



CERISMAS

Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario

news

Numero 48

Settembre 2018

## INDICE

Progetti di ricerca	3
Formazione	5
Eventi	6
Le nostre pubblicazioni	6
Intervista ai nostri associati	7
Appuntamento al prossimo numero	8

## INTERNAL AUDIT: UNA RISPOSTA ALLA SINDROME DEL “DISTURBO DEL CONTROLLO MULTIPLO”

NELLE AZIENDE SANITARIE? di E. Cantù



**Progetti di ricerca**



**Formazione**



**Progetti sul campo**



**Eventi**

Recentemente, alcune regioni hanno imposto alle proprie aziende sanitarie di istituire la funzione di Internal Audit. In altre regioni sono state le singole aziende, in modo autonomo, a introdurre nel proprio organigramma il servizio di Internal Audit.

Ma cosa dovrebbe fare esattamente l'Internal Audit nelle aziende sanitarie? Quali strumenti e metodi dovrebbe utilizzare? Quale posizione dovrebbe occupare nell'organizzazione? Non rischia di burocratizzare ulteriormente le attività? Può effettivamente supportare la direzione aziendale nella prevenzione e nel governo dei rischi? E poi, quali tipologie di rischi, vista l'amplessissima gamma di rischi cui sono esposte le aziende sanitarie? E comunque, in un sistema già caratterizzato da una certa “ipertrofia” degli organi e delle funzioni di controllo, serve davvero aggiungere un altro “pezzo”? Questi sono i principali quesiti rispetto ai quali le direzioni aziendali si stanno interrogando e che sono emersi con evidenza tra i partecipanti alla prima edizione del corso a catalogo di CERISMAS sul tema del “Il sistema di audit interno nelle aziende sanitarie” (il programma della seconda edizione, già calendarizzata per il 26-27 marzo 2019, sarà consultabile a partire dal mese di novembre sul sito istituzionale di CERISMAS nell'area Formazione dedicata ai corsi elective).

Per cercare di rispondere, si può innanzi tutto ripercorrere l'esperienza delle imprese nelle quali la funzione di Internal Audit è nata e, nel tempo, si è profondamente trasformata. La funzione nasce inizialmente come “ispettorato”, finalizzato alla prevenzione e al controllo delle frodi ai danni dell'azienda. Successivamente assume anche compiti di controllo contabile, a supporto della società di revisione. Nel tempo il mandato si amplia ulteriormente; oggi si sostanzia nell'analisi e nella verifica di tutti i processi aziendali e nella valutazione dell'effettivo funzionamento e dell'adeguatezza del Sistema di Controllo Interno e di Gestione dei Rischi. Almeno in parte,

l'eterogeneità di percezioni, impostazioni e aspettative riguardo all'Internal Audit che si ritrova oggi nelle aziende sanitarie riflette proprio la natura cangiante della funzione nel corso del tempo.

La funzione di Internal Audit si è evoluta in stretta connessione con lo sviluppo del “Sistema di Controllo Interno” (SCI). Tale locuzione è priva di una chiara definizione legislativa e non risulta regolata, a livello di normativa primaria, da una disciplina di carattere generale. Secondo il Codice di Autodisciplina della Borsa Italiana (2015) il Sistema di Controllo Interno è l'insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione e il monitoraggio dei principali rischi. [...] Un efficace sistema di controllo interno e di gestione dei rischi contribuisce a una conduzione dell'impresa coerente con gli obiettivi aziendali.» Esso concorre ad assicurare «la salvaguardia del patrimonio sociale, l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali, l'affidabilità delle informazioni fornite agli organi sociali ed al mercato, il rispetto di leggi e regolamenti, nonché dello statuto sociale e delle procedure interne». In base a tale definizione, il Sistema di Controllo Interno ricomprende tutte le forme di controllo presenti in azienda: contabile; strategico; operativo; di conformità; anticorruzione; antifrode. Coinvolge quindi tutto il personale aziendale, seppure con ruoli diversi, attraverso:

- 1) controlli di primo livello: verifiche continue e sistematiche (comportamentali, procedurali, informatiche...), svolte sia da chi mette in atto una determinata attività, sia da chi ne ha la responsabilità di supervisione diretta, generalmente nell'ambito della stessa unità organizzativa o funzione;
- 2) controlli di secondo livello: attività di controllo periodiche effettuate da servizi preposti a specifiche aree / tematiche del sistema di controllo interno (servizio controllo di gestione, servizio qualità, dirigente preposto alla redazione dei documenti



contabili societari, ecc.);

3) controlli di terzo livello: attività tipica dell'Internal Audit, che deve fornire una generale *assurance* sul corretto funzionamento dei primi due livelli e dell'intero sistema di controllo interno, attraverso valutazioni indipendenti.

Quali caratteristiche e ruolo dovrebbe quindi svolgere l'Internal Audit nelle aziende sanitarie?

L'attività di Internal Audit non deve sostituire, né duplicare, né «spiazzare» i controlli già esistenti in azienda. Al contrario, sulla base di un approccio professionale sistematico (basato su standard, tecniche e procedure), l'Internal Audit: supervisiona l'adeguatezza del sistema di identificazione, misurazione, gestione, reporting dei rischi; stimola e monitora lo sviluppo delle attività di controllo di primo e secondo livello; offre supporto metodologico nella valutazione e gestione dei rischi; formula proposte di miglioramento delle procedure e dei controlli. Non deve, invece, rientrare nelle competenze dell'Internal Audit lo svolgimento di attività gestionali: determinazione del grado di propensione al rischio dell'azienda e imposizione di specifici processi di gestione dei rischi (di competenza della direzione aziendale); svolgimento di attività di controllo di primo e secondo livello (di competenza delle unità di line e di staff preposte); assunzione di decisioni inerenti le azioni da intraprendere per fronteggiare i rischi (di competenza del management). Sotto questo profilo, il lodevole desiderio di «dare un contributo incisivo» va talvolta arginato: sicuramente l'Internal Audit non può limitarsi a «evidenziare cosa non va»; non deve però nemmeno contribuire all'entropia aziendale svolgendo direttamente attività e controlli che sono affidati ad altri soggetti. Naturalmente, però, l'introduzione di una nuova funzione richiede un'implementazione graduale. Nella fase di introduzione, è quindi possibile limitare l'ampiezza del mandato a specifici ambiti (controllo contabile e/o di conformità e regolarità amministrativa e/o anticorruzione e anti-frodi), coerentemente con la quantità e qualità delle risorse di cui la funzione dispone. È inoltre possibile che assumano un ruolo prevalente alcune attività non gestionali, ma ti-

picamente consulenziali (sviluppo di strumenti di *risk assessment* e di modelli organizzativi di gestione dei rischi, analista dei rischi e dei controlli). Un *internal auditor*, quindi, più «consulente organizzativo multidisciplinare» (Dittmeier 2011: 26-27), che controllore. Basta che la fase di introduzione non si protragga in eterno: a regime, l'attività di controllo (*assurance*) dovrebbe diventare preponderante ed estendersi all'intero sistema di rischi e controlli.

Identificare la persona cui affidare la funzione di Internal Audit non è compito agevole. Al di là delle competenze professionali, occorrono persone che sappiano bilanciare indipendenza e collaborazione, fiducia e rigore. A volte, nelle aziende, rischia di prevalere la logica delle «soluzioni in cerca di problemi», per cui la responsabilità del servizio Internal Audit è affidata a dirigenti in cerca di nuova collocazione: tentazione comprensibile, ma da evitare. È poi essenziale che la direzione aziendale garantisca all'Internal Audit ampia indipendenza, adeguati poteri (libero accesso a persone, documenti, attività, beni), nonché una collocazione organizzativa in staff alla Direzione stessa e libera da compiti gestionali. Da parte sua, l'Internal Audit dovrà sapersi conquistare «un posto al tavolo». Non basta istituire un ufficio o assegnare la responsabilità per garantire l'attività e rendere l'Internal Audit un attore la cui opinione è tenuta in significativa considerazione. Più analiticamente, servono inoltre: presenza di personale dedicato che abbia un adeguato livello di conoscenza, preparazione, esperienza; funzione svolta in aderenza agli standard internazionali; esplicitazione del mandato e degli ambiti di svolgimento dell'attività; chiara programmazione degli interventi all'interno del piano di audit, con indicazione dell'organo deputato ad approvarlo; sviluppo di un glossario, nonché di strumenti e scale di valutazione dei rischi condivise; sviluppo di una adeguata reportistica verso gli organi di direzione e gli altri organi di controllo, interni ed esterni; attenzione alla fase di *follow up*.

Le aziende sanitarie pubbliche e private sono esposte a rilevanti rischi sia di natura clinica, sia di tipo amministrativo e contabile. Hanno quindi nel tempo potenziato i loro controlli, ma il sistema si è spesso sviluppato

per aggiunta progressiva di componenti (controlli della qualità, controlli per la certificabilità dei bilanci, controlli per la prevenzione della corruzione, controlli per la sicurezza sul lavoro, controlli per il rispetto del codice etico...), senza un coordinamento e una sistematizzazione complessiva, con il rischio di creare lacune e sovrapposizioni. Le aziende soffrono spesso di quello che, mutuando la terminologia clinica, potrebbe essere definita come la sindrome del «disturbo del controllo multiplo», cioè la presenza nelle organizzazioni di sistemi di controllo separati e in cui ciascuno opera come se gli altri non esistessero. Da questo punto di vista, lo sviluppo della funzione di Internal Audit può offrire l'opportunità di ripensare complessivamente il sistema di controllo interno, garantendo una sintesi e una visione d'insieme. Ovviamente l'implementazione e la valorizzazione dell'Internal Audit non deve deresponsabilizzare le unità di line e di staff sui controlli di prima e seconda linea, che rappresentano invece le «prime linee di difesa» delle aziende. Un tema ancora tutto da sviscerare, infine, è quanto l'Internal Audit debba avere una connotazione «di gruppo» (sovra-aziendale e regionale), fermo restando che gli obiettivi, le responsabilità e, quindi, le priorità di controllo delle direzioni aziendali sono per loro natura solo parzialmente allineate a quelle regionali.

Resta, per concludere, un'ultima, fondamentale considerazione. Lo sviluppo dell'Internal Audit non deve portare le aziende ad inseguire la chimera del controllo totale. Come disse Mario Andretti (ex pilota di Formula 1): «Se hai tutto sotto controllo, significa che non stai andando abbastanza veloce». Organi e funzioni di controllo devono operare secondo «efficienza», che vuol dire non solo «qualità e professionalità», ma anche «coordinamento tra i soggetti del controllo» e «attenta considerazione dei benefici e dei costi di ciascun controllo». Occorre assolutamente evitare di appesantire inutilmente procedure e attività. Le aziende devono assumere alcuni livelli di rischio. È però importante che questo avvenga con consapevolezza e attraverso una decisione esplicita del vertice aziendale, anche rispetto alla propria propensione al rischio.

*Questa sezione è destinata ad accogliere gli aggiornamenti ed i risultati delle attività di ricerca svolte dal Centro.*



## TAVOLO DI LAVORO DELLE ISTITUZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE DI ISPIRAZIONE CRISTIANA – ATTIVITÀ 2017-18 di E. Anessi Pessina



Le istituzioni sanitarie e socio-sanitarie di ispirazione cristiana hanno tradizionalmente giocato un ruolo di grande rilievo nell'ambito del SSN. Nel 2013 CERISMAS ha avviato un «Tavolo di lavoro» al fine di comprendere e condividere i principali elementi di criticità con cui tali istituzioni devono misurarsi; di promuovere l'utilizzo di approcci manageriali evoluti; di sviluppare un dibattito sul ruolo di queste istituzioni nell'evoluzione del sistema sanitario.

Il programma di attività 2013-15 è stato completato nel 2016. Nel 2017 è stato avviato un secondo programma triennale, cui hanno aderito Fondazione Don Carlo Gnocchi, Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Fondazione Opera San Camillo, Ordine Ospedaliero S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli – Provincia Lombardo-Veneta, Policlinico universitario «A. Gemelli» e ARIS. I risultati dell'attività 2017-18 sono stati presentati in un convegno svoltosi il 18/6 a Milano, presso l'Università Cattolica. Elemento centrale di entrambi i programmi triennali è lo sviluppo di un «Osservatorio per-

manente» che delinea i confini della «sanità di ispirazione cristiana» e ne rappresenta strutture, attività e performance. Il quarto Rapporto Annuale dell'Osservatorio, presentato nel corso del convegno, conferma che la sanità gestita da congregazioni religiose o da altri movimenti di ispirazione ecclesiale resta un'importante componente del sistema di tutela della salute. Anovera, infatti, 91 strutture di ricovero operanti in 16 regioni e 43 province, tra cui 2 policlinici universitari, 15 IRCCS e 24 ospedali classificati; presenta, inoltre, alcune strutture di grandi dimensioni (12 superano i 300 posti letto), nonché numerose altre concettualmente riconducibili a un medesimo «gruppo di aziende» per effetto dell'appartenenza allo stesso ordine religioso; eroga il 7,7% dei ricoveri complessivamente effettuati a livello nazionale; presenta una specifica focalizzazione sull'attività di riabilitazione, rispetto alla quale copre il 18% dei posti letto ospedalieri e il 16% dei ricoveri. Quanto all'attività territoriale, i dati ISTAT sui presidi residenziali socio-assistenziali

e socio-sanitari rivelano un peso relativo ancora superiore: il 13% dei posti letto complessivi a livello nazionale è ascrivibile a enti religiosi ex L. 222/1985; un altro 43% ad enti non-profit, una quota dei quali può presumibilmente considerarsi «di ispirazione cristiana». Già nella sola Lombardia, del resto, sono direttamente ascrivibili alla sanità religiosa 433 strutture e servizi territoriali (18% del totale) di assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare, con un numero particolarmente elevato di RSA (147, pari al 21% del totale), ma con un peso relativo ancora maggiore nel caso specifico della residenzialità psichiatrica (25%), nonché per centri di riabilitazione ambulatoriali (49%), centri per minori (27%), residenze sanitarie per disabili (29%).

Ciò nonostante, i dati mostrano una forte regressione della sanità religiosa, in termini sia di strutture attive sia di volumi e valori di produzione, almeno in ambito ospedaliero. Dal 2000, il sistema degli ospedali religiosi ha perso circa 4100 posti letto, ossia un quinto del totale; numerose strutture, anche con nomi blasonati, sono uscite dall'orbita delle iniziative ecclesiali acquisendo una nuova collocazione nell'ambito della sanità privata non religiosa. Nel contempo, le strutture rimaste hanno progressivamente visto assottigliarsi il proprio peso relativo. Non mancano, d'altra parte, ospedali religiosi che hanno avuto la capacità di reagire, valorizzando i propri elementi distintivi e la propria identità, avviando coraggiosi percorsi di cambiamento strategico e organizzativo e riuscendo così a migliorare strutture, processi e performance. Mediamente, del resto, gli indicatori comunemente utilizzati per esprimere efficienza, attrattività, complessità, appropriatezza ed esito si collocano sistematicamente, per la sanità religiosa, in posizione intermedia tra pubblico e privato for-



profit, con valori tipicamente più favorevoli per le strutture più grandi.

Complessivamente, la «sanità di ispirazione cristiana» mantiene dunque alcuni evidenti punti di forza, strutturali e valoriali (la rete capillare di strutture e servizi; l'attenzione alla persona in generale e alle fragilità in particolare), con cui affrontare anche la nuova sfida delle cronicità. Per beneficiarne appieno, tuttavia, le sarà necessario intervenire sulle proprie criticità. In particolare, dovrà sviluppare competenze manageriali e strumenti gestionali coerenti con la complessità dell'attività sanitaria e con la contrazione delle risorse disponibili; esplicitare, valorizzare e comunicare i propri caratteri distintivi; imparare a «fare rete»; rafforzare la *governance*, investendo anche sui sistemi di controllo interno e sulla trasparenza.

Oltre all'Osservatorio, il programma di attività 2017-18 comprendeva un progetto sul campo in tema di centralizzazione degli acquisti, coordinato dalla prof. Valeria Belvedere, e una ricerca tematica sui sistemi tariffari, coordinata dal prof. Gilberto Turati.

In tema di centralizzazione degli acquisti, gli enti aderenti al progetto hanno manifestato elevate aspettative in relazione alla possibilità di accrescere il potere contrattuale nei confronti dei fornitori, incrementare l'efficienza nell'uso delle risorse, condividere informazioni e best practice. Molti hanno, inoltre, sottolineato come un progetto di acquisto congiunto possa accrescere la trasparenza del processo di approv-

vigionamento, la specializzazione degli acquirenti e le risorse da dedicare al *procurement*. I rischi paventati riguardano, invece, la difficoltà di armonizzare le procedure di acquisto, la dilatazione dei tempi del processo e le difformità nella cultura e nei valori aziendali. Nel complesso, comunque, i benefici attesi superano ampiamente i possibili rischi.

Si è quindi passati alla seconda fase del progetto, focalizzata su quattro tipologie di beni fungibili. In particolare: (i) per gli ausili ad assorbimento per incontinenza, i processi di acquisto presentano numerose convergenze, suggerendo la fattibilità di un progetto di acquisto congiunto; (ii) ancora maggiori sono le convergenze relative ai guanti; (iii) per il sistema vacutainer, invece, è emersa una sostanziale irrilevanza del ricorso ad acquisti congiunti, poiché i fornitori sono selezionati su indicazione del laboratorio, che in molti enti partecipanti è stato esternalizzato; (iv) per l'ossigeno in recipienti a pressione mobili, infine, sono emersi elementi che portano a escludere la possibilità di adesione a un gruppo di acquisto.

Quanto ai sistemi tariffari, la ricerca si è sviluppata identificando i percorsi clinici di alcuni pazienti-tipo e confrontando le tariffe vigenti in diverse regioni italiane (Lombardia, Veneto, Lazio e Puglia). Nella scelta delle patologie si è cercato di coprire l'intera gamma di possibili contesti assistenziali. Si sono quindi selezionati: (i) epatocarcinoma, per mettere in risalto eventuali criticità nell'ambito di patologie il cui

trattamento richiede un elevato sforzo tecnologico da parte dei provider; (ii) frattura femorale nel paziente fragile, per identificare un bisogno sanitario complesso che richiede un approccio multidisciplinare e a valenza socio-sanitaria; (iii) scompenso cardiaco, per discutere un coordinamento efficiente tra ospedale e territorio. L'analisi ha evidenziato una forte variabilità interregionale tra sistemi di tariffazione, specialmente per quanto concerne la fase post-acuta di riabilitazione e assistenza socio-sanitaria. Ciò suggerisce, tra l'altro, che l'introduzione di *bundled payment* o di altre forme di finanziamento volte a responsabilizzare gli erogatori sull'intero percorso di cura rappresenterebbe una sfida particolarmente ambiziosa. Da un lato, infatti, si otterrebbe un collegamento più diretto tra spesa ed esito. Dall'altro, tuttavia, sarebbe innanzi tutto necessaria una classificazione condivisa dei pazienti in base alla gravità, nonché sistemi informativi migliori e ben collegati per tracciare lo stesso paziente lungo l'intero percorso all'interno del sistema sanitario. Al riguardo, è anche importante evidenziare come alcune patologie siano caratterizzate da forte mobilità interregionale nella gestione della fase acuta, ma siano tipicamente gestite nella regione di origine del paziente per le fasi post-acute. Questo solleva ulteriori difficoltà non solo nel coordinamento operativo tra le regioni, ma anche nel rischio che i sistemi regionali di classificazione dei pazienti diano luogo ad accesso diseguale ai servizi.

Questa sezione  
è dedicata alle attività formative  
organizzate dal Centro.

A cura di A. Cifalino ([antonella.cifalino@unicatt.it](mailto:antonella.cifalino@unicatt.it))



## CORSI ELECTIVE di G. Monolo

I corsi *elective* sono iniziative formative della durata di 1, 2 o 3 giornate di formazione, finalizzate a erogare competenze manageriali e rivolte a una o più categorie di professionisti sanitari e amministrativi (a livello aziendale, di

dipartimento, di distretto, di unità operativa o di servizi di staff).

Il catalogo dei corsi *elective* di management sanitario dell'anno 2019 sarà consultabile sul sito istituzionale di CERISMAS, nell'area formative, a partire dal prossimo mese di **novembre**

(<http://www.cerismas.com/web/index.php/formazione>). Sul sito è possibile visionare e scaricare il programma analitico di ogni corso e la scheda di iscrizione.

I prossimi corsi in agenda per l'anno 2018 sono:

Corso	Data	Docenti
<b>Reti, nodi e processi di trasformazione organizzativa: dinamiche culturali</b>	2 ottobre Milano	<b>Mara Gorli</b> , Docente di Psicologia organizzativa, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore <b>Giuseppe Scaratti</b> , Professore ordinario di Psicologia organizzativa, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore
<b>Dalla progettazione alla realizzazione dell'ospedale per intensità di cura</b>	16-17 ottobre Milano	<b>Americo Cicchetti</b> , Professore ordinario di Organizzazione aziendale, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore <b>Giuseppe Scaratti</b> , Professore ordinario di Psicologia organizzativa, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore <b>Stefano Villa</b> , Professore associato di Economia aziendale, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore
<b>Il check-up dei sistemi di controllo di gestione: diagnosi e interventi di miglioramento</b>	25-26 ottobre Milano	<b>Antonella Cifalino</b> , Professore associato di Programmazione e controllo, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore; Vice Direttore CERISMAS <b>Paola Sacco</b> , Docente di Programmazione e controllo, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore
<b>La gestione strategica del personale: processi di valutazione e sviluppo</b>	7-8 novembre Milano	<b>Americo Cicchetti</b> , Professore ordinario di Organizzazione aziendale, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore <b>Antonella Cifalino</b> , Professore associato di Programmazione e controllo, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore; Vice Direttore CERISMAS <b>Giuseppe Scaratti</b> , Professore ordinario di Psicologia organizzativa, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore
<b>La leadership situata</b>	16 novembre Roma	<b>Domenico Bodega</b> , Preside della Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore <b>Giuseppe Scaratti</b> , Professore ordinario di Psicologia organizzativa, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore

## INTERVENTI FORMATIVI AD HOC di A. Cifalino

Sono in corso di svolgimento i seguenti interventi formativi ad hoc, progettati in modo personalizzato su specifica richiesta delle aziende committenti:

- Intervento formativo "Sistema di budget e processi di programmazione per l'integrazione delle aziende sanitarie", in collaborazione con AUSL di Reggio Emilia;
- Intervento formativo regionale "CASALAB", in collaborazione con Regione Emilia Romagna;
- Intervento formativo "Programma formativo interaziendale a supporto dello sviluppo del ruolo di process owner", in collaborazione con ASST Crema e ASST Cremona;
- Intervento formativo "Ricognizione e trasformazione: azioni formative per l'apprendimento or-

ganizzativo", in collaborazione con Centro "Paolo VI" ONLUS;

- Intervento formativo "Processi di leadership in un'azienda sanitaria in cambiamento - Comunità di pratiche per Direttori di Struttura Complessa", in collaborazione con AUSL di Reggio Emilia;
- Intervento formativo "Sviluppo del percorso attuativo della certificabilità (PAC)", in collaborazione con ASL di Vercelli;
- Intervento formativo "Approcci metodologici per la valutazione delle competenze strategiche ai fini della definizione dello sviluppo dei profili di ruolo", in collaborazione con ASST Lariana;
- Intervento formativo di coaching "Definizione e attuazione della strategia come processo sociale di

integrazione organizzativa", in collaborazione con VIDAS;

- Intervento formativo regionale "Iniziativa formativa per sviluppare azioni strategiche di implementazione del modello innovativo delle Case della Salute, in una logica "hub and spoke" ed in coerenza con le linee di indirizzo definite dagli orientamenti organizzativi aziendali e metropolitani, inseriti nel sistema normativo regionale", in collaborazione con AUSL di Bologna;
- Intervento formativo "Corso di Formazione manageriale per Responsabili di Struttura Semplice - anno 2018", in collaborazione con AUSL di Reggio Emilia.



*Gli Eventi rappresentano  
l'area privilegiata per il confronto  
e la discussione sui temi  
del management sanitario*

*A cura di A. Cicchetti (acicchetti@rm.unicatt.it)*

## MANAGEMENT FORUM di A. Cicchetti

La settima edizione del Management Forum CERISMAS, dal titolo **“Industria 4.0 in Sanità: digitalizzazione e automazione al servizio della salute”**, si svolgerà il **23-24 novembre 2018** presso gli spazi aziendali di Comau a Grugliasco (TO).

Il Management Forum, evento annuale dedicato in via esclusiva agli apicali delle aziende associate a CERISMAS, ideato per favorire un confronto su tematiche di attualità e sugli aspetti più critici e sfidanti della gestione manageriale nel contesto sanitario, è un’iniziativa che sta riscuotendo interesse tra gli associati e che crea sfide importanti sul fronte organizzativo.

Quest’anno, il tema che il forum vuole affron-

tare è legato all’innovazione, con particolare attenzione alle implicazioni della digitalizzazione, dell’automazione e dell’utilizzo di soluzioni robotiche nel contesto sanitario. Lo spunto per la discussione è la visita e l’ospitalità di Comau (Gruppo FCA), leader indiscusso nelle soluzioni tecnologiche per l’automazione industriale, elemento essenziale per l’implementazione del modello dell’industria 4.0. I quattro pilastri della quarta rivoluzione industriale (big data, data analytics, interazione uomo-macchina, manifattura additiva/robotica) impongono cambiamenti nella dimensione tecnologica, organizzativa, strategica, professionale, sociale ed umanistica di ogni organizzazione complessa.

Questo riguarda l’industria di produzione ma, inevitabilmente, anche l’erogazione dei servizi e più in particolare dei servizi sanitari. In questo contesto verrà naturale l’avvio di una discussione sulle opportunità e sulle minacce connesse alla digitalizzazione e all’automazione in tutti i contesti e nel settore sanitario. Il Forum cercherà di condividere con i presenti le possibili risposte ai seguenti quesiti: come cambierà il lavoro negli ospedali e nelle aziende territoriali? Quali competenze risulteranno rafforzate e quali “distrusse”? Quali “lavori” sopravvivranno e diverranno centrali? Quali effetti sulle dinamiche organizzative e culturali? Come si modificherà il rapporto medico-paziente? ...

## COLLANA POLICY BRIEF ALTEMS-CERISMAS - LE AZIENDE OSPEDALIERE SONO DAVVERO IN EQUILIBRIO ECONOMICO? N. 1-2018 di E. Anessi Pessina e E. Cantù



Dopo anni di *spending review* e di piani di rientro regionali, l’equilibrio economico-finanziario dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) può dirsi raggiunto. I dati del 2006 mostravano uno squilibrio economico annuale di circa 6 miliardi di Euro, di cui 3,8 concentrati in tre regioni: Lazio, Sicilia e Campania. Dieci anni dopo, il disavanzo complessivo si è ridotto a circa un miliardo, ossia a un livello pari a circa l’1% del finanziamento effettivo

che può considerarsi fisiologico e che viene comunque coperto con risorse aggiuntive regionali.

Nel contempo, si è anche provveduto alla copertura dei disavanzi pregressi. Alla fine del 2014, 14 miliardi di perdite pregresse risultavano completamente annullate grazie soprattutto all’ingente trasferimento di liquidità dallo Stato alle regioni a titolo di anticipazione (Osservasalute 2015).

L’analisi degli equilibri economico-finanziari a livello esclusivamente regionale, però, non è sufficiente, perché non coglie l’apporto di ciascuna azienda sanitaria al risultato economico del SSR.

In altre parole, ammesso che il SSR nel suo complesso sia in equilibrio, è possibile affermare che sono in equilibrio anche tutte le aziende sanitarie che lo compongono? Sono cioè le aziende in grado di svolgere la propria attività nel rispetto del vincolo economico (Anessi Pessina e Zavattaro 1994: 9), ossia garantendo ai cittadini-utenti servizi sanitari i cui costi non eccedano l’entità dei trasferimenti e delle altre risorse economiche fisiologicamente acquisite dall’azienda? Oppure, mentre alcune aziende riescono a conseguire un effettivo equilibrio economico, altre necessitano costantemente di «ripiani», magari impliciti, da parte della regione? Inoltre, è possibile identificare le principali determinanti dell’equilibrio o dello squilibrio di queste aziende?

Il contributo propone e applica una metodologia per rispondere a queste domande, attraverso lo sviluppo di un sistema di indici di bilancio utilizzabile per attività di *benchmarking* tra aziende.

**Il Policy Brief completo è consultabile sul sito istituzionale di CERISMAS, al menù “Chi siamo”, Collana Policy Brief n.1-2018**



*Intervista ai nostri associati*

## “DUE ESPERIENZE DI INTERNAL AUDIT A CONFRONTO: L’AZIENDA ZERO DELLA REGIONE VENETO E L’AUSL DI MODENA” di E. Cantù

La prima edizione del corso elective di CERISMAS sul sistema di audit interno, svoltasi a maggio 2018, è stata sicuramente, per tutte le aziende presenti, uno stimolante momento di confronto: l’occasione per portare in aula le varie esperienze. In generale, è emerso un grande interesse sull’argomento e un sentito bisogno di confrontarsi per condividere i problemi e individuare possibili soluzioni. Inoltre, durante la seconda giornata del corso sono stati invitati per una tavola rotonda la dott.ssa Barbiero dell’Azienda Zero della Regione Veneto e il dott. Brunetti dell’AUSL di Modena. Due esperienze aziendali molto diverse in termini di impulso all’attivazione della funzione, ampiezza del mandato, collocazione della funzione nell’organigramma aziendale, audit condotti, metodologie utilizzate. Vediamole nel dettaglio.

### **Come è nata la funzione di Internal Audit?**

In Veneto la funzione di Internal Audit è nata per iniziativa della Regione. Infatti, in prima battuta era stato costituito un gruppo di coordinamento a livello regionale per lo sviluppo dei sistemi di controllo interno, che coinvolgeva le università e le aziende sanitarie. Questa esperienza si era dimostrata utile per cominciare a creare una «cultura» dell’Internal Audit. In alcune aziende, però, l’obbligo imposto dalla regione di istituire la funzione è stato considerato più un adempimento formale che un cambiamento sostanziale e le risorse dedicate non sono mai state impegnate «a tempo pieno». In un momento successivo, a seguito del riassetto del SSR veneto, è stata attribuita, con DGR 1122/2017, la funzione di Internal Audit del sistema sanitario del Veneto all’Azienda Zero, cioè l’azienda capogruppo del SSR. Azienda Zero assume quindi il coordinamento della funzione per tutte le aziende sanitarie – ruolo che la dott.ssa Barbiero si auspica possa essere forte. Gli Internal Audit aziendali, posti in staff alle direzioni amministrative, dipendono funzionalmente dall’Internal Audit di Azienda Zero. Quest’ultima, oltre a predisporre il proprio piano di audit, deve redigere le linee guida per lo sviluppo dei piani di audit di tutte le altre aziende del SSR e si occupa dei percorsi formativi relativi a queste tematiche per tutto il sistema regionale.

Nell’AUSL di Modena l’Internal Audit è nato, invece, nel 2016, su iniziativa della Direzione Generale aziendale che l’ha istituita. Nella regione Emilia Romagna manca un coordinamento formale a livello regionale in tema di Internal Audit, anche se, afferma il dott. Brunetti, vi sono stati degli incontri tra le aziende sanitarie regionali che hanno attivato questa funzione.

### **Qual è il mandato dell’Internal Audit? Come si svolge la sua attività?**

Il mandato conferito alla funzione di Internal Audit in Veneto è quello di un controllo interno a tutto tondo, che parta dall’analisi e dalla mappatura di tutti i processi aziendali per la valutazione dei rischi. Fondamentale è definire le responsabilità e individuare in maniera univoca l’owner del processo. La dott.ssa Barbiero ha sottolineato come questo punto, apparentemente banale, sia in realtà un elemento critico. Infatti i processi sono spesso complessi e interessano più strutture aziendali. Una volta effettuata la mappatura dei processi, si passa all’analisi dei rischi (rischio amministrativo-contabile, di frode e di compliance), valutandone la probabilità e l’impatto. I rischi sono mitigati dalla presenza di controlli posti in essere dall’azienda. Questi ultimi vengono testati per verificarne l’efficacia. L’output dell’audit è un report che, in un’ottica collaborativa e di miglioramento, identifica le problematiche e le lacune del sistema di controllo interno. La dott.ssa Barbiero ha evidenziato l’utilità di una funzione di Internal Audit come controllore terzo, che aiuti a identificare e risolvere problemi che per le unità operative coinvolte è più difficile individuare.

Nell’AUSL di Modena la funzione di Internal Audit ha il compito di assistere la Direzione Aziendale nelle attività di coordinamento, verifica e valutazione periodica del Sistema di Controllo Interno. Diversamente dall’esperienza veneta, nell’AUSL di Modena il punto di partenza nel lavoro dell’Internal Audit è stato la mappatura di tutti i controlli interni attivi nelle unità operative aziendali, per poi verificarne l’effettivo funzionamento. Questa impostazione è dovuta al fatto che il responsabile dell’Internal Audit ricopre anche la funzione di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e fa parte del gruppo di lavoro che supporta le attività del

Percorso Attuativo della Certificabilità. L’obiettivo primario dell’Internal audit è stato interpretato in termini di contributo al miglioramento continuo del sistema dei controlli, attraverso un modello organizzativo basato su una chiara responsabilizzazione e valorizzazione delle strutture aziendali, che si fonda sul principio dell’autovalutazione dei processi. Si vuole così favorire un cambio culturale rispetto ai controlli, passando da un approccio burocratico ad uno di miglioramento.

### **Come si colloca la funzione nell’organigramma aziendale?**

Attualmente in tutte le aziende sanitarie del Veneto la funzione è stata posta in staff alla Direzione Amministrativa. In prospettiva, però, dovrebbe essere collocata in staff alla Direzione Generale, perché i processi sono trasversali a tutta l’azienda e non sono solo amministrativi.

Nell’AUSL di Modena la funzione di Internal Audit si trova all’interno dell’Area Legale e Assicurazioni e risponde direttamente alla Direzione Generale.

### **Ci può dare alcuni esempi di controlli svolti?**

Nell’Azienda Zero del Veneto sono stati svolti due audit sperimentali sulla libera professione e sull’outsourcing del servizio di pulizie; inoltre, per rispondere a uno degli obiettivi del PAC, è stato fatto un audit sulle manutenzioni straordinarie.

Nell’AUSL di Modena è stata realizzata nel 2018 una mappatura dei controlli di primo e secondo livello realizzati dai singoli servizi sulle attività svolte (responsabile; operatori che effettuano il controllo; periodicità; modalità operative del controllo; modalità rendicontazione; applicativi informatici usati) e delle criticità registrate. Un altro elemento importante su cui si sta lavorando è quello della Gestione integrata del rischio, per consentire un approccio omogeneo ai diversi rischi presenti in azienda, facendo collaborare i diversi gestori del rischio presenti a livello aziendale (rischio clinico, dei lavoratori, privacy, integrità, valoriale, strutturale...). Come affermato dal dott. Brunetti “Gestire il rischio in modo integrato consente di focalizzare i controlli sulle aree maggiormente esposte, con l’obiettivo di renderli più efficienti ed efficaci”.



*Appuntamento al prossimo numero...*

**SEDE LEGALE:**

CENTRO DI RICERCHE E STUDI  
IN MANAGEMENT SANITARIO

c/o Università Cattolica del Sacro Cuore  
Largo Gemelli, 1  
20123 Milano  
P.I. 13348100150

**SEGRETERIA OPERATIVA:**

Chiara Sanvico  
Università Cattolica del Sacro Cuore  
Via Necchi, 7 - III piano  
20123 Milano  
Tel.: +39-02-7234 3907  
Fax: +39-02-7234 3828  
E-mail: cerismas@unicatt.it

**SOCI FONDATORI:** Università Cattolica del Sacro Cuore; Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta.

**SOCI SOSTENITORI:** Amgen, AUSL Bologna, Centro Cardiologico Monzino, Fondazione "Opera San Camillo", Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II", Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli - Provincia Lombardo Veneta, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Ospedale Generale Regionale " F. Miulli", Sanofi.

**SOCI ORDINARI:** : A.O. Nazionale SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo, A.O. S. Maria di Terni, A.O.U. di Parma, AGM Project Consulting, ARIS - Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari, AS Alto Adige, ASL Frosinone, ASL Roma 1, ASL Vercelli, Associazione "La Nostra Famiglia", Associazione Oasi Maria SS. Onlus, Associazione Vidas, ASST Crema , ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Lecco, ATS Milano - Città Metropolitana, ATS Val Padana, AUSL Modena, AUSL Parma, AUSL Reggio Emilia, AUSL Romagna, AUSL Umbria 1, Casa di Cura Santa Rita da Cascia, Centro medico di Foniatria, Centro Ortopedico di Quadrante , Cooperativa Sociale Coopselios, Diocesi di Tortona Centro Paolo VI Onlus, Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Fondazione Mons. Arrigo Mazzali – ONLUS, Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Istituto Europeo di Oncologia, NHS Srl con marchio ComfortCura, Opera Santa Maria della Carità, Ospedale di Sassuolo, Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli.

Per ricevere le prossime newsletter iscriversi su: [www.cerismas.com](http://www.cerismas.com)

Siamo anche su:



© CERISMAS

*La prossima Newsletter  
sarà pubblicata a Dicembre 2018*