto e la riorganizzazione delle modalità di accesso ai servizi specialistici.

Attraverso questi interventi si è quindi mirato alla costruzione di una « infrastruttura organizzativa e gestionale », in grado di consentire un efficace e adeguato funzionamento del distretto, una volta determinato l'intervento di cooperazione, capace di sopravvivere a fronte dei cambiamenti istituzionali (arresto del processo di creazione del nuovo sistema sanitario).

b) *Economia informale.* - Il gruppo di progetto ha promosso e svolto ricerche sul peso dell'« economia informale » nell'area territoriale interessata dall'intervento e sulle relazioni esistenti tra lavoro informale, accessibilità ai servizi e condizioni di salute della popolazione.

Questa attività, che ha visto coinvolti anche gli operatori pubblici, è stata condotta in stretta collaborazione con le organizzazioni comunitarie; l'obiettivo era la verifica dell'esistenza di circuiti « informali » e paralleli a quelli pubblici/privati, basati sull'offerta di servizi sanitari.

c) *Interventi pilota.* - Sono stati realizzati con la « supervisione » del gruppo di progetto, interventi nel campo della distribuzione e della depurazione delle risorse idriche; la logica sottostante è stata quella di progettare e realizzare un intervento multisettoriale, ad alto impatto quanto a risultati e coinvolgimento della popolazione, a basso costo (semplice messa a disposizione di materiali, salario sociale) ed ad agevole riproducibilità futura.

In questa azione, particolare rilevanza ha assunto la funzione di project management interistituzionale, che ha visto il progetto di cooperazione diventare centro coordinatore di una rete di soggetti quali l'Università (Dipartimenti di idraulica ed igiene), le imprese pubbliche locali (LIMPURB - igiene urbana; EMBASA - fognature e depurazione; URBIS - edilizia pubblica), la Chiesa cattolica, le organizzazioni di volontariato e di self help, lo stesso distretto sanitario.

d) *Educazione sanitaria.* - I diversi interventi avviati dal progetto, oltre a quelli più caratteristici come la realizzazione di infrastrutture per il distretto, possono essere quindi riconducibili a pacchetti di attività differenziati quali trasferimento e sviluppo congiunto di know-how gestionale e tecnico, formazione e sviluppo delle risorse umane, animazione socioeconomica, ricerca e sviluppo « istituzionale » (10).

Questi pacchetti di attività sono destinati ad assumere una notevole valenza nei prossimi anni, dato che consentono di affrontare un elemento cri-

tico negli interventi di cooperazione legato ai « recurrent cost » (Thomas Waddington, 1988) ed alla manutenzione degli interventi infrastrutturali.

Sarà infatti necessario investire in modo continuo risorse nella formazione ed aggiornamento per consolidare e sviluppare il know-how tecnico-organizzativo, associato ad azioni di sviluppo istituzionale ed human development.

Tutti gli interventi condotti all'interno del progetto presentano una caratteristica comune, quella cioè di essere interventi a forte valenza interistituzionale; infatti il progetto di cooperazione si è dovuto misurare e confrontare, con molteplici attori, da quelli più tipicamente istituzionali (le segreterie per i servizi sanitari a livello locale e statale), alle associazioni di utenti, alle organizzazioni del privato sociale (Chiesa, comunità religiose), alle università e centri di ricerca, al sistema scolastico educativo, ai professionisti e alle strutture sanitarie private, alle agenzie e imprese pubbliche, interessate alle singole aree di intervento (URBIS, EMBASA, LIMPURB, BAHIAFARMA - produzione e distribuzione di farmaci).

I sistemi di project management attivati in questa situazione hanno dovuto tenere conto non solo delle specificità associate ai diversi pacchetti di attività ma anche dei ritardi ed alla « deviazione di obiettivi », legati al processo di negoziazione che si è instaurato tra i diversi attori (Bardach, 1977).

La gestione dei diversi interventi è stata resa possibile dalla notevole flessibilità seguita nella politica di gestione delle risorse umane ed alle azioni di project management interistituzionale, che hanno accompagnato lo sviluppo del progetto di cooperazione.

Infatti l'ONG ha individuato il proprio fabbisogno di professionalità in stretta dipendenza con i pacchetti via a via attivati, cercando di sviluppare

risorse professionali locali, a livello e di distretto e di attori istituzionali (Università, imprese pubbliche).

La struttura organizzativa del progetto si presentava quindi articolata per gruppi di lavoro, responsabili dei singoli pacchetti di attività, formati da personale della ONG con funzione di coordinamento e consulenza e con operatori locali, struttura che ha permesso di acquisire consenso e rafforzare la visibilità dell'intera operazione.

e) *Le sinergie nel project management interistituzionale.* - Un'analisi coordinata dei due casi consente di evidenziare come sia stato possibile conseguire un'effettiva sinergia tra i due progetti, con un impatto positivo a livello dei rispettivi risultati e performances.

Significativi sono stati infatti gli effetti di retroazione positiva tra progetto istituzionale, che si è appoggiato a specifici pacchetti di attività (ad es. formazione, sviluppo software), messi in atto dal progetto « operativo » utilizzandoli nella strategia di negoziazione con i diversi attori istituzionali.

Il progetto operativo per suo conto, ha sfruttato le conoscenze, accumulate dal progetto « governativo » a livello di mappatura istituzionale, servendosi per la definizione di alcuni pacchetti di attività, in particolare quelli di animazione sociale e sviluppo istituzionale (si veda a questo proposito la figura 2).

Il progetto « istituzionale » ha poi sfruttata la risonanza associata a determinati pacchetti per meglio elaborare una strategia di risposta al cambiamento intercorso nelle politiche sanitarie governative.

Occorre segnalare che la ricerca di sinergie e la realizzazione di interventi « trasversali » tra i diversi progetti di cooperazione, non sono stati fatti solo occasionali, ma sono il risultato della politica da questi seguita quanto alla valorizzazione delle

risorse umane, politica basata sulla sperimentazione di « gruppi allargati di progetto ».

Infatti le risorse professionali e le elaborazioni prodotte in altri progetti sanitari, gestiti dalle ONG, sono diventate parte integrante del project team del progetto di cooperazione « istituzionale », che ha saputo utilizzare al meglio le esperienze preesistenti e le capacità esterne, in una prospettiva di organizzazione aperta.

Nei « gruppi allargati di progetto » sono stati poi coinvolti altri soggetti, come la « street level bureaucracy », formata dai managers pubblici dei distretti sanitari interessati dalle diverse iniziative (corsi di formazione, progetti operativi) e i ricercatori e docenti dell'Università.

La formazione di un team allargato è diventata la linea guida nella politica delle risorse umane, messa in atto dai due progetti e non ha visto particolari problemi di attuazione: questo strumento ha agevolato l'integrazione di culture professionali ed operative molto differenti, consentendo la formazione di valori condivisi dagli operatori delle diverse équipes di progetto.

Al termine della riflessione sulle tre caratteristiche principali del project management interistituzionale, si ritiene necessario riprendere le considerazioni iniziali (si veda § 1) e sviluppare una serie di riflessioni sulla possibile adozione, come tecnica di sostituitiva per la cooperazione nei prossimi anni, degli scenari di attuazione dei pacchetti di attività. A questa indicazione va sicuramente affiancato l'ultimo aspetto trattato, quello riconducibile alla formazione di un team allargato di progetto.

Gli stimoli volti ad un arricchimento dell'impostazione tradizionale del project management, emersi dall'esperienza di cooperazione internazionale, non sono infatti circoscrivibili

a quella che è l'adozione dell'ottica interistituzionale, ma entrano direttamente in merito allo sviluppo di possibili « tools gestionali ».

A questo proposito può essere opportuno segnalare che si sta registrando una significativa convergenza tra la tecnica proposta in questo articolo e quelli che sono stati individuati, dalla scuola europea di public management, come « tools gestionali » per i dirigenti pubblici negli anni '90 (Kooiman Eljassen, 1987); tra questi citiamo analisi di implementazione, technology assessment, formulazione di scenari, studi di fattibilità della normativa e così via.

In specifico gli scenari di attuazione sono chiamati a rispondere ad alcune esigenze di fondo; queste ultime possono essere sintetizzate come:

- riorientamento degli approcci in uso per la valutazione dei progetti, approcci che prevedono in contemporanea il potenziamento delle « verifiche *ex ante* » a livello economico, tecnico e finanziario;

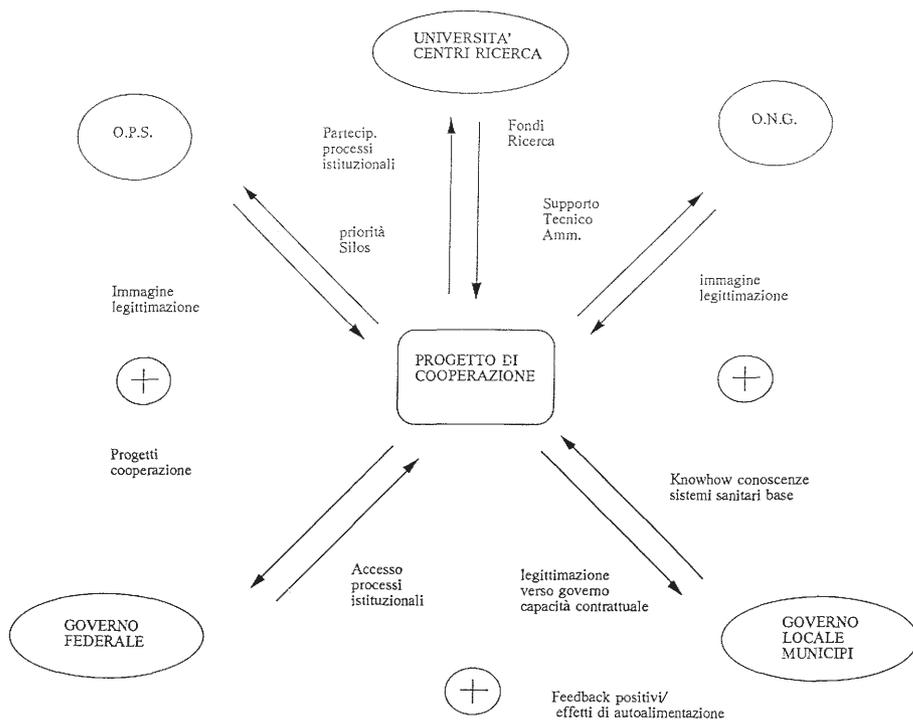
- rafforzamento dell'attività di « monitoring & evaluation »;

- introduzione, infine, di analisi sulle capacità manageriali a livello istituzionale, sugli effetti sociali e distributivi e sugli impatti ambientali dei progetti.

