



PRÜFSTELLE
ORGANISMO DI VALUTAZIONE

Audit

***sul buon andamento dell'azione amministrativa
nell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige
con riferimento***

***a) all'istituzione di un modello di controllo interno e
b) al recupero dei crediti***

Auditors:

Gilbert Gasser

Eva Maria Kofler

Bolzano, dicembre 2017



Anschrift / Indirizzo

Prüfstelle / Organismo di valutazione

39100 Bolzano/Bozen, corso Libertà/Freiheitsstraße 66

tel. 0471 402 212

fax: 0471 260 114

pruefstelle@landtag-bz.org

organismodivalutazione@consiglio-bz.org

PEC: pruefstelle.organismovalutazione@pec.prov-bz.org

www.landtag-bz.org/de/pruefstelle.asp

www.consiglio-bz.org/it/organismo-di-valutazione.asp



INDICE

I.	Contesto normativo, motivazione e finalità dell'audit.....	4
II.	Ambito e approccio metodologico	4
III.	Presentazione dello stato di fatto	6
IV.	Conclusioni.....	10
V.	Raccomandazioni.....	11
VI.	Follow-up.....	12

I. Contesto normativo, motivazione e finalità dell'audit

Ai sensi della lettera e) del comma 1 dell'articolo 24 della legge provinciale n. 10/1992, l'Organismo di valutazione "redige una relazione sulla legittimità, l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa della Provincia e degli enti dipendenti", dei quali fa parte anche l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

Pertanto, nell'esercizio di tale funzione, in sede di elaborazione del programma di lavoro dell'Organismo di valutazione per il 2017 si è deciso di sottoporre a un audit l'Azienda sanitaria.

In applicazione della succitata prescrizione di legge, l'obiettivo della verifica è quello di fare alcune valutazioni di fondo sul buon andamento dell'azione amministrativa relativamente alla realizzazione di un modello di controllo e al recupero crediti dell'Azienda sanitaria.

II. Ambito e approccio metodologico

Nel rispetto della prescrizione di legge, si scelgono dunque due tematiche specifiche in un ente dipendente dalla Provincia. La presente verifica contiene elementi di un'analisi di economicità nonché elementi di un'analisi organizzativa e di sistema.

Nell'insieme dell'azione amministrativa dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige sono stati individuati – anche in virtù della loro importanza attuale ovvero prioritaria – dei temi ovvero aspetti specifici per poi sottoporli a un'analisi più approfondita.

Il primo oggetto di questa verifica è una **tematica strutturale**: l'istituzione di un modello di controllo interno. Si passa quindi ad analizzare una **tematica procedurale**, cioè il recupero dei crediti, compresa la procedura unificata per solleciti e messa in mora, finalizzata al recupero dei crediti nei confronti di pazienti privati¹.

Nella presente analisi l'Organismo di valutazione si attiene agli standard INTOSAI².

¹ I crediti nei confronti di pazienti stranieri non sono oggetto di questa verifica.

² Si tratta delle "Direttive sulle norme interne di controllo nel settore pubblico" e della "Guida ai resoconti sull'efficacia dei controlli interni".

Soprattutto riguardo al recupero dei crediti, l'analisi si è focalizzata sui seguenti aspetti:

- **principio della trasparenza:** regolamentazione chiara, dettagliata e trasparente degli iter operativi
- **automatismi di controllo e principio "dei quattro occhi":** recepimento sistematico di controlli nell'iter operativo; tali controlli possono avvenire con strumenti informatici o attraverso verifiche incrociate
- **principio della separazione delle funzioni:** funzioni incompatibili non dovrebbero essere riunite in una persona o ripartizione – conseguente separazione tra le funzioni decisionale, esecutiva e di controllo
- **obbligo di astensione in caso di parzialità** – sua definizione e osservanza
- **principio dei "diritti minimi":** i diritti di accesso e utilizzo dei dati devono essere adeguatamente limitati
- **principio di archiviazione e tracciabilità:** i procedimenti devono essere adeguatamente documentati, e tale documentazione deve permettere di ricostruirli
- **principio della ponderazione costi-benefici:** i costi e l'impiego di risorse per i controlli devono essere proporzionati al rischio che s'intende scongiurare (cioè a entità e probabilità del danno).

