

L'ARMONIZZAZIONE CONTABILE NEL SETTORE PUBBLICO ITALIANO

Implicazioni per le regioni e per i servizi sanitari regionali

**a cura di
Eugenio Anessi Pessina**



**Società Italiana di Ragioneria
e di Economia Aziendale**

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

Collana della Società Italiana dei Docenti di Ragioneria e di Economia Aziendale (SIDREA)

Direzione: Stefano Marasca (Università Politecnica delle Marche)

Comitato Scientifico: Stefano Adamo (Università del Salento); Luca Bartocci (Università di Perugia); Adele Caldarelli (Università di Napoli Federico II); Bettina Campedelli (Università di Verona); Nicola Castellano (Università di Pisa); Vittorio Dell'Atti (Università di Bari); Francesco De Luca (Università di Chieti-Pescara); Anna Maria Fellegara (Università Cattolica – Piacenza); Raffaele Fiorentino (Università di Napoli Parthenope); Francesco Giunta (Università di Firenze); Alberto Incollingo (Università della Campania); Giovanni Liberatore (Università di Firenze); Andrea Lionzo (Università Cattolica – Milano); Rosa Lombardi (Università di Roma La Sapienza); Luciano Marchi (Università di Pisa); Riccardo Mussari (Università di Siena); Paola Paoloni (Università di Roma La Sapienza).

SIDREA è l'associazione scientifica dei docenti di Ragioneria e di Economia aziendale inquadrati nel settore scientifico-disciplinare SECS-P/07. L'associazione è stata costituita nel 2005 allo scopo di promuovere lo sviluppo della base scientifica, della cultura economico-aziendale e dei principi di buon governo delle aziende di ogni tipo: dalle imprese alle aziende non-profit; dalle aziende private alle amministrazioni pubbliche; dalle piccole e medie imprese alle grandi imprese; dalle aziende familiari alle reti d'impresa.

La Collana pubblica studi e ricerche realizzati nell'ambito dei Gruppi di Studio SIDREA sulle tematiche di rilevante interesse teorico e applicativo nell'area della Ragioneria e dell'Economia Aziendale. L'obiettivo è quello di sviluppare sia modelli teorici sia applicazioni, in rapporto alle teorie economico-aziendali ed alla prassi delle aziende e della professione, sulle specifiche tematiche di riferimento dei gruppi di studio:

- Bilancio e principi contabili;
- Comunicazione non finanziaria;
- Governance e Controlli interni;
- Linee guida per il Controllo di gestione;
- Contabilità pubblica;
- Valutazione d'azienda;
- Diagnosi precoce della crisi d'impresa;
- Capitale intellettuale, Smart Technologies e Digitalizzazione;
- Studi di Genere.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

L'ARMONIZZAZIONE CONTABILE NEL SETTORE PUBBLICO ITALIANO

Implicazioni per le regioni e per i servizi sanitari regionali

**a cura di
Eugenio Anessi Pessina**



**Società Italiana di Ragioneria
e di Economia Aziendale**

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 3.0 Italia* (CC-BY-NC-ND 3.0 IT)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it/legalcode>

INDICE

Prefazione	pag.	9
Introduzione	»	15
1. Armonizzazione contabile e riaccentramento istituzionale nel Servizio Sanitario Nazionale , di <i>Eugenio Anessi Pessina e Elena Cantù</i>	»	17
1.1. Introduzione	»	17
1.2. Il processo di riaccentramento e il possibile ruolo delle riforme contabili	»	20
1.3. Metodi	»	22
1.4. Risultati	»	26
1.5. Conclusioni	»	62
2. Resistenza al cambiamento e strategie di applicazione della riforma di armonizzazione: la perimetrazione della spesa sanitaria nel bilancio delle regioni , di <i>Luigi Puddu, Christian Rainero, Alessandro Migliavacca e Giuseppe Modarelli</i>	»	71
2.1. Introduzione	»	71
2.2. La spesa sanitaria e la perimetrazione nel bilancio regionale	»	72
2.2.1. La perimetrazione del bilancio regionale: le entrate e le spese	»	72
2.2.2. Il ruolo dello strumento contabile della perimetrazione delle entrate e delle spese nei bilanci regionali	»	74
2.3. Quadro teorico interpretativo di riferimento	»	76
2.3.1. Le risposte strategiche alle pressioni istituzionali	»	76
2.3.2. I fattori istituzionali e gli elementi predittivi delle risposte organizzative	»	82

2.4. Ipotesi e metodologia	pag.	82
2.4.1. L'ambito spazio-temporale di riferimento	»	82
2.4.2. Analisi delle possibili risposte organizzative e fattori costituenti	»	83
2.4.3. Suddivisione delle regioni in <i>cluster</i>	»	85
2.4.4. Ipotesi di ricerca	»	87
2.5. Risultati	»	88
2.5.1. Documenti reperiti e analisi	»	88
2.5.2. Verifica delle ipotesi	»	91
2.6. Conclusioni	»	93
3. La gestione della spesa sanitaria accentrata tramite <i>holding</i>: il caso Veneto di Azienda Zero , di <i>Niccolò Persiani e Mauro Bonin</i>	»	97
3.1. Premessa	»	97
3.2. La Gestione Sanitaria Accentrata	»	98
3.3. Le modalità di tenuta della contabilità della Gestione Sanitaria Accentrata	»	101
3.4. La GSA con personalità giuridica e il modello Azienda Zero	»	103
3.5. Il modello contabile di riferimento	»	106
3.6. Verso un nuovo sistema informativo-contabile	»	109
3.7. Considerazioni conclusive	»	110
4. I fondi rischi nel bilancio delle aziende sanitarie nel quadro dell'armonizzazione contabile , di <i>Claudia Salvatore ed Ettore Cinque</i>	»	113
4.1. Introduzione	»	113
4.2. Quadro normativo e concettuale di riferimento: le aziende sanitarie e l'armonizzazione contabile	»	118
4.3. Metodologia di ricerca	»	124
4.4. I fondi rischi nel bilancio delle aziende sanitarie secondo il decreto legislativo 118/2011	»	126
4.5. Considerazioni critiche sul trattamento dei fondi rischi secondo i principi contabili	»	129
4.6. Brevi note sul rischio nelle aziende sanitarie	»	130
4.7. Analisi dei dati di bilancio e dei questionari	»	133
4.7.1. Analisi dei dati di bilancio	»	133
4.7.2. Analisi dei questionari e delle interviste	»	137
4.8. Discussione dei risultati della ricerca e implicazioni operative	»	141

5. Il moderno risultato di amministrazione delle regioni tra teoria e pratica: prime riflessioni , di <i>Lidia D'Alessio, Carmela Gulluscio, Pina Puntillo e Carlo Vermiglio</i>	pag. 157
5.1. Introduzione	» 157
5.2. <i>Framework</i> della ricerca	» 158
5.3. Metodologia della ricerca	» 166
5.4. Analisi della letteratura	» 168
5.5. Considerazioni sui risultati dell'analisi della letteratura	» 174
5.6. Il risultato di amministrazione tra la teoria e la pratica	» 183
5.7. Il risultato di amministrazione nelle regioni italiane: prime evidenze	» 194
5.8. Conclusioni	» 206

4. I FONDI RISCHI NEL BILANCIO DELLE AZIENDE SANITARIE NEL QUADRO DELL'ARMONIZZAZIONE CONTABILE*

di *Claudia Salvatore*** ed *Ettore Cinque****

4.1. Introduzione

Il presente capitolo è volto ad analizzare i fondi rischi¹ nel bilancio delle aziende sanitarie nel quadro dell'armonizzazione contabile che ha investito le diverse entità della Pubblica Amministrazione in Italia, in seguito alla disciplina normativa dettata dal D.lgs. 118/2011², inerente l'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e loro organismi e, quindi, anche delle aziende sanitarie.

Obiettivo più specifico della ricerca è studiare il trattamento contabile e la valutazione dei fondi rischi e del relativo accantonamento³ nel bilancio

* Sebbene il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, i paragrafi 4.1, 4.2, 4.3 e 4.6 sono da attribuire a Claudia Salvatore e i paragrafi 4.4 e 4.5 a Ettore Cinque; i paragrafi 4.7 e 4.8 sono da attribuire a entrambi gli autori.

** Professore ordinario di Economia Aziendale presso il Dipartimento di Economia dell'Università degli Studi del Molise.

*** Professore ordinario di Economia Aziendale presso il Dipartimento di Economia dell'Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli".

¹ I fondi rischi sono relativi ad accantonamenti per eventualità incerte, non solo nell'importo e nella tempistica, ma anche nella stessa esistenza e sopravvenienza. Sono destinati a coprire passività solo probabili, le cosiddette "passività potenziali". Occorre però che, nell'esercizio di competenza, si sia verificato un evento idoneo a dar vita alla probabilità di dover sostenere un onere o subire una perdita in futuro. Tali passività, di natura determinata ed esistenza probabile, devono essere stimate dai redattori del bilancio e risultano, di conseguenza, influenzate da una certa discrezionalità degli stessi redattori.

² Nel capitolo si fa riferimento al D.lgs. n. 118 del 23 giugno 2011: "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 art. 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42". Più in particolare, si fa riferimento al Titolo II del decreto legislativo, dedicato esclusivamente alla sanità: "Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario".

³ L'accantonamento ai fondi rischi è la contropartita economica (l'onere o la perdita) di competenza dell'esercizio, correlata alla rilevazione patrimoniale nei fondi rischi.

delle aziende sanitarie alla luce del D.lgs. 118/2011 e riflettere sull'influenza della posta contabile in esame sulla gestione del bilancio di tali aziende.

Si intende dunque comprendere, in particolare, come si comportano le aziende sanitarie (AA.SS.) e le regioni, attraverso la gestione sanitaria accentrata (GSA)⁴, in merito all'accantonamento ai fondi rischi. In sostanza, ci si chiede come le aziende sanitarie e le regioni applichino il cambiamento apportato dalla disciplina normativa in tema di armonizzazione, cioè come venga effettuata l'iscrizione in bilancio dei fondi rischi e come vengano applicati i criteri di valutazione per l'iscrizione dei fondi rischi nel bilancio delle aziende sanitarie. Si vuole verificare, specificamente, se le AA.SS. e la GSA, per l'accantonamento ai fondi rischi, seguano i criteri civilistici e/o i principi contabili nazionali dell'Organismo Italiano di Contabilità (OIC).

Le motivazioni dello studio sono prevalentemente due. Una prima motivazione importante nasce dal fatto che il legislatore, con il D.lgs. 118/2011, non ha derogato ai criteri civilistici per la valutazione ai fondi rischi, come ha fatto, invece, per altre fattispecie contabili (rimanenze, ammortamento di immobilizzazioni immateriali e materiali, contributi per ripiano perdite, contributi in conto capitale, oneri e proventi straordinari), cioè non ha determinato criteri di valutazione specifici per il trattamento contabile dei fondi rischi. Il decreto legislativo, infatti, ha previsto solo che la regione valuti lo stato dei rischi e verifichi "l'adeguatezza degli accantonamenti" ai fondi rischi iscritti nei bilanci d'esercizio degli enti e che il collegio sindacale attesti il rispetto degli adempimenti. Di conseguenza, il lavoro mira ad esaminare come è stata utilizzata la discrezionalità o meglio la flessibilità lasciata dalla norma alle aziende e alle regioni. Sarebbe opportuno individuare, infatti, i reali meccanismi e i criteri di accantonamento ai fondi rischi in bilancio adottati dalle aziende sanitarie e dalle regioni e verificare le ricadute degli stessi sulla comunicazione economico-finanziaria centrata sul bilancio. Infatti, negli anni più recenti, vi è una grande attenzione alla trasparenza e alla qualità dei dati di bilancio e delle scritture contabili, anche al fine di giungere alla certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie (Anessi Pessina et al., 2011; Lusa et al., 2016).

Una seconda motivazione che ha portato allo studio è stata l'osservazione che i fondi rischi, nel bilancio delle aziende sanitarie di alcune regioni, hanno

⁴ La gestione sanitaria accentrata (GSA) presso la regione, introdotta con il D.lgs. 118/2011, è un centro di responsabilità presente in quelle regioni che scelgono di gestire direttamente una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario regionale (SSR) per lo svolgimento centralizzato di alcune attività, anziché trasferire interamente tale finanziamento alle aziende sanitarie. In tal caso, le regioni devono individuare la GSA presso la regione, deputata alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale, che si occupa solo degli aspetti economico-finanziari della sanità e della redazione del bilancio consolidato per il SSR.

un peso rilevante in assoluto e anche in relazione al Fondo Sanitario Regionale (FSR), come si evince dalla tabella 4.1. L'indicatore, dato dal rapporto tra i fondi rischi e il Fondo Sanitario Regionale relativamente all'esercizio 2015, nelle 21 regioni e province autonome italiane, evidenzia una media nazionale del 5,86%.

Tab. 4.1

REGIONI	FONDI RISCHI 2015	FONDO SANITARIO REGIONALE (FSR) 2015	F.R. 2015 / F.S.R. 2015
Piemonte (*)	290.561.084	7.958.947.057	3,65%
Valle d'Aosta	3.517.000	228.000.000	1,54%
Lombardia	970.295.000	17.574.750.000	5,52%
Provincia Autonoma Bolzano	3.146.000	890.000.000	0,35%
Provincia Autonoma Trento	85.778.000	938.000.000	9,14%
Veneto	415.790.835	8.672.000.000	4,79%
Friuli Venezia Giulia	25.183.000	2.214.000.000	1,14%
Liguria	88.377.000	3.019.861.016	2,93%
Emilia Romagna	286.383.000	7.933.750.000	3,61%
Toscana	128.668.000	6.751.500.000	1,91%
Umbria	110.890.000	1.622.486.370	6,83%
Marche	148.581.865	2.801.131.211	5,30%
Lazio (*)	1.418.974.000	10.290.500.000	13,79%
Abruzzo (*)	132.270.000	2.377.090.059	5,56%
Molise (*)	54.140.000	567.822.495	9,53%
Campania (*)	1.180.385.000	10.077.578.888	11,71%
Puglia (*)	195.048.000	7.107.862.426	2,74%
Basilicata	36.842.000	1.037.755.871	3,55%
Calabria (*)	144.950.000	3.456.348.395	4,19%
Sicilia (*)	454.669.000	8.801.000.000	5,17%
Sardegna	105.721.000	2.932.000.000	3,61%
TOT. 21 (19 regioni e 2 province autonome)	6.280.169.784,00	107.252.383.788,00	5,86%

(*) Regioni in Piano di Rientro.

Dalle sopradette motivazioni discendono le seguenti due ipotesi di ricerca.

H1: La mancanza di regole di armonizzazione per i fondi rischi e di casistiche applicative (come disciplinate per altre fattispecie contabili dal DM 17.9.2012) potrebbe consentire alle aziende sanitarie e alle regioni di effettuare *politiche di bilancio* a livello aziendale e regionale volte, in taluni casi, ad un'eccessiva ed impropria sottrazione di risorse⁵ che potrebbero, invece, essere utilizzate in diverse attività aziendali e, in altri casi, ad una sovrastima dei risultati di bilancio, con successivo rischio di soccombenza⁶.

H2: L'elevata incidenza dei fondi rischi, in assoluto e in rapporto al Fondo Sanitario Regionale (FSR), è un segnale di:

- scarso presidio dei processi gestionali critici o scarsa capacità di governo delle aziende (ad esempio, nel rapporto con il privato accreditato, nel livello del contenzioso per ritardato pagamento, per cause con il personale dipendente, per responsabilità civile per danni); e
- scarsa qualità dei bilanci o scarsa affidabilità ed attendibilità del sistema contabile e di bilancio.





Nel presente lavoro si vuole verificare e discutere le due ipotesi di ricerca attraverso la scelta di un campione costituito da quattro regioni italiane (figura 4.1): due regioni in piano di rientro (PdR) (Campania e Molise), con un'elevata consistenza relativa dei fondi rischi, e due regioni non in piano di rientro (Emilia Romagna e Basilicata), quindi con un migliore stato di salute economico-finanziario e con fondi rischi sostanzialmente inferiori alla media nazionale; queste ultime scelte come regioni di confronto. Le quattro regioni del campione presentano caratteristiche simili in termini di popolazione residente; infatti, due regioni sono di piccola dimensione (Molise e Basilicata) e due di grandi dimensioni (Campania e Emilia Romagna), come si evince dalla tabella 4.2. Quest'ultima mostra, per le quattro regioni del campione, nell'esercizio 2015: il rapporto fondi rischi su FSR, il numero di abitanti per regione e il rapporto fondi rischi sul numero di abitanti. Ne risulta che le due regioni che non sono in piano di rientro presentano un rapporto tra fondi rischi e numero

⁵ Si sottolinea che talvolta può anche verificarsi una duplicazione di accantonamenti; ad esempio, nel caso di responsabilità civile per danni, quando è già stato rilevato nei fondi rischi l'accantonamento per l'auto-assicurazione. Spesso ciò è dovuto ad errori di valutazione delle aziende sanitarie. Eventuali eccedenze dei fondi rappresenteranno sopravvenienze attive da inserire nel conto economico tra i ricavi.

⁶ Infatti, la carenza di opportuni accantonamenti ai fondi rischi ha prodotto un'inattendibilità dei bilanci delle aziende sanitarie. L'incapienza dei fondi rischi ha spesso causato sopravvenienze passive, con un incremento dell'area straordinaria del conto economico e un peggioramento del risultato economico d'esercizio. La mancata implementazione dei fondi nasconde una sottostima della situazione debitoria aziendale (Torcivia, 2012).

di abitanti analogo tra loro; le due regioni in piano di rientro presentano anch'esse un rapporto fondi rischi su numero abitanti molto simile tra loro, ma decisamente più elevato rispetto alle regioni non in PdR. La tabella, in sintesi, mette in evidenza gli elevati fondi rischi per abitante in Campania e Molise.

Fig. 4.1

	Regioni di grandi dimensioni	Regioni di piccole dimensioni
Regioni in Piano di Rientro		
Regioni non in Piano di Rientro		

Tab. 4.2

REGIONI	F.R. 2015 / F.S.R. 2015	ABITANTI 2015	FR / ABITANTI
Campania (*)	11,71%	5.850.850	€ 201,00
Molise (*)	9,53%	312.027	€ 173,00
Emilia-Romagna	3,61%	4.448.146	€ 64,00
Basilicata	3,55%	573.694	€ 64,00

(*) Regioni in Piano di Rientro.

I risultati della ricerca, supportati da un'analisi della letteratura economico-aziendale, da un'analisi empirico-documentale dei dati di bilancio, da interviste con alcuni attori dei servizi sanitari regionali (SSR) e da un'analisi empirica con questionari somministrati via mail nelle regioni del campione, confermano le ipotesi di ricerca. Tali risultati dimostrano che è necessario orientarsi, come è emerso dalle interviste e dalle risposte ai questionari, verso l'implementazione di linee guida e/o di una casistica applicativa per definire

i criteri di valutazione da adottare per gli accantonamenti ai fondi rischi, poiché tali criteri non sono stati dettati dalla norma. In quest’ottica, l’utilizzo di strumenti informatici evoluti può agevolare il processo di valutazione, a livello aziendale e regionale, volto a definire la “congruità” dei fondi rischi e degli accantonamenti effettuati dalle aziende e dalla GSA. Ciò consentirebbe un monitoraggio costante dei fondi rischi nelle AA.SS. e nelle regioni.

4.2. Quadro normativo e concettuale di riferimento: le aziende sanitarie e l’armonizzazione contabile

La presente ricerca si muove nel quadro dell’armonizzazione contabile del settore pubblico, che in Italia ha avuto un forte impulso con le leggi del 2009 (Mulazzani, 2016). Prima di allora, i tentativi erano stati solo settoriali e riguardavano quindi alcune amministrazioni pubbliche, senza coinvolgere l’universo delle stesse. La legge 42/2009, delega al governo in materia di federalismo fiscale per gli enti pubblici territoriali (regioni, enti locali e loro organismi ed enti del SSN), ha individuato i principi fondamentali dell’armonizzazione dei conti pubblici, con evidenti influenze sugli equilibri di bilancio (Cincimino e Sorci, 2012). Tale legge ha comportato una maggiore responsabilizzazione degli enti della Pubblica Amministrazione verso l’armonizzazione dei sistemi contabili e verso una gestione efficiente delle risorse. Ciò al fine di disporre di dati di bilancio omogenei e confrontabili per soddisfare le esigenze informative connesse al coordinamento della finanza pubblica e alle verifiche di rispetto delle regole comunitarie. La legge 196/2009, di riforma della contabilità e finanza dell’amministrazione centrale dello Stato e di altre amministrazioni pubbliche, ad esclusione di regioni, enti locali, loro organismi ed enti del SSN, è anch’essa volta all’armonizzazione dei sistemi contabili e al miglioramento dell’informativa del bilancio dello Stato e dell’intero complesso delle amministrazioni pubbliche. La legge 196 ha quindi completato l’armonizzazione interna dei conti pubblici avviata appunto con la legge 42, introducendo i concetti di trasparenza e controllabilità della spesa pubblica, accanto a quelli legati all’attenzione e valutazione dei risultati economico-finanziari della gestione.

Il D.lgs. 118/2011, relativo all’armonizzazione contabile delle amministrazioni periferiche, è uno dei decreti attuativi della legge 42/2009 e ha definito un corpo di “principi contabili uniformi”, univocamente accettati, ai fini della rilevazione contabile e di bilancio, volti a creare un linguaggio comune. Nel settore pubblico italiano, infatti, per molti anni è mancato il concetto di principio contabile, quale insieme di regole volte ad interpretare la

normativa civilistica, ad integrarla e a risolvere problemi applicativi (Quagli, 2017), limitando la differenziazione delle prassi (Anessi Pessina, 2012). Il decreto legislativo 118 ha posto, quindi, le basi per la verificabilità delle rilevazioni contabili e dei bilanci delle aziende sanitarie e delle regioni. Si ritiene, infatti, che un insieme di principi e regole contabili sia sicuramente una condizione necessaria, anche se non sufficiente, per la rappresentazione “veritiera e corretta” della situazione economico-patrimoniale delle aziende (Torcivia, 2012). Infatti, le rilevazioni contabili e di bilancio delle AA.SS. italiane, soprattutto quelle in piano di rientro, hanno spesso evidenziato problemi di inattendibilità.

Fino al 2011, ogni regione disciplinava in maniera autonoma l’ordinamento contabile delle proprie aziende sanitarie pubbliche. Le principali criticità che emergevano nel nostro Paese, in sanità e nelle altre entità pubbliche, erano infatti principi contabili e strutture di bilancio differenti, oltre che sistemi di rilevazione contabile differenti.

Con il D.lgs. 118/2011, la disciplina contabile è diventata uniforme a livello nazionale, rispondendo all’esigenza di armonizzazione e ponendo i presupposti per la certificabilità anche delle AA.SS. (Puddu et al., 2011).

L’obiettivo dell’armonizzazione è, infatti, la trasparenza, l’intelligibilità e l’attendibilità dei bilanci, oltre alla redazione di bilanci di qualità, al fine di creare una convergenza contabile, rendere comparabili i bilanci, nel tempo e nello spazio, e fornire informazioni utili per gli utilizzatori finali: politici, manager, cittadini, dipendenti, etc. In altre parole, l’armonizzazione della contabilità pubblica influirà sull’*accountability* della pubblica amministrazione nei confronti dei cittadini (Reginato, 2016; Spanò, 2016). A tal fine, assume grande rilevanza la qualità ed affidabilità dei dati, che devono essere attendibili per facilitare le scelte manageriali e il processo decisionale.

