

Celebrato a Brescia il decennale del progetto che punta a migliorare l'assistenza ai bambini

«Andrea» compie dieci anni

Il network è attivo in 42 ospedali di 13 Regioni - Consuntivi e nuove sfide



L'A.Ge. - Associazione italiana genitori - ormai da 37 anni dà voce alle famiglie e ai loro componenti: i genitori e i figli. Con le sue 400 associazioni presenti su tutto il territorio nazionale realizza una rete familiare che muovendo dal concetto di famiglia come cellula e risorsa della società, offre servizi e risposte alle famiglie. «Le famiglie al servizio della famiglia», potrebbe essere il suo slogan.

Anche il «Progetto Andrea» in Sanità è nato dall'esigenza di rispondere al bisogno della famiglia quando il più debole dei suoi membri vive un bisogno di salute in ospedale. Non è stata certamente l'A.Ge. per prima a evidenziare l'esigenza dell'umanizzazione dell'organizzazione ospedaliera: è noto infatti che la Sanità si preoccupa della malattia e non della persona ammalata. Se ciò è naturalmente molto pesante, diventa insopportabile quando l'ammalato è il bambino. La relazione è quindi il punto cruciale e fondamentale nel rapporto medico-paziente e l'umanizzazione è l'elemento essenziale delle cure.

Il «Progetto Andrea», partendo appunto dal bambino, si preoc-

Umanizzazione dell'assistenza, miglioramento della qualità e tutela dei diritti di tutti gli attori dell'assistenza ai bambini. Sono questi i temi fondanti del network «Gli Ospedali di Andrea». E proprio il Progetto Andrea ha celebrato il suo decimo anno di vita a Brescia, dal 17 al 19 novembre, con il convegno scientifico «Andrea, l'ospedale e il suo mondo». L'appuntamento, organizzato dal network, dall'Ospedale dei Bambini di Brescia, dall'Associazione italiana genitori, con la Cei Pastorale della Sanità e Cittadinanzattiva e con il patrocinio dell'Ao Spedali Civili di Brescia e dell'Asl bresciana, giunto alla quinta edizione, si è proposto anche quest'anno come momento di confronto. Coinvolgendo tutti coloro - dai piccoli pazienti alle famiglie, agli operatori, alle istituzioni, fino al mondo del volontariato e della scuola - che hanno a cuore l'obiettivo di riportare i bambini e i loro genitori al centro del proces-

cupa di portare al centro dell'attenzione sanitaria la persona ammalata con i suoi bisogni e le sue debolezze. Nato nell'ospedale di Latina nel 1995, quest'anno compie 10 anni: nel 1998 ha ricevuto il 1° premio al Golden Helix Award a Roma e da allora si è avviato verso un percorso ricco di riconoscimenti e di realizzazioni operative. Oggi è attivo in 42 ospedali di 13 Regioni: nel 1999 a Palma di Maiorca ha ricevuto il 2° premio al Pan European Golden Helix Ward e a Weinar ha ottenuto il premio «Alquin» Asso-

ciation Epa Nomination. Al Progetto Andrea nel 1997, promosso sempre dall'A.Ge., si è così associato un network, «Gli Ospedali di Andrea», che nel 2000 ha avuto il riconoscimento al Ragionando Forum Pa e al Centro Progetti Forum Pa.

Il network è una rete di strutture per l'assistenza sanitaria in area pediatrica: realizza un patto di solidarietà tra i piccoli ricoverati, i loro genitori, gli operatori sanitari, le istituzioni e il volontariato sulla base di presupposti etici e sociali, utilizzando strumenti

metodi tipici dei sistemi di qualità. I piccoli ricoverati con i loro genitori, insieme con medici, infermieri e volontari diventano i coproduttori del processo assistenziale, definendo e valutando la qualità dell'assistenza.

Il network si pone come organismo capace di sostenere il processo di miglioramento, di verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e di esercitare il ruolo di interlocutore con i diversi livelli assistenziali. Gli obiettivi sono pertanto: il miglioramento della umanizzazione, il

metodi tipici dei sistemi di qualità. I piccoli ricoverati con i loro genitori, insieme con medici, infermieri e volontari diventano i coproduttori del processo assistenziale, definendo e valutando la qualità dell'assistenza.

Il network si pone come organismo capace di sostenere il processo di miglioramento, di verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e di esercitare il ruolo di interlocutore con i diversi livelli assistenziali. Gli obiettivi sono pertanto: il miglioramento della umanizzazione, il

miglioramento della qualità dell'assistenza, la tutela dei diritti di tutti gli attori del processo assistenziale.

Annualmente un convegno scientifico vede riuniti gli «amici di Andrea», che studiano e riflettono sui temi a lui «cari». Quest'anno, dopo Roma, San Giovanni Rotondo, Larino e Venosa, è stata la volta di Brescia, dove l'A.Ge. in collaborazione con gli Spedali Civili ha ospitato i convegnisti in una tre giorni densa di relazioni scientifiche e tavole rotonde. In cui anche «Andrea» ha

detto la sua, con la consegna del premio relativo al concorso riservato ad alunni di ogni ordine e grado delle scuole italiane avente per titolo «Il mio dottore lo vorrei così». La manifestazione-premiatura dei finalisti e dei vincitori del concorso è avvenuta a Brescia il 19 novembre. In questi ultimi 5 anni circa 20mila bambini hanno espresso il loro punto di vista attraverso i loro elaborati.

All'«Ospedale di Andrea» si è unito recentemente «Andrea nella scuola», dove l'A.Ge. ha trasferito contenuti e metodiche sperimentati nel «fratello» in Sanità, coinvolgendo nello stesso percorso virtuoso di strumenti e metodi della qualità tutti i protagonisti della scuola: allievi, famiglie, insegnanti, personale di supporto. Il 3 dicembre prossimo in un'altra Kermesse, questa volta a Milano, «Andrea» festeggerà la sua vita scolastica.

Nino Sutera
Vicepresidente A.Ge.
Lino Claudio Pantano
Responsabile del network
«Gli Ospedali di Andrea»
Alberto Raponi
Coordinatore nazionale
del Progetto Andrea

L'esperienza del «Cubo bianco»

Dal 2004 a Brescia i bambini hanno un vero ospedale nell'ospedale. Con 151 posti letto ordinari, 39 per il day hospital e 56 «tecnici» (per l'osservazione breve intensiva e il nido). E con numeri di tutto rispetto: ogni anno 10mila ricoveri ordinari, 5mila cicli di Dh, 125mila accessi ambulatoriali e 35mila accessi in pronto soccorso.

«L'Ospedale dei Bambini di Brescia - ha spiegato **Lucio Mastromatteo**, direttore generale degli Spedali Civili - ha propri spazi e un'organizzazione funzionale autonoma». Unico presidio specializzato della Regione Lombardia, è organizzato in quattro dipartimenti: pediatrico, ostetrico-ginecologico, cervico-facciale e laboratori.

L'anno scorso è stato inaugurato un nuovo edificio, il «Cubo bianco» collegato funzionalmente con il padiglione A degli Spedali Civili, che ospita il pronto soccorso pediatrico, l'osservazione breve, i reparti di ortopedia e otorinolaringoiatria, la rianimazione e la terapia intensiva neonatale, oltre al laboratorio di Medicina molecolare. In strettissima connessione con le altre Uo pediatriche. «Il Cubo bianco - ha affermato **Raffaele Spiazzi**, direttore sanitario dell'Ospedale dei Bambini - non voleva né poteva essere tutto

l'Ospedale dei Bambini, ma doveva diventare una tappa rilevante nel processo di consolidamento del progetto. Che ha avuto adesioni a tutti i livelli».

Per Mastromatteo, l'edificio «consentirà quei margini d'espansione e sviluppo, funzionali sia a realizzare la ristrutturazione degli spazi «a misura di bambino», sia la collocazione di nuove attività o specialità evidenziate come necessarie dalla programmazione sanitaria». Nella direzione dell'«umanizzazione dell'assistenza», come ha ricordato il direttore sanitario dell'Ao bresciano, **Alfonso Castellani**.