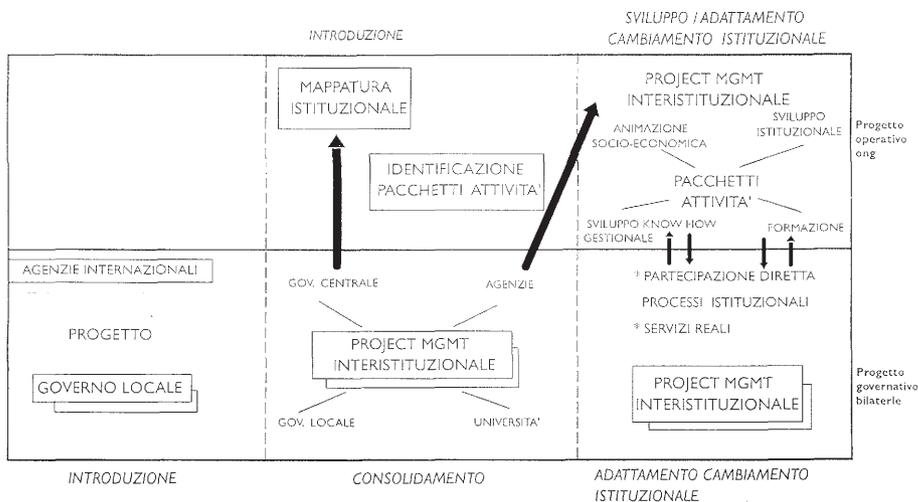
Banca Mondiale e Development Assistance Committee (OECD, 1988) individuano infatti le variabili da tenere in attenta considerazione nei progetti, variabili rappresentate in ordine da: sostenibilità del progetto, valutazione tecnica, finanziaria ed economica, analisi istituzionale, in cui è immediato il collegamento con gli scenari di attuazione, capacità di manutenzione del progetto, coinvolgimento dei gruppi sociali, effetti ambientali, controllo e monitoraggio, ripresa critica del feedback provenienti da precedenti esperienze.

All'interno di questa lista di variabili, specifica rilevanza viene assunta dal monitoraggio e controllo delle at-

**Figura 1 - Il network interistituzionale del Progetto « Coordinamento cooperazione italiana - SUS brasiliano »**



**Figura 2 - Leve di manovra e sinergie esistenti - Fasi di sviluppo dei progetti di cooperazione internazionale**



tività e degli impatti durante l'attuazione del progetto, mentre l'analisi istituzionale viene circoscritta ad una verifica preliminare delle capacità gestionali dell'organizzazione incaricata dell'attuazione ed ad una ricognizione dell'ambiente istituzionale di riferimento.

Ed è a questa impostazione che fanno diretto riferimento gli scenari di attuazione, che si propongono di verificare le possibili modalità di inserimento degli interventi pubblici nelle dinamiche ambientali.

Ad un primo livello di analisi, gli scenari, partendo dai diversi pacchetti di attività in cui si potrà articolare il progetto di intervento, arrivano all'individuazione del network interorganizzativo composto dai diversi soggetti ed attori, istituzionali e non, che interagiscono, secondo differenti modalità, con l'organizzazione direttamente responsabile dell'attuazione degli stessi pacchetti.

Per i diversi attori esterni occorrerà bene identificare, attraverso « analisi di campo » (Rebora, 1989) e « scenario writing » (Bardach, 1977) le « attese verso il progetto di cooperazione e gli interessi di cui si chiede la tutela », i « possibili contributi al progetto », gli « interventi congiunti da realizzare » e la « possibilità di esercitare influenza su altri soggetti ».

Ad un secondo livello di analisi, gli scenari si propongono di individuare le aree di potenziale conflitto, che possono ostacolare e ritardare il processo di messa in opera, la coerenza esistente tra obiettivi e priorità del progetto con aspettative, culture ed interessi dei diversi attori e soggetti, i possibili accordi che dovranno essere stipulati per garantire un'adeguata attuazione dei pacchetti stessi (Borgonovi, Meneguzzo, 1985), la capacità, infine, del progetto di catalizzare nuovi attori.

È importante segnalare che questa analisi deve portare a disegnare possibili « sentieri di sviluppo e realiz-

zazione » dei singoli pacchetti di attività, da quelli più pessimisti a quelli più favorevoli, evidenziando le possibili modifiche che interverranno nell'assetto del network interistituzionale (aumento del potere e del peso relativo di alcuni attori, inserimento di nuovi soggetti) e le azioni che dovranno essere adottate per garantire in futuro la realizzazione del progetto, secondo i « desiderata » iniziali.

La strumentazione proposta assume quindi la configurazione più precisa di scenari di simulazione amministrativa e gestionale degli interventi di cooperazione allo sviluppo, ampliando ed arricchendo i contenuti dell'analisi istituzionale, proposta dalle agenzie internazionali.

La principale conseguenza che comporta l'impiego degli scenari è legata alla maggiore importanza che tenderanno ad assumere le valutazioni *ex ante* dei progetti di intervento, valutazioni per ora basate su analisi « più razionali e strutturate », quali quelle economico-finanziarie e di programmazione operativa.

Le valutazioni *in itinere* ed *ex post* dovrebbero invece essere sempre più intese come autovalutazione da parte dei responsabili diretti del progetto e come momento di accumulo di conoscenze per la definizione di nuovi scenari di attuazione.

Muoversi secondo logiche di project management interistituzionale e l'adozione di scenari di simulazione amministrativa rappresentano in conclusione il contributo innovativo che le esperienze di cooperazione tecnica internazionale offrono a fini di un arricchimento e di una ridefinizione degli approcci dominanti di project management.

Questi contributi, se non immediatamente trasferibili al mondo delle imprese, possono già da subito trovare interessanti e significative applicazioni nei progetti che vedono una cooperazione tra pubblico e privato, oltre che, evidentemente, in progetti

complessi di intervento avviati dall'operatore pubblico (realizzazione di grandi infrastrutture, politiche di offerta di servizi « integrati » nell'area dei servizi alle persone).

Non a caso le più recenti riflessioni sull'attuazione di grandi progetti a livello urbanistico ed infrastrutturale, emerse in questa fase in cui è necessario coniugare bisogni di trasparenza dell'azione e di crescita di managerialità pubblica, hanno introdotto il concetto di project management dei processi decisionali (OECD, 1991, regione Lombardia, 1993)

*Gli autori intendono ringraziare il dott. Renato Tasca, responsabile del progetto AISPO « Distretto sanitario Pau da Lima », per la disponibilità mostrata a livello di scambio e confronto di idee ed esperienze e nella raccolta di informazioni.*

(1) Si vedano a questo proposito le riflessioni sul concetto di ciclo di vita del progetto (Baum, 1986) ed i contributi apparsi nella Revue Francaise d'Administration publique (1990), in particolare quello di RAMBOURG M., *La conception des projets de développement financés par le système des Nations Unies.*

(2) Si fa riferimento ai contributi pubblicati in vari numeri del 1990 della rivista Public Administration and Development.

(3) Si tratta delle unità tecniche che dipendono dalla Direzione generale della cooperazione allo sviluppo del Ministero italiano degli affari esteri.

(4) La promozione e la realizzazione di un convegno (Incontro sanitario italo brasiliano, nel 1989) per lo studio dei punti di forza e di debolezza delle due esperienze di riforma e delle possibili modalità di collaborazione tra cooperazione italiana e strutture sanitarie brasiliane, è stata la principale azione di questa strategia di creazione di « visibilità politico-istituzionale ».

(5) Per un chiarimento su concetti quali approccio sincretico, approccio top-down e approccio bottom-up nei processi di messa in opera delle politiche pubbliche si veda BARDACH 1977, VAN METTER E VAN HORN 1975 e DENTE 1982.

(6) I progetti di cooperazione di ONG italiane in Brasile possono essere fondamentalmente distinti in: appoggio ai programmi di lotta alle malattie del lavoro; programmi di lotta alla Hanseniosi; sperimentazione di sistemi locali integrati. Le ONG interessate e in parte coinvolte nel team allargato del progetto istituzionale sono AISPO, AIFO, AES, Terranova, MLAL.

(7) L'accordo bilaterale Italia-Brasile discusso nel 1988-1989 prevedeva un ammontare di 400 milioni US \$ per il triennio 1990-1992, di cui il 20% a dono e il rimanente per crediti di aiuto. I progetti previsti dall'accordo e relativi al settore socio-sanitario e della tutela ambientale erano la creazione di un Istituto di Bioscienze presso l'Università di Salvador (30 mil. US \$), l'Istituto per le epatopatie di San Paolo (7 mil. US \$), il progetto di ristrutturazione dell'Ospedale Umberto I di Sao Paulo (60 mil. US \$) e la promozione della salute materno infantile nello Stato di Pernambuco.

(8) La proposta di rifinanziamento prevedeva un progetto della durata di due anni con un budget (dono) di 9 milioni US \$.

(9) Il progetto della durata di 3 anni e finanziato per il 70% del costo complessivo dal governo italiano presentava il seguente budget di spesa: ambulatori ed ospedale 34 milioni US \$; organizzazione servizi sanitari del distretto 2,6 milioni US \$; medicina comunitaria e formazione del personale 1 milione US \$.

(10) La distribuzione del budget assegnato al progetto tra le diverse aree di spesa è la seguente: opere immobiliari US \$ 438.000 (\*); dotazione tecnologica e medicina comunitaria US \$ 910.000 (\*); spese di gestione US \$ 52.000.

(\*) In queste due aree US \$ 195.000 sono stati assegnati ai 4 pacchetti di intervento esaminati.

