

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

11° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 19 MARZO 1998

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE

Audizione del Presidente dell'autorità garante della concorrenza e del mercato

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------|
| PRESIDENTE | Pag. 3, 6, 9 e <i>passim</i> | <i>DI GIACOMO</i> | Pag. 6, 9 |
| DE ANNA (<i>Forza Italia</i>) | 11 | <i>MASTROBUONO</i> | 3 |
| DI ORIO (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>) | 9 | | |
| LAVAGNINI (<i>PPI</i>) | 9 | | |
| PAPINI (<i>Misto</i>) | 10 | | |

Intervengono la dottoressa Isabella Mastrobuono, dirigente dell'Agenzia dei servizi regionali, e il dottor Romano Di Giacomo, direttore generale dei servizi amministrativi dell'Istituto superiore di sanità.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

Audizione della dottoressa Isabella Mastrobuono, dirigente dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali, e del dottor Romano Di Giacomo, direttore generale dei servizi amministrativi dell'Istituto superiore di sanità

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione della dottoressa Isabella Mastrobuono, dirigente dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali, e del dottor Romano Di Giacomo, direttore generale dei servizi amministrativi dell'Istituto superiore di sanità, i quali ci illustreranno la situazione del processo di aziendalizzazione delle istituzioni sanitarie locali.

Do la parola alla dottoressa Mastrobuono.

MASTROBUONO. Signor Presidente, ringrazio la Commissione per avermi invitata. Poichè i tempi a disposizione sono molto ristretti, cercherò di essere sintetica nella mia esposizione.

Ho preparato un documento (del quale vorrei distribuire alcune copie ai presenti) sullo stato del processo di aziendalizzazione e, in particolare, sui risultati dell'indagine che l'Agenzia dei servizi sanitari regionali ha condotto nel 1997 sul sistema di programmazione budgettaria e del controllo di gestione nelle aziende sanitarie.

I decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993 hanno introdotto il concetto di aziendalizzazione per quanto riguarda sia le unità sanitarie locali, sia gli ospedali definiti aziende ospedaliere. In particolare, all'articolo 5, comma 4, del decreto legislativo n. 517, si prevedono: la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale, l'adozione del bilancio pluriennale di previsione nonchè del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo, la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio, la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi.

Al comma 5 dello stesso articolo, inoltre, si chiariscono alcuni aspetti molto importanti relativamente alla predisposizione con decreto interministeriale, emanato di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità, di uno schema al fine di conferire un'uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, consentendo all'Agenzia per i servizi sanitari regionali di effettuare rilevazioni comparative dei co-

sti, dei rendimenti e dei risultati. Tale schema è stato predisposto con decreto ministeriale del 20 ottobre 1994, e successivamente è stato esteso agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con decreto del 3 settembre 1997; quindi, nei primi mesi del 1998, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali ha iniziato ad effettuare le rilevazioni comparative sopra citate.

Il problema dell'aziendalizzazione è stato affrontato già nella precedente legislatura; con decreto ministeriale del 10 febbraio 1995 fu istituito, presso il Ministero della sanità, un «Gruppo di lavoro per la formulazione di proposte dirette a rendere pienamente rispondente alle esigenze dei cittadini il nuovo assetto organizzativo delle strutture sanitarie». Successivamente, questo Gruppo di lavoro, con decreto ministeriale del 29 maggio 1995, venne trasformato in Osservatorio permanente per l'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale (OPAS), di cui probabilmente vi avrà già parlato il dottor Verdecchia, direttore del Dipartimento della programmazione. Quindi, in quella sede sono stati già affrontati i problemi relativi all'autonomia gestionale, organizzativa, tecnica e patrimoniale delle aziende USL e delle aziende ospedaliere.

Di fatto, il disegno di legge delega per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, attualmente in discussione, ripercorre quanto è già stato fatto, ma pone anche in risalto alcuni aspetti molto importanti, tra cui la necessità di una migliore articolazione del rapporto fra processo di aziendalizzazione e programmazione regionale.