I risultati si vedono. L'Uo di pediatria - ha ricordato **Luigi Notarangelo**, direttore del Dipartimento pediatrico - è stata individuata come «best in class» nel confronto tra 31 reparti pediatrici delle 19 aziende ospedaliere-universitarie coinvolte nel progetto di ricerca finalizzata «Benchmarking su indicatori di performance clinica». E si rafforzano i contatti con il territorio: da due anni il Laboratorio clinico-pedagogico dell'Ospedale dei Bambini affianca le famiglie e i piccoli pazienti affetti da una malattia cronica (epilessia, diabete e asma).

(schede a cura di Manuela Perrone)

La Carta dei diritti tra promesse e realtà

Sono 14 i «comandamenti» della Carta dei diritti del bambino in ospedale, adottata dal 2001 in quattro ospedali pediatrici (gli Irccs Burlo Garofolo, Bambino Gesù e Gaslini e l'Ao Meyer) e accolta nel 2003 dall'Associazione degli ospedali pediatrici italiani (Aopi). Si va dal «godimento del massimo grado raggiungibile di salute» all'assistenza globale; dal rispetto dell'identità personale, culturale e religiosa dei più piccoli alla tutela della privacy; dalla protezione dello sviluppo fisico e psichico e della vita di relazione all'informazione con «linguaggio comprensibile»; dal coinvolgimento nell'espressione del consenso alle pratiche sanitarie e alla ricerca alla libertà di manifesta-

re il proprio disagio; dall'educazione a «eseguire il più autonomamente possibile gli interventi di «autocura» alla possibilità di usufruire di un rapporto riservato con il medico, fino al diritto alla partecipazione vero e proprio, esteso alle famiglie.

Principi sacrosanti, ma difficili da tradurre in realtà. È dunque necessario un processo di verifica standardizzato, come hanno ricordato **Patrizia Visconti** (Burlo Garofolo), **Masimo Peraldo** (Meyer) e **Lucia Celesti** (Bambino Gesù). L'adesione alla Carta comporta infatti la partecipazione al programma di accreditamento professionale tra pari, il cui manuale contiene una check list di 128 criteri che costituiscono gli elementi misurabili di con-

trollo.

Nel corso del 2003 e del 2004 è stato condotto in tutti gli ospedali Aopi un piano formativo specifico per implementare la verifica, articolato in una fase di autovalutazione e in un momento di valutazione esterna, affidato a un nucleo ad hoc. Le visite sono ancora in corso e i risultati complessivi sono in corso di elaborazione. L'auspicio espresso dagli esperti è che «la Carta dei diritti del bambino in ospedale e il relativo programma di accreditamento possano trovare ampia diffusione nelle strutture pediatriche del Paese, quale strumento concreto per migliorare la qualità delle cure e dell'assistenza in pediatria». Che non restino libri dei sogni.

L'associazione dei nosocomi pediatrici e le reti Hph

Un'indagine a tutto campo su atti regionali di programmazione dell'assistenza pediatrica, malattie rare, collaborazioni scientifiche e cliniche, linee guida, raccomandazioni per l'uso corretto dei farmaci e health technology assessment. È questo l'ultimo progetto messo in cantiere dall'Associazione degli ospedali pediatrici italiani (Aopi), nata a maggio scorso dalla Conferenza permanente degli ospedali pediatrici e materno-infantile.

«L'obiettivo della ricerca - ha spiegato **Paolo Marchese Morello**, direttore generale del Meyer di Firenze e presidente Aopi - è quello di far luce sulle realtà esistenti presso le strutture associate, con riferimento alle aree di prioritario interesse per l'associazione». Notizie utili, in altre parole, «per impostare i programmi futuri e alimentare l'archivio telematico da mettere successivamente in rete».

È dal 2003 che la Conferenza permanente lavora per stendere progetti, cercare finanziamenti e coordinare le attività a partire dalle eccellenze, ma anche per affrontare e migliorare gli snodi cruciali delle attività ospedaliere

(emergenza, percorso nascita, appropriatezza) e lanciarsi verso le prospettive internazionali della rete degli Ospedali per la promozione della salute (Hph), avviata dall'Oms alla fine degli anni Ottanta.

Uno dei gruppi di lavoro dell'Aopi si occupa proprio di promozione della salute dei bambini in ospedale, «accodandosi» alla strategia Hph. **Fabrizio Simonelli**, responsabile del centro di coordinamento della rete Hph Toscana e del working group sui bambini, descrive così le attività in corso e del team «pediatrico»: «Stiamo condividendo un approccio metodologico che interpreta l'assistenza ospedaliera come un ciclo di servizio, e cioè come sequenza di momenti di rapporto fra paziente e operatori o unità operative, orientata a fornire tre livelli di macroprodotti-servizi in tre aree: l'assistenza sanitaria, le iniziative di miglioramento continuo della qualità di vita in ospedale e la promozione della salute». Intesa come attività che punta a fornire «empowerment for health», ovvero conoscenza e competenze utili per gestire e migliorare il proprio stato di salute.

La realtà della «trincea» quotidiana

Un conto sono i proclami, tutt'altro è la vita quotidiana nei reparti. Lo sanno bene le Regioni più afflitte da carenze socio-sanitarie. Come la Campania, in cui uno studio dell'Agenzia sanitaria regionale (Arsan) ha dimostrato una chiara correlazione tra l'incidenza dei ricoveri nella popolazione infantile di Napoli e un indice di «bisogno sociale», la concessione del reddito minimo di inserimento.

«Il malessere socioeconomico è largamente responsabile della elevata pressione a cui sono sottoposte le unità operative di pediatria nella nostra Regione», affermano **Luciano Pinto**, **Rodolfo Conenna**, **Francesco Vetrano** (dell'Ao Santobono-Pausilipon di Napoli) ed **Enrico de Campora** (dell'Ar-san Campania). Una difficoltà parti-

colarmente sentita a Napoli, in cui si ricoverano 164,5 bambini da 0 a 4 anni su mille, contro i 113,8 della media nazionale. Accade infatti che è l'ospedale a rispondere in gran parte alle esigenze della continuità assistenziale pediatrica. E che il bambino finisce in corsia anche se affetto da patologie lievi e di media gravità. Non solo. Appena il 35% degli accessi di emergenza-urgenza avviene in strutture provviste di pronto soccorso pediatrico e nel 30% dei casi il pediatra viene coinvolto soltanto in seconda battuta. Ben il 90% dei piccoli arriva al pronto soccorso senza alcun filtro, né preospedaliero né del «118».

Al Santobono-Pausilipon, l'ospedale pediatrico polispecialistico della Campania, nel 2003 sono stati 67.948 gli accessi pediatrici al Ps. La necessità del ricovero è stata

riconosciuta in 9.429 casi, 1.651 dei quali sono stati trasferiti altrove per mancanza di posti letto. I reparti sono spesso saturi: l'anno scorso l'occupazione media della Pediatria 2 è stata del 112% ed è arrivata fino al 170% tra dicembre e aprile.

Per tentare di rimediare, la Giunta regionale campana ha approvato le linee guida elaborate da un gruppo tecnico costituito da pediatri e da epidemiologi. Obiettivo: tagliare gli accessi impropri al Ps. Attraverso tre interventi: creare un «filtro» tra territorio e ospedale, favorendo le forme associative dei pediatri di libera scelta e istituendo in ospedale un'Unità di continuità assistenziale dedicata; creare nei nosocomi il triage pediatrico, nonché l'osservazione temporanea e breve; attivare una rete tra i centri pediatrici addetti all'emergenza.

EMILIA ROMAGNA/ Cambio di rotta per la contabilità delle aziende sanitarie

Il bilancio lo certifica Rebisan

Il "piano dei conti" si adegua agli obblighi informativi interni ed esterni



Con la legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50 «Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere» la Regione Emilia-Romagna aveva previsto per le aziende regionali il superamento del sistema di contabilità finanziaria e l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale, «informata ai principi previsti dal codice civile in materia di contabilità e bilancio».