## BIBLIOGRAFIA

- ARCHIBALD R.D., *Project management*. La gestione di progetti e programmi complessi, Franco Angeli, 7 ediz., 1993.
- BAUM W.C., *El ciclo de los proyectos*. Banco Mundial, 1987.
- BORGONOV E., MENEGUZZO M., *Processi di cambiamento e programmazione nelle Unità sanitarie locali*. Giuffrè, Milano, 1985.
- BOWDEN P., *NGOs in Asia: issues in development*. Public Administration and development, vol. 10, 1990.
- CAVAMAZZA M., *La componente politica del project manager*. Economia e Management, vol. 16 settembre, 1990.
- DENTE B., *L'analisi dell'efficacia delle politiche pubbliche: problemi di teoria e di metodo*. Rivista trimestrale di Scienze dell'Amministrazione, n. 3/4, 1982.
- KOOIMAN J., ELJASSEN K., *Managing public organizations*. Sage publications, 1987.
- MADDOCK N., *Local institutions and the management of development projects*. International Journal of Public sector managements, vol. 5, n. 2, 1992.
- Mc GREEVEY W.M., *Social security in Latin America*. World bank discussion paper 110, 1991.
- MITCHELL V.W., *Local Authorities use of geographical information systems*. Marketing Intelligence & planning, vol. 9, n. 2, 1991.
- MUNICIPIO DE SAO PAULO, Secretaria municipal da saude. *Plano municipal de saude*, 1989.
- NOTABARTOLO DI VILLAROSA F., GREGO C., TASCA C.; *Setor informal e acesso aos servicos de saude Um estudo de caso no distrito de Pau da Lima*. ALASS. Lisboa 1991.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, *Sistemas locales de salud: la participacion social*. OPS OMS, 1990.
- OECD (Organisation economic development cooperation), *DAC, principles for project appraisal*. OECD 1988, Paris.
- RAMBOURG M., *La conception des projets de développement financés par le système des Nations Unies*. Revue française d'administration publique n. 54, avril/juin 1990.
- REBORA G., *L'analisi strategica come strumento di management pubblico*. Economia e management, sett. 1989.
- REGIONE LOMBARDIA, *IRS - Regioni e trasformazione urbana: realizzabilità dei grandi progetti e pianificazione strategica*. Milano, 1993.
- ROSSI G., *Project management*. ISEDI, 1987.
- RUCK N., STEFANINI A., *Managing externally - assisted health projects for sustainability in developing countries*. International journal of health planning and management, vol. 7, 1992.
- THOMAS M., WADDINGTON C., *Recurrent costs in the health sector*. International Journal of health planning and management, 3, 1988.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, *Human development report*, 1990.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, *Human development report*, 1991.
- VAN METER D. VAN HORN C., *The policy implementation process: a conceptual framework*. Administration and Society, n. 4, 1975.
- WORLD BANK, *Relatorio sobre o desenvolvimento mundial 1991 o desafio do desenvolvimento FGV*. San Paulo, '91.
- WORLD BANK, *World development report 1992: development and environment*. Oxford university press 1992.

Management ed economia sanitaria

**MECOSAN**

*Italian Quarterly of Health  
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

---

**OFFERTA ECCEZIONALE FINO  
AL 31 GENNAIO 1994**

**L. 130.000** anziché **L. 200.000**

---

**PER CHI  
RINNOVA  
SUBITO,  
IL RINNOVO  
È ANCORA  
PIÙ  
VANTAGGIOSO**

# **Sanità e impresa**

Sezione 5<sup>a</sup>

## FINANZIARIA 1994 E TECNOLOGIA: UN ALTRO PASSO INDIETRO?

di Fabio Aromatici

*ANIE - Associazione nazionale delle industrie elettrotecniche ed elettroniche*

In un contesto estremamente complesso quale quello del Servizio sanitario nazionale italiano, è estremamente difficoltoso instaurare un confronto franco ed uno scambio di opinioni sereno tra le varie componenti interessate.

Questo è dovuto in parte a visioni spesso parziali ma in particolar modo, alla tendenza a concentrarsi su obiettivi e scadenze a breve termine.

Il tema degli investimenti tecnologici in Sanità non costituisce una eccezione. Ritengo quindi che sia necessario sgombrare il campo da un dubbio di fondo con una doverosa premessa.

È sicuramente giusto che chi sente che i propri interessi siano messi in discussione abbia diritto e modo di intervenire in un dibattito serio e aperto contribuendo quindi a fornire tutti quegli elementi necessari che possano contribuire alla identificazione di soluzioni eque e valide per il Paese.

La « lobby » viene sempre più intesa in senso negativo, ma è indispensabile, nell'interesse di tutti, compiere uno sforzo per ricondurla al suo significato letterale di « sala

per il pubblico » luogo cioè deputato all'incontro, allo scambio di opinioni al confronto. Se questo avviene in modo aperto è un valore positivo in sé.

Ed è proprio in quest'ottica che ANIE - Associazione Nazionale delle Industrie Elettrotecniche ed elettroniche - ha inteso svolgere un ruolo attivo nel dibattito sul Disegno di Legge Finanziaria 1994.

È allora necessario partire dalla considerazione che la proposta attinente agli investimenti in sanità, contenuta nel Disegno di legge finanziaria 1994 è un assurdo non solo nei confronti di quanti operano per e nella sanità ma per tutti i cittadini, dal momento che mette in discussione alcuni punti essenziali di quello che dovrebbe essere un moderno sistema ospedaliero.

Già lo scorso anno, con la Finanziaria 1993 sono state adottate principalmente decisioni di carattere restrittivo in quanto era necessario giungere ad un contenimento della spesa ed è stato quindi più semplice, più indolore « tagliare » il conto capitale del Fondo sanitario nazionale piuttosto che incidere sulla spesa corrente.

Il taglio, approvato dalla Finanziaria dello scorso anno, sugli investimenti in sanità si è attestato così intorno al 50% passando dai 1.600 miliardi del 1992 agli 800 del 1993. Uno scenario ancora più catastrofico si va profilando nel caso in cui le ulteriori restrizioni della Finanziaria 1994 venissero confermate: solo 300 miliardi per il 1994, un taglio brutale, drammatico e difficilmente recuperabile in questo comparto di vitale importanza.

Se si tiene conto del fatto che i fondi in conto capitale sono destinati all'acquisto di immobili, manutenzione straordinaria, infrastrutture e beni di investimento incluse le apparecchiature medicali, ne deriva conseguentemente un effettivo azzeramento di tutti gli investimenti tecnologici in sanità. Questo significa che di fatto nel 1994 nessun ospedale o Unità sanitaria locale potrà acquistare tecnologie medicali, nemmeno per la sostituzione delle apparecchiature fuori uso o del tutto obsolete.

D'altro canto i valori della Finanziaria '94 sono in palese contrasto con la bozza di Piano sanitario na-

zionale sottoposto al Consiglio dei ministri dal ministro Garavaglia il 29 luglio u.s.

In tale testo si riconosceva la necessità di riportare il valore del Conto capitale ad un'incidenza pari al 3-4% dello stanziamento di Parte corrente del Fondo sanitario nazionale: un valore complessivo intorno ai 2.800-3.000 miliardi annui. Con la proposta di Legge finanziaria 1994 l'incidenza sul Fondo sanitario nazionale complessivo scende allo 0,3%, contro le esigenze indicate dal piano del 3-4% annuo. Un contrasto incredibile e dalle conseguenze drammatiche per la sanità.

Risulta evidente che se la Finanziaria '94 venisse approvata con gli stanziamenti indicati per il Conto capitale 1994 si rischierebbe di bloccare il rinnovo di tecnologie e di apparecchiature medicali degli ospedali italiani. Si creerebbe inoltre un aggravio della spesa di Parte corrente per allungamento dei tempi di degenza, incremento del costo di manutenzione di apparecchiature obsolete, ecc.

Al fine di inquadrare una situazione estremamente complessa, ANIE ha condotto in questi ultimi mesi uno studio in materia di investimenti in attrezzature tecnico/scientifiche nel sistema sanitario pubblico tramite una serie di rilevazioni che ha interessato le Regioni, i Ministeri competenti e il CIPE avviando poi un confronto con gli organi centrali della programmazione sanitaria.

La serie storica (fig. 1) riporta la suddivisione del Fondo sanitario nazionale in Parte corrente e Conto capitale e mostra chiaramente la dinamica assunta nel corso degli ultimi anni. Un evidente e repentino cambiamento si evidenzia nel passaggio tra il 1992 ed il 1993.

Inoltre nel 1991 la Parte corrente ha ricevuto ulteriori integrazioni per 5.600 miliardi portando il totale ad oltre 83.000 miliardi e nel 1992 l'integrazione è stata di 6.130 miliardi

che ha portato la Spesa corrente a 89.000 miliardi. D'altro canto, ancora una volta, nel 1992 sono rimasti 1.600 i miliardi assegnati in Conto capitale.

Quindi sostanzialmente si registra (fig. 2) una dinamica nel corso degli ultimi 10 anni — in modo particolare nel periodo 1986-1992 — molto significativo: il Fondo sanitario nazionale ha segnato una crescita an-

nua del 10,3% che si attesta intorno al 14% se si tiene conto delle ulteriori integrazioni della Parte corrente che rappresenta il 99% del totale del Fondo sanitario nazionale.

D'altra parte, il Conto capitale nel periodo 1986-1992 ha subito una riduzione dello 0,1%. Confrontando poi i dati 1993 con quelli del 1992 risulta che nominalmente il Fondo sanitario ha previsto una contrazione

### Figura 1 - Conto capitale del Fondo sanitario nazionale

*Serie storica*

Negli ultimi otto anni gli stanziamenti per il Fondo sanitario nazionale sono stati:

Anno	Totale	Parte corrente		Conto capitale	
		L.Mld	%	L.Mld	%
1986	42.467	40.857	96,2	1.610	3,8
1987	48.945	47.265	96,6	1.680	3,4
1988	54.450	52.650	96,7	1.800	3,3
1989	60.540	58.870	96,8	1.917	3,2
1990	66.589	64.875	97,2	1.670	2,8
1991	80.340	78.840 (1)	98,1	1.500	1,9
1992	84.472	82.872 (2)	98,1	1.600	1,9
1993	83.690	82.890	99,1	800	0,9

(1) La Parte corrente del Fondo sanitario nazionale è stata integrata successivamente all'approvazione della Finanziaria per lire/miliardi 5.600 e quindi il totale della Parte corrente 1991 è pari a lire/miliardi 84.440.

(2) La Parte corrente del Fondo sanitario nazionale è stata integrata successivamente all'approvazione della Finanziaria per lire/miliardi 6.130 e quindi il totale della Parte corrente 1992 è pari a lire/miliardi 89.002.

### Figura 2 - Conto capitale del Fondo sanitario nazionale

*Serie storica*

— Stanziamenti per il Fondo sanitario nazionale. Anni 1986-1993 (variazione in %)

	Media annua 1986/1992	1993/1992
Parte corrente	+ 10,6	—
Conto capitale	— 0,1	— 50,0
Totale F.s.n.	+ 10,3	— 1,0

È impressionante notare come nel periodo 1986-1993 la Parte corrente del Fondo sanitario nazionale ha registrato una variazione percentuale media annua del 9,1% mentre il Conto capitale ha subito una riduzione netta in percentuale e persino in valore assoluto.

dell'1%. In realtà sappiamo che la cifra è senz'altro sottostimata rispetto al reale fabbisogno.

Sino al 1992 il Conto capitale si è mantenuto nell'ordine di 1.500/1.800 miliardi. Il 1993 ha improvvisamente segnato una brutale riduzione (800 miliardi) sia in termini assoluti che in confronto all'incidenza del Conto capitale sulla spesa sanitaria degli altri paesi C.E. (fig. 3).

L'Italia con il 2,6% risulta inferiore rispetto alla media dei paesi C.E. che si attesta intorno al 4,5%.

La Finanziaria 1994 rischia di abbassare ulteriormente questa incidenza allo 0,3% della spesa sanitaria complessiva: un livello assolutamente risibile ed inaccettabile per un paese avanzato.

A fronte di tali disponibilità sappiamo che, secondo quelle che erano state una serie di valutazioni già compiute qualche anno fa dal Ministero della sanità — confermate anche dalla analisi ANIE — il fabbisogno per investimenti in edilizia e tecnologia per la sanità si aggira intorno ai 5.000 miliardi annui.