In ottemperanza a quanto stabilito al comma 5 dell'articolo 5 del decreto legislativo n. 517 del 1993, l'ASSR ha svolto un'indagine conoscitiva sullo stato di sviluppo del sistema di programmazione budgettaria e del controllo di gestione nelle aziende sanitarie italiane nel 1997, perchè questi sono sicuramente gli strumenti più importanti attraverso i quali il processo di aziendalizzazione si estrinseca. Abbiamo inviato a tutte le 311 aziende sanitarie del paese un questionario, che è riportato nella relazione sull'attività svolta nel triennio 1995-1997 dall'Agenzia (lascero anche questo documento a disposizione dei commissari). Si tratta di un questionario molto semplice, perchè è sufficiente rispondere alle domande con un sì o con un no; le aziende sanitarie, poi, devono fornire tutta la documentazione relativa ai processi di *budget* e al controllo di gestione. Proprio in questi mesi stiamo analizzando i dati raccolti tramite i questionari per avere un primo quadro di riferimento relativo al 1997.

Le schede analitiche che ci sono state inviate ci hanno consentito di raccogliere dati sui seguenti aspetti: l'esistenza del sistema di *budget* nel 1997, la tipologia del sistema di contabilità generale, l'esistenza e la composizione del nucleo di valutazione e del servizio o ufficio per il controllo di gestione (quando costituito distintamente dal nucleo di valutazione), l'impiego di consulenze esterne per la progettazione del sistema di *budget*, l'effettuazione di corsi di formazione sul tema e la composizione del corpo docente.

A pagina 14 del documento sullo stato di sviluppo del sistema di programmazione budgettaria, che vi è stato consegnato, possiamo esaminare

la prima tabella, relativa alla diffusione del sistema di *budget* nel 1997. Il primo dato interessante è che delle 76 aziende che hanno risposto al questionario, solo 36 (che rappresentano l'11,5 per cento di tutte le aziende sanitarie del paese) hanno avviato il processo di *budget*. Nel terzo riquadro della tabella 1 del documento, denominato «Aziende con *budget*», sono indicate nella colonna del «totale», suddivise per regione, le aziende che lo prevedono: sono molto più numerose nel Nord rispetto al Centro e al Sud del paese.

Occorre poi considerare un altro elemento: la propensione ad elaborare e compilare il questionario è stata molto più elevata nelle aziende che avevano realmente avviato il processo di *budget*, e molte di queste ultime – di fatto – lo hanno avviato nel 1997 e non precedentemente (e sono situate, appunto, per lo più nelle regioni del Centro e del Sud).

Un altro aspetto importante rispetto a questi dati, che rappresenta un elemento di riflessione, riguarda il fatto che ovviamente le aziende che non avevano avviato il processo di *budget* non hanno potuto «determinare» le attribuzioni di risultato previste nel contratto collettivo nazionale di lavoro.

Per quanto riguarda invece i dati sul sistema di contabilità generale, riportati nel documento nella tabella 2, si rileva che le aziende con *budget* che hanno avviato il nuovo sistema di contabilità generale sono in totale 23, di cui 18 USL e 5 ospedali azienda, il che significa che il 63,89 per cento di quelle che hanno avviato il processo di *budget*, hanno avviato anche il nuovo sistema di contabilità generale. Questo rappresenta un problema, per quanto riguarda la contabilità economico-finanziaria e patrimoniale, perché in altre parole vuol dire che non sempre essa è stata avviata: probabilmente è anche vero il contrario, cioè che ci sono aziende che hanno la contabilità economico-patrimoniale, ma che non hanno avviato il processo di *budget*.

La situazione è forse leggermente migliore per quanto riguarda i nuclei di valutazione e di controllo di gestione. Innanzi tutto c'è tanta confusione nei termini, poichè in molti casi tali nuclei e i servizi, gli uffici di controllo di gestione sono all'interno delle aziende e spesso coincidono, e questo è forse anche legato al fatto che il decreto legislativo n. 29 del 1993 si è riferito sia al nucleo di valutazione che a quello di servizio di controllo interno, il che probabilmente può aver creato qualche problema. Quindi, in molti casi i nuclei e il servizio coincidono, in altri casi, invece, sono tenuti distinti. Se esaminiamo la tabella 3, relativa alle aziende con nucleo di valutazione, rileviamo che l'88,89 per cento di quelle che hanno risposto di avere avviato il processo di *budget* ha i nuclei di valutazione (24 USL ed 8 ospedali).

La composizione è normalmente di 4 o 5 persone, sia per i nuclei che per i servizi di controllo di gestione (anche se per questi ultimi dovrebbe essere un po' più numerosa), con una componente di personale esterno, cioè di consulenti, che è piuttosto elevata, a seconda, ovviamente, delle circostanze.