Il processo di armonizzazione contabile della pubblica amministrazione si innesta, inoltre, nel più ampio dibattito internazionale sulla standardizzazione e creazione di un linguaggio contabile uniforme, anche sulla scia dei principi contabili internazionali per il settore pubblico, gli *International Public Sector Accounting Standard* (IPSAS), che hanno tra l’altro proposto e favorito l’adozione della contabilità economica nelle amministrazioni pubbliche, anche in relazione ai principi contabili europei, gli *European Public Sector Accounting Standard* (EPSAS), che dovranno implementarsi entro il 2025 (Cantù, 2014; Brusca et al., 2016; Manes Rossi et al., 2018).

Con riferimento al settore sanitario, oggetto di studio del presente capitolo, l’armonizzazione contabile è di particolare attualità per favorire il superamento della “disarmonia” dei sistemi contabili su tre livelli. Un primo livello di disarmonia era tra le diverse regioni italiane, che avevano auto-

nomamente legiferato, determinando un'eterogeneità di normative contabili che regolavano le aziende sanitarie. Un secondo livello di disallineamento contabile (Torcivia, 2012) era presente anche tra le aziende sanitarie di una medesima regione, in quanto le stesse adoperavano prassi contabili differenziate: criteri di valutazione non omogenei; bilanci redatti in base a delibere regionali in totale libertà, nonostante dovessero essere informati ai criteri del codice civile; note integrative incomplete nella chiarezza e nell'analiticità delle informazioni che fornivano. Il terzo livello di disarmonia contabile riguardava le aziende sanitarie e le regioni, queste ultime da sempre in contabilità finanziaria⁷, mentre le aziende sanitarie sono da circa un ventennio in contabilità economico-patrimoniale (Pozzoli e Mazzotta, 2012).

Ciò ha spinto il legislatore, alla luce delle differenze regionali e nel quadro dell'armonizzazione contabile, a dettare, con il D.lgs. 118/2011 (e sue successive modifiche ed integrazioni con il D.lgs. 126/2014⁸) (Nardini, 2014), norme per armonizzare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che si presentava frammentato e con modelli gestionali eterogenei tra loro in relazione ai sistemi contabili e alle diverse situazioni di equilibrio economico dei conti sanitari regionali.

Il legislatore, per sopperire a tale disarmonia contabile, ha innanzitutto introdotto, con il D.lgs. 118, la gestione sanitaria accentrata (GSA), un nuovo centro di responsabilità presso la regione, che è deputato alla redazione del bilancio consolidato, in contabilità economico-patrimoniale, volto a rappresentare in modo unitario le risultanze del sistema sanitario regionale. La GSA crea un coordinamento tra il sistema di contabilità economica, da sempre adottato nelle aziende del SSN, e il sistema di contabilità finanziaria adottato dalla regione fino al 2011, il cui bilancio o rendiconto generale deve rappresentare anche i risultati delle organizzazioni sanitarie⁹. In altre parole, con l'istituzione della gestione sanitaria accentrata (GSA) si crea un sistema integrato di contabilità economico-patrimoniale attraverso la redazione di un

⁷ Il D.lgs. 118, infatti, ai fini dell'adozione di sistemi contabili omogenei, impone alle regioni di affiancare la contabilità economico-patrimoniale alla contabilità finanziaria, garantendo la rilevazione unitaria dei fatti gestionali sotto il profilo finanziario ed economico-patrimoniale.

⁸ Il D.lgs. 126/2014 ha lasciato sostanzialmente invariato il Titolo II del D.lgs. 118/2011 relativo agli enti che si occupano della gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al SSN. Riguardo alla sanità, il decreto legislativo 126/2014 ha unicamente chiarito che i gettiti derivanti da manovre fiscali regionali, destinati al finanziamento del SSR, sono iscritti nel bilancio regionale dell'esercizio di competenza dei tributi.

⁹ Per completezza di esposizione, infatti, si sottolinea che il sistema di reporting delle regioni è costituito da: bilancio consolidato del SSR; bilancio consolidato della regione con i propri enti e organismi controllati e partecipati (che non include la sanità); rendiconto generale della regione che include anche i capitoli relativi al perimetro sanità al fine di garantire un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio SSR.

bilancio consolidato delle regioni per la sanità che consente di effettuare un *benchmarking* tra i diversi SSR (Martinelli, 2017). Tuttavia, appare opportuno continuare a svolgere analisi anche sui bilanci d'esercizio delle singole aziende sanitarie, in quanto i bilanci consolidati non colgono l'eterogeneità delle attività svolte dalle singole aziende (Cantù et al., 2015).

Obiettivo finale del processo di armonizzazione in sanità, è quello di comunicare risultati economico-finanziari attendibili e fornire dati qualitativamente significativi ai fini del governo dei costi, della sostenibilità del SSN, garantendo sempre livelli di erogazione di servizi di qualità.

Altro aspetto cruciale da sottolineare, in linea con quanto appena esposto, è che l'armonizzazione contabile è sicuramente favorita dall'introduzione ed uso di sistemi economico-patrimoniali nelle diverse entità pubbliche, in quanto gli stessi garantiscono un arricchimento di informazioni economiche e patrimoniali sulle aziende (in termini di costi e ricavi, attività e passività). Sono, infatti, ben note le finalità conoscitive della contabilità economico-patrimoniale (Anessi Pessina, 2014), nonostante le sue difficoltà tecniche applicative nel settore pubblico. Il sistema economico-patrimoniale favorisce, in altre parole, la comunicazione di dati di qualità che rappresentano una premessa per il processo di armonizzazione contabile.

Nel settore pubblico italiano, come si è detto, le aziende sanitarie si distinguono per aver implementato per prime l'*accrual accounting* a partire dal D.lgs. 502/1992 e dal successivo D.lgs. 517/1993, fino al D.lgs. 229/1999, decreti sull'aziendalizzazione del SSN. L'introduzione e l'adozione della contabilità economico-patrimoniale nelle aziende sanitarie rientra nel processo di riforma della pubblica amministrazione, in seguito al diffondersi in Italia del filone di studi e teorie internazionali del *New Public Management* (NPM), volto ad implementare principi e sistemi delle aziende private nelle entità pubbliche, a partire dai primi anni Novanta (Arduini, 2016).

L'adozione di un sistema *accrual*, in sostituzione (come è avvenuto in sanità) o in affiancamento al sistema contabile finanziario, da sempre adoperato nelle aziende pubbliche (come sta accadendo per gli enti territoriali: regioni ed enti locali), ha permesso di migliorare la conoscenza sull'azienda e arricchire le informazioni sugli accadimenti aziendali, consentendo di comunicare i risultati all'interno e all'esterno dell'azienda per migliorare il processo decisionale di manager e di politici (Cantù, 2014) e favorire i rapporti con gli *stakeholder* aziendali. Il sistema di *accrual accounting* ha inoltre permesso di implementare un sistema di programmazione e di controllo economico degli accadimenti gestionali. Infine, il precedente sistema contabile di tipo finanziario non prevedeva la rilevazione di valori stimati e/o congetturati quali anche gli accantonamenti ai fondi rischi, oggetto di studio del presente capitolo.

In tale contesto, si sottolinea che l'implementazione e lo sviluppo di un sistema contabile ha, nelle aziende di diversa tipologia, un impatto cruciale “sui processi gestionali e decisionali dei destinatari dell’informativa contabile”, così come “sugli obiettivi di natura economica e sociale delle aziende e sui rapporti di relazione di potere tra le diverse amministrazioni pubbliche” (Cantù, 2014). Ciò ha un significato particolare nelle AA.SS., dove continuamente si stabiliscono ed intrecciano relazioni di potere tra i diversi organi: istituzioni, organi politici, dirigenti del settore, utenti del servizio, medici-manager (Sarto, 2015).

La contabilità, infatti, non deve essere intesa solo come una tecnica o una tecnologia neutra (Mussari, 2012; Mussari et al., 2015), ma ha diversi ruoli chiave, come quello del *mediating*, cioè di coinvolgere gli attori del sistema, le loro aspirazioni e le differenti arene e creare un *network* di relazioni all'interno e dietro i confini delle aziende (Miller e Power, 2013)¹⁰. La contabilità ha, dunque, anche una funzione sociale volta a collegare dati contabili e attori, arene con diverse aspirazioni. Per Miller e Power (2013), il funzionamento della contabilità è di tipo fisico e sociale allo stesso tempo. La contabilità, secondo gli autori, è “sia agente che risultato, sia idea che pratica”; quindi, il significato di *mediating* sta proprio nel ruolo della contabilità nel collegare diversi livelli sia internamente, che esternamente all'azienda nel rapporto con il territorio.

L'*accounting* rappresenta, quindi, uno strumento volto a risolvere problemi contrattuali e relazionali (*mediating*). In ogni caso, il dato contabile, che non è sempre e solo neutrale, impone di trovare un equilibrio, una mediazione, tra i diversi attori coinvolti nel sistema, al fine di pervenire ad un linguaggio contabile uniforme, che favorisca l'armonizzazione dei bilanci e del sistema contabile più in generale.

Riguardo alle aziende sanitarie, oggetto di studio del presente capitolo, non si può non sottolineare come sia cruciale la mediazione tra le diverse aziende presenti in una regione, tra le aziende sanitarie e la Gestione Sani-

¹⁰ Si sottolinea che Miller e Power hanno identificato quattro ruoli/funzioni dell'*accounting*: il *territorializing* che esprime l'attitudine dell'*accounting* ad individuare “spazi calcolabili” nell'ambito delle entità economiche; il *mediating*, quale mediazione tra il dato contabile e la funzione sociale dell'*accounting*; il *adjudicating*, si riferisce all'attitudine dell'*accounting* a fornire le basi per la misurazione e la valutazione delle performance, individuali ed organizzative; il *subjectivising* considera le organizzazioni e gli individui quali soggetti a controllo da parte di altri, pur liberi di scegliere entro i limiti posti dalle norme e dagli standard finanziari. Ai fini della presente ricerca, il *mediating* appare il ruolo dell'*accounting* che meglio si adatta al *framework* di riferimento dello studio sull'accantonamento ai fondi rischi, come illustrato nel corso del paragrafo, in quanto coinvolge tutti gli attori del sistema, all'interno e all'esterno dell'azienda, e rappresenta uno strumento volto a risolvere problemi contrattuali.

taria Accentrata presso la regione, tra i SSR delle diverse regioni e il governo centrale, così come i rapporti con i decisori politici, i manager-dirigenti e i medici. Sono importanti il ruolo del territorio e le relazioni interistituzionali che vengono a crearsi tra Stato, Regioni e aziende; il bilancio consolidato delle regioni è, infatti, uno strumento di comunicazione tra lo Stato, le diverse Regioni e le AA.SS. Con il decreto legislativo 118 è intervenuto lo Stato; infatti, il governo centrale monitora trimestralmente attraverso i ministeri, il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) in particolare, l'equilibrio economico-finanziario delle regioni, soprattutto per gli adempimenti regionali richiesti dai piani di rientro.

In sintesi, l'*accounting* non è solo un modo di rappresentare numeri, ma influenza le organizzazioni; in particolare, la sanità è un mondo plurale, complesso, multilivello e bisogna trovare una sintesi, un equilibrio tra i diversi attori e, in questo, la contabilità può rendere più fluido il processo di mediazione.

Per inquadrare ulteriormente i fondi rischi nel *framework* della presente ricerca, si fa riferimento al fatto che gli accantonamenti ai fondi rischi rappresentano nelle aziende sanitarie un'area di indubbia discrezionalità, dove è appunto necessario creare un *mediating* tra il dato contabile e la funzione sociale del sistema contabile stesso (Miller e Power, 2013).

Per tale fattispecie contabile, infatti, è molto utile il ruolo sociale della contabilità, perché l'accantonamento è soggetto a stime, valutazioni, ipotesi, probabilità; il dato non è certo, né oggettivo. Il principio contabile n. 31 dell'Organismo Italiano di Contabilità, l'OIC 31, considera infatti i fondi rischi come passività potenziali e suggerisce di classificare un evento come probabile quando «il suo accadimento è ritenuto più verosimile piuttosto che il contrario, in base a motivi ed argomenti oggettivi e attendibili, ma non certi». Dopo aver determinato la probabilità dell'evento, se tale probabilità risulta maggiore del 50%, è necessario effettuare stime basate altresì su serie storiche, statistiche, pareri di consulenti esterni, al fine di determinare il valore dell'accantonamento e del fondo.

In sostanza, il bilancio d'esercizio non è mai “vero”, non esprime una verità assoluta, ma è “veritiero” in quanto include numerosi giudizi soggettivi e discrezionali, svolti al termine dell'esercizio, da parte dei valutatori e/o degli amministratori. I principi contabili, infatti, forniscono standard di comportamento e rappresentano una guida per tali processi valutativi. Si pensi ad esempio alla stima di valori la cui traduzione in flussi monetari avverrà solo in futuro (Quagli, 2017).

Ciò ha comportato anche una diversa valutazione dei fondi rischi da parte delle singole aziende sanitarie. La discrezionalità e/o flessibilità lasciata dal legislatore all'accantonamento ai fondi rischi, nell'ambito del processo di

armonizzazione, potrebbe essere motivata, quindi, proprio dal fatto che per l'accantonamento vengono effettuate stime, ipotesi e valutazioni che sono anche soggette ad essere periodicamente riesaminate, tenendo conto del prevedibile evolversi del contenzioso e del costante aggiornamento dei valori (Quagli, 2017). Risulta, dunque, necessario trovare un equilibrio nell'effettuare stime in base alla realtà, al risultato economico pregresso delle aziende sanitarie e, quindi, adoperare la funzione sociale dell'*accounting* per evitare o ridurre il ricorso a *politiche di bilancio* tipiche di tali fattispecie contabili.

4.3. Metodologia di ricerca

La metodologia di ricerca è di tipo qualitativo e si basa, innanzitutto, su un'analisi della letteratura economico-aziendale, volta a creare un quadro concettuale di riferimento; su un'analisi empirico-documentale dei dati di bilancio delle regioni del campione, anche con la costruzione di alcuni indicatori significativi; su interviste effettuate con alcuni attori dei sistemi sanitari regionali del campione; su un'indagine empirica basata sulla somministrazione di questionari via mail ai direttori generali della salute o sanità delle quattro regioni e/o ad alcuni dirigenti responsabili del bilancio o della gestione economico-finanziaria (GEF) delle aziende sanitarie (in particolare, in Campania e in Molise).

L'esame della letteratura economico-aziendale si è incentrata sull'armonizzazione contabile nel settore pubblico e nelle aziende sanitarie (Jannelli, 2014; Lazzini, 2015; Ianni et al., 2016). Si è approfondita la normativa più recente in tema di sistema contabile e di schemi di bilancio delle aziende sanitarie; inoltre, riguardo alla valutazione dei fondi rischi nel bilancio, sono stati analizzati i principi contabili civilistici e nazionali adottati dalle aziende sanitarie, con considerazioni critiche sul trattamento degli accantonamenti ai fondi rischi anche secondo i principi contabili internazionali. Il *background* teorico di riferimento richiama, infine, le considerazioni di Miller e Power (2013) e sottolinea il ruolo dell'*accounting* non solo come tecnica o tecnologia neutra, ma come *mediating* tra i diversi attori, arene ed istituzioni.

Per soddisfare gli obiettivi e le ipotesi di ricerca, è stato individuato un campione costituito da quattro regioni selezionate in base alle caratteristiche economico-finanziarie e al numero di abitanti di ogni regione¹¹. In relazione

¹¹ La composizione delle aziende sanitarie presenti nelle quattro regioni del campione è la seguente: la regione Campania è costituita da 17 AA.SS. e dalla GSA; la regione Molise da una Azienda Unica, l'ASREM, e dalla GSA; la regione Emilia Romagna fino al 2015 era costituita da 14 AA.SS. (Nel 2014, la USL Romagna è risultata dall'accorpamento delle USL di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini). Essa presenta attualmente 15 A.A.SS e la GSA (in

all'aspetto economico-finanziario si distinguono, infatti, due regioni in piano di rientro (Campania e Molise) e due non in piano di rientro (Emilia Romagna e Basilicata) utilizzate come regioni di confronto. In base al numero di abitanti, sono state individuate due regioni di grandi dimensioni (Campania ed Emilia Romagna) e due di piccole dimensioni (Molise e Basilicata), come rappresentato in figura 4.1.

Definito il campione, l'analisi è proseguita mediante un confronto tra i diversi sistemi sanitari regionali. I valori dei fondi rischi, nei bilanci consolidati dell'esercizio 2015 delle 21 regioni e province autonome, sono stati rapportati al Fondo Sanitario Regionale (FSR) per identificare l'impatto della fattispecie contabile sul finanziamento regionale. L'incidenza dei fondi rischi sul FSR è in media del 5,86% per le 21 regioni, come è emerso dalla tabella 4.1. Si può notare che alcune regioni in piano di rientro (Campania, Molise e Lazio) presentano un indicatore fondi rischi su FSR sopra la media, con valori molto elevati; diversamente, le altre si attestano intorno o sotto la media. Nelle regioni non in PdR i fondi rischi incidono mediamente tra il 4 e il 5%. Per le quattro regioni del campione, le percentuali sono le seguenti: in Campania il valore è di 11,71%, in Molise è del 9,53%, in Emilia Romagna è pari al 3,61%, mentre in Basilicata è del 3,55%. In sintesi, osservando la panoramica generale di tutte le regioni e province autonome italiane, emerge un quadro molto interessante e una certa disomogeneità con valori differenti tra le regioni.

Sono stati esaminati i bilanci di esercizio delle AA.SS. e delle GSA e i bilanci consolidati delle quattro regioni del campione nel triennio 2013-15, al fine di acquisire informazioni relative alla fattispecie contabile in esame e valutare la composizione dei fondi rischi e dell'accantonamento ai fondi rischi "per tipologia", oltre ad esaminare gli utilizzi degli accantonamenti e le informazioni presenti in nota integrativa.

I fondi rischi e l'accantonamento ai fondi rischi presentano, infatti, in bilancio una suddivisione per "tipologie" di contenzioso, identificata a livello nazionale. Si distinguono, in particolare: 1. fondi rischi per cause civili e oneri processuali; 2. fondi rischi per contenzioso con il personale dipendente; 3. fondi rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato; 4. fondi rischi per copertura diretta dei rischi – autoassicurazione; 5. altri fondi rischi. Tale suddivisione ha permesso di illustrare la tipologia di fondi rischi maggiormente presente e rilevante nel bilancio delle singole aziende sanitarie, nel bilancio della GSA (ad eccezione della Basilicata, che ha optato per

particolare sono 8 AUSL, 4 AOU, 2 IRCCS e un istituto di riabilitazione. Più recentemente nel 2017, la provincia di Reggio Emilia ha creato un'azienda sanitaria unica, nata dalla fusione tra la ASL e l'AO IRCCS di Reggio Emilia). La regione Basilicata, infine, è costituita da quattro AA.SS. e non ha la GSA.

la scelta di non creare una GSA) e nei bilanci consolidati delle quattro regioni del campione. Altro dato interessante è quello che emerge dall'osservazione del diverso peso dei fondi rischi nel bilancio delle singole AA.SS. di una regione e del diverso peso dei fondi rischi nel bilancio della GSA rispetto al totale dei fondi rischi della regione. In altre parole, viene esaminato l'ammontare dei fondi rischi delle AA.SS. e della GSA.

Si è proceduto, quindi, all'analisi dei modelli SP (Stato Patrimoniale) di tutte le aziende sanitarie e delle GSA delle regioni del campione; in particolare, si è analizzato l'ammontare dei fondi rischi e la variazione degli stessi nel triennio 2013-15, anche rapportandolo ai valori di natura economica, ad esempio al valore della produzione.

Sono stati, inoltre, esaminati i modelli CE (Conto Economico) nel triennio in esame per osservare come evolve e si delinea l'accantonamento dell'anno, attraverso l'utilizzo del fondo e le eventuali riclassificazioni, fino a determinarne la consistenza finale.

Sono state, infine, esaminate le Note Integrative dei bilanci delle aziende sanitarie, della GSA e dei consolidati delle quattro regioni del campione per verificare i criteri di valutazione adottati per l'accantonamento ai fondi rischi e la movimentazione degli stessi accantonamenti, esposti appunto in nota integrativa. Tuttavia, si sottolinea che le informazioni ritraibili dalle note integrative sono strettamente quelle previste dalla modulistica standard. Non sono emerse ulteriori informazioni importanti che consentano di avere dati di dettaglio. L'analisi empirica è stata volta anche alla verifica delle modalità di realizzazione della stima degli accantonamenti nelle diverse aziende (cioè dei criteri civilistici e/o principi contabili nazionali adottati dalle AA.SS.).

Sono state effettuate alcune interviste agli attori dei SSR e somministrati questionari via mail ai dirigenti delle direzioni generali della salute e sanità delle quattro regioni e/o ad alcuni responsabili del bilancio o della gestione economico-finanziaria (GEF) delle aziende, tra cui membri dell'*Organismo Regionale per il governo e monitoraggio dello stato dei rischi* del SSR della Campania, istituito nel 2014, per la gestione e il controllo dei rischi.

4.4. I fondi rischi nel bilancio delle aziende sanitarie secondo il decreto legislativo 118/2011

Il D.lgs. 118/2011 sull'armonizzazione della contabilità pubblica, in attuazione della legge 42/2009, detta deroghe ai criteri civilistici di valutazione per diverse fattispecie contabili (ammortamento delle immobilizzazioni ma-

teriali e immateriali, costo delle rimanenze, etc.) e definisce, quindi, anche alcuni principi di valutazione specifici per il settore sanitario pubblico.

Riguardo alla valutazione dei fondi rischi nel bilancio delle aziende sanitarie, fattispecie contabile oggetto del presente lavoro, il D.lgs. 118 ha unicamente previsto (all'art. 29, lettera g) «lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo».

In sostanza, il decreto legislativo non definisce criteri di valutazione specifici per l'accantonamento ai fondi rischi, non detta deroghe ai criteri civilistici e sembrerebbe di conseguenza voler armonizzare tutte le altre fattispecie contabili, lasciando un margine di discrezionalità alla determinazione dei fondi rischi, unica voce di bilancio con riferimento alla quale si rimane flessibili, senza dettare regole né una casistica applicativa. L'accantonamento ai fondi rischi è dunque una fattispecie in cui potrebbe verificarsi un "uso opportunistico" da parte degli attori e il successivo rischio di ricorso a *politiche di bilancio* (Cantù, 2014).

In altre parole, il legislatore non ha limitato la discrezionalità ed autonomia delle aziende sanitarie, né ha escluso la possibilità di iscrivere i fondi in bilancio; ciò al fine di non impedire il rispetto della clausola generale della "rappresentazione veritiera e corretta". Il legislatore chiama quindi le regioni a valutare "l'adeguatezza" (flessibilità della regione) e il collegio sindacale, per le AA.SS., o il terzo certificatore, per la GSA, ad attestare il rispetto degli adempimenti per procedere all'iscrizione dei fondi e al relativo utilizzo.

È richiesto di specificare, in nota integrativa, secondo il codice civile, i criteri utilizzati per determinare l'entità dei fondi e gli estremi dei verbali dei collegi sindacali che ne approvano l'iscrizione e l'utilizzo, cioè le variazioni che tali fondi hanno subito nel corso dell'esercizio.

In generale, i fondi rischi accolgono gli accantonamenti per rischi probabili, il cui accadimento, inoltre, è incerto nell'ammontare e nel tempo (Puddu et al., 2011).

La normativa italiana in tema di fondi rischi, pur menzionando le passività potenziali, manca di una disciplina organica e specificamente dedicata agli elementi contabili in questione, anche in seguito alla riforma operata dal D.lgs. 139/2015. Secondo l'art. 2424 bis del codice civile, «gli accantonamenti per rischi ed oneri sono destinati soltanto a coprire perdite o debiti di natura determinata, di esistenza certa o probabile, dei quali tuttavia alla chiusura dell'esercizio sono indeterminati o l'ammontare o la data di soprav-

venienza». Sono condizionati da uno stato di incertezza legato al manifestarsi di eventi futuri.