Non è un caso che la Finanziaria 1988 — in quegli anni si pensava ad una esigenza di profondo rinnovamento del sistema ospedaliero — aveva indicato tra il programma poliennale straordinario (3.000/3.500 miliardi annui) ed il fondo per il Conto capitale (1.500 miliardi) un montante globale di 5.000 miliardi per le esi-

genze del paese per investimenti in tecnologie e nuove strutture ospedaliere.

Ecco quindi che, almeno nelle intenzioni del legislatore del 1988, il nostro paese aveva cercato di recuperare una situazione difficile rispetto a quella degli altri paesi europei: ma la caduta drammatica del Conto capitale da un lato ed il mancato avvio del piano poliennale straordinario di investimenti previsti per l'edilizia ospedaliera e sanitaria hanno ora portato ad una situazione insostenibile.

Esiste poi un altro aspetto importante: molto si deve ancora fare nei prossimi anni anche in funzione delle nuove norme che sono state emanate proprio recentemente e che hanno conferito responsabilità alle Regioni per quanto riguarda il piano ospedaliero. In questo contesto noi avvertiamo ancora una profonda sproporzione tra opere civili/infrastrutture e tecnologie.

Buona parte di quanto è stato fatto in materia di investimenti ha privilegiato il « mattone » rispetto all'apparecchio.

Ora non si afferma l'inopportunità di costruire anche nuovi ospedali o realizzare ammodernamenti profondi di vecchie strutture ospedaliere, ma va trovato un equilibrio profondo e strutturale tra tecnologie ed opere civili ed è assurdo — in questo contesto — continuare a dedicarsi alla costruzione di strutture vuote e senza

tecnologia quando sappiamo che l'obiettivo fondamentale è di ottenere strutture ospedaliere efficienti in grado di effettuare, in breve tempo, un intervento diagnostico e/o terapeutico necessario e quindi dimettere il paziente.

Nella fig. 4 vengono riportati i dati complessivi attinenti agli investimenti in sanità. È preoccupante quello che potrà succedere se non verrà modificato il Disegno di legge finanziaria 1994.

Se poi dalla quota in Conto capitale viene estrapolata quella destinata all'acquisto di apparecchiature mediche (fig. 5), emerge che dai 535 miliardi del 1992 si passa a 241 per il 1993 ed a soli 75 per il 1994: una somma completamente insufficiente. L'eventuale integrazione che è possibile ottenere dal piano poliennale straordinario di investimenti e dalla L. 135/90 (AIDS) è comunque molto contenuto e legato a numerosi aspetti ancora in via di definizione.

Fino a questo punto, secondo una impostazione corretta dal punto di vista economico, si è ragionato in termini di competenza: siamo consapevoli, così come lo sono quanti operano nel settore — dai presidenti ai commissari straordinari — che il meccanismo è molto più complesso. Esistono infatti avanzi attivi per gli investimenti in apparecchiature e strumentazione scientifica deliberati in passato che, per motivi di carattere fisiologico del sistema, vengono resi disponibili progressivamente nel corso del tempo.

Per questo, pur segnando decisamente il passo, non stiamo ancora avvertendo tutto il peso delle decisioni assunte od in via di adozione. Quando questo « effetto paracadute » cesserà, la crisi diverrà acuta.

Ritorniamo ora brevemente sul piano poliennale straordinario di investimenti.

Nel 1988 l'allora Ministro Donat Cattin aveva lanciato la felice idea

**Figura 3 - Incidenza Conto capitale su spesa sanitaria (%)**

	Paesi C.E.	
— Francia	3,3	
— Germania	5,4	
— Grecia	4,1	
— <b>Italia</b>	<b>2,6</b>	→ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Oggi 0,3</span>
— Regno Unito	5,3	
— Spagna	4,5	

OCSE - 1989 ultimi dati omogenei disponibili.

di intervenire con un grande programma di investimenti in edilizia sanitaria.

È stato realizzato un programma di ampio respiro che doveva permettere, in un decennio, di investire 30.000 miliardi: per la prima volta il paese riconosceva che nella sanità c'era bisogno di interventi straordinari.

Ma, come molte buone intenzioni, non si sono sviluppate in tempo. Quando è successo, il processo è stato molto lento: forse solo fra qualche anno otterremo qualche modesto risultato. Erano infatti previsti dall'art. 20 stanziamenti pari a 3.000 miliardi nell'89, 3.500 nel '90, 3.500 nel '91 e così via (fig. 6).

Invece, gli stanziamenti effettivi verificati sulla base di tutta una serie di analisi ammontano, di fatto, a 15 miliardi di opere civili riguardanti opere minori; nel 1992 sono stati erogati 464 miliardi di cui solo 56 in tecnologia e, fino al maggio 1993, 293 miliardi di cui 283 per « mattoni » e 10 per tecnologie.

In sostanza, fino ad oggi, cioè nel corso di 5 anni in cui dovevano grosso modo essere spesi 16.500 miliardi per tecnologie e per nuovi ospedali, si sono impiegati solo 66 miliardi in tecnologia. Questo enorme programma, sul quale noi tutti pensavamo fosse possibile sviluppare un disegno strategico fondamentale per la sanità, si è rivelato del tutto illusorio.

Questa è la situazione ad oggi. Ora il quadro di riferimento sta cambiando profondamente, poiché di recente il legislatore ha previsto che le Regioni assumano il controllo relativamente all'art. 20. È ovvio che le Regioni, di fronte al programma di nuovi ospedali o di rifacimenti pesanti di vecchi ospedali già in atto, utilizzeranno i pochi fondi disponibili per terminare le opere avviate perché non si possono lasciare delle strutture incomplete. Queste però sono destinate a rimanere vuote per la totale as-

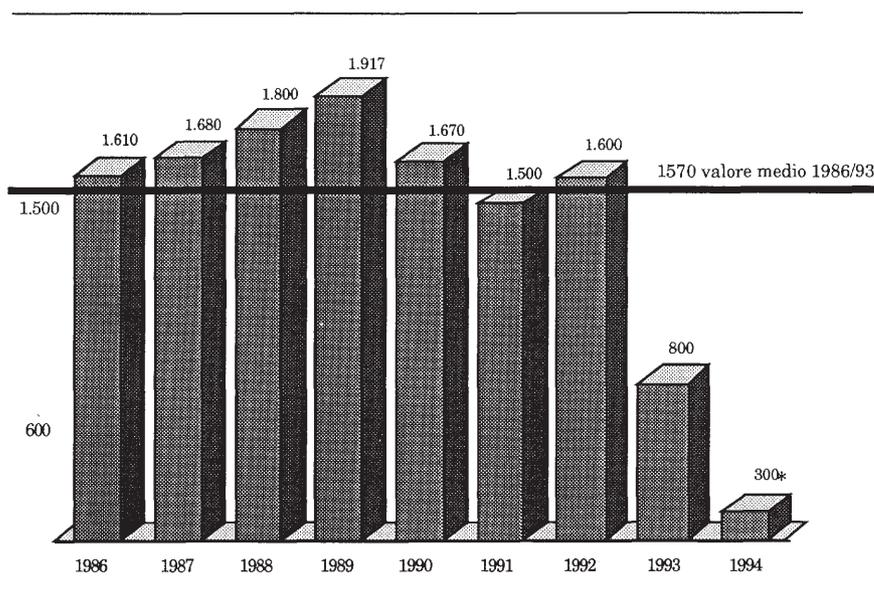
senza di disponibilità finanziaria per l'acquisto di tecnologie.

Raffrontiamo ora lo scenario futuro con il parco apparecchiature installato negli ospedali pubblici. Come ANIE abbiamo svolto un'indagine, che approfondiremo sempre più,

per analizzare la situazione del parco tecnologico.

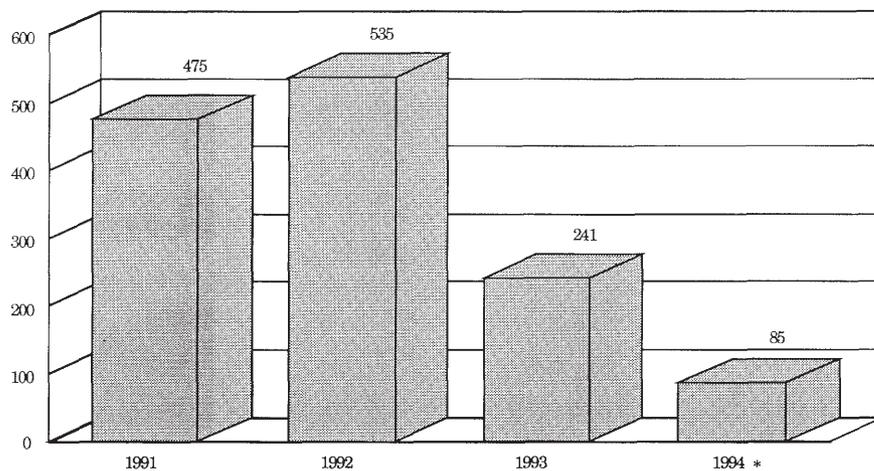
Su 227.000 apparecchi verificati ad oggi in 270 fra U.s.l. e ospedali (fig. 7), solo il 50% è risultato conforme alle norme di sicurezza elettrica, il 46% non è conforme e il 4% è im-

**Figura 4 - Andamento Conto capitale Fondo sanitario nazionale (L.Mld)**



(\*) Stanziamento previsto della Finanziaria 1994.

**Figura 5 - Quota in Conto capitale del Fondo sanitario nazionale destinato all'acquisto di apparecchiature tecnico-scientifiche (L.Mld)**



(\*) Proiezione sulla base degli stanziamenti previsti dalla Finanziaria 1994.

mediatamente da dismettere perché irrecuperabilmente pericoloso. Per quanto invece riguarda l'obsolescenza tecnologica (fig. 8) il 33% circa delle TAC installate in ospedali italiani sono obsolete. Per quanto riguarda i telecomandati, l'obsolescenza raggiunge punte del 50%. Esiste quindi un problema serio di obsolescenza. Inoltre il costo di manutenzione, superata una certa fase, diventa obiettivamente molto più alto della

quota di ammortamento di un nuovo apparecchio.

In conclusione, qual'è lo scenario che emerge da questa disamina?

A livello regionale la situazione è estremamente complessa e variegata: ci sono realtà di eccellenza tecnologica accanto a realtà di profonda depressione, di strutture ospedaliere fatiscenti assolutamente non adeguate. Purtroppo — dato che stiamo parlando di strutture pubbliche — la si-

tuazione presenta notevoli differenziazioni geografiche: più si scende nella penisola e più la situazione di difficoltà nel sistema pubblico aumenta. Questo comporta quindi che molti pazienti del meridione si trasferiscono nel settentrione innescando processi che ben conosciamo.

