

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

39° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 29 MARZO 2000

—————

Presidenza del presidente PIANETTA

INDICE

Audizione del dottor Giovanni Bollecchino, direttore del dipartimento di prevenzione dell'azienda unità sanitaria locale RM/C della regione Lazio

PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 11	* BOLLECCHINO	Pag. 3, 8, 9
CAMERINI (<i>Dem. Sin. - l'Ulivo</i>)	7		
DI ORIO (<i>Dem. Sin. - l'Ulivo</i>)	7, 8		
TIRELLI (<i>Lega Forza Nord Padania</i>)	8		

Interviene il dottor Giovanni Bollecchino, direttore del dipartimento di prevenzione dell'azienda unità sanitaria locale RM/C della regione Lazio.

I lavori hanno inizio alle ore 8,55.

Audizione del dottor Giovanni Bollecchino, direttore del dipartimento di prevenzione dell'azienda unità sanitaria locale RM/C della regione Lazio, nell'ambito del settore di indagine sui dipartimenti di prevenzione

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del dottor Giovanni Bollecchino, direttore del dipartimento di prevenzione dell'azienda unità sanitaria locale RM/C della regione Lazio, nell'ambito del settore di indagine sui dipartimenti di prevenzione.

Ricordo che per l'odierna seduta sono state disposte, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, del Regolamento interno della Commissione, la redazione e la pubblicazione del resoconto stenografico.

Do ora la parola al dottor Bollecchino, che ringrazio per avere accolto il nostro invito.

BOLLECCHINO. Signor Presidente, nel corso di questa audizione non intendo analizzare i problemi del dipartimento sotto il profilo dei rapporti esterni perchè già trattati nel corso dei precedenti incontri tenuti dalla Commissione con altri rappresentanti del comparto sanitario, i quali hanno concentrato l'attenzione sui rapporti dei dipartimenti di prevenzione con il settore dell'ambiente, e in particolare con l'ARPA, e sulle modifiche delle relazioni con i cittadini e con le istituzioni che incidono sull'aspetto organizzativo dei dipartimenti di prevenzione. Mi soffermerò invece sui problemi che incidono sul funzionamento interno dei dipartimenti dove si riscontrano alcune difficoltà nel seguire i vari percorsi assegnati dalla norma.

Nella nota che consegnerò agli atti della Commissione ho fatto riferimento ad alcuni aspetti, in particolare ai ripetuti avvicendamenti degli organi di direzione aziendale che hanno avuto luogo all'interno della regione Lazio; nel caso specifico, nell'azienda unità sanitaria locale RM/C si sono verificati tre cambi di direzione generale.

Molti sono stati i direttori amministrativi e sanitari che si sono avvicendati nelle aziende unità sanitarie locali della regione Lazio e tali avvicendamenti in tempi brevi determinano continui cambiamenti di strategia nei processi di organizzazione dell'azienda. Il dipartimento, quindi, orientato al processo di integrazione, soffre di questi ripetuti mutamenti cui deve continuamente rapportarsi e adeguarsi.

Inoltre, esiste anche una difficoltà di carattere culturale nelle aziende USL in quanto i servizi amministrativi e contabili tendono ad assumere ruoli autopromozionali non riconoscendo pienamente l'azione strategica del dipartimento di prevenzione e dei suoi servizi e non rapportandosi alle sue necessità economico-finanziarie e di supporto gestionale.

Sul processo incide anche l'incompleto avvio del sistema premiante – argomento più volte posto all'attenzione delle ASL – che non funziona in maniera mirata in quanto non è orientato a differenziare e a valorizzare la produttività dei singoli o dei gruppi, ma induce ad applicare il solito meccanismo «a pioggia» che non premia i soggetti più attivi sotto il profilo dell'azione in generale e dell'integrazione con l'attività dipartimentale in particolare.

Anche l'azienda unità sanitaria locale RM/C deve affrontare il problema del *budget*, comune a tutte le aziende del Lazio. L'attribuzione economica al dipartimento di prevenzione si aggira intorno al 2-2,5 per cento del fondo finanziabile netto aziendale, a fronte del 5 per cento previsto dalla norma. Tale quota di fatto corrisponde ai costi per il personale, per i beni e i servizi e viene assegnata, di fatto, «a consuntivo» sulla base dei costi sostenuti.

Il sistema budgetario vero e proprio non è ancora stato avviato perchè il dipartimento di prevenzione non riesce ad ottenere l'assegnazione di un *budget* su cui orientare i programmi e fissare gli obiettivi e in base al quale verificare il rapporto costo-benefici nell'azione sanitaria, aspetto che non ha permesso l'aziendalizzazione dei dipartimenti stessi. L'assegnazione del *budget* consentirebbe di operare con maggiore efficienza in modo tale da fornire prestazioni al più basso costo possibile e potrebbe favorire i processi di integrazione dei servizi all'interno del dipartimento; infatti, il limite budgetario induce gli operatori a giustificare l'utilizzo delle risorse e in questo modo l'attività che deve essere svolta in comune, sulla base di risorse comuni, avrà un costo minimo. In questo modo i processi di integrazione, che autonomamente non avrebbero luogo, verrebbero incentivati.

Inoltre, tutte le direzioni dei dipartimenti necessitano di unità di supporto di tipo amministrativo-contabile e, in particolare, epidemiologico; tali organismi dovrebbero avere una struttura molto leggera che impieghi quattro o cinque persone dotate di conoscenze nel settore economico-finanziario e amministrativo-contabile. Inoltre, fondamentale è anche l'aspetto epidemiologico perchè permette di orientare l'azione di prevenzione della ASL correlandola alle necessità epidemiologiche territoriali e agli altri organismi regionali quale, ad esempio, l'osservatorio epidemiologico. Il dipartimento, quindi, potrebbe essere dotato di un piccolo nucleo, formato anche da un solo medico con una spiccata esperienza e professionalità nel campo dell'epidemiologia, che sarebbe di vitale importanza nella direzione dei dipartimenti.

Un altro aspetto che paradossalmente crea difficoltà all'integrazione e quindi all'azione dei dipartimenti è il fatto che permane una difformità di afflusso delle risorse necessarie ai servizi del dipartimento. Questo pro-

duce effetti particolarmente negativi all'interno del dipartimento perchè alcuni servizi hanno una grande disponibilità di risorse e altri sono dotati di risorse assai esigue.

La regione Lazio ha creato le condizioni perchè i servizi del dipartimento potessero funzionare. Con l'ultima legge finanziaria regionale sono state individuate specifiche risorse finanziarie da destinare a livello territoriale; in base a determinati algoritmi, sono state fissate specifiche piante organiche dei servizi SPRESAL, che si occupano di igiene del lavoro all'interno del dipartimento, e sono state rese disponibili risorse finalizzate all'assegnazione di autoveicoli, attrezzature e supporti informatici alle varie strutture degli stessi servizi. Questo però produce effetti paradossali perchè un servizio dotato di giuste risorse non riesce ad utilizzarle al meglio perchè incontra notevoli difficoltà ad integrarsi con gli altri servizi meno dotati finanziariamente. In questo modo l'attività di prevenzione è ostacolata nel processo di integrazione. L'effetto paradossale è quindi dovuto al fatto che l'afflusso delle risorse necessarie ai vari servizi non viene gestito dal dipartimento stesso ma ogni servizio riceve risorse in maniera indipendente dagli altri. Sarebbe opportuno risolvere questo aspetto in sede di *budget*, dal momento che il decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 sembra essere in grado di farlo. Occorre che le risorse passino attraverso il dipartimento e vengano distribuite in base a criteri di *budget*.

Inoltre, si registra una tendenza del personale ispettivo ad agire in un'ottica di semplice rilascio di pareri igienico-sanitari. Nonostante si stia lavorando molto in questa direzione sono ancora presenti alcune difficoltà di tipo culturale che, fortunatamente, sembrano in via di superamento. Si rileva infatti la tendenza a superare questo atteggiamento grazie ai nuovi modelli che in base al piano sanitario nazionale e al patto della salute coinvolgono i soggetti sociali interessati. Mi riferisco in particolare all'autocontrollo dell'igiene alimentare e al decreto legislativo del 19 settembre 1994, n. 626, i cui contenuti sono oggetto dell'azione del dipartimento.

Permane tuttavia la tendenza culturale del personale ad agire privilegiando l'aspetto autorizzativo rispetto all'attività di vigilanza, volta sicuramente a tutelare la salute del cittadino ma anche a promuovere comportamenti corretti da parte degli operatori alimentari.

È un discorso di formazione sul quale occorre stimolare le università a svolgere un ruolo importante in collaborazione con i dipartimenti di prevenzione. In sostanza, le università e i dipartimenti di prevenzione dovrebbero svolgere insieme questa attività formativa spingendo al superamento delle suddette resistenze culturali. Parzialmente questa attività viene svolta, ma non è ancora sufficiente.

Altro aspetto importante da considerare è la necessità di non lavorare più in base all'impostazione culturale della prevenzione impostata sulla materia-competenza, ma sulla sintesi della pluralità delle funzioni. Al di là delle affermazioni generali e di principio c'è una difficoltà a liberarsi del proprio abito (autopromozione, autoreferenzialità, separatezza). Un esempio di sinergia esistente all'interno dei dipartimenti, da prendere in

futuro come modello, è quello dell'azione del SIAN, il servizio per l'igiene alimentare e della nutrizione, e del Servizio veterinario, con competenze in materia di igiene degli alimenti di origine animale. Faccio un esempio classico: si parte da un animale vivo, sano, che quindi non trasmette malattie infettive, non ha residui né ormoni, si passa poi ad una seconda fase in cui gli operatori del SIAN e del Servizio veterinario controllano gli alimenti in termini di salubrità, e si arriva poi alla promozione di corretti comportamenti alimentari da parte del SIAN. Mi riferisco alla necessità di adottare giusti comportamenti alimentari per i bambini e gli anziani e all'opportunità di promuovere l'educazione alimentare nelle scuole.

È un esempio importante, perché nel momento in cui questo sistema entrerà a regime avremo chiaro il concetto di dipartimento: più servizi che lavorano insieme per un fine comune integrando risorse e creando sinergie virtuose.

In generale, un altro elemento di criticità concerne i sistemi informativi aziendali, strutturati per fornire un supporto alla direzione dell'azienda. Tali sistemi, purtroppo, non possono essere utilizzati efficacemente a livello di dipartimento, perché strutturati senza l'apporto dei responsabili delle strutture organizzative aziendali che li debbono utilizzare. Ciò fa sì che i dati e le notizie dei servizi informativi non producano quelle informazioni necessarie all'attività di programmazione. In sostanza, il servizio informativo a volte non è grado di fornire al meglio le notizie perché in fase di implementazione e strutturazione del servizio stesso le varie strutture organizzative non vengono coinvolte in prima persona, come invece sarebbe utile.

Altra questione di carattere generale, di cui abbiamo già parlato, concerne l'evoluzione del contesto con cui si rapporta il dipartimento di prevenzione: ARPA (agenzia regionale per la protezione dell'ambiente), (è previsto poi un trasferimento di personale dai dipartimenti all'ARPA); servizio impiantistica ed antinfortunistica, recentemente istituito nel Lazio e che prevede un trasferimento di personale dai presidi multizonali di prevenzione (PMP) alle ASL; sportello unico per le imprese del comune.

Il fatto che gli sportelli unici per le imprese dei comuni abbiano inserito in un unico percorso alcuni aspetti autorizzativi e procedurali (urbanistici, sanitari, ambientali, paesaggistici e di sicurezza) di sicuro inciderà favorevolmente sui processi di integrazione all'interno del dipartimento, ma inizialmente creerà scompiglio non essendo questo l'atteggiamento adottato storicamente dai servizi.

Queste sono le problematiche che è possibile rilevare dall'interno del dipartimento.

Per parte mia condivido senz'altro le considerazioni relative ai PMP, all'ARPA e alle azioni sull'ambiente. In proposito porto un esempio. Lo scorso anno a Roma c'è stato il problema della zanzara tigre (*aedes albopictus*) che ha diffuso un serio allarme tra i cittadini. Si è trattato di un fenomeno causato da motivi di carattere ambientale (pozze d'acqua), che in quanto tali sarebbero dovuti rientrare nelle competenze dell'ARPA

che, sebbene nel Lazio sia stata già istituita, non è ancora operativa. Ciò ha reso necessario l'intervento del dipartimento di prevenzione con un notevole dispendio di risorse proprie che non sono state compensate in alcun modo. Si tratta, infatti, di risorse proprie che il dipartimento sposta dall'azione sanitaria a quella ambientale senza alcuna possibilità che vengano reintegrate.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Bollecchino per il suo intervento.

Do ora la parola ai senatori che intendono porre quesiti al nostro ospite.

DI ORIO. Desidero fare alcune riflessioni sulle questioni poste e in particolare su quella che si riferisce al riconoscimento del ruolo strategico del dipartimento di prevenzione. Immagino si sia trattato di una considerazione interna alla ASL perché in realtà, nel decreto legislativo n. 229 del 1999 mi sembra che tale aspetto sia stato addirittura enfatizzato.

L'altro aspetto che vorrei evidenziare concerne quanto da lei affermato a proposito della necessità di unità essenziali di supporto amministrativo-contabile ed epidemiologico alle direzioni dipartimentali. Operando nel Lazio lei saprà certamente che la nostra regione è più fortunata rispetto alle altre disponendo del più importante osservatorio epidemiologico italiano, istituito tra i primi nel nostro paese. Infatti, mentre le altre regioni non hanno provveduto ad istituirlo, la regione Lazio nel lontano 1989 già realizzò l'osservatorio epidemiologico. Quindi, mi pare che le strutture esistano.

Francamente mi chiedo cosa dovrebbero fare le altre regioni del paese nelle quali non esistono affatto strutture operanti nel campo epidemiologico.

La terza ed ultima considerazione riguarda il ruolo dell'università. Le scuole di specializzazione che si occupano di queste materie svolgono già un'attività di formazione in ambito preventivo. Può darsi che la ASL cui lei fa riferimento non abbia fatto questa esperienza; ciò non toglie che l'attività svolta dalla scuola di igiene e medicina preventiva concerne anche il servizio di prevenzione.

CAMERINI. Anche io, signor Presidente, farò una rapida sintesi dato il poco tempo a disposizione.

Il dottor Bollecchino ci ha parlato del rapporto tra costi e benefici: mi sembra una cosa molto corretta anche se, dal punto di vista epidemiologico, per valutare i risultati dell'attività di prevenzione ci vuole un'osservazione dei fenomeni nel tempo e un campione numericamente significativo. Vorrei chiedere quali sono i meccanismi valutativi che vengono usati nell'azienda unità sanitaria locale diretta dal dottor Bollecchino.

Il collega Di Orio si è soffermato sul problema dell'epidemiologia. In verità, credo che i fenomeni epidemiologici debbano essere osservati su una popolazione di riferimento sufficientemente ampia; mi riesce difficile, quindi, pensare di avere una visione sufficientemente ampia dei problemi

quando l'osservazione dell'attività epidemiologica è limitata, dal momento che si tratta di una singola azienda unità sanitaria locale.

Vorrei chiedere, poi, cosa sono i servizi SPRESAL e, tenuto conto dei problemi ancora esistenti (è stato citato l'aspetto autorizzativo rispetto all'attività di vigilanza), quali sono e come procedono i programmi di formazione del personale all'interno della AUSL RM/C.

DI ORIO. Vorrei sottolineare al senatore Camerini che si tratta di 500.000 persone.

BOLLECCHINO. Anche di più.

DI ORIO. Questa AUSL è il doppio dell'Umbria: pensi quanta epidemiologia si può fare!

TIRELLI. Signor Presidente, anzitutto vorrei svolgere due considerazioni e porre una domanda; quest'ultima forse esula dallo specifico, ma vorrei affrontare una questione di carattere generale dal momento che il nostro ospite sembra abbia analizzato molto bene il suo dipartimento e il funzionamento di tutto il resto dell'azienda sanitaria.

La prima considerazione riguarda quello che sta accadendo un po' in tutte le pubbliche amministrazioni. Gli avvicendamenti degli organi di direzione aziendale e l'autopromozione di certi servizi rispetto ad altri sono molto diffusi nell'ambito della pubblica amministrazione: o si cambia con impostazioni più radicali oppure continueremo ad assistere al «balletto» dei soliti direttori generali, sempre gli stessi. Sappiamo che c'è una sorta di casta amministrativa che, al di là della colorazione politica, si avvicenda nella direzione delle aziende unità sanitarie locali: ci sarà un motivo per cui si è costretti a rivolgerci sempre allo stesso tipo di persone? A mio avviso, l'autopromozione che purtroppo si verifica in tutte le pubbliche amministrazioni, soprattutto per quanto riguarda i settori amministrativi e contabili, è data (non voglio una risposta, perché la mia è solo una considerazione) dal ritardo con cui i funzionari pubblici, i dirigenti, si adeguano ai nuovi principi e modelli dell'attività amministrativa; purtroppo molti si lamentano del fatto che certi settori abbiano la prevalenza su altri, ma mai nessuno si muove, anche nell'ottica delle recenti normative, per non avere più bisogno in pratica di chi fa questo tipo di autopromozione.

Si tratta di considerazioni personali, che non riguardano solo il caso dell'azienda sanitaria, ma molti altri tipi di amministrazioni.

Mi chiedo, però, se tutto ciò non derivi da quanto sottolineato dal dottor Bollecchino, vale a dire dal funzionamento di questo sistema di finanziamento: purtroppo bisogna prendere atto che il sistema di finanziamento a *budget*, anche in altre amministrazioni, funziona a consuntivo, cioè in base a quanto si è speso, essendo assente una programmazione amministrativa che parta da un bilancio di previsione ed indichi un preciso obiettivo da raggiungere. Spesso si utilizzano le risorse senza alcuna pro-

gettualità o, magari, senza la volontà di portare a termine quanto preventivato.

Vorrei chiedere, quindi, come viene utilizzato il sistema premiante nel dipartimento del dottor Bollecchino: come sostengono i contratti collettivi, pagando per la maggior parte ore di straordinario che si rendono necessarie durante la gestione, oppure si va più verso progetti-obiettivo in modo da utilizzare le risorse finalizzandole in progetti ben delimitati? È evidente, infatti, che talvolta pagare le ore di straordinario, anche se parzialmente, fa parte di un progetto obiettivo, ma molte volte si tratta semplicemente di una presa d'atto di quello che è successo e, quindi, il finanziamento viene utilizzato a consuntivo e non a preventivo.

Vorrei sapere poi – e questa è una domanda di ordine generale – quali sarebbero nel sistema di leggi vigenti gli strumenti per ovviare agli inconvenienti elencati, se si può cambiare un sistema di questo tipo, dove purtroppo molte volte dobbiamo adattarci a normative che certamente non abbiamo scelto noi ma che ci vengono imposte, e se anche nella sanità (questo discorso infatti può essere esteso anche ad altre strutture, oltre al dipartimento di prevenzione) c'è bisogno di essere più svincolati dal punto di vista organizzativo e, se è così, se vi sono richieste non generali, ma particolari, che potrebbero garantire, senza giungere al solito fiume di lamentele, autonomia e agilità organizzativa. Non è un discorso politico, ma solo una questione posta ad una persona che lavora sul campo.

BOLLECCHINO. Ho parlato del ruolo strategico del dipartimento e della difficoltà di riconoscimento di tale ruolo da parte dei settori amministrativo-contabili; è chiaro, però, che tutto ciò è previsto dalle norme e quindi non c'è alcuna discussione su questo ruolo. Mi riferivo, in particolare, ai rapporti pratici all'interno delle AUSL. Questo discorso non riguarda solo la AUSL RM/C, ma anche altre: parlo di quelle della regione Lazio, ma anche di quelle del Sud, dove la situazione è ancora più problematica, e di alcune del Nord, dove la situazione forse è migliore.

Ripeto, quindi, che il ruolo strategico del dipartimento di prevenzione è previsto dalla normativa ed è uno dei tre poli strategici della AUSL, e su questo nessuno discute, ma la difficoltà – come dicevo – è nel riconoscimento di tale ruolo non tanto da parte dell'azienda quanto di questi settori dell'azienda stessa.

Sulla questione dell'epidemiologia, sono assolutamente convinto di quanto è stato evidenziato, vale a dire che nel Lazio esiste un osservatorio epidemiologico che svolge egregiamente la sua funzione. Si pone, però, l'esigenza di avere all'interno delle AUSL e delle direzioni dei dipartimenti un medico epidemiologico, perché questo potrebbe costituire un elemento di raccordo tra i servizi e l'Osservatorio epidemiologico, mettendo a frutto l'esperienza maturata sugli aspetti specifici del territorio di quella AUSL.

Il rapporto con l'osservatorio epidemiologico è fondamentale perché gli studi epidemiologici non si possono effettuare su piccole porzioni di

territorio e con poco personale. Ritengo quindi che nelle direzioni dei dipartimenti sia necessario un vero supporto in questo senso.

Per quanto riguarda la formazione, vorrei rilevare che nell'ambito della AUSL RM/C, come in altre AUSL del Lazio, è istituito uno specifico servizio della qualità della formazione che elabora piani di aggiornamento annuali finanziati dalla ASL e implementati dall'apporto delle strutture organizzative aziendali che afferiscono alla formazione, quella generale e quella indirizzata a specifici aspetti normativi.

Ovviamente, la formazione è sempre in evoluzione e rappresenta un capitale che deve essere continuamente implementato proprio perché le conoscenze e i contesti cambiano repentinamente. Ad esempio, servizi che per trent'anni hanno svolto attività di vigilanza in un certo modo ora devono essere adeguati perché l'orizzonte è cambiato e culturalmente si rendono opportune modifiche che rispondano alle richieste della società. L'attività di formazione, quindi, va continuamente rielaborata e rimane vitale in un contesto che si modifica con grande velocità; di conseguenza i servizi pubblici devono adattarsi ai mutamenti.

Per quanto riguarda il rapporto costi-benefici, il dipartimento deve operare in termini di efficienza e la prestazione erogata deve essere effettuata con il minor costo possibile. In questo contesto si inserisce il problema del sistema budgetario; le prestazioni, quindi, devono essere fornite in base al principio della trasversalità operativa e dell'integrazione tra servizi. Il sistema budgetario, infatti, potrebbe stimolare i processi di integrazione necessari per il buon funzionamento del dipartimento, consentendo in questo modo di ragionare in termini di prestazioni offerte al minor costo possibile sulla base del principio dell'efficienza.

Vorrei poi chiarire il ruolo dei servizi SPRESAL; si tratta di servizi del dipartimento che si occupano di igiene del lavoro.

In merito alle risorse disponibili, posso confermare che l'attribuzione economica per il dipartimento di prevenzione nella AUSL RM/C si aggira intorno al 2-2,5 per cento del fondo finanziabile netto aziendale e non credo che per le altre AUSL i finanziamenti siano diversi.

Ho già parlato del sistema premiante che nella AUSL RM/C è comunque contemplato, ma non è stato, in passato, esattamente mirato a valorizzare la produttività di quei gruppi o di quei singoli che rispondono maggiormente in termini di qualità o di quantità delle prestazioni; tale sistema, infatti, era volto a premiare l'insieme della AUSL senza fare riferimento alle prestazioni straordinarie effettuate. Pertanto, un sistema di questo genere non premia comportamenti virtuosi ma tende a generalizzarli. In tutte le AUSL dovrebbero essere individuati i gruppi o i singoli che rispondono in termini di maggiore produttività quantitativa e qualitativa per premiarli e renderli quindi elementi trainanti per una serie di processi avviati all'interno del dipartimento. Sicuramente i sanitari devono rappresentare le unità da stimolare per una maggiore collaborazione e orientamento ma di fondamentale importanza è anche il comparto che interagisce in maniera stretta con i sanitari stessi.

In generale, il sistema si deve basare sul principio dei progetti obiettivo, stabilendo quindi ciò che si intende fare, in quale modo e con quali risorse; successivamente, bisogna dimostrare di avere utilizzato al meglio le risorse attribuite e di avere realizzato l'obiettivo a base del progetto. Questo principio è già stato applicato nelle AUSL ma la sua realizzazione deve essere completata perché possa dare importanti risultati.

Culturalmente questo tipo di impostazione è stata compresa ma incontra difficoltà applicative perché la generalità delle AUSL non fa riferimento al criterio del progetto obiettivo. Accade quindi che all'interno dell'azienda e del dipartimento non si lavora in maniera omogenea, in quanto alcuni settori operano diversamente l'uno dall'altro e questo non permette di ottenere pienamente il risultato prefissato. Alcune strutture organizzative dell'azienda, ad esempio quella economico-finanziaria o quella amministrativa, incidono su tutte le altre, quali il dipartimento, il distretto, l'ospedale.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Bollecchino che ha permesso alla Commissione di ottenere un ulteriore contributo per l'indagine sui dipartimenti di prevenzione svolta nell'ambito dell'inchiesta sul sistema sanitario.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dei lavori ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,35.