La consulenza esterna è presente addirittura nel 55,56 per cento delle aziende che abbiano indagato fino ad oggi (i relativi dati sono riportati in tabella 5).

Un altro punto interessante, che abbiamo potuto ricavare dalle informazioni, riguarda la formazione sul *budget* del personale che è all'interno delle aziende. Per quanto concerne la formazione sul *budget* (i cui dati sono riportati in tabella 6), l'88,89 per cento delle 36 aziende che hanno dato corso al processo di *budget* sicuramente l'ha avviata e nella maggior parte dei casi si tratta di personale docente misto, in parte interno e in parte esterno all'azienda stessa.

Siamo in presenza, quindi, di un quadro estremamente variegato, complesso, sul quale forse potremo avere risultati più precisi alla fine di questo mese, quando ci perverranno le altre schede che abbiamo inviato alle aziende: già questa mattina ne erano arrivate altre dieci, anche se per la verità si tratta di schede giunte in ritardo perché relative ad aziende che non hanno ancora avviato il processo di *budget* e lo stanno predisponendo per il 1998. Sicuramente, per la metà del mese di aprile avremo dati anche riguardo ai piani pluriennali, perché un altro aspetto molto importante è proprio quest'ultimo, il che ci consentirà di avere anche un quadro più preciso dei rapporti esistenti tra le aziende e la programmazione a livello regionale.

PRESIDENTE. Dottoressa Mastrobuono, la ringrazio per la sua chiarezza.

Sono molto soddisfatto della sua esposizione, soprattutto perché essa ha contribuito a chiarire molte delle problematiche rimaste senza risposta nell'ultima audizione del dottor Verdecchia: è con un certo stupore che devo rilevare questa differenza nell'esposizione dei dati da far acquisire alla Commissione.

Ringraziandola nuovamente, do ora la parola al dottor Di Giacomo, direttore generale dei servizi amministrativi dell'Istituto superiore di sanità.

DI GIACOMO. Signor Presidente, la ringrazio per la fiducia riposta in me e dico subito che probabilmente non potrò aggiungere nulla di utile per voi, perché mi rendo conto ora che il vostro lavoro è già in uno stato molto avanzato, per cui alcune certezze sono già state acquisite e non sono in possesso di dati da proporvi. Posso solo svolgere considerazioni che spero potranno giovarvi: interrompetemi pure se non le riterrete di vostro interesse.

Sono un operatore della sanità che ha avuto la fortuna di stare – per così dire – da tutte e due le parti del tavolo: ho fatto il dirigente della regione, il dirigente dello Stato e l'amministratore, anche straordinario, di tanti ospedali per tantissimi anni, anche delle unità sanitarie locali. Ho quindi seguito il processo di evoluzione della sanità dal 1968 in poi e mi sono sempre chiesto se le ottime leggi varate che hanno risolto tanti problemi promanavano dalla convinzione di risolvere davvero le questioni

in essere o se invece esse erano lo strumento che in quel momento sembrava migliore per risolvere problemi che con quella determinata legge non potevano essere risolti.

Ho notato inoltre che nella sanità, forse per il numero enorme delle risorse impiegate, non siamo mai andati fino in fondo né abbiamo mai potuto riscontrare se le misure da noi adottate in concreto abbiano poi portato a dei risultati: ci siamo sempre fermati a metà e comunque sembra che abbiamo sempre conseguito risultati ottimi.

Mi chiedo, inoltre, se siamo veramente convinti che l'aziendalizzazione rappresenti l'unico sistema capace di risolvere i problemi della sanità: direi di sì, ma per alcuni aspetti particolari. Dico di sì perché essa appare essere l'unico sistema, con il tipo di contabilità introdotta, che riesca a farci capire come si compone una spesa, un prodotto, come è possibile ricavarne vantaggi e come si scompongono – entro certi limiti – questi prodotti e questi vantaggi tenendo conto, però, che si tratta di un'azienda che ha particolarissime peculiarità, in un ambiente che non è raffrontabile con alcuno altro. Infatti, non è l'imprenditore, se posso usare un termine del genere, a scegliere il prodotto o ad anticipare o indirizzare l'utente verso di esso, ma è l'utente che chiede e sceglie sempre il prodotto che vuole.