Stiamo poi attraversando una fase nuova e delicata. La 502 e le recenti modifiche stanno segnando un momento di transizione molto significativo.

Non è possibile affrontare questi fenomeni strutturali e fondamentali con solo lo 0,3% della spesa sanitaria complessiva destinata alle tecnologie. Per le ragioni sopra elencate è certo che non si può parlare, per quanto riguarda le attrezzature, di consumismo tecnologico.

Una realtà tecnologica di questo tipo rischia di incrementare i ricoveri prolungati ed impropri per insufficienza di apparecchiature. Non è un caso che di fronte ad una situazione di crisi al paziente non rimane che andare in ospedale e farsi ricoverare per diversi giorni in attesa di ottenere la prestazione necessaria. I maggiori costi di esercizio derivano proprio dalle giornate di degenza improprie od ingiustificate. È necessario invertire quindi il processo di grave obsolescenza delle apparecchiature e porre finalmente la giusta enfasi sul ruolo dell'investimento rispetto alla spesa corrente alla quale oggi vanno tutte le risorse del nostro sistema. È opportuno analizzare con molta attenzione tutte le voci della spesa corrente, in quanto è necessario realizzare un contenimento dei costi. L'industria del settore non sostiene la necessità di incrementare la spesa sanitaria ma ritiene che una politica che incida solo sugli investimenti in tecnologia sia una politica suicida per gli ospedali pubblici del nostro Paese.

Quindi vorrei concludere con alcune indicazioni.

**Figura 6 - Piano straordinario di investimenti in edilizia sanitaria (Art. 20, L. 67/88)**

*Stima dell'incidenza delle apparecchiature tecnico-scientifiche sul totale finanziamenti (L.Mld)*

Anni	1989	1990	1991	1992	1993 (*)
Totale stanziamenti previsti	3.000	3.500	3.500	3.000	3.500
Totale stanziamenti effettivi	—	—	15	464	293
Stanziamenti opere civili	—	—	15	408	283
Stanziamenti apparecchiature tecnico-scientifiche	—	—	—	56	10

(\*) Dati riscontrati al maggio 1993.

1. - Ad oggi sono stati deliberati dal CIPE interventi globali per L.Mld 772 ed entro il 1993 rimangono da ripartire L.Mld 728 la cui ricaduta, a breve, in termini di apparecchiature è pari a L.Mld 60,0.

2. - Le apparecchiature tecnico-scientifiche si intendono comprensive di tutte le attrezzature mediche (diagnostica per immagini, elettromedicina, valutazione funzionale, laboratorio, ausili per disabili, ecc.).

3. - Si stima che solo ben dopo il 1995 potranno venire attivati acquisti di attrezzature tecnico-scientifiche. In sintesi, il contenuto tecnologico per i nuovi ospedali diverrà significativo solo nella fase finale della realizzazione e quindi non prima di 5/6 anni da oggi.

**Figura 7 - Rispondenza alle norme di sicurezza elettrica del parco apparecchiature installate: dati 1992**

*Apparecchiature mediche installate presso gli ospedali pubblici*

N. U.s.l. e Ospedali interessati:	270
N. Apparecchi verificati	227.000
Apparecchi conformi %:	50
Apparecchi non conformi: da adeguare	46
da dismettere	4
Apparecchi verificati nel corso dell'ultimo biennio	57.000

Fonte: Commissione Servizi - ANIE Gruppo Apparecchi Elettromedicali.

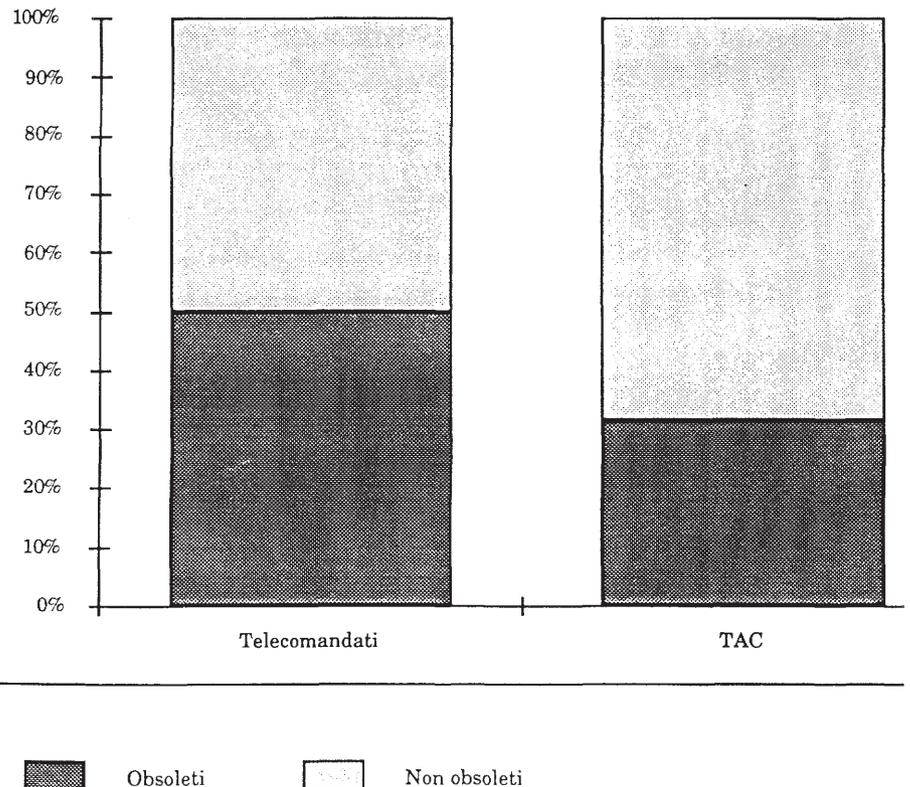
L'industria del settore delle tecnologie biomedicali condivide un'esigenza di profonda riqualificazione del sistema ospedaliero italiano ed auspica il completo ed effettivo utilizzo delle apparecchiature installate.

Un'apparecchiatura installata in un ospedale pubblico non può funzionare soltanto 4 ore al giorno. Esiste, è vero, anche un problema di sviluppo delle capacità gestionali e di efficienza dell'amministrazione. Una riduzione drastica delle tecnologie va in direzione opposta rispetto a quella che il nostro Paese deve intraprendere per non perdere terreno rispetto alle altre realtà europee.

È quindi indispensabile per l'industria e per gli utilizzatori che il Governo ed il Parlamento assicurino alla sanità pubblica un livello minimo di investimenti tecnologici senza il quale il degrado del sistema risulterà inevitabile.

**Figura 8 - Rispondenza alle norme di sicurezza elettrica del parco apparecchiature installato: dati 1992**

*Esempi di obsolescenza del parco tecnologico installato nel Servizio sanitario nazionale*



*Il presente articolo non esprime necessariamente il punto di vista della redazione.*

Ai fini di questa rilevazione sono state considerate « obsolete » le apparecchiature a Raggi X (telecomandati) installate da più di dieci anni e le apparecchiature TAC installate da più di cinque anni.

Management ed economia sanitaria

**MECOSAN**

*Italian Quarterly of Health  
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

---

**OFFERTA ECCEZIONALE FINO  
AL 31 GENNAIO 1994**

**L. 130.000** anziché **L. 200.000**

---

**PER CHI  
RINNOVA  
SUBITO,  
IL RINNOVO  
È ANCORA  
PIÙ  
VANTAGGIOSO**

**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>

## RECENSIONI

Francesca Vanara  
**Economia sanitaria**  
**Esercizi e casi di studio**

Franco Angeli, Collana  
Cresa, Milano, 1993,  
pagg. 240, Lire 32.000

La continua crescita della ricchezza, nelle società ad economia avanzata, e la conseguente evoluzione degli usi e dei costumi che le caratterizzano hanno portato, secondo fenomeni già studiati da E. Engel alla metà dell'Ottocento e ora messi al centro dei modelli di « dinamica strutturale », a mutamenti profondi nella struttura dei consumi e dei settori produttivi. Una delle manifestazioni più clamorose di questa tendenza è stata la scoperta della *salute* come bene individuale e collettivo e l'attivazione di un immenso settore produttivo volto a promuoverla e a tutelarla in tutti i suoi aspetti.

Se è dunque vero che, come afferma la frase di Klarman riportata da F. Vanara all'inizio del volume che qui presentiamo, « non è mai esistita un'epoca in cui siano state disponibili risorse sufficienti per soddisfare il generale e costante desiderio di migliorare la qualità e la durata della vita », è anche vero che mai come in questi ultimi trent'anni la sproporzione fra gli obiettivi sanitari in senso lato e le risorse destinabili a tale settore è sembrata così rilevante.

Con la crescita della ricchezza è infatti aumentato l'ammontare delle risorse economiche teoricamente disponibili, ma è cresciuto in modo più che proporzionale il bisogno individuale e collettivo di difendere lo « stock » di salute dal suo inevitabile tasso di ammortamento psico-fisico ed estetico. Gli stessi dibattiti sui malati terminali e sul diritto alla morte « decorosa » e la nascita della bioetica come nuovo campo di studi sono la dimostrazione di questa nuova enfasi per un problema che ha radici antiche quanto il mondo ma che è esploso in una eccezionale articolazione scientifica, economica e politica solo in questi anni.

Gli studi di *economia sanitaria*, diretti a riformulare a beneficio degli operatori del mercato della salute e degli stessi utenti dei servizi i teoremi dell'economia politica, si sono corrispondentemente estesi a tutti i livelli. Il pesante coinvolgimento del settore pubblico nelle attività sanitarie ha poi contribuito in tutto il mondo (e non solo in quei paesi, come l'Italia, in cui si è creato un Servizio sanitario nazionale) a rendere particolarmente complessa tale problematica economica. Essa include, come punto di particolare emergenza, la questione della trasmissione di modelli organizzativi e decisionali « di efficienza » ad unità produttive (private o pubbliche che esse siano) e ad operatori che hanno solitamente alle spalle una tradizione culturale di segno opposto.

L'agile volume che F. Vanara ha preparato, e che include 167 esercizi e 6 casi di studio in larga maggioranza del tutto originali, costituisce qualcosa di più di un semplice eserciziaro di economia sanitaria. Esso è una guida ragionata alle caratteristiche del processo produttivo sanitario e alle peculiarità con cui esso si inserisce

nell'alveo dei più tradizionali e studiati processi di produzione di servizi. Si tratta, di fatto, di un manualetto di economia sanitaria nel quale i vari argomenti sono costruiti induttivamente, partendo da interrogativi e casistiche a prima vista ovvie, di cui l'autrice svela poi sommestamente — nel corso delle soluzioni — gli aspetti più intriganti.