L'OIC 31, invece, è lo standard di riferimento dell'Organismo Italiano di Contabilità e ha lo scopo di definire i criteri per la rilevazione, classificazione e valutazione dei fondi rischi, nonché le informazioni da presentare in nota integrativa; integra quindi i criteri civilistici di valutazione. L'OIC 31 è destinato alle aziende che redigono il bilancio d'esercizio in base alle disposizioni del codice civile. Secondo tale principio contabile, come si è detto, i fondi rischi rappresentano passività potenziali connesse a situazioni già esistenti alla data di bilancio, ma caratterizzate da uno stato di incertezza, il cui esito pendente dipende dal verificarsi o meno di uno o più eventi in futuro. L'OIC 31, a differenza del codice civile, distingue gli eventi futuri in base al grado di accadimento in eventi: remoti, possibili e probabili. Gli eventi *remoti* hanno scarsissime possibilità di verificarsi, solo in casi eccezionali; gli eventi *possibili* possono più o meno verificarsi, ma il loro grado di accadimento è inferiore al probabile. Gli eventi *probabili* sono quelli per i quali è più verosimile che possano verificarsi piuttosto che il contrario.

Pertanto, i valori di tali passività potenziali, se probabili (con una probabilità di verifica maggiore del 50%) e stimabili, sono soggetti a valutazione determinando l'insorgere del fondo e dell'accantonamento in bilancio. Di conseguenza, viene effettuata la miglior stima fattibile tra limiti massimi e minimi, in un campo di variabilità di valori soggettivi ad opera della discrezionalità tecnica dei redattori di bilancio. La stima del fondo richiede ovviamente conoscenze statistiche per operazioni similari, serie storiche, specifiche conoscenze della situazione di rischio in essere, pareri di consulenti esterni. Inoltre, è insito nel concetto stesso di fondo un costante aggiornamento dei valori (Quagli, 2017).

Altri principi contabili, che non vengono adottati dalle aziende sanitarie pubbliche italiane, ma che comunque riguardano il trattamento contabile dei fondi rischi sono lo IAS 37 e l'IPSAS 19.

Lo IAS 37 (*provisions and contingencies*) (Alexander et al., 2006), specificamente dedicato alle passività potenziali e agli accantonamenti, ha la finalità di assicurare che agli accantonamenti e alle passività potenziali siano applicati appropriati criteri di rilevazione e valutazione e sia fornita nelle note un'informativa tale da consentire agli utilizzatori di comprendere la natura, la tempistica e l'ammontare.

Inoltre, per far sì che il fondo sorga, secondo lo IAS 37 è necessaria un'obbligazione assunta che coinvolga terze persone; non è sufficiente un'intenzione del management. In altre parole, i fondi sono iscritti solo se derivanti da obbligazioni verso terzi, quindi riconosciuti dalla legge. L'applicazione

cazione del principio contabile internazionale ha comportato quindi per le aziende italiane che adottano gli IFRS l'eliminazione di molti fondi tendenzialmente arbitrari (Quagli, 2017). Lo IAS 37, inoltre, non ammette eccessi di prudenza. La stima del rischio deve avvenire in base alle sue probabilità di manifestazione, senza sopravvalutare le perdite potenziali.

La normativa italiana sembra per certi aspetti convergere verso le regole dello IAS 37, pur apparendo più generale. In sintesi, quindi, lo IAS iscrive una *provision* solo se ci si trova in presenza di una obbligazione derivante da comportamenti o eventi passati, ed è probabile che da questa obbligazione derivino future uscite di risorse che possano essere stimate con attendibilità (Fleurke e Hulst, 2006; Eldosouky et al., 2014).

Infine, l'IPSAS 19 non presenta differenze sostanziali rispetto allo IAS 37, eccetto per l'ambito di applicazione, che è rappresentato dai sistemi contabili di Stato e di enti, aziende territoriali e locali, ad esclusione delle imprese a controllo pubblico, alle quali si applicano i principi contabili IAS.

4.5. Considerazioni critiche sul trattamento dei fondi rischi secondo i principi contabili

Sia la disciplina contabile nazionale, sia gli standard internazionali, fondano la rilevazione di accantonamenti e passività potenziali su un principio che non sembra del tutto privo di ambiguità nella sua interpretazione. In particolare, uno degli aspetti maggiormente approfonditi in letteratura riguarda proprio le differenze che possono scaturire nell'interpretazione del principio di probabilità intrinseco nel processo di valutazione e rilevazione degli eventi futuri.

Diversi studiosi hanno esaminato il tema della probabilità di accadimento dell'evento rispetto a diversi punti di analisi. Harrison e Tomassini (1989), conducendo uno studio basato sullo SFAS 5¹², dimostrano che esiste una grande discrepanza nell'assegnazione del grado di avveramento dell'evento futuro, che deriva anche dalla tipologia di obbligazione contabile legata allo stesso evento. Amer et al. (1995) dimostrano come l'attribuzione di una specifica probabilità di accadimento a un evento futuro dipenda dalle informazioni di base a disposizione di ciascun soggetto e, a parere di chi scrive, anche di serie storiche, statistiche e di come essa possa essere facilmente influenzabile da fattori esogeni e di contesto. Nelson e Kinney (1997) presen-

¹² Lo SFAS 5 è il principio contabile statunitense dedicato agli accantonamenti e alle passività potenziali (*Statement of Financial and Accounting Standards n. 5: accounting for contingencies*).

tano un esperimento che esamina l'influenza dell'incertezza sulla probabilità che si verifichi una perdita futura, nei giudizi degli *auditor* e degli utilizzatori del bilancio.

La letteratura in materia, quindi, conferma che le regole contabili relative alla rilevazione degli accantonamenti e delle passività potenziali incorporano un grado di ambiguità che influenza le valutazioni proposte dai redattori e dagli utilizzatori del bilancio.

Altri importanti aspetti sono sintetizzati da Dicu e Mardiros (2015). In particolare, il loro studio fa riferimento alla possibilità che gli *stakeholder* percepiscano la rilevazione di una possibile/probabile perdita futura come un segno di debolezza dell'impresa, che tenderebbe quindi ad evitare o ridurre al minimo la rilevazione di tali poste contabili. Non è inoltre così frequente iscrivere fondi rischi per contenzioso, perché ciò danneggerebbe l'immagine aziendale; il lettore di bilancio potrebbe ritenere, infatti, che la contabilizzazione di tali fondi rischi per contenzioso equivalga ad una implicita ammissione di responsabilità dell'azienda (Quagli, 2017).

Un'ulteriore problematica, concernente l'ambiguità e la conseguente variabilità nelle interpretazioni delle regole contabili legate agli accantonamenti ed alle passività potenziali, si incardina nella questione relativa alla comparabilità dei bilanci che, secondo Dicu e Mardiros (2015), non potrebbe essere in alcun modo assicurata con siffatti principi contabili impregnati di grande soggettività, come evidenziato nel precedente paragrafo. Proprio in relazione a quest'ultima questione, un ulteriore aspetto che ne deriva è l'enorme rischio di manipolazione contabile, che risulterebbe difficilmente rilevabile e contestabile in assenza di un parametro che si avvicini all'oggettività, piuttosto che alla libera interpretazione soggettiva.

La valutazione dei fondi rischi è legata quindi all'interpretazione di chi effettua la valutazione, come previsto dai principi contabili nazionali ed internazionali che disciplinano la rilevazione ed iscrizione in bilancio degli accantonamenti e delle passività potenziali.

4.6. Brevi note sul rischio nelle aziende sanitarie

Il rischio è una condizione di vita e di esistenza di tutte le aziende; per tale motivo le aziende sanitarie devono dotarsi di strumenti per contrastare il rischio e gli eventi avversi, in modo da riuscire a raggiungere con maggiore efficacia i propri obiettivi ed evitare disfunzioni e crisi aziendali (Paolone, 2000; Salvatore, 2012).

Il rischio può essere descritto come la potenzialità di un evento sfavorevole ovvero una variazione negativa rispetto ad una situazione prevista e risulta essere direttamente proporzionale alla complessità dell'azienda oggetto di analisi (D.M. 5 marzo 2003, Ministero della Salute). Inoltre, rispetto alla complessità aziendale, appunto, è ovvio che la tipologia dei rischi aumenta di numero e pertanto ogni azienda dovrà ben valutare le stesse tipologie per potersi al meglio cautelare da ognuno dei rischi possibili nello svolgimento delle proprie attività.

Negli anni sono state sviluppate una serie di logiche e metodologie volte a ridurre al minimo il rischio presente nella gestione di aziende private e pubbliche. Il *risk management* è infatti un processo attraverso il quale si stima il rischio in azienda e si sviluppano strategie volte alla gestione dello stesso (Messano et al., 2014; Cavadini e Lucietto, 2014). Il *risk management* è, quindi, una attività sistemica di gestione del rischio che tende a salvaguardare il patrimonio dell'azienda contro perdite che possono colpirla durante l'esercizio della propria attività mediante strumenti di prevenzione, di monitoraggio e di assicurazione (Albergo, 2014; Hazan e Zorzit, 2012).

La gestione del rischio è derivata da uno sviluppo e da un'applicazione tipica delle aziende private; tuttavia in seguito all'aziendalizzazione del settore sanitario (Salvatore, 2000) si è determinata un'espansione di tale logica gestionale (Messano et al., 2014). In particolare, l'evoluzione della ricerca scientifica e delle tecnologie in ambito sanitario ha determinato un aumento di due variabili: risultati positivi nella cura delle patologie, ma anche contemporaneamente rischio di danni a carico del paziente. Quindi, si è evidenziato un crescente bisogno di analisi dettagliata dei possibili rischi.

Nelle entità sanitarie pubbliche, i problemi di contenzioso sono numerosi, di diversa tipologia e di difficile quantificazione; è perciò necessario un sistema di monitoraggio e di analisi dei rischi attraverso una mappatura, un'identificazione delle aree critiche delle tipologie di rischio e una gestione delle stesse attraverso un processo organizzativo-gestionale, di quantificazione e di prevenzione.

Tale processo usualmente si occupa di aree propriamente aziendali, ma nel caso specifico delle entità sanitarie pubbliche le aree principali sono le seguenti:

- *Rischio clinico*: rischio di danni al paziente, collegati al percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale (Fusco et al., 2016);
- *Rischio per il lavoratore* (personale medico, personale sanitario e non): relativo alla tipologia di attività svolta all'interno della struttura sanitaria;

- *Rischio ambientale*: ambiente fisico e impiantistico nella struttura sanitaria;
- *Rischio economico-finanziario*: collegato non solo alle possibili conseguenze sulla struttura sanitaria di incidenti di varia natura (Perrella e Leggeri, 2007), ma anche a possibili problemi nella conduzione gestionale ed economica dell'azienda (bilancio, gare d'appalto e loro procedure amministrative, gestione del personale, etc.) (Bizzarri et al., 2013).

Il rischio associato alla gestione della cura del paziente può essere sicuramente ridotto mediante un'analisi scrupolosa delle varie tappe e procedure da utilizzare e da seguire, secondo le linee guida nazionali ed internazionali, e un'analisi del sistema procedurale e di salvaguardia delle *best practice*. Questo permette di limitare il verificarsi di errori, anche se ovviamente non è possibile arginare del tutto il verificarsi di eventi sfavorevoli relativi a variazioni negative. L'impossibilità di eliminazione totale dell'errore rende focale il ruolo del *clinical risk management*, cruciale nel consentire alle aziende sanitarie e ospedaliere di migliorare la sicurezza nei confronti dei pazienti (Messano et al., 2014).

Nelle aziende sanitarie, il rischio clinico comporta elevati costi in quanto è individuato nella probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso. Quindi, considerando che nel sistema sanitario il focus è rappresentato proprio dalla cura del paziente, ne deriva che tale rischio va a inglobare la maggior parte delle attività svolte.

L'attenzione crescente nei confronti del *clinical risk management* è dovuta non solo a questioni di carattere etico, volte alla sicurezza del paziente e al successo delle cure, ma anche ad un importante focus sull'analisi economica in quanto il potenziale errore potrebbe produrre conseguenze negative anche in termini economico-finanziari legati al contenzioso con il personale medico e parasanitario dell'azienda che è compartecipe dell'errore. Inoltre, il verificarsi di numerosi eventi negativi comporta riflessi non solo economici, ma anche sociali, nell'immagine resa dalla struttura sanitaria agli *stakeholder*, in particolare ai pazienti.

Attualmente, il rischio clinico si pone quindi come tema di grande rilevanza ed interessa vari settori nell'ambito della salute con un forte impatto sociale. Pertanto, è essenziale conoscere e analizzare questo aspetto dell'assistenza sanitaria, che si colloca in quello più generale della valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie (Messano et al., 2014).

4.7. Analisi dei dati di bilancio e dei questionari

L'analisi svolta nel presente lavoro è di tipo qualitativo ed è volta a verificare, nel campione individuato, come le AA.SS. e le regioni, eventualmente anche attraverso la GSA, determinino i fondi rischi e il relativo accantonamento, che rappresentano un'area di grande discrezionalità e/o flessibilità nel bilancio.

Come si è detto in precedenza, nell'introduzione e nella descrizione della metodologia, l'entità dei fondi rischi nei bilanci delle AA.SS. e, quindi, nei bilanci consolidati dei SSR, assume, in taluni contesti, un importante rilievo sia in termini assoluti, che in termini relativi. A ciò si aggiunge che l'art. 29 del D.lgs. 118/2011 prevede che le regioni valutino lo stato dei rischi aziendali e verifichino l'adeguatezza degli accantonamenti e che, al momento, non esistono casistiche applicative né specifiche linee guida nazionali volte ad indirizzare operativamente il comportamento delle regioni.

Ne consegue che, al fine di sviluppare la ricerca e verificare le ipotesi poste alla base della stessa, si è ritenuto opportuno ricorrere: all'analisi dei dati di bilancio sia delle singole AA.SS., sia della GSA, dove presente, sia dei consolidati regionali; ad interviste ad alcuni attori chiave dei SSR; nonché a questionari strutturati, somministrati via mail agli operatori qualificati dei SSR oggetto del campione.

Tutto ciò allo scopo di individuare spunti metodologici e indicatori maggiormente segnaletici che possano guidare l'azione dei soggetti regionali deputati ad esprimere un giudizio di "congruità" ed individuare *policy* cui le AA.SS. debbano attenersi.

4.7.1. Analisi dei dati di bilancio

L'analisi dei dati di bilancio delle singole aziende sanitarie, della GSA ove presente, e dei consolidati delle quattro regioni del campione è stata effettuata nell'arco temporale 2013-15.

I principali dati rilevati sono mostrati nelle tabelle in allegato ¹³, con il calcolo di alcuni indicatori che evidenziano le peculiarità delle singole regioni del campione.

¹³ In allegato 1 sono esposte tre tipologie differenti di tabelle per le singole regioni del campione. Le tabelle 4.3, 4.4, 4.5 e 4.6 mostrano l'incidenza dei fondi rischi sul valore della produzione nel triennio considerato. Le tabelle 4.7, 4.8, 4.9 e 4.10 mostrano la suddivisione dei fondi rischi in sottocategorie ed evidenziano anche il peso relativo dei fondi rischi delle AA.SS. e della GSA, nell'esercizio 2015. Le tabelle 4.11, 4.12, 4.13 e 4.14 evidenziano la movimentazione dei fondi rischi nel triennio considerato.

L'analisi ha innanzitutto evidenziato il peso dei fondi rischi delle singole AA.SS. e della GSA. Inoltre, interessante è stata l'analisi della segmentazione dei fondi rischi per tipologia di contenzioso, sempre nelle singole aziende sanitarie, nella GSA e nel bilancio consolidato delle regioni.

Gli indicatori costruiti ai fini di soddisfare gli obiettivi e le ipotesi di ricerca possono rappresentare indicazioni di massima su come l'ente regione può agire per esprimere il "giudizio di congruità" imposto dal decreto legislativo 118/2011.

Il primo indicatore (tabelle 4.3-4.6) evidenzia *l'incidenza dei fondi rischi sul valore della produzione* nelle quattro regioni del campione, nel triennio 2013-15, per le singole aziende sanitarie, per la GSA e per il bilancio consolidato.

Calcolato a livello consolidato, l'indicatore esprime sostanzialmente lo stesso concetto dell'indicatore di cui si è discusso nell'introduzione e nella descrizione della metodologia che mette, invece, a confronto i fondi rischi con il FSR, solo nell'esercizio 2015. Tale indicatore (fondi rischi su FSR) ha evidenziato un rapporto molto elevato nelle due regioni in piano di rientro: Campania e Molise. Analogamente, anche l'incidenza dei fondi rischi sul valore della produzione presenta livelli più elevati nelle due regioni in PdR.

È interessante osservare la maggiore o minore omogeneità dell'indicatore a livello di singola azienda nello specifico contesto regionale. Più precisamente, laddove le AA.SS. presentino un sostanziale allineamento rispetto al dato calcolato sul consolidato regionale, l'indice è probabilmente espressione del livello di rischiosità media del sistema sanitario regionale. Se, invece, ci sono evidenti differenziazioni tra le AA.SS. in uno specifico contesto regionale, tali differenziazioni andrebbero analizzate e dettagliatamente motivate. Del resto, ci si potrebbe trovare di fronte a situazioni aziendali molto diverse tra loro, pur nell'ambito della stessa regione, sia per gestioni operative differenti (un ospedale e una ASL, una piccola azienda o una grande azienda, una azienda di provincia e una azienda metropolitana), sia per livelli di contenzioso storicamente disomogenei. Laddove, invece, tale disomogeneità operativa non dovesse essere così marcatamente ravvisata, indici così divergenti tra loro non potrebbero che rappresentare un elemento segnaletico forte del ricorso a *politiche di bilancio*. A questo punto, risulta opportuno che il regolatore regionale, nell'attestare lo stato dei rischi e il giudizio di congruità, intervenga per rendere più omogenea tale posta di bilancio.

Nel caso di specie, osservando il campione delle quattro regioni selezionate, si nota chiaramente tra le regioni in PdR che la Campania mostra al proprio interno spazi di disomogeneità molto pronunciati. Al contrario, Emilia Romagna e Basilicata fanno registrare, seppur nell'ambito di differenze

fisiologiche, una certa omogeneità dell'indicatore in questione. In Molise non è possibile rilevare alcuna differenza in quanto è presente una sola azienda sanitaria.

Un secondo indicatore riguarda *la suddivisione dei fondi rischi nelle sottocategorie previste dalla normativa contabile*: 1. fondi rischi per cause civili e oneri processuali; 2. fondi rischi per contenzioso con il personale dipendente; 3. fondi rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato; 4. fondi rischi per copertura diretta dei rischi – autoassicurazione; 5. altri fondi rischi. Tale suddivisione è analizzata nelle tabelle 4.7-4.10, sia in termini assoluti che percentuali, con riferimento alle AA.SS., alla GSA e al consolidato nell'esercizio 2015.

L'indicatore, a livello consolidato, consente di comprendere nelle varie regioni l'incidenza di ciascuna sottocategoria di fondi rischi, ivi compresa la categoria residuale “altri fondi rischi”. Quest'ultima, se manifesta una percentuale molto elevata, per esempio superiore al 50%, come nel consolidato della regione Campania al 31.12.2015, denota una scarsa accuratezza nel dettagliare l'origine del rischio nei confronti del quale ci si protegge e lascerebbe intendere l'esistenza di spazi di scarso presidio e, quindi, di *politiche di bilancio*. Ciò è confermato dalle interviste effettuate in regione Campania. Anche in Emilia Romagna l'incidenza in percentuale degli “altri fondi rischi” nel consolidato segna la percentuale maggiore (39%) rispetto alle altre sottocategorie, sempre al 31.12.2015, seppur inferiore alla percentuale del 50%. Molto chiara appare, invece, la situazione della regione Molise che espone a livello consolidato, al 31.12.2015, il 73% dei fondi rischi nella sottocategoria relativa all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato. In ultimo, per quanto concerne la regione Basilicata, che non ha optato per la costituzione della GSA, la categoria di fondi rischi che incide maggiormente sul totale nel bilancio consolidato è quella relativa all'autoassicurazione (pari al 47%).

Sempre in tema di incidenza percentuale, è molto interessante commentare la ripartizione dei fondi rischi tra il totale delle AA.SS. e la GSA – laddove presente – rispetto al dato complessivo del consolidato nell'esercizio 2015.

Nella regione Campania i fondi rischi della GSA risultano essere pari al 39% del totale fondi rischi del consolidato. Tali fondi rischi della GSA sono quasi per intero (90%) imputati alla voce residuale “altri fondi rischi”; ciò a dimostrazione della natura prevalentemente integrativa dell'accantonamento operato dalla regione nel bilancio della GSA, come è emerso anche dalle risposte ai questionari.

Nella regione Molise, invece, i fondi rischi della GSA assumono un peso pari al 72% del totale fondi rischi del consolidato e sono quasi integralmente

destinati a coprire i rischi connessi all'acquisto di prestazioni da privato (94%); il che accade perché in questa regione il rapporto con gli erogatori privati delle prestazioni sanitarie è direttamente in capo alla GSA. Di converso, i fondi rischi iscritti nel bilancio dell'unica azienda sanitaria, l'ASREM, il cui peso è del 28% sul totale consolidato, sono prevalentemente destinati alla copertura del contenzioso con il personale dipendente (49%).

In Emilia Romagna, l'incidenza percentuale dei fondi rischi nel bilancio della GSA, rispetto alla medesima voce nel bilancio consolidato, risulta pari al 17%, prevalentemente destinato all'autoassicurazione (68%). Laddove, invece, i fondi rischi iscritti nei bilanci delle AA.SS., pari all'83% del dato consolidato, sono per lo più imputati alla voce residuale "altri fondi rischi" (41%). Tale percentuale, seppur inferiore al 50%, denota qualche profilo di criticità.

Non è possibile, infine, calcolare un indicatore di questo genere per la regione Basilicata, essendo questa sprovvista della GSA, come si è detto più volte.

Interessante, inoltre, è l'analisi della *movimentazione dei fondi rischi* nelle quattro regioni del campione. Le tabelle 4.11-4.14 mostrano, per il triennio considerato, la movimentazione dei fondi rischi rispetto alla consistenza iniziale, evidenziando per ciascun anno gli accantonamenti, gli utilizzi, le riclassifiche e la consistenza finale.

Occorre premettere che, per poter trarre indicazioni definitivamente significative, l'analisi longitudinale della movimentazione dei fondi rischi dovrebbe essere estesa ad un arco temporale di almeno 7-10 anni, perché tale è il periodo nel quale mediamente giungono a definizione la maggior parte dei contenziosi. Come è noto, però, il D.lgs. 118/2011 ha trovato la sua prima applicazione a decorrere dall'esercizio 2012, motivo per cui le considerazioni qui di seguito esposte devono intendersi come primissime analisi, che in qualche modo nella presente ricerca avvalorano ulteriormente le ipotesi, come è altresì emerso dalle risposte ai questionari somministrati.

In linea generale, se dalla movimentazione annua dei fondi rischi dovessero prevalere quasi esclusivamente o solo accantonamenti ovvero solo utilizzi, ne deriverebbe un'ipotesi di ricorso sistematico a *politiche di bilancio*, da verificare attraverso indagini più puntuali.

Dall'analisi empirica condotta sul campione delle quattro regioni, per l'arco temporale 2013-15, non emergono evidenze particolarmente critiche. Infatti, nella regione Campania, a livello consolidato, non emerge una netta prevalenza o degli accantonamenti o degli utilizzi. Ciò che invece emerge chiaramente è l'elevata entità della movimentazione annua, pur rispetto ad una consistenza iniziale dei fondi rischi molto ingente. A livello consolidato gli accantonamenti e gli utilizzi oscillano tra i 250 e i 400 milioni di euro l'anno.