La presente verifica si è svolta attraverso diversi colloqui e interviste – basati su una serie predisposta di domande – coi competenti responsabili della ripartizione economico-finanziaria.

III. Presentazione dello stato di fatto

a) Istituzione di un modello di controllo interno

In linea di principio, un efficace "sistema di meccanismi di controllo" è un fattore determinante affinché un'azienda funzioni in modo regolare e corretto. Esso comprende tutte le varie misure di monitoraggio direttamente o indirettamente integrate negli iter operativi espletati dai dirigenti e dai collaboratori. L'obiettivo è rendere sicuri i diversi processi attraverso il rilevamento e la gestione dei possibili rischi. Le misure di monitoraggio indipendenti dai vari procedimenti sono applicate contestualmente alle revisioni interne, e consistono nel verificare strutture, attività e procedure interne all'organizzazione.

In questo senso, e ai sensi dell'articolo 24 citato in apertura, l'Organismo di valutazione ha effettuato una propria rilevazione per verificare il grado di implementazione di un modello di controllo interno all'azienda. L'introduzione di tale sistema è stata definita dalla Giunta provinciale³ come obiettivo per il 2016 nelle linee d'indirizzo programmatiche per l'Azienda sanitaria sulla base della metodologia *Balance Scorecard*⁴.

Il fine istituzionale di questo modello di controllo interno è ottimizzare i procedimenti aziendali necessari a garantire la certificabilità di dati e bilanci dell'Azienda sanitaria. A tale scopo è stato elaborato il progetto per la certificazione del bilancio dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige (PAC⁵). Del supporto e dell'assistenza necessari ad attuare le misure per raggiungere gli standard organizzativi, contabili e procedurali è stato incaricato, mediante gara, un operatore esterno⁶. Nel maggio 2017 il soggetto incaricato ha iniziato tali attività. Successivamente sono state svolte le seguenti attività, al fine di analizzare la situazione organizzativa e strutturale dell'Azienda sanitaria, fare una diagnosi e indicare le misure correttive da prendere:

³ Delibera 1° settembre 2015, n. 1019.

⁴ Con delibera della Giunta provinciale 25 luglio 2005, n. 2700, si è deciso di servirsi della metodologia *Balance Scorecard* per elaborare le linee d'indirizzo programmatiche annuali dell'Azienda sanitaria. La *Balanced Scorecard* (BSC) è un metodo per attuare una strategia aziendale. (Per la sua grande flessibilità, applicabile a ogni aspetto, la BSC è uno strumento che consente di realizzare un sistema di gestione integrata tale da permettere ai dirigenti non solo di considerare gli aspetti finanziari ma anche d'intervenire in base agli indicatori strutturali. Col metodo della BSC ci si propone dunque di indirizzare l'attenzione della dirigenza da una prospettiva tradizionale, focalizzata sugli aspetti finanziari, a una visione comprendente tutti gli aspetti rilevanti, per giungere a un quadro d'insieme equilibrato (ingl. *balanced*). Questa prospettiva più ampia permette di prendere misure più concrete al fine di orientare l'organizzazione nel senso degli obiettivi stabiliti. La forza della BSC sta però nel fatto che vi si possono far rientrare p. es. fattori ambientali o il bilancio ecologico, come anche punti di vista degli stakeholders o fattori specifici del settore.)

⁵ Percorso attuativo di certificabilità. In attuazione delle indicazioni e delle linee guida di cui al decreto ministeriale 1° marzo 2013, la Giunta provinciale, con delibera n. 213 del 23 febbraio 2016, ha approvato il percorso attuativo di certificabilità (PAC) dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

⁶ Delibera del direttore generale n. 2016-A-000534 del 31 dicembre 2016.

- diagnosi degli assetti organizzativi,
- analisi e valutazione del sistema di controllo interno,
- analisi e valutazione del sistema informatico,
- analisi degli iter amministrativi con particolare riguardo agli aspetti contabili.

Nell'ambito di queste indagini e valutazioni l'operatore incaricato ha svolto una serie di colloqui con collaboratori e dirigenti.

A settembre l'operatore esterno ha presentato all'Azienda sanitaria una prima relazione intermedia sulle succitate attività e colloqui. Questa valutazione tocca molti ambiti, fra cui i seguenti, che riguardano la nostra verifica:

1. diagnosi degli assetti organizzativi, in primo luogo dei procedimenti e poi delle strutture stesse
2. analisi e valutazione del sistema di controllo interno negli ambiti:
 - modello organizzativo ed effetti sul sistema di controllo interno
 - sistema procedurale
 - competenze e deleghe
 - gestione del rischio
 - sicurezza sul lavoro
3. Analisi delle procedure amministrativo-contabili negli ambiti:
 - inventario materiale
 - conti d'ordine
 - corretto rilevamento delle immobilizzazioni
 - accantonamento per rischi e oneri

Quindi sono state tratte le relative conclusioni, e definite le azioni da compiere, i tipi d'intervento e le tempistiche di attuazione.

L'operatore ha un incarico triennale di supporto dell'Azienda sanitaria nell'attuazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali e nella realizzazione di un modello di controllo interno.

Secondo le linee d'indirizzo programmatico per il 2016⁷, lo sviluppo del sistema di controllo interno (procedure amministrative e sanitarie) è l'obiettivo principale, mentre la definizione e realizzazione di una funzione di controllo interna sono l'obiettivo intermedio.

Ai sensi delle norme vigenti⁸ è necessario che l'Azienda sanitaria sviluppi ulteriormente l'attività di controllo interno e istituisca un servizio di auditing interno. L'introduzione di una funzione di controllo interna consente di monitorare su base costante sia le prestazioni economiche e sanitarie sia l'efficacia e l'efficienza della conduzione aziendale, contribuendo così alla continua crescita qualitativa.

Dalla rilevazione eseguita risulta che, al momento, l'implementazione del modello di controllo interno procede e che sono già state prese delle misure preparatorie. Il progetto nel suo insieme è però ancora allo stadio iniziale.

L'Organismo di valutazione rileverà periodicamente l'ulteriore procedere della realizzazione.

b) Recupero crediti nonché procedura unificata per solleciti e messa in mora finalizzati al recupero dei crediti nei confronti di pazienti privati

In applicazione dell'articolo 5 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, il 1° gennaio 2007 è stata istituita l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige. Le quattro Aziende sanitarie di Merano, Bolzano, Bressanone e Brunico sono state trasformate in comprensori sanitari e incorporate nella nuova Azienda, che è un ente strumentale con autonomia amministrativa. Con l'unificazione dei sistemi e delle procedure amministrative dell'intera Azienda sanitaria, l'incasso dei crediti dovrebbe avvenire in modo unitario ed efficiente. Rispetto al totale dei crediti, quelli nei confronti di privati non hanno un grosso impatto sul bilancio dell'Azienda sanitaria. I crediti ammontano complessivamente a 311 milioni di euro, a fronte di 9 milioni di euro verso pazienti privati: si tratta dunque del 2,89%.⁹ Nondimeno bisogna garantire la partecipazione della popolazione ai costi della sanità pubblica, nei casi e nella misura previsti dalla legge. I crediti dell'Azienda sanitaria suscitano sovente l'attenzione dei *mass media*.

Pertanto una gestione unitaria ed efficace dei crediti è di grande importanza per l'Azienda sanitaria per poter riscuotere il dovuto in tempi brevi e con mezzi e strutture adeguati.

⁷ Delibera della Giunta provinciale n. 1019 del 1° settembre 2015.

