

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

31° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 12 MAGGIO 1999

—————

**Presidenza del presidente TOMASSINI.**

## INDICE

**Audizione della dottoressa Isabella Mastrobuono, dirigente dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, su tematiche afferenti alla «aziendalizzazione» del Servizio sanitario nazionale**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 7, 9 e <i>passim</i>	MASTROBUONO . . . . .	Pag. 3, 8, 10 e <i>passim</i>
CAMERINI ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	10, 12		
DE ANNA ( <i>Forza Italia</i> ) . . . . .	9		
DI ORIO ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	12		
MONTELEONE ( <i>AN</i> ) . . . . .	13		

*Interviene la dottoressa Isabella Mastrobuono, dirigente della Agenzia per i servizi sanitari regionali.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,35.*

**Audizione della dottoressa Isabella Mastrobuono, dirigente della Agenzia per i servizi sanitari regionali, su tematiche afferenti alla «aziendalizzazione» del Servizio sanitario nazionale**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione della dottoressa Isabella Mastrobuono, dirigente dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, su tematiche afferenti alla «aziendalizzazione» del Servizio sanitario nazionale.

Voglio ricordare a tutti i membri della Commissione che ho ritenuto utile audire la dirigente della Agenzia per i servizi sanitari regionali al fine di conoscere i risultati più aggiornati conseguiti.

Do pertanto la parola alla dottoressa Isabella Mastrobuono.

*MASTROBUONO.* Innanzi tutto rivolgo un saluto al Presidente e a tutti i membri della Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario. Ricordo che questa è la terza volta che parliamo in questa sede del processo di «aziendalizzazione» del Servizio sanitario nazionale e che, quindi, sono stati già riferiti i dati preliminari nel corso delle due precedenti audizioni svolte lo scorso anno.

Faccio presente a tutti i commissari che la legge delega n. 421 del 23 ottobre 1992 ha definito i principi organizzativi delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. Molto brevemente ricordo che le aziende ospedaliere dovevano rispettare dei requisiti ben precisi, in sostanza piuttosto limitati, come la presenza di almeno tre strutture di alta specialità e l'organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità. Inoltre, faccio presente che le regioni potevano costituire in aziende i presidi ospedalieri che operavano in strutture di pertinenza delle università, nonché gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, dotati di dipartimento di emergenza e di norma anche di elisoccorso.

Questi erano i criteri richiesti per definire le aziende ospedaliere, mentre le aziende unità sanitarie locali dovevano in sostanza, secondo la legge, rispondere alla necessità di individuare i criteri uniformi rispondenti ai bisogni di assistenza.

Gli aspetti più interessanti erano quelli legati alle figure del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario; questi ul-

timi dovevano coadiuvare lo stesso direttore generale nelle funzioni di gestione delle aziende. Il compito fondamentale del direttore generale, in conformità a quanto stabilito dalla legge, era quello di verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. In particolare, l'articolo 5 del decreto legislativo n. 502 del 1992 aveva posto l'accento sull'importanza di dare l'avvio anche ad una serie di ulteriori compiti, quali la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale; l'adozione del bilancio pluriennale di previsione, nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo (questo è un aspetto molto importante, perché successivamente potremo rilevare dai dati che, in realtà, la maggior parte delle aziende sanitarie del paese non ha elaborato piani pluriennali di attività) e la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo.

Inoltre, per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari regionali di compiere valutazioni e rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, il decreto legislativo n. 502 del 1992 ha previsto un apposito decreto interministeriale da emanarsi di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità. Lo schema è stato predisposto, con decreto ministeriale, il 20 ottobre 1994 ed è entrato in vigore nel 1995; successivamente tale schema è stato esteso agli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) con decreto del 3 agosto 1997, che è entrato in vigore soltanto nel febbraio del 1998. L'Agenzia ha operato in conformità a queste indicazioni, e nel 1997 ha condotto un'indagine in relazione allo stato di «aziendalizzazione» nelle aziende del paese. Ha esaminato, cioè, quante aziende avevano avviato il processo di *budget*, inteso come tutto l'insieme degli elementi che consentono di definire azienda una struttura e quindi, in poche parole, l'insieme di tutti i compiti che essa deve svolgere, quali la definizione della programmazione pluriennale e di quella annuale, la definizione degli obiettivi e la verifica dei risultati, che permettono di affermare che la struttura si comporta effettivamente come un'azienda.

Nel 1998, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali ha avviato, insieme al «Cergas-Bocconi», sulla base di una convenzione stipulata a tale proposito, una indagine sullo stato di sviluppo del sistema di programmazione budgetario nelle aziende nel 1997; l'Agenzia ha inviato un questionario a tutte le aziende del paese, e precisamente a 311 aziende sanitarie e a 85 aziende ospedaliere. A questo punto, però, bisogna prestare attenzione, perché già nel 1998 si è assistito ad un cambiamento: le aziende unità sanitarie locali sono diventate 196, mentre le aziende ospedaliere sono arrivate a 96.

Dall'esame delle tabelle contenute nella relazione che ho consegnato alla Presidenza della Commissione, si rileva alla tabella 1 che, su 311 aziende sanitarie, hanno risposto al questionario solo 153, pari al 49,2 per cento del totale delle aziende sanitarie del paese; di queste, 112 sono unità sanitarie locali e 41 aziende ospedaliere. Per quanto riguarda la loro dislocazione geografica, possiamo osservare che le aziende del

Nord sono quelle che hanno risposto al questionario in numero maggiore rispetto a quelle del Centro, del Sud e in particolare delle isole. Se poi consideriamo il fatto che il questionario era molto dettagliato e richiedeva anche la documentazione da allegare, si può affermare che hanno risposto le aziende che avevano veramente avviato il processo di *budget* (è molto probabile che in realtà non siano 85 ma circa 95 le aziende che hanno avviato tale processo).

Se poi esaminiamo la tabella 2, relativa alle risposte ottenute per regione-provincia autonoma, possiamo innanzi tutto rilevare che hanno risposto al questionario 41 aziende ospedaliere, e si tratta in prevalenza di quelle del Piemonte, mentre in sostanza – ad eccezione dell'Emilia Romagna – molte regioni non hanno proprio risposto. Le risposte sono arrivate in maniera più solerte dalle aziende unità sanitarie locali, che sono quelle che mi sembrano maggiormente predisposte ad avviare il processo di *budget* rispetto alle aziende ospedaliere.

Nella tabella 3, relativa alla sintesi della diffusione del sistema di *budget* nelle aziende sanitarie italiane, si rileva una notevole differenza tra il Nord, il Centro, il Sud e le isole del paese: contro le 53 aziende sanitarie del Nord che hanno avviato il processo di *budget* nel 1997, ve ne sono soltanto 11 nel Sud e nelle isole, ciò dimostra quanto sia davvero spiccato il divario.

A questo punto dovete considerare un altro aspetto interessante dell'indagine: il processo di *budget* è stato avviato dalla stragrande maggioranza delle aziende, per la prima volta, nel 1997; sono pochissime le regioni (Friuli-Venezia Giulia, Veneto ed Emilia Romagna) che hanno avviato, invece, il processo di *budget* in più edizioni. Se esaminate la tabella 4, relativa allo stato di attuazione del *budget* nell'esercizio 1997, potete infatti osservare che sono poche le aziende che hanno dato luogo alla seconda e alla terza edizione rispetto alla maggior parte di quelle che hanno risposto.

Nella tabella 5, nella quale sono riportati i dati relativi all'anzianità del sistema di *budget*, sotto la voce «seconda edizione», compare anche l'Emilia Romagna (con ben 4 USL alla seconda edizione e 2 alla terza), mentre nella maggioranza delle altre regioni e province autonome si è avuta la prima edizione nel 1997.

La tabella 6 riporta i dati relativi alla programmazione annuale e pluriennale. Abbiamo infatti domandato alle aziende intervistate come avessero avviato il processo di *budget*, se fossero stati prefissati gli obiettivi e in caso affermativo se i progetti fossero pluriennali o annuali; alle aziende che hanno risposto di avere comunque un progetto abbiamo richiesto anche di allegare la relativa documentazione.

In tal modo abbiamo scoperto che alcune aziende hanno programmato o stanno predisponendo obiettivi pluriennali, ma senza programmazione annuale, oppure, viceversa, con una programmazione annuale, ma senza programmazione pluriennale. In alcuni casi molto singolari, invece, il processo di *budget* si è avuto senza alcun tipo di programmazione, né annuale né pluriennale. Ciò significa che nella stragrande maggioranza

dei casi le aziende hanno avviato il processo di *budget*, la definizione degli obiettivi dell'azienda ed il loro perseguimento al di fuori di una qualsiasi programmazione.

L'aspetto forse più interessante è la completa frattura – se così vogliamo definirla – tra le aziende e la programmazione regionale: solo in pochissimi casi le regioni hanno prodotto linee guida o hanno identificato per le aziende sanitarie degli obiettivi che potessero essere da queste perseguiti e pertanto evidenziati all'interno dei programmi annuali e pluriennali.

Come mostrano i dati contenuti nella tabella 7, sono poche le aziende che hanno formalizzato il processo di *budget*, oppure che hanno prodotto un consolidato aziendale, ossia un documento completo sul processo di aziendalizzazione che hanno poi consegnato, o fatto conoscere, alle regioni.

Nella tabella 9 sono riportati i dati sulle aziende che hanno inviato il proprio *budget* alla regione: risulta evidente che nella maggioranza dei casi ciò è avvenuto su iniziativa dell'azienda stessa, che autonomamente ha inviato il proprio processo di *budget* ed ha comunicato i risultati raggiunti alla regione, in assenza di linee guida o di una legislazione che in qualche modo lo imponesse.

Nel corso della ricerca abbiamo indagato anche su altri aspetti, come la presenza di nuclei di valutazione e la formazione del personale; per quanto riguarda in particolare la formazione del personale abbiamo potuto constatare che, per esempio, è assai scarsa la presenza di medici nell'ambito dei nuclei di valutazione o dei servizi di controllo di gestione, mentre è preponderante la presenza di personale esterno alle aziende, che viene ricompreso all'interno di queste strutture.

Un ulteriore aspetto che può essere interessante in relazione al tema dell'aziendalizzazione riguarda i contenuti dei programmi annuali e pluriennali che spesso sono molto poco ben definiti e gli obiettivi non sono chiari; non di rado semplicemente vengono ripresi alcuni punti dalla legislazione tanto nazionale quanto regionale.

Sarà interessante constatare quanto emergerà da un'altra ricerca che avete avviato nell'ambito di questa Commissione d'inchiesta, riguardante la definizione degli obiettivi che le regioni hanno assegnato ai direttori generali, poiché il nuovo schema di decreto legislativo, in alcuni punti, è molto chiaro su questo aspetto e sottolinea la necessità che la regione identifichi chiaramente gli obiettivi che devono essere affidati ai direttori generali e le modalità con le quali questi devono essere valutati, anche al fine della revoca del loro mandato.

Richiamo inoltre la vostra attenzione sulla tabella 23, relativa alla presenza di temi innovativi e rilevanti nei documenti di programmazione annuale. Abbiamo verificato quali temi considerati innovativi emergessero dai documenti di programmazione annuale prodotti dalle aziende sia unità sanitarie locali che ospedaliere ed abbiamo posto attenzione in particolare ad alcuni aspetti, quali la libera professione, i dipartimenti, la qualità del

servizio, la *day surgery* e la contabilità generale, per constatare quante aziende, in realtà, avessero affrontato questi temi di cui si discute tanto.

È emerso che la libera professione è molto più avviata nell'ambito delle aziende unità sanitarie locali piuttosto che in quello delle aziende ospedaliere e che, per quanto concerne l'informatizzazione, le aziende unità sanitarie locali sono più informatizzate, o comunque hanno una serie di processi di questo tipo più sviluppati rispetto alle aziende ospedaliere.

Anche le attività di *day surgery*, stranamente, sono più sviluppate nelle aziende unità sanitarie locali, piuttosto che nelle aziende ospedaliere; sembra quasi una contraddizione se si pensa che, invece, negli altri paesi quelle che sono definite aziende ospedaliere (che, ad esempio, in Inghilterra sono i presidi in cui si realizzano più di 12.000 interventi chirurgici l'anno) sono proprio le strutture nelle quali vengono create le unità dedicate alla *day surgery*.

La contabilità generale e le modalità con cui questa viene attivata sembrano, poi, interessare molto più le aziende unità sanitarie locali piuttosto che le aziende ospedaliere.

Spero di avervi fornito un quadro – seppur generale – della situazione, come emerge alla luce dei dati riferiti all'anno 1997; non sappiamo quale sia l'andamento per il 1998, né quello che si potrà rilevare nel futuro anche perché stanno cambiando i parametri con i quali verranno qualificate le aziende, in particolare quelle ospedaliere.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Mastrobuono per l'aggiornamento che ci ha fornito e per il documento che ha messo a disposizione della Commissione, che costituisce senz'altro un elemento prezioso nell'ambito dell'indagine che stiamo svolgendo.

Sulla base di quanto ha descritto la dottoressa Mastrobuono (che è in linea con le notizie inizialmente forniteci dal Ministero della sanità su questo tema), ritengo che purtroppo non vi sia stato un miglioramento, in ogni caso i dati illustrati descrivono meglio, con più profondità e chiarezza, lo stato della situazione.

Vorrei sapere se è già stata compiuta una valutazione in merito a quali aziende verranno identificate come tali a seguito dell'entrata in vigore del decreto di razionalizzazione, in quanto la nuova normativa inciderà sia sui requisiti, che non saranno più quelli in relazione ai quali sono state fondate le prime aziende, sia sui modelli, poiché si prevedono modelli di identificazione diversi rispetto a quelli usati nella ricerca, che mi pare di aver capito siano stati aziende ospedaliere e aziende unità sanitarie locali, cui peraltro – come la stessa dottoressa Mastrobuono ci ha detto e abbiamo avuto modo di verificare – nell'ambito delle legislazioni regionali, ancorché incomplete, viene ricondotta una vasta gamma di istituzioni.

Desidero infine sapere se sia stata realizzata una simulazione del quadro che si determinerà con il nuovo sistema in materia di funzionamento della gestione amministrativa delle aziende e quali siano esattamente i modelli proposti in tale sistema.

*MASTROBUONO.* Signor Presidente, una parte del documento conclusivo della nostra ricerca è riservata alla descrizione della normativa al fine di illustrare quale sia l'origine giuridica del processo di aziendalizzazione; in tale parte si fa riferimento anche all'assetto futuro, così come delineato dallo schema di decreto legislativo predisposto a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

Tutto sta sostanzialmente cambiando, perché i requisiti che sono richiesti alle aziende, soprattutto a quelle ospedaliere, per essere identificate come tali mutano e diventano sicuramente più numerosi.

Innanzitutto si richiede l'organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura. Dai dati relativi al 1997 risulta con chiarezza che la struttura dipartimentale non è ancora diffusa e che non tutte le aziende ospedaliere sono organizzate in dipartimenti, il che ha un grande significato ed una rilevante importanza: basti pensare che considerare come centro di costo un dipartimento è cosa ben diversa dal considerare tale l'unità operativa che ne dovrebbe far parte; cambia pertanto un po' tutta la filosofia del progetto di *budget*.

Oltre al requisito dell'organizzazione dipartimentale, sono richieste la disponibilità di un sistema di contabilità economico-patrimoniale e di una contabilità per centri di costo, la presenza di almeno tre unità operative di alta specialità e la presenza del dipartimento di emergenza di secondo livello. A tal proposito proprio i risultati di un'indagine della Commissione che tra non molto saranno presentati dimostrano che i dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione, soprattutto quelli di secondo livello, non sono ancora molto diffusi a livello nazionale e che la situazione è pressoché uniforme su tutto il territorio, non riscontrandosi differenze nelle regioni del Nord, del Centro e del Sud.

Inoltre, gli altri requisiti richiesti sono il ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, la percentuale delle attività di ricovero ordinario per pazienti residenti in regioni diverse superiore di almeno il 20 per cento rispetto al valore medio regionale, l'indice di complessità sempre della casistica dei pazienti in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore almeno al 20 per cento del valore medio regionale e infine la disponibilità di un patrimonio immobiliare adeguato per consentire lo svolgimento delle attività di tutela della salute. Si tratta quindi di tanti requisiti in più rispetto a quelli precedentemente richiesti ed è difficile, sulla base di questi, poter immaginare un modello in quanto in futuro il numero delle strutture che potranno essere definite aziende ospedaliere si potrebbe ridurre sostanzialmente. È difficile infatti trovare oggi un'azienda ospedaliera che risponda a tali requisiti anche se, in effetti, nel decreto attuativo della legge delega si parla di un arco di tempo di tre anni per l'adeguamento. Ma, a mio avviso, l'aspetto più importante riguarda il fatto che il citato decreto stabilisce che le unità sanitarie locali sono aziende con personalità giuridica pubblica e «autonomia imprenditoriale». Posso dire con certezza, avendo partecipato al primo gruppo di lavoro sull'aziendalizzazione istituito con decreto ministeriale del 10 febbraio 1995 presso il Ministero



della sanità, che è molto difficile individuare le caratteristiche di un'azienda quando quest'ultima è di diritto pubblico. È difficile definire i confini di alcune attività, quello che si può e non si può fare all'interno di un'azienda. È, ripeto, molto difficile e ritengo che il concetto di «autonomia imprenditoriale» dovrà essere assolutamente chiarito al fine di comprendere come possa svilupparsi realmente un processo di aziendalizzazione in questo senso.

PRESIDENTE. La ringrazio dottoressa Mastrobuono per l'esauriente esposizione.

Do ora la parola ai senatori che intendono chiedere chiarimenti.

DE ANNA. Sempre con riferimento al tema dell'aziendalizzazione, vorrei rivolgere alla dottoressa Mastrobuono alcune domande.

Attualmente le regioni stabiliscono degli obiettivi da raggiungere da parte dei direttori generali e, alla fine del periodo relativo al contratto oppure a metà, è previsto che si svolga una verifica e che il direttore possa già essere messo in crisi o sfiduciato proprio in base al raggiungimento o meno di questi obiettivi, sempre nel rispetto dei *budget* assegnati; egli alla fine verrà quindi confermato o rimosso.

Ora, il decreto attuativo della legge delega, così come approvato dal Consiglio dei ministri, introduce altri soggetti come comuni e provincie nella gestione delle aziende, siano esse unità sanitarie locali che ospedaliere che policlinici universitari (di aziende ospedaliere vere e proprie ne resteranno pochissime, si parla di non più di 300).

Visto che tutti i poteri di gestione delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere sono attualmente demandati al direttore generale, che possiede quindi sufficienti margini di manovra, mi chiedo se introducendo sempre più vincoli e sempre più referenti ai quali i *manager* delle aziende dovranno rispondere non si finisca con l'introdurre ostacoli nel processo di aziendalizzazione del sistema sanitario nazionale (che ancora, a mio avviso, non si è concluso su tutto il territorio italiano) che impediranno ai *manager* delle aziende di agire autonomamente. Infatti il *manager* sarà condizionato dalla regione, dal comune e dalla provincia oltre che da un *budget* da rispettare, per cui alla fine credo che saranno proprio gli ammalati ad essere penalizzati da questa situazione. Sono proprio questi ultimi che mi preoccupano, perchè spesso, nel contesto sociale italiano, sono penalizzati i soggetti più indigenti. Ritengo quindi che l'«aziendalizzazione» con troppe competenze penalizzerà le fasce più deboli e alla fine creerà un sistema già visto in altre parti del mondo. Il sistema sanitario invece dovrebbe provvedere a fare in modo che anche i meno abbienti possano ricevere tutta l'assistenza di cui hanno bisogno o quanto meno un'assistenza decorosa, per risolvere qualsiasi problema di salute.

Abbiamo già potuto constatare le conseguenze derivanti da situazioni di questo tipo: consigli di amministrazione che hanno provocato solo debiti perchè la gestione non era più basata sulle competenze professionali, ma esclusivamente sulle competenze politiche, con alcuni dipendenti di un

determinato partito e alcuni di un altro, per cui i consigli di amministrazione sono diventati dei carrozzoni per sistemare persone che poi, in pratica, dovevano essere mantenute dallo Stato, con la conseguenza che queste aziende hanno finito con l'accumulare debiti che lo Stato ha dovuto pagare.

*MASTROBUONO.* La ringrazio, senatore De Anna, per i quesiti posti.

Credo che nel decreto delegato si sia sicuramente cercato di rispondere alla necessità di dare maggiore autonomia al direttore generale, e infatti si esprime chiaramente la possibilità per quest'ultimo di agire mediante atti di diritto privato, e questo lo ritengo già un aspetto positivo. Certo bisogna capire in che modo questi atti si introducono nel più ampio processo di aziendalizzazione. L'obbligo di nominare il direttore generale entro il termine perentorio di 60 giorni dalla data di vacanza dell'ufficio, quello di produrre un certificato di frequenza di un corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, che rappresenta quindi una richiesta di maggiori competenze ai direttori generali, come anche la richiesta di maggiore partecipazione del direttore sanitario ed amministrativo, nonché del direttore socio-sanitario alla direzione strategica dell'azienda, costituiscono a mio avviso innovazioni positive con riferimento all'intero processo di aziendalizzazione. Però occorre chiarire un aspetto fondamentale: come esse si inseriscono nel contesto di strutture pubbliche all'interno delle quali esistono sicuramente vincoli non indifferenti; ci troviamo infatti nell'ambito della pubblica amministrazione per cui non basta soltanto dedicare maggiore attenzione ai direttori generali.

Molto importante – a mio avviso – è andare a vedere in che modo il ruolo del consiglio dei sanitari viene modificato con il citato decreto legislativo. Il decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 prevedeva che detto consiglio fosse un organismo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria presieduto non dal direttore generale, bensì dal direttore sanitario; ora invece è previsto che sia presieduto dal direttore generale, il quale però è comunque coadiuvato da un collegio di direzione strategica che si assume anche la responsabilità degli atti.

Credo che occorra valutare cosa potrà derivare da tutti questi cambiamenti; se si tratta soltanto di scrivere atti di diritto privato, probabilmente ha poco significato; dovrà invece essere reso più esplicito il concetto di azienda e bisognerà apportare alcune semplificazioni dal punto di vista normativo poiché non è sufficiente il decreto legislativo per chiarire queste problematiche. È difficile comunque prevedere quello che succederà.

*CAMERINI.* Innanzi tutto mi scuso con il Presidente e con la nostra gentile ospite per il ritardo, causato dalla necessità di essere presente in un'altra Commissione.

In questo mio intervento vorrei rivolgere tre domande alla dottoressa Mastrobuono.

Per quanto riguarda la prima domanda, vorrei sapere se nelle aziende ospedaliere ci sono anche complessi convenzionati regione-università e la possibilità di dipartimenti misti i quali, in base alle mie conoscenze, hanno incontrato notevoli difficoltà nell'esercizio della loro attività e nella capacità di essere effettivamente operativi. Vorrei sapere, dottoressa Mastrobuono, se lei è in possesso dei dati su questi dipartimenti misti, se sa in quali luoghi sono stati attivati e qual è il loro funzionamento.

Lei ha fatto cenno, nel corso della sua esposizione, al decreto legislativo su cui – lo ricordo – in questi giorni stiamo esprimendo i pareri in Commissione igiene e sanità. Ha parlato delle aziende ospedaliere e di tutta una serie di caratteristiche che tali aziende dovrebbero avere. Dai dati in suo possesso, poichè tutti i vincoli previsti sono assai stringenti, vorrei sapere se ritiene che in Italia un certo numero di aziende ospedaliere attualmente operanti riuscirà a raggiungere tutti i parametri da lei elencati.

Infine, devo dire che nel luogo dove vivo già esistono, in una limitata sfera territoriale, un'azienda territoriale, un'azienda IRCCS e un complesso convenzionato; guardando al futuro, si è ipotizzato il concetto di azienda speciale. Vorrei avere da lei qualche ulteriore dato su tale concetto.

*MASTROBUONO.* Per quanto riguarda la prima domanda, le posso già rispondere, senatore Camerini, che insieme al questionario abbiamo richiesto dei documenti relativi ad alcuni aspetti particolari, tra i quali l'organizzazione dipartimentale delle strutture. Ci sono stati inviati dei documenti, ma nessuno dei dipartimenti che abbiamo studiato e visitato è misto. Pertanto, dalla ricerca effettuata non ho elementi che possano essere utili in questo senso.

In merito ai requisiti delle aziende ospedaliere richiesti nello schema di decreto, posso dirle che certamente sono molti e comunque più numerosi di quelli previsti nei precedenti decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993 (li ho elencati nel corso della mia esposizione). Per quanto riguarda due aspetti in particolare, nutro delle perplessità. Il primo concerne lo stato di dipartimentalizzazione: di dipartimento si è spesso parlato nelle normative, ma a tutt'oggi l'unico documento che in sostanza è stato recepito anche dalle regioni e che in qualche modo ha introdotto alcuni concetti relativi al dipartimento è vecchio ed è stato prodotto nel 1996 dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Il secondo aspetto riguarda la presenza del DEA di secondo livello. Lo stesso Ministero della sanità nei suoi dati relativi al 1996, presentati l'anno scorso proprio in questa Commissione di inchiesta, evidenziava la carenza di dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione sia di primo che di secondo livello. Pertanto, di fatto, non è ancora avvenuta la completa realizzazione di quanto previsto nell'atto di intesa dell'aprile del 1996 sull'emergenza-urgenza nel nostro paese; la ristrutturazione della rete deve essere completata entro dicembre 1999. Speriamo che per quella data siano più numerosi i DEA, soprattutto quelli di secondo livello, che

debbono essere creati all'interno delle aziende ospedaliere. In ogni caso, ciò potrebbe significare che è stata completata tutta la rete ospedaliera, perché l'emergenza-urgenza rappresenta lo scheletro sul quale la ristrutturazione deve essere completata.

Per quanto riguarda la domanda sul concetto di azienda speciale, sinceramente non so rispondere. Francamente non riesco a capire a cosa si riferisca l'aggettivo «speciale».

CAMERINI. Credo si riferisca a quello che è detto nella delega riguardante i rapporti regione, istituto sanitario nazionale e università, che fa riferimento a nuovi modelli gestionali.

MASTROBUONO. Torno purtroppo a ripetere che, anche da un punto di vista giuridico, non riesco francamente a comprendere cosa voglia dire azienda speciale, come lo stesso concetto di autonomia imprenditoriale dell'azienda.

DI ORIO. Vorrei brevemente riflettere sulla metodologia con la quale sono state avanzate le richieste di informazioni alle aziende sanitarie ed ospedaliere.

È stato predisposto un questionario, che è stato trasmesso a 311 aziende, e si è registrata una mortalità del campione di risposte di oltre il 50 per cento. Chiaramente, dovendo essere un questionario diffusivo, è stato predisposto in modo regolare perché non poteva essere diversamente. A mio giudizio – ricordo poi che la distribuzione delle risposte in tutto il paese è anche squilibrata – dal punto di vista della correttezza dell'impostazione generale, poteva essere intrapresa una diversa strada di approfondimento. Dico questo perché, per altre vicende, abbiamo già riscontrato la necessità di approfondire delle informazioni, perché ci siamo resi conto che gli strumenti conoscitivi richiesti spesso non corrispondono alle nostre effettive esigenze. Allora, dal momento che alla Commissione interessano elementi di conoscenza più approfonditi in merito al processo di «aziendalizzazione», mi domando se non sia possibile in qualche modo ampliare la sfera conoscitiva dello strumento messo a disposizione e, quindi, il questionario, riducendo la base di riferimento.

Vorrei poi sapere se solo lei, dottoressa Mastrobuono, si è occupata dell'indagine.

MASTROBUONO. L'indagine è stata condotta dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali e dal «Cergas-Bocconi». Io ho coordinato i lavori.

DI ORIO. A mio giudizio, si tratta di un tipico caso in cui si possono ottenere informazioni tramite *cluster*; si potrebbe dare luogo ad una serie di *cluster* omogenei, riducendo il numero delle aziende da considerare e approfondendone alcune, piuttosto che riflettere su una richiesta di informazione – lo dico con molta semplicità – di fatto inficiata da oltre il 50

per cento di mancata risposta, con una distribuzione eterogenea nel paese, anzi squilibrata.

Forse è il caso – probabilmente la fase cui ci riferiamo non è esaustiva – di condurre un'indagine su alcuni *cluster*, perfezionando quindi lo strumento conoscitivo.

Bisogna riconoscere che le richieste testé avanzate dal collega Camerini potrebbero essere moltiplicate all'infinito, perché è chiaro che il processo conoscitivo è molto più ampio di quanto è stato esposto in questa sede; mi rendo conto, comunque, che tutto dipende dal fatto che si è scelto di fare riferimento a tutte le aziende sanitarie e ospedaliere

Ho sottolineato un'esigenza sostanzialmente metodologica, perché non riscontro nulla che non corrisponda allo strumento che abbiamo messo in campo, ma se dovessimo lavorare in maniera approfondita al tema in questione, forse per noi sarebbe più interessante selezionare le aziende tramite *cluster* omogenei; ci servirebbero, inoltre, strumenti conoscitivi infinitamente più dettagliati dell'indagine che ci è stata illustrata, che in qualche modo procedano nel merito con maggiore approfondimento.

*MASTROBUONO.* Signor Presidente, quanto ho riferito alla Commissione rappresenta soltanto una sintesi del lavoro che abbiamo compiuto e che è stato integralmente pubblicato sulla rivista per i servizi sanitari.

La nostra ricerca è stata decisamente molto dettagliata rispetto ad alcuni aspetti del processo di aziendalizzazione: siamo arrivati perfino ad analizzare le singole schede di *report* per ciascun centro di costo e di responsabilità, individuando le aziende con il maggior numero di informazioni.

Quanto il senatore Di Orio ha appena proposto coincide effettivamente con una nostra idea: una volta conosciuto o meglio – se mi è consentito il termine – «sgrossato» il panorama nazionale, pensavamo di individuare un certo numero di aziende delle quali studiare più in dettaglio i singoli processi, al fine di trarne le informazioni necessarie per individuare un modello da sperimentare a livello nazionale.

Quanto il senatore Di Orio ha detto costituisce la seconda parte del lavoro che ci eravamo prefissi di svolgere, perché sicuramente rappresenta la condizione vincente.

*MONTELEONE.* Dottoressa Mastrobuono, sono certo che il vostro lavoro proseguirà ancora, anche solo perché, come lei stessa ha riferito, i dati che ci ha riportato sono del 1997.

Dopo una fase di impostazione preliminare occorrerà entrare nel dettaglio del fenomeno, anche al fine di fornire dati a questa Commissione di inchiesta di cui proprio oggi abbiamo deciso la proroga dei lavori.

Ritengo che la ricerca oggi illustrata debba essere continuata e sono certo che nella seconda parte fornirà dati più dettagliati e valutazioni di merito ancora più approfondite, che è ciò di cui la Commissione necessita.

PRESIDENTE. I dati oggi discussi rafforzano in me una preoccupazione: come ha segnalato il senatore Di Orio, ci accingiamo ad inserire su modelli già difformi un ulteriore modello. Questa è la mia perplessità, ma d'altronde questi sono gli eventi che ci attendono.

Poiché nessun altro domanda di parlare, ringrazio la dottoressa Mastrobuono per le preziose informazioni che ci ha fornito e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dei lavori ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,05.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

*Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici*

DOTT. GIANCARLO STAFFA