Stesse considerazioni valgono per la regione Molise, con l'evidenza che nel solo anno 2015 gli utilizzi risultano pari a quasi tre volte gli accantonamenti, il che trova giustificazione nella conclusione di talune transazioni con i privati accreditati.

Per quanto riguarda, invece, la regione Emilia Romagna, si osserva un'elevata movimentazione annua in termini percentuali dei fondi rischi, con una sistematica prevalenza degli accantonamenti annui rispetto agli utilizzi, il che potrebbe indurre a pensare che in questa regione si sia approfittato della capienza del FSR per rafforzare patrimonialmente il SSR. Stesse e identiche considerazioni valgono per la Regione Basilicata.

4.7.2. *Analisi dei questionari e delle interviste*

I questionari sono stati somministrati via mail e compilati dagli attori dei SSR nell'ultimo periodo del 2017 e all'inizio del 2018. I soggetti coinvolti sono stati i direttori generali della salute o sanità delle quattro regioni e/o alcuni dirigenti responsabili della gestione economico-finanziaria (GEF) delle aziende sanitarie (in Campania e in Molise). Sono state effettuate altresì interviste con alcuni attori delle regioni in PdR del campione considerato, che hanno permesso di approfondire le osservazioni del fenomeno in esame.

I questionari sono stati strutturati al fine di interrogare gli attori chiave sulle seguenti tematiche ritenute fondamentali: (i) interpretazione del concetto di "adeguatezza degli accantonamenti" ai fondi rischi; (ii) ruolo svolto al riguardo dai collegi sindacali e dal terzo certificatore della GSA; (iii) eventuali strumenti mediante cui poter ridurre gli "spazi di discrezionalità" (*mediating*) delle aziende nella contabilizzazione degli accantonamenti; (iv) esistenza o meno di accantonamenti ai fondi rischi nel bilancio della GSA (laddove presente) e principali motivi che hanno generato questa posta contabile; (v) eventuale correlazione tra l'entità dell'accantonamento annuale e l'ammontare del Fondo Sanitario Regionale (FSR) e del conseguente risultato economico atteso.

Tra gli elementi salienti emersi dai questionari e dalle interviste si sottolinea che, in regione Campania, nel 2014, è stato istituito l'*Organismo regionale per il governo e monitoraggio dello stato dei rischi del S.S.R.*, il quale è finalizzato a monitorare il contenzioso. Tale organismo analizza le classi di rischio, andando ad individuare delle sotto-aree per singola categoria di

contenzioso. È stata attivata anche una piattaforma informatica regionale¹⁴ per censire tutti i contenziosi attivi e agevolare gli uffici legali e i servizi economico-finanziari delle singole AA.SS. nelle valutazioni dello stato dei rischi di rispettiva competenza. Tale elemento interessante è emerso altresì dalle interviste effettuate.

In regione Molise, nell'ambito delle note circolari predisposte dalla direzione generale per la salute vengono fornite, di volta in volta, indicazioni operative relative alla valutazione degli accantonamenti e dei fondi rischi. Anche questa informazione è emersa dalle interviste.

In regione Emilia Romagna sono state emanate linee guida regionali anche sui fondi rischi. Nello specifico, si prevede che le singole aziende sanitarie, nel rispetto della normativa nazionale, dei principi contabili e delle linee guida regionali, procederanno in aderenza a tali linee guida all'individuazione delle aree di rischio, determinando conseguentemente l'entità dei fondi rischi da iscrivere in bilancio. Viene ulteriormente previsto che la regione Emilia Romagna, ai fini della valutazione di "adeguatezza degli accantonamenti" ai fondi rischi, esaminerà le motivazioni aziendali riportate nella nota integrativa e nella relazione sulla gestione, con la specifica attestazione del collegio sindacale.

Il coinvolgimento del collegio sindacale e del terzo certificatore della GSA sul giudizio di congruità nella valutazione degli accantonamenti è confermato anche dalle altre tre regioni intervistate.

Nella regione Basilicata è stata definita, con una nota circolare, la metodologia da seguire per la valutazione dello stato dei rischi aziendali connessi al regime di "autoassicurazione". Mediante la DGR n. 983/2012, la regione ha istituito il dipartimento interaziendale per la gestione del rischio clinico. Per quanto riguarda il rischio civile, invece, le AA.SS. all'inizio provvedevano autonomamente alla gestione del rischio per responsabilità civile, salva la possibilità di individuare forme assicurative per specifiche categorie di rischio. Successivamente, in seguito a criticità riscontrate, la regione ha predisposto e condiviso con i rappresentanti aziendali del SSR un'ulteriore nota circolare al fine di assicurare un'omogenea e corretta contabilizzazione degli accantonamenti per rischi nei bilanci aziendali. Tale nota contiene, in dettaglio, le istruzioni e le procedure da utilizzare per il monitoraggio dello stato dei rischi aziendali. In merito alla valutazione "dell'adeguatezza degli accan-

¹⁴ La piattaforma informatica ha visto la sua prima applicazione nel corso del 2015 e successivamente sono state inserite le informazioni pregresse. Di conseguenza, nell'arco temporale dell'analisi empirica di cui al presente lavoro (anni 2013-15), la piattaforma non era ancora stata resa operativa o meglio nel 2015 non era ancora possibile vederne gli effetti sul bilancio 2015, considerato oggetto di analisi della presente ricerca.

tonamenti” si fa presente che la regione ha provveduto, in applicazione alle disposizioni contrattuali inerenti il servizio di revisione contabile dei bilanci delle aziende del SSR, ad affidare anche tale verifica alla società di revisione incaricata.

Nell’individuazione di strumenti volti a ridurre gli “spazi di discrezionalità” (*mediating*) nell’iscrizione e nella determinazione della voce contabile dei fondi rischi, la regione Campania segnala di essersi molto impegnata negli ultimi anni nello sviluppo della già citata piattaforma informatica centralizzata, la quale fungerà da supporto all’operato degli uffici coinvolti (il Servizio Legale aziendale, il Servizio Economico-Finanziario aziendale, l’Avvocatura Regionale e la Direzione Generale per la Tutela della Salute) e contribuirà alla corretta definizione dei livelli di rischio e all’accurata stima della tempistica di definizione dello stesso.

Per quanto riguarda la regione Molise, si segnala un rinvio alle procedure previste dal Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC), nell’ambito del quale è prevista una specifica azione di intervento rivolta alla gestione del contenzioso.

Sullo stesso punto la regione Emilia Romagna fa riferimento alle linee guida regionali e al principio contabile nazionale OIC 31, per la riduzione degli ambiti di discrezionalità da parte delle singole aziende sanitarie.

Per quanto riguarda la Basilicata, si richiamano le informazioni già fornite sulla valutazione dell’adeguatezza degli accantonamenti.

In ogni caso, le quattro regioni del campione esprimono concordemente l’auspicio che vengano emanate apposite linee guida nazionali e/o casistica applicativa in materia, come emerso in particolare dalle interviste effettuate alle regioni in PdR.

Rispetto alla presenza o meno di accantonamenti ai fondi rischi nel bilancio della GSA (laddove esistente, in Basilicata non è presente), si segnala che, nella regione Campania, i fondi rischi iscritti nel bilancio della GSA presentano un importo molto significativo, una buona parte del quale è destinato ad integrare i fondi rischi iscritti nei bilanci delle singole AA.SS., in taluni casi ritenuti potenzialmente incipienti rispetto all’effettivo andamento dei rischi aziendali.

In regione Molise, i fondi rischi iscritti nel bilancio della GSA coprono esclusivamente i rischi connessi alla gestione dei contratti con gli erogatori privati di prestazioni sanitarie, contratti che in questa regione fanno direttamente capo alla stessa GSA.

Nella regione Emilia Romagna, gli accantonamenti ai fondi rischi nel bilancio della GSA sono effettuati in seguito alla scelta di provvedere alla gestione diretta dei sinistri (in autoassicurazione) senza la partecipazione di

compagnie assicurative, in adesione al “Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie”, approvato con delibera di giunta regionale nel 2014. A riguardo, è stato individuato dalla regione un valore soglia dei sinistri di 250.000 euro: al di sotto di tale valore, gli enti del SSR provvedono a corrispondere i risarcimenti dovuti direttamente e per intero con risorse del proprio bilancio; al di sopra di tale soglia, gli stessi enti provvedono alla liquidazione dei risarcimenti attingendo, per la quota eccedente la “franchigia” prima citata (250.000 euro), al fondo regionale istituito ad hoc nel bilancio della GSA (l’altra parte viene pagata dall’azienda sanitaria interessata).

Come già esposto per la regione Campania, anche per la regione Emilia Romagna eventuali ulteriori accantonamenti ai fondi rischi nel bilancio della GSA vengono effettuati quali poste integrative rispetto a quelle contabilizzate dalle singole aziende sanitarie.

Uno dei temi di maggiore interesse emerso dall’analisi dei questionari attiene all’eventuale correlazione tra l’entità dell’accantonamento annuale e l’ammontare del FSR e del conseguente risultato economico atteso, come è emerso anche dalle interviste.

Per quanto riguarda la regione Campania viene sottolineato che la stima dell’accantonamento e dei fondi rischi è sempre soggetta a margini di discrezionalità, per cui il valore può risultare condizionato da entrambi i fattori: l’entità del fondo sanitario regionale e il risultato economico atteso.

Anche per quanto concerne la regione Molise si conferma che l’entità degli accantonamenti ai fondi rischi può essere condizionata dal risultato economico atteso.

Seppur in modo diverso, anche per l’Emilia Romagna viene evidenziata l’esistenza di una correlazione tra la valutazione del rischio a fine esercizio e l’entità delle risorse annualmente disponibili.

Sul punto si distingue la regione Basilicata che, pur riconoscendo l’esistenza di una potenziale correlazione tra l’accantonamento ai fondi rischi e il FSR o il risultato economico atteso, ritiene di aver limitato tale eventualità grazie a specifiche procedure regionali adottate per la valutazione di “adeguatezza degli accantonamenti” operati (come descritto precedentemente).

Infine, tutte le regioni concordano sull’importanza di avvalersi di un sistema informativo avanzato e centralizzato per il monitoraggio del contenzioso e, quindi, per la valutazione dello stato dei rischi aziendali. In particolare, come esposto precedentemente, nella regione Campania, dal 2015, ha visto la sua prima applicazione una piattaforma informatica sulla quale sono stati caricati i singoli procedimenti giudiziari in corso e sulla base dei quali verrà effettuata la valutazione del rischio di soccombenza e la conseguente

determinazione dell'accantonamento ai fondi rischi da iscrivere in bilancio. Nell'arco temporale 2013-15, oggetto di analisi della presente indagine empirica, tale piattaforma non aveva ancora consentito di vederne gli effetti sul bilancio 2015. Solo ad oggi sono state inserite le informazioni pregresse ed è possibile valutarne i reali benefici.

La regione Emilia Romagna ha sviluppato fin dal 2003 un sistema informativo avanzato con lo scopo di garantire l'analisi e la rendicontazione dei processi per la gestione del contenzioso legale. Mediante questo sistema informativo vengono, infatti, elaborati periodici report che sono oggetto di confronto con le aziende sanitarie.

Nella regione Basilicata è stato istituito il Comitato Interaziendale Valutazione Sinistri (CIVS) che, con apposita procedura informatica, ha il compito di monitorare la situazione della gestione dei sinistri a livello unico regionale.

Si distingue, al riguardo, la regione Molise che, pur auspicando l'introduzione di una piattaforma informatica *ad hoc*, dichiara di non esserne ancora dotata.

4.8. Discussione dei risultati della ricerca e implicazioni operative

La ricerca effettuata nel presente lavoro è stata condotta con l'obiettivo di studiare come le aziende sanitarie e le regioni valutino i fondi rischi e il relativo accantonamento in bilancio, come venga effettuata l'iscrizione in bilancio dei fondi rischi in seguito al decreto legislativo sull'armonizzazione della contabilità pubblica, come vengano applicati i criteri di valutazione e se le AA.SS. e le regioni seguano i criteri civilistici e/o i principi contabili nazionali dell'Organismo Italiano di Contabilità (OIC).