Questo risultato è reso anche possibile dal fatto che il volume contiene non solo esercizi numerici, ma anche quesiti per rispondere ai quali è necessario chiamare appunto in causa modelli logico-deduttivi che sono parte integrante dell'economia generale. La bibliografia consente poi al lettore di trovare i riferimenti che gli sono utili sia nel caso che egli intenda riesaminare i vari temi nell'ambito di una trattazione organica di economia sanitaria, sia nel caso opposto in cui egli desideri approfondirli risalendo alle loro fonti originarie, costituite dalle riviste scientifiche.

Aiutare gli operatori sanitari a ragionare in termini quantitativi e con l'impiego di categorie concettuali che sono proprie dell'economia è un passo obbligato se si vuole creare una base amministrativa e medica che risulti adeguata al difficile compito di gestire razionalmente le risorse che il sistema economico può mettere a disposizione della tutela della salute. E ritengo che questo lavoro di F. Vanara sia un validissimo contributo pedagogico per camminare in questa direzione.

*dalla Prefazione del Professor Severino Sterpi  
Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano*

## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

E.J. GAUCHER-RICHARD  
J. COFFEY

**Total Quality in  
Healthcare.  
From Theory to Practice**

Jossey-Bass Publishers,  
San Francisco, 1993,  
pag. 615

*Questo libro di Gaucher-Coffey che raccoglie le loro esperienze nell'implementazione del TQM in diverse organizzazioni sanitarie colma una evidente lacuna nella letteratura sugli aspetti teorici ed applicativi connessi con l'introduzione di questa « filosofia » innovativa nelle pratiche sanitarie. Si tratta di valido supporto per la definizione delle strategie di « costruzione » di una organizzazione che impieghi con successo il TQM e che ricerchi in altri termini un costante miglioramento sia degli aspetti strettamente sanitari che di quelli burocratico-amministrativi, impiegando un metodo di soluzione dei problemi basato sul lavoro di team autonomi e sul confronto continuo con i bisogni e le aspettative dei pazienti. In particolare, gli autori delineano le caratteristiche salienti del cambiamento organizzativo necessario per implementare con successo il TQM con riferimento soprattutto alla cultura di impresa e alle metodologie di valutazione dei risultati.*

*Negli ultimi anni la realizzazione di interventi sanitari basati su un approccio di strategic management sta assumendo un ruolo sempre più importante per la gestione della sanità moderna. Il settore sanitario presenta aspetti di complessità e di difficoltà qui accentuati rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione. Il contesto dell'assistenza sanitaria è dominato infatti dalla categoria del cambiamento in tutti i suoi aspetti: la tecnologia, l'ambiente sociale e politico, il comportamento degli attori, l'azione delle leggi di mercato sulla concorrenza. I responsabili delle politiche sanitarie devono quindi misurarsi con un ambiente mutevole, saper sviluppare strategie chiare e flessibili con obiettivi a lungo termine, implementando con vigore e razionalità la strategia prescelta. Obiettivo di questo testo è fornire al lettore una prospettiva strategica evidenziandone i processi logici e le diverse fasi di intervento.*

W. JACK DUNCAN  
PETER M. GINTER  
LINDA E. SWAYNE

**Strategic Management  
of Health Care  
Organization**

PWS-Kent,  
Boston, 1992,  
pag. 788

R.J. DONALDSON  
L. DONALDSON

**Essential Public  
Health Medicine**

Kluwer Academic  
Publishers,  
Dordrecht/Boston  
London, 1993, pag. 514

*Questo testo è l'edizione rivista ed ampliata del precedente Essential Community Medicine degli stessi autori che si è imposto come uno dei testi base di sanità pubblica nel Regno Unito durante gli anni '80. Come il precedente conserva l'impostazione originaria di contenere in un solo volume i principi e le applicazioni di epidemiologia, i principali problemi sanitari della popolazione e di alcuni gruppi (anziani, disabili, malati mentali, ecc.), nonché l'illustrazione delle politiche di prevenzione, formazione e assistenza a livello sanitario. Gli sviluppi del passato decennio, sia in sede epidemiologica che soprattutto nei concetti di fondo e nella filosofia stessa del sistema sanitario inglese e della struttura e del funzionamento dei servizi sanitari, hanno tuttavia imposto una radicale revisione dei capitoli con l'introduzione di numerosi nuovi temi e l'aggiornamento complessivo degli argomenti. In particolare sono stati introdotti numerosi materiali di rilevanza pratica a fini didattici.*

RICHARD KNOX

**German's Health System. One Nation, United with Health Care for All**Faulkner & Gray,  
New York, 1993,  
pag. 329

*La prospettiva di lettura delle vicende del sistema sanitario tedesco e delle sue particolarità (il ruolo dei medici, degli ospedali, il sistema di partecipazione alla spesa), è esplicitamente quella del confronto con la realtà americana. Il libro si apre infatti proprio con un capitolo sulla rilevanza del caso tedesco per le politiche sanitarie americane. L'analisi del sistema sanitario tedesco permette di evidenziare i problemi indotti dall'unificazione (16 milioni di cittadini a cui offrire gli stessi standard sanitari dell'ex-RFT), il sostanziale e continuo impegno delle politiche sanitarie per garantire la copertura di tutti i cittadini, l'equità di accesso, l'ampiezza dei servizi offerti e un livello decisamente elevato degli stessi. Secondo l'autore i problemi di carattere finanziario e sanitario sorti con la riunificazione non sembrano distogliere le politiche tedesche dai loro obiettivi di riforma del sistema sanitario tesi ad affrontare i crescenti costi delle nuove tecnologie, l'invecchiamento della popolazione e le incertezze sulle prospettive economiche del paese.*

*La scrupolosa e completa raccolta di dati sui sistemi sanitari, ma anche sulle variabili demografiche, macroeconomiche, sugli indicatori degli stili di vita e delle abitudini alimentari, dei 24 paesi industrializzati membri dell'Organizzazione e sviluppo e la cooperazione economica permette di disporre di uno strumento indispensabile in sede di comparazione internazionale. Questa serie di dati sui conti sanitari viene definita dall'OECD di « seconda generazione » a sottolineare gli sforzi compiuti negli ultimi anni per offrire uno strumento comprensivo e sistematico su tutte le variabili sanitarie dal 1960 al 1991. La consultazione di questa raccolta appare indispensabile nella valutazione sia delle performance dei singoli paesi nella tutela della salute, sia dei risultati dei diversi e diversificati tentativi di riforma del settore condotti in numerosi paesi nel corso degli anni '80.*

OECD

**OECD Health Systems, Health Policy Studies**n. 3, 2 Voll.,  
Paris, 1993Istituto di studi sulle Regioni. Ist. di tecnologie biomediche. C.n.r.  
G. France-E. Attanasio  
(a cura di)**Economia Sanitaria. Linee e tendenze di ricerca in Italia**

Giuffrè, Milano, 1993

*Nel nostro paese il numero di economisti che applicano i propri strumenti analitici alle molteplici problematiche del settore sanitario è costantemente cresciuto negli ultimi anni. Il Workshop di Economia Sanitaria organizzato da due istituti del CNR tenutosi a Roma il 7 e 8 maggio 1992 rispondeva secondo i promotori ad una duplice finalità: da una parte, fornire un forum di discussione e di scambio di informazioni inerenti questo ramo dell'economia, dall'altro, consentire agli economisti di sottoporre il proprio lavoro in campo sanitario al giudizio critico degli altri studiosi. Il volume raccoglie le relazioni presentate Workshop che nella loro eterogeneità riflettono gli interessi degli economisti sanitari attorno a quattro grandi aree di studio: organizzazione e finanziamento del sistema sanitario; gestione ed efficienza nei servizi sanitari; valutazione economica ed allocazione delle risorse; equità, bisogni e scelte dei consumatori.*

*Il volume presenta un taglio manualistico e si pone come strumento teorico-pratico agli operatori in particolare per l'attività di formazione e di preparazione dei concorsi pubblici. Il tema del riordino del Servizio sanitario nazionale è affrontato con sistematicità e con semplicità espositiva, consentendo, anche grazie alla completezza dell'appendice legislativa, una chiave di lettura esaustiva del contesto in cui si sono definite sia la riforma del 1978 che il suo complessivo riordino con il D.L. 502/1992. Il testo delinea le innovazioni introdotte dal D.L. con un costante riferimento al precedente impianto legislativo.*

G. LAMBERTI  
F. MAGGI  
R. ROSSETTI**Il riordino del S.s.n.**Pirola Editore,  
Milano, 1993,  
pag. 260

**Annuario sanità  
Italia**

Ed. Pubblaci,  
Roma 1993,  
L. 120.000

*Si propone come organo informativo e come guida per una conoscenza dei vari aspetti e delle molteplici componenti che in Italia caratterizzano il settore della sanità. L'annuario si articola in tre volumi: il primo "Sanità e istituzioni" è un moderno notiziario-annuario, ampio e dettagliato, che fa riferimento all'intero « pianeta sanità »; il secondo "I dati della salute" è uno spaccato analitico sulla situazione epidemiologica italiana e una documentazione-interpretazione in forma dinamica dello stato di salute della popolazione; il terzo "Sanità e diritto" si conferma come una guida preziosa per quanti devono muoversi nel groviglio di Leggi, Decreti, Circolari, Norme e Provvedimenti che regolano attualmente la Sanità in Italia.*

## SPOGLIO RIVISTE

**Struttura e organizzazione dei sistemi sanitari**

PERRARO F.

*Luci ed ombre del decreto sul riordino del Servizio sanitario. I controlli, la promozione della qualità dell'assistenza, gli indicatori*

QA, 1993, 1/2: 5-12

POLLICE A.

*Ente locale territoriale minore e nuova configurazione della U.s.l.*

Sanità Pubblica, 1993, 5: 615-617

PAPADIA V.

*Il nuovo ordinamento del servizio sanitario*

Sanità Pubblica, 1993, 6: 741-777

WING D.M.

*Resource allocation in health care: an example from the United Kingdom*

Nursing Administration Quarterly, 1993, 17 (4): 65-73

THOMSON R., BHOPAL R.

*Improving quality of health care: the role of public health medicine*

Quality in Health Care, 1993, 2 (1): 35-39

MORSE L.J.

*A declaration of independence for health system reform*

The New England Journal of Medicine, 1993, 329 (11): 804-805

IGLEHART J.K.

*The American Health Care System, Community Hospitals*

The New England Journal of Medicine, 1993, 329 (5): 372-376

BLUMENTHAL D.

*Administrative Issues in Health Care Reform*

The New England Journal of Medicine, 1993, 329 (6): 428-429

IGLEHART J.K.

*The American Health Care System-Teaching Hospitals*

The New England Journal of Medicine, 1993, 329 (14): 1051-1056

*Now comes the health-reform battle*

The Lancet, 1993, 342: 543

BUCK J., KAMLET M.S.

*Problem with Expanding Medicaid for the Uninsured*

Journal of Health Politics, Policy and Law, 1993, 18 (1): 1-26

CODINI G.

*Assistenza domiciliare per persone con AIDS*

Prospettive Sociali e Sanitarie, 1993, 13: 4-7

MAPELLI V.

*Privatizzazione senza molta concorrenza*

Prospettive Sociali e Sanitarie, 1993, 12: 1-5

DONALDSON C., MOONEY G.

*The new NHS in a global context: is it taking us where we want to be?*

Health Policy, 1993, 25: 9-24

SHACKLEY P., HEALEY A.

*Creating a market: an economic analysis of the purchaser-provider model*

Health Policy, 1993, 25: 153-168

MANTON K., WOODBURY M., VETRESS J., STALLARD E.

*Use of Medicare Services before and after Introduction of the Prospective Payment System*

Health Services Research, 1993, 28 (3): 269-292

LANCRY P.J.

*Central and Eastern European health care financing: report of visit*

Health Policy, 1993, 24: 239-242

WEIL T.

*Use rates under President Clinton's health reform plan*

Health Care Management Review, 1993, 18 (2): 27-38

CUMMINGS K., ABELL R.

*Losing sight of the shore: How a future integrated American health care organization on might look*

Health Care Management Review, 1993, 18 (2): 39-50

**Valutazione economica delle attività sanitarie**

ELIXHAUSER A., LUCE B., TAYLOR W., REBLANDO J.

*Health care CBA/CEA: an update on the growth and composition of literature*

Medical Care, 1993, supplement 31 (7): JS1-JS17

GREENER-TEMKING H., MEINERS M.R., SZYDLOWSKI J.  
*Spending-down to medicaid in tehe nursing home and in the community*  
Medical Care, 1993, 31 (8): 663-679

WISON A.  
*The cost and quality of patient outcomes: a look at managed competition*  
Nursing Administration Quarterly, 1993, 17 (4): 11-16

FRIERS J.F.  
*Reducing Health Care Costs by Reducing the Need and Demand for Medical Services*  
The New England Journal of Medicine, 1993, 329 (5): 321-325

GORTMAKER S.L., MUST A., PERRIN J., SOBOL A., DIETZ W.  
*Social and Economic Consequences of Overweight in Adolescence and Young Adulthood*  
New England Journal of Medicine, 329 (14): 1008-1012

ODDONE E., COWPER P., HAMILTON J., FEUSSNER J.  
*A cost-effectiveness analysis of hepatitis B vaccine in predialysis patients*  
Health Services Research, 1993, 28 (1): 97-122

DRUMMOND M., TORRANCE G., MASON J.  
*Cost-effectiveness league tables: more harm than good?*  
Social Science & Medicine, 1993, 37 (1): 33-40

DONALDSON C., FARRAR S.  
*Need assessment: developing an economic approach*  
Health Policy, 1993, 25: 95-108

### **Gestione dei servizi sanitari**

NORD E.  
*The trade-off between severity of illness and treatment effect in cost-value analysis of health care*  
Health Policy, 1993, 24: 227-238

HUGHES D.  
*General practitioners and the new contract: promoting better health through financial incentives*  
Health Policy, 1993, 25: 39-50

JACK M., PHILLIPS R.  
*Public-private partnership organization in health care: cooperative strategies and models*  
Hospital Health Services Administration, 1993, 38 (3): 387-400

MELLING R.  
*Sticks or carrots. The challenge of implementation a management development strategy in the new NHS*  
European Journal of Public Health, 1993, 3: 199-203

KRISTIANSEN I., MOONEY G.  
*The general practitioner's use of time: is it influenced by the remuneration system?*  
Social Science & Medicine, 1993, 37 (3): 393-399

DAYHOFF D., CROMWELL J.  
*Measuring differences and similarities in hospital caseloads: a conceptual and empirical analysis*  
Health Services Research, 1993, 28 (3): 293-312

MOLINARI C., MORLOCK L., ALEXANDER J., LYLES A.  
*Hospital Board Effectiveness: Relationships between Goivering Board Composition and Hospital Finanziaal Viability*  
Health Services Research, 1993, 28 (3): 357-377

WOOLHANDER S., HIMMELSTEIN D.U., LEWONTIN J.P.  
*Administrative Costs in U.S. Hospitals*  
New England Journal of Medicine, 1993, 329 (6): 400-403

ZEMBALA S.  
*Managing the costs of nursing care delivery*  
Nursin Administration Quarterly, 1993, 17 (4): 74-79

SHWARTZ R., SULLIVAN D.  
*Managing diversity in hospitals*  
Health Care Management Review, 1993, 18 (2): 51-56

### **Assistenza farmaceutica**

BARBER N.  
*Improving quality of drug use through hospital directorates*  
Quality in Health Care, 1993, 2 (1): 3-4

COTTER S., MCKEE M., BARBER N.  
*Pharmacists and prescribing: an unrecorded influence*  
Quality in Health Care, 1993, 2 (2): 75-76

DRUMMOND M., RUTTEN F., BRENN A., et al.  
*Economic evaluation of pharmaceuticals: a european perspective*  
PgarmacoEconomics, 1993, 4 (3): 173-186

THURMANN P., HARDER S.  
*Determinants of hospital drug expenditures in western Europe*  
PharmacoEconomics, 1993, 4 (3): 157-161

### **Economia sanitaria**

CLEARY P., FOWLER F., WEISSMAN J., MASSAGLI M., et al.  
*Health-Related Quality of Life in Persons with Acquired Immune Deficiency Syndrome*  
Medical Care, 1993, 31 (7): 569-580

HUNT R.  
*A critique of using age to ration health care*  
Journal of Medical Ethics, 1993, 19 (1): 19-23

NORD E.  
*The relevance of Health State after treatment in prioritising between different patients*  
Journal of Medical Ethics, 1993, 19 (1): 37-42

## Varie

KRISTIANSEN I., MOONEY G.

*Remuneration of GP services: time for more explicit objectives? A review of the systems in five industrialised countries*

Health Policy, 1993, 24: 203-212

SCARBOROUGH S.

*Banking industry dynamics and implications for hospitals*

Topics in Health Care Financing, 1993, 19 (4): 1-11

CULLER S.

*Assessing hospital credit risk: A banker's view*

Topics in Health Care Financing, 1993, 19 (4): 35-43

AUBRY M., GRANDJEAN C., VIVIN M.

*Enseignement de la santé communautaire dans la formation infirmière: l'expérience de l'Institut de formation en soins infirmiers de Nancy-Brabois*

Santé Publique, 1993, 5 (3): 36-42

GREENS R.

*Technology transfer in medical information system: the potential for « Groupware » and its implications*

Int. Journal of Technology Assessment in Health Care, 1993, 9 (3): 324-334

VIAN T., VERJEE S., SIEGRIST R.

*Decision-support systems in health care: factors influencing the development and transfer of technology*

Int. Journal of Technology Assessment in Health Care, 1993, 9 (3): 369-379

# IL NUOVO SISTEMA DI PAGAMENTO DEI MEDICI NEL PROGRAMMA "MEDICARE": LA RBRV<sub>s</sub> (RESOURCE-BASED RELATIVE VALUE SCALE)

di Giovanni Fattore (a cura)

Università « L. Bocconi » - SDA - Cergas - Milano

*La Resourced-Based Relative Value scale (Scala dei valori relativi delle prestazioni mediche basata sulle risorse impiegate) è il nuovo sistema per pagare le prestazioni mediche, intra ed extra-ospedaliere, da parte di Medicare, il programma pubblico degli U.S.A. che copre le spese sanitarie degli anziani. In Europa è abbastanza noto il sistema che Medicare ha adottato nel 1983 per rimborsare gli ospedali secondo una classificazione del case-mix ospedaliero (i ricoveri ospedalieri vengono raggruppati in gruppi isorisorse chiamati DRGs. Meno noto è il fatto che, parallelamente all'introduzione dei DRGs, il Governo federale americano ha finanziato una « colossale » ricerca per individuare un nuovo sistema di retribuzione dei medici che smantellasse gradualmente consolidate modalità di « rimborso » ritenute inique e inflazionistiche. Fino al primo gennaio 1992, infatti, le prestazioni mediche coperte da Medicare venivano rimborsate ad una tariffa pari all'80% di un valore « ragionevole », ovvero di un valore che era il minimo tra: a) le tariffe praticate dal medico per il complesso dei suoi pazienti (quindi un valore diverso per ogni medico e completamente discrezionale); b) le tariffe mediane praticate dal medico nell'anno precedente alla prestazione; c) le tariffe mediane del 50% dei medici a tariffa più alta nell'area geografica in cui il medico opera. Si trattava di un sistema complesso, che non poneva le tariffe sotto il controllo pubblico e che risultava in ampie variazioni nei compensi erogati ai medici, non spiegabili né in base alle differenze nel costo della vita tra diverse aree territoriali, né in funzione dei differenziali nei costi per la formazione e l'addestramento. Inoltre, il vecchio sistema tendeva a penalizzare le prestazioni di base rispetto a quelle « complesse », provocando squilibri nella distribuzione dei medici tra le specialità.*

*L'RBRV<sub>s</sub> è il frutto di una ricerca condotta per più di dieci anni presso la Harvard School of Public Health. La scala è un indice relativo che misura le risorse assorbite per erogare le circa 7.000 prestazioni in cui è stato scomposto il contenuto professionale dei medici. Tramite raccolta di dati, interviste e incontri con i medici di tutte le specialità si è arrivati a definire il peso relativo di ogni prestazione. Le principali variabili considerate sono:*

- a) il lavoro necessario per erogare la prestazione (inclusivo del lavoro attribuito alla prestazione anche se non direttamente legato al tempo speso con il paziente);*
- b) i costi relativi all'esercizio della professione (i costi di esercizio dello studio medico, delle attrezzature, dei corsi di aggiornamento, dei premi assicurativi);*
- c) il costo-opportunità del periodo di addestramento.*

*La stima del lavoro impiegato per ogni prestazione ha rappresentato la parte più complessa della ricerca: tramite 3.200 questionari si è giunti alla sua determinazione*

facendo riferimento a quattro dimensioni: il tempo, l'impegno mentale, lo sforzo tecnico e fisico, e lo « stress ».

La scala è semplicemente un elenco di pesi. Per giungere alle tariffe per le singole prestazioni, i paesi devono quindi essere moltiplicati per un fattore di conversione monetaria che è annualmente stabilito dal Parlamento Americano.

È ancora troppo presto per valutare gli effetti di questo nuovo sistema. Alcune stime piuttosto superficiali prevedono che Medicare risparmierebbe circa il 12% delle spese complessive nel 1996, l'anno in cui terminerà il periodo di transizione e in cui tutti i medici saranno esclusivamente compensati in base al nuovo sistema. È stato però fatto notare che i medici reagiranno al nuovo sistema sia incrementando i volumi di attività (il c.d. fenomeno della domanda indotta), sia modificando il « mix » delle prestazioni erogate. Se ciò dovesse realmente verificarsi il risparmio per Medicare si abbasserebbe al 3.9%. È proprio per evitare questi possibili comportamenti « opportunistici » da parte dei medici che il Parlamento Americano ha affiancato all'introduzione della RBVRs un sistema di monitoraggio e controllo dei volumi delle prestazioni erogate.

A prescindere dall'impatto sull'equilibrio finanziario di Medicare, l'RBRVS ha le potenzialità per modificare radicalmente gli incentivi sottostanti la scelta delle specialità mediche e chirurgiche da parte dei neo-laureati in medicina, favorendo una maggiore diffusione delle prestazioni « di base » e di « comunità ». È infine prevedibile che il sistema non rimarrà confinato a Medicare, che pure copre le spese sanitarie di 33 milioni di persone, ma si diffonderà rapidamente anche nel settore privato.

In Italia il sistema di retribuzione a tariffa, anche definito a notula, è poco sviluppato: prevalgono i rapporti di lavoro alle dipendenze del S.s.n. (interpretabili come un sistema retributivo legato al tempo di lavoro), e la quota capitaria, il modo principale per retribuire i medici di base. Solo l'attività ambulatoriale in regime di convenzionamento esterno è retribuita in base a tariffe prestabilite. L'esperienza americana del RBVRs sembrerebbe quindi interessare una parte secondaria, se non marginale, del complessivo sistema retributivo dei medici. Tuttavia, esistono chiari segnali che suggeriscono di prestare attenzione a questa recente innovazione prodotta dal sistema sanitario americano.

Innanzitutto occorre tenere presente che il sistema sanitario italiano non si esaurisce con il S.s.n.: una parte consistente delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini afferiscono al circuito privato e sono generalmente finanziate tramite il pagamento della singola prestazione. Gli utenti, le assicurazioni sanitarie, gli erogatori dei servizi dovrebbero essere interessati ad avere dei listini di « riferimento » che migliorino il livello di trasparenza delle transazioni economiche nel settore. La metodologia, e in parte anche i risultati, della RBRVs potrebbero fornire un decisivo apporto in questo senso.

In secondo luogo, la RBRVs può fornire degli utili spunti per lo sviluppo del sistema tariffario richiamato dalle recenti innovazioni legislative relative al S.s.n. Sia per quanto riguarda la regolazione finanziaria all'interno del sistema pubblico, che quella tra pubblico e privato si dovrà prevedere la definizione di tariffe, o quantomeno di pesi che permettano di omogeneizzare prestazioni altrimenti non confrontabili tra loro.

La conoscenza dell'esperienza americana risulterebbe pertanto utile non tanto per copiare soluzioni che scaturiscono da situazioni completamente diverse, ma per attingere dall'impressionante lavoro metodologico ad esse sottostanti. Infine, l'idea di definire dei pesi relativi sulle diverse prestazioni potrebbe rivelarsi momento utile per quantificare i carichi di lavoro all'interno delle strutture sanitarie, anche al fine di fornire uno strumento in più per il controllo di gestione.

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION  
*Medicare Physician Reimbursement: An AMA Perspective*  
Chicago, American Medical Association, Chicago
- EDGAHL R.H., HERTENSTEIN R.D.  
*An Access-oriented Negotiated Fee Schedule*  
*Annals of Surgery*, 206, 1987, 349-57
- EDGAHL R.H., MANUEL B.  
*A Consensus Process to determine the Relative Complexity-Severity of Frequently Performed Surgical Services*  
*Surgery in Gynaecology and Obstetrics*, 160, 1985, 403-406
- FERRY T.P., GORNICK M., NEWTON M., HACKERMAN C.  
*Physician Charges Under Medicare: Assignment Rates and Beneficiary Responsibility*  
*Health Care Financing Review*, Winter, 1980
- GINSBURG P.B., LEROY L.B., HAMMONS G.T.  
*Update: Medicare Physician Payment Reform*  
*Health Affairs*, 9, 1990, 178-88
- HADLEY J., JUBA D., BERENSON R. et al.  
*Final Report on Alternative Methods of Developing a Relative Value Scale of Physicians' Services*  
Washington DC, The Urban Institute, 1984
- HSIAO W.C., BRAUN B., GOLDMAN R. et al.  
*Resource-Based Relative Values of Selected Medical and Surgical Procedures in Massachusetts: Final Report on Research Contract for Rate Setting Commission, Commonwealth of Massachusetts*  
Boston, Harvard University School of Public Health, 1985
- HSIAO W.C., STASON W.B.  
*Toward Developing a Relative Value Scale for Medical and Surgical Services*  
*Health Care Financing Review*, 1, 1979, 23-28
- MCMILLAN A., LUBITZ J., NEWTON M.  
*Trends in Physicians Assignment Rates for Medicare Services, 1968-85*  
*Health Care Financing Review*, 7 (2), 1985
- MITCHELL J.B., CROMWELL J., CALORE K.A. et al.  
*Packaging Physician Services: Alternative approaches to Medicare Part B Reimbursement*  
*Inquiry*, 24, 1987, 324-340
- PARINGER L.  
*Medicare Assignment Rates of Physicians: Their Responses to Changes in Reimbursement Policy*  
*Health Care Financing Review*, Winter, 1980
- PHYSICIAN PAYMENT REVIEW COMMISSION  
*Annual Report to the Congress*,  
Washington D.C., 1988
- SCHWEITZER S.O., RECORD J.O.  
*Third Party Payment for New Health Professionals: An Alternative to Fractional Reimbursement in Outpatient Care*  
*Public Health Reports*, 92, 1977: 518-526
- US CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT  
*Payment for Physician Services: Strategies for Medicare*  
U.S. Congress OTA, Publication OTA-H-294, February, 1986
- WIENER J.O. (a cura di)  
*Physician Payment Reform: Struggling to be Born*  
*Medicine and Health*, January 7, 1991
- PAUL GINSBURG and PHILIP LEE,  
*Physician Payment, in Eli Ginzberg*  
Ed. Health Services Research, Harvard, 1991
- MARK PAULY  
*Doctors and Their Workshops*,  
Chicago, 1980
- WILLIAM C. HSIAO, et al.  
*An Overview of the Development and Refinement of the RBRVs. The Foundation for Reform of US Physician Payment*  
*Medical Care*, November 1992, Supplement, NS1-NS12
- WILLIAM C. HSIAO, et al.  
*Results and Impacts of the Resource-based Relative Value Scale*  
*Medical Care*, November 1992, Supplement, NS61-NS79
- ERIC A. LATIMER and EDMUND R. BECKER  
*Incorporating Practice Costs into the RBRVs*  
*Medical Care*, November 1992, Supplement, NS50-NS60
- JESSE M. LEVY, et al.  
*Understanding the Medicare Fee Schedule and its Impact on Physicians Under the Final Rule*  
*Medical Care*, November 1992, Supplement, NS80-NS93
- Regulating Doctors' Fees*,  
Ed. H.E. Frech, AEI Press, 1991
- PHILIP LEE and PAUL GINSBURG,  
*The Trials of Medicare Physician Payment Reform*  
*JAMA*, September 18, 1991, 1562-65
- WILLIAM C. HSIAO, et al.  
*Resource Based Relative Values: An Overview*  
*JAMA*, October 28, 1988
- WILLIAM C. HSIAO, et al.  
*Measurement and Analysis of Intraservice Work*  
*JAMA*, October 28, 1988

- PETER BRAUN, et al.  
*Cross-Speciality Linkage of Resource Based Relative Value Scales*  
JAMA, October 28, 1988
- EDMUND R. BECKER, et al.  
*Relative Cost Differences among Physicians' Speciality Practices*  
JAMA, October 28, 1988
- DANIEL DUNN, et al.  
*A Method for Estimating the Preservice and Postservice Work of Physicians' Services*  
JAMA, October 28, 1988
- NANCY L. KELLY, et al.  
*Extrapolation of Measures of Work for Surveyed Services to Other Services*  
JAMA, October 28, 1988
- PETER BRAUN, et al.  
*Evaluation and Management Services in the Resource Based Relative Value Scale*  
JAMA, October 28, 1988
- WILLIAM C. HSIAO, et al.  
*Resource Based Relative Values for Invasive Procedures Performed by Eight Surgical Specialties*  
JAMA, October 28, 1988
- WILLIAM C. HSIAO, et al.  
*Results, Potential Effects, and Implementation Issues of the Resource-Based Relative Value Scale*  
JAMA, October 28, 1988
- JAMES S. TODD  
*At Last, a Rational Way to Pay for Physicians' Services*  
JAMA, October 28, 1988
- PHILIP R. LEE and PAUL B. GINSBURG  
*Physician Payment Reform: An Idea Whose Time Has Come*  
JAMA, October 28, 1988
- WILLIAM L. ROPER  
*The Resource-Based Relative Value Scale: A Methodological and Policy Evaluation*  
JAMA, October 28, 1988
- JESSE M. LEVY, et al.  
*Impact of the Medicare Fee Schedule on Payments to Physicians*  
JAMA, August 8, 1990
- HCFA  
*Report to Congress Paying Physicians: Choices for Medicare*  
HCFA Pub. 03264, 1987
- Physician Payment Review Commission  
Annual Report to Congress, 1989, 1990, 1991, 1992.

# Novità editoriale

# RAGIUSAN LAZIO

## **RAGIUSAN LAZIO**

assicura in linea con la legge n. 241/90 sulla « trasparenza »:

- \* informazione giuridica
- \* informazione motivata
- \* informazione tempestiva

## **RAGIUSAN LAZIO**

è indice di garanzia di sicuro aggiornamento

Caratteristiche editoriali:

- \* è un supplemento a **RAGIUSAN Rassegna giuridica della sanità**
- \* esce a completamento del sedicesimo di testo
- \* è spedito in abbonamento postale gruppo III-70% e/o via fax
- \* il costo dell'abbonamento annuo solare è di L. 100.000
- \* il rimborso forfettario spese telefoniche, per l'invio tramite fax è di L. 150.000

*Il supplemento **RAGIUSAN LAZIO** conterà di almeno 24 numeri l'anno, da sistemare in biblioteca, pronti per la consultazione ed a fine anno, per la rilegatura*

**COSTO DELL'ABBONAMENTO 1993: L. 100.000 + L. 150.000 in caso di invio anche per fax**

Programma abbonamento 1993

Spediz. in abb. postale - Gr. III/70%

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n..... abbonament..... al supplemento

## **RAGIUSAN LAZIO**

**Rassegna Giuridica della Sanità**

con destinatario il nominativo sul retro indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- A tal uopo:
    - Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
    - Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata
    - Chiedo l'invio anticipato mediante fax al n. ....
- Barrare la casella che interessa

..... li .....

Codice fiscale .....

Partita IVA .....

**FIRMA E TIMBRO** .....

(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)