Tale cambiamento venne disciplinato da norme regolamentari apposite e circolari specifiche, che accompagnarono le aziende in questo passaggio, avvenuto negli esercizi 1996 e 1997, e in particolare nella fase di predisposizione dello stato patrimoniale iniziale.

Con il passare degli anni si era reso sempre più evidente, pur all'interno di un percorso di progressivo miglioramento, il fatto che i bilanci di esercizio delle diverse aziende erano caratterizzati da una certa disomogeneità nella rappresentazione dei fenomeni gestionali, che rendevano difficili confronti e valutazioni trasversali, nonché operazioni di consolidamento a livello regionale.

Le ragioni di tale disomogeneità erano riconducibili a diversi fattori, fra i quali principalmente:

- la novità insita nell'inserimento dei principi contabili di tipo civilistico in organizzazioni precedentemente caratterizzate dall'utilizzo della contabilità finanziaria, di matrice pubblica;
- la presenza, in particolare al momento dell'avvio della contabilità economico-patrimoniale, di un quadro normativo generale non pienamente definito e univoco, nonché di una serie di possibili interpretazioni alternative cui fare riferimento;
- le fisiologiche difficoltà di integrazione derivanti dal dover accorpate diverse organizzazioni all'interno delle nuove aziende sanitarie;
- le diverse situazioni che caratterizzano le singole aziende, spesso legate ai fattori più diversi (distribuzione della popolazione, conformazione del territorio, struttura dell'offerta e delle sedi di funzionamento ecc.);
- l'adozione da parte delle aziende, di criteri di valutazione e contabilizzazione non perfettamente allineati per le poste del bilancio di apertura e per la redazione dei bilanci di esercizio successivi.

La Regione Emilia-Romagna, prendendo atto di questa

A distanza di oltre dieci anni dall'entrata in vigore della legge regionale 20 dicembre 1994 n. 50 che aveva introdotto la contabilità economico-patrimoniale nelle aziende sanitarie, la Regione Emilia-Romagna, che aveva fatto da apripista a tutte le altre Regioni nell'attuazione dei Dlgs 502/1992 e 517/1993, ha varato una significativa riforma della normativa per la organizzazione e la tenuta della contabilità e per la stesura dei bilanci.

La deliberazione della Giunta regionale n. 416 del 16 febbraio 2005, con la quale sono stati approvati i documenti relativi, a conclusione di un progetto pluriennale che ha coinvolto, con il coordinamento di dirigenti regionali, cinque aziende pilota e professionisti esterni, è stato pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione n. 69 del 22 aprile 2005 (consultabile anche sul sito www.regione.emilia-romagna.it).

Il progetto, denominato "Certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie" (acronimo Rebisan), è stato focalizzato in modo primario su un processo di revisione dei sistemi contabili e delle

procedure organizzative e operative adottate dalle singole aziende, secondo principi e metodologie generali messi a punto nell'ambito del progetto stesso; il team di progetto si è occupato della gestione e del coordinamento delle diverse attività svolte e delle numerose risorse utilizzate, articolando i lavori in sottogruppi tematici, che si sono occupati degli approfondimenti di natura contabile e fiscale, dell'analisi e della definizione di proposte di razionalizzazione relativamente al sistema di controllo interno delle aziende e al miglioramento e omogeneizzazione delle procedure operative e amministrative.

Nell'ambito del progetto sono stati messi a punto:

- nuovi schemi di bilancio, piano dei conti e relative linee guida;
- manuali di organizzazione contabile e di controllo interno delle aziende sanitarie;
- documenti specifici di approfondimento contabile e fiscale.

Le aziende sanitarie della Regione sono state chiamate ad adeguare, fino dall'esercizio in corso, i rispettivi sistemi contabili agli schemi e alle indicazioni di cui

sopra, al fine di creare le condizioni necessarie per l'avvio della revisione del bilancio d'esercizio.

La delibera regionale pone in capo alle aziende l'obbligo di articolare ulteriormente il proprio "piano dei conti" in modo tale da soddisfare ulteriori esigenze informative, interne ed esterne, e in particolare quelle connesse agli obblighi informativi nei confronti dei ministeri dell'Economia e della Salute (attualmente disciplinati dai decreti ministeriali 16 febbraio 2001 e 28 maggio 2001).

Se si pensa che attualmente esistono nel nostro Paese una ventina di sistemi contabili tutti diversi tra loro, uno per ogni Regione e Provincia autonoma, e che sono ormai maturi i tempi per una omogeneizzazione, al fine soprattutto di consentire comparazioni significative a livello nazionale, che fra l'altro evidenzerebbero le aree di inefficienza, il modello della Regione Emilia-Romagna si pone all'attenzione delle altre Regioni e dei ministeri dell'Economia e della Salute.

Roberto Caselli

situazione e avvertendo la necessità di un quadro di riferimento più chiaro per supportare le valutazioni e le decisioni di competenza, ha ritenuto che un processo orientato alla trasparenza attraverso la revisione dei bilanci delle aziende, potesse condurre a una migliore leggibilità, affidabilità e confrontabilità dei bilanci, in modo da renderli rappresentativi delle diverse situazioni e gestioni aziendali.

Questa consapevolezza aveva condotto alla decisione di avviare un progetto di revisione dei bilanci delle aziende

sanitarie, al fine di creare concretamente e sistematizzare le condizioni necessarie per affrontare il problema in

modo strutturato, intendendo così supportare e orientare in modo significativo le organizzazioni nel necessario processo di cambiamento.

L'avvio del progetto. Il progetto di "certificazione di bilancio" delle aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna è stato avviato sulla base degli indirizzi e delle indicazioni contenuti in una specifica delibera della Giunta regionale, predisposta su iniziativa congiunta degli assessorati al Bilancio e alla Sanità.

La delibera, in coerenza con gli obiettivi e le esigenze della Regione, aveva indicato con chiarezza il significato e le finalità del progetto. Esso infatti focalizzava l'attenzione in modo primario su un ampio processo di revisione dei sistemi contabili e delle

procedure organizzativo-operative adottate dalle singole aziende, sulla base della normativa vigente, dei principi contabili e dei principi di revisione, da adattare/integrare nell'ambito del progetto, ove necessario, con principi e metodologie specifici per le aziende sanitarie; a regime, la loro uniforme applicazione risultava necessaria per attivare la revisione e la certificazione vera e propria dei bilanci delle aziende sanitarie, secondo un percorso di revisione contabile specifico e condito.

In sostanza, gli obiettivi generali di tale processo, da perseguire anche mediante l'introduzione dei necessari adeguamenti normativi, erano i seguenti:

- consentire la corretta lettura e migliorare la significatività dei bilanci delle aziende sanitarie regionali, in particolare da parte del livello regionale, partendo da una revisione degli schemi di bilancio in linea, ove possibile, con i principi contenuti nel codice civile;
- migliorare la capacità regionale di comprendere il grado di raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari della gestione;
- assicurare a tutti gli altri soggetti esterni interessati una più agevole comprensione delle dinamiche interne alle aziende e al Sistema sanitario regionale.

Per conseguire tali obiettivi attraverso la revisione/certificazione di bilancio era necessaria la messa a punto di specifici principi e metodologie al momento non disponibili. Infatti, un'applicazione

stretta della normativa e dei principi messi a punto con riferimento ad altri settori di attività avrebbe condotto a risultati non del tutto soddisfacenti per i vari portatori di interessi e in particolare per la Regione, in quanto essi risultavano:

- volti a valutare in modo prioritario aspetti non altrettanto significativi in ambito sanitario, e in particolare quelli connessi alla determinazione del reddito;
- insufficienti per garantire un adeguato trattamento a diverse fattispecie specifiche che connotano numerose attività operative e le corrispondenti voci di bilancio delle aziende sanitarie;
- carenti nel garantire le necessarie comparazioni all'interno del sistema sanitario regionale.

Proprio il riconoscimento della specificità delle finalità delle aziende sanitarie ha indotto la Regione Emilia-Romagna a presidiare in modo diretto il processo di messa a punto dei principi e delle metodologie specifiche, a integrazione dei principi generali stabiliti per la generalità delle imprese.

L'organizzazione del progetto. L'interesse della Regione, come specificato nella delibera di attivazione del progetto, non è stato quindi rivolto prioritariamente a promuovere una revisione nell'accezione più stretta del termine.

Si è inteso piuttosto definire una metodologia, nell'organizzazione amministrativa, nella rilevazione delle operazioni aziendali e nella formazione dei bilanci, che consentisse di interpretare la revisio-

ne di bilancio come un'occasione importante, cioè come strumento in grado di migliorare l'organizzazione interna delle aziende in modo stabile e strutturato; solo come conseguenza successiva, tale processo può assicurare, attraverso la certificazione vera e propria, l'espressione di un parere professionale sulla effettiva rappresentatività del bilancio di esercizio rispetto alla situazione economica e patrimoniale.

È stato pertanto necessario dare una prospettiva pluriennale al progetto, in modo da

poter affrontare adeguatamente la complessità della materia e garantire, attraverso un ampio coinvolgimento, un

supporto al graduale cambiamento interno delle aziende. Operativamente i lavori si sono conclusi nel corso del 2004.

La conduzione operativa del progetto è stata affidata a un team regionale, composto da dirigenti regionali, da esponenti delle aziende e da professionisti operanti nelle aree della contabilità e del bilancio, della revisione e del controllo di gestione. Tale gruppo si è occupato quindi della organizzazione e del coordinamento delle diverse attività svolte e delle numerose risorse coinvolte, mediante l'articolazione delle attività in sottogruppi tematici, che si sono occupati:

- degli approfondimenti di natura contabile e fiscale, ol-

tre che della definizione del nuovo schema di bilancio e del piano dei conti; i gruppi hanno operato coinvolgendo in tavoli tematici tutte le aziende sanitarie della Regione e predisponendo documenti dedicati;

- della rilevazione, dell'analisi e della definizione di proposte di razionalizzazione relativamente al sistema di controllo interno delle aziende e al miglioramento e omogeneizzazione delle procedure operative e amministrative che conducono, in ultima istanza, alla formazione dei bilanci; il gruppo ha operato prevalentemente all'interno delle aziende, a diretto contatto con gli operatori e i responsabili dei servizi, sintetizzando in una serie di documenti quanto emerso sul campo con le proposte di miglioramento elaborate congiuntamente.

In considerazione dell'ampiezza del progetto, sono state individuate alcune aziende "pilota" (5 su un totale di 18), rappresentative delle diverse realtà presenti all'interno della Regione, con le quali avviare una attività di rilevazione e analisi di dettaglio delle procedure, nonché momenti di confronto sui risultati emersi e sull'applicabilità e onerosità delle soluzioni proposte dal punto di vista contabile, amministrativo, organizzativo, procedurale, informativo-informatico.

In questo percorso le altre aziende sanitarie della Regione sono state mantenute aggiornate attraverso la diffusione dei risultati che emergevano dall'esperienza delle cinque aziende pilota, mediante incontri di approfondimento specifici sia presso la Regione

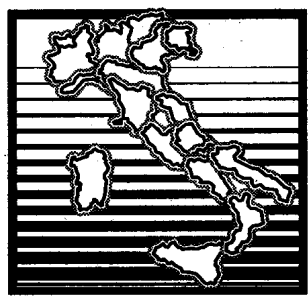
che direttamente presso le sedi aziendali. Tale approccio ha consentito il progressivo aggiornamento delle procedure,

dell'organizzazione e dei sistemi informativi già nel corso del progetto, via via che si procedeva a trattare le diverse tematiche.

I documenti e i risultati del progetto. L'attività svolta nell'ambito del progetto Rebisan è stata formalizzata in una serie di documenti:

- schema di bilancio, piano dei conti e le relative linee guida;
- documenti specifici di approfondimento contabile e fiscale;
- manuali del sistema di controllo interno e di organizzazione contabile delle Aziende sanitarie.

Marzia Cavazza
 Dirigente della direzione Sanità e Politiche sociali Regione Emilia-Romagna



EMILIA ROMAGNA/ Obiettivo finale: rendere conto dei risultati raggiunti in rapporto

Tutte le differenze tra Rebisan

Il bilancio di esercizio ha il compito di illustrare come l'azienda ha saputo

Uno degli obiettivi del progetto Rebisan è stato quello di aggiornare lo schema di bilancio adottato dalla Regione Emilia Romagna, cercando di recuperare il più possibile i principi del codice civile (in linea con i Dlgs 502/1992 e 517/1993, che avevano promosso la riforma dell'assetto giuridico patrimoniale e contabile delle aziende del Servizio sanitario nazionale), sia per adeguarlo alla necessità di una maggiore trasparenza, sia per consentire delle comparazioni fra aziende e analisi che consentano di individuare con minori difficoltà, rispetto al passato, quali siano i punti di forza e di debolezza delle aziende.

Il gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno approfondire questo tema in prossimità della conclusione del progetto, per tener conto di tutte le problematiche emerse, nel corso dei vari approfondimenti, a proposito delle varie voci dello Stato patrimoniale e del Conto economico, in modo da adeguare lo schema agli aspetti peculiari della Sanità pubblica.

Il modello realizzato si pone quindi all'attenzione anche delle altre Regioni, in vista di una omogeneizzazione dei principi e degli

Le attività delle aziende sanitarie sono state analizzate per "cicli" contabili:

1. ciclo attivo (gestione dei ricavi e dei crediti conseguenti);
2. ciclo del personale (gestione dei trattamenti economici e previdenziali, oltre che delle voci patrimoniali correlate);
3. ciclo delle immobilizzazioni (gestione di quelle immateriali e materiali);
4. ciclo passivo relativo all'acquisizione di beni e servizi;
5. ciclo passivo relativo ad acquisizioni tipiche delle aziende sanitarie (mobilità passiva, farmaceutica ecc.).

Per ciascun ciclo sono stati predisposti documenti di sintesi dei risultati emersi nel corso del lavoro di analisi e revisione organizzativa effettuato presso le aziende sanitarie.

Si tratta dei «Manuali» che forniscono indicazioni e proposte operative finalizzate alla messa a punto di una organizzazione aziendale e amministrativa in grado di affrontare positivamente un processo for-

male di revisione aziendale; essi inoltre forniscono suggerimenti e indicazioni operative con l'obiettivo di offrire un adeguato supporto al processo di revisione e certificazione che il servizio sanitario regionale si appresta a sostenere.

Infatti i manuali hanno come destinatario principale le aziende sanitarie della Regione, con indicazioni concrete e immediatamente applicabili che possono favorire e sostenere:

- il ripensamento dei processi amministrativi e contabili interni attualmente adottati;
- la guida di eventuali percorsi di miglioramento dei sistemi informativi e informatici utilizzati;
- la garanzia di un complessivo miglioramento della significatività dei bilanci e, di fatto, della possibilità di governo economico-finanziario dell'azienda stessa.

Hanno inoltre lo scopo di accompagna-

re il futuro processo di revisione dei sistemi contabili e dei bilanci delle aziende: in questo senso offrono loro non solo indicazioni concrete su come prepararsi al processo di certificazione di bilancio, ma anche spunti e informazioni destinate ai revisori che saranno chiamati a svolgere tale attività professionale delineando un quadro di riferimento preciso ed esplicito su caratteristiche, finalità, esperienze, strumenti del servizio sanitario regionale.

Ciascun manuale è composto da schede, una per ogni "macro-voce" di bilancio, strutturate secondo un'articolazione standardizzata per punti ciascuno con l'obiettivo di:

1. inquadrare la casistica esaminata, descrivendone le principali caratteristiche e le peculiarità più significative dal punto di vista amministrativo e contabile;

2. indicare proposte organizzative, procedurali e informative in grado di suppor-

Gli strumenti per facilitare

A ogni "ciclo" il suo documento:

tare la corretta rilevazione e contabilizzazione;

3. descrivere le principali attività da svolgere nella fase di formazione del bilancio di esercizio;

4. individuare le informazioni da inserire in nota integrativa, in modo da assicurare completezza informativa al bilancio dell'azienda;

5. richiamare i principi contabili di riferimento;

6. fornire suggerimenti specifici sulla contabilizzazione;

7. fare rinvio ad altre parti del manuale in cui sono descritte voci in qualche modo correlate alla voce considerata (cross references).

