



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

Corso di Laurea Magistrale in  
Governance delle Organizzazioni  
Pubbliche

Ordinamento ex D.M. 270/2004

Tesi di Laurea

**Integrazione e sviluppo dei sistemi  
informativi amministrativo-contabili  
nelle Aziende Sanitarie della  
Regione del Veneto**

**Relatore**

Prof. Agostino Cortesi

**Laureando**

Anna Lovisetto

Matricola: 864709

**Anno Accademico**

2016 / 2017

## SOMMARIO

|   |    |
|---|----|
| INTRODUZIONE.....   | 1  |
| 1. LO SCENARIO ATTUALE. LE COMPLESSITÀ DECISIONALI. GLI ATTORI E LE RISORSE COINVOLTE.....  | 3  |
| 1.1 Il modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale veneto pre-riforma .....  | 3  |
| 1.2 Gli elementi scatenanti della riforma in Veneto – il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale nella Pubblica Amministrazione e il d.lgs. 118/2011..... | 5  |
| 1.3 Azienda Zero e la L.R. 19 del 25 ottobre 2016.....  | 8  |
| 1.3.1. Le funzioni di Azienda Zero.....   | 8  |
| 1.3.2. La riforma degli assetti organizzativi .....   | 11 |
| 1.4 Le criticità insite nel processo decisionale del ciclo della programmazione – Il ruolo di Azienda Zero  | 12 |
| 1.5 L’omogeneizzazione dei sistemi informativi amministrativo-contabili – le tre ipotesi di sviluppo .....  | 16 |
| 1.6 il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale – FSEr.....  | 18 |
| 2. LE SOLUZIONI DI RIFERIMENTO. IL CONFRONTO CON I FORNITORI DEI SISTEMI IT E GLI ATTORI DELLE ISTITUZIONI NAZIONALI.....   | 23 |
| 2.1 ERP unico o Fascicolo Amministrativo Contabile? La discussione con gli stakeholders in occasione dell’Open day a Ca’ Foscari .....  | 23 |
| 2.1.1 Qual è l’oggetto di un sistema informativo amministrativo-contabile? .....  | 28 |
| 2.2 La centralità delle anagrafiche, della loro integrazione ed omogeneizzazione .....  | 31 |
| 2.3 L’integrazione dei sistemi informativi amministrativo-contabili nella costituzione della nuova Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana .....  | 32 |
| 2.4 Gli attori delle Istituzioni nazionali – il MEF .....   | 36 |
| 2.4.1. Il tema dell’ <i>accountability</i> . Il Tavolo Adempimenti.....   | 36 |
| 2.4.2. L’armonizzazione contabile .....   | 37 |
| 2.4.3. La certificazione del dato contabile.....  | 39 |
| 2.4.4. La valutazione straordinaria delle procedure.....  | 39 |
| 2.4.5. Il percorso attuativo della certificabilità – PAC .....  | 40 |
| 2.4.6. L’approvazione del PAC .....   | 41 |
| 2.5 Le esperienze di integrazione ed omogeneizzazione dei sistemi informativi amministrativo-contabili al di fuori della regione del Veneto.....  | 44 |
| 2.5.1. Regione Lazio e Città Metropolitana di Roma .....  | 44 |
| 2.5.2. Regione Emilia-Romagna.....  | 47 |
| 3. LE PROBLEMATICHE ORGANIZZATIVE LEGATE AI PROCESSI .....  | 51 |
| 3.1 Le prime fasi decisionali: la struttura organizzativa .....   | 51 |
| 3.2 Le attività dei Gruppi di Lavoro per la ricognizione sui processi attuali.....  | 52 |
| 3.2.1. GdL 1 – Liquidazione e pagamento accreditati .....   | 54 |
| 3.2.2. GdL 2 – Consolidamento contabilità e bilancio .....  | 57 |

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 3.2.3. | GdL 3 – Contabilità analitica 1 – sviluppo anagrafiche, centri di responsabilità e unità organizzative.....   | 60 |
| 3.2.4. | GdL 4 – Contabilità analitica 2 – reporting: consumi, personale, attività .....   | 64 |
| 3.2.5. | GdL 5 – Supply Chain .....  | 68 |
| 4.     | L'INTEGRAZIONE DELLE ANAGRAFICHE E LE PROBLEMATICHE RELATIVE AI DATI  |    |
|        | – LE ATTIVITÀ DEL GdL 3.....  | 75 |
| 4.1    | La anagrafica dei centri di costo – Studio e analisi di soluzioni già presenti nelle Aziende ed Enti del SSR del Veneto .....                                       | 75 |
| 4.2    | Individuazione della logica e delle dimensioni della mappa unica regionale (centri di responsabilità, centri di costo, sedi) .....                                  | 76 |
| 4.2.1. | Validazione delle dimensioni dei centri di costo della struttura organizzativa Ospedale, Territorio, Prevenzione, Servizi Professionali Tecnico Amministrativi..... | 76 |
| 4.2.2. | L'anagrafica dei Centri di Costo .....  | 77 |
| 4.2.3. | La definizione della mappa unica regionale delle strutture organizzative.....   | 79 |
| 5.     | IL FASCICOLO AMMINISTRATIVO CONTABILE ELETTRONICO REGIONALE – PROGETTO FACEr .....  | 81 |
| 5.1    | La <i>terza via</i> .....   | 81 |
| 5.2    | Il Fascicolo Amministrativo Contabile Elettronico regionale – Progetto preliminare.....   | 82 |
| 5.2.1  | L'organizzazione.....   | 82 |
| 5.2.2  | Il modello informativo .....  | 85 |
| 5.2.3  | Le interazioni con il FESr .....  | 87 |
|        | CONCLUSIONI .....   | 89 |
|        | INDICE DELLE IMMAGINI E DELLE TABELLE .....   | 93 |
|        | BIBLIOGRAFIA .....  | 95 |





## INTRODUZIONE

Questa trattazione si inserisce nel contesto della riforma del Sistema Sanitario Regionale Veneto inaugurata con l'emanazione della legge regionale n. 19 del 15 ottobre 2016, la quale si pone in linea con ulteriori spinte innovative provenienti dal Governo nazionale, in un'ottica di razionalizzazione ed ottimizzazione della governance dell'intero Sistema Sanitario Nazionale.

Conseguenze dirette della normativa regionale sono state l'accorpamento delle ex Aziende ULSS venete in nove Aziende ULSS e la creazione del nuovo ente del SSR Veneto denominato Azienda Zero, il quale non andrà ad erogare servizi sanitari ai cittadini-utenti, quanto dovrebbe fornire strumenti e servizi di tipo amministrativo-contabile alle altre Aziende Sanitarie della Regione del Veneto e alle Istituzioni stesse. La tesi si propone quindi di fornire strumenti utili al governo dei processi di migrazione dal sistema precedente – maggiormente decentralizzato e delocalizzato – al sistema a tendere modificato dagli accorpamenti delle ex Aziende ULSS e dalla creazione di Azienda Zero, individuandone le principali sfide di carattere organizzativo, tecnico, metodologico. Vengono approfondite in particolare le problematiche legate all'integrazione dei sistemi informativi amministrativo contabili in uso nelle ex Aziende ULSS, in vista della creazione di una nuova piattaforma applicativa che possa permettere il consolidamento e la gestione dei flussi informativi nel sistema di Azienda Zero.

Partendo dal contesto istituzionale ed organizzativo pre-riforma, si andranno ad indagare gli elementi contingenti di carattere non solo normativo che hanno reso necessaria l'implementazione di nuove logiche organizzative, l'impatto previsto e potenziale della creazione di un nuovo ente del SSR Veneto di natura non socio-sanitaria, ma prettamente amministrativa e del ridimensionamento via accorpamento delle ventuno ex Aziende ULSS.

Da qui verranno descritti i processi decisionali che hanno avuto luogo con il coinvolgimento di differenti stakeholders, concentrandosi sull'importanza del ruolo delle anagrafiche e della loro omogeneizzazione per una fruttuosa integrazione dei sistemi, fino ad interrogarsi sulle possibili soluzioni applicative, facendo riferimento anche ad esperienze di altre Regioni italiane in materia.

Tenendo sempre presente i vincoli e gli obiettivi generali, derivanti specialmente dalla normativa nazionale – il d.lgs. del 23 giugno 2011 n. 118 – verrà descritta l'organizzazione del progetto, la suddivisione in Gruppi di Lavoro tematici i cui prodotti hanno condotto alla definizione di una possibile soluzione di tipo federato, il Fascicolo Amministrativo Contabile Elettronico regionale – FACEr.

Il Progetto preliminare del FACEr prende però le fila dal suo precedente sanitario, il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale – FSEr, il quale ha fornito le basi metodologiche per lo sviluppo di questo ambizioso ed importante lavoro.

I materiali per la redazione di questo testo sono stati raccolti in primis in occasione dell'Open Day svoltosi a Ca' Foscari nelle giornate del 20 e 21 giugno 2017, in collaborazione con Digital Lab, dal titolo "Sanità

*veneta: verso un nuovo sistema informativo contabile*”, durante il quale sono intervenuti i diversi stakeholders quali i fornitori IT, i rappresentanti di Regione Veneto, di Azienda Zero e di Arsenà.IT – Centro Veneto Ricerca e Innovazione per la Sanità Digitale, delle Aziende Sanitarie e delle Società di revisione, di Ca’ Foscari e del Ministero dell’Economia e delle Finanze.

Successivamente la ricerca è stata più diretta grazie al coinvolgimento all’interno delle attività del Gruppo di Lavoro 3 inerente a *“Contabilità analitica 1 – sviluppo anagrafiche, centri di responsabilità e unità organizzative”* e allo svolgimento di un tirocinio presso Arsenà.IT – Centro Veneto Ricerca e Innovazione per la Sanità Digitale.

La struttura di questo scritto cerca di ripercorrere anche cronologicamente le tappe evolutive della materia, presentando nel primo capitolo quello che era il contesto di riferimento pre-riforma, le complessità che hanno portato alla definizione del nuovo ente Azienda Zero e gli attori che in principio sono intervenuti; nel secondo capitolo vengono introdotti gli stakeholders tecnici ed istituzionali nazionali, facendo riferimento anche ad altre realtà coinvolte in processi di riforma analoghi a quello in corso in Regione Veneto; nel terzo capitolo si entra più nel vivo della metodologia decisionale, analizzando i primi output prodotti dai Gruppi di Lavoro individuati durante l’Open Day veneziano, per poi approfondire la tematica dell’integrazione delle anagrafiche nel quarto capitolo; il quinto capitolo affronta invece gli sviluppi più recenti anche per quanto riguarda la soluzione applicativa prescelta di tipo federato, illustrando il progetto del Fascicolo Amministrativo Contabile Elettronico regionale.

Nel proseguo della lettura è bene tener sempre a mente che l’argomento in questione è tutt’ora in via di definizione, soggetto ad evoluzione continua e modifiche in aderenza al mandato e successivi indirizzi di Regione Veneto ed Azienda Zero.

Ma il bello dell’innovazione è anche questo, in fondo.

# 1 – LO SCENARIO ATTUALE. LE COMPLESSITÀ DECISIONALI.

## GLI ATTORI E LE RISORSE COINVOLTE.

### 1.1 Il modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale Veneto pre-riforma

Nei primi anni '90 del secolo scorso il Governo Centrale inizia ad attuare una nuova riforma del Servizio Sanitario Nazionale. Conservando il principio caposaldo di “uniformità di trattamento di tutti i cittadini” in materia di diritto alla tutela della salute previsto dalla legge del 23 dicembre 1978 n. 883, inizia un percorso di razionalizzazione: attraverso i decreti legislativi n. 502/1992 e quello successivo n. 517/1993 sono introdotti gli strumenti della pianificazione pluriennale attraverso il Piano Sanitario Nazionale e dell'individuazione dei “livelli essenziali e uniformi di assistenza” – LEA che obbligatoriamente il SSN deve garantire.

Nell'ambito poi sono emersi nuovi approcci che hanno modificato profondamente la concezione del settore Sanitario: al fine di ottenere un maggiore efficientamento nella gestione delle risorse, allineata agli indirizzi e agli obiettivi definiti dalla programmazione, sono stati responsabilizzati i governi Regionali, attribuendo loro rilevanti funzioni di programmazione sanitaria, in particolare riguardo ai finanziamenti e ai controlli delle attività sanitarie gestite dalle Aziende USL.

Accanto alla regionalizzazione della sanità si fa strada un altro concetto, quello di aziendalizzazione, chiaramente esposto dal d.lgs. 502/1992: *“Le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato”*<sup>1</sup>.

Per rispondere a queste nuove esigenze, il Consiglio Regionale del Veneto ha quindi emanato le leggi regionali del 14 settembre 1994 n. 54 e n. 56, la prima finalizzata all'individuazione degli strumenti e dei processi della programmazione regionale e dei finanziamenti alle Aziende sanitarie, del loro regime contabile e dei controlli, mentre la seconda tratta più nello specifico il riordino del Sistema Sanitario Regionale al fine di assicurare ai cittadini i migliori livelli uniformi di assistenza sanitaria in funzione delle risorse a disposizione.

Particolarità del SSR veneto è poi la notevole integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, tanto da nominare le aziende non solo come Unità Sanitarie Locali – ULS, ma aggiungendo la seconda “S”, Unità Locali Socio-Sanitarie – ULSS.

Viene così articolata una mappa regionale comprendente ventuno Aziende socio-sanitarie ULSS, ciascuna insistente su di una struttura tecnico-funzionale denominata Distretto, attraverso la quale *“l'Unità locale socio-sanitaria assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione”*<sup>2</sup>.

I distretti vengono configurati dal Direttore Generale dell'Unità locale socio-sanitaria (sentiti il Sindaco, o la

---

<sup>1</sup> D.lgs. n. 502/1992 art. 3 c.1-bis

<sup>2</sup> L.R. 56/1994 art. 22 c.1

Conferenza dei Sindaci e d'intesa con la Giunta regionale) ad un'area comprendente almeno cinquantamila abitanti, corrispondente ai confini di uno o più Comuni o Circoscrizioni comunali – salvo eccezioni espressamente previste dalla lettera della norma.

In questo senso il Distretto diventa polo unificante dei servizi socio-sanitari offerti a livello territoriale dall'Azienda Sanitaria a cui i cittadini possono fare riferimento, soprattutto nel ricorso all'assistenza ospedaliera e specialistica; attraverso la medesima norma, oltre alle ULSS sono infatti trasformati in Aziende Ospedaliere gli ospedali di Verona e Padova.

Passaggio successivo avviene nel 2005 con la L.R. del 22 dicembre 2005 n. 26 che predispone la creazione dell'Istituto Oncologico Veneto, riconosciuto poi dal Ministero della Salute come IRCCS – Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.



Fonte: Regione Veneto, presentazione Open Day Ca' Foscari 20-21 giugno 2017

Dunque alla vigilia della nuova riforma del 2016 oggetto di questa trattazione, la situazione del Sistema Sanitario Regionale Veneto che viene fotografata in **Immagine 1** corrisponde ad un puzzle di ventiquattro enti autonomi ed indipendenti tra loro, ognuno con un proprio sistema informativo amministrativo contabile, ed un proprio ciclo della programmazione; questo è collegato al livello regionale attraverso uno scambio di numerosi flussi informativi che producono dati ed informazioni che spesso vanno a sovrapporsi e duplicarsi, predisposti in linguaggi diversi che necessitano di trasformazioni per il loro confronto e/o consolidamento.

Ma per capire più a fondo le ragioni che hanno spinto il Governo Regionale ad attuare una nuova riforma del SSR Veneto bisogna tener conto di ancora qualche elemento, di input provenienti dal livello centrale.

## **1.2 Gli elementi scatenanti della riforma in Veneto – il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale nella Pubblica Amministrazione e il d.lgs. 118/2011**

Nel primo decennio degli anni 2000 il mondo della sanità pubblica era concentrato nel capire come poter passare dal sistema di contabilità finanziaria tipico della pubblica amministrazione a quello di contabilità economico-patrimoniale proprio invece degli enti di natura privata.

L'amministrazione pubblica del sistema Italia era caratterizzata da diversi elementi di criticità, per far fronte alle quali il Governo centrale procedette con l'emanazione del d.lgs. del 23 giugno 2011 n. 118: tra gli obiettivi del decreto vi era anche quello di identificare all'interno del sistema regionale tutte le attività che potevano essere ricondotte alla sanità e che non erano direttamente attribuite al territorio. Da ricordare che il bilancio della Regione era redatto in contabilità finanziaria, mentre le Aziende Sanitarie, già sottoposte al processo di aziendalizzazione, utilizzavano ormai il differente approccio della contabilità economico-patrimoniale.

Tema centrale era quindi il passaggio dall'aziendalizzazione del settore sanitario all'armonizzazione prevista dal d.lgs. 118/2011: la necessità di arrivare al d.lgs. 118 nacque dalla consapevolezza dell'errore progettuale fatto vent'anni prima, con l'aziendalizzazione che portò al bisogno di avere un sistema contabile economico-patrimoniale, inseguendo una logica di azienda piuttosto che di ente.

Questa nasceva dal presupposto che il Ministero stava facendo un grosso investimento sul sistema informativo nazionale, convinto della capacità del Governo centrale di poter poi monitorare i dati in modo accentrato pur continuando a permettere dall'altra parte una certa libertà alle Regioni. La logica del modello di governance che al tempo il Ministero ipotizzava era organizzata in modo che le Regioni potessero adottare un modello contabile libero, soggetto poi al sistema di controllo centrale a livello nazionale.

Tutto ciò però alla fine ha portato all'instabilità dell'equilibrio economico di alcune Regioni che ora si trovano in piano di rientro, a dati contabili instabili, all'incapacità di perimetrare le informazioni, e così via. Questo perché la massima libertà dei sistemi contabili a livello regionale ha creato una situazione di anarchia dei dati: le Regioni avevano fatto propri dei principi contabili alternativi, addirittura all'interno di una stessa Regione diverse Aziende Sanitarie utilizzavano principi contabili differenti.

Il decreto dunque prevedeva per le Regioni la possibilità di individuare *“nella propria struttura organizzativa uno specifico centro di responsabilità, denominato gestione sanitaria accentrata [GSA] presso*

*la Regione, deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali”<sup>3</sup>.*

Questa creatura ibrida nasceva quindi in regime di contabilità economico-patrimoniale, dato che doveva essere coerente con le altre strutture territoriali; le soluzioni applicative che poi le altre Regioni hanno cercato di implementare, hanno presentato non poche difficoltà.

Con l'introduzione del d.lgs. 118/2011 e del principio di armonizzazione si vuole completamente modificare l'asset precedente: l'intento quindi era di definire al livello centrale le regole contabili valide in tutta la penisola, mentre il grande controllo accentrato sarebbe stato restituito alle Regioni. Quest'ultime diventano quindi responsabili dell'efficienza del loro modello organizzativo, innanzitutto attraverso il processo di certificabilità, ossia la capacità per la Regione di riuscire a confermare a terzi la qualità dei propri dati aggregati nel consolidato sanitario regionale.

Attraverso questa novità introdotta nel decreto 118/2011, il Governo centrale ha voluto fissare per tutti gli enti dei sistemi sanitari locali due grandi obiettivi comuni – le aziende sanitarie, già sottoposte al processo di aziendalizzazione, sono state capofila anche in questo nuovo approccio.

- Il primo di questi era correlato al fatto che in Italia la sanità era (ed è tuttora) gestita a livello regionale, e dunque ogni Regione utilizzava un metodo proprio di regole contabili; si poneva quindi la questione di armonizzare a livello nazionale i dati che il Ministero riceveva, i quali di fatto erano estremamente eterogenei, basati su regole diverse e quindi anche produttive di dati poco affidabili. Il d.lgs. 118/2011 interviene stabilendo regole comuni a livello nazionale, in modo che tutte le Regioni possano avere un framework comune su cui muoversi e poter implementare i loro sistemi contabili. Ma il decreto va anche oltre, ci si era resi conto che il problema, oltre alla necessità di regole comuni, era capire poi nel concreto come queste regole dovessero venire applicate.
- Il secondo pilastro del d.lgs. 118 era dunque legato alla certificazione del dato. Successivamente al decreto ne sono stati introdotti i c.d. “percorsi di attuazione della certificabilità – PAC”, con l'obiettivo di ottenere una certificazione di affidabilità dei dati amministrativo-contabili prodotti a livello regionale, attraverso l'applicazione delle nuove regole contabili emanate dal Ministero. Problema non secondario era però accertarsi che la nuova attendibilità dei dati dovuta a regole nazionali comuni fosse di natura realmente sostanziale e non soltanto formale sulla carta, che le condizioni economiche presentate rispecchiassero la situazione effettiva dei conti. Per assicurare ciò, oltre alla stipula di criteri comuni di rendicontazione, era quindi necessario che i dati prodotti fossero verificabili, qui si entra nell'ambito dei sistemi informativi: risulta evidente che

---

<sup>3</sup> D.lgs. n. 118/2011 art. 22 c.1

per attuare efficacemente la normativa posta a monte, evitando che resti unicamente sulla carta, è indispensabile l'implementazione di procedure organizzative afferenti ai sistemi informativo-contabili, che seguano passo passo questi processi e che consentano quindi di recuperare i dati all'origine per poterli utilizzare.

Nel biennio 2012-2013, il Ministero delega alle Regioni l'attuazione dei PAC per poter così ottenere dei dati che potessero essere direttamente utilizzabili: Regione Veneto si è mossa subito su questo fronte e nel 2013 ha attivato diversi, tra cui merita particolare attenzione la revisione volontaria di bilancio.

Prima però facciamo un piccolo passo indietro.

In funzione dell'attuazione delle procedure di revisione volontaria di bilancio, Regione Veneto aveva precedentemente avviato un'attività straordinaria di ricognizione dello stato delle procedure amministrativo-contabili e delle risultanze contabili con riferimento l'esercizio 2009.

In attuazione della legge dello Stato del 23 dicembre 2005 n.266 che riguardava i criteri di revisione del bilancio degli enti del servizio sanitario e l'articolo 11 del Patto della salute 2010-2012, la Regione, con Dgr. n. 1412/2012 ha indetto una gara d'appalto per l'affidamento del servizio di revisione volontaria di bilancio per il periodo 2012-2013 riguardante tutte le ULSS e le Aziende Ospedaliere, lo IOV e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie.

La gara per tutti i ventiquattro enti del SSR e per l'IZSVE, è stata aggiudicata a sei società di revisione, divise in due raggruppamenti temporanei d'impresa – RTI: questi da una parte vedevano raccolte insieme le aziende KPMG, PWC e, MAZARS, mentre dall'altra le aziende E&Y, D&T e BDO.

Obiettivo principale della revisione commissionata dalla Regione era da un lato valutare l'impatto di eventuali differenze emergenti in sede di attività di revisione delle voci di bilancio, dall'altra individuare dei punti di miglioramento nei processi amministrativi e contabili.

I risultati ottenuti sono stati poi concretizzati nella Relazione sulle Questioni fondamentali, documento che si distingueva dalla revisione per i contenuti molto più ampi, declinati in tre sezioni: la prima riguardante le difficoltà significative incontrate nel corso della revisione, la seconda evidenziava tipiche differenze di revisione mentre la terza conclusiva riassumeva i suggerimenti alla direzione e al PAC.

Basandosi sugli esiti della valutazione volontaria del bilancio, in un secondo momento è stato quindi costruito un PAC volto a superare le varie criticità riscontrate.

L'attività di certificabilità è partita pertanto nel 2013, coinvolgendo tutte le principali società di revisione e i risultati di questa attività sono poi stati presi in considerazione in maniera importante da Regione Veneto, costituendo la prima vera attività di analisi e monitoraggio della qualità dei sistemi informativi-contabili. Dall'analisi dei risultati si sono poi definiti i successivi passi da fare.

Nonostante la Regione del Veneto fosse all'avanguardia nell'ambito di queste operazioni, i comportamenti

contabili che sono emersi dall'attività di revisione hanno mostrato una notevole differenziazione ed un grado di eterogeneità procedurale piuttosto rilevante.

### **1.3 Azienda Zero e la L.R. 19 del 25 ottobre 2016**

Con l'attuazione del d.lgs. 118/2011 è stato avviato un periodo di transizione verso l'ammmodernamento dei sistemi Sanitari regionali, a cui Regione Veneto ha risposto attraverso una riorganizzazione dell'intero SSR, guidata sia dai principi di efficienza al fine di ridurre duplicazioni di costo, che di governance, rafforzando le attività di coordinamento, monitoraggio e vigilanza sulle Aziende ULSS.

Altra pietra miliare del processo, si presenta dunque l'occasione per l'istituzione di nuovo ente: con L.R. del 25 ottobre 2016 n. 19 viene ufficializzata la creazione della nuova "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero" (in seguito denominata "Azienda Zero"), sulla quale vengono fatte confluire le volontà e le aspettative del governo regionale di *"unificare e centralizzare in capo ad un solo soggetto le funzioni di supporto alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria, nonché di supporto al coordinamento e alla governance del SSR, riconducendo a esso le attività di gestione tecnico-amministrativa su scala regionale"*.<sup>4</sup>

L'Azienda Zero è identificata dunque come ente del Sistema Sanitario Regionale Veneto, è intesa come un'azienda sanitaria a tutti gli effetti, anche se non eroga direttamente servizi sanitari in senso proprio. È istituita e disciplinata dalla LR 19/2016 al fine della *"razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale [...]. Persegue lo sviluppo del servizio sanitario regionale fondato su modalità partecipative basate su percorsi improntati alla massima trasparenza, alla condivisione responsabile, nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse al fine di continuare a garantire l'equità di accesso ai servizi, nella salvaguardia delle specificità territoriali."*<sup>5</sup>

Oltre alle finalità, la lettera della norma definisce anche tutta una serie di funzioni proprie della nuova Azienda, di natura evidentemente non sanitaria ma piuttosto tecnico-amministrativa

#### **1.3.1 Le funzioni di Azienda Zero**

Il punto di riferimento per l'individuazione di queste funzioni è l'articolo 2 della l.r. 19/2016, che le elenca schematicamente come: "

---

<sup>4</sup> Cit. "Origini e storia del Sistema Socio Sanitario regionale". A cura del dott. Fabio Fuolega, maggio 2012

<sup>5</sup> L.r. 19/2016 art. 1

- a) *le funzioni e le responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) previste dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”, secondo le direttive impartite dalla Giunta regionale;*
- b) *la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale di cui all’articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 confluiti negli appositi conti di tesoreria intestati alla sanità*
- c) *la tenuta delle scritture della GSA di cui all’articolo 22 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;*
- d) *la redazione del bilancio preventivo e consuntivo della GSA e dei relativi allegati, sui quali l’Area Sanità e Sociale appone il visto di congruità;*
- e) *la redazione del bilancio consolidato preventivo e consuntivo del servizio sanitario regionale e dei relativi allegati, sui quali l’Area Sanità e Sociale appone il visto di congruità;*
- f) *gli indirizzi in materia contabile delle Aziende ULSS e degli altri enti del servizio sanitario regionale;*
- g) *la gestione di attività tecnico-specialistiche per il sistema e per gli enti del servizio sanitario regionale, quali:*
- 1) *gli acquisti centralizzati nel rispetto della qualità, della economicità e della specificità clinica, previa valutazione della Commissione Regionale per l’Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE), come previsto secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale;*
  - 2) *le procedure di selezione del personale del comparto sanità, secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare;*
  - 3) *il supporto tecnico alla formazione manageriale e del rischio clinico di valenza regionale;*
  - 4) *le procedure di accreditamento ECM;*
  - 5) *il supporto al modello assicurativo del sistema sanitario regionale, in particolare per il contenzioso e per le eventuali transazioni;*
  - 6) *le infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un’ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;*
  - 7) *l’autorizzazione all’esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;*
  - 8) *la gestione del contenzioso del lavoro e sanitario, attraverso la sottoscrizione di una convenzione tra ogni singola Azienda ULSS, Aziende ospedaliere e ospedaliero universitarie, Istituto Oncologico Veneto (IOV) e l’Azienda Zero, che garantisce il patrocinio e la difesa; il modello di convenzione è deliberato dalla Giunta regionale;*
  - 9) *la progressiva razionalizzazione del sistema logistico;*

10) i servizi tecnici per la valutazione della HTA;

11) la attivazione entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge del fascicolo sanitario elettronico e la conseguente tessera sanitaria elettronica per tutta la popolazione veneta; entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, l'Azienda Zero sentita la commissione consiliare competente, approva i decreti attuativi del fascicolo sanitario elettronico con particolare riferimento alla realizzazione di un'unica rete regionale per interconnettere tutte le aziende sanitarie e gli enti socio-sanitari; gli enti privati convenzionati del sistema socio-sanitario avranno l'obbligo di partecipare al fascicolo sanitario elettronico anche ai fini dell'accreditamento;

h) l'indirizzo e il coordinamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico in materia sanitaria e socio-sanitaria, presso le Aziende ULSS.

"6

L'elenco fornito contempla numerose attività di cui risulta responsabile Azienda Zero, ma queste sono riassumibili in tre principali tipologie:

- **Funzioni contabili:** ciò significa che Azienda Zero, oltre ad avere un proprio bilancio (deve comunque rispettare la disciplina in materia contabile a cui sono soggette le Aziende Sanitarie), gestisce la totalità dei flussi finanziari del Sistema Sanitario Regionale; tutti i flussi finanziari che arrivano in Regione, vengono quindi distribuiti alle aziende sanitarie.
- Funzioni proprie che in precedenza erano assegnate alla GSA (Gestione Sanitaria Accentrata): queste funzioni diventano oggi di competenza di Azienda Zero, che quindi le gestisce direttamente; tra queste **competenze derivanti dalla GSA**, ad Azienda Zero spettano anche le operazioni di consolidamento che sono previste dal d.lgs. 118/2011. Dal punto di vista contabile, siamo quindi in una configurazione di tipo holding a tutti gli effetti: titolarità di attività proprie e competenza per il consolidamento di tutto il sistema.

La grande criticità di questo sistema basato sulla GSA era la sovrapposizione di due sistemi contabili differenti: quello di contabilità pubblica di tipo finanziario e quella civilistica di natura economico-patrimoniale. Regione Veneto con Azienda Zero cerca di risolvere questo elemento e in qualche modo sviluppa ed implementa le previsioni del d.lgs. 118/2011, evolvendo su comportamenti realizzabili anche nella pratica e non solo sulla carta: si pone una netta distinzione, fino al livello Regione si utilizza una contabilità finanziaria, mentre tutti i flussi destinati ad Azienda Zero vengono registrati secondo lo schema della contabilità economico-patrimoniale. In questa prospettiva, Azienda Zero ha una gestione separata relativa alla contabilità dei trasferimenti e movimenti verso le aziende del servizio sanitario, e un'altra parte di Azienda Zero conserva una quota dei fondi

---

<sup>6</sup> L.r. 19/2016 art. 2

regionali ricevuti e li utilizza come un'azienda a tutti gli effetti per le proprie esigenze di gestione. Inoltre, grande novità rispetto alle altre Pubbliche Amministrazioni introdotta con A0. è stata la previsione nello statuto di sottoporre il proprio bilancio al controllo e alla revisione da parte di soggetti terzi, non solo di soggetti interni all'azienda. Novità rispetto al d.lgs. 118/2011 perché la vecchia GSA prevedeva che il soggetto responsabile di questi controlli non dovesse essere un soggetto terzo, ma un soggetto dipendente della P.A. stessa.

- Azienda Zero svolge anche **attività tecnico-specialistica**, nel senso di una holding che dovrebbe erogare servizi per le Aziende Sanitarie; l'elenco della macro processi sono riportati nella lettera legislativa, ma ne potranno essere previsti anche ulteriori.

Questo è un punto fondamentale: Azienda Zero eroga servizi di natura tecnico-amministrativa alle altre aziende sanitarie, secondo una logica cliente-fornitore e questo porterà ad una necessaria modifica organizzativa dei rapporti tra essa e le aziende sanitarie.

Si può dunque affermare che Azienda Zero non è solo una erogatrice di servizi (simili ad altri modelli consortili) ma ha anche funzioni di governance, tipiche di chi deve svolgere attività di governo: prima di tutto la gestione dei flussi informativi, ma non solo, ad esempio anche tutta l'attività di istruttoria e di monitoraggio del sistema degli obiettivi. Tutte queste attività usciranno dall'area sanità e sociale ed arriveranno in Azienda Zero o quantomeno, Azienda Zero produrrà tutti gli strumenti informativi, le analisi, le valutazioni per consentire all'Area Sanità e Sociale di avere poi l'intero governo del sistema.

### 1.3.2. La riforma degli assetti organizzativi

Data la funzione di governance e di produzione dei servizi ad essa collegati in capo ad Azienda Zero, vediamo l'altra faccia della medaglia della L.R. 19/2016.

La normativa infatti, oltre ad istituire la nuova Azienda Zero, modifica profondamente l'assetto delle vecchie Aziende ULSS: da ventuno come le conoscevamo passano ora a nove, tramite processi di accorpamento che vanno a sostituire la logica Azienda ULSS-Distretto con l'ampliamento dei confini di competenza dell'attività socio-sanitaria ad un'area che può essere assimilabile a quella del territorio provinciale (nella maggior parte dei casi).

L'organizzazione risultante vede allora la costituzione di nove nuove Aziende ULSS, composte in questo modo:

- Dalla fusione di Azienda ULSS n. 1 Belluno e Azienda ULSS n. 2 Feltre viene istituita la nuova "Azienda ULSS n. 1 Dolomiti", la cui circoscrizione va a sovrapporsi al territorio della Provincia di Belluno;
- L'Azienda ULSS n. 3 Bassano del Grappa incorpora l'Azienda ULSS n. 4 Alto Vicentino, costituendo così la nuova "Azienda ULSS n. 7 Pedemontana" competente per una parte del territorio vicentino;

- La seconda e preponderante parte del vicentino diventa circoscrizione della nuova “Azienda ULSS n. 8 Berica”, creata dall’accorpamento della Azienda ULSS n. 6 Vicenza e della Azienda ULSS n. 5 Ovest Vicentino;
- Dalla fusione di Azienda ULSS n. 9 Treviso, n. 7 Pieve di Soligo e n. 8 Asolo viene istituita la nuova “Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana”, insistente sul territorio della Provincia di Treviso
- l’ULSS n. 10 Veneto Orientale modifica la propria denominazione in “Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale”
- Dalla fusione di Azienda ULSS n. 12 Veneziana, n. 13 Mirano e n. 14 Chioggia, viene istituita la nuova “Azienda ULSS n. 3 Serenissima”
- Dalla fusione di Azienda ULSS n. 16 Padova, n. 15 Alta Padovana e n. 17 Este viene istituita la nuova “Azienda ULSS n. 6 Euganea” cui afferisce il territorio della Provincia di Padova
- Dall’accorpamento di Azienda ULSS n. 19 Adria all’Azienda ULSS n. 18 Rovigo viene creata la nuova “Azienda ULSS n. 5 Polesana” la cui estensione territoriale corrisponde a quella della Provincia di Rovigo
- Dalla fusione di Azienda ULSS n. 20 Verona, n. 21 Legnago e n. 22 Bussolengo viene istituita la nuova “Azienda ULSS n. 9 Scaligera” insistente sul territorio della Provincia di Verona.