Però anche qui bisogna fare una distinzione, anzi due. La tutela della salute è cosa ben diversa dall'offerta che si deve presentare al singolo richiedente: secondo me, si pongono su piani completamente diversi. Una cosa è il rispetto del diritto alla tutela della salute, che compete allo Stato, un'altra è il soddisfacimento di determinate richieste di prestazioni sanitarie che, secondo me, è di esclusiva competenza della regione, dopo che lo Stato ha legiferato in linea molto generale.

Personalmente, sono convinto che affinché questo processo possa concludersi positivamente, al di là poi di quali siano le persone competenti sui problemi dell'azienda e quali gli strumenti da adottare, occorra ritoccare qualcosa, prima di tutto nel sistema istituzionale. Lo Stato deve semplicemente emanare delle leggi generali, non molte se possibile, effettuare un rigoroso censimento della spesa, perlomeno in un modo astratto, riuscire effettivamente a stabilire quale sia quella necessaria per il funzionamento della sanità e tentare di distribuire le risorse del fondo alle regioni tenendo conto delle caratteristiche di ciascuna di esse. Forse sto dicendo cose scontate, ma chi ha fatto l'amministratore sa che tra provincia e provincia o nell'ambito della stessa provincia o, addirittura, in quello di una stessa città, come nel caso di Roma, ci sono diversificazioni. Spetta poi alle regioni programmare l'intervento, i presidi, e alle USL attuarlo nella più grande libertà, ricorrendo però a quegli strumenti che l'essere azienda prevede (l'associarsi, il far intervenire il capitale privato, il consorziarsi) e che andavano di moda addirittura vent'anni fa. Ricordo ancora quando ero consigliere di terza classe e la provincia di Roma faceva i consorzi volontari per la lotta contro i tumori, delle forme di associazioni che in effetti producevano, e producono ancora, dei vantaggi. È infatti impensabile che a brevissima distanza, appena oltre una striscia convenzionale, una unità

sanitaria locale disponga, ad esempio, di molti ambulatori ma non abbia il personale sufficiente per farli funzionare mentre quella vicina abbia un solo ambulatorio, sia pure con il personale necessario, ma non possa soddisfare le esigenze dei pazienti.

Si può tentare poi consorziandosi di risolvere anche il problema della formazione del personale, conferendone la responsabilità a determinati centri di imputazione che se ne occupino espressamente.

Sono un mancato direttore generale, ho fatto l'impossibile per diventarlo, ma per fortuna la mia regione, il Lazio, ha ritenuto, al contrario dello Stato, che non ne avessi i titoli. Mi sono rallegrato di tale giudizio, lo dico senza ironia, perchè, pur non essendo assolutamente modesto, mi sono sempre chiesto se sarei in grado di gestire un'azienda dotata di un capitale molto ingente (alcune USL di Roma dispongono di risorse pari a mille miliardi). Ecco perchè si manifesta la necessità che i direttori generali vengano scelti non solo sulla base di criteri politicamente più idonei, ma soprattutto su quella di una preparazione che li renda capaci di amministrare un'azienda da mille miliardi. Inoltre, si deve concedere al direttore generale la possibilità di scegliersi una buona parte dei suoi collaboratori, per evitare il rischio di trovarsi in difficoltà, come è successo a me in una precedente esperienza. Infatti, quando venni nominato commissario straordinario (carica abbandonata nel 1995, al momento della nomina a direttore) della Usl del Centro traumatologico ortopedico (CTO) di Roma, inteso come presidio ospedaliero, non riuscii a capirci nulla. In realtà, non mi facevano capire nulla. Pensate, non riuscivo ad ottenere neanche le informazioni necessarie.

Il problema delle aziende ospedaliere: sono stati emanati tre decreti per le aziende di Roma perchè la legge stabiliva che fossero sufficienti tre grandi specialità. Allora però mi chiedevo, e me lo chiedo ancora oggi, se non dovesse essere ritoccata proprio quell'azienda ospedaliera che doveva avere una rilevanza nazionale e costituire il massimo delle offerte per l'assistenza al cittadino bisognoso di ricovero. È possibile che un'azienda di così grande specializzazione, dove ogni prestazione costa tantissimo, debba continuare ad intervenire su appendiciti o ernie? No, credo si tratti di una disfunzione sfuggita, probabilmente, al legislatore sia nazionale sia regionale. Si afferma che sono sufficienti solo tre specialità e poi si continua a fare tutto ciò che gli altri ospedali (come il San Giacomo o il Santo Spirito i quali, secondo me, avrebbero la possibilità di divenire aziende ospedaliere) fanno.