⁸ Decreti legislativi n. 502/1992 e 123/2011.

⁹ Bilancio consuntivo 2016 dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

Il recupero dei crediti può essere suddiviso in quattro fasi:

- a) intimazione di pagamento
- b) sollecito di pagamento
- c) messa in mora
- d) ingiunzione di pagamento.

All'interno di queste fasi ci sono diverse competenze e responsabilità che fanno capo a diverse ripartizioni ovvero uffici.

Secondo la descrizione della procedura per il recupero dei crediti¹⁰, questi ultimi vengono fatturati prima o dopo la prestazione, e l'incasso avviene immediatamente. Se le strutture che effettuano la prestazione non dispongono del servizio amministrativo necessario per la fatturazione, o se per altre ragioni organizzative il servizio di incasso non è operativo, la fatturazione compete alla ripartizione economico-finanziaria dell'Azienda sanitaria. In tal caso le informazioni per l'emissione della fattura sono inviate a detta ripartizione, la quale è competente anche per la fatturazione di prestazioni particolari (p. es. partecipazione ai costi del pronto soccorso). Entro la fine di febbraio di ogni anno tutte le ripartizioni fanno pervenire alla ripartizione economico-finanziaria un'elencazione delle prestazioni dell'anno precedente ancora da fatturare. Le fatture sono poi inviate da un operatore esterno. Il pagamento delle fatture da parte dei clienti privati avviene attraverso i conti bancari o postali dei relativi comprensori sanitari. La ripartizione economico-finanziaria verifica poi quali fatture sono state pagate tramite versamento del relativo importo. Ciò deve avvenire il prima possibile, per evitare l'invio di solleciti relativi a crediti già riscossi ma non ancora contabilizzati come tali. Questa verifica avviene anche manualmente, a seconda del tipo di prestazione e del comprensorio.

Trascorsi due mesi dalla chiusura del relativo trimestre, i solleciti di pagamento per le fatture non pagate sono di norma inviati automaticamente dalla ripartizione economico-finanziaria, o in alcuni casi anche con procedura manuale dall'unità operativa competente. I solleciti sono formulati con riferimento al paziente e non alla singola prestazione. Riguardo all'importo minimo da sollecitare, ai sensi della relativa delibera della Giunta provinciale¹¹ si procede per i debiti complessivi superiori a 15 euro per paziente accumulatisi nei precedenti 10 anni.

Per i crediti superiori a 15 euro nei confronti di pazienti ai quali non si è riusciti a inviare il sollecito, si fanno ricerche all'anagrafe comunale. La stessa procedura si applica per i pazienti minorenni.

¹⁰ Manuale dell'Azienda sanitaria "Procedura relativa al recupero crediti".

¹¹ Delibera della Giunta provinciale n. 114 del 26 maggio 2009.

La terza fase della procedura per il recupero dei crediti ancora da riscuotere è la messa in mora. Se il sollecito di pagamento non ha avuto esito positivo, la ripartizione economico-finanziaria istruisce automaticamente la pratica di messa in mora per le fatture il cui pagamento è stato sollecitato in un dato semestre, ed entro il semestre successivo la notifica a chi di dovere.

Per i solleciti di pagamento effettuati da un altro servizio, la pratica è invece istruita manualmente. Nella messa in mora sono incluse tutte le fatture pendenti di un singolo paziente. Per i minori la messa in mora avviene tramite raccomandata ai rappresentanti legali, per le persone decedute agli eredi.

Nell'ambito del procedimento di recupero dei crediti, dopo la messa in mora si passa all'ingiunzione di pagamento. Si tratta di un'ingiunzione a pagare entro trenta giorni l'importo dovuto più gli interessi di mora e le spese amministrative. Dell'ingiunzione di pagamento si occupa l'ufficio legale; essa ha una validità di 90 giorni dalla notifica. Se il debitore non adempie entro i primi 30 giorni né propone opposizione dinanzi alla competente autorità giudiziaria, l'ingiunzione è esecutiva e costituisce un titolo esecutivo valido per avviare il pignoramento presso terzi (stipendio) ovvero il pignoramento di beni mobili o immobili. L'ingiunzione di pagamento esplica al contempo la funzione di precetto¹².

In caso di accertata inconsistenza patrimoniale del debitore, il debito viene annullato per inesigibilità e imputato al relativo fondo svalutazione crediti.

IV. Conclusioni

Come spiegato inizialmente, l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige è stata costituita nel 2007 unificando le preesistenti quattro aziende sanitarie. Dalla presente verifica emerge che per il recupero dei crediti i singoli comprensori sanitari continuano ancora ad applicare differenti procedure amministrative. Dalla rilevazione dei crediti e dei relativi incassi risulta che queste procedure amministrative si svolgono in parte con modalità differenti, vale a dire non unitarie, a seconda del tipo di prestazione, del settore e del comprensorio sanitario. In tali casi, la complessità dell'erogazione delle prestazioni si riflette nella complessità del sistema ovvero della procedura di incasso. Si è inoltre constatato che fatturazione, incasso e solleciti di pagamento sono effettuati sia dalla ripartizione economico-finanziaria sia in modo decentrato dalle ripartizioni che erogano le prestazioni, in alcuni casi addirittura manualmente. Dunque

¹² L'ingiunzione di pagamento esecutiva è svolta ai sensi del R.D. n. 639 del 14 aprile 1910, e successive modifiche.

la gestione del recupero crediti è distribuita fra diverse strutture ovvero unità. Anche la terza fase della procedura per il recupero dei crediti, vale a dire la messa in mora, è svolta sia dalla ripartizione economico-finanziaria sia dalla ripartizione che ha erogato la prestazione, anche se a detta del responsabile la messa in mora da parte di quest'ultima è un'evenienza molto rara.

Così si generano doppioni, che vanno eliminati. Similmente, ci si serve di una serie di programmi informatici non in grado di comunicare adeguatamente fra loro per mancanza d'interfacce: pertanto i dati vengono inseriti in parte manualmente, in certi casi anche più volte. Ne risultano non solo fonti addizionali di errori ma anche lavoro aggiuntivo, dunque costi aggiuntivi. Infine si constata che tutt'ora non è installato un efficace monitoraggio dei crediti verso clienti o pazienti privati.

In considerazione del fatto che l'intera procedura per il recupero dei crediti verso clienti o pazienti privati è intrinsecamente molto complessa e richiede tempi notevoli, appare chiaro che bisogna cercare di unificare e semplificare tale processo amministrativo.

V. Raccomandazioni

In conclusione, l'Organismo di valutazione raccomanda di creare i presupposti affinché le strutture che erogano le prestazioni – anche nei singoli comprensori sanitari – vengano dotate delle risorse necessarie per procedere a un incasso immediato. Esso raccomanda inoltre di unificare i programmi applicativi ovvero di creare le interfacce che permettano a tali programmi di comunicare fra loro.

Per le prestazioni o le situazioni in cui l'incasso immediato non è possibile, si raccomanda di conferire a una sola sede la competenza su rendicontazione, solleciti di pagamento e messa in mora. Si potrebbe così ottenere maggiore efficienza e contemporaneamente ridurre i tempi di recupero dei crediti pendenti.

Ricordiamo al riguardo che la Giunta provinciale¹³ ha approvato un regolamento per la riscossione coattiva delle entrate della Provincia autonoma di Bolzano e degli enti da essa dipendenti, e che comunque è necessario attenersi alle direttive ivi contenute.

¹³ Delibera della Giunta provinciale n. 396 dell'11 aprile 2017.

VI. Follow-up

Trascorso un anno vi sarà il follow-up di queste raccomandazioni, che l'Azienda sanitaria – nella sua presa di posizione sulla bozza della presente relazione – si è impegnata ad applicare in tempi rapidi.

Auditors:

Gilbert Gasser

Eva Maria Kofler

Bolzano, dicembre 2017