Nelle intenzioni del legislatore regionale, questi accorpamenti sono funzionali a logiche di ottimizzazione dei costi, per una migliore erogazione dei servizi (principi di equità ed universalità) e allocazione delle risorse, avendo a disposizione un bacino di utenza più ampio e riuscendo così a sfruttare le economie di scala.

I medesimi vantaggi si otterrebbero anche per quanto riguarda gli obblighi di trasparenza, distribuendone gli oneri e garantendo ai cittadini una maggiore capacità partecipativa; inoltre saranno poi questi gli enti del SSR Veneto che dovranno inviare i propri flussi informativi al sistema di Azienda Zero e che corrispondentemente usufruiranno dei servizi tecnico-amministrativi messi a disposizione da quest’ultima, in un’ottica di efficientamento e modernizzazione.

#### **1.4 Le criticità insite nel processo decisionale del ciclo della programmazione - Il ruolo di Azienda Zero**

Parlando di gestione e management in sanità occorre tener presente anche alcune criticità di tipo logico, come il fenomeno della sovrapposizione tra aree di responsabilità e competenze: ciò comporta ulteriori elementi di complessità e la possibilità di distorsione nel sistema della governance sanitaria regionale. Le sovrapposizioni riguardano in particolare la distinzione tra il ruolo politico e il ruolo tecnico degli operatori, vanno a configurarsi delle zone grigie non delineate in cui diventa difficile capire a che punto finisca “la politica” e a che punto inizino le competenze di area tecnica e di tipo gestionale.

La politica opera delle scelte che poi inevitabilmente vanno ad invadere l'area tecnica. Dove si deve fermare la politica?

Una matassa difficile da sbrogliare, difficoltà dovuta certamente al fatto che il ciclo della programmazione venga affrontato con un approccio di tipo top-down: non parte dall'analisi dei bisogni degli assistiti, ma parte dai documenti di programmazione stessi, dal piano socio-sanitario, e questi per essere ben redatti richiedono lunghi studi ed analisi che possono prolungarsi anche per alcuni anni.

A causa del lungo iter, accade spesso che nel momento in cui infine si è organizzato il servizio per l'utente, sia ormai anche giunto il termine del ciclo di programmazione e se ne debba iniziare un altro, con un dispendio enorme di risorse che non vengono poi fatte fruttare.

Si pone quindi la necessità di rendere il processo decisionale ed il ciclo della programmazione più reattivi, ma non solo, anche più vicini a quelli che sono i bisogni dei cittadini-utenti dei servizi.

A volte i tempi della programmazione sono talmente lunghi e vengono portati così in alto nella gerarchia delle responsabilità decisionali che non riescono nemmeno a catturare tutti i bisogni degli assistiti, ne restano slegati non arrivando così a produrre gli impatti voluti.

Come si può allora far fronte a queste complessità, ad accorciare il ciclo della programmazione in maniera tale da riuscire a rendere più reattivo il sistema davanti alle esigenze che si manifestano nel tessuto sociale?

Tra le aspettative portate dalla riforma riguardo all'attività della neo-formata Azienda Zero troviamo una possibile soluzione alla gestione fumosa di questa area centrale di criticità, ossia porre una distinzione tra i diversi livelli decisionali: lasciare in capo alla componente politica la competenza di esprimere le scelte di programmazione e di valutazione della performance di alto livello e degli obiettivi di lungo termine, ma parallelamente implementare anche tutta una serie di attività e di reattività del sistema di breve periodo che possano essere gestite a livello più ravvicinato, intermedio.

L'intenzione è quella di strutturare i processi decisionali in maniera tale poter rispondere ai bisogni della comunità senza la necessità di dover aprire formalmente dei cicli di programmazione, senza invadere o coinvolgere la responsabilità politica; questa è dotata di meccanismi propri, che rischiano poi di compromettere il raggiungimento di una decisione razionale in linea con l'evolversi dei bisogni della collettività.

Azienda Zero dovrebbe quindi agire come una sorta di livello intermedio, più permeabile ai bisogni dei cittadini-utenti in quanto loro più vicina rispetto al livello decisionale della politica, ma al tempo stesso funzionale alla programmazione proprio per la propria capacità di reazione e di interpretazione dei bisogni. Per differenziare allora la propria attività e attendere le aspettative si è ravvisata la necessità di guardare a questi temi sotto altri punti di vista, non più in una logica di tipo top-down, ma al contrario di tipo bottom-

up, dal basso verso l'alto, dall'accoglimento dei bisogni.

A questo fine gli attori della governance hanno allineato il percorso secondo alcuni principi<sup>7</sup> chiave.

- *“Il Cittadino al centro: definire un sistema di offerta commisurato ai bisogni della popolazione per fornire assistenza e servizi con risposte veloci ed appropriate per la salute dei cittadini.”* Ciò significa innanzitutto il tentativo di spostare il focus dalle procedure burocratiche al ruolo del cittadino, che diventa protagonista: come si declina ciò per quanto riguarda la componente amministrativo-contabile? Si tratta proprio di invertire la prospettiva guida della progettazione dei sistemi informativi, spostare la catena del valore dando sempre evidenza al servizio che può essere reso all'utente ultimo che si trova a valle;
- *“Governo Clinico: definire ed utilizzare un sistema di standard, sostenuto dalla letteratura e dall'applicazione sul campo, che permetta di programmare e monitorare l'organizzazione dei servizi, dei processi, delle performances, delle risorse umane, della tecnologia e dei risultati di salute del SSR”.* Il secondo principio prevede quindi lo sviluppo di sistemi basati su standard informativo-gestionali: la possibilità di governo intermedio deve realizzarsi con la disponibilità di un set di informazioni molto elevato e dettagliato, che consenta poi di prendere decisioni e costruire standard o elementi per il monitoraggio, al fine di ottenere una reattività veloce del sistema; questo in sostanza si traduce in informazioni veloci ed estremamente dettagliate;
- *“Meno burocrazia più salute: creazione dell'Azienda Zero come infrastruttura di supporto tecnico amministrativo per permettere alle Aziende Sanitarie di essere dedicate all'attività istituzionale (prevenzione e cura della salute dei cittadini veneti)”.* Tenendo sempre presente la volontà di togliere burocrazia al sistema – questo è un principio che la componente politica ha davvero fatto proprio attraverso la riforma – si aspetta che Azienda Zero operi una profonda semplificazione del sistema.  
Semplificazione vuol dire molte cose, ad esempio riduzione del numero di transazioni, del numero dei soggetti che interagiscono tra loro;
- *“Misurare, controllare, verificare, sanzionare, premiare: applicare un sistema di verifica, monitoraggio e controllo, su più livelli, per il rispetto degli standard e della programmazione Regionale da parte delle Aziende Sanitarie”.* I promotori della riforma auspicano che la separazione di competenze possa riuscire a riposizionare la politica su di un livello più alto, ad occuparsi davvero del sistema sanitario, per consentire invece alla componente tecnica di operare le scelte gestionali per velocizzare, essere in grado di rispondere in maniera molto più rapida.

L'assetto così definito, implica una nuova prospettiva di ragionamento:

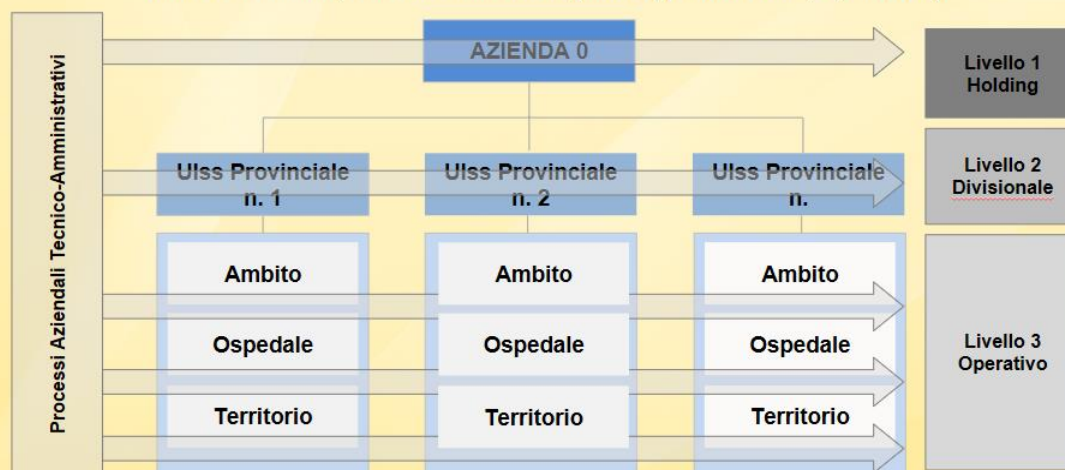
---

<sup>7</sup> DGR. del 30 dicembre 2016 n. 2296

Immagine.2

## Scenario futuro – ipotesi Organizzazione

Di seguito è rappresentata una prima ipotesi\* del nuovo modello organizzativo del SSR Veneto a tendere, basato su tre livelli (Holding, Divisionale, Operativo).



\* soggetta a possibili modifiche in corso del progetto

Fonte: decreto del commissario di Azienda Zero del 29 dicembre 2017 n. 465 – "Il Project Management di Azienda Zero"

Lo schema in **Immagine.2** presenta un livello operativo costituito dagli attuali distretti, che spesso coincidono anche con i luoghi in cui viene erogato il servizio; sono luoghi orientati esclusivamente all'erogazione dei servizi sanitari e devono essere il più possibile sottratti alle logiche di natura amministrativa.

C'è poi una componente divisionale, quella che si caratterizza per le nuove ULSS risultanti dagli accorpamenti, molte delle quali hanno raggiunto una dimensione provinciale.

Infine è previsto un livello holding in ruolo ad Azienda Zero, di coordinamento rispetto ai processi tecnico-amministrativi delle singole Aziende ULSS: come capogruppo, Azienda Zero determinerebbe le direttive sulla gestione di certi settori nei quali il principio contabile normato dal d.lgs. 118/2011 mette a disposizione diverse vie risolutive; ciò comporterebbe successivamente per la capogruppo il compito di dover gestire analoghi set di informazioni piuttosto di dover trovare un raccordo tra set differenti. Bisogna tenere ben presente però che l'applicazione di uno stesso principio contabile, non corrisponde poi all'applicazione di una stessa fattispecie operativa; di conseguenza è possibile restare all'interno di uno stesso principio, concretizzandolo attraverso fattispecie operative differenti.

La differenziazione riflette appunto il fatto che le aziende sanitarie venete impieghino sistemi informativi differenti, customizzati in base alle proprie esigenze; ma questo non significa di per sé che sia un aspetto negativo, devono però esserci a monte degli indirizzi chiari e precisi, tali da poter verificare che ci sia omogeneità ed efficienza da parte di chi si assume il ruolo di holding nell'ottenere le informazioni.

È un progetto ambizioso, la cui realizzazione dipende molto dalle persone che vi si relazionano e che

operano in un certo modo; tuttavia, è anche vero che data la sua portata e la sua rilevanza, prevede un termine di implementazione che va al di là della vita professionale delle singole persone: per ottenerne il successo è dunque fondamentale la ricerca e l'utilizzo di modalità edificative che siano il più partecipate possibile in modo che in futuro si sia in grado di continuare il percorso.

## **1.5 L'omogeneizzazione dei sistemi informativi amministrativo-contabili**

### **- le tre ipotesi di sviluppo**

Una delle principali questioni aperte da affrontare è il fatto che nelle Aziende Sanitarie sono in uso differenti sistemi contabili e che ad oggi l'operazione di integrazione sia limitata alla redazione del bilancio, dei prospetti contabili che costituiscono la modulistica e i modelli di bilancio limitati al conseguimento degli adempimenti.

Riprendendo la l.r. 19/2016, le funzioni che spettano ad AO sono “[...] *le infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi di dati in un’ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT*”<sup>8</sup>

Cosa significa però ottica di omogeneizzazione? Sono state individuate tre ipotesi di sviluppo, quella attuale, quella segnalata come possibile dall'Istituzione e quella che invece potrebbe porsi come alternativa a questa.

La prima ipotesi corrisponde alla situazione attuale, che all'interno di un tale percorso di rinnovamento e semplificazione del complesso delle Aziende Sanitarie venete inevitabilmente dovrà essere esclusa, non è proponibile la prosecuzione del vecchio modello, pur con una riduzione degli attori.

La seconda soluzione invece può essere identificata sotto l'etichetta di ERP – Enterprise Resource Planning – e rispecchia il mandato che Regione Veneto ha affidato ad Azienda Zero nel guidare questo processo innovativo. Il mandato approvato dalla Giunta regionale all'interno del ciclo della programmazione prevede per le Aziende il passaggio dal proprio sistema amministrativo-contabile all'adozione di un unico software regionale. Il vantaggio di questa soluzione è che l'implementazione del software unico regionale potrebbe essere gestita direttamente dal livello centrale, a patto di una standardizzazione dei processi; a fronte di ciò, presenta però lo svantaggio dei lunghi tempi di aggiudicazione e di inserimento delle Aziende Sanitarie, oltre ai rischi insiti nell'applicazione di un unico modello o nell'affidamento ad un unico fornitore.

La terza ipotesi è in fase di elaborazione, ed è quella che cerca raccogliere i vantaggi delle due precedenti, per ottenerne i migliori benefici. Quale modello potrebbe avere queste caratteristiche?

Un modello del genere potrebbe prevedere il mantenimento dell'autonomia a livello aziendale così da

---

<sup>8</sup> L.r. 19/2016 art. 2 c.1

consentire una notevole flessibilità, purché venga consentita la gestione centralizzata di una serie di tools, (tipicamente i sistemi di anagrafica) in modo di evitare le duplicazioni o i disallineamenti delle informazioni. Un modello che contempra la possibilità di mantenere operatività decentrata ma con alcune funzionalità accentrate, che consenta di operare un sistema di consolidamento dei conti in Azienda Zero e che consenta (a differenza di altre soluzioni applicate a livello nazionale) ad Azienda Zero di avocare a sé parte dei processi e di gestirli – e.g. la gestione dei pagamenti – intervenire a processo già iniziato per poi terminarlo come Azienda Zero.

Successivamente, l'informazione di chiusura del processo andrà ritornata all'Azienda Sanitaria. Tuttavia, un tale meccanismo dimostra già in fase di ideazione la propria intrinseca complessità. Si presenta quindi il problema della complessità della progettazione e della gestione del modello: qui le problematiche sono tante, come anche le scelte da fare, che condizioneranno profondamente lo sviluppo del modello fin dal principio.

L'ipotesi di base prevede un luogo, chiamato fascicolo amministrativo contabile, che si troverebbe in una posizione intermedia rispetto ad Azienda Zero e alle altre Aziende Sanitarie: in questo luogo verrebbero conservate tutte le anagrafiche di funzionamento del sistema, da gestire poi secondo regole predefinite, ma non solo; diventerebbe un sistema collegato al mondo delle forniture, le singole Aziende Sanitarie non verrebbero quindi direttamente collegate ai fornitori, ma solo indirettamente, tramite il Fascicolo che attiverebbe poi la supply chain concordando con i fornitori la gestione delle forniture, degli ordinativi, delle consegne e così via.

Inoltre, sia Azienda Zero che le altre Aziende verrebbero così agganciate al sistema di fatturazione elettronica.

Azienda Zero avrebbe progressivamente la gestione anche di facilities per tutto il sistema regionale – e.g. i magazzini regionali – quindi la presa in carico anche delle attività di logistica, per poi rifatturare i beni alle singole aziende sanitarie. Il fascicolo amministrativo contabile dovrebbe poi restare aperto anche ai restanti stakeholders, come il MEF o i fornitori stessi.

Riassumendo, questa “terza via” accoglierebbe i vantaggi delle altre due, senza sconvolgere in maniera improduttiva il sistema, facendo perno su alcuni concetti fondamentali:

- Cooperazione a rete per permettere la massima partecipazione e condivisione degli sviluppi, fornire una solida base d'appoggio ad un progetto che vedrà mutare nel tempo i propri attori;
- Bassa invasività nelle Aziende Sanitarie per evitare che il sistema si incagli prima ancora di essere avviato, andando a sovrapporsi in maniera dirompente all'esistente;

- La scalabilità dell'avvio per singolo processo per meglio individuare eventuali elementi di criticità soprattutto nell'implementazione della soluzione applicativa, e per poi meglio raccordare i singoli rami del nuovo sistema informativo amministrativo-contabile;
- Centralizzazione delle informazioni e del controllo, consentendo così un efficace coordinamento delle attività e dei processi delle singole Aziende Sanitarie, recuperando asset di dati e di flussi informativi che poi risulteranno attendibili e verificabili;
- Ottenere i primi risultati nel breve periodo, così da poter subito iniziare con i processi attuativi della riforma e ridurre la finestra temporale di incertezza e transizione caratteristica dei periodi di rinnovamento;
- L'implementazione di un'interfaccia standard verso l'esterno per consentire a chi dovrà utilizzare i dati prodotti (vedi Regione o MeF ad esempio) di avere dei termini di confrontabilità, o altresì per permettere agli operatori stessi di meglio relazionarsi tra loro.

Una volta posti questi principi guida, non si può prescindere dall'interrogarsi sulla fattibilità di un tale modello dal punto di vista dei sistemi informativo-contabili: è fattibile o no un modello del genere? E se fattibile, è realizzabile? Come potrebbe essere sviluppato nel concreto?

## **1.6 Il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale – FSEr**

L'idea progettuale alla base della terza ipotesi prevedrebbe quindi la creazione di un fascicolo amministrativo contabile come oggetto elettronico che vada ad inserirsi nello scambio dei flussi informativi tra Aziende ULSS, Azienda Zero e Regione Veneto.

Questo progetto prende le fila però da un'altra esperienza regionale già sviluppata ed implementata, il Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale – FSEr; che si è rivelata vincente anche all'interno del panorama nazionale.

Attraverso una partnership costituita nel 2012 tra Regione Veneto, le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere del Veneto, coordinata dal Consorzio Arsenà.IT – Centro Veneto Ricerca e Innovazione per la Sanità Digitale, è stato possibile progettare ed implementare un archivio digitale contenente la storia socio-sanitaria del cittadino assistito, completa di tutti i documenti, i referti, le analisi a cui egli si è sottoposto nell'arco della sua vita di utente del SSR Veneto, in particolare per quanto riguarda le ricette e le prescrizioni farmaceutiche.

Ma la grande innovazione del FSEr sta nella possibilità di rendere digitalmente disponibili i dati personali ivi contenuti, per il cittadino e gli operatori sanitari – unicamente previo il consenso dell'interessato – che quindi possono accedervi comodamente attraverso le proprie credenziali di profilazione, in qualsiasi momento e indipendentemente dalla sede fisica di accesso. In questo modo il cittadino-paziente all'interno

del territorio regionale, non è più legato alla specifica struttura sanitaria, ma può rivolgersi a qualunque operatore sanitario sapendo che egli avrà a disposizione un'informazione digitale completa non soggetta ad asimmetrie informative e sarà in grado indicare il miglior percorso di cura.

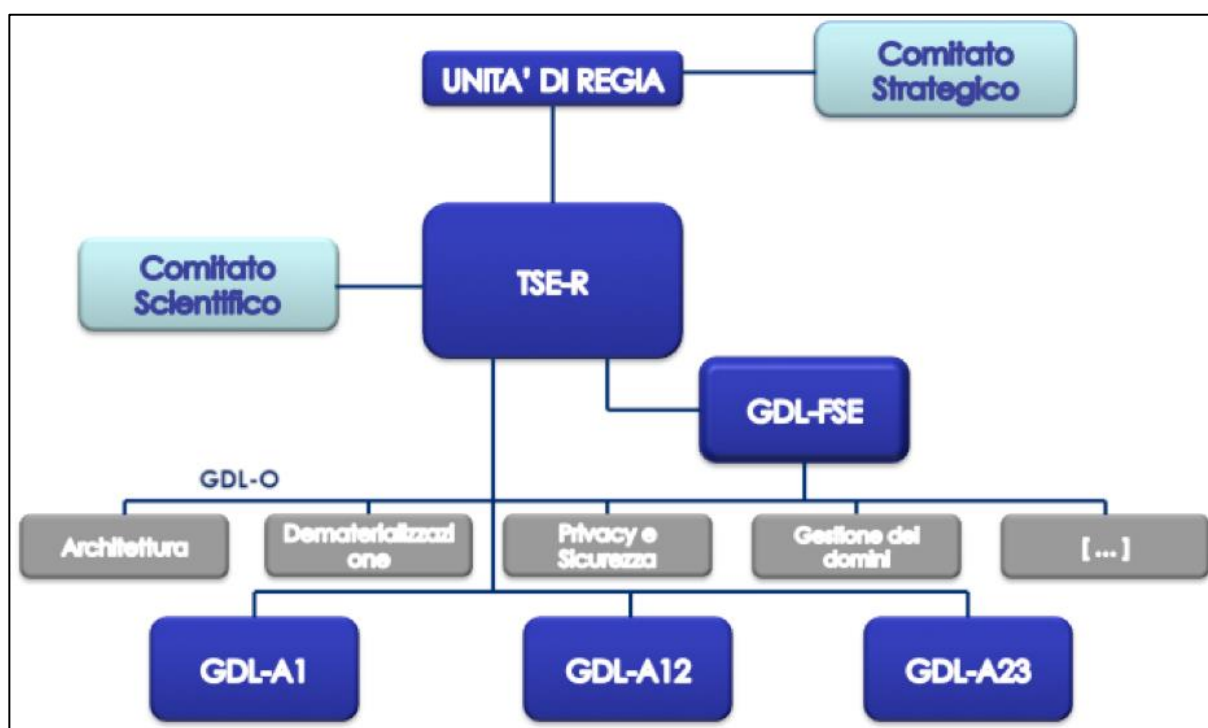
L'attività del FSEr fornisce oggi un ampio portafoglio di tecnologie e di know-how a disposizione valido e già operativo, che indubbiamente potrebbe rivelarsi utile nell'implementazione di progetti analoghi, come potrebbe essere un fascicolo amministrativo contabile.

La prima analogia tra i due strumenti è l'adattamento ad un modello organizzativo federato: tornando alle tre ipotesi organizzative già esposte, questo corrisponderebbe alla terza soluzione in mandato ad Azienda Zero, mentre per quanto riguarda il FSEr, il dpcm n.178 del 29.09.2015 l'aveva già costituito a monte come un sistema che di fatto accoglie tutti i documenti sanitari afferenti al paziente.

Il FSEr è un progetto partito in Veneto nel 2012 e ad oggi ha portato ad ottimi risultati, passando prima per la dematerializzazione della ricetta rossa, con difficoltà analoghe a quelle riscontrate per il fascicolo amministrativo contabile: da una parte l'individuazione di standard di processo, pur senza andare a irrompere in maniera distruttiva nel dettaglio della singola Azienda e dall'altro la standardizzazione della base di dati, delle anagrafiche, del Catalogo Veneto Prescrivibile (costato anni, ci sono voluti tre anni solo per individuare un catalogo veneto prescrivibile delle prestazioni, che è comunque in continuo aggiornamento).

Di seguito in **Immagine.3** è riportata la struttura di organizzazione del progetto.

**Immagine.3 – organigramma del progetto FSEr: i gruppi di lavoro**

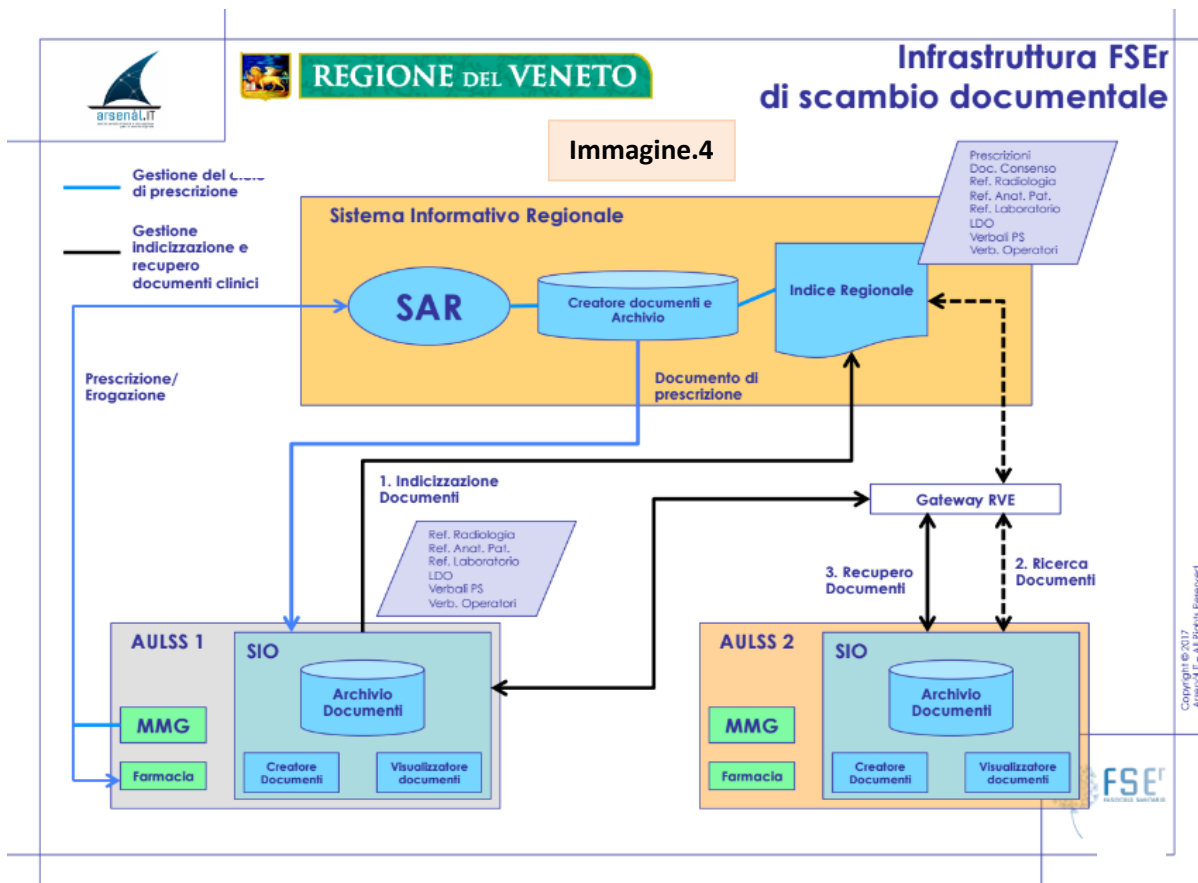


Fonte: <http://www.conorzioarsenal.it/web/guest/progetti/fascicolo-sanitario-elettronico-regionale/modello>

Coinvolgendo ventiquattro sistemi informativi, modelli organizzativi differenti, declinati su un numero molto alto di applicativi che producono dati sanitari o documenti sanitari, si è deciso di organizzare dei gruppi di lavoro verticali sulla singola specialità, per poi passare ad un gruppo di coordinamento generale di progetto; il ruolo istituzionale di Regione Veneto si è esplicitato attraverso una unità di regia che a step prefissati apponeva il bollino regionale per segnalare il punto di arrivo della convergenza contenutistica dei vari contesti, dei vari dati assoggettati.

Oltre alla parte dei processi bisognerebbe porre l'attenzione anche sulla parte dell'organizzazione dei modelli di validazione dei risultati di progetto. La Regione ha investito molto nel management del "Progetto Fascicolo", attraverso la definizione sia di standard di processo, sia di standard informatici. Quindi c'è un'organizzazione sia a livello regionale, sia un'attività di project management dedicata, composta da circa una quarantina di persone.

L'Immagine.4 mostra quale organizzazione logica è stata adottata per il fascicolo:



Copyright © 2017 Arsenà.IT - All Rights Reserved

Fonte: Consorzio Arsenà.IT, presentazione Open Day Ca' Foscari 20-21 giugno 2017

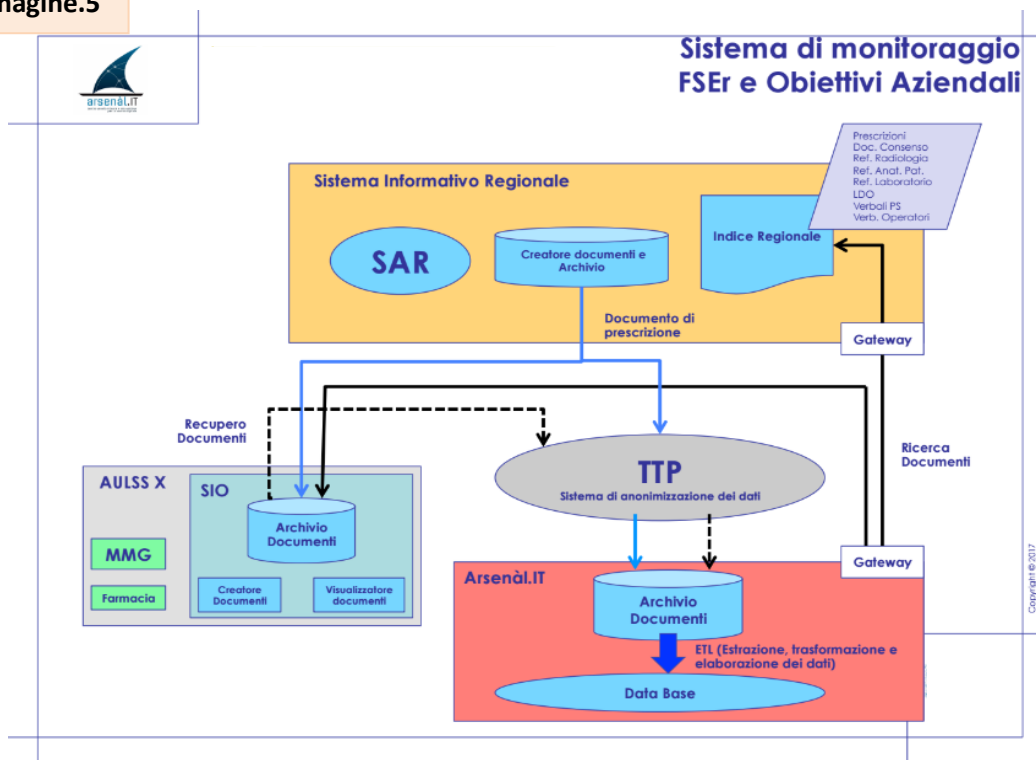
In basso a sinistra vediamo l'Azienda ULSS 1 con il proprio sistema informativo ospedaliero (SIO) in cui sono residenti i documenti prodotti dai vari sistemi, dall'altra parte abbiamo la richiesta del medico di medicina generale (MMG) come ente prescrittore che crea la richiesta e, attraverso un processo standard della prescrizione con la ricetta rossa dematerializzata, va ad alimentare il sistema, che poi va a chiudersi con la

produzione del referto.

Il referto viene indicizzato in un Indice Regionale, continuando però a restare residente nell'azienda. I documenti della parte sanitaria sono strutturati e non, e quindi questo indice regionale di fatto tiene traccia di tutti i documenti esistenti per quel paziente, evidenziandone la residenza; i documenti sono poi estraibili, attraverso metadati o attraverso i dati strutturati interni, e vengono comunicati al sistema di accoglienza regionale che a sua volta parla con il sistema centrale attraverso la ricetta dematerializzata. Infine, se c'è necessità di recuperare uno di quei documenti o dei dati da parte di una delle altre aziende ULSS, in un modello federato, l'azienda ULSS 2 contatta l'indice regionale, il quale risponde indicando dove sono i documenti, i dati, i metadati, e l'azienda ULSS 2 va a rintracciarli direttamente dove sono residenti attraverso il gateway.

In **Immagine.5** viene inserito un elemento ulteriore, che funge come da cruscotto del fascicolo: questo è sostanzialmente un visualizzatore sistematico che va ad interrogare l'indice regionale, attraverso un processo di anonimizzazione dei dati della terza parte, creando un archivio documenti su cui poter condurre le estrazioni, senza ricorrere alla fonte proprietaria del dato, salvaguardando così anche gli aspetti di privacy. Ogni utente poi, può accedere al portale del Fascicolo Sanitario Elettronico tramite registrazione ed attivare il proprio profilo personale.

**Immagine.5**



Copyright © 2017  
Arsenàl.IT - All Rights Reserved

Fonte: Consorzio Arsenàl.IT, presentazione Open Day Ca' Foscari 20-21 giugno 2017

Per avere qualche dato inerente all'attività del FSEr si può dire che fino al mese di dicembre 2017 sono stati indicizzati più di 170 milioni di documenti<sup>9</sup>, corrispondenti all'82,5% del totale di referti e dei documenti ambulatoriali indicizzati; in questa percentuale rientra pure il 91% del totale delle ricette farmaceutiche. Tuttavia per il momento il numero di cittadini che hanno acconsentito alla condivisione autorizzata dei propri dati arriva a 350'284<sup>10</sup>, pari al 42,8 % degli aventi possibilità e al 7,1%<sup>11</sup> della popolazione residente. Da tener conto che la percentuale sul totale della popolazione residente è un dato che può risultare fuorviante se avulso dal suo contesto: di fatti non tutti i cittadini-utenti residenti in Veneto hanno avuto la possibilità di aderire al FSEr in quanto questa è una scelta che dipende in primis dal medico di base, responsabile della divulgazione del progetto.

Questi processi assomigliano molto a quelli che si vorrebbero costruire per la nuova gestione dei sistemi informativi-contabili, in un'ottica di condivisione ed interoperabilità dei flussi informativi e dei documenti amministrativo-contabili.

Nella definizione dei nuovi processi applicativi della soluzione fascicolo amministrativo contabile bisognerà certamente indagare a fondo quali potrebbero essere gli ulteriori ambiti di contatto tra i due Fascicoli, se un modello del genere risulta implementabile dal punto di vista dei sistemi informativo-contabili e in caso di risposta affermativa, cercare di capire come concretamente può essere realizzato.

---

<sup>9</sup> Fonte: Report trimestrale sull'attività del FSEr aggiornato al mese di dicembre 2017

<sup>10</sup> Fonte: Report trimestrale sull'attività del FSEr aggiornato al mese di dicembre 2017

<sup>11</sup> Fonte: ISTAT popolazione Regione Veneto

## 2 – LE SOLUZIONI DI RIFERIMENTO.

### IL CONFRONTO CON I FORNITORI DEI SISTEMI IT E GLI ATTORI DELLE ISTITUZIONI NAZIONALI

#### 2.1 ERP unico o Fascicolo Amministrativo Contabile? La discussione con gli stakeholders IT in occasione dell'Open Day a Ca' Foscari

Le tematiche precedentemente esposte sono state l'oggetto principale di due giornate Open Day organizzate il 20-21 giugno 2017 presso le aule del Campus San Giobbe dell'Università Ca' Foscari di Venezia.

All'Open Day dal titolo "Sanità veneta: verso un nuovo sistema informativo contabile" sono intervenuti diversi operatori tecnico-amministrativi delle Aziende Sanitarie, delle società di revisione, di Regione Veneto ed Azienda Zero, di Consorzio Arsenà.IT, oltre ai fornitori dei sistemi informativi amministrativo-contabili attualmente in uso nelle diverse Aziende del SSR veneto.

Proprio a quest'ultimi sono state rivolte specifiche domande sulla fattibilità dei progetti in mandato ad Azienda Zero, sulla possibilità di implementazione della "terza alternativa" o piuttosto di dirigere l'azione fin dall'inizio verso la costituzione di un'unica soluzione accentrata modello ERP.

Sintetizzando i principali elementi emersi dall'acceso ed interessante dibattito scaturitosi, che ha generalmente visto allinearsi le diverse aziende fornitrici sui pro e sui contro dei due approcci in esame, possiamo raggrupparli come segue:

- **Adozione di un sistema informativo amministrativo-contabile che permetta la redazione di bilanci rendicontabili in sede comunitaria:** necessità derivante dal d.lgs. 118/2011 e.g. criteri definiti dal fiscal compact. Riguardo al percorso di attuazione della certificabilità – PAC, merita inoltre di essere sottolineato un principio centrale per una migliore gestione di processi dei controlli, ossia la c.d. *segregation of duty*, l'importanza della separazione delle competenze tra funzioni operative, contabili, autorizzative e di custodia; la segregazione dei profili autorizzativi per incrementare il controllo sui controlli, incrociando i dati elaborati separatamente dal sistema informativo amministrativo-contabile.

La soluzione federata non risulterebbe di fatti idonea ad univoche procedure di controllo indispensabili poi per affrontare i percorsi di certificabilità, per le quali sarebbe invece ideale impiegare un sistema informativo unico.

Un sistema unico ha il vantaggio della semplicità architettonica – un unico sistema collocato su un datacenter multi azienda – rispetto ad una soluzione di tipo federato dove avviene la definizione di meccanismi di cooperazione applicativa che sono molto complessi e che poi andrebbero a definire per ogni singola anagrafica che tipo di integrazione fare, facendo risultare il meccanismo alquanto farraginoso.

- **Mappatura e monitoraggio delle procedure:** queste vengono sviluppate e mutano nel tempo, è quindi fondamentale la continua revisione ed aggiornamento del manuale delle procedure.

Il sistema informativo amministrativo-contabile è uno strumento impiegato dall'azienda e non deve presentarsi il rischio che ne diventi un ostacolo allo sviluppo; la logica del workflow dovrebbe essere continuativa per non rimanere fossilizzati sui bisogni attuali, ma invece riuscire a prevedere quali potranno essere le esigenze delle aziende negli anni a venire e di quali nuove customizzazioni faranno richiesta.

Oltretutto è da evidenziare che utilizzando un sistema unico si può spingere la standardizzazione dei processi attraverso il sistema informativo, che quindi diventa uno strumento per imporre la standardizzazione dei processi; tuttavia bisogna anche dire che per l'azienda sarà più costruttivo ai fini di un maggior vantaggio competitivo considerare gli atti di applicazione gestionale come una commodity per agevolare le modalità di interazione degli utenti con il sistema: la vera differenza sul mercato oggi può farla la *user experience*, l'attrattiva nei confronti dell'utente a valle, più che la singola applicazione gestionale.

- **Il governo dell'evoluzione centralizzata:** in quest'ottica l'adozione di un ERP unico potrebbe non essere propriamente un vantaggio, lo è in parte: sicuramente un governo dell'evoluzione centralizzato consente di garantire coerenza al comportamento di tutte le Aziende, bisogna però anche considerare che da una parte richiede un commitment molto forte, mentre dall'altra contrasta in maniera diretta con quelle che sono le autonomie della singola Azienda Sanitaria – il sistema informativo è uno strumento che l'Azienda utilizza anche per raggiungere determinati obiettivi e se questi obiettivi della singola Azienda Sanitaria non collimano con le prospettive di evoluzione del sistema informativo amministrativo regionale unico, come si procede? Questa resterebbe una questione aperta.

- **L'impatto:** il grande svantaggio che presenta la via dell'ERP unico in confronto alla soluzione "Fascicolo" resta sicuramente la portata non indifferente dell'impatto destabilizzante che questo cambiamento comporta nell'immediato all'interno delle Aziende – resettare completamente i propri sistemi informativi amministrativo-contabili con la pesantissima conseguenza di paralizzare l'utilizzo dell'intero sistema informativo fino all'avviamento del nuovo regime, oltre al fatto che cambiare una piattaforma di questo tipo implica degli oneri formativi non secondari che vanno a gravare sugli utenti finali (gli operatori).

Per contro l'adozione del fascicolo amministrativo contabile comporterebbe un approccio implementativo di gradualità atto a consentire un più lento ma esponenziale adeguamento dei processi interni alle singole Aziende, risultando sì di più lunga attuazione, ma meno impattante e con la possibilità di aggiustare in itinere eventuali elementi inaspettatamente problematici.

- **La scalabilità dell'avvio:** altro nodo di complessità che richiede attenzione in quanto, per ridurre l'effetto impattante dell'adozione di un sistema ERP unico, il decisore potrebbe optare per

un'implementazione a blocchi del nuovo sistema informativo amministrativo-contabile. Attraverso la soluzione ERP ciò risulterebbe possibile solo impiegando processi di scalabilità verticale, scegliendo di adeguare prima solo una o alcune delle Aziende, per poi proseguire progressivamente a blocchi con le altre; è chiaro però che finché non si sarà portata anche l'Azienda N sul nuovo sistema informativo amministrativo-contabile, non si potrà godere dei vantaggi apportati da un sistema centralizzato.

- **Il fenomeno di *downsizing***: facendo tesoro delle esperienze precedenti riportate dai fornitori IT, un altro rischio insito nell'implementazione di un modello unico di strutture e processi, è rappresentato dal circolo di *downsizing* dei requisiti; per fare in modo che tutte le Aziende potessero stare su un unico sistema informativo amministrativo è stato ridotto in maniera drastica quello che era il perimetro del sistema stesso. Risultato: ogni singola Azienda si è mossa poi localmente per dotarsi di quelli strumenti che le consentono di poter lavorare.
- **L'integrazione**: questo è un tema che non viene considerato molto spesso quando si parla di sistemi di carattere regionale; il sistema informativo amministrativo contabile è una parte del sistema informativo aziendale, si pensi alla difficoltà di dover gestire con un unico sistema informativo amministrativo centralizzato tutte le N integrazioni locali.

E.g. uno dei primi problemi incontrati nell'esperienza in Regione Campania è stato stabilire il contorno, il confine del sistema informativo amministrativo – le richieste motivate e personalizzate fanno parte del sistema informativo centralizzato? La gestione della protesica ne fa parte? E la gestione degli antiblastici? Quindi questo è fondamentale. Ciò non diventerebbe necessario nel momento in cui si sceglie di implementare un sistema di tipo federato come quello proposto dalla soluzione Fascicolo: la seconda opzione consentirebbe infatti al posto di un adeguamento per blocchi, un tipo di scalabilità più orizzontale, agente sui processi. Sarebbero i singoli processi ad essere portati progressivamente sul nuovo sistema informativo amministrativo-contabile, processi che sono trasversali alle singole Aziende Sanitarie consentendo così di mantenere i contatti e le comunicazioni tra loro, potendo così già ottenere dei dati aggregati magari per singolo processo nel sistema centralizzato, cosa che non si ottiene nelle fasi di avvio verticale di un sistema unico.

Tratto comune tra i principali stakeholders IT che sono intervenuti nella discussione è la proposta non di una soluzione ulteriore, ma di un approccio diverso, intermedio al Fascicolo e al sistema ERP, che consideri soprattutto quelli che sono oggi i trends dei sistemi informativi amministrativi, per cercare di prevedere e anticipare le necessità che potrebbero presentarsi in futuro.

Le direttrici attuali possono essere riassunte in alcuni punti:

- Innanzitutto c'è un fenomeno di **provincializzazione** e di **domanda aggregata**: sempre di più ci sono gare a livello nazionale aggregate, iniziando dalla prima (in termini temporali) indetta dalla Regione Campania, fino ad arrivare all'ultima della Regione Emilia-Romagna. Domanda aggregata e

provincializzazione evidenziano la necessità di poter usufruire di strutture dimensionalmente sempre più ampie e sempre più distribuite sul territorio;

- L'**aumento della pervasività del sistema informativo amministrativo** nell'ambito del processo complessivo di cura: le informazioni di carattere logistico e amministrativo-contabile devono essere in prossimità della decisione clinica, pensiamo al tema della gestione del processo delle terapie, che è sì di carattere clinico, ma ha dei risvolti diretti sull'aspetto logistico;
- Il fenomeno della **logistica** e della **gestione della mobilitazione a livello di area vasta**: se prima la singola Azienda Sanitaria poteva pensare di gestire la logistica attraverso un sistema fortemente orientato alla contabilità, passando a magazzini centralizzati, ora c'è la necessità di dotarsi di gestione di "magazzini da campo", magazzini fisici, automatizzati che consentano il tracking della merce, la gestione dei trasporti; stiamo parlando di un aumento importante del perimetro;
- Si parla di **standardizzazione delle procedure operative**: in particolare è in atto il percorso di attuazione della certificabilità (PAC);
- Sempre di più le Aziende Sanitarie stanno chiedendo l'**integrazione della supply chain**, sta aumentando il perimetro dell'ecosistema, vi si vogliono portare dentro anche i fornitori ed i partners e le strutture accreditate;
- Il tema della **dematerializzazione dei processi amministrativi**: non è pensabile che la fatturazione elettronica attiva e passiva abbia risolto il tema della dematerializzazione; quanti documenti strutturati e non vengono ancora quotidianamente condivisi via e-mail, quanti prospetti Excel sono ancora alla base di scelte strategiche effettuate dall'azienda?
- La **analytics everywhere**: se fino a qualche anno fa potevamo accettare di avere una contabilità analitica che era un risultato ex-post del sistema contabile, sempre più viene richiesto di avere dati in tempo reale anche dal punto di vista della contabilità analitica, come strumenti di supporto alle decisioni;
- Infine, se una volta il sistema informativo doveva rispondere solo alle esigenze del business, sempre di più sono da risolvere le esigenze del consumatore, dell'utente finale, che vive con sempre maggiore difficoltà la distanza che c'è tra quello che riesce a fare ad esempio con il suo smartphone (e quindi la sua utilità individuale) e quello che riesce a fare con un sistema informativo aziendale. Sempre di più il tema della **user experience** è fondamentale anche nei sistemi informativi amministrativi, questo sarà una delle grosse sfide dei prossimi anni;
- Stanno cominciando a nascere anche domande di **servizi in mobilità**.

L'approccio proposto verrebbe dunque strutturato in due fasi, la prima di transizione ed inizialmente a carattere federato, la quale consentirebbe poi l'approdo ad un sistema unico centralizzato, la seconda fase in cui poter ragionare progressivamente sulla costruzione di servizi di tipo accentrato che possano effettivamente portare un valore all'intero sistema regionale. Questi servizi potrebbero essere il fascicolo relativo ai singoli fornitori o ai singoli contratti, il fascicolo amministrativo contabile, i servizi che potrebbero essere erogati in maniera accentrata dalla Regione come livello di stazione centrale (e.g. centrale acquisti).

Il primo step è quello di identificare un soggetto consolidatore, in questo caso Azienda Zero a livello di holding, che assolvere sia le funzioni della GSA, sia quelle di tipo organizzativo, legando i ruoli e i profili al workflow; questo infatti non comprende solo gli aspetti funzionali, ma parallelamente anche gli aspetti autorizzativi, comunicativi e documentali.

Ad un secondo livello di tipo divisionale si inseriscono le altre Aziende Sanitarie che possono continuare ad impiegare i propri sistemi informativi amministrativo-contabili già in uso, affiancandovi il luogo del fascicolo amministrativo contabile in una logica di ESB per andare a colmare i debiti informativi di questa prima fase.

Premessa al processo è sicuramente la definizione e la standardizzazione dei contenuti informativi per la governance del sistema sanitario, anche in un'ottica progressiva.

L'ESB-Fascicolo può essere impiegato come un orchestratore, ragionando in una logica di interoperabilità, però tenendo sempre presente l'obiettivo finale di andare a consolidare queste informazioni, in particolare quelle relative al bilancio, in una struttura ad hoc, il sistema ERP.

La scalabilità, la gradualità, per singolo processo presentata in questa prima fase è un elemento che può assolvere alle esigenze attuali, specialmente se si vogliono già ottenere i primi risultati in tempi molto ristretti come quelli a disposizione di Azienda Zero.

La seconda fase a differenza della prima, presenta un margine di libertà di manovra più ampio per il decisore, se come auspicano i fornitori dei sistemi informativi la scelta finale ricadrà su l'adeguamento ad un sistema ERP unico, la scelta tecnologica sarebbe già stata affrontata, tenendo sempre presente che mai deve diventare un vincolo. Quello che però si può notare, avendo già optato a monte per un ERP è che a questo punto non ci sarebbe più la necessità del fascicolo: l'utente già in possesso delle proprie credenziali username-password potrebbe entrare direttamente nella parte di sistema per cui è competente (e.g. budget, gare, contratti); in questo modo si potrebbe procedere con l'abbandono dei sistemi informativi preesistenti, senza però andare ad intaccare oggettivamente la quotidianità di breve periodo.

In questa situazione, ciò che verrebbe demandato nella realizzazione ai fornitori dei sistemi informativi amministrativo-contabili, sarà la creazione di condizioni applicative tali da instaurare una nuova interoperabilità tra Regione e aziende: che questa poi avvenga con un sistema unico o con un sistema federato, avrà comunque un impatto sui sistemi di analisi dati, che dovranno continuare a garantire la

possibilità di poter navigare il dato in tutte le sue dimensioni (temporale, dal dettaglio alla massima sintesi, a riclassificazione per fini gestionali, fino all'esame di verifiche più puntuali).

Qualche prima considerazione che possiamo trarre già a questo livello di sviluppo del progetto:

- L'importanza della **standardizzazione delle anagrafiche**: sicuramente lavorare su anagrafiche comuni è indispensabile affinché i dati siano navigabili e confrontabili in maniera strutturata;
- **L'acquisizione sicura dei dati**: quello che ci aspettiamo di poter ricostruire insieme al cliente e agli altri fornitori modalità strutturate per acquisire dati sicuri, dati certificati, dati controllati;
- Utilizzo di **sistemi di business intelligence**: permettono anche agli utenti non tecnici di poter navigare i dati in maniera semplice e libera;
- Utilizzo di **strumenti facilmente accessibili**: quello che si è cercato di superare in questi anni è la possibilità di avere accesso facile, senza per forza la necessità di essere all'interno di una rete più specifica, poterlo fare da una rete semplice, di facile accesso;
- La collaborazione con le Aziende Sanitarie e la Regione;
- La **formazione continua**: a volte anche i passaggi che possono sembrare più semplici o più scontati, alla fine non sono così banali la buona riuscita di un progetto dipende molto anche da ciò.

#### 2.1.1 Qual è l'oggetto di un sistema informativo amministrativo-contabile?

Riprendendo l'analogia con il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale – FSEr, questo vede il paziente come oggetto posto al centro, ma qual è o quale potrebbe essere l'oggetto invece di un fascicolo amministrativo contabile? O, più in generale, qual è l'oggetto protagonista parlando di sistemi informativi amministrativo-contabili, sia in forma di fascicolo che in altre forme applicative? Per cercare una risposta attendibile anche a queste domande il confronto con i fornitori dei sistemi informativi non è stato banale, sono state infatti individuate diverse soluzioni che in realtà potrebbero rivelarsi alternative ugualmente valide.

Innanzitutto però bisogna partire capendo chi è il portatore di interesse, quale s/oggetto è titolare dei dati che poi vanno a confluire nel sistema informativo amministrativo-contabile.

Un primo portatore di interesse è sicuramente il fornitore stesso, che necessita di avere a disposizione in tempo reale tutta la situazione dei suoi rapporti con tutte le strutture sanitarie del Veneto, in termini di contratti, di bolle, di fatture, di ordini, di pagamenti; per cui la prima considerazione che si potrebbe fare è che l'analogo del paziente all'interno del FSEr è il fornitore/cliente-soggetto giuridico. Questo è già un primo importante contenitore, se si va a vedere il contenuto del giornale contabile di un'azienda, le poste passive sono sicuramente il contenuto principale.

Un secondo tipo di oggetto potrebbe essere identificato sostanzialmente con il management, tenendo sempre presente che si sta parlando di mega Aziende che gestiscono miliardi in termini di risorse e finanziamenti. Si tratta di porre i soggetti della pubblica amministrazione nelle condizioni di sostenere responsabilità personali e giuridiche tali per cui ai fornitori dei sistemi in uso vengono richiesti elementi di certezza, la tranquillità di sapere che quando vengono firmati e ufficializzati i documenti, questi siano effettivamente garantiti come attendibili e verificabili nei dati sulla base della quadratura operata dal sistema informativo sottostante, la certezza di ogni informazione.

In questo senso le centralità è individuata nel management, nella responsabilità della decisione presa sulla base dei controlli sui dati e sui processi effettuati dall'applicativo.

In alternativa, volendo andare a scavare ancor più nel dettaglio, forse la similitudine con il ruolo del paziente all'interno del FSEr non è proprio così lineare. Se si pensa ad un elemento atomico, questo potrebbe essere addirittura la singola transazione, attiva o passiva, oppure un processo di approvvigionamento, o un processo di fornitura di prestazione: questi poi, possono essere raggruppati sotto un unico fornitore o sotto un solo cliente, ma se si deve cercare di ragionare sull'elemento elementare, come può essere il paziente in sanità, forse è proprio una semplice transazione, molto più piccola ma in numero maggiore, rendendo così necessaria la costruzione di molteplici fascicoli amministrativi contabili.

Nel momento in cui l'elemento atomico può essere individuato nella transazione, poi quale sia il soggetto di cui si voglia rappresentare la gestione, questo è un po' più arduo da capire, perché le Aziende continuano ad essere soggetti giuridicamente indipendenti. È infatti anche vero che per quanto Azienda Zero possa partecipare nelle registrazioni o nelle evasioni di alcune pratiche, comunque le diverse Aziende ULSS manterranno i propri bilanci, quindi forse la vera criticità sarà gestire questa doppia esigenza, sia di dare uniformità a tutte le registrazioni contabili in quanto frutto delle attività del Sistema Sanitario Regionale Veneto nella sua interezza, ma al tempo stesso non trascurare l'identità e la responsabilità della singola azienda.

Vedendola da un altro punto di vista, se tutto il contenuto del FSEr ha come punto in comune il cittadino, verrebbe da pensare che qualsiasi oggetto di questo fascicolo amministrativo contabile abbia come oggetto l'Azienda Sanitaria: in Veneto sono presenti cinque milioni di assistiti che potenzialmente possono attivare il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, in questo caso si potrebbe istituire il fascicolo amministrativo contabile di ogni singola Azienda. I dati poi possono essere visti in N aggregazioni (per fornitore, per cliente, ...) però se vogliamo immaginare un contenitore che contenga tutti dati omogenei, questi sono i dati di un'Azienda, di ciascuna delle singole Aziende che partecipano. Interpretandola così forse ci si può costruire un'idea dell'architettura che è possibile implementare su questo modello.

Non si è ancora preso in esame il caso in cui oggetto del fascicolo amministrativo contabile siano i processi: si sta parlando di istanze di processo che il fascicolo così come è stato ideato sulla carta (lo vedremo più avanti in questa trattazione) intercetta, anche se in un progetto di questo tipo molto dipende dal modello di governance.

Bisogna interrogarsi su quale che sia il fine, l'output che si vuole produrre: lo scopo è quello di ridisegnare ogni singolo processo in tutte le sue varianti? Allora vuol dire che bisogna fare delle valutazioni, in base anche alle tempistiche a disposizione – su questo tema si veda poi l'esperienza dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana dove, dati i tempi ristretti, si sono affiancate varianti diverse dei processi.

Ma allora, la discussione su quelle che inizialmente sono state definite “soluzione due” – ERP e “soluzione tre” – sistema federato/fascicolo, dipende da un assunto di fondo: si vogliono ridisegnare oggi tutti i processi nei loro minimi dettagli perché poi devono essere gestiti interamente all'interno di un unico ERP? O invece si opta per inserire nei processi dei checkpoint in cui andare a rilevare che cosa succede, qual è lo stato di quel processo? E in che tempi ciò è realizzabile?

Gestire tutto con un unico ERP, a parte i rischi di downgrade, vuol dire aver deciso di mappare tutte le varianti dei processi – e.g. il ciclo della prescrizione dalla sua nascita alla sua morte con il referto è un processo.

il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale nasce primariamente per gestire processi – a cui si pone come base il cittadino, che deve pure poterne usufruire; se l'ottica è la medesima, con un fascicolo amministrativo contabile non dovrebbe essere molto diverso, a patto però che venga determinata la scelta iniziale e fondamentale del modello di governance dei processi.

Questa potrebbe essere indirizzata verso una gestione penetrante fino ai minimi dettagli, alla singola foglia – allora la soluzione ERP sarebbe la più indicata; se invece si sceglie di posizionarsi a livello intermedio, bisogna cercare di capire quali sono i checkpoint utili per poter avere le informazioni che servono anche per poter spostare alcune attività in termini di gestione – in questo caso sarà fondamentale il numero di checkpoint che verranno inseriti, se fossero troppi e ravvicinati comunque si andrebbe verso un modello di ERP, all'estremo opposto non si riuscirebbe a gestire alcun processo dal livello centrale. Quindi in realtà molto dipende dal livello di governance dei processi, più da come sia strutturato il sistema amministrativo contabile di per sé.

Tornando alla domanda iniziale, l'oggetto del fascicolo dipenderà molto da ciò di cui si sta parlando: se viene analizzata “soltanto” la necessità di acquisire i flussi di transazioni contabili di consolidamento, si mira ad un approccio di integrazione; se invece si pensa al ciclo passivo, non si ha più solo una mera rappresentazione e l'oggetto a questo punto potrebbe essere il contratto, che somiglia molto al paziente in quanto presenta una storia associata a quell'evento. Probabilmente analoghe osservazioni valgono anche per il ciclo attivo.

Altri punti su cui riflettere sono quello delle tempistiche, i tempi di praticabilità che necessitano le due soluzioni, e quello a proposito del livello di autorevolezza del commitment che serve per far applicare processi che sono stati generati ad un livello superiore a quello dei sistemi informativi locali. Non esiste dunque un modello più o meno appropriato se non si è chiarito prima qual è il modello di governance: se disegnare i processi e le loro varianti nei minimi dettagli oppure restare ad un dato più aggregato.

Dal lato del fornitore IT che poi dovrà sviluppare la soluzione applicativa, riguardo al tema dei tempi di realizzazione di un cambiamento di questo tipo, certamente non si può contare su tempi di realizzazione brevi; inoltre il decisore regionale dovrà chiarire se il compito del fornitore IT sarà anche quello di definire il processo di gestione dell'intera mole delle informazioni, o se invece la stessa rappresenterà più un vincolo, un limite che funga da punto di riferimento e di partenza alla creazione dell'apparato tecnologico.

## **2.2 La centralità delle anagrafiche, la loro integrazione ed omogeneizzazione**

Arrivati allo sviluppo attuale della riforma del SRR Veneto, l'impatto principale è stato dato dalla creazione delle nuove Aziende Sanitarie attraverso gli accorpamenti e la creazione di Azienda Zero: in questa fase si è dovuta implementare una nuova anagrafica delle Aziende, ma che tenesse anche conto di quale fosse l'assetto delle aziende prima dell'accorpamento; se così non fosse stato, le nuove aziende non avrebbero potuto vedere all'interno degli stessi report anche i dati storici, sarebbero state costrette a cambiare report ogni volta che un dipendente della nuova Azienda doveva andare a vedere i dati della precedente Azienda. All'interno di ogni processo di accorpamento e centralizzazione di funzioni come quello in esame, il fulcro verso cui indirizzare la attenzioni soprattutto iniziali è la gestione delle anagrafiche: le anagrafiche sono l'attività principale su cui concentrarsi quando si affrontano progetti multi-organo, perché il grosso del problema sta proprio lì, la presenza di soggetti diverse, le ventuno ex-ULSS, ognuna con il proprio sistema informativo amministrativo-contabile a cui afferiscono le anagrafiche particolari, ognuna codificata secondo regole non standard.

Inoltre il processo di omogeneizzazione delle anagrafiche è il lavoro più corposo e delicato, non solo per poter poi costituire un'anagrafica master all'interno di un eventuale sistema unico ERP, ma già in principio per procedere con l'attività stessa di integrazione dei sistemi preesistenti, qualunque sarà poi la forma dell'applicativo integrato di destinazione, anche in forma federata.

Un problema non indifferente è che se non si definiscono delle politiche per il suo mantenimento, l'anagrafica inizia a deteriorarsi immediatamente, non appena viene creata. Ma chi sono i soggetti all'interno del workflow demandati a svolgere queste funzioni? Spesso è a causa della mancata individuazione di questi soggetti che cade il progetto: non per una mancanza del fornitore, ma perché l'ente committente dall'altra parte non si è posto a monte il problema dell'aggiornamento dell'anagrafica.

Ai fini dell'accorpamento e dell'integrazione dei sistemi informativi amministrativo-contabili è dunque evidente la necessità di adottare una base comune, che di fatto è costituita da anagrafiche definite secondo strutture condivise. Le anagrafiche poi, in sede dipartimentale, quand'anche insistano su ambienti diversi, devono essere omogenee, diventerebbe vano parlare di flussi se prima non è stato completato un lavoro importante di questo tipo.

Altro aspetto riguarda il luogo in cui queste anagrafiche dovrebbero risiedere perché la loro gestione risulti il più efficiente possibile e su questo i fornitori hanno una visione chiara: le anagrafiche non devono risiedere in un ESB (come potrebbe essere il fascicolo amministrativo contabile), ma nell'ERP per permettere la massima condivisione delle informazioni.

Le anagrafiche devono essere collegate al workflow perché quando la singola Azienda avrà ad esempio la necessità di codificare un nuovo fornitore, non dovrà passare attraverso il gestore regionale, ma basterà invece che inserisca una proposta di nuovo fornitore che qualcuno validerà all'interno del sistema informativo centralizzato.

### **2.3 L'integrazione dei sistemi informativi amministrativo-contabili nella costituzione della nuova Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana**

Analizziamo questo tema attraverso una prima esperienza di integrazione ed omogeneizzazione sviluppata dalla Azienda ULSS 2 – Marca Trevigiana, costituita dall'accorpamento delle tre ex Aziende ULSS 7 Pieve di Soligo, ULSS 8 Asolo e ULSS 9 Treviso. Il processo è stato gestito in team con i tecnici della azienda EID, fornitrice del sistema informativo amministrativo-contabile già in uso nelle tre ex Aziende ULSS Microsoft Dynamics NAV-NAVISION.

La scelta decisionale operata è stata quella di attivarsi fin da subito per poter adottare già dal 01.01.2017 un unico software amministrativo-contabile. A questo fine c'è stato un impegno forte da parte della direzione amministrativa, che ha iniziato a muovere i primi passi già nel mese di luglio 2016, prima dell'ufficializzazione degli indirizzi regionali.

I problemi che sono stati affrontati hanno riguardato principalmente l'infrastruttura hardware e software di base, le reti, i database, il software applicativo, l'omogeneizzazione dei processi e delle prassi aziendali e l'aggregazione dei dati. Avviate ormai le ricognizioni, è di fatto intervenuta la L.R. 19/2016 che ha imposto l'obiettivo dell'ambiente unico e soprattutto la costituzione dell'interfaccia del software amministrativo unico che permettesse il dialogo con i molti altri software aziendali.

Bisogna specificare che nel caso dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana erano presenti delle condizioni di partenza più vantaggiose e favorevoli all'unificazione rispetto alla situazione iniziale di altre Aziende ULSS neo-costituite. Certi elementi hanno permesso di potersi muovere in anticipo sulle altre Aziende nonostante il poco tempo preparatorio a disposizione, come il fatto che le tre Aziende impiegavano già lo

stesso software – impiegavano la stessa piattaforma applicativa ERP Microsoft Dynamics NAV-NAVISON, anche se implementata con soluzioni diverse – a livello di infrastruttura di software di base, i tre servizi delle aziende già collaboravano e tuttora stanno portando avanti un obiettivo di centralizzazione in un unico datacenter, quindi si può dire che c’era già una buona fetta di lavoro fatto. Nonostante ciò i tempi a disposizione erano davvero ristretti.

Già nei mesi di luglio e agosto 2016 sono state poi effettuate delle scelte di massima sull’architettura che si sarebbe adottata, poi è stata effettuata una definizione di maggior dettaglio delle specifiche attraverso dei gruppi di lavoro, per poi proseguire rapidamente alla realizzazione dell’ambiente unificato. Di fatto si è iniziato a lavorare a luglio 2016 con i primi incontri, ad agosto 2016 le scelte fondamentali sull’architettura della soluzione sono state presentate in via preliminare alla direzione amministrativa; in parallelo sono partiti gruppi di lavoro già dalla metà del mese di luglio per completare i lavori a settembre ed essere operativi da metà dicembre 2016.

Le scelte fondamentali illustrate in **Immagine.6** sono state così quella di optare per un’unica infrastruttura centralizzata a Treviso, un unico database e un’unica versione dei programmi, un obiettivo di omogeneizzazione dei processi aziendali, una scelta di massima sul servizio economico-finanziario (ragioneria ed economati: la centralizzazione è partita prima dalla ragioneria SEF, per l’esigenza di unificare il rapporto con i fornitori), quindi si è cercato di focalizzare l’accentramento prima sulla parte contabile, mantenendo un ciclo di approvvigionamento che ancora per un po’ sarà differenziato tra le tre ex-ULSS – chi fa gli ordini per ex ULSS 7 rifornisce i magazzini della stessa e analogamente ex ULSS 8 e ex ULSS 9 – con successivi obiettivi di centralizzazione.

### Immagine.6

ARCHITETTURA DEL SISTEMA

- UNICA INFRASTRUTTURA CENTRALIZZATA A TREVISO
- UNICO DATABASE
- UNICA VERSIONE DEI PROGRAMMI
- OMOGENEIZZAZIONE DEI PROCESSI AZIENDALI
- «UNA RAGIONERIA TRE ECONOMATI» \*
- «FUSIONE» DEI FORNITORI E DEI CLIENTI, «SOMMA» DEGLI ARTICOLI

\* La centralizzazione è partita prima dalla ragioneria (SEF), per l’esigenza di unificare il rapporto con i fornitori (pagamenti, estratto conto, ...), l’approvvigionamento in una prima fase mantiene una logica di distretto

Fonte: Giuseppe Volta, Amministratore delegato EID Nav-lab specialisti in Microsoft ERP software Dynamics NAV (Navision). Presentazione Open Day Ca’ Foscari 20-21 giugno 2017

Per quanto riguarda l'integrazione delle anagrafiche, si sono operate alcune scelte di fondo in vista della fusione delle anagrafiche dei fornitori e dei clienti per arrivare ad un'effettiva unicità; per quanto riguarda invece le anagrafiche degli articoli si è optato per il loro affiancamento, per quindi ottenere la somma delle anagrafiche più che la loro fusione, non essendo stato possibile in tempi rapidi a gestire un simile processo. La centralizzazione preventiva delle infrastrutture ICT era già in corso, il che è stato estremamente utile, per poi poter procedere rapidamente in tre step:

- Inizialmente erano presenti tre sistemi informativi amministrativo-contabili in tre sedi diverse
- In un secondo momento i tre sistemi invariati sono stati fisicamente centralizzati
- Infine è stato integrato il sistema informativo unificato

Nel momento della migrazione dei dati, fase estremamente critica, avere già i sistemi informativi amministrativo-contabili ed i loro contenuti fisicamente nello stesso luogo ha fatto davvero la differenza; inoltre nell'esperienza trevigiana si erano già affrontati e risolti precedentemente tutti i problemi di connettività, accesso alla piattaforma e di prestazioni.

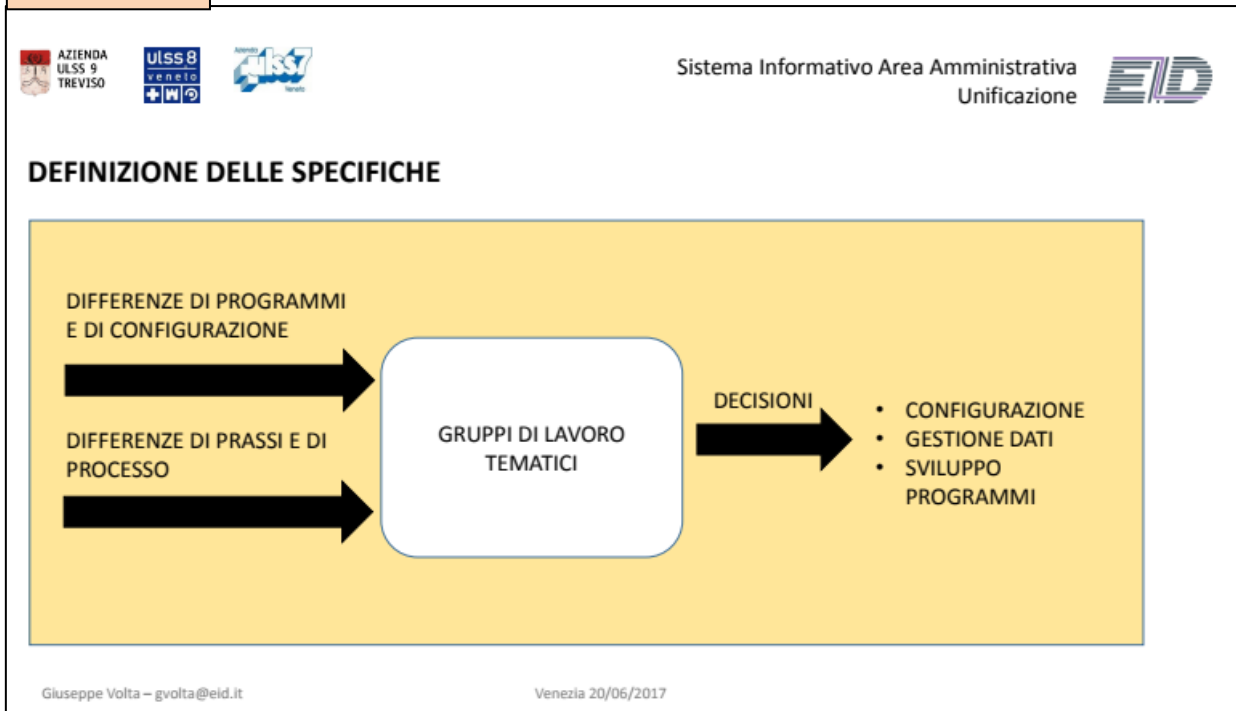
Per la parte invece dei processi non si è potuto lavorare in maniera altamente strutturata, a causa dei tempi ristretti: le tre Aziende utilizzavano modelli di processo diversi e per identificarne le differenze operative sono state sfruttate le differenze software come spie di probabili differenze tra processi, e quindi anche come punto di partenza.

Come riassunto in **Immagine.7**, una volta innescati i tavoli, la discussione tra gli attori interessati è partita ed è riuscita ad evidenziare le differenze di processo, un lavoro sicuramente propedeutico anche in vista di un eventuale futuro accentramento regionale.

Inizialmente sono stati attivati tre macro tavoli di lavoro: SEF, ordini e farmacia; successivamente ne sono stati aperti anche degli altri su ulteriori attività di dettaglio (e.g. contratti, cespiti, codifica articoli, ecc.).

Rispetto al tema dell'omogeneizzazione dei processi è stato adottato un approccio flessibile: c'era ovviamente un mandato forte della direzione di omogeneizzare, tuttavia in alcuni pochi casi la scelta è stata quella di continuare a far convivere processi diversi dove ciò si è valutato più utile di una reimpostazione dei processi altrimenti troppo complicata.

## Immagine.7



Fonte: Giuseppe Volta, Amministratore delegato EID Nav-lab specialisti in Microsoft ERP software Dynamics NAV (Navision). Presentazione Open Day Ca' Foscari 20-21 giugno 2017

Ad esempio il processo di liquidazione aveva in due delle tre Aziende Sanitarie un numero di passi diverso: in un'Azienda era più accentrato nella ragioneria, con un passaggio solo tecnico negli altri uffici periferici, nell'altra invece la vidimazione avveniva nell'ufficio periferico e la ragioneria si occupava solo del pagamento di ciò che era già stato liquidato; era un fatto che coinvolgeva molti utenti in tutta l'Azienda, quindi siccome a livello software è riuscita una configurazione tale che l'utente del distretto 8 riuscisse a mantenere il proprio iter, così come quello del distretto 7 e 9 – seppur diverso – e comunque infine si giungeva alla liquidazione e al pagamento, è stato abbandonato l'obiettivo dell'omogeneizzazione, per partire al 01/01/2017 con entrambi gli iter.

Per quanto riguarda il tema centrale dell'omogeneizzazione delle codifiche (dei conti, degli articoli, dei fornitori, ecc.) e della conseguente integrazione delle anagrafiche, acquista rilievo il lavoro che è stato fatto dietro, che comunque si è trattato di un lavoro incompleto già nella piccola realtà di circa nove mila dipendenti delle tre ex Azienda ULSS (nuova ULSS 2 Marca Trevigiana) in quanto non si è riuscito a portare a termine la discussione su tutto il tema delle anagrafiche.

Il tavolo sui meccanismi di codifica resta dunque tuttora un'attività ancora aperta, nell'Azienda Sanitaria stanno ancora lavorando utilizzando i vecchi codici e l'impostazione unificata è ancora in discussione.

Si è deciso allora di adottare un approccio ibrido, in qualche caso abbiamo sì e anche riusciti a completare proprio il lavoro di unificazione e centralizzazione, transcodifica dal vecchio al nuovo, in altri casi invece si è

rimasti agganciati alle anagrafiche preesistenti.

Collegato al problema della codifica, in particolare per quanto riguarda gli articoli, è da tenere presente il concetto dei consumi storici, specialmente i prezzi storici, perché in molti casi l'attività è legata proprio al fatto di vedere in tempo reale il dato ad esempio del mese scorso, oppure il dato dei dodici mesi precedenti.

Su questo fronte i cambi di codifica possono risultare devastanti, nel senso che in ogni caso i processi possono continuare a regime, ma si perderebbe tutto il progresso, partendo da una situazione "zero"; oltre al fatto di andare ad inficiare l'interoperabilità in modo consistente.

È infatti da sottolineare che il sistema informativo amministrativo conta già oggi un numero di connessioni con altri sistemi software nell'ordine delle decine, ciò significa almeno una decina di interfacce diverse e che andare a sostituirlo comporta poi il ripristino di tutte queste connessioni, altrimenti si rischierebbe un pesante passo indietro rispetto all'attività precedente.

Questo è sicuramente un argomento che va a favore della soluzione definita federata, facendo altrimenti non stupirebbe l'espedito di restringere il perimetro della soluzione accentrata. Nell'ottica di una soluzione federata e nell'obiettivo di ottenere dei risultati rapidi, bisogna tenere conto delle risorse che già ci sono disponibili, come la fattura elettronica PA, che già è una standardizzazione per la quale lo Stato ha fatto un buon lavoro impiegando risorse consistenti, ci fornisce tante informazioni a livello amministrativo, è sicuramente la base di partenza da cui possiamo ottenere dei risultati rapidi.

L'altro tema è quello dei pagamenti: è ormai assodato il fatto che trattandosi di una fase finale del ciclo, si presta ad essere gestita senza un impatto sulle fasi precedenti.

Come considerazione generale sull'intero lavoro portato avanti dalla Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, lo sviluppo graduale permesso dalla soluzione federata si è rivelato quello più praticabile: riprendendo concetti già nominati, con sistemi di questa complessità, scegliendo un percorso che permetta una certa scalabilità e una certa gradualità nell'attivare le fasi si possono raggiungere anche risultati immediati. Questo inoltre rappresenterebbe un percorso più sicuro per arrivare alla soluzione finale di lungo periodo con basi decisamente più solide e condivise.

## **2.4 Gli attori delle Istituzioni Nazionali – il MEF**

### **2.4.1 Il tema dell'*accountability*. Il Tavolo Adempimenti**

Parlando di sistema informativo contabile, dobbiamo rapportarci a molteplici stakeholders differenti. Fondamentali sono certamente i fornitori dei servizi informativi, ma non è da dimenticare un concetto altrettanto fondamentale, quello di *accountability*: *accountability* inteso non solo in termini tecnici, ma anche letteralmente come saper rendere conto di ciò che si fa.

In ambito sanitario vengono gestiti ingenti quantitativi di denaro pubblico e il “render conto” diventa cruciale.

In questo contesto bisognerà rendere conto ai vari stakeholders in quanto Azienda Zero sistema, primo fra tutti all’assessorato che è stakeholder politico e rappresentante dei cittadini, ma non solo: un altro stakeholder molto importante è chi fornisce gran parte del finanziamento, il MEF, a cui poi bisogna rendere conto come previsto dagli adempimenti necessari.

Tra questi riveste un’importanza ed un peso primari il “Tavolo Adempimenti”, che si occupa di verificare:

- Gli adempimenti attesi dalle Regioni e dalle Aziende Sanitarie: questi sono le rendicontazioni sulle attività che si fanno all’interno delle Regioni, capofila anche delle rispettive Aziende – il Tavolo della Ragioneria dello Stato non tratta quindi direttamente con le Aziende Sanitarie, ma con le Regioni responsabili del proprio sistema interno, tanto più in ambito sanitario dove l’organizzazione a livello locale è demandata in prevalenza alla gestione regionale.
- Che le Regioni abbiano rispettato tutti gli adempimenti previsti: all’esito positivo della verifica viene sbloccata una quota del finanziamento; il finanziamento viene erogato dallo Stato per le Regioni a Statuto ordinario, tranne per una piccola coda che varia a seconda che le Regioni siano o meno in piano di rientro o che lo siano state nell’ultimo biennio (la coda varia da un massimo del 3% ad un minimo dell’1%, resta in mano allo Stato ed è da esso utilizzata per spingere la Regioni ad effettuare tutti gli adempimenti).

#### 2.4.2 L’armonizzazione contabile

Vediamo più nel dettaglio un adempimento particolare, ma che riguarda tutto il sistema contabile delle Regioni e dei loro enti.

Il concetto di *armonizzazione contabile* sta alla base dei percorsi attuativi per poi arrivare alla certificazione del bilancio, del percorso di certificabilità che ha l’obiettivo di certificare i dati di ogni ente del Sistema Sanitario Regionale, della Regione stessa e del bilancio consolidato.

Il percorso dell’armonizzazione contabile nasce dalla considerazione che vi erano diverse criticità:

- Il passaggio nel 1992 del sistema contabile sanitario **dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale**, anche se poi è stato applicato in maniera molto difforme da Regione a Regione e solo nel 2000 tutte le Regioni hanno adottato (almeno sulla carta) per gli enti del proprio SSR la contabilità economico-patrimoniale. È seguito poi un lungo periodo di rodaggio che continua ancora oggi, pur avendo ormai una struttura comunque molto consolidata a livello nazionale sulla quale poter basare le analisi della Ragioneria dello Stato in maniera abbastanza esaustiva. Le criticità riguardavano fondamentalmente il fatto che venissero impiegate due basi contabili diverse: la Regione in regime di contabilità finanziaria e il settore sanitario – che poi assorbe circa

l'80% del finanziamento alla Regione – in contabilità economica-patrimoniale; c'era la necessità di conciliare al meglio queste due fasi contabili.

- Il fatto che dall'introduzione della nuova contabilità, tutte le Regioni si fossero dotate di **diverse norme contabili**, creando dunque una notevole differenziazione a macchia di leopardo, non solo a livello di Regione, ma addirittura a livello di singola Azienda Sanitaria: all'interno di una stessa Regione potevano esserci Aziende che utilizzavano prassi contabili differenti.

Partendo da queste criticità iniziali, conseguiva la necessità di un sistema omogeneo, soprattutto in un contesto in cui c'è una forte devoluzione, anche finanziaria, alle Regioni per quanto riguarda la gestione della sanità. Da ciò deriva l'importanza della rendicontazione, il rendere conto dell'attendibilità del dato, per poterlo poi anche confrontare fra Regione e Regione, proprio perché riguarda la gestione di un finanziamento consistente, che a livello nazionale oggi vale circa 113 miliardi di euro<sup>12</sup>. Quindi viene riconosciuta la necessità di rendere conto di quella che era la complessiva sostenibilità del sistema, oltre allo stato di salute economico-patrimoniale e finanziario dei servizi sanitari regionali e nazionale; naturalmente anche l'UE ci ha spinto molto verso l'adeguamento ad un sistema di tipo armonizzato, sia dal lato della sanità che da quello delle Regioni.

A questo punto, spinta anche da regole europee, tutta la PA si stava muovendo verso un'armonizzazione, che ha portato oggi ad avere un'attendibilità del dato, accertato e certificato attraverso procedure amministrativo-contabili, che diventa quindi confrontabile tra le diverse Regioni sia quantitativamente che qualitativamente.

**Le finalità** sono evidentemente quelle di garantire omogeneità tra i sistemi, migliorarne la qualità e la trasparenza attraverso la rendicontazione di quello che si sta portando avanti, di come si sta sviluppando la spesa nel territorio e migliorare la rappresentazione anche della rendicontazione al sistema centrale.

Un punto di partenza importante era quello di garantire la regola contabile a livello europeo per il consolidamento dei bilanci nazionali: quando il MEF rendiconta in ISTAT la spesa sanitaria totale, l'ISTAT la classifica a livello europeo secondo delle procedure definite – ad oggi è in vigore il set del 2010 (sono delle classificazioni contabili per rendicontare all'EUROSTAT) – per essere quindi in grado di dire qual è il livello della spesa del Paese Italia, che consolida con tutta la PA. Tutto ciò veniva favorito da una legge di contabilità relativa all'esercizio 2009 – ad oggi sostituita dalla legge di bilancio – e la l. 42/2009 che apriva verso il federalismo fiscale.

Un'applicazione importante della legge 42/2009 è stato il d.lgs. 118/2011, in cui venivano presentati i tre nuovi cardini:

---

<sup>12</sup> Fonte: dott.ssa Federica Pilla, relatrice del MEF, presentazione "L'armonizzazione contabile e il Percorso Attuativo della Certificabilità", Open Day 20-21 giugno 2017 presso Università Ca' Foscari di Venezia

- L'armonizzazione
- La valutazione straordinaria dell'esistente
- La certificabilità

#### 2.4.3. La certificazione del dato contabile

La prima cosa che era necessario fare per poter arrivare alla certificazione del dato era avere un sistema di regole contabili comune a tutte le Regioni: il d.lgs. 118/2011 si rivolge nel Titolo II specificatamente all'ambito sanitario, facendo riferimento alle peculiarità derogatorie al Codice Civile nella compilazione dei bilanci, esplicitando le caratteristiche proprie dei bilanci del sistema sanitario; gli altri Titoli vengono dedicati agli altri bilanci regionali. Solo l'ambito sanitario presentava delle caratteristiche specifiche che dovevano essere separate dalle altre materie, ma rese uniformi per tutte le Regioni.

Questo sistema ha iniziato a rendere conciliabili le varie parti del bilancio sanitario regionale: il d.lgs. 118/2011 non si rivolge solo alle Aziende Sanitarie, ma a tutti gli enti, Regione inclusa per la parte che gestisce il bilancio regionale e il finanziamento; nel momento in cui la Regione decide di gestire a livello centrale una quota del finanziamento sanitario, una parte del bilancio regionale viene poi gestita in contabilità economico-patrimoniale – questa gestione rientra appunto nelle funzioni di GSA: la maggior parte delle Regioni italiane, possiede una GSA perché gestiscono una parte di finanziamento in contabilità economico-patrimoniale. La GSA è quindi all'interno del bilancio regionale, ma è un altro tipo di contabilità, dunque era difficile conciliare questi due diversi sistemi contabili coesistenti.

**L'obiettivo** principe era garantire una perimetrazione di tutto quello che è finanziamento della sanità, innanzitutto per sapere dove sono le risorse che lo Stato eroga alle Regioni per la gestione della sanità, dunque tutta la spesa sanitaria pubblica; il problema era che spesso, essendoci una commistione tra contabilità finanziaria e quella delle ASL, e non essendo queste distinte all'interno del bilancio regionale, le Regioni sottraessero una parte del finanziamento sanitario per destinarlo ad altri settori della pubblica amministrazione, rendendo così necessari pesanti interventi da parte del livello centrale per ripristinare la situazione. Per ovviare al problema, si è deciso dunque di perimetrare tutto quello che è ricompreso sotto la sanità e le risorse che vi sono impiegate, il finanziamento della sanità deve essere seguibile e rintracciabile in qualsiasi momento.

#### 2.4.4 La valutazione straordinaria delle procedure esistenti

Un altro aspetto importante del d.lgs. 118/2011 è stato quello di definire degli schemi comuni di bilancio e un piano dei conti, sempre con l'obiettivo a tendere di avere omogeneità del dato contabile; questo perché si mirava ad ottenere un percorso che temporalmente era già stato pensato prima del d.lgs. 118/2011 con il Patto per la Salute del dicembre del 2009; già in quel Patto, un'intesa tra le Regioni, queste si impegnavano a garantire delle procedure amministrativo-contabili che potessero portare ad una attendibilità del dato. Questo sempre in vista di avere dei bilanci certificati, dove per certificabilità si intendeva l'applicazione di

regolamenti e procedure che permettessero in ogni momento alla società di revisione di arrivare nell'Azienda Sanitaria e poterla certificare: avere una solida base contabile per la quale un soggetto esterno entra in Azienda e la può certificare come una società privata.

Le Regioni, per arrivare a questo step (tenendo sempre conto che ancora ad oggi non tutte le Regioni restano sempre fedeli all'applicazione dei principi comuni contabili, restano difficoltà nell'ottenere dei bilanci perfettamente attendibili in alcuni posti) dovevano effettuare prima di tutto una valutazione dell'esistente per poi arrivare ad un percorso di certificabilità: già il Patto per la Salute prevedeva l'esecuzione di una valutazione straordinaria di quelle che erano le procedure esistenti nelle aziende pubbliche, intesa in tutto e per tutto come adempimento e considerata dallo Stato di grande importanza; tutto l'anno 2013 è stato quindi dedicato alla valutazione straordinaria delle procedure interne alle singole aziende, rendicontate poi allo Stato centrale da parte delle Regioni.

Importante è che le Regioni in piano di rientro, che hanno maggiori difficoltà a garantire una solidità del dato, dovessero effettuare delle verifiche ancora più stringenti: l'obiettivo era quindi porre l'attenzione sulla qualità delle procedure interne, per poi compilare il conto economico e lo stato patrimoniale che poi devono coincidere con i modelli ministeriali di verifica: quando si va a verificare la spesa dal Ministero, i dati devono coincidere.

Ci sono stati poi una serie di decreti attuativi, come il d.m. del 17/09/2012, che ha dato degli schemi contabili con un conto economico (CE) e uno stato patrimoniale (SP) corrispondenti a quelli considerati dal d.lgs. 118/2011, dato che i modelli preesistenti non permettevano una corretta corrispondenza con le nuove norme contabili che erano state decise con il nuovo d.lgs. 118/2011.

Inoltre il d.m. presenta una parziale casistica applicativa delle fattispecie disciplinate dal 118, in particolare le peculiarità del settore sanitario (e.g. la gestione degli ammortamenti sterilizzati con contributi che provengono dall'esterno) al fine di rendere uniforme attraverso le esemplificazioni il trattamento contabile di alcune poste, per renderne uguale il trattamento in tutte le Regioni. Quando lo Stato va a verificare, si aspetta che il bilancio sia stato redatto secondo le regole date.

#### 2.4.5 Il percorso attuativo della certificabilità – PAC

Con il d.m. 17/09/2012 si è poi introdotto anche quello che è il percorso attuativo della certificabilità cioè portare le Aziende Sanitarie, attraverso una previsione completa delle procedure amministrativo-contabili, ad avere un dato attendibile, quella che è la loro spesa e che influenza vi ha avuto il finanziamento centrale.

Il successivo d.m. del 01/03/2013 ha poi definito come dovevano essere predisposti questi percorsi attuativi della certificabilità – PAC di cui sono responsabili le Regioni: i dati che arrivano allo Stato centrale sono quelli della rendicontazione da parte delle Regioni, responsabili dell'applicazione di questo percorso nelle Aziende del territorio. Con il d.m. del 2013 vengono rivisti quindi gli schemi di bilancio che erano allegati al d.lgs. 118/2011.

La definizione dei PAC è avvenuta quindi nel 2013 e le Regioni hanno iniziato poi a compilarli, molte facendosi affiancare nella stesura dei PAC dalla Ragioneria statale: diverse Regioni si sono rivolte man mano che dovevano portare a compimento la stesura del PAC al Tavolo tecnico il quale valutava comunque la bontà del PAC che veniva approvato sulla base delle risultanze di quella che era stata la valutazione straordinaria dell'esistente, per poi costruire un percorso ad hoc in base a quella che era la situazione contingente.

Ciò ha portato a PAC differenziati da Regione a Regione a seconda appunto di quello che era il livello di partenza della Regione.

Nonostante i PAC differenziati, ci sono comunque dei requisiti comuni a cui devono sottostare tutte le Regioni:

- Il PAC è distinto per cicli: ci sono dei requisiti comuni come il pareggio del bilancio, gli elementi del ciclo attivo, del ciclo passivo e del patrimonio netto, differenziati per aree (area crediti, area rimanenze, area immobilizzazioni, area patrimonio netto, gli addebiti); ogni parte del bilancio ha degli obiettivi specifici – 53 quelli previsti dal d.m. del 2013, che la Regione può decidere di integrare, di tararli sulle singole aziende, di dare obiettivi di scadenza differenziati da azienda ad azienda;
- La durata massima del PAC: è fissata a trentasei mesi dall'approvazione, salvo mutamenti che possono intervenire in base allo stato di implementazione del PAC, in quanto c'è la possibilità che le scadenze vengano riprogrammate.
- Il livello di implementazione su cui è tarato il PAC: questi sono la GSA, il livello regionale, il livello degli Enti del SSR ed infine il consolidato, quindi deve pure dettare quelle che sono le procedure di consolidamento; anche quest'ultime differivano da Regione a Regione, non erano sempre ben chiare quando si arrivava a verifica.

Alcuni PAC ad esempio sono focalizzati su problematiche come:

- a. la verifica dell'adeguatezza della regolamentazione contabile interna e della sua conformità alle norme regionali e nazionali;
- b. la verifica dell'adeguatezza del sistema di controllo interno a garantire la qualità del dato per quanto riguarda attendibilità e verificabilità;
- c. l'aggiornamento continuo dei software, se sono adeguati a rendicontare, se sono uniformi tra le varie Aziende all'interno della Regione.

#### 2.4.6 L'approvazione del PAC

Una possibilità già prevista nel dm del 17/09/2012 è quella di sottoporre alcune aree di bilancio a delle revisioni limitate, cioè a delle verifiche su singole aree che sono ritenute più critiche, e.g. alle Regioni in

piano di rientro che non lo prevedevano è stato chiesto di effettuare delle revisioni limitate su alcune aree da parte del tavolo tecnico. La maggior parte delle Regioni si avvale dei collegi sindacali in un primo momento per effettuare le revisioni limitate nelle loro Aziende.

Il PAC viene approvato dal tavolo tecnico e viene poi verificato in maniera differenziata: nelle Regioni in piano di rientro le verifiche sono demandate congiuntamente ai due tavoli, il Tavolo Adempimenti (MEF) e al Comitato LEA (Ministero della Salute); per le Regioni non in piano di rientro, invece, l'approvazione e le verifiche del PAC sono demandate esclusivamente al Tavolo Adempimenti che si occupa di monitorare anche tutta la spesa.

Ciò che arriva al Tavolo per la verifica è una relazione periodica richiesta dal dm del marzo 2013 viene descritto come deve essere compilata questa relazione e come deve essere rendicontata l'attuazione del PAC da parte del tavolo tecnico: il livello di implementazione, a che punto è lo sviluppo del PAC stesso, le criticità, come si sta proseguendo nel lavoro del PAC, se è necessario riprogrammare le azioni all'interno dell'obiettivo o l'obiettivo stesso. La Regione resta responsabile delle dichiarazioni, dell'onestà sullo stato di attuazione e sviluppo del PAC e sulla necessità di rivederne o meno alcune parti.

In ogni caso il PAC ha sempre bisogno dell'approvazione del Tavolo per poter partire con il decorso di trentasei mesi: bisogna scrivere gli esiti delle previsioni indicate, se i collegi sindacali hanno evidenziato delle criticità nel bilancio o in singole aree, dunque la relazione deve essere abbastanza dettagliata per permettere al livello centrale di comprendere dove sta andando il sistema, come si sta muovendo, a che punto è.

- Le Regioni inviano al Tavolo Adempimenti una griglia allegata alla relazione, nella quale sono descritti tutti i propri obiettivi del PAC, le azioni competenza degli enti, le scadenze e il livello di raggiungimento delle scadenze, per le Aziende Sanitarie, per il consolidato, per la GSA.
- Il livello centrale può così conoscere del grado di evoluzione, tanto più che nella relazione si richiede che venga dato conto delle singole aziende, in modo che possano emergere quelle che presentano particolari difficoltà. Inoltre, così facendo il livello centrale sa come sono differenziati i livelli di implementazione di questo percorso all'interno della Regione e come questa gestisce, come si sta muovendo per risolvere le criticità – spesso il Tavolo dà delle raccomandazioni su singole aree che hanno rappresentato delle particolari criticità. All'interno della Regione è dunque presente un responsabile del PAC che ha il compito di rendicontare al Governo centrale e che è responsabile dell'evoluzione dello stesso.

Oggi abbiamo una situazione differenziata: per tutte le Regioni, anche quelle in piano di rientro, i PAC sono stati approvati nel 2014, nonostante necessitassero di modifiche segnalate dal Tavolo degli Adempimenti, recepite dalle Regioni che hanno approvato il nuovo PAC, e da allora è partito tutto il percorso. Man mano le Regioni hanno evidenziato al MEF le criticità riscontrate in merito all'applicazione di questo percorso

nelle loro aziende.

Alla situazione attuale, molte Regioni hanno redatto dei manuali di contabilità, di regolamentazione contabile negli enti per compilare il consolidato: questi vengono mantenuti nel tempo, ma il lavoro non è finito qui, i manuali di contabilità devono poi essere continuamente aggiornati.

Le Regioni hanno potuto apprendere della gestione del software, delle revisioni limitate che poi hanno eseguito su alcune aree di bilancio, sono comunque abbastanza avanti nella realizzazione del percorso attuativo della certificabilità.

Nonostante i risultati soddisfacenti, quello che viene restituito al livello centrale è che comunque l'operazione non è conclusa, il percorso è ancora da terminare, ma anche che sostanzialmente questo prosegua più o meno come si era delineato all'inizio, salvo per alcune azioni le cui scadenze hanno dovuto essere riprogrammate.

Un ulteriore aspetto importante da ricordare è che le Regioni non in piano di rientro che sono state interessate da profonde riprogettazioni dell'assetto istituzionale del proprio Sistema Sanitario Regionale, hanno riprogrammato tutte le azioni e tutti gli obiettivi, e.g. Regione Toscana e Regione Lombardia, la stessa Regione Veneto, hanno riformato i loro SSR, pertanto hanno dovuto rivedere tutti i PAC in quanto ne sono cambiati i destinatari.

Per le altre Regioni sempre non coinvolte nel piano di rientro, dunque, il PAC prosegue sostanzialmente in maniera lineare con delle criticità evidenziate dalle Regioni stesse su alcune aree di determinati enti, ma che riescono a gestire; le Regioni che invece hanno riprogrammato stanno proprio riprogrammando in toto il PAC, quindi le scadenze verranno prorogate oltre il 2017.

Per quanto riguarda le Regioni in piano di rientro, la situazione è ben diversa: queste Regioni hanno accumulato un ritardo dal punto di vista amministrativo contabile, c'è un ritardo nelle azioni: si consideri che tutti i percorsi attuativi della certificabilità vengono collocati all'interno del piano di rientro, dunque sono degli obiettivi che le Regioni devono raggiungere con attenzione particolare.

Molte di queste Regioni hanno riadottato il PAC dopo l'approvazione da parte del Tavolo degli Adempimenti perché non avevano raggiunto gli obiettivi, pur evidenziando nelle loro relazioni la consapevolezza, sia a livello di ente che regionale, di non aver ancora raggiunto un livello atto a dirsi certificabile, dunque hanno dovuto riprogrammare tutte le azioni.

Questa è un po' una panoramica a livello nazionale, ricordasi che tutto il procedimento in causa è un adempimento, per alcune Regioni addirittura è un doppio adempimento in quanto ricollegato agli obiettivi del piano di rientro, a cui sono pure collegate sanzioni anche importanti in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi. E quindi è un obiettivo sul quale lo Stato centrale pone molta attenzione nel seguirne lo svolgimento.

Alla fine dovranno essere previsti dei decreti che fissino regole su come si debba fare la certificazione effettiva dei bilanci da parte del revisore contabile, quando questi saranno pronti per essere certificati. Ciò

che oggi emerge dal Tavolo di verifica è che i dati contabili che vi vengono rilasciati dagli enti, sono ad un livello di attendibilità sicuramente maggiore rispetto al passato. Sempre considerando livelli di implementazione differenti, anche nelle Regioni più indietro, oggi si ha una ragionevole certezza del dato contabile registrato che viene restituito.

Per quanto riguarda nello specifico Regione Veneto, questa è sempre puntuale nel fornire al Tavolo adempimenti la relazione sullo stato dell'arte, e quello che poi possiamo ricavarne è che, fatte salve alcune riprogrammazioni, il PAC sta procedendo, vi viene dedicata l'attenzione necessaria.

C'è però anche da dire che il Veneto è una di quelle Regioni che ha visto modificarsi la struttura del proprio SSR attraverso una riforma e quindi ad oggi tutte le azioni previste dal PAC che riguardano la componente della GSA, di fatto con il cambiamento di modello diventano inapplicabili.

Con la riforma, la GSA in Veneto è sostanzialmente sparita, per farne confluire le competenze e le azioni in Azienda Zero; inoltre, sono intervenute corpose modifiche degli di integrazione relazionali tra Regione, Azienda Zero e Aziende Sanitarie, che hanno portato ad ulteriori riprogrammazioni.

Questo ci conduce al secondo elemento da sottolineare, ossia la parallela instaurazione di un dialogo in sede di revisione di bilancio tra il collegio sindacale e le società di revisione, in cui, all'interno dei processi amministrativo-contabili, sono stati coinvolti anche gli internal auditors, e quindi bisognerà delineare i ruoli di questi nuovi soggetti partecipanti, su spinta delle future indicazioni del Ministero – di fatto è compito del MEF declinare i ruoli e le relazioni di responsabilità interconnesse tra i diversi attori pubblici e privati che vi partecipano.

## **2.5 Le esperienze di integrazione ed omogeneizzazione dei sistemi informativi amministrativo-contabili al di fuori della Regione del Veneto.**

### **2.5.1 REGIONE LAZIO E CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA**

Un'altra situazione di profondo cambiamento è quella affrontata dalle Aziende Sanitarie della Città Metropolitana di Roma. Come Regione Veneto, in risposta ai dettami del d.lgs. 118 del 2011, anche le Aziende Sanitarie romane sono state interessate da processi di accorpamento ed integrazione che ne hanno mutato la conformazione.

Per gestire la riforma è stato nominato un commissario ad acta, responsabile dell'emanazione di tutti gli atti e le attività inerenti al progetto.

Il primo passo è stata l'emanazione della L.R. del 31 dicembre 2015 n. 17 il cui contenuto verteva in materia di riorganizzazione del SSR: in particolare prevedeva una riorganizzazione e accorpamento delle AA.SS.LL, oltre ad un accentramento delle funzioni amministrative di supporto, il tutto da stabilizzarsi attraverso l'adozione di un provvedimento entro il mese di dicembre 2018.

Analogamente dunque a ciò che sta vivendo oggi il SSR Veneto, già a Roma ci si indirizzava verso processi di accentramento delle funzioni amministrative, ufficializzati nelle varie fasi attraverso un documento programmatico chiamato “Programma Operativo 2016-2018” adottato con decreto del commissario ad acta – DCA n. U00052 del 2017.

Uno degli obiettivi principali dall’accentramento era appunto il “*miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni*”<sup>13</sup>, al fine di incrementare l’efficacia delle attività di programmazione e controllo economico-finanziario della Regione Lazio nei confronti delle Aziende Sanitarie Pubbliche.

Allo scopo dell’adeguamento ai principi del d.lgs. 118/2011, il Programma Operativo prevedeva quindi l’introduzione di un sistema informativo amministrativo-contabile unico regionale, il quale avrebbe presupposto la standardizzazione dei processi e una rapida definizione di criteri omogenei per la redazione dei documenti contabili sia annui che intermedi. Nell’intenzione di adottare un sistema informativo centralizzato si prevedeva conseguentemente una nuova ed uniforme applicazione dei criteri per la tenuta della contabilità analitica, oltre alla predisposizione da parte di ogni Azienda Sanitaria di regolamenti condivisi relativi ai cicli attivo e passivo dei bilanci.

Altro punto non secondario era la necessità di una chiara identificazione dei ruoli e delle responsabilità all’interno della Aziende Sanitarie anche al fine di efficientarne il sistema dei controlli interni.

Il programma operativo riporta dunque in maniera schematica tutta una serie di azioni che il decisore ha ritenuto strumentali al conseguimento di questi obiettivi. Per l’attivazione del sistema informativo amministrativo-contabile unico si richiedeva entro il mese di febbraio 2017 la stesura di un report contenente una ricognizione sull’esistente, sui sistemi che erano al momento in uso presso le Aziende Sanitarie, per rilevarne le criticità e le potenzialità in funzione della definizione di un GANTT per la successiva implementazione del sistema unico.

Per quanto riguarda l’omogeneizzazione del sistema regionale di contabilità analitica, già nel 2014 si era avviata una mappatura sullo stato dell’arte dei regimi di contabilità analitica in uso nelle Aziende Sanitarie, la quale aveva evidenziato l’insufficiente sviluppo dei sistemi. Per sopperire alle mancanze, la Regione ha spinto dunque per l’organizzazione di gruppi di lavoro tematici, è stato attivato un forum per mantenere in contatto ed incentivare la condivisione tra gli addetti ai lavori; inoltre di grande importanza è stata la redazione di un nuovo piano dei centri di responsabilità regionale aggiornato e coerente con i piani individuati dalle singole Aziende Sanitarie attraverso l’adozione degli Atti Aziendali.

In un’ottica di breve periodo, al fine di ottenere già i primi risultati previsti dal Programma Operativo, Regione Lazio ha optato per l’implementazione di un primo sistema *middleware* di interfacciamento dei sistemi amministrativi contabili delle singole Aziende Sanitarie, per poi procedere in un range temporale di

---

<sup>13</sup> DCA n. U00052 del 22 febbraio 2017, cap. 2 – “Miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni”, pc. 35

più ampio respiro con l'adozione di un sistema amministrativo contabile unico regionale che colleghi tra loro le contabilità delle singole Aziende Sanitarie in una logica multi-azienda Regione – AASSLL, AAOO, IRCSS.

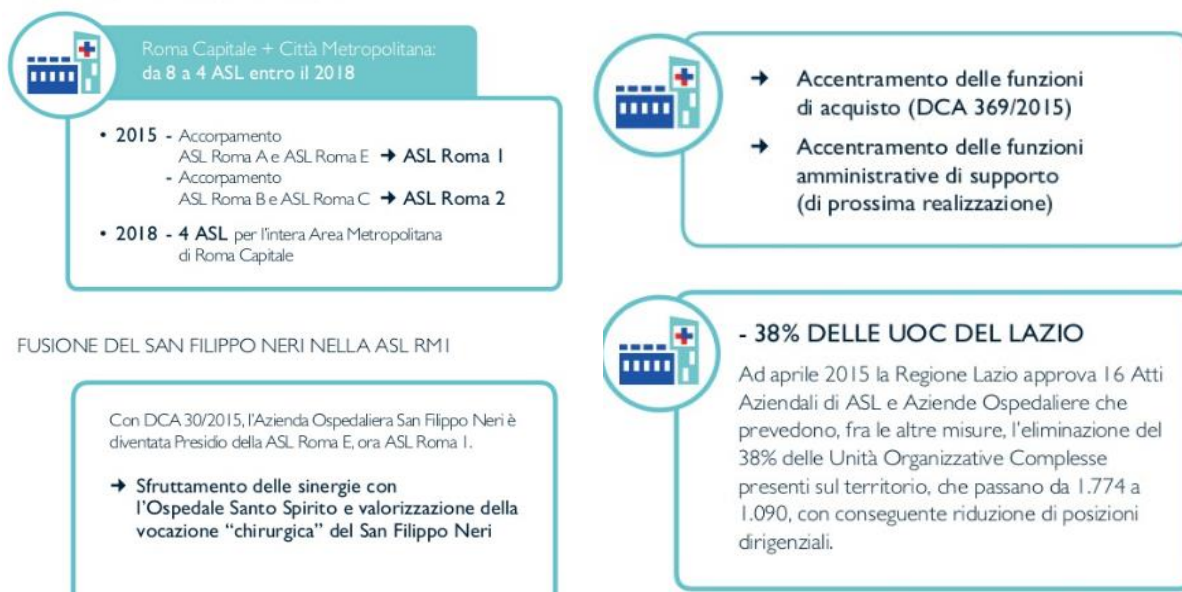
Come visto precedentemente, al fine di una buona integrazione tra i diversi sistemi informativi, anche Regione Lazio ha dato centralità al tema delle anagrafiche e della loro omogeneizzazione; in particolare ci si è concentrati sull'armonizzazione contabile delle anagrafiche, associandole univocamente alla contabilità generale di beni e servizi non/sanitati. Secondo il PO, entro la fine del 2017 è stata quindi prevista l'armonizzazione delle anagrafiche andando a coprire il 100% del valore dei beni sanitari, l'80% del valore dei servizi sanitari ed il 50% del valore sia dei beni che dei servizi non sanitari.

Tuttavia tali azioni non sarebbero state possibili (vedremo che anche Regione Veneto si è mossa in questa direzione) senza una precedente e chiara definizione di un piano standard dei centri di costo a livello regionale, sempre correlato al piano dei centri di costo di ogni Azienda Sanitaria. Dopo la definizione e la divulgazione del piano condiviso è stato inoltre predisposto un monitoraggio costante degli allineamenti con i piani individuati dalla Aziende per il sostegno dell'efficacia implementativa. La mappatura dei centri di costo è stata supportata dalla definizione di un format unico del conto economico per ogni unità operativa o reparto, standardizzando le voci di costo e ricavo da impiegare, oltre alla redazione di linee guida per la definizione delle logiche di ribaltamento dei costi comuni e dei costi indiretti per attribuzione alla singole unità operative.

In **Immagine.8** possiamo vedere sintetizzate le varie tappe in cui è stata implementata la nuova governance organizzativa delle ASL della Città Metropolitana di Roma.

### Immagine.8 – nuova governance per la ASL romane

#### NUOVA GOVERNANCE PER LE ASL



Fonte: [www.slideshare.net/RegioneLazio/programma-operativo-2016-2018](http://www.slideshare.net/RegioneLazio/programma-operativo-2016-2018)

## 2.5.2. REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Situazione leggermente diversa è invece quella che sta affrontando la Regione Emilia-Romagna.

Attualmente la Regione consta di quattordici Aziende Sanitarie (a cui aggiungere i due Irccs Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola, FC esterni alle Aziende Ospedaliere), ciascuna afferente a una delle tre Aree Vaste – Emilia nord (Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena), Emilia Centrale (Aziende sanitarie provincia di Bo e Ferrara) e Romagna cessata al 1° gennaio 2014 con la nascita dell'Azienda UsI della Romagna dalla fusione delle Aziende UsI di Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini – istituite al fine di incrementare l'efficienza e l'ottimizzazione dei servizi tecnico-logistici, sfruttando così la creazione di economie di scala, avendo a disposizione dei bacini d'utenza sovraziendali e quindi più ampi.

Per quanto riguarda i sistemi informativi amministrativo-contabili per la gestione informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna, presso le Aziende sanitarie erano però in uso circa quindici<sup>14</sup> applicativi differenti, forniti da una decina di aziende, come evidenziato in **Tabella.1** per l'aspetto riguardante la contabilità analitica delle singole Aziende.

| Tabella.1 –<br>applicativi in uso      | CONTABILITA' ANALITICA      |  |
|--|-----------------------------|--|
|  | NOME APPLICATIVO ATTUALE    | FORNITORE                              |
| Azienda USL di Piacenza                | Enco                        | GPI                                    |
| Azienda USL di Parma                   | EUSIS STATUS                | GPI                                    |
| Azienda USL di Reggio Emilia           | CGA                         | Data Processing                        |
| Azienda USL di Modena                  | Sistema Rages-R3            | CSIO srl                               |
| Azienda USL di Bologna                 | EUSIS STATUS                | GPI                                    |
| Azienda USL di Imola                   | Oliamm                      | ENGINEERING                            |
| Azienda Ospedaliera di Ferrara         | SAP ERP - SAP AG            | SAP ITALIA                             |
| Azienda USL ROMAGNA                    | Formula Planning            | Gruppo Formula                         |
| Azienda Ospedaliera di Parma           | C4H                         | DEDALUS                                |
| Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia   | CGA                         | Data Processing                        |
| Azienda Ospedaliera di Modena          | Musa                        | Igconsulting                           |
| Azienda Ospedaliera di Bologna         | CGS - Controllo di Gestione | Data Processing Spa (Gruppo Finmatica) |
| Azienda USL di Ferrara                 | EUSIS STATUS                | GPI                                    |
| Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna | CONAN                       | OSLO                                   |

Fonte: bando di gara Intercent-ER, Piattaforma GAAC Aziende Sanitarie - CIG: 6787418286  
[http://intercenter.regione.emilia-romagna.it/servizi-imprese/bandi-e-avvisi\\_new/bandi-chiusi/BANDO\\_GARA\\_PORTALE@218723](http://intercenter.regione.emilia-romagna.it/servizi-imprese/bandi-e-avvisi_new/bandi-chiusi/BANDO_GARA_PORTALE@218723)

<sup>14</sup> Fonte: "Procedura aperta per l'acquisizione di una piattaforma applicativa software e di servizi correlati per la gestione informatizzata dell'area amministrativa contabile (GAAC) delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna", allegato 4 – Capitolato Tecnico

L'interazione reciproca dei sistemi di gestione dell'Area Amministrativa Contabile delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna avveniva dunque mediante l'utilizzo di moduli di integrazione e/o di cooperazione applicativa.

Ispirandosi ai dettami del d.lgs. 118/2011 anche questa Regione si è adoperata per l'adozione di un sistema unico accentrato per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC), al fine di migliorare le capacità di programmazione e controllo degli organi decisionali, specialmente a livello regionale; oltre all'esigenza di supporto alle Aziende Sanitarie nelle attività relative al Percorso Attuativo della Certificabilità – PAC.

Questo è un elemento di differenza rispetto agli eventi veneti, in quanto la scelta emiliana è stata indirizzata fin da subito verso l'implementazione di un sistema unico accentrato piuttosto di un applicativo ad interfacce come può essere quello del fascicolo amministrativo contabile.

A questo scopo nel mese di luglio 2016 è stato organizzato a Bologna un dialogo tecnico con i fornitori dei sistemi informativi amministrativo-contabili e gli altri operatori economici interessati, all'interno del quale Intercent ER – Agenzia per lo sviluppo dei mercati telematici della Regione Emilia-Romagna ha illustrato le principali caratteristiche delle necessità e delle richieste portate dalla Regione.

Ai fornitori veniva demandato lo sviluppo con conseguente acquisizione da parte della Regione Emilia-Romagna di prodotti software correlati degli ulteriori servizi ad essi funzionali per la *“realizzazione di un sistema unitario per la Gestione informatizzata dell'Area Amministrativo-Contabile (GAAC) delle Aziende Sanitarie”*<sup>15</sup> regionali.

Il sistema GAAC avrebbe dovuto prevedere la gestione dei seguenti moduli:

1. Gestione anagrafica
2. Contabilità analitica
3. Gestione cespiti e inventario
4. Contabilità generale
5. Gestione magazzini e servizi
6. Gestione regionale dei dati
7. Integrazioni

Il mese successivo, con determinazione del Direttore dell'Agenzia Intercent-ER n. 211 del 30/08/2016, è stata indetta una procedura telematica aperta per l'acquisizione di una piattaforma applicativa software e di servizi correlati per la gestione informatizzata dell'area amministrativa contabile delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna, poi aggiudicata nel mese di marzo 2017 al Raggruppamento Temporaneo

---

<sup>15</sup> Fonte: bando di gara Intercent-ER, Piattaforma GAAC Aziende Sanitarie - CIG: 6787418286

d'Imprese – RTI costituito dalle aziende di differente specializzazione “Data Processing s.p.a.” – “GPI s.p.a.” – “KPMG ADVISORY s.p.a.”.

L'obiettivo regionale era dunque quello di uniformare le procedure di micro e macro-logistica così da poter essere in grado di ricorrere ad un unico fornitore per il GAAC; in tal modo il livello regionale avrebbe potuto ottimizzare ed incrementare la propria capacità di controllo attraverso lo sviluppo di attività centralizzate, in primis l'omogeneizzazione e l'accentramento della gestione delle anagrafiche.

La centralizzazione delle attività era finalizzata alla gestione da parte del livello regionale della contabilità analitica e generale, delle sezioni riguardanti il patrimonio, la logistica, oltre al pieno controllo sui piani e sui dati regionali; questa però non sarebbe potuta avvenire senza una presupposta definizione della logica e del modello di accentramento delle anagrafiche principali, con diversi gradi di dettaglio per i diversi livelli organizzativi.

Per quanto riguarda le tempistiche di implementazione, queste sono state organizzate per scaglioni, raggruppando le Aziende Sanitarie, tuttavia il sistema dovrà essere completamente operativo in tutte le Aziende a partire dal 1 gennaio 2019.

I primi collaudi ed implementazioni sono stati previsti per le AUSL di Bologna, AOSP di Bologna, IOR, AUSL Imola, AUSL di Ferrara e AOSP di Ferrara a partire dal 1 gennaio 2018; seguiranno poi dal 1 luglio 2018 l'AUSL della Romagna; infine l'AUSL Piacenza, AUSL Parma, AOSP Parma, AUSL Reggio Emilia, AOSP Reggio Emilia, AUSL Modena, AOSP Modena, GSA, la cui messa in esercizio è prevista per il 1 gennaio 2019.

Come si può riscontrare, ad una stessa questione – i dettami del d.lgs. 118/2011 – le diverse Regioni hanno risposto in maniere alternative, differenti seppur con qualche elemento di contatto.

Tra le due situazioni qui proposte la condizione romana potrebbe sembrare più vicina a quella veneta, sia per metodologia di analisi dei processi, sia per fasi delle operazioni stesse, ad esempio l'implementazione nel breve periodo di un middleware ad interfacce. Al contrario Regione Emilia-Romagna si è indirizzata fin da subito verso un'impostazione accentrata, coinvolgendo direttamente i fornitori IT in una gara per l'acquisizione del GAAC.



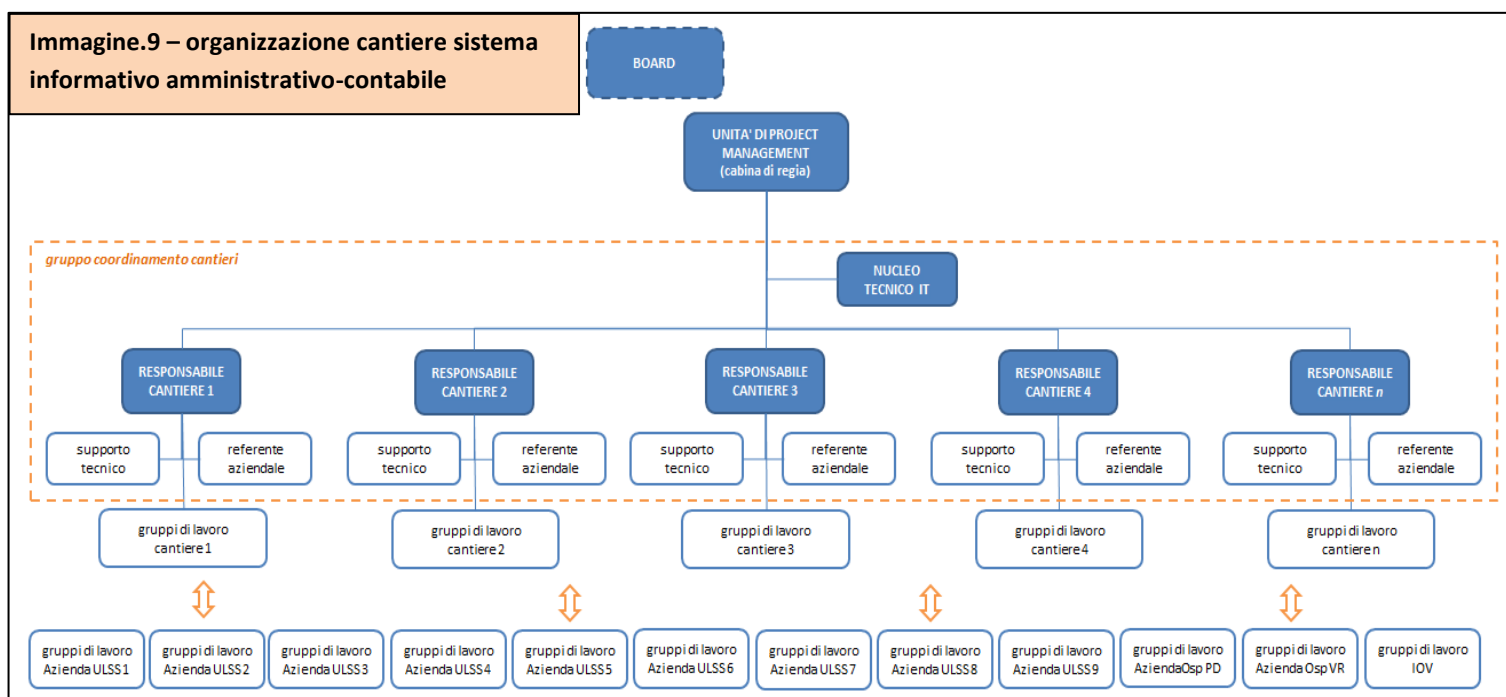
### 3 – LE PROBLEMATICHE ORGANIZZATIVE LEGATE AI PROCESSI

#### 3.1 Le prime fasi decisionali: la struttura organizzativa

L’Open Day svoltosi a Ca’ Foscari, di cui già si è accennato, è stato l’occasione per vedere raccolti in un unico luogo dei professionisti testimoni privilegiati della situazione attuale e dei potenziali risvolti imputabili ai cambiamenti in corso nella strutturazione del SSR Veneto.

Approfittando del favorevole clima di dialogo creatosi, durante la seconda giornata di Open Day sono stati individuati dei gruppi di lavoro – GdL specifici per materia, ai quali è stato affidato il mandato di definire preliminarmente il contesto operativo di riferimento.

La costituzione dei GdL era già stata definita all’interno della strutturazione più ampia per “cantieri” dalla DGR del 30 dicembre 2016 n. 2296 intitolata “Linee guida per la riorganizzazione dei processi e dei servizi tecnico-amministrativi secondo quanto previsto con L.R. 19/2016”, la quale per l’appunto prevedeva che “l’attività di analisi dei processi organizzativi [fosse] strutturata per “cantieri”, attivati dal commissario di Azienda Zero secondo gli indirizzi del board di progetto”<sup>16</sup>. Il “cantiere” oggetto di questa trattazione è quello riguardante il SIAC –Sistema Informativo Amministrativo Contabile, al cui interno vengono delineati un Gruppo di Coordinamento dei Gruppi di Lavoro e i cinque Gruppi di Lavoro stessi (definiti anche come “cantieri di processo” per distinguerli dai cantieri più alti tra cui è ricompreso anche il cantiere SIAC). In **Immagine.9** viene descritta l’organizzazione dei lavori secondo la DGR. 2296/2016, come ripresa dal Decreto del commissario di Azienda Zero del 29 dicembre 2017 n. 465.



Fonte: decreto del commissario di Azienda Zero del 29 dicembre 2017 n. 465 – “Il Project Management di Azienda Zero”

<sup>16</sup> Decreto del commissario di Azienda Zero del 11 agosto 2017 n. 182

Allegato al decreto 465 viene presentato anche l'elaborato redatto dai consulenti di Ca' Foscari in merito al Project Management di Azienda Zero, dove oltre al cantiere SIAC vengono individuati anche cantieri di lavoro inerenti ad ulteriori ambiti di analisi, come i **Pagamenti ex L. 210/1992 emotrasfusi**, **l'Autorizzazione all'esercizio**, il **Pagamento nidi e scuole dell'infanzia**, il **PAC revisioni contabili** e, in seguito a modifiche di progetto in itinere, il **Pagamento soggetti accreditati** (come si vedrà in seguito, quest'ultimo inizialmente era stato individuato come GdL1 del cantiere SIAC ma che ha acquistato dignità propria con il proseguire dei lavori), al momento non ricompresi nelle linee di attività ex decreto 369/2017.

### **3.2 Le attività dei Gruppi di Lavoro per l'individuazione dei processi attuali**

Relativamente ai gruppi di lavoro interni al cantiere SIAC costituiti durante le giornate di Open Day a Ca' Foscari, si è cercato di fornire delle indicazioni per le prime fasi delle discussioni interne, che sarebbero quindi state guidate da una griglia di lavoro comprendente:

- Il contesto di riferimento, quindi la descrizione degli elementi caratterizzanti il processo analizzato nella sua attualità;
- Gli obiettivi, una prima ipotesi di vision futura di gestione per il processo in oggetto in funzione dei nuovi sviluppi di integrazione dei sistemi informativi amministrativo-contabili delle Aziende Sanitarie;
- I benefici attesi dalla nuova possibile strutturazione dei processi, oltre all'individuazione di best practices replicabili;
- La rilevazione di ostacoli e criticità intrinseci al processo come limiti, requisiti minimi necessari o vincoli che devono essere tenuti presenti nello sviluppo del sistema;
- La definizione del processo di sviluppo futuro, esplicitandone eventuali fasi previste, attività necessarie, tempi, risorse da impiegare ed elementi di innovazione tecnologica e/o organizzativa attesi
- Lo sviluppo della futura soluzione IT da utilizzare, evidenziandone le caratteristiche tecniche, i requisiti e gli elementi innovativi che potrebbe portare a supporto del processo futuro analizzato dal GdL;
- Un'ipotesi di progettualità futura complessiva per declinare il progetto di integrazione dei sistemi informativi delle Aziende Sanitarie nei diversi ambiti di interesse dei gruppi di lavoro.

Inizialmente viene dunque definito l'"as-is" ossia presentare, attraverso gli addetti ai lavori intervenuti, il funzionamento della macchina contabile relativamente ai temi di ciascun gruppo di lavoro, come sta funzionando a livello regionale e all'interno delle aziende. Gli highlights dovevano andare al sodo, focalizzando quelli che sono i processi chiave.

Da sottolineare per l'appunto che il primo intervento a carico del sistema informativo amministrativo-

contabile è quello di verificare quali siano i processi fondamentali per poi andare ad indagare il sistema nel complesso.

La seconda parte incalzava con il “to be”, il che significa capire questi processi, dove vanno a posizionarsi in uno schema ideale, quali devono assolutamente rimanere a livello locale, e quali possono essere trasferiti completamente ad Azienda Zero nel ruolo di holding e quali invece sono i processi che di fatto sono comuni ai due.

Attenzione particolare da dedicarsi agli aspetti di criticità e ai benefici attesi dalle nuove ipotesi operative future.

Fatto questo ragionamento sul “to be”, il focus si sposta sulla parte tecnico informatica (riguardante più nello specifico i professionisti tecnici regionali ma anche i fornitori dei sistemi amministrativo-contabili), che dovrebbe iniziare a ragionare su quali potrebbero essere soluzioni in termini di IT che possono dare man forte al controllo e alla gestione di questi processi.

Aspetto finale ma sicuramente non di minor conto è quello riguardante le tempistiche della progettualità futura, in particolare i gruppi di lavoro avrebbero dovuto concentrarsi su due aspetti temporali:

- L'immediato: cos'è che dovrebbe funzionare dal 1 gennaio 2018
- E cosa invece ragionevolmente potrà/dovrà essere svolto entro un biennio.

Lo scopo dei gruppi di lavoro era dunque cercare di definire fin dalle prime battute, in maniera anche piuttosto consistente, l'“as-is” per formulare poi un “to be” abbastanza credibile, su cui poi andare a lavorare assieme alle squadre tecnologiche, Consorzio Arsenà.IT in primis, e poi con i fornitori IT partners per lo sviluppo del progetto.

I gruppi di lavoro come denominati in sede di Open Day sono quindi stati così individuati<sup>17</sup>:

1. Liquidazione e pagamento accreditati, con l'obiettivo di individuare e definire in un'ottica di efficacia ed efficienza il processo di pagamento centralizzato delle prestazioni sanitarie erogate dalla Strutture Private Accreditate;
2. Consolidamento contabilità e bilancio con l'obiettivo di individuare e sviluppare una soluzione di gestione del processo di consolidamento che permetta ad Azienda Zero di ottenere dati contabili attendibili ed omogenei da aggregare;
3. Contabilità analitica 1 – sviluppo anagrafiche, centri di responsabilità e unità organizzative: mappa delle strutture organizzative per la rilevazione di costi ed attività con l'obiettivo di individuare e sviluppare u sistema efficiente di gestione dei sistemi di reporting sulla contabilità analitica in merito allo sviluppo delle anagrafiche, dei centri di responsabilità e delle unità organizzative;

---

<sup>17</sup> Decreto del commissario di Azienda Zero del 11 agosto 2017 n. 182

4. Contabilità analitica 2 – reporting: consumi, personale, attività con l’obiettivo di individuare e sviluppare un sistema efficiente di gestione dei sistemi di reporting sulla contabilità analitica in merito all’area personale, consumi e attività;
5. Supply chain: logistica dei beni di consumo – materiali sanitari e non sanitari, con l’obiettivo di integrare la catena di approvvigionamento e logistica delle Aziende del SSR del Veneto omogeneizzando e ottimizzando i flussi fisici ed informativi.

Vediamo ora più nello specifico quanto è emerso in prima analisi.

### 3.2.1 GRUPPO 1 – LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO DEI PRIVATI ACCREDITATI

Portavoce: Katia Galiazzo, referente Azienda Zero

**Obiettivo:** individuare e sviluppare una soluzione futura di gestione delle strutture private accreditate, in funzione di nuove prospettive e integrazione dei sistemi informativi sanitari.

In realtà il processo è stato analizzato partendo dalla fine: la parte su cui bisogna iniziare a focalizzarsi è proprio la sua ultima fase, quella dei pagamenti, partendo dalla coda per poi risalire, ricostruire tutto il processo.

**Benefici attesi:** Perché centralizzazione dei pagamenti dei privati accreditati? Quali sono i benefici che Regione Veneto, Azienda Zero e le Aziende Sanitarie dovrebbero avere da questo sistema di accentramento dei pagamenti?

- Un’uniformità a livello regionale delle modalità dei tipi di pagamento, eliminando quindi eventuali oneri finanziari o costi dovuti a ritardi – pagamenti, addebiti di interesse, ecc.
- Potenziale sviluppo dell’uniformità dei tempi di pagamento, e quindi di liquidazione, portando tutte le aziende a rispettare gli stessi tempi, creando uno standard che possa essere esteso a tutte le Aziende ULSS venete, soprattutto a beneficio dei privati accreditati.
- Potenziale sviluppo di economie di scala a seguito dell’accentramento delle attività connesse alla gestione amministrativa-contabile nei rapporti con le strutture. Naturalmente qui consideriamo la fase finale del pagamento, ma in realtà le fasi che potrebbero essere eventualmente accentrate e gestite in modo univoco sono più di una.
- Potenziale obiettivo futuro di una gestione centralizzata della mobilità sanitaria dai privati, tenendo conto che si tratta comunque di una potenzialità a lungo termine, non immediata
- Potenziale standardizzazione dei controlli con un maggiore livello di automazione – se tra i benefici attesi abbiamo quello di portare i diversi tempi di pagamento ad un livello di uniformità regionale, il vero nodo su cui ragionare è il controllo e la liquidazione delle fatture, non tanto la fase del pagamento; tuttavia il tempo che adesso viene maggiormente dedicato è

proprio quello del controllo, dunque se si riuscisse ad automatizzare in qualche modo e standardizzare questi controlli, probabilmente ne deriverebbe beneficio per tutto il sistema.

Inizialmente la discussione riguardo ai metodi di pagamento per i privati accreditati è stata affrontata considerando modelli che potessero poi essere estesi anche ad altre categorie di fornitori per altri beni o servizi.

Tuttavia la soluzione che infine è emersa, così come è stata definita, probabilmente non è estendibile ad altre tipologie di forniture, tanto più che sta partendo ora in via sperimentale con un'azienda privata.

**Ostacoli e criticità:** in primis la gestione giuridica contrattuale; si è molto discusso sulla questione di chi dovrebbe essere l'intestatario del contratto con il privato accreditato, o più precisamente si è discusso sulla posizione di Azienda Zero al riguardo, a che titolo dovrebbe intervenire in questo rapporto?

Proprio per semplificare l'alta criticità – come dare rappresentazione contabile, come gestirla fiscalmente – nella contabilità di Azienda Zero e dell'Azienda ULSS, si è pensato che la soluzione più opportuna possa essere quella di avere un contratto in cui una delle parti del contratto sia proprio Azienda Zero, e ovviamente a questo punto è necessario anche un forte supporto giuridico che ci dica se questo disegno può essere realizzabile.

Altra criticità riguarda gli strumenti ad ora utilizzabili: al momento è possibile partire in via sperimentale con il solo supporto strumentale del sistema amministrativo contabile attualmente in uso in Azienda Zero; l'analisi ha tuttavia evidenziato che potrebbe comunque trattarsi di un modello (pur con il sistema che abbiamo adesso) estendibile anche a tutte le altre aziende. Ma vediamo nel dettaglio.

**Definizione del processo futuro:** partendo da un accordo contrattuale tra struttura privata accreditata, Azienda Zero in quanto holding soggetto pagatore e l'Azienda ULSS, quest'ultima diventerebbe quindi il direttore dell'esecuzione del contratto, il soggetto che va a beneficiare delle prestazioni del privato accreditato e che porta alla liquidazione della fattura.

Il privato accreditato erogherebbe e renderebbe le prestazioni all'Azienda ULSS, emetterebbe la fattura ad Azienda Zero, non interessando la contabilità dell'Azienda ULSS in queste fasi; l'Azienda ULSS verificherebbe quindi i flussi della fattura per poi dare l'OK ad Azienda Zero perché questa possa effettivamente pagare la fattura, emettere il mandato di pagamento: fino adesso tutti i rapporti contabili sono stati comunque tra Azienda Zero e la Casa di Cura privata accreditata.

A questo punto, come l'Azienda ULSS – che comunque è fruitore dei servizi – può rilevare il costo? È stata avanzata un'ipotesi che tuttavia presenta lo svantaggio di non rendere estendibile il modello ad altre tipologie di forniture, ossia la generazione di un flusso di mobilità da Azienda Zero ad Azienda ULSS per la rilevazione del costo. Flusso di mobilità perché di fatto si tratta di prestazioni sanitarie a tutti gli effetti e con un impatto contabile, in questo modo abbastanza soft per l'Azienda ULSS, questa andrà a rilevare un

costo semplicemente mediante una struttura contabile trimestrale o a fine anno, sulla base della comunicazione che le verrà fatta da Azienda Zero.

**Ipotesi di progettualità futura:** si ipotizza dal 01.08.2017 l'avvio di una prima fase sperimentale che coinvolga un'Azienda ULSS e una struttura privata accreditata, solo per le prestazioni di ricovero erogate verso residenti in Veneto e finanziamento a funzione, e definizione dell'architettura del sistema.

Possiamo permetterci di ipotizzare tempistiche iniziali così brevi nella fase sperimentale, che poi potrebbe anche essere estesa a tutto il Veneto, perché comunque verrebbe attuata tramite uno strumento che è già in uso in Azienda Zero, utilizzando il suo sistema amministrativo contabile: Azienda Zero registrerebbe la fattura e poi sarà compito di un operatore dell'Azienda territorialmente competente che emette ordine e invia la pagabilità della fattura direttamente nel gestionale di Azienda Zero.

Ciò presuppone che venga fatta una profilatura di una persona che dovrebbe liquidare in Azienda Zero: questo è possibile per tale processo perché l'ordine è finalizzato unicamente al pagamento della fattura; al contrario, la fonte del costo per l'Azienda ULSS, sarebbe quella dell'invio della mobilità, quindi l'Azienda ULSS lavorerebbe già nel sistema amministrativo contabile di Azienda Zero.

Tutto sommato si tratta un modello semplice, ma in questo modo risulterebbe estendibile anche alle altre Aziende ULSS e alle altre strutture private accreditate.

**Sviluppo soluzione IT futura:** con un occhio invece più lungimirante, un obiettivo a tendere potrebbe essere la definizione di un flusso standardizzato da struttura privata accreditata ad azienda ULSS, oltre alla definizione dei controlli automatizzati dei flussi (quali-quantitativi).

La parte su cui bisognerà maggiormente concentrarsi sarà quindi proprio quella più critica dei controlli, quella che al momento non consente ancora di raggiungere l'omogeneità a livello regionale, dato che ci sono ancora tempi di liquidazione nelle varie Aziende che sono molto diversi; è questa la fase veramente critica. Tanto più si riesce ad automatizzare la fase dei controlli, dunque, e tanto più tutto il flusso ne avrà beneficio. E poi sarà da creare, se non si vuole replicare in futuro questo sistema, un'interfaccia tra il sistema amministrativo contabile dell'Azienda ULSS e il sistema di Azienda Zero per la comunicazione del benessere alla liquidazione.

Dati questi elementi risulterebbe più semplice, rispetto ad altre soluzioni come quella ad esempio della cessione del debito, gestire per Azienda Zero l'intero processo, dal contratto con l'intestazione della fattura direttamente ad Azienda Zero, che non intervenire sulla fase solo del pagamento; c'è tutta una serie di adempimenti riguardanti la fase finale del pagamento – dai flussi informati al MEF, alle comunicazioni alla Banca d'Italia, ad esempio – che se non venisse già impostata l'intestazione del documento ad Azienda Zero, verrebbero a causarsi ulteriori complicazioni. Lo scopo del modello è sia quello di accentrare i processi, ma anche e soprattutto di semplificarli.

La soluzione eventualmente alternativa della cessione del debito, inoltre risulterebbe inapplicabile da un

punto di vista contabile perché se fosse stata l’Azienda ULSS a ricevere la fattura, a quel punto l’avrebbe liquidata nel suo sistema rendendola pagabile; così facendo l’ULSS stessa avrebbe dovuto bloccare la fattura al fine di non mandarla in pagamento per permettere l’espletamento di questa fase ad Azienda Zero, che non avrebbe però potuto pagare sulla base di un documento contabile, non essendo in possesso della fattura.

Per ovviare al problema, si ponga per ipotesi che Azienda Zero avrebbe comunque potuto pagare sulla base di un documento non fiscale o di un’altra scrittura atta allo scopo; a quel punto però il pagamento avrebbe dovuto essere recepito nel sistema, l’ULSS avrebbe dovuto chiudere quella fattura indicando che era stata Azienda Zero a pagarla a titolo di acconto.

Questa potrebbe sì essere una strada percorribile a patto che l’Azienda ULSS emetta un mandato vincolato ad una reversale, cioè facesse un mandato di pagamento ma contemporaneamente facesse fare alla banca una reversale per bloccare il pagamento in quanto sarebbe compito di Azienda Zero provvedervi effettivamente.

Questo modello risulta farraginoso in quanto l’Azienda ULSS intestataria della fattura dovrebbe completare tutta una serie di adempimenti verso il MEF e l’unico modo poter implementare questi flussi verso l’Istituzione centrale è tramite l’emissione di un mandato.

L’Azienda ULSS avrebbe avuto un forte aggravio soprattutto per quanto riguarda la parte contabile – registrare la fattura, aspettare la liquidazione ed intervenire nel sistema per bloccarla affinché non andasse automaticamente in pagamento – Azienda Zero avrebbe dovuto pagare sulla base di un eventuale documento non fiscale, comunicare l’avvenuto pagamento all’Azienda ULSS, la quale in tutta questa architettura avrebbe dovuto chiudere il cerchio, adempiendo ai doveri nei confronti del livello centrale.

Inserendo invece Azienda Zero come parte contrattuale, la fattura sarebbe arrivata direttamente al sistema di questa.

### 3.2.2 GRUPPO 2 – STRUTTURE CONTABILI E CONSOLIDAMENTO DEL BILANCIO

Portavoce: Matteo Cella, referente Azienda Zero

**Contesto attuale:** le Aziende ULSS comunicano alla Regione i dati di conto economico-CE e di stato patrimoniale-SP tramite un portale unico; i dati vengono poi recepiti e controllati, vengono riordinati per poi essere soggetti ai consolidamenti del caso, alcuni in via automatica altri ancora manualmente.

Con particolare riguardo al CE, le Aziende Sanitarie compilano e poi restituiscono dei modelli che vengono loro forniti dalla Regione; questi modelli vengono infine controllati e revisionati in maniera automatica. Per quanto concerne invece lo SP non avviene ancora un processo analogo, vengono elisi manualmente i conti aggregati, facendo attenzione ai problemi che possono emergere principalmente tra le partite delle GSA e delle Aziende ULSS più che tra le partite delle Aziende, visto che avviene lì la maggior parte degli scambi;

questa è ancora una fase sviluppata praticamente nella sua totalità manualmente, anche se comunque viene svolta con particolare attenzione.

Anche le note integrative che vengono raccolte si presentano inizialmente come aggregate, per poi venire elise manualmente se ci sono dei conti che lo richiedono in un'ottica di consolidamento.

**Obiettivo:** cercare di ideare una modalità diversa per raggiungere questi risultati.

La discussione ha fatto quindi emergere una risposta positiva, si può riuscire a fornire ad Azienda Zero un sistema informativo contabile che permetta lo scambio di dati attendibili ed omogenei con le Aziende ULSS direttamente a partire dalla prima nota, seguendo una logica push di invii da parte dei sistemi informativi contabili delle aziende verso quello che potrebbe essere il fascicolo amministrativo contabile.

**Benefici attesi:** seguendo il modello predisposto, Azienda Zero avrebbe a disposizione per l'utilizzo il dato di origine, la prima nota, riuscendo così ad incrementare l'automatizzazione e quindi l'efficienza dei flussi tra le Aziende Sanitarie. Inoltre si eviterebbero i disallineamenti tra i prospetti alimentati manualmente dalla Aziende e i loro sistemi di contabilità (dovuti a modifiche successive ai prospetti inviati in Regione e modificati).

**Criticità:** Tuttavia la vera domanda da porsi è se sia fattibile andare a recuperare i dati direttamente dalle prime note delle Aziende, teoricamente anche con scadenza giornaliera, portandoli dal livello del loro piano dei conti (sicuramente più dettagliato rispetto a quello regionale) ad un sistema interno ad Azienda Zero. Questa sembrerebbe una strada tecnicamente percorribile, però è anche vero che ci sono al momento tutta una serie di limiti – e.g. molti dati, anche se recuperati dalla prima nota, non sono sufficientemente esaustivi per impiegarli analogamente all'utilizzo che ne viene fatto ora attraverso l'architettura attuale: molti dati che oggi vengono raccolti sui bilanci di previsione, piuttosto che sulle rendicontazioni trimestrali previsionali, tanto utili alla Regione per effettuare le proprie analisi e sviluppare delle contromisure nel caso in cui i conti non evolvano come previsto.

È vero anche che tutti questi dati vengono prodotti dalle Aziende e comunicati attraverso l'architettura attuale, ma sulla base di dati extra-contabili.

**Definizione del processo futuro:** un interrogativo che sicuramente ci si deve porre è di valutare attentamente se questo percorso (che potrebbe comunque essere realizzato, anche con una certa tempestività) potrà diventare autonomo rispetto all'architettura oggi in uso, questa infatti dovrà comunque essere mantenuta in un primo momento per garantire la raccolta di quei dati che altrimenti non potrebbero essere raccolti in maniera differente. Questa è una criticità importante, ma vedendola come una prima sperimentazione, una prima esperienza, dell'utilizzo della logica del fascicolo, potrebbe portare a diversi benefici.

Potrebbe quindi risultare necessario avere a disposizione ulteriori informazioni più di dettaglio rispetto a quelle della nota integrativa.

In definitiva, il sistema attuale deve comunque essere garantito almeno per il primo periodo di esistenza, mentre risulta possibile immaginare a breve l'importazione della prima nota utile alla ricostruzione degli schemi di CE e di SP, ed elisione attraverso l'applicativo che immaginiamo possa essere di Azienda Zero.

Questo approccio può avere un senso a sostegno dello sviluppo della logica del fascicolo, e allora si possono pensare in prospettiva ulteriori integrazioni dei dati raccolti tramite i flussi contabili, da sviluppare in parallelo ad esempio con progetti pilota, e comunque andando a cercare sinergie con quelle che sono le ulteriori informazioni che gli altri gruppi di lavoro avranno elaborato e che vanno nella direzione di importare nel fascicolo elettronico anche altre informazioni di carattere contabile.

**Sviluppo soluzione IT futura:** innanzitutto, come già evidenziato, i dati presenti nei sistemi contabili delle Aziende Sanitarie devono essere omogenei e la Regione si sta ormai muovendo per la produzione di modelli e di linee guida, ad esempio per la stesura della prima nota, in modo da potersi aspettare una certa pulizia del dato già a monte.

Quindi i sistemi contabili aziendali dovrebbero garantire la transcodifica delle operazioni di prima nota, sganciandole dai "conti-figlio", l'ultima foglia, per agganciarle al piano dei conti regionale-Azienda Zero. Questo significa importare giornalmente le scritture di prima nota che, invece di essere registrate nei conti di dettaglio delle varie Aziende secondo schemi differenti, vengono caricate giornalmente direttamente nel piano dei conti regionale, più generico.

**Ipotesi di progettualità futura:** Il nodo centrale da evidenziare è il corto raggio disponibile all'azione immediata, per il momento bisogna fermarsi qui; da tener presente che comunque si ottiene un risultato: il modello consente di avere dei CE e degli SP non in forma diversificata (e.g. vengono inviati già compilati in fogli Excel), ma di recuperarli direttamente in prima nota e con un certo dettaglio alle spalle, ed avendo inoltre la sicurezza che siano allineati con le strutture contabili delle Aziende Sanitarie.

C'è però da aggiungere che nel breve periodo, i dati originali raccolti non ci aiutano in questa prima fase a fare altri tipi di collegamenti, ad esempio con la contabilità analitica, con i pagamenti, con i fornitori, perché bisogna che sia garantita tutta una serie di altri dati per fare questi collegamenti.

Quest'ultimo potrebbe invece essere il tema da affrontare nello sviluppo successivo in un più ampio orizzonte temporale.

Riassumendo, per quanto riguarda la progettualità immediata, una ricostruzione dei CE e degli SP tramite acquisizione della prima nota sembra fattibile in tempi ristretti, anche a scadenza 01.01.18.

L'implementazione invece di un sistema con ulteriori informazioni, che permetta di fare ad esempio anche la precompilazione di alcuni dati di nota integrativa, potrebbe anche essere fattibile in futuro più ampio, ma non ora; o ad esempio il collegamento con gli altri dati del fascicolo amministrativo contabile, potrebbero

comunque trovare dei momenti di sinergia, ma che vanno ancora studiati, è necessaria almeno una stima delle risorse utili

Si potrebbe quindi pensare che la trasmissione delle prime note, la ricodifica del conto aziendale, dalle Aziende Sanitarie verso Azienda Zero, di fatto imponga alle Aziende ULSS di adottare il piano dei conti di Azienda Zero e quindi affrontare una riprogettazione dei propri piani dei conti in ragione della loro prossima omogeneizzazione ed integrazione; in realtà, da quanto emerso nella discussione, ci sarebbe la volontà, la speranza, di evitare queste riprogettazioni, forti del fatto che magari nei sistemi informativi amministrativo-contabili delle Aziende ULSS ci sia già questo aggancio fra il piano dei conti aziendale e quello regionale, perché comunque c'è un momento in cui le aziende, dal loro piano dei conti, effettuano la transcodifica.

La scrittura in prima nota all'interno del conto aziendale, la si può agganciare al piano dei conti che andrebbe ad appartenere ad Azienda Zero.

Per il momento ci si è focalizzati sul come costruire il dato, del conto economico e dello stato patrimoniale consuntivo, per garantire il consolidamento; però, come detto in apertura, tutti gli altri aspetti risultano monchi se proseguiamo su questa strada: da qui la necessità di mantenere comunque un'architettura parallela a quella esistente per garantire tutta una serie di altri dati.

### 3.2.3 GRUPPO 3 – CONTABILITÀ ANALITICA 1, SVILUPPO ANAGRAFICHE, CENTRI DI RESPONSABILITÀ E UNITÀ ORGANIZZATIVE

Portavoce: Stefano Nicola, referente Azienda Zero

**Contesto attuale:** la situazione attuale presenta una forte disomogeneità, innanzitutto per quanto riguarda la mappatura dell'anagrafica dei centri di responsabilità e dei centri di costo.

Ciò deriva dal fatto che le varie Aziende Sanitarie hanno operato autonomamente nel definire la propria organizzazione, agendo in base alle indicazioni che forniva la vecchia L.R. 55/1994 che definiva all'art. 35 c.3 let. c) un'unità operativa come centro di responsabilità nel momento in cui vi fosse stata anche *“esistenza di uno specifico responsabile di gestione e di risultato”*, senza fornire indicazioni più precise.

Dalla discussione sono infatti emerse differenti realtà: alcune Aziende Sanitarie identificano i centri di responsabilità con le unità complesse (UOC), altre invece li identificano anche con le unità semplici dipartimentali (UOSD) o ancora con le unità semplici (UOS); nel momento in cui anche una UOS inizia a gestire risorse per una certa entità, è chiaro che a livello di mappatura dei centri di responsabilità, si scende anche di un livello ulteriore rispetto alle unità complesse.

Il contesto del momento prevede però che si attui una fase di accorpamento, di riorganizzazione delle Aziende ULSS: molte si stanno incorporando, dovendo così rivedere le proprie anagrafiche e forse la questione della uniforme definizione dei centri di responsabilità e dei centri di costo non è un problema

preminente se si guarda la situazione in quest'ottica di accorpamento, per la quale sarebbe sufficiente un accodamento dei vari centri di costo e delle rispettive anagrafiche.

Questo accorpamento potrebbe rappresentare una grande occasione per rimettere in discussione anche altri tipi di anagrafiche. Ci scontriamo però con il fatto che ci sono realtà aziendali che stanno comunque già sviluppando dei ragionamenti in quest'ambito, a livello di anagrafica: parliamo ad esempio del caso della gestione del personale in cui l'applicativo *SIGMA* segue una propria logica, quindi ha articolato in una certa maniera le unità organizzative; ma ci sono anche altre esperienze come quella della contabilità analitica regionale che (seppur parzialmente) ha già cercato di definire un'anagrafica unica, anche se partiva dal differente presupposto di non voler andare ad impattare sui sistemi aziendali, fermandosi invece ad un livello superiore per poi andare ad interfacciarsi con i sistemi locali.

Altro elemento di contesto è l'emanazione delle linee guida per la redazione dei nuovi atti aziendali, che daranno l'opportunità alle Aziende ULSS di andare a rivedere il loro organigramma e quindi di ricostruire anche la mappa dei propri centri di responsabilità.

È stato messo sul tavolo anche il tema dell'MRA – monitoraggio rete di assistenza, il sistema di codifica del Ministero, una realtà attuale che al momento impiega un applicativo AREA – Autorizzazione Accreditamento Rete Assistenziale, che ha una logica propria: va ad identificare le unità organizzative e i singoli punti di erogazione con una logica ben strutturata, formando delle triplete costituite da “titolare-unità organizzativa-punto di erogazione”.

**Obiettivi:** definire delle logiche, delle regole per la gestione e l'individuazione/manutenzione dei centri di costo e dei centri di responsabilità; questo è l'obiettivo minimo, quindi riuscire a dare almeno delle indicazioni più specifiche affinché le Aziende Sanitarie vi possano attingere per riorganizzare la propria mappa dei centri di responsabilità e dei centri di costo, almeno fino ad un determinato livello di dettaglio dell'organizzazione.

**Benefici attesi:** In questo modo, fino ad un determinato livello – ancora da identificare in base ai bisogni dell'Azienda ULSS e ai bisogni gestionali di analisi della Regione e/o di Azienda Zero – rispondente ai modelli organizzativi aziendali, si può pensare all'obiettivo a tendere di garantire un livello minimo di omogeneità in modo che i dati che vengono recuperati possano poi dialogare e possano essere impiegati in attività di benchmark, di definizione di standard omogenei e uguali per tutti.

Altro tema rilevante sul quale è stata appunto aperta una discussione parallela è il grado di dettaglio informativo richiesto dalle Aziende, perché ci si è resi conto addirittura che se possibile si dovrebbe superare il livello del centro di responsabilità (anche se auspichiamo di non prendere il centro di responsabilità come unità operativa complessa), andare anche ad un livello di dettaglio maggiore; non bisogna dimenticare però che già ottenere un livello di questo tipo che sia omogeneo e uniforme, che le informazioni siano strutturate in modo completo, sarebbe già un passo fondamentale, perché le Aziende

stesse, i controlli di gestione, l'80% della reportistica, viene fatto per centro di responsabilità, quindi avere già un sistema uniformato a questo livello non sarebbe una base infruttuosa.

Ma qual è il vero livello che può interessare la Regione, Azienda Zero e le Aziende Sanitarie nello stabilire un set minimo di informazioni? Probabilmente il livello del centro di responsabilità, ma un obiettivo attendibile sarebbe quello di andare più in dettaglio: ad oggi l'atto aziendale arriva già a codificare i centri di responsabilità e quindi è in grado di presentare già una mappatura generale.

A ciò può collegarsi anche il tema del poter elevare il ruolo dei controlli di gestione, ossia nel momento in cui si va verso un tale sistema – che può essere sia di ERP unico sia di costituzione federata – che porta con sé tutta una serie di dati di profondo dettaglio e che produrrà reportistica utilizzabile dalle Aziende, probabilmente ci sarà allora la possibilità di scaricare la responsabilità dei controlli di gestione dalla mole di dati e documenti, per concentrarsi ed investire più tempo piuttosto sulla produzione e nell'analisi di un report che potrà essere prodotto invece dal livello centralizzato.

Riprendendo il tema della contabilità analitica, questa rappresenta un elemento di complessità e dunque è necessaria la presenza di un responsabile che certifichi la qualità del controllo: se allora un flusso viene inviato al fascicolo amministrativo contabile, significa che qualcuno ha certificato quei dati, che sono stati effettuati i controlli di gestione e ciò che ne consegue.

Ovviamente anche nel ripensare il modello organizzativo, non si può ricorrere alla deresponsabilizzazione, è comunque necessario un momento in cui avviene la certificazione, un controllo di qualità del dato specifico. Il rischio che il dato trasmesso al fascicolo risulti qualitativamente meno pulito non dipende dalla sofisticatezza del sistema informativo contabile, non dipende nemmeno da chi gestisce la contabilità analitica, ma dipende da chi carica quel dato specifico e dal sistema informatico (non informativo) che viene utilizzato; i controlli successivi intervengono al più per verificare che non siano presenti dei macro errori.

Il tema delle anagrafiche assume indubbia rilevanza indipendentemente dalla strada di integrazione prescelta, nella realtà ci si va però a scontrare con modelli organizzativi diversi, spesso l'articolazione della mappa dei centri di costo è piegata a specifiche esigenze aziendali ed è necessario trovare una soluzione intelligente per ovviare a questa pratica che può creare sprechi e inefficienze.

Forse anche andare verso un sistema di mappatura uniforme può rafforzare la posizione dei controlli di gestione dell'azienda per non piegarsi a determinate richieste che a volte risultano anche molto fantasiose.

**Criticità:** è stato considerato un elemento che più che una criticità, potrebbe essere visto come una opportunità, ossia la prospettiva dell'organizzazione degli ospedali per intensità di cura.

Questo potrebbe comportare una revisione della logica di definizione delle anagrafiche, di una gestione in una duplice dimensione dell'anagrafica: da una parte quella di chi ha la responsabilità dell'erogazione di

un'attività o di un servizio e dall'altra il luogo dove viene fatta quella attività o dove viene erogato quel servizio.

Naturalmente la scelta di un ERP unico è molto più impattante, comporterebbe, al di là dei cambiamenti riguardanti le procedure informatiche del sistema, anche una ricodifica ex novo in Azienda, dunque risulterebbe assai impattante, ma porterebbe il beneficio di una gestione totalmente centralizzata delle anagrafiche; poi c'è da riflettere sul fatto se sia interamente compito di Azienda Zero o delle Aziende Sanitarie in forma autonoma accedere al sistema, codificarsi, dato che si trovano comunque dentro ad una architettura.

Un ERP unico, dunque, se da un lato ha un effetto impattante notevole, dall'altro apporterebbe molti benefici.

La scelta verso il fascicolo è certamente più flessibile, probabilmente potrebbe portare risultati più immediati: alle Aziende è comunque richiesto il compito di interfacciare le loro anagrafiche con quella che si andrà a disegnare, ma chiaramente è l'operazione meno impattante per le Aziende ULSS, che al loro interno non devono andare a modificare l'imputazione di un centro di costo nei vari sistemi verticali. Si potrebbe poi benissimo recuperare esperienze già fatte, come quella già citata della contabilità analitica regionale che comunque, nel bene e nel male, ha già apportato unificazione nelle Aziende sotto certe logiche; tuttavia la si potrebbe ugualmente recuperare, senza andare però ad operare ad un livello di zelante dettaglio per non risultare eccessivamente impattanti, così come si potrebbe riprendere l'esperienza MRA approfondendone le potenzialità in termini gestionali.

**Definizione del processo futuro:** Probabilmente ad oggi sono pochi i sistemi che possono rispondere a questa duplice finalità, ma pensiamo che la progettazione di una nuova mappa debba anche andare contro alle logiche classiche.

Davanti ci si prospettano dunque due scenari: la costituzione di un ERP unico oppure la soluzione più di tipo fascicolo. I lavori di questo tavolo dipenderanno molto dalla direzione della scelta strategica che verrà effettuata.

Nel primo caso in cui si preferisce il sistema ad ERP unico, si può andare verso una gestione centralizzata, unica e centrale delle anagrafiche, arrivando fino alla singola foglia; se invece si presceglie una soluzione di tipo fascicolo, si può far sì che le aziende continuino a livello aziendale ad avere le proprie anagrafiche, soggette comunque ad un allineamento generale fornito dalle linee guida; si potrebbe intervenire stabilendo il livello minimo di dettaglio che soddisfi le esigenze regionali, come si devono interfacciare le diverse anagrafiche con quella regionale, e quindi far sì che i flussi girino a livello di dettaglio regionale: dunque non arrivare a dettaglio della singola foglia, ma far sì che venga stabilito un certo livello sul quale costruire una anagrafica regionale parallela e le Aziende dovranno garantire una interfaccia.

**Sviluppo soluzione IT futura:** questa diventa diretta conseguenza della scelta strategica effettuata tra ERP unico e soluzione fascicolo elettronico; c'è comunque da evidenziare il fatto che la modifica del codice di un centro di costo non è un'operazione banale perché va ad impattare su N sistemi, non è un cambiamento solo anagrafico, ma anche di sistema e probabilmente di procedura.

**Ipotesi di progettualità futura:** la progettualità futura dipende profondamente dalle scelte strategiche, sia per quanto riguarda la prospettiva di breve periodo ma anche quella di più ampio respiro.

### 3.2.4 GRUPPO 4 – REPORTING CONSUMO, PERSONALE E ATTIVITÀ

Portavoce: Gabriele Nube – referente Azienda Zero

**Obiettivo:** sviluppare le modalità di alimentazione della contabilità analitica e del sistema di reporting riguardante i consumi, il personale e le attività, ragionare sui sistemi di reporting di queste tre aree specifiche.

**Contesto attuale:** attualmente il sistema in uso è un sistema che ragiona su questi argomenti in buona parte per silos, sia per le Aziende Sanitarie che per la Regione, silos che poi hanno ciascuno delle derivazioni interne.

Esiste tutta una serie di database aziendali, di sistemi di gestione aziendali, che alimentano e realizzano dei flussi che vengono inviati in Regione (o al Ministero) e servono alle Aziende per alimentare la contabilità analitica aziendale.

C'è poi il livello regionale che si alimenta con una parte dei flussi prodotti dalle Aziende ULSS: la contabilità analitica regionale è in realtà alimentata dalle contabilità analitiche aziendali attraverso dei sistemi di transcodifica dai diversi centri, quindi al momento non c'è un legame diretto tra quelli che sono i flussi e la contabilità analitica regionale. Si è quindi discusso ampiamente sulle diverse aree, andando a vedere quali sono i flussi e le criticità.

Area del personale: sistema che è principalmente gestito da *SIGMA* su tutte le diverse aree; sono però presenti almeno due criticità: la prima è che al momento non esiste una codifica condivisa tra quelle che sono le voci di costo tra tutte le diverse aziende e in più, sempre relativamente alla codifica, i centri aziendali codificati secondo la recente unificazione di *SIGMA* non ritrovano poi coerenza con la codifica della contabilità analitica.

Area dei consumi: sono qui ricompresi soprattutto farmaci e dispositivi. Anche in questa area è presente la mappa dei centri di costo che al momento è semplicemente la mappa dei centri di costo aziendali, basata sui movimenti dei flussi; quindi questi vengono sì scaricati sulla contabilità analitica, ma è la contabilità analitica aziendale che poi va fatta confluire in quella regionale. Lavorare su queste fonti di dati, comporta

un dispendio di energie e di capacità produttiva importante. La difficoltà riscontrata in ambito consumi è il fatto che spesso si ragiona con la logica del silos, quindi il focus è sul consumo totale per poi al massimo confrontarlo con il tetto massimo.

Area delle attività: il legame con le attività sanitarie è ancora limitato e complicato; per quanto riguarda le attività sanitarie, le necessità di rilevazione sono diverse sia per le Aziende, sia per quelli che sono poi gli interessi della Regione. Le attività restano un fattore di ricavo per la contabilità analitica, poi con tutte le derivazioni, servono per valutare la produzione per fini epidemiologici, ma anche di programmazione sanitaria e per la mobilità; i tempi di attesa e gli obiettivi regionali sono legati alla loro ottimizzazione, oltre che alla parte di attività territoriali.

Questi flussi hanno per la maggior parte un periodo di aggiornamento mensile e su questo va ad inserirsi un problema: se si mira ad ottenere un sistema di reporting fatto per le Aziende Sanitarie nonché per la Regione, si incontra la questione del suo di aggiornamento: l'aggiornamento mensile è difficilmente accettabile per una parte di informazioni, per cui si dovrà scegliere il livello di condivisione per il quale è sufficiente il livello di aggiornamento mensile; l'alternativa è comunque quella di superare l'eventuale sistema dei flussi nei silos, per invece agganciarsi a due concetti:

- i. Uno è quello dell'ACG - Adjusted Clinical Groups<sup>18</sup>: il paziente al centro, attorno al quale vengono collegati tutti gli elementi di attività sanitaria, quindi con una logica dove all'interno del fascicolo o del sistema ERP vengono collegate le diverse attività; già ora buona parte delle attività sono collegate, si tratterebbe di agganciarvi anche i dati amministrativi legati all'attività sanitaria, in modo da poter poi popolare la contabilità analitica; si tratterebbe in qualche modo di espandere il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale.
- ii. Un'altra modalità potrebbe essere quella di agganciarsi direttamente ai gestionali delle Aziende Sanitarie, quindi rompendo un po' la logica del flusso e arrivando ad intervalli di aggiornamento più continui e non a cadenza mensile.

Ci sono poi tutta una serie di attività che devono essere implementate come flussi che ad ora non ci sono, e.g. le attività per i pazienti ricoverati. In questo è stata evidenziata anche la possibilità di revisionare alcuni modelli organizzativi delle attività che ad oggi vengono svolte, in particolare quella legata ad esempio alla mobilità che adesso viene gestita all'interno delle Aziende, dunque con una moltiplicazione delle risorse umane, quando invece potrebbe essere centralizzata avendo tutti i dati a disposizione.

---

<sup>18</sup> Progetto "ACG" (Adjusted Clinical Groups), approntato dall'Università Johns Hopkins di Baltimora (Usa), avviato in forma sperimentale dalla Regione Veneto, prima tra tutte le Regioni italiane, nel 2012. "Il sistema ACG, utilizzando tutti i flussi di dati già esistenti all'interno delle Aziende ULSS censirà la distribuzione delle patologie nel territorio con l'obiettivo primario di migliorare la salute dei cittadini calibrando interventi e risorse commisurate ai reali bisogni della popolazione. [...] ACG è proprio un sistema di mappatura del territorio che riconosce la maggiore o minore concentrazione di malattie nei diversi luoghi geografici".

Fonte: <http://acg.regione.veneto.it/>

Oggi abbiamo dunque un contesto in cui da una parte c'è una logica per silos, dove le Aziende Sanitarie o il livello centrale di governance, replicano le stesse analisi ottenendo disomogeneità e duplicazione delle informazioni, e quindi anche duplicazione degli sviluppi e del dispendio di risorse.

Un'altra criticità è che al momento non c'è la possibilità di fare benchmark tra le Aziende, ognuno dispone solo delle proprie informazioni; invece in un'ottica più condivisa di sistema di holding, la visibilità maggiore sulle informazioni potrebbe essere utile per la crescita delle diverse parti e del sistema.

Ulteriore criticità è la difficile correlazione tra i dati di attività e i dati contabili.

**Definizione del processo futuro:** il sistema, come è stato un po' ripensato a livello teorico.

- L'area del personale direttamente verrebbe attribuita a *SIGMA* con una nota dei centri di responsabilità, superando quindi la logica delle diverse politiche a seconda delle diverse tematiche trattate.
- Questione analoga per l'area dei consumi e della farmaceutica: nel caso in cui l'intera supply chain, a partire dunque dagli acquisti su area regionale, il transito nei magazzini regionali, fossero pensati all'interno del fascicolo/ERP regionale, potrebbero in qualche modo permettere di avere a disposizione uniformemente per tutti l'intero processo che va dall'acquisto allo scarico di beni, secondo un'unica mappa dei centri di responsabilità; in questo caso si avrebbe anche la possibilità di andare ad eliminare alcuni flussi che ad oggi sono esistenti.
- Per quanto riguarda l'area attività, i flussi dovrebbero alimentare direttamente la contabilità analitica regionale, bypassando quindi il passaggio attraverso la contabilità analitica aziendale; in futuro si potrebbe considerare anche la possibile alimentazione della contabilità analitica riguardante le attività da parte del fascicolo sanitario elettronico: per cui la mappa era stata pensata un po' in un modello unipersonale, una mappa dei cicli condivisa, i consumi che derivano dal flusso, piuttosto che già tutto allestito all'interno di un unico sistema gestionale.

Dunque attività sanitarie che già sono collocate all'interno del fascicolo sanitario elettronico inerente al paziente (nella parte dei ricavi), oltre agli altri costi che derivano da scritture contabili, le quali potrebbero analogamente restare all'interno dei sistemi aziendali gestiti attraverso fascicolo/ERP, recuperate e attribuite ai cicli di responsabilità attraverso la mappa condivisa dei centri di responsabilità.

Rispetto al sistema, la necessità avvertita è quella di un applicativo *web based*, condiviso tra Aziende Sanitarie e Azienda Zero, anche per permettere una migliore l'accessibilità.

Ma accessibilità a cosa? Bisogna identificare le informazioni che sono necessarie ad entrambi i sistemi e che possono essere intersezione tra Aziende e Azienda Zero, in particolare per i problemi di aggiornamento dei dati; un'ulteriore motivazione è che pure le Aziende Sanitarie potrebbero avere bisogno di personalizzare o di un maggior grado di dettaglio, anche per obiettivi aziendali diversi.

Riguardo alle tre sezioni – attività, personale, consumi – dove si può pensare di sviluppare l'attività di reportistica condivisa?

Attività: si possono considerare i trend produzione sanitaria (pensati inizialmente a livello di struttura, per arrivare in seguito ad una profondità maggiore per centri di responsabilità), i tempi di attesa, la mobilità.

Personale: Verifica standard e produttività di personale (TEMA, FTE per specialità,...).

Consumi: Verifica dei tetti, appropriatezza, correlazione tra le procedure e i dispositivi.

Da aggiungere il tema legato alla contabilità analitica del conto economico per centro di responsabilità, sul quale si potrebbe cominciare la produzione di una reportistica omogenea.

La grande tematica è dunque quella che vede Aziende Sanitarie e governance tutte insieme, quindi quella degli obiettivi regionali dati alle Aziende Sanitarie. Inoltre, c'è anche la questione riguardante la competenza sulla quale soffermarsi: di chi è la competenza del dato, della qualità dell'informazione? Potrebbe risultare anche questa competenza aziendale perché nel momento in cui ci sono delle modifiche da fare, ognuno possa gestire anche la responsabilità e l'autonomia per apportare questi cambiamenti.

**Sviluppo soluzione IT futura:** la logica, rispetto anche ai sistemi esistenti (e.g. il datawarehouse regionale) è quella di aprire il Fascicolo Amministrativo Contabile regionale o comunque un sistema che si ponga a monte e validi attraverso regole una mappa condivisa delle informazioni che derivano dai gestionali dei flussi aziendali, alimentato anche dal Fascicolo Sanitario Elettronico regionale.

Queste informazioni, insieme anche a quelle di tipo contabile del fascicolo amministrativo contabile, possono alimentare la contabilità analitica.

**Benefici attesi:** disponibilità dei dati attraverso web, l'eliminazione delle elaborazioni locali e delle duplicazioni tra Aziende e livello centrale di governance che permetterebbe l'ottimizzazione di risorse e tempo.

La condivisione delle informazioni permette una maggiore capacità di individuazione delle aree performanti e delle criticità, di migliorare la programmazione.

**Criticità:** problema delle codifiche rispetto alle voci stipendiali e ai centri di responsabilità e di costo. Per tutta la parte di costi non legati ai consumi, bisogna che venga attuata una politica (sia che vengano inseriti all'interno dei gestionali aziendali o del sistema regionale) per la quale distinguere se questi derivino da ordini o da fatture .

Riguardo all'utilizzo dei sistemi informativi aziendali che sono personalizzabili e permettono un maggior grado di dettaglio, la criticità è quella di decidere qual è il livello di dettaglio che interessa, a cui bisogna fermarsi per poter comunque avere informazioni sufficienti.

**Ipotesi di progettualità futura:** Un'altra criticità riguarda le tempistiche necessarie per rendere operativo il sistema, quindi cosa si può fare nell'immediato?

Intanto definire un dataset di dati indispensabili per il governo del sistema, e pertanto individuare dei gruppi di lavoro specifici operativi, bisogna poter recuperare i dati direttamente dai gestionali, in modo da poterne disporre in real time.

Definire un sistema aziendale, in modo da avere la maggior tempestività della disponibilità del dato, che va ad affiancarsi a quello regionale.

La necessità di avere degli obiettivi di quick-win, che potrebbero essere quelli di partire subito con progetti relativamente più semplici su cui c'è concordanza tra Azienda ULSS e livello centrale: la reportistica sulla farmaceutica e sui consumi legati alle attività, i tempi di attesa in ospedaliera specialistica; qui abbiamo poi immaginato quali potrebbero essere alcuni gruppi di lavoro:

- attività e consumi, che verifichi la completezza delle informazioni e la compatibilità nella tempistica con cui l'attività viene messa a disposizione e che decida anche il livello di dettaglio di queste informazioni devono essere recepite;
- area personale. Definizione delle regole di attribuzione del personale ai diversi centri
- gruppo che dovrebbe partire solo in un secondo momento, che sia relativo a tutto quello che sono gli altri costi, quindi non quelli del consumo, ma che sia in un certo senso figlio di un sistema amministrativo contabile già funzionante e che quindi abbia già le scritture contabili all'interno di Azienda Zero.

### 3.2.5 GRUPPO 5 – SUPPLY CHAIN

Portavoce: Emanuele Mognon, direttore Provveditorato ed Economato dell'Azienda Ospedaliera di Padova

In Azienda Zero si aspettano dati da parte delle Aziende Sanitarie e responsabilità in carico alle aziende stesse.

La discussione di questo GdL ha invece ribaltato la prospettiva, vedendo anche le funzioni di Azienda Zero sotto un'altra luce: consideriamo dunque che sia Azienda Zero ad attivarsi, a farsi carico della responsabilità, a garantire il funzionamento, così da poter permettere alle Aziende Sanitarie di rallentare un attimo per concentrarsi più sui risultati. Questo è stato il leitmotiv della discussione di questo gruppo di lavoro.

Azienda Zero è un'opportunità incredibile se viene identificata non solo come il controllore, il soggetto che guarda dentro alle Aziende ULSS e poi non restituisce i dati, ma soprattutto come uno strumento per fare, per migliorare le capacità delle Aziende di realizzare e di produrre. Ad esempio, relativamente al discorso sulla liquidazione dei pagamenti, il problema non sta nel tempo di pagamento, ma nella capacità di prendere, di liquidare la fattura, non si tratta solo di tempi tecnici: questa è capacità di migliorare i processi, di ottimizzare alcune fasi che in questo momento sono critiche all'interno dell'azienda per molteplici motivi

(organizzativi, risorse disponibili, strumenti, ...) questo invece è un momento interessante di riflessione su quello che possiamo provare per ridisegnare tutto ciò.

**Contesto:** il contesto di riferimento è molto difficile da definire, parlando di supply chain bisogna innanzitutto capire bene dove inizia e dove finisce, quali parti includervi, in un ambiente in cui ora ci sono tredici Aziende Sanitarie del SSR veneto, compresa anche Azienda Zero – che è a tutti gli effetti un'Azienda del SSR veneto. È un momento di transizione e di cambiamento nel quale tutte le Aziende Sanitarie stanno affrontando e attuando l'accorpamento in funzione della L.r. 19/2016; indipendentemente dal ruolo di Azienda Zero, tutte le altre Aziende (le nove ULSS principalmente) devono mettere mano alla loro organizzazione, ai loro sistemi, ai loro modelli: questo è un lavoro che non può essere evitato, ma in cui Azienda Zero può rappresentare una significativa opportunità. Il contesto è formato quindi da tredici Aziende, il cui sistema è composto da frammentazione del processo di approvvigionamento, esclusi alcuni contratti autonomamente gestiti da CRAV<sup>19</sup> e SINTEL<sup>20</sup>; vi è la presenza di software diversi, la gestione separata dei contratti fra tutte le singole aziende, la presenza di anagrafiche separate, la necessità di attuare le funzioni di Azienda Zero come ente di erogazione dei servizi alle altre 12 Aziende – (nove Aziende ULSS, due Aziende Ospedaliere e lo IOV).

Ritornando a quanto già affrontato precedentemente, Azienda Zero ha una doppia anima e questa è una questione da dipanare: erogatore di servizi come una qualsiasi altra Azienda socio-sanitaria, pur non erogando servizi sanitari in senso stretto, e poi un ruolo di holding con funzioni di programmazione, controllo, monitoraggio, di indirizzo; a causa della compresenza di queste due componenti, Azienda Zero rischia di essere allo stesso tempo controllore e controllato e questo trade-off va assolutamente risolto perché altrimenti verrebbero ad innescarsi dei meccanismi davvero dannosi. Tra i servizi di cui Azienda Zero dovrebbe farsi carico, c'è sicuramente quello dell'approvvigionamento dei materiali, inteso nell'accezione più ampia dalla definizione del fabbisogno del prodotto alla consegna del prodotto stesso all'utilizzatore.

L'analisi che è stata condotta sulla supply chain ha coinvolto proprio tutte le fasi del processo, dalla domanda alla messa a disposizione del prodotto, con tutte le attività correlate.

Da Azienda Zero ci si aspetta quindi che stipuli i contratti, che li gestisca, che faccia gli ordini e le richieste ai fornitori, e che questo lo faccia per tutte le Aziende del SSR; ciò che invece è ancora da definire è se prenderà in carico tutti i prodotti necessari alle diverse aziende sanitarie o solo una parte di essi.

Alla discussione si aggiunge anche un altro elemento assolutamente attuale (di fatto introdotto dal referente del MeF proprio durante la seconda giornata di Open Day), ossia la proposta da parte del Ministero della Salute di introdurre un meccanismo analogo a quello della fatturazione elettronica anche

---

<sup>19</sup> Centrale Regionale Acquisti per la Regione del Veneto

<sup>20</sup> Piattaforma di e-procurement della Regione Lombardia, per l'utilizzo della quale Regione Veneto ha concluso nel 2016 un accordo triennale con Regione Lombardia

per la gestione degli ordini: questo consisterebbe nell'interscambio degli ordini tra le aziende pubbliche e i fornitori.

Gli elementi al centro dell'analisi per la supply chain sono stati definiti in questi termini:

- programmazione del fabbisogno: serve perché in qualche modo si decida cosa bisogna rendere disponibile;
- il contratto: l'ordine al fornitore, la consegna, la fattura, la liquidazione;
- le richieste da parte degli utilizzatori per la parte di micro logistica (evasione puntuale dell'ordine);
- l'evasione dell'ordine: riguarda tutte le attività di fatturazione intercompany (meccanismi di ripartizione dei costi tra AO e aziende utilizzatrici che hanno fatto la richiesta).

Una volta definito l'ambito, è stato focalizzato l'obiettivo.

**Obiettivo:** integrare la catena di approvvigionamento e logistica di approvvigionamento delle Aziende del SSR veneto, ottimizzando i flussi fisici, informativi e gli impatti economici.

Gli elementi principali sono dunque due, integrare e ottimizzare, la possibilità di ottenere delle economie.

**Benefici attesi:** riduzione di tutta una serie di duplicati e di frammentazione di attività: le scorte sono duplicate, fino ad oggi c'erano più di venti Aziende Sanitarie, quindi le gare, le fatture, le strutture, gli strumenti informativi erano gestiti da ognuna in maniera autonoma; al momento però le nove Aziende ULSS hanno una necessità interna di razionalizzare, di ridurre questi duplicati e di ridurre la frammentazione a livello locale che potrebbe portare, a parità di costo organizzativo, a passare ad una soluzione, ad una scala, più ampia, cioè a livello di Azienda Zero.

Tutto questo cercando di ottenere omogeneizzazione dal punto di vista amministrativo contabile, di standardizzare processi, regole, procedure, flussi: tutte queste attività possono essere eseguite non come attività aggiunta rispetto al contesto, ma esattamente a parità di costo al fine di adempiere a quelli che sono gli obblighi previsti dalla L.R. 19/2016.

**Criticità:** la prima criticità rilevata è che si sta pensando di passare ad un altro fattore di scala, fondamentalmente da più di venti ad una realtà unica di centro di logistica; una seconda difficoltà riguarda l'approvvigionamento dei materiali, perché questa comunque è un'operazione che impatta sull'attività produttiva delle Aziende Sanitarie (e.g. ritardi e malfunzionamenti non sono come le fatture che arrivano in ritardo o come i ritardi di pagamento, qui si blocca proprio un'attività) per cui c'è una criticità assolutamente rilevante.

In più, in ogni occasione in cui si cambia scala, si aumenta la complessità dei sistemi, ciò che va ad incrinarsi è la presenza di competenze per gestire questa complessità: aumentare la complessità, senza garantire la disponibilità di competenze adeguate, è una criticità elevatissima.

Da aggiungere anche che cambiamenti di questo tipo hanno un grande impatto organizzativo su tutto il personale delle attuali aziende e quindi bisogna sviluppare logiche win-win per far sì che questi cambiamenti possano essere metabolizzati e accettati.

Altro problema già emerso, è quello del linguaggio: per far funzionare un sistema di questo tipo, le anagrafiche fornitori e clienti devono essere assolutamente unificate a livello di linguaggio, non si parla necessariamente di anagrafica unica, ma queste due devono comunque essere in grado di dialogare in tempo reale.

Ulteriore aspetto è l'unificazione degli strumenti, ossia i software, gli investimenti e le strutture: cambiare scala da venticinque magazzini ad una riduzione di scala limitata ad Azienda Zero presuppone la disponibilità di una struttura che sia in grado di gestire tali volumi. Questa disponibilità al momento non c'è, bisogna dunque ripensare anche la parte infrastrutturale, il che richiede un investimento iniziale che fino adesso non è mai stato affrontato prima di poter ottenere dei risultati.

Appare quindi molto difficile portare avanti una discussione riguardante la tematica della supply chain integrata e unificata se non vengono messi a disposizione investimenti significativi fin dalle prime battute.

Altra considerazione emersa nel GdL, concerne il fatto che le singole Aziende Sanitarie hanno bisogno di implementare cambiamenti in tempi rapidi, perché stanno già portando avanti progetti di innovazione delle proprie strutture organizzative.

Altro elemento critico è la definizione dei ruoli e delle responsabilità: a chi resta la responsabilità legata al dato, ai flussi, ecc. cambiare il modello implica dover impegnare ruoli e responsabilità e in questo contesto di sistema pubblico non è facile fare funzionare queste cose, non sono spontanee, anzi, molto spesso diventano fonte di grossi conflitti.

**Sviluppo soluzione IT futura:** Azienda Zero ha bisogno di avere, nel momento in cui diventa erogatore di servizi, un suo strumento per poter gestire le proprie attività in quanto servizi, ma nella sua logica di holding ha anche bisogno di avere degli strumenti – ecco la seconda anima di Azienda Zero – che ne facciano un consolidatore: questo è tecnicamente una questione ancora da definire, ma tutto quello che è già stato detto riguardo al modello di fascicolo amministrativo contabile va sicuramente in questa direzione; al contrario, un approccio ad ERP unico trova un suo senso nel momento in cui si adotta una prospettiva di più lungo termine, una logica a tendere, ma nelle fasi di avvio, questo quadro è sufficiente.

Ci sono però due osservazioni aggiuntive da considerare: si potrebbe implementare un sistema di contratti accentrato, di anagrafiche accentrate che sono dotate di un set minimo di dati, come avviene ad esempio nel il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale con la anagrafica degli assistiti; e invece implementare come una derivazione quello che avviene a livello locale, all'interno di ogni singolo applicativo gestionale

aziendale, con eventuali integrazioni di dati relativi alle stesse istanze che a livello centrale ci servono per garantire l'integrazione.

**Definizione del processo futuro:** si può ipotizzare che a livello di Aziende vengano gestite le richieste e le valutazioni in termini di budget, il controllo sugli ordini del materiale che è stato richiesto e che viene dal fornitore, sia esso Azienda Zero o altro fornitore, tutta la parte di problematica riguardante la fatturazione intercompany: per fare questo è necessario predisporre l'unificazione delle anagrafiche o comunque la loro integrazione. Da Azienda Zero invece ci si può aspettare che gestisca i contratti, l'ordine al fornitore, la consegna, le fatture, la liquidazione.

Il modello parte essenzialmente da un processo di programmazione dei fabbisogni: le Aziende Sanitarie decidono quali prodotti sono in grado di assorbire, Azienda Zero decide di attivare i contratti, e in base a questo tipo di approccio, effettua la scelta su quali prodotti gestire a scorta o gestire in transito, ad esempio; Azienda Zero poi alimenta i contratti, la disponibilità dei prodotti, per i quali poi a seguito della richiesta del singolo utilizzatore, viene inviato al magazzino di Azienda Zero che poi processa l'evasione. Questo non avviene per singola azienda, ma per singolo reparto utilizzatore.

**Ipotesi progettualità futura:** alla luce di queste riflessioni, i tempi in cui potremmo essere in grado di essere operativi e tutta la fase di gestione transitoria, sono grosse criticità.

In termini di obiettivi a breve e medio-lungo termine, le due date di riferimento sono 01.01.2018 e 01.01.2020; la prima cosa che bisognerebbe fare è lavorare sulla unificazione dei flussi dei contratti, e questo probabilmente si può fare perché al momento c'è già CRAV che sta generando contratti di convenzioni standard per tutte le Aziende: lo strumento del quale dispongono è SINTEL, che può essere impiegato per governare i contratti che già sono attivi e quindi tracciarli, e partendo da questo punto andare a standardizzare i flussi dei contratti ed elaborare una struttura di gestione di questi contratti.

Altra attività calda è quella della definizione della struttura della anagrafica unificata a livello centrale, per fornitori e per prodotti. Non è così assurdo pensare che dal 01.01.2018 possa già essere disponibile un set standard di dati minimo su cui tutti poi possano confrontarsi, almeno come supporto.

Con i farmaci ad esempio è semplice pensarlo per chi conosce il settore, tramite AIC<sup>21</sup>, con i dispositivi può essere usato un modello molto simile perché al momento esistono banche dati, anche se non complete, ma abbastanza solide da poter garantire una funzione analoga.

Altro aspetto fondamentale, anche in funzione del modello che abbiamo immaginato con Azienda Zero avente un suo proprio sistema gestionale, è il fatto che per quest'ultima parte la progettazione di un'anagrafica unica tipo ERP: che poi essa cresca o meno, è comunque necessario che Azienda Zero al fine di realizzare questo tipo di progetto sia autonoma e sia in grado di garantire tutta la gestione.

---

<sup>21</sup> Autorizzazione Immissione in Commercio

In futuro, sicuramente va implementata tutta la gestione dei contratti di fornitura, Azienda Zero deve essere in grado di coprire un volume accettabile per essere credibile – sicuramente, date le stime CRAV, il settore dei farmaci potrebbe essere appetibile da questo punto di vista; vanno implementate le strutture capaci di gestire tali volumi, gli applicativi, sia in termini di ERP, sia in termini verticali perché in realtà non riusciremo ad avere una soluzione univoca per tutti gli ambiti e per tutte e tredici le aziende, soprattutto per il doppio ruolo di Azienda Zero come erogatore di servizio e holding. Ci sarà bisogno di due anni per gestire tutta la parte organizzativa e di change management per poter realizzare questo tipo di soluzione.



## **4 – L’INTEGRAZIONE DELLE ANAGRAFICHE E LE PROBLEMATICHE RELATIVE AI DATI – LE ATTIVITÀ DEL GdL 3.**

L’attività di ricognizione delle situazioni attuali per ogni ambito specifico dei cinque GdL sopra descritti è proseguita fino al mese di novembre 2017: dopo un’approfondita analisi dei contesti di riferimento nei cinque ambiti e delle possibili evoluzioni future, non escludendo a questo fine confronti con altre esperienze benchmark riportate da altre Regioni italiane, la decisione da parte del Management è stata quella di sospendere temporaneamente l’attività operativa di alcuni GdL per far proseguire i lavori attraverso l’attività di un gruppo ristretto con l’obiettivo di definire le dimensioni di un capitolato di gara per il Sistema Gestionale Contabile di Azienda Zero.

Sono però continuate le analisi dei GdL 3 “Contabilità analitica 1 – sviluppo anagrafiche, mappa dei centri di responsabilità e unità organizzative” successivamente diventato “Mappa delle strutture organizzative per la rilevazione di costi e attività” e GdL 4 – “Contabilità analitica 2 – reporting: consumi, personale, attività” diventato poi “Reporting Direzionale e gestionale”.

Non a caso si è scelto di dare spazio all’attività del GdL 3: più volte nel corso di questa trattazione è stato ribadito il valore e l’importanza della omogeneizzazione delle anagrafiche in un processo come questo di integrazione ed interrelazione dei sistemi informativi amministrativo-contabili, argomento centrale trattato da questo Gruppo di Lavoro.

### **4.1 La anagrafica dei centri di costo – Studio e analisi di soluzioni già presenti nelle Aziende ed Enti del SSR del Veneto**

La prima anagrafica ad esser stata studiata dal GdL 3 negli incontri iniziali è stata quella dei Centri di Costo – CdC. Questi incontri si sono tenuti a ridosso della conclusione delle due giornate del mese di giugno a Ca’ Foscari, quindi prima dell’emanazione da parte della Giunta Regionale delle linee guida per la redazione dei nuovi Atti Aziendali degli enti del SSR Veneto (DGRV 1306 del 16.08.2017).

In questo contesto normativo ancora incerto si è cercato di indagare un altro strumento già esistente da poter utilizzare come traccia per la definizione degli strumenti di gestione della mappa unica regionale delle strutture organizzative – centri di responsabilità e centri di costo delle Aziende Sanitarie.

La valutazione è stata svolta sull’applicativo informatico AREA per il Monitoraggio della Rete di Assistenza (MRA), attualmente in uso presso le strutture regionali e le Aziende Sanitarie del SSR Veneto; tuttavia dopo le verifiche svolte, nonostante una valutazione positiva di adeguatezza e adattabilità dello strumento, la soluzione prescelta è stata valutata come non percorribile in quanto è risultata mancante della configurazione di alcuni aspetti essenziali riguardanti i centri di costo, come gli ambiti dei Servizi Professionali o Tecnico Amministrativi, ed il suo utilizzo non è sufficientemente diffuso.

Si è optato dunque per una definizione ex novo di una mappa unica regionale delle strutture organizzative,

basata sull'individuazione della logica e delle dimensioni della mappa stessa per centri di responsabilità, centri di costo e sedi. Gli output previsti, erano la definizione di:

1. Mappa unica regionale delle strutture organizzative (centri di responsabilità, centri di costo, sedi);
2. Linee guida operative per la sua implementazione e gestione della mappa unica regionale;
3. Definizione del modello organizzativo per la gestione della mappa (centri di responsabilità, centri di costo, sedi);
4. Requisiti funzionali e specifiche tecniche per il sistema unico informatizzato (flussi dati, controlli automatici, ecc.).

## **4.2 Individuazione della logica e delle dimensioni della mappa unica regionale (centri di responsabilità, centri di costo, sedi).**

### **4.2.1 Validazione delle dimensioni dei centri di costo della struttura organizzativa Ospedale, Territorio, Prevenzione, Servizi Professionali Tecnico Amministrativi**

Conclusa la prima fase di ricognizione dell'esistente con l'esclusione del software AREA utilizzato per il Monitoraggio della Rete di Assistenza (MRA) come possibile "gestore" delle anagrafiche e la conseguente scelta di alimentarlo in futuro attraverso i nuovi modelli individuati con la mappa unica regionale, si è iniziato ad entrare più nel vivo della questione, cominciando ad indagare quali fossero concretamente le strutture organizzative impiegate nelle Aziende Sanitarie.

Da una prima analisi è emerso che a livello di sistema centrale vengono utilizzate diverse anagrafiche spesso indipendenti l'una dall'altra, operanti per compartimenti stagni, mentre nelle Aziende Sanitarie sono presenti anagrafiche più specifiche aderenti ai contesti particolari sia per forma che per contenuti.

Una tale variopinta situazione attuale può comunque essere generalizzata raggruppando le differenti anagrafiche in uso nei tre gruppi più ampi delle anagrafiche organizzative, delle anagrafiche gestionali (che al momento risultano entrambe indipendenti nelle singole Aziende) e delle anagrafiche dei punti fisici (attualmente senza identità propria ma riconducibile al sistema Area-MRA) comprendenti l'organizzazione dei singoli centri di costo.

Relativamente ai centri di costo, già nella discussione preliminare avvenuta durante l'Open Day a Ca' Foscari era emersa la problematica della molteplicità delle casistiche e delle definizioni delle singole "foglie", dovuta specialmente alle diverse contingenze a cui le Aziende devono far fronte singolarmente, che sia per richiesta di un singolo medico o per esigenze concrete significative.

Per quanto riguarda i contenuti dei tre diversi gruppi suddetti (Centri di Responsabilità, Centri di Costo, Sedi), l'elenco delle UOC/UOSD e UOS<sup>22</sup> che costituisce l'anagrafica organizzativa proviene dagli Atti Aziendali delle Aziende Sanitarie, mentre ad oggi la definizione della anagrafica gestionale con l'individuazione della mappa dei Centri di Costo è oggetto di costruzione da parte del GdL 3; quest'ultimo,

---

<sup>22</sup> Unità Operativa Complessa, Unità Operativa Semplice Dipartimentale, Unità Operativa Semplice.

in una fase successiva dei lavori, dovrebbe poi provvedere in collaborazione con il GdL 5 – “Supply chain: logistica dei beni di consumo – materiali sanitari e non sanitari” anche alla ridefinizione dell’anagrafica dei punti fisici, attraverso la creazione un modello standard da implementare nei diversi Enti del SSR Veneto. Partendo da questo schema, è stata tracciata una prima idea di sistema unico di gestione delle anagrafiche. Nella visione futura della “Nuova Anagrafica” ipotizzata dal GdL 3, le tre anagrafiche ed i rispettivi contenuti, verrebbero quindi integrati secondo un nuovo modello; la “Nuova Anagrafica” dovrebbe poi andare ad alimentare con i dati confluiti anche il software Area del sistema MRA, dove in uso e per le parti in cui esso presenta lacune.

#### 4.2.2 L’anagrafica dei Centri di Costo

L’approccio di ridefinizione dell’anagrafica gestionale dei Centri di Costo ha previsto la sua suddivisione per aree, concentrando l’attenzione di ogni incontro di discussione del GdL 3 prima sulla proposta di modello e poi sulla validazione dell’output prodotto. Le macro-aree individuate sono Ospedale, Territorio, Prevenzione e Servizi Professionali Tecnico Amministrativi (professioni sanitarie, servizi amministrativi, tecnici e di staff).

Si è cominciato con l’analisi della sezione Ospedale, che ha fatto dunque da primo banco di prova anche per la metodologia di lavoro poi riproposta. Il proposito iniziale del GdL era quello di ottenere come output una griglia contenente ad un primo livello di dettaglio (livello 1) l’elenco dei diversi Centri di Responsabilità - CdR riconosciuti nelle Aziende Sanitarie per poi procedere in un secondo livello (livello 2) ad un dettaglio maggiore, collegando ai CdR gli afferenti Centri di Costo – CdC.

Proseguendo nella discussione però si è poi optato per un’inversione della logica, preferendo concentrarsi principalmente sulla definizione dei CdC e da essi far conseguire il livello 1 dei CdR derivante dalla anagrafica Organigrammi, che per quanto riguarda l’Ospedale è definita dalla DGRV 2122/2013.

La spiegazione di questa inversione la si ritrova nella volontà di operare in maniera più aderente possibile al mandato di Azienda Zero: la questione cruciale è di fatto la costruzione di un’anagrafica che sia omogenea al livello di dettaglio più adeguato possibile ad ottenere poi un attendibile quanto utile consolidamento a livello centrale dei dati contabili prodotti, ergo il dettaglio dei Centri di Costo. Da sottolineare che comunque anche la denominazione dei CdR infine dovrà risultare univoca all’interno delle Aziende.

Riducendo la cosa ai minimi termini, si è preferito dare in primis una definizione dei contenuti all’interno delle “scatole” rappresentate dai CdR, in modo che una volta organizzati questi contenuti (i CdC), poca importanza ha poi la scatola in cui si trovano, l’importante è invece che siano riconducibili alla medesima area (Ospedale, Territorio, Prevenzione, Servizi Professionali Tecnico Amministrativi e Staff), dando così la possibilità alle singole Aziende Sanitarie di adattare, di costumizzare anche in base alla rispettiva “tradizione organizzativa interna”, la distribuzione dei vari centri di costo, pur mantenendo la rispondenza alle successive esigenze di integrazione e consolidamento contabile.

**Tabella.2 – modello elenco CdC per struttura organizzativa**

| 1 Liv | 2 Liv | DESCRIZIONE | 3 liv | Note |
|-------|-------|-------------|-------|------|
| CdR 1 | CdC 1 | abcd        |       |      |
|       | CdC 2 | xyz         |       |      |
|       | ...   | ...         |       |      |
| CdR 2 | CdC 1 | abcd        |       |      |
|       | CdC 2 | xyz         |       |      |
|       | ...   | ...         |       |      |
| ...   |       |             |       |      |
|       |       |             |       |      |
|       |       |             |       |      |
|       |       |             |       |      |

In **Tabella.2** è illustrato il modello della griglia in cui poi sono stati inseriti i CdC individuati (livello 2), che poi le singole Aziende faranno afferire alla propria distribuzione dei CdR. La terza colonna, intitolata “descrizione”, è stata pensata per essere compilata in seguito alle sperimentazioni del modello proposto di cui si parlerà a breve; la colonna successiva inerente ad un Livello 3 di ulteriore dettaglio è stata inserita ma non è ancora stato definito il contenuto da inserirvi, questo verrà individuato se necessario e comunque successivamente alle sperimentazioni all’interno delle aziende ma sarà un livello “analitico” e gestito direttamente dalle Aziende senza necessità di essere omogeneo o gestito a livello centrale. Per quanto riguarda la metodologia operativa, in seguito alla produzione di ogni proposta di CdC è stato affidato ai singoli membri del GdL di applicare in via sperimentale nelle rispettive Aziende la nuova organizzazione: questa è quindi stata sovrapposta in via teorica a quella in uso ed è stata sottoposta all’esame congiunto dei colleghi in modo da poterne evidenziare le incompatibilità e le criticità che sarebbero potute insorgere una volta applicato concretamente il nuovo modello.

Come traccia per la definizione delle nuove mappe sono state utilizzate le “Linee Guida per la predisposizione dell’Atto Aziendale” delle Aziende Sanitarie, approvate con DGR del 16 agosto 2017 n. 1306 i cui allegati interessano nello specifico le diverse aree organizzative: le criticità maggiori sono derivate proprio dalla necessità di adeguamento alle Linee Guida in quanto la maggior parte delle Aziende aveva già iniziato autonomamente i propri lavori di rinnovo organizzativo e di compilazione dei nuovi Atti Aziendali, così da non ritrovare poi corrispondenza in alcuni casi nella norma approvata.

Altri elementi di complessità, emersi in particolare durante la definizione delle strutture del Territorio, hanno riguardato il fatto che ogni Distretto e quindi ogni ex-ULSS poteva essere caratterizzato dal maggior volume di erogazione di un servizio piuttosto di altri, venendosi così a configurare una sorta di specializzazione che ha causato il proliferare di attività – pertanto Centri di Costo – in settori specifici della Sanità o ancor di più del Sociale. Queste differenze hanno in alcuni casi addirittura “ingolfato” la discussione circa l’omogeneizzazione per l’assenza di determinate attività in alcuni centri o per le definizioni

discordanti di altri servizi.

Esempio concreto è rappresentato dai servizi di residenzialità e/o semiresidenzialità per i disabili o per gli anziani, dalla gestione dei centri diurni per i disabili o per la sanità mentale, che sono gestiti secondo una molteplicità di approcci differenti e conseguente disponibilità di strutture da parte delle diverse ULSS; altro esempio che ha fornito occasione di approfondita discussione è stato quello sempre inerente all'area del Territorio riguardante l'Équipe Adozioni e Affidi, servizio ampiamente sviluppato nei Distretti del vicentino per la rilevanza che detiene non soltanto a livello provinciale, a differenza delle zone di competenza di altre Aziende ULSS dove riveste un ruolo più marginale.

La compilazione della colonna "Livello 2" è terminata nel mese di dicembre 2017 dopo le necessarie modifiche successive apportate alla parte riguardante i Centri di Costo individuati nell'area Ospedale; nonostante le modifiche è stato prodotto con successo l'output previsto, validando l'intera griglia comprendente le dimensioni individuate per i Centri di Costo delle quattro strutture organizzative descritte nelle "Linee Guida per la predisposizione dell'Atto Aziendale" – Ospedale, Territorio, Prevenzione, Servizi Professionali Tecnico Amministrativi e Staff.

#### 4.2.3 La definizione della mappa unica regionale delle strutture organizzative

Con la conclusione della compilazione della colonna della griglia titolata "Livello 2" si sono poste le basi per procedere alla definizione del successivo output intermedio ossia la descrizione dei contenuti dei CdC individuati attraverso la stesura definitiva della colonna titolata "Descrizione"; la descrizione in questione dovrà essere principalmente di contenuto tecnico, andando ad esaminare nelle situazioni concrete l'implementazione sperimentale dell'intera mappa.

Al momento è già cominciata in back-office una prima parziale sperimentazione, portata avanti dai componenti del GdL 3; sperimentazione parziale per due motivi: il primo perché questa prima applicazione verrà condotta unicamente nelle Aziende Sanitarie a cui appartengono i membri del GdL, il secondo perché nelle Aziende in questione non verrà applicata l'intera griglia, ma solo la parte riguardante una determinata struttura organizzativa, in modo da poter ottenere dei feedback iniziali già in tempi rapidi che poi potranno indirizzare le azioni successive.

La sperimentazione è stata così organizzata:

- struttura organizzativa Ospedale: Azienda Ospedaliera di Padova;
- struttura organizzativa Territorio: Azienda ULSS 3 Serenissima ed Azienda ULSS 6 Euganea;
- struttura organizzativa Prevenzione: Azienda ULSS 8 Berica;
- struttura organizzativa Servizi Professionali Tecnico Amministrativi: Azienda ULSS 8 Berica.

Per quanto riguarda invece la definizione della prima colonna della griglia – quella inerente al Livello 1 dei Centri di Responsabilità – conseguentemente alla scelta metodologica di andare ad indagare principalmente il livello di dettaglio maggiore dei Centri di Costo, questa verrà compilata in seguito

all'integrazione della matrice prodotta con l'anagrafica degli organigrammi presente negli Atti Aziendale delle Aziende Sanitarie.

## 5 – IL FASCICOLO AMMINISTRATIVO CONTABILE ELETTRONICO REGIONALE – PROGETTO FACEr

### 5.1 La terza via

A conclusione della prima fase decisionale inaugurata in occasione dell'Open Day, in seguito alle già descritte occasioni interlocutorie con i fornitori IT e alle risultanze preliminari ottenute dalle attività dei Gruppi di Lavoro interni al Cantiere SIAC – Sistema Informativo Amministrativo Contabile individuati dal Decreto del Commissario di Azienda Zero n. 182/2017, è stata indicata come “terza via” di sviluppo per l’attuazione della riforma del SSR Veneto e l’avviamento di Azienda Zero quella riportata sotto l’etichetta di “Soluzione Fascicolo”.

Ciò ha conseguentemente comportato l’esclusione l’ipotesi di utilizzo del modello ERP unico per i già approfonditi elementi di complessità ad esso intrinseci, come la dilatazione dei tempi di aggiudicazione e l’impossibilità di implementazione fruttuosa nel breve-medio periodo.

Ciò premesso, con Decreto del Commissario di Azienda Zero datato 26 giugno 2017 n. 108, si è riconosciuto nel Consorzio Arsenà.IT il soggetto più adatto cui demandare le attività di studio e di ricerca in questo ambito di integrazione amministrativo-contabile.

Arsenà.IT – Centro Veneto Ricerca e Innovazione per la Sanità Digitale è il consorzio volontario delle nove Aziende Sanitarie, delle due Aziende Ospedaliere, dell’Istituto Oncologico Veneto (IOV) e dell’Azienda Zero del Sistema Sanitario Regionale della Regione Veneto. Durante gli anni di attività nel campo della sanità digitale e dell’eHealth, Arsenà.IT ha maturato competenze specifiche di carattere tecnico-scientifico, oltre che gestionale e amministrativo, supportando e corrispondendo prestazioni e servizi alle Aziende consorziate in un’ottica multi-attore di gestione del cambiamento.

Il ruolo di Arsenà.IT ha assunto particolare rilevanza nella progettazione e nel coordinamento del progetto da cui queste discussioni hanno preso le fila – il progetto del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale FSEr, come già è stato ricordato – promuovendo la creazione di uno spazio comune di dialogo e condivisione tra gli enti del SSR Veneto ed i loro stakeholders.

Dal punto di vista del processo decisionale è stato proprio questo modello partecipato che si è voluto replicare nella definizione delle strade percorribili per l’ambizioso progetto di integrazione amministrativa delle Aziende Sanitarie.

Con Decreto successivo del Commissario di Azienda Zero del 15 dicembre 2017 n. 369 viene quindi approvato il progetto preliminare del Fascicolo Amministrativo Contabile Elettronico regionale – FACEr e affidato al Consorzio Arsenà.IT il suo sviluppo in particolare per quanto riguarda le attività di studio e di ricerca di un modello per il sistema contabile gestionale unico regionale; questo dovrebbe prevedere l’integrazione dei sistemi informativi amministrativo-contabili in uso negli enti e nelle Aziende Sanitarie Venete, fornendo altresì in forza dell’esperienza acquisita con il Progetto FSEr “*modelli di riferimento per il*

coordinamento dei gruppi di lavoro interaziendali con competenze tecniche e di processo e per la predisposizione di documenti relativi alle specifiche tecniche del sistema contabile gestionale unico regionale<sup>23</sup>

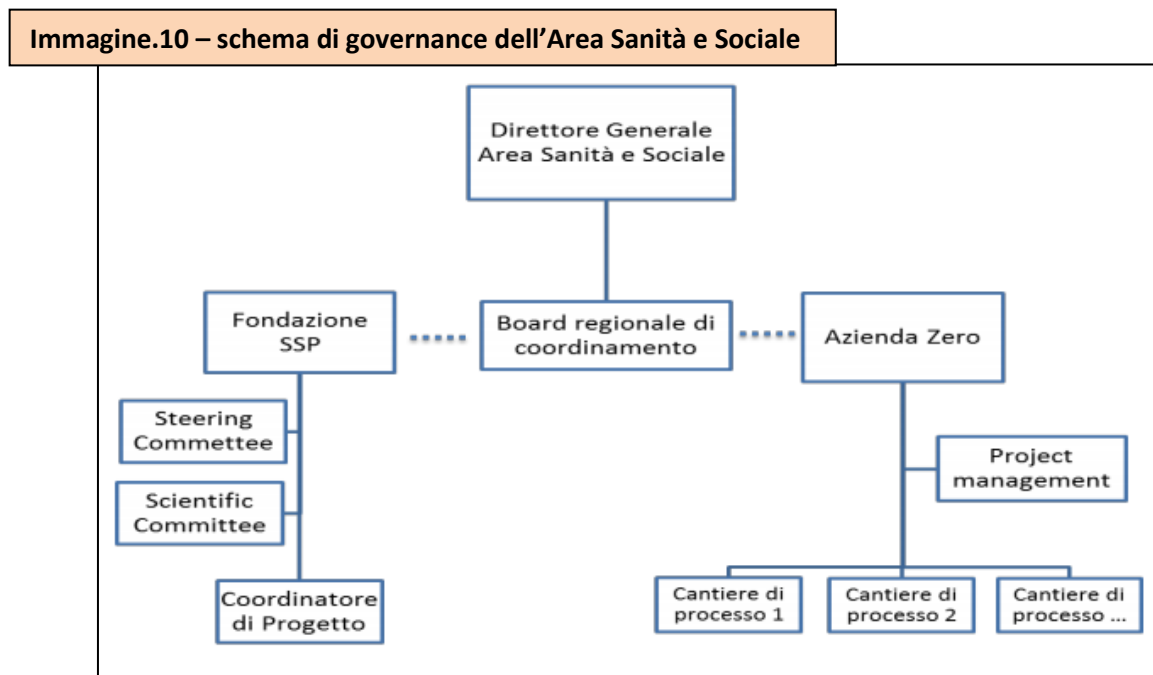
## 5.2 Il Fascicolo Amministrativo Contabile regionale – Progetto preliminare

### 5.2.1 L'Organizzazione

Il Progetto FACEr mira alla creazione di un modello federato di integrazione dei sistemi informativi amministrativo-contabili in uso nelle Aziende Sanitarie, il quale renderebbe loro possibile l'interfaccia e gli scambi di flussi informativi tra esse e con Azienda Zero.

Nel decreto di approvazione del Progetto preliminare (di seguito anche come ALLEGATO A al Decreto del Commissario di Azienda Zero n. 369/2017) viene esplicitata la funzione propedeutica delle attività svolte dai Gruppi di Lavoro previsti ex DGR 2296/2017 e la volontà di riadattare il modello organizzativo già sperimentato nel Progetto FSEr (rif. **Immagine.3**)

Come visibile in **Immagine.10**, all'interno dell'ambito di competenza dell'Area Sanità e Sociale, con la partecipazione del Comitato dei Direttori Generali delle Aziende del SSR Veneto, viene definito il Board regionale con funzione puntuale di coordinamento tra: gli indirizzi regionali (coinvolgendo direttamente al suo interno il livello regionale e le direzioni generali delle Aziende), il parallelo supporto del progetto formativo di change management demandato alla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica ed il progetto di riorganizzazione e reingegnerizzazione dei processi tecnico-amministrativi.

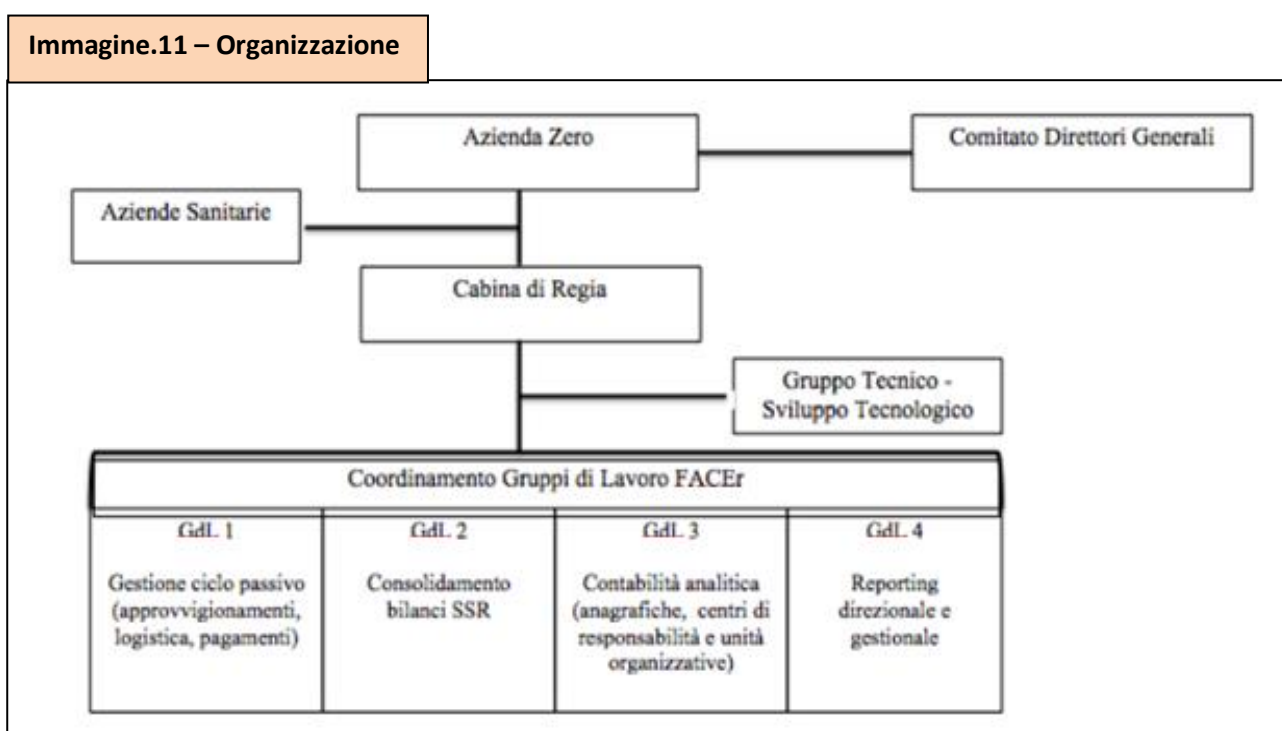


Fonte: DGR del 15 febbraio 2017 n. 2296 – Allegato 2

<sup>23</sup> Fonte: Decreto del Commissario di Azienda Zero del 15 dicembre 2017 n. 369

I rami sottostanti al blocco in cui è presente Azienda Zero rimandano esattamente a quanto esposto in **Immagine.9**: la presenza di una cabina di regia che ritrova interlocutore principale nel gruppo di coordinamento dei cantieri; tra questi è inserito il cantiere SIAC-Sistema Informativo Amministrativo Contabile, anch'esso suddiviso negli ulteriori cinque cantieri di processo (Gruppi di Lavoro) che hanno avviato inizialmente le attività di analisi dell'esistente.

Con il proseguire dei lavori sono però state apportate delle modifiche all'organizzazione, come da **Immagine.11**, in particolare il confluire del primo e del quinto GdL in un nuovo multitematico GdL responsabile delle analisi riguardanti la gestione delle fasi dell'intero ciclo passivo (approvvigionamenti, logistica, pagamenti).



Fonte: Decreto del Commissario di Azienda Zero del 15 dicembre 2017 n. 369 – Allegato A

Il Progetto preliminare del FACEr prevede una organizzazione in cui vi è un'attività continuativa di project management da parte di Arsenà.IT, che fungerà anche da raccordo sugli sviluppi tecnici in itinere, tra i Gruppi di Lavoro ed il livello direzionale riguardanti gli step progettuali, definiti in via assolutamente non definitiva dato l'elevato carattere evolutivo del Progetto.

Gli step progettuali sono stati suddivisi in due fasi di realizzazione: la prima prevedrebbe come output la stesura delle specifiche tecniche della soluzione applicativa, mentre la seconda riguarderebbe proprio lo sviluppo di quest'ultima attraverso la progettazione dei sistemi informativi e la realizzazione del prototipo. Nel decorso delle fasi progettuali risulta fondamentale il supporto del gruppo tecnico formato da personale

di Azienda Zero, di Arsenà.IT, di Università Ca' Foscari e da altri professionisti in ambito di sviluppo IT, in staff alla cabina di regia.

Le linee di attività previste dal progetto preliminare del FACEr compongono quindi gli ambiti di intervento e di analisi dei Gruppi di Lavoro, costituiti ognuno da un responsabile appartenente ad Azienda Zero o ad un'altra delle Aziende Sanitarie, da un project manager di Arsenà.IT, da risorse di supporto tecnico e da personale delle Aziende Sanitarie, dunque che ne conosca intimamente la realtà e le dinamiche interne per garantire la validità di implementazione degli output prodotti; le linee di attività sono definite in prima istanza ex Decreto 369/2017 come riguardanti:

- La gestione delle fasi del ciclo passivo come approvvigionamenti, logistica e pagamenti;
- Le operazioni di consolidamento dei bilanci degli enti e delle Aziende Sanitarie del SSR Veneto;
- La ridefinizione dei moduli della contabilità analitica quali le anagrafiche, i centri di responsabilità e le unità organizzative;
- Le attività di reporting direzionale e gestionale

È comunque da tener sempre presente l'eventualità di modificazioni a tendere, che caratterizzano la natura evolutiva del Progetto FACEr, dovuta sia alla gestione organizzativa dei processi interni in continuo aggiornamento, sia ai possibili mutamenti normativi che ci si può aspettare nel contesto di riforma e rinnovo in cui si trova oggi il SSR Veneto.

I lavori dei GdL coordinati da Consorzio Arsenà.IT si sono dunque focalizzati sui cicli tipici del sistema informativo contabile riportati in **Immagine.12**, con l'obiettivo di uniformarne i processi interni e di scambio dei flussi informativi in vista della possibile futura integrazione attraverso appunto il Progetto FACER.



Fonte: Decreto del Commissario di Azienda Zero del 15 dicembre 2017 n. 369 – Allegato A

### 5.2.2. Il modello informativo

Obiettivo del Progetto FACEr non è soltanto l'omogeneizzazione e l'integrazione dei sistemi informativi al fine della comunicazione tra le singole Aziende Sanitarie, ma principalmente mira ad implementare il consolidamento a livello centrale regionale (da intendersi in Azienda Zero) dei flussi da esse provenienti; il modello elaborato da Arsenà.IT raccoglie quindi i processi degli scambi informativi, cercando di ricostruire una possibile nuova infrastruttura basata sul principio di interoperabilità dei diversi sistemi informativi amministrativo-contabili.

La nuova architettura informativa proposta assumerebbe dunque una forma federata, soluzione come già visto di gran lunga meno impattante nella realtà contingente delle singole Aziende Sanitarie rispetto ad un modello ad ERP unico, che permetterebbe loro di poter mantenere, previa aderenza ai nuovi standard individuati, i propri sistemi informativi amministrativo-contabili. Inoltre verrebbe a delinarsi la capacità di interscambio di dati e flussi con il sistema centrale di Azienda Zero, attraverso l'implementazione di una componente ESB (Enterprise Service Bus) regionale rappresentata appunto dal Fascicolo Amministrativo Contabile Elettronico regionale.

Diventa essenziale l'individuazione del ruolo di ESB in capo al FACEr, che fungerebbe quindi da middleware per la connessione e la trasmissione dei messaggi tra i diversi sistemi utilizzati dalle Aziende Sanitarie (servizi di routing), fornendo comuni standard di sicurezza per l'autorizzazione, l'autenticazione e il controllo degli accessi (servizi di login e di audit) così limitando notevolmente le connessioni point-to-point; queste al contrario prevedono l'implementazione dei servizi sia da parte del provider che da parte del client aumentando le possibilità di errore e il numero di eventuali falle.

Al FACEr competerebbe dunque *“l'implementazione di tutti i servizi necessari a garantire la ricezione, la validazione, la normalizzazione [...] e l'instradamento dei dati provenienti dagli applicativi dei nodi territoriali (ad oggi, molto spesso, applicativi stand-alone privi di interfacce verso l'esterno)”<sup>24</sup>*, garantendo parallelamente l'accesso e il coordinamento ai servizi che verrebbero poi forniti dall'applicativo centrale proprio di Azienda Zero – e.g. il consolidamento dei dati di bilancio, la gestione dei diversi flussi informativi per la parte amministrativo-contabile alimentati da sistemi omogenei di anagrafiche, integrazione dei dati sullo stato dei contratti e dei pagamenti, ecc.

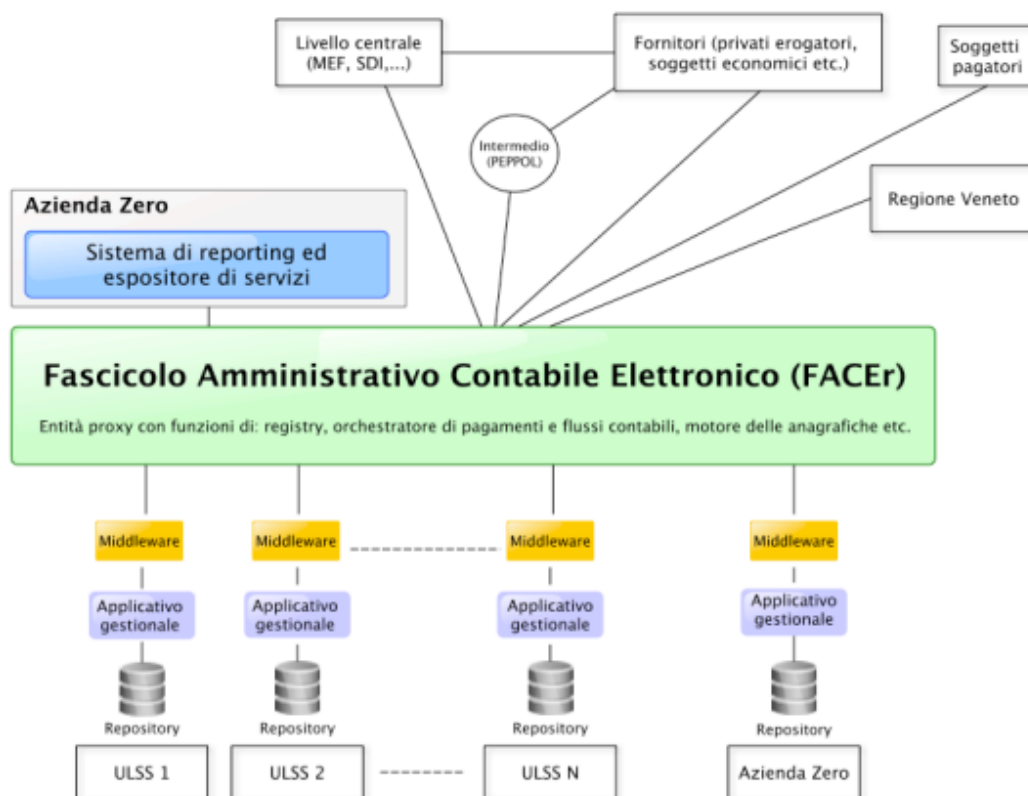
In questa organizzazione Azienda Zero rivestirebbe un ruolo peculiare di *“nodo unico di interscambio regionale”<sup>25</sup>*, andando teoricamente a rappresentare l'unico interlocutore diretto verso gli attori terzi, in primis Regione Veneto, ma anche nazionali come il MEF ed il SID e privati come i fornitori al momento di ordini di acquisto telematici, che verrebbero di fatto adeguati agli standard europei previsti dal sistema PEPPOL.

---

<sup>24</sup> Fonte: Decreto del Commissario di Azienda Zero del 15 dicembre 2017 n. 369 – Allegato A

<sup>25</sup> Fonte: Decreto del Commissario di Azienda Zero del 15 Dicembre 2017 n. 369 – Allegato A

**Immagine.13 – Modello architetturale del Progetto FACEr**



Fonte: Decreto del Commissario di Azienda Zero del 15 dicembre 2017 n. 369 – Allegato A

In **Immagine.13** viene rappresentato il sistema architetturale di interazione e scambio di flussi tra i diversi attori coinvolti come ideato dal Progetto FACEr preliminare redatto da Arsenà.IT – Centro Veneto Ricerca e Innovazione per la Sanità Digitale.

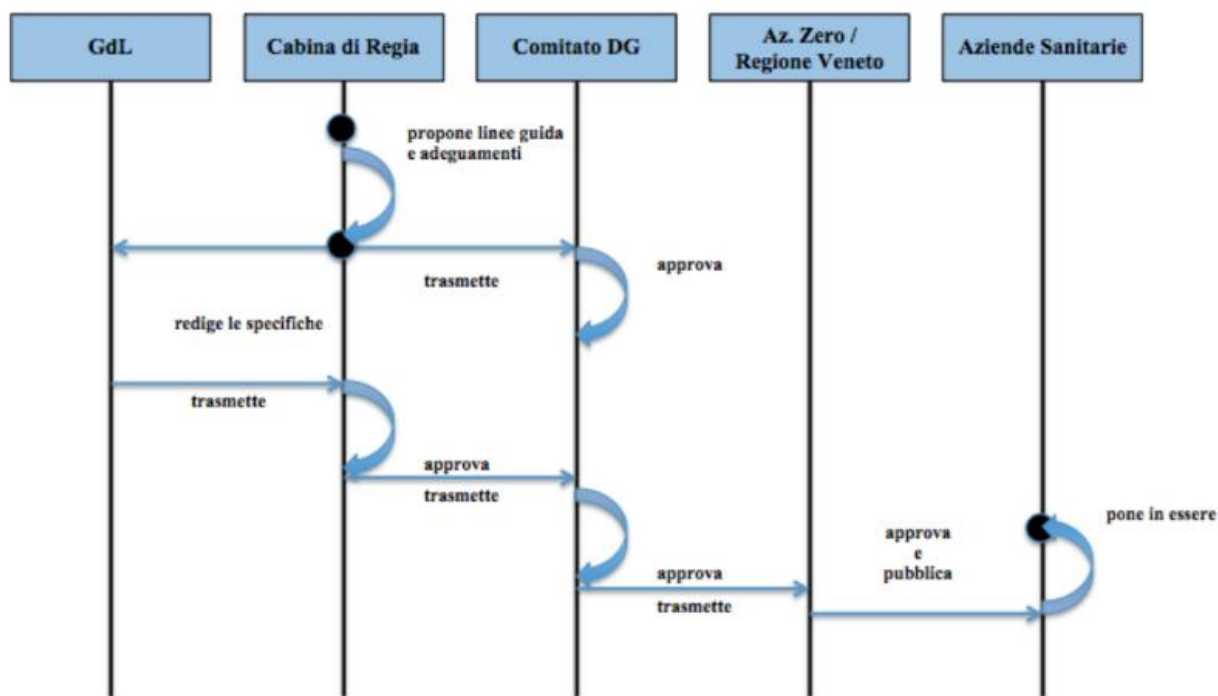
Al centro verrebbe a trovarsi il Fascicolo Amministrativo Contabile Elettronico regionale – FACEr, sito internamente ad Azienda Zero, il quale fungerebbe da middleware fornendo la possibilità di interfaccia con i differenti sistemi informativi amministrativo-contabili impiegati dalle Aziende Sanitarie del SSR Veneto, i quali vi trasmetterebbero (Azienda Zero compresa) i propri dati ed informazioni; questi flussi costituirebbero poi la base per la creazione di un sistema di reporting e di fornitura di servizi amministrativo-contabili di cui le Aziende Sanitarie sarebbero fruitori.

Dall'altro lato, in alto, vengono rappresentati gli attori altri che comunque intrattengono relazioni con le Aziende e gli enti de SSR Veneto, ma che non dovrebbero più interloquire direttamente con le singole Aziende potendo invece attingere le informazioni di cui necessitano all'interno del FACEr, indipendentemente dalla posizione originaria dei singoli dati disaggregati.

Relativamente allo studio delle dinamiche decisionali diventa molto interessante **Immagine.14**, in cui vengono rappresentate le modalità di intervento dei diversi attori all'interno dei processi, i workflow di

validazione e di attuazione, sia a livello micro per gli output intermedi prodotti, sia a livello macro per gli output delle fasi dello schema progettuale.

**Immagine.14 – Workflow di validazione ed attuazione**



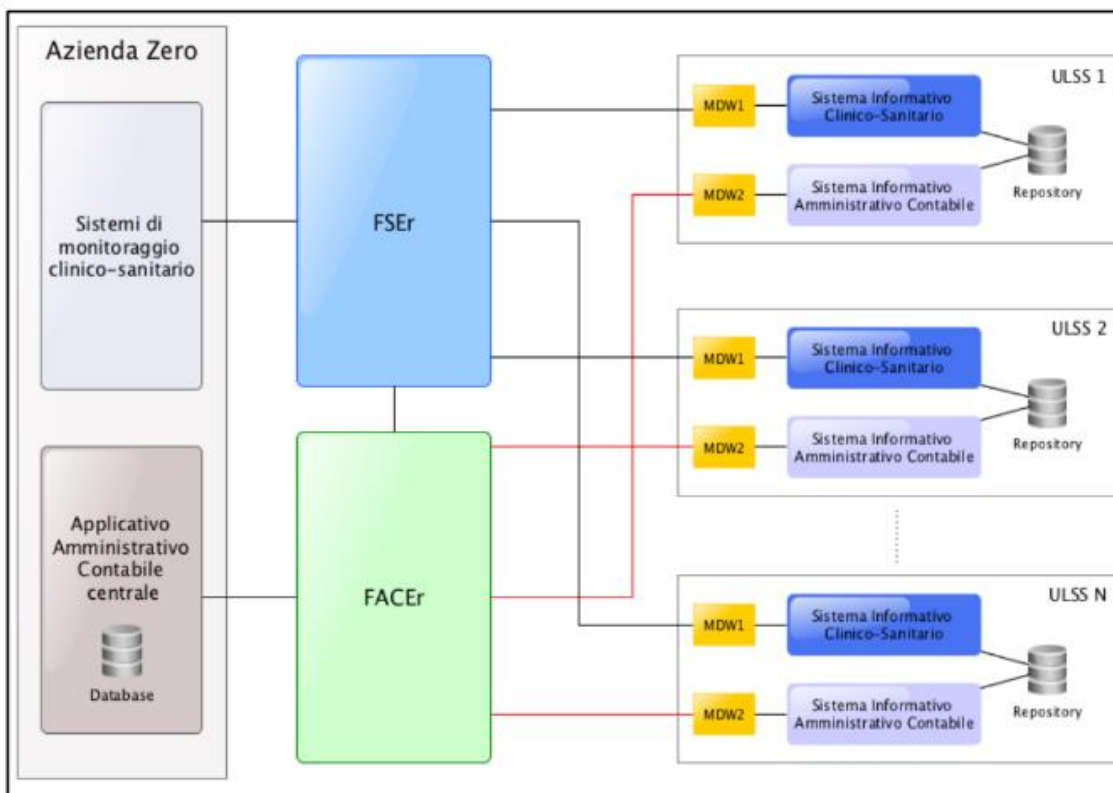
Fonte: Decreto del Commissario di Azienda Zero del 15 dicembre 2017 n. 369 – Allegato A

Dato il mandato regionale, I primi input provengono dalla Cabina di Regia coordinata con il Comitato dei Direttori Generali e spetta poi ai singoli GdL redigerne le specifiche tecniche, che dopo sperimentazione e validazione vengono ritrasmesse alla cabina di regia stessa; questa dopo una prima approvazione trasmette l'output prodotto al Comitato dei Direttori Generali che procede con una seconda approvazione e trasmissione ad Azienda Zero e a Regione Veneto. Approvati in via definitiva i risultati prodotti dai GdL e posti al vaglio successi della Cabina di Regia e del Comitato dei Direttori Generali, si procede alla pubblicazione perché possano essere implementati dalle singole Aziende Sanitarie nelle rispettive realtà organizzative e gestionali.

### 5.2.3 Le interazioni con il FSEr

Continuando sulla scia del raffronto tra Progetto FACEr ed il suo precedente Progetto FSEr, merita un'ultima menzione anche il rapporto che verrebbe ad intercorrere tra essi, data anche la medesima ubicazione logica in Azienda Zero, come da **Immagine.15**.

Immagine.15 – le infrastrutture FACEr e FSEr nel contesto sanitario di Regione Veneto



Fonte: Decreto del Commissario di Azienda Zero del 15 dicembre 2017 n. 369 – Allegato A

Al FESr compete principalmente la gestione dei sistemi informativi clinico-sanitari interni alle Aziende Sanitarie tramite la raccolta e l'integrazione delle informazioni che sono poi trasmesse sistemi di monitoraggio interni ad Azienda Zero. In Azienda Zero andrebbe però ad ubicarsi anche l'applicativo del Fascicolo Amministrativo Contabile Elettronico regionale, che diventerebbe responsabile della raccolta dei dati di tipo amministrativo-contabile, i quali possono certamente trovare un riscontro nei dati di erogazione di servizi socio-sanitari da parte delle Aziende Sanitarie – ad esempio per quanto riguarda i volumi di erogazione di determinate prestazioni collegandole alla necessità di un certo valore delle scorte o all'impiego di una sede adeguata.

Compatibili oltre che per ubicazione anche per architettura, in quanto entrambi i Fascicoli presentano una strutturazione di tipo federato, la loro interazione diventa fruttuosa nel momento in cui si vanno ad indagare le informazioni che possono fornire, non semplicemente i dati che ivi vengono raccolti, fungono da reciproco supporto informativo trasversale.

## CONCLUSIONI

Terminata come abbiamo visto tutta la prima fase di ricognizione e di analisi dell'esistente, al momento il commitment di Regione Veneto – Azienda Zero ha in mano il Progetto preliminare del FACEr e si è iniziato a lavorare per proseguire con l'implementazione e la produzione degli output relativi agli step successivi, come indicati in **Tabella.3**.

**Tabella.3 – GANTT delle fasi progettuali**

| FASE                                 | FASE I                |                     |        |                     | FASE II              |            |       |       |
|--------------------------------------|-----------------------|---------------------|--------|---------------------|----------------------|------------|-------|-------|
|                                      | TRIM 1                | TRIM 2              | TRIM 3 | TRIM 4              | TRIM5                | TRIM6      | TRIM7 | TRIM8 |
| 1) Definizione progetto esecutivo    | progetto esecutivo    |                     |        |                     |                      |            |       |       |
| 2) Definizione specifiche funzionali | specifiche funzionali |                     |        |                     |                      |            |       |       |
| 3) Definizione specifiche tecniche   |                       | specifiche tecniche |        |                     |                      |            |       |       |
| 5) Acquisizione sistemi              |                       |                     |        | acquisizioni fase I | acquisizioni fase II |            |       |       |
| 6) Avviamento prototipi              |                       |                     |        |                     |                      | avviamenti |       |       |

Fonte: Decreto del Commissario di Azienda Zero del 15 dicembre 2017 n. 369 – Allegato A

Ciò che ad oggi effettivamente si trova sul tavolo dei decisori è una discussione per nulla banale sulla definizione dei confini dell'ambito di applicazione del FACEr: a prima vista questo potrebbe sembrare un tema di semplice risoluzione in quanto il Progetto preliminare – decreto n. 369/2017 – già individua quali saranno a tendere le linee di attività del Fascicolo Amministrativo Contabile Elettronico regionale. Tuttavia gli elementi di maggiore complessità sono rappresentati dalla molteplicità dei processi interni ai singoli cicli del sistema informativo amministrativo contabile (ciclo passivo, ciclo attivo, tesoreria, programmazione e controllo, patrimonio e bilancio), tanto più che alcuni di questi processi hanno natura trasversale, e.g. il processo dei pagamenti ha risvolti non solo all'interno del ciclo passivo, oppure il ciclo della tesoreria influenza i processi sia del ciclo attivo che del ciclo passivo. Si pone quindi la questione di definire i criteri per la loro omogeneizzazione e in che modo questi processi possono essere inseriti in maniera efficace, ma soprattutto efficiente, all'interno del FACEr.

Altra criticità riguarda le attività e gli output dei gruppi di lavoro: alcuni di questi hanno iniziato con le prime sperimentazioni ed i loro prodotti saranno elementi che infine confluiranno all'interno del Fascicolo; bisogna però interrogarsi sull'utilità di un accentramento verticale degli output, dunque per singolo GdL, o piuttosto di un accentramento parziale ma che prosegua in parallelo con risultati intermedi provenienti da tutti i GdL, per evitare poi di avere elementi accentrati ma che mantengono dirette interazioni con prodotti di altri GdL non ancora all'interno del FACEr.

È importante soffermarsi su questi argomenti perché diventano essenziali alla definizione dalla fase

successiva a quella del Progetto preliminare, la stesura del Progetto esecutivo del Fascicolo Amministrativo Contabile Elettronico regionale. Questo dovrà esporre gli elementi di contesto, analizzati a partire dai lavori dei GdL del cantiere SIAC, i risultati attesi, i confini dei processi che vi verrebbero accentrati, la metodologia utilizzata, le fasi, le tempistiche, e via dicendo.

Sempre in funzione del Progetto esecutivo c'è da considerare anche la possibilità che in futuro l'ambito di applicazione del FACEr venga esteso pure agli altri cantieri progettuali interni ad Azienda Zero – Pagamenti ex L. 210/1992 emotrasfusi, autorizzazione all'esercizio, pagamento nidi e scuole dell'infanzia, PAC revisioni contabili, Sistema Informativo amministrativo contabile SIAC e pagamento soggetti accreditati (ex GdL1 del cantiere SIAC ma che ha acquistato dignità propria con il proseguire dei lavori), al momento non ricompresi nelle linee di attività ex decreto 369/2017.

Altro elemento centrale per gli sviluppi futuri del progetto è la nuova centralità di Azienda Zero a cui Regione Veneto ha delegato le funzioni gestionali in ambito socio-sanitario. A differenza dell'anno appena trascorso in cui sono partite le attività dei GdL ma non era ancora pienamente presente la figura di Azienda Zero, questa oggi sta effettivamente iniziando ad essere operativa, soprattutto grazie alle prime acquisizioni di personale proprio e non più "in prestito", potenziando così la propria organizzazione interna. Sullo sfondo resta comunque presente l'elevato grado di eterogeneità dei cicli interni alle nove Aziende Sanitarie, che continuano ad utilizzare metodologie e processi a volte ancora molto differenti non solo tra loro, ma addirittura al proprio interno nelle istanze delle ex Aziende ULSS accorpatesi – basti pensare che in alcune Aziende vengono tuttora impiegati sistemi informativi diversificati come avveniva in precedenza e su questo ancora bisognerà lavorarci.

Come si è visto, le Regioni italiane hanno risposto alle questioni poste dal d.lgs. del 23 giugno 2011 n. 118 utilizzando strumenti e metodologie differenti, anche in base alla propria tradizione di integrazione degli ambiti sanitario e sociale. Il progetto FACEr si inserisce a pieno titolo in questo contesto, all'interno del programma di riforma del Sistema Sanitario Regionale veneto condotto da Regione Veneto – Azienda Zero. Questo infatti è al momento lo strumento prescelto per rispondere alle esigenze di razionalizzazione ed ottimizzazione delle risorse impiegate, attraverso la creazione di nuove economie di scala grazie agli accorpamenti costituenti le nuove nove Aziende ULSS e alla creazione di Azienda Zero.

Non sono sfide semplici quelle che stanno e dovranno affrontare i decisori di concerto con tutti gli stakeholders coinvolti in questo progetto di profondo cambiamento, molto è certamente ancora in fase di definizione, ma già nei mesi scorsi si sono fatti dei passi avanti, è stata scelta una forma di accentramento federata per il nuovo sistema informativo amministrativo contabile delle Aziende del SSR Veneto e si sono iniziati a studiare gli strumenti e le loro caratteristiche; è stato prodotto il progetto preliminare del Fascicolo Amministrativo Contabile Elettronico regionale – FACEr già approvato e, ancora, entro il 2018 nuovi interessanti risultati sono attesi.





## INDICE DELLE IMMAGINI E DELLE TABELLE

|  |    |
|--|----|
| 1. LO SCENARIO ATTUALE. LE COMPLESSITÀ DECISIONALI. GLI ATTORI E LE RISORSE COINVOLTE .....                                  | 7  |
| Immagine.1 – struttura del SSR veneto ante 1.1.2017 .....  | 8  |
| Immagine.2 – scenario futuro. Ipotesi organizzazione .....   | 18 |
| Immagine.3 – organigramma del progetto FESr; i gruppi di lavoro .....  | 23 |
| Immagine.4 – infrastruttura FESr di scambio documentale .....  | 24 |
| Immagine.5 – sistema di monitoraggio FESr e obiettivi aziendali .....  | 25 |
| 2. LE SOLUZIONI DI RIFERIMENTO. IL CONFRONTO CON I FORNITORI DEI SISTEMI IT E GLI ATTORI DELLE<br>ISTITUZIONI NAZIONALI..... | 27 |
| Immagine.6 – Architettura del sistema.....   | 37 |
| Immagine.7 – Definizione delle specifiche.....   | 39 |
| Immagine.8 – Nuova governance per le ASL romane .....  | 50 |
| Tabella.1 – Applicativi in uso.....  | 51 |
| 3. LE PROBLEMATICHE ORGANIZZATIVE LEGATE AI PROCESSI .....   | 55 |
| Immagine.9 – Organizzazione cantiere sistema informativo amministrativo-contabile .....                                      | 55 |
| 4. L’INTEGRAZIONE DELLE ANAGRAFICHE E LE PROBLEMATICHE RELATIVE AI DATI  |    |
| – LE ATTIVITÀ DEL GdL 3.....   | 79 |
| Tabella.2 – Modello elenco CdC per struttura organizzativa .....   | 82 |
| Immagine.10 – Schema di governance dell’Area Sanità e Sociale .....  | 86 |
| Immagine.11 – Organizzazione .....   | 87 |
| Immagine.12 – I cicli del SIAC.....  | 88 |
| Immagine.13 – Modello architetture del progetto FACEr.....   | 90 |
| Immagine.14 – Workflow di validazione ed attuazione.....   | 91 |
| Immagine.15 - Le infrastrutture FACEr e FSEr nel contesto sanitario di Regione Veneto .....                                  | 92 |
| CONCLUSIONI .....  | 93 |
| Tabella.3 – GANTT delle fasi progettuali.....  | 93 |



## BIBLIOGRAFIA

- *Origini e storia del Sistema Socio Sanitario regionale* – Segreteria Regionale per la Sanità Direzione Controlli e Governo SSR, a cura del dott. Fabio Fuolega, Maggio 2012
- J.Valacich, C.Shneider, A.Carignani, A.Longo, L.Negri. ICT, SISTEMI INFORMATIVI E MERCATI DIGITALI. Pearson Ed., 2011. ISBN 9788871926124
- *Armonizzazione dei sistemi contabili. Guida alla lettura del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118 recante Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni e degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42 e successive modifiche.* – SNA Scuola Nazionale dell'Amministrazione, 2013
- L. Maran, E. Vagnoni, *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche*, Maggioli Editore, 2013
- F. de Santis, *ERP e strumenti di Business Intelligence: supporto gestionale e impatto organizzativo*, G. Giappichelli Editore, 2017

## Norme nazionali

- L. 23 dicembre 1978 n. 883
- D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502
- D.lgs. 7 dicembre 1993 n. 517
- D.lgs. 23 giugno 2011 n. 118
- D.pcm. 29 settembre 2015 n.178
- D.m. del 17 settembre 2012
- D.m. del 01 marzo 2013

## Regione Veneto

- L.R. 14 settembre 1994 n. 54
- L.R. 14 settembre 1994 n. 56
- L.R. 22 dicembre n. 26
- Dgr 30 dicembre 2016 n. 2296
- Decreto del Commissario di Azienda Zero del 29 dicembre 2017 n. 465
- DGR 16 agosto 2017 n. 1306 – “Approvazione Linee Guida per la predisposizione dell’Atto Aziendale” delle Aziende Sanitarie
- DGR 19 novembre 2013 n. 2122
- Decreto del Commissario di Azienda Zero dell’ 11 agosto 2017 n. 182

- Decreto del Commissario di Azienda Zero del 26 giugno 2017 n. 108
- Decreto del Commissario di Azienda Zero del 15 dicembre 2017 n. 369

#### Regione Lazio

- Decreto del Commissario ad Acta 22 febbraio 2017 n. U00052: ADOZIONE PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018
- Decreto del Commissario ad Acta 31 dicembre 2015 n. U00606
- L.R. 31 dicembre 2015 n. 17
- Decreto del Commissario ad Acta del 29 luglio 2015 n. U00369

#### Regione Emilia-Romagna

- Delibera Consiglio Regionale Emilia-Romagna 12 luglio 2017 n. 120: Il Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna
- Determinazione del Dirigente di INTERCENTER 16 novembre 2016 n. 307
- Procedura aperta per l'acquisizione di una piattaforma applicativa software e di servizi correlati per la gestione informatizzata dell'area amministrativa contabile (GAAC) delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna", allegato 4 – Capitolato Tecnico

#### Altri Documenti

Come accennato nell'introduzione a questo lavoro, parte dei materiali impiegati come fonte informativa sono stati ripresi dai contributi offerti dagli esperti relatori che si sono avvicendati nelle analisi condotte durante l'Open Day tematico sui nuovi sistemi informativi per la sanità veneta svoltosi all'Università Ca' Foscari di Venezia nei giorni 20 e 21 giugno 2017.

Al riguardo, gli interventi più significativi ai fini di questa trattazione sono stati quelli di:

- Bonin Mauro – ex Commissario di Azienda Zero (il cui mandato si è concluso il 31/12/2017)
- Salata Rossana – Azienda Zero
- Di Lorenzo Gianpaolo - PricewaterhouseCoopers
- dei rappresentanti delle società fornitrici IT (Macrì Pietro – Dedalus; Montermini Lorenzo – GPI; Volta Giuseppe – EID Nav-lab; Masotti Marcello e Favalli Federica – Santer Reply)
- Arsenà.IT - Centro Veneto Ricerca e Innovazione per la Sanità Digitale
- Campostrini Stefano – Ca' Foscari
- Di Pilla Federica – MeF
- Dei portavoce dei GdL formatisi in occasione dell'Open Day a Ca' Foscari – Azienda Zero e Azienda Ospedaliera di Padova

In qualità di esperti della materia, i loro interventi sono stati considerati come fonti primarie di raccolta dati ed informazioni.

## SITOGRAFIA

- <https://salute.regione.veneto.it/web/fser/farmacie/fascicolo-sanitario-elettronico>
- <http://www.consorzioarsenal.it/web/guest/progetti/fascicolo-sanitario-elettronico-regionale/il-progetto>
- <https://www.slideshare.net/RegioneLazio/programma-operativo-2016-2018>
- <http://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/aziende-sanitarie-irccs>
- [http://intercenter.regione.emilia-romagna.it/servizi-imprese/bandi-e-avvisi\\_new/bandi-chiusi/BANDO\\_GARA\\_PORTALE@218723](http://intercenter.regione.emilia-romagna.it/servizi-imprese/bandi-e-avvisi_new/bandi-chiusi/BANDO_GARA_PORTALE@218723)
- <http://intercenter.regione.emilia-romagna.it/notizie/2016/luglio/dialogo-tecnico-gaac/piattaforma-di-gestione-area-amministrativa-contabile-per-aziende-sanitarie-dialogo-tecnico>
- [http://servizissir.regione.emilia-romagna.it/deliberegiunta/servlet/AdapterHTTP?action\\_name=ACTIONRICERCADELIBERE&operation=downloadTesto&codProtocollo=GPG/2017/1462](http://servizissir.regione.emilia-romagna.it/deliberegiunta/servlet/AdapterHTTP?action_name=ACTIONRICERCADELIBERE&operation=downloadTesto&codProtocollo=GPG/2017/1462)
- <http://acg.regione.veneto.it/>