L'impostazione seguita nella definizione delle varie schede mira a fornire indicazioni precise in termini di risultati attesi, mantenendo in capo alle aziende il compito di individuare soluzioni specifiche (orga-

schemi adottati nel nostro Paese, che da più parti viene auspicata per rendere finalmente possibile la comparazione tra i bilanci di tutte le aziende, che costituisce

un elemento essenziale per un miglioramento generale dei risultati delle gestioni.

Come noto, il Dlgs 502/1992, aveva previsto che lo schema di

bilancio per le aziende del Servizio sanitario nazionale, fosse in linea con i principi del codice civile, tenendo conto naturalmente delle modifiche introdotte dal

Dlgs 127/1991, che aveva recepito la IV direttiva della Cee in materia dei bilanci delle società di capitali.

La scelta dei ministeri del Te-

soro e della Sanità (ora dell'Economia e della Salute), non era stata però quella di integrare o modificare alcune voci degli schemi previsti dal codice civile, per

Il confronto con lo schema precedente

Le voci a confronto dallo stato patrimoniale

Rispetto allo schema regionale precedentemente in vigore in Emilia Romagna (regolamento 27 dicembre 1995, n. 61) le modifiche più significative sono le seguenti.

Attività. Nelle immobilizzazioni immateriali vengono esplicitamente previste quelle in corso alla fine dell'esercizio e gli acconti (analogamente alla macroclasse delle immobilizzazioni materiali) nonché i prodotti informatici (software) e le migliorie su beni di terzi.

Nelle Immobilizzazioni finanziarie sono evidenziate le "Partecipazioni"; l'esperienza ha infatti messo in evidenza che non sono poi tanto rari i casi in cui un'azienda sanitaria abbia delle partecipazioni in società o consorzi; è inoltre prevedibile uno sviluppo di certe aggregazioni per lo svolgimento di servizi comuni.

L'iscrizione in questa macroclasse degli altri titoli dovrà avvenire non in relazione alla scadenza, come nello schema attuale (scadenza "a lungo termine"), ma in base alla destinazione aziendale data.

Le rimanenze, nell'attivo circolante, non si limitano alle scorte (con distinzione fra beni sanitari e non sanitari in conformità dello schema interministeriale) e sono articolate secondo lo schema del codice civile, prevedendo cioè anche le rimanenze di beni in corso di lavorazione, semilavorati e finiti, e in particolare le attività in corso alla fine dell'esercizio, fra le quali sono particolarmente significative quelle fiscalmente rilevanti e le degenze in corso; la valorizzazione di queste ultime colma una lacuna significativa nell'applicazione del principio della "competenza temporale".

Le "Immobilizzazioni finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni" mettono anch'esse in evidenza rispettivamente, le "Partecipazioni" e gli "Altri titoli"; anche in questo caso il criterio dell'iscrizione delle partecipazioni e dei titoli, non dovrà essere quello della scadenza (nello schema attuale a breve termine), ma quello della destinazione aziendale data.

Passivo e netto. Mentre nel codice civile questa sezione è denominata semplicemente "Passivo", è apparso opportuno mettere evidenza che, in questa sezione, oltre alle passività vere e proprie troviamo il "Patrimonio netto".

Il "Patrimonio netto" presenta il "Fondo di dotazione" al primo posto, evidenziando gli incrementi o

di decrementi rispetto alla situazione iniziale rilevata al 1° gennaio 1997, data di introduzione, nella Regione, della contabilità economico-finanziaria e patrimoniale.

Sono poi evidenziati, in voce unica, i "Contributi in conto capitale" ricevuti per l'acquisto di beni strumentali e i "Conferimenti" patrimoniali della Regione rilevati al 1° gennaio 1997 quale contropartita di tutti i beni strumentali conferiti alle aziende al momento dell'acquisizione, da parte loro, dell'autonomia giuridica e patrimoniale; questa impostazione, da considerare in deroga ai principi contabili emanati dagli Ordini dei dottori commercialisti e dei ragionieri per le società di capitali, consente alla fine di ogni esercizio la "sterilizzazione" delle quote di ammortamento calcolate sui beni strumentali esistenti al 1° gennaio 1997 o acquistati successivamente con contributi in conto capitale.

La nuova voce "Donazioni vincolate a investimenti" è in linea con il nuovo schema interministeriale; ciò rappresenta una peculiarità del settore pubblico e non trova riscontro nell'impostazione del codice civile.

Il Fondo per rischi e oneri comprende anche il "Premio di operosità dei medici convenzionati esteri", che nello schema attuale compare in una macroclasse separata.

È stato ripristinato, con voce distinta, il "Trattamento di fine rapporto lavoro subordinato", in quanto per alcuni rapporti di lavoro esiste l'obbligo contrattuale di corrisponderlo direttamente alla cessazione, anziché tramite l'Ente previdenziale come nella maggioranza dei casi.

Nell'ambito dei "Debiti" è stato ritenuto mettere in evidenza, anche ai fini dell'analisi di bilancio, la distinzione fra quelli derivanti da acquisti di beni di consumo e di servizi e quelli derivanti da acquisti di beni strumentali.

I "Debiti per mobilità passiva verso aziende di altre Regioni" sono stati inseriti nella macroclasse "Debiti", e in particolare fra i debiti verso aziende sanitarie, nonostante che il loro importo alla fine dell'esercizio sia oggetto di stima, mancando i dati definitivi, elaborati dalle Regioni, in tempo utile;

Come è composto il "Rendiconto di liquidità"

DISPONIBILITÀ LIQUIDE INIZIALI	GESTIONE EXTRACORRENTE
a) Cassa	1) Fonti per disinvestimenti
b) + Istituto tesoriere	a) di immobilizzazioni immateriali e materiali
c) + c/c postale	b) di immobilizzazioni finanziarie e varie
d) - debiti verso istituto tesoriere	2) Fonti per nuovi finanziamenti
Totale disponibilità liquide iniziali	a) da mutui
	b) da contributi in c/capitale
	c) da altri finanziamenti diretti
	Totale fonti
	1) Impieghi per nuovi allestimenti
	a) in immobilizzazioni immateriali e materiali
	b) in immobilizzazioni finanziarie e varie
	2) Impieghi per rimborsi di finanziamenti
	a) da mutui
	b) da altri finanziamenti diretti
	Totale impieghi
	Totale net cash gestione extracorrente
	CONTRIBUTI
	Contributi per ripiano perdite
	DISPONIBILITÀ LIQUIDE FINALI
	a) Cassa
	b) + Istituto tesoriere
	c) + c/c postale
	d) - debiti verso Istituto tesoriere
	Totale disponibilità liquide finali

questa iscrizione costituisce una deroga rispetto ai principi contabili, che richiederebbero un accantonamento dell'importo nei Fondi per oneri. La deroga è stata ritenuta opportuna sia per lasciare il debito insieme a quello per la mobilità interregionale, che nel bilancio può essere iscritto in via definitiva, sia per restare in linea, per una voce molto significativa, con lo schema interministeriale.

Conti d'ordine. La voce "Canoni leasing a scadenza" sostituisce quella analoga dello schema attuale "Canoni leasing da pagare"; inoltre sono state inserite le voci "Titoli a cauzione" in luogo della precedente, "Depositi cauzionali"; sono state poi aggiunte altre voci ritenute significative al fine di fornire un quadro informativo completo e precisamente: garan-

zie prestate, beni di terzi, trasferimenti in conto capitale su futuri stati di avanzamento.

Conto economico. L'impostazione del conto economico recupera, come già precisato, i principi del codice civile con riferimento alla separazione delle operazioni fra quelli afferenti l'area ordinaria e quella straordinaria, nonché la classificazione per destinazione dei fattori produttivi.

L'aggiornamento di questo documento ha costituito l'occasione per una riflessione sulla sua importanza quale strumento di gestione per le aziende e di monitoraggio per la Regione e ha indotto a un maggior dettaglio delle principali voci di costi e di ricavi, al fine di migliorarne la trasparenza e la valutazione dei risultati.

ai target assegnati per il processo di riforma della governance del Ssr

e la vecchia contabilità

rapportarsi col rispetto dei vincoli economici e finanziari

Identikit delle Asl pilota					
	Piacenza	Reggio E.	Imola	Ferrara	Rimini
Popolazione (abitanti)	267.274	462.637	107.776	344.025	276.384
Personale (unità)	3.336	3.639	1.631	3.084	2.856
Di cui medici	475	459	220	431	470
Medici conv.	288	443	121	388	304
Strutture ricovero	5	2	1	3	4
Posti letto	855	913	150	830	535

L'applicazione del modello

ecco i manuali operativi d'azienda

nizzative, contabili, informative...) ai diversi temi trattati.

L'approccio infatti è teso a evidenziare principi e criteri per affrontare i vari problemi, non individuando soluzioni obbligatorie uguali per tutti, ma stimolando le aziende a ripensare la propria organizzazione e le proprie procedure.

Va sottolineato inoltre che le "macro voci" in cui si articola il documento riflettono le casistiche più significative, con contenuti il più possibile affini, almeno con riferimento al sistema di controllo interno, mentre per quanto attiene al piano dei conti e allo schema di bilancio si rinvia alle relative linee guida emanate dalla Regione che prevedono apposite appendici che riprendono in modo sistematico argomenti trasversali oppure che necessitano di una trattazione mirata.

Si è scelto di non affrontare in modo specifico gli aspetti fiscali per i quali si

rimanda agli orientamenti redatti a cura dello specifico gruppo interaziendale costituito in seno al progetto Rebis.

A tal proposito, si sottolinea che la responsabilità in materia fiscale e tributaria è sempre riconducibile a ogni singola azienda ed è questo il motivo per cui non si è ritenuto opportuno prospettare soluzioni vincolanti.

Inoltre la normativa tributaria è in continua evoluzione, sia per effetto di modifiche alle norme di legge, sia a causa di circolari o risoluzioni ministeriali e ciò avrebbe generato l'esigenza di un continuo aggiornamento dei manuali.

Nella stesura dei manuali si è fatto riferimento alla normativa vigente riguardante le aziende della Regione Emilia Romagna.

I manuali assumono come punto centrale la necessità che ogni azienda sanitaria si doti di un sistema di procedure

aziendali interne opportunamente formalizzate.

Per questo motivo i documenti non trattano i dettagli dell'assetto organizzativo interno delle aziende e delle loro modalità di funzionamento, poiché a ciascuna di esse compete la definizione del sistema di controllo interno e delle relative procedure adattandolo alle caratteristiche della propria struttura e delle attività svolte.

Infatti sono stati dedicati appositi paragrafi all'"impostazione suggerita" e alle "attività e avvertenze in sede di redazione del bilancio di esercizio" che spesso suggeriscono controlli e procedure da porre in essere sia nel corso dell'esercizio sia in fase di sua chiusura, da supportare mediante documentazione e formalizzazione a mezzo di modulistica interna standard.

Tale approccio consente all'azienda di:

- formalizzare in modo chiaro modalità di funzionamento, competenze e responsabilità del sistema di controllo interno, rendendolo così più affidabile, efficiente e idoneo a garantire alla direzione delle aziende strumenti (informativi, operativi, ecc.) adeguati al supporto della propria attività gestionale;

- rendere più agevole lo scambio informativo tra i vari servizi aziendali (sanitari e amministrativi) e la funzione preposta alla predisposizione del bilancio, semplificando sia le attività nel corso delle verifiche infrannuali sia quelle necessarie per la redazione del bilancio d'esercizio;

- facilitare il compito di terzi (revisori, collegio sindacale, Regione ecc.) deputati al controllo sul sistema contabile dell'azienda e sui suoi risultati.

Marzia Cavazza
Enrico Contini
Revisore contabile

Membro del Team regionale di progetto

blica; in quest'ultimo caso sono previste delle deroghe;

- possibilità di riclassificare tutte le voci secondo lo schema interministeriale;

- recepimento dei principi del codice civile, con riferimento alla imputazione dei costi e dei ricavi nell'area ordinaria o in quella straordinaria e con l'inclusione della valutazione delle attività in corso alla fine dell'esercizio, per consentire alle aziende di utilizzare i dati contabili anche in sede di dichiarazioni fiscali (sia ai fini dell'imposizione sul reddito derivante da attività commerciali, sia ai fini Irap nel caso di opzione per il metodo del Vpn con riferimento alle stesse attività);

- maggiore leggibilità del bilancio, con evidenziazione delle voci più significative già negli schemi di stato patrimoniale e di conto economico, lasciando alla nota integrativa dettagli meno importanti;

- maggiore trasparenza per consentire anche ai non addetti ai lavori di comprendere meglio gli aspetti salienti sia della gestione, che dell'assetto patrimoniale.

a cura di

Roberto Caselli

tener conto delle peculiarità del settore, ma quella di classificarle in modo diverso, con applicazioni di principi in qualche caso diversi.

Il nuovo schema di bilancio interministeriale pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» del 15 marzo 2002 (decreto interministeriale dell'11 febbraio 2002),

pur con qualche modifica rispetto alle versioni originarie del 20 ottobre 1994, specialmente dello Stato patrimoniale, aveva lasciato invariata l'impostazio-

ne del conto economico.

Lo schema realizzato nell'ambito del progetto Rebis ha cercato di realizzare i seguenti obiettivi:

- recupero dei principi del codice civile, relativi ai bilanci delle società di capitali, salvo che non siano compatibili con alcuni aspetti peculiari della Sanità pub-

all'area fiscale

Valore della produzione. Questa area comprende costi e ricavi della gestione ordinaria, esclusi quelli di tipo finanziario; sono evidenziate le voci più significative, tipiche del settore; i rimborsi sono separati dai veri e propri ricavi; sono ripristinate, in linea con il codice civile, le variazioni "delle rimanenze di prodotti in corso di lavorazione, semilavorati e finiti" e quelle delle "attività in corso".

Nella voce "Sterilizzazione delle quote di ammortamento", affluiranno, come precisato in precedenza, la quota di competenza dei contributi in conto capitale a destinazione vincolata e dei conferimenti patrimoniali della Regione, nonché delle donazioni finalizzate a investimenti.

Costi della produzione. Le voci si caratterizzano per le suddivisioni che consentono il raccordo con lo schema attuale (oltre che con quello ministeriale e con il modello Ce per la rilevazione del sistema informativo).

Per quanto riguarda la mobilità passiva, dopo aver valutato diverse alternative, il gruppo di lavoro ha deciso di proporre la evidenziazione dei singoli componenti di costo e di ricavo, secondo la loro natura; i conguagli passivi dell'esercizio precedente sono evidenziati fra le sopravvenienze passive.

Per le aziende territoriali, sarà lasciato alla nota integrativa il compito di raggruppare tali voci, in modo da poter valutare il costo della mobilità passiva con il ricavo corrispondente per quella attiva, valutando anche il livello di "attrazione" o di "fuga" di ogni azienda.

I "Costi per il personale" appaiono divisi per ruolo e per inquadramento contrattuale, in questo caso non in linea con il codice civile, ma con lo schema interministeriale, al quale è possibile ricollegarsi, evidenziando i costi maturati nell'esercizio e quelli relativi a oneri contrattuali arretrati; la collocazione di questi ultimi consente quella visibilità che sarebbe mancata se fossero stati contabilizzati insieme con gli oneri correnti oppure nell'ambito delle sopravvenienze passive.

L'incremento del debito verso il personale dipendente per ferie e per straordinari maturati e non recuperati è stato messo in evidenza in apposita

sottovoce per permettere il miglior monitoraggio di un fenomeno che qualche volta assume dimensioni anomale; nel caso di decremento la stessa voce dovrà essere iscritta con il segno meno.

È stato valutato poi il fenomeno del personale distaccato da terzi e quello del recupero dei puri costi per il personale in organico distaccato presso terzi; il gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno proporre una deroga, per questa tipologia, dal principio del codice civile che vieta la compensazione di partite, suggerendo la contabilizzazione dei rimborsi in deduzione dei costi corrispondenti, dandone però opportuna evidenza nell'ambito della nota integrativa.

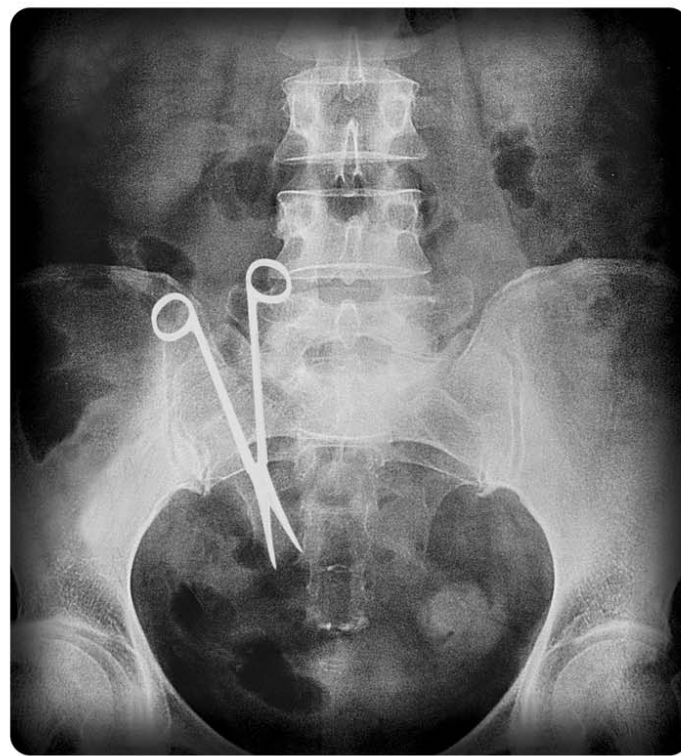
Proventi e oneri finanziari. Anche quest'area è coerente con l'impostazione dello Stato patrimoniale e prevede la possibilità di contabilizzare oneri o proventi connessi a partecipazioni.

Proventi e oneri straordinari. Come già precisato in precedenza questa area non contiene costi e ricavi derivanti da attività della gestione ordinaria, di tipo non sanitario o socio-sanitario, come nello schema precedente; le plusvalenze, le minusvalenze e le sopravvenienze da contabilizzare in questa area sono solo quelle derivanti da eventi straordinari, secondo i principi del codice civile.

Area fiscale. Per concludere l'area fiscale è costituita da due voci:

- l'"Irap", imposta peraltro destinata a essere eliminata, e che costituirebbe, almeno quella pagata con il metodo retributivo (che costituisce il criterio normale per il settore pubblico), un vero e proprio costo della produzione, essendo calcolata in percentuale fissa sulle retribuzioni del personale e dei collaboratori esterni; l'iscrizione di questa imposta nell'area fiscale costituisce una deroga al principio della prevalenza della sostanza sulla forma, in quanto l'eventuale discordanza rispetto allo schema interministeriale avrebbe costituito una difficoltà di comparazione a livello nazionale. Certamente nella valutazione del "margine operativo lordo" della gestione ordinaria, la differenza rilevata fra valore della produzione e costi della produzione dovrà essere confrontata con l'importo di questa imposta;

- le "Imposte sul reddito di esercizio", destinate ad accogliere l'imposta sul reddito (Ires) dovuta sui fabbricati e sull'eventuale reddito da attività commerciali.



Hospital risk management. Perché non deve succedere. Ma può capitare.

Hospital risk management è il corso di Cineas rivolto al personale delle direzioni sanitarie, delle direzioni generali, amministrative e di controllo, ai responsabili della sicurezza e degli uffici legali, ai manager ospedalieri e ai medici, e alle società di consulenza organizzativa e informatica. L'Hospital risk manager è una figura destinata ad operare nelle strutture organizzative ospedaliere sviluppando politiche, strumenti e metodologie di misurazione e gestione del rischio e garantendo sicurezza ai pazienti e agli operatori sanitari. I partecipanti al corso potranno usufruire di crediti E.C.M. Le iscrizioni chiudono il 31 dicembre 2005. Per informazioni: 02.23999371, cineas@polimi.it, www.cineas.it.

In collaborazione con





LAZIO/ La Giunta rivede i conti e denuncia 2,9 mld di buco nel biennio 2003-2004

Extra-deficit da 1,23 miliardi

Le soluzioni proposte: internal auditing e controllo sui flussi di cassa

Controlli puntuali, risultati implacabili. È bastato procedere con metodo al controllo dei bilanci del biennio 2003/2004 in tutte le Asl del Lazio per scoprire che i conti erano tenuti insieme con criteri quantomeno superficiali e che facevano acqua da tutte le parti in ogni azienda. Dopo due mesi di verifiche il totale dell'extradeficit ha segnato la quota di un miliardo e 231 mln, semplicemente più del doppio di quello previsto, cioè di quello indicato nel Dpefr e nella Finanziaria 2005.

In quelle carte c'era scritto infatti che il disavanzo 2003 doveva fermarsi a 433 milioni e poco più in basso quello del 2004, cioè a 426. In realtà le cose, in base alla ricognizione condotta dai nuovi Dg stanno in modo drammaticamente diverso: per il 2003 lo sfondamento è stato relativamente contenuto, attestandosi su poco più di 200 mln, mentre il grosso è stato registrato nel 2004 con oltre un milione. Sommando i due deficit, quello ufficiale e quello "ritrovato", la somma del buco arriva a totalizzare 2,9 mld.

«Un dato drammatico - ha

spiegato l'assessore alla Sanità **Augusto Battaglia** - che si ripercuoterà pesantemente sui conti della Regione e che evidenzia un fatto preciso: la vendita degli ospedali, data questa situazione, era inutile, anzi dannosa».

Dalla scheda riepilogativa fornita nel corso della conferenza stampa di denuncia della situazione ereditata emerge che il totale costi da pubblico ha sfiorato le previsioni di 597 milioni, la spesa farmaceutica di 10, la medicina di base solo di 5. Sul fronte della Sanità privata accreditata invece lo sfioramento è stato di 374 mln per l'assistenza ospedaliera, di 40 per la specialistica, di 69 per la riabilitazione e di 50 nel comparto hospice, Rsa e psichiatria.

Come si sia potuto verificare uno scostamento così considerevole dalle previsioni è domanda che rimane per il momento senza risposta. Restano sul banco degli accusati la struttura burocratica dei conti delle Asl e l'evidente carenza di controlli e di una cabina di regia in grado di misurare con tempestività l'andamento dei consumi e della spesa.

È proprio in questa direzione che sembra puntare il presidente

della Giunta **Piero Marrazzo**, che ha annunciato la decisione dell'esecutivo di istituire due forme di sorveglianza: la prima, l'internal auditing, relativa al rispetto delle procedure e dei tempi e la seconda che preveda il controllo dei conti e dei flussi di cassa in entrata e in uscita in tempo reale. Entrambe le strutture di sorveglianza farebbero riferimento alla Presidenza, pur coinvolgendo i due assessorati competenti, Sanità e Bilancio. Per fronteggiare la situazione la Giunta chiederà al Governo di prevedere nella Finanziaria un emendamento che permetta di spalmare il debito in un triennio, lo stesso tempo che si è data la Giunta per rimettere in carreggiata il sistema Sanità del Lazio.

Poco o nulla convinto dei dati resi noti dalla Giunta l'ex assessore al Bilancio della Regione Lazio **Andrea Augello**, per il quale la Sanità del Lazio non ha debiti fuori bilancio, mentre per altri esponenti della precedente Giunta i dati forniti da Marrazzo sono soltanto «un polverone per giustificare un prossimo aumento delle tasse».

Lucio Borgia

Manovra, 189 mln anti-disavanzo

LIGURIA

Nuove tasse, tagli sul fronte sanitario, vendite del patrimonio immobiliare, un Fondo per la non autosufficienza. La Finanziaria ligure 2006, al varo ufficiale il 30 novembre, ha una portata di 189 mln; al centro delle misure previste, la necessità di ripianare il pesante disavanzo della Sanità, senza prevedere ticket.

«La Regione ha accumulato un disavanzo di 200 mln - ha dichiarato l'assessore al Bilancio, **Giovanni Battista Pittaluga** - che andrà colmato per non incorrere nel commissariamento previsto dal Governo ad aprile prossimo». Dal punto di vista fiscale la manovra 2006 ammonta a 97 mln: da un lato è stato infatti deciso l'aumento dell'Irpef fino a +0,50 (addizionale regionale) sulla base di scaglioni di reddito, dall'altro è stato aumentato di un punto l'Irap per imprese finanziarie e assicurative. Ed è stato deciso un rialzo (dello 0,0258) anche per l'imposta regionale sulla benzina.

La seconda misura prevista a partire da gennaio 2006 riguarda l'avvio del processo di valorizzazione e vendita del patrimonio delle Asl: la Regione conta di realizzare 50 mln nel 2006 e altri 40 mln nel 2007. Quanto al fronte sanitario, sono previsti tagli per circa 42 mln (in materia di personale, beni e servizi): tra le misure per il futuro c'è soprattutto una razionalizzazione delle strutture sul territorio, prevista dalla legge di riordino dei servizi socio-sanitari in arrivo per la fine del 2005.

Nella manovra è in programma anche una partita destinata agli investimenti, con un «incremento - ha annunciato il presidente **Claudio Burlando** - attraverso alcune grandi scelte strategiche». La Liguria attiverà un «fondo per la non autosufficienza»: per questa iniziativa, 7 mln saranno ricavati dal capitolo Sanità; il fondo è previsto anche dalla prossima legge di riordino del Welfare.

Silvia Sperandio

ULTIM'ORA

Via libera alla manovra 2006 anche in Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia. La Giunta di Bologna ha varato una manovra da 11 mld di euro con la Sanità che si guadagna il 79% (6,98 mld) della spesa corrente.

La Giunta friulana ha invece destinato 2,1 dei 4,78 mld costituenti la manovra, a salute e protezione sociale con un incremento del 4% a questa voce rispetto allo scorso anno. Nel provvedimento anche una riduzione dell'Irap.

Bilancio, stretta sul debito a suon di Irpef

CAMPANIA

Si traduce in una manovra per la riduzione del debito maturato dal comparto Sanità il bilancio regionale di previsione 2006 presentato al Consiglio regionale della Campania dalla Giunta Bassolino. Una manovra che peserà sulle imprese e sulle famiglie, che dovranno pagare un'aliquota di mezzo punto più alta per Irap e Irpef.

Il documento contabile ammonta complessivamente a 14.689.407.558,49 euro (al lordo delle partite di giro) e destina più della metà delle risorse alla Sanità. Per le spese di competenza, infatti, è previsto un budget di circa 7,515 miliardi di euro, da ripartire in tre settori principali: assistenza sanitaria, interventi per le strutture sanitarie e servizi di medicina veterinaria. Per assistenza e servizi sociali, rivolti ad anziani e immigrati, sono stati stanziati altri 82 milioni circa.

Il vero fardello resta quello della spesa sanitaria e del debito maturato negli anni dal comparto. Con l'aumento di mezzo punto percentuale di Irap e Irpef i tecnici di Palazzo Santa Lucia stimano di poter incassare 303 milioni e di realizzare, tra l'altro, un programma triennale di riduzione della spesa sanitaria del 13,4% entro il 2008. Solo nel 2006 l'obiettivo di riduzione fissato è pari al 6,5 per cento.

Complessivamente, le entrate derivanti da imposte regionali per compensare la spesa annuale per il debito della Sanità raggiungeranno, secondo le stime, circa 387 milioni. Risorse provenienti, oltre che dall'Irap e dall'Irpef,

dalle imposte confermate anche per il prossimo anno sulla benzina e sul bollo auto. In particolare, dalla riscossione dell'Irap - che dal 4,25 passa al 4,75% - la Regione dovrebbe incassare 116 milioni. In questo caso, la leva fiscale viene sfruttata solo a metà. In base alla normativa vigente, la Campania avrebbe potuto stabilire un aumento massimo dell'1 per cento.

Si preme al massimo, invece, sull'addizionale regionale Irpef che sale da 0,9 a 1,4 per cento. Gli introiti stimati sono pari a 187 milioni e serviranno a reperire risorse da attribuire alla So.re.sa., la società istituita dalla legge regionale 28/2003 per la gestione del debito della Sanità, che a oggi non è ancora in condizione di operare autonomamente.

Un'impostazione criticata da industriali e sindacati che considerano il bilancio ancora una volta condizionato dal ritardo con cui è stata affrontata la voragine Sanità e che propone iniziative che rischiano di non essere temporanee ma permanenti, senza risolvere i problemi. Scelte che per Confindustria Campania si traducono in un ulteriore freno alla competitività.

Secondo la Cisl regionale si rischia di avere una tassazione pesante aggiuntiva che non porterà reali benefici al comparto, dal momento che la gestione del debito continua a mescolare le passività pregresse a quelle che si accumulano anno per anno con la gestione corrente.

Laura Viggiano

PIEMONTE

I piemontesi stanno risparmiando ogni mese circa 1,4 mln di ticket sui farmaci. Nel settembre 2005, infatti, sono stati pagati in farmacia 5,2 mln, a fronte dei 6,6 versati a settembre dello scorso anno. È il primo dato concreto sull'effetto del provvedimento di abolizione dei ticket sui farmaci a brevetto scaduto, introdotto nel luglio scorso dalla Giunta Bresso.

Da quella data a oggi, l'incidenza del ticket sulla spesa farmaceutica a carico del Ssn è diminuita di circa due punti percentuali, passando dall'8,7 al 6,7 per cento. Ma la manovra sui ticket non ha fatto risparmiare soltanto i cittadini: sempre da settembre 2004 a oggi, a sostanziale parità di numero di ricette di medici di famiglia, si è ridotto anche il costo medio delle ricette di farmaci, sceso da 33 a 27 euro, con un vantaggio complessivo per il Ssr. «Il buon andamento dell'operazione sui medicinali a brevetto scaduto - ha detto

l'assessore **Mario Valpreda** - conferma la validità delle politiche farmaceutiche adottate dalla nuova amministrazione, mirate da un lato a razionalizzare i costi e dall'altro, a incidere sull'appropriatezza delle prestazioni. Se, com'è prevedibile, sarà rispettato per quest'anno il tetto del 13% di spesa per la farmaceutica convenzionata, la Giunta potrà intervenire, come previsto, sul fronte delle esenzioni dai ticket farmaceutici per i pensionati, estendendo la fascia degli esenti per reddito».

Ribatte l'ex governatore **Enzo Ghigo**: «Sono dati manipolati per gettare fumo negli occhi ai cittadini. Va detto che aumenta la domanda di farmaci con un aumento della spesa a carico del sistema. Fin dal 2003 la spesa farmaceutica convenzionata del Piemonte aveva presentato un andamento positivo, con una diminuzione del 10,1% (media Italia -9,3%) e un risparmio oggettivo di circa 40 mln».

Claudio Rizzo

Errata corrige

Sul numero 43/2005 de **Il Sole-24 Ore Sanità** nelle pagine dedicate al **Rapporto Oasi del Cerga-Bocconi**, curate da **Claudio Jommi** e **Francesca Lecci**, è stato pubblicato un grafico errato sul disavanzo pro capite 2001-2004. Le cifre, infatti, variano da 444 euro procapite del Molise all'avanzo di circa 30 euro in Puglia.

Pubblichiamo la versione corretta del grafico, scusandoci dell'inconveniente con i lettori e gli autori.

Il disavanzo pro capite cumulato 2001-2004 al netto delle assegnazioni a copertura previste dalla Finanziaria 2005