Un altro aspetto delicato è quello relativo all'università. Ho partecipato a tutte le convenzioni con tale struttura, la quale fa didattica, ricerca e assistenza (quest'ultima complementare alla formazione). L'università ha bisogno di una serie di servizi che spesso la regione si è trovata sul tavolo ma non ha avuto la possibilità, nonostante i tre decreti-legge emanati, di dire che forse le serviva qualcos'altro. Purtroppo questo è un problema che probabilmente trasforma la programmazione.

Vi è poi sia il problema relativo agli indicatori che quello relativo al bilancio, due problemi tecnici che dipendono molto dalle vicende perso-

nali di chi amministra l'azienda. Sto facendo un'elencazione dei problemi che mi vengono in mente, perchè non sapevo esattamente di che cosa dovessi parlare.

DI ORIO. Signor Presidente, il dottor Di Giacomo non ha ricevuto l'ordine del giorno?

PRESIDENTE. Sì, e sapeva che avrebbe dovuto parlare dell'aziendalizzazione.

DI ORIO. Allora non vedo il problema, mi sembra si tratti di un argomento comunque limitato.

DI GIACOMO. È vero, e infatti non me ne sto lamentando.

Vengo alla conclusione. Con questi correttivi il processo di aziendalizzazione potrebbe veramente costituire, secondo me, il giusto rimedio per arrivare non dico alla soluzione di tutti i problemi dell'azienda, ma almeno ad un certo grado di efficienza attualmente sconosciuto.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottor Di Giacomo. Volevamo che portasse la voce di un'esperienza diretta. Ritengo che quanto da lei detto sia stato assolutamente sinergico e complementare a ciò che è stato detto dalla dottoressa Mastrobuono, e che entrambe queste relazioni, benché sintetiche, abbiano offerto un quadro preciso della situazione su cui si svolgerà adesso la discussione.

Do ora la parola ai senatori che intendono porre quesiti ai nostri ospiti.

LAVAGNINI. Signor Presidente, voglio anzitutto ringraziare la dottoressa Mastrobuono per il lavoro svolto e i dati che ci ha offerto nonché per le indagini avviate sul problema dell'aziendalizzazione e il dottor Di Giacomo per le sue riflessioni di ordine organizzativo, strutturale e programmatico.

A mio avviso, il problema dell'aziendalizzazione è un po' come quello del federalismo: si usa un termine cui si attribuisce un significato così superficiale, parziale e limitato che, subito dopo, ci pentiamo di averlo scritto. Infatti, nel decreto legislativo n. 502 del 1992 l'aziendalizzazione è stata affrontata solo sotto il profilo della contabilità, quasi che la gestione di circa 100.000 miliardi, affidati a circa 600 aziende prima e a 312 aziende oggi, sia solo un problema di impostazione della contabilità o di rilevazione dei centri di costo.

Ma non credo che ciò sia sufficiente per dire che abbiamo avviato un processo di aziendalizzazione: un processo di questo genere avrebbe avuto bisogno di un sostegno legislativo di ben altra dimensione e misura. Anzi, per alcuni aspetti auspicherei un'ampia delegificazione, che assicuri snellezza di procedure e di metodi, in modo tale da facilitare l'operatività delle istituzioni sanitarie. Comunque, le norme che occorrerebbe emanare

dovrebbero rimanere sempre nell'ambito di un progetto di correzione, di salvaguardia e di tutela, perché la gestione della salute non è certo paragonabile a quella di un'industria o di un'azienda di servizi genericamente intesa.

Pertanto, vorrei sottolineare tutti gli aspetti che sono stati trascurati e a cui dovremmo porre maggiore attenzione in occasione della discussione per il conferimento al Governo della delega per il riordinamento di questa materia.