Le motivazioni che hanno portato ad indagare la posta contabile dei fondi rischi nel bilancio delle aziende sanitarie, alla luce delle modifiche apportate dal decreto legislativo sull'armonizzazione contabile, hanno fatto emergere due ipotesi di ricerca: (i) la mancanza di regole specifiche e rigorose di armonizzazione per gli accantonamenti ai fondi rischi potrebbe consentire alle aziende sanitarie e alle regioni di effettuare *politiche di bilancio*, a livello aziendale e regionale (*ipotesi 1*); (ii) l'elevata incidenza dei fondi rischi, in assoluto, e in rapporto al Fondo Sanitario Regionale (FSR), è un segnale di scarso presidio dei processi gestionali critici o di scarsa capacità di governo delle aziende e scarsa qualità del sistema contabile e di bilancio (*ipotesi 2*).

I risultati dello studio, ottenuti in seguito ad una analisi della letteratura economico-aziendale, volta a definire un quadro concettuale di riferimento,

e ad un'analisi empirica, basata sui dati di bilancio nel triennio 2013-15, su interviste ad alcuni attori chiave dei SSR e sulla somministrazione di questionari via mail agli attori dei SSR delle quattro regioni del campione, confermano le ipotesi di ricerca.

In altre parole, si è voluto verificare se, in questa fase di prima applicazione del D.lgs. 118/2011 sull'armonizzazione contabile, le aziende sanitarie e le regioni, effettuino *politiche di bilancio* relative all'accantonamento ai fondi rischi e se vi sia una scarsa capacità di governo delle aziende sanitarie nella gestione del contenzioso, legata anche alla scarsa qualità dei bilanci. In effetti, i primi anni successivi all'entrata in vigore del decreto legislativo 118/2011 sull'armonizzazione contabile, hanno consentito ai diversi attori del SSN di concentrare gli sforzi verso il raggiungimento di una maggiore intelligibilità del dato contabile ai fini di una sua maggiore trasparenza e omogeneità complessiva.

La discrezionalità e/o flessibilità (*mediating*) delle aziende, lasciata dal legislatore, per la valutazione dei fondi rischi in bilancio appare dunque sicuramente giustificata dalla necessità di recuperare le condizioni di equilibrio economico-finanziario nelle aziende sanitarie, molte delle quali, operando in SSR in piano di rientro, non riuscivano a garantire i livelli essenziali di assistenza e presentavano altresì notevoli disavanzi pregressi da coprire.

Tuttavia, in seguito all'analisi empirica svolta nelle quattro regioni del campione, è emerso che, allo stato attuale, le aziende sanitarie si trovano a dover affrontare una fase di maggiore consapevolezza dei benefici che il processo di armonizzazione contabile può comportare. Pertanto, prima del D.lgs. 118/2011 non vi erano regole condivise; ora le aziende sanitarie, invece, si stanno avviando verso i percorsi attuativi della certificabilità (PAC) e verso la costruzione di un linguaggio contabile uniforme a livello nazionale. Nel 2012 emergevano, infatti, diversi problemi di armonizzazione dovuti ai disallineamenti contabili tra le regioni, tra le aziende all'interno di una stessa regione e tra le aziende e le regioni, anche a causa di sistemi contabili differenti.

Di conseguenza, appare attualmente necessario cercare di limitare tale discrezionalità e assenza di regole e criteri specifici di valutazione, per evitare il rischio di ricorso a *politiche di bilancio*, a livello aziendale e regionale, e una scarsa capacità di gestire gli elevati livelli di contenzioso spesso presenti nelle AA.SS. e nelle regioni.

È emerso dalla ricerca empirica che il ricorso a politiche di bilancio e le difficoltà incontrate nella gestione dell'ingente contenzioso riguardano soprattutto le due regioni in piano di rientro che presentano anche un'elevata entità della movimentazione annua dei fondi rischi.

Appare importante dunque adottare strategie operative per controllare il sistema contabile e il governo delle aziende sanitarie pubbliche e assicurare bilanci qualitativamente attendibili ai fini dell'armonizzazione e della certificabilità.

Emerge la necessità ed opportunità dell'adozione di regole meno flessibili e più adatte ad una realtà in cambiamento come quella delle aziende sanitarie, in cui si manifesta comunque l'esigenza di sviluppare reti tra strutture e tra professionisti per erogare servizi di qualità. La riduzione degli spazi e/o ambiti di discrezionalità, lasciati invece dalla norma alle AA.SS., potrebbe consentire una maggiore confrontabilità tra le diverse aziende e tra i diversi SSR pur sempre nell'ambito di una naturale discrezionalità per la valutazione della fattispecie contabile in esame.

Si è detto, infatti, che il dato contabile non è neutro, l'*accounting* non è sempre e solo una tecnica o tecnologia, ma ha una funzione sociale di *mediating*; spesso è necessario effettuare stime, ipotesi, valutazioni, come nel caso dei fondi rischi, fattispecie contabile oggetto della presente ricerca. È quindi opportuno mantenere comunque una certa discrezionalità per il trattamento contabile di tale fattispecie e nello stesso tempo tentare di governare il contenzioso.

Le *implicazioni operative* che derivano dalla presente ricerca sono di conseguenza quelle che riconoscono la necessità di sviluppare linee guida ed una casistica applicativa per il trattamento contabile dei fondi rischi in bilancio, come emerge dalle interviste e dalle risposte ai questionari.

L'utilizzo di una strumentazione informatica può in aggiunta supportare e guidare il processo di monitoraggio dei fondi rischi e delle diverse pratiche di contenzioso che sono sempre più frequenti nelle realtà sanitarie.

Il lavoro presenta comunque dei limiti dovuti all'esame di una serie storica di bilanci di soli tre anni; i futuri sviluppi della ricerca dovrebbero proseguire con un'analisi quantitativa di bilancio relativa ad un arco temporale più lungo: dai 7 ai 10 anni, in linea con la tempistica media di definizione dei principali contenziosi aziendali.

Il lavoro fornisce ulteriori *indicazioni operative* rispetto a quelle precedentemente esposte e sicuramente di grande ausilio agli attori del sistema sanitario regionale, soprattutto se si analizzano le situazioni di regioni come l'Emilia Romagna e la Basilicata, che non sono in piano di rientro.

Particolare attenzione dovrebbe essere posta all'importante ruolo svolto dalla GSA nella regione Emilia Romagna, il cui modello può essere assunto come *benchmark*, in quanto rappresenta un valido esempio di governo e gestione dei rischi (*risk management*). In Emilia Romagna, infatti, la GSA assume un ruolo cruciale nel processo di autoassicurazione, come emerge dalla

lettura dei bilanci, prospettando una vera e propria gestione attiva del rischio. L'Emilia Romagna presenta uno schema di autoassicurazione a favore delle aziende.

In realtà, anche in altre regioni, come ad esempio in Campania, nelle more della piena diffusione della piattaforma informatica di cui si è discusso, la GSA assume su di sé accantonamenti ai fondi rischi ad integrazione di quelli operati direttamente dalle singole AA.SS.; si tratta, però, di accantonamenti qualificati come “altri fondi rischi” (categoria residuale, che però diviene, di fatto, principale) e non a titolo di “autoassicurazione”. Del resto, la natura integrativa di tali accantonamenti non sempre scaturisce da un processo razionale e controllato di centralizzazione delle informazioni riguardanti i rischi del SSR, come accade invece nella regione Emilia Romagna. La regione Campania ha, infatti, integrato gli accantonamenti delle AA.SS. in modo esclusivamente empirico.

In sintesi, dalla lettura dei bilanci, dalle interviste e dall'analisi delle risposte ai questionari somministrati nelle regioni del campione si ha conferma che il dato contabile non rappresenta solo un “numero”, ma lo stesso deve essere ampiamente interpretato ed analizzato e, di conseguenza, risulta estremamente importante comprendere come il dato venga determinato ed esposto in bilancio.

Bibliografia

- Albergo, F. 2014. *Strumenti del controllo e analisi del rischio nelle aziende sanitarie*. Bari: Cacucci.
- Alexander, D., Archer, S., Delvaille, P. & Taupin, V. 2006. Provisions and contingencies: an Anglo-French investigation. *European Accounting Review*: 271-298.
- Amer, T., Hackenbrack, K. & Nelson, M. 1995. Content dependence of auditors interpretations of SFAS n.5 probability expressions. *Contemporary Accounting Research*, 2: 25-39.
- Anessi Pessina, E., Cantù, E. & Persiani, N. 2011. *Armonizzazione contabile e revisione dei bilanci nelle aziende sanitarie pubbliche*. Rapporto Oasi. Milano: Egea.
- Anessi Pessina, E. 2012. Editoriale. *Azienda Pubblica*, 1: 7.
- Anessi Pessina, E. 2014. *L'evoluzione dei sistemi contabili pubblici: aspetti critici nella prospettiva aziendale*. Milano: Egea.
- Arduini, R. (a cura di) 2016. *Innovazione culturale e gestionale in sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- Bizzarri, G., Dario, C., Jseppi, R. & Roberti, G. 2013. *Lo sviluppo del sistema di controllo interno nelle aziende sanitarie. Come ridurre i rischi amministrativo-contabili e migliorare le performance*. Milano: FrancoAngeli.

- Brusca, I., Caperchione, E., Cohen, S. & Rossi, F. M. 2016. *Public sector accounting and auditing in Europe: The challenge of harmonization*. London: Palgrave Macmillan.
- Cavadini, A. M. & Lucietto, G. 2014. *Risk management. Conoscenze e competenze di un unico processo*. Bari: Cacucci.
- Cantù, E. 2014. *Il bilancio delle aziende di servizi sanitari. Verso un nuovo modello contabile*. Milano: Egea.
- Cantù, E., Notarnicola, E. & Anessi Pessina, E. 2015. *L'evoluzione della situazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie pubbliche*. Rapporto Oasi. Milano: Egea.
- Cincimino, S. & Sorci, A. (a cura di) 2012. *Federalismo, riforme della contabilità e dei sistemi di controllo. L'impatto sugli equilibri di bilancio e sull'efficacia dell'operato degli enti della amministrazione pubblica*. Milano: Giuffrè.
- Dicu, R. M. & Mardiros, D. N. 2015. Provisions and Contingencies: Considerations regarding recognition and measurement. *Ovidius University Annals, Series Economic Sciences*, 15, 1: 733-737.
- Eldosouky, I. A., Ibrahim, A. H. & Mohammed, H. E. 2014. Management of construction cost contingency covering upside and downside risks. *Alexandria Engineering Journal*, 53, 4: 863-881.
- Fleurke, F. & Hulst, R. 2006. A Contingency approach to Decentralization. *Public Organization Rev.*, 6: 37-56.
- Fusco, A., Dicuonzo, G. & Dell'Atti, V. 2016. La gestione del rischio clinico in Italia: l'analisi di un case study. In Marchi, L., Lombardi, L., Anselmi, L., *Il Governo aziendale tra tradizione e innovazione*. Milano: Sidrea, FrancoAngeli.
- Harrison, K. E. & Tomassini, L. A. 1989. Judging the probability of a contingent loss: an empirical study. *Contemporary Accounting Research*, 5, 2: 642-648.
- Hazan, M. & Zorzit, D. 2012. *Responsabilità sanitaria e assicurazione*. Milano: Giuffrè.
- Ianni, L., D'Andreamatteo, A., Lega, F. & Sargiacomo, M. 2016. *Financial Distress in the Italian National Healthcare System (INHS): physiology or pathology of a decentralized (ongoing) federalist system*. *Financial Distress in Italian Public Administrations*. London: McGraw-Hill Education.
- Jannelli, R. 2014. *Il governo delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Problematiche di programmazione, rendicontazione e controllo*. Milano: FrancoAngeli.
- Lazzini, S. 2015. *Strumenti economico-aