Deliberazione n. FVG/ 33 /2018/SSR

REPUBBLICA ITALIANA

la

CORTE DEI CONTI

IV Collegio

composto dai seguenti magistrati:

PRESIDENTE: dott. Antonio CARUSO

CONSIGLIERE: dott. Daniele BERTUZZI, relatore

PRIMO REFERENDARIO: dott. Marco RANDOLFI

Deliberazione del 21 Giugno 2018

avente ad oggetto controllo sulla gestione in materia sanitaria – I° referto

*****

Visto l'articolo 100, comma 2, della Costituzione;

vista la legge costituzionale 31 gennaio 1963, n. 1, e successive modifiche e integrazioni (Statuto speciale della Regione Friuli Venezia Giulia);

vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione;

visto il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con R.D. 12 luglio 1934, n. 1214 e successive modifiche e integrazioni;

vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20, recante disposizioni in materia di giurisdizione e di controllo della Corte dei conti e successive modifiche e integrazioni;

visto il decreto del Presidente della Repubblica 25 novembre 1975, n. 902, così come modificato dal decreto legislativo 15 maggio 2003, n. 125, recante norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Friuli Venezia Giulia in materia di funzioni di controllo della Sezione regionale della Corte dei conti;

visto l'articolo 1 del decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito con modificazioni dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213;

vista la deliberazione della Sezione Plenaria n. FVG/ 11 /2018/INPR, depositata il 19 febbraio 2018, con la quale è stato approvato il programma delle attività di controllo della Sezione per l'anno 2018;

vista l'ordinanza presidenziale n. 12 del 14 marzo 2018, relativa alle competenze e alla composizione dei collegi della Sezione;

vista l'ordinanza presidenziale n. 30 del 20 giugno 2018 con la quale è stato convocato il IV Collegio per il giorno 21 giugno 2018;

Preso atto della deliberazione n. 10 del 7/2/2018 con la quale veniva sospesa la parte relativa alla Sanità riportata nel rapporto di coordinamento della finanza pubblica regionale sulla base delle osservazioni formulate dal Presidente della Regione Friuli Venezia Giulia;

Preso atto altresì del nuovo referto sul controllo di gestione per il gli anni 2014-2017;

udito nella Camera di consiglio il relatore, Consigliere Daniele Bertuzzi;

DELIBERA

- di approvare gli esiti del controllo come esposti nell'allegata relazione avente per oggetto "Controllo sulla gestione afferente al settore della Sanità regionale per gli anni 2014/2017";
- di dare esecuzione alla trasmissione al Consiglio Regionale del rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica regionale approvato con delibera n. 9 del 1/2/2018;

ORDINA

alla Segreteria di procedere all'immediata trasmissione di copia conforme della presente deliberazione al Presidente della Regione, al Presidente del Consiglio regionale

INCARICA

la Segreteria di pubblicare la presente deliberazione sul sito web della Sezione e di curare gli adempimenti necessari per la pubblicazione sul sito web istituzionale della Corte dei conti.

Così deciso in Trieste nella Camera di Consiglio del 21 giugno 2018

Il Relatore	Il Presidente
F.to Daniele Bertuzzi	F.to Antonio Caruso

Depositato in Segreteria in data 02/07/2018

Il preposto al Servizio di supporto

F.to Leddi Pasian

CORTE DEI CONTI

CONTROLLO SULLA GESTIONE AFFERENTE AL SETTORE DELLA SANITÀ REGIONALE
ANNI 2014-2017
I REFERTO

TRIESTE, 21 GIUGNO 2018

CONTROLLO SULLA GESTIONE AFFERENTE AL SETTORE DELLA SANITÀ REGIONALE - ANNI 2014-2017 – I REFERTO

Controllo sulla gestione afferente al settore della sanità regionale anni 2014 -2017

I referto

Trieste, 21 giugno 2018

PREMESSA
FINALITÀ, ASPETTI METODOLOGICI E PROCEDIMENTALI DELL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO SVOLTA

1 FINALITA', CONTESTUALIZZAZIONE E METODOLOGIA DELL'ATTIVITA' DI CONTROLLO IN ESAME

1.1 Contestualizzazione dell'attività di controllo

L'attività di controllo, di cui si dà iniziale e parziale conto nella presente relazione e che per molti aspetti è ancora in svolgimento, è stata avviata con deliberazione della Sezione di controllo n. 10 del 7 febbraio 2018 in accoglimento della richiesta della *pro tempore* Presidente della Regione Friuli Venezia Giulia di verificare le risultanze dell'attività di monitoraggio recepite nel documento denominato Rapporto di coordinamento della finanza pubblica regionale per l'anno 2017 (di seguito, per brevità, indicato anche come rapporto), comunicato al Consiglio regionale della Regione Friuli Venezia Giulia il 2 febbraio 2018.

Secondo la Presidente *pro tempore* le risultanze del rapporto avrebbero erroneamente non riconosciuto l'avvenuta attuazione della riforma intrapresa con le leggi regionali n. 17 del 2013 e n. 17 del 2014 dalla Giunta regionale e i positivi effetti conseguiti da tale riforma, costituiti sia da un miglioramento dell'integrazione ospedale-territorio, sia da un effettivo cambiamento delle modalità organizzative e gestionali dell'erogazione dei servizi sanitari territoriali, sia, infine, da un generale miglioramento dell'efficacia del Servizio sanitario regionale. Ad avviso della Presidente *pro tempore* questa Sezione in sede di elaborazione del rapporto sarebbe poi stata anche tenuta ad attivare attività di contraddittorio che, a parere della Presidente *pro tempore*, avrebbero permesso all'Amministrazione regionale di fornire elementi tali da confermare senza dubbio quanto affermato in merito all'effettivo raggiungimento degli obiettivi della riforma intrapresa.

In relazione a quanto appena ricordato, primariamente questa Sezione di controllo ritiene doveroso ribadire che le modalità procedurali che regolano l'elaborazione del documento denominato Rapporto di coordinamento della finanza pubblica regionale si distinguono nettamente da quelle proprie delle attività di controllo di gestione. Tale Rapporto, infatti, trova i propri elementi probatori nell'analisi dei dati e informazioni già resi disponibili nelle ordinarie fonti pubbliche di informazione (tra le altre, per questo argomento, primariamente nei flussi dati e nei documenti pubblicati dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'economia e finanze) o già disponibili in ragione di attività di controllo già svolte, senza necessità di integrare gli elementi di valutazione già disponibili con specifica ulteriore attività istruttoria, con modalità procedimentali, cioè, ben diverse da quelle che contraddistinguono la più specifica e caratteristica attività istruttoria

collegata al controllo di gestione.

Questa Sezione di controllo, tuttavia, pur nella consapevolezza della correttezza dell'attività già svolta in sede di redazione del rapporto, ha ritenuto in ragione del principio di leale collaborazione tra istituzioni di accogliere le richieste della Regione volte ad ottenere lo svolgimento di attività di approfondimento sugli elementi già valutati in sede di redazione di rapporto e su altri elementi ed aspetti del sistema sanitario collegati, attivando pertanto una rilevante attività di acquisizione di ulteriori elementi istruttori nell'ambito di un ampio contraddittorio. La stessa Sezione, avendo attivato tali attività di approfondimento richieste, ha ritenuto altresì di sospendere la pubblicazione del rapporto già presentato al Consiglio regionale il 2 febbraio 2018.

La necessità di procedere celermente nelle verifiche non poteva che portare a suddividere le attività di controllo da svolgersi, attivando una prima e necessariamente rapida, anche se approfondita, ricognizione orientata innanzitutto a operare primariamente le particolari verifiche che sono state richieste dall'Amministrazione regionale.

Questa relazione, allora, si presenta come un primo momento riassuntivo dell'attività in corso di controllo di gestione sul Servizio sanitario regionale. Un primo momento riassuntivo perché è ben chiara la complessità e la difficoltà di valutazione di un ambito organizzativo e di attività tanto complesso e articolato quale è il Sistema sanitario regionale. Pertanto già da ora si anticipa che l'attività di controllo di cui questa relazione dà un primo e, anche se significativo, parziale conto non si conclude qui, ma proseguirà approfondendo via via ambiti di esame che non potevano essere valutati in modo sufficiente in questa prima fase, ma che comunque per la loro importanza richiedono specifico approfondimento.

1.2 Finalità e metodologia generale di trattazione della relazione

Alla luce di quanto appena esposto al precedente punto, si può indicare la finalità dell'attività di controllo svolta - e su alcuni aspetti ancora in svolgimento - primariamente quale riesame e verifica delle valutazioni già operate in sede di redazione del RAPPORTO in merito al generale andamento del sistema sanitario regionale, con particolare riferimento al grado di attuazione della riforma delle modalità organizzative e di erogazione dei servizi territoriali di assistenza sanitaria primaria e al grado di miglioramento raggiunto nell'integrazione ospedale-territorio.[1] Di tale verifica la

[1] *Il concetto complesso di integrazione ospedale-territorio e spesso sinteticamente richiamato può sintetizzarsi in modo esemplificativo nel cambiamento delle modalità organizzative e di gestione dei processi di cura finalizzato al miglioramento dell'efficienza ed efficacia delle cure prestate per mezzo di coordinamento dei servizi ospedalieri e territoriali. Tale coordinamento è orientato alla ricerca della massimizzazione dell'appropriatezza delle cure in rapporto alle modalità e caratteristiche proprie dei due generali ambiti di erogazione (ospedale o territorio) rispetto ai bisogni di cura espressi dal paziente. Il soddisfacimento dell'esigenza di coordinamento tra strutture e prestazioni ospedaliere e strutture e prestazioni territoriali adeguato a garantire appropriatezza e continuità dell'erogazione delle cure necessarie nel passaggio tra i due ambiti di cura (ospedaliero e sul territorio) viene normalmente indicato come continuità assistenziale.*

presente relazione dà adeguato conto, fornendo elementi sufficienti per la valutazione del grado di attuazione della perseguita riforma del sistema sanitario regionale, in particolare nelle sue nuove forme organizzative di assistenza primaria. Ulteriori elementi ritenuti di grande importanza vengono forniti, ancora, da questa relazione per la valutazione dell'attuale grado di efficienza ed efficacia del sistema di *governance* del Servizio sanitario regionale, sia nella generale azione svolta dalla Direzione centrale regionale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito, per brevità, indicata come DIREZIONE SALUTE), che da quella parziale svolta dai singoli enti sanitari regionali, soprattutto nella vigilanza e controllo delle proprie articolazioni territoriali e dell'attività svolta dai medici di medicina generale convenzionati all'interno delle nuove forme organizzative territoriali.

L'attività svolta, nondimeno, ha necessariamente dovuto estendersi all'esame anche di ulteriori e molteplici tematiche collegate afferenti alle modalità organizzative e gestionali adottate del Sistema regionale sanitario. Su molti di questi aspetti la presente relazione fornisce elementi utili che si ritengono sufficienti ad una loro, anche se qualche volta riassuntiva, valutazione sulla base degli elementi istruttori fino ad ora acquisiti, anche comparando il grado di efficacia ed efficienza del Sistema sanitario regionale nel confronto nazionale con le altre regioni.

La complessità e vastità della materia trattata unite alla difficoltà di acquisizione di specifici dati e informazioni richiesti all'Amministrazione regionale ha, peraltro, obbligato la Sezione a limitare l'approfondimento in questa relazione relativamente a molti argomenti di grande importanza: la gestione del sistema di emergenza urgenza (*in primis* numero unico di emergenza 112 e sistema 118); l'efficacia e l'efficienza dei sistemi informativi a supporto dell'attività del sistema sanitario regionale e della sua *governance*; la rispondenza delle modalità di gestione delle attività finalizzate al contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie rispetto alla normativa statale e regionale vigente, nonché i suoi rapporti rispetto allo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria; i criteri di controllo sull'attività delle strutture private accreditate e rispondenza degli stessi agli obiettivi di tutela dell'interesse pubblico secondo la normativa statale; l'andamento e le criticità della gestione del personale subordinato e di quello convenzionato; l'attuazione degli accordi integrativi regionali con i medici di medicina convenzionata, la vigilanza e i controlli sugli adempimenti degli stessi nei rapporti con il sistema sanitario regionale; la gestione delle risorse aggiuntive regionali per l'incentivazione del personale del sistema sanitario regionale; l'andamento delle attività di gestione degli investimenti finalizzate alla conservazione dell'efficienza del sistema, e altri ancora.

Per tutti i numerosi, importanti e complessi aspetti appena indicati, nondimeno, la Sezione ha

ritenuto opportuno e maggiormente utile riservarsi di darne conto in modo progressivo e con separate specifiche relazioni aggiuntive e integrative rispetto alla presente relazione, così come la Sezione si è riservata di differire le proprie valutazioni in merito a elementi riscontrati di apparente grave criticità gestionale sotto il profilo del rispetto della normativa vigente, in quanto necessitanti di approfondita e ponderata verifica istruttoria.

Laddove possibile, tuttavia, sin da ora si sono evidenziate sommariamente alcune più importanti evidenze rilevate, pur conservando come primario obiettivo perseguito la verifica delle risultanze contenute nel RAPPORTO, le cui conclusioni e metodologie di seguito si ricordano.

1.2.1 Il Rapporto di coordinamento: sintesi dei dati utilizzati

Relativamente ai dati utilizzati, essi sono stati primariamente quelli di monitoraggio aggiornati all'esercizio 2016 - al tempo i più aggiornati disponibili - ed hanno attinto sostanzialmente a due tipologie di fonti. Primariamente sono stati utilizzati quelli pubblicati dalle fonti governative: Ministero dell'Economia e Finanze, Ministero della Salute, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Accanto a questi, sono stati considerati anche i dati forniti dal sistema di valutazione della performance dei Sistemi sanitari regionali, c.d. bersaglio, gestito dal Laboratorio MeS - Istituto di Management della Scuola Superiore Universitaria Sant'Anna di Pisa (di seguito, per brevità, indicato anche come BERSAGLIO)[2] con la collaborazione delle Regioni aderenti al Network di valutazione. Tale fonte di dati è di natura non governativa, ma è primariamente basata su flussi di dati ministeriali e nasce da una collaborazione tra Scuola Superiore universitaria Sant'Anna di Pisa e Ministero Salute. La particolarità di tale fonte non governativa è quella di essere stata recepita per rinvio dinamico direttamente dalla Regione Friuli Venezia Giulia tra i propri indicatori aggiuntivi di raggiungimento degli obiettivi per la valutazione aziendale rispetto agli ordinari

---

[2] *Nel sito (link web http://performance.sssup.it/netval/start.php) dedicato al Network Sant'Anna-Regioni partecipanti il sistema di valutazione viene presentato come segue: "Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria. Il Sistema di Valutazione della Performance dei Sistemi Sanitari Regionali è stato attivato nel 2008, attraverso la collaborazione di quattro Regioni: Toscana, Liguria, Piemonte ed Umbria. Nell'anno 2010 si sono aggiunte Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano e Marche, nel 2011 la Regione Basilicata, nel 2012 la Regione Veneto e nel 2014 le Regioni Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia. Dal 2015, aderiscono anche la Regione Calabria, la Lombardia e la Puglia.*

Un processo di condivisione inter-regionale ha portato alla selezione di circa 300 indicatori, di cui 150 di valutazione e 150 di osservazione, volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, le diverse dimensioni della performance del sistema sanitario: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione sanitaria, la valutazione dell'esperienza degli utenti e dei dipendenti e, infine, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa.

I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un intuitivo quadro di sintesi della performance ottenuta dalla Regione, illustrandone immediatamente punti di forza e punti di debolezza.

Gli indicatori sono elaborati a livello di Regione e a quello di Azienda; alcune Regioni scelgono inoltre di elaborare i dati dei propri Stabilimenti ospedalieri e dei propri Distretti. Dal 2008, viene annualmente redatto un report, con i risultati delle Regioni e delle Aziende. Dal 2010, il report viene reso pubblico e accessibile da parte tutti gli stakeholder. Le Regioni aderenti al network considerano un valore la trasparenza e l'accountability del proprio operato e rendono pubblici i propri risultati."

Tutti i dati utilizzati in questa relazione sono disponibili agli utenti registrati accedendo dalla pagina web http://performance.sssup.it/netval/start.php.

parametri già utilizzati all'interno dei propri documenti di programmazione (c.d. Linee annuali per la gestione del Sistema Sanitario e Sociosanitario Regionale).[3]

1.2.2 Il Rapporto di coordinamento: sintesi delle valutazioni sottoposte a verifica

Secondo le risultanze del rapporto il Sistema sanitario regionale si evidenziava dalla presenza di elementi sia positivi che negativi nella gestione, con un andamento quindi non univoco.

L'esame dell'andamento economico del Sistema sanitario regionale denotava uno sforzo di contenimento dei costi che aveva raggiunto buoni risultati, anche se con un livello di complessiva spesa pro capite che continuava a manifestarsi come uno dei più elevati in ambito nazionale.

La gestione dell'attività ospedaliera proseguiva nell'opera di riduzione del volume di ricoveri, con un miglioramento, peraltro, delle cure di patologie caratteristiche del paziente anziano (in particolare relativamente al trattamento delle fratture del collo del femore e delle malattie croniche).

Un quadro negativo, tuttavia, si evidenziava relativamente a molte importanti aree, tra le quali, in particolare, quella della prevenzione, dove i livelli di spesa pro capite continuavano a situarsi tra i più bassi in ambito nazionale e la copertura nazionale denotava una bassissima copertura caratterizzata da un peggioramento rispetto a periodi temporali antecedenti.

Negativamente si presentava anche un andamento dell'offerta ospedaliera che nel confronto interregionale si caratterizzava per un peggioramento della qualità e dell'efficienza così come sintetizzato dall'andamento non positivo degli indici nazionali di *case-mix* e da quello comparativo di *performance*.

---

[3] *Già nell'allegato Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015, approvate con la deliberazione della giunta regionale n. 394 del 6 marzo 2015, al punto 3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria, si legge: "In armonia con l'articolo 19 della legge regionale 17/2014, si raccomanda alle direzioni generali degli Enti del SSR di avviare incontri strutturati e continui con i cittadini, per le finalità di cui al medesimo articolo, utilizzando in particolare anche gli strumenti e i dati che il sistema regionale ha elaborato, come ad esempio il sistema dei costi standard NISAN, il progetto bersaglio del network delle regioni, il piano esiti dell'Agenas, il sistema ACG (adjusted clinical group)", e si indicano obiettivi collegati ad indicatori del BERSAGLIO.*
Nelle Linee per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2016 approvato con deliberazione della giunta regionale n. 2559 del 22 dicembre 2015, si legge che "In armonia con l'articolo 19 della legge regionale 17/2014, si raccomanda alle direzioni generali degli Enti del SSR di avviare incontri strutturati e continui con i cittadini, per le finalità di cui al medesimo articolo, utilizzando in particolare anche gli strumenti e i dati che il sistema regionale ha elaborato, come ad esempio il sistema dei costi standard NISAN, il progetto bersaglio del network delle regioni, il piano esiti dell'Agenas.", e si indicano obiettivi collegati ad indicatori del BERSAGLIO.
Nelle Linee per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2017, approvate con deliberazione n. 2550 del 23 dicembre 2016 si dispone quanto segue: "4. Flussi informativi e valutazioni […] Oltre agli indicatori altrimenti definiti, saranno usati come riferimento quelli previsti negli adempimenti LEA, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (programma nazionale esiti).
Da ultimo, nelle Linee per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018, approvate con deliberazione della Giunta regionale n. 185 del 2 febbraio 2018, alla pagina 69 si legge : "[…]4. I flussi informativi e le valutazioni […] Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali […] Oltre agli indicatori altrimenti definiti, saranno usati come riferimento quelli previsti negli adempimenti LEA, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (programma nazionale esiti)".

In relazione, da ultimo, all'andamento del processo di cambiamento avviato dalla riforma perseguita nei processi di cura primaria e nell'integrazione ospedale-territorio con la legge regionale n. 17/2014, si annotava come deponessero nel senso di una sua mancata effettività i non positivi andamenti rilevati per gli indicatori relativi all'integrazione ospedale-territorio e al percorso di emergenza-urgenza, unitamente al rilevato mancato utilizzo da parte dei medici di medicina generale dello strumento di integrazione e condivisione delle informazioni costituito dal fascicolo sanitario elettronico.

1.2.3 Determinazione del periodo di riferimento per l'esame svolto nell'attività di controllo

Tenendo conto delle finalità della presente attività di controllo sopra riassunte, il periodo di riferimento preso in considerazione nell'analisi degli andamenti e dei risultati è quello che comprende gli anni successivi a quello in cui è stata approvata la legge regionale 11 novembre 2013, n. 17, con la quale sono state definite finalità e principi per il riordino istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale.

Logicamente gli andamenti negli anni considerati possono richiedere necessario confronto anche con riferimento ad anni precedenti, al fine di evidenziare percorsi di miglioramento o peggioramento. Per tale ragione nella maggioranza dei casi di richiesta di dati si è richiesta anche la trasmissione di quelli relativi almeno all'anno 2013.

1.3 Metodologia dell'attività di acquisizione degli elementi istruttori e criticità rilevate

Tenendo conto dell'evidente complessità e numerosità degli elementi istruttori da acquisire dall'Amministrazione regionale, il Magistrato Istruttore ha ritenuto necessario tenere una riunione preliminare con i referenti individuati dall'Amministrazione regionale per l'istruttoria prima di trasmettere le formali richieste istruttorie. Con la lettera organizzativa di tale riunione[4] si sono comunicate anche articolate e specifiche regole per la formazione dei documenti e dei dataset elettronici richiesti finalizzate ad un ottimale utilizzo degli elementi istruttori forniti sia ai fini della loro elaborazione che ai fini della loro valutazione probatoria. Tali regole sono state richiamate anche nella richiesta istruttoria del 28 febbraio 2018, prot. n. 964.[5] Tenendo, inoltre, conto della

[4] *Nota protocollo n. 813 del 14 febbraio 2018.*

[5] *Di seguito si cita quanto contenuto nella nota: "In merito alle modalità da seguirsi per la trasmissione di dati, documenti e informazioni, si ribadisce che risulta necessario richiedere di procedere alla stessa per mezzo di modalità digitale, via p.e.c., con indicazione per tutti i documenti e dati, da trasmettere firmati digitalmente, del nominativo del responsabile per la formazione e la sottoscrizione. Gli insiemi di dati richiesti vanno forniti in formato digitale per mezzo di trasmissione di file in formato xml o altro flusso di dati standardizzato, secondo le specifiche del tracciato record del flusso originale (logicamente previa resa anonima degli eventuali dati individuanti persone fisiche, secondo le ordinarie modalità di trattamento degli stessi per fini scientifici o statistici), e*

richiesta di rapidità nel riesame delle valutazioni già espresse nel RAPPORTO così come contenuta nella richiesta della Presidente *pro tempore* a fronte della quale è stata avviata la presente attività di controllo, il Magistrato istruttore ha fissato precisi termini (30 marzo 2018) per la trasmissione degli elementi istruttori richiesti. Logicamente, ben consapevole della complessità dell'attività in svolgimento - anche se la quasi totalità degli elementi richiesti avrebbero dovuto essere già formati e disponibili, ovvero prontamente resi disponibili in sede regionale[6] - il Magistrato Istruttore prevedeva la possibilità che l'attività di produzione di alcuni elementi istruttori tra quelli richiesti necessitasse di un allungamento del termine, ma richiedeva che si procedesse a preventiva, condivisa valutazione delle specifiche necessità di differimento del termine in rapporto a eventuali sottoinsiemi di documenti o dati che si manifestassero come di difficile predisposizione o trasmissione, al fine di non ritardare in modo indistinto tutta l'attività istruttoria.

L'andamento dell'attività di trasmissione delle risposte istruttorie da parte dell'Amministrazione regionale e l'esame dei dati e documenti trasmessi evidenziano che in molti casi da parte dell'Amministrazione regionale non si è dato corso agli adempimenti nel modo indicato nell'attività preparatoria e nelle richieste istruttorie, comportando così un aggravamento dell'attività di valutazione degli elementi istruttori pervenuti, trasmessi normalmente con ritardo rispetto a quanto convenuto in sede preliminare.

1.3.1 Dati e documenti trasmessi dalla Regione Friuli Venezia Giulia: alcune annotazioni

La trasmissione delle risposte istruttorie si sono caratterizzate per una prevalenza di contenuti formalizzati (in particolare atti, decreti e deliberazioni, assunti dagli Organi dell'Amministrazione regionale e degli enti pubblici sanitari) piuttosto che di dati e relazioni di contenuto informativo

---

elaborabile digitalmente in modo autonomo in ambiente T Sql o Microsoft Access, previa trasmissione dei necessari dataset di collegamento appartenenti all'universo dati esaminato (tra gli altri: dataset codificato e descrittivo, storico e aggiornato, di strutture, forme organizzative, attività, così come disponibili negli universi di dati a cui appartengono le selezioni di dati richieste e da trasmettere, funzionali alla comprensibilità e contestualizzazione dei dati trasmessi). Per tutti i dati trasmessi è richiesto di fornire, per ogni insieme di dati, specifica informazione relativamente a: fonte e modalità di estrazione utilizzata; data di aggiornamento del dato; appartenenza o meno del dato a insieme di dati trasmessi alle Autorità governative (Ministero Salute, Ministero economia e finanze, AGENAS, AIFA, Agenzia Italia digitale, Presidenza del Consiglio) e, in quest'ultimo caso, informazioni aggiuntive relativamente alle seguenti proprietà: Autorità destinataria del flusso, stato in merito alla trasmissione (di trasmesso/non trasmesso) del dato all'Autorità, stato in merito alla validazione (non ancora validato/ avvenuta validazione/validazione negata) del dato da parte dell'Autorità ricevente. Le informazioni sopra indicate da allegare ai dati trasmessi forniranno elementi essenziali al fine della corretta valutazione degli stessi e saranno funzionali all'adeguato svolgimento di eventuali controlli a campione finalizzati alla verifica della conformità e validità dei dati forniti."

[6] In relazione ai dati richiesti, con la citata nota n. 813 del 2018 si ricordava che "Come evidente, le tipologie di dati d'interesse per l'attività di controllo che si sta avviando si presentano numerose. Si rappresenta, tuttavia, la circostanza che fondamentalmente tutti i dati inclusi nella sintesi esemplificativa sopra riportata rientrano in flussi o raccolte di dati già formati, vuoi in quanto trasmessi a Organi e Agenzie nazionali in adempimento di obblighi normativi, vuoi in quanto raccolti in adempimento di oneri normativi di trattamento dei dati o per fini di verifica di adempimenti contrattuali inerenti la gestione di servizi informatici, vuoi, ancora, per finalità di necessario controllo di gestione, monitoraggio e miglioramento delle attività. L'incontro preliminare organizzativo offre perciò l'occasione di rinvenire, tra i dati già raccolti dall'Amministrazione regionale, i numerosissimi insiemi di dati già disponibili, e quindi immediatamente trasmissibili ai fini istruttori segnalati."

specifico (tipologia di contenuti non formalizzati verso cui si erano preferenzialmente rivolte le richieste istruttorie). Relativamente alla richiesta di particolari tipologie di dati, si rappresenta che in sede istruttoria si è proceduto a richiedere le serie di dati che avrebbero dovuto essere state utilizzate per operare la valutazione dei direttori generali degli enti del servizio sanitario, ritenendole direttamente disponibili e trasmissibili in ragione della loro avvenuta acquisizione ai relativi procedimenti di valutazione e la loro conseguente presunta conservazione agli atti. A fronte di tale richiesta l'Amministrazione regionale ha dichiarato, tuttavia, di non avere disponibilità di tali dati, in quanto nel corso delle valutazioni non si procedeva a crearne apposite raccolte memorizzate, ma si procedeva alla sola loro consultazione per mezzo di accesso ai sistemi informativi interni. In ragione di tale circostanza l'Amministrazione regionale ha proceduto a creare delle estrazioni dei dati disponibili sui fenomeni da analizzare per il periodo di riferimento, dichiarando che l'immodificabilità delle basi di dati ne garantiva l'invarianza rispetto ai contenuti utilizzati nel corso delle valutazioni e non conservati.

1.3.2 Pubblicazioni depositate dall'Amministrazione regionale redatte da Istituti di ricerca e consulenza diversi dagli Organismi di vigilanza e governo del Sistema sanitario previsti dalla normativa

La PRESIDENTE *PRO TEMPORE* della Regione Friuli Venezia Giulia in data 6 febbraio 2018 ha ritenuto necessario depositare anticipatamente in copia numerose e ampie pubblicazioni a sostegno della propria valutazione di una positiva e produttiva gestione operata sul S.S.R., tale da apportare miglioramenti alla concreta assistenza sanitaria prestata, chiedendo alla Sezione di farne oggetto di valutazione.

Le pubblicazioni depositate dall'Amministrazione regionale risultano essere state redatte da Istituti di ricerca e consulenza, pubblici e privati, per la quasi totalità diversi dagli Organi pubblici deputati dalla normativa vigente alla valutazione dell'andamento del sistema sanitario pubblico e alla vigilanza sullo stesso. Tutto ciò considerato, in ragione del rapporto di leale collaborazione e tenuto conto della generale necessità di esame degli elementi di valutazione che la Regione sottoponga all'attenzione di questa Sezione ai fini istruttori, si è proceduto ad esaminare la documentazione aggiuntiva citata. Logicamente, attesa la necessaria qualità di imparzialità e oggettività delle valutazioni da formarsi da parte di questa Sezione nel corso dell'attività istruttoria, va ribadito che eventuali valutazioni soggettive di organismi non istituzionali, anche se pubblicate, non possono assumere di per sé valenza probatoria autonoma ai fini istruttori. Tali pubblicazioni, tuttavia, possono fornire apprezzabili elementi istruttori nelle parti in cui, esponendo i dati posti a fondamento delle valutazioni espresse, indichino valide fonti di dati

direttamente acquisibili da questa Sezione, in quanto provenienti da soggetti deputati dalla normativa vigente alla loro autorevole raccolta e elaborazione. Caso particolare, come già più *supra* anticipato, appare essere quello concernente le valutazioni operate dal sistema di valutazione della performance dei Sistemi sanitari regionali gestito dal Laboratorio MeS - Istituto di Management della Scuola Superiore Universitaria Sant'Anna di Pisa con la collaborazione delle Regioni aderenti al Network di valutazione, sia in ragione dell'adesione della Regione Friuli Venezia Giulia a tale Network di valutazione, sia, soprattutto, del rinvio dinamico operato direttamente dalla Regione Friuli Venezia Giulia a tale sistema di indicatori quale insieme di indicatori aggiuntivi di raggiungimento degli obiettivi da utilizzare per la valutazione aziendale rispetto agli ordinari parametri già utilizzati all'interno dei propri documenti di programmazione (cc.dd. Linee annuali per la gestione del Sistema Sanitario e Sociosanitario Regionale).

2 ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E GESTIONE DEL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

2.1 L'armonizzazione contabile quale area di definizione obbligata dell'assetto istituzionale e organizzativo

Nell'ambito dei necessari rapporti istituzionali tra la Regione Friuli Venezia Giulia e Organi ministeriali centrali svolti nei Tavoli tecnici di verifica istituiti dal Ministero dell'economia e finanze, si è ribadito, anche in occasione della sottoscrizione e condivisione della Regione Friuli Venezia Giulia della riunione del 28 luglio 2017,[7] che il Titolo II del Decreto legislativo 118/2011 costituisce principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'art. 117, comma 3, della Costituzione ed è finalizzato alla tutela dell'unità economica della Repubblica, al fine di garantire che gli Enti coinvolti nella gestione finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e di bilanci. Le norme contenute nel Titolo II sono dirette a disciplinare le modalità di redazione e consolidamento dei bilanci da parte dei predetti enti, nonché a dettare principi contabili cui devono attenersi gli stessi per l'attuazione delle disposizioni ivi contenute.

La Corte Costituzionale con sentenza n. 184/2016 ha delimitato i confini della potestà legislativa regionale in materia di contabilità, segnalando che esistono alcuni complessi normativi i quali non integrano una vera e propria materia, ma si qualificano a seconda dell'oggetto al quale afferiscono (sentenza 303 del 2003) e pertanto possono essere ascritte, di volta in volta, a potestà legislative statali o regionali. In questa area di confine di complessa identificazione si colloca la legge regionale, in ambito finanziariamente astratto riferibile a più interessi costituzionali protetti, che trova la sua ragione nella disciplina di specifiche prerogative dell'ente territoriale e nella omogeneizzazione di dette prerogative attraverso modalità di espressione contabile, le quali devono

[7] *Verbale della riunione del Tavolo tecnico per gli adempimenti del 28 luglio 2017.*

essere compatibili con le regole indefettibili poste a tutela della finanza pubblica, in attuazione di una pluralità di precetti costituzionali.

La Corte Costituzionale riconosce la potestà legislativa regionale in materia di contabilità, sottolineando che la stessa trova un limite nelle disposizioni statali e che le censure da parte dello Stato alle leggi regionali in materia di contabilità debbono essere valutate non in astratto, ma in riferimento ad una concreta collisione con i precetti ricavabili direttamente dalle norme costituzionali in materia finanziaria o da specifiche norme interposte, come quelle contenute nel decreto legislativo n. 118/2011.

Nel corso del 2016, la Corte Costituzionale si è espressa anche con altre sentenze, la n. 107 e n. 279, cui deve aggiungersi anche la sentenza n. 6 del 2017, riguardanti sia le Regioni a statuto ordinario sia le Regioni a statuto speciale, che hanno riconosciuto che il sistema contabile regionale, indipendentemente dalla sua possibile configurazione come autonoma materia ascrivibile alla potestà residuale dell'ente, non è stato totalmente sottratto ad una autonoma regolazione, ma che questa è tuttavia intrinsecamente soggetta a limitazioni necessarie a consentire il soddisfacimento contestuale di una pluralità di interessi costituzionalmente rilevanti (sentenza n. 279 del 2006).

In particolare, l'autonomia della Regione in questo settore normativo trova il suo limite esterno nelle disposizioni poste dallo Stato nell'ambito della salvaguardia degli interessi finanziari riconducibili ai parametri della Sentenza Costituzionale n. 184 del 2016.

Queste sentenze riconoscono il rigoroso rispetto del decreto legislativo n. 118/2011, in modo particolare garantiscono autonomamente e strumentalmente il rispetto del nuovo articolo 81 della Costituzione. Il concetto di bilancio "armonizzato" permette di perseguire scopi ed obiettivi di finanza pubblica che sono la base anche di una comunità regionale che trae linfa dall'unità indivisibile nazionale, garantendo il coordinamento della finanza pubblica e favorendo il federalismo fiscale (legge 42/2009) e creando così le condizioni di base per un autentica e razionale spending review e per la introduzione dei costi standard; inoltre a livello comunitario consente di verificare la conformità dello stato dei conti pubblici nazionali con l'art.104 del trattato istitutivo della Comunità Europea, e recepire la direttiva UE n. 85/2011 sui requisiti dei quadri di bilancio degli Stati membri.

Le norme contenute nel Titolo II del d.lgs. n. 118/2011 sono dirette a disciplinare le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci da parte dei predetti enti, nonché a dettare i principi contabili cui devono attenersi gli stessi per l'attuazione delle disposizioni ivi contenute.

I principi contabili del decreto legislativo n. 118/2011 sono un intreccio polidirezionale delle competenze statali e regionali, riguardano parametri costituzionali di principio di equilibrio di bilancio di cui all'art.81 della Costituzione. L'applicazione dei principi contabili ha un fine anche per la Regione Friuli Venezia Giulia che risponde al controllo della spesa sanitaria applicato a un modello ordinamentale diverso; in tal senso la giurisprudenza della Corte Costituzionale delinea la cornice e lascia all'autonomia speciale la declinazione, avendo presente sempre che l'armonizzazione si colloca in posizione autonoma e strumentale all'equilibrio di bilancio di cui all'art.81, terzo comma, della Costituzione.

Questa procedura pone prescrizioni imprescindibili per una corretta configurazione della spesa sanitaria nelle scritture contabili, necessarie a consentire la determinazione dei fabbisogni sanitari regionali standard sulla base di un leale confronto tra Stato e Regione. La proiezione dei LEA in termini di fabbisogno regionale consente l'effettiva programmabilità e reale copertura finanziaria dei servizi che, proprio in considerazione della natura dei diritti coinvolti, incomprimibili per ragioni di bilancio (vedi sentenza n.275/2016 CC), deve riguardare la quantità ma anche la qualità e la tempistica della prestazione.

2.2 Assetto istituzionale e organizzativo: le finalità e i principi del riordino istituzionale e organizzativo posti dalla l.r. n. 17/2013

La legge regionale di principio per il riordino istituzionale e organizzativo del sistema sanitario pubblico regionale, la n. 17 del 2013 adottata ad inizio della trascorsa Legislatura,[8] ha determinato l'attuale assetto del Sistema sanitario regionale sotto un duplice profilo.

Da un lato in tale legge regionale - nei suoi articoli 2 e 3 - si inizia a delineare il quadro di recepimento della razionalizzazione della rete ospedaliera richiesta dal d.l. n. 95/2012 nonché quello dell'attuazione dei principi nazionali di riforma del sistema organizzativo dell'assistenza primaria posti sempre nel 2012 con il d.l. n. 158/2012.[9]

---

[8] *Per un sommario esame dei contenuti della legge regionale 11 novembre 2013, n. 17, recante Finalità e principi per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale si veda quanto annotato nella relazione approvata da questa Sezione di controllo con deliberazione n. 118 del 15 luglio 2014 - Giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Friuli Venezia Giulia per l'esercizio 2013 –al punto 11.4.2 (Le caratteristiche del sistema sanitario regionale nell'ottica della sua riforma. I principi della riforma affermati dalla l.r. 17/2013), pagine 358-360 (documento disponibile in formato elettronico all'url* ***http://www.regione.fvg.it/asp/DelibereCorteConti/documenti/fto118_completaParifica2013_8_21_14_8_57_51_AM.pdf*** *).*

[9] *Per i contenuti di tali decreti-legge si veda quanto più diffusamente esposto, infra, al punto 5.1, pag. 64 e seguenti, nonché alle note 69 e 70 di tale punto.*

Dall'altro lato, invece, all'art. 7, la l.r. n. 17/2013, abrogando la precedente legge regionale n. 25/2012,[10] opera una precisa scelta su quale debba essere il rapporto tra aziende territoriali e rete ospedaliera pubblica. Nel disegno riorganizzativo dell'ormai abrogata legge regionale n. 25/2012 si predisponeva l'accorpamento di tutte le aziende territoriali in due aziende territoriali di grandi dimensioni: la "Giuliano-Isontina" e la "Friulana". Allo stesso tempo si distingueva l'attività degli istituti pubblici di ricovero di livello superiore a servizio dell'intera rete regionale (strutture Hub, di secondo livello): le due aziende ospedaliero-universitarie di Trieste ed Udine, l'azienda ospedaliera di Pordenone e i due I.RC.C.S. C.R.O. di Aviano e Ospedale Infantile di Trieste, separando e rafforzando la struttura di hub di tali istituti di ricovero maggiori e integrando, invece, nelle due nuove aziende territoriali presidi ospedalieri minori. Nel riordino predisposto dalla regionale n. 17/2013, invece, si avvia un opposto percorso di integrazione nelle aziende territoriali di tutte le strutture di ricovero pubbliche, con l'eccezione dei due I.R.C.C.S..

2.2.1 Assetto istituzionale e organizzativo e prima applicazione della l.r. n. 17/2014: il riordino delle aziende

In attuazione della legge regionale di principio n. 17 del 2013 il Legislatore regionale ha dato poi corso all'approvazione della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17, recante Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria.[11] Logicamente la legge regionale n. 17/2014, in quanto di attuazione della

---

[10] *La legge regionale 13 dicembre 2012, n. 25, recante Riordino istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, ai suoi articoli 3 e 4, nel loro testo originario ora non più in vigore, disponeva quanto segue: "Art. 3 (Enti del Servizio sanitario regionale) - 1. La nuova organizzazione del Servizio sanitario regionale è costituita dalle Aziende per i servizi sanitari di cui all'articolo 4, nonché: a) dalle Aziende ospedaliero - universitarie di Trieste e di Udine; b) dall'Azienda ospedaliera di Pordenone; c) dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano. - Art. 4 (Assetto delle nuove Aziende per i servizi sanitari e dei presidi ospedalieri) - 1. Sono Aziende per i servizi sanitari: a) l'Azienda per i servizi sanitari "Giuliano Isontina" avente quale ambito territoriale le province di Trieste e di Gorizia, istituita mediante l'accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" e n. 2 "Isontina", che sono contestualmente soppresse; b) l'Azienda per i servizi sanitari "Friulana" avente quale ambito territoriale la provincia di Udine, istituita mediante l'accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli", n. 4 "Medio Friuli" e n. 5 "Bassa Friulana", che sono contestualmente soppresse; c) l'Azienda per i servizi sanitari "Friuli Occidentale", avente quale ambito territoriale la provincia di Pordenone. - 2. Le nuove Aziende per i servizi sanitari "Giuliano Isontina" e "Friulana" svolgono le funzioni già esercitate dagli enti del Servizio sanitario regionale incorporati e soppressi e succedono nei rispettivi rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi i rapporti di lavoro, di consulenza e di collaborazione coordinata e continuativa. - 3. Le nuove Aziende per i servizi sanitari "Giuliano Isontina" e "Friulana" succedono nella titolarità del patrimonio degli enti del Servizio sanitario regionale incorporati e soppressi. - 4. Gli ospedali presenti nell'ambito territoriale delle Aziende per i servizi sanitari di cui al comma 1, lettere a) (Gorizia, Monfalcone) e b) (Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Latisana, Palmanova, San Daniele del Friuli, Tolmezzo), costituiscono, a decorrere dalla data di cui all'articolo 7, un unico presidio ospedaliero, costituente un'unica struttura operativa aziendale. - 5. Il Presidio ospedaliero denominato "Istituto di medicina fisica e riabilitazione Gervasutta" di Udine, è trasferito dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" all'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine ed è dotato di autonomia economico - finanziaria e gestionale mediante l'attribuzione, da parte del competente direttore generale, di uno specifico budget determinato tenendo conto dell'attività da espletare. - 6. L'Azienda ospedaliero - universitaria di Udine succede nei rapporti giuridici attivi e passivi inerenti il presidio di cui al comma 5, ivi compresi i rapporti di lavoro, di consulenza e di collaborazione coordinata e continuativa.*

[11] *La legge regionale n. 17 del 2014 è stata pubblicata nel bollettino ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia n. 43 del 22 ottobre 2014.*

l.r. n. 17/2013, ha proceduto nei suoi contenuti a recepire fondamentalmente i principi e gli indirizzi di riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria regionale indicati dai citati decreti–legge n. 95/2012 e 158/2012, meglio specificati e sviluppati per l'articolazione organizzativa e l'attività sanitaria territoriale dal Patto per la salute per gli anni 2014-2016 [12] nonché, negli aspetti relativi all'assistenza ospedaliera, dal vigente Regolamento del Ministero della Salute sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.[13] Analogo percorso di adeguamento alla riforma normativa statale hanno compiuto, o stanno al momento percorrendo, anche altre Regioni. Le norme di riforma del sistema sanitario apportate dalla l.r. 17/2014 ritrovano, pertanto, molte similarità di contenuto rispetto a quanto riportato nei testi normativi approvati da altre Regioni, in particolare relativamente alle finalità e modalità fondamentali di attuazione della revisione della rete ospedaliera e della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, generalmente conformi a quanto richiesto dagli atti statali appena citati. La l.r. n. 17/2014 si è discostata, tuttavia, in alcuni punti distintivi dal percorso di attuazione dei principi statali intrapreso dalle altre regioni. Di seguito si danno alcune informazioni su quelle che appaiano essere le maggiori particolarità dell'ordinamento regionale disegnato dalla l.r. n. 17/2014 in attuazione dei principi nazionali.

La legge regionale n. 17/2014 con la sua entrata in vigore ha operato un processo di aggregazione degli enti sanitari già esistenti operando una soppressione di alcuni enti sanitari regionali:

- in modo immediato, a decorrere dal 1° gennaio 2015, di un'azienda sanitaria territoriale (si dà luogo alla ricostituzione di cinque aziende per l'assistenza sanitaria territoriale contro le sei aziende per i servizi sanitari preesistenti) e di ogni azienda ospedaliera (ordinaria, e non universitaria) preesistente – una -, con sua incorporazione in azienda territoriale;[14]

---

[12] Per maggiori informazioni sui contenuti di tale Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 10 luglio 2014 - Rep. N. 82/CSR – documento disponibile all'url ***http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf****) si veda, infra, al al punto 5.1 alla pag. 64 e seguenti, nonché alla nota 71 di tale punto.*

[13] Benché formalmente adottato con decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 (in Gazz.Uff. n.127 del 4 giugno 2015), il testo del Regolamento del Ministero della Salute recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera ha conseguito la necessaria intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 5 agosto 2014.

[14] L'articolo 5 della l.r. n. 17/2014, rubricato Aziende per l'assistenza sanitaria, prevede quanto segue:

"1. Sono Aziende per l'assistenza sanitaria:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina", con sede legale a Trieste;

b) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", con sede legale a Gorizia, istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";

c) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e di parte dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli", con sede legale a Gemona del Friuli;

d) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", con sede legale a Udine;

e) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", istituita mediante accorpamento dell'Azienda per i servizi sanitari n.

6 "Friuli Occidentale" e dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, con sede legale a Pordenone.
2. A decorrere dall'1 gennaio 2015:
a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 " Triestina " succede nell'intero patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 1 " Triestina ", che viene contestualmente soppressa, e in parte del patrimonio dell'Azienda ospedaliero-universitaria " Ospedali riuniti " di Trieste;
b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina", e parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste;
c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" e parte delle funzioni svolte dall'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste, come indicato al comma 3, sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina".
3. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività del servizio punto prelievo svolte presso l'ospedale Maggiore di Trieste. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" le funzioni relative alle attività del servizio punto prelievo svolte presso l'ospedale Maggiore di Trieste.
4. A decorrere dall'1 gennaio 2015:
a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 " Bassa Friulana-Isontina " succede nell'intero patrimonio delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 " Isontina " e n. 5 " Bassa Friulana ", che vengono contestualmente soppresse;
b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo alle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";
c) tutte le funzioni svolte dalle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina".
5. A decorrere dall'1 gennaio 2015:
a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 " Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli " succede nel patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 " Alto Friuli ", che viene contestualmente soppressa, e in parte del patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 " Medio Friuli ";
b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";
c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte delle funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli".
6. Sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", oltre al territorio dei comuni attualmente già compresi nell'ambito territoriale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli", anche il territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli, ivi compreso il relativo presidio ospedaliero, e di Codroipo. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività delle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" le funzioni relative alle attività delle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compreso negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo.
7. A decorrere dall'1 gennaio 2015:
a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 " Friuli Centrale ", succede in parte del patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 " Medio Friuli ", che viene contestualmente soppressa;
b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" sono trasferiti parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";
c) parte delle funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale".
8. Non sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" i territori dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Codroipo e di San Daniele del Friuli, nonché il presidio ospedaliero ivi insistente. Non sono compresi nel patrimonio della medesima azienda i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività svolte nelle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Codroipo e di San Daniele del Friuli. Non sono comprese nelle funzioni della medesima azienda quelle relative alle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni degli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo.
9. A decorrere dall'1 gennaio 2015:
a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 " Friuli Occidentale " succede nel patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 " Friuli Occidentale " e dell'Azienda ospedaliera " Santa Maria degli Angeli " di Pordenone, che vengono contestualmente soppresse;
b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e all'Azienda

- in modo differito – da attuarsi entro due anni dall'entrata in vigore della l.r. 17/2014 - delle due aziende ospedaliero-universitarie esistenti, con loro incorporazione all'interno delle due aziende territoriali di riferimento alla fine di un percorso di adeguamento, garantito dall'unicità del responsabile di vertice – il commissario straordinario degli enti – che ha richiesto per la propria conclusione anche la previa stipulazione di protocolli d'intesa tra Università e Regione; [15]

- il processo di integrazione e riduzione degli enti preesistenti è avvenuto per mezzo di una generalizzata loro soppressione - con decadenza conseguente di tutti gli organi - e loro ricostituzione;

- con la l.r. n. 17/2014 si è dato luogo alla costituzione di un nuovo ente autonomo, l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, con funzioni di centrale di committenza in ambito sanitario, aggregazione della domanda aziendale di beni e servizi, gestione accentrata di funzioni amministrative per conto e in sostituzione delle aziende, consulenza e supporto alle aziende e alla

---

ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone;

c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dall'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale".

10. Alle Aziende per l'assistenza sanitaria si applica la disciplina delle aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992.

11. La costituzione dei nuovi enti del Servizio sanitario regionale è disposta con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale.

12. Le Aziende per l'assistenza sanitaria che comprendono nei propri ambiti territoriali i comuni o le frazioni di essi indicati nella tabella di cui all' articolo 4 della legge 23 febbraio 2001, n. 38 (Norme a tutela della minoranza linguistica slovena della regione Friuli-Venezia Giulia), devono garantire i diritti previsti dall'articolo 8 della stessa legge."

[15] Di seguito si citano gli articoli della l.r. n. 17/2014 nelle parti di maggior interesse per quanto esposto.

L'articolo 3 (Enti del Servizio sanitario regionale) prevede che "1. [...] a decorrere dall'1 gennaio 2015 sono enti del Servizio sanitario regionale: [...] b) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine; [...] 2. Le aziende di cui al comma 1, lettera b), assicurano un approccio integrato per una gestione sinergica della propria attività istituzionale con l'attività istituzionale rispettivamente dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" di cui all'articolo 5."

L'articolo 4 (Integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università), ancora, dispone che ""1. Ai fini di cui all'articolo 3, comma 2, a decorrere dall'1 gennaio 2015 e per il periodo massimo di due anni:

a) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico commissario straordinario;

b) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico commissario straordinario.

2. In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" incorporano, rispettivamente, l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine subentrando nelle relative funzioni, secondo modalità definite con protocolli d'intesa tra la Regione e le Università interessate, da stipularsi ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell' articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), e successive modifiche. La Regione addiviene alla stipula definitiva dei suddetti protocolli sentita la Commissione consiliare competente. All'esito dell'incorporazione, le aziende assumono il nome, rispettivamente, di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine" e, sulla base di quanto previsto dai citati protocolli d'intesa, esercitano, in modo unitario, coordinato e inscindibile, sia negli ospedali ad alta specializzazione che nelle attività distrettuali, dipartimentali e territoriali, le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché quelle di didattica e di ricerca, garantendo in particolare la continuità delle cure. Ciò al fine di migliorare il servizio pubblico di tutela della salute, accrescere la qualità dei processi formativi, sviluppare le conoscenze biomediche e l'innovazione tecnologica, nonché valorizzare in modo paritario, nel rispetto dei rispettivi ruoli e mandati, le funzioni e le attività del personale ospedaliero, del distretto e dell'Università.

3. I protocolli d'intesa di cui al comma 2 devono avere la finalità di integrazione delle funzioni, evitando la duplicazione di reparti ospedaliero-universitari lì dove non sia necessitata da documentate esigenze epidemiologiche e/o organizzative."

Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia[16] - senza delega, anche parziale, di funzioni di coordinamento, indirizzo e vigilanza sugli enti del S.S.R. da parte della Direzione centrale regionale -, adempiendo così anche agli obblighi di adeguamento ai principi di coordinamento della finanza pubblica nazionale in tema di concentrazione delle centrali di committenza a servizio degli enti pubblici;

- dalla l.r. n. 17/2014 vengono evidenziati rilevanti poteri di indirizzo organizzativo e operativo in capo al Coordinatore sociosanitario[17] e alla struttura operativa distrettuale;[18]

---

[16] *La l.r. n. 17/2014, all'articolo 7 (Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi) dispone quanto segue:*
"1. Al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia del Servizio sanitario regionale, a decorrere dall'1 gennaio 2015 è istituito l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, con sede legale a Udine.
2. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi è dotato di personalità giuridica pubblica ed è disciplinato dalle vigenti disposizioni di legge concernenti le aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992.
3. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge, per conto degli enti del Servizio sanitario regionale, anche su indicazione della Regione, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi, nonché funzioni accentrate di supporto tecnico, amministrative e gestionali.
4. Le funzioni accentrate amministrative consistono nelle attività finalizzate agli acquisti di beni e servizi, allo svolgimento di funzioni di stazione appaltante dei lavori pubblici e all'attività amministrativa standardizzata inerente al personale, ivi compresa la formazione. Per quanto riguarda le procedure di approvvigionamento, l'Ente favorisce la partecipazione delle piccole e medie imprese e delle imprese sociali, anche attraverso il confronto con le organizzazioni di categoria e applica di norma quanto previsto dall'articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali), dall'articolo 35 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 e dal Capo IV della legge regionale 26 ottobre 2006, n. 20 (Norme in materia di cooperazione sociale.
5. Le funzioni accentrate gestionali riguardano la logistica del servizio di magazzino e le altre attività individuate con le modalità indicate al comma 7.
6. Le funzioni accentrate di supporto tecnico sono svolte in favore degli enti del Servizio sanitario regionale e della funzione di programmazione della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.
7. La Giunta regionale individua in dettaglio le funzioni di cui ai commi 3, 4, 5 e 6, nonché le date a decorrere dalle quali le funzioni stesse sono svolte in via esclusiva dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi e riferisce annualmente alla Commissione consiliare competente sull'attività dell'ente.
8. Il direttore generale dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge le proprie funzioni coadiuvato dai direttori amministrativo e sanitario di cui all' articolo 3 del decreto legislativo 502/1992 . Ai fini della programmazione strategica delle relative attività, il direttore generale è affiancato da un comitato di indirizzo che, con regolamento interno, definisce le proprie modalità operative. Il comitato di indirizzo è composto dal direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che lo presiede, e dai direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale, o loro delegati. Le decisioni del comitato di indirizzo sono recepite dagli enti del Servizio sanitario regionale. Il collegio sindacale dell'Ente, nominato dal direttore generale, dura in carica tre anni ed è composto da quattro componenti, designati due dall'Amministrazione regionale, che individua anche il componente cui attribuire le funzioni di presidente, uno dal comitato di indirizzo e uno dal Ministero dell'economia e delle finanze. Per quanto non previsto trovano applicazione le disposizioni di cui all'articolo 8 della legge regionale 26 luglio 2013, n. 6.
9. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi è dotato di personale proprio, cui viene applicata la disciplina giuridica, economica e previdenziale del personale del Servizio sanitario nazionale.
10. Il direttore generale dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi definisce l'organizzazione aziendale, mediante l'adozione della proposta di atto aziendale di cui all' articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992 .
11. Le funzioni svolte dall'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine tramite il Dipartimento Servizi Condivisi sono trasferite all'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, che subentra nella titolarità dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi i rapporti di lavoro, in continuità e neutralità con le funzioni precedentemente svolte."

[17] *L'articolo 12, rubricato Direzione strategica, della l.r. n. 17/2014 dispone quanto segue:*
"5. La direzione strategica, quale articolazione delle aziende di cui al comma 1, è composta, oltre che dal direttore generale, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo, di cui al decreto legislativo 502/1992 , nonché dal coordinatore sociosanitario.
6. Il coordinatore sociosanitario coadiuva il direttore generale nel governo dell'azienda svolgendo attività di supporto per la programmazione e l'indirizzo delle attività sociosanitarie ed esercitando funzioni di promozione, raccordo e relazione interdistrettuale nelle medesime materie.
7. Il coordinatore sociosanitario è nominato dal direttore generale, previo parere della Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 13, da esprimersi entro dieci giorni dalla formale richiesta, ed è individuato preferibilmente tra il personale appartenente alla dirigenza degli enti del Servizio sanitario regionale o a quella dei servizi sociali dei Comuni, che abbia acquisito competenze o maturato esperienze per almeno cinque anni nei settori sociale o sociosanitario. Il coordinatore sociosanitario può essere altresì individuato tra personale laureato diverso da quello indicato al primo periodo del presente comma, purché in possesso delle medesime competenze ed esperienze.

- è ribadita la necessità di svolgere in modo integrato le attività sociosanitarie, senza giungere, tuttavia, a prevedere una programmazione unificata e integrata regionale o locale per gli ambiti sanitario e sociale da definirsi con unico strumento programmatorio regionale;
- nella legge regionale n. 17/2014 non vengono previste formule organizzative interaziendali riconducibili alla tipologia dell' "area vasta".[19]

2.2.2 Assetto istituzionale e organizzativo, avvio delle aziende sanitarie universitarie integrate e la (mancata) attuazione in Friuli Venezia Giulia della normativa nazionale sui piani di rientro degli enti di ricovero

Come già anticipato *supra,* il Legislatore regionale con la l.r. 17/2014 non ha provveduto a integrare le nuove aziende direttamente a decorrere dal 1° gennaio 2015, ma ne ha differito la costituzione fissando il termine di due anni dall'entrata in vigore di tale legge, verificatasi il 7 novembre 2014.

Nel periodo successivo a tale entrata in vigore, ma antecedente all'effettiva incorporazione delle aziende ospedaliero-universitario nelle aziende per l'assistenza sanitaria (ora rinominate aziende sanitarie universitarie integrate), l'ordinamento giuridico nazionale ha subito alcune modificazioni che hanno riguardato anche le aziende ospedaliero-universitarie regionali di cui si preparava l'incorporazione nelle aziende territoriali.

Nei suoi riguardi valgono le norme previste, anche con riferimento al trattamento giuridico, economico e previdenziale, per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo, in quanto applicabili.
8. Nei casi in cui l'Azienda per l'assistenza sanitaria assuma la gestione di attività e servizi socio-assistenziali, ai sensi dell' articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 502/1992 , il coordinatore sociosanitario svolge anche le funzioni di direzione dei suddetti servizi e attività; in tale caso, il coordinatore è nominato d'intesa con la Conferenza dei sindaci, da esprimersi entro dieci giorni dalla formale richiesta."

[18] L'articolo 19, rubricato Distretto, della l.r. n. 17/2014 ai commi 2, 3 e 4, prevede quanto segue:
"2. Il distretto è l'articolazione dell'Azienda per l'assistenza sanitaria preposto ad assicurare una risposta unitaria, coordinata e continua ai bisogni della comunità. A tal fine persegue l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, sociosanitari nonché con i Servizi sociali dei Comuni, così come disciplinati dalla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).
3. Il distretto coordina le attività aziendali svolte per la popolazione di riferimento. Tale funzione viene esercitata attraverso l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali cui partecipano tutti i servizi aziendali di riferimento. L'ufficio fa capo al direttore di distretto.
4. L'integrazione è riferita, in particolare, all'ambito istituzionale, professionale, sociale e sanitario, […]"

[19] La decisione dell'Amministrazione regionale di non utilizzare più in ambito sanitario lo strumento organizzativo e di attuazione della programmazione strategica interaziendale individuabile come "organizzazione per area vasta" è resa evidente anche da quanto indicato nel documento di programmazione regionale Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale anno 2015, approvate dalla Giunta regionale del Friuli Venezia Giulia con deliberazione n. 394 del 6 marzo 2015, (documento disponibile all'url ***http://mtom.regione.fvg.it/storage//2015_394/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%20394-2015.pdf*** *e* ***http://mtom.regione.fvg.it/storage//2015_394/Allegato%201%20alla%20Delibera%20394-2015.pdf****, rispettivamente per il documento principale e per l'allegato approvato); in particolare, al punto 1. Lo scenario,– lettera b - di tale documento (pag. 3) si legge: "Revisione delle modalità di assegnazione alle aziende del finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, superando l'attuale metodo di attribuzione per area vasta", specificando poi al punto 4: Le risorse finanziarie (pag. 33 del documento) che "Da quest'anno, il finanziamento viene previsto in linea di principio per Ente, superando il criterio passato dell'Area vasta […]".*

Il Legislatore Nazionale, infatti, ha proceduto ad approvare la legge 28 dicembre 2015, n. 208, al cui articolo 1, comma 546,[20] si è operata una deroga alla normativa vigente contenente i principi statali in materia di tutela della salute e garanzia dell'autonomia universitaria,[21] facendo venir così meno eventuali dubbi sulla legittimità costituzionale[22] delle norme della l.r. n. 17/2014 in materia di costituzione di aziende che si originassero dall'integrazione di aziende territoriali e aziende ospedaliero-universitarie.[23]

---

[20] *Il citato comma 546 dell'art. 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016) prevede quanto segue: "Al fine di perseguire una più efficace e sinergica integrazione tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione e le attività di didattica e di ricerca, nonché allo scopo di conseguire risparmi di spesa, nelle regioni a statuto speciale che nel biennio antecedente alla data di entrata in vigore della presente legge hanno riorganizzato il proprio Servizio sanitario regionale, o ne hanno avviato la riorganizzazione, attraverso processi di accorpamento delle aziende sanitarie preesistenti, la collaborazione tra Servizio sanitario nazionale e università può realizzarsi anche mediante la costituzione di aziende sanitarie uniche, risultanti dall'incorporazione delle aziende ospedaliere universitarie nelle aziende sanitarie locali, secondo modalità definite preventivamente con protocolli di intesa tra le regioni e le università interessate, da stipulare ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517."*

[21] *Una precedente proposta di modifica della citata disposizione statale – art. 3 del d.lgs. n. 517/1999 - presentata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 10 dicembre 2014, proposta non accolta dal Governo. Il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome n. 14/157/CU01/C2: Parere sul disegno di legge recante: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di Stabilità 2015) presentato in Conferenza Stato-Regioni il 10 dicembre 2014 (documento disponibile all'url web http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_045780_DOC.%20P.%201%20CU%20REGIONI.pdf) a pag. 15 riportava la seguente proposta di modifica alla normativa statale: "3. Emendamento per l'efficientamento del sistema sanitario - Dopo il comma 3 dell'articolo 2, del decreto legislativo 21.12.1999, n. 517, è inserito il comma: 3 bis - le Regioni e le Province autonome possono realizzare la collaborazione tra Servizio sanitario regionale e Università, in deroga al modello unico aziendale di cui al comma 3, anche attraverso modelli istituzionali che comportino diverse modalità organizzative delle funzioni assicurate dalle aziende sanitarie, da definire nell'ambito dei protocolli d'intesa tra Regione e Università."*

[22] *Si vedano, in merito, le sentenze della Corte costituzionale n. 295 del 4 novembre 2009 e n. 129 del 9 maggio 2012 in tema di esercizio della potestà legislativa regionale nella materia concorrente della «tutela della salute» di cui all'art. 117, terzo comma, della Costituzione e di rispetto di princìpi fondamentali sanciti a livello statale.*

[23] *Le disposizioni della l.r. n. 17/2014, nel prevedere l'incorporazione di aziende ospedaliero-universitarie all'interno di aziende sanitarie territoriali, modificano in modo innovativo – nell'ambito regionale- le modalità di collaborazione tra università e sistema sanitario regionale stabilite dalla normativa statale, non conformandosi alla forma organizzativa unica tipica dell'azienda ospedaliero-universitaria disposta dall'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), che dispone quanto segue: "1. La collaborazione fra Servizio sanitario nazionale e università, si realizza, salvo quanto previsto ai commi 4, ultimo periodo, e 5, attraverso aziende ospedaliero-universitarie, aventi autonoma personalità giuridica, le quali perseguono le finalità di cui al presente articolo. 2. Per un periodo transitorio di quattro anni dall'entrata in vigore del presente decreto, le aziende ospedaliero-universitarie si articolano, in via sperimentale, in due tipologie organizzative: a) aziende ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta, denominate aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale; b) aziende ospedaliere costituite mediante trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza dell'università, denominate aziende ospedaliere integrate con l'università. 3. Al termine del quadriennio di sperimentazione, alle aziende di cui al comma 1 si applica la disciplina prevista dal presente decreto, salvo gli adattamenti necessari, in base anche ai risultati della sperimentazione, per pervenire al modello aziendale unico di azienda ospedaliero - universitaria. Gli eventuali adattamenti sono definiti con atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, su proposta dei Ministri della sanità e dell'università della ricerca scientifica e tecnologica e, ove necessario, con apposito provvedimento legislativo. 4. Per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'università di cui all'articolo 1, la regione e l'università individuano, in conformità alle scelte definite dal Piano sanitario regionale, l'azienda di riferimento di cui ai commi 1 e 2. Tali aziende sono caratterizzate da unitarietà strutturale e logistica. Qualora nell'azienda di riferimento non siano disponibili specifiche strutture essenziali per l'attività didattica, l'università concorda con la regione, nell'ambito dei protocolli di intesa, l'utilizzazione di altre strutture pubbliche. 5. Le università concordano altresì con la regione, nell'ambito dei protocolli d'intesa, ogni eventuale utilizzazione, tramite l'azienda di riferimento, di specifiche strutture assistenziali private, purché già accreditate e qualora non siano disponibili strutture nell'azienda di riferimento e, in via subordinata, nelle altre strutture pubbliche di cui al comma 4. 6. Le aziende di cui ai commi 1 e 2 operano nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale e concorrono entrambe sia al raggiungimento degli obiettivi di quest'ultima, sia alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'università, in considerazione dell'apporto reciproco tra le funzioni del*

Lo stesso articolo 1 della legge n. 208/2015, tuttavia, disponeva – ai commi dal 521 al 547 - incisive e rigorose misure (cosiddetti 'piani di rientro degli ospedali') da applicarsi anche alle aziende ospedaliero-universitarie "per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei LEA" (così al comma 521 del citato articolo 1). L'applicazione delle misure previste sarebbe seguita all'approvazione della metodologia di valutazione da utilizzarsi adottata con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere Conferenza Stato-Regioni". Le Regioni avrebbero dovuto poi procedere entro il 30 giugno di ogni anno alle valutazioni necessarie applicando tale metodologia.[24] L'emanazione del citato decreto, tuttavia, era sottoposta per la sua emanazione al previo parere della Conferenza Stato-Regioni.

In un momento successivo, con l'entrata in vigore della norma derogatoria posta nell'art.1, comma 546, della legge n. 208/2015, n. 208, da parte della Regione Friuli Venezia Giulia si è provveduto ad approvare il Protocollo d'intesa tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e le Università degli studi di Trieste e Udine, per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università,

---

Servizio sanitario nazionale e quelle svolte dalle facoltà di medicina e chirurgia. Le attività assistenziali svolte perseguono l'efficace e sinergica integrazione con le funzioni istituzionali dell'università, sulla base dei princìpi e delle modalità proprie dell'attività assistenziale del Servizio sanitario nazionale, secondo le specificazioni definite nel presente decreto. 7. Le aziende ospedaliere integrate con l'università di cui al comma 2, lettera b), sono costituite secondo il procedimento previsto nell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni; la proposta regionale è formulata d'intesa con l'università. Le modalità organizzative e gestionali di tali aziende sono disciplinate dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, salve le specifiche disposizioni contenute nel presente decreto. 8. Le aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2, lettera a) sono costituite, con autonoma personalità giuridica, dall'università, d'intesa con la regione, ed operano secondo modalità organizzative e gestionali determinate dall'azienda in analogia alle disposizioni degli articoli 3, 3-bis, 3-ter e 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, salve le specifiche disposizioni contenute nel presente decreto. 9. Alle aziende di cui ai commi 1 e 2 si applicano gli articoli 8-bis, 8-ter e 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, salvo quanto previsto dal presente decreto. 10. Sono abrogati i commi 5 e 6 dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni."

Relativamente alle difficoltà e criticità collegate alla gestione dei rapporti sanità-università in ambito ospedaliero-universitario può leggersi (in particolare alle pagine 76, 77 e 90) nelle schede della Relazione conclusiva presentata il 23 ottobre 2014 dal Gruppo di lavoro n. 16 – Sanità –nell'ambito dell'attività coordinata dal Commissario per la revisione della spesa istituito dal decreto-legge n. 69/2013 (il documento è disponibile all'url ***http://www.mef.gov.it/revisionedellaspesa/documenti/Volume_conclusivo_revisione_della_spesa_231014.pptx*** *- Sito web REVISIONEDELLASPESA.GOV.IT -* ***http://revisionedellaspesa.gov.it/rapportigruppilavoro.html****).*

[24] Così il comma 524 dell'articolo 1 della l. 208/2015, il cui contenuto si espone integralmente di seguito: "Ciascuna regione, entro il 30 giugno di ciascun anno, individua, con apposito provvedimento della Giunta regionale, ovvero del Commissario ad acta, ove nominato ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione degli enti di cui al comma 536, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni: a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 7 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro. Le modalità di individuazione dei costi e di determinazione dei ricavi sono individuate dal decreto di cui al comma 526; b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526."

protocollo approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 612 del 13 aprile 2016, ma non ancora a sottoscriverlo.

Poco dopo, in data 21 aprile 2016 veniva approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il parere necessario per l'emanazione del decreto ministeriale.[25]

Il giorno successivo, il 22 aprile 2016, la Giunta regionale della Regione Friuli Venezia Giulia, l'Università degli Studi di Trieste e l'Università degli Studi di Udine sottoscrivono il Protocollo d'intesa tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e le Università degli studi di Trieste e Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università già approvato con d.g.r. n. 612 del 13 aprile 2016. L'articolo 5 di tale Protocollo, ancora, prevede la sua entrata in vigore il primo giorno del mese successivo a quello di sottoscrizione. Nello stesso giorno, poi, con deliberazione della Giunta regionale n. 679 del 22 aprile 2016[26] viene infine approvata l'incorporazione dell'azienda ospedaliero-universitaria di Trieste e di quella di Udine rispettivamente nelle Aziende per l'assistenza sanitaria n. 1 e 4, con assunzione della nuova denominazione delle stesse in Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine, così come prevedeva l'art. 4 della Ln.17/2014.

Successivamente in data 15 luglio 2016[27] viene pubblicato il decreto del Ministero della Salute 21 giugno 2016 recante *Piani di cui all'art. 1, comma 528. Della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le Aziende ospedaliere (AO), le Aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici.*

La Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 524, della l. n. 208/2015 adotta conseguentemente la deliberazione n. 1892 del 7 ottobre 2016 con oggetto: "LR 208/2015, ART 1, COMMI DA 521 A 547. DISPOSIZIONI REGIONALI." Nella motivazione di tale deliberazione si può leggere quanto segue: "Verificato che a seguito dell'ultima fase della riforma di cui alla citata DGR n. 679 dd. 22.4.2016 nella Regione Friuli Venezia Giulia, in relazione all'ambito di applicazione del citato

---

[25] *Il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome n. 72/CSR del 21 aprile 2016 di deliberazione di espressione di parere favorevole, nei termini di cui in premessa, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in attuazione dell'articolo 1, comma 526, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, concernente le linee guida per la predisposizione dei piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e relativi allegati tecnici a) e b), trasmesso, con nota n. 3881 del 18 aprile 2016, dal Ministero della salute è disponibile all'indirizzo web http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_053288_Rep%20n.%2072%20csr%20punto%201%20odg.pdf*
In merito va ricordato che con successiva sentenza n. 192 del 20 giugno 2017 la Corte costituzionale ha dichiarato "l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, commi 526 e 536, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)», nella parte in cui prevedono che i decreti ministeriali ivi contemplati siano emanati «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano», anziché d'intesa con la stessa Conferenza" (documento disponibile in formato elettronico all'indirizzo web https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2017&numero=192).

[26] *Il documento in formato elettronico della deliberazione citata, comprensivo degli allegati, è disponibile alla pagina web http://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&cerca=true&anno=2016&num=679&tx_dataDel=&key=&uf=)*

[27] *Cfr. la Gazzetta ufficiale n. 164 del 15 luglio 2016.*

decreto ministeriale, non sono più esistenti né aziende Ospedaliere né aziende Ospedaliero Universitarie, ma, solo l'IRCCS "Burlo Garofolo" e l'IRCCS "Centro di Riferimento Oncologico di Aviano" per i quali si è pertanto provveduto all'applicazione della citata metodologia di verifica [...]."[28]

2.3 La programmazione generale e il controllo periodico: disciplina generale e criticità dei processi

La Regione Friuli Venezia Giulia sin dall'anno 1996, approvando la l.r. n. 49/1996,[29] ha provveduto a dotare il proprio sistema sanitario regionale di un sistema di programmazione, contabilità e controllo che lo sostenuto in modo efficace nel corso degli anni, anche in ragione della *governance* direzionale operata efficacemente dall'allora innovativa istituzione dell'Agenzia regionale della sanità nell'anno 1995 ad opera del Legislatore regionale.[30] In periodo successivo, dopo la soppressione della citata Agenzia regionale della sanità operata con l'art. 10 della legge regionale n. 12/2009,[31] e la successiva applicazione agli enti del servizio sanitario regionale della disciplina prevista dal d.lgs. n. 118/2011 introdotta nell'ordinamento regionale dall'art. 7, c. 7, della l.r. n. 27/2014[32], si è reso necessario intervenire sul sistema di programmazione e controllo vigente apportandovi delle modifiche con la l.r. n. 26/2015.[33]

---

[28] *Il documento è disponibile in formato digitale all'indirizzo web http://mtom.regione.fvg.it/storage//2016_1892/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%201892-2016.pdf La deliberazione citata è disponibile in formato ne*

[29] *Legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49, recante Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria.*

[30] *L'atto normativo regionale di istituzione dell'Agenzia regionale della sanità è la legge regionale 5 settembre 1995, n. 37, recante Istituzione, compiti ed assetto organizzativo dell'Agenzia regionale della sanità ed altre norme in materia sanitaria.*

[31] *Il citato art. 10 (Misure per la razionalizzazione della spesa sanitaria), della legge n. 12 del 23 luglio 2009 (Assestamento del bilancio 2009 e del bilancio pluriennale per gli anni 2009-2011 ai sensi dell'articolo 34 della legge regionale 21/2007) al comma 2 prevede quanto segue: "**2.** È soppressa, a decorrere dalla data di cui al comma 1, l'Agenzia regionale della sanità. A decorrere dall'1 ottobre 2009 il direttore generale dell'Agenzia regionale della sanità decade dall'incarico e il direttore centrale della Direzione salute e protezione sociale assume le funzioni di commissario straordinario dell'Agenzia regionale della sanità coadiuvato dal vicedirettore centrale che assume le funzioni di vicecommissario straordinario. Il collegio sindacale e gli incarichi dirigenziali e professionali la cui durata è legata al mandato del cessato direttore generale dell'Agenzia regionale della sanità decadono il 31 dicembre 2009. A decorrere dalla data di cui al comma 1 le funzioni dell'Agenzia regionale della sanità sono trasferite alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali che subentra in tutti i rapporti giuridici, attivi e passivi, della soppressa Agenzia, ivi compresi i rapporti di lavoro e quelli di consulenza e di collaborazione coordinata e continuativa. [...]."*
Per maggiori informazioni sulle finalità e gli effetti di quanto disposto con l'art. 10 della citata l.r. n. 12/2009 si può prendere visione di quanto riportato a commento di tale innovazione normativa nella Relazione sul rendiconto generale della Regione Friuli Venezia Giulia per l'esercizio finanziario 2009 approvata dalla Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia con deliberazione n. FVG/200/2010/FRG del 16.7.2010, ai punti dal 4.4.1 al 4.4.6, alla pagina 312 e seguenti (pag. 328 del documento è disponibile in formato elettronico all'url http://www.regione.fvg.it/asp/DelibereCorteConti/documenti/completa_fto200_delibera_parifica_2009_7_22_10_2_53_15_PM.pdf).

[32] *La Legge regionale 30 dicembre 2014, n. 27, recante Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale e annuale (Legge finanziaria 2015), all'art. 8 rubricato Finalità 7 - sanità pubblica, al comma 7, dispone quanto segue:" Gli enti del Servizio sanitario regionale di cui all'articolo 3 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria), in attuazione dell'articolo 29 del Patto per la salute per gli anni 2014-2016 del 10 luglio 2014, adottano a decorrere dall'esercizio 2015 le disposizioni, i principi contabili e gli schemi di bilancio di cui al Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di*

Viene logicamente confermato l'impianto razionale del sistema di programmazione e controllo già, stabilito dalla l.r n. 49/1996, apportando, tuttavia, una modifica alla precedente periodicità trimestrale dei rendiconti infrannuali prevista dalla l.r. n. 49/1996. La nuova periodicità, a decorrere dall'esercizio 2016,[34] assegnata a tali rendiconti dall'art. 44 della l.r. n. 26/2015 diviene quadrimestrale, in modo non coordinato con quanto prevede il decreto del Ministero della Salute 15 giugno 2012 per la trasmissione delle rilevazioni CE, che rimangono trimestrali.[35]

L'innovazione nel sistema dei controlli appena analizzata va ad aggiungersi a quella direttamente operata nel sistema di programmazione dall'art. 32 del d.lgs. n. 118/2011, che richiede l'approvazione da parte della Giunta regionale del bilancio preventivo economico annuale consolidato entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono.[36]

Abbandonando il quadro generale di disciplina del sistema di programmazione e controllo per passare all'esame delle risultanze del sommario della documentazione istruttoria si è rilevato che con grave frequenza Si riscontra, infatti, la tardività negli adempimenti della programmazione; si

---

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)."

[33] *Si veda in merito quanto dispone la legge regionale 10 novembre 2015, n. 26, recante Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti, al suo Titolo III - Armonizzazione dei sistemi di contabilità degli enti del Servizio Sanitario Regionale, Capi III (Programmazione economica) e IV (Il sistema di controllo).*
In particolare, applicabile dall'esercizio 2016, all'art. 34 (Sistema contabile) prevede quanto segue:"1. Gli enti del Servizio sanitario regionale applicano le disposizioni, i princìpi contabili e gli schemi di bilancio di cui al titolo II del decreto legislativo 118/2011. - 2. La Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia con decreto del Direttore centrale può fornire indicazioni contabili di dettaglio per gli enti del Servizio sanitario regionale, nell'ambito delle disposizioni di cui al decreto legislativo 118/2011."

[34] *Ex art. 49, c. 2, della citata l.r. 26/2015.*

[35] *Così all'art. 3 del decreto del Ministero della Salute 15 giugno 2012, pubblicato nel supplemento ordinario n. 144 alla Gazzetta Ufficiale n. 159 del 10 luglio 2012.*

[36] *Così l'art. 32 del 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), a commi dall'1 al 5, che di seguito si riportano: "1. La gestione sanitaria accentrata presso la regione predispone e sottopone all'approvazione della giunta regionale sia il bilancio preventivo economico annuale consolidato del Servizio Sanitario Regionale, di cui al comma 5, sia il bilancio d'esercizio consolidato del Servizio Sanitario Regionale, di cui al comma 7. - 2. Per la redazione dei bilanci consolidati di cui al comma 1 si applicano le disposizioni del Decreto legislativo n. 127 del 1991, fatto salvo quanto disposto dal presente titolo. - 3. L'area di consolidamento comprende tutti gli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) [aziende sanitarie locali; aziende ospedaliere; istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; aziende. ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale] del comma 2 dell'articolo 19 ed esclude soggetti eventualmente partecipati da questi ultimi. Il patrimonio netto consolidato è determinato dalla somma dei valori di patrimonio netto degli enti consolidati. Con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all'articolo 36, comma 2, sono definite le modalità di sperimentazione riguardanti la previsione di un ulteriore bilancio consolidato che comprenda i soggetti controllati dagli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b), punto i), e c). - 4. Il bilancio preventivo economico annuale consolidato si compone ed è corredato dagli stessi documenti che compongono e corredano il bilancio preventivo economico annuale dei singoli enti di cui all'articolo 25. La relazione del direttore generale è sostituita da una relazione del responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione. Salvi gli adeguamenti necessari, la struttura e il contenuto dei documenti che compongono e corredano il bilancio preventivo economico annuale consolidato sono quelli prescritti per il bilancio preventivo economico annuale dei singoli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b), punto i), e c) del presente titolo. - 5. La giunta regionale approva i bilanci preventivi economici annuali degli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 e il bilancio preventivo economico annuale consolidato di cui al comma 4 entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione."*

evidenzia che un controllo previsto con cadenza quadrimestrale che venga completato dopo che si è già chiuso l'esercizio di riferimento, non ha nessuna efficacia.

Passando dall'ambito della disciplina delle procedure di programmazione e controllo all'esame delle risultanze dell'attività istruttoria svolta, si delineano due principali criticità, di cui la più rilevante attiene alla tempestività di svolgimento degli adempimenti di programmazione e controllo nel rispetto dei termini assegnati dalla normativa. Di seguito si espone un quadro riassuntivo che dà contezza dei tempi di adempimento da parte della Giunta regionale delle attività in discorso rispetto ai termini previsti dalla normativa, che pure si espone.

Tabella 1 - Regione Friuli Venezia Giulia - Tempestività degli adempimenti della Giunta regionale nelle attività di programmazione e controllo economici periodici – ANNI 2014-2017

tipo attività di programmazione o controllo	esercizio riferimento (anno)	num. delib.	data delib.	termine previsto dalla normativa	norma regolatrice dei termini di adempimento	annotazione su rispetto dei termini
bilancio preventivo economico annuale	2014	1322	11.7.2014	10.2.2014	art. 20, cc. 4 e 6, l.r. n.49/1996	NON RISPETTATO
bilancio preventivo economico annuale	2015	1363	10.7.2015	31.3.2015	art. 55, c. 1, l.r. n. 17/2014	NON RISPETTATO
bilancio preventivo economico annuale	2016	349	4.3.2016	31.12.2015	art. 32, c. 5, d.lgs.n.118/2011	NON RISPETTATO
bilancio preventivo economico annuale	2017	736	21.4.2017	31.12.2016	art. 32, c. 5, d.lgs.n.118/2011	NON RISPETTATO
controllo annuale - bilancio consolidato	2014	1771	11.9.2015	24.8.2015	art. 29, cc. 4 e 5, l.r. n.49/1996	NON RISPETTATO
controllo annuale - bilancio consolidato	2015	1383	22.7.2016	24.8.2016	art. 29, cc. 4 e 5, l.r. n.49/1996	rispettato
controllo annuale - bilancio consolidato	2016	1973	13.10.2017	24.8.2017	art. 29, cc. 4 e 5, l.r. n.49/1996	NON RISPETTATO
I rendiconto infrannuale	2016	2186	18.11.2016	31.7.2016	art. 44, c. 5, l.r.n. 26/2015	NON RISPETTATO
II rendiconto infrannuale	2016	2549	23.12.2016	30.11.2016	art. 44, c. 5, l.r.n. 26/2015	NON RISPETTATO
I rendiconto infrannuale	2017	1571	22.8.2017	31.7.2017	art. 44, c. 5, l.r.n. 26/2015	NON RISPETTATO
II rendiconto infrannuale	2017	261	9.2.2018	30.11.2017	art. 44, c. 5, l.r.n. 26/2015	NON RISPETTATO

Fonte: elaborazione della Sezione di controllo del Friuli Venezia della Corte dei conti

Dall'esame dei dati appena esposti si evidenzia con forza la quasi costante tardività degli adempimenti svolti dalla Giunta regionale nelle attività in discorso.

In particolare, in merito ai negativi effetti per la gestione delle aziende della tardività rilevata nell'ambito della programmazione annuale si tratta più diffusamente, *infra,* al successivo punto 4.1.2.2 (Efficienza delle procedure di programmazione e funzionalità della gestione: la criticità dei processi di creazione e gestione dei flussi di informazione nel Sistema sanitario regionale) a pag. 48.

Con riferimento, invece, agli utilissimi strumenti del monitoraggio infrannuale, si constata la loro sostanziale inutilità gestionale nelle modalità fino ad ora osservate. Tale inutilità gestionale deriva da una duplice ragione. Primariamente la tardività rende non disponibili gli strumenti legislativi adottabili con funzione correttiva in fase di assestamento di bilancio e nell'attività precedente alla chiusura delle operazioni contabili regionali fissata al 15 dicembre di ogni anno.

Su un diverso piano, legato alla correzione aziendale degli andamenti operata in sede di gestione, si rileva la loro non utilità, soprattutto in relazione a quei rendiconti che vengono svolti a gestione conclusa (come nel caso del II rendiconto 2017), patologia gestionale pure diffusamente analizzata, *infra,* al successivo punto 4.1.2.3 (Efficienza del controllo di gestione e adozione tempestiva di misure correttive: la criticità dei sistemi informativi a servizio del controllo di gestione) a pag. 53.

Passando ora all'àmbito della programmazione annuale non economica, si rileva che i documenti indicati come Linee annuali per la gestione del S.S.R.[37] relativamente agli esercizi 2014-2018 sono stati adottati nei termini esposti nella tabella che segue.

Tabella 2 - Regione Friuli Venezia Giulia - Tempestività degli adempimenti della Giunta regionale nelle attività di programmazione del Sistema sanitario regionale – ANNI 2014-2018

tipo attività di programmazione o controllo	esercizio riferimento (anno)	num. delib.	data delib.	termine previsto dalla normativa	norma regolatrice dei termini di adempimento	annotazione su rispetto del termini
programmazione annuale - Linee per la gestione	2014	2305	6.12.2013	15.9.2013	art.12, c.2, l.r. n. 49/1996	NON RISPETTATO
programmazione annuale - Linee per la gestione	2015	394	6.3.2015	31.3.2015	art. 55, c. 1, l.r. n. 17/2014	rispettato

[37] *I documenti di programmazione citati con il termine Linee per la gestione sono i seguenti: allegato Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2014 approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 2305 del 6 dicembre 2013 (documento di seguito, per brevità, indicato anche come linee gestione 2015) (documenti elettronici disponibili agli indirizzi web http://mtom.regione.fvg.it/storage/2013_2305/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%202305-2013.pdf e http://mtom.regione.fvg.it/storage/2013_2305/Allegato%201%20alla%20Delibera%202305-2013.pdf);*
allegato Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015 approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 394 del 6 marzo 2015 (documento di seguito, per brevità, indicato anche come linee gestione 2015) (documenti elettronici disponibili agli indirizzi web http://mtom.regione.fvg.it/storage/2015_394/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%20394-2015.pdf e http://mtom.regione.fvg.it/storage/2015_394/Allegato%201%20alla%20Delibera%20394-2015.pdf);
allegato Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2016 approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 2559 del 22 dicembre 2015 (documento di seguito, per brevità, indicato anche come linee gestione 2016) (documenti elettronici disponibili agli indirizzi web http://mtom.regione.fvg.it/storage/2015_2559/Allegato%201%20alla%20Delibera%202559-2015.pdf e http://mtom.regione.fvg.it/storage/2015_2559/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%202559-2015.pdf);
allegato Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2017 approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 2550 del 23 dicembre 2016 (documento di seguito, per brevità, indicato anche come linee gestione 2017) (documenti elettronici disponibili agli indirizzi web http://mtom.regione.fvg.it/storage/2016_2550/Allegato%201%20alla%20Delibera%202550-2016.pdf e http://mtom.regione.fvg.it/storage/2016_2550/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%202550-2016.pdf);
allegato Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018 approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 185 del 2 febbraio 2018 (documento di seguito, per brevità, indicato anche come linee gestione 2018) (documenti elettronici disponibili agli indirizzi web http://mtom.regione.fvg.it/storage/2018_185/Allegato%201%20alla%20Delibera%20185-2018.pdf e http://mtom.regione.fvg.it/storage/2018_185/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%20185-2018.pdf).

programmazione annuale - Linee per la gestione	2016	2559	22.12.2015	15.9.2015	art.12, c.2, l.r.n. 49/1996	NON RISPETTATO
programmazione annuale - Linee per la gestione	2017	2550	23.12.2016	15.9.2016	art.12, c.2, l.r.n. 49/1996	NON RISPETTATO
programmazione annuale - Linee per la gestione	2018	185	2.2.2018	15.9.2017	art.12, c.2, l.r.n. 49/1996	NON RISPETTATO

Fonte: elaborazione della Sezione di controllo del Friuli Venezia della Corte dei conti

Pur prendendo atto del generalizzato costante superamento dell'impegnativo termine previsto dalla normativa vigente (ordinariamente il 15 settembre dell'anno precedente), va necessariamente evidenziato soprattutto l'amplissimo ritardo riscontrato nell'adozione delle Linee annuali per la gestione del S.S.S.R. per l'anno 2018; la relativa delibera giuntale di approvazione è stata assunta, infatti, a gestione dell'esercizio di riferimento già pienamente iniziata.

3 OBIETTIVI PROGRAMMATI E VALUTAZIONE: UN ESAME DELLE PROCEDURE

I direttori generali del servizio sanitario regionale sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificatamente gestita. Tale valutazione è necessaria ai fini della determinazione della quota spettante integrativa al trattamento economico annuo spettante ai direttori generali[38]. Obiettivi, risultati attesi e modalità di valutazione degli organi di vertice degli enti del servizio sanitario regionale vengono assegnati attraverso il cosiddetto patto tra Regione e direttori generali[39].

La Sezione in sede istruttoria ha richiesto, per ogni anno dal 2014 al 2017, le informazioni e i dati necessari alla valutazione dei risultati conseguiti dai direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale e dalle rispettive aziende,[40] dati che avrebbero dovuto essere immediatamente disponibili in quanto presenti nei fascicoli istruttori relativi alle procedure di valutazione già concluse, essendo elemento istruttorio essenziale in tali procedure. Tuttavia nel corso dell'istruttoria[41] è emerso che l'Amministrazione regionale non dispone delle serie ordinate di dati

---

[38] *Articolo 3, comma 6 e articolo 3-bis, comma 8, del d.lgs. 30.12.1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l. 23.10.1992, n. 421), stabilisce che il rapporto di lavoro dei direttori generali delle aziende sanitarie è regolato da un contratto di diritto privato i cui contenuti, ivi compresi i criteri per la determinazione dei relativi emolumenti, sono fissati con decreto del presidente del Consiglio dei Ministri.*
Il DPCM 502/1995 prevede, tra l'altro, che il trattamento economico annuo dei direttori generali delle aziende sanitarie può essere integrato da un'ulteriore quota fino al 20% dello stesso previa valutazione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione con i relativi criteri valutativi.
Ai sensi dell'art. 6 della legge regionale 26.3.2009, n. 7 (Disposizioni in materia di contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale), il 25 per cento della quota integrativa al trattamento economico del direttore generale è vincolata al rispetto dei tempi d'attesa.
La valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati negli anni in esame (2014, 2015, 2016 e 2017 quest'ultimo esercizio non ancora deliberato) ai fini della corresponsione della quota integrativa al trattamento economico è avvenuta, rispettivamente, con DGR n. 2183 del 18.11.2016, con DGR n. 1922 del 6.10.2017 e con DGR n. 728 del 21.3.2018. Il risultato conseguito da ogni singolo ente e le motivazioni della valutazione di non raggiungimento degli obiettivi assegnati sono esposti negli allegati alle singole deliberazioni citate.

[39] *Il Patto tra Regione e direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale è stato approvato per l'anno 2014 con DGR n. 612 del 4.4.2014, per l'anno 2015 con DGR n. 1364 del 10.7.2015, per l'anno 2016 con DGR n. 391 del 11.3.2016 e per l'anno 2017 con DGR n. 774 del 28.4.2017.*

[40] *Con richiesta istruttoria prot. n. 964 di data 28 febbraio 2018, e in particolare con riferimento all'allegato "Documenti e processo di rendicontazione e valutazione dei risultati" sono stati richiesti i seguenti dati ed informazioni:*
a) indicatori ospedali: ospedalizzazione, dotazione e occupazione posti letto, turn-over, rotazione, degenza media, suddivisi per acuti, riabilitazione, lungodegenza, medici/chirurgici, ricoveri ordinari, day hospital, one day hospital, peso medio delle prestazioni per tipologia di ricovero; b) prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza, con riferimento sia all'attività di ricovero che ambulatoriale; c) assistenza domiciliare integrata, con dati relativi al numero di interventi, numero ore (totale e medio per paziente), numero pazienti univoci seguiti, personale infermieristico/medico impiegato e misura oraria/numero ore dell'impiego; d) parti naturali e cesarei, per punti nascita e residenti/non residenti.

[41] *Riunione istruttoria di contraddittorio del 17 maggio 2018.*

storicizzati al 31.12 di ogni anno relativamente agli indicatori utilizzati per la valutazione dei risultati in relazione agli obiettivi assegnati. L'Amministrazione regionale ha tenuto a ribadire che la trasparenza delle procedure di valutazione viene comunque garantita dal contraddittorio che si tiene con i direttori generali nei casi di mancato raggiungimento degli obiettivi. Allo stato degli atti, tuttavia si constata l'inesistenza di raccolte dei dati utilizzati per le valutazioni anno per anno, memorizzati, storicizzati, validati e depositati in un'apposita repository. Da parte dell'Amministrazione regionale è stato fatto presente che esiste comunque un *data warehouse* per i dati sanitari e, se necessario, le informazioni richieste possono essere ricostruite tramite la consultazione della banca dati. Al riguardo l'Amministrazione regionale, in data 31 maggio e 5 giugno 2018, ha trasmesso alla Sezione una possibile ricostruzione di quanto richiesto per mezzo di un'estrazione non automatizzata dei dati.

Dall'esame della documentazione trasmessa e in particolare con riferimento ai dati relativi ai risultati delle valutazioni degli obiettivi per il Patto 2016 tra la Regione e i direttori generali degli enti del SSR, si rilevano, in diversi casi, notevoli divergenze tra il dato comunicato dall'azienda e quello comunicato dalla direzione. Tale problematica riguarda, per esempio, i risultati dell'indicatore n. 7 – LEA – Prevenzione (Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro). Difatti, si osserva che il dato azienda e il dato direzione indicato per l'ASUI di Trieste è rispettivamente pari a 48,7 e 70,7, così come per l'A.A.S. Bassa Friulana – Isontina (dato azienda 55,7 e dato direzione 61,7), A.A.S. Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli (dato azienda 66,7 e dato direzione 81,8) e A.A.S. Friuli Occidentale (dato azienda 41,3 e dato direzione 49,3). Notevole divergenza si riscontra anche nell'indicatore Bersaglio – Pancreas (Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete), in particolare per l'ASUI di Trieste dove il dato azienda è pari a 40,4 mentre il dato direzione è pari a 69,4.

Un'altra tematica riscontrata riguarda i risultati dell'indicatore n. 8 – LEA – Tutela della salute nei luoghi di lavoro (Percentuale di unità controllate sul totale di unità controllate), il cui obiettivo risulta raggiunto con un valore pari o superiore al 5%. In questo caso è emerso che la percentuale del 4,90% per l'ASUI di Trieste è stata classificata come obiettivo raggiunto, mentre l'ASUI di Udine con la medesima percentuale è stata classificata come obiettivo non raggiunto. Al riguardo nell'incontro tenutesi il giorno 6 giugno 2018, presso la Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia nella sede di Trieste, convocata per approfondimenti relativamente ai dati forniti, l'Amministrazione regionale ha confermato tale incoerenza. Il Rappresentante della Regione ha

precisato che anche per l'ASUI di Trieste l'esame operato dalla DIREZIONE SALUTE evidenziava che l'obiettivo non risultava essere stato raggiunto; tuttavia, il direttore generale ha presentato delle giustificazioni in merito al mancato conseguimento dell'obiettivo in discorso. La DIREZIONE REGIONALE, primariamente ha considerato il fatto che non era stato comunque raggiunto dall'azienda ASUITS il necessario e preliminare obiettivo consistente nel raggiungimento dell'equilibrio economico. Solo il raggiungimento del primario obiettivo di equilibrio economico, assieme a quello di tutti gli altri obiettivi assegnati, avrebbe comportato l'attribuzione di una quota di incremento del 20% del trattamento economico in godimento a titolo di incentivo (D.P.C.M 502/1995 e successive modifiche). Considerando, pertanto, il mancato verificarsi della condizione preliminare di conseguimento dell'obiettivo di equilibrio economico, la DIREZIONE SALUTE ha ritenuto di accogliere la richiesta del direttore generale ASUITS di considerare comunque raggiunto l'obiettivo contestato.

Oltre a quanto già sopra evidenziato, si rileva ancora l'incoerenza emersa sui risultati dell'ASUI di Trieste e sull'A.A.S. n. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli relativamente all'indicatore n. 19 – LEA – Farmaceutica (Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale – comprensiva della distribuzione diretta e per conto), il cui obiettivo risulta raggiunto con un valore pari o inferiore all'11,35% (valore regionale). Con riferimento all'ASUI di Trieste il valore indicato come dato azienda è pari al 12,0% (superiore all'obiettivo stabilito), mentre il valore indicato per il dato direzione è pari al 10,7% (inferiore all'obiettivo stabilito). Per quanto concerne l'A.A.S.N. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli, il valore indicato come dato azienda è pari al 11,7% (superiore all'obiettivo stabilito), mentre il valore indicato per il dato direzione è pari al 10,9% (inferiore all'obiettivo stabilito). In entrambi i casi l'obiettivo viene considerato raggiunto dalla DIREZIONE REGIONALE, ma nelle evidenze trasmesse non appaiono essere presenti motivazioni a giustificazione né delle esistenti discordanze di valore degli indicatori tra quelli rilevati dalle aziende rispetto a quelli rilevati dalla DIREZIONE SALUTE.

Riassumendo le risultanze dell'esame svolto sulla metodologia utilizzata nello svolgimento delle necessarie e importanti attività di valutazione dei risultati dei direttori generali e delle sottostanti aziende, si rileva nell'operato della DIREZIONE SALUTE un'insufficiente attenzione all'evidenziazione degli elementi motivazionali che abbiano condotto, in sede di contraddittorio con i direttori generali, a rivedere le valutazioni operate dalla DIREZIONE SALUTE in sede istruttoria. Preoccupazione desta, ancora, la palese incoerenza evidenziatasi spesso nei dati rilevati

dai due attori coinvolti nella valutazione: la DIREZIONE SALUTE e il direttore generale nella sua azienda; tale incoerenza appare sintomatica di una possibile inaffidabilità dei sistemi di controllo e rilevazione utilizzati dalla DIREZIONE SALUTE e dall'azienda.

Rilevante appare ancora la circostanza che, come evidenziato nel caso esposto che ha visto accogliere le richieste di rivalutazione operate dall'ASUITS, l'intera procedura di valutazione sia stata considerata e finalizzata unicamente nella sua strumentalità rispetto alla verifica della sussistenza delle condizioni necessarie per l'attribuzione di premialità economiche al direttore generale, anziché quale importante momento di confronto e verifica dell'andamento aziendale nei suoi risultati sostanziali.

4 GOVERNANCE DEL SISTEMA, CONTROLLI E SISTEMI INFORMATIVI

4.1 *Governance* del Servizio Sanitario Regionale: il presidio della Direzione centrale salute e le sue funzioni.

L'ordinamento regionale individua nella Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali (qui indicata anche come DIREZIONE SALUTE) e le attribuisce ogni potere amministrativo ai fini della guida e miglioramento del sistema sanitario regionale e degli enti che vi fanno parte. In particolare le leggi regionali vigenti alla DIREZIONE SALUTE attribuiscono, tra le altre, le seguenti funzioni: di vigilanza e coordinamento; di indirizzo, pianificazione e controllo di carattere strategico dei settori sanitario, sociosanitario e sociale; coordinamento, indirizzo operativo e verifica dei risultati raggiunti da parte degli enti dipendenti in relazione alle indicazioni fornite; di verifica e controllo dei bilanci delle Aziende sanitarie; di controllo di gestione; di controllo e valutazione della qualità delle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale; di coordinamento e supporto tecnico nei settori tecnologico, informatico e logistico-gestionale.[42]

---

[42] *Le principali funzioni attribuite alla DIREZIONE SALUTE sono definite nelle leggi regionali n. 12/2009 e richiamata l.r. n. 37/1995, nonché dalla l.r. 17/2013, come di seguito meglio specificato:*
legge regionale 23 luglio 2009, n. 12 (Assestamento del bilancio 2009 e del bilancio pluriennale per gli anni 2009-2011 ai sensi dell'articolo 34 della legge regionale 21/2007) all'art. 10 (Misure per la razionalizzazione della spesa sanitaria), in particolare nei commi che di seguito si citano:
"1 […] A decorrere dall'1 gennaio 2010 la Direzione centrale salute e protezione sociale è ordinata in forma di gestione speciale autonoma, denominata Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, con sedi in Trieste e Udine, con i compiti, in particolare, di vigilanza e coordinamento degli enti del Servizio sanitario regionale. La Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali è dotata di autonomia organizzativa e gestionale. - 2. […] A decorrere dalla data di cui al comma 1 le funzioni dell'Agenzia regionale della sanità sono trasferite alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali […] - 12. A decorrere dalla data di cui al comma 1, i riferimenti contenuti nella vigente normativa all'Agenzia regionale della sanità si intendono fatti, ove compatibili, alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali. […]";
legge regionale 5 settembre 1995, n. 37 (Istituzione, compiti ed assetto organizzativo dell'Agenzia regionale della sanità ed altre norme in materia sanitaria), all'articolo Art. 3 (Compiti) ai seguenti commi:
"1. All'Agenzia sono attribuiti i seguenti compiti: a) osservazione epidemiologica a supporto dell'attività di pianificazione e valutazione dei risultati conseguiti; b) attuazione della programmazione sanitaria nell'ambito della pianificazione strategica regionale; c) attività negoziale nell'ambito della contrattazione collettiva in sede regionale; d) determinazione delle risorse finanziarie da attribuire alle Aziende sanitarie sulla base dei criteri fissati dalla Giunta regionale e con l'applicazione dei meccanismi di finanziamento previsti dalla legislazione vigente; e) supporto all'Amministrazione regionale per l'accreditamento delle strutture sanitarie nella regione, di cui all'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni e per la determinazione delle tariffe delle prestazioni sanitarie; f) verifica e controllo dei bilanci delle Aziende sanitarie; g) controllo di gestione; h) promozione di modelli organizzativi e gestionali innovativi anche su base sperimentale, orientati all'efficienza, alla competitività ed all'efficacia; i) controllo e valutazione della qualità delle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale; l) supporto tecnico nella pianificazione degli investimenti; coordinamento e supporto tecnico nei settori tecnologico, informatico e logistico-gestionale; m) gestire centralmente, per conto delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, particolari segmenti di attività, previa delega da parte dei Direttori generali delle Aziende.
1 bis. I compiti di cui al comma 1 si estendono, in quanto compatibili, anche alle aree ad alta integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 41, comma 1, della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49";

La normativa regionale, quindi, affida alla DIREZIONE SALUTE fondamentali e incisive funzioni per il governo del complesso sistema sanitario regionale, richiedendo che tali funzioni vengano svolte con efficacia e efficienza tali da ripercuotersi positivamente anche su efficacia e efficienza di tutti i dipendenti enti del Servizio sanitario regionali, e ciò dipende primariamente dalle capacità di esercitare adeguato coordinamento sia all'interno che all'esterno della DIREZIONE SALUTE, utilizzando nel modo ottimale la risorsa più importante nell'attività di *governance:* l'informazione, nella sua formazione e nel suo trasferimento funzionale alle esigenze operative.

4.1.1 Governo del sistema e gestione delle informazioni nel Sistema sanitario regionale: una rilevante criticità nella *governance*

L'attività svolta nell'ambito dell'istruttoria di controllo ha, tuttavia, rilevato evidenti gravi difficoltà nello svolgimento delle proprie funzioni da parte della DIREZIONE SALUTE, in particolare in tutti gli aspetti relativi al reperimento, trattamento e condivisione delle informazioni necessarie allo svolgimento delle proprie attività. Nella DIREZIONE SALUTE, infatti, e nei servizi in cui è strutturata si evidenzia un'estrema difficoltà ad attuare una funzionale condivisione delle

---

legge regionale 11 novembre 2013, n. 17 (Finalità e principi per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale), alle disposizioni che di seguito si citano:
articolo 3 (Principi), ai commi 3 e 4 (comma 3: "L'unitarietà e l'uniformità del Servizio sanitario regionale sono assicurate attraverso il coordinamento attuato, a livello regionale, dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, la quale esercita, in particolare, la funzione di direzione nell'attuazione degli indirizzi strategici e di valutazione della gestione del Servizio sanitario regionale medesimo."; comma 4: "L'unitarietà e l'uniformità di cui al comma 3 sono perseguite anche attraverso la razionalizzazione delle attività di supporto alla funzione sanitaria mediante forme di centralizzazione delle medesime");
articolo 4 (Sovraordinazione regionale), ai commi 1, 2 e 3 (comma 1: "La Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, di cui all'articolo 10 della legge regionale 23 luglio 2009, n. 12 (Assestamento del bilancio 2009), svolge, tra le altre, le funzioni di indirizzo, pianificazione e controllo di carattere strategico dei settori sanitario, sociosanitario e sociale"; comma 2: "Nell'ambito delle funzioni di cui al comma 1, in coerenza con le finalità e i principi di cui alla presente legge, la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, con riferimento agli enti e alle strutture di cui si avvale ai sensi dell'articolo 10, comma 11, della legge regionale 12/2009 , ivi compresa " l'Area welfare ", assicura le funzioni di coordinamento, indirizzo operativo e verifica dei risultati raggiunti in relazione alle indicazioni fornite."; comma 3: "Gli enti e le strutture di cui al comma 2 svolgono le funzioni amministrative e contabili per l'attività assegnata.).
A modifica della disciplina posta dall'art. 10 della l.r. n. 12/2009, la legge regionale 28 dicembre 2017, n. 44 (Legge collegata alla manovra di bilancio 2018-2020) all'art. 10 (Funzione pubblica), comma 17, ha disposto che "La Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia di cui all'articolo 10 della legge regionale 23 luglio 2009, n. 12 (Assestamento del bilancio 2009), cessa di essere ordinata in forma di gestione speciale autonoma ed è ricondotta alla disciplina prevista, ordinariamente, per le strutture direzionali e sub direzionali, nonché per gli incarichi dirigenziali dell'Amministrazione regionale a decorrere dalla data di efficacia dei conseguenti provvedimenti da assumersi, da parte della Giunta regionale e del Direttore generale, ai sensi degli articoli 7, 11 e 37 del regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli enti regionali, emanato con decreto del Presidente della Regione 27 agosto 2004, n. 0277/Pres., in merito all'articolazione organizzativa e alla declaratoria delle funzioni della Direzione centrale; dalla medesima data cessa, altresì, l'applicazione della disciplina dell'organizzazione interna e del funzionamento della Direzione centrale stessa adottata ai sensi dell'articolo 10, comma 4, della legge regionale 12/2009." Nel successivo comma 18 dello stesso articolo 10 della l.r. n. 44/2017 si è poi disposto che "In relazione a quanto disposto al comma 17, gli incarichi dirigenziali, ivi compresi quelli conferiti con contratto a tempo determinato di diritto privato, nonché gli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento di strutture stabili di livello inferiore al servizio in essere al 31 dicembre 2017 presso la Direzione centrale salute, integrazione socio - sanitaria, politiche sociali e famiglia, proseguono sino alla loro scadenza naturale salvo il caso di revoca anticipata. Al fine di assicurare la necessaria continuità e funzionalità dei servizi, gli incarichi di responsabile di Area, in essere al 31 dicembre 2017 presso la Direzione centrale stessa e per i quali, alla medesima data, risulti decorrente il termine dell'ipotesi di risoluzione di cui all'articolo 27, comma 3 bis, del regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli enti regionali, emanato con decreto del Presidente della Regione 0277/2004, si intendono prorogati sino al 31 agosto 2018."

informazioni e a renderle disponibili in modo efficiente e in misura adeguata e tempestiva alle esigenze di ogni parte del sistema che ne abbisogni. Ciò sembrerebbe originarsi da vari fattori: un'apparente eccessiva compartimentazione dei vari processi lavorativi, accompagnata da un'insufficiente intercambiabilità delle risorse umane; manifeste carenze di dati e informazioni sui livelli di governo vigilati - gli enti del servizio sanitario regionale –, in particolare per quanto riguarda l'area dell'assistenza territoriale; un'evidente generale carenza di disponibilità di servizi informativi sufficientemente flessibili e prontamente accessibili per il trattamento dei dati e l'elaborazione delle informazioni, anche nel caso in cui i dati fossero potenzialmente disponibili. Tali criticità appaiano presentarsi anche nel livello inferiore di governo: quello aziendale.

Lo stato di fatto appena rilevato nella sua criticità si evidenzia nelle caratteristiche appena esposte in ragione delle numerose e concordanti conferme ricevute in merito - in modo diretto e indiretto, dalla stessa Amministrazione regionale - sia nelle comunicazioni formali trasmesse alla Sezione, che nel corso delle riunioni di contraddittorio svolte.[43]

Di seguito si espongono alcuni degli elementi acquisti.

In risposta alla richiesta istruttoria sullo stato di disponibilità dei dati relativi all'attuazione del cambiamento delle forme organizzative dell'assistenza primaria e al monitoraggio e valutazione delle attività svolte all'interno dei centri di assistenza primaria, in sede di contraddittorio i rappresentanti dell'Amministrazione regionale hanno dichiarato che attualmente non c'è disponibilità di tale tipologia di dati presso la DIREZIONE SALUTE, e che tali dati sono in possesso delle aziende. Allo stesso tempo, un direttore generale di un'azienda territoriale che ha partecipato al contraddittorio quale rappresentante dell'Amministrazione regionale, ha dichiarato che per rispondere come Direttore generale di azienda ha dovuto chiedere informazioni ai singoli distretti. Un rappresentante dell'Amministrazione regionale ha anche chiarito come "in merito alla preponderanza di obiettivi di natura innovativa attinenti al cambiamento organizzativo nell'ambito territoriale o nel coordinamento di attività complesse non siano disponibili strumenti atti a vigilare o che abbiano dei dati che possano essere vigilati da parte della Direzione centrale. Ne deriva che ci si basa sul dichiarato della persona coinvolta nel processo monitorato, cosiddetto 'debito informativo' ".

Sempre in risposta alla stessa richiesta relativa allo stato di disponibilità presso la DIREZIONE REGIONALE dei dati relativi all'attuazione del cambiamento delle forme organizzative dell'assistenza primaria e al monitoraggio e valutazione delle attività, l'Amministrazione

[43] *Il riferimento è alle riunioni di contraddittorio tenutesi nei giorni 17 e 25 maggio, 6 e 15 giugno 2018.*

regionale ha dichiarato che la DIREZIONE SALUTE presidia solo finanziariamente le nuove forme associative territoriali, precisando che la DIREZIONE SALUTE ha operato il controllo sulle aggregazioni funzionali territoriali in termini finanziari, autorizzando la costituzione delle aggregazioni funzionali territoriali solo dopo aver verificato che ci fossero le risorse finanziarie a copertura della spesa conseguente. I rappresentanti dell'Amministrazione regionale hanno, infatti, dichiarato che sussiste un governo finanziario della REGIONE e non un governo di legittimità, precisando che nello stesso modo si è operato per le medicine di gruppo.

In risposta a richiesta istruttoria relativamente ai dati disponibili sull'assistenza domiciliare, l'Amministrazione regionale ha fatto presente che non vengono raccolti dati informatici relativamente all'attività domiciliare, in quanto ogni attività di rendicontazione dell'attività viene svolta in forma cartacea; la stessa DIREZIONE SALUTE ha dichiarato che anche il riconoscimento delle visite domiciliari effettuate dai medici di medicina generale viene effettuato sulla base della dichiarazione rilasciata dal medico. La DIREZIONE SALUTE ha aggiunto che comunque vengono trasmessi al Ministero della Salute i dati richiesti dagli obblighi di monitoraggio dell'assistenza domiciliare. La DIREZIONE SALUTE ha precisato che al momento gli unici dati puntuali sull'assistenza domiciliare, relativamente a volumi orari e per paziente in possesso della stessa Direzione, sono quelli relativi ai processi di cura del diabete. La stessa DIREZIONE SALUTE, sempre in relazione alla richiesta di informazioni sull'assistenza domiciliare integrata - dati relativi al numero di interventi, numero ore, (totale e medio per paziente), numero pazienti univoci seguiti, personale infermieristico/medico impiegato e misura oraria /numero ore dell'impiego -, ha precisato che "non sono nella disponibilità dei sistemi informativi di EGAS e DCS [Direzione Centrale Salute] e quindi andranno richiesti alle aziende previo chiarimento da parte della Corte della specifica caratteristica dei dati richiesti". In merito agli stessi dati richiesti, un'azienda sanitaria ha comunicato "che si tratta di informazioni eventualmente in possesso dei Distretti". Da ultimo, in relazione alla richiesta dello stato di informatizzazione delle reti di cura di malattie croniche, l'Amministrazione regionale ha dichiarato che solo la rete di cura del diabete viene gestita con strumenti informatici, mentre le altre non lo sono.

Nell'ambito dell'attività di acquisizione di elementi sull'effettiva disponibilità di adeguati strumenti informativi di contabilità analitica,[44] un'azienda ha segnalato che "Il programma di Contabilità Analitica in uso in Regione Friuli Venezia Giulia non permette la contabilizzazione dei costi del personale per centro di costo. [...] Il sistema non gestisce situazioni in cui un dipendente operi su più "centri di costo" e non sono disponibili automatismi per poter allocare le risorse umane tra le diverse attività."[45]

In merito alla richiesta posta in riunione di contraddittorio circa le modalità di trattamento dati di flussi economico-finanziari fondamentali (bilancio preventivo, monitoraggi infrannuali, bilancio consolidato di chiusura) e alla conseguente tempestività degli adempimenti (si verteva sul frequente ritardo occorso negli adempimenti rispetto ai termini perentori posti dalla normativa), dai Rappresentanti indicati dall'Amministrazione regionale si è risposto di non conoscere le modalità tecniche con le quali si procedeva, in quanto era necessario rivolgersi al funzionario che se ne occupava. Successivamente il funzionario addetto chiariva che "[...] tali dati vengono trasmessi alla Direzione in via ufficiale a mezzo PEC, per le vie brevi vengono inviati i dati in formato word ed excel in quanto ad oggi non esiste un sistema per esportare i dati contabili direttamente dai sistemi a causa della vetustà degli stessi. La Direzione poi provvede alla predisposizione dei vari documenti con i medesimi programmi con i quali i dati vengono inviati."[46]

A fronte della richiesta istruttoria di trasmissione di ordinari dati di attività relativi ad aspetti della gestione sanitaria, dall'Amministrazione regionale si è fatto presente "che alcuni output di sistema non sarebbero stati subito disponibili in formato dati elaborabili (*excel*) perché erano accessibili solo in formato standard in pdf, in assenza dell'operatore specifico Insiel addetto all'esportazione in formato *excel*, operatore che al momento non era disponibile per ferie."

---

[44] *Il quesito formulato dall'Ufficio in sede istruttoria chiedeva informazioni relativamente al seguente argomento: "Disponibilità di funzionalità idonee ad una gestione efficace della contabilità analitica e della gestione dei dati, anche nell'ambito delle ordinarie attività di programmazione, rendicontazione e monitoraggio, in particolare con trasmissione di dati e informazioni (unitamente ad esempi di produzione di report automatizzati) adeguate a dare adeguata informazione sulla disponibilità di strumenti di gestione automatizzata relativamente a evidenze contabili e amministrative dell'utilizzo di risorse umane (in particolare relativamente all'applicazione di risorse umane su più centri di costo o di attività nella stessa giornata o in giorni diversi)".*

[45] *La risposta completa è stata la seguente: ""Il programma di Contabilità Analitica in uso in Regione Friuli Venezia Giulia non permette la contabilizzazione dei costi del personale per centro di costo. I dati relativi all'impiego del personale sono registrati negli appositi gestionali: Sistema di presenze-assenze; ASCOT personale (che registra la posizione giuridica ed economica di ogni singolo soggetto e la sua attribuzione al livello organizzativo. Il sistema non gestisce situazioni in cui un dipendente operi su più "centri di costo" e non sono disponibili automatismi per poter allocare le risorse umane tra le diverse attività."*

[46] *La risposta riportata è pervenuta con nota dell'Amministrazione Regionale prot. n. 11869 del 14 giugno 2018.*

In relazione ad una richiesta indirizzata alla DIREZIONE SALUTE nell'ambito di altra procedura di controllo gestita dall'Ufficio nel corso del 2018, si è reso necessario richiedere chiarimenti su un decreto di liquidazione adottato nel dicembre 2017 da tale Direzione per una rilevante spesa (ca. 14 milioni di euro) e carente nella motivazione, peraltro recante un errore nell'iter logico giuridico motivazionale che ne rendeva il contenuto non comprensibile. Dalla DIREZIONE SALUTE si è segnalato che "il referente dell'istruttoria è temporaneamente assente. Stante la complessità dell'argomento e al fine di garantire un riscontro esaustivo e completo alla vs richiesta, si ritiene opportuno attendere il rientro della dipendente. Un tanto premesso, questa direzione provvederà ad inviare la propria richiesta entro la fine del corrente mese."[47]

All'interno del non positivo quadro appena delineato, tuttavia, si rilevano anche casi di disponibilità e utilizzo di strumenti informativi potenzialmente adeguati ed avanzati, ma normalmente ristretti ad ambiti limitati, e di cui di seguito si dà conto.

Relativamente alle funzioni di supporto rese da servizi dell'Amministrazione regionale, nel corso dell'istruttoria si è evidenziata la disponibilità dell'Amministrazione regionale di una piattaforma molto evoluta per la ricerca epidemiologica e per la validazione di cambiamenti organizzativi nella loro valenza di modificazione del fenomeno sanitario dal punto di vista epidemiologico. Dai rappresentanti dell'Amministrazione è stato, tra l'altro, esposto dettagliatamente il risultato ottenuto nello sviluppo dell'avanzato sistema di analisi dell'attività relativa alla cura del paziente diabetico, di cui sono stati illustrati i notevolissimi risultati, anche a livello nazionale, tali da permettere di conoscere, a livello di dettaglio anche per singolo cittadino e per singolo medico, dati e informazioni di estrema importanza.

A livello aziendale sanitario, invece, si segnala quanto riportato da un'azienda territoriale in risposta a specifica richiesta di informazioni sull'eventuale disponibilità di strumenti di

---

[47] *La procedura di controllo in discorso era quella finalizzata all'approvazione della dichiarazione di affidabilità del rendiconto regionale per l'anno 2017. La nota della DIREZIONE SALUTE di risposta alle richieste istruttorie era la n. 9077 del 2 maggio 2018. A fronte della nota della DIREZIONE REGIONALE che chiedeva un differimento del termine di quasi un mese, la Sezione (con nota prot. n. 1547/2015) ha fatto presente che "In merito all'affermata necessità della Direzione centrale Salute di differire a fine mese la trasmissione di quanto richiesto, si fa presente che le attività istruttorie di questa Sezione relative al procedimento in discorso troveranno la propria conclusione nell'esame delle risultanze istruttorie svolto in sede collegiale da questa Sezione il giorno 23 maggio p.v.. Per tale ragione, pur nella disponibilità collaborativa a differire i termini di trasmissione degli elementi di chiarimento da parte della Direzione Centrale Salute, si evidenzia la necessità di ricevere una risposta entro il giorno 18 maggio p.v.. Tale termine appare, peraltro, concedere più che ampiamente il tempo necessario alla trasmissione di quanto richiesto, tenendo conto che ogni elemento richiesto dovrebbe –in procedimento che sia stato correttamente gestito –essere già stato versato negli atti dell'istruttoria procedimentale dell'Amministrazione regionale sfociata nell'emissione del mandato in oggetto, senza necessità di ulteriori ricerche o elaborazioni. Le procedure di verifica dell'affidabilità delle scritture contabili svolte da questa Sezione, peraltro, hanno tra le proprie finalità anche la verifica della completezza e regolarità delle attività istruttorie compiute finalizzate all'emanazione degli atti esaminati, e nel caso in esame gli elementi di conoscenza richiesti, anche se non correttamente evidenziati negli atti esaminati, comunque costituiscono nella loro elaborazione e determinazione all'interno degli atti istruttori presupposto di legittimità degli atti finali esaminati".*

gestione automatizzata per la produzione di reportistica *on demand* istantanea, con possibilità di dettaglio anche a livello di singolo codice prodotto/servizio su farmaci, diagnostica, dispositivi medici, utilizzo servizi, prodotti, con indicazione tempistica della risposta a sistema e del dettaglio disponibile.[48] In particolare l'azienda ha segnalato quanto segue: "Attraverso il programma di contabilità analitica è possibile unicamente effettuare stampe (esportabili in *excel*) per centro di costo, voce contabile, periodo di competenza, tipologia di movimento, con diversi livelli di riepilogo. La reportistica a livello di singolo prodotto o servizio su farmaci, diagnostica, dispositivi medici, utilizzo servizi, prodotti viene elaborata attraverso il sistema di *query & reporting* (*Business Object*) accessibile dal Portale Direzionale SISSR-ID. Nel sistema sono fruibili diversi "universi di dati" tra i quali: Consumi Economali, Farmaceutica Ospedaliera e Farmaceutica Diretta, Dispositivi Medici. I dati sono disponibili con un aggiornamento settimanale ed è possibile estrarre per subcentro di costo il consumo dettagliato per classe merceologica, classe economale, articolo catalogo ente, articolo a magazzino. Tutte le elaborazioni sono esportabili in formato *excel* o pdf. [...] [L'azienda] inoltre dispone di un sistema di reportistica aziendale attraverso la quale vengono forniti con cadenza, di norma, mensile diversi report per ciascuna struttura aziendale di seguito si riporta, a titolo di esempio, il menu delle strutture del dipartimento dell'assistenza primaria e l'elenco degli argomenti aggreganti la reportistica".

In relazione a quanto appena esposto, nell'apprezzare le potenzialità di miglioramento collegate al loro utilizzo, si rileva anche che il loro positivo uso all'interno delle strutture non appare al momento essere sufficientemente generalizzato e diffuso, condiviso e messo a sistema in una logica di *governance* direzionale – che sia disponibile ai due livelli: di DIREZIONE SALUTE e di direzione aziendale – con caratteristiche di costanza, sistematicità e strumentalità rispetto alle esigenze di guida dei processi di sistemi complessi in una logica autocorrettiva.

Significative per tale aspetto appaiono le precisazioni fornite dai rappresentanti dell'Amministrazione regionale in relazione alle osservazioni formulate in sede istruttoria relativamente ad una carenza di metodicità e di sistema di monitoraggio condiviso a livello direzionale degli andamenti complessivi, sia a livello regionale sia a livello aziendale, nell'utilizzo

---

[48] *La specifica richiesta istruttoria di informazioni verteva su "Disponibilità di funzionalità idonee ad una gestione efficace della contabilità analitica e della gestione dei dati, anche nell'ambito delle ordinarie attività di programmazione, rendicontazione e monitoraggio, in particolare con trasmissione di dati e informazioni (unitamente ad esempi di produzione di report automatizzati) adeguate a dare adeguata informazione sulla disponibilità di strumenti di gestione automatizzata relativamente a produzione di reportistica on demand istantanea, con possibilità di dettaglio anche a livello di singolo codice prodotto/servizio su farmaci, diagnostica, dispositivi medici, utilizzo servizi, prodotti, con indicazione tempistica della risposta sistema e del dettaglio disponibile".*

dell'avanzato sistema epidemiologico, al di là di singoli particolari aspetti che trovano propria espressione in report su sottoinsiemi. I rappresentanti dell'Amministrazione regionale hanno confermato tale circostanza segnalando, tuttavia, che benché gli strumenti di indagine epidemiologica siano usati anche per il monitoraggio, non sono nati per tale funzione. In risposta alla richiesta di conoscere l'eventuale disponibilità di una funzionalità di monitoraggio tale da permettere il controllo continuo degli indicatori gestionali più importanti per la direzione (funzionalità di controllo direzionale descrivibile come *dashboard* di management direzionale) il rappresentante dell'Amministrazione regionale ha dichiarato che le attività di tipo sanitario ora vengono monitorate con l'uso di applicativi che consentono il controllo mensile di tutti gli indicatori che sono di tipo sanitario e presenti nelle gestioni, ma questi strumenti permettono alla direzione aziendale e centrale di vedere come vanno le cose quando necessario (*on demand*). Fino all'aprile/maggio 2013 veniva, invece, prodotto mensilmente per il Direttore Centrale Salute anche un report sintetico sull'andamento del sistema di alcuni principali indicatori di risultato e di attività.

4.1.2 Coordinamento, controlli, vigilanza e misure correttive: inefficienza della gestione dell'informazione e ricadute negative di sistema. Alcuni esempi

Di seguito si prenderanno in esame alcuni esempi, tra i più rilevanti, che si ritiene possano rendere evidente l'importante impatto negativo che comporta un'inefficienza nella creazione e gestione dell'informazione basata sui dati disponibili, o nel loro mancato miglioramento in qualità, quantità o modalità di trattamento.

I tre casi che si vanno ad esaminare rendono concreti e attuali, contestualizzandoli, gli elementi di criticità esposti nel precedente punto 4.1.1 e riguardano tre attività che contraddistinguono la particolare, importante funzione di *governance* affidata alla DIREZIONE SALUTE: il controllo strategico, la programmazione, il controllo di gestione.

4.1.2.1 Attuazione della riforma delle forme organizzative dell'assistenza primaria e inefficacia del controllo strategico

Il primo caso che si prende in esame attiene all'efficacia della funzione di controllo strategico affidato alla DIREZIONE REGIONALE, in particolare nella vigilanza del percorso di realizzazione dell'obiettivo strategico posto dalle leggi regionali n. 17 del 2013 e 2014 di miglioramento dell'integrazione tra l'ospedale, l'assistenza primaria e quella territoriale e del conseguente

cambiamento delle forme organizzative di erogazione delle prestazioni di assistenza primaria.

Richiamando le parti più importanti di quanto già evidenziato nella parte esposta *supra* al punto 4.1.1, la disponibilità delle informazioni sul livello di raggiungimento dell'obiettivo in discorso appare essere la seguente:

- la DIREZIONE SALUTE dichiara di non avere disponibilità diretta di dati relativi all'attuazione del cambiamento delle forme organizzative dell'assistenza primaria e al monitoraggio e di valutazione delle attività svolte all'interno dei centri di assistenza primaria e che tali dati sono in possesso delle aziende;
- da un Direttore Generale di un'azienda si è appreso che neppure la Direzione Generale dell'azienda ha la disponibilità diretta di tali dati e che per conoscerli ha richiesto gli stessi ai Distretti dalla stessa dipendenti;
- la DIREZIONE SALUTE ha dichiarato di presidiare solo finanziariamente le nuove forme associative territoriali;
- la DIREZIONE SALUTE ha comunicato come "in merito alla preponderanza di obiettivi di natura innovativa attinenti al cambiamento organizzativo nell'ambito territoriale o nel coordinamento di attività complesse non siano disponibili strumenti atti a vigilare o che abbiano dei dati che possano essere vigilati da parte della Direzione centrale. Ne deriva che ci si basa sul dichiarato della persona coinvolta nel processo monitorato, cosiddetto 'debito informativo' ";
- la DIREZIONE SALUTE, in relazione alla richiesta di informazioni sull'assistenza domiciliare integrata- dati relativi al numero di interventi, numero ore, (totale e medio per paziente), numero pazienti univoci seguiti, personale infermieristico/medico impiegato e misura oraria /numero ore dell'impiego -, ha precisato che "non sono nella disponibilità dei sistemi informativi di EGAS e DCS [Direzione Centrale Salute] e quindi andranno richiesti alle aziende;
- un'Azienda sanitaria, sempre in relazione alla stessa richiesta di informazioni sull'assistenza domiciliare integrata, ha comunicato "che si tratta di informazioni eventualmente in possesso dei Distretti".

Dal quadro appena richiamato si evince con certezza l'insufficiente disponibilità delle informazioni necessarie all'esercizio della funzione di controllo strategico sull'importante obiettivo perseguito dall'Amministrazione regionale relativamente alla riorganizzazione dell'assistenza primaria e al contesto organizzativo di miglioramento dell'integrazione ospedale-territorio.

Dall'esame della programmazione regionale si può delineare il seguente quadro di assegnazione di

obiettivi alle aziende territoriali per l'attuazione della riforma dei servizi di assistenza primaria perseguita dalla Regione, in particolare per quanto riguarda la parte di integrazione tra struttura organizzativa dei medici di medicina generale e struttura dei servizi distrettuali, quella cioè relativa alla creazione dei nuovi Centri di assistenza primaria (CAP, anche denominati nella normativa nazionale come unità complesse di cure primarie – UCCP). Di seguito si citano le parti di interesse contenute nei documenti di programmazione annuale denominati Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale per ogni anno di riferimento:

- per l'anno 2015: "3.3. ASSISTENZA PRIMARIA - 3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria - Nel corso del 2014, attraverso i Piani dell'Assistenza primaria redatti dalle Aziende Sanitarie territoriali, è stata individuata la distribuzione territoriale delle AFT e delle CAP, nonché le risorse necessarie e le modalità attuative. La legge regionale di riordino del Servizio Sanitario Regionale individua, quali forme organizzative dell'assistenza medica primaria, le aggregazioni funzionali territoriali (AFT), le medicine di gruppo, i centri di assistenza primaria (CAP) e di presidi ospedalieri per la salute e stabilisce che le forme associative finora operanti, medicina di gruppo e medicina in rete, devono confluire progressivamente nelle nuove forme organizzative secondo appositi accordi. Le Aziende per l'assistenza sanitaria procedono all'aggiornamento/revisione del Piano dell'assistenza primaria, secondo le indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, entro 60 giorni dall'emanazione delle stesse, con la finalità di portare a regime l'attivazione di tutte le AFT e di avviare, anche attraverso un modello organizzativo funzionale, almeno 2 CAP per Azienda entro il 2015. […]";[49]
- per l'anno 2016: "3.3. ASSISTENZA PRIMARIA-3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria - […]Le Aziende per l'assistenza sanitaria procedono all'aggiornamento/revisione del Piano dell'assistenza primaria, secondo le indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, entro 60 giorni dall'emanazione delle stesse, con la finalità di portare a regime l'attivazione di tutte le AFT e di avviare, anche attraverso un modello organizzativo funzionale, almeno 2 CAP per Azienda entro il 2016";[50]

---

[49] *Pag. 14 dell'Allegato Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015 approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 394 del 6 marzo 2015 (documento di seguito, per brevità, indicato anche come linee gestione 2015) (documenti elettronici disponibili agli indirizzi web http://mtom.regione.fvg.it/storage/2015_394/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%20394-2015.pdf e http://mtom.regione.fvg.it/storage/2015_394/Allegato%201%20alla%20Delibera%20394-2015.pdf).*

[50] *Pag. 23 dell'Allegato Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2016 approvato con*

- per l'anno 2017: "3.3. ASSISTENZA PRIMARIA - 3.3.1. Attuazione accordo per la Medicina generale – […] Nel corso del 2016 le Aziende hanno provveduto alla ridefinizione dell'organizzazione attraverso lo sviluppo delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), delle nuove medicine di gruppo e dei Centri per l'assistenza primaria (CAP), al fine di dare forte impulso per il raggiungimento di importanti risultati di salute sul versante della presa in carico integrata delle malattie croniche e della medicina di iniziativa. Nel 2017 le Aziende continuano con lo sviluppo dell'assistenza primaria in coerenza con la legge regionale 17/2014 e con i dettami dell'Accordo integrativo regionale per la medicina generale 2016-2018." Il documento continua elencando in apposita tabella degli obiettivi anche il seguente obiettivo: "Obiettivo Aziendale: […] 2. Sviluppo dei CAP in ogni Azienda […] Risultato atteso: […] 2. In ogni Azienda sono presenti non meno di 4 CAP […]";[51]
- per l'anno 2018: "3.3. ASSISTENZA DISTRETTUALE - 3.3.1.Assistenza primaria - Nel corso del 2017 le Aziende hanno provveduto alla ridefinizione dell'organizzazione dell'assistenza medica primaria attraverso lo sviluppo delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), l'implementazione delle nuove medicine di gruppo integrate e dei Centri per l'assistenza primaria (CAP), al fine del raggiungimento di importanti risultati di salute sul versante della presa in carico integrata delle malattie croniche e della medicina di iniziativa. Al termine del 2018 ogni AAS/ASUI dovrà aver attivato almeno un CAP ogni 40-60.000 abitanti. Nel 2018 è previsto il completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'Accordo Integrativo Regionale 2016-2018 (DGR 39/2016)." Il documento continua elencando in apposita tabella degli obiettivi anche il seguente: "Obiettivo Aziendale: 1. Completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 17/2014 per l'assistenza medica primaria […] Risultato atteso: 1. Assistenza medica primaria riorganizzata in ogni Azienda in coerenza con le disposizioni regionali […]".[52]

---

deliberazione della Giunta regionale n. 2559 del 22 dicembre 2015 (documento di seguito, per brevità, indicato anche come LINEE GESTIONE *2016) (documenti elettronici disponibili agli indirizzi web http://mtom.regione.fvg.it/storage/2015_2559/Allegato%201%20alla%20Delibera%202559-2015.pdf e http://mtom.regione.fvg.it/storage/2015_2559/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%202559-2015.pdf).*

[51]*Pag.29 dell'Allegato Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2017 approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 2550 del 23 dicembre 2016 (documento di seguito, per brevità, indicato anche come* LINEE GESTIONE *2017) (documenti elettronici disponibili agli indirizzi web http://mtom.regione.fvg.it/storage/2016_2550/Allegato%201%20alla%20Delibera%202550-2016.pdf e http://mtom.regione.fvg.it/storage/2016_2550/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%202550-2016.pdf).*

[52]*Pag.34 dell'Allegato Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018 approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 185 del 2 febbraio 2018 (documento di seguito, per brevità, indicato anche come* LINEE GESTIONE *2018) (documenti elettronici disponibili agli indirizzi web*

Sinteticamente, nella programmazione per l'anno 2015 l'obiettivo da conseguire era di 2 CAP attivati per azienda, con un numero complessivo di CAP da attivare per le cinque territoriali pari a 10. Lo stesso numero di CAP attivi da garantire è stato ripetuto nella programmazione per l'anno 2016, mentre nel 2017 il numero avrebbe dovuto raddoppiare, portando a 4 per azienda e 20 complessivi per il territorio regionale il numero dei CAP da attivare.

Relativamente, invece, al numero di CAP da attivare nel 2018, l'obiettivo posto dalle Linee per la gestione non è rappresentato da un numero assoluto, ma è dato in rapporto al bacino aziendale di utenza servito ("dovrà aver attivato almeno un CAP ogni 40-60.000 abitanti"), insieme al contemporaneo obbligo di "completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge 17/2014 per l'assistenza medica primaria".

Va rilevato, però, come la legge regionale di riforma, la n. 17/2014, all'art. 20, comma 5, lett. c), preveda che il CAP "ha un bacino di utenza di norma compreso tra 20.000 e 30.000 abitanti".[53]

Tale disposizione va rapportata al totale degli abitanti della Regione, in rapporto ai quali va individuato il numero minimo e massimo di CAP da attivare per ognuna delle cinque aziende territoriali regionali (le tre aziende di assistenza sanitaria -le numero 2, 3 e 5 - e le due aziende sanitarie universitarie integrate di Trieste e Udine).[54]

Le differenze tra quanto dispone la legge di riforma e quanto, invece, programma il documento Linee per la gestione per il 2018 sono rese evidenti dal seguente quadro di raffronto, che prende a riferimento la popolazione dei residenti nel Friuli Venezia Giulia al 1° gennaio 2017:[55]

---

http://mtom.regione.fvg.it/storage/2018_185/Allegato%201%20alla%20Delibera%20185-2018.pdf e http://mtom.regione.fvg.it/storage/2018_185/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%20185-2018.pdf).

[53] *Il citato art. 20 (Organizzazione dell'assistenza medica primaria) della legge regionale n. 17/2014, al comma 5 prevede quanto segue: "Il centro di assistenza primaria è costituito dall'aggregazione di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta, di medici di continuità assistenziale, di specialisti, di personale dipendente dei medici di medicina generale, e di altro personale proveniente sia dal distretto che dall'ospedale che operano nella stessa sede, preferibilmente nelle strutture distrettuali dell'azienda. Sulla base della programmazione regionale, può avere una sede unica o in alternativa una sede di riferimento collegata con altre sedi dislocate nel territorio del distretto. Il centro di assistenza primaria: a) assicura l'erogazione delle prestazioni di assistenza primaria (di medicina generale, infermieristiche, ambulatoriali, domiciliari e specialistiche); b) garantisce la continuità dell'assistenza, mediante l'uso della prescrizione dematerializzata nonché mediante l'utilizzo e l'aggiornamento del fascicolo sanitario elettronico; c) ha un bacino di utenza di norma compreso tra 20.000 e 30.000 abitanti; d) ospita, oltre agli ambulatori medici, punti prelievo, diagnostica strumentale di primo livello, ambulatori specialistici, servizi di salute mentale, servizi distrettuali di prenotazione e amministrativi;* ***e)*** *garantisce l'attività assistenziale nell'arco delle ventiquattro ore per tutti giorni della settimana, tramite il coordinamento delle varie figure professionali che lo compongono;* ***f)*** *è centro di riferimento dell'assistenza domiciliare e di integrazione con i Servizi sociali dei Comuni."*

[54] *Ai fini dell'elaborazione qui svolta non si prendono in considerazione per semplicità le minime diversità dei bacini di utenza rapportati alla circoscrizione amministrativa di ogni azienda territoriale.*

[55] *Il dato numerico della popolazione della Regione Friuli Venezia Giulia al 1° gennaio 2017 fornito dall'Istat (pagina accesso ai dati all'url http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18460).*

Tabella 3 - Regione Friuli Venezia Giulia - Obblighi di attivazione di Centri di assistenza primaria - Quantificazione numerica regionale.

Popolazione residente in Regione Friuli Venezia Giulia al 1° gennaio 2017	disciplina applicata	bacini minimi e massimi di utenza da servire con ogni CAP		numero di CAP da attivare	
		bacino di utenza minimo	bacino di utenza massimo	numero minimo	numero massimo
1.217.872	legge regionale n. 17/2014	20.000	30.000	41	60
	Linee per la gestione anno 2018	40.000	60.000	21	30

Fonte: elaborazione della Sezione di controllo sulla base della normativa e programmazione vigente nonché dei dati Istat sulla popolazione residente nel Friuli Venezia Giulia al 1° gennaio 2017.

Dal quadro di raffronto si evince che anche se tutte le aziende conseguissero gli obiettivi loro assegnati dalle Linee per la gestione 2018 riguardo ai CAP da attivare, alla fine del quarto anno di attuazione della legge regionale n. 17/2014 ci sarebbe una disponibilità di CAP attivi in ambito regionale pari a meno della metà rispetto a quanto richiesto dalla legge di riforma, circostanza che logicamente impedirebbe di conseguire l'ulteriore obiettivo posto dalle Linee per la gestione 2018 e individuato nel "completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge 17/2014 per l'assistenza medica primaria".

Si prende atto, pertanto, che il processo di programmazione fin qui seguito per l'attivazione dei CAP richiesti dalla l.r. n. 17/2014 non ha ottenuto i risultati richiesti dalla riforma perseguita.

Ritornando al punto da cui si è iniziata la presente analisi: l'inefficacia del controllo strategico dato da mancata disponibilità o errato trattamento delle informazioni e dei dati necessari alla verifica dei risultati della programmazione regionale, si rileva conclusivamente che nei ca. quattro anni di processo di attuazione della riforma la DIREZIONE SALUTE non ha mai posseduto – come dichiarato dall'Amministrazione regionale - diretti elementi conoscitivi sullo stato effettivo di attuazione della riforma dei servizi di assistenza primaria e non ha mai potuto, pertanto, ricercare tempestivamente in modo fondato le ragioni del mancato raggiungimento dell'obiettivo strategico regionale consistente nell'attivazione del numero di CAP previsto dalla legge n. 17/2014, precludendosi così la possibilità di adottare misure correttive.

4.1.2.2 Efficienza delle procedure di programmazione e funzionalità della gestione: la criticità dei processi di creazione e gestione dei flussi di informazione nel Sistema sanitario regionale

Tra i documenti più importanti che regolano l'efficiente svolgimento dell'attività da parte degli enti del Servizio sanitario particolare importanza riveste il bilancio preventivo economico annuale

consolidato, che assegna per gli obiettivi programmati i necessari budget economico-finanziari di tutti gli enti del Sistema sanitario regionale, coordinandoli funzionalmente all'interno del complessivo quadro di programmazione definito nel documento annuale operativo (le "Linee annuali per la gestione del S.S.R.), che non ha carattere economico-finanziario.

Dall'esercizio contabile 2015 le norme fondamentali di regolazione della procedura di approvazione del bilancio preventivo economico annuale da applicare sono quelle contenute nell'art. 32, c. 5, del d.lgs. n. 118/2011,[56] che prevedono l'obbligo della Giunta regionale di procedere all'approvazione del bilancio preventivo economico annuale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello a cui il bilancio si riferisce. La normativa regionale in vigore prima dell'applicazione nella regione Friuli

---

[56] *La normativa da applicare quale disciplina delle procedure e dei termini per l'adozione del bilancio preventivo consolidato degli enti del servizio sanitario regionale è quella dell'articolo 32 del decreto legislativo n. 118/2011, recepito nell'ordinamento regionale del Friuli Venezia Giulia dall'art. 8, comma 7, della l.r. n. 27/2014 e dall'art. 34, comma 1, della l.r. 26/2015; un'eventuale disciplina regionale che contrasti con le norme del decreto legislativo n. 118/2011 deve considerarsi abrogata, in quanto sono ammesse solo norme che siano integrative, e non derogatorie, della disciplina nazionale contenuta nel d.lgs. n. 118/2011.*

Di seguito si cita la normativa sopra richiamata nelle parti di interesse per l'esame delle procedure e dei termini di approvazione dei bilanci preventivi economici annuali degli enti sanitari regionali e del relativo bilanci preventivi economici annuali consolidato regionale:

art. 32 (Bilancio consolidato del Servizio Sanitario Regionale) del 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), commi dall'1 al 5, che di seguito si citano: "1. La gestione sanitaria accentrata presso la regione predispone e sottopone all'approvazione della giunta regionale sia il bilancio preventivo economico annuale consolidato del Servizio Sanitario Regionale, di cui al comma 5, sia il bilancio d'esercizio consolidato del Servizio Sanitario Regionale, di cui al comma 7. - 2. Per la redazione dei bilanci consolidati di cui al comma 1 si applicano le disposizioni del Decreto legislativo n. 127 del 1991, fatto salvo quanto disposto dal presente titolo. - 3. L'area di consolidamento comprende tutti gli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) [aziende sanitarie locali; aziende ospedaliere; istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; aziende. ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale] del comma 2 dell'articolo 19 ed esclude soggetti eventualmente partecipati da questi ultimi. Il patrimonio netto consolidato è determinato dalla somma dei valori di patrimonio netto degli enti consolidati. Con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all'articolo 36, comma 2, sono definite le modalità di sperimentazione riguardanti la previsione di un ulteriore bilancio consolidato che comprenda i soggetti controllati dagli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b), punto i), e c). - 4. Il bilancio preventivo economico annuale consolidato si compone ed è corredato dagli stessi documenti che compongono e corredano il bilancio preventivo economico annuale dei singoli enti di cui all'articolo 25. La relazione del direttore generale è sostituita da una relazione del responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione. Salvi gli adeguamenti necessari, la struttura e il contenuto dei documenti che compongono e corredano il bilancio preventivo economico annuale consolidato sono quelli prescritti per il bilancio preventivo economico annuale dei singoli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b), punto i), e c) del presente titolo. - 5. La giunta regionale approva i bilanci preventivi economici annuali degli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 e il bilancio preventivo economico annuale consolidato di cui al comma 4 entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione."

L'applicazione della disciplina prevista dal d.lgs. n. 118/2011 agli enti del servizio sanitario regionale è stata recepita a decorrere dall'esercizio 2015 dalla legge regionale 30 dicembre 2014, n. 27 (Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale e annuale (Legge finanziaria 2015), che all'articolo art. 8 (Finalità 7 - sanità pubblica), comma 7, prevede quanto segue: "Gli enti del Servizio sanitario regionale di cui all'articolo 3 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria), in attuazione dell'articolo 29 del Patto per la salute per gli anni 2014-2016 del 10 luglio 2014, adottano a decorrere dall'esercizio 2015 le disposizioni, i principi contabili e gli schemi di bilancio di cui al Titolo II del 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).

La successiva legge regionale 10 novembre 2015, n. 26 (Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti), applicabile dall'esercizio 2016, all'art. 34 (Sistema contabile) prevede quanto segue:"

1. Gli enti del Servizio sanitario regionale applicano le disposizioni, i princìpi contabili e gli schemi di bilancio di cui al titolo II del decreto legislativo 118/2011. - 2. La Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia con decreto del Direttore centrale può fornire indicazioni contabili di dettaglio per gli enti del Servizio sanitario regionale, nell'ambito delle disposizioni di cui al decreto legislativo 118/2011."

Venezia Giulia del d.lgs. n. 118/2011[57] prevedeva tempi leggermente più dilatati, ma di misura non superiore ai quaranta giorni, e solo per la Giunta regionale. I tempi a disposizione della DIREZIONE SALUTE, infatti, per predisporre e trasmettere alla Giunta regionale il programma e il bilancio preventivo annuale consolidato del Sistema sanitario regionale sono rimasti gli stessi già fissati nella legge regionale del 1996: entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento del bilancio.

Nel corso delle attività di controllo svolte si è rilevato, come già esposto *supra,* che le procedure di programmazione annuale e quelle relative al controllo periodico degli enti del servizio sanitario regionale vengono compiute nella maggioranza dei casi con grave ritardo, violando i termini fissati dalla normativa vigente.

A fronte di richiesta istruttoria di chiarimenti avanzata in sede di contraddittorio in merito alle ragioni di tali frequenti ritardi nelle procedure di approvazione dei bilanci preventivo-economici annuali e dei conseguenti problemi operativi delle aziende, un rappresentante dell'Amministrazione regionale ha dichiarato che "non è possibile approvare tali documenti prima, nonostante una norma di legge, in quanto le aziende redigono i bilanci di previsione entro il 31.12 e i tre mesi successivi sono necessari per i controlli."

Anche non considerando la gravità della protratta violazione da parte della DIREZIONE SALUTE dei termini perentori fissati dalla normativa vigente, la rilevanza delle procedure di programmazione in discorso e il rilevante impatto che le stesse hanno sul regolare svolgimento della gestione degli

---

[57] *La previgente legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49 (Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria) prevede norme relativamente al processo di consolidamento degli atti di programmazione che ancora si applicano nelle parti integrative, e non derogative, rispetto a quanto dispone il d.lgs. n. 118/2011. Di seguito si espone quanto contenuto nell'art. 20 (Adozione, consolidamento e verifica degli atti di programmazione annuale) della citata l.r. n. 49/1996: "1. Entro il 31 dicembre di ogni anno, i Direttori generali trasmettono, previa acquisizione del parere della Conferenza dei sindaci ovvero della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, da rendersi entro quindici giorni dal ricevimento della relativa documentazione da parte dei rispettivi componenti, le proposte di programma annuale e di bilancio preventivo, nonché l'eventuale revisione del programma e del bilancio pluriennale di cui all'articolo 13, comma 2, all'Agenzia regionale della sanità per la negoziazione. - 2. Il programma annuale ed il bilancio preventivo, nonché l'eventuale revisione del programma e il bilancio pluriennale, sono adottati dal Direttore generale al termine della negoziazione entro il 30 novembre di ogni anno e sono trasmessi entro tre giorni dall'adozione all'Agenzia regionale della sanità, alla Conferenza dei sindaci e al Collegio dei revisori. - 3. La Conferenza dei sindaci e il Collegio dei revisori esaminano entro quindici giorni dal ricevimento gli atti di cui al comma 2 e trasmettono le proprie osservazioni al Direttore generale e alla Giunta regionale per il tramite dell'Agenzia regionale della sanità. - 4. L'Agenzia regionale della sanità adotta e trasmette alla Giunta regionale, entro il 31 dicembre di ciascun anno, il programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato, nonché l'eventuale atto di revisione del programma e del bilancio pluriennale di previsione consolidato, corredandoli dei singoli atti delle Aziende e dell'Agenzia stessa. - 5. Il programma preventivo annuale consolidato rappresenta la sintesi dei programmi annuali delle singole Aziende, evidenziando in modo esplicito per ciascuna di esse: a) gli obiettivi annuali a livello aziendale; b) gli investimenti da effettuare nell' anno, la loro valutazione e le modalità di finanziamento. - 6. La Giunta regionale verifica, entro quaranta giorni dal ricevimento, la coerenza degli atti trasmessi dall'Agenzia regionale della sanità con i contenuti della pianificazione regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento di cui all'articolo 12. Nel caso in cui gli atti o parti di essi siano ravvisati incongruenti, la Giunta regionale stabilisce le variazioni da apportare con provvedimento motivato. Decorso il termine di quaranta giorni gli atti si intendono giudicati coerenti."*

Incidentalmente si ricorda che, ai sensi dell'art. 10 della l.r. n. 12/2009, il riferimento all'Agenzia regionale sanità deve ora intendersi riferito alla DIREZIONE SALUTE.

enti sanitari richiedevano un approfondimento istruttorio. In sede istruttoria, pertanto, si è proceduto a richiedere ulteriori elementi utili a comprendere quali fossero le particolari difficoltà operative che portano la DIREZIONE SALUTE a violare i termini perentori previsti dalla normativa vigente per il completamento della programmazione economico- finanziaria. Tra gli elementi acquisiti in risposta, si evidenziano le informazioni fornite in merito alle concrete modalità adottate per la creazione e la trasmissione di dati e informazioni utilizzate dagli enti sanitari regionali e dalla DIREZIONE SALUTE per redigere, confrontare e integrare nel consolidamento gli atti di programmazione economico-finanziaria annuale. I chiarimenti, trasmessi con la nota di risposta e che di seguito si citano, pongono in evidenza la grave inefficienza dei servizi informativi e delle procedure utilizzati nella procedura in esame:

> "Circa le modalità di creazione, elaborazione e trasmissione dei dati di natura economico contabile da parte degli enti del SSR tali dati vengono trasmessi alla Direzione in via ufficiale a mezzo PEC, per le vie brevi vengono inviati i dati in formato word ed excel in quanto ad oggi non esiste un sistema per esportare i dati contabili direttamente dai sistemi a causa della vetustà degli stessi. La Direzione poi provvede alla predisposizione dei vari documenti con i medesimi programmi con i quali i dati vengono inviati."[58]

Il quadro di criticità appena esposto non sembrerebbe richiedere al momento ulteriori chiarimenti o osservazioni, tenuto conto che è di tutta evidenza la gravissima perdita di inefficienza e il rischio operativo che derivano da una gestione sostanzialmente manuale dei dati e dei documenti di bilancio degli enti del servizio sanitario che configurano un sistema che gestisce complessivamente un volume di finanziamenti – e conseguenti spese – pari a ca. 2miliardi e 300 milioni di Euro.

Per un'ancor più mirata comprensione del fenomeno esaminato, tuttavia, potrebbe rivestire qualche utilità prendere in esame un concreto esempio delle gravi ricadute che l'inefficienza riscontrata nella gestione delle procedure del sistema di redazione e controllo dei documenti di programmazione economico-finanziario annuale apporta all'ordinaria gestione degli enti sanitari regionali, rendendone più difficile l'operatività.

Nell'ambito di altra procedura di controllo gestita dall'Ufficio nel corso del 2018 si sono esaminati alcuni atti relativi alla gestione di spese effettuate dalla DIREZIONE SALUTE per un importo di ca. 39milioni di Euro a valere sul Programma 1: "Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei lea" - Missione 13: "Tutela della salute" per il finanziamento

[58] *Così la nota della DIREZIONE SALUTE prot. n. 11869 del 14 giugno 2018.*

delle attività sovraziendali previste nella Programmazione annuale 2017 del Servizio sanitario regionale.

Dall'esame di tali atti[59] si è rilevato quanto segue:

- con un primo decreto adottato dalla DIREZIONE SALUTE nel gennaio del 2017 si è preso atto dell'ancora non compiuta approvazione degli atti di programmazione annuale del SSR per il 2017, decretando la sospensione della liquidazione e della richiesta di pagamento dell'importo di finanziamento in discorso;

- con successivo decreto del 22 giugno 2017 si è provveduto a "liquidare, in attuazione della DGR n. 736 dd. 21.4.2017 di programmazione annuale del Servizio sanitario regionale per l'anno 2017, a favore degli enti del Servizio sanitario regionale una prima tranche delle attività finalizzate e/o delegate dalla Regione per l'anno 2017 [...] per un totale complessivo di euro 38.830.057,00 [...]", emettendo un ordine di pagamento che veniva eseguito dal Tesoriere il successivo 2 luglio 2017.

Nel decreto del giugno 2017 si cita quale condizione necessaria avveratasi per effettuare il pagamento l'intervenuta deliberazione della Giunta regionale n. 736 del 21.4.2017 di approvazione della programmazione annuale del SSR per il 2017, approvazione effettuata con largo ritardo rispetto al termine previsto dalla normativa vigente, termine che, anche adottando il computo più favorevole - ma non più in vigore - previsto dalla l.r. n. 49/1996, non avrebbe potuto andare oltre al 9 febbraio dell'anno di riferimento. Corre l'obbligo, infine, di annotare incidentalmente la tardività dell'atto di liquidazione e dell'emissione del mandato di pagamento anche rispetto alla tempistica di approvazione della deliberazione citata.

Riassuntivamente, dopo aver esaminato il concreto caso esposto e considerando le modalità con le quali si è constatato la DIREZIONE SALUTE e gli enti del sistema sanitario regionale procedano a predisporre, perfezionare e trasmettere le diverse evidenze di bilancio necessarie sia in ambito aziendale che in ambito di consolidato regionale, risulta di tutta evidenza il rilevante impatto negativo che le inefficienti procedure adottate hanno sulla concreta operatività degli enti sanitari regionali, e ciò anche non considerando il sicuro incremento dei costi conseguenti al maggior utilizzo del personale incaricato delle lavorazioni non adeguatamente servite da processi informativi automatizzati.

---

[59] *Gli atti esaminati sono il decreto del Direttore dell' Area risorse umane ed economico – finanziarie della DIREZIONE SALUTE n° 37/SPS dell'11/01/2017,, con il quale si dispone "di sospendere la liquidazione ed erogazione degli importi impegnati sub 1 nelle more dell'adozione degli atti di programmazione annuale del SSR, deputati ad approvare l'elenco definitivo delle attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (Sovraziendali)", nonché il decreto dello stesso Direttore n. 836/SPS del 22/06/2017 con il quale si dispone "di liquidare, in attuazione della DGR n. 736 dd. 21.4.2017 di programmazione annuale del Servizio sanitario regionale per l'anno 2017, a favore degli enti del Servizio sanitario regionale una prima tranche delle attività finalizzate e/o delegate dalla Regione per l'anno 2017, in relazione agli interventi elencati nell'allegata tabella A per un totale complessivo di euro 38.830.057,00 [...]".*

4.1.2.3 Efficienza del controllo di gestione e adozione tempestiva di misure correttive: la criticità dei sistemi informativi a servizio del controllo di gestione

Il caso esaminato in questo punto ha come scopo apportare elementi di informazione utili a definire il livello di funzionalità dei sistemi di controllo di gestione e di controllo della qualità delle prestazioni sanitarie gestiti dalla DIREZIONE SALUTE per lo svolgimento delle funzioni che il sistema sanitario regionale le affida.

Recentemente, in questo stesso mese di giugno 2018, i ricercatori del Laboratorio Management e Sanità (MeS) dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa hanno presentato i risultati 2017 del Network delle Regioni, coordinato dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna,[60] della cui utilità più volte si è trattato in questa relazione analizzandone i risultati delle valutazioni indicandole sinteticamente come BERSAGLI.

Dall'esame dei risultati dell'anno 2017 relativi alla Regione Friuli Venezia Giulia resi ormai disponibili dal MeS sul proprio sito web istituzionale,[61] si è evidenziato un rilevante peggioramento del particolare indicatore relativo alla degenza media dei ricoveri di area chirurgica,[62] così come di seguito esposto:

Tabella 4 – Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento della degenza media per DRG chirurgici –Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici – ANNI 2014-2017

indicatore	2014	2015	2016	2017
C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	2,05	3,26	3,24	1,13

Fonte: Elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati valutazione BERSAGLIO per l'indicatore C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici – valutazione: valore minimo 0, massimo 5.

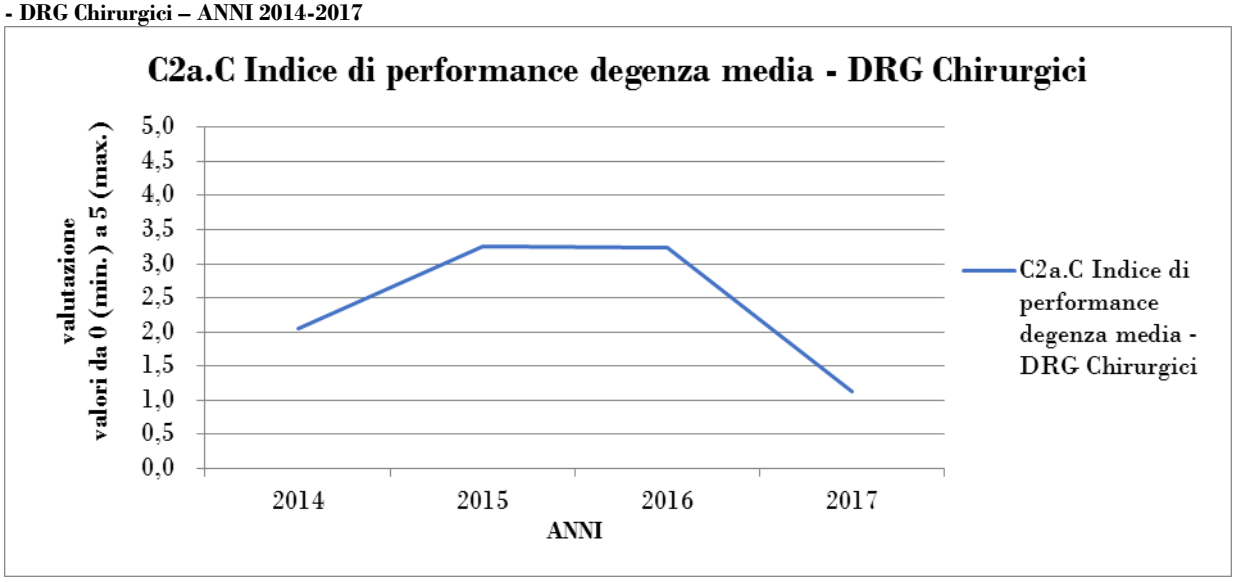
---

[60] *La presentazione citata si è tenuta a Venezia il giorno 1° giugno 2018.*

[61] *La pagina di accesso al sistema di valutazione citato è disponibile all'indirizzo web http://performance.sssup.it/netval/start.php.*

[62] *Il MeS espone (alla pagina web http://performance.sssup.it/netval/controller/account/data.php?anno=2017&azienda=friuliA.60&gruppo=friuliA&indicatore=C2a.C, fonte da cui sono stati attinti anche tutti gli altri dati e informazioni esposte nel presente punto di relazione) nel modo seguente il significato associato all'indicatore in discorso: "L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri chirurgici."*

Figura 1 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento della degenza media per DRG chirurgici –Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici – ANNI 2014-2017



Fonte: vedi fonte riportata in calce alla Tabella 4.

L'evidente peggioramento del valore dell'indice e della conseguente valutazione per l'aspetto gestionale esaminato si trova in dipendenza dell'aumentato valore espresso in giornate medie delle degenze associate all'ambito di erogazione chirurgico nelle strutture sanitarie pubbliche reginali nell'anno 2017 rispetto al precedente anno 2016.[63]

Alla richiesta di informazioni formulata in sede istruttoria[64] in merito al peggioramento intervenuto nel corso del 2017 dell'indicatore appena evidenziato così come appena pubblicato dal MeS nel BERSAGLIO 2017, l'Amministrazione regionale ha fatto presente di non essere a conoscenza delle cause che hanno determinato tale peggioramento dell'indicatore, aggiungendo che tale aspetto sarà analizzato nei prossimi mesi, anticipando che l'analisi comporta uno o due mesi di studio.

Da quanto dichiarato dall'Amministrazione regionale in sede di contraddittorio si evince che il fenomeno è intervenuto apparentemente in modo inaspettato e non previsto dalla stessa Amministrazione. Tuttavia si rileva che l'andamento della degenza media rappresenta uno degli

---

[63] *Il MeS nelle sue pagine web precisa la definizione adottata per l'indice esaminato: "Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici; Numeratore: Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese); Denominatore: N. Dimissioni; Riferimento: Media interregionale.*
Fonte: Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO
Note: Si considerano solo i ricoveri ordinari chirurgici maggiori di 1 giorno (>1). Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99), i neonati normali (DRG 391), i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni ed i deceduti, le dimissioni volontarie.
Si utilizza il DRG Grouper XIX. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG. La degenza di riferimento è la degenza media 20146 del network delle regioni.
Fasce di valutazione: L'indicatore selezionato è un indicatore di valutazione, cioè ai suoi valori è attribuita una valutazione compresa tra 0 e 5, sulla base delle seguenti fasce: Val. pessima > 1.04; Val. scarsa 1.04 - 0.39; Val. media 0.39 - -0.27; Val. buona -0.27 - -0.92; Val. ottima < -0.92."

[64] *Riunione del 6 giugno 2018.*

indicatori più rappresentativi dell'efficienza delle strutture di ricovero, dando misura indiretta nel suo variare anche dell'andamento dei volumi di servizi ospedalieri e di occupazione di posti letto collegati ai tempi di degenza rilevati nonché del variare delle risorse richieste dalla gestione del sistema ospedaliero. Tenuto conto della grande significatività e importanza di tale indicatore per la vigilanza sulla conservazione dell'efficienza di tutto il sistema sanitario regionale, ci si aspetterebbe che in sede di controllo di gestione operato dalla DIREZIONE SALUTE venisse operato un monitoraggio continuo del fenomeno, non solo complessivo regionale ma esteso a monitorare in modo continuativo ogni singolo ente di ricovero regionale, anche perché i dati necessari al monitoraggio vengono continuamente raccolti all'interno del flusso dati collegato alla gestione delle schede di dimissione ospedaliera, elementi informativi oggetto di particolare presidio da parte del Ministero della salute e degli istituti di ricovero.

La circostanza rappresentata dall'Amministrazione regionale circa la necessità di attendere ancora qualche mese per poter svolgere qualche valutazione sul fenomeno negativo esaminato depone per un'apparente sussistenza di gravi inefficienze nel controllo di gestione presidiato dalla DIREZIONE SALUTE. Tale circostanza, tuttavia, non giunge inaspettata, anche tenuto conto di quanto indirettamente ammesso dall'Amministrazione in merito ai limiti della strutturazione dei sistemi informativi utilizzata. Nel corso dell'esame degli insiemi di dati trasmessi in sede istruttoria dall'Amministrazione, infatti, si sono rilevati degli errori che denotavano un'esportazione manuale dei dati stessi da parte di chi li aveva estratti. A richiesta di chiarimenti in merito, dall'Amministrazione regionale si rendeva ragione di tale circostanza ricollegandola al fatto che "lo strumento utilizzato (*data warehouse – Business Object*) non è stato creato per un controllo di gestione", aggiungendo che "lo strumento del *data warehouse* viene usato anche per il monitoraggio, ma tuttavia non è nato per il monitoraggio".

Ciò sembra avvalorare le conclusioni raggiunte in sede istruttoria relativamente all'esistenza nella struttura regionale di una piattaforma molto evoluta per la ricerca epidemiologica e per la validazione di cambiamenti organizzativi nella loro valenza di modificazione del fenomeno sanitario dal punto di vista epidemiologico, ma che viene ordinariamente applicata solo su specifici percorsi di ricerca. Allo stesso tempo, tuttavia, si constata una carenza di metodicità e di sistema di monitoraggio condiviso a livello direzionale degli andamenti complessivi sia a livello regionale sia a livello aziendale, al di là di singoli aspetti che trovano propria espressione in report su sotto insiemi.

Le considerazioni appena svolte conducono a una valutazione non positiva in merito all'effettiva disponibilità di un efficace sistema di monitoraggio e controllo di gestione da parte della DIREZIONE SALUTE. Il livello di efficienza ed efficacia di un sistema di controllo di gestione si misura, infatti, in rapporto alla tempestività con la quale nel corso del continuo monitoraggio degli andamenti gestionali il sistema è in grado di intercettare eventuali inaspettati peggioramenti di processi o risultati, rilevandoli e permettendo così di predisporre pronti interventi correttivi. Il caso appena esaminato sembrerebbe, invece, evidenziare un sistema di controllo nel sistema sanitario regionale che non appare in grado di rilevare nel suo accadere il peggioramento di uno dei fattori più comunemente monitorati in ambito ospedaliero, limitandosi invece a prenderne atto e analizzarlo solo molti mesi dopo che si è già negativamente consolidato.

4.1.3 Criticità del sistema di *governance* regionale del Sistema sanitario regionale: un fenomeno già rilevato ma non risolto?

L'esame appena svolto sulle risultanze delle attività istruttorie eseguite conduce a confermare l'esistenza di una grave criticità nel sistema di *governance* regionale presidiato dalla DIREZIONE SALUTE. Più sopra si è già riassunto tali criticità nella complessiva difficoltà apparentemente incontrata dalla DIREZIONE SALUTE nel reperimento, trattamento e condivisione delle informazioni necessarie allo svolgimento delle proprie attività. Le ragioni di tale difficoltà sembrano trarre la propria origine da più fattori, ma principalmente possono essere ricondotte a una carenza di servizi informativi adeguati ad un'efficiente acquisizione, gestione e condivisione di dati e informazioni, accompagnata da una certa rigidità riscontrata nelle modalità operative, e anche nell'utilizzo delle risorse umane, dei servizi su cui è articolata la citata direzione regionale. Tale impressione sembra trovare conferma anche dall'esame sommario del materiale istruttorio trasmesso dagli uffici regionali e dalle aziende, materiale che si contraddistingue per abbondanza di atti formalizzati, ma che espone una minor disponibilità di specifici dati relativi alla gestione dei concreti fenomeni lavorativi che sono stati oggetto preferenziale di richiesta in fase istruttoria, primariamente allo scopo di acquisire conoscenza sulle effettive modalità di svolgimento delle attività direzionali e di erogazione dei servizi di assistenza primaria, superando l'accertamento del mero dato formale i cui effetti reali non fossero concretamente verificabili.

Difficoltà nella gestione delle informazioni e tendenza alla rigidità dei sistemi direzionali erano già state rilevate, tuttavia, in occasione di precedente attività dell'Ufficio: quella svolta nell'ambito del controllo relativo al giudizio di parificazione del rendiconto della Regione Friuli Venezia Giulia

per l'anno 2009, anno nel quale si è proceduto ad accentrare il governo del Sistema sanitario regionale nella DIREZIONE SALUTE, sopprimendo l'Agenzia regionale della sanità per vari ragioni, tra le quali si annoverava anche un'asimmetria informativa sfavorevole alla Direzione della Salute. Nella Relazione approvata ai fini di tale attività,[65] nell'evidenziare le già allora esistenti difficoltà di disponibilità di adeguate informazioni in capo alla DIREZIONE SALUTE, si ipotizzava, tuttavia, che l'allora evidente asimmetria informativa esistente tra tale Direzione e l'Agenzia Regionale della Sanità traesse origine primariamente dalla non adeguatezza dei servizi informativi. Nella Relazione si annotava, infatti, che "il sistema informativo non è dato solo dall'insieme degli attori organizzativi (fornitori delle informazioni e fruitori delle stesse, tra cui andavano ricompresi sicuramente tutti gli enti di *governance*, tra cui la Direzione, l'ARS e il CSC) nei loro reciproci rapporti, ma anche dagli elementi strutturali (tecnologie e comportamenti tecnico informatici) e dalle procedure strutturate e funzionali di alimentazione e accesso di dati e informazioni.[66] In assenza di una congrua disponibilità, nella corretta forma e misura, di processi e dati del sistema informativo, l'eventuale carenza informativa difficilmente potrebbe essere risolta anche qualora si procedesse a sopprimere uno o più attori organizzativi, quale l'Agenzia o il CSC, distanziando l'attore organizzativo residuo e cioè la Direzione dall'attività e dai soggetti nei cui confronti si pone l'esigenza informativa. Allungare la distanza nella catena di controllo tra organo di governo e

---

[65] *Il documento citato è la Relazione sul rendiconto generale della Regione Friuli Venezia Giulia per l'esercizio finanziario 2009 approvata dalla Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia con deliberazione n. FVG/200/2010/FRG del 16.7.2010 (il documento è disponibile in formato elettronico all'url http://www.regione.fvg.it/asp/DelibereCorteConti/documenti/completa_fto200_delibera_parifica_2009_7_22_10_2_53_15_PM.pdf).*

[66] *In relazione a tale aspetto della questione, sembra opportuno richiamare il testo della nota posta in calce al testo che si commenta (nota 155 a pag. 326-327 della Relazione), dove si scriveva quanto segue: "Senza dubbio e in relazione al particolare contesto in esame, risultano di estrema complessità le interrelazioni tra fabbisogni informativi del Sistema sanitario regionale, soddisfacimento di tali fabbisogni da parte dell'Insiel e struttura e capacità produttiva dell'Insiel stessa; sul punto può rivestire quale interesse quanto riportato nella deliberazione della Giunta regionale del 11 marzo 2010, n. 465 (Lr 23/2004 art. 8 - approvazione definitiva del piano sanitario e sociosanitario regionale 2010-2012), in particolare nell'Allegato 1 di verifica dell'attuazione del Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006 – 2008 approvato con DGR n. 2843 del 24-11-2006, dove al punto 3 c. Il sistema informativo si legge quanto segue: "[…]Le criticità del sistema evidenziate dal sistema sono: - una non chiara e tempestiva definizione degli obiettivi aziendali, dovuta anche alla mancanza di un preciso mandato della società "in house" ed alla sua riorganizzazione, con conseguente demotivazione del personale, - difficoltà nel monitoraggio dell'attuazione del piano di sviluppo, - ritardi nella consegna degli sviluppi, - indicazioni quali/quantitative del Piano esecutivo del SISSR non sempre allineate alla capacità produttiva di Insiel ed alla capacità di presidio organizzativo da parte delle strutture competenti - continue revisioni strutturali (server farm, reti,…) bloccano i sistemi per tempi tali da mettere in crisi l'operatività delle strutture sanitarie." Sul punto va ricordata la recente innovazione normativa apportata dalla legge regionale 4 giugno 2010, n. 8 […], il cui articolo 1 dispone quanto segue: '1. Il servizio pubblico di cui all'articolo 1, primo comma, della legge regionale 27 aprile 1972, n. 22 (Istituzione di un sistema informativo elettronico di interesse regionale ed intervento a favore del Centro di calcolo dell'Università di Trieste) e successive modifiche, svolto da Insiel SpA a favore degli enti del Servizio sanitario regionale e degli enti locali della regione, è strumentale all'attività della Regione in quanto reso nell'interesse, in funzione e su incarico della stessa. […]'. La ratio della norma sembrerebbe volta a consolidare rafforzandolo il ruolo dell'Insiel all'interno di tutti i sottoinsiemi operativi del Sistema regionale della pubblica amministrazione in Friuli Venezia Giulia, non solo di quello dell'Amministrazione regionale centrale e degli enti ausiliari, ma anche di quello sanitario regionale e degli enti locali (sottoinsiemi operativi qui riassunti in una generale definizione di sistema regionale allargato). Ciò, tuttavia, richiede un'adeguatezza operativa in termini quantitativi e qualitativi della Società Insiel rispetto al soddisfacimento dei bisogni informativi manifestati dal sistema sanitario e da quello delle autonomie regionali, adeguatezza operativa che la stessa Società di servizi informatici deve garantire in modo continuativo pena pesanti ricadute in termini di possibile perdita sia di efficienza che di efficacia dell'azione amministrativa del sistema regionale allargato."*

attori esecutivi dell'attività di erogazione dei servizi sanitari non potrebbe che acuire la carenza informativa, anche in ragione del venire meno della vicinanza materiale rispetto alla fonte dell'informazione dell'attore organizzativo - in passato l'ARS -, che sembra sopperisse ad un non adeguato flusso informativo con un'attività personale di prossimità, dando luogo così all'asimmetria informativa lamentata. La distanza materiale tra i soggetti richiede infatti una maggiore efficacia e efficienza, in particolare sotto il profilo della tempestività dell'aggiornamento delle informazioni necessarie."[67] Le evidenze dell'attività di controllo di cui questa relazione dà conto sembrerebbero rendere ancora attuali le citate annotazioni svolte nel 2010, anche in considerazione delle modificazioni apportate al sistema direzionale regionale della Sanità dall'art. 10, comma 17, della legge regionale n. 44/2017,[68] con il quale si è disposta la soppressione dell'autonomia contabile e gestionale della DIREZIONE SALUTE già prevista nell'art. 10 della l.r. n.12/2009. Questa diminuzione di potere gestionale si affianca a quella già esistente in ragione della vacanza, a decorre dal 1° ottobre 2017 del Direttore in carica della DIREZIONE SALUTE, vacanza conseguente alle anticipate dimissioni dello stesso per insediarsi quale nuovo direttore generale nominato dalla Giunta regionale per la dipendente Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste.

---

[67] *Cfr. quanto riportato al punto 4.4.3.3, pag. 326, della Relazione citata. Per una visione più ampia degli argomenti esaminati si veda la citata Relazione ai punti dal 4.4.1 al 4.4.6 (pagg. 312- 333 del documento cartaceo; pag. 328-349 del documento digitale).*

[68] *Il testo della citata La Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia di cui all' articolo 10 della legge regionale 23 luglio 2009, n. 12 (Assestamento del bilancio 2009), cessa di essere ordinata in forma di gestione speciale autonoma ed è ricondotta alla disciplina prevista, ordinariamente, per le strutture direzionali e sub direzionali, nonché per gli incarichi dirigenziali dell'Amministrazione regionale a decorrere dalla data di efficacia dei conseguenti provvedimenti da assumersi, da parte della Giunta regionale e del Direttore generale, ai sensi degli articoli 7, 11 e 37 del regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli enti regionali, emanato con decreto del Presidente della Regione 27 agosto 2004, n. 0277/Pres., in merito all'articolazione organizzativa e alla declaratoria delle funzioni della Direzione centrale; dalla medesima data cessa, altresì, l'applicazione della disciplina dell'organizzazione interna e del funzionamento della Direzione centrale stessa adottata ai sensi dell' articolo 10, comma 4, della legge regionale 12/2009 .*

5 LA RIFORMA DELLE FORME ORGANIZZATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

5.1 Le finalità generali della riforma delle forme organizzative dell'assistenza primaria

La riforma delle forme organizzative dei servizi di assistenza primaria nel sistema sanitario regionale avviata con la legge regionale n. 17 del 2014 recepisce fondamentalmente nei suoi contenuti i principi e gli indirizzi di riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria regionale previsti dai decreti–legge n. 95/2012[69] e n. 158/2012,[70] La l.r. n. 17/2014 dà applicazione a tale

---

[69] *Il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 13, all'articolo 15, comma 13, lettera c) prevede nel suo testo vigente quanto segue:*
"c) sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto e' a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse. Nelle singole regioni e province autonome, fino ad avvenuta realizzazione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unità operative complesse, è sospeso il conferimento o il rinnovo di incarichi ai sensi dell'articolo 15-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Nell'ambito del processo di riduzione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano operano una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, e promuovono l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare."

[70] *Si veda il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, in particolare all'articolo 1 (Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie), le cui disposizioni di seguito si riportano in estratto nelle parti di maggior interesse:*
"1. Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre

normativa nazionale che è meglio specificata e sviluppata per l'articolazione organizzativa e l'attività sanitaria territoriale dal Patto per la salute per gli anni 2014-2016 approvato dalla Conferenza Stato-Regioni[71] nonché, negli aspetti relativi all'assistenza ospedaliera, dal

---

2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

2. Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.

[…] 4. All'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni: […]

b) dopo la lettera b) sono inserite le seguenti:

"b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori; - b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare, anche per il tramite del distretto sanitario, forme di finanziamento a budget; b-quater) definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste alla lettera b-bis); - b-quinquies) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali; - b-sexies) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle forme aggregative di cui alla lettera b-bis) e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lettera b-ter);

[…] e) dopo la lettera f) è inserita la seguente:

"f-bis) prevedere la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica, secondo modalità e in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale"; […]."

[71] Sui contenuti della citata intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 10 luglio 2014 - Rep. N. 82/CSR – documento disponibile all'url http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf), si veda in particolare quanto dispongono gli articoli 5 e 6, che si citano nelle parti di maggior interesse:

"articolo 5 (Assistenza territoriale) - 1. Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.

2. Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale. Le UCCP possono avvalersi, qualora previsto dalla programmazione regionale, di professionisti accreditati ai sensi della normativa vigente, nei limiti dei contratti stipulati dalla Regione e dalle Asl ai sensi dell'art. 8 quinquies del d.lgs. 502/92 e s.m.i., e nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalle disposizioni vigenti.

3. Ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP. Le AFT della medicina generale, che coprono un bacino di utenza riferito a non più di 30.000 abitanti, rappresentano l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico.

Entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN, e comunque non oltre la vigenza del presente Patto, le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e Pediatri di Libera Scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni (di cui all'art. 54 dell'ACN 2009).

4.La UCCP è una forma organizzativa complessa ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT e i medici di Medicina Generale nonché i Pediatri di Libera Scelta che le compongono, garantendo: l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e

sociali), la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, la partecipazione responsabile dei Medici di Medicina Generale ed dei Pediatri di Famiglia nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi, alla sostenibilità economica.

5. La UCCP è di norma organizzata in sede unica, pur potendo prevedere sedi accessorie opportunamente collegate attraverso un'adeguata rete telematica. È integrata nella rete telematica aziendale e/o regionale.

Le UCCP e le AFT hanno come compiti essenziali:

• assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale tramite le AFT, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto),

• garantire la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del FSE;

• garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale.

• garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni (relazionale, gestionale ed informativa), prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera.

6. La UCCP ha un assetto organizzativo definito ai sensi delle disposizioni nazionali e regionali in materia, è parte fondamentale ed essenziale del Distretto, integrandosi all'interno della rete dei servizi distrettuali ed aziendali e permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale. […]

8. Sono definiti tramite Accordi Stato-Regioni i nuovi standard organizzativi del Distretto in grado di orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di reti assistenziali a baricentro territoriale, e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell'ambito delle UCCP e AFT e dagli altri servizi territoriali, consentendo di assicurare una migliore risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, contribuendo così a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA.[…]

17. Al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale, si fa riferimento a quanto rappresentato al punto 10.1 Ospedali di comunità di cui allo schema di regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art.1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135", e si conviene di stipulare, entro il 31 ottobre 2014, un'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare),

- di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio,

L'intesa definisce altresì gli appropriati percorsi clinico-assistenziali, autorizzativi e tariffari di tali strutture, nonché gli standard dei posti letto territoriali. […]

19 […] Si conferma che le Regioni e le Province Autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero, previo il loro inserimento nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale con specifica definizione e relativo codice, in regime ambulatoriale […]"

"Articolo 6 (Assistenza socio sanitaria) - 1. Le attività indicate al presente articolo sono effettuate nei limiti delle risorse previste a legislazione vigente per gli ambiti di intervento individuati nei successivi commi.

2.Le regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, particolarmente per le aree della Non Autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze e forniscono indicazioni alle ASL ed agli altri enti del sistema sanitario regionale per l'erogazione congiunta degli interventi, nei limiti delle risorse programmate per il Ssr e per il Sistema dei servizi sociali per le rispettive competenze.

3.L'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari avviene tramite un "punto unico" che indirizza il cittadino al percorso sociosanitario e socioassistenziale adeguato alle sue condizioni e necessità.

4.Per l'individuazione del setting di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata con uno strumento valutativo del quale sia stata verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della salute.

5.La valutazione multidimensionale accerta la presenza delle condizioni cliniche e delle risorse ambientali, familiari e sociali, incluse quelle rese disponibili dal Sistema dei servizi sociali, che possano consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente.

6.Il Piano delle prestazioni personalizzato, formulato dall'equipe responsabile della presa in carico dell'assistito, individua gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali che i servizi sanitari territoriali e i servizi sociali si impegnano a garantire, anche in modo integrato, secondo quanto previsto per le rispettive competenze dal DPCM 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni.

7. Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai malati cronici non autosufficienti, a conferma ed integrazione di quanto già stabilito dal Patto per la salute 2010-2012, si conviene che le

Regolamento del Ministero della Salute sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70. Tale decreto, in particolare, al punto 10, rubricato Continuità ospedale-territorio, del suo Allegato 1, ribadisce che "La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza. [...]"

Quanto appena esposto ribadisce il fondamentale ruolo di riequilibrio svolto dalla riforma delle forme organizzative dell'assistenza medica primaria a bilanciamento della riorganizzazione ospedaliera. Alle nuove forme organizzative dell'assistenza primaria viene preferenzialmente affidato, infatti, il ruolo di soddisfare le esigenze di cura di pazienti non acuti e le richieste di trattamento sanitario a bassa intensità di cura e complessità che la riorganizzazione dei servizi ospedalieri correttamente porta a trasferire sul territorio. L'avvenuta realizzazione delle nuove modalità organizzative di erogazione dell'assistenza primaria diviene pertanto condizione necessaria a garantire che non si verifichi un decremento dei livelli di servizio nell'erogazione dell'assistenza sanitaria indirettamente causato dalla riorganizzazione ospedaliera.

Regioni e le Province Autonome, ciascuna in relazione ai propri bisogni territoriali rilevati, adottano ovvero aggiornano i progetti di attuazione dei commi precedenti, dando evidenza:

- del fabbisogno di posti letto, espresso in funzione della popolazione da assistere presso le strutture residenziali e semiresidenziali destinate ai malati cronici non autosufficienti, ai disabili, alle persone con disturbi psichiatrici, ai minori e alle persone con dipendenze, articolato per intensità assistenziale e per durata e con evidenza di proporzione tra assistiti in regime residenziale e in regime domiciliare;

- del fabbisogno, espresso in funzione della popolazione da assistere, e l'organizzazione delle cure domiciliari sanitarie e socio-sanitarie articolate per intensità, complessità e durata dell'assistenza;

- delle modalità di integrazione nelle UVMD di tutte le professionalità, anche al fine di garantire una gestione integrata delle risorse impiegate nel progetto assistenziale.

8. Le Regioni si impegnano ad armonizzare i servizi socio sanitari, individuando standard minimi qualificanti di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie che saranno definite anche in relazione al numero e alla tipologia del personale impiegato."

5.2 Le nuove forme organizzative dell'assistenza primaria: finalità e caratteristiche

L'art. 20 della l.r. n. 17/2014[72] dà attuazione, specificandola, alla disciplina nazionale relativa alle nuove forme organizzative, richiamandole e parzialmente rinominandole. Tali forme sono individuate nelle seguenti: a) le aggregazioni funzionali territoriali (AFT); b) la medicina di gruppo; c) i centri di assistenza primaria (che, come nella disciplina regionale si precisa, svolgono le funzioni delle unità complesse di cure primarie indicate dalla normativa nazionale); d) i presidi ospedalieri

---

[72] *Di seguito si espone in modo integrale il testo del citato art. 20 (Organizzazione dell'assistenza medica primaria) della l.r. n. 17/2014:*

"1. L'assistenza medica primaria, a regime, è assicurata dai medici con rapporto di convenzione con il Servizio sanitario regionale, è organizzativamente incardinata nel distretto sanitario, partecipando alle attività del medesimo tramite l'ufficio distrettuale per la medicina generale, e opera in stretto collegamento funzionale con i livelli assistenziali della prevenzione e ospedaliero. Le forme organizzative dell'assistenza medica primaria sono:

a) le aggregazioni funzionali territoriali (AFT); b) la medicina di gruppo; c) i centri di assistenza primaria che svolgono le funzioni delle unità complesse di cure primarie; d) i presidi ospedalieri per la salute.

2. Durante la fase transitoria mantengono la loro operatività le forme associative finora operanti denominate medicina di gruppo e medicina in rete, che confluiscono progressivamente nelle nuove forme organizzative secondo appositi accordi.

3. Le AFT hanno lo scopo di coordinare la risposta appropriata ai bisogni assistenziali dei pazienti. Con le AFT si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza. Ogni centro di assistenza primaria è funzionalmente collegato a una AFT della medicina generale e della pediatria. Le aziende individuano le AFT in relazione ai seguenti criteri: a) riferimento al distretto; b) popolazione assistita con un numero di abitanti compreso tra 20.000 e 30.000; c) caratteristiche del territorio (urbano, rurale, montano).

4. La medicina di gruppo ha la finalità di ampliare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di assicurare una migliore continuità assistenziale, di attuare iniziative di promozione della salute e di prevenzione, di perseguire l'integrazione assistenziale con l'ospedale e gli altri servizi coinvolti nei processi di cura e di attuare interventi di razionalizzazione della spesa, nonché di promuovere un miglioramento degli standard tecnici, al fine di garantire un facile accesso ai locali adibiti a sale d'aspetto e ambulatori, in particolare alle persone con limitata capacità motoria o sensoriale. La medicina di gruppo si realizza gradualmente attraverso l'attivazione di una sede unica oppure attraverso il coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi, in modo da garantire da otto a dodici ore giornaliere, determinate sulla base delle esigenze della popolazione, da integrarsi con la continuità assistenziale per una copertura di sette giorni su sette alla settimana, per l'effettuazione di visite ambulatoriali, di visite domiciliari, per gli accessi di assistenza programmata domiciliare e integrata, per la gestione del fascicolo sanitario elettronico e l'adozione di percorsi assistenziali personalizzati. La medicina di gruppo è costituita da almeno sei medici, salvo deroghe decise in considerazione di variabili organizzative e/o orogeografiche individuate in ogni Azienda per l'assistenza sanitaria dal comitato di azienda. Tale modello organizzativo può avvalersi, secondo la normativa vigente, delle prestazioni di collaboratori di studio e di personale infermieristico.

5. Il centro di assistenza primaria è costituito dall'aggregazione di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta, di medici di continuità assistenziale, di specialisti, di personale dipendente dei medici di medicina generale, e di altro personale proveniente sia dal distretto che dall'ospedale che operano nella stessa sede, preferibilmente nelle strutture distrettuali dell'azienda. Sulla base della programmazione regionale, può avere una sede unica o in alternativa una sede di riferimento collegata con altre sedi dislocate nel territorio del distretto. Il centro di assistenza primaria: a) assicura l'erogazione delle prestazioni di assistenza primaria (di medicina generale, infermieristiche, ambulatoriali, domiciliari e specialistiche); b) garantisce la continuità dell'assistenza, mediante l'uso della prescrizione dematerializzata nonché mediante l'utilizzo e l'aggiornamento del fascicolo sanitario elettronico; c) ha un bacino di utenza di norma compreso tra 20.000 e 30.000 abitanti; d) ospita, oltre agli ambulatori medici, punti prelievo, diagnostica strumentale di primo livello, ambulatori specialistici, servizi di salute mentale, servizi distrettuali di prenotazione e amministrativi; e) garantisce l'attività assistenziale nell'arco delle ventiquattro ore per tutti giorni della settimana, tramite il coordinamento delle varie figure professionali che lo compongono; f) è centro di riferimento dell'assistenza domiciliare e di integrazione con i Servizi sociali dei Comuni.

6. Presso le strutture di Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago, Sacile e l'ospedale Maggiore di Trieste sono garantite, oltre alle attività assicurate dai centri di assistenza primaria, le attività residenziali di assistenza primaria realizzate in residenze sanitarie assistenziali ovvero presso gli ospedali di comunità, organizzate come indicato all'articolo 34.

7. Le forme organizzative della medicina generale sono proposte dalle Aziende per l'assistenza sanitaria e approvate dal direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. Con l'attivazione delle AFT le forme di partecipazione dei medici di medicina generale alla direzione del distretto sono assunte dai coordinatori delle AFT. Le modalità di individuazione dei coordinatori di AFT sono definite dall'accordo integrativo regionale.

per la salute (che svolgono attività residenziali di assistenza primaria comprensive di quelli indicate come proprie dell'ospedale di comunità dal d.m. n. 70/2015 al punto 10.1 dell'Allegato 1)[73].

Tutte queste forme organizzative trovano proprio fulcro nella figura di riferimento principale che è quella del medico con rapporto di convenzione con il Servizio sanitario regionale: il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta. Il medico convenzionato si coordina, integra e interagisce con i colleghi di medicina convenzionata ma anche con le professionalità e i servizi forniti dall'organizzazione distrettuale e ospedaliera, creando così un'integrazione dei servizi sanitari ("integrazione ospedale-territorio") e un'ininterrotta, potenziale o attiva, catena di assistenza ("continuità assistenziale") tra tutti i servizi coinvolti, siano essi di assistenza primaria, territoriale/distrettuale o ospedaliera. Ogni àmbito di assistenza coinvolto in questa "catena" di assistenza è collegato agli altri nella collaborazione per mezzo di condivisione di procedure, coordinamento e informazione.

5.2.1 Le aggregazioni funzionali territoriali (AFT)

La prima forma organizzativa citata dall'art. 20 è l'aggregazione funzionale territoriale (AFT), la forma preferenziale e tendenzialmente esclusiva – assieme alle Unità di cure complesse primarie/Centri di assistenza primaria – richiesta dal Patto Salute 2014-20016 per il coordinamento e l'associazione dei medici di medicina generale.[74]

Le AFT sono individuate dall'azienda sanitaria con riferimento al distretto, e sono funzionali al bacino di utenza della popolazione assistita che deve essere compresa tra 20mila e 30mila abitanti; insistono su una sede e coordinamento comune nell'ambito del distretto di riferimento e

---

[73] *Di seguito si riporta il testo dell'appena citato punto 10.1, rubricato Ospedale di comunità: "È una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.*
Prende in carico pazienti che necessitano:
-di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)
-di sorveglianza infermieristica continuativa
La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.
L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.
L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.
La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali."

[74] *Così il Patto Salute 2014-2016 all'articolo 5, comma 3, dove si dispone che "Entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN, e comunque non oltre la vigenza del presente Patto, le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e Pediatri di Libera Scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni"*

usufruiscono con oneri a carico dell'azienda sanitaria di un collaboratore dedicato al supporto nell'attività di medicina di iniziativa e al coordinamento dell'AFT.[75]

Gli Accordi integrativi regionali ribadiscono l'obbligatorietà per i medici convenzionati (al momento solo MMG, in quanto i pediatri di libera scelta non sono compresi nell'accordo) di partecipare all'AFT.[76] L'Accordo Integrativo Regionale 2016/2018 per i medici di medicina generale (di seguito, per brevità, indicato come AIR 2016/2018), prevede al suo punto 3.4.2 i numerosi obblighi derivanti nell'adesione all'AFT da parte del medico di medicina generale (MMG). Sommariamente l'adesione all'AFT obbliga il MMG alla promozione e partecipazione all'integrazione ospedale-territorio, alle attività di continuità assistenziale, alla medicina di iniziativa, alla partecipazione e miglioramento delle reti di patologia cronica, nonché a partecipare alla creazione, condivisione e attuazione di protocolli comuni di trattamento all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).[77]

---

[75] *Punto 3.4.4 dell'Accordo Integrativo Regionale 2016/2018 per i medici di medicina generale (documento disponibile nel suo formato elettronico all'url http://mtom.regione.fvg.it/storage//2016_2249/Allegato%202%20alla%20Delibera%202249-2016.pdf) nel testo integrato degli Accordi Integrativi Regionali sottoscritti il 21.12.2015 – d.g.r. di approvazione n. 39 del 15.1.2016 (documento disponibile in formato elettronico all'url http://mtom.regione.fvg.it/storage//2016_39/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%2039-2016.pdf) e il 25.10.2016. – d.g.r. di approvazione n. 2249 del 24.11.2016 (documento disponibile in formato elettronico all'url http://mtom.regione.fvg.it/storage//2016_2249/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%202249-2016.pdf).*

[76] *L'obbligatorietà è ribadita dalla lettera e) dell'Accordo integrativo regionale stralcio per il 2014, sottoscritto il 1° agosto 2014 e approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1635 del 5 settembre 2014, e – a decorrere dal 30.6.2016 - anche dal successivo Accordo Integrativo Regionale 2016/2018 per i medici di medicina generale (documento disponibile nel suo formato elettronico all'url http://mtom.regione.fvg.it/storage//2016_2249/Allegato%202%20alla%20Delibera%202249-2016.pdf) nel testo integrato degli Accordi Integrativi Regionali sottoscritti il 21.12.2015 – d.g.r. di approvazione n. 39 del 15.1.2016 (documento disponibile in formato elettronico all'url http://mtom.regione.fvg.it/storage//2016_39/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%2039-2016.pdf) e il 25.10.2016. – d.g.r. di approvazione n. 2249 del 24.11.2016 (documento disponibile in formato elettronico all'url http://mtom.regione.fvg.it/storage//2016_2249/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%202249-2016.pdf).*

[77] *Le attività che i medici di medicina generale sono tenuti a svolgere quali aderenti alle AFT sono indicate al paragrafo 1 dell'AIR 2016/2018, che di seguito si cita:*

"1. OBIETTIVI DI SALUTE, PERCORSI ASSISTENZIALI E MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI DI QUALITA' DELL'ASSISTENZA - Sono confermate le indicazioni condivise nell'allegato 2 alla DGR 1635/2014 che pone come priorità, anche sulla base dell'art 1 della legge 189/2012, il miglioramento dell'organizzazione della medicina di famiglia, l'associazionismo monoprofessionale, l'integrazione multi professionale, la continuità assistenziale e la presa in carico dei malati cronici, in particolare per le seguenti patologie: diabete, BPCO, malattie cardiovascolari, neoplasie, malattie salute mentale. La nuova organizzazione dovrà essere in grado di garantire anche le seguenti attività: - Supporto al raggiungimento degli obiettivi regionali di salute; - La medicina d'iniziativa ;- Il contributo organizzato allo sviluppo dell'assistenza medica nelle strutture intermedie di cui all'art. 23 della L.R. 17/2014 (presidi ospedalieri per la salute); - Supporto per quanto di competenza alle attività dei dipartimenti per la salute mentale; - Supporto per quanto di competenza alle attività legate alla prevenzione e riabilitazione; - Supporto per quanto di competenza alla corretta gestione delle liste d'attesa per la medicina specialistica ambulatoriale attraverso la corretta e razionale compilazione dell'impegnativa e della prioritarizzazione anche partecipando ai programmi aziendali in materia; - Supporto per quanto di competenza alle reti della terapia del dolore e delle cure palliative. Le predette attività costituiscono obiettivi specifici della presente intesa, il cui esito realizza l'integrazione incentivata del trattamento economico in atto. La Regione pone l'obbiettivo della riorganizzazione complessiva dell'assistenza primaria, secondo i criteri OMS, allo scopo di affrontare i principali problemi di salute nella comunità, fornendo i necessari servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione. - Gli obiettivi di salute affidati non saranno limitati alla semplice e tradizionale medicina di opportunità ma al reale sviluppo di una medicina di iniziativa che effettivamente superi gli ostacoli che hanno finora Impedito una piena fruizione del servizio, siano essi di ordine sanitario, organizzativo, sociale nel rispetto della sostenibilità economica e delle libere scelte del cittadino. La Regione determina annualmente le principali indicazioni strategiche sugli obiettivi di salute sulla base di quanto previsto al punto 9; le AAS, relativamente agli obiettivi indicati, predispongono annualmente un piano di intervento, comprensivo di indicatori di verifica, con il contributo dei Coordinatori AFT e dei componenti degli UU.DD.MM.GG. e con il parere obbligatorio del comitato aziendale ex art 23. Le proposte regionali

I MMG sono tenuti anche a gestire dati e informazioni - tra cui le cartelle cliniche di tutti gli assistiti dei MMG – in modo condiviso all'interno delle AFT, per la creazione di basi di dati comuni.[78]

Per lo svolgimento delle attività previste dalla partecipazione all'AFT i MMG aderenti sono incentivati con un compenso annuo omnicomprensivo di tre Euro per assistito[79] e i controlli sullo svolgimento delle attività da parte dei MMG vengono affidati al Direttore di Distretto e dell'Unità di medicina generale/ Coordinatori di AFT[80]

5.2.2 La medicina di gruppo

La medicina di gruppo, costituita dal coordinamento e associazione di almeno sei medici di medicina generale, ha come principale finalità quella di migliorare la continuità assistenziale e l'integrazione ospedale-territorio.

L'air 2016/2018 individua[81] le finalità della medicina di gruppo integrata (unica modalità di esercizio della forma organizzativa in esame, dovendo cessare le altre forme di associazione per medicina di gruppo precedenti entro il 31.12.2018).[82] In tale accordo si precisa che "La nuova medicina di gruppo integrata (MGI) ha la finalità di armonizzare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di assicurare una miglior continuità assistenziale, di attuare iniziative di promozione della salute e di prevenzione, di perseguire l'integrazione assistenziale con l'ospedale e gli altri servizi coinvolti nei processi di cura e di attuare interventi di razionalizzazione della spesa. La MGI è di norma composta da almeno 6 MMG, salvo casi particolari derivanti da specificità geografiche e demografiche. La MGI deve integrarsi con la continuità assistenziale per la copertura assistenziale di sette giorni su sette alla settimana al fine di garantire l'effettuazione di visite ambulatoriali, di visite domiciliari, la gestione del fascicolo sanitario elettronico, l'adozione di percorsi assistenziali condivisi. La medicina di gruppo integrata si realizza attraverso due modalità

---

saranno necessariamente condivise in sede di Comitato ex articolo 24 del ACN."

[78] *Al punto 3.6 l'AIR 2016/2018 prevede che "Il sistema informatico dovrà essere in grado di costituire, nel rispetto della legislazione sulla privacy, un database informativo con le informazioni/cartelle cliniche di tutti gli assistiti dei MMG che partecipano all'AFT e dovrà essere utilizzato da tutti i medici dell'AFT. Fermo restando che i collegamenti informatici tra i MMG attualmente in Medicina di gruppo o medicina in rete permangono a carico dei singoli MMG, gli oneri di collegamento tra i MMG dell'AFT con la sede centrale, compresa la manutenzione e l'assistenza, di cui al punto 3.4.3 e le AAS saranno a carico di queste ultime".*

[79] *Cosi l'AIR 2016/2018 al punto 3.7.*

[80] *Punto 3.4.2 AIR 2016/2018*

[81] *Al punto 4 del citato accordo, paragrafo che detta le regole per la forma associativa dei MMG in discorso.*

[82] *Al punto 4 dell'AIR 2016/2018 si legge: "Le medicine di gruppo preesistenti entro il 30.6.2017 devono trasformarsi nelle nuove forme di medicina di gruppo integrata (MGI) […] pena la contestuale cessazione delle relative indennità, tenuto conto di eventuali deroghe da valutare in sede di Comitato regionale ex art. 24. Le altre forme preesistenti ex art. 54 dell'ACN attualmente in vigore (medicina di rete, associazionismo semplice, medico singolo) dovranno cessare entro il 31/12/2018, compresa le relative indennità. Le parti concordano il divieto del cumulo delle relative indennità."*

principali: attivazione di una sede unica oppure articolazione in più sedi per garantire una capillarità territoriale (MGI diffusa); in entrambi i casi la MGI è costituita come previsto dalla LR 17/2014, art 20."

Il miglioramento della continuità assistenziale viene garantito, primariamente, dall'ampliamento dell'orario di accesso all'attività ambulatoriale per mezzo di coordinamento tra i MMG, in modo tale da garantire la continuità assistenziale svolgendo le attività anche nei confronti degli assistiti dei Colleghi aderenti al Gruppo per le prestazioni indifferibili, qualora il medico titolare sia impossibilitato a farlo. L'ampliamento dell'orario di accesso all'attività ambulatoriale si effettua con l'apertura di una sede unica - o l'adesione al coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi - per almeno 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì e al sabato e i prefestivi secondo Accordo collettivo nazionale ACN, in modo da assicurare un orario di almeno otto ore giornaliere, distribuite tra mattino e pomeriggio per 5 giorni alla settimana.[83] Tale ampliamento di orario di apertura va integrato "con la continuità assistenziale per una copertura di sette giorni su sette alla settimana, per l'effettuazione di visite ambulatoriali, di visite domiciliari, per gli accessi di assistenza programmata domiciliare e integrata, per la gestione del fascicolo sanitario elettronico e l'adozione di percorsi assistenziali personalizzati".[84]

Le attività a cui sono chiamati ad adempiere i MMG aderenti alla medicina di gruppo integrata sono numerose e dettagliatamente indicate dall'AIR 2016/2018.[85] Per tali attività viene corrisposto al MMG il compenso forfettario annuo di 12,00 euro/assistito (con tetto a 1300 assistiti/MMG) aggiuntivo a quanto previsto per le attività delle AFT.[86]

---

[83] *Punto 4 dell'AIR 2016/2018.*

[84] *Così all'art. 20, comma 4, della l.r. n. 17/2014.*

[85] *Al punto 4 dell'AIR 2016/2018 si legge: "Per realizzare la Nuova Medicina di Gruppo Integrata i Medici, oltre ad assicurare quanto previsto dall'art. 54 dell'ACN 2005 s.m.i. e dall'AIR 2005 s.m.i. nel punto relativo alla Medicina di gruppo, per le parti compatibili con le disposizioni integrative del presente accordo, assicurano anche: apertura di una sede unica per almeno 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì e al sabato e i prefestivi secondo ACN o l'adesione al coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi per almeno 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì e al sabato e i prefestivi secondo ACN, in modo da assicurare un orario di almeno otto ore giornaliere, distribuite tra mattino e pomeriggio per 5 giorni alla settimana; di svolgere la propria attività di studio anche nei confronti degli assistiti dei Colleghi aderenti al proprio Gruppo per prestazioni indifferibili, qualora il medico titolare della scelta sia impossibilitato a prestare la prestazione richiesta ; di coordinarsi per l'effettuazione degli accessi di assistenza programmata domiciliare ed Integrata, nel rispetto delle modalità previste dal l'Accordo nazionale; le prestazioni sanitarie non differibili; - la gestione della scheda sanitaria elettronica secondo standard definiti dagli accordi regionali e aziendali di aver attuato il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti il proprio Gruppo; tali oneri sono a carico del MMG; di utilizzare sistemi di comunicazione informatica condivisi per la gestione di dati clinici e l'esecuzione di prestazioni in collegamento con le strutture dell'Azienda sanitaria, con oneri a carico dell'AAS; di adottare percorsi assistenziali condivisi con l' Azienda sanitaria in sede di Comitato aziendale ex art. 23 sulla base di accordi regionali e aziendali; la realizzazione di programmi di promozione della salute, di prevenzione e assiste la popolazione servita con riferimento a percorsi assistenziali condivisi e basati sull'evidenza scientifica; la raccolta di dati socio-epidemiologici e contribuisce a rilevare i bisogni di salute della popolazione; la contribuzione per intercettare la fragilità dando risposte appropriate; la connessione con il sistema informativo aziendale e regionale; la realizzazione e l'attuazione una carta dei servizi in accordo con il Distretto; la collaborazione ad iniziative di sondaggio del gradimento dell'utenza rispetto ai servizi forniti.*

[86] *Punto 4 dell'AIR 2016/2018.*

Le aziende per l'assistenza sanitaria assicurano con propri oneri il supporto alla "Nuova Medicina di Gruppo Integrata" con un collaboratore di studio e/o infermiere (per la realizzazione della medicina di iniziativa).

5.2.3 I centri di assistenza primaria (CAP)

Il centro di assistenza primaria (denominazione che in ambito regionale è stata data alla forma organizzativa nazionale dell'Unità di cure complesse primarie) secondo l'art. 20, comma 5, della l.r. n. 17/2014, è costituito dall'aggregazione di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta, di medici di continuità assistenziale, di specialisti, di personale dipendente dei medici di medicina generale, e di altro personale proveniente sia dal distretto che dall'ospedale. Tale personale si integra fisicamente nello svolgimento delle proprie funzioni operando nella stessa sede (unica o, in alternativa, di riferimento collegata con altre sedi dislocate nel distretto), preferibilmente nelle strutture distrettuali dell'azienda e svolge le proprie attività a favore di un bacino di utenza "di norma compreso tra 20.000 e 30.000 abitanti", cioè delle stesse dimensioni dell'AFT a cui è collegato funzionalmente.

Il centro di assistenza primaria viene chiamato a garantire la continuità assistenziale, ventiquattro ore per tutti i giorni della settimana (anche se accordi sottoscritti dall'Amministrazione regionale in sede di stipulazione di accordi integrativi con i medici convenzionati hanno previsto un'apertura considerevolmente minore),[87] e ad erogare le prestazioni di assistenza primaria, ovvero di medicina generale, infermieristiche, domiciliari, specialistiche e socio-sanitarie, con ambulatori medici e specialistici, punti prelievo, diagnostica strumentale di primo livello, servizi di salute mentale e distrettuali, di prenotazione e amministrativi.

Per il coordinamento e l'efficiente ed efficace gestione delle prestazioni erogate è previsto che l'attività sia svolta con "l'uso della prescrizione dematerializzata nonché mediante l'utilizzo e l'aggiornamento del fascicolo sanitario elettronico".[88] Le sedi devono essere collegate mediante idonei strumenti informatici con gli eventuali ambulatori periferici dei MMG e con le altre strutture dell'Azienda sanitaria, e le dotazioni strutturali, tecnologiche, strumentali e di personale sono assicurate dalle Aziende sanitarie.[89]

---

[87] *Al punto 6 dell'AIR 2016/2018 si prevede che "Viene garantita l'apertura [dei CAP] per 12 ore diurne (8-20) nei giorni lavorativi e 2 ore (8-10) nei sabati o prefestivi."*

[88] *Art. 20, c. 5, lett. b, della l.r. n. 17/2014.*

[89] *Punto 6 dell'AIR 2016/2018.*

Benché la partecipazione dei MMG nel CAP sia l'elemento aggregante e fondamentale in quanto centro di riferimento per la gestione coordinata della cura dei pazienti serviti, la partecipazione del MMG è facoltativa e volontaria.

5.2.4 I presidi ospedalieri per la salute

Al comma 6 del già citato art. 20 della l.r. n. 17/2014 si fa riferimento, senza nominarla, alla forma organizzativa nazionale di assistenza territoriale indicata come ospedale di comunità,[90] che nell'attuazione regionale ha acquisito la denominazione, nell'art. 34 della stessa l.r. n. 17/2014, di presidio ospedaliero per la salute. Tale forma organizzativa, specificatamente descritta nel d.m. n. 70/2015,[91] costituisce punto di integrazione tra i servizi distrettuali, quelli ospedalieri e le funzioni dei MMG, che anche in questo contesto operativo hanno fondamentali compiti di coordinamento, indirizzo e vigilanza per i processi di cura svolti nei confronti degli assistiti.

Nel citato comma 6 dell'art. 20, si prevede che "presso le strutture di Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago, Sacile e l'ospedale Maggiore di Trieste sono garantite, oltre alle attività assicurate dai centri di assistenza primaria, le attività residenziali di assistenza primaria realizzate in residenze sanitarie assistenziali ovvero presso gli ospedali di comunità, organizzate come indicato all'articolo 34." Al richiamato art. 34 si dispone che i presidi ospedalieri appena citati siano riconvertiti per lo svolgimento di attività distrettuali sanitarie e sociosanitarie, mantenendo

---

[90] *L'articolo 5 (Assistenza territoriale) del Patto salute 2014-2016, al comma prevede "Al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale, si fa riferimento a quanto rappresentato al punto 10.1 Ospedali di comunità di cui allo schema di regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art.1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135", e si conviene di stipulare, entro il 31 ottobre 2014, un'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano: - di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare), - di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.[…]"*

[91] *Il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), nel suo Allegato 1 scrive: "10.1 Ospedale di comunità - È una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.*
Prende in carico pazienti che necessitano:
- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)
- di sorveglianza infermieristica continuativa
La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni. L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali."

tutti i servizi ambulatoriali presenti, comprese la dialisi e la radiologia tradizionale, unitamente ad una presenza di un punto di primo intervento sulle dodici/ventiquattro ore e la postazione di un mezzo di soccorso sulle ventiquattro ore. Il citato art. 34, poi, impone che in tali strutture in progressivo sviluppo di servizi si aggiungano a quelli distrettuali già attivi tutte le forme avanzate di assistenza primaria e di gestione della cronicità, di riabilitazione, nonché la residenzialità, in particolare riabilitativa e di lungo termine, compresi gli ospedali di comunità, aggiungendo anche funzioni di integrazione sociosanitaria.

5.3 Le nuove forme organizzative dell'assistenza primaria: il fascicolo sanitario elettronico come strumento di coordinamento, gestione e condivisione delle informazioni

Per lo sviluppo e svolgimento delle nuove forme organizzative è di tutta evidenza la fondamentale importanza rivestita dagli strumenti informatici necessari alla gestione e condivisione di dati e informazioni sia per la gestione delle attività nelle forme associative e collaborative dei medici di medicina generale, sia per lo svolgimento coordinato e integrato delle attività condivise dei medici di medicina generale e operatori distrettuali e ospedalieri.

Tale condivisione informativa richiede necessari e adeguati strumenti d'interoperabilità per l'accesso e la messa a disposizione dei dati e informazioni; la normativa vigente e gli standard operativi hanno individuato il fascicolo sanitario elettronico come strumento da utilizzare per soddisfare tali esigenze; l'uso di tale strumento è obbligatorio per tutti gli operatori che erogano servizi sanitari all'interno del Servizio sanitario regionale, siano essi dipendenti diretti delle aziende sanitarie pubbliche, o siano invece medici convenzionati. Anche nella normativa regionale del Friuli Venezia Giulia si ribadisce costantemente la necessità, e obbligatorietà d'uso, di tale strumento ai fini dello svolgimento dell'attività di assistenza primaria integrata,[92] sia nella legge regionale n. 17/2014[93] che negli Accordi Integrativi Regionali sottoscritti dall'Amministrazione regionale e dai rappresentanti dei medici convenzionati.[94]

---

[92] *Si annota come già in sede di approvazione della programmazione dell'attività del Servizio sanitario regionale per l'anno 2014 si sia ribadita l'obbligo di tale strumento informatico; nel documento Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale anno 2014 approvato con d.g.r. n. 2305 del 6 dicembre 2013, infatti si precisa che "Per quanto riguarda le funzioni in grado di facilitare il rapporto con i cittadini, nel corso dell'anno 2014 si procederà a […] c. Assicurare la riservatezza e la conservazione dei dati elettronici con: […] b. Sviluppo del fascicolo sanitario elettronico" (pag. 18), precisando alle pagg. 22-23, che: "Medicina di Gruppo. Questa forma organizzativa ha la finalità di ampliare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di assicurare una miglior continuità assistenziale, di attuare iniziative di promozione della salute e di prevenzione, di perseguire l'integrazione assistenziale con l'ospedale e gli altri servizi coinvolti nei processi di cura e di attuare interventi di razionalizzazione della spesa. [….] Per realizzare queste funzioni e attività ai medici partecipanti viene chiesto: […] di gestire il fascicolo sanitario elettronico secondo standard definiti dagli accordi regionali e aziendali".*

[93] *La l.r. n. 17/2014, all'art. 20 richiede: "la gestione del fascicolo sanitario elettronico" (così al comma 4) all'interno delle medicine*

5.4 Lo stato di attuazione della riforma delle forme organizzative dell'assistenza primaria: valutazione delle informazioni disponibili

L'Amministrazione regionale, come già esposto, in sede di presentazione del Rapporto di coordinamento della finanza pubblica regionale per l'anno 2017 ha richiesto una verifica delle osservazioni formulate in merito allo stato di attuazione dei cambiamenti organizzativi nell'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria primaria che ha dichiarato essere intervenuti in attuazione della l.r. n. 17/2014.

Un'effettiva verifica, tuttavia, deve andare oltre il mero, anche se necessario, piano di dichiarazione formale e regolazione normativa dell'eventuale avvenuta attivazione presso ogni azienda delle concrete nuove realtà organizzative (medicine di gruppo, aggregazioni funzionali territoriali e, soprattutto centri di assistenza primaria). La verifica, infatti, deve passare ad esaminare anche le concrete attività svolte e la disponibilità effettiva dei nuovi servizi sanitari che le innovate strutture organizzative avrebbero dovuto erogare, controllando altresì le modalità effettive di svolgimento delle funzioni. L'effettivo coordinamento operativo e la condivisione dei protocolli di trattamento delle patologie nello svolgimento dei complessivi percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali da parte del personale sanitario inserito nelle nuove forme organizzative riveste, infatti, carattere costitutivo del nuovo disegno organizzativo dell'assistenza primaria, così come pure è strumento imprescindibile della nuova struttura organizzativa la condivisione delle informazioni necessarie alla conoscenza e al trattamento dei pazienti. Per essere effettiva, la condivisione delle informazioni deve attuarsi per mezzo di scambio e disponibilità di flussi e dati informativi comuni ai due ambiti professionali che nelle nuove forme organizzative devono integrarsi: quella convenzionata (in particolare propria dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) e quella pubblico-distrettuale (medici specialisti, personale infermieristico e di riabilitazione, servizi diagnostici, addetti ai servizi distrettuali).

---

di gruppo; l'utilizzo e l'aggiornamento del fascicolo sanitario elettronico a garanzia della continuità dell'assistenza (così al comma 5, lett. c)).

[94] *Al punto 4 l'AIR 2016/2018 prevede che "La MGI deve integrarsi con la continuità assistenziale per la copertura assistenziale di sette giorni su sette alla settimana al fine di garantire l'effettuazione di visite ambulatoriali, di visite domiciliari, la* ***gestione del fascicolo sanitario elettronico****, l'adozione di percorsi assistenziali condivisi."*

Al punto 3.4.4. il citato AIR 2014/2016 prevede che nelle AFT "i MMG delle Medicine di Gruppo Integrate prima, e progressivamente tutti i MMG dell'AFT dovranno essere collegati informaticamente con la sede di coordinamento e l'AAS, con oneri a carico dell'AAS", mentre al punto 3.4.6 si prevede, sempre con riguardo alle AFT, che "Il sistema informatico dovrà essere in grado di costituire, nel rispetto della legislazione sulla privacy, un database informativo con le informazioni/cartelle cliniche di tutti gli assistiti dei MMG che partecipano all'AFT e dovrà essere utilizzato da tutti i medici dell'AFT."

Ulteriori, fondamentali, elementi di valutazione sono individuabili negli effettivi miglioramenti (o peggioramenti) degli andamenti gestionali e dei risultati conseguiti in ambiti di attività sanitaria considerati "sensibili" rispetto agli obiettivi della riforma dei servizi di assistenza primaria.

Il principale obiettivo della riforma in esame, come già anticipato *supra* al punto 5.1, è quello di "bilanciare" con un incremento dei servizi di assistenza primaria e territoriale i possibili effetti negativi di una manovra di riduzione dell'ospedalizzazione e dei posti letto negli ospedali di ricovero. In merito nello stesso decreto ministeriale n. 70 del 2015, emanato previa intesa acquisita in Conferenza Stato-Regioni, si evidenzia che "L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale".[95] Ulteriori avvisi sono evidenziati nello stesso decreto in relazione sia alla gestione del percorso di emergenza-urgenza - sensibile alla diminuzione della disponibilità dei posti letto ospedalieri -,[96] sia relativamente all'inclusione dell'obiettivo di riduzione della degenza[97] nell'insieme di obiettivi – tra cui la riduzione del tasso di ospedalizzazione - che contemporaneamente devono raggiungersi per considerare efficace il ricercato processo di razionalizzazione delle cure e redistribuzione delle risorse nella salvaguardia dei complessivi livelli di servizio delle prestazioni sanitarie.

Di seguito vengono, pertanto, esposti gli elementi di informazione raccolti con l'attività istruttoria in merito a tutte le tematiche ricordate in questo punto.

5.4.1 Struttura, funzionamento e attività delle nuove forme organizzative dell'assistenza primaria: l'insufficiente informazione conseguente all'indisponibilità di sistemi di controllo

Come già evidenziato *supra*, al punto 4.1.2.1 (Attuazione della riforma delle forme organizzative dell'assistenza primaria e inefficacia del controllo strategico),[98] la disponibilità di informazioni acquisite nelle sue funzioni di direzione, coordinamento, vigilanza e controllo dalla DIREZIONE

---

[95] *Punto 10 (Continuità ospedale-territorio) dell'Allegato 1 del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70.*

[96] *Al punto 1.2 dell'Allegato 1 del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, si ricorda che "La gestione dei posti letto deve avvenire pertanto con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza."*

[97] *Al punto 1.2 dell'Allegato 1 del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, si legge quanto segue: "per promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza. La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del S.S.N. nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate. Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali".*

[98] *Si veda quanto esposto alle pagg. 48 e seguenti della presente relazione.*

SALUTE sulle nuove forme organizzative dell'assistenza primaria in relazione all'obbligatoria verifica di un svolgimento regolare, efficace ed efficiente delle funzioni alle stesse affidate è riassumibile come segue:

- la DIREZIONE SALUTE non ha propria evidenza delle attivazioni di centri di assistenza primaria nella regione effettuate dalle aziende;
- la DIREZIONE SALUTE non ha disponibilità diretta di dati relativi alle attività svolte all'interno dei centri di assistenza primaria, né ai fini del monitoraggio né a quelli di una loro valutazione;
- la DIREZIONE SALUTE ha dichiarato di presidiare solo finanziariamente le nuove forme associative territoriali, ammettendo altresì come "in merito alla preponderanza di obiettivi di natura innovativa attinenti al cambiamento organizzativo nell'ambito territoriale o nel coordinamento di attività complesse non siano disponibili strumenti atti a vigilare o che abbiano dei dati che possano essere vigilati da parte della Direzione centrale. Ne deriva che ci si basa sul dichiarato della persona coinvolta nel processo monitorato, cosiddetto 'debito informativo' "
- la DIREZIONE SALUTE, in relazione alla richiesta di informazioni sull'assistenza domiciliare integrata- dati relativi al numero di interventi, numero ore, (totale e medio per paziente), numero pazienti univoci seguiti, personale infermieristico/medico impiegato e misura oraria /numero ore dell'impiego -, ha precisato che "non sono nella disponibilità dei sistemi informativi di EGAS e DCS [Direzione Centrale Salute] e quindi andranno richiesti alle aziende;
- in risposta a richiesta di chiarimenti in relazione allo svolgimento di monitoraggi e verifiche sul rispetto dei protocolli di trattamento il cui obbligo in sede di coordinamento i MMG assumono ai fini degli Accordi Integrativi Regionali, la DIREZIONE SALUTE ha risposto negativamente in merito alla sussistenza di tali monitoraggi e verifiche effettuati in sede di Direzione, confermando che al momento in Direzione non c'è stata indicazione di operare un'analisi della coerenza rispetto all'appartenenza ad una A.F.T. dei comportamenti diagnostici terapeutici dei singoli MMG, con l'eccezione che riguarda il diabete, ricoveri, prestazioni ambulatoriali e supporti agli screening oncologici;
- un rappresentante dell'Amministrazione regionale ha specificato che in merito alle erogazioni di prestazioni di assistenza integrata e domiciliare, il sistema non è informatizzato e che viene rendicontato in forma cartacea.

A loro volta, relativamente al possesso di analoghi dati sull'attività svolta nell'assistenza primaria, dai direttori delle aziende sono pervenute le seguenti dichiarazioni:

- un'Azienda sanitaria, in relazione alla richiesta di informazioni sull'assistenza domiciliare integrata- dati relativi al numero di interventi, numero ore, (totale e medio per paziente), numero pazienti univoci seguiti, personale infermieristico/medico impiegato e misura oraria /numero ore dell'impiego -, ha comunicato "che si tratta di informazioni eventualmente in possesso dei Distretti";
- da un Direttore Generale di un'azienda si è appreso che neppure la Direzione Generale dell'azienda ha la disponibilità diretta di tali dati e che per conoscerli ha richiesto gli stessi ai Distretti dalla stessa dipendenti;
- un'azienda ha segnalato che "Il programma di Contabilità Analitica in uso in Regione Friuli Venezia Giulia non permette la contabilizzazione dei costi del personale per centro di costo. [...] Il sistema non gestisce situazioni in cui un dipendente operi su più "centri di costo" e non sono disponibili automatismi per poter allocare le risorse umane tra le diverse attività."

Tale grave problema gestionale è già stato ampiamente rilevato e segnalato da questa Sezione nello svolgimento di precedenti attività di controllo.[99]

Dalle dichiarazioni rese dalla DIREZIONE SALUTE e dalle aziende sanitarie regionali si evince che non sono disponibili strumenti di controllo di gestione o di monitoraggio che possano dare adeguata contezza dell'andamento delle attività e dell'adempimento degli obblighi derivanti dalla normativa regionale e dagli Accordi Integrativi Regionali nelle nuove forme organizzate dell'assistenza primaria. La non disponibilità di un adeguato sistema di contabilità analitica non sembra rendere possibile, peraltro, evidenziare, quantificare e valorizzare eventuali cambiamenti di modalità di erogazione di prestazioni intervenuti nel passaggio dalla precedente modalità di articolazione delle strutture distrettuali incentrate sui poliambulatori alle nuove modalità di erogazione basate sulla gestione nei nuovi centri di assistenza primaria.

5.4.2 La riforma dell'assistenza primaria: indicatori indiretti di valutazione dell'efficacia

In sede di contraddittorio i rappresentanti dell'Amministrazione regionale hanno ribadito ripetutamente che il miglioramento conseguito nella riduzione dei ricoveri era il valido e conclusivo

---

[99] *cfr., da ultimo, quanto riportato alla pag. 45, in particolare alla nota 41, della deliberazione della Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia n. FVG/34/2017/PRSS del 12 aprile 2017 di approvazione degli Esiti della disamina delle relazioni dei Collegi sindacali degli enti sanitari regionali sui bilanci degli esercizi 2013 e 2014 ai sensi dell'articolo 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (documento disponibile in formato elettronico all'indirizzo web http://www.regione.fvg.it/asp/DelibereCorteConti/documenti/fto034_rel_llggSanitaBil2013_2014_completa_4_13_17_1_43_21_PM.pdf).*

elemento probatorio attestante il positivo esito dell'attuazione della riforma dell'assistenza primaria. Secondo i rappresentanti dell'Amministrazione regionale il minor tasso di ospedalizzazione registrato negli ultimi anni è sicura misura dei benefici conseguiti dall'attuazione della riforma. Richiesti ripetutamente in sede di contraddittorio[100] di evidenziare ulteriori indicatori che, a loro avviso, attestassero i benefici apportati dalla riforma delle forme organizzative dell'assistenza primaria, hanno fatto presente di non averne, ma che, allo stesso tempo, la riduzione del tasso di ospedalizzazione costituiva elemento sufficiente a provare quanto richiesto.

Risulta pertanto, più che opportuno, necessario analizzare l'andamento dell'indicatore del tasso di ospedalizzazione evidenziato dall'Amministrazione regionale.

Inizialmente si prendono in esame i dati di valutazione sintetica offerti dal sistema di valutazione della performance dei Sistemi sanitari regionali, c.d. BERSAGLIO, gestito dal Laboratorio MeS - Istituto di Management della Scuola Superiore Universitaria Sant'Anna di Pisa con la collaborazione delle Regioni aderenti - tra cui logicamente la Regione Friuli Venezia Giulia – al Network di valutazione:

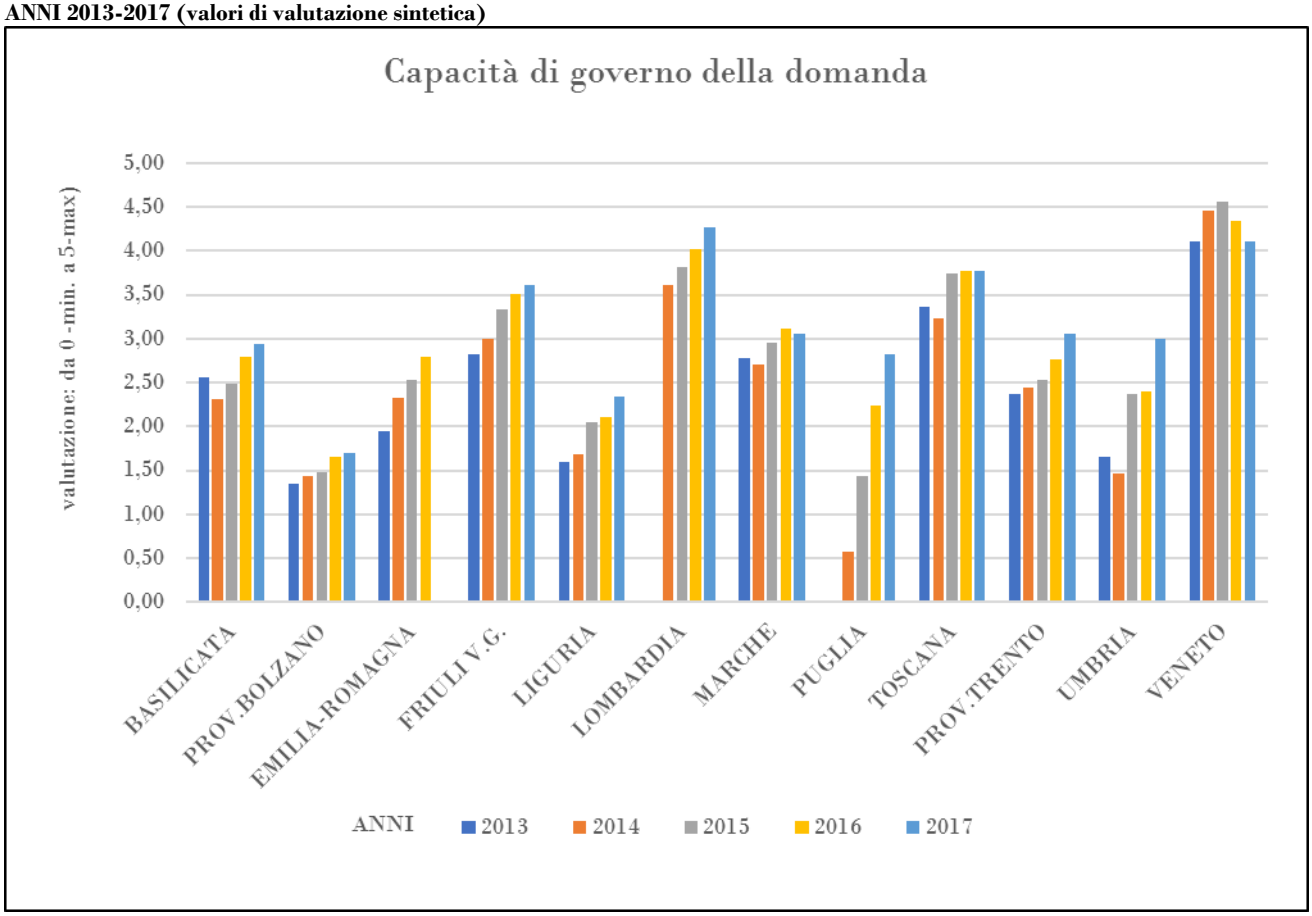
Tabella 5 – Capacità di Governo della domanda – tassi standardizzati di ospedalizzazione nelle Regioni aderenti al Network BERSAGLIO - ANNI 2013-2017 (valori di valutazione sintetica)

Regione	2013	2014	2015	2016	2017
BASILICATA	2,56	2,31	2,48	2,79	2,94
PROV.BOLZANO	1,35	1,43	1,49	1,65	1,70
EMILIA-ROMAGNA	1,95	2,32	2,53	2,79	
FRIULI VENEZIA GIULIA.	2,82	2,99	3,34	3,52	3,61
LIGURIA	1,60	1,69	2,05	2,11	2,35
LOMBARDIA		3,61	3,81	4,02	4,27
MARCHE	2,79	2,71	2,96	3,11	3,05
PUGLIA		0,58	1,43	2,24	2,83
TOSCANA	3,36	3,23	3,74	3,77	3,77
PROV.TRENTO	2,38	2,45	2,54	2,77	3,05
UMBRIA	1,65	1,46	2,36	2,40	3,00
VENETO	4,10	4,46	4,56	4,34	4,10

Fonte: Elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati valutazione BERSAGLIO per l'indicatore Capacità di governo della domanda – valutazione: valore minimo 0, massimo 5
Note: L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti indicatori: C1.1.1 Tasso di ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso, C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione DH medico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso.

[100] *Riunioni di contraddittorio del 17 maggio e 15 giugno 2018.*

Figura 2 - Capacità di Governo della domanda – tassi standardizzati di ospedalizzazione nelle Regioni aderenti al Network BERSAGLIO. ANNI 2013-2017 (valori di valutazione sintetica)



Fonte: vedi fonte riportata in calce alla Tabella 5.

I dati esposti evidenziano per la Regione Friuli Venezia Giulia un complessivo buon andamento degli indicatori esaminati che segue un generale *trend* di miglioramento che contraddistingue tutti gli andamenti registrati nelle regioni esaminate, con l'eccezione del Veneto, che comunque in tutti gli anni considerati si pone nella fascia più alta: quella superiore ai 4 punti di valutazione e che riporta la valutazione massima di "ottimo". La Regione Friuli Venezia Giulia, benché non consegua la valutazione massima, si colloca in posizione elevata nell'insieme delle regioni e province autonome attualmente aderenti al Network.

Ulteriori informazioni può offrire un quadro di confronto interregionale allargato a tutte le regioni italiane, e non solo a quelle aderenti al Network BERSAGLIO che ne sono circa la metà, comparando i risultati rilevati nell'anno 2016 rispetto a quelli del 2013 - periodo antecedente all'avvio della riforma operata con le ll.rr. n. 17 del 2013 e del 2014. I dati disponibili sono quelli del Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2016) – Periodo di riferimento: 2016, del Ministero della Salute. Tali dati di ospedalizzazione, non standardizzati per età e sesso, che sono gli ultimi disponibili tra i flussi SDO validati dal Ministero, si espongono di seguito.

Tabella 6 - Tassi di ospedalizzazione per regione, tipo attività e regime di ricovero (per 1.000 abitanti) - Anni 2013 e 2016

REGIONE DI RESIDENZA	ANNO 2013			ANNO 2016		
	ACUTI			ACUTI		
	Regime ordinario	Regime diurno	Totale Acuti	Regime ordinario	Regime diurno	Totale Acuti
Piemonte	104,56	33,84	138,41	98,74	29,22	127,97
Valle d'Aosta	128,40	54,90	183,29	115,61	45,93	161,53
Lombardia	110,42	20,31	130,73	101,53	21,25	122,78
P.A. Bolzano	119,89	34,95	154,84	111,32	30,53	141,85
P.A. Trento	100,17	50,36	150,53	97,15	42,40	139,55
Veneto	94,35	30,23	124,58	96,75	25,77	122,52
Friuli V.G.	110,83	33,92	144,75	106,53	28,98	135,52
Liguria	113,85	55,31	169,16	106,01	48,89	154,90
Emilia Romagna	114,82	36,46	151,28	109,18	31,41	140,60
Toscana	105,49	34,18	139,67	99,01	32,25	131,26
Umbria	124,49	30,83	155,32	114,22	28,82	143,04
Marche	110,50	34,85	145,35	105,61	32,10	137,71
Lazio	108,27	53,55	161,82	95,41	41,22	136,63
Abruzzo	118,88	46,02	164,91	111,12	34,89	146,01
Molise	121,31	56,15	177,46	113,26	40,21	153,47
Campania	110,71	67,13	177,85	102,38	55,30	157,68
Puglia	124,30	34,54	158,84	112,45	17,78	130,23
Basilicata	105,07	35,23	140,30	102,29	31,99	134,28
Calabria	102,38	42,42	144,80	93,61	31,16	124,76
Sicilia	104,31	40,71	145,02	92,70	23,37	116,07
Sardegna	116,28	45,25	161,52	108,61	44,92	153,52
ITALIA	**109,38**	**38,95**	**148,33**	**101,62**	**31,83**	**133,45**

Fonte: Elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2016) – Periodo di riferimento: 2016 (file dei dati disponibile in formato elettronico all'url http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_28_allegati_iitemAllegati_0_fileAllegati_itemFile_1_file.xlsb) e Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2013) – Periodo di riferimento: 2013 (file dei dati disponibile in formato elettronico all'url http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_18_allegati_iitemAllegati_1_fileAllegati_itemFile_1_file.ods).
Note: Tassi di ospedalizzazione calcolati sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private accreditate. Esclusi i casi con tipo attività, regime di ricovero o genere errati.

Prevedibilmente anche nei dati appena esaminati si riscontra il trend di miglioramento riscontrato nella precedente tabella di dati resa disponibile dal BERSAGLIO. Interessante, tuttavia, appare la circostanza che tale positivo *trend* di diminuzione dei ricoveri appare esteso a tutte le Regioni italiane, configurando un miglioramento nell'anno 2016 rispetto all'anno 2013 anche dell'indice medio nazionale registrato per l'insieme ITALIA. Esaminando meglio i dati esposti, tuttavia, si rileva il lieve peggioramento della posizione della Regione Friuli Venezia Giulia nell'insieme delle regioni italiane (dalla quinta posizione registrata nel 2013 alla nona del 2016). Apparentemente non sembra giustificare il relativo peggioramento riscontrato la circostanza che i dati esposti non siano stati sottoposti a procedura di standardizzazione per età: rapportabile differenza di valori si è verificata, infatti, anche nella regione Liguria, che riporta un'elevatissima percentuale di popolazione anziana, così come si è riscontrata una variazione analoga anche nelle regioni Toscana e Umbria, dove pure la percentuale di popolazione di età superiore ai 69 anni è maggiore di quella del Friuli Venezia Giulia.

Ulteriori elementi di analisi possono rinvenirsi dalla tabella che segue, riportante i valori di degenza per il ricovero di pazienti acuti nelle regioni:

Tabella 7 - Degenza media (giorni) per regione, tipo attività e tipo istituto - Dimissioni in Regime ordinario -Acuti - Anno 2016

REGIONE	ACUTI	
	Istituti pubblici	Istituti privati
Piemonte	7,39	3,76
Valle d'Aosta	7,09	2,03
Lombardia	7,63	5,44
P.A. Bolzano	6,87	6,56
P.A. Trento	7,53	6,45
Veneto	8,02	6,84
Friuli V.G.	7,20	4,93
Liguria	8,24	7,72
Emilia Romagna	6,63	4,65
Toscana	6,64	5,19
Umbria	6,71	3,02
Marche	7,49	4,50
Lazio	8,06	6,05
Abruzzo	7,15	5,62
Molise	7,84	6,01
Campania	7,02	4,32
Puglia	7,06	5,65
Basilicata	6,94	2,63
Calabria	6,89	5,65
Sicilia	7,43	5,93
Sardegna	7,08	4,44
ITALIA	**7,32**	**5,41**

Fonte: Elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2016) – Periodo di riferimento: 2016 – Tav. 3.4 (file dei dati disponibile in formato elettronico all'url http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_28_allegati_iitemAllegati_0_fileAllegati_itemFile_1_file.xlsb).

Maggiori informazioni si possono trarre, ancora, dall'esame della seguente analoga tabella, ma relativa ai pazienti anziani:

Tabella 8 - Degenza media (giorni) di pazienti anziani per regione - Dimissioni in Regime ordinario -Acuti - Anno 2016

REGIONE	Da 65 a 74 anni	75 anni e oltre
Piemonte	7,4	9,4
Valle d'Aosta	7,9	8,9
Lombardia	7,6	9,4
P.A. Bolzano	7,6	8,7
P.A. Trento	8,0	9,7
Veneto	8,5	10,2
Friuli V.G.	7,8	9,0

REGIONE	Da 65 a 74 anni	75 anni e oltre
Liguria	9,2	10,0
Emilia Romagna	7,0	8,3
Toscana	6,8	8,1
Umbria	7,3	8,4
Marche	7,7	9,6
Lazio	8,0	9,5
Abruzzo	7,9	8,8
Molise	7,7	9,2
Campania	7,0	7,7
Puglia	7,5	8,6
Basilicata	7,7	8,5
Calabria	7,8	8,6
Sicilia	8,0	8,6
Sardegna	7,7	8,3
ITALIA	**7,6**	**9,0**

Fonte: Elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati Ministero della Salute – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2016) – Periodo di riferimento: 2016 – Tav. 3.5 (file dei dati disponibile in formato elettronico all'url http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_28_allegati_iitemAllegati_0_fileAllegati_itemFile_1_file.xlsb).

Come evidente, i valori rilevati nell'anno 2016 per la Regione Friuli Venezia Giulia non si presentano favorevoli. Nel caso dei pazienti nella fascia di età superiore ai 74 anni il risultato del Friuli Venezia Giulia è in media rispetto alle altre regioni, mentre per quanto riguarda la fascia di età: 65-74 anni, il valore rilevato in Friuli Venezia Giulia si presenta addirittura più elevato rispetto a quello medio nazionale.

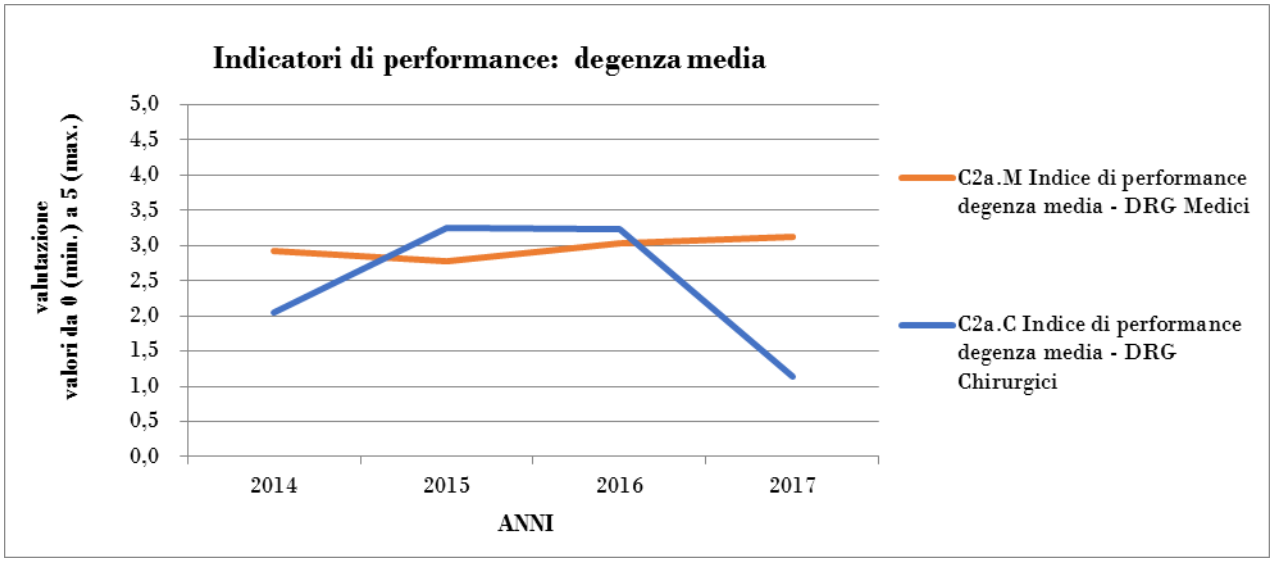
I dati appena commentati espongono l'andamento di tutte le regioni, tra cui anche il Friuli Venezia Giulia – relativamente all'anno 2016. Tuttavia sono disponibili alcune serie di dati pubblicate in questo stesso mese di giugno 2018 dai ricercatori del Laboratorio Management e Sanità (MeS) dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa relativamente ai risultati 2017 del Network delle Regioni, coordinato dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna. Attingendo da tali dati è possibile prendere visione degli indicatori sintetici relativi alla degenza media per DRG chirurgici e per quelli medici, i cui valori di valutazione di seguito si espongono.

Tabella 9 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento della degenza media per DRG chirurgici –Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici e DRG Medici– ANNI 2014-2017

Indicatore	2014	2015	2016	2017
C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	2,05	3,26	3,24	1,13
C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	2,93	2,78	3,02	3,13

Fonte: Elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati valutazione BERSAGLIO per l'indicatore C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici e per l'indicatore C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici
NOTE: valutazione: valore minimo 0, massimo 5

Figura 3 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento della degenza media per DRG chirurgici –Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici e DRG Medici– ANNI 2014-2017



Fonte: vedi fonte riportata in calce alla Tabella 9

Come evidente, nel corso dell'anno 2017 si è evidenziato un rilevante peggioramento per l'indicatore relativo alla degenza media per DRG chirurgici, a cui logicamente consegue anche un complessivo incremento dell'indice di degenza media 2017 rispetto a quello rilevato nel corso del 2016, che ricordiamo essere già stato superiore ai sette giorni.

In conseguenza di quanto appena esposto non sembra che la diminuzione complessiva dei ricoveri registrata in Friuli Venezia Giulia, benché conseguente a una maggior economicità del sistema ospedaliero, possa allo stesso tempo potersi interpretare con certezza anche quale indice di un miglioramento complessivo della qualità del Sistema sanitario regionale, tenendo conto che - secondo quanto prevede il decreto ministeriale n. 70/2015 - , tale indicatore presuppone una sua buona rappresentatività della qualità e efficienza dei sistemi sanitari solo se accompagnato, tra l'altro, anche da una degenza media dei ricoveri ordinari ospedalieri di breve durata, pari a meno di sette giorni.[101]

---

[101] *Il citato d.m. 70/2015, al punto 3.1 dell'Allegato 1 prevede che "Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla* ***durata media di degenza****, per i ricoveri ordinari,* ***che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni****."*
Nello stesso Allegato 1, ma al precedente punto 1.2, si legge: "In tal senso l'art.15, comma 13, lettera c) del d.l. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012 ha previsto la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, al fine di rendere la rete ospedaliera in grado di rispondere in maniera adeguata ai nuovi bisogni e alle nuove modalità del loro estrinsecarsi. In questa logica, per promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza. ***La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del S.S.N. nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate****."*

Abbandonando ora l'ambito della degenza media per passare a ricercare altri indicatori di una possibile conferma dell'effettivo raggiungimento nel sistema di un adeguato riequilibrio della diminuzione nell'offerta dei servizi ospedalieri operata con la razionalizzazione della rete ospedaliera, un significativo aiuto può arrivare dall'esame dell'indicatore sintetico denominato "integrazione ospedale-territorio". Come già rilevato, il d.m. n. 70/2015 ricorda che "L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale". [102]

Una misura sull'adeguata flessibilità e appropriatezza della complessiva rete di servizi sanitari può provenire, invece, dall'esame dell'andamento di un altro indicatore: quello relativo alla gestione del percorso di emergenza-urgenza.

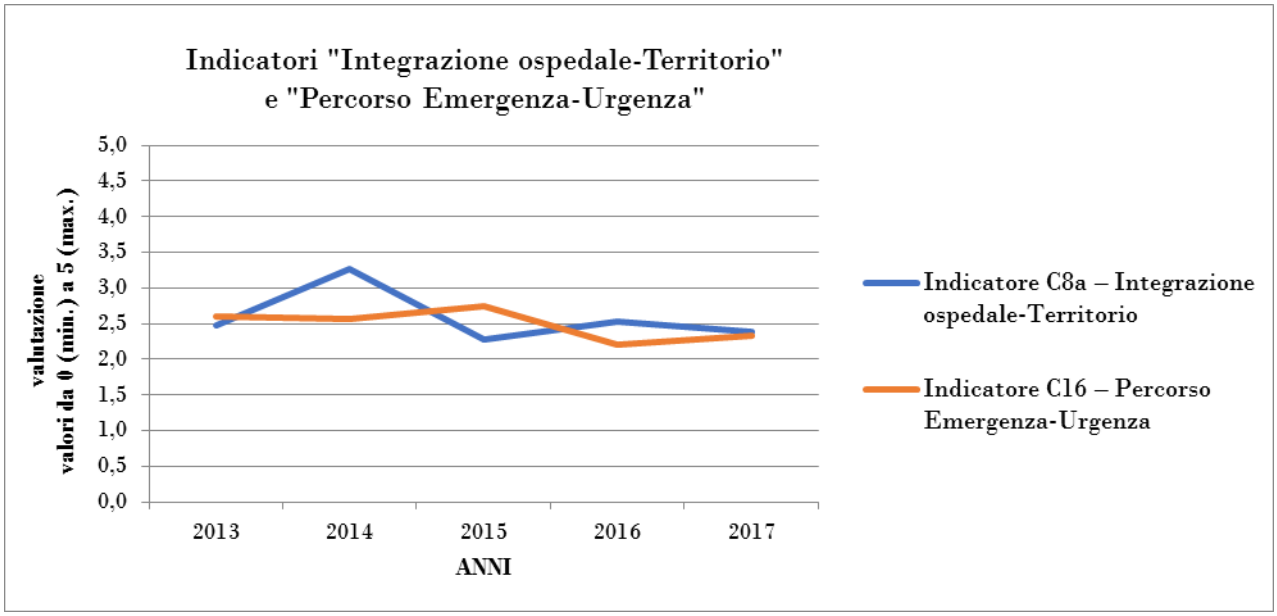
Di seguito, pertanto, si prendono in esame tali indicatori sintetici resi disponibili dal Network di valutazione BERSAGLIO anche relativamente all'anno 2017.

Tabella 10 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento dell'integrazione ospedale-Territorio e del percorso emergenza-urgenza – ANNI 2013-2017

indicatori	2013	2014	2015	2016	2017
Indicatore C8a – Integrazione ospedale-Territorio	2,47	3,27	2,28	2,52	2,38
Indicatore C16 – Percorso Emergenza-Urgenza	2,60	2,56	2,74	2,21	2,32

Fonte: Elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati valutazione BERSAGLIO per gli indicatori C8a – Integrazione ospedale-Territorio e C16 – Percorso Emergenza-Urgenza
Note: valutazione espressa da un valore minimo di 0 ad un massimo di 5.

Figura 4 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento dell'integrazione ospedale-Territorio e del percorso emergenza-urgenza – ANNI 2013-2017



Fonte: vedi fonte riportata in calce alla Tabella 10

[102] *Punto 10 (Continuità ospedale-territorio) dell'Allegato 1 del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70.*

L'esame degli indicatori nei dati appena presentati evidenzia un loro andamento non positivo, con un dato per entrambi gli indicatori che si pone nell'anno 2017 sotto il valore medio di valutazione e comunque con valori inferiori rispetto a quanto rilevato nell'anno 2013. Tali dati rendono evidente la difficoltà di riequilibrio che il complessivo sistema dei servizi sanitari regionali coinvolti dalla razionalizzazione della rete ospedaliera manifesta, sia nella gestione del percorso emergenza-urgenza che in quello dell'integrazione ospedale-territorio, area ancor più rilevante per l'esame che in questa parte di relazione si sta svolgendo, ovvero la valutazione degli effetti sostanziali dell'avviata riforma dell'assistenza primaria e distrettuale rispetto all'esigenza di mantenimento di un adeguato livello di servizio nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

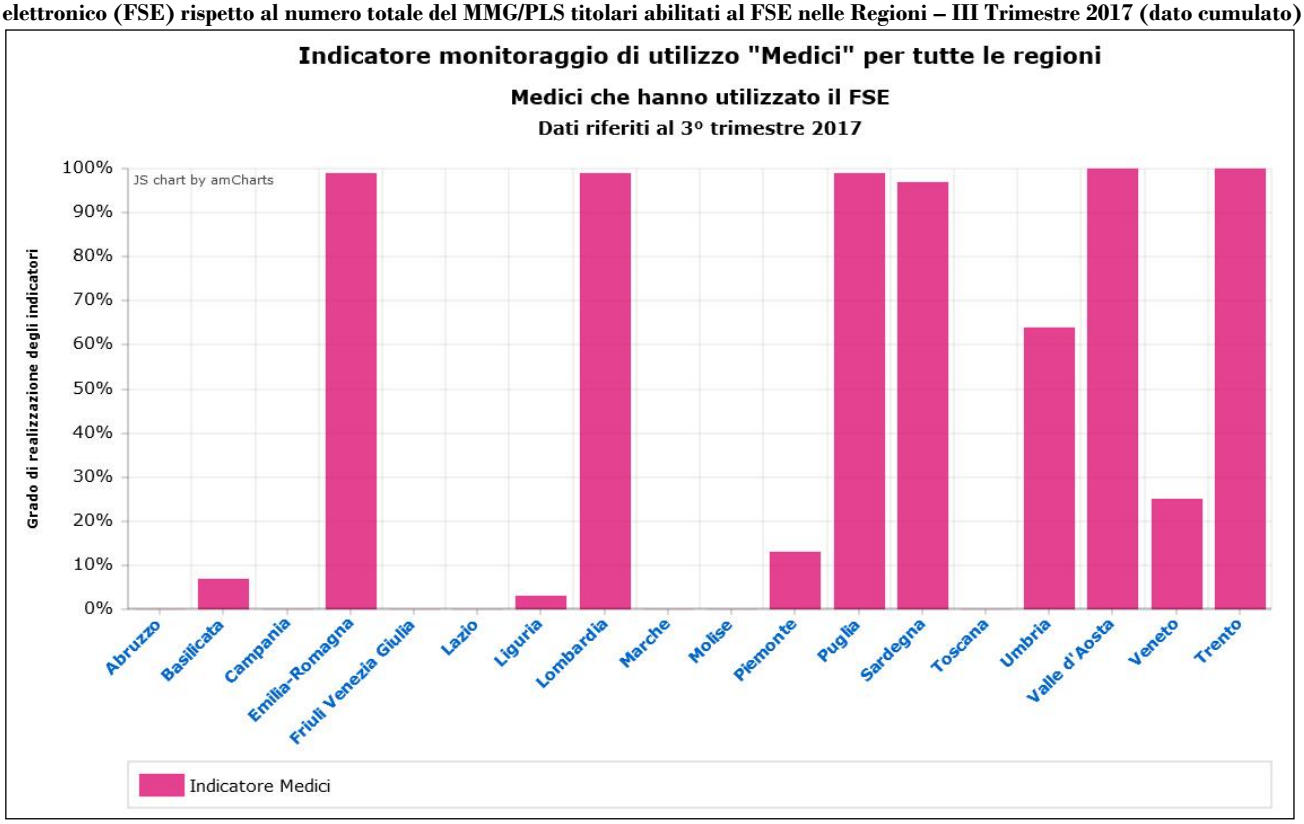
5.4.3 Nuove forme organizzative dell'assistenza primaria e condivisione delle informazioni: il fascicolo sanitario elettronico

Un indicatore indiretto dell'effettività della riorganizzazione dell'assistenza primaria sul territorio è costituito dal livello di utilizzo degli strumenti disponibili per lo svolgimento coordinato e integrato delle attività dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

L'effettivo coordinamento operativo e la condivisione dei protocolli di trattamento delle patologie da parte del personale sanitario inserito nelle nuove forme organizzative riveste, infatti, carattere costitutivo del nuovo disegno organizzativo dell'assistenza primaria, così come pure è strumento imprescindibile della nuova struttura organizzativa la condivisione delle informazioni necessarie alla conoscenza e al trattamento dei pazienti. Per essere effettiva, la condivisione delle informazioni deve attuarsi per mezzo di scambio e disponibilità di flussi e dati informativi comuni ai due ambiti professionali che nelle nuove forme organizzative devono integrarsi: quella convenzionata (in particolare propria dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) e quella pubblico-distrettuale (medici specialisti, personale infermieristico e di riabilitazione, servizi diagnostici e di laboratorio). Tale condivisione informativa richiede necessari e adeguati strumenti d'interoperabilità per l'accesso e la messa a disposizione dei dati e informazioni; la normativa vigente e gli standard operativi hanno individuato e reso obbligatorio come strumento da utilizzare per soddisfare tali esigenze il fascicolo sanitario elettronico.

Da una ricognizione dei dati disponibili in sede nazionale in merito all'implementazione e utilizzo di tale indispensabile strumento operativo negli ambiti regionali appare il seguente sintetico quadro, che di seguito si espone.

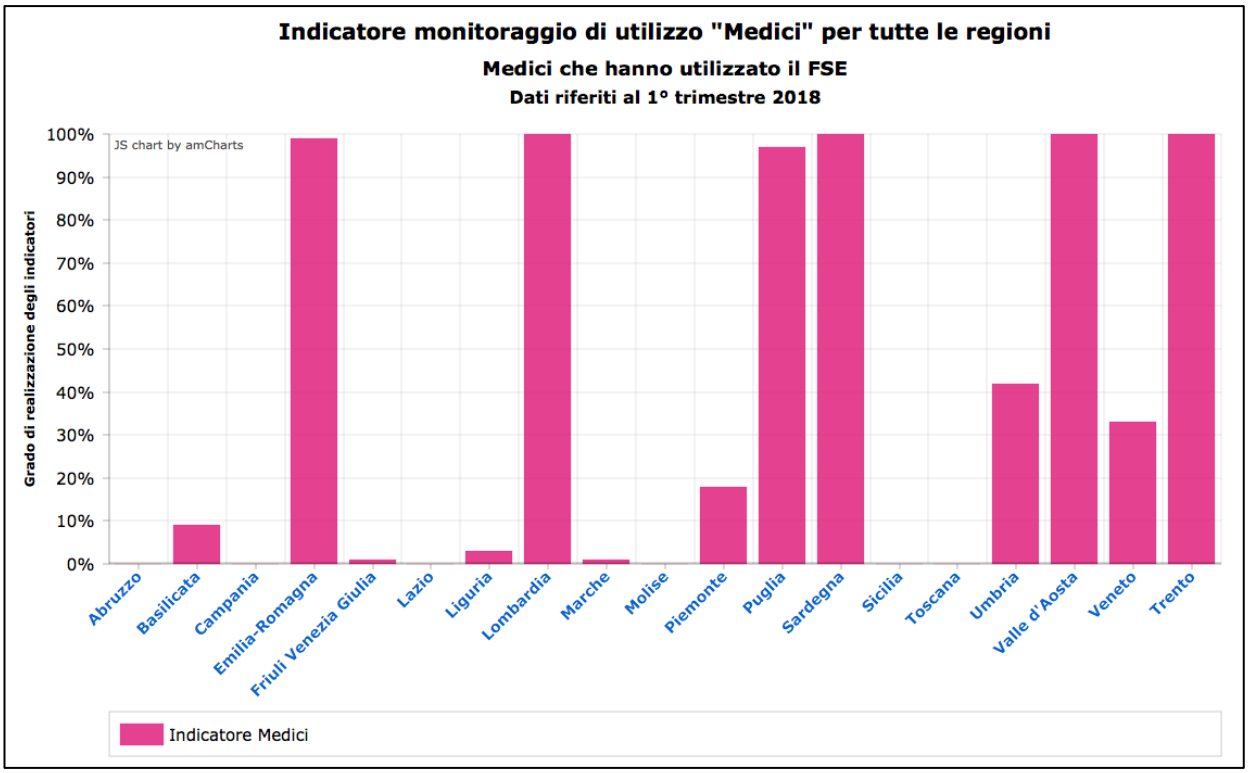
Figura 5 - Numero dei medici di medicina generale/pediatri di libera scelta (MMG/PLS) che hanno utilizzato il fascicolo sanitario elettronico (FSE) rispetto al numero totale del MMG/PLS titolari abilitati al FSE nelle Regioni – III Trimestre 2017 (dato cumulato)



Fonte: Dati acquisiti in data 25 gennaio 2018 dai servizi disponibili all'indirizzo web https://www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/bm. Nel sito web si chiarisce quanto di seguito esposto in relazione agli indicatori pubblicati: "Indicatori di Utilizzo - La seconda tipologia di monitoraggio, quella di *Utilizzo*, è finalizzata a monitorare il reale livello d'uso e di diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) sul territorio nazionale da parte dei cittadini, dei medici e delle aziende sanitarie. Nello specifico, gli indicatori evidenziano: […] Medici: numero dei MMG/PLS che hanno utilizzato il FSE rispetto al numero totale del MMG/PLS titolari abilitati al FSE […]".

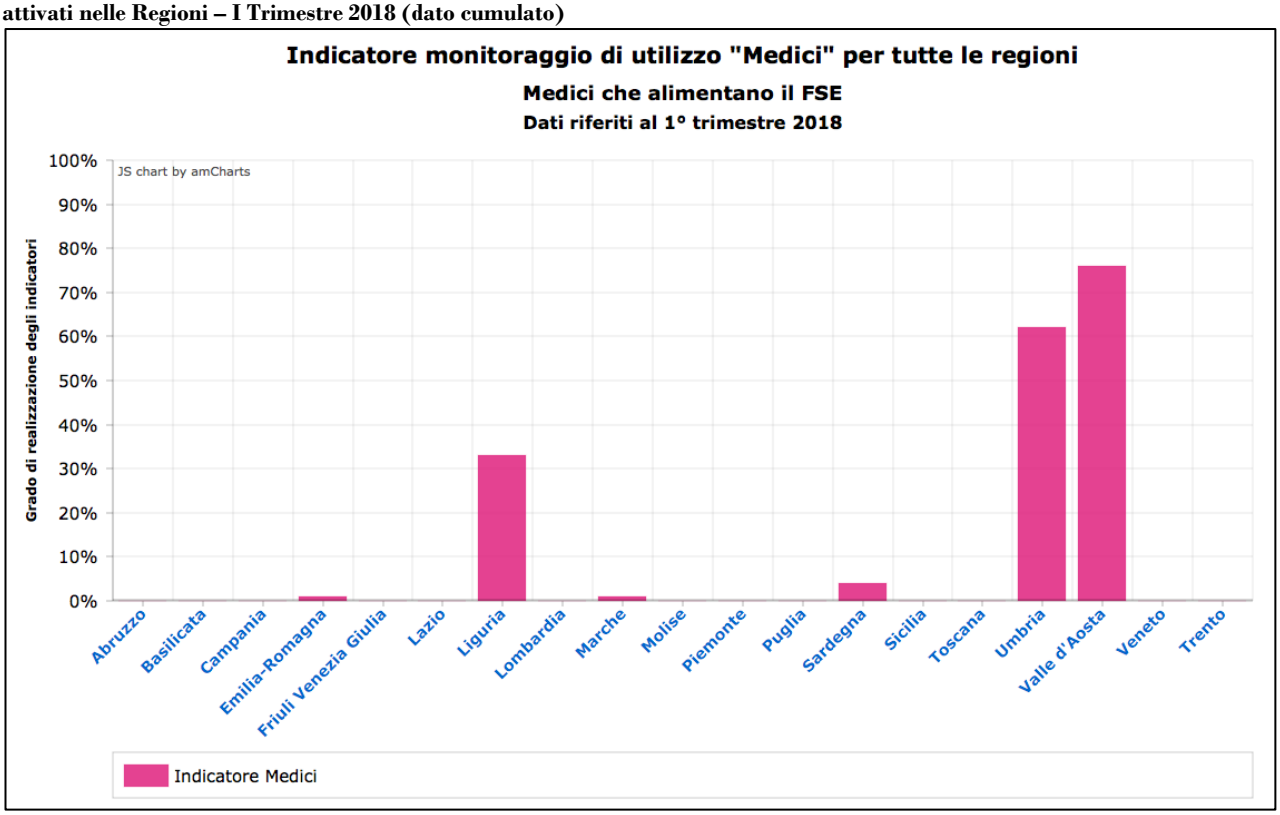
Il successivo aggiornamento dei dati, disponibili anche in merito all'andamento relativo al primo trimestre 2018, conferma, se non aggrava, la situazione già rilevata, così come evidenziato dai dati presentati nelle figure sottoesposte:

Figura 6 - Numero dei medici di medicina generale/pediatri di libera scelta (MMG/PLS) che hanno utilizzato il fascicolo sanitario elettronico (FSE) rispetto al numero totale del MMG/PLS titolari abilitati al FSE nelle Regioni –I Trimestre 2018 (dato cumulato)



Fonte: Dati disponibili all'indirizzo web https://www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/bm.
Nel sito web si chiarisce quanto di seguito esposto in relazione agli indicatori pubblicati: "Indicatori di Utilizzo - La seconda tipologia di monitoraggio, quella di Utilizzo, è finalizzata a monitorare il reale livello d'uso e di diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) sul territorio nazionale da parte dei cittadini, dei medici e delle aziende sanitarie. Nello specifico, gli indicatori evidenziano: […] Medici: numero dei MMG/PLS che hanno utilizzato il FSE rispetto al numero totale del MMG/PLS titolari abilitati al FSE […]".

Figura 7 - Numero di *Patient Summary* popolati da MMG/PLS titolari rispetto al numero complessivo di fascicoli sanitari elettronici attivati nelle Regioni – I Trimestre 2018 (dato cumulato)



Fonte: Dati disponibili all'indirizzo web https://www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/bm.
Nel sito web si chiarisce quanto di seguito esposto in relazione agli indicatori pubblicati: "Indicatori di Utilizzo - La seconda tipologia di monitoraggio, quella di Utilizzo, è finalizzata a monitorare il reale livello d'uso e di diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) sul territorio nazionale da parte dei cittadini, dei medici e delle aziende sanitarie. Nello specifico, gli indicatori evidenziano: […] numero del *Patient Summary* popolati da MMG/PLS titolari rispetto al numero complessivo di FSE attivati […]".

Oltre ai dati appena esposti, ulteriori circostanze contribuiscono a evidenziare la forte difficoltà incontrata dalla Regione Friuli Venezia Giulia nell'implementazione dello strumento operativo informativo costituito dal fascicolo sanitario elettronico individuato per la gestione di un adeguato servizio integrato e coordinato di assistenza primaria dalla normativa vigente e dagli Accordi Integrativi Regionali stipulati con i MMG. Si rileva infatti, che nel documento di programmazione LINEE PER LA GESTIONE 2018 è stato indicato come obiettivo aziendale per l'anno 2018 l'avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico, con una percentuale minima del 15 per cento di MMG partecipanti in ogni azienda.

In risposta alla richiesta di chiarimenti avanzata in relazione a tale mancato utilizzo e alla circostanza dell'appena avviata sperimentazione, l'Amministrazione regionale in sede di riunione istruttoria[103] ha reso dichiarazioni parzialmente contraddittorie. Primariamente il rappresentante dell'Amministrazione regionale ha fatto presente che il fascicolo elettronico è già operativo dal 1° gennaio 2017 e che lo stesso fascicolo è attivo (compiuto e utilizzabile) dal 31 dicembre 2017, ma che, tuttavia, non viene utilizzato dai medici di medicina generale. Con successiva dichiarazione ha tenuto ad evidenziare che la Regione Friuli Venezia Giulia ha svolto molto lavoro sul fascicolo sanitario e, in particolare, soprattutto sullo sviluppo profilo sanitario riassuntivo (che ha dichiarato non essere presente in molte regioni), componente molto importante, e ciò è stato fatto con grandi difficoltà nella gestione della parte di rispetto della privacy. Il rappresentante dell'Amministrazione regionale ha aggiunto, da ultimo, che operare una sperimentazione sui servizi in discorso deve considerarsi un atto di responsabilità da parte dell'Amministrazione regionale.

Con dichiarazione successiva resa a fronte di specifica richiesta di approfondimento in merito agli strumenti di condivisione informativa effettivamente utilizzati dai MMG, lo stesso rappresentante dell'Amministrazione regionale ha fatto presente che, anche se non utilizzano il fascicolo sanitario elettronico, tutti i MMG condividono nei gruppi di medicina integrata i dati dei pazienti per mezzo della condivisione delle schede sanitarie elettroniche che ogni MMG gestisce, schede sulle quali, ha precisato, non può essere svolta attività da parte dell'Amministrazione pubblica.

Riassumendosi qui quanto sopra esposto, si giunge a constatare due situazioni di fatto. La prima consiste nell'evidente mancato utilizzo da parte dei MMG del Friuli Venezia Giulia del fascicolo

[103] *Riunione del 17 maggio 2018.*

sanitario elettronico, accompagnato dall'attuale incertezza sulla sua funzionale e sicura disponibilità operativa in ragione della sperimentazione ancora in corso, e ciò nonostante sussista la sua obbligatorietà secondo la normativa vigente e nonostante le strutture regionali stiano operando da lunghissimo tempo per lo sviluppo del fascicolo sanitario elettronico, e in particolare del profilo sanitario riassuntivo - *patient summary* -.[104] La seconda situazione di fatto constatata consiste nella presa d'atto della sostituzione di fatto dello strumento informativo richiesto obbligatoriamente dalla normativa vigente: il Fascicolo sanitario elettronico, con strumenti informativi costituiti da schede sanitarie elettroniche di proprietà dello stesso MMG, strumenti e fonti informative a cui la Pubblica amministrazione non può accedere né per utilizzarne i contenuti informativi, né per operare i necessari controlli sull'effettivo adempimento da parte del MMG degli obblighi previsti da contratto e da legge regionale in relazione all'alimentazione, gestione e condivisione delle informazioni e dei dati sanitari dei pazienti affidati.

5.4.4 Centri di assistenza primaria, attivazione formale e possesso dei requisiti sostanziali e giuridici: una ricognizione

Dalle verifiche svolte si prende atto che la DIREZIONE SALUTE non possiede evidenze in merito allo stato di attuazione dei centri di assistenza primaria sul territorio, così come non possiede dati e informazioni in merito ad un funzionamento delle aggregazioni funzionali territoriali nel rispetto delle finalità e modalità di esercizio delle attività previste per lo svolgimento delle attività da parte di tali forme organizzative.

Abbandonando le evidenze direttamente disponibili presso la DIREZIONE SALUTE, si può passare ad esaminare le risposte, quasi sempre scarne e poco documentate,[105] che le aziende per l'assistenza sanitaria hanno fatto pervenire in risposta ai quesiti istruttori trasmessi.

Dalla documentazione pervenuta in fase istruttoria direttamente dalle aziende territoriali si è potuto svolgere una prima, sommaria, verifica dei requisiti formali e sostanziali previsti dalla

---

[104] *In merito si veda quanto previsto già dalla d.g.r. n. 699 del 4 aprile 2008 recante Approvazione dello schema di accordo per l'adesione al progetto "sperimentazione di un sistema per l'interoperabilità europea e nazionale delle soluzioni di fascicolo sanitario elettronico: componenti patient summary e e-prescription. Con tale deliberazione si era provveduto ad "approvare lo schema di accordo interregionale predisposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie, da stipularsi fra il predetto Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie, il Ministero della Salute e l'Amministrazione regionale, la Provincia autonoma di Trento e le regioni richiamate in premesse, per la realizzazione del progetto "Sperimentazione di un sistema per l'interoperabilità europea e nazionale delle soluzioni di fascicolo sanitario elettronico: componenti Patient Summary e ePrescription", nonché il relativo allegato "A", finalizzato alla realizzazione di un sistema per l'interoperabilità nazionale e europea dei sistemi di Fascicolo Sanitario Elettronico attualmente sviluppati, o in fase di sviluppo, in ambito regionale".*

[105] *Fa eccezione l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2, che ha trasmesso attenta e sufficiente documentazione.*

normativa. Dagli esiti di tale verifica appare che alla fine dell'anno 2017 risultavano attivi i seguenti centri di aggregazione primaria dichiarati dalle aziende come di seguito esposto:

ASUITS: non risultava essere attivo alcun CAP avente le caratteristiche formali e sostanziali previste dalla normativa vigente, anche se risultava attivo il Centro Sanitario istituito presso il Distretto sanitario nel comune di Muggia che presentava un'organizzazione di funzioni ed attività assimilabili a quelle previste per il CAP e il cui inizio attività risulta essere antecedente all'entrata in vigore della l.r. n. 17/2014;[106]

ASUIUD: Cividale del Friuli e Manzano (per gli altri CAP incidentalmente segnalati dalla documentazione: Tarcento-Povoletto e Zugliano, non sono state trasmesse informazioni sull'attività svolta);

AAS2:[107] Grado[108] (per gli altri CAP segnalati - Cormons, Cervignano, Gradisca[109] - si constata che dalle informazioni trasmesse in merito alla tipologia di attività svolte risulta l'assenza di attività di medici di medicina generale);

---

[106] *Con nota prot. 2018/0031722 del 12.6.2018 il Direttore Generale dell'ASUITS ha comunicato quanto segue: "Alla data del 31.12.2017, nessun Centro di Assistenza Primaria (C.A.P.) afferente all'intestata Azienda risultava attivo e funzionante 'nel rispetto dei requisiti di forma e di sostanza previsti dalla normativa statale e regionale vigente' […] Dal 01.01.2018 ad oggi, nessun Centro di Assistenza Primaria (C.A.P.) risulta attivo e funzionante 'nel rispetto dei requisiti di forma e di sostanza previsti dalla normativa statale e regionale vigente' […] Ad oggi non sono state riattivate le attività del presidio distrettuale di medicina generale, cessate dal 01.09.2017. […] Pur in assenza di una formale attivazione di un Centro di Assistenza Primaria -funzionante nel rispetto dei requisiti di forma e sostanza previsti dalla normativa statale e regionale vigente- presso la sede del Distretto n. 3, nel Comune di Muggia, il Centro Sanitario istituito presso la medesima sede distrettuale presenta un'organizzazione di funzioni ed attività assimilabili a quelle previste per il C.A.P. stesso. La sede è attiva sulle 12/h, da lunedì a venerdì, nei prefestivi-festivi e, nella fascia notturna 20:00-08:00, è presente il Servizio di Continuità Assistenziale. La Medicina Generale, organizzata in Medicina di Gruppo, opera in stretto raccordo con i Medici Specialisti e operatori del Distretto presenti in Sede nonché con i Servizi domiciliari. Presso il Centro Sanitario sono attivi: il Punto Unico socio-sanitario con la presenza contemporanea di personale infermieristico e dell'Assistenza Sociale del Comune; il servizio CUP; l'attività di accoglienza/sportello amministrativo."*

Il contenuto della nota appena citata espone una situazione di fatto opposta a quanto si può leggere nel precedente decreto del Direttore Generale dell'ASUITS, n. 564 del 23 agosto 2017. Con il citato decreto si era preso atto che le forme associative delle aggregazioni funzionali territoriali, delle medicine di gruppo integrate e dei centri di assistenza primaria avevano assorbito le funzioni del presidio di medicina generale, e si era pertanto disposto la prosecuzione dell'attività del presidio di medicina generale solo sino al 31.8.2017.

Nella riunione istruttoria di contraddittorio del 17 maggio 2018 l'attuale Direttore Generale dell'ASUITS, entrato in carica successivamente all'approvazione del citato decreto dopo aver dato le dimissioni dalla precedente carica di direttore della DIREZIONE SALUTE, ha dichiarato che al suo entrare in carica ha operato una verifica sui centri di assistenza primaria che risultavano formalmente costituiti e, constatando l'assenza negli stessi della partecipazione dei medici di medicina generale, ne aveva operato la disattivazione in quanto in detti CAP non c'erano le condizioni necessarie di funzionamento.

[107] *Per obbligo di chiarezza, corre l'obbligo di segnalare che fra comunicazioni trasmesse da questa azienda sempre ai fini istruttori, si è rilevata una contraddittorietà relativamente ai CAP segnalati come attivi. Nel documento contenuto nel file "AAS2/relazione all1d.docx" recante "1. Allegato Struttura organizzativa del Sistema sanitario regionale d) strutture o forme organizzative autonome aziendali di assistenza primaria; Relazione AAS2" - trasmesso dalla DIREZIONE SALUTE, infatti, si segnala come istituito, e in via sperimentale, il solo CAP di Grado citando il relativo decreto del Direttore generale n. 518 dd. 18.10.2016. Nella Relazione su avvio Centri di Assistenza Primari distretti AAS2 allegata alla nota prot. n. 2018-10738 del 21/02/2018 del Dir.Gen. dell'Aas2, contestualmente trasmessa, si elencano, invece, i CAP di cui si dà conto nel testo riepilogativo per tutte le aziende.*

[108] *Le informazioni trasmesse dall'Azienda di riferimento di tale CAP hanno comunicato anche l'insistenza nello stesso di un Centro di Primo Intervento, che ha svolto numerose prestazioni, sei delle quali contraddistinte dal massimo livello di gravità ("codice rosso").*

[109] *Relativamente a questi due ultimi CAP, l'azienda ha comunicato che la predisposizione della sede si sarebbe conclusa rispettivamente alla fine di ottobre – Cervignano – e novembre – Gradisca -2017*

AAS3: Tarvisio (per quanto riguarda gli altri CAP la cui attivazione è stata programmata con decreto del Direttore Generale AAS3 n. 309 del 28/09/2016, si prende atto dell'inesistenza di prestazioni specialistiche nel CAP di Buia, la presenza del solo ambulatorio ostetrico nei CAP di Ovaro/Val Degano e Mortegliano, e l'assenza di attività segnalate per Codroipo e Tolmezzo)

AAS5: non risultano essere stati trasmessi dati sull'attività svolta da eventuali CAP costituiti.

Incidentalmente e a miglior comprensione della sintesi sopra espressa, si rileva che sulla base delle evidenze soprariportate non risulterebbe essere rispettato il disposto dell'art. 20, comma 6, della l.r. n. 17/2014, nella parte in cui prevede che presso le strutture di Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago, Sacile e l'ospedale Maggiore di Trieste siano garantite le attività assicurate dai centri di assistenza primaria.[110]

5.4.5 Centri di assistenza primaria: programmazione regionale di attivazione e risultati conseguiti

L'argomento in esame risulta essere stato già trattato ampiamente *supra*, al precedente punto 4.1.2.1 - Attuazione della riforma delle forme organizzative dell'assistenza primaria e inefficacia del controllo strategico, di cui si riportano le negative conclusioni.

"[…] Sinteticamente, nella programmazione per l'anno 2015 l'obiettivo da conseguire era di 2 CAP attivati per azienda, con un numero complessivo di CAP da attivare per le cinque territoriali pari a 10. Lo stesso numero di CAP attivi da garantire è stato ripetuto nella programmazione per l'anno 2016, mentre nel 2017 il numero avrebbe dovuto raddoppiare, portando a 4 per azienda e 20 complessivi per il territorio regionale il numero dei CAP da attivare.

Relativamente, invece, al numero di CAP da attivare nel 2018, l'obiettivo posto dalle Linee per la gestione non è rappresentato da un numero assoluto, ma è dato in rapporto al bacino aziendale di utenza servito ("dovrà aver attivato almeno un CAP ogni 40-60.000 abitanti"), insieme al contemporaneo obbligo di "completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge 17/2014 per l'assistenza medica primaria".

Va rilevato, però, come la legge regionale di riforma, la n. 17/2014, all'art. 20, comma 5, lett. c), preveda che il CAP "ha un bacino di utenza di norma compreso tra 20.000 e 30.000 abitanti".[111]

---

[110] *Si riporta di seguito in modo integrale il testo del citato comma 6 dell'articolo 20 della legge regionale n. 17/2014: "Presso le strutture di Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago, Sacile e l'ospedale Maggiore di Trieste sono garantite, oltre alle attività assicurate dai centri di assistenza primaria, le attività residenziali di assistenza primaria realizzate in residenze sanitarie assistenziali ovvero presso gli ospedali di comunità, organizzate come indicato all'articolo 34."*

[111] Il citato art. 20 (Organizzazione dell'assistenza medica primaria) della legge regionale n. 17/2014, al comma 5 prevede quanto segue: "*Il centro di assistenza primaria è costituito dall'aggregazione di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta, di medici di continuità assistenziale, di specialisti, di personale dipendente dei medici di medicina generale, e di altro*

Tale disposizione va rapportata al totale degli abitanti della Regione, in rapporto ai quali va individuato il numero minimo e massimo di CAP da attivare per ognuna delle cinque aziende territoriali regionali (le tre aziende di assistenza sanitaria -le numero 2, 3 e 5 - e le due aziende sanitarie universitarie integrate di Trieste e Udine). […]

Dal quadro di raffronto si evince che anche se tutte le aziende conseguissero gli obiettivi loro assegnati dalle Linee per la gestione 2018 riguardo ai CAP da attivare, alla fine del quarto anno di attuazione della legge regionale n. 17/2014 ci sarebbe una disponibilità di CAP attivi in ambito regionale pari a meno della metà rispetto a quanto richiesto dalla legge di riforma, circostanza che logicamente impedirebbe di conseguire l'ulteriore obiettivo posto dalle Linee per la gestione 2018 e individuato nel "completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge 17/2014 per l'assistenza medica primaria".

Si prende atto, pertanto, che il processo di programmazione fin qui seguito per l'attivazione dei CAP richiesti dalla l.r. n. 17/2014 non ha ottenuto i risultati richiesti dalla riforma perseguita."

5.5 Riforma delle forme organizzative dell'assistenza primaria: alcune osservazioni sulle criticità rilevate

Dall'esame svolto sugli elementi informativi acquisiti in sede istruttoria, si rilevano numerose criticità del processo di attuazione della riforma delle forme organizzative dell'assistenza primaria.

La prima criticità, che si è visto propria del complessivo sistema di *governance* del Servizio sanitario regionale, attiene alle gravi carenze informative sui fenomeni gestionali collegati all'attuazione della riforma. Tale carenza si presenta con costanza ad ogni livello del sistema, sia di direzione regionale – come visto *supra* ai punti 4.1.2.1-4.1.2.3 – che a livello aziendale, dove si è confermata la mancanza di disponibilità del fondamentale strumento della contabilità analitica per i costi del personale, necessario per il controllo e la gestione delle risorse umane. Inadeguata, se non assente, sembra essere la gestione dei controlli operati sui soggetti coinvolti nelle nuove forme organizzative dell'assistenza primaria.

---

personale proveniente sia dal distretto che dall'ospedale che operano nella stessa sede, preferibilmente nelle strutture distrettuali dell'azienda. Sulla base della programmazione regionale, può avere una sede unica o in alternativa una sede di riferimento collegata con altre sedi dislocate nel territorio del distretto. Il centro di assistenza primaria: ***a)*** *assicura l'erogazione delle prestazioni di assistenza primaria (di medicina generale, infermieristiche, ambulatoriali, domiciliari e specialistiche);* ***b)*** *garantisce la continuità dell'assistenza, mediante l'uso della prescrizione dematerializzata nonché mediante l'utilizzo e l'aggiornamento del fascicolo sanitario elettronico;* ***c)*** *ha un bacino di utenza di norma compreso tra 20.000 e 30.000 abitanti;* ***d)*** *ospita, oltre agli ambulatori medici, punti prelievo, diagnostica strumentale di primo livello, ambulatori specialistici, servizi di salute mentale, servizi distrettuali di prenotazione e amministrativi;* ***e)*** *garantisce l'attività assistenziale nell'arco delle ventiquattro ore per tutti giorni della settimana, tramite il coordinamento delle varie figure professionali che lo compongono;* ***f)*** *è centro di riferimento dell'assistenza domiciliare e di integrazione con i Servizi sociali dei Comuni."*

Collegata alla prima, la criticità relativa al mancato utilizzo del fascicolo sanitario elettronico getta una pesante ombra sul necessario sviluppo del coordinamento e integrazione lavorativa dei soggetti che compongono l'articolata e complessa catena del valore dell'assistenza integrata ospedale-territorio e della continuità assistenziale.

Di diversa, natura, ma non meno grave per un'effettiva attivazione dei centri di assistenza primaria e per lo sviluppo del ruolo del MMG in tali nuove forme di collaborazione tra distretto e MMG, appare essere la partecipazione del MMG nella sua caratterizzazione di volontarietà non incentivata, tale da apparentemente allontanare il MMG dalla forma organizzativa di cui rappresenta elemento insostituibile. Sul punto appare necessaria un'approfondita riflessione in merito ad un possibile miglioramento delle modalità di gestione del potere esercitabile dall'Amministrazione regionale nell'ambito della contrattazione degli Accordi Integrativi Regionali con i medici di medicina generale, anche eventualmente riequilibrando disponibilità economiche incentivanti sui vari istituti collaborativi.

5.6 Riforma delle forme organizzative di assistenza primaria: valutazione riassuntiva dello stato di attuazione sulla base dei numerosi elementi valutati

L'Amministrazione regionale ha richiesto una verifica dei cambiamenti organizzativi nell'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria primaria che ha dichiarato essere intervenuti in attuazione della l.r. n. 17/2014. Gli esiti di tale verifica confermano pienamente - come ampiamente evidenziato nelle parti precedenti di questo capitolo - le risultanze negative sullo stato di attuazione della citata riforma già rilevate in sede di redazione e comunicazione del Rapporto di coordinamento della finanza pubblica per l'anno 2017. Dalle verifiche svolte, infatti, si evidenziano risultanze negative sia in relazione all'effettività e funzionalità delle nuove forme organizzative, sia in ragione del non rilevato miglioramento dei risultati perseguiti con la riforma nella gestione dei servizi sanitari, *in primis* rilevando il mancato miglioramento perseguito nell'integrazione ospedale-territorio necessario a compensare l'altrettanto necessario intervento di razionalizzazione della rete ospedaliera.

6 ANDAMENTO DELLA GESTIONE ECONOMICA E PATRIMONIALE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE E RISPETTO DEGLI EQUILIBRI DI FINANZIAMENTO TRA LE AREE DI ASSISTENZA

6.1 Il contesto del finanziamento e della spesa del sistema rappresentato nel RAPPORTO aggiornato con i primi dati relativi al 2017

Nel RAPPORTO da cui ha tratto indiretta origine questa attività di controllo si è proceduto a rappresentare la situazione della spesa del sistema regionale sanitario del Friuli Venezia Giulia in un'ottica di comparazione interregionale. La rappresentazione è partita dal considerare i dati elaborati dal Ministero dell'Economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato nel documento *Il monitoraggio della spesa sanitaria* – R*apporto n. 4 – 2017*, passando poi a includervi – con attività di rettifica e consolidamento - gli importi di spesa non considerati dall'inadeguata rappresentazione contabile dell'andamento economico del sistema sanitario regionale secondo gli strumenti previsti dall'armonizzazione contabile nazionale – quelli regolati dal d.lgs. n. 118/2011 -. In particolare, quindi, si è provveduto a includere nei valori della Regione Friuli Venezia Giulia relativi agli anni esaminati anche la spesa sostenuta per il Sistema informativo socio-sanitario regionale e per i servizi informatici forniti agli enti del Servizio sanitario regionale, nonché gli importi dei contributi d'esercizio erogati dalla Regione all'E.G.A.S., al netto delle eventuali rettifiche per destinazione ad investimenti. Operata la ricostruzione dei valori secondo le comuni logiche di armonizzazione e consolidamento regionale contenute nel d.lgs. n. 118/2011, si è dato conto della possibile ricostruzione di confronto della spesa sanitaria nelle regioni rapportandola alla popolazione, come di seguito esposto:

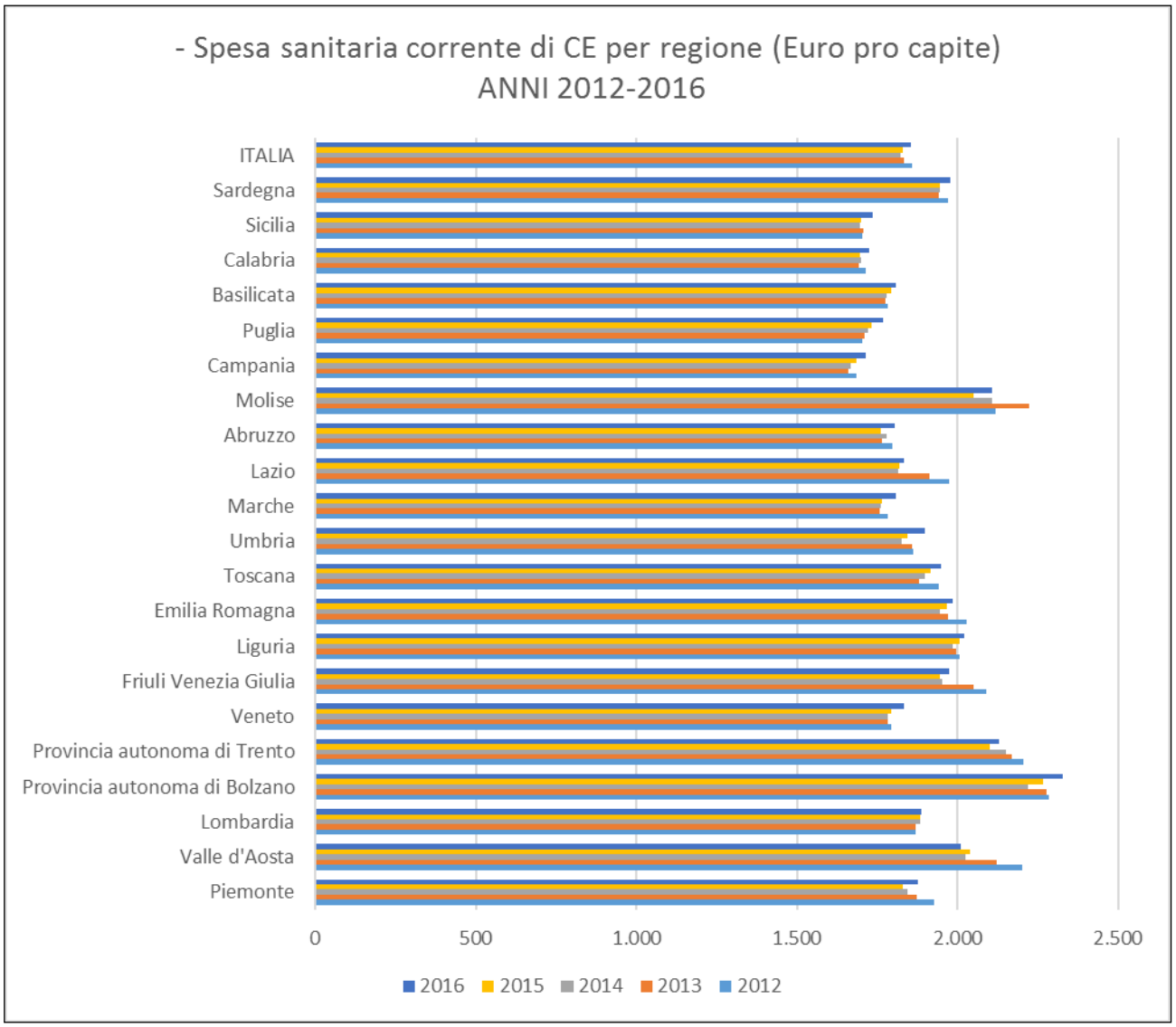
Tabella 11 - Spesa sanitaria corrente di CE per regione - ANNI 2012-2016 (Euro pro capite)

regione	2012	2013	2014	2015	2016
Piemonte	1.926	1.873	1.846	1.830	1.876
Valle d'Aosta	2.202	2.121	2.026	2.041	2.011
Lombardia	1.871	1.868	1.884	1.884	1.888
Provincia autonoma di Bolzano	2.283	2.278	2.221	2.266	2.328
Provincia autonoma di Trento	2.206	2.170	2.150	2.100	2.130

regione	2012	2013	2014	2015	2016
Veneto	1.795	1.782	1.782	1.793	1.833
Friuli Venezia Giulia	2.091	2.049	1.953	1.946	1.973
Liguria	2.008	1.995	1.984	2.006	2.022
Emilia Romagna	2.027	1.969	1.946	1.966	1.985
Toscana	1.941	1.882	1.897	1.918	1.948
Umbria	1.861	1.857	1.827	1.846	1.900
Marche	1.784	1.756	1.762	1.766	1.810
Lazio	1.973	1.912	1.816	1.818	1.832
Abruzzo	1.798	1.765	1.780	1.763	1.804
Molise	2.119	2.222	2.106	2.050	2.107
Campania	1.685	1.660	1.669	1.684	1.715
Puglia	1.705	1.711	1.723	1.734	1.768
Basilicata	1.784	1.774	1.779	1.793	1.810
Calabria	1.716	1.691	1.701	1.698	1.727
Sicilia	1.703	1.706	1.697	1.700	1.735
Sardegna	1.969	1.941	1.946	1.947	1.978
ITALIA	1.860	1.835	1.824	1.829	1.856

Fonte. Elaborazione Corte dei conti – Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia su dati del Ministero dell'Economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato nel documento *Il monitoraggio della spesa sanitaria – Rapporto n. 4 – 2017* (documento disponibile all'url web http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2017/IMDSS-RS2017.pdf), tab. 2.4 di pag. 49 (*Spesa sanitaria corrente di CE - conto economico degli enti sanitari locali, al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni -)*;
gli importi sono rettificati con l'inclusione dei dati sopra esposti alla Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. **e rapportati alla popolazione residente al 1° gennaio degli anni 2012-2016 secondo dati Istat resi disponibili dai servizi alla pagina web http://dati.istat.it.**

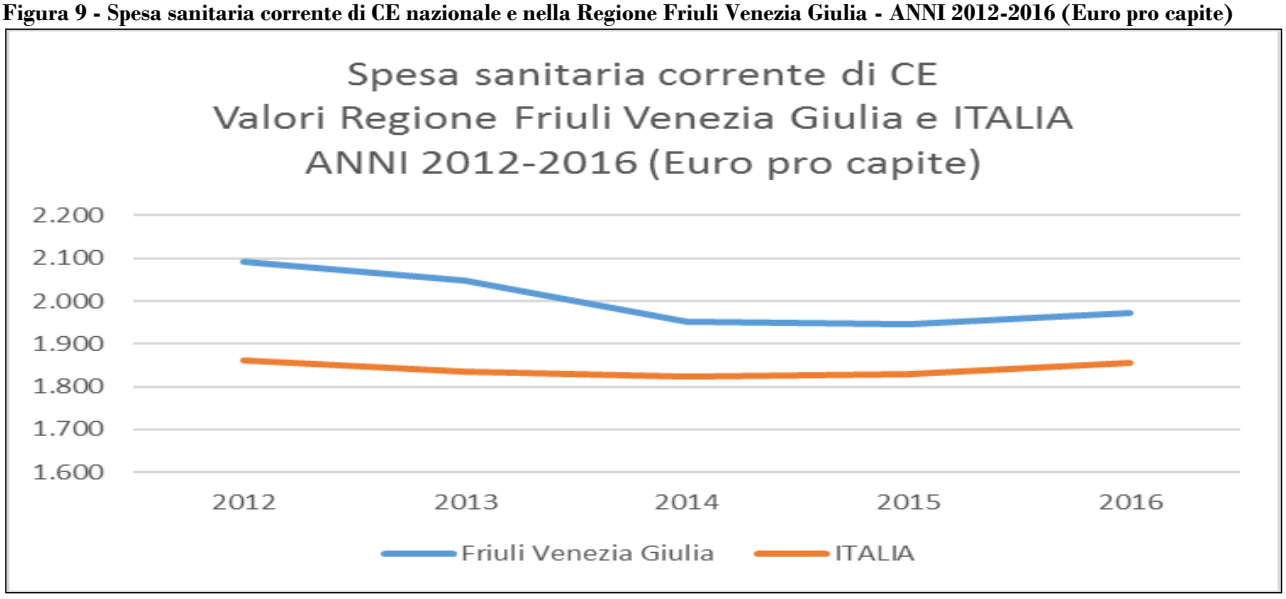
Figura 8 - Spesa sanitaria corrente di CE per regione - ANNI 2012-2016 (Euro pro capite)



Fonte. Elaborazione Corte dei conti – Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia su dati del Ministero dell'Economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato nel documento *Il monitoraggio della spesa sanitaria – Rapporto n. 4 – 2017* (documento disponibile all'url web http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2017/IMDSS-RS2017.pdf), tab. 2.4 di pag. 49 (*Spesa sanitaria corrente di CE - conto economico degli enti sanitari locali, al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni -*);
gli importi sono rettificati con l'inclusione dei dati sopra esposti alla Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. **e rapportati alla popolazione residente al 1° gennaio degli anni 2012-2016 secondo dati Istat resi disponibili dai servizi alla pagina web http://dati.istat.it.**

Dall'esame dei dati appena esposti, si evidenziava un'azione di riduzione della spesa nella Regione Friuli Venezia Giulia dal 2014 al 2016 rispetto al precedente biennio 2012-2013, di misura maggiore nel biennio 2014-2015, così come evidenziato nel seguente grafico:

Figura 9 - Spesa sanitaria corrente di CE nazionale e nella Regione Friuli Venezia Giulia - ANNI 2012-2016 (Euro pro capite)



Fonte. Elaborazione Corte dei conti – Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia su dati del Ministero dell'Economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato nel documento *Il monitoraggio della spesa sanitaria – Rapporto n. 4 – 2017* (documento disponibile all'url web http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2017/IMDSS-RS2017.pdf), tab. 2.4 di pag. 49 (*Spesa sanitaria corrente di CE - conto economico degli enti sanitari locali, al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni -*);
gli importi sono rettificati con l'inclusione dei dati sopra esposti alla Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. **e rapportati alla popolazione residente al 1° gennaio degli anni 2012-2016 secondo dati Istat resi disponibili dai servizi alla pagina web http://dati.istat.it.**

L'andamento di contenimento della spesa osservato nel triennio 2014-2016, tuttavia, si è modificato nel corso del 2017, periodo durante il quale numerose integrazioni del finanziamento hanno contribuito ad innalzare la spesa complessiva del finanziamento, così come evidenziato nella sottoesposta tabella, dove si pongono a confronto i valori di finanziamento degli enti del servizio sanitario regionale che fanno parte del quadro di consolidamento redatto dalla Regione Friuli Venezia Giulia, che esclude l'E.GA.S. - e i servizi informatici, i cui costi vengono sostenuti direttamente dall'Amministrazione regionale -.

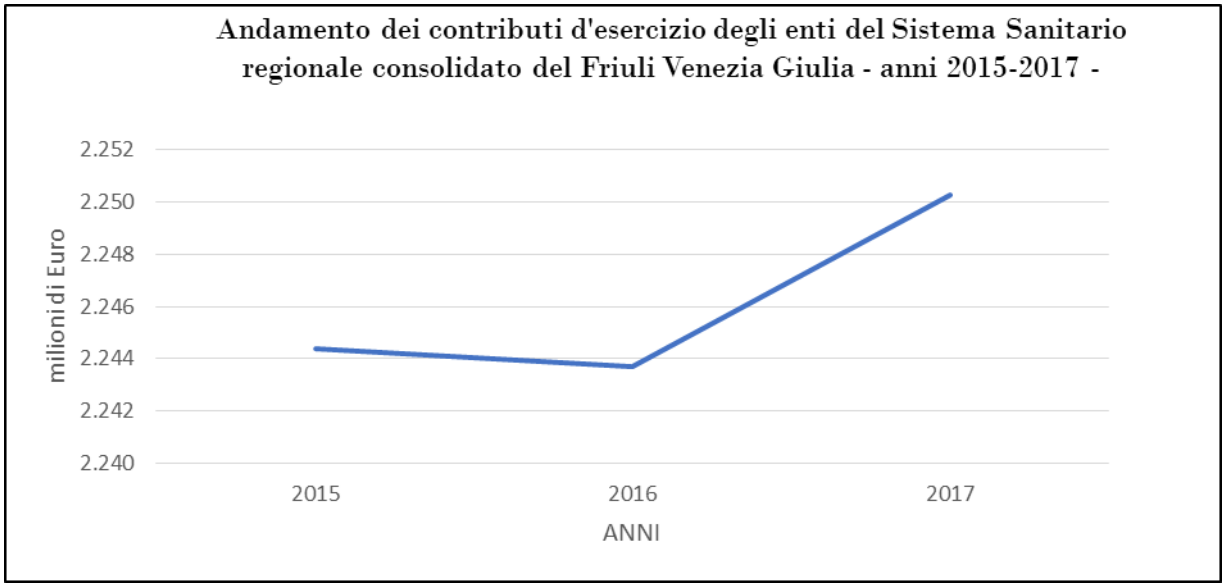
Tabella 12 - Bilancio consolidato del Sistema sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia. Previsione e consuntivo. ANNI 2015, 2016, 2017 (in milioni di Euro)

voce contabile	ANNO 2015			ANNO 2016			ANNO 2017			
	preventivo	consuntivo	incr. % consuntivo su preventivo	preventivo	consuntivo	incr. % consuntivo su preventivo	preventivo	preventivo assestato 2017	incr. % assestato 2017 su preventivo	incr. % assestato 2017 su cons. 2016
A) VALORE DELLA PRODUZIONE - 1. Contributi d'esercizio	2.142,30	2.244,40	4,80%	2.172,00	2.243,70	3,30%	2.217,70	2.250,3	1,47%	0,29%

Fonte. Elaborazione Corte dei conti – Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia su dati di bilancio preventivo e consuntivo consolidato del Sistema sanitario regionale approvati per gli esercizi 2015, 2016 e 2017 con deliberazioni della Giunta regionale 10 luglio 2015 n. 1363, 4 marzo 2016, n. 349, 22 luglio 2016, n. 1383, 21 aprile 2017, n. 736, 13 ottobre 2017, n. 1973, nonché sulle seguenti deliberazione della Giunta regionale apportanti integrazioni alle iniziali previsioni per l'anno 2017: n. 1344 del 17 luglio 2017 e n. 2336 del 22 novembre 2017.

Utilizzando il valore a consuntivo registrato per gli anni 2015 e 2016, nonché il valore di preventivo 2017 integrato dagli assestamenti di bilancio registrati ad incremento dello stesso, si disegna il trend di spesa di finanziamento consolidata regionale (che come detto esclude il finanziamento dell'E.G.A.S. e la spesa per i servizi informatici) esposto nella figura che segue.

Figura 10 - Bilancio consolidato del Sistema sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia. Previsione e consuntivo. ANNI 2015, 2016, 2017 (in milioni di Euro)



Fonte: si veda fonte citata in calce alla Tabella 12.

A fronte dell'analisi delle integrazioni di finanziamento operate nel 2017 rispetto alla programmazione iniziale appare necessario riconsiderare parzialmente, e in senso negativo, la positiva valutazione espressa nel RAPPORTO in relazione all'efficacia dell'azione regionale di contenimento della spesa secondo criteri di spesa orientati ad una remunerazione basata su "costi standard regionali" volta a ridurre le diseconomicità del sistema.[112]

Ulteriore preoccupazione deriva dalla presa visione dei risultati economici dei bilanci d'esercizio per l'anno 2017 appena adottati dagli enti sanitari regionali e non ancora approvati nel loro consolidamento dalla Giunta Regionale. Tali dati di seguito si espongono:

---

[112] *In relazione al citato sistema dei costi standard regionali, la DIREZIONE SALUTE ha illustrato nella nota prot. 2492/FIN-SPROG-3-02-03 del 27.1.2014 tali criteri di finanziamento degli enti sanitari pubblici regionali: "Anche grazie ai dati raccolti nel corso del 2013, tramite i citati atti di controllo, la DGR 2305 dd. 6.12.2013, di approvazione delle linee per la gestione del SSR per l'anno 2014, mostra una decisa svolta realizzata in prima battuta attraverso un sistema pensato e finanziato tramite logiche e parametri fondati su "costi standard", indicatori di performance espressi e governati dal controllo di gestione. Questo atto di programmazione introduce, infatti, una metodologia che pone obiettivi economici sui livelli essenziali di assistenza e quindi agisce sulle variabili di produzione e consumo, per un recupero e un riallocamento delle risorse, al fine di evitare una politica dei tagli lineari e avviare una politica di benchmark. Tale impostazione consente di porre in chiara evidenza le principali linee strategiche che impegneranno le Direzioni generali aziendali nella governance dei fattori di costo aziendale, soprattutto laddove i costi dei fattori stessi risultassero superiori ai criteri di finanziamento adottati o ai vincoli di costo indicati.".*

Tabella 13 - Risultato d'esercizio degli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia inclusi nel consolidato regionale – ANNI 2016 e 2017(Euro)

Conto Economico	Utile (perdita) dell'esercizio	
Azienda	**2017**	**2016**
A.S.U.I. di Trieste	-12.251.738	-863.170
A.A.S. N. 2 Bassa Friulana - Isontina	7.584	46.041
A.A.S.N. 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	1.821	-8.723.823
A.S.U.I. di Udine	-5.786.058	305.525
A.A.S.N. 5 Friuli Occidentale	3.342.166	380.176
IRCCS - Istituto per l'Infanzia Burlo - Garofalo	171.894	159.348
Centro di Riferimento Oncologico - Aviano	68.294	5.350.785
Totale Regionale	-14.446.037	-3.345.118

Fonte: Elaborazione Sezione di Controllo della Regione Friuli Venezia Giulia sui dati di bilancio 2019 trasmessi dagli Enti.

6.2 Il rispetto dei vincoli della legge di riforma nella ripartizione della spesa sanitaria fra le varie aree di assistenza.

La ripartizione delle risorse del sistema sanitario è definita dalla programmazione generale tra le varie aree di assistenza (ospedaliera, distrettuale/territoriale, preventiva – formalmente indicata come sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro -) per favorire un cambiamento della gestione del sistema indirizzato a meglio incontrare i bisogni di salute dei cittadini nel medio e lungo termine. A riguardo i documenti di programmazione generale, sia a livello nazionale che regionale,[113] prendendo atto delle irreversibili modificazioni della struttura demografica e epidemiologica della popolazione hanno insistito con grande forza sulla necessità di diminuire la spesa erogata per i servizi ospedalieri a favore di una maggior spesa per servizi territoriali e per quelli di prevenzione. L'attuazione di tali cambiamenti di indirizzo di utilizzo delle risorse ha, tuttavia, incontrato rilevanti difficoltà, e soprattutto nella parte che obbliga all'incremento della spesa dedicata alla prevenzione, àmbito di spesa fondamentale, ma che evidenzia i propri risultati quasi interamente nel medio e lungo termine. Anche la legge regionale di riforma n. 17 del 2014 ribadisce gli obiettivi di rafforzamento dell'assistenza distrettuale e di prevenzione, addirittura rendendo obbligatorio un livello di spesa dedicato alla prevenzione almeno pari al cinque per cento – livello minimo non derogabile nemmeno in via eccezionale, ancorché motivata – sul totale della

[113] *In particolare, per quanto riguarda la generale programmazione del sistema sanitario nazionale, già nell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 del 3 dicembre 2009 (Repertorio n. 243/CSR) si è stabilito – nell'Allegato 1 , tra gli indicatori del rispetto della programmazione nazionale –un finanziamento percentuale per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero) rispettivamente pari a:5% prevenzione, 51% distrettuale, 44% ospedaliero al punto.*

spesa sanitaria regionale.[114] I dati relativi alla ripartizione del totale della spesa sanitaria regionale sui tre livelli di assistenza sono obbligatoriamente raccolti dagli enti del servizio sanitario regionale nell'ambito degli adempimenti di fornitura di dati di monitoraggio previsti dalla normativa ministeriale.[115] Di seguito si espongono le risultanze dei dati in discorso, attualmente disponibili nella loro versione complessiva consolidata regionale fino all'anno 2016:

Tabella 14 Regione Friuli Venezia Giulia - Costi per livelli di assistenza delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere regionali – ANNI 2013-2016

descrizione del livello di assistenza	percentuale di spesa per livello d'assistenza sul totale della spesa sanitaria regionale nell'anno			
	2013	2014	2015	2016
assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	2,98%	2,91%	2,66%	3,07%
assistenza distrettuale	50,97%	52,18%	51,13%	52,00%
assistenza ospedaliera	46,06%	44,91%	46,21%	44,93%

Fonte: elaborazione della Corte dei conti – Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia su dati di rendicontazione per Livello di assistenza trasmessi dall'Amministrazione regionale

Dai dati forniti dall'Amministrazione regionale si rende evidente il mancato rispetto dell'obbligo di destinazione all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro della quota obbligatoria, pari almeno al cinque percento, sulla spesa sanitaria complessiva, obbligo che la stessa legge di riforma n. 17/2014 ha definito non derogabile e costituente un principio organizzativo del servizio sanitario regionale.

Tra gli obiettivi della programmazione per gli anni dal 2014 in poi è sempre stato ricompreso anche il raggiungimento di un costo *pro capite* per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro maggiore di 84 euro,[116] richiamando quello che è il parametro di riferimento posto dagli indicatori ministeriali per il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, contenuto nel documento Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Metodologia e Risultati dell'anno 2015, aggiornato al luglio 2017 (a cui di seguito si farà sinteticamente riferimento come MONITORAGGIO LEA 2015). [117] I

---

[114] *L'art. 14 (Principi organizzativi) della l.r. n. 17/2014 prevede quanto segue: "1. Le Aziende per l'assistenza sanitaria sono articolate su tre livelli organizzativi, corrispondenti ai tre livelli erogativi dei livelli essenziali di assistenza: a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; b) assistenza distrettuale; c) assistenza ospedaliera. - 2. Le risorse finanziarie previste a livello regionale per i tre livelli organizzativi sono ripartite secondo il seguente vincolante obiettivo il cui mancato raggiungimento deve essere dettagliatamente motivato dalla Giunta regionale in fase di adozione delle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale: a) per almeno il 5 per cento all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; b) per almeno il 50 per cento all'assistenza distrettuale. - 3. Comunque il limite previsto dal comma 2, lettera a), non può essere in nessun caso inferiore al 5 per cento."*

[115] *In particolare, secondo quanto viene previsto dal decreto del Ministero della Sanità 16 febbraio 2001, recante Nuovi modelli di rilevazione economici del Sistema informativo sanitario, per la rilevazione annuale a consuntivo per mezzo dell'allegato: LA – Modello di rilevazione dei costi per livelli di assistenza delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.*

[116] *Gli obiettivi citati vengono indicati nei seguenti documenti programmatori: per l'anno 2014, al numero 7 dell'Allegato C - indicatori, alla pagina 40 delle LINEE GESTIONE 2014; per l'anno 2015, al numero 7 dell'Allegato A- indicatori, alla pagina 46 delle LINEE GESTIONE 2015; per l'anno 2016, al numero 7 dell'Allegato B - indicatori, alla pagina 61 delle LINEE GESTIONE 2016; per l'anno 2017, al numero 7 dell'Allegato B - indicatori, alla pagina 77 delle LINEE GESTIONE 2017.*

[117] *Il valore-obiettivo nazionale citato è indicato dal documento del Ministero della Salute Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Metodologia e Risultati dell'anno 2015 (documento già disponibile all'url web http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf), al numero 3 della tabella 2.2 Griglia indicatori con pesi e*

dati pubblicati in tale documento espongono il rapporto sfavorevole della Regione Friuli Venezia Giulia nel confronto con le altre Regioni nell'Area della prevenzione (o assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro), che nella nostra Regione si è sempre evidenziato per grande criticità:

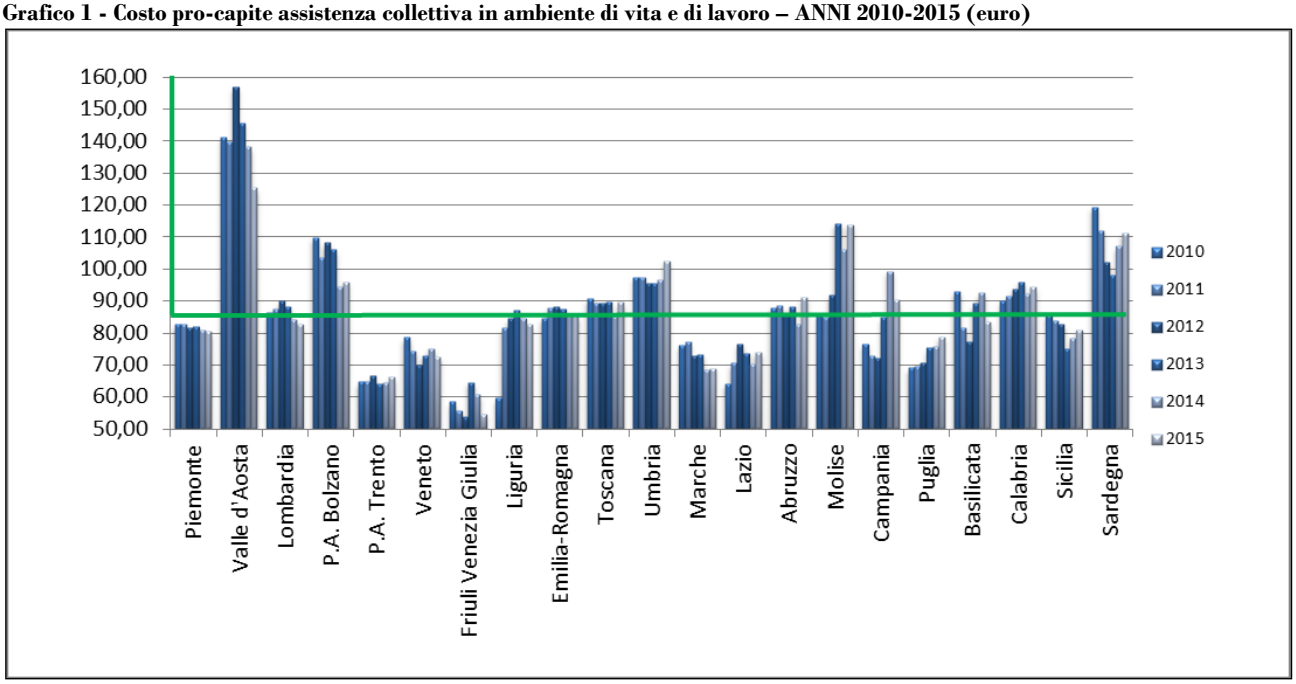
Tabella 15 - Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro - ANNI 2010-2015 (euro)

Regione	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	82,74	82,73	81,39	81,79	80,60	80,34
Valle d'Aosta	140,97	139,47	156,63	145,53	138,11	125,28
Lombardia	86,10	87,50	89,87	88,15	84,06	82,55
P.A. Bolzano	109,63	103,43	108,12	105,82	94,34	95,78
P.A. Trento	64,54	64,85	66,34	63,78	64,37	66,10
Veneto	78,41	74,19	69,70	72,74	74,91	72,49
Friuli V.G.	58,41	55,59	53,55	64,35	60,59	54,52
Liguria	59,40	81,31	84,36	87,05	84,39	82,40
Emilia-Romagna	84,50	87,84	87,93	87,29	85,68	85,44
Toscana	90,60	89,19	89,16	89,67	85,27	89,56
Umbria	97,22	97,30	95,24	95,25	96,30	102,50
Marche	76,02	76,98	72,59	73,11	68,48	68,83
Lazio	63,98	70,45	76,40	73,55	70,19	73,86
Abruzzo	87,86	88,38	85,77	88,22	82,46	91,01
Molise	85,73	84,96	91,57	114,06	105,89	113,79
Campania	76,55	72,87	71,95	84,70	99,05	90,10
Puglia	68,99	69,47	70,49	75,25	75,59	78,69
Basilicata	92,94	81,64	77,28	89,10	92,41	83,37
Calabria	89,83	91,35	93,70	95,81	92,23	94,24
Sicilia	85,58	83,82	82,59	75,06	78,28	80,69
Sardegna	119,27	111,96	101,87	97,85	106,94	111,22

Fonte: MONITORAGGIO LEA 2015, pag. 38.

soglie alla pagina 20. Sul punto, tuttavia, va sottolineato che il valore di spesa pro capite superiore a 84 euro risulta sottodimensionato rispetto agli obiettivi regionali; il valore appare, infatti, dimensionato rispetto ad una spesa nazionale complessiva pro capite minore di quella regionale, che pertanto dovrebbe riportare un obiettivo pro capite per spesa di prevenzione ben superiore a 84 euro per poter raggiungere quella percentuale del cinque per cento sul totale richiesta dalla programmazione nazionale e dalla normativa regionale.

Grafico 1 - Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro – ANNI 2010-2015 (euro)



Fonte: MONITORAGGIO LEA 2015, pag. 38.

Analizzando i dati rendicontati negli ultimi due anni, per i quali è stata formalizzata la relativa valutazione (2015 e 2016) relativamente ai risultati aziendali in relazione all'obiettivo di raggiungimento di un costo pro capite per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro maggiore di 84 euro ai singoli enti sanitari regionali, si espongono i seguenti dati:

Tabella 16 – Aziende del Sistema Sanitario del Friuli Venezia Giulia – Obiettivo e risultati di spesa pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro - ANNI 2015-2016 (euro)

Ente	obiettivo della programmazione	risultati della gestione	
		anno 2015	anno 2016
ASUI DI TRIESTE	Spesa pro capite uguale o superiore a 85 Euro	48,42	70,67
AAS2 BASSA FRIULANA-ISONTINA		55,36	61,67
AAS3 ALTO FRULI- COLLINARE- MEDIO FRIULI		66,27	81,81
ASUI DI UDINE		69,37	69,67
AAS5 FRIULI OCCIDENTALE		41,11	49,35

Fonte: Dati trasmessi dall'Amministrazione regionale

Considerati tutti i dati appena esposti non può che destare grande perplessità quanto si legge nella deliberazione della Giunta regionale n. 1892 del 7 ottobre 2016 relativa alle determinazioni regionali da adottare ex art. 1, commi da 521 a 547, della legge n. 208/2015, nell'ambito delle valutazioni funzionali all'applicazione del c.d. piano di rientro delle aziende ospedaliere.[118] In particolare, nella citata deliberazione si scrive: "Tenuto conto, che, sempre in attuazione dell'art 14

[118] *Documento disponibile in formato elettronico alla pagina web http://mtom.regione.fvg.it/storage//2016_1892/Testo%20integrale%20della%20Delibera%20n%201892-2016.pdf.*

della LR 17/2014, le risorse previste per i tre livelli organizzativi hanno seguito un percorso di redistribuzione come riportato nella seguente tabella:

Anno	2014	2015	2016
OSPEDALE	50,05%	48,11%	48,05%
DISTRETTO	44,32%	46,26%	46,57%
PREVENZIONE	5,63%	5,63%	5,38%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%

"

I numerosi e concordanti elementi acquisti relativamente alla misura della spesa destinata all'Area della Prevenzione (anche indicata come Area dell'Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro) e dalla stessa utilizzata, misura che si attesta per tutti gli anni di riferimento (2014, 2015 e 2016) molto al di sotto di quanto esposto nella deliberazione n. 1892/2016, rendono evidente la non corrispondenza dei valori di spesa evidenziati nella citata deliberazione giuntale come "redistribuiti" rispetto all'effettiva spesa sostenuta nella suddivisione tra le tre aree/livelli di assistenza. Il giudizio appare acquistare maggior severità in ragione della circostanza che tali valori siano utilizzati all'interno di un quadro contestuale di confronto con gli Organi istituzionali nazionali al fine della definizione delle modalità di attuazione della disciplina contenuta nei commi 521-547 dell'art. 1 della l. 208/2015.

6.3 Costi del personale e disponibilità di apparecchiature per l'assistenza sanitaria: alcuni dati dalla comparazione interregionale svolta in sede di coordinamento nazionale

Successivamente all'avvio dell'attività istruttoria di cui questa relazione dà conto, la Sezione delle Autonomie della Corte dei conti ha approvato con deliberazione n. 3/SEZAUT/2018/FRG del 1° marzo 2018 il *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali - Esercizio 2016* (di seguito, per brevità, indicato anche come REFERTO).[119] Il REFERTO apporta numerosi importanti elementi di conoscenza sullo stato del Sistema sanitario del Friuli Venezia Giulia, in particolare relativamente agli equilibri costi/ricavi in relazione alla gestione del personale nonché relativamente agli andamenti della necessaria conservazione dell'adeguatezza delle dotazioni strumentali degli enti sanitari ai fini del mantenimento dell'efficienza delle strutture.

Relativamente al costo del personale, e in particolare relativamente al suo rapporto rispetto al valore della produzione dove tale costo deve trovare economica copertura, il REFERTO espone i seguenti dati di comparazione interregionale:

[119] *Il testo della citata deliberazione è disponibile in formato elettronico all'url web http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/controllo/sez_autonomie/2018/delibera_3_2018.pdf.*

Tabella 17 - Costo del personale per Regione e Prov. Aut. - Conto Economico degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016

Descrizione	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Var% 2016-2012	Var% 2016-2015
Piemonte *	2.859.639	2.808.580	2.781.732	2.772.834	2.753.758	-3,70	-0,69
Lombardia	5.067.854	5.015.507	4.976.381	4.970.577	4.939.437	-2,53	-0,63
Veneto	2.728.637	2.725.518	2.708.798	2.708.355	2.709.958	-0,68	0,06
Liguria	1.107.647	1.089.196	1.081.638	1.074.714	1.066.764	-3,69	-0,74
Emilia-Romagna	2.975.970	2.956.763	2.940.908	2.929.696	2.927.737	-1,62	-0,07
Toscana	2.516.223	2.481.684	2.488.036	2.502.528	2.476.679	-1,57	-1,03
Umbria	600.573	600.719	600.683	603.630	603.880	0,55	0,04
Marche	997.872	984.503	981.495	982.856	984.234	-1,37	0,14
Lazio *	2.815.720	2.742.257	2.679.205	2.640.623	2.599.551	-7,68	-1,56
Abruzzo *	759.101	759.716	757.338	758.990	756.319	-0,37	-0,35
Molise *	203.460	198.048	196.733	192.684	181.404	-10,84	-5,85
Campania *	2.826.805	2.725.557	2.653.675	2.591.772	2.514.157	-11,06	-2,99
Puglia *	2.021.617	1.966.252	1.971.059	1.975.158	1.971.394	-2,48	-0,19
Basilicata	380.631	376.869	377.603	376.270	375.443	-1,36	-0,22
Calabria *	1.216.429	1.181.207	1.151.881	1.135.688	1.121.461	-7,81	-1,25
RSO	**29.078.178**	**28.612.376**	**28.347.165**	**28.216.375**	**27.982.176**	**-3,77**	**-0,83**
Valle d'Aosta	113.040	113.595	114.693	113.232	114.145	0,98	0,81
P.A. Bolzano	592.847	591.724	577.781	585.278	579.434	-2,26	-1,00
P.A. Trento	416.808	420.647	421.264	419.294	423.758	1,67	1,06
Friuli-Venezia Giulia	945.467	944.143	933.323	920.257	919.182	-2,78	-0,12
Sicilia *	2.796.305	2.780.697	2.745.576	2.716.781	2.687.646	-3,89	-1,07
Sardegna	1.153.314	1.160.656	1.171.477	1.176.281	1.174.221	1,81	-0,18
RSS	**6.017.781**	**6.011.462**	**5.964.114**	**5.931.123**	**5.898.386**	**-1,98**	**-0,55**
TOT. NAZIONALE	**35.095.959**	**34.623.838**	**34.311.279**	**34.147.498**	**33.880.562**	**-3,46**	**-0,78**
% sul costo della produzione	*30,35*	*30,06*	*29,45*	*29,05*	*28,76*		

Fonte: referto, Tab. 22.1/APP/SA – Costo del personale per Regione e Prov. Aut. - Conto Economico degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016, a pag. 98, dove si dichiara la seguente fonte diretta: Modello di rilevazione a livello regionale degli enti sanitari 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016 estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 27 dicembre 2017-Elaborazione: Corte dei conti-Sezione delle autonomie; importi in migliaia di euro.
*** Regioni in Piano di rientro.**

Tabella 18 - Incidenza Costo del personale sul Valore della produzione per Regione e Prov. Aut. - Conto Economico degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016

Descrizione	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Piemonte *	31,87	32,01	31,60	31,74	31,22
Lombardia	26,32	25,85	24,99	24,84	24,71
Veneto	29,00	29,03	28,61	28,49	28,17
Liguria	31,94	32,29	31,75	31,54	31,11
Emilia-Romagna	31,37	31,78	31,41	30,77	30,80
Toscana	32,64	32,68	32,26	31,93	31,78
Umbria	32,53	32,87	33,22	33,12	32,96
Marche	32,72	32,50	31,93	31,85	32,14
Lazio *	23,72	23,82	23,28	22,71	22,04
Abruzzo *	28,42	29,05	28,80	29,04	28,83
Molise *	29,21	28,57	28,30	27,71	24,83
Campania *	26,98	26,54	24,99	24,46	23,43
Puglia *	27,32	26,52	25,97	25,57	25,64
Basilicata	32,52	32,68	32,20	32,25	31,97
Calabria *	32,47	31,69	30,71	30,05	29,65
RSO	**28,73**	**28,59**	**27,92**	**27,63**	**27,28**
Valle d'Aosta	35,85	35,48	38,10	38,34	39,13
P.A. Bolzano	49,24	48,84	47,38	46,97	45,65
P.A. Trento	32,87	33,32	33,31	33,54	33,56

Descrizione	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Friuli-Venezia Giulia	34,89	35,50	36,37	36,23	36,01
Sicilia *	29,81	30,27	29,89	29,60	28,62
Sardegna	34,15	34,84	36,91	37,81	36,73
RSS	**32,96**	**33,45**	**33,67**	**33,66**	**32,83**
NAZIONALE	**29,37**	**29,33**	**28,78**	**28,51**	**28,11**

Fonte: REFERTO, Tab. 22.2/APP/SA – Incidenza Costo del personale sul Valore della produzione per Regione e Prov. Aut. - Conto Economico degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016 a pag. 98, dove si dichiara la seguente fonte diretta: Modello di rilevazione a livello regionale degli enti sanitari 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016, estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 27 dicembre 2017-Elaborazione: Corte dei conti-Sezione delle autonomie.
*** Regioni in Piano di rientro.**

Come evidenziato nella sopraesposta Tabella 18, l'incidenza della voce di costo del personale sul totale del valore della produzione nella regione Friuli Venezia Giulia risulta essere pari, nel 2016, al 36,01% rispetto al 34,89% del 2012 a fronte di valori percentuali rilevati sull'aggregato nazionale pari ad un 28,11 nel 2016 e ad un 29,37 nell'anno 2012, con un valore per l'aggregato costituito dalle regioni a statuto speciale e regioni autonome pari ad un 32,83 p.c. nel 2016 e ad un 32,96 p.c. nel 2012. Su scala nazionale il valore del 36,01 p.c. registrato dalla Regione Friuli Venezia Giulia nel 2016 risulta essere il quarto maggior valore, preceduto solo da quelli della Provincia autonoma di Bolzano (45,65), dalla Valle d'Aosta (39,13) e dalla Sardegna(36,73).

L'eccessivo valore registrato nel Friuli Venezia Giulia per la voce di costo personale non può dirsi, tuttavia, inaspettato, essendo stato analizzato, via via con maggior approfondimento, nel corso dell'attività di esame delle relazioni trasmesse dai Collegi sindacali degli enti ai sensi dell'art. 1, c. 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.[120]

Ulteriori preoccupazioni, su un diverso piano, destano anche i valori riportati nel REFERTO relativamente alle immobilizzazioni (immateriali, materiali e finanziarie) contabilizzate nello stato patrimoniale degli enti del servizio sanitario regionale negli anni 2012-2016 e il conseguente andamento delineato. La conservazione dell'adeguatezza delle dotazioni di beni ad utilizzo pluriennale degli enti sanitari, come detto, si presenta essenziale ai fini del mantenimento dell'efficienza dell'erogazione delle prestazioni. Di seguito si espongono i dati registrati dal REFERTO relativamente all'aspetto patrimoniale citato:

Tabella 19 - Immobilizzazioni (Immateriali, Materiali e Finanziarie) - Modello di rilevazione di Stato Patrimoniale degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016

Descrizione	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Var%	Var%

[120] *Cfr. le deliberazioni approvate dalla Sezione di controllo ai sensi della normativa citata, a partire dalla deliberazione n.236/IV C./2008 del 9 ottobre 2008 relativa all'esercizio 2006. Tra le altre si segnala, in particolare la deliberazione n. FVG/172/2014/PRSS del 20 novembre 2014 (Esiti della disamina delle relazioni sul bilancio d'esercizio al 31.12.2012 inviate alla Sezione di controllo dai collegi sindacali degli enti sanitari regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 170 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 con approfondimento sui costi del personale) dove, nei numerosi allegati alla relazione principale sono stati svolti approfondimenti mirati in tema di costi del personale. La deliberazione citata è disponibile in formato elettronico al link http://www.regione.fvg.it/asp/DelibereCorteConti/documenti/fto172_Deliberazione_LG_sanita_2012_con_relazione_11_20_14_4_21_54_PM.pdf.*

						2016-2012	2016-2015
Piemonte *	2.692.098	2.651.321	2.618.862	2.586.702	2.531.637	-5,96	-2,13
Lombardia	6.322.888	6.004.136	5.898.097	5.654.490	5.365.816	-15,14	-5,11
Veneto	2.585.521	2.537.588	2.527.800	2.510.046	2.781.606	7,58	10,82
Liguria	1.027.741	998.417	1.112.100	1.106.691	1.020.501	-0,70	-7,79
Emilia-Romagna	4.199.718	4.259.218	4.183.808	4.043.335	3.999.636	-4,76	-1,08
Toscana	3.724.926	3.719.160	3.611.020	3.520.297	3.456.417	-7,21	-1,81
Umbria	572.393	553.922	549.507	547.627	536.138	-6,33	-2,10
Marche	1.123.104	1.156.538	1.285.787	1.280.375	1.080.849	-3,76	-15,58
Lazio *	3.064.296	3.030.622	2.913.629	2.945.217	2.817.144	-8,07	-4,35
Abruzzo *	614.735	582.752	632.351	635.434	621.717	1,14	-2,16
Molise *	157.545	145.122	148.081	147.137	147.844	-6,16	0,48
Campania *	2.015.132	1.999.077	2.051.877	2.107.138	2.029.266	0,70	-3,70
Puglia *	1.562.826	1.606.328	1.595.939	1.653.872	1.683.423	7,72	1,79
Basilicata	306.664	304.880	311.090	320.583	324.767	5,90	1,31
Calabria *	628.757	631.961	638.797	645.443	647.034	2,91	0,25
RSO	**30.598.344**	**30.181.042**	**30.078.745**	**29.704.387**	**29.043.795**	**-5,08**	**-2,22**
Valle d'Aosta	58.755	55.081	50.959	49.492	43.745	-25,55	-11,61
P.A. Bolzano	325.560	336.596	332.088	347.525	362.658	11,40	4,35
P.A. Trento	565.701	591.846	580.900	566.234	533.933	-5,62	-5,70
Friuli-Venezia Giulia	1.354.287	1.359.881	1.345.252	1.105.848	1.084.686	-19,91	-1,91
Sicilia *	2.428.067	2.409.323	2.315.471	2.321.359	2.293.883	-5,53	-1,18
Sardegna	994.138	1.005.267	1.003.851	957.063	911.800	-8,28	-4,73
RSS	**5.726.508**	**5.757.994**	**5.628.521**	**5.347.521**	**5.230.705**	**-8,66**	**-2,18**
TOT. NAZIONALE	**36.324.852**	**35.939.036**	**35.707.266**	**35.051.908**	**34.274.500**	**-5,64**	**-2,22**
% sul Totale Attivo	*34,87*	*36,58*	*33,83*	*35,06*	*35,15*		

Fonte: REFERTO, Tab. 45/APP/SA – Immobilizzazioni (Immateriali, Materiali e Finanziarie) - Modello di rilevazione di Stato Patrimoniale degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016 a pag. 118, dove si dichiara la seguente fonte diretta: Modello di rilevazione a livello regionale degli enti sanitari 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016, estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 27 dicembre 2017-Elaborazione: Corte dei conti-Sezione delle autonomie; importi in migliaia di euro.
*** Regioni in Piano di rientro.**

Dai dati appena esposti si rileva un decremento del complessivo valore delle immobilizzazioni materiali nel 2016 rispetto all'anno 2012 pari ad un negativo - 19,91%. Tale valore risulta essere nel periodo considerato il secondo peggior valore in ambito nazionale preceduto solo dal decremento pari ad un -25,55 registrato nella regione Valle d'Aosta. Nello stesso periodo di riferimento il valore registrato per l'aggregato nazionale, benché pure negativo, è limitato ad un - 5,64 percento.

Dai dati del REFERTO, ma relativamente all'insieme degli impianti e macchinari, si rileva anche che per gli enti del Servizio Sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia il valore per tali beni nell'anno 2016 è diminuito del -62,72 per cento rispetto al valore registrato nel 2012. Tale negativo valore di decremento nel 2016 rispetto al 2012 risulta essere il secondo peggior valore su scala nazionale, preceduto solamente da quello della Basilicata (-75,23 percento), con un valore di decremento registrato per l'aggregato nazionale, sempre nell'anno 2016 rispetto 2012, che si attesta su un - 17,63 per cento. Di seguito vengono esposti i dati completi appena evidenziati.

Tabella 20 - Impianti e macchinari - Modello di rilevazione di Stato Patrimoniale degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016

Descrizione	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Var% 2016-2012	Var% 2016-2015
Piemonte *	182.233	187.301	195.826	192.614	192.015	5,37	-0,31
Lombardia	329.717	290.873	261.381	223.800	189.197	-42,62	-15,46
Veneto	86.157	81.572	73.897	69.139	67.434	-21,73	-2,47
Liguria	13.902	11.856	10.583	11.724	10.735	-22,78	-8,44
Emilia-Romagna	102.607	96.903	94.367	94.367	90.843	-11,47	-3,73
Toscana	140.900	148.418	163.589	149.579	112.067	-20,46	-25,08
Umbria	10.958	8.942	7.524	6.048	4.533	-58,63	-25,05
Marche	18.148	26.510	26.823	26.031	28.386	56,41	9,05
Lazio *	258.629	265.256	258.354	261.547	248.286	-4,00	-5,07
Abruzzo *	22.499	21.487	20.008	18.793	18.276	-18,77	-2,75
Molise *	1.971	3.136	3.850	4.436	4.179	112,02	-5,79
Campania *	30.171	27.500	28.721	26.978	27.279	-9,59	1,12
Puglia *	29.217	25.349	25.314	25.841	22.540	-22,85	-12,77
Basilicata	2.806	2.222	1.710	1.166	695	-75,23	-40,39
Calabria *	7.071	8.864	7.276	6.921	5.716	-19,16	-17,41
RSO	**1.236.986**	**1.206.189**	**1.179.223**	**1.118.984**	**1.022.181**	**-17,37**	**-8,65**
Valle d'Aosta	120	119	119	119	119	-0,83	0,00
P.A. Bolzano	49	25	0	0	0	-100,00	n.d.
P.A. Trento	0	0	0	0	0	n.d.	n.d.
Friuli-Venezia Giulia	20.915	18.332	20.531	10.077	7.798	-62,72	-22,62
Sicilia *	43.937	40.242	38.998	46.680	42.495	-3,28	-8,97
Sardegna	32.978	32.544	27.543	28.593	27.033	-18,03	-5,46
RSS	**97.999**	**91.262**	**87.191**	**85.469**	**77.445**	**-20,97**	**-9,39**
TOT. NAZIONALE	**1.334.985**	**1.297.451**	**1.266.414**	**1.204.453**	**1.099.626**	**-17,63**	**-8,70**
% sul Totale Immobilizzazioni Materiali	*3,86*	*3,75*	*3,66*	*3,48*	*3,18*		

Fonte: REFERTO, Tab. 50/APP/SA – Impianti e macchinari - Modello di rilevazione di Stato Patrimoniale degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016 a pag. 122, dove si dichiara la seguente fonte diretta: Modello di rilevazione a livello regionale degli enti sanitari 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016, estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 27 dicembre 2017- Elaborazione: Corte dei conti-Sezione delle autonomie; importi in migliaia di euro.
*** Regioni in Piano di rientro.**

Valori non positivi si registrano anche qualora si evidenzi il sub aggregato costituito dalle Attrezzature scientifiche; di seguito si espongono i relativi dati:

Tabella 21 - Attrezzature scientifiche - Modello di rilevazione di Stato Patrimoniale degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016

Descrizione	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Var% 2016-2012	Var% 2016-2015
Piemonte *	137.703	100.730	84.153	73.625	65.014	-52,79	-11,70
Lombardia	328.687	275.913	258.495	259.204	227.762	-30,71	-12,13
Veneto	179.504	167.640	146.354	139.547	144.649	-19,42	3,66
Liguria	52.641	41.149	35.367	34.057	34.411	-34,63	1,04
Emilia-Romagna	177.208	155.260	140.359	132.038	129.810	-26,75	-1,69
Toscana	155.634	143.925	110.368	99.887	99.531	-36,05	-0,36
Umbria	17.820	16.246	16.087	20.794	24.678	38,48	18,68
Marche	61.067	50.307	47.090	46.586	49.072	-19,64	5,34
Lazio *	98.604	73.665	56.925	50.391	54.129	-45,10	7,42
Abruzzo *	32.154	34.549	41.738	44.739	49.538	54,06	10,73
Molise *	7.376	7.180	7.422	5.910	5.203	-29,46	-11,96
Campania *	90.488	85.189	86.516	105.478	89.679	-0,89	-14,98
Puglia *	141.660	130.462	109.050	123.009	118.777	-16,15	-3,44
Basilicata	25.435	21.371	20.010	18.246	15.665	-38,41	-14,15
Calabria *	11.564	23.031	29.876	31.898	34.222	195,94	7,29
RSO	**1.517.545**	**1.326.617**	**1.189.810**	**1.185.409**	**1.142.140**	**-24,74**	**-3,65**

Descrizione	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Var% 2016-2012	Var% 2016-2015
Valle d'Aosta	12.897	7.416	5.565	4.012	3.220	-75,03	-19,74
P.A. Bolzano	41.568	37.204	21.290	21.188	21.890	-47,34	3,31
P.A. Trento	45.919	43.320	35.163	28.354	10.254	-77,67	-63,84
Friuli-Venezia Giulia	96.008	97.800	88.269	39.483	36.510	-61,97	-7,53
Sicilia *	261.203	251.541	146.805	148.820	133.598	-48,85	-10,23
Sardegna	58.593	71.325	82.199	57.907	52.368	-10,62	-9,57
RSS	**516.188**	**508.606**	**379.291**	**299.764**	**257.840**	**-50,05**	**-13,99**
TOT. NAZIONALE	**2.033.733**	**1.835.223**	**1.569.101**	**1.485.173**	**1.399.980**	**-31,16**	**-5,74**
% sul Totale Immobilizzazioni Materiali	5,88	5,31	4,54	4,30	4,05		

Fonte: REFERTO, Tab. 51/APP/SA – Attrezzature scientifiche - Modello di rilevazione di Stato Patrimoniale degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016, a pag. 122, dove si dichiara la seguente fonte diretta: Modello di rilevazione a livello regionale degli enti sanitari 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016, estratti dalla Banca Dati delle Amministrazioni pubbliche al 27 dicembre 2017- Elaborazione: Corte dei conti-Sezione delle autonomie; importi in migliaia di euro.
*** Regioni in Piano di rientro.**

Come evidente, a fronte di un andamento nazionale che registra un decremento di valore nell'anno 2016 rispetto al precedente anno 2012 pari ad un - 31,16 per cento, nella regione Friuli Venezia Giulia il decremento risulta essere ca. il doppio (- 61,97 nell'anno 2016 rispetto all'anno 2012) di quello nazionale, risultato che pone la Regione FVG al terz'ultimo posto nella classifica interregionale, dopo la Provincia autonoma di Trento (-77,67) e la Regione autonoma Valle d'Aosta (-75,03).

7 ANDAMENTO GENERALE DELLA GESTIONE SANITARIA: ALCUNI ELEMENTI DI VALUTAZIONE

La presente attività di controllo, pur essendosi rivolta in questa prima fase preferenzialmente a soddisfare la pervenuta richiesta di verifica circa gli esiti della riforma regionale delle forme organizzative dell'assistenza primaria, ha necessariamente volto la propria attenzione al collegato generale sistema di *governance e all'*andamento economico-patrimoniale del Servizio sanitario regionale, ma è sicuramente chiamata a considerare l'andamento della gestione sanitaria, anche se nei suoi aspetti generali e, in questa fase, in modo limitato. Di seguito, pertanto, si forniscono alcuni elementi generali, ma sicuramente significativi, per comprendere quale sia l'attuale andamento generale del Sistema sanitario regionale nel Friuli Venezia Giulia.

7.1 Qualità dei servizi ospedalieri e competitività del servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia nel confronto interregionale: La mobilità interregionale

Obiettiva modalità di valutazione per comprendere positività e esistenza di margini di miglioramento in un sistema è il confronto con altre realtà gestionali. La tabella che segue permette di comprendere quale sia l'andamento dell'offerta dei servizi sanitari degli enti pubblici sanitari del Friuli Venezia Giulia nel confronto interregionale. I dati che seguono, infatti, illustrano il fenomeno della "fuga", o mobilità passiva (residenti nel Friuli Venezia Giulia che usufruiscono di prestazioni sanitarie chieste ad altri sistemi sanitari pubblici regionali) ed "attrazione", o mobilità attiva (residenti di altre Regioni a cui il Sistema sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia dà prestazioni sanitarie) interregionale. L'andamento del valore economico conseguente a tali scambi rappresenta un buon indicatore della concorrenzialità, o competitività, di offerta sanitaria del sistema sanitario regionale esaminato.

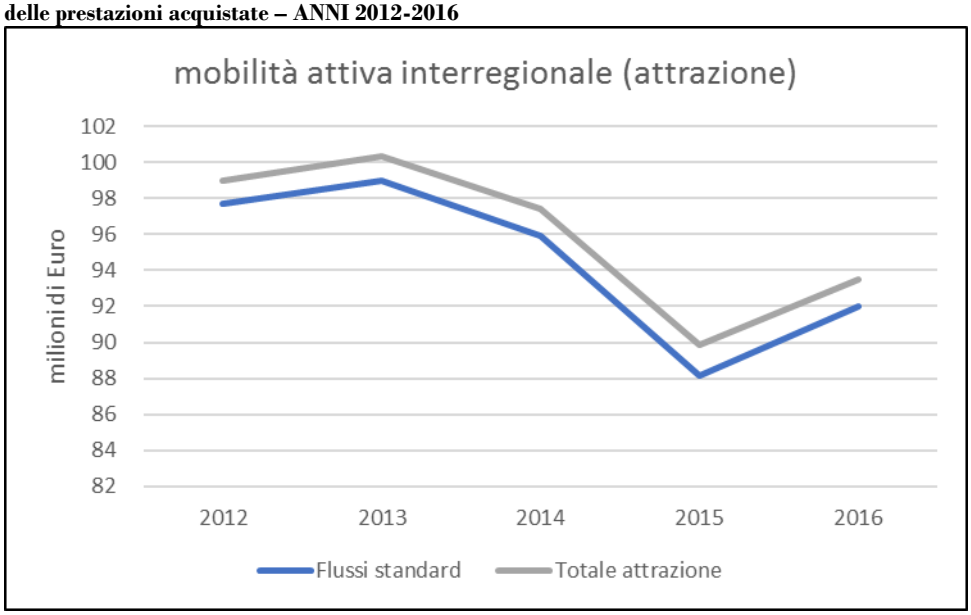
Tabella 22 - Regione Friuli Venezia Giulia – Saldi di mobilità interregionale nell'acquisto di prestazioni sanitarie – ANNI 2012-2016

		2012	2013	2014	2015	2016
attrazione	Flussi standard	97,69	98,96	95,94	88,18	92,03
	Emocomponenti	1,26	1,35	1,47	1,66	1,45
	Totale attrazione	98,98	100,32	97,41	89,84	93,48
fuga	Flussi standard	69,17	72,09	72,18	73,47	76,51

		2012	2013	2014	2015	2016
	Nuovi donatori	0,08	0,08	0,06	0,08	0,08
	Emocomponenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Staminali	0,63	0,73	0,61	0,90	0,65
	Totale Fuga	69,93	72,90	72,89	74,45	77,25
saldi di mobilità interregionale	saldo flussi standard	28,52	26,88	23,75	14,71	15,52
	saldo totale mobilità	29,05	27,41	24,52	15,39	16,23

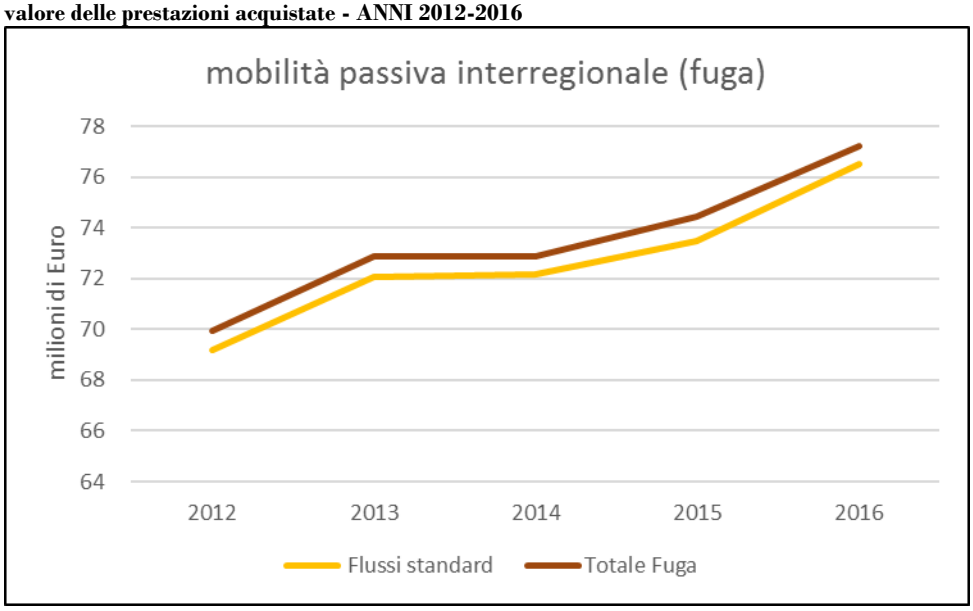
Fonte: elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati forniti dall'Amministrazione regionale.
Note: I dati relativi agli anni 2014 e 2016 non sono ancora ufficiali in quanto non ancora recepiti nel riparto del FSN 2018, inoltre non ricomprendono gli importi derivanti dall'Accordo dei Presidenti delle Regioni. I dati relativi all'anno 2015 ricomprendono gli importi derivanti dall'Accordo dei Presidenti delle Regioni pari a 2.897.607 euro.
In relazione agli importi esposti, dall'Amministrazione regionale si è fatto rilevare che nell'ambito delle convenzioni tra Regioni in merito alle tariffe di valorizzazione delle attività, nell'anno 2014 è stata cambiata la tariffa applicata ai ricoveri, mentre per il 2015 è stata cambiata anche la modalità di tariffazione della specialistica ambulatoriale.

Figura 11 - Residenti di Altre regioni che acquistano prestazioni sanitarie dal S.S.R. del Friuli Venezia Giulia – Andamento del valore delle prestazioni acquistate – ANNI 2012-2016



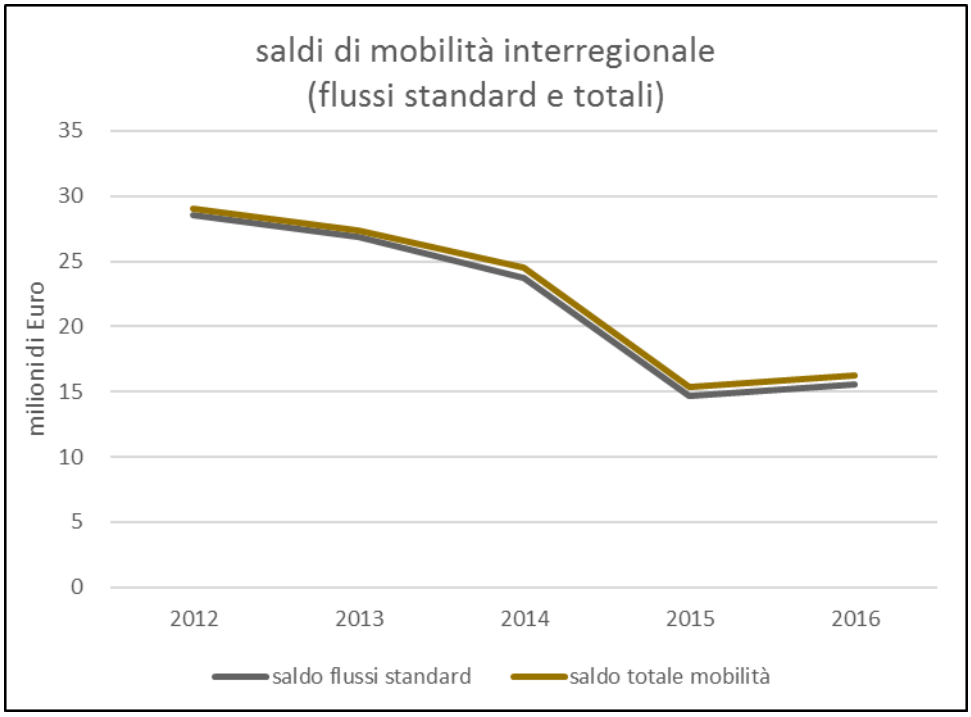
Fonte: vedi fonte in calce alla Tabella 22Tabella 3.

Figura 12 - Residenti nella Regione Friuli Venezia Giulia che acquistano prestazioni sanitarie da Altre Regioni – Andamento del valore delle prestazioni acquistate - ANNI 2012-2016



Fonte: vedi fonte in calce alla Tabella 22

Figura 13 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento dei saldi di mobilità interregionale nell'acquisto di prestazioni sanitarie – ANNI 2012-2016



Fonte: vedi fonte in calce alla Tabella 22Tabella 3.

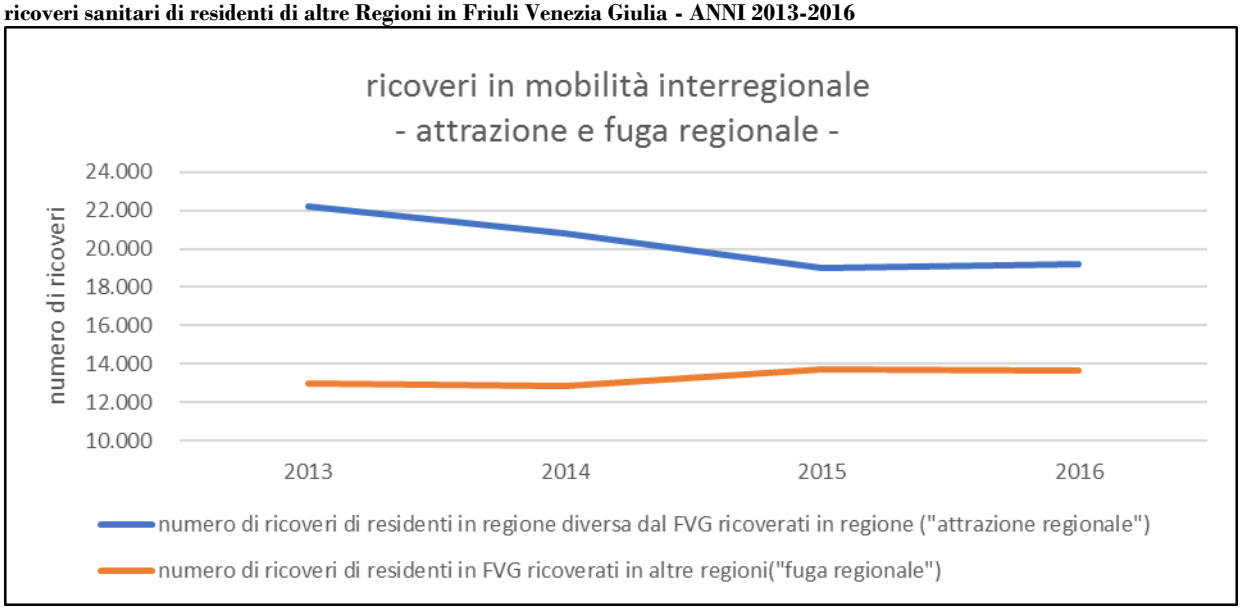
Dopo aver esposto l'andamento della valorizzazione economica del fenomeno di mobilità, attiva e passiva, si ritiene opportuno esporre anche i dati relativi ai ricoveri, in 'fuga' e in 'attrazione', cioè la tipologia di fenomeno sostanziale più importante che causa i trasferimenti di valore tra le regioni più sopra.

Tabella 23 - Regione Friuli Venezia Giulia – Ricoveri sanitari dei residenti del Friuli Venezia Giulia in altre Regioni e ricoveri sanitari di residenti di altre Regioni in Friuli Venezia Giulia - ANNI 2013-2016

Descrizione fenomeno	2013	2014	2015	2016
numero di ricoveri di residenti in regione diversa dal FVG ricoverati in regione ("attrazione regionale")	22.222	20.795	19.023	19.230
numero di ricoveri di residenti in FVG ricoverati in altre regioni ("fuga regionale")	12.955	12.864	13.691	13.630

Fonte: elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati forniti dall'Amministrazione regionale.

Figura 14 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento dei ricoveri sanitari dei residenti del Friuli Venezia Giulia in altre Regioni e dei ricoveri sanitari di residenti di altre Regioni in Friuli Venezia Giulia - ANNI 2013-2016



Fonte: vedi fonte in calce alla Tabella 23Tabella 3.

Sia dati relativi all'andamento dei saldi di compensazione della mobilità interregionale che quelli relativi ai sottostanti ricoveri in "attrazione" o in "fuga" regionale evidenziano in modo univoco rispetto agli anni 2012 e 2013 una consolidata perdita di competitività nei confronti degli altri sistemi regionali, sebbene il saldo complessivo si mantenga ancora ampiamente attivo, denotando così ancora l'esistenza di margini di attrazione del Sistema regionale sanitario del Friuli Venezia Giulia nel complessivo sistema sanitario nazionale.

7.2 La qualità e l'efficienza del sistema dei servizi ospedalieri nella lettura degli indici sintetici del Ministero della Salute

Relativamente, in particolare, a qualità e efficienza delle cure ospedaliere, importante rilevanza va riconosciuta all'indice di *case-mix* e a quello "comparativo di performance". L'indice di case mix (ICM) esprime la complessità della casistica trattata dalle strutture di ricovero; esso standardizza l'attività di una data unità produttiva per un indice tipo, costituito dalla degenza media DRG

specifica di uno standard: in sintesi, valori dell'ICM superiori ad 1 indicano una complessità della casistica superiore alla media dello standard di riferimento (Italia). L'indice comparativo di performance (ICP), invece, esprime l'efficienza operativa, valutata attraverso la degenza media, previa standardizzazione della casistica. In sintesi, un valore di ICP minore di 1 indica un'efficienza operativa superiore rispetto al valore di riferimento (ottenuto sull'insieme degli istituti di cura italiani); un valore di ICP maggiore di 1, indica un'efficienza operativa inferiore rispetto al riferimento).

Per l'anno 2016 i valori dei due indici riportati dai sistemi sanitari pubblici regionali risultano essere stati i seguenti.

Tabella 24 - Indice di case-mix (ICM) e Indice comparativo di performance (ICP) - Attività per Acuti In Regime ordinario nelle Regioni – Anno 2016.

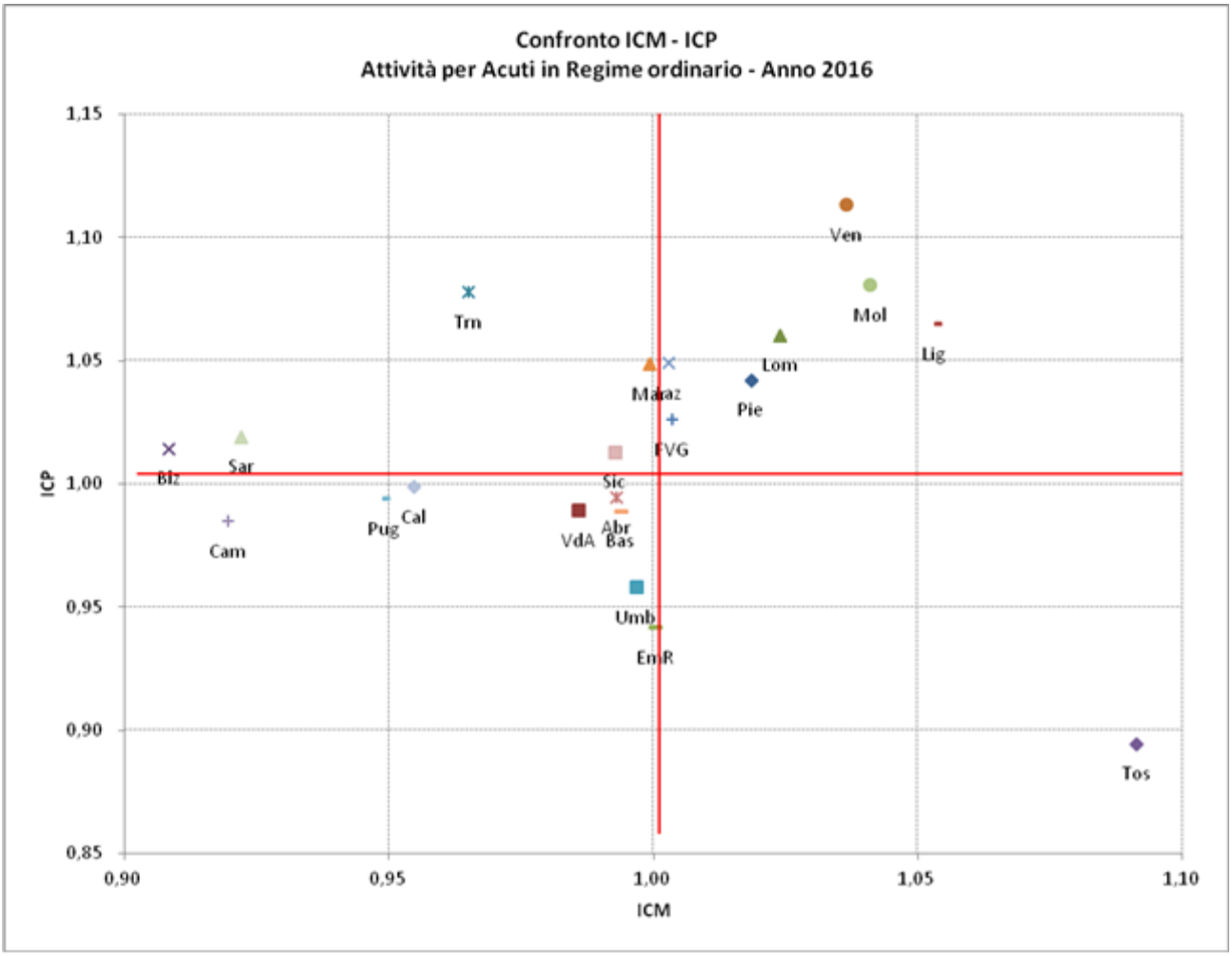
REGIONE	sigla regione	ICM	ICP
Toscana	Tos	1,09	0,89
Liguria	Lig	1,05	1,06
Molise	Mol	1,04	1,08
Veneto	Ven	1,04	1,11
Lombardia	Lom	1,02	1,06
Piemonte	Pie	1,02	1,04
Friuli V.G.	FVG	1,00	1,03
Lazio	Laz	1,00	1,05
Emilia Romagna	EmR	1,00	0,94
Marche	Mar	1,00	1,05
Umbria	Umb	1,00	0,96
Basilicata	Bas	0,99	0,99
Abruzzo	Abr	0,99	0,99
Sicilia	Sic	0,99	1,01
Valle d'Aosta	VdA	0,99	0,99
P.A. Trento	Trn	0,97	1,08
Calabria	Cal	0,95	1,00
Puglia	Pug	0,95	0,99
Sardegna	Sar	0,92	1,02
Campania	Cam	0,92	0,98
P.A. Bolzano	Blz	0,91	1,01
ITALIA		**1,00**	**1,00**

Fonte: SDO 2016.

In calce alla tabella citata si precisa che: "Sono incluse le dimissioni da istituti pubblici, privati accreditati e non accreditati. L'indice di case-mix (ICM) è calcolato come rapporto fra il peso medio della casistica per Acuti in Regime ordinario dell'erogatore (regione) e del riferimento (Italia). Per il calcolo del peso medio sono stati impiegati i pesi DRG (versione 24) ex d.m.18/12/2008. L'indice comparativo di performance (ICP) è calcolato come rapporto fra la degenza media per Acuti in Regime ordinario standardizzata per case-mix dell'erogatore (regione) e del riferimento (Italia). Per il calcolo del case-mix è stata utilizzata la classificazione DRG versione 24."

Il grafico che collega questi due indicatori può consentire una migliore visione di sintesi.

Grafico 2 - Indice di case-mix (ICM) e Indice comparativo di performance (ICP) - Attività per Acuti In Regime ordinario nelle Regioni - Anno 2016.



Fonte: SDO 2016.

Maggiori informazioni, anche in questo caso, si possono rinvenire dal confronto dei risultati relativi all'anno 2016 appena esposti confrontati con dati relativi ad anni precedenti: il 2013 – esercizio gestionale immediatamente antecedente all'approvazione della legge regionale n. 17/2014 di riforma del sistema sanitario regionale -, nonché 2000 e 2010, riferimenti che danno maggior profondità temporale all'attività di confronto. Di seguito pertanto si espongono per gli indici di case-mix e comparativo di performance sia i valori assoluti che le relative posizioni relative nella graduatoria italiana delle regioni e province autonome.

Tabella 25 - Indice di case-mix (ICM) - Attività per Acuti In Regime ordinario nelle Regioni – Valori - ANNI 2000, 2010, 2013, 2016

REGIONE	2000	2010	2013	2016
Piemonte	1,07	1,08	1,05	1,02

REGIONE	2000	2010	2013	2016
Valle d'Aosta	0,99	1,02	0,96	0,99
Lombardia	1,09	1,03	1,02	1,02
P.A. Bolzano	0,95	0,93	0,92	0,91
P.A. Trento	1,02	0,90	1,00	0,97
Veneto	1,08	1,06	1,03	1,04
Friuli V.Giulia	1,14	1,06	1,02	1,00
Liguria	1,05	1,08	1,05	1,05
Emilia Romagna	1,10	1,05	1,02	1,00
Toscana	1,10	1,09	1,09	1,09
Umbria	1,01	0,99	0,98	1,00
Marche	1,03	1,01	1,02	1,00
Lazio	0,99	1,00	1,00	1,00
Abruzzo	0,94	0,97	0,98	0,99
Molise	0,92	0,98	0,98	1,04
Campania	0,88	0,91	0,93	0,92
Puglia	0,89	0,93	0,94	0,95
Basilicata	0,89	1,03	1,02	0,99
Calabria	0,87	0,89	0,92	0,95
Sicilia	0,89	0,90	0,99	0,99
Sardegna	0,88	0,91	0,91	0,92
ITALIA	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**

Fonte: Elaborazione della Corte dei Conti – Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia - su dati dei Rapporti annuali sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO) pubblicati dal Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria per l'anno 2016 (fonte già citata: *SDO 2016*) nonché per gli anni 2000 (file in formato elettronico *Rapporto SDO 2000* disponibile, con gli allegati, al link http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_964_allegato.zip - pagg. 84 e 88), 2010 (file in formato elettronico *Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2010* disponibile al link http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1690_allegato.pdf - pagg. 113 e 118 - e, per le tavole, al link http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1690_ulteriorialleg ati_ulteriorealleg ato_0_alleg.xls, tavole 3.1 e 3.6), 2013 (file in formato elettronico *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2013* disponibile al link http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2190_allegato.pdf - pagg. 143 - e, per la tavola, al link http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_18_allegati_iitemAllegati_0_fileAllegati_itemFile_1_file.xls, tavola 3.3) – fonti nel seguito rispettivamente indicate come *SDO 2000*, *SDO 2010*, *SDO 2013* -.

Tabella 26 - Indice di case-mix (ICM) - Attività per Acuti In Regime ordinario nelle Regioni – Posizioni relative nella classifica delle regioni - ANNI 2000, 2010, 2013, 2016

REGIONE	2000	2010	2013	2016
Piemonte	6	2	2	5
Valle d'Aosta	11	9	16	12
Lombardia	4	7	5	5
P.A. Bolzano	13	15	19	21
P.A. Trento	9	19	10	16
Veneto	5	4	4	3

REGIONE	2000	2010	2013	2016
Friuli V.Giulia	1	4	5	7
Liguria	7	2	2	2
Emilia Romagna	2	6	5	7
Toscana	2	1	1	1
Umbria	10	12	13	7
Marche	8	10	5	7
Lazio	11	11	10	7
Abruzzo	14	14	13	12
Molise	15	13	13	3
Campania	19	17	18	19
Puglia	16	15	17	17
Basilicata	16	7	5	12
Calabria	21	21	19	17
Sicilia	16	19	12	12
Sardegna	19	17	21	19

Fonte: Elaborazione della Corte dei Conti – Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia - su dati *SDO 2000, SDO 2010, SDO 2013, SDO 2016.*

Tabella 27 - Indice comparativo di performance (ICP) - Attività per Acuti In Regime ordinario nelle Regioni – Valori - ANNI 2000, 2010, 2013, 2016

REGIONE	2000	2010	2013	2016
Piemonte	1,09	1,06	1,03	1,04
Valle d'Aosta	1,10	1,17	1,12	0,99
Lombardia	1,02	1,05	1,05	1,06
P.A. Bolzano	0,99	1,04	1,01	1,01
P.A. Trento	0,98	1,12	1,08	1,08
Veneto	1,07	1,15	1,16	1,11
Friuli V.Giulia	0,97	1,08	1,07	1,03
Liguria	1,05	1,07	1,06	1,06
Emilia Romagna	0,92	0,93	0,93	0,94
Toscana	0,98	0,92	0,90	0,89
Umbria	0,92	0,92	0,96	0,96
Marche	1,00	1,02	1,05	1,05
Lazio	1,08	1,07	1,06	1,05
Abruzzo	0,99	1,03	1,03	0,99
Molise	1,05	1,02	1,07	1,08
Campania	0,92	0,94	0,96	0,98
Puglia	0,93	0,98	1,00	0,99
Basilicata	0,96	1,00	1,01	0,99
Calabria	0,98	1,02	1,01	1,00
Sicilia	0,89	0,96	0,97	1,01
Sardegna	1,05	1,07	1,03	1,02

ITALIA	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**

Fonte: Elaborazione della Corte dei Conti – Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia - su dati *SDO 2000, SDO 2010, SDO 2013, SDO 2016.*

Tabella 28 - Indice comparativo di performance (ICP) - Attività per Acuti In Regime ordinario nelle Regioni – Posizioni relative nella classifica delle regioni - ANNI 2000, 2010, 2013, 2016

REGIONE	2000	2010	2013	2016
Piemonte	20	14	10	14
Valle d'Aosta	21	21	20	5
Lombardia	14	13	13	17
P.A. Bolzano	11	12	7	11
P.A. Trento	8	19	19	19
Veneto	18	20	21	21
Friuli V.Giulia	7	16	17	13
Liguria	15	15	15	17
Emilia Romagna	2	3	2	2
Toscana	8	1	1	1
Umbria	2	1	3	3
Marche	13	8	13	15
Lazio	19	15	15	15
Abruzzo	11	11	10	5
Molise	15	8	17	19
Campania	2	4	3	4
Puglia	5	6	6	5
Basilicata	6	7	7	5
Calabria	8	8	7	9
Sicilia	1	5	5	10
Sardegna	15	15	10	12

Fonte: Elaborazione della Corte dei Conti – Sezione di controllo della Regione Friuli Venezia Giulia - su dati *SDO 2000, SDO 2010, SDO 2013, SDO 2016.*

Come evidente dai dati appena esposti, dopo il secondo anno di attuazione della riforma del sistema sanitario si riscontra un lievissimo miglioramento (dal diciassettesimo al tredicesimo posto nella graduatoria, con un valore comunque peggiore della media nazionale), nella complessiva classifica delle regioni che valuta l'efficienza sistema di trattamento delle patologie in ambito ospedaliero – sintetizzato dall'indice comparativo di performance - , ma accompagnato da un peggioramento della qualità (rappresentate dall'indice sintetico di case-mix), confermando e rinforzando il trend negativo già esistente.

7.3 Il rapporto tra complessità e risorse utilizzate: il costo medio per punto DRG

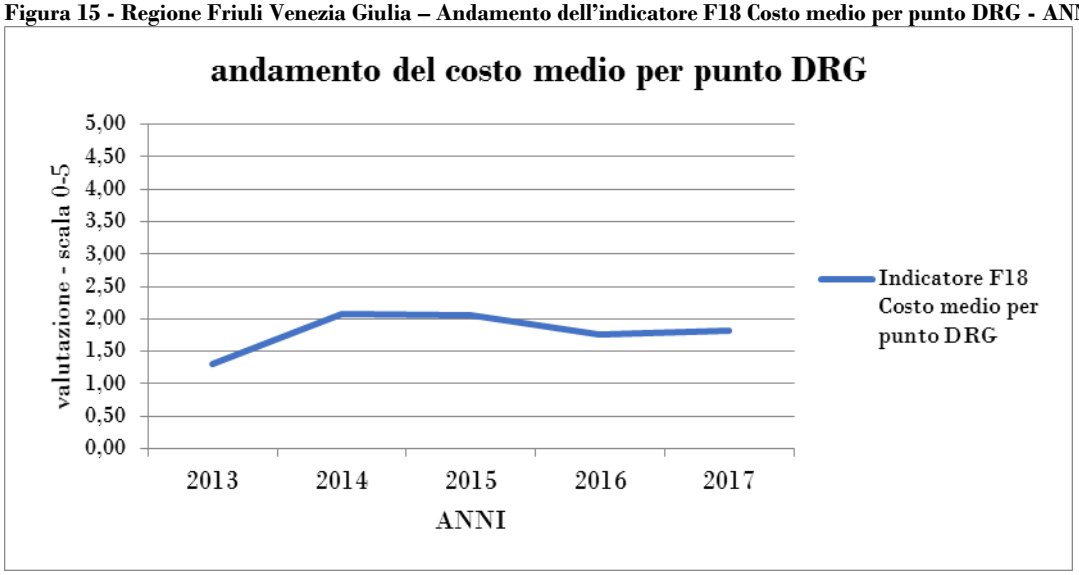
In stretto legame con la valutazione della competitività di un sistema sanitario regionale e con l'indice comparativo di performance si pone il rapporto tra misura di risorse utilizzate e volumi e complessità delle prestazioni rese; un indicatore primario per tale rapporto viene fornito dal costo medio per punto DRG. Di seguito si espongono i dati relativi a tale indicatore resi disponibili dal N*etwork* BERSAGLIO.

Tabella 29 - Regione Friuli Venezia Giulia – Indicatore F18 Costo medio per punto DRG - ANNI 2013-2017

indicatore	2013	2014	2015	2016	2017
Indicatore F18 Costo medio per punto DRG	1,31	2,07	2,06	1,76	1,83

Fonte: Elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati valutazione BERSAGLIO per l'indicatore F18 Costo medio per punto DRG
NOTE: valutazione: valore minimo 0, massimo 5

Figura 15 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento dell'indicatore F18 Costo medio per punto DRG - ANNI 2013-2017



Fonte: vedi fonte riportata in calce alla Tabella 29.

Dai dati esposti appare un andamento dell'indicatore esaminato – il costo medio per punto DRG – che denota un non positivo utilizzo delle risorse in rapporto alla qualità dell'attività svolta, ponendosi costantemente sotto la valutazione media. Tali dati trovano concordanza con quanto già esposto *supra,* al punto precedente, relativamente ai valori registrati per indice comparativo di performance.

7.4 Patologie croniche e di soggetti anziani: alcuni indicatori

Tra le sfide più impegnative con le quali devono confrontarsi gli attuali sistemi sanitari in un contesto di invecchiamento della popolazione vi è quella del trattamento delle patologie croniche,

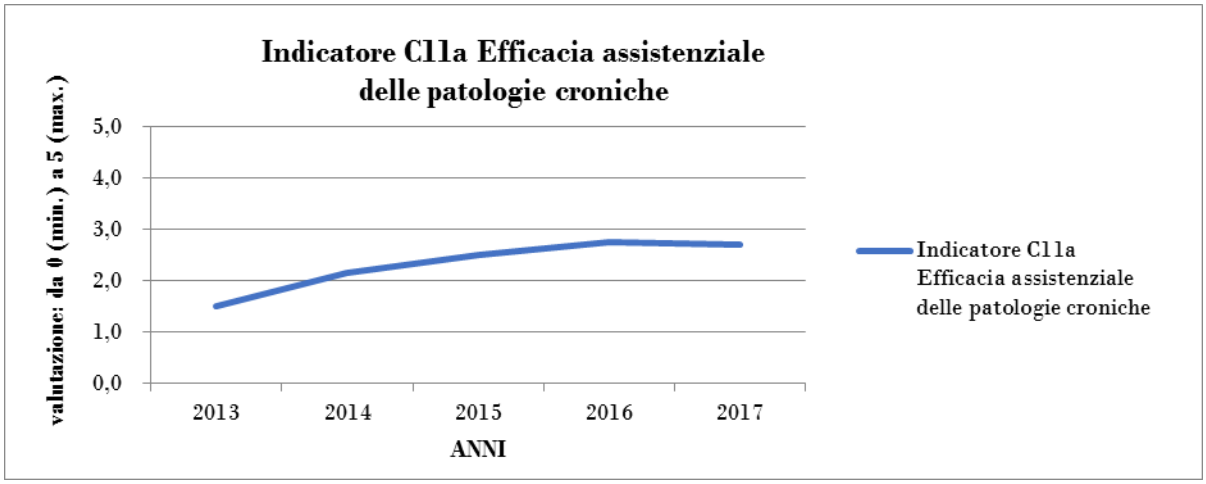
in particolare delle persone anziane. I soggetti anziani impegnano i sistemi sanitari anche con richieste particolari di cure, quale il trattamento delle fratture del collo del femore, patologia che richiede rapido intervento per ridurre le conseguenze negative della patologia sul soggetto anziano. In entrambi i campi il Sistema sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia espone un miglioramento nei trattamenti, in particolare nel trattamento chirurgico dell'anzidetta patologia degli arti inferiori, dove il negativo andamento degli anni passati evidenzia nell'anno 2015 un nettissimo miglioramento. Di seguito si espongo i dati relativi ai fenomeni commentati.

Tabella 30 - Regione Friuli Venezia Giulia – Indicatore C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche - ANNI 2013-2017

Indicatore	2013	2014	2015	2016	2017
Indicatore C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche	1,50	2,15	2,50	2,77	2,70

Fonte: Elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati valutazione BERSAGLIO per l'indicatore C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche
NOTE: valutazione: valore minimo 0, massimo 5

Figura 16 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento indicatore C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche - ANNI 2013-2017



Fonte: vedi fonte riportata in calce alla Tabella 30.

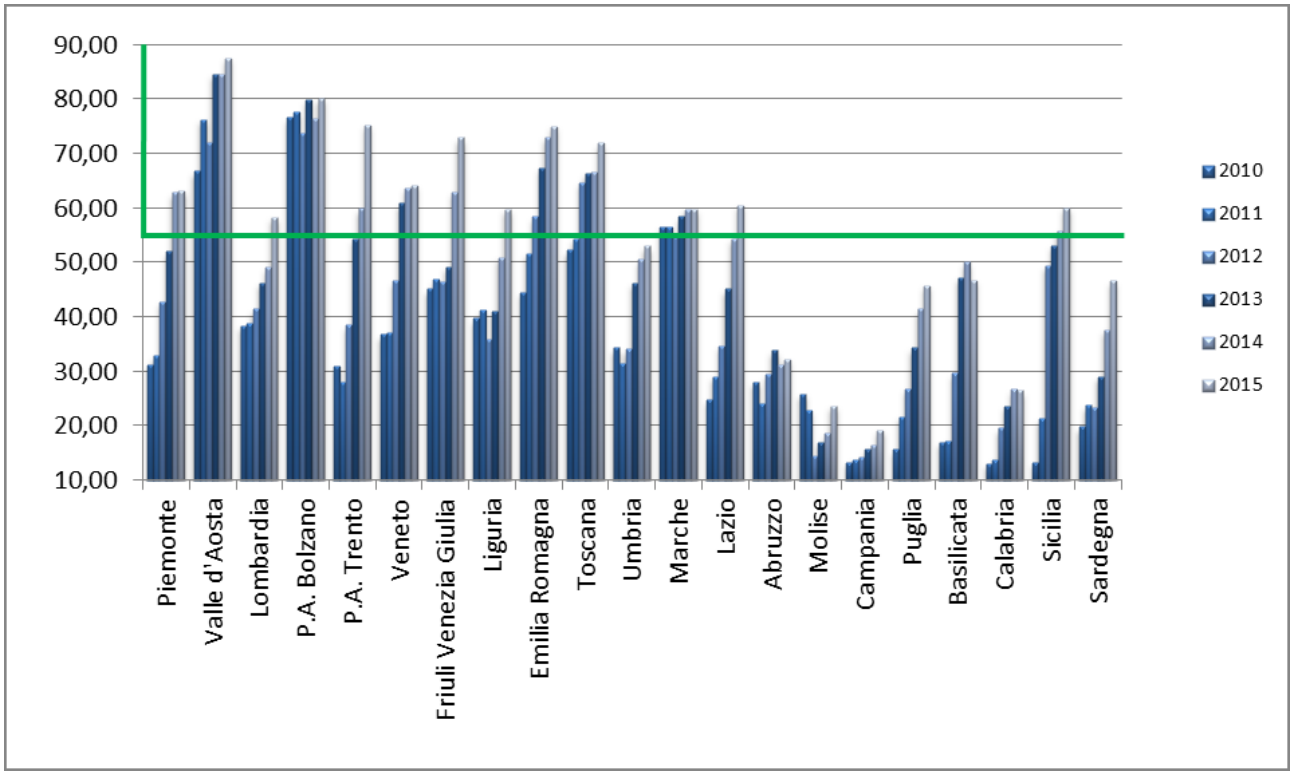
Tabella 31 - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario- ANNI 2010-2015

Regione	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	31,27	32,91	42,87	52,06	62,89	63,25
Valle d'Aosta	66,86	76,33	72,11	84,62	84,66	87,62
Lombardia	38,43	38,75	41,52	46,36	49,14	58,30
P.A. Bolzano	76,67	77,66	73,89	79,97	76,56	80,26
P.A. Trento	31,03	28,15	38,50	54,42	59,97	75,31
Veneto	36,90	37,09	46,65	60,98	63,74	64,29
Friuli V.G.	45,20	46,93	46,51	49,20	63,00	73,05
Liguria	39,75	41,34	35,97	41,08	50,99	59,77
Emilia-Romagna	44,54	51,72	58,42	67,40	73,14	75,04
Toscana	52,39	54,46	64,73	66,53	66,57	71,99
Umbria	34,43	31,47	34,13	46,33	50,66	53,07
Marche	56,61	56,60	54,88	58,48	59,88	59,84
Lazio	24,88	29,10	34,74	45,16	54,47	60,56

Regione	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Abruzzo	28,14	24,00	29,60	33,88	31,16	32,32
Molise	25,85	22,94	14,41	17,02	18,64	23,64
Campania	13,37	13,82	14,22	15,77	16,42	19,30
Puglia	15,74	21,75	26,85	34,36	41,56	45,80
Basilicata	17,04	17,29	29,75	47,30	50,10	46,79
Calabria	13,12	13,80	19,67	23,62	26,78	26,56
Sicilia	13,31	21,33	49,52	53,23	55,91	60,12
Sardegna	19,85	23,79	23,41	29,11	37,64	46,72

Fonte: MONITORAGGIO LEA 2015, pag. 68.

Figura 17 - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario- ANNI 2010-2015



Fonte: MONITORAGGIO LEA 2015, pag. 68.

7.5 Appropriatezza

In via esemplificativa si può affermare che l'appropriatezza del trattamento o prestazione sanitaria si collega alla concreta modalità con le quali la prestazione sanitaria incontra il bisogno di salute e vi si rapporta adeguatamente, sia in termini di massimizzazione del beneficio e minimizzazione del rischio, sia in termini di tempestività all'interno del percorso diagnostico, terapeutico o assistenziale, ma anche in termini di individuazione della più economica modalità di trattamento a parità di efficacia.

La valutazione *Network* BERSAGLIO rende disponibili una serie di indicatori sintetici che danno

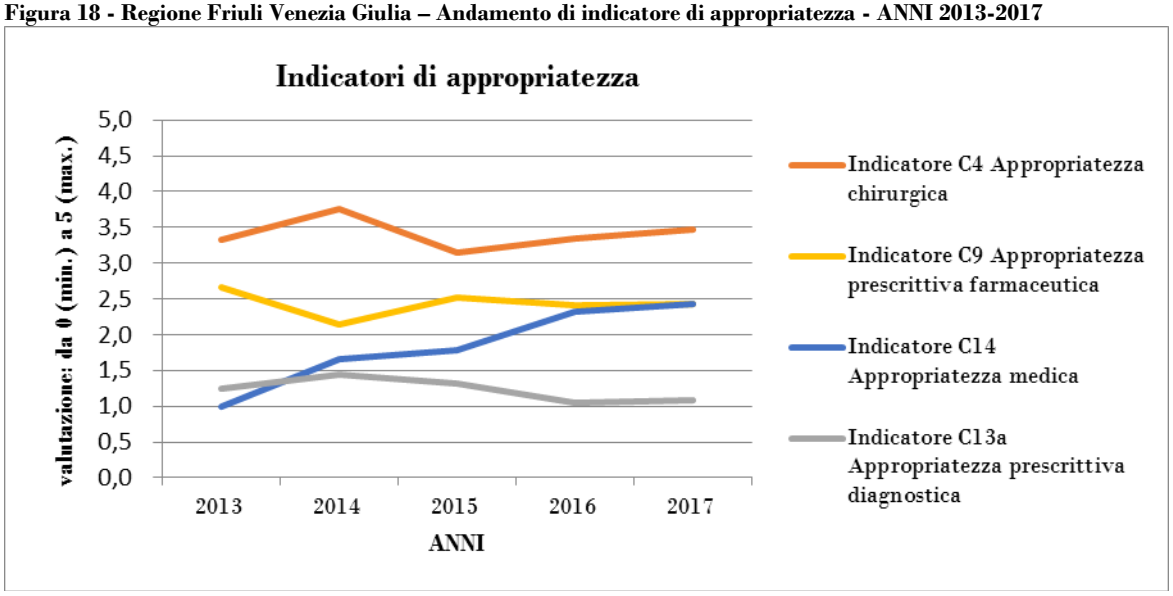
informazione sull'andamento dell'appropriatezza in ambito regionale nelle diverse aree di assistenza: medica, chirurgica diagnostica, farmaceutica. Dei dati disponibili per tali indicatori si dà esposizione nella tabella che segue.

Tabella 32 - Regione Friuli Venezia Giulia – Indicatore di appropriatezza - ANNI 2013-2017

Indicatori	2013	2014	2015	2016	2017
Indicatore C14 Appropriatezza medica	0,99	1,66	1,79	2,33	2,44
Indicatore C4 Appropriatezza chirurgica	3,32	3,76	3,15	3,35	3,47
Indicatore C13a Appropriatezza prescrittiva diagnostica	1,24	1,43	1,31	1,04	1,09
Indicatore C9 Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	2,67	2,15	2,51	2,41	2,42

Fonte: Elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati valutazione BERSAGLIO per gli Indicatore C14 Appropriatezza medica, C4 Appropriatezza chirurgica, C13a Appropriatezza prescrittiva diagnostica e Indicatore C9 Appropriatezza prescrittiva farmaceutica
NOTE: valutazione: valore minimo 0, massimo 5

Figura 18 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento di indicatore di appropriatezza - ANNI 2013-2017



Fonte: vedi fonte riportata in calce alla Tabella 32.

Dall'esame dei dati di valutazione appena esposti si rileva rispetto all'anno 2013 un notevole miglioramento nel 2017 dell'appropriatezza medica, che tuttavia non supera un valore medio di valutazione, affiancandosi nel valore medio ad un'appropriatezza prescrittiva che comunque non presenta miglioramenti. Sostanzialmente invariato rispetto al 2013 appare, invece, il buon andamento dell'appropriatezza chirurgica, mentre l'appropriatezza prescrittiva diagnostica continua a presentarsi insufficiente.

7.6 La prevenzione vaccinale

Una delle aree di assistenza sulle quali nell'anno 2017 la normativa statale ha inciso con i maggiori cambiamenti appare essere quella dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Infatti il Governo ha provveduto ad approvare il decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con

modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n. 119,[121] che ha aumentato il numero delle vaccinazioni dell'età pediatrica obbligatorie da 4 a 10, estendendo l'obbligo a vaccinazioni raccomandate già presenti in calendario dal 1999. Può rivestire ancor maggior interesse, pertanto, esaminare i dati relativi alla copertura vaccinale dell'età pediatrica in Italia e nel Friuli Venezia Giulia, per capire quali modificazioni abbia apportato sul generale andamento della copertura vaccinale pediatrica in Friuli Venezia Giulia il prevedibile maggior impulso derivante dalla nuova normativa statale. Tali dati di seguito si espongono.

Tabella 33 - Vaccinazioni dell'età pediatrica - Esavalente - Coperture vaccinali nelle regioni a 24 mesi - Anno 2017 (coorte 2015) (per 100 abitanti)

REGIONE/P.A.	POL	DIF	TET	PER	EP B	HIB
Basilicata	97,72	97,72	97,72	97,72	97,72	97,72
Abruzzo	97,36	97,33	97,33	97,33	97,33	97,33
Molise	97,16	97,16	97,16	97,16	97,16	97,16
Lazio	96,85	96,84	96,84	96,84	96,85	96,79
Calabria	96,10	96,10	96,10	96,10	96,10	96,19
Sardegna	95,98	95,97	95,99	95,95	95,93	95,93
Umbria	95,80	95,74	95,80	95,74	95,82	95,66
Toscana	95,78	95,68	95,84	95,68	95,35	95,41
Piemonte	95,75	95,79	95,93	95,79	95,36	95,28
Campania	95,39	95,39	95,39	95,39	95,38	95,48
Liguria	95,04	95,04	95,05	95,01	94,84	94,50
Lombardia	94,88	95,09	95,16	95,09	94,62	94,35
Emilia-Romagna	94,77	94,72	94,86	94,72	94,43	94,03
Puglia	94,39	94,39	94,39	94,39	94,30	94,22
Prv. Aut. Trento	93,90	93,80	94,07	93,76	93,51	93,53
Valle d'Aosta	93,66	93,56	94,07	93,56	92,93	93,35
Veneto	93,53	93,53	93,77	93,52	93,06	93,05
Marche	93,01	92,94	93,02	92,92	92,66	92,49
Sicilia	91,33	91,33	91,33	91,33	91,32	91,31
Friuli-Venezia Giulia	90,42	90,51	90,64	90,50	89,50	89,65
Prov. Aut. Bolzano	85,87	85,87	85,89	85,76	85,52	85,37
Italia	**94,54**	**94,57**	**94,64**	**94,56**	**94,34**	**94,24**
minor copertura percentuale in Regione FVG rispetto al dato complessivo nazionale	**-4,12**	**-4,06**	**-4,00**	**-4,06**	**-4,84**	**-4,59**

Fonte: Ministero della Salute - Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2017 (coorte 2015) - coperture vaccinali a 24 mesi (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. (per singolo antigene) - - aggiornamento alla data del 24/4/2018 – file

[121] *Il citato decreto -legge 7 giugno 2017, n. 73, recante Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci, è stato pubblicato nella versione coordinata nella Gazz.Uff. n. 182 del 5 agosto2017 (documento disponibile in formato elettronico all'indirizzo web http://www.gazzettaufficiale.it/do/gazzetta/downloadPdf?dataPubblicazioneGazzetta=20170805&numeroGazzetta=182&tipoSerie=SG&tipoSupplemento=GU&numeroSupplemento=0&progressivo=0&estensione=pdf&edizione=0).*

digitale disponibile all'url http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_allegati_iitemAllegati_0_fileAllegati_itemFile_6_file.pdf
Legenda:
POL Polio(a); DIF Difterite (a); TET Tetano (a); PER Pertosse (a); EP B Epatite B(a); HIB Hib(b)
(a)Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi; (b)Ciclo di base 1, 2 o 3 dosi, secondo l'età.

Tabella 34 - Vaccinazioni dell'età pediatrica - Trivalente - Coperture vaccinali nelle regioni a 24 mesi - Anno 2017 (coorte 2015) (per 100 abitanti)

REGIONE/P.A.	MOR	PAR	ROS
Lazio	95,34	95,34	95,34
Piemonte	94,72	94,72	94,72
Umbria	94,53	94,51	94,51
Lombardia	93,92	93,79	93,86
Toscana	93,51	93,42	93,47
Sardegna	92,91	92,89	92,91
Basilicata	92,90	92,90	92,90
Calabria	92,79	92,79	92,79
Veneto	92,34	92,23	92,29
Campania	92,03	92,03	92,03
Prv. Aut. Trento	91,68	91,61	91,64
Emilia-Romagna	91,33	91,11	91,23
Puglia	91,09	91,09	91,09
Liguria	90,92	90,74	90,69
Molise	90,48	90,48	90,48
Valle d'Aosta	90,33	90,12	90,33
Abruzzo	89,20	89,20	89,20
Marche	88,21	88,15	88,14
Friuli-Venezia Giulia	86,55	86,55	86,55
Sicilia	85,63	85,63	85,63
Prov. Aut. Bolzano	71,86	71,76	71,78
ITALIA	**91,68**	**91,62**	**91,64**
minor copertura percentuale in Regione FVG rispetto al dato complessivo nazionale	***-5,13***	***-5,07***	***-5,09***

Fonte: Ministero della Salute - Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2017 (coorte 2015) - coperture vaccinali a 24 mesi (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. (per singolo antigene) - - aggiornamento alla data del 24/4/2018 – file digitale disponibile all'url http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_allegati_iitemAllegati_0_fileAllegati_itemFile_6_file.pdf
Legenda: MOR Morbillo(c); PAR Parotite (c); ROS Rosolia (c)
(c)1a dose entro 24 mesi

Come evidenziato dai dati appena esposto, l'andamento in Friuli Venezia Giulia della copertura vaccinale dell'età pediatrica appare molto critico, con una peggior copertura rispetto ai valori nazionali superiore al 4 p.c. per la vaccinazione esavalente e del 5 p.c. circa per la trivalente. Risultati regionali maggiormente negativi si riscontrano solo nella Provincia Autonoma di Bolzano e, per la vaccinazione trivalente (per morbillo, parotite e rosolia) nella Regione Autonoma Sicilia.

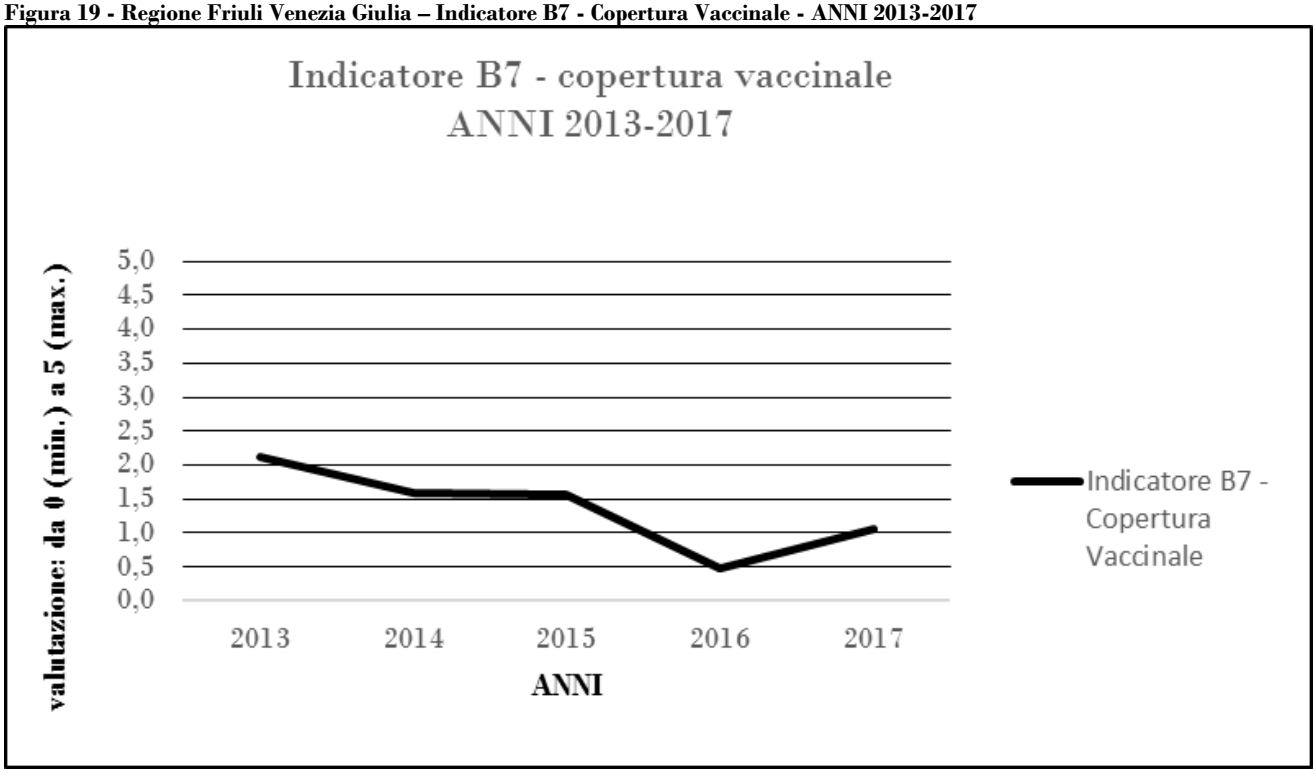
Opportuno, tenuto conto dei dati appena considerati, appare allargare l'esame temporale per capire se il trend negativo appaia o meno consolidato nel tempo. In merito una valutazione sintetica è offerta dai dati resi disponibili dalla Valutazione del *Network* BERSAGLIO con un periodo temporale che copre gli anni dal 2013 al 2014. Tali dati si espongono.

Tabella 35 - Regione Friuli Venezia Giulia – Indicatore B7 - Copertura Vaccinale - ANNI 2013-2017

indicatore	2013	2014	2015	2016	2017
Indicatore B7 - Copertura Vaccinale	2,13	1,59	1,56	0,47	1,05

Fonte: Elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati valutazione BERSAGLIO per l'Indicatore B7 - Copertura Vaccinale
Definizione: Copertura vaccinale
Note: L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi dei seguenti indicatori: B7.1 Copertura vaccinale MPR B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale anziani B7.3 Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV) B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcico B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico B7.7 Copertura vaccinale esavalente B7.8 Copertura vaccinale varicella.
Valutazione: valore minimo 0, massimo 5

Figura 19 - Regione Friuli Venezia Giulia – Indicatore B7 - Copertura Vaccinale - ANNI 2013-2017



Fonte: vedi fonte riportata in calce alla Tabella 35.

Anche i dati dell'indicatore sintetico sulla copertura vaccinale elaborato dal Network BERSAGLIO evidenziano il consolidato negativo andamento del Friuli Venezia Giulia nell'attività di prevenzione; appare rilevante che, come specificato nelle note in calce alla precedente tabella, l'indicatore sintetico utilizzato tiene conto anche della copertura vaccinale antinfluenzale anziani, trattamento in cui il Friuli Venezia Giulia ha riportato un miglioramento nel *trend* rispetto al dato nazionale nel periodo considerato (stagioni 2011-2012/2017-2018) dalla tabella seguente.

Tabella 36 - Vaccinazione antinfluenzale in Italia: coperture vaccinali negli anziani (età >= 65 anni) (per 100 abitanti) Stagioni 1999-2000/2017-2018

Regione	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09
Piemonte	33,80	44,70	48,30	51,50	55,70	55,90	58,80	59,30	58,90	60,70
Valle d'Aosta	35,80	56,60	54,50	56,00	55,30	54,40	63,10	54,20	61,00	54,50
Lombardia	39,60	46,70	53,80	58,70	60,90	65,30	64,00	63,10	58,60	61,70
P.A. Bolzano		43,30	38,80	46,80	51,10	52,00	55,20	48,00	50,50	50,80
P.A. Trento	42,40	48,30	50,50	54,60	57,80	60,00	67,60	69,20	64,60	68,00
Veneto	47,30	60,70	63,50		70,90		73,20	74,10	70,30	71,60
Friuli Venezia Giulia	63,50	70,00	71,10	72,20	72,40	72,50	72,10		64,40	68,10
Liguria	37,70	42,30	54,20	59,60	62,50	66,10	65,30	67,50	65,60	65,70
Emilia Romagna	46,20	58,40	61,90	66,50	70,30	73,00	75,10	76,10	73,60	73,70
Toscana	36,00	51,90	51,70	56,70	61,50	62,20	67,60	70,30	68,50	69,50
Umbria	45,50	51,70	58,10	59,30	62,20	61,90	65,90	69,00	70,50	74,70
Marche	53,50	60,80	62,90	65,30	67,10	68,00	68,00	67,10	65,40	66,90
Lazio	26,70	46,50	60,50	67,50	69,50	71,50	73,30	74,10	68,00	67,90
Abruzzo	42,50	50,20	53,70	64,00	67,90	70,00	69,90	78,10	72,80	68,40
Molise	46,70	61,40	61,40	66,90	73,70	72,30	71,40	72,60	73,30	72,30
Campania	38,10	62,30		75,60	72,30	71,90	72,90	73,20	68,20	72,20
Puglia	38,00	49,00	62,90	64,80	68,40	70,50	75,40	71,50	68,70	73,80
Basilicata	45,60	42,30	46,70	61,80	69,90	66,40	64,50	71,20	70,70	72,20

Regione	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09
Calabria	23,60	29,70		43,90	55,10	59,90	66,30	68,40	65,60	69,80
Sicilia	41,40	47,80	47,40	61,20	63,80	69,70	67,50	56,40		61,00
Sardegna	30,00	39,40	46,90	52,40	43,90	59,20	56,10	49,30	39,80	49,60
Italia	40,70	50,70	55,20	60,30	63,40	66,60	68,30	66,60	64,90	66,30

Fonte: elaborazioni Ministero della Salute - ISS, sulla base dei riepiloghi inviati da Regioni e Province Autonome - Vaccinazione antinfluenzale in Italia: coperture vaccinali negli anziani (età >= 65 anni) (per 100 abitanti)
tagioni 1999- 2000/2017- 2018 - Aggiornamento 19 giugno 2018 - (dati disponibili in formato elettronico all'indirizzo web http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_19_allegati_iitemAllegati_0_fileAllegati_itemFile_3_file.pdf)
Legenda: n.p. = dati non pervenuti.

Tabella 37 - Vaccinazione antinfluenzale in Italia: coperture vaccinali negli anziani (età >= 65 anni) (per 100 abitanti) Stagioni 1999-2000/2017-2018 (-SEGUE-)

Regione	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
Piemonte	60,60	57,30	55,00	51,60	51,10	46,30	46,90	48,20	47,90
Valle d'Aosta	58,90	55,60	56,20	47,00	48,20	43,50	42,20	44,40	44,10
Lombardia	63,10	54,20	57,90	48,20	48,60	46,30	47,70	47,50	47,70
P.A. Bolzano	47,70	44,50	42,50	35,80	33,90	36,60	37,80	37,30	35,30
P.A. Trento	67,00	61,80	62,20	56,30	55,80	51,90	50,20	53,20	53,50
Veneto	71,20	67,80	67,10	58,90	58,50	53,40	54,00	55,80	55,10
Friuli Venezia Giulia	49,70	62,40	61,80	55,20	56,10	49,00	51,10	54,10	55,70
Liguria	65,70	58,00	55,60	41,60	50,40	46,60	45,70	47,30	50,10
Emilia Romagna	73,80	63,40	64,70	56,30	57,20	50,00	51,90	52,70	53,30
Toscana	71,10	68,80	67,80	58,90	60,20	49,90	52,20	54,80	55,30
Umbria	77,50	75,20	74,00	67,90	68,80	61,80	62,80	63,10	63,40
Marche	66,50	63,90	62,20	54,90	57,50	46,20	50,10	51,00	50,00
Lazio	67,70	64,10	62,20	56,80	56,80	49,50	51,00	51,50	51,80
Abruzzo	67,10	60,90	59,70	50,30	54,60	38,50	45,70	48,60	49,10
Molise	73,70	65,60	60,50	49,40	59,50	49,00	43,80	52,40	61,00
Campania	63,40	68,80	73,10	61,40	61,30	52,90	52,80	56,70	57,40
Puglia	73,00	71,70	69,00	57,20	61,00	48,60	50,80	57,40	59,40
Basilicata	72,60	63,60	63,10	58,60	58,00	45,60	47,90	49,80	53,20
Calabria	63,00	55,80	65,60	49,80	56,50	53,30	51,70	57,90	61,20
Sicilia	64,10	61,30	60,20	54,00	56,50	47,40	49,50	52,90	54,30
Sardegna	60,90	59,60	57,00	47,30	46,00	40,60	40,00	41,60	70,50
Italia	65,60	62,40	62,70	54,20	55,40	48,60	49,90	52,00	**52,70**

Fonte: vedi fonte citata in calce alla Tabella 36

7.7 La gestione dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza

Per la sua complessità e rilevanza, l'ambito dell'emergenza-urgenza richiede adeguata attenzione sia nella valutazione dei suoi servizi di pronto intervento svolto dai mezzi d'emergenza (sistema del 118 e del nuovo N.U.E.- Numero Unico di Emergenza – 112), che in quelli di servizi di erogazione delle prestazioni da parte dei Servizi di Pronto soccorso. Attese le loro caratteristiche di prestazioni tempo-dipendenti, cioè di tipologia di attività dove grande rilevanza ai fini dell'efficacia riveste la tempestività dell'intervento, un'analisi adeguata richiede estrema attenzione per tutti i dati relativi alle tempistiche delle attività esaminate.

Sul punto, tuttavia, in sede istruttoria si sono riscontrate molte difficoltà nell'acquisizione di dati sufficienti ad effettuare un'adeguata valutazione della gestione degli interventi di soccorso sanitario, in particolare relativamente alle attuali modalità di gestione degli interventi dei mezzi di soccorso basate sul nuovo sistema integrato N.U.E. 112-SORES 118. In riunione di

contraddittorio[122] dalla Direzione Salute si è rappresentata la necessità che le richieste istruttorie venissero indirizzate direttamente alla Protezione Civile – Centrale Unica di Risposta 112. La necessità di estendere anche alla Protezione Civile la procedura di acquisizione istruttoria costringe a limitare, in questa prima fase di controllo, l'attività di valutazione delle attività di gestione delle richieste di soccorso sanitario, in quanto necessitano di elementi di informazione sull'intero processo di risposta alla richiesta di soccorso al momento non disponibili.

7.7.1 L'andamento generale del Percorso di Emergenza-urgenza

Una complessiva, anche se di natura necessariamente generale, valutazione del cosiddetto "percorso di Emergenza-Urgenza (non solo gestione degli interventi di soccorso ma anche attività di Pronto Soccorso) può ottenersi dall'indicatore sintetico elaborato dal *Network* di valutazione BERSAGLIO. L'analisi di tale indicatore sintetico è utile occasione per estendere l'esame complessivo della gestione del percorso di emergenza-urgenza anche ad un indicatore specifico: il tasso percentuale di abbandono delle cure di Pronto soccorso, indice che si era evidenziato per il non positivo andamento relativamente agli anni 2016 e precedenti.

Di seguito si espongono le valutazioni elaborate dal *Network* BERSAGLIO per tali indicatori.

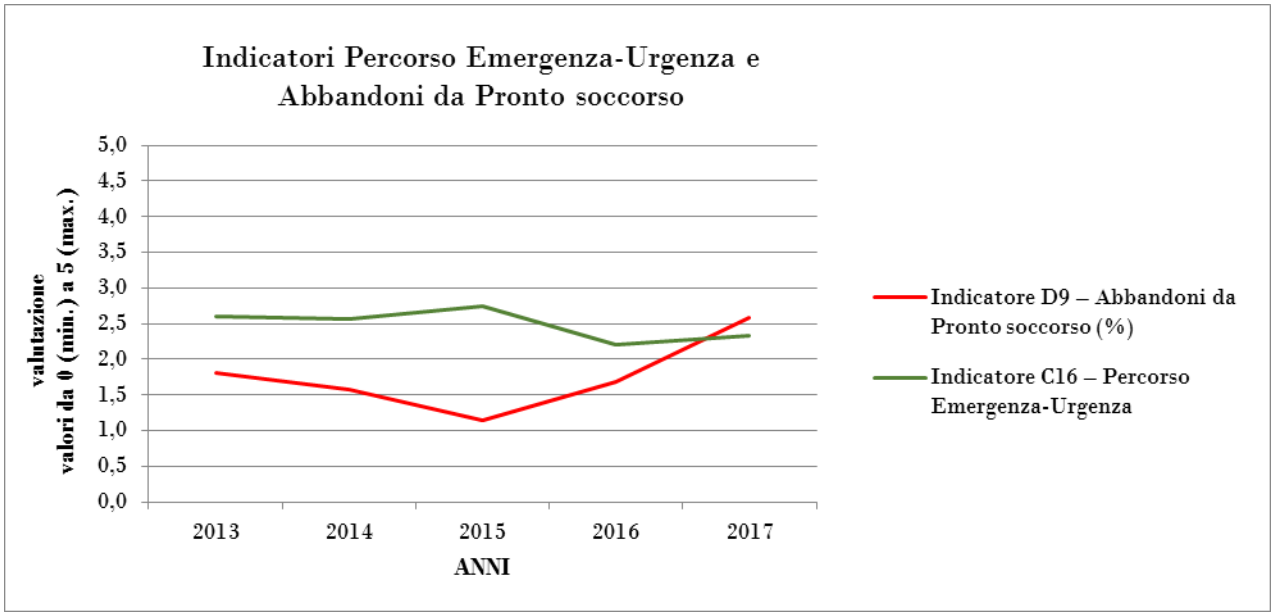
Tabella 38 - Regione Friuli Venezia Giulia – Indicatore C16 – Percorso Emergenza-Urgenza e D9 – Abbandoni da Pronto soccorso - ANNI 2013-2017

indicatori	2013	2014	2015	2016	2017
Indicatore C16 – Percorso Emergenza-Urgenza	2,60	2,56	2,74	2,21	2,32
Indicatore D9 – Abbandoni da Pronto soccorso (%)	1,82	1,58	1,14	1,68	2,58

Fonte: Elaborazione SEZIONE CONTROLLO FVG su dati valutazione BERSAGLIO per gli indicatori C16 – Percorso Emergenza-Urgenza e D9 – Abbandoni da Pronto soccorso (%) – valutazione: valore minimo 0, massimo 5.

[122] *Riunione di contraddittorio del 17 maggio 2018.*

Figura 20 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento Indicatori C16 – Percorso Emergenza-Urgenza e D9 – Abbandoni da Pronto soccorso - ANNI 2013-2017



Fonte: vedi fonte riportata in calce alla Tabella 38

Dall'esame dei dati di valutazione relativi ai due indicatori, si rileva un miglioramento nell'anno 2017 del tasso percentuale di abbandono delle cure in Pronto soccorso, anche se tale da raggiungere appena la metà della scala dei valori. Relativamente al più importante e riassuntivo indicatore relativo alla gestione dell'intero Percorso di Emergenza-Urgenza, si prende atto del suo consolidato andamento non positivo, con valore di valutazione riportato per il 2017 inferiore sia alla metà della valutazione conseguibile che di quello registrato nell'anno 2013.

7.7.2 L'Attività di soccorso sanitario prestata dal sistema 118 (e N.U.E. 112)

Come già anticipato *supra*, finora non è ancora stato possibile acquisire all'istruttoria un dato completo relativamente alla gestione delle richieste di soccorso. Pur non avendo disponibilità del dato completo, quello parziale, che non tiene conto del segmento di processo gestito dalla Centrale operativa del N.U.E.- 112, espone il seguente andamento:

Tabella 39 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento dell'intervallo temporale tra allarme e raggiungimento target da parte dei mezzi di soccorso (Griglia LEA) - ANNI 2013-2017 (minuti)

Indicatore	2013	2014	2015	2016	2017
Indicatore C16.11-Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA)	15,62	15,83	16,23	16,12	17,00

Fonte: Dati forniti dall'Amministrazione regionale nell'ambito dell'istruttoria.
Note: valori espressi in minuti.

Dall'esame dei dati della tabella appena esposta si evidenzia un *trend* negativo di progressivo peggioramento dei tempi di raggiungimento del *target* (luogo dove la chiamata richiede sia prestata

l'attività di soccorso sanitario) da parte dei mezzi di intervento.

Tale andamento negativo dei tempi di intervento sembrerebbe evidenziarsi in modo ancor più rilevante in ragione dei chiarimenti forniti dall'Amministrazione regionale in merito alle modalità di rilevazione dei dati trasmessi sulla tempistica degli interventi. In sede di contraddittorio, infatti, l'Amministrazione regionale ha chiarito che nei tempi appena esposti si dà conto solo del tempo intercorso dall'apertura della conversazione telefonica tra richiedente intervento e Sala Operativa Regionale Emergenze Sanitarie (SORES) e arrivo del mezzo di soccorso sul *target*. *P*ertanto i tempi appena esposti non tengono conto del periodo di tempo relativo alla gestione dell'attività di verifica e smistamento compiuta dalla Centrale N.U.E. 112, periodo di tempo che sappiamo - da altra fonte che più sotto si richiama -[123] essere pari mediamente a più di 90 secondi.

In merito a quanto appena esposto va ancora aggiunto che, in risposta a quesiti istruttori relativi sempre alle modalità di gestione degli interventi di soccorso sanitario, la DIREZIONE SALUTE ha tenuto a precisare che "è cambiata anche l'organizzazione dell'invio delle missioni: in precedenza la ricezione della telefonata ed invio del mezzo era di competenza di un unico operatore; ora l'attività è separata e pertanto la missione può essere inviata anche prima che finisca la comunicazione." Per tale precisazione sarebbe, invero, di qualche utilità accertarne pienamente il significato appurando quali siano gli effetti delle comunicazioni tra NUE-112 e SORES-118 ai fini dell'anticipato invio dei mezzi di soccorso e quale sia il soggetto, diverso dall'operatore SORES di riferimento, a cui è data facoltà di disporre l'invio anticipato del mezzo di soccorso.

Gli elementi informativi valutati in sede istruttoria in merito alla gestione degli interventi di soccorso sanitario, tuttavia, non sono solo quelli limitati forniti nel contraddittorio dalla DIREZIONE SALUTE. Rilevanti elementi di valutazione si sono potuti attingere dai lavori della III Commissione permanente (*Tutela della salute, servizi sociali, alimentazione, previdenza complementare e integrativa*) del Consiglio regionale della Regione Friuli Venezia Giulia, in particolare relativamente alla seduta del 26 settembre 2017, nell'ambito della quale dall'Amministrazione regionale e enti ausiliari[124] è stato presentato il documento *Relazione sulla*

---

[123] *Il riferimento è al verbale della seduta del 26 settembre 2017 della III Commissione permanente (Tutela della salute, servizi sociali, alimentazione, previdenza complementare e integrativa) del Consiglio regionale della Regione Friuli Venezia Giulia meglio individuato infra, a pag, 133, alla nota 125.*

[124] *Nel verbale si annota la presenza dei seguenti soggetti facenti capo agli organismi coinvolti nella direzione della gestione: "Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, Maria Sandra TELESCA; Direttore generale Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS) Massimo ROMANO; Direttore sanitario EGAS, Michele CHITTARO; Direttore NUE 112, Guglielmo GALASSO; Direttore Sala Operativa Regionale Emergenza Sanitaria (SORES), Vittorio ANTONAGLIA.*

performance della Sala Operativa Regionale Emergenze Sanitarie (SORES) nel periodo maggio – agosto 2017 (documento di seguito, per brevità, indicato anche come RELAZIONE).[125]

Dagli atti della seduta della III Commissione permanente si sono potuti attingere numerosi elementi informativi, sia in generale sulle attività svolte dalla Centrale del N.U.E.-112, sia in particolare relativamente agli interventi di soccorso sanitario gestiti dalla SORES.

Relativamente alla gestione N.U.E., il suo direttore ha dichiarato che "il tempo complessivo di gestione della chiamata da parte del 112 fino al passaggio all'operatore di 2° livello (operatore sanitario, Vigile del fuoco, operatore delle Forze dell'ordine) è mediamente intorno ai 90 secondi)."

Nella RELAZIONE, ancora, si legge che "Il tempo medio di attesa dell'utente dal momento in cui il 112 passa la telefonata a SORES e la risposta dell'operatore è 17.4s (non corrisponde con quello dichiarato dal 112 in quanto il secondo contiene anche il tempo della comunicazione tra 112 e 118 (nr operatore e indirizzo) e il tempo per accertare che l'utente stia parlando con l'operatore SORES. Il tempo di intervista (134 sec) è verosimilmente aumentato rispetto alle vecchie centrali in quanto ora vengono sempre comunicate anche le istruzioni precedenti all'arrivo dell'ambulanza (fino alla gestione della rianimazione cardiopolmonare). La nuova organizzazione prevede comunque nei codici elevati l'invio del mezzo prima della conclusione della telefonata."[126]

Relativamente ai tempi da rispettare nello svolgimento dell'intervento da parte degli operatori (nell'erogazione della prestazione sanitaria di soccorso – essendo prestazione 'tempo-dipendente' -, la tempistica di intervento è rilevante ai fini della valutazione dell'efficacia della prestazione) nella RELAZIONE si ricorda che "Gli standard nazionali prevedono una diversificazione dei tempi di intervento tra aree urbane ed extraurbane (entro 8 minuti le chiamate urbane, entro 20 minuti le extraurbane)."[127] Tenendo conto di tali valori-obiettivo vincolanti nel loro raggiungimento, particolare importanza acquista la valutazione dei tempi di missione rilevati per i casi più gravi trattati (codici rossi), suddivisi per tipologia di area: urbana o extraurbana, nonché per provincia, così come esposti nella figura seguente.

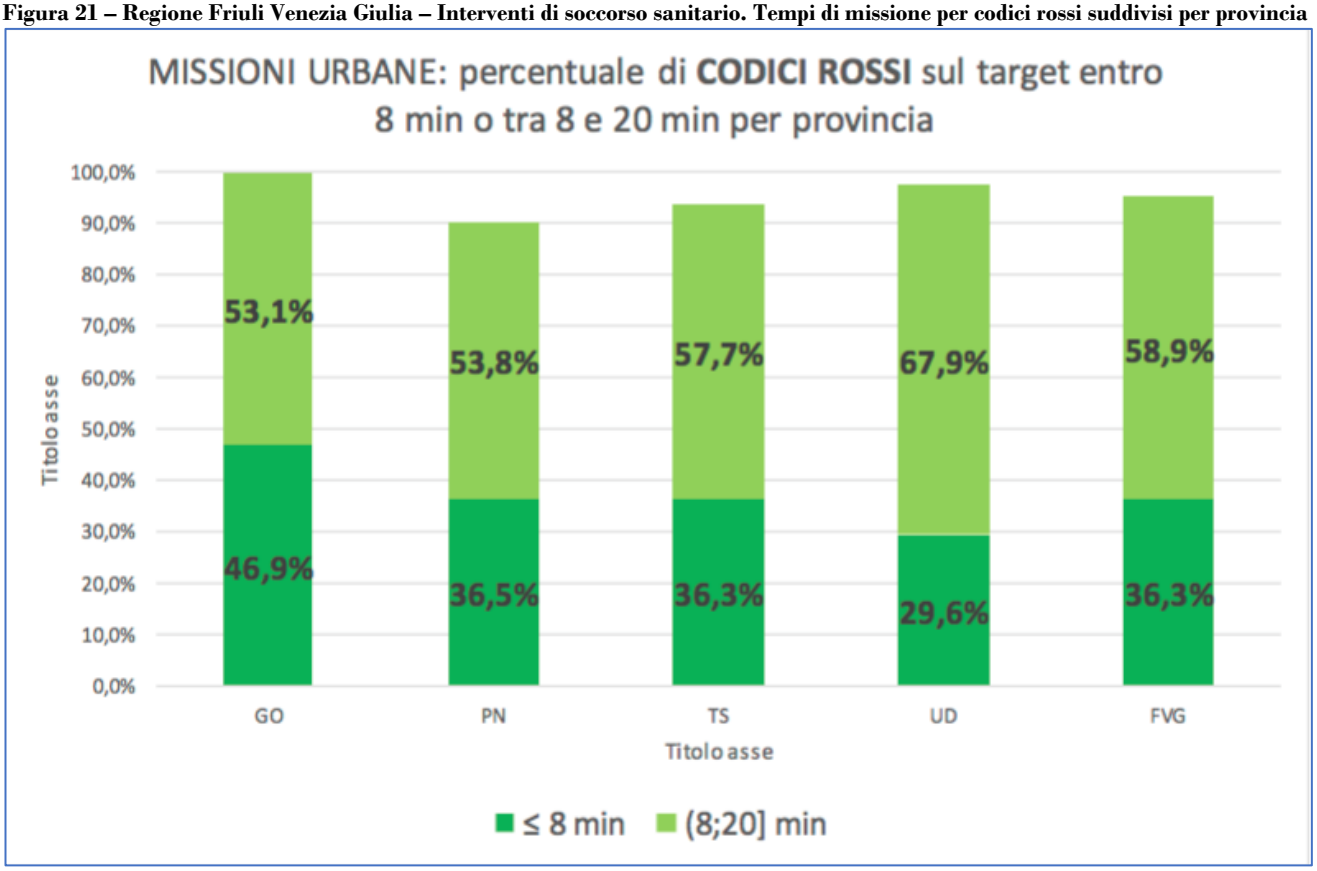
---

[125] *Il relativo verbale n. 187/UP del 26 settembre 2017, con allegata Relazione, è disponibile in formato elettronico nel sito web del Consiglio regionale, nelle pagine web dedicate a: Attività-Altri verbali, all'url http://www.consiglio.regione.fvg.it/consreg/documenti/vercomm/[20171116_124607]_810604.pdf (url disponibile al 19 febbraio 2018).*

[126] *Pagg. 1 e 2 della RELAZIONE.*

[127] *Pag. 3 della RELAZIONE.*

Figura 21 – Regione Friuli Venezia Giulia – Interventi di soccorso sanitario. Tempi di missione per codici rossi suddivisi per provincia



Fonte: ***Relazione sulla performance della Sala Operativa Regionale Emergenze Sanitarie (Sores) nel periodo maggio* – agosto 2017 allegata al verbale n. 187/UP del 26 settembre 2017 della III Commissione permanente (*Tutela della salute, servizi sociali, alimentazione, previdenza complementare e integrativa*) del Consiglio regionale della Regione Friuli Venezia Giulia (documento disponibile nel sito del Consiglio regionale, in Attività-Altri verbali, all'url http://www.consiglio.regione.fvg.it/consreg/documenti/vercomm/[20171116_124607]_810604.pdf), pag. 5.**

A integrazione dell'evidenza dei dati appena esposti, si riporta anche quanto si legge nella RELAZIONE[128] dove si specifica che "Il 75% delle missioni extraurbane [con codici di gravità gialli o rossi] raggiunge il target entro 19,9min, 13,9 min. per le urbane."

Si rileva che sia i dati esposti in figura, con un raggiungimento solo nel 36 p.c. circa dei casi dell'obiettivo di arrivo in tempo sul *target* in area urbana nel Friuli Venezia Giulia, sia i dati relativi al tempo di raggiungimento del *target* per il 75imo percentile[129] pari a 13,9 minuti, ovvero 13 minuti e 54 secondi,[130] evidenziano una situazione critica in Friuli Venezia Giulia relativamente alla gestione degli interventi di soccorso sanitario in area urbana per casi con codice di gravità più elevato, e ciò senza considerare il periodo di tempo mediamente maggiore di 90 secondi utilizzati

[128] *Pag. 4.*

[129] *In tal senso, di evento che, in una serie di eventi osservati ordinata in modo crescente, si pone in posizione immediatamente superiore al 75 per cento inferiore della stessa popolazione, deve intendersi secondo ordinaria tecnica statistica applicata all'àmbito sanitario il riferimento al 75 per cento presente nel testo citato. Soluzione diversa si porrebbe anche in contrasto con i dati contenuti in altra figura della stessa pagina della RELAZIONE, figura che qui si riporta nella Figura 21.*

[130] *Il valore indicato parrebbe doversi intendere, in modo matematico, come 13 minuti e 54 secondi, anche se viene espresso con modalità non ordinarie per un misura temporale.*

nelle procedure prodromiche gestite dalla Centrale N.U.E.-112 così come dichiarato dal Direttore della Centrale N.U.E.-112.

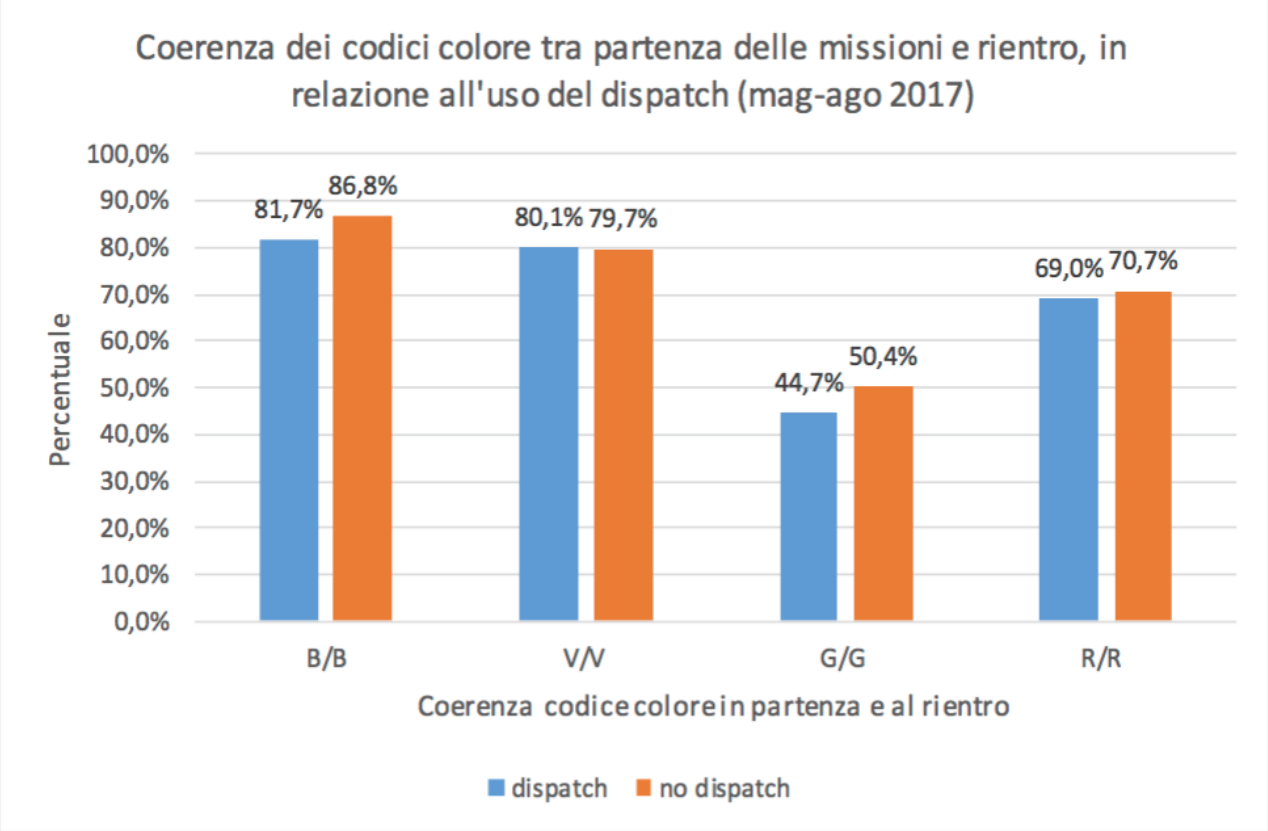
Sotto un diverso profilo, va rilevato quanto rappresentato nella RELAZIONE in merito ai benefici che sarebbero stati apportati dai cambiamenti presenti nel Piano dell'emergenza-urgenza vigente, precisando che "È necessario ricordare che il tempo di soccorso è legato fondamentalmente alla disponibilità e alla distanza del mezzo dal target: pertanto eventuali miglioramenti si hanno dove il numero di ambulanze è aumentato o dove si sono istituite le nuove postazioni ovvero nelle "zone di confine" delle vecchie centrali provinciali dove adesso si possono utilizzare i mezzi di entrambe le province: questo utilizzo "condiviso" è più frequente tra Gorizia e Udine, mentre non ha apportato benefici, per la conformazione geografica, nella zona di Trieste."[131]

Ulteriore aspetto meritevole di approfondimento appare essere quello concernente le modalità di utilizzo del "*dispatch*", ovvero del sistema di intervista "*medical priority dispatch*", "([...] il cui utilizzo estensivo [, secondo il Direttore SORES,] permetterebbe di evitare criteri di sottostima degli interventi), attualmente in uso nel 45% dei casi, che entro fine anno dovrebbe arrivare al 75% e al 90-95% come target finale entro 2 anni."[132] Di seguito si riporta la rappresentazione contenuta nella RELAZIONE con i dati di valutazione su tale strumento gestionale appena adottato.

[131] *Così a pag. 6 della RELAZIONE.*

[132] *Così dichiarato dal Direttore SORES nella seduta della III Commissione considerata (cfr. a pag. 2 del verbale citato).*

Figura 22 - Regione Friuli Venezia Giulia - Interventi di soccorso sanitario. Coerenza dei codici colore tra partenza delle missioni e rientro, in relazione all'uso del *dispatch* (mag-ago 2017)



Fonte: *Relazione sulla performance della Sala Operativa Regionale Emergenze Sanitarie (Sores) nel periodo maggio – agosto 2017* allegata al verbale n. 187/UP del 26 settembre 2017 della III Commissione permanente (*Tutela della salute, servizi sociali, alimentazione, previdenza complementare e integrativa*) del Consiglio regionale della Regione Friuli Venezia Giulia (documento disponibile nel sito del Consiglio regionale, in Attività-Altri verbali, all'url http://www.consiglio.regione.fvg.it/consreg/documenti/vercomm/[20171116_124607]_810604.pdf), pag. 4.

Con la tabella appena esposta si vuole porre in evidenzia in che misura percentuale gli operatori della Centrale di soccorso abbiano correttamente individuato nel corso della comunicazione (e conseguentemente anche comunicato ai mezzi di intervento) il livello di gravità della richiesta di soccorso. Nella tabella la rilevazione viene scomposta nelle due metodiche di comunicazione per evidenziare la maggiore o minore efficacia dei due metodi: con o senza uso del *dispatch*. I dati esposti, tuttavia, non sembrerebbero porsi in concordanza con quanto affermato dal Responsabile SORES in merito alla funzionalità del *dispatch* al fine di evitare criteri di sottostima degli interventi, anche se in tale dichiarazione il Responsabile SORES fa riferimento ad un loro "utilizzo estensivo." L'andamento dei dati rappresentato nella figura presa in esame, infatti, evidenzia, soprattutto relativamente ai codici-colore di maggior gravità: rosso e giallo, una minor efficacia dello strumento del *dispatch*, reso evidente dalla minor percentuale di coerenza (o coincidenza) tra codice di gravità dell'intervento comunicato alla partenza rispetto a quello effettivamente rilevato al rientro con l'utilizzo del *dispatch*, rispetto ad una maggior efficacia rilevata nel caso di mancato

utilizzo del detto strumento di intervista. Tenuto conto della natura della prestazione valutata: la complessiva procedura di intervento di soccorso sanitario, che è sostanzialmente una prestazione sanitaria tempo-dipendente soggetta a valutazione di appropriatezza in ragione del bilanciamento riscontrato tra benefici conseguibili (miglior individuazione del livello di gravità) e costi correlati (allungamento del tempo di intervento in ragione dell'intervista svolta), si ritiene doveroso segnalare l'opportunità di possibili approfondimenti sulle concrete metodiche utilizzate nell'applicazione della procedura.

Considerazioni finali e valutazioni complessive

L'attività di controllo trattata nella presente relazione trova la propria origine nella richiesta del Presidente della Regione Friuli Venezia Giulia di approfondire le risultanze dell'attività di monitoraggio contenute nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica regionale per l'anno 2017 presentato al Consiglio regionale della Regione Friuli Venezia Giulia il 2 febbraio 2018.

L'accoglimento della richiesta della Giunta regionale uscente di verificare le considerazioni svolte nel documento già presentato ha costituito per la Sezione di controllo una proficua occasione di approfondire l'esame complessivo del settore dei servizi pubblici costituito dal sistema sanitario regionale.

Alla luce di tale circostanza, la Sezione ha ritenuto di sospendere l'invio del rapporto al fine di consentire all'amministrazione regionale di procedere ad una lettura unitaria delle risultanze del presente controllo sulla gestione della sanità, con quelle del rapporto sul coordinamento.

Gli adempimenti istruttori e soprattutto la laboriosa attività di contraddittorio svolta nelle riunioni con l'amministrazione regionale hanno permesso di delineare un quadro preoccupante di funzionalità del governo regionale, in parte anche dovuto ad un sistema informatico carente nel reperire e garantire i dati necessari per svolgere un'efficiente attività di governo, di controllo di gestione e monitoraggio delle attività nel complesso sistema sanitario regionale. Tali criticità sulla poca efficienza degli strumenti informativi e direzionali, in assenza di indicatori di un'efficace correzione, era già stata evidenziata e segnalata dalla Sezione in precedente attività di controllo svolta nell'anno 2010. Alla scarsità di informazioni, dovuti prevalentemente alla mancanza di validi strumenti informatici di verifica, si aggiunge l'analisi di un'attività di controllo e vigilanza direzionale, esercitata sia a livello direzionale regionale che a livello aziendale, che presenta delle criticità sia in termini di sostanziale incidenza effettiva sull'andamento della *governance* sanitaria, sia in termini di miglioramento dell'efficienza ed efficacia dei servizi erogati.

Il coordinamento della presente attività di controllo con quelle svolte in ambito nazionale dalla Sezione delle Autonomie della Corte dei conti ha, poi, permesso di evidenziare, in un approccio comparatistico interregionale, il peggioramento registrato nell'anno 2016, rispetto all'anno 2012, nelle dotazioni delle strutture ospedaliere pubbliche regionali, con un decremento di

impianti, apparecchiature e attrezzature disponibili in Friuli Venezia Giulia manifestatosi in misura ben più ampia rispetto a quanto mediamente accaduto nella altre regioni. Il decremento della disponibilità di tali beni strumentali si pone in concordanza con altro fenomeno già evidenziato nel precedente Rapporto, ovvero la diminuzione di concorrenzialità nel confronto con le altre regioni dei servizi ospedalieri offerti dagli enti sanitari del Friuli Venezia Giulia. La perdita di concorrenzialità si è manifestata sia in una diminuzione del saldo positivo derivante dalla differenza tra i servizi offerti a cittadini di altre regioni e quelli richiesti dai residenti del Friuli Venezia Giulia a strutture sanitarie di altre regioni, sia da una diminuzione della complessità/valore dei servizi ospedalieri offerti, rappresentata dall'indicatore sintetico ministeriale – indice di *case-mix* –, il cui peggioramento era già visibile analizzando i dati dell'anno 2010.

I dati elaborati dalla Sezione delle Autonomie hanno anche permesso di ribadire con maggior evidenza quanto già rilevato più volte in passato dall'attività di controllo svolto dalla Sezione di controllo del Friuli Venezia Giulia relativamente ad un peso dei costi per il personale eccessivo rispetto all'attività svolta. La relazione dell'Organo magistratuale nazionale ha evidenziato come solo altre tre regioni sopportino costi per il personale in misura maggiore di quanto fatto in Friuli Venezia Giulia, che comunque presenta un valore molto più elevato rispetto alla media nazionale.

Tale dato, letto assieme a valori di degenza media ospedaliera rilevati in Friuli Venezia Giulia superiori ai valori obiettivo ricercati, soprattutto nell'area chirurgica, espone un quadro di non adeguata efficienza del sistema sanitario regionale (rilevato anche per il sistema di gestione degli interventi di emergenza-sistema 118) che trova parziale compensazione in un moderato miglioramento rispetto al 2013 dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere – sebbene ancora con risultati che non riescono a raggiungere una valutazione superiore alla media – e in una sostanziale invarianza dei buoni livelli di appropriatezza chirurgica raggiunti già nel 2013 (ma con una lieve diminuzione dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e di quella, già fortemente negativa, diagnostica), della gestione di alcune patologie croniche, e in una diminuzione dei ricoveri ospedalieri. La diminuzione complessiva dei ricoveri in Friuli Venezia Giulia non sembra, tuttavia, potersi interpretare con certezza nel senso di un miglioramento della qualità, tenendo conto che tale indicatore presuppone una sua buona rappresentatività della qualità e efficienza dei sistemi sanitari solo se accompagnato anche da una degenza media dei ricoveri ordinari ospedalieri di breve durata.

Si rileva inoltre un più elevato costo medio sostenuto dagli enti di ricovero in rapporto alle attività svolte (costo per punto DRG), che è sicuramente influenzato da molteplici fattori (es, età avanzata, co-patologie, cronicità, etc.) e che si accompagna ad incremento delle necessità di finanziamento nell'anno 2017. A tale incremento delle esigenze di finanziamento nel 2017 consegue, quindi, la necessità di integrare il Rapporto sulla base dei dati ad oggi disponibili rispetto a quelli precedentemente fruibili per la gestione sino all'esercizio 2016. I nuovi dati disponibili collocano la Regione Friuli Venezia Giulia ai livelli di spesa pro capite per la gestione del servizio sanitario più elevati in ambito nazionale.

Tale circostanza, unitamente alle difficoltà riscontrate nella *governance* sanitaria, con particolare attenzione alla riduzione dell'efficienza, si presenta significativa anche considerando gli elementi raccolti relativamente alle modalità con le quali la Regione Friuli Venezia Giulia sta recependo importanti principi generali di sistema sull'armonizzazione contabile e controllo della spesa, ribaditi nella legislazione nazionale e presidiati dagli Organi Ministeriali.

I mancati adempimenti regionali rispetto agli obblighi di trasparenza e coerenza delle evidenze contabili unitamente alla gestione degli obblighi di riesame e correzione di risultati di gestione degli enti pubblici di ricovero regionali non in linea rispetto ai generali parametri di efficienza, efficacia ed economicità ribaditi dalla legislazione nazionale con i cc.dd. piani di rientro delle aziende ospedaliere, evidenziano un sistema regionale nel Friuli Venezia Giulia che trova difficoltà nel fare proprio un sistema di trasparente rendicontazione delle attività quale base di confronto teso al miglioramento del rapporto costi/benefici delle attività svolte. Solo attraverso tale confronto, è infatti possibile migliorare il rapporto tra i servizi resi dagli enti pubblici ai cittadini e i sacrifici economici che ai cittadini sono richiesti nel loro contributo fiscale. L'assenza di trasparente confronto del rapporto costi/benefici delle attività svolte impedisce agli enti pubblici gestori la verifica di quel principio fondamentale di buona amministrazione che l'art. 97 della Costituzione al suo secondo comma ribadisce.

Nel confidare che le conclusioni raggiunte con il presente controllo siano di ausilio all'amministrazione regionale nel determinare le proprie politiche di intervento nel settore sanitario, si rappresenta che la Sezione proseguirà nel monitoraggio della spesa sanitaria anche nel prosieguo della propria attività.

Sommario

PREMESSA FINALITÀ, ASPETTI METODOLOGICI E PROCEDIMENTALI DELL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO SVOLTA 5

1 FINALITA', CONTESTUALIZZAZIONE E METODOLOGIA DELL'ATTIVITA' DI CONTROLLO IN ESAME 6

1.1 Contestualizzazione dell'attività di controllo 6

1.2 Finalità e metodologia generale di trattazione della relazione 7

1.2.1 Il Rapporto di coordinamento: sintesi dei dati utilizzati 9

1.2.2 Il Rapporto di coordinamento: sintesi delle valutazioni sottoposte a verifica 10

1.2.3 Determinazione del periodo di riferimento per l'esame svolto nell'attività di controllo 11

1.3 Metodologia dell'attività di acquisizione degli elementi istruttori e criticità rilevate 11

1.3.1 Dati e documenti trasmessi dalla Regione Friuli Venezia Giulia: alcune annotazioni ..12

1.3.2 Pubblicazioni depositate dall'Amministrazione regionale redatte da Istituti di ricerca e consulenza diversi dagli Organismi di vigilanza e governo del Sistema sanitario previsti dalla normativa 13

2 ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E GESTIONE DEL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO . 15

2.1 L'armonizzazione contabile quale area di definizione obbligata dell'assetto istituzionale e organizzativo 15

2.2 Assetto istituzionale e organizzativo: le finalità e i principi del riordino istituzionale e organizzativo posti dalla l.r. n. 17/2013 17

2.2.1 Assetto istituzionale e organizzativo e prima applicazione della l.r. n. 17/2014: il riordino delle aziende 18

2.2.2 Assetto istituzionale e organizzativo, avvio delle aziende sanitarie universitarie integrate e la (mancata) attuazione in Friuli Venezia Giulia della normativa nazionale sui piani di rientro degli enti di ricovero 23

2.3 La programmazione generale e il controllo periodico: disciplina generale e criticità dei processi 27

3 OBIETTIVI PROGRAMMATI E VALUTAZIONE: UN ESAME DELLE PROCEDURE. 32

4 GOVERNANCE DEL SISTEMA, CONTROLLI E SISTEMI INFORMATIVI 36

4.1 *Governance* del Servizio Sanitario Regionale: il presidio della Direzione centrale salute e le sue funzioni. 36

4.1.1 Governo del sistema e gestione delle informazioni nel Sistema sanitario regionale: una rilevante criticità nella *governance* 37

4.1.2 Coordinamento, controlli, vigilanza e misure correttive: inefficienza della gestione dell'informazione e ricadute negative di sistema. Alcuni esempi 43

4.1.3 Criticità del sistema di *governance* regionale del Sistema sanitario regionale: un fenomeno già rilevato ma non risolto? 56

5 LA RIFORMA DELLE FORME ORGANIZZATIVE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA 59

5.1 Le finalità generali della riforma delle forme organizzative dell'assistenza primaria 59

5.2 Le nuove forme organizzative dell'assistenza primaria: finalità e caratteristiche 63

5.2.1 Le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) 64

5.2.2 La medicina di gruppo 66

5.2.3 I centri di assistenza primaria (CAP) 68

5.2.4 I presidi ospedalieri per la salute 69

5.3 Le nuove forme organizzative dell'assistenza primaria: il fascicolo sanitario elettronico come strumento di coordinamento, gestione e condivisione delle informazioni 70

5.4 Lo stato di attuazione della riforma delle forme organizzative dell'assistenza primaria: valutazione delle informazioni disponibili 71

5.4.1 Struttura, funzionamento e attività delle nuove forme organizzative dell'assistenza primaria: l'insufficiente informazione conseguente all'indisponibilità di sistemi di controllo 72

5.4.2 La riforma dell'assistenza primaria: indicatori indiretti di valutazione dell'efficacia 74

5.4.3 Nuove forme organizzative dell'assistenza primaria e condivisione delle informazioni: il fascicolo sanitario elettronico 82

5.4.4 Centri di assistenza primaria, attivazione formale e possesso dei requisiti sostanziali e giuridici: una ricognizione 86

5.4.5 Centri di assistenza primaria: programmazione regionale di attivazione e risultati conseguiti 88

5.5 Riforma delle forme organizzative dell'assistenza primaria: alcune osservazioni sulle criticità rilevate 89

5.6 Riforma delle forme organizzative di assistenza primaria: valutazione riassuntiva dello stato di attuazione sulla base dei numerosi elementi valutati 90

6 ANDAMENTO DELLA GESTIONE ECONOMICA E PATRIMONIALE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE E RISPETTO DEGLI EQUILIBRI DI FINANZIAMENTO TRA LE AREE DI ASSISTENZA 91

6.1 Il contesto del finanziamento e della spesa del sistema rappresentato nel RAPPORTO aggiornato con i primi dati relativi al 2017 91

6.2 Il rispetto dei vincoli della legge di riforma nella ripartizione della spesa sanitaria fra le varie aree di assistenza. 96

6.3 Costi del personale e disponibilità di apparecchiature per l'assistenza sanitaria: alcuni dati dalla comparazione interregionale svolta in sede di coordinamento nazionale 100

7 ANDAMENTO GENERALE DELLA GESTIONE SANITARIA: alcuni ELEMENTI DI VALUTAZIONE 106

7.1 Qualità dei servizi ospedalieri e competitività del servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia nel confronto interregionale: La mobilità interregionale 106

7.2 La qualità e l'efficienza del sistema dei servizi ospedalieri nella lettura degli indici sintetici del Ministero della Salute 109

7.3 Il rapporto tra complessità e risorse utilizzate: il costo medio per punto DRG 115

7.4 Patologie croniche e di soggetti anziani: alcuni indicatori 115

7.5 Appropriatezza 117

7.6 La prevenzione vaccinale 118

7.7 La gestione dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza 123

7.7.1 L'andamento generale del Percorso di Emergenza-urgenza 124

7.7.2 L'Attività di soccorso sanitario prestata dal sistema 118 (e N.U.E. 112) 125

Considerazioni finali e valutazioni complessive 132

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 - Regione Friuli Venezia Giulia - Tempestività degli adempimenti della Giunta regionale nelle attività di programmazione e controllo economici periodici – ANNI 2014-2017..... 29

Tabella 2 - Regione Friuli Venezia Giulia - Tempestività degli adempimenti della Giunta regionale nelle attività di programmazione del Sistema sanitario regionale – ANNI 2014-2018 30

Tabella 3 - Regione Friuli Venezia Giulia - Obblighi di attivazione di Centri di assistenza primaria - Quantificazione numerica regionale..... 48

Tabella 4 – Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento della degenza media per DRG chirurgici –Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici – ANNI 2014-2017 53

Tabella 5 – Capacità di Governo della domanda – tassi standardizzati di ospedalizzazione nelle Regioni aderenti al Network bersaglio - ANNI 2013-2017 (valori di valutazione sintetica)..... 75

Tabella 6 - Tassi di ospedalizzazione per regione, tipo attività e regime di ricovero (per 1.000 abitanti) - Anni 2013 e 2016..... 77

Tabella 7 - Degenza media (giorni) per regione, tipo attività e tipo istituto - Dimissioni in Regime ordinario -Acuti - Anno 2016..... 78

Tabella 8 - Degenza media (giorni) di pazienti anziani per regione - Dimissioni in Regime ordinario -Acuti - Anno 2016 78

Tabella 9 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento della degenza media per DRG chirurgici –Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici e DRG Medici– ANNI 2014-2017 79

Tabella 10 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento dell'integrazione ospedale-Territorio e del percorso emergenza-urgenza – ANNI 2013-2017..... 81

Tabella 11 - Spesa sanitaria corrente di CE per regione - ANNI 2012-2016 (Euro pro capite)..... 91

Tabella 12 - Bilancio consolidato del Sistema sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia. Previsione e consuntivo. ANNI 2015, 2016, 2017 (in milioni di Euro)..... 94

Tabella 13 - Risultato d'esercizio degli Enti del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia inclusi nel consolidato regionale – ANNI 2016 e 2017(Euro) 96

Tabella 14 Regione Friuli Venezia Giulia - Costi per livelli di assistenza delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere regionali – ANNI 2013-2016 97

Tabella 15 - Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro - ANNI 2010-2015 (euro) 98
Tabella 16 – Aziende del Sistema Sanitario del Friuli Venezia Giulia – Obiettivo e risultati di spesa pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro - ANNI 2015-2016 (euro) 99
Tabella 17 - Costo del personale per Regione e Prov. Aut. - Conto Economico degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016 101
Tabella 18 - Incidenza Costo del personale sul Valore della produzione per Regione e Prov. Aut. - Conto Economico degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016 101
Tabella 19 - Immobilizzazioni (Immateriali, Materiali e Finanziarie) - Modello di rilevazione di Stato Patrimoniale degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016 102
Tabella 20 - Impianti e macchinari - Modello di rilevazione di Stato Patrimoniale degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016 104
Tabella 21 - Attrezzature scientifiche - Modello di rilevazione di Stato Patrimoniale degli enti del Servizio sanitario a livello regionale – 2012-2016 104
Tabella 22 - Regione Friuli Venezia Giulia – Saldi di mobilità interregionale nell'acquisto di prestazioni sanitarie – ANNI 2012-2016 106
Tabella 23 - Regione Friuli Venezia Giulia – Ricoveri sanitari dei residenti del Friuli Venezia Giulia in altre Regioni e ricoveri sanitari di residenti di altre Regioni in Friuli Venezia Giulia - ANNI 2013-2016 109
Tabella 24 - Indice di case-mix (ICM) e Indice comparativo di performance (ICP) - Attività per Acuti In Regime ordinario nelle Regioni – Anno 2016. 110
Tabella 25 - Indice di case-mix (ICM) - Attività per Acuti In Regime ordinario nelle Regioni – Valori - ANNI 2000, 2010, 2013, 2016 111
Tabella 26 - Indice di case-mix (ICM) - Attività per Acuti In Regime ordinario nelle Regioni – Posizioni relative nella classifica delle regioni - ANNI 2000, 2010, 2013, 2016 112
Tabella 27 - Indice comparativo di performance (ICP) - Attività per Acuti In Regime ordinario nelle Regioni – Valori - ANNI 2000, 2010, 2013, 2016 113
Tabella 28 - Indice comparativo di performance (ICP) - Attività per Acuti In Regime ordinario nelle Regioni – Posizioni relative nella classifica delle regioni - ANNI 2000, 2010, 2013, 2016 114
Tabella 29 - Regione Friuli Venezia Giulia – Indicatore F18 Costo medio per punto DRG - ANNI 2013-2017 115
Tabella 30 - Regione Friuli Venezia Giulia – Indicatore C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche - ANNI 2013-2017 116
Tabella 31 - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario- ANNI 2010-2015 116
Tabella 32 - Regione Friuli Venezia Giulia – Indicatore di appropriatezza - ANNI 2013-2017 118

Tabella 33 - Vaccinazioni dell'età pediatrica - Esavalente - Coperture vaccinali nelle regioni a 24 mesi - Anno 2017 (coorte 2015) (per 100 abitanti) 119
Tabella 34 - Vaccinazioni dell'età pediatrica - Trivalente - Coperture vaccinali nelle regioni a 24 mesi - Anno 2017 (coorte 2015) (per 100 abitanti) 120
Tabella 35 - Regione Friuli Venezia Giulia – Indicatore B7 - Copertura Vaccinale - ANNI 2013-2017 ... 121
Tabella 36 - Vaccinazione antinfluenzale in Italia: coperture vaccinali negli anziani (età >= 65 anni) (per 100 abitanti) Stagioni 1999-2000/2017-2018 122
Tabella 37 - Vaccinazione antinfluenzale in Italia: coperture vaccinali negli anziani (età >= 65 anni) (per 100 abitanti) Stagioni 1999-2000/2017-2018 (-SEGUE-) 123
Tabella 38 - Regione Friuli Venezia Giulia – Indicatore C16 – Percorso Emergenza-Urgenza e D9 – Abbandoni da Pronto soccorso - ANNI 2013-2017 124
Tabella 39 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento dell'intervallo temporale tra allarme e raggiungimento target da parte dei mezzi di soccorso (Griglia LEA) - ANNI 2013-2017 (minuti) 125

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento della degenza media per DRG chirurgici –Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici – ANNI 2014-2017 54
Figura 2 - Capacità di Governo della domanda – tassi standardizzati di ospedalizzazione nelle Regioni aderenti al Network bersaglio. ANNI 2013-2017 (valori di valutazione sintetica) 76
Figura 3 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento della degenza media per DRG chirurgici –Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici e DRG Medici– ANNI 2014-2017 80
Figura 4 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento dell'integrazione ospedale-Territorio e del percorso emergenza-urgenza – ANNI 2013-2017 81
Figura 5 - Numero dei medici di medicina generale/pediatri di libera scelta (MMG/PLS) che hanno utilizzato il fascicolo sanitario elettronico (FSE) rispetto al numero totale del MMG/PLS titolari abilitati al FSE nelle Regioni – III Trimestre 2017 (dato cumulato) 83
Figura 6 - Numero dei medici di medicina generale/pediatri di libera scelta (MMG/PLS) che hanno utilizzato il fascicolo sanitario elettronico (FSE) rispetto al numero totale del MMG/PLS titolari abilitati al FSE nelle Regioni –I Trimestre 2018 (dato cumulato) 83
Figura 7 - Numero di Patient Summary popolati da MMG/PLS titolari rispetto al numero complessivo di fascicoli sanitari elettronici attivati nelle Regioni – I Trimestre 2018 (dato cumulato)..... 84
Figura 8 - Spesa sanitaria corrente di CE per regione - ANNI 2012-2016 (Euro pro capite)..... 93

Figura 9 - Spesa sanitaria corrente di CE nazionale e nella Regione Friuli Venezia Giulia - ANNI 2012-2016 (Euro pro capite) 94
Figura 10 - Bilancio consolidato del Sistema sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia. Previsione e consuntivo. ANNI 2015, 2016, 2017 (in milioni di Euro) 95
Figura 11 - Residenti di Altre regioni che acquistano prestazioni sanitarie dal S.S.R. del Friuli Venezia Giulia – Andamento del valore delle prestazioni acquistate – ANNI 2012-2016 107
Figura 12 - Residenti nella Regione Friuli Venezia Giulia che acquistano prestazioni sanitarie da Altre Regioni – Andamento del valore delle prestazioni acquistate - ANNI 2012-2016 108
Figura 13 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento dei saldi di mobilità interregionale nell'acquisto di prestazioni sanitarie – ANNI 2012-2016 108
Figura 14 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento dei ricoveri sanitari dei residenti del Friuli Venezia Giulia in altre Regioni e dei ricoveri sanitari di residenti di altre Regioni in Friuli Venezia Giulia - ANNI 2013-2016 109
Figura 15 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento dell'indicatore F18 Costo medio per punto DRG - ANNI 2013-2017 115
Figura 16 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento indicatore C11a Efficacia assistenziale delle patologie croniche - ANNI 2013-2017 116
Figura 17 - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario- ANNI 2010-2015 117
Figura 18 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento di indicatore di appropriatezza - ANNI 2013-2017 118
Figura 19 - Regione Friuli Venezia Giulia – Indicatore B7 - Copertura Vaccinale - ANNI 2013-2017..... 122
Figura 20 - Regione Friuli Venezia Giulia – Andamento Indicatori C16 – Percorso Emergenza-Urgenza e D9 – Abbandoni da Pronto soccorso - ANNI 2013-2017 125
Figura 21 – Regione Friuli Venezia Giulia – Interventi di soccorso sanitario. Tempi di missione per codici rossi suddivisi per provincia 128
Figura 22 - Regione Friuli Venezia Giulia - Interventi di soccorso sanitario. Coerenza dei codici colore tra partenza delle missioni e rientro, in relazione all'uso del dispatch (mag-ago 2017)..... 130

CONTROLLO SULLA GESTIONE AFFERENTE AL SETTORE DELLA SANITÀ REGIONALE
ANNI 2014-2017 - I REFERTO