Sono a conoscenza dell'esistenza presso l'Agenzia dei servizi sanitari regionali di un nucleo di valutazione, che ha il compito di individuare gli elementi utili dal punto di vista legislativo per avviare un concreto processo di aziendalizzazione. A mio avviso, occorre approfondire soprattutto alcuni aspetti essenziali, per esempio in ordine ai direttori generali. Abbiamo notizie, probabilmente sommarie ma comunque preoccupanti, sul fatto che si riscontra un notevole contenzioso tra le regioni e i direttori generali; inoltre, la normativa sui criteri di selezione e sui metodi di verifica è piuttosto confusa e c'è una sostanziale incertezza nella guida di tali aziende. Secondo me, questi rischi nascono anche quando un direttore generale si sente sottoposto a controlli in misura eccessiva. Da questo punto di vista, ritengo sia preoccupante l'ipotesi di estendere il controllo di verifica sui direttori generali anche ai comuni, come se non bastassero tutti gli altri controlli già stabiliti ma non previsti dalla normativa. Mi riferisco in particolare alla mancanza di una programmazione regionale: mi domando come si possa giudicare l'operato di un direttore generale se non è fissato un parametro di riferimento nell'ambito della programmazione regionale. Infatti, il programma nazionale dà degli indirizzi su temi di carattere generale e poi la regione, attraverso il suo Osservatorio epidemiologico, definisce le esigenze, i programmi e le prospettive; non si può passare direttamente dalla norma nazionale ai direttori generali. Ad esempio, già dal 1993 ripetiamo che devono essere ridotti i posti letto e che va privilegiata la prevenzione a scapito dell'ospedalizzazione: i provvedimenti assunti a tale proposito nell'ambito della normativa nazionale devono trovare collocazione nelle programmazioni regionali, in modo tale che poi sia possibile effettuare una verifica delle varie forme di gestione.

In conclusione, dovremmo avviare una serie di iniziative, magari con il conforto delle esperienze dell'Agenzia, dell'Istituto superiore di sanità e di qualche altra struttura regionale sufficientemente preparata su questo argomento, così, quando la materia sarà esaminata dal Senato, saremo in grado di sapere con certezza se stiamo attuando il processo di aziendalizzazione, oppure se stiamo creando aziende surrogate o gestite direttamente dalla regione.

PAPINI. Signor Presidente, condivido molte considerazioni già svolte, però vorrei ricevere ulteriori chiarimenti e faccio una breve premessa per spiegarmi meglio.

Il concetto di «aziendalizzazione» è un pò confuso, però comunque presuppone che il sistema, non avendo come riferimento esterno un

vero mercato, identifichi gli obiettivi a cui finalizzare la gestione nel suo complesso. È evidente che il processo budgettario – mi riferisco a quanto ha detto la dottoressa Mastrobuono – è un metodo di primaria importanza nell'identificazione degli obiettivi a cui indirizzare le azioni e correlare i costi. Ma un'azienda potrebbe avere una contabilità analitica e non un processo budgettario: questi due aspetti quindi sono fortemente distinti. Ora ai fini dell'aziendalizzazione è veramente importante capire se vi è una qualità, e di quale tipo, nella definizione degli obiettivi budgettari, perché è questa che fa il vero *budget*. Invece, chiedendo – come è stato fatto nel questionario – se le aziende sanitarie hanno avviato un processo di *budget*, si consente di rispondere «sì» sia a chi ha un obiettivo qualitativamente significativo sotto il profilo del risultato di salute del cittadino che si propone, sia a chi ha obiettivi formali o di poca consistenza da questo punto di vista.

Allora, vorrei sapere se disponete di elementi in base ai quali possiamo capire qual è il livello qualitativo degli obiettivi di salute posti dal sistema budgettario nelle singole situazioni. Ritengo che questo aspetto sia molto importante.

In secondo luogo, vorrei ricordare che il Governo ha compiuto uno sforzo per identificare una serie di indicatori di qualità, di efficienza e di risultati (quindi non soltanto di dotazione di risorse), che possono essere considerati più o meno soddisfacenti ma che comunque rappresentano un primo tentativo per individuare gli obiettivi da porre alla base del sistema. Vorrei sapere se vi è una relazione tra questi indicatori (stabiliti con decreto legislativo ma non ancora attuati effettivamente) e la programmazione budgettaria adottata dalle USL. A mio giudizio, si tratta di un punto fondamentale per capire a che stadio è il processo di aziendalizzazione.

DE ANNA. Signor Presidente, innanzi tutto ringrazio la dottoressa Mastrobuono e il dottor Di Giacomo per le loro relazioni, e poi vorrei soffermarmi sul problema dell'aziendalizzazione.

