



Regione Umbria



**Scuola Umbra di
Amministrazione Pubblica**



**I QUADERNI DEL
LABORATORIO DI
BENCHMARKING TRA
SISTEMI SANITARI
REGIONALI**
"FRANCO TOMASSONI"

N.6

PROGRAMMA

7 NOVEMBRE 2019

orario 9.00-17.00

MATTINA

Apertura dei lavori

Alberto Naticchioni, Amministratore Unico Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica

Adele Lamoglie, Dirigente servizio programmazione economico finanziaria in sanità, Regione Umbria

Arturo Iadecola, Vice Procuratore generale della Corte dei Conti

L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA

Moderatore: **Niccolò Persiani**

Milena Vainieri, Scuola Superiore S. Anna, Pisa

Nicola Salerno, Reforming.it

Alfredo Grasselli, Corte dei Conti

POMERIGGIO

LE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI PUBBLICO-PRIVATO

Moderatore: **Alberto Romolini**

Fabio Binelli, Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma

Laura Raimondo, Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione-ISMETT Srl IRCCS

Antonio Boncompagni - Franco Paolucci, Clinica di Riabilitazione Toscana (CRT) spa

Adriano Rasi Caldogn, Ulss 1 Dolomiti Ospedale Codivilla Putti Cortina D'Ampezzo

8 NOVEMBRE 2019

orario 9.00-17.00

MATTINA

Apertura dei lavori

Luigi Rossetti, direttore salute e welfare Regione Umbria

SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI

Moderatore: **Natalia Di Vivo**

Michele Recine, Regione Basilicata

Nicola Mazzeo, Regione Basilicata

Laura Lassalaz, Regione Liguria

Renata Cavicchi, Emilia Romagna

POMERIGGIO

CONTROLLI INTERNI

Moderatore: **Vincenzo Ferrari**

Matteo Sammartino, Regione Umbria

Michela Barbiero, Azienda Zero, Regione Veneto

Luca Giorgetti, Regione Toscana

Marcello Giannico, Regione Lazio

LABORATORIO DI BENCHMARKING TRA SISTEMI SANITARI REGIONALI “FRANCO TOMASSONI” 9° EDIZIONE

7 novembre 2019	4
APERTURA DEI LAVORI	4
Alberto Naticchioni, Amministratore Unico Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica	4
Adele Lamoglie Dirigente servizio programmazione economico finanziaria in sanità, Regione Umbria	4
Arturo Iadecola, Vice Procuratore generale della Corte dei Conti	5
L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA	7
Moderatore: Niccolò Persiani	7
Nicola Salerno, Reforming.it	8
Alfredo Grasselli, Corte dei Conti	12
Milena Vainieri, Scuola Superiore S. Anna, Pisa	17
LE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI PUBBLICO-PRIVATO	19
Moderatore: Alberto Romolini	19
Antonio Boncompagni, Clinica di Riabilitazione Toscana (CRT) spa	21
Fabio Binelli, Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua mamma	24
Franco Paolucci, Clinica di Riabilitazione Toscana (CRT) spa	28
Adriano Rasi Caldogno, Ulss1 Dolomiti Ospedale Codivilla Putti Cortina D'Ampezzo	28
8 novembre 2019	31
APERTURA DEI LAVORI	31
Alberto Naticchioni, Amministratore Unico Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica	31
Niccolò Persiani, responsabile scientifico del Laboratorio	31
Luigi Rossetti, direttore salute e welfare Regione Umbria	31
SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI	32
Moderatore: Natalia Di Vivo	32
Nicola Mazzeo, Regione Basilicata	33
Michele Recine, Regione Basilicata	35
Laura Lassalaz, Regione Liguria	38
Renata Cavicchi, Emilia Romagna	41
CONTROLLI INTERNI	44
Moderatore: Vincenzo Ferrari	44
Matteo Sammartino, Regione Umbria	45
Luca Giorgetti, Regione Toscana	49
Marcello Giannico, Regione Lazio	51
CHIUSURA DEI LAVORI	57
Niccolò Persiani, responsabile scientifico del Laboratorio	57

**LABORATORIO DI BENCHMARKING TRA SISTEMI
SANITARI REGIONALI**
“FRANCO TOMASSONI” 9° EDIZIONE
7-8 novembre 2019 - Villa Umbra, Pila (PG)

7 novembre 2019

Mattina

APERTURA DEI LAVORI

Alberto Naticchioni, *Amministratore Unico Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica*

Diamo il via alla IX ed. del laboratorio di Benchmarking tra i sistemi sanitari sulla spesa sanitaria. Purtroppo quest'anno apriamo questi lavori con una nota di tristezza e dispiacere per la perdita dell'amico dott. Roberto Fagnano, caro amico della scuola, che è venuto a mancare proprio qualche giorno fa. Era una persona che si contraddistingueva per la sua generosità e la sua disponibilità, un esempio per tutti noi e per i colleghi.

Un minuto di silenzio per il suo ricordo.

Proseguendo con l'apertura di questo laboratorio, vi porto i saluti della neopresidente, l'avv. Donatella Tessei, impegnata in questi giorni in varie attività istituzionali per l'avvio della nuova attività amministrativa. Un augurio di buon lavoro è stato avanzato anche dal ministero della Salute, Roberto Speranza, informato delle iniziative, e dal prefetto di Perugia. Questo testimonia che il laboratorio è riconosciuto a livello nazionale come un momento di utile confronto tra le varie realtà italiane per fare bene e meglio. Quest'anno hanno aderito 13 Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, soggetti pubblici e privati: ciò significa che il mondo della sanità italiana ha beneficiato e beneficia di questa esperienza. L'allora assessore

Tomassoni volle che la Regione Umbria fosse avanguardista sulla sanità puntando sull'efficienza e sulla buona organizzazione per dare risposte tempestive ai bisogni emergenti. Ci auguriamo che la giunta regionale, promotore insieme a noi di questo laboratorio, possa individuare ancora nella Scuola un centro di riferimento per quelle che sono le attività trasversali di formazione in sanità, essendo capace di individuare e rispondere alle necessità formative del mondo sanitario. Vorremmo inoltre applicare il format di questo laboratorio sulla spesa sanitaria anche al tema del Welfare e delle politiche sociali.

È opportuno fare un bilancio su questo laboratorio in vista dell'imminente decima edizione. Certamente la Scuola intende proseguire con questa attività e rinnovarla per essere ancora più al passo coi tempi; parleremo con la nuova giunta per poter insieme ulteriormente migliorare questa attività laboratoriale. Un grazie a tutti i partecipanti.

Lascio la parola alla dott.sa Adele La Moglie, dirigente del servizio programmazione economico-finanziaria in sanità Regione Umbria; domani invece avremo il direttore generale, che aprirà i lavori. Grazie ancora a tutti.

Adele Lamoglie *Dirigente servizio programmazione economico finanziaria in sanità, Regione Umbria*

Buongiorno e grazie per la partecipazione così numerosa. Sono Adele La Moglie e da quattro mesi gestisco ad interim il servizio per la programmazione finanziaria e gli investimenti dell'area sanità della Regione Umbria.

Da poco ho preso confidenza con questo nuovo mondo, perché mi sono occupata di sanità da un altro punto di vista essendo stata impegnata nell'area finan-

ziaria regionale, quindi bilancio, presso la ragioneria. Quando mi è stata proposta la partecipazione a questo laboratorio di benchmarking mi sono chiesta come la sanità vi si potesse collegare. Il temine benchmarck è impiegato per caratterizzare un indicatore dell'aria finanziaria che misura il grado di soddisfazione o, per quanto riguarda gli investimenti, la copertura finanziaria di un'attività. Un attimo mi ha spiazzato questa relazione ma, osservando quanto è stato trattato in queste nove edizioni e l'attenzione posta alla spesa sanitaria e al suo controllo, mi sono convinta del legame tra queste due dimensioni e vorrei proporre per quest'anno un'attenzione particolare ai controlli interni, al contenimento della spesa e agli adempimenti con cui rendiamo conto al Ministero dell'Economia e delle Finanze e alla Corte dei Conti. Nella presa visione del patto della Salute regionale di questi giorni per il prossimo triennio, il controllo della spesa è al primo posto. In Regione Umbria è pari al 73% del bilancio regionale. Si parla di contenimento della spesa subordinata al fine ultimo, la soddisfazione del bisogno di salute del paziente per cui è opportuno non tagliare o razionalizzare a priori per poi creare un disagio o comunque arrivare ad erogare una prestazione non conforme.

Alberto Naticchioni

Non ho presentato nell'introduzione il direttore scientifico del laboratorio, prof. Niccolò Persiani. È la persona che sin dall'inizio ha creduto in questa scommessa e ne è stato un vero motore. Esprimo a nome personale e a nome della Scuola con sincera gratitudine un ringraziamento per il percorso fatto insieme e per l'immenso contributo dato per la realizzazione di tutto questo. Ora la parola al dott. Iadecola, rappresentante della Corte dei Conti.

Arturo Iadecola, *Vice Procuratore generale della Corte dei Conti*

Vi porto i saluti e gli auguri di buon lavoro del procuratore generale della Corte dei Conti. Prima di tutto vorrei ringraziare la Regione Umbria, la Scuola di Pubblica Amministrazione, nella persona del dott. Naticchioni, e il prof. Persiani responsabile scientifico del laboratorio per l'invito che ci è stato rivolto. L'oggetto e il programma di questo laboratorio sono di straordinario interesse: le Regioni si riuniscono per confrontarsi sui rispettivi modelli e le rispettive prassi per il controllo della spesa sanitaria, di straordinaria importanza nell'ambito della spesa pubblica.

I dati dell'Istat attestano la spesa sanitaria più o meno all'88-89% del prodotto interno lordo delle Regioni. In questo contesto questo laboratorio costituisce un esempio virtuoso della regionalizzazione della tutela della Salute, iniziata negli anni 90 e consacrata a livello costituzionale con la riforma del Titolo V, che ha sostituito la materia dell'assistenza ospedaliera e sanitaria nell'ambito della legislazione concorrente con quella più ampia e più complessa della tutela della salute, materia che la Corte Costituzionale ci insegna comprende anche e soprattutto l'organizzazione dei servizi, che possono essere differenziati da Regione a Regione. Ciò conferma l'opportunità e l'utilità di incontri comparativi come quello di oggi. Del resto la riforma del Titolo V ha conservato il potere legislativo dello Stato anche nel settore della salute pubblica, non soltanto nella fissazione dei livelli essenziali assistenza (LEA) ma anche nell'individuazione dei principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica nel settore della spesa sanitaria, allo scopo di mediare tra l'esigenza della tutela della Salute, che va assicurata al massimo grado, con la disponibilità di risorse limitata, che caratterizza tutti i servizi pubblici. Neces-

sariamente l'intervento della Corte dei Conti, quale magistratura preposta alla tutela della finanza pubblica, si colloca in questo quadro tanto con le funzioni attribuite alle sezioni regionali di controllo quanto con l'attività delle procure con funzioni giurisdizionali. Con riferimento al settore della sanità, negli ultimi anni una delle controversie che più spesso sono venute all'attenzione della Corte dei Conti in sede giurisdizionale attiene agli "errori per colpa medica" e alle conseguenze in termini risarcitori a carico delle aziende sanitarie. Vi è infatti le controversie instaurate dai pazienti, o dai loro eredi, nei confronti delle aziende sanitarie hanno un'incidenza diretta sulla spesa pubblica, in particolare su quella sanitaria. Recentemente la Corte dei Conti si sta impegnando in questo settore per la sperimentazione sul campo apportata dalla legge 24/2017 in merito alla responsabilità professionale. La magistratura si sta confrontando con le novità introdotte: la tutela del personale sanitario nell'esercizio delle sue funzioni e la riduzione del ricorso alla medicina difensiva. La legge Gelli-Bianco ha introdotto un sistema volto a consentire alle Aziende Sanitarie di assorbire, mediante una articolata previsione di obblighi assicurativi e contabili, l'impatto delle azioni di risarcimento del danno proposte da terzi in termini di costi per la spesa sanitaria regionale. L'Azienda non deve più proteggere soltanto sé stessa da eventuali responsabilità nei confronti di terzi ma anche il proprio personale dipendente, avendo l'obbligo di assicurarlo rispetto ai rischi della responsabilità civile nei confronti di terzi che abbiano subito danni per effetto dell'esercizio dell'attività sanitaria, sia all'interno delle strutture pubbliche che private. Aprendo una piccola parentesi, il personale sanitario ha l'obbligo di assicurare sé stesso rispetto alla responsabilità amministrativa, cioè la responsabilità dinanzi alla Corte dei Conti, per l'eventuale esercizio delle azioni da parte

del pubblico ministero. Questo sistema di tutele assicurative da un lato pone il bilancio delle Aziende al riparo dei costi dei risarcimenti e dall'altro profila una crescente spesa per i premi assicurativi che l'Azienda deve sostenere. A tal proposito la legge stessa offre alle Aziende Sanitarie margine di manovra prevedendo la possibilità di ricorrere alla gestione diretta dei sinistri, o auto-assicurazione, di cui parla l'articolo 10 della legge 24 del 2017; ci sono forme di autoassicurazione assoluta o parziale, che sostanzialmente si traducono in una franchigia molto elevata pattuita con le Aziende Sanitarie. Alcuni esempi ne sono l'istituzione di Fondi unici regionali per la gestione delle trattative con il soggetto danneggiato che prevede l'allocatione di risorse in bilancio a fronte della denuncia di sinistro. Si tratta di un'esperienza che talvolta ha dato dei risultati positivi perché la Regione riesce a bilanciare il costo delle assicurazioni negoziali con la gestione diretta del sinistro. Si potrà fare una valutazione definitiva sulla validità della scelta solo quando saranno pubblicati i decreti attuativi della legge 24/2017, che fisseranno i requisiti minimi delle assicurazioni e di queste analoghe misure. Sotto il profilo contabile, è già prevista normativamente l'istituzione di un apposito fondo rischi per le Aziende che vogliono andare in gestione diretta di eventuali denunce di sinistro da parte dei soggetti che si assumono danneggiati. Ecco chiuso questo inciso sul sistema.

Volendosi avviare a una conclusione, potremmo dire che l'esigenza di controllare la spesa sanitaria rimane fondamentale ma non va trascurato il contributo che la sanità pubblica offre in termini assistenziali, di crescita economica, lavoro e sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica; è infatti riduttivo e ingiusto valutare l'attività sanitaria soltanto sul rapporto tra spesa e prodotto interno lordo senza tener conto di tutti i fattori positivi che produce, che vanno dal livel-

lo di salute assicurato alla qualità della prestazione e, più in generale, tutti quei fattori che contribuiscono al benessere della persona. Sono questi gli indicatori che dal 2017 l'Italia utilizza nel monitoraggio delle politiche pubbliche, ricollegandoli alla programmazione economica e al bilancio.

Io avrei concluso il mio intervento. Ringrazio ancora per l'invito e non posso che augurare a nome del procuratore generale della Corte dei Conti buon lavoro a tutti i partecipanti. Grazie.

L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA

Moderatore: **Niccolò Persiani**

Niccolò Persiani

Benvenuti. Bentornati alla maggior parte di voi. Il numero di partecipanti quest'anno è cresciuto moltissimo, sintomo del successo dell'iniziativa. Anch'io devo fare dei ringraziamenti. Ovviamente devo ringraziare la Regione Umbria, che ha voluto e sostenuto questa iniziativa nel tempo, Cristina e Andrea senza cui questa iniziativa non potrebbe essere neanche concepita. Ringrazio i relatori, i partecipanti, le università, le Regioni, le Aziende, le Società di informatica, le società di consulenza, Agenas, la Corte dei Conti, che essendo sempre presente a questo laboratorio sulla spesa ha capito il senso di quello che volevamo fare, cioè essere un pezzo del sistema, e tutte le molte altre istituzioni rappresentate da tutti voi. Ormai mi considero parte della Scuola di Pubblica Amministrazione. Ricordo il primo anno, quando siamo partiti. Eravamo una quindicina in una piccola saletta ed erano rappresentate una decina di Regioni. In quegli anni si stava approvando il D.Lgs. 118 e con Eugenio Anessi Pessina, la Regione Toscana, Nicola Salerno discutevamo di

bilancio e della sua certificazione, di costi standard; era quel momento storico in cui si distingueva ancora tra Regioni virtuose e Regioni canaglia. L'assessore Tomassoni volle che l'Umbria desse un diverso contributo al dibattito mettendo a disposizione un luogo dove le Regioni si potessero incontrare, senza distinzione tra buoni o cattivi, grandi e piccoli, per cercare di costruire insieme qualcosa per crescere insieme scambiandosi idee e pareri. Devo dire sono state fatte molte cose. Abbiamo visto veramente dei cambiamenti importanti in termini di modelli organizzativi: siamo partiti dall'intervento della Regione Basilicata, che sosteneva che non era opportuno costituire una GSA, presentando il suo modello, per poi evolvere fino ad arrivare alla presentazione di Azienda Zero e di Alisa, le prime holding costruite in Italia nel settore sanitario. È un vanto che molte di queste idee siano nate proprio qui a Villa Umbra.

In tempi non sospetti le Regioni ci hanno chiesto di parlare di sistemi informativi e il Ministero è venuto a presentare con dei fogli Excel come si raccoglievano inizialmente i dati del CE. Quest'anno avremo una tavola rotonda dove parleremo di sistemi informatici integrati. Abbiamo tanto parlato di modelli di erogazione dei servizi, partendo dal rapporto ospedale-territorio, e questo pomeriggio avremo una tavola rotonda sui rapporti pubblico-privato in cui faremo delle considerazioni sulle sperimentazioni gestionali. Abbiamo ampiamente affrontato il tema dei controlli; siamo partiti parlando di certificabilità, ricordo l'intervento della dott.ssa Garassino che venne a raccontarci a che punto erano le Regioni, e oggi parteciperemo a una tavola rotonda dove parleremo di internal auditing e di altri tipi di controllo.

Questo laboratorio ha fatto tanto. Quante idee sono state scambiate in queste aule, quante riflessioni sono maturate. Secondo me la prova del successo di questa

iniziativa, al di là della vostra presenza, è il fatto che ormai questo laboratorio è diventato quasi un concetto astratto. Sempre più spesso si sente dire ai tavoli decisionali: “Ci vediamo al Laboratorio. Ci vediamo a Villa Umbra!”. L’idea di questo laboratorio come un posto dove le Regioni, fuori dalle sedi istituzionali, si possono incontrare, possono parlare tra di loro, è diventata un importante patrimonio collettivo del sistema delle Regioni.

Credo però che ci sia ancora molto lavoro da fare. In questo momento c’è bisogno di un salto di qualità.

Nel sistema delle Regioni non si è mai parlato tanto di autonomia come in quest’anno: penso alle riflessioni che sta facendo la regione Veneto, la regione Lombardia e la regione Emilia Romagna. Mai sono stati fatti interventi così duri sul controllo delle Regioni come con il Decreto Calabria e mai sono state così poche le risorse a disposizione del Sistema Sanitario come in questi ultimi anni. Eppure stiamo assistendo all’uscita massiccia delle Regioni dal piano di rientro, a momento di profondo cambiamento. Mai le Regioni hanno prodotto dei risultati così importanti in termini di qualità sanitaria. Nelle valutazioni ci si concentra solo sulle Regioni ai primi posti senza mai considerare quanto quelle agli ultimi siano migliorate nel tempo; ciò porta alla crescita della qualità media proposta dalle Regioni. Allo stesso tempo forse mai l’immagine delle Regioni e della sanità sono state così negative agli occhi delle persone. Nelle critiche mosse si nota l’incapacità di spiegare le diversità che esistono tra le diverse Regioni. Mai si è parlato così tanto di controllo, come mai sono stati visti implodere dei sistemi incapaci di governare i propri processi amministrativi. Siamo di fronte essenzialmente a una crisi della crescita delle Regioni. Mentre ai tavoli romani si parla di cose di 10 anni fa, le Regioni sono avanti e in sinergia

tra loro. La sanità, sotto il governo delle Regioni, ha fatto passi avanti incredibili da non poter più tornare indietro perché ormai sono cambiate troppe cose. Forse però, ad oggi, la Sanità non sa più dove andare, come procedere, perché mancano le strutture, le tecnologie, le professionalità adeguate per capire come gestire un sistema così complesso. Questa è la sfida da raccogliere in queste giornate e, forse, nelle prossime edizioni del Laboratorio. Questa occasione d’incontro sia di supporto alle Regioni per superare il momento di crisi di crescita, nel passando dall’adolescenza alla maturità. Oggi le Regioni hanno bisogno di idee e strumenti, di confronti e dibattiti. Questo è il mandato che lascio ai vari relatori; questa è la sfida lanciata per il decennale. Grazie a tutti voi della presenza.

A questo punto io lascerei la parola al dott. Salerno, colonna portante di questo laboratorio. Fin dalla prima edizione i suoi numeri danno avvio alle attività di questo Laboratorio.

Nicola Salerno, *Reforming.it*

Ringrazio l’organizzazione. Nel mio piccolo mi sento anch’io un po’ parte della memoria storica di questa scuola visto che sono stato invitato tante volte. Io sono quello che, nel tempo, si è alternato tra la presentazione di numeri sulle proiezioni di spesa sanitaria a medio-lungo termine, sia a livello nazionale che regionale, e dissertazioni sul benchmarking, mostrando esercizi fatti su profili di spesa pro capite. Lavoro all’ufficio parlamentare di bilancio dove mi occupo di spesa pensionistica però ora, parlando a titolo personale, rivesto il ruolo di membro del gruppo di lavoro ‘Reforming’, attivo su tematiche della sanità e del Welfare in generale.

Questa volta vorrei presentarvi una metodologia di

tipo panel econometrico per fare confronti tra Regioni. In Italia si parla di benchmarking in sanità da circa 10-15 d'anni, relativamente da poco rispetto al focus che è stato fatto storicamente sul capitolo della spesa pensionistica, dimensione predominante nel Welfare di tutti i Paesi. Si è entrati più nel dettaglio della spesa sanitaria per innumerevoli ragioni, alcune specifiche del nostro Paese e altre comuni al resto dei paesi occidentali: la forte dinamica della spesa sanitaria, che si è registrata negli ultimi 20 anni in Italia; la transizione federalista, motivo specificatamente politico; più economico è l'ingresso nell'euro, che ha richiesto dei sacrifici e degli sforzi anche nel settore della sanità (forte contenimento della spesa a metà degli anni 90, seguito da un suo recupero negli anni 2000) e il tentativo di verificarne l'efficienza e l'adeguatezza.

Le metodologie di benchmarking in sanità sono grosso modo di tre tipi, con tutte le sfumature che queste classificazioni inevitabilmente trascurano:

- benchmarking micro: pone l'attenzione sulle singole prestazioni (es. la siringa che costa un tot a destra e tre volte tot a sinistra) trascurando la visione d'insieme;
- benchmarking aggregato o macro: approccio di tipo contabile che parte dall'analisi del CE, che rischia di avere perdita di dettaglio;
- benchmarking meso: se ben costruito, tenta di bilanciare i difetti degli altri due ponendo attenzione a non portarsi dietro difetti né del primo, né del secondo. Può essere associato alla tecnica dei bersagli sviluppata del MES del Sant'Anna di Pisa.

Oggi desidero presentarvi un nuovo metodo di benchmarking meso sviluppato sui dati aggregati della tavola riassuntiva dei conti economici della sanità 2002-2018, contenuta nell'ultimo rapporto di monitoraggio pubblicato dalla Ragioneria Generale dello Stato, con

il dettaglio delle Regioni e delle Province Autonome. Prima di entrare nei dettagli del modello sviluppato, analizziamo i dati nel periodo considerato.

La spesa sanitaria pro capite, espressa in euro costanti, era stata di circa €1200 in Basilicata, fanalino di coda, e di oltre €1700 in Trentino Alto Adige, con una significativa variabilità tra Regioni che si è leggermente ridotta nel tempo. Parlando invece di spesa sanitaria reale pro-capite in euro costanti, quindi espressi al netto della dinamica inflazionistica, sventa sempre il Trentino Alto Adige con quasi €1800 mentre la Campania in questo caso è fanalino di coda. Si evince che le Regioni del nord spendono di più rispetto a quelle del sud.

Passando dalla disgregazione regionale all'aggregato nazionale, si è osservato tra il 2002 e il 2012 uno scollamento tra finanziamenti e spesa a consuntivo; per arginare il fenomeno sono stati potenziati gli strumenti di controllo e impiegati serialmente i piani di rientro. Dal 2013 in poi il finanziamento preventivo viene rispettato dalla spesa a consuntivo contraendo principalmente la voce di spesa relativa al personale, che è passata dal 36,9% del 2002 al 30,8% del 2012. Analizzando i redditi da lavoro dipendente, i tassi di crescita della massa salariale per blocchi di anni si sono azzerati dal 2007 al 2011 e sono diventati addirittura negativi negli anni successivi. Sono invece cresciuti gli consumi intermedi (tra cui è compresa la spesa farmaceutica di tipo H: farmaci a carico del SSN, solo in ambito ospedaliero), che in previsione continueranno a crescere ancora sia per esigenze di servizio, sia per il turnover a cui sono soggetti a causa dell'innovazione continua nel settore farmaceutico. Si è ristretto anche il capitolo di spesa relativo alla farmaceutica convenzionata, passata dal 14% al 6%, come conseguenza del processo di riforma della distribuzione del farma-

co iniziata negli anni 90 con le riforme della rete delle farmacie, il reference pricing e la lenzuolata Bersani. I tassi di crescita dei consumi intermedi si sono ridotti ma sono rimasti sempre positivi; quelli della farmaceutica convenzionata sono stati positivi, intorno al 1%, nel primo blocco di anni per poi diventare negativi per quelle riforme precedentemente citate e per l'avvio della distribuzione diretta da parte degli ospedali con la spesa che è passata direttamente in capo alle ASL.

Nei lavori di benchmarking a medio-lungo termine presentati negli anni precedenti ho analizzato i profili di spesa pro-capite per età e per sesso, che sono stati impiegati come punti di riferimento per approfondire la relazione tra spesa aggregata regionale e distribuzione delle risorse. Adesso queste distribuzioni di spesa sono invece utilizzate per identificare quali sono le fasce di età dove la spesa si concentra per utilizzarle come grandezze per spiegare l'andamento della spesa all'interno di un modello econometrico. Solitamente la spesa ha una piccola coda per le prestazioni neonatali e perinatali seguita da un plateau, fino ai 45-50 anni, pari al fabbisogno sanitario presente da prendere come spesa di riferimento e da rapportare con le altre fasce d'età. Dopo i 55-60 anni la spesa comincia a crescere con continuità per poi tornare costante dopo gli 80-90 anni. I profili di spesa identificati come variabili rispetto a cui standardizzare la spesa regionale, per vedere se questa vi colloca al di sotto, in linea o al di sopra, sono tre gruppi di età: la quota della popolazione regionale sopra i 71 anni, la quota di popolazione regionale tra 55 e 70 anni e la quota di popolazione dei giovanissimi fino a 3 anni. Dall'osservazione della variabilità tra le varie Regioni si osserva la forte variabilità intrinseca delle quote rientranti in queste fasce di età nella popolazione italiana: si va dalla Liguria con più ultrasessantenni, Regione storicamente più an-

ziana, sino alla Campania, Regione relativamente più giovane. Il Sud è relativamente più giovane del centro-nord, a conferma di quello che si sa da tempo.

Adesso applichiamo il nuovo modello per la standardizzazione della spesa pro capite reale a livello regionale, anno per anno, impiegando la seguente formula:

$a \cdot \text{demografia} + EF \text{ Regione} + EF \text{ anno} + \varepsilon$

L'effetto fisso regionale (EF Regione) coglie di quanto stabilmente la Regione si discosta dai driver principali ed è la variabile che stiamo cercando in quanto indica l'insieme delle caratteristiche che contraddistinguono una Regione.

Il modello di benchmarking che vi presento è stato applicato alle Regioni per il periodo 2002-2018 e a Regioni e Province autonome nel periodo 2012-2018. Il data-set di riferimento comprende l'elenco delle realtà analizzate in funzioni dei residenti totali e della spesa sanitaria nominale, portata al valore con l'inflazione, e processate per le tre grandezze demografiche (over 71, 55-70, under 3) a cui si chiede di spiegare la spesa. Le variabili over 71 e 50-55 hanno un'alta significatività pari all'1% mentre la quota relativa all'età perinatale ha una significatività del 5%. Con queste tre grandezze, il modello coglie bene la parte strutturale della spesa in funzione degli aspetti fisici delle Regioni e dell'influenza del tempo, cogliendo ogni anno la correzione che deve essere fatta in più o in meno rispetto a quanto spiegato dalle variabili demografiche. Sono grandezze che misurano la responsività delle Regioni agli eventi di nazionali. Queste infatti sono positive prima della crisi e negative in seguito a questa. Distinguiamo tra valori di spesa non significativi che, sebbene presenti, non vengono considerati e gli viene attribuito un valore nullo, e quelli significativi al 5% o all'1% da confrontare tra loro e rispetto al nazionale. Gli spostamenti delle Regioni rispetto alla condizione strutturale da intendersi come differenza rispetto alla

Regione più virtuosa, che mostra l'effetto fisso migliore, sono ponderati in funzione delle tre variabili d'età. Ad esempio la Liguria è identificata come Regione benchmark sebbene abbia un effetto fisso negativo perché la spesa è giustificata da una popolazione molto più anziana della media.

Cominciamo a trarre delle considerazioni.

5 Regioni si sottraggono al confronto, poiché i dati risultano non significativi: la Campania con una spesa di 1 mld €, il Molise con oltre 1,5 mld €, la Sardegna con 100 mln €, il Trentino Alto Adige con 400 mln €, il Lazio con circa 550 mln €. Emerge un disavanzo di 3 mld € che, su una spesa totale nazionale di 115-116 mld €, limitano le inefficienze solo al 2%, un ottimo risultato. Chiunque studia organizzazione industriale di settori complessi inserisce delle inefficienze che sono dello stesso ordine di grandezza per cui queste sono fisiologiche a livello aggregato. Questi dati evidenziano un segnale positivo sul ripristino dell'equilibrio economico del SSN.

Analizziamo in dettaglio le 5 Regioni con i livelli di spesa sanitaria più alta. In Trentino Alto Adige all'elevata spesa sanitaria corrispondono ottimi valori degli indicatori di qualità, stellari rispetto alla media nazionale e le spese sostenute non si traducono in saldi di bilancio negativi dal momento che dispone di più risorse essendo una Regione a statuto speciale. Andiamo così a toccare il tema del federalismo differenziato. Il Molise spende moltissimo nonostante le sue piccole dimensioni. L'elevata spesa della Sardegna trova spiegazione nella sua particolare conformazione geografica (isola), con la popolazione addensata sulle coste, etc. Suona il campanello d'allarme per il Lazio e la Campania per le quali l'uscita dai piani di rientro sembra ancora molto lontana e complicata, anche tenendo conto del numero di residenti. Notiamo una relazione negativa paradossale tra spesa e qualità del servizio

erogato sull'aggregato nazionale trascinata dalle Regioni in piano di rientro.

Il modello è stato fedelmente applicato anche comprendendo le Province Autonome Trento e Bolzano, di cui abbiamo però i dati solo post crisi. Non sono state notate grosse differenze tra le due Province visto che si assomigliano per demografia ed effetti fissi. Queste realtà spiccano per quanto spendono in più rispetto alla media: spendono molto, bene e in equilibrio di bilancio perché possono fare affidamento su una normativa particolare che le supporta in questa azione. Questo secondo round del modello sembrerebbe far emergere una relazione positiva dell'interpolazione del grafico spesa-qualità, fortemente trainata dalle due Province. Infatti se le eliminiamo torniamo al paradosso della relazione negativa tra spesa e qualità del servizio erogato.

I risultati ottenuti con questo strumento così potente devono essere confermati con l'applicazione anche di altre metodologie e non assunti in valore assoluto. Si auspica che questi risultati non siano preludio di naufragie regionali ma piuttosto dati in più che consentono di rappresentare in modo più oggettivo la realtà. Grazie.

DOMANDA

Buongiorno. Le faccio i complimenti per la sua esposizione. Credo però che dal report emerga significativamente la bontà di come sono state amministrate le singole Regioni. Concorda?

Nicola Salerno

In modo provocatorio ho sottolineato alti e bassi del modello ma, in realtà, io sono affezionato alla strutturazione del disegno e al buon funzionamento del

sistema piuttosto che alla raccolta di dati che possono essere utilizzati per effettuare delle valutazioni sulle realtà di riferimento. Come ho detto prima, in aggregato questi dati parlano di un sistema che perde per strada soltanto il 2% delle risorse, quindi di un sistema virtuoso, e dell'influenza dei diversi statuti regionali, con il ritorno in auge del federalismo differenziato: aumentando il numero delle Regioni con uno statuto speciale, crescono i casi particolari come il Trentino Alto Adige. Secondo me piuttosto trarre considerazioni sulla bontà del governo delle Regioni è più lecito chiedersi perché cresce il bisogno di più disponibilità di risorse e di maggiore autonomia di spesa rispetto ai vincoli imposti alle Regioni a statuto ordinario.

Niccolò Persiani

Ti ringrazio Nicola. È mia abitudine chiederti di intervenire nei primi momenti del Laboratorio per poter poi riflettere nei giorni successivi sulla mole di dati che si presenti, per cui è necessario del tempo per metabolizzarli. I dati che più mi hanno colpito sono quelli sulla spesa corrente. È innegabile che al nostro SSN, e quindi alle Regioni, è stato dato l'obiettivo di ridurre la spesa: ora è estremamente importante far sapere che questo obiettivo è stato raggiunto! Come Regioni fino ad ora non siamo stati in grado di comunicare efficacemente questa informazione. Abbiamo sviluppato sistemi di analisi dei dati sofisticati ed efficienti che però non sembrano essere impiegati da chi prende le decisioni. I risultati che le Regioni stanno producendo dovrebbero invece essere al centro del dibattito, anche politico, affinché emergano nuove indicazioni su dove intervenire. Invece i decisori sembrano ancora ragionare solo su quanto costa una siringa in giro per l'Italia o propone come unica soluzione la fusione di più Aziende per risparmiare piuttosto che puntare su-

gli sforzi fatti.

Aggiungo una terza riflessione. Se prendessimo questi dati e li comparassimo con quelli internazionali, ci renderemo conto di quante poche risorse sta usando il nostro sistema rispetto alla qualità che produce, anche nelle Regioni più in difficoltà. Quindi tutta questa riflessione pone l'attenzione sul tema della sostenibilità del sistema.

Quanto a lungo ancora potremmo tirare la corda?

Niccolò Persiani

Il prossimo intervento è a cura del consigliere Grasselli, che ci darà la lettura dei numeri sulla sanità dal punto di vista della Corte dei Conti che ormai da anni ha affiancato alla sua tradizionale attività istituzionale quella di controllo e di reporting, anche in sanità. I dati emergenti da questa attività di monitoraggio stanno diventando elemento di discussione non solo in questo Laboratorio ma in tutto il sistema salute.

Alfredo Grasselli, Corte dei Conti

Ringrazio il prof. Persiani per questa presentazione e il dott. Naticchioni, che ancora una volta ha avuto l'attenzione di invitarmi. Qui non è un luogo dove si fa semplicemente lezione ma è un momento di stimolante confronto. Anche perché l'autoreferenzialità è molto pericolosa e sono sempre stato dell'idea che anche la Corte dei Conti debba confrontarsi con le realtà sulle quali svolgere la sua attività.

Proprio in continuità con l'intervento dello scorso anno comincio con un cenno alla questione dell'autonomia differenziata che è andata avanti, nonostante le vicende politiche l'abbiamo rallentata.

La sezione delle autonomie della Corte dei Conti al termine di una serie di audizioni svolte dalla com-

missione bicamerale per l'attuazione del federalismo fiscale in data 17 luglio 2018 ha presentato un documento, con un allegato sulla sanità, in cui offre degli spunti di riflessione sul tema.

Quando parliamo di autonomia differenziata facciamo primariamente riferimento al principio di sussidiarietà previsto dall'art. 116 della Costituzione, che la legittima dato che l'ente territorialmente più vicino al cittadino dovrebbe erogare i servizi in quanto è in grado di intercettare meglio il bisogno e di soddisfarlo. L'autonomia non è un principio assoluto ma strumentale alla soddisfazione delle esigenze della persona. L'art. 116 va quindi ricollegato all'art. 5 che sancisce l'indivisibilità della Repubblica, per cui la strada dell'autonomia differenziata non può diventare un mezzo elusivo di questo principio, come all'art. che 3 stabilisce il principio di uguaglianza, ovvero offre la stessa possibilità di accesso a tutti i servizi per i medesimi costi e alla stessa qualità in tutto il territorio nazionale, in particolare quello sanitario.

L'avvio dell'autonomia differenziata comporta la delocalizzazione di funzioni dallo Stato alle Regioni con la ridefinizione della macchina tecnocratica statale e con costi non indifferenti. La Corte dei Conti, nella sua sintetica relazione sul tema, ha quindi indicato la necessità di effettuare una valida analisi costi-benefici e valutare che coloro che si assumono questi oneri siano nella condizione di poter sostenere lo sforzo non solo economico ma anche organizzativo. Un grande ostacolo nel percorso è la mancata attuazione di alcuni principi fondamentali della legge sul federalismo fiscale, in particolare l'individuazione dei LEP, i livelli essenziali delle prestazioni, e i relativi costi standard. È quindi difficile per lo Stato fare delle stime in merito. Tanto maggiore è l'autonomia, quanto più si dovrebbe informare e rendere edotti i consociati su come sono impiegate le risorse e sui risultati raggiunti con

una chiara rendicontazione, cosa che non sempre si verifica.

Le difficoltà che si riscontrano con le autonomie speciali possono presentarsi anche con le autonomie differenziate; ad esempio proprio sui conti della sanità, ci sono problemi di lettura e di interpretazione dei risultati presentati per mancanza dei parametri di riferimento oggettivi e comuni.

Chiusa per il momento la riflessione della Corte dei Conti sull'autonomia differenziata.

Mi è stato dato il mandato di fare un excursus sull'evoluzione della spesa sanitaria in Italia. Vi riporto i dati del documento di Economia e Finanza 2019 e della più recente nota di aggiornamento, ancora in fase di elaborazione e quindi con dati provvisori non ancora ufficializzati.

Nel 2018 la spesa corrente complessiva della pubblica amministrazione è arrivata a poco meno di 800 miliardi e la spesa per interessi è scesa a 65,5 miliardi rispetto ai 77 miliardi del 2013. Questi risultati sarebbero positivi se questo calo corrispondesse alla liberazione di risorse per gli investimenti, arrivati all'1,9% nel 2018, piuttosto che per la compensazione dell'aumento del debito pubblico. Tra il 2008 e il 2018 gli investimenti diminuiscono del 40%, con un'incidenza sul PIL nel 2008 dello 0,3% e nel 2018 dello 0,1%. Eppure questi dovrebbero guidare l'economia e garantire strutturalmente le altre spese, in particolare sanità e pensioni, ed essere sostenuti da manovre espansive mentre sono in continuo e inarrestabile declino.

La voce di spesa più alta è quella relativa a pensioni ed altre prestazioni sociali che arriva a toccare quasi i 349 miliardi, quasi il 48% della spesa primaria corrente. La spesa sanitaria si attesta a 115 miliardi con un tasso di crescita contenuto al 5% tra il 2014 e il 2018 e una variazione media dell'1%. L'incidenza della spesa sanitaria sul PIL scende nel 2018 al 6,5%, dal 6,8% del

2013 e dal 7% degli anni precedenti. In salute si investe soltanto sui consumi intermedi, che servono a far funzionare il sistema sanità. Attenzione a dire che la sanità è spendacciona!

Se mettiamo a confronto la spesa sanitaria italiana con quella degli altri Paesi maggiormente industrializzati, l'Italia col 6,5% di incidenza sul PIL si colloca nella parte bassa della graduatoria europea per cui siamo un Paese che spende relativamente poco per la Sanità. La Germania spende il 9,5%, Francia e Svezia il 9,3%, la Gran Bretagna il 7,5%; spendono meno di noi solo Spagna, Repubblica Ceca e Polonia con circa il 4,5%. Se guardiamo la spesa sanitaria pubblica pro capite in dollari, a parità di potere d'acquisto, parimenti l'Italia sta nella parte bassa della graduatoria con 2545\$ contro i 5289\$ della Norvegia e i 5056\$ della Germania. Siamo quartultimi come tasso di crescita della spesa sanitaria in termini reali: lo 0,7% tra 2017-2018 rispetto al 2,5% degli anni 2004-2005.

La graduatoria dove invece stiamo un po' meno bene è quella sulla percentuale di spesa privata rispetto alla spesa sanitaria totale. Quali siano i motivi andrebbe verificati in relazione alle singole realtà regionali, molto eterogenee tra loro; la percentuale è sicuramente più alta là dove il servizio sanitario pubblico o non riesce a dare risposte adeguate sotto il profilo temporale (lunghi tempi di attesa) o perché se ne ha una cattiva percezione, nonostante spesso sia invece un settore di eccellenza e offra garanzie che non sempre il privato, dove vige soprattutto la legge del profitto, assicura.

La Corte dei Conti pone grande attenzione sui risultati delle gestioni sanitarie per vedere come sta procedendo il governo del disavanzo, che è stato un grosso problema. Emerge un disavanzo generale di circa 1,2 miliardi, da ripartire secondo le diverse tipologie di Regioni. Si denota un percorso di deciso miglioramento sebbene nell'ultimo biennio sembra riemersa qual-

che difficoltà. L'analisi è stata effettuata sulle Regioni a statuto ordinario non in deficit a partire dal 2006, anno da cui sono partiti i piani di rientro e i tavoli di monitoraggio. Nel 2006 il disavanzo ufficiale era di 1 miliardo, nonostante probabilmente fosse superiore. Nel 2014 viene pareggiato e a seguire ritorna negativo. Al quarto trimestre 2018 il deficit è di 118 milioni ed è attribuito a Liguria, Toscana e Piemonte.

Nelle Regioni in piano di rientro si osserva un rallentamento della ripresa: nel 2017 il disavanzo era arrivato a 223 milioni mentre nel quarto trimestre del 2018 è pari a 330 milioni. La Regione Lazio continua l'avvicinamento al pareggio di bilancio sebbene abbia rallentato il passo; il Molise ha un disavanzo di 35 milioni, enorme per una Regione così piccola; la Puglia arriva a 56 milioni; anche la Calabria peggiora la situazione arrivando a 168 milioni di deficit. Preoccupante è pure l'andamento della Regione Siciliana che sembrava essere uscita dalla situazione di debito e che invece oggi ha un disavanzo significativo.

Il problema delle Regioni a statuto speciale e delle Province Autonome lo abbiamo segnalato in passato e lo stiamo segnalando ancora. I dati relativi alle autonomie non possono essere né confutati né confermati per l'impossibilità di reperirne i conti economici dalla banca dati delle pubbliche amministrazioni, poiché non si è a conoscenza delle modalità di contabilizzazione impiegate. Probabilmente i risultati ottenuti sono positivi ma non è possibile confrontarli con quelli provenienti dal tavolo di monitoraggio, presentati nel rapporto richiamato dal dott. Salerno pubblicato annualmente della Ragioneria Generale dello Stato, che invece sono pesantemente negativi: la Provincia autonoma di Bolzano -269 milioni, la Provincia autonoma di Trento circa -198 milioni, il Friuli Venezia Giulia -87 milioni, la Valle d'Aosta quasi -19 milioni. Questi sono gli scarti tra il fabbisogno definito dalla confe-

renza Stato-Regioni al momento della determinazione del Fondo Sanitario Nazionale, con conseguente ripartizione delle risorse tra le varie Regioni, e quello che viene effettivamente speso. Non si comprende le ragioni di questa maggiore spesa perché le modalità di contabilizzazione impiegate non riportano, ad esempio, se queste spese sono extra LEA o di risorse aggiuntive. Ciò è dovuto sicuramente alla disponibilità e all'utilizzo da parte delle Regioni autonome di risorse finanziarie e tributarie proprie, di cui però deve far comprendere l'impiego anche all'esterno.

Andando ad analizzare le singole voci di costo del conto economico, l'Istat mostra come dal 2008 al 2017 sia scesa la spesa per il personale, con un picco negativo nel 2009 a causa del blocco delle retribuzioni e una leggera ripresa nell'ultimo anno. La spesa complessiva per il personale sanitario scende perché diminuisce il personale, con gravi difficoltà nel garantire l'assistenza. Il costo del personale dirigente, che per la maggior parte è personale medico e quindi fondamentale per lo svolgimento dell'attività, scendere tra 2016 e 2018 mentre cresce leggermente quello del personale del comparto nel 2018. Nello stesso periodo cresce l'impiego di consulenze esterne per far fronte alle esigenze di servizio, con una spesa di 1 miliardo e 250 milioni.

Nell'analisi costi-LEA (2017), non è possibile valutare le autonomie speciali perché mancano degli elementi di riferimento. Prendiamo come indicatore di riferimento il punteggio LEA per le possibilità di osservazione che abbiamo di questo indicatore ufficiale di qualità. Tra le Regioni a statuto ordinario il Piemonte è il primo in classifica con 221 mentre l'ultimo è la Calabria con 136; sono al di sotto della soglia della sufficienza Bolzano con 120, la Sardegna con 140 e la Valle d'Aosta con 149. Nella graduatoria organizzata per il costo complessivo della sanità pro capite, la Lombardia è la Regione che spende di più seguita da Emilia-Ro-

magna, Umbria, Liguria e Basilicata che stanno tutti quanti abbondantemente sopra la soglia della sufficienza. La Provincia autonoma di Bolzano è la realtà che spende di più per il personale con €1136 pro capite ma con il punteggio LEA di solo 120. Mettendo in relazione il costo del personale con il valore della produzione, ai primi posti vi sono di tutte le Regioni a statuto speciale, prima Bolzano coerentemente col pro capite del costo del personale.

Per una misura grezza dell'efficienza del sistema sono stai messi in relazione il risultato qualitativo, ovvero quello relativo alla griglia LEA, e i costi quale primo tentativo, avendo a disposizione un dato finanziario e un dato qualitativo, per vedere che cosa succede nelle diverse situazioni regionali.

Osservando l'andamento delle disponibilità liquide rispetto ai debiti verso fornitori, diminuiscono i crediti degli enti sanitari verso la Regione e/o la Provincia autonoma quale effetto delle regole che sono state messe con il 118 per cui deve essere trasferito il 95% delle risorse entro il 31 dicembre e il restante 5% entro marzo. Gli interessi passivi sulle anticipazioni sono in netta discesa (-63%) tra 2013 e 2017 passando da 72 milioni a 26,7 milioni. Anche i debiti verso fornitori hanno un trend in discesa, anche se si è allentato, passando da 27,6 miliardi del 2013 ai 19,8 miliardi circa del 2017. La variazione tra 2016-2017 è contenuta al 13,76 % mentre rispetto al 2013 è superiore al 28%.

Sulla percentuale dei pagamenti effettuata oltre termine, ci sono Regioni con dati non buoni: il Piemonte con il 67%, il Molise col 64%, la Toscana con il 60% e il Lazio con il 43%. L'Umbria è la Regione che presenta la minor percentuale di pagamenti oltre termine con il 3,81%. Anche prendendo a riferimento l'indice di velocità dei debiti verso fornitori (più alto è l'indice, maggiore è la velocità di pagamento e minore è il tasso di formazione del debito) e l'indice dei debiti

verso fornitori sul costo della produzione (più basso è il l'indice, minore è la formazione di nuovo debito) l'Umbria è sempre la migliore, seguita dalla Lombardia e dalla Puglia.

Un'ultima cosa e chiudo. Stiamo preparando il nuovo referto sugli organismi partecipati dagli enti territoriali.

Da anni facciamo questo referto ma non ci siamo mai occupati delle partecipazioni degli enti sanitari.

Questo fenomeno è rilevante negli enti territoriali dove negli anni si sono costituite un numero folle di società, che hanno assorbito una quantità enorme di risorse.

È molto difficile di loro censimento e lo è ancor di più governarne i risultati. Nel 2017 il totale degli organismi censiti per gli enti territoriali (Province, Comuni e Regioni) è stato di 7090 organismi, di cui 5130 società. Tra i 7090, 5775 hanno depositato dati di bilancio. Se facciamo riferimento alle partecipazioni degli enti, perché un ente può avere più partecipazioni, società o organismi di altro tipo, rispetto ai 5775 con dati di bilancio, parliamo di oltre 44000 partecipazioni di cui 27700 dirette e 16462 indirette. Se facciamo riferimento alle partecipazioni riferite a tutti gli organismi partecipati, superiamo le 50000. Questo è un mondo difficilissimo da indagare perché da parte degli enti territoriali, soprattutto i Comuni, c'è una forte resistenza a effettuare il consolidato (per norma i comuni sotto i 5000 abitanti non fanno il consolidato).

Il 502/1992 prevede, al di fuori dei programmi di sperimentazione gestionali, il divieto delle Aziende del servizio sanitario di costituire società di capitali aventi per oggetto lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute; questo significa però che altre attività strumentali possono essere oggetto di una società. Noi abbiamo rilevato, in questa prima analisi, 169 realtà di cui 116 società e 63 organismi di altro tipo.

138 sono però quelli effettivamente attivi. Quelli a partecipazione pubblica o con unico socio o con più soci partecipanti sono 46 mentre gli altri sono realtà miste. La Campania è la Regione con più partecipate (23), seguita dalla Toscana (21) e dalla Lombardia (19). Riguardo ai settori di attività, rilevati in base al codice Ateco, 50 hanno come oggetto attività professionali scientifiche e tecniche, 36 sanità e assistenza sociale e poi ci sono tantissime altre attività che evidentemente e ragionevolmente speriamo siano strumentali al funzionamento del sistema. Facendo riferimento alle partecipazioni dirette e indirette, se osserviamo il fenomeno dal punto di vista delle Aziende Sanitarie, se ne riscontrano 257, di cui 47 indirette e 210 dirette. Non è un numero tanto piccolo considerato il numero contenuto di enti sanitari rispetto alla platea degli enti locali. Io mi fermo qui.

Vi ringrazio per l'attenzione e per la pazienza per l'ennesimo anno. Grazie.

Niccolò Persiani

Ti ringrazio per averci presentato i dati in anteprima. Indubbiamente sta crescendo la qualità della reportistica che la Corte dei Conti produce, entrando sempre più nel dettaglio e nel vivo del sistema Salute.

Tra i molti numeri presentati mi sono segnato quelli sulla riduzione degli investimenti e sulla buona riuscita del governo della spesa corrente, accompagnata dai dati della tesoreria sui tempi di pagamento.

Il sacrificio richiesto alle Regioni in difficoltà dal sistema dei piani di rientro, se valutato nel breve periodo, fa perdere di vista l'impossibilità d'investimento che genera.

Sul tema della qualità emerge come le Regioni siano molto più brave a governare, controllare, regolare piuttosto che a riordinarsi.

Un particolare ringraziamento per averci presentato i dati sulle partecipate, quale preview della tavola rotonda del pomeriggio dove saranno oggetto di dibattito nel più ampio tema delle sperimentazioni gestionali, che abbiamo trascurato forse per troppo tempo. Grazie ancora.

L'ultimo intervento della mattinata è quello della prof.ssa Vainieri, impegnata nel network delle Regioni con il bersaglio del MES sviluppato dal Sant'Anna di Pisa, che ci presenterà degli indicatori del bersaglio impiegati nella valutazione della qualità.

Milena Vainieri, *Scuola Superiore S. Anna, Pisa*

Buongiorno. Grazie a tutti. Io non presenterò dati sull'evoluzione della spesa sanitaria ma il suo possibile collegamento con gli indicatori di performance. Ho apprezzato la relazione del dott. Salerno e toccherò anch'io il tema della relazione costo-qualità. Infatti il costo pro capite e la qualità sono aree che anche noi monitoriamo annualmente attraverso il network delle Regioni; con i nostri dati, ritroviamo la medesima relazione inversa tra costo pro-capite e qualità. Focalizzerò la mia attenzione sugli indicatori di performance utilizzando alcune delle informazioni raccolte nel tempo nella nostra rete.

Al Laboratorio di Management in Sanità del Sant'Anna di Pisa da più di 10 anni siamo soliti effettuare il confronto tra le performance dei sistemi sanitari regionali e delle Aziende sanitarie. I 390 indicatori del bersaglio restituiscono punti di forza e di debolezza dei vari servizi sanitari regionali e provinciali.

Non farò riferimento ai costi perché abbiamo 165 indicatori di valutazione, di cui soltanto 3 sulla spesa.

Questo è stato dettato dal fatto che quando siamo partiti nel 2004 la parte economico-finanziaria era l'unica effettivamente misurata; allora la sfida era riuscire

a misurare tutto il resto tramite indicatori economici dal momento che gli indicatori di performance possono essere visti come relativi ai costi o con ricadute dirette sulla spesa. Gli indicatori sanitari sono un po' gli undercover, gli agenti sotto copertura che ci danno la rappresentazione di come vengono spesi i nostri soldi. Ad esempio la percentuale di brevetti scaduti o l'utilizzo di molecole a brevetto scaduto presenti nelle liste di trasparenza da parte delle Regioni sono indicatori di processo con ricadute economiche per il forte impatto in termini di risorse impiegate.

Altri indicatori di processo collegabili alla spesa, quindi al costo e all'utilizzo di risorse, sono gli indicatori di efficienza. Tra questi ha particolare rilevanza l'indice di performance della degenza media, in cui si fa riferimento alla durata media di una degenza corretta per DRG attribuito, discriminando tra DRG chirurgici e DRG di medici. A parità di DRG quante giornate in più o in meno i pazienti vengono trattenuti all'interno delle Aziende sanitarie? I costi attribuiti cambiano notevolmente.

Un po' di passaggi in più richiede invece il collegamento tra costo e qualità approfondendo l'analisi complessiva sui dati aggregati di spesa e di qualità. In merito la letteratura si divide: alcuni autori sostengono che l'alta qualità è collegata ad alti costi, altri invece che credono nella relazione inversa dovuta sostanzialmente a due motivi:

1. l'erogazione di servizi di qualità per evitare complicanze e, quindi, ricoveri ripetuti;
2. l'utilizzo appropriato delle risorse.

Il gruppo di lavoro del MES prende posizione a favore del binomio qualità-contenimento dei costi, reso possibile specificatamente dalla riduzione dell'inappropriatezza.

In un rapporto della Health Foundation di 10 anni si evidenziava la relazione tra 'male practice' e l'ina-

deguata applicazione degli standard di sicurezza o l'utilizzo eccessivo della polypharmacy sullo stesso paziente, per cui è più possibile avere delle reazioni avverse. Calcolando l'impatto economico delle reazioni avverse la Health Foundation rilevò che intorno al 2000 nel Regno Unito si sarebbero potute risparmiare fino a un bilione di sterline. Questo è solo un esempio di come l'appropriato uso delle risorse sia collegato all'erogazione di un servizio di qualità.

Un altro indicatore classico quello relativo al consumo di antibiotici sul territorio, tema di rilievo nei tavoli di programmazione sanitaria. Un elevato utilizzo degli antibiotici porta a una biotico-resistenza influenzando la qualità e l'efficacia dei servizi offerti dalle strutture sanitarie ma anche l'utilizzo appropriato delle risorse economiche. Questo tipo di analisi vengono fatte ovunque, in particolare nei paesi anglosassoni e in America dove la percentuale di spesa sanitaria, sia pubblica che privata, è molto alta rispetto al PIL e gestita dalle assicurazioni private, che hanno un diretto interesse a controllare l'utilizzo appropriato delle risorse che mettono a disposizione per la cura dei propri clienti. Altre variabili studiate per la teoria "best care at lower cost" sono i costi amministrativi, le modalità di finanziamento, le frodi e i costi della mancata prevenzione, ... In merito a ciò chi ha fatto studi di public health ed epidemiologia non può non conoscere Geoffrey Rose, autore che ha stigmatizzato l'approccio sul mondo della sanità pubblica, il quale afferma: "Tendenzialmente la maggior parte dei sistemi sanitari si concentra su interventi indirizzati a persone che hanno alto rischio, quando in realtà gli sforzi si dovrebbero concentrare sulla campana principale, dove si colloca la maggior parte della popolazione." Gli approcci emergenziali sono riduttivi rispetto agli approcci di popolazione (population based medicine), con i quali si riesce a spostare la curva gaussiana

del rischio da una situazione di medio rischio a una di basso rischio. Un approccio di popolazione si fonda sull'azione sui determinanti di salute, tra cui può essere annoverato anche l'aspetto sociale (ad es. il social prescribing inglese).

Ritornando sulla spesa non necessaria, Grey si interrogò anche su che fosse l'inappropriatezza, declinabile sia in over-use che in under-use: nell'insieme di tutte le persone che hanno una situazione clinica che necessita dell'erogazione di un servizio, c'è un gruppo di persone che riceve il servizio e un gruppo che non lo riceve. Il servizio appropriato è laddove riesci a erogare il servizio per chi ne ha bisogno, non appropriato è quando eroghi troppe prestazioni o quando eroghi le prestazioni alle persone che tendenzialmente non ne hanno bisogno.

Sembra ovvio però in realtà molto spesso non è così. Avere una prospettiva di sistema, quindi un approccio di popolazione, serve sia a massimizzare il valore complessivo a livello di sistema sanitario regionale che a evitare gli approcci riduttivi dell'emergenza-urgenza.

In un articolo che come gruppo di lavoro MES abbiamo scritto lo scorso anno sullo scompensato abbiamo fatto tutta una serie di analisi e di confronti su quelle che potevano essere le performance di utilizzo dei servizi da parte di persone con alta o bassa scolarità, con il reddito come proxy degli aspetti socio-economici. Abbiamo notato che chi ha un livello socio-economico basso utilizza molto di più i tassi di ospedalizzazione rispetto a chi ha un alto livello e riesce a fare maggiore prevenzione. Dal confronto fra questi due gruppi si nota che investire in azioni mirate a una maggiore presa di consapevolezza da parte delle persone più in difficoltà, in questo caso con bassa scolarizzazione, è possibile 'risparmiare' risorse che possono essere riallocate in modo più appropriato per lo svolgimento di altre attività. L'analisi sull'over-use in particolare si

concentra sullo studio della variabilità di utilizzo dei servizi. Non è facile agire sulla variabilità, la quale è pure positiva se riesce a rispondere non solo ai bisogni di salute dell'utente ma anche alle sue preferenze. Numerosi gruppi di ricerca hanno provato a capire quali sono le determinanti della variabilità e quando la variabilità può essere evitabile o invece soddisfa le necessità dell'utente, sia secondo le sue preferenze che in base al contesto di riferimento. Una ricercatrice olandese nel 2010, in seguito alla review sulla letteratura sociologica sulla medical practice variation, ha individuato tre gruppi di possibili modalità con cui agire per ridurre la variabilità evitabile: 1. porre delle regole, soprattutto ai professionisti sanitari dal momento che sono color che prendono le decisioni; 2. utilizzare mezzi di valutazione, come stiamo cercando di fare con il nostro Laboratorio di confronto tra le Regioni; 3. lavorare in gruppi sulle norme per lo sviluppo di una cultura comune.

Questi sono solo alcune riflessioni su come gli indicatori di processo e di performance possono influenzare direttamente o indirettamente la spesa sanitaria. Grazie per l'attenzione.

Niccolò Persiani

Grazie Milena. All'inizio ti sei quasi giustificata dicendo che non ti saresti concentrata su dati sulla spesa.

Meno male che non l'hai fatto perché con la tua presentazione hai completato il quadro che volevamo fare sulla spesa sanitaria nelle Regioni. Anch'io sono convinto che tanti problemi che stanno venendo fuori sulla spesa derivino proprio dal fatto che ci si sia concentrati solo su questa senza andare ad analizzare gli effetti che produce.

Pomeriggio

Niccolò Persiani

All'inizio della ripresa dei lavori desidero ringraziare il dott. Grasselli per i suoi spunti di riflessione e, in modo particolare, per averci messo a conoscenza dell'attenzione che la Corte dei Conti sta ponendo su controllate, partecipate e sub-controllate del mondo sanitario. La tavola del pomeriggio riguarda proprio le sperimentazioni gestionali e come sono stati declinati tutti gli articoli della 502/92 relativi al tema del rapporto tra i nostri enti e il privato. Presiede la tavola rotonda il prof. Alberto Romolini, UniNettuno, che recentemente ha condotto una ricerca proprio su questa tematica. Si è quindi presentato come la persona più adatta a moderare questo confronto.

LE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI PUBBLICO-PRIVATO

Moderatore: Alberto Romolini

Alberto Romolini

Buonasera a tutti. Ringrazio Niccolò per l'invito. L'idea da cui siamo partiti per lo sviluppo del progetto di ricerca è stata la constatazione di come negli ultimi anni le partecipate non abbiamo avuto la giusta attenzione da parte del legislatore. Questo tema è emerso in modo preponderante presso gli enti locali e non può non essere analizzato nell'ambito della sanità. In particolar modo nella sanità sappiamo che dall'emanazione della legge 502/92 abbiamo a disposizione il modello di riferimento delle sperimentazioni gestionali pubblico-privato: che cosa è successo negli ultimi anni e da dove siamo partiti?

Per cercare insieme a voi risposte a queste domande metterò sul tavolo alcuni spunti di riflessione emergenti da analisi effettuate con corso dello studio condotto in collaborazione con l'ente di ricerca toscano Pro-moPA in cui abbiamo provato a ricostruire un quadro nazionale di che cosa sono ora le sperimentazioni gestionali, in quali Regioni sono aperte e in quali invece sono state concluse, con quali modalità (riassunte al pubblico, privatizzate, altro). Daremo qualche risultato intermedio perché è un work in progress dal momento che abbiamo rilevato delle difficoltà da parte degli enti regolatori nel governare questo tipo di percorso.

Il modello delle sperimentazioni gestionali nasce ad inizio anni 90 all'avvio dell'aziendalizzazione della sanità, momento in cui si credeva molto nel recupero di efficienza, efficacia ed economicità in sanità attraverso l'impiego di strumenti di natura privatistica nella gestione. Le sperimentazioni gestionali nascono con l'art. 4, comma 6, della legge 412/1991 nel quale si fa riferimento all'opportunità nell'ambito sanitario di realizzare collaborazioni tra soggetti pubblici e privati finalizzate al miglioramento del sistema. Di fatto si introduce la forma della società mista in cui un partner di natura privatistica supporta il settore pubblico nell'erogazione di servizi, creando un modello finalizzato al miglioramento del servizio sanitario. Il D.Lgs. 502/92 introduce l'art. 9 bis, modificato dall'art. 10 del D.Lgs. 229/99, in cui si introduce il modello portante delle sperimentazioni gestionali (SG) indentificato nella società mista pubblico-privato. Il soggetto deputato al governo del modello delle SG sono le Regioni, in quanto sono gli enti che decretano il loro avvio. L'avvio di una SG infatti sottostà a una serie di normative e di vincoli legati alle ragioni di convenienza del processo gestionale, di miglioramento dell'assistenza e di coerenza con la pianificazione.

La conferenza Stato-Regioni è stata inizialmente il sog-

getto delegato all'autorizzazione delle SG ma, con la modifica dell'art. 9 bis da parte della legge 405/2001, art. 3, comma 1, il programma di SG viene ricondotto alla volontà regionale, eliminando il ruolo della conferenza Stato-Regioni. La Regione è da allora l'unico ente addetto al governo delle sperimentazioni sia in ottica strategica, indicando quali sono i settori dove avviarle, che nell'azione di monitoraggio avendo un ruolo di normazione con la possibilità di introdurre regolamentazioni sul tema.

Le analisi sulle SG si sono fermate agli anni 2011-2012, gli ultimi momenti in cui la letteratura e Agenas si sono occupati di questo tipo di processi, anche per il notevole impatto normativo generale a livello regionale.

Di recente il T.U. 175/2016 ha cercato di armonizzare la normativa sulle partecipate. Con la disapplicazione di alcune norme (art. 4, art. 17, art. 19), il T.U. esclude le sperimentazioni dal divieto di costituzione, acquisizione o mantenimento di partecipazioni in società aventi produzione di beni e servizi non strettamente necessarie al perseguimento delle finalità istituzionali con il tentativo di preservare il modello di sperimentazione rispetto al necessario riordino delle società partecipate.

Qual è il quadro delle sperimentazioni gestionali nel nostro Paese in questo momento?

Nessuno in questo momento ha una visione generale di questo fenomeno; probabilmente ogni Regione ha la sua idea, la sua strategia ma non vi è un quadro complessivo.

Esiste un approccio comune in merito alle SG? Quali sono state le scelte delle Regioni in momenti fondamentali delle SG (scelta dei modelli gestionali, fasi di avvio e conclusione)? La sperimentazione è un processo che tende a degli obiettivi; quando sono raggiunti, qual è il futuro della sperimentazione?

È necessario capire quali sono state le criticità e i pun-

ti di forza delle esperienze di SG per capire se questo modello è in grado di creare qualità, efficienza, efficacia ed equilibrio economico nella sua applicazione nei servizi sanitari.

Il tema deve essere approfondito con qualche ulteriore studio.

Ora passiamo a sentire i nostri relatori, che provengono dalle esperienze: Clinica di Riabilitazione Toscana (CRT) con il dg ing. Boncompagni e il dott. Paolucci, Fondazione Monza e Brianza per il bambino e la sua mamma con il direttore dott. Binelli, il dott. Rasi Caldogno per la ULSS Dolomiti Codivilla Putti di Cortina d'Ampezzo. Purtroppo per malattia non potrà essere con noi la dott.ssa Laura Raimondo, che ci avrebbe presentato il caso dell'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapia ad Alta Specializzazione – ISMETT Srl di Palermo.

Antonio Boncompagni, *Clinica di Riabilitazione Toscana (CRT) spa*

Buonasera. Grazie mille per l'invito. È un onore poter presentare la nostra realtà a un uditorio come questo. Sono il direttore Clinica di Riabilitazione Toscana (CRT) spa, ventennale società mista pubblico-privato a controllo pubblico con sede in Valdarno, nella provincia di Arezzo, che si occupa di riabilitazione in tutte le sue possibili declinazioni. La nostra esperienza nasce in Valdarno nel 1997 quando il prof. Gianfranco Salvini vi creò una scuola di riabilitazione, l'unica realtà del genere in tutta la Provincia di Arezzo. Dopo un primo studio di fattibilità fu deciso di attivare specifici rapporti societari per la costituzione di una società finalizzata all'erogazione di prestazioni riabilitative. Furono redatti lo statuto e l'atto di costituzione della società e definite le azioni operative e strutturali. L'obiettivo era ed è lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo me-

dante una società di scopo in una struttura con modalità di accesso semplificate, dotata di posti letto con alto comfort alberghiero e organizzata per la migliore fruizione possibile dei servizi offerti. Tra i soci fondatori furono annoverati il Comune di Terranuova Bracciolini, su cui insisteva e insiste in parte tutt'ora la struttura, e la USL 8, l'unità sanitaria locale di afferenza. Lo statuto prevede che il 51% della società rimanesse pubblica per cui il capitale sociale fu sottoscritto per più di 4 miliardi di Lire dalla USL 8 (83%) e 1 miliardo di Lire dal comune di Terranuova Bracciolini (17%).

Nel 1998 il progetto venne approvato. Gli output erano giornate di degenza e prestazioni ambulatoriali. Questa attività, se la dovessimo monetizzare oggi, varrebbe € 5,65 milioni mentre viene svolta per il medesimo territorio con un budget di €3,5 milioni, con un 40% di risparmio.

L'avvio del progetto fu sancito dalla delibera 75 del consiglio regionale toscano datata 23 marzo 1999 che ebbe come oggetto la costituzione della SPA Centro di Riabilitazione Terranuova Bracciolini; venne approvato il progetto e dato mandato al dg di costituzione di una società per azioni che destinasse i propri utili a interventi nel settore sanitario e socio-sanitario.

Il 1 gennaio 2000 tutte le attività riabilitative svolte all'interno dell'USL vengono trasferite in regime convenzionale presso il Centro di Riabilitazione Terranuova Bracciolini; vi sono trasferiti anche 45 dipendenti dalla USL. Lo stesso anno furono avviate le procedure per aumentare la compagine sociale, senza l'aumento del capitale sociale ma con l'alienazione del 20-25% delle azioni di proprietà della USL 8.

Il 15 febbraio del 2002 la USL deliberò la procedura di vendita delle proprie azioni all'Istituto Maugeri e all'Istituto Besta, gli istituti lombardi principalmente operanti nel settore, e alla banca del credito cooperativo del territorio del Valdarno. Furono inoltre sottoscritti

i patti parasociali che hanno di fatto guidato questa società fino ad oggi e ne hanno definito il consiglio amministrazione e il comitato scientifico per l'avvio di attività di ricerca. In particolare è stata sviluppata una progettualità tesa ad andare a presidiare nel prossimo futuro una parte del nuovo ospedale del Valdarno, in fase di costruzione. Lo sviluppo societario, nel complesso, porto alla realizzazione di un polo sanitario e socio-sanitario di alta specializzazione da poter essere adeguatamente collocato sia nell'ambito regionale che sovra-regionale, con conferma del riconoscimento della sperimentazione gestionale ai sensi dell'art. 9 bis del D.Lgs 229/99 mediante la modifica degli obiettivi strettamente territoriali.

Nel 2004 il CRT si trasferì presso l'ospedale di Santa Maria della Gruccia, nuovo monoblocco ospedaliero del Valdarno, in cui era stata predisposta un'intera ala all'attività riabilitativa. Nello stesso anno, come previsto dalla normativa, il CRT quale società mista pubblico-privato fu autorizzata, accreditata e convenzionata come qualsiasi altra realtà pubblica sanitaria. Nella legge regionale 40/2005 la Toscana incardina tra le Aziende sanitarie del SSR anche le SG, tra cui anche il Centro di Riabilitazione di Terranuova Bracciolini.

L'attività di questa società è stata oggetto, anno per anno, di relazioni, studi, approfondimenti per dare corpo e implementare l'azione di monitoraggio di ASL, Regione Toscana e Ministero della Salute.

Nel 2007 il CRT diventa per l'Azienda USL 8 di Arezzo il polo di riferimento per il trattamento delle gravi cerebro lesioni acquisite (codice 75) mettendo a disposizione 22-25 posti/letto.

Fino al 2010 ci si è concentrati nello svolgimento dell'attività riabilitativa di indirizzo della società senza dare la giusta attenzione alla gestione economica; il patrimonio societario si è così contratto da arrivare a soli 650 mila €, addirittura al di sotto del capitale so-

ciale iniziale. Si è quindi presentato un momento di seria difficoltà in era necessario decidere se considerare terminata questa esperienza o investirci, puntando sui servizi erogati.

Fu optato per ricapitalizzare questa realtà strutturando un rigoroso piano di crescita per il triennio 2012 – 2015. Nel 2015 l'ASL risollevò le sorti di questa realtà riprendendo le redini sanitarie e gestionali con la nomina del nuovo direttore sanitario e del nuovo direttore generale e, in sede di conferenza dei sindaci del Valdarno, rilanciando il progetto di costituzione di un IRCCS per cui erano stati fatti entrati i soci esterni. Il 29 settembre 2015 l'assemblea degli azionisti consolida l'assetto societario della SG, individuando nuovi obiettivi e progetti per l'evoluzione della società negli anni successivi, anche in vista dall'ampliamento del territorio d'ingerenza che viene esteso a tutta l'area vasta della Azienda USL Toscana Sud Est comprendente le Province di Arezzo, Siena e Grosseto: diversa strutturazione della direzione, rafforzamento dei rapporti con i partner e con il sistema del volontariato, valorizzazione sia della parte ospedaliera che di quella extra-ospedaliera, riorganizzazione dell'attività di ricerca e formazione. Il ruolo di centro riferimento per il trattamento delle gravi cerebro lesioni acquisite per un bacino d'utenza di 850.000 persone, rispetto alle sole 350.000 della provincia di Arezzo, ha portato a nuovi investimenti, che hanno portato il numero di posti letto da 25 a 35, e all'assunzione di più personale. Alla chiusura del bilancio al 31 dicembre 2015 fu ricostituito interamente il patrimonio aziendale e da quell'esercizio non ci sono più stati momenti di crisi di economicità per cui tutti gli anni successivi, compreso il 2018, la società è sempre stata in utile. Questa riorganizzazione e riassetto della società ha inoltre permesso di far ripartire le convenzioni con il presidio ospedaliero di proprietà della ASL relative alla gestione condominiale delle

strutture piuttosto che all'impiego dei servizi ospedalieri residenziali o sanitari (ad es. laboratorio analisi, radiologia, etc).

Nel 2015 mentre era chiaro il compito ospedaliero della CRT, per la presenza proprio all'interno dell'ospedale, non era invece stata declinata l'azione da svolgere nel territorio per la mancanza di sedi delocalizzate. Quando invece nel distretto del Valdarno sono stati aperti presso le case della salute dei comuni limitrofi dei centri territoriali di riabilitazione si è potuto delimitare le attività operative nel territorio come attività ospedaliera erogata in regime ambulatoriale.

Nel 2016 la Regione Toscana ha trasmesso l'ultimo monitoraggio delle esperienze di SG al Ministero (10 giugno 2016) e in seguito all'introduzione alla norma 175/2016 ha attuato una pseudo ridefinizione della CRT srl in società a controllo pubblico, controllata dall'Azienda USL Toscana Sud Est che agisce con proprio rischio di impresa commerciale al fine principale di:

1. erogare prestazioni sanitarie in campo riabilitativo, a seguito a conseguimento dell'autorizzazione sanitaria per lo svolgimento dell'attività;
2. accreditamento istituzionale per lo svolgimento di attività convenzionata con il SSR;
3. sottoscrizione di un contratto che disciplina l'erogazione delle prestazioni a carico del SSR.

Pur essendo una società assoggetta alla programmazione sanitaria regionale, viene fatto estraneo il rischio d'impresa per quanto riguarda la gestione aziendale organizzativa, economica e finanziaria. Parallelamente con la 175 sono stati attivati tutti gli adeguamenti previsti per le società a controllo pubblico: la 231, la normativa sull'anti-corruzione e sull'antiriciclaggio e tutto quello che comporta essere controllati da una società pubblica.

Sono state inoltre ridefinite le linee strategiche:

- cambio della ragione sociale con il cambio di ragione sociale da Centro Riabilitazione di Terranuova Bracciolini e Clinica di Riabilitazione Toscana;
- promozione della nascita di una fondazione intitolata a Gianfranco Salvini;
- missione di prevenzione della progressione della disabilità attraverso la riabilitazione, separando nettamente l'attività di riabilitazione da quella di gestione della disabilità.
- riorganizzazione del reparto ospedaliero.

A seguito della 175, ogni soggetto pubblico ha dovuto rivedere la sua volontà di rimanere all'interno di società per cui nel 2018 c'è stato un ulteriore cambiamento nella compagine sociale: il comune di Terranuova Bracciolini e la USL hanno deciso di rimanere, mentre l'istituto Besta e la Banca del Valdarno hanno deciso di uscire alienando le proprie azioni. È invece entrata l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese "Le Scotte", rafforzando l'impegno nella conduzione di attività di ricerca. Infatti il seguente motto è stato fatto proprio dalla nostra società: "Dove c'è buona clinica si può fare buona ricerca e viceversa". La recente approvazione di alcune nostre linee di ricerca e l'ottenimento di finanziamenti pubblici, per la prima volta dopo vent'anni, hanno dato nuovo impulso alla nostra attività e salvaguardato il prossimo futuro. Grazie per l'attenzione.

Alberto Romolini

Grazie per l'intervento. Dott. Binelli la invito a esporre in merito all'evoluzione della realtà che oggi rappresenta, gli obiettivi fissati e raggiunti e i percorsi avviati. In particolare le chiedo di dirci quali sono le maggiori problematiche che vivete come società mista pubblico-privato, anche rispetto al controllo effettuato dal soggetto regolatore?

Qual è il ruolo concreto che il socio privato ha avuto ed

ha nello sviluppo di servizi di qualità?

Questi sono alcuni elementi che potremmo di analizzare prendendo spunto dalla storia della sua Azienda.

Fabio Binelli, *Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua mamma*

Grazie dell'invito e dell'opportunità di partecipare a un momento di approfondimento così interessante.

Io non vi racconto la storia della nostra fondazione, che comincia intorno al 2005 e si sostanzia nel 2009, perché sono più interessato ad approfondire alcuni aspetti relativi al rapporto pubblico-privato e alla spesa.

Faccio una premessa obbligatoria relativa al contesto della Regione Lombardia, che negli anni 2000 ha impostato un forte rapporto pubblico-privato, oltre che nel settore sanità, tra soggetti che cooperano nella realizzazione di investimenti mediante la costituzione di fondazioni partecipate. Regione Lombardia ha ristrutturato e riorganizzato 7/8 presidio ospedalieri attraverso il sistema del project financing: il privato si accolla l'onore degli investimenti a fronte di canoni pluriennali corrisposti dal pubblico, che vanno in spesa ordinaria piuttosto che in conto capitale, con cui viene ripagato l'esborso sostenuto dal privato. Questo rapporto pubblico-privato viene impiegato in particolare per attività di costruzione e per servizi non sanitari (facility management di varia natura). L'altra area è stata invece quella della compresenza pubblico-privato, con l'esclusione dell'accreditamento di soggetti privati per l'erogazione di sanità privata accreditata, che si sostanzia con gli atti normativi e deliberativi regionali seguiti alla 502 in cui la sperimentazione gestionale viene definita come lo strumento di collaborazione tra pubblico e privato e si sostanzia nella costituzione di fondazioni, in particolare di fondazioni di partecipa-

zione.

Come 'Fondazione Monza Brianza per il bambino e la sua mamma' siamo una fondazione di partecipazione, recentemente diventata Onlus. Per dimensione siamo la sperimentazione gestionale più grossa della Lombardia e una delle più grosse a livello nazionale in termini di fatturato e di dipendenti: circa 400 dipendenti deputati allo svolgimento dell'attività ospedaliera, 57 ricercatori impegnati nella ricerca sulla patologia principale che curiamo, la leucemia linfoblastica in età pediatrica, e un bilancio di circa 35-38 milioni € annui. La nostra componente privata è no profit ovvero finanzia con risorse proprie e reinveste gli utili nel settore pubblico. Siamo la 40a associazione nazionale su 40.000 pur esistendo soltanto a Monza e poco a Milano.

Dentro il quadro nazionale sulle SG è interessante il confronto con altre esperienze che si sono già consolidate come IRCCS, come ad esempio l'ISMETT di Palermo o l'istituto oncologico dell'ospedale di Forlì, grazie alla collaborazione con privati che ha consentito di sostenere i costi dell'erogazione di servizi di alta qualità. Dove possono andare queste esperienze che nascono esclusivamente pubbliche e operanti in aree specialistiche e diventano un ibrido pubblico-privato d'eccellenza, in cui la ricerca è parte integrante dell'attività, come l'insegnamento e la didattica? Possono essere classificate come un possibile e diverso modello di welfare da rafforzare nel tempo. La nostra Fondazione in questi anni ha fatto risparmiare moltissime risorse pubbliche a Regione Lombardia ampliando inoltre la sua attività. Se l'attività svolta fino ad oggi da noi fosse stata a carico del soggetto pubblico, cioè dall'ospedale con il quale stiamo facendo sperimentazione, Regione Lombardia avrebbe speso in 10 anni circa 30-35 milioni di euro in più, risorse che ha potuto investire in modo diverso. Inoltre il privato ha raccolto altrettanti 30 milioni sulla gestione corrente (circa 2,5/3 milioni

all'anno) nel corso degli anni e ha investito circa 15 milioni per la costruzione di un building interamente a suo carico. Tutti questi soldi vengono dall'impegno dell'associazione privata dei genitori dei bambini malati di leucemia che noi curiamo, del valore di circa 15 milioni di euro, le cui risorse arrivano dal 5 per mille dai cittadini e dalle donazioni di chi ha utilizzato il servizio per la cura di questa patologia oncologica nel corso degli anni e ha colto una tale qualità nel servizio offerto, colto e percepito esattamente come un servizio pubblico, con cui non c'è nessuna differenza, che decide di donare. In un ambito totalmente pubblico, c'è la percezione di poter dare del denaro per farlo funzionare meglio perché si vede come funziona e si è informati su dove vengo spesi i soldi ricevuti.

Noi operiamo dentro l'ospedale e una quota del nostro personale viene proprio dall'assegnazione che questo ci ha fatto. All'inizio avevamo il 90% di dipendenti dell'ospedale e il 10% che erano nostri mentre adesso siamo al contrario (assunzione diretta di 300 dipendenti a fronte di 100 dell'ospedale).

In merito alle difficoltà riscontrate sarebbe opportuno chiedere ai decisori pubblici di investire parte delle risorse private spese in sanità, che valgono circa 25-30 miliardi all'anno sul livello nazionale, su questo tipo di modello visto il successo ottenuto. All'ospedale pubblico al 100% non sarebbero mai arrivate così tante donazioni se non fosse stata percepita la differenza tra la gestione esclusivamente pubblica, nel senso di esclusiva proprietà pubblica, e quella altrettanto pubblica ma che coinvolge la comunità (Welfare di comunità), dà dei risultati differenti e consente di spostare risorse importanti dalla spesa sanitaria privata (out of pocket) all'interno di SSR attraverso le donazioni. Non è un modello che si può estendere a qualsiasi tipologia di struttura sanitaria, di ospedale o di struttura territoriale però deve esserne riconosciuta la funzionalità

nel settore salute. Conseguentemente le SP virtuose in sanità devono essere supportate per dare il giusto riconoscimento a chi si è impegnato per il raggiungimento dell'eccellenza ed è trasparente nella spesa del proprio denaro all'interno della struttura ospedaliera. L'associazione raccoglie 7-8 otto milioni di euro uno ad uno, non con grandi donazioni. La comunità infatti è disponibile a donare nel momento in cui coglie una differenza nel modo di lavorare e nel modo di essere differente.

Che cosa facciamo nello specifico? La nostra fondazione ha preso in carico tre reparti (pediatria, ostetricia e neonatologia) dell'Azienda Ospedaliera di Monza clinicizzata, cioè convenzionata con l'università di Milano "Bicocca", in cui non curiamo solo il paziente (un bambino che ha la leucemia o un neonato prematuro alla ventiquattresima settimana o una mamma che viene a partorire) ma la pluralità di soggetti vicini a questo, nella fattispecie soprattutto della famiglia. Il nostro approccio è di totale accoglienza della vita del paziente nel momento della cura per cui abbiamo 10 docenti della scuola di Monza che insegnano in ospedale, diamo ai nostri ragazzi la possibilità di sostenere la maturità, di fare sport e implementiamo tutte le attività necessarie a permettere lo svolgimento di una vita normale, nonostante la malattia.

In termini di potenziamento dei servizi abbiamo realizzato la prima e la più grossa neonatologia in Italia senza l'open-space in terapia intensiva neonatale dotando invece tutte stanze singole di un sistema di monitoraggio non più alla culla ma con re-indirizzamento di tutti i parametri vitali misurati al bambino secondo intensità di cura sugli smartphone degli infermieri e dei medici cosicché i genitori, se lo desiderano, possono vivere 24 ore al giorno con il loro bambino. Abbiamo messo l'innovazione tecnologica a servizio dell'umanizzazione dell'assistenza e della cura. Siamo l'unico centro

in Italia che ha sperimentato sui bambini l'utilizzo del CAR, sia in collaborazione con una multinazionale che ormai ha commercializzato il CAR-D per questo tipo di malattia, che con una self factory di cellule staminali di proprietà dell'ospedale in cui il nostro personale ha sviluppato e brevettato una tipologia di CAR-G. Abbiamo già avuto l'autorizzazione dell'AIFA per la sperimentazione clinica in una decina di bambini presso il nostro ospedale e negli adulti presso l'ematologia dell'ospedale di Bergamo.

A fronte di tutto ciò il tema della sperimentazione gestionale, dal nostro punto di vista, sta in piedi se ha:

- elementi di welfare, di raccolta fondi, di comunità;
- elementi di innovazione, radicati nella ricerca;
- supporto e attenzione da parte del soggetto regolatore, che avremmo preferito più presente.

Con la prospettiva di una fondazione IRCSS comune tra pubblico e privato, in accordo con l'Azienda Ospedaliera, vorremo in particolare un maggiore sostegno da parte del regolatore con l'emanazione di provvedimenti che favoriscano queste realtà virtuose piuttosto che ostacolino il loro sviluppo. Ad es. in Lombardia la normativa regionale prevede l'incremento del DRG alle cliniche universitarie quale rimborso per lo svolgimento dell'attività didattica e di ricerca. L'ospedale pubblico prende il 24% in più sulle tariffe dei DRG mentre noi, siccome siamo accreditati come privati, prendiamo solo l'8% in più per fare la stessa identica cosa. In un ambito di SG, non contestando il principio generale del privato, si paga l'inefficienza del pubblico. Questa differenza, come molte altre, almeno nella fase di SG sarebbe stato opportuno fossero riequilibrate per incoraggiare realtà private no profit come la nostra che investono in building o in personale o in ricerca o pagano all'università le borse di studio per i ricercatori o i professori associati.

Alla luce di tutto ciò speriamo in una riflessione da par-

te dei regolatori in merito a questi assurdi meccanismi cosicché vi possa essere un reale supporto alle SP garanti dell'eccellenza, dell'efficacia e dell'economicità del SSR.

Alberto Romolini

Ti ringrazio perché hai dato degli spunti di riflessione interessanti. Non c'è dubbio che in Lombardia il numero di sperimentazioni sia stato molto alto e, quindi, un caso di studio significativo. Senz'altro è interessante la relazione col territorio e la ricerca della elevata specializzazione, che accomunano le due esperienze presentate fino ad ora. Il mondo delle SG è estremamente complesso perché sono diverse le scelte regionali sul loro utilizzo e sui possibili modelli, dalla società di capitali alla fondazione partecipazione. Questo è un po' il problema principale delle analisi sul tema. L'elemento del controllo da parte del soggetto regolatore pubblico non può sfuggire per la complessità del sistema; questo aspetto secondo me deve essere monitorato. Il prossimo relatore, il dott. Paolucci, invece analizzerà in dettaglio alcuni aspetti dell'applicazione del testo unico sulle partecipate e degli effetti generati sulle sperimentazioni.

Franco Paolucci, *Clinica di Riabilitazione Toscana (CRT) spa*

Buon pomeriggio. Ho un ruolo nel Consiglio di Amministrazione della Clinica di Riabilitazione Toscana, realtà del Valdarno aretino che vi è stata appena presentata.

La difficoltà principale delle sperimentazioni gestionali è capire che cosa sono e che cosa fanno in relazione alle indicazioni fornite dal regolatore, la Regione o chi per essa, con cui dovrebbero essere condivisi rego-

le d'azione e i criteri di controllo. Le SG sono spesso Aziende specialistiche, un quid nel SSR, con un assetto societario pubblico-privato che risponde sia al codice civile che al controllo pubblico. Questa particolare caratterizzazione apre scenari multipli di azioni e giurisdizione in cui il Testo Unico cerca di uniformare il contesto normativo.

Le SG sono state riconosciute dal TU come società in controllo pubblico che si contraddistinguono per elementi specifici quali l'erogazione di prestazioni ed elementi di innovazione ed efficienza.

Quando la norma dice che un'amministrazione può costituire, mantenere, gestire una società, sono state già definite le regole del gioco secondo le quali questa società deve essere efficiente nella gestione, avere un regolamento interno volto a tutelare la concorrenza, deve gestire la spesa pubblica, possedere un ufficio di controllo interno che si coordini con il controllo esterno e dotarsi di un codice di condotta e di un programma di responsabilità sociale d'impresa. Questo assetto stimola a lavorare bene perché vengono impiegati e rendicontati soldi pubblici per perseguire l'interesse generale erogando un servizio di alta qualità, ad alta efficienza economica. Le SG sono ancora spesso in anticipo sui tempi perché redigono già da tempo la relazione sul rischio d'impresa, il bilancio sociale, conducono programmi avanzati di ricerca quale testimonianza del grado di eccellenza e innovazione da queste raggiunto. Se le SG sono della eccellenza perché non lavorare affinché ce ne siano di nuove?

Purtroppo non c'è un impegno serio del regolatore nella gestione e nel controllo di queste realtà per cui è necessario che le SG facciano rete tra loro per condividere prassi e linee di indirizzo per rendere efficienti queste strutture e di indirizzo per trovare soluzioni comuni ai problemi. Le SG in sanità essenzialmente si raccontano tra loro, rendicontano al legislatore pedis-

sequamente in attesa di un feedback da questo, fanno sistema con il SSN, cornice di riferimento, e promuovono attività proattive, oltre quella ordinaria, per un continuo miglioramento non per un obbligo imposto dalla normativa ma quale sua facoltà (legge 175, arti. 6: fare rendicontazione sociale è una scelta). È così avviato un dialogo con tutti i portatori di legittimo interesse (pazienti, famiglie, associazioni, personale, Regione, territorio, istituzioni scientifiche, etc.) finalizzato a intercettare il bisogno del territorio e a presentare una valida risposta in grado di soddisfarlo.

Facendo specificatamente riferimento alla CRT, quale declinazione delle SG, questa è una società di capitale in controllo pubblico che deve chiudere in positivo, rendere conto al legislatore ed essere trasparente; è passata da essere una SG nel 1999 ad Azienda territoriale ad alta specializzazione. La nostra missione è rendere tutti i giorni un servizio di cura con criteri di efficacia, efficienza, qualità, appropriatezza delle cure, imparzialità, partecipazione condivisa (focus ed obiettivi regionali fotografati annualmente dalla Regione) in trasparenza ed equilibrio finanziario, investendo sempre sul nostro lavoro.

A conclusione del mio intervento è necessaria una riflessione su quanto costa alle realtà nate dalla SG ottemperare a tutti gli adempimenti previsti dalla normativa; il decisore intervenga riducendo questa pressione burocratica. Per sopportare questo peso cerchiamo di fare sistema; per ciò abbiamo promosso come CRT uno studio che facesse un'istantanea della situazione delle SG in Italia. Grazie per l'attenzione.

Alberto Romolini

Grazie. Fino ad ora abbiamo sentito gli operatori, adesso sentiamo i regolatori del processo.

La parola quindi al dott. Rasi Caldogno della ULSS

1 Dolomiti, ospedale Codivilla-Putti di Cortina, che ci mostrerà il punto di vista di chi sta dalla parte del soggetto che regola il sistema delle sperimentazioni gestionali.

Adriano Rasi Caldogno, *Ulss1 Dolomiti Ospedale Codivilla Putti Cortina D'Ampezzo*

Buonasera a tutti voi. Sono il direttore generale dell'Azienda 1 ULSS Dolomiti che ha sede a Belluno. Vi illustrerò il percorso che ha connotato la sperimentazione gestionale dell'Istituto Codivilla Putti con sede a Cortina d'Ampezzo. Dei cenni introduttivi. L'Istituto nasce per volontà del prof. Putti, primario e animatore dell'Istituto Rizzoli di Bologna, con l'acquisizione di un grande albergo di matrice asburgica (Cortina fino al 1919 era Tirolo e quindi faceva parte dell'Impero austro-ungarico). Subito dopo la fine della prima guerra Cortina viene individuata come un luogo ottimale per la cura della tubercolosi ossea mediante l'elio terapia, a quei tempi in gran voga. Nasce così il padiglione Putti con un centinaio di posti letto; nel 1938 viene costruito, sempre da parte dell'Istituto Rizzoli, il nuovo padiglione Codivilla a circa 300 metri dal precedente con 180 posti letto, di notevole qualità architettonica, in una parte ben esposta della vallata ampezzana, proprio sotto il Monte Cristallo. Nel secondo dopo guerra queste strutture furono ulteriormente ampliate fino ad avere 400 posti letto; gli anni sessanta sono stati il periodo di massimo splendore di questa realtà. Dal 1980, con la riforma sanitaria di qualche anno prima, l'Istituto Rizzoli cede la struttura all'Unità Locale Socio-Sanitaria 1 del Cadore. Per una progressiva difficoltà gestionale, dovuta ai continui investimenti e all'evoluzione delle terapie proposte, si affievolì il ruolo e il prestigio che aveva connotato nei decenni precedenti il Codivilla-Putti. La struttura passa poi alla gestione

diretta da parte dell'unità sanitaria locale 1 di Belluno, frutto dell'unificazione di altre delle ULSS di Pieve di Cadore e di Agordo.

Con una delibera di fine 1999 la regione Veneto avvia una sperimentazione gestionale sul Codivilla-Putti di Cortina. Nel 2002 viene autorizzato l'avvio della sperimentazione con un partner privato (51% Ulss 1 Belluno, 49% privato). A luglio 2003 parte operativamente la SG con l'obiettivo di migliorare, sviluppare, qualificare l'attività attraverso un processo di razionalizzazione e di innovazione organizzativa nonché di riconversione strutturale. Il tema fondante di questa sperimentazione era la necessità di avviare un programma di investimenti in quanto la struttura ormai non era più adeguata agli standard qualitativi richiesti per un istituto con delle ambizioni di più ampio respiro rispetto all'erogazione della sola attività ambulatoriale sul territorio di afferenza. Nel 2009-2010 la giunta regionale richiese a un team di esperti di effettuare una revisione sulle diverse esperienze di sperimentazione avviate in Veneto; oltre al Codivilla-Putti ce n'erano almeno altre quattro, alcune molto rilevanti come dimensioni, altri invece minimali al uso cittadino-provinciale. Nel 2011, con un rapporto richiesto ad Agenas, vennero esaminate tutte le SG mettendo a confronto i pro e i contro delle diverse esperienze. Il Covidilla-Putti purtroppo nel corso della sperimentazione non è mai stato gestito in modo ottimale a causa di una serie di vicissitudini di ordine legale-amministrativo che sono verificate negli anni e sebbene si siano concluse tutte con archiviazione o assoluzioni.

L'esito di questa fase di revisione e valutazione portò alla scelta di concludere questa sperimentazione, in quanto tale, e di farle assumere un'altra veste: o una assunzione in toto da parte del socio pubblico oppure il passaggio a una gestione totalmente privata. Nel 2014 la giunta regionale stabilì la conclusione della

sperimentazione a fine aprile 2017, la deadline rispetto all'attività della società, con la totale acquisizione da parte dell'ente pubblico.

La definizione dei rapporti tra il socio pubblico, l'ULSS Dolomiti, e il socio privato non fu priva di problemi ma ciononostante nell'estate del 2017 il pacchetto azionario del Codivilla-Putti fu pienamente acquisito dall'Azienda Sanitaria ULSS Dolomiti. Dal 29 aprile 2017 la società sostanzialmente interruppe tutte le attività sanitarie nell'ospedale di Cortina eccetto quelle inerenti il punto di primo intervento e il poliambulatorio, in cui è subentrata nella gestione diretta da parte dell'Azienda sanitaria. Dal mese di maggio 2017 la gestione della parte ospedaliera, soprattutto ortopedia e riabilitazione, fu assunta da un'altra società costituitasi come SG, la società ORAS di Motta di Livenza con soci l'Azienda ULSS di Treviso (96-97%) e il comune di Motta di Livenza con una partecipazione del 3-4%. La ULSS 1 Dolomiti entrò anch'essa a far parte dell'assetto societario con una partecipazione del 10%, come oggi, per consentire l'affidamento 'in house' delle prestazioni di gestione ospedaliera. Tranne il mese di maggio 2017, l'ospedale Codivilla-Putti ha sempre svolto le sue attività ospedaliera. Con la piena cessione della società all'ULSS Dolomiti fu avviata, di lì a poco, la liquidazione della società stessa in forza del Testo Unico sulle partecipate pubbliche. Il passaggio delle competenze è stato supportato da una serie di delibere della giunta regionale e della quinta commissione sanità, che hanno modificato le schede di dotazione dell'ospedale di Cortina in termini di posti letto. Per congruenza con il DM 70, fu deliberata l'assegnazione formale delle attività di ricovero dell'ospedale di Cortina d'Ampezzo all'ospedale riabilitativo ORAS e fu sottoscritta in contemporanea la convenzione ULSS Dolomiti e ORAS per l'ingresso nel capitale sociale.

Effettuata questa operazione strategica il dibattito si è

concentrato su che cosa fare dell'ospedale Codivilla-Putti a fronte del fallimento della SG protrattasi per ben 14 anni invece dei 3-5 anni prefissati. Questa continua incertezza rispetto al destino di questa realtà ha portato indubbiamente a una stagnazione degli investimenti e a una gestione di non di più ampio respiro. Nel 2018 la giunta regionale ha dato degli indirizzi strategici molto precisi per far ripartire questa realtà. La scelta è stata quella di mettere a bando il reperimento di un soggetto privato per un rapporto di concessione ventennale per la gestione integrale del Codivilla-Putti, o meglio dell'ospedale di Cortina. La giunta regionale, e prima ancora il consiglio regionale nella quinta commissione sanità, ha affidato ad Azienda Zero la gestione di tutta la fase di gara. Proprio in quel periodo si stava profilando la possibile assegnazione a Cortina d'Ampezzo dei mondiali di sci nel gennaio-febbraio 2021 e la candidatura per le Olimpiadi Invernali del 2026.

Poiché entrambe le presentazioni sono andate a buon fine alcuni mesi orsono, la Regione Vper eneto ha subito stanziato circa 20 milioni di euro per procedere alla ristrutturazione del padiglione Codivilla-Putti per la realizzazione di una nuova struttura che ospiterà il punto di primo intervento e che diventerà un Pronto Soccorso vero e proprio con ben altra qualità rispetto all'attuale.

In seguito a gara l'aggiudicazione dell'appalto di concessione mista di costruzione e di gestione dell'ospedale di Cortina è stata affidata a un raggruppamento temporaneo di imprese con mandataria la società Maria Cecilia Hospital GVM, società romagnola tra le prime 5 società private nel campo della sanità in Italia. A fine di settembre è avvenuto il passaggio di gestione dell'attività da ORAS e ULSS a GVM e quindi, attualmente, abbiamo come Azienda ULSS 1 Dolomiti il presidio ospedaliero HUB provinciale a Belluno e il

presidio ospedaliero Santa Maria del Prato di Feltre, che è anche un riferimento extra regionale per la Provincia autonoma di Trento, l'ospedale pubblico monospecialistico nel campo della riabilitazione di Lamon e due ospedali montani di rete ad Agordo e Pieve di Cadore. Abbiamo un privato accreditato che presso l'ospedale di Cortina sta gestendo il punto di primo intervento, il poliambulatorio e una ventina di posti letto allocati temporaneamente presso il padiglione Putti mentre dal 1 ottobre 2019 sono in corso i lavori di ristrutturazione del Codivilla-Putti.

Un altro problema non di poco conto, oltre a quello strutturale e gestionale, è quello relativo al reclutamento del personale per le norme e i vincoli in materia che rendono sempre più problematico l'esercizio da parte di un ente pubblico come l'Azienda ULSS in un ospedale in una zona ostica come quella di Cortina. Pensate alle difficoltà nel trovare alloggio da parte del personale con delle retribuzioni standard che sottostanno al CCNL valido su tutto il territorio nazionale e nel trovare motivazioni sufficienti per decidere di restare; il bacino di professionalità autoctone non riesce a soddisfare le necessità di una struttura di questo tipo. È gioco forza quindi, con le norme esistenti, cercare l'aiuto di soggetti privati che hanno indubbiamente le mani molto meno legate rispetto a tutta l'attività gestionale. Io mi auguro che con questo grosso investimento della Regione l'ospedale di Cortina possa rappresentare un fiore all'occhiello della sanità veneta, oltre che italiana, prima per i mondiali 2021 e poi soprattutto per le Olimpiadi 2026. Vi ringrazio per l'attenzione. Grazie.

Alberto Romolini

Grazie al dott. Adriano Rasi Caldogno per il suo intervento e a tutti gli intervenuti a questa tavola rotonda. Se non ci sono altre considerazioni, invito Niccolò a

trarre le conclusioni della tavola rotonda.

Niccolò Persiani

Devo ringraziare tutti i relatori di oggi per l'entusiasmo che hanno messo nel raccontarci le loro esperienze e per i dati che ci hanno presentato.

Richiamando gli interventi della mattinata, è stata di estremo interesse la panoramica che il dott. Grasselli ha fatto sulle partecipate, assolutamente un universo di soggetti controllati da conoscere meglio. Quando si parla di partecipate della pubblica amministrazione, facciamo riferimento a tutta una serie di servizi che il pubblico altrimenti non riuscirebbe a dare con le stesse modalità. Si tratta di realtà d'eccellenza con una notevole capacità di investimento. Ecco che il privato, in particolari contesti, offre risorse che oggi il pubblico non è in grado di attrarre o allocare per potenziale le proprie attività e ristrutturare le sue realtà. Riflettendo un attimo sugli aspetti negativi, c'è un problema di trasparenza e di rendicontazione imputabile al non utilizzo di una modalità univoca. Il bilancio sociale non può essere lo strumento per il controllo su questa realtà della Corte dei Conti per cui all'interno di queste strutture deve essere strutturato qualcosa di più valido. C'è ancora il tema della misurazione dei risultati per cui manca un sistema oggettivo e strutturato. Sarebbero necessari un serie di indicatori sulla falsa riga dei bersagli proposti dal MES alle Regioni.

8 novembre 2019

Mattina

APERTURA DEI LAVORI

Alberto Naticchioni, *Amministratore Unico Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica*

Direi che la prima giornata è stata ottima per contenuti e per partecipazione. Credo che anche questa sarà altrettanto interessante.

Lascio la parola per un saluto al dott. Rossetti, direttore regionale per la sanità, il Welfare, oltre che lo sviluppo e l'istruzione della Regione Umbria che ieri mattina non è potuto intervenire essendo fuori Regione.

Prima però la parola a Niccolò Persiani, direttore scientifico.

Niccolò Persiani, *responsabile scientifico del Laboratorio*

Ben ritrovati ai partecipanti di ieri. Benvenuti a chi è arrivato solo oggi.

La giornata di ieri è stata particolarmente interessante perché ci sono stati offerti importanti spunti di riflessione sul sistema. Credo però che tutti siamo usciti un po' con un senso di inadeguatezza: sono state lanciate tante sfide ma sono a disposizione così poche risorse e strumenti inadeguati per tanti problemi, tanta complessità, per rispondere a grandi supervisor.

La giornata di oggi vuol cercare di dare soluzione almeno a due dei problemi principali. Il primo problema è quello degli strumenti. Oggi si terrà una tavola rotonda complessa, che affido a Natalia, proprio sui sistemi informativi integrati; possiamo essere bravi quanto si vuole, possiamo aver studiato quanto si vuole ma

ormai oggi con carta e penna non si fa più niente. I nostri sistemi cominciano a essere vecchi e a sentire tutti i limiti del datato sistema gestionale; stanno quindi comparando nuove soluzioni e strumenti. Ci sono delle Regioni che stanno facendo delle scelte estremamente importanti e che oggi ce le presenteranno quale spunto per il dibattito.

Oggi pomeriggio invece parleremo dell'altro strumento di cui abbiamo bisogno, il sistema di controllo. Ieri ho apprezzato in maniera particolare il salto di qualità del sistema di controllo della Corte dei Conti.

Può diventare un problema se non si evolvono anche i nostri sistemi di controllo interno, se noi non siamo in grado di seguire questi controlli esterni facendo crescere la nostra capacità interna di autocontrollo.

La tavola rotonda di oggi parlerà proprio di tutti questi nuovi strumenti di controllo. Buon lavoro a tutti.

Luigi Rossetti, *direttore salute e welfare Regione Umbria*

Buongiorno a tutti. Scusatemi per la mancata presenza di ieri rispetto a chi ha già presenziato ai lavori di questo nono Laboratorio di benchmarking. Un ringraziamento non scontato a Niccolò Persiani e ad Alberto Naticchioni perché, come dice un mio amico: "Poco se mi considero, molto se mi comparo". Grazie a loro la piccola Umbria è un'eccellenza rispetto a questa attività di confronto e scambio di esperienze tra Regioni, che è fondamentale. Volevo darvi un mio contributo con una riflessione di sistema.

Siamo di fronte a un ciclo molto complesso mosso dall'aging of population, l'invecchiamento della popolazione, dal ciclo tecnologico dato dall'evoluzione digitale e dal ciclo ambientale. Pensate allo stress che questi 3 macro temi determinano sui grandi sistemi che assicurano la tenuta dei diritti di cittadinanza:

il Welfare, l'healthcare e l'education. Un'esperienza come questo Laboratorio, che va avanti da 9 anni e con la prospettiva di festeggiare il decennale, hanno una funzione chiave per un impegno congiunto nella ricerca di soluzioni praticabili.

Questa è la sfida fondamentale a cui siamo tutti chiamati oggi, cioè transitare da un modello in cui sostanzialmente si facevamo i conti sotto/sopra la riga dell'equilibrio economico, a un modello economico che si interfaccia con la qualità dei servizi che rendiamo cittadini. In questo senso esperienze come questa in cui 16 Regioni si confrontano, confermano che siamo di fronte a un'eccellenza a livello nazionale, al di là della competenza tecnica di altissimo livello. L'auspicio è quindi di riuscire a incardinare stabilmente questa dimensione. Questo tipo di esperienze vanno esattamente nella direzione di rafforzare quei meccanismi, che sono sempre più sotto l'attenzione dei cittadini, dei 'policy maker' e di coinvolgimento dei tecnici per vincere la scommessa delle pubbliche amministrazioni: la transizione dall'adempimento alla qualità dei servizi, dalle procedure all'attenzione al fruitore.

In questo senso penso che quello che avete visto ieri, che mi è stato riferito con dovizia di dettagli, e quello che si prospetta per oggi, con riferimento alle strumentazioni e all'applicazione del ciclo tecnologico proprio a questo tipo di analisi e di valutazioni, rappresenta un punto di partenza. Non deve essere fatta soltanto una riflessione tecnico-strategica ma deve essere elaborata una solida programmazione sanitaria, punto cardine su cui articolare, riarticolare e determinare le modalità di gestione dei diritti di cittadinanza. Siamo tutti responsabili. Buon lavoro.

SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI

Moderatore: **Natalia Di Vivo**

Natalia Di Vivo

Buongiorno. I sistemi informativi non sono proprio la mia materia, in quanto economista che si occupa di spesa per cui quando il prof. Persiani mi ha invitato a coordinare questa tavola rotonda, ho riflettuto in attimo sul tema.

In effetti per poter fare programmazione e analizzare quello che succede in sanità, e quindi nelle Aziende, oggi servono necessariamente i sistemi informativi che raccolgono e generano i dati, gli elementi fondamentali per poter prendere qualsiasi scelta.

In assoluto il dato economico è stato quello maggiormente studiato e, ad ora, più attendibile. Nell'ambito sanitario le informazioni sono sicuramente più complesse per cui c'è ancora qualche difficoltà nell'analizzarle e processarle. Ad oggi è auspicabile arrivare a poter unire le informazioni economiche con quelle sanitarie, sebbene fino siano state disgiunte per avere una chiara visione sull'organizzazione del sistema salute.

Queste esigenze nascono principalmente con il percorso di certificabilità. Come Agenas abbiamo seguito le Regioni nell'attuazione dei PAC e nel corso dei vari incontri abbiamo osservato come dappertutto sia in fase di sviluppo un sistema informatico (SI) capace di garantire il dato economico per poter arrivare alla certificabilità dei bilanci.

Cominciamo quindi dall'esperienza della Regione Basilicata con Mazzeo e Recine che ci presentano come questa, che ha già certificato il consolidato regionale, si è aiutata con il sistema informativo complesso e di ultima generazione per favorire e semplificare il rag-

giungimento di questo obiettivo.

Nicola Mazzeo, *Regione Basilicata*

Buongiorno a tutti. Sono Nicola Mazzeo, responsabile del sistema informativo aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza e sono qui perché ho partecipato alla stesura del capitolato d'appalto che ha portato all'acquisizione del nuovo sistema informativo contabile della Regione Calabria. Saluto tutti gli intervenuti e gli organizzatori. Insieme a me c'è il dott. Recine del dipartimento delle politiche della persona della Regione Calabria. Io vi parlerò di come siamo arrivati all'acquisizione di questo sistema informativo contabile e lui di quelli che sono stati e sono i desiderata della Regione Basilicata, di quello che abbiamo fatto fino adesso e di quello che ci proponiamo di ottenere con l'implementazione del nuovo sistema informativo.

In Basilicata parliamo di acquisire questo nuovo sistema informativo contabile da novembre 2011, quando è avvenuta la prima stesura del capitolato. Si è deciso di acquistare un sistema informatico unico regionale per uniformare le procedure amministrativo-contabili nelle varie Aziende, come richiesto dal Ministero con il 118 e per ottemperare al percorso della certificabilità. Per la stesura del capitolato in prima istanza abbiamo realizzato una bozza che è stata sottoposta all'attenzione di tutte le Aziende e revisionata dai tavoli di lavoro congiunti. Il percorso che ha portato alla redazione del capitolato definitivo (tredicesima stesura) è stato lungo ed articolato perché tutti gli uffici interessati sono stati coinvolti tramite gruppi di lavoro. I principali moduli del sistema previsti nel capitolato sono i seguenti:

- il work-flow per la descrizione e la standardizzazione dei processi in grado di potersi adattare ai bisogni progressivamente emergenti;
- la gestione amministrativo-contabile, sia per la

parte economica patrimoniale che per la parte di contabilità analitica;

- la gestione degli ordini degli approvvigionamenti;
- la gestione magazzini economici, tecnici e farmaceutici;
- la gestione dei cespiti e dell'inventario;
- la gestione della cassa economica;
- un cruscotto direzionale che possa interrogare il database sia lato Azienda che lato Regione.
- Resta fuori solamente la gestione del personale.
- Oltre agli aspetti gestionali, le caratteristiche strutturali che questo sistema deve avere riguardano:
- un'installazione unica per tutta la Regione che gestisca l'unica base dati e che consenta la condivisione delle anagrafiche;
- un'autenticazione unica nel sistema;
- la presenza di applicazioni sui domini delle varie Aziende;
- un alert di processo, che si attivi in caso di non risposta nei tempi previsti da parte dei singoli operatori e che avvisi il dirigente affinché solleciti.

Il sistema deve essere in grado sia di integrare le procedure particolari delle singole Aziende che di permettere una gestione contabile separata per Azienda.

L'aggiudicazione è avvenuta nel novembre del 2016 e, a seguire, sono stati predisposti contratti separati per singole Aziende; l'ultimo dei contratti è stato stipulato a fine luglio 2017.

Si è partiti con la realizzazione dell'infrastruttura tecnologica e con l'implementazione del sistema ERP, che ha previsto la costituzione di gruppi tematici per procedura e per ufficio. Questi gruppi hanno lavorato per la definizione delle procedure trasversali a tutte le Aziende e per la configurazione del sistema. Nonostante i tempi ristretti, le Aziende hanno deciso di partire a regime il 1 gennaio 2018; abbiamo naturalmente previsto un congruo tempo di affiancamento e di forma-

zione nel quale la ditta giudicatrice è stata a supporto degli operatori.

Dovete considerare che l'informatizzazione è stata molto estesa dal momento che ha interessato tutti i servizi, con il coinvolgimento di più di 3000 operatori di estrazione diversa, 1000 postazioni di lavoro da configurare e in più di 30 sedi distanti tra di loro e non sono facili da raggiungere. Questa realizzazione è stata possibile grazie alla scelta di una soluzione completamente web, quindi senza necessità di installazione fisica ma solo tramite link. Dalla ditta aggiudicataria è stata prevista un'unica installazione su dei server centrali a Potenza, replicata in un sito di disaster recovery a Matera.

Abbiamo puntato molto sull'utilizzo del work-flow per la gestione dei processi e degli alert. Ad oggi questo modello, dato il poco tempo a disposizione per il suo sviluppo, prevede la disposizione solo di una configurazione base che comprende tutti i processi attualmente in uso; questa sarà successivamente implementata in funzione dei vari controlli che i singoli uffici vorranno fare quale strumento a supporto di questi.

Nel sistema di contabilità è stata data la possibilità di avere una multi organizzazione dei dati sottomesa alla chiave contabile, le cui 11 dimensioni previste dalla Regione consentono di alimentare la contabilità economico-patrimoniale, la contabilità analitica, la gestione del budget e quella dei processi. Si è cercato quindi di centralizzare a livello regionale le anagrafiche per contabilità economico-patrimoniale, contabilità analitica, piano unico dei fattori produttivi, anagrafica unica dei clienti e dei fornitori, anagrafica farmaci e dispositivi medici.

C'è la possibilità da parte di tutte le Aziende di personalizzarli a livello locale sebbene si sia cercato di standardizzare trasversalmente per poter consentire delle interrogazioni univoche su base regionale.

Un aspetto particolare di questo progetto è la gestione integrata della distribuzione "per nome e per conto" avendo richiesto all'azienda aggiudicataria di realizzare un modulo per la gestione della AEPC. All'interno della nostra Regione abbiamo due magazzini che, per nostro conto, riforniscono le farmacie: un sistema sempre in linea consente alle farmacie di interrogare direttamente la nostra banca dati, fare le richieste in tempo reale e appurare la diretta presa in consegna dell'ordine da parte dei nostri uffici. Il farmacista che si occupa del settore in tempo reale può sapere quali sono le giacenze dei due distributori, quelli movimentazioni sono state fatte, le scadenze, i lotti etc. Praticamente i magazzini dei distributori sono un'estensione del magazzino centrale con lo scopo di contenere i costi di gestione.

La criticità maggiore riscontrata è sicuramente quella dell'allineamento delle basi di dati. Avere quattro basi dati di 4 Aziende, a loro volta provenienti da accorpamenti di 7 ex Aziende, ha generato una ridondanza del dato.

Dal momento che si è deciso di partire in tempi brevissimi e alcune bonifiche degli archivi non sono state svolte nei termini previsti dal progetto, si è deciso di migrare solo la parte dei dati amministrativo-contabili validati (il 2 gennaio bisognava fare gli ordini e liquidare le fatture, non si poteva bloccare le Aziende!). L'unico archivio bonificato è stato quello dei farmaci, perché è facile tramite la codifica EC, mentre per gli altri prodotti sono state fatte delle migrazioni e si è in attesa che gli uffici facciano le dovute bonifiche.

Un altro problema è relativo alla gestione unica delle anagrafiche in conflitto con la possibilità degli operatori aziendali di poter accedere in autonomia al sistema e apporre modifiche/fare inserimenti nelle anagrafiche. Inizialmente era previsto un coordinamento iniziale per arginare queste difficoltà ma non è stato re-

alizzato un progetto ad hoc per lo svolgimento di questa attività; è stato però comunque realizzato in corso d'opera e ne è stata affidata la responsabilità, almeno per quanto riguarda i farmaci e i dispositivi medici, all'Azienda Ospedaliera San Carlo.

La resistenza al cambiamento è stata tanta. Abbiamo lavorato molto alla rivisitazione delle prassi consolidate negli anni con la condivisione dei nuovi processi, strutturati in funzione della legislazione vigente. Questa attività ha impegnato noi, il dipartimento e anche la ditta aggiudicataria.

Al momento il risultato principale che abbiamo ottenuto è la certezza del dato. Grazie alla chiave contabile è possibile disporre di una scrittura contabile in tempo reale su tutti i moduli dello stesso dato e senza la necessità di doverlo replicare; gli uffici dispongono inoltre di dati coerenti tra loro.

Un altro importante risultato è stato la centralizzazione delle anagrafiche dei farmaci a livello regionale che consente di registrare, una volta per tutte, le gare a livello regionale e poter consentire a tutte le Aziende di disporre dei prodotti di cui necessitano.

Abbiamo inoltre cercato di ottimizzare il processo aziendale per il percorso della certificabilità informatizzando la maggior parte dei processi aziendali e cercando di utilizzarlo quanto più possibile, dall'ordine di reparto fino alla fattura. In sintesi questo è quello che abbiamo cercato di realizzare. Passo ora la parola al collega.

Michele Recine, *Regione Basilicata*

Buongiorno. Sono l'alter-ego regionale del progetto. L'obiettivo regionale era garantire che i flussi dei dati fossero coerenti e disponibili estemporaneamente. La Regione ha quindi costruito un cruscotto regionale, ancora in divenire, che andasse a prelevare le infor-

mazioni necessarie alla costruzione del flusso dalle 11 dimensioni della chiave contabile direttamente dal sistema informatico. Nel capitolato è stata infatti richiesta primariamente la disponibilità di modelli economico-finanziari prodotti dal sistema come somma delle Aziende, per applicarvi tutte le procedure di consolidamento.

Il sistema è multi-organizzazione con capofila il cruscotto regionale per la verifica dei risultati. Il cruscotto non esercita una verifica di tipo ispettivo, in quanto le Aziende sono autonome nell'utilizzo delle proprie risorse per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione, ma mette immediatamente a disposizione della Regione i dati necessari per i flussi LEA e i flussi economico-finanziarie non appena l'Azienda sanitaria ha prodotto l'informazione.

Per quanto riguarda il bilancio consolidato era previsto solo la produzione degli schemi dell'allegato al bilancio secondo i modelli 118. Siamo infatti partiti con la verifica della fattibilità di un sistema che permettesse alle Aziende di costruire l'allegato al bilancio aziendale a partire dal data-base di riferimento cosicché la Regione costruisse il bilancio consolidato in modo analogo direttamente dal sistema. Un'analoga funzione è stata ipotizzata per il consolidamento dei modelli CLA, ASP e CP per avere il modello già consolidato a livello regionale quando le Aziende hanno provveduto al consolidamento del bilancio aziendale.

Il sistema deve inoltre supportare la definizione del budget regionale per la sanità tenendo conto di finanziamenti, investimenti, fondo sanitario, spesa corrente, ... Deve quindi riportare l'effettivo bisogno di risorse per rispondere ai problemi di salute espressi dai cittadini.

La Regione può svolgervi delle verifiche all'istante su modelli trimestrali CE, pre-consuntivi, consuntivi, etc. Altre utilità del sistema informativo implementato per

la compagine regionale sono:

- gestione contabile delle partite intercompany, contestualmente alla certificazione del dato da parte delle Aziende;
- verifica degli accantonamenti;
- verifica della documentazione;
- fondo di dotazione allocato in base ai bisogni reali di salute;
- verifica dei tetti spesa delle case di cura o dei centri esterni accreditati (CEA);
- verifica diretta del costo del personale, senza l'utilizzo di un driver;
- verifica delle gare;
- cruscotto regionale sui flussi per la costruzione di indicatori LEA a livello regionale e per il superamento delle verifiche LEA previste dal Ministero;
- attuazione semplice e veloce delle procedure di PagoPA per l'installazione di un gateway direttamente sul sistema;
- fatturazione elettronica;
- NSO;
- gestione dei pagamenti centralizzati dal momento che le informazioni relative ai pagamenti sono già disponibili per la Regione nel sistema;
- possibilità di costituzione di una GSA senza eccessivi costi aggiuntivi per è sufficiente aggiungere nel sistema un'ulteriore organizzazione;
- spending analysis in quanto è possibile usare il sistema informativo anche per verificare quante risorse consuma un assistito e quindi sapere effettivamente qual è il valore economico attribuibile alla sua cura, dipendente dal suo percorso e dall'organizzazione per presta il servizio. Avere un'organizzazione che mi consente di calcolare in modo puntuale il costo del percorso di cura di un assistito, consente una puntuale determinazione del costo standard. La remunerazione a DRG è in-

fatti molto dibattuta perché soffre di distorsioni in quanto è un concetto difficilmente applicabile alla parte medico-clinica e che invece si sposa perfettamente con il resources planning

- Ho terminato. Grazie per l'attenzione. Ci sono domande?

DOMANDA

Il sistema contabile regionale è lo stesso delle quattro Aziende?

Michele Recine

No. La Regione, come singolo ente, ha un proprio sistema contabile sanitario unico regionale, diverso da quello delle Aziende. A breve partirà un progetto di integrazione tra i diversi sistemi.

Nicola Mazzeo

Hanno la stessa installazione informativa ma non coincidono.

Il cruscotto a disposizione della Regione Basilicata dispone solo dei dati aggregati per cui può osservare i modelli aziendali ma non la singola registrazione contabile dell'Azienda. Allo stesso tempo le Aziende non possono vedere le registrazioni un'una dell'altra. L'unica dimensione trasversale è l'anagrafica.

DOMANDA

Come procede l'adeguamento all'NSO?

Nicola Mazzeo

La Basilica è stata forse l'unica Regione a non partecipare al tavolo di lavoro ministeriale sul tema. C'eravamo già mossi in precedenza in forma autonoma decidendo di non utilizzare intermediari ma impiegando

direttamente il sistema per colloquiare con i NSO attraverso i web-service. Tutte le Aziende si sono accreditate per compire questa operazione. Il problema è che attualmente il Ministero ancora non ha fornito un elenco di fornitori ufficiale.

Per aggirare questo problema sono stati contattati tutti i fornitori chiedendo loro di registrarsi su un portale dedicato da noi realizzato dove sono invitati a inserire i propri dati. In questo modo il portale alimenta automaticamente le anagrafiche comuni e quindi tutte le Aziende disporrebbero dei dati fornitore. Purtroppo ci troviamo a lavorare non solo con le grosse aziende ma anche con i piccoli fornitori che non sanno nemmeno dell'esistenza dell'NSO e a cui dobbiamo spiegare che sono tenuti a registrarsi al portale altrimenti non possiamo inoltrargli degli ordini.

Avere un sistema unico ci dà la possibilità di concentrare gli sforzi per cui una volta che abbiamo certificato un fornitore per un'Azienda, l'abbiamo gestito per tutte che quindi contemporaneamente possono partire.

Niccolò Persiani

Il valore aggiunto del modello, oltre al sistema unico contabile i cui vantaggi sono indiscussi in termini di standardizzazione e di controllo, è il tentativo di standardizzare anche le banche dati gestionali.

Emergono invece delle difficoltà nel rispondere alle seguenti questioni in merito alla standardizzazione della parte gestionale: qual è il livello di autonomia di un'Azienda nel personalizzare il proprio sistema di budgeting, di pianificazione e controllo? Quanto si standardizza in un gruppo di Aziende per non rischiare però di omogenizzare il processo gestionale fino quasi a farle diventare la medesima Azienda articolata sul territorio? Qual è il grado di autonomia delle direzioni nella personalizzazione della loro organizzazione interna

pur consentendo la possibilità alla Regione di andare a cogliere le specificità?

Nicola Mazzeo

Dare la possibilità di personalizzare troppo significa perdere la generalità e, conseguentemente, la Regione non avrebbe la possibilità di avere analisi uniche. Abbiamo concesso dei 'margini di manovra' alle Aziende dando la possibilità di specificare ulteriormente gli assetti regionali ma dato che queste specifiche sono comunque figlie di un padre comune, la Regione poi ha la possibilità di aggregare i dati emergenti.

Natalia di Vivo

Anch'io stavo riflettendo sul fatto che alla fine le Aziende saranno chiuse per l'eccessiva centralizzazione. Mi ero inoltre appuntata che avete presentato anche delle indicazioni per gli accantonamenti: vuol dire che date istruzioni alle Aziende su come fare i propri accantonamenti, anche sui rischi? Mi sembra che così si tolga l'autonomia nella gestione aziendale. Indubbiamente c'è la necessità di uniformare le informazioni, di averle velocemente però ho anche letto di budget regionale, intendendo riparto del fondo, di investimenti. In che termini ragionate?

Michele Recine

Non intendiamo dare indicazioni alle Aziende su come devono fare gli accantonamenti ma vogliamo condividere con loro il sistema di verifica del relativo dato prodotto adottato dalla Regione.

In tema di riparto è auspicabile che l'Azienda non si basi più sul tradizionale 5-44-51% ma sull'effettivo bisogno.

Nel 2017 in Basilicata si è costituita un'unica azienda ospedaliera e un'unica azienda territoriale che ricadono sullo stesso territorio. L'Azienda territoriale dovrebbe avere un budget congruo con quelle che sono le esigenze territoriali mentre l'Azienda ospedaliera con quelle che sono le esigenze di produzione. I diversi bisogni non devono essere soddisfatti utilizzando un sistema empirico ma facendo un'analisi corretta su richiesta e produzione effettiva.

Natalia di Vivo

Grazie alla Regione Basilicata.

La difficoltà nella riorganizzazione, che interessa tutte le Regioni, e l'ostilità al cambiamento portano a grandi difficoltà nel momento degli accorpamenti e rende necessario disporre di sistemi informativi unici che consentano di avere informazioni omogenee e composte allo stesso modo. In Basilicata c'è la GSA.

Caso diverso è quello della Regione Liguria, in cui invece abbiamo visto nascere e crescere nei vari anni la holding Alisa, un'Azienda che governa le altre Aziende Sanitarie. Questa realtà forse ha dei vantaggi diversi nell'organizzare i propri servizi informativi e nel mettere in rete le proprie Aziende Sanitarie. Vediamo quindi con la dott.ssa Lassalaz come la Regione Liguria ha costruito il suo strumento informativo e uniformato le sue informazioni.

Laura Lassalaz, Regione Liguria

Buongiorno a tutti. Ormai sono diversi anni che partecipo a questo interessante Laboratorio. Genova non è molto vicina a Perugia e il viaggio non è comodo però quando ci si arriva qua si vive sempre un momento molto interessante. Ringrazio la Regione Umbria perché offre un momento per astrarsi dalla routine azien-

dale e coltivare qualche idea, prendere qualche spunto dai colleghi, avviare conoscenze e collaborazioni che poi continuano nel corso dei mesi. Siccome le Regioni sono in evoluzione e le persone cambiano, questo è un momento in cui ci si conosce di persona e si intrecciano relazioni professionali più profonde.

In questa edizione sono riuscita a venire solamente io sebbene negli ultimi anni mi abbia accompagnato anche il nostro commissario straordinario, il dott. Locatelli, che nel tempo ha raccontato la riforma e la sua evoluzione che ha portato alla costituzione della holding regionale Alisa.

In questo mio intervento cercherò di contestualizzare dove si colloca l'implementazione del sistema informativo all'interno di questo percorso. Facendo qualche premessa, vi darò anche qualche aggiornamento in merito alla nostra avventura con Alisa e condividerò con voi il percorso che stiamo facendo sulla revisione del sistema contabile. Prima di dirvi dove siamo arrivati con il progetto, vi descriverò tutto la fase preparatoria in cui il sistema informatico è stato ideato, deciso, preparato, avviato con startup. Infatti i colleghi della Basilicata sono ormai nella fase operativa mentre noi, ad oggi, siamo ancora in quella di startup, partita appena 2/3 giorni fa.

Alisa nasce con la legge regionale 17/2016, contestualmente alla soppressione dell'Agenzia Sanitaria Ligure per cui non nasce da zero ma assume le attività e le passività di ARS da un punto di vista contabile, di personale, ...

L'obiettivo principale della sua nascita è il rafforzamento della governance. L'attuale giunta nella riforma ha deciso di non accorpare le Aziende (fase da noi vissuta in modo draconiano nel corso del piano di rientro con l'accorpamento di due Aziende Ospedaliere) ma ha ritenuto prioritario implementare la funzione di governo in quanto fare accorpamenti senza prevedere una

fase di omogeneizzazione può portare tanto dei costi aggiuntivi quanto una destabilizzazione nell'organizzazione. Nella nostra legge proprio la funzione di governance è stata specificata molto bene: ha un ruolo di coordinamento a livello organizzativo, giuridico, gestionale e non solo formale. È un controllo di carattere generale, sia di programmazione operativa che di dettaglio, con l'obiettivo di costruire una rete organizzativa su più livelli:

- direzioni strategiche, la base su cui si possono implementare questi progetti a livello regionale e interaziendale;
- direttori generali, i quali condividono da tempo il medesimo percorso;
- direzioni amministrative, con un percorso strutturato di confronto sulle comuni problematiche;
- direttori dei bilanci.

Da anni c'è un lavoro comune finalizzato alla realizzazione di un humus culturale comune che supporti lo sviluppo di progettualità condivise.

Accanto a questa riorganizzazione della dirigenza sono stati istituiti dei dipartimenti interaziendali professionali e reti trasversali con operatori sanitari e della parte contabile-economica affinché sia avviato un proficuo dialogo e confronto tra le parti finalizzato alla risoluzione di problematiche emergenti e all'integrazione del reciproco lavoro; infatti la parte contabile, gestionale ed economica è alimentata da tutti questi soggetti.

Alisa sta cercando di offrire delle risposte omogenee ai cittadini nel rispetto della libera scelta, così come indicato dalla giunta regionale; devono quindi essere trovate delle soluzioni operative che tutelino il cittadino ma anche gli operatori del sistema, i privati e il SSR. Che cosa abbiamo fatto?

Sono stati sviluppati dei processi omogenei e alcune funzioni sono state accentrate presso la capogruppo (ad es. la funzione della distribuzione diretta dei far-

maci con l'assunzione di tutto il ciclo, dall'acquisto alla distribuzione dei farmaci -problema di intercompany e di fatturazione dell'IVA-, sviluppo di PDTA, ...). Tutto questo è volto a creare una cultura condivisa che sostenga progetti di una certa entità, come l'implementazione di un sistema informatico unico regionale, che si spera portino a una maggiore efficienza del sistema dal momento che là dove si ordina, si ha un impatto positivo sulla struttura dei costi. Per questo specifico progetto a inizio 2017 si è cominciato a prevenire una fase programmatoria con l'elaborazione di progetti operativi con impatto di tipo organizzativo in grado di far emergere l'esigenza di reingegnerizzazione del sistema contabile e di omogeneizzazione delle procedure e sostenere la presa di decisione.

Perché abbiamo deciso di partire dalla revisione del sistema contabile?

Perché il percorso attuativo di certificabilità dei bilanci ha permesso la formazione di una rete integrata di contabili (bilanci) e operatori già operativa. Altre motivazioni sono state l'urgenza d'implementare un sistema per il consolidato e un sistema informatico uguale in tutte le Aziende.

Sono state coinvolte le 5 ASL, Alisa come Azienda Ligure Sanitaria e i due IRCCS che insistono sull'area metropolitana del Genovese; solamente due enti pubblici equiparati non sono ancora entrati per loro scelta in questo progetto anche se, in qualche modo, i loro dati dovranno confluire nel sistema unico.

Il progetto è stato sviluppato a livello di direzione aziendale con il coinvolgimento soprattutto dei direttori amministrativi e dei bilanci delle Aziende che, avendo quotidianamente a che fare con un prodotto un po' datato, hanno l'esigenza da anni di revisionare il sistema. Abbiamo coinvolto anche la centrale regionale degli acquisti che, per quanto riguarda la sanità, è all'interno di Alisa.

Come abbiamo strutturato il progetto?

Dal momento che vorremmo trarre tanti benefici dal nuovo sistema informativo, abbiamo evidenziato le azioni prioritarie da implementare e individuato tutta una serie di integrazioni che potrebbe essere interessante riuscire ad attuare strada facendo. Il progetto quindi ha una parte core e una parte aggiuntiva attivabile, che abbiamo già pensato e che la fase di assessment forse ci permetterà di delineare meglio. La parte core prevede la realizzazione di una procedura unica (anagrafiche comuni, cultura contabile più omogenea tra le Aziende, etc) mentre quella attivabile è uno studio di fattibilità su alcuni altri ambiti collegati (il personale e la sua gestione, la gestione dei flussi documentali, la costituzione di un data warehouse contabile che possa fornire delle informazioni, un modello unico di contabilità analitica).

L'obiettivo dell'efficienza è primario, in quanto questo nuovo sistema informatico dovrebbe portare a un sostanziale ritorno economico rispetto all'investimento previsto, sia in termini di organizzativi che di manutenzione. Questo progetto infatti prevede la creazione di un sistema unico con un approccio globale sui sistemi, sui processi, sulle procedure, sulle persone, sulle risorse umane e sulle attività che consente di avere dati più omogenei e strutturare una migliore programmazione. Informazioni più attendibili portano infatti a una programmazione più affidabile di progetti con migliori possibilità di successo.

Andando più nel dettaglio, anche noi puntiamo molto sulle anagrafiche perché abbiamo l'idea di costituire un magazzino unico. Le informazioni sui fornitori al momento non sono omogenee per cui questo lavoro richiederà grande impegno. Avendo già un piano dei conti omogeneo, collegato alla divisione del CE e comune in tutte le Aziende, per il consolidato sarà prevista solo un'area per il suo trasferimento.

Nella parte attivabile ci sono invece degli studi di fattibilità sui futuri upgrade, che puntano molto sulla contabilità analitica e sull'accentramento del magazzino, in cui verrà inserito il sistema dell'NSO.

La durata di questo progetto è quadriennale. L'attuazione di un progetto come questo richiede un grosso investimento per cui la corretta valutazione del fattore costo è un elemento fondamentale per la garanzia della sostenibilità del progetto. Ipotizzando l'investimento di risorse, che ad oggi non abbiamo, abbiamo rilevato che andremo in contro a un incremento dei costi di circa il 40% rispetto a quello spenderemo se nei 4 anni non facessimo niente però negli anni successivi, poiché la manutenzione verrà abbattuta del 50%, ci dovrebbe esserci un ritorno economico.

Quale strumento abbiamo adottato per l'acquisizione del sistema informatico?

Abbiamo aderito a una convenzione Consip sui sistemi di gestione integrati per il reperimento del nuovo sistema informatico. Il percorso amministrativo non è stato semplice vista la mancanza di disponibilità finanziaria. La soluzione individuata prevede la possibilità di migrare i dati, quindi di fare degli upgrade dei sistemi attualmente in uso piuttosto che l'acquisto di una nuova soluzione tecnologica. L'impatto è vantaggioso non solo dal punto di vista economico, in termini di mancata installazione, ma anche da un punto di vista degli operatori dal momento che la piattaforma informatica mantiene la stessa configurazione ma cambia diventando web, in client server.

Si prevede quindi una minore, se non addirittura nulla, resistenza al cambiamento.

La giunta, dal punto di vista amministrativo, ha approvato questo percorso e sia Alisa che le Aziende hanno conseguentemente deliberato favorevolmente. Alisa ha stipulato il contratto come mandataria ma poi sono state approvate le parti aziendali del progetto,

perché le fatturazioni della spesa sono verso le singole Aziende.

Essendo una parte core delle Aziende, i costi devono essere il più possibile allocati all'interno dei bilanci aziendali.

Grazie per l'attenzione.

Natalia Di Vivo

Entrambi i casi presentati muovono dal PAC quindi dall'idea del dato contabile certificato. La Basilicata è un po' più avanti rispetto alla Liguria perché ha già conseguito la certificabilità del consolidato regionale. In entrambi i casi osserviamo quindi come l'implementazione del sistema informativo avvia, supporta e, speriamo, porta a conclusione il PAC.

Niccolò Persiani

Ho notato che molte cose in comune tra le due realtà che si sono presentate. In particolare entrambe le esperienze hanno focalizzato l'attenzione su cultura comune e organizzazione, sia come presupposti che come risultati di questo processo. Questo secondo me è un po' il senso di questa tavola rotonda: il sistema informativo è uno strumento nelle mani del governo e non può che essere tale. Il cambiamento parte dai sistemi regionali che si culturalmente evolvendo e muovono verso un'unica direzione, sebbene con modelli diversi.

Natalia Di Vivo

La Regione Basilicata ci ha presentato un progetto di introduzione del SI già operativo mentre la Liguria che è in una fase un po' più embrionale e sta partendo adesso. In riferimento al PAC mentre la Basilicata

ha già concluso il percorso e magari sente la necessità e l'urgenza di utilizzare il sistema informativo per realizzare altri obiettivi, la Liguria ritiene che il SI sia uno strumento a supporto del percorso. Vediamo invece quali obiettivi si è posta l'Emilia Romagna, con un'organizzazione ancora diversa: la Basilicata un po' più piccola senza la GSA, la regione Liguria con la holding Alisa, l'Emilia Romagna con la GSA e le Aziende. Vediamo se effettivamente è confermato la comunione dei problemi.

Renata Cavicchi, Emilia Romagna

Buongiorno a tutti. Vi volevo portare i saluti della dot.ssa Cavassa che purtroppo non è potuta essere presente per impegni istituzionali. La nostra esperienza consiste nello sviluppo di un sistema informativo per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile, il GAC, trasversale a tutte le 13 Aziende della Regione Emilia-Romagna, che servono un bacino d'utenza di oltre 4 milioni di persone, e la GSA.

La Regione Emilia-Romagna ha scelto di sviluppare delle sinergie a livello regionale e sovra-aziendale per lo sviluppo di servizi unificati (gestione acquisti, bilanci, gestione risorse umani) e per l'attuazione del PAC; ciò ha fatto emergere le criticità sui controlli e il bisogno di uniformare i comportamenti, omogeneizzare i bilanci, migliorare la qualità del dato e standardizzare i processi.

Negli ultimi anni la GSA è stata quindi impegnata nello sviluppo del GAC, oltre che del GRU per la gestione delle risorse umane, per l'integrazione tra sistema amministrativo-contabile e sistema delle risorse umane.

È stato sviluppato in prima istanza un software unico per l'anagrafica centralizzata, la contabilità analitica, la gestione del piano degli investimenti, dei cespiti e dell'inventario, la contabilità generale, la gestione dei

magazzini e dei servizi e la gestione regionale degli dati. Questa piattaforma gestisce tutta la parte regionale dei flussi (CE, SP, bilancio consolidato e scambi di informazioni tra Regioni e Aziende) e tutte le integrazioni previste.

L'obiettivo principale è l'acquisizione di un linguaggio comune tra tutte le Aziende per poter arrivare a una codifica unica regionale.

Nel 2016 la Regione Emilia-Romagna ha richiesto a Intercenter, la centrale degli acquisti regionale, l'indicazione di gara per l'acquisizione di questa piattaforma. Un gruppo tecnico ha seguito la stesura del capitolato e del bando e la presentazione delle offerte (da fine marzo 2016 a fine novembre 2016). Prima dell'aggiudicazione della gara la Regione ha costituito un tavolo GAC di coordinamento e governo, composto da una rappresentanza delle Aziende per materia (contabilità generale, contabilità analitica, cespiti e magazzino) e per area vasta, con il compito di definire le anagrafiche centralizzate e garantire che questo software favorisse realmente lo sviluppo di metodi amministrativo-contabili in linea con la normativa nazionale, le linee guida regionali e ministeriali.

Le tematiche di riferimento sono state e sono:

- contabilità generale, sebbene ci sia già un piano dei conti unico regionale a cui le Aziende si devono allineare tramite transcodifica dei propri dati;
- contabilità analitica per un piano dei fattori produttivo unico, figlio del piano dei conti e del piano dei fattori produttivi;
- autonomia alle Aziende nella codifica dei propri centri di costo sebbene con vincolo di riconciliazione con il centro di costo regionale, già esistente;
- cespiti con unificazione delle categorie inventariali, delle classi di ammortamento e delle fonti di finanziamento con la stessa logica dei centri di costo;

- centralizzazione delle classi merceologiche, ossia l'attributo dell'anagrafica del prodotto che riporta l'elemento del fattore economico e produttivo, del magazzino (il percorso di acquisizione dei beni è governato dall'ordine, che guida tutte le fasi successive del processo, e dall'articolo, il quale deve avere tutte le dimensioni e tutti gli attributi che sono a loro volta anagrafiche centralizzate);
- articoli sui servizi sanitari e non sanitari, centralizzando i beni.

Per lavorare con le Aziende, in ognuna è stato nominato un referente GAC, riferimento interno per il tavolo GAC regionale e collegamento con il tavolo aziendale GAC di esperti per materia e per competenza.

Avvenuta l'aggiudicazione (marzo 2017) e firmata la convenzione (maggio 2017), il tavolo GAC ha collaborato con l'aggiudicatario (RT) per puntualizzare le funzionalità del SI. Le indicazioni emerse sono state raccolte per area tematica nel "Documento requisiti utente" redatto tra giugno e dicembre 2017.

Nel 2018 il sistema è stato collaudato in ambiente di test, in seguito impiegato anche per la formazione degli utenti. La produzione è partita il 1 gennaio 2019 in un gruppo di Aziende con tutti i moduli del sistema amministrativo-contabile (contabilità generale, contabilità analitica, magazzino, cespiti e anagrafica centralizzata) e a livello regionale (tutte le Aziende Sanitarie e la GSA) per la gestione dei dati, con la dismissione del sistema di scambio dati tra Aziende e Regione precedentemente in vigore.

I presupposti per il funzionamento del nuovo SI sono il piano unico dei conti, dei fattori produttivi, dei centri di costi regionale con la riconciliazione ai centri di costo aziendali. La piattaforma regionale di gestione dei dati gestisce i flussi aziendali, regionali e ministeriali, la matrice scambi (dove le Aziende si scambiano i dati per verificare le corrispondenze tra ricavi e costi in conto

economico e tra crediti e debiti nello stato patrimoniale) per arrivare al consolidamento di bilancio, COA e LA, dal momento che i controlli incrociati tra questi sistemi validano i dati.

Questa piattaforma si alimenta attraverso l'apertura di sessioni dedicate in cui le Aziende caricano i dati, si attivano per superare tutti i controlli e correggere eventuali errori e validano i dati. Una volta chiusa la sessione, poiché le Aziende non possono più modificare i dati, la Regione li utilizza per il bilancio consolidato.

Il cuore di questo progetto sono state le codifiche centralizzate. Il tavolo GAC ha identificato le anagrafiche di interesse da centralizzare e da mettere a disposizione di tutte le Aziende.

Le Aziende, sotto questo aspetto, non sono quindi più autonome per cui è sorto un problema di governo.

È stato quindi rivisto il modello organizzativo ridefinendo chi detiene il governo, ossia chi può decodificare un nuovo prodotto, lo può approvare, disattivare tenendo conto delle specifiche esigenze aziendali sulle anagrafiche più compresse. Sono stati così individuati i seguenti livelli di governo:

- centralizzato in capo alla Regione o ad Aziende selezionate, in cui vi sono degli utenti autorizzati che inseriscono le anagrafiche evitando duplicazioni attraverso linee guida condivise (solo per i clienti fornitori). Non è presente un polo di governo unico. Il governo dell'anagrafica centralizzata si costituisce in questo modo: l'Azienda USL di Reggio Emilia, che ha un'esperienza importante con il magazzino centralizzato, governa beni e dei cespiti; l'Azienda USL di Bologna ha il governo degli articoli dei servizi sanitari; l'Azienda USL della Romagna governa articoli e servizi non sanitari. Tutte le altre anagrafiche sono in capo alla Regione.
- aziendale con riconduzione centralizzata (centro di costo e fonti di finanziamento).

- locale con la profilazione di utenti per la "candidatura" e la "candidatura con urgenza", esclusivamente per i farmaci, di nuove codifiche.

I compiti principali del polo di governo sono la verifica della classe merceologica attribuita e dell'unità di misura; conseguentemente la sottoscrizione delle domande di codifica compete sempre al polo di governo, sebbene a seconda delle anagrafiche d'interesse sia anche automatica. Un complesso sistema di workflow mediante parametri applicati su chi candida, che deve essere abilitato su una determinata categoria di prodotti (ed è sempre la classe merceologica che pilota questo), garantisce che le richieste siano prese in carico dall'operatore giusto.

Gli utenti candidano dei prodotti, verificandone lo stato e consultando le anagrafiche. L'amministratore approva, modifica, gestisce e può anche rifiutare una candidatura. Se la candidatura è urgente, questa finisce automaticamente nell'anagrafica per poter essere subito gestita.

Questo sistema è stato dotato di tre specifiche integrazioni che alimentino il GAC con dati certificati e nel garantiscano l'efficacia:

- la banca dati regionali dei farmaci e dei dispositivi medici (BDR);
- la piattaforma SATER, presso Intercenter, per la gestione degli acquisti;
- la gestione delle risorse umane (GRU).

La banca dati regionale (BDR) dei farmaci e dei dispositivi medici è la fonte unica e certificata di tutti i farmaci e i dispositivi medici, in cui è necessario accedere per la decodifica di nuovi prodotti. Questa è alimentata da Farmadati (80- 90%), dall'università di Bologna per i farmaci esteri e dalla Ministero della Salute per i galenici e il repertorio dei dispositivi medici. I fruitori della banca dati Regionali sono poi il GAC, SATER ed altri applicativi regionali e locali.

Sulla piattaforma SATER vengo fatte le gare regionali, di area vasta e aziendali ed ospita l'anagrafica dei prodotti dei beni e dei servizi delle gare aggiudicate. Da questa il GAC dovrebbe ricevere le informazioni dei fornitori e andare a popolare le anagrafiche centralizzate. L'anagrafica unica regionale degli articoli dei beni e dei servizi vuole ottimizzare il workflow operativo per migliorare l'omogeneità e la confrontabilità dei flussi informativi, per arrivare al PAC e risolvere il problema della mancanza di strumenti di controllo adeguati a verificare le risultanze tra i dati di contabilità, cespiti e magazzino.

La gestione delle risorse umane (GRU) centralizzata consente invece un automatismo nella contabilizzazione degli stipendi per le competenze di oneri, trattate e riversamenti con vantaggi in termini di contabilità analitica per la relazione contabile unica delle voci stipendiali, parametrizzate per tutta la Regione. Grazie per l'attenzione.

Natalia Di Vivo

A conclusione di questa tavola rotonda vorrei fare una sintesi. I sistemi informativi risultano inutili se sono impiegati in organizzazioni capaci di governarli, gestirli e utilizzarli e di utilizzare al meglio le informazioni prodotte.

Sono spesso a supporto del processo di centralizzazione avviato da molte Regioni per cui possono dare un gran contributo nell'attuazione e nel miglioramento del controllo, essenziale per la tenuta dei nostri sistemi.

Grazie a tutti per l'attenzione. Al prossimo anno.

Pomeriggio

Niccolò Persiani

La tavola rotonda di questo pomeriggio sul controllo è stata molto attesa. È infatti abitudine un momento di approfondimento sulla tematica dei controlli. Quest'oggi però vorremmo uscire dai soliti cliché in cui si parla dei modelli di controllo, magari efficaci ma difficili da implementare o non utili quanto vengono implementati affrontando il tema dell'expectation gap, cioè dello scoglio che esiste tra le aspettative e la realtà. Effettuiamo il PAC e siamo convinti che tutti i nostri dati siano perfettamente trasparenti, applichiamo la normativa anticorruzione e siamo convinti che non ci sia più la corruzione, ... ma non è così.

I controlli sono indubbiamente uno strumento che cerca di dare un contributo al sistema però spesso facciamo il grave errore di abbandonare il controllo quando non vi è una perfetta coincidenza tra aspettative e realtà, dal momento che è ritenuto deludente e quindi non utile piuttosto che potenziarlo. Questa tavola rotonda desidera riflettere sul controllo possibile, che serve veramente alle realtà in momenti di difficoltà e di transizione. Ho chiesto quindi a Vincenzo Ferrari di coordinare questa tavola perché la sua esperienza in Regione Calabria e la sua capacità sono ottimi misuratori dell'efficacia del controllo. Naturalmente vi invito a un dibattito, che so già sarà animatissimo.

CONTROLLI INTERNI

Moderatore: **Vincenzo Ferrari**

Vincenzo Ferrari

Grazie e buon pomeriggio a tutti. Parto dalla riflessione

su controllo utile/controllo possibile.

Questo Laboratorio negli anni ha riflettuto molto sui controlli. Personalmente ho portato ogni anno le evidenze del controllo in Calabria, Regione commissariata e in piano di rientro dal 2010 che cercare di essere più credibile e di confrontarsi con gli altri sistemi sanitari regionali per uscire dalla sua condizione. Nonostante rivesta il ruolo di moderatore faccio una riflessione dal punto di vista della Regione più in difficoltà nel panorama nazionale.

La situazione in Calabria è drammatica non tanto in termini di assistenza al cittadino ma quanto di organizzazione interna e di valutazione dei controlli, di cui ci dobbiamo chiedere l'efficacia e l'utilità rispetto ai motivi per cui sono stati attivati: contenimento della spesa sanitaria, aziendalizzazione, economicità, privatizzazione, ...

Chi arriva oggi nei sistemi sanitari regionali, nei controlli di gestione, negli uffici delle Aziende territoriali e ospedaliere si interroga sul perché deve essere fatto tutto questo. Lo si fa per farsi riconoscere da chi ci deve valutare e per assicurare chi ci finanzia sulla congruità delle risorse allocate.

La Calabria nel 2010 aveva un disavanzo di 250 milioni, nel 2016 arrivato a 35 milioni e nel 2018 ritornato a 213 milioni. Gli automatismi a cui è sottoposta una Regione in piano di rientro con un disavanzo superiore alle coperture fiscali sono assurdi dal momento che non soddisfano le reali esigenze della pubblica amministrazione (blocco del turnover, applicazione delle extra aliquote fiscali, ...). In Calabria in particolare è determinante il problema del personale con il blocco del turnover perché non siamo più giudicati sul numero o sul costo del personale (2004-1,4%) ma sulla sua preparazione per svolgere il compito che gli viene segnato: nelle Aziende viene mantenuto a lavoro personale inadeguato senza essere affiancato da giovani al passo

coi tempi e capaci di portare efficacemente avanti gli adempimenti richiesti dal commissariamento. In Calabria si presenta quindi una situazione paradossale per cui non c'è nessuno che sia il grado di svolgere i controlli interni che servono alla pubblica amministrazione per manifestarsi all'esterno in maniera credibile. I sistemi informativi, di cui è stato parlato nella tavola rotonda di questa mattina, tutte le metodologie di controllo che ogni Regione è libera di scegliere per essere adempiente a quelli che sono i parametri dei Ministeri se non vengono alimentati da personale capace non producono il dato. Auguro quindi a tutte le Regioni in regime ordinario, che sono adempienti in quanto chiudono in avanzo o in equilibrio economico di mantenere questa condizione, di continuare ad essere credibili perché l'atteggiamento dei Ministeri durante i tavoli di verifica prescinde dal controllo formale e scade della valutazione dei singoli. Ciò non va bene e come Regioni dobbiamo alzare la testa e far capire al Ministero che il gioco delle parti va svolto in maniera leale. Passo la parola ai miei colleghi, in primis a Matteo Sammartino, Azienda Ospedaliera di Perugia.

Matteo Sammartino, *Regione Umbria*

Accolgo tutti i ringraziamenti e a mia volta li rifaccio a tutti gli intervenuti. Io sono il direttore amministrativo dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, che nel mese di maggio è stata commissariata su indicazione ministeriale a seguito di eventi giudiziari. È stata insediata una direzione che deve traghettare l'Azienda in questa fase di passaggio dal commissariamento alla messa a regime della nuova direzione.

Gli effetti dell'inchiesta giudiziaria hanno coinvolto anche gli assetti organizzativi delle altre Aziende sanitarie del SSR, che ad oggi sono commissariate. Uno dei primi obiettivi che sono stati dati alla nostra Azienda

dal nuovo assessorato è stato quello di implementare il sistema di controlli interni, indicazione di come il mondo si aspetta che un sistema di controlli interni sia effettivamente in grado di prevenire e intercettare determinati fenomeni.

Il mondo non tecnico si attende che il sistema di controllo agisca sui comportamenti mentre noi esperti sappiamo che ciò non è possibile; ciononostante non possiamo non tenere in considerazione questa cosa.

Come Azienda abbiamo quindi cominciato ad ordinare le cose da fare per riuscire ad implementare questo sistema di controlli interni e a riflettere su come indirizzare i nostri sistemi in modo che non ci sia una distanza abissale fra quello che il sistema realizza e ciò che ci si aspetta da questo.

Considerando che il sistema dei controlli interni nella sanità umbra è assolutamente all'avanguardia, in seguito agli ultimi eventi abbiamo cominciato a ragionare sull'implementazione di un audit sperimentale di terzo livello sul sistema dei controlli interni entro il mese di gennaio, che più o meno dovrebbe coincidere con la conclusione del nostro incarico commissariale. Partendo dall'assunto che un sistema di controlli interni è funzionale e raggiunge i suoi obiettivi se ha come caratteristica essenziale la coerenza interna e l'interconnessione dei vari elementi, stiamo preparando una checklist che verifichi se il nostro sistema, rispetto ai requisiti individuati, è in grado o meno di avere una coerenza interna.

Per sistema intendiamo un insieme di strategie e procedure che sono sostanzialmente finalizzate a prevenire le varie tipologie di rischi che si possono presentare nei vari ambiti di operatività dell'organizzazione. I principali obiettivi di un sistema sono il rispetto delle strategie aziendali, l'affidabilità delle informazioni, l'osservazione di leggi e regolamenti, la prevenzione di frodi, la salvaguardia del patrimonio aziendale,

il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle operazioni aziendali. Non può essere messo in discussione l'utilità e l'importanza di un sistema di controllo ma dobbiamo far sì che espliciti e valuti eventuali criticità latenti altrimenti il lavoro che facciamo è in gran parte sprecato.

Nell'analisi dei nostri rischi tendiamo a non dare il peso adeguato al rischio frode, che è forse l'unico rischio in grado di far saltare l'intero sistema. Se ci sono degli errori di valutazione di tipo metodologico o un'impostazione culturale che induce al rifiuto di affrontare questo tema, dobbiamo superarli.

Riteniamo quindi che il controllo di terzo livello, ossia la verifica della funzionalità del sistema, debba avere come obiettivo la verifica dell'interconnessione e della reciproca coerenza dei controlli di secondo livello. Stiamo individuando tutte le funzioni di secondo livello che sono coinvolte nella definizione, gestione ed intercettazione del rischio specifico assumendo che se tutte le funzioni che intercettano il rischio sono correlate, è più probabile che questo venga intercettato:

- pianificazione e programmazione mediante la redazione del bilancio annuale e previsionale, di documenti di mission;
- controllo di gestione;
- valutazione del personale;
- sistema premiante;
- anticorruzione;
- trasparenza;
- servizio di prevenzione e protezione, sulla base di quello che stabilisce il decreto 81;
- controllo di qualità aziendale;
- gestione del rischio clinico;
- controllo esterno.

È stato pertanto deciso di strutturare il controllo di terzo livello aziendale attraverso una check-list che verificherà:

- la formalizzazione dell'attività del controllo di gestione all'interno dell'Azienda, perché riteniamo che la stesura delle procedure, che hanno un rischio verificabile dal secondo livello, possa aiutare a garantire l'integrazione delle varie funzioni;
- la coerenza documentabile e verificabile tra i documenti di mission e quelli di programmazione. Se nel budget aziendale e negli obiettivi che indichiamo ai titolari dei centri di responsabilità non vengono inseriti gli elementi che possono migliorare le criticità che rileviamo nel secondo livello, è evidente che si disperdono energie organizzative e si realizza un'azione poco efficace.
- l'esistenza, in termini documentali, della correlazione tra sistema budgettario e sistema di valutazione del personale e sistema premiante. Se non ho un sistema che valuta e monitora i risultati gestionali in maniera sistematica ed organizzata, questa relazione può non dare garanzia.

Secondo anche le direttive PAC, il sistema di obiettivi e il sistema di gestione dei rilievi da parte del collegio sindacale devono essere strettamente collegati e trasfusi in obiettivi gestionali. Se un controllo di terzo livello deve andare a presentare direttamente al dg la coerenza di tutto il sistema, può sembrare superfluo la presenza all'interno dell'Azienda di soggetti con funzioni di secondo livello come i membri del collegio sindacale e del nucleo di valutazione, che in realtà sono organismi separati e indipendenti. Dobbiamo quindi lavorare per rendere il controllo interno quanto più possibile esterno.

Pensiamo a come funziona in Italia il sistema di prevenzione dell'anticorruzione.

Un membro interno all'organizzazione deve valutare in maniera compiuta il rischio di corruzione nei vari processi amministrativi ed essere in grado di andare ad intercettare gli elementi critici dell'organizzazione

per creare un piano anticorruzione; con la carenza di personale presente, se vi fosse un soggetto con queste capacità sarebbe sicuramente messo a lavorare un settore operativo.

C'è un conflitto di interessi tra chi deve portare avanti l'organizzazione e il ruolo che deve avere una figura di questo genere. Il responsabile della prevenzione della corruzione, come soggetto interno, non dà le dovute garanzie. Dobbiamo immaginare scelte organizzative nuove a livello regionale come incrociare le funzioni di controllo, con maggiore neutralità rispetto all'analisi delle procedure. A livello normativo c'è spazio per questa operazione. Secondo le leggi 150/2009 e 190/2012, un ruolo essenziale degli organismi indipendenti di valutazione è verificare che la relazione sulla performance sia esattamente coerente con quelli che sono gli obiettivi del Piano Nazionale anticorruzione. In Italia però manca la responsabilizzazione di questo organismo. Io penso che se non riusciamo a spostare fuori dell'Azienda la verifica sulla funzionalità dei sistemi di controllo, sapendo che i rischi frode non potranno mai perdere il colore rosso nei nostri check, è necessario responsabilizzare le direzioni aziendali altrimenti tanto del nostro lavoro rischia di andare sprecato. Grazie.

DOMANDA

Ci sono dei modelli di riferimento per il sistema di controllo interno, i quali permettono di valutare come questo sistema viene applicato all'interno dell'Azienda. Io non condivido la sua idea di esternalizzare un sistema di controllo che deve essere interno perché è fondamentale creare la cultura aziendale del dato e del controllo. Gli interventi che possono essere messi in campo sono: rafforzamento dei controlli di primo livello, valutazione congiunta del rischio, monitoraggio, attuazione di azioni di controllo e la circolazione azien-

dale del flusso di informazioni.

Se riusciamo a creare tutto questo all'interno, l'indipendenza e l'obiettività della funzione vengono garantiti dal posizionamento di questa nello staff della direzione generale.

Questo è quello che noi stiamo cercando di portare avanti come start-up nell'Azienda USL della Romagna.

Matteo Sammartino

Indipendentemente da quelli che sono i modelli che noi andiamo ad utilizzare, mi terrorizza la possibilità che tutto il lavoro svolto vada perso se non portando alla luce il vero rischio che viene corso. La storia ci insegna che i nostri sistemi non saltano perché si verifica una difficoltà o una non completezza della procedura di approvvigionamento o di gestione di magazzino ma se non mettiamo al primo posto le priorità legate a quelli che sono i rischi maggiori, come quello frode.

Le risorse professionali di cui disponiamo non sono tali da garantirci questa prevenzione mentre un controllo esterno che evidenzia oggettivamente i problemi interni all'Azienda, che siamo portati a sottovalutare, offre maggiori possibilità.

DOMANDA

Il rischio dolo non può essere prevenuto neanche con un sistema di audit interno ma solo rafforzando la cultura del controllo aziendale e con l'impegno della direzione nella sua promozione, favorendo momenti di scambio e formativi. È quindi opportuno gettare le basi che permettano un'opposizione al comportamento individuale doloso, non intercettabile creando una rete di supporto al controllo.

Matteo Sammartino

Mi perdoni ma non sono d'accordo. Al di là dei valori etici, mi trovo in Umbria come direttore amministrativo e quale commissario straordinario dell'Azienda ospedaliera di Perugia perché il vertice aziendale è stato coinvolto in una situazione di dolo.

Rimettere le nostre speranze nel fatto che la direzione incentivi la cultura del senso etico è utile e importante, però il vero problema è indirizzare le direzioni aziendali affinché vedano veramente rischioso per sé stesse il poter avventurarsi in determinati percorsi. La direzione in determinate dinamiche deve essere imbrigliata.

Niccolò Persiani

Desideravo che il dibattito sul controllo prendesse questo tono. Bisogna iniziare a riflettere su questi problemi. Molto interessante il lavoro presentato però devo fare una riflessione. Avevo promesso di non parlare di modelli ma un pochino è necessario. Il controllo che voi state mettendo in piedi, che trasforma tutti i terzi livelli in secondi livelli, essendo affidato al commissario, ovvero fondamentalmente a soggetto esterno, è ancora un controllo interno? Ripropongo la domanda da qui ero partito: o il controllo interno non serve perché c'è bisogno di un commissario esterno che venga e valuti, o non serve a questo. Un controllo interno che sia più fuori possibile e che imbrigli le direzioni, è sempre controllo interno? Forse noi stiamo lavorando sul controllo interno ma senza porci questi interrogativi, che sono dovuti. Ho paura che si stia imputando la colpa al controllo interno, quando il problema forse è da un'altra parte. Ma quello che è successo all'ospedale, è un problema venuto dall'interno? Perché se non lo era è un problema che il controllo interno non poteva intercettare.

Il dott. Sammartino ha detto delle cose estremamente importante, che io voglio sottolineare: i nostri controlli interni sono legati a un meccanismo burocratico, che ha sofferto dell'autoreferenzialità. Emerge quindi il bisogno di un livello superiore di controllo, ad esempio le Holding o la Regione poiché il Ministero è troppo alto. In Veneto Azienda Zero nasce proprio avendo come compito la supervisione dei sistemi di auditing aziendale, cioè i nostri sistemi di controllo interno non possono non aver un sistema di verifica in qualche modo più alto. Io credo che le Regioni possano giocare un ruolo in questa partita. Qui in Umbria abbiamo fatto il tentativo di creare un gruppo di lavoro regionale che coordinasse i tavoli nelle diverse Aziende, come hanno fatto in Alisa, creando un sistema di controllo sui loro controlli di gestione o con un auditing regionale come stanno facendo in azienda Zero.

Io non credo però che si tratti di portare all'esterno il controllo interno ma di creare un meccanismo esterno di verifica dei controlli interni, che è qualcosa di diverso secondo me.

Credo che ci sia ancora un valore per le attività organizzative interne e che questi controlli non abbiano bisogno di un sistema di valutazione esterno. A tal proposito quello che è successo all'ospedaliere di Perugia sarebbe successo anche se aveste già creato il livello regionale perché, carte alla mano, è dimostrato che il controllo interno funzionava perché il sistema è stato attaccato dall'esterno in quanto è stato impossibile attaccarlo dall'interno.

Vincenzo Ferrari

Parto da un altro punto di vista. Ci siamo ingolfati con norme che parlano di qualcosa che teoricamente dovrebbe essere marginare, la corruzione. Ognuno di noi è tutore della legittimità degli atti che svolge quotidiana-

mente. Se qualcuno non lo volesse fare, abbiamo delle responsabilità e delle leggi che puniscono questo atteggiamento. L'Italia è diventato un paese corrotto perché chi ci governa, il vertice della pubblica amministrazione, sta dicendo che i suoi uffici contengono mele marce in un numero indefinito ma crescente da meritare il whistle-blower, il segnalatore di illeciti. Io credo che si stia travisando il senso del controllo delle pubbliche amministrazioni e perdendo l'utilità del controllo, perché se parliamo di controlli interni possiamo passare dalle procedure amministrativo-contabili fino ai controlli di terzo livello, che non possono essere interni ma soltanto esterni.

Ma i membri del collegio sindacale, che vengono pagati come un uscere, che motivazione hanno e quale qualificazione per giudicare organismi complessi e articolati come le Aziende Sanitarie Locali? Se il controllo deve essere utile, deve essere possibile e quello che Matteo Sammartino ha illustrato a dei tratti di impraticabilità.

C'è una tale articolazione di controlli che la domanda che mi sorge spontanea è: chi li deve fare questi controlli? Quante persone dobbiamo impiegare per fare il controllo, che teoricamente non dovrebbe servire?

Vi lascio questa domanda. Personalmente ritengo che il controllo interno debba limitarsi all'esatta e perfetta, quanto possibile, esecuzione delle procedure amministrativo-contabili, che mi dicono se quello che sto producendo, lo sto producendo legittimamente e maniera naturalmente efficace.

Ora la parola a Luca Giorgetti, che ci parlerà del percorso della Toscana relativo al PAC.

Luca Giorgetti, Regione Toscana

Buon pomeriggio. L'attuazione del PAC in Toscana è stata la mera formalizzazione di un percorso avviato

e strutturato da tempo. Stamani con un po' di invidia ho guardato al lavoro svolto dall'Emilia Romagna sul sistema informativo, argomento su cui siamo molto indietro in Toscana.

Siamo partiti con un processo sperimentale che ha portato alla certificazione dei bilanci e, a seguire, alla certificabilità. Ad oggi abbiamo concluso il percorso grazie a un iter avviatosi nel 2002 (produzione di procedure aziendale, principi contabili, schemi di bilancio), che ha formato nelle Aziende una vera e propria cultura del dato. Ovviamente producendo serie di documenti ed essendo ligi agli adempimenti si auspica il raggiungimento del risultato sperato ovvero la redazione di procedure che governano, giorno dopo giorno, le azioni di un sistema di controllo con responsabilità ben individuate su più livelli e un sistema di dati fruibile e credibile.

Riflettendo su quello che è stato detto stamani, il SSN italiano è un sistema efficace per i livelli qualitativi che raggiunge non tenendo conto di tutte le differenze che ci sono tra le Regioni, ed efficiente secondo i dati pubblicati dalla Corte dei Conti nel report 2017. L'Italia come spesa media pro capite è in linea con la media dei Paesi OCSE, offrendo un servizio di qualità non solo in termini assistenziali ma anche in termini di benessere generato.

Tutto sommato il sistema funziona sebbene si possa migliorare. Nella mia esperienza però ancora troppo è legato nella pubblica amministrazione, compresa la sanità, alla buona volontà del singolo e non c'è un sistema che può agire su questo aspetto.

Facendo sempre riferimento alla pubblicazione della Corte dei Conti, si osserva che la riduzione della spesa e il contenimento dei deficit sono dovuti da un esercizio di forte controllo a livello centralizzato, per arginare una situazione economica critica in cui la spesa pubblica sanitaria rappresenta il 16% della spesa pubblica

complessiva. Questo si è tradotto in minore spese del personale (-5%) e un stop quasi completo agli investimenti.

Questi sono gli elementi che emergono dal contesto generale.

La Toscana ha bypassato questi vincoli indebitandosi nella convinzione che l'attuale deficit sarà ricolmato nei prossimi anni grazie ai futuri risultati tangibili, raggiungibili solo con il potenziamento dell'attuale SSR. Ritornando ai controlli interni, i bilanci toscani sono certificati e controllati da soggetti esterni che ne attestano la credibilità mediante l'applicazione di procedure accreditate a livello internazionali, che comunque presuppongono l'esistenza di procedure scritte e la solidità del dato, soprattutto di quello economico. Il rapporto con questi organismi è sempre fonte di riflessione.

La certificabilità, sebbene sia stata conseguita, è ancora sperimentale: potrebbe essere resa obbligatoria come si potrebbe optare per modalità di organizzazione che potenzino di più il controllo interno. L'ipotesi portata avanti dalla Regione Toscana è di renderla obbligatoria con un'adeguata veste giuridica e di dare maggiore responsabilità al certificatore con una funzione prevista per legge. Ovviamente questo andrà normato senza nulla togliere ai collegi sindacali, che rispondo a leggi sia regionali che nazionali.

Il controllo esterno invece è molto più organizzato; la Corte dei Conti si è strutturata a livello regionale in sezione di controllo che obbligano, con il tavolo degli adempimenti, a risolvere sia in autonomia che con il collegio sindacale tutte le criticità emergenti sia a livello contabile che organizzativo.

Questi risultati sono stati raggiunti grazie al vantaggio dato dall'essere partiti per primi ed essere già arrivati alla certificazione di tutte le Aziende del sistema. I punti di debolezza che invece ostacolano lo sviluppo

della nostra realtà sono l'aver un sistema informativo ancora debole e un controllo interno ancora da implementare; è opportuno legare la programmazione al controllo onde evitare situazioni di disallineamento. Negli ultimi anni c'è stata una difficoltà maggiore nella stima del controllo di gestione per la variabilità del margine di incertezza dell'1-2% a livello macro sui 7 miliardi di fondo sanitario della Toscana; ciò a livello micro si traduce in azioni e competenze che devono essere messe in atto per la gestione di payback, ricorsi, spesa farmaceutica e ospedaliera, rischio clinico (autoliquidazione) nel caso in cui le risorse messe a disposizione sia inferiori alle aspettative. Ciò significa andare o meno in piano di rientro. Grazie per l'ascolto.

Vincenzo Ferrari

La certificabilità serve per mettere ordine, per standardizzare procedure al di là della diversità tra Regioni, Aziende, territori sebbene, per il mio trascorso come revisore contabile, ho i miei dubbi sulla sua utilità: dove vuole arrivare? La certificabilità solleva i controllori esterni dall'onere del controllo sostanziale, perché c'è già qualcuno che dice che sei attendibile, affidabile, pulito, e porta a un loro indebolimento. La Corte dei Conti e i Ministeri per tanti anni hanno pontificato sui controlli esterni ma poi le responsabilità sono rimaste sempre in capo alle Regioni e ai collegi sindacali. Con la certificazione dei bilanci in sanità osservo un aumento della spesa che non porta necessariamente a un risparmio in Regione, presso la Corte dei Conti o ai Ministeri quanto piuttosto una spesa per l'advisor contabile privato che garantisca che sono certificabile e certificato col suo giudizio esterno.

Niccolò Persiani

Una piccola osservazione. Sistemi come quelli descritti si possono permettere sia un controllo esterno che un controllo interno. Credo che si voglia un po' troppo risparmiare portando a casa dei risultati eccezionali: il problema del controllo esiste e possiamo risolverlo con un doppio binario. Se non ce lo possiamo permettere allora dobbiamo accettare dei rischi. Credo che questo sia il tema su cui bisogna focalizzare l'attenzione. Pensare sempre di sostituire il controllo interno con quello esterno, e viceversa ha un andamento ciclico: è stato appena detto che il controllo esterno va giù mentre io avevo un'altra sensazione. La legge ritiene che una società per azioni che fattura 30-40 milioni debba avere tutto questo e qualcosa di più. Forse i nostri sistemi non hanno il diritto ma il dovere di farlo.

Vincenzo Ferrari

Che ci piaccia o meno il PAC è un adempimento a cui si deve adeguare, compreso il Lazio. Vediamo con Marcello Giannico come questa Regione ha affrontato l'argomento, o meglio come ha continuato ad affrontarlo.

Marcello Giannico, *Regione Lazio*

Buonasera a tutti. La mia presentazione non fa altro che riprendere quella fatta l'anno scorso e raccontare che cosa è successo in quest'anno. Il progetto di certificabilità dei bilanci è stato portato avanti con successo ma ci sono ancora delle difficoltà che la Regione Lazio deve superare per arrivare a presentare dei dati di bilancio ritenuti attendibili da tutti gli enti di controllo a cui è soggetta. Come tutte le Regioni in piano di rientro e commissariate anche il Lazio deve ovviamente confrontarsi con problematiche di sviluppo dei sistemi

di controllo interno ed esterno più pressanti rispetto a quelli sulle Regioni virtuose: tavoli di verifica ministeriali, advisor (da chiarire nei rapporti lavorativi), Corte di Conti, ...

L'anno scorso vi ho parlato del sistema di controllo interno nella regione Lazio per cui ripercorro brevemente alcuni passaggi ripartendo dal decreto interministeriale del 1 marzo 2013 secondo cui la Regione Lazio è sia in piano di rientro che commissariata per cui il primo passaggio che deve fare è tentare di uscire dal commissariamento.

Per fare questo deve dimostrare al MEF che ha una contabilità attendibile, sul quale possono essere spesi reali giudizi sulla gestione del sistema. La Regione Lazio si è ispirata al decreto interministeriale 2013 per la costruzione del PAC e, almeno inizialmente, non ha fatto particolari deroghe o personalizzazioni per cui l'ambiente di controllo è stato qualificato nelle tre aree più importanti: controllo interno, contabilità analitica e sistema informativo aziendale. Inizialmente la Regione si è concentrata molto sugli aspetti di contabilità generale ma dal momento che oggi i sistemi informativi sono così integrati tra di loro che non ha più senso separare i processi amministrativo-contabili (bilancio d'esercizio) dalla reportistica delle informazioni (la contabilità analitica). Ecco il motivo per cui nel progetto che abbiamo portato avanti abbiamo tenuta in debita considerazione lo sviluppo e il miglioramento della contabilità analitica e la puntuale supervisione dell'applicativo, che deve supportare contabilità generale e contabilità analitica in maniera integrata.

Con il decreto 311 del 2016 la Regione Lazio ha adottato il percorso triennale di certificabilità dei bilanci validato dei ministri affiancanti. Due anni dopo, nel mese di marzo 2018, ha istituito la funzione di internal audit centralizzato sebbene all'interno delle Aziende non ci fossero strutture e persone adeguate al ruolo e

la cultura del controllo fosse quasi assente. Si è partiti a livello embrionale con la direzione regionale Sanità della Regione Lazio, quale buon esempio da seguire, per poi estendere la funzione a tutte le Aziende. Il passaggio successivo è stato l'approvazione del DCA 402/2018 che ha in parte modificato la rotta fissata per la certificabilità dei bilanci. Quando la Regione Lazio è entrata in piano di rientro, è stato sollevato il problema del fondo di dotazione negativo di 1 miliardo nonostante lo stato patrimoniale regionale sia positivo per 1,5 miliardi. Questa voce, se si va anche a guardare casistiche applicate e indirizzi ministeriali, da quando è stata istituita la contabilità generale non ha mai avuto una puntuale qualificazione: inizialmente rappresentava soltanto il differenziale tra residui attivi e passivi trascodificati dalla contabilità finanziaria ma poi su questa voce ogni Regione è intervenuta in maniera diversificata fino al D.Lgs. 118. Oggi il fondo di dotazione può essere definito come una voce residuale all'interno del patrimonio netto delle Regioni; fatto sta che fra i requisiti per poter essere decommissariati i Ministeri hanno messo l'azzeramento del fondo di dotazione. Questo ha portato a spostare l'attenzione dalle attività procedurali all'attività di sostanza.

Sul PAC si lavora mediante la realizzazione di procedure amministrativo-contabili che, una volta adottate all'interno dell'amministrazione, dovrebbero garantire la quasi assenza di errori contabili in quanto il processo è certificato. Ogni Azienda però parte da una specifica contabilità che può essere ordinata o portarsi dietro errori, dimenticanze, omissione degli anni pregressi nello stato patrimoniale.

Il decreto 402 ha avuto come finalità principale quella di iniziare a monitorare l'attività nelle Aziende Sanitarie per l'allineamento contabile tra partitari e bilanci di verifica, un lavoro che ha comportato un impegno significativo nelle Aziende. Questo fenomeno era co-

mune negli anni passati e, anche se oggi è molto più contenuto, se non si è mai risanato la situazione pregressa, i vecchi debiti sono sempre presenti e ricadono nel fondo di dotazione.

In tal senso per poter ricalcolare il fondo di dotazione alla luce della situazione attuale la Regione Lazio con il decreto 521/2018, sulla scia del 402, ha deciso di intervenire sulle principali poste di credito, debito e fondo del bilancio consolidato per verificare gli allineamenti contabili nei bilanci al fine di ridefinire il fondo di dotazione.

Se si desidera bonificare crediti, debiti e fondi prima si devono verificare gli allineamenti nella contabilità tra le dimensioni fondamentali di analisi e poi si può procedere a stralciare debiti, crediti e fondi superflui per vedere se, in contropartita a questa pulizia dei dati contabili, può esserci un miglioramento o anche un peggioramento del fondo di dotazione. Il 402 ha riprogrammato le attività procedurali ma soprattutto si è concentrato sull'attività di sostanza. Il 521, nel momento in cui i Ministeri chiedevano di dare segnali chiari di volontà della Regione di risolvere il problema del fondo di dotazione, ha dato indicazioni alle Aziende sul trattamento contabile da impiegare per eliminare delle partite contabili e/o registrarne di nuove una volta allineati i partitari.

L'ultimo provvedimento adottato è il decreto del commissario ad act di Zingaretti 297/2019 dove, al fine di dare ulteriore impulso all'attività di pulizia contabile, abbiamo identificato la figura di un soggetto attuatore, che dovrebbe essere nominato nei prossimi giorni, capace di dare supporto alle direzioni generali di tutte le 18 Aziende Sanitarie del Lazio per portare a termine tutte quelle attività non ancora ultimate.

Il primo risultato ottenuto nel bilancio del 2018 è stato il miglioramento significativo del fondo di dotazione in termini assoluti, poiché è migliorato di circa 150

milioni grazie soprattutto alla cancellazione dei debiti molto vecchi. Da un miliardo è passato quindi a 850 milioni in negativo ma i ministeri ovviamente non si accontentano.

Avendo notato che la maggior parte della pulizia dei dati è stata fatta andando ad analizzare, ed eventualmente a stralciare, le partite contabili più facili per cui forse non era neanche necessario decretare delle linee guida per poterle sistemare, c'è ancora tanto da fare prima di valutare eventualmente di ricapitalizzare le Aziende con la differenza. Il commissariamento ha nominato un commissario ad arte che affianchi i singoli direttori generali in questa attività.

Facendo riferimento al sistema di controllo interno implementato in Lazio, l'approccio impiegato prevede che:

- la Regione definisca le linee guida;
- le Aziende Sanitarie recepiscano le linee guida ed emanino le relative procedure aziendali;
- la Regione valuti la conformità delle procedure alle linee guida;
- le Aziende sanitarie, supportate dalla Regione, iniziano a verificare le procedure nei veri punti di controllo previsti.

Prima ho sentito dire che uno degli obiettivi più importanti dei processi di certificabilità dei bilanci e dei percorsi di certificabilità è quello di diffondere la cultura del controllo. In questo senso abbiamo posto particolare attenzione alla comunicazione con i nostri partner, sia interni che esterni. Ogni volta che vengono adottate delle procedure da una Azienda, che possono essere innovative o offrire degli spunti di riflessione oppure essere un possibile miglioramento anche per le altre Aziende, mettiamo a disposizione le informazioni in un portale condiviso (Alfresco) nel quale tentiamo di realizzare la massima condivisione tra le diverse realtà. Dal punto di vista dell'organizzazione del lavoro in Re-

gione (Assessorato alla Sanità) abbiamo:

- individuato un gruppo centrale che si occupa di coordinare e monitorare lo svolgimento del PAC e rendicontare trimestralmente il suo andamento ai Ministeri;
- previsto un supporto consulenziale che affiancasse le Aziende in quanto completamente prive di personale e di professionalità in grado di stare dietro agli atti normativi e regolamentari emanati dalla Regione.

Ispirandoci al decreto 1 marzo 2013 abbiamo quindi individuato le procedure amministrativo-contabili da monitorare e abbiamo provato ad individuare degli indicatori sintetici e facilmente fruibili che possano riferire alle direzioni aziendali a che punto è l'implementazione del loro percorso di certificabilità. Il monitoraggio di questi indicatori è stato posto come obiettivo di budget per i direttori generali per la corresponsione della premialità. Abbiamo inoltre istituito un nucleo di controllo interno regionale che ha adottato un manuale di audit da noi redatto nel quale abbiamo spiegato quali sono le regole e le modalità con le quali verifichiamo la rispondenza delle procedure formalizzate dall'Azienda rispetto alla realtà; l'azione aziendale si contestualizza nel piano audit triennale 2018-2020 realizzato, il quale riferisce a ogni Azienda che cosa la Regione andrà a controllare e con che periodicità. Abbiamo tentato di far capire alle direzioni il PAC non nasce e si conclude con i tre anni previsti dalla normativa ma è l'adozione di un modo di fare da parte delle Aziende, che deve essere costantemente rivisto alla luce delle nuove esigenze. Andando molto oltre il PAC, i sistemi amministrativo-contabili di controllo in particolare dovrebbero svolgere un ruolo di razionalizzazione degli tanti adempimenti previsti.

I risultati dell'attività di internal audit già svolta sono stati l'individuazione di circa 1200 item da analizzare

e il controllo di 168.000 punti sensibili: ogni ciclo di controllo ha le sue fasi da rispettare, ogni fase è un punto di controllo, che è stato verificato. Abbiamo individuato 24 criticità comuni e abbiamo completato il ciclo di audit previsto per il piano 2018-2020 al 100% per il 2018 e al 90% per il 2019 nonostante i 13 responsabili nominati dalle Aziende per il controllo interno siano stati nominati solo formalmente, ovvero è stata loro conferita un'ulteriore responsabilità sebbene non siano in svolgere questa attività. Questo dimostra che c'è ancora tanto da lavorare per poter rendere solido il sistema all'interno delle Aziende. Sulle maggiori criticità che abbiamo riscontrato, divise per ciclo di bilancio, stiamo intervenendo con delle semplici circolari che potrebbero trasformarsi in ulteriori modifiche alle linee guida e alle procedure amministrativo-contabili dell'Azienda, perché se un errore è ricorrente probabilmente è la Regione che non ha normato in maniera corretta quel ciclo contabile.

In futuro vorremmo rafforzare ancora di più sistema di controllo interno. Una volta portato a termine il PAC se non vogliamo che il manuale delle procedure amministrativo-contabili diventi uno dei tanti allegati, le procedure devono essere tenute vive attraverso un sistema di controllo, che dovrebbe essere sviluppato autonomamente all'interno delle Aziende Sanitarie e in grado di sviluppare un proprio manuale di internal audit, magari concertato con la Regione, la quale dovrebbe occuparsi solo di verificare in maniera campionaria se i sistemi di controllo delle singole Aziende funzionano; vorremo quindi avere dei sistemi di controllo sviluppati almeno nel 50% delle Aziende a fine 2020 e in tutte nel 2021.

Ho voluto portare come spunto di riflessione che cosa succede di fuori del mondo della sanità, perché quando parliamo di procedure codificate, fasi ben definite, punti di controllo, di indicatori che devono essere ve-

rificati in ogni punto di controllo per poi esprimere un giudizio sull'attendibilità delle procedure e del bilancio, stiamo parlando di qualcosa che oggi i sistemi informativi possono fare da soli. L'importanza dell'internal auditor o dei sistemi di controllo interno è minima dal momento che la tecnologia rende superata grossa parte di questa attività. Se domani si svilupperanno dei sistemi amministrativo-contabili che tracciano le procedure e a quelle procedure viene affiancato il relativo indicatore, il passaggio successivo sarà la valutazione mediante l'intelligence automation; le attività di internal audit verranno fatte con un click con una migliore qualità dei processi di audit, una maggiore copertura e una di alta frequenza dei controlli. Ciò tuttavia significa anche una possibile estensione dell'internal audit dal PAC a molte altre attività soggette a controllo, magari lavorando con tutte le altre strutture che fanno controlli all'interno delle Aziende: l'anticorruzione, il clinical risk manager, I sistemi di controllo si devono integrare in maniera intelligente al fine di evitare la paralisi burocratica dell'amministrazione, che passa il tempo a rendere conto a qualcuno di cosa ha fatto piuttosto che a fare.

Il futuro dei sistemi di controllo dovrebbe essere quello di trarre informazioni dalle verifiche fatte in automatico dal sistema informatico per proporre soluzioni organizzative. Il problema è che stiamo andando molto a rilento.

La digitalizzazione può sostituire agevolmente grossa parte dell'attività di controllo interno mentre la Regione va ancora nelle Aziende con un cospicuo numero di consulenti esterni per effettuare il controllo interno, che altrimenti non si farebbe.

Il fatto che vengano certificati i bilanci mi lascia infine indifferente perché la certificazione è solo l'apposizione di un bollino che dice che gli sforzi fatti nell'armonizzazione delle procedure contabili hanno portato al

risultato voluto.

A breve abbiamo un importante appuntamento ai Ministri di salute e finanze per la verifica quadrimestrale dei tavoli di verifica; sulla base dei risultati che verranno fuori ci saranno necessari dei cambiamenti organizzativi all'interno dell'Azienda nel caso in cui si passasse dal commissariamento a un'auspicabile fase di de-commissariamento. Questa ottima notizia genera anche dei problemi oltre agli indubbi vantaggi: l'interferenza della politica, l'allungamento dei tempi, ... I processi che oggi in Regione elaboriamo in un mese, domani dovranno essere elaborati in un mese meno i giorni che la politica si prende per adottare le proprie decisioni. È una bella sfida per il futuro.

L'internal audit lo mettiamo doverosamente in pasto alla politica, sperando che ne faccia un uso utile al sistema. Grazie.

Vincenzo Ferrari

Ci sono osservazioni o domande da porre?

Rosanna D'Amore, *regione Emilia-Romagna*

Più che una domanda, vorrei raccontare cosa ci approssiamo a fare in Emilia-Romagna. Buonasera, sono la referente regionale del costituendo Nucleo Audit regionale, un "organismo" che ha compiti di impulso, raccordo e coordinamento delle funzioni aziendali di Audit interno. Infatti, la legge regionale n. 9/2018 ha previsto l'istituzione della funzione di Audit interno in tutte le aziende sanitarie della regione.

Nell'impostare il disegno ed il funzionamento di questa funzione aziendale, abbiamo colto la stessa necessità che pare abbia colto l'attuale dirigenza dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. La funzione, infatti, avrà il compito di assistere la Direzione aziendale nella valutazio-

ne del complesso sistema dei controlli interni; sistema che poggia la sua prima importante rielaborazione nel Decreto legislativo n. 286/1999, con l'introduzione del controllo di gestione, del controllo di regolarità amministrativa e contabile (a cui è collegato il controllo esterno della Corte Dei Conti), del controllo sulla valutazione della dirigenza, del controllo strategico. Poi, nel tempo, una serie di leggi speciali hanno imposto tanti altri "punti" di controllo: ad es. anticorruzione, antiriciclaggio, rischio clinico, accreditamento e qualità. Dunque, la valutazione del Sistema di controllo atterra alla valutazione dei sistemi che lo compongono e che governano i principali rischi aziendali (che costituiscono anche i principali obiettivi aziendali: strategico/operativo, di conformità, di reporting).

Abbiamo individuato le quattro macroaree di rischio aziendale: strategico/operativa, reporting, conformità, frodi; abbiamo cercato di comprendere chi "governa" il rischio o i rischi della specifica macroarea, individuando sostanzialmente i gestori del secondo livello di presidio, e abbiamo impostato un modello di valutazione che molto si avvicinerà ad uno dei principali framework accreditati in materia. Tuttavia, ci siamo resi conto che un sistema dei controlli governa meglio i principali rischi aziendali se impostato con approccio integrato e trasversale degli stessi, mentre, oggi, sostanzialmente, sono "gestiti" a "canna d'organo". Di fatto è la vera sfida di questa funzione di controllo di terzo livello. Per far ciò sarà necessario ripartire dai principali processi aziendali (che impattano nelle quattro macroaree di rischio), per poi passare, per ciascuno di essi, alla mappatura (e gestione) dei rischi trasversale ed integrata. Per garantire l'indipendenza necessaria in tutto questo processo di valutazione del sistema dei controlli interni, oltre ad organizzare l'attività della funzione di Audit interno in maniera che possa tendere ai principali standard internazionali, riteniamo di doverla collocare in

staff al Direttore generale, massimo organo aziendale. Tutto quanto sarà coordinato e supportato dal Nucleo Audit regionale, che emanerà i propri indirizzi attraverso precise linee guida. Linee guida sia in relazione all'organizzazione dell'attività, al ruolo e alle sue responsabilità, che in relazione alla metodologia da utilizzarsi, anche al fine di identificare le priorità di intervento. Un ruolo importante, in questa prima fase di impostazione della funzione aziendale di Audit interno, rivestirà la formazione per i responsabili delle funzioni, per i componenti dei team di Audit, per i collaboratori e per i componenti dello stesso Nucleo Audit regionale. E naturalmente supporto, anche in termini di formazione, ai gestori del primo e secondo livello di presidio.

Grazie.

Vincenzo Ferrari

La bellezza di questo Laboratorio è che, oltre a suscitare l'interesse di tutti, raccoglie realtà a livelli diversi e quindi con ambizioni differenti.

La Calabria oggi ha parlato in maniera defilata lasciando spazio all'Umbria, regione Benchmark che subisce una scossa tellurica giudiziaria, alla regione Lazio, che dopo anni di piano di rientro e commissariamento vede la luce fuori dal tunnel, alla Toscana, altra regione Benchmark, che ha provato il brivido del piano di rientro.

Tutto ciò fa emergere che i controlli di primo, secondo, terzo livello non vanno mai sottovalutati ma sempre potenziali e aggiornati così come fa l'Emilia-Romagna che non si ferma nonostante funzioni, sia in equilibrio economico ed eroghi servizi eccellenti: alza l'asticella del controllo e si anticipa il rischio. Le Regioni in piano di rientro ad oggi sono ancora concentrate a diventare contabilmente credibili cercando di recuperare l'equi-

librio economico, accreditare della solidità del dato, ... e annullare il fondo di dotazione! Il fondo di dotazione della Calabria è in negativo per 113 milioni, pari a saldi di aziendalizzazione. Non è si capisce l'attenzione del Ministero sul fondo di dotazione se poi il debito che deve essere pagato non reca quella grandezza: quando il debito sarà saldato in una certa data, il fondo di dotazione si cancellerà istantaneamente per cui sentire Marcello Giannico dire che il Lazio non esce dal commissariamento perché il fondo di dotazione è negativo di un miliardo, secondo me dimostra che si sta scendendo su particolari irrisoni e senza alcuna valenza contabile.

Trovo che si stia prescindendo dalla contabilità economico-patrimoniale che dal 1992 è propria della sanità italiana.

Per chiudere e cercare di circoscrivere tutti gli interventi di oggi, si delinea una accentuata diversificazione tra le Regioni italiane che si cerca di ridurre purtroppo solo con adempimenti, documenti formali, regolamenti, PAC, ... Efficacemente invece ci dovremmo porre il problema su dove vogliamo andare, verso derive autonomiste o verso l'unitarietà? Personalmente spero nella realizzazione di un benchmark reale tra le Regione con lo scambio di buone pratiche e la condivisione di soluzioni ai problemi emergenti. Poniamoci l'obiettivo di un confronto più ampio e più frequente tra Regioni anziché trovarci solo una volta l'anno qui a Villa Umbra. Grazie.

CHIUSURA DEI LAVORI

Niccolò Persiani, *responsabile scientifico del Laboratorio*

Alcune parole per salutarvi e per concludere adeguatamente questa nona edizione del Laboratorio di bench-

marking tra Sistemi Sanitari. Quando l'abbiamo organizzato questa edizione abbiamo deciso di tenere un basso profilo, visto il periodo elettorale; non ci siamo riusciti perché c'è stata una partecipazione da giubileo. Ci sono state delle relazioni straordinarie, per cui mi complimento con tutti i relatori e i moderatori.

Come festeggiare il decennale del prossimo anno? Qualche idea c'è e questi tavoli di confronto le hanno rafforzate. Forse è il momento che questo Laboratorio, che ormai un bene comune, venga dato alle Regioni. Queste inizino a guidarlo individuando gli argomenti che vorrebbero fossero affrontati nelle tavole rotonde, diano il loro contributo in termini di idee e risorse: un Laboratorio sempre ospitato da questa struttura e sempre guidato dall'Umbria ma dove anche le altre Regioni siano responsabilizzate nella sua organizzazione e conduzione. L'idea è trasformare questo Laboratorio in un incubatore di novità per l'area del controllo della spesa sanitaria in capo alle Regioni.

Provo a sintetizzare in concetto in una frase semplice: supportare il processo dell'autonomia, sempre più forte, attraverso la standardizzazione della prassi. I sistemi regionali stanno chiedendo sempre più forza e sempre più autonomia, quindi desiderano sempre più differenziarsi; la condivisione di un percorso come questo consentirebbe la selezione congiunta di prassi amministrativo-contabili che devono essere standardizzate ma omogeneizzate.

È necessario creare un momento di confronto forte in cui tutti parlino la stessa lingua contabile per una medesima gestione risorse e un loro diverso impiego su tutto quello che sono i servizi e i risultati fissati, con grande autonomia.

Questa è la nostra ambizione.

Vi ringrazio e ci vediamo l'anno prossimo.



Coordinamento Redazionale:
Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica
Cristina Strappaghetti

Sintesi a cura di:
Martina Giusti

Progetto grafico:
Biagini&Co. Perugia



Scuola Umbra di
Amministrazione Pubblica
Villa Umbra

Loc. Pila 06132 Perugia
tel. 075-515971 - fax 075-5159785
www.villaumbra.gov.it - info@villaumbra.org

Azienda certificata UNI EN ISO 9001:2008
P.IVA 03144320540 - C.FISC.94126280547

Foresteria di Villa Umbra

Tel. 075-5159784
villaumbra@cooperativatorre.com
<http://www.villaumbra.gov.it/categorie/noleggio-struttura>