Il concetto di azienda sanitaria è stato introdotto in Italia a metà degli anni '80 da un Ministro liberale che, fra le tante cose fatte male, ne ha fatta una bene: ha capito che non era più possibile gestire la sanità con spese a piè di lista, come accadeva nelle unità sanitarie locali, perché la spesa diventava incontrollata ed incontrollabile. Quindi, è stato introdotto il concetto di azienda sanitaria, per cui le USL dovevano diventare ASL, cioè delle vere e proprie aziende che non gestivano più i soldi pubblici con una spesa non controllabile, ma che dovevano procurarsi i denari mediante delle prestazioni che erano in grado di erogare. Quindi è nata una legge che ha definito quali erano le caratteristiche delle aziende.

Oggi, con la completa aziendalizzazione del sistema sanitario italiano, abbiamo copiato un modello che si rifà al gruppo di riferimento diagnostico, per cui le aziende incassano il denaro in base alle prestazioni ad esso riferite. Questo sistema funziona in un modo completamente liberale. Per esempio, in America c'è un'azienda sanitaria che eroga delle prestazioni, che spesso è a capitale misto o addirittura privato; ma c'è anche

un sistema con cui l'utente, cioè il cittadino, si assicura. Viene quindi a formarsi un triangolo di competenze, per cui il cittadino paga un'assicurazione, la quale si convenziona ad un'azienda e quando il cittadino si rivolge all'assicurazione essa gli indica quali sono le aziende convenzionate presso le quali egli può ottenere le prestazioni: questo triangolo mette in competizione i tre enti perché, se l'azienda non eroga buone prestazioni nei riguardi del cittadino che a lei si rivolge, questi protesta presso la sua assicurazione, la quale poi - a sua volta - fa pressioni sull'azienda minacciando di non convenzionarsi più. Quindi è un sistema in equilibrio, guidato dalla competizione e dalla legge di mercato e funziona.

In Italia siamo appena agli inizi, ma non è difficile prevedere che il sistema non funzionerà, perché l'utente è obbligato ad assicurarsi con un'assicurazione di Stato, che è anche la proprietaria delle aziende, per cui non si determina più un triangolo di competitività, ma il sistema è sulla stessa linea. Basti ricordare che c'è stato un momento in cui il Servizio sanitario nazionale (mi riferisco ai servizi di base), veniva gestito col sistema delle notule; quindi i cittadini, gli utenti si rivolgevano al loro medico e ogni visita, ogni notula del medico veniva compensata. Succedeva che ogni anno le notule aumentavano, i medici facevano anche 300 visite a domicilio (e magari visitavano anche il bambino e la nuora del malato) e il servizio scadeva sempre di più.

Con il sistema del DRG si ritorna un pò in questo ambito, per cui ogni azienda finirà per fornire sempre più prestazioni, magari di basso livello, la spesa diventerà incontrollabile e incontrollata, e alla fine ne soffrirà l'utente.

Per cui, è giusto rivedere i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, ma non concordo sul fatto che il Ministro debba avere una delega particolare. Sono invece d'accordo con quanto ha affermato il collega Lavagnini, e cioè che, quando si ridiscuteranno questi due provvedimenti, bisognerà snellirli. Concordo anche sul fatto che bisognerà introdurre in questi due decreti legislativi la previsione della possibilità di creare, accanto alle aziende di Stato, anche aziende miste e soprattutto bisognerebbe concedere la possibilità ai cittadini di scegliere un'assicurazione anche non di Stato, cioè privata. In questo caso si determinerà quel triangolo competitivo che tiene in equilibrio il sistema; altrimenti, se mettiamo sulla stessa linea un utente che paga un'assicurazione di Stato che è anche proprietaria dell'azienda, l'utente dovrà per forza recarsi in cura presso quella azienda e, qualunque sarà la prestazione che l'azienda sarà in grado di erogare, il cittadino dovrà accettarla o provvedere diversamente per via privata con qualche altra assicurazione.

PRESIDENTE. Ringrazio gli auditi, i quali potranno depositare ulteriori documenti relativi ai quesiti che sono stati loro posti. Il documento fornito dalla dottoressa Mastrobuono sul processo di aziendalizzazione e sui risultati dell'indagine condotta nel 1997 dall'Agenzia dei servizi sanitari regionali sul sistema di programmazione budgettaria nelle aziende sa-

nitare verrà pubblicato in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

In ragione di urgenti impegni parlamentari che ci chiamano a presenziare i lavori in Assemblea, rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta, nel corso della quale potrà essere completata l'esposizione di osservazioni e quesiti da parte degli onorevoli commissari e potranno essere acquisite le risposte dei dirigenti oggi auditi.

I lavori terminano alle ore 15,50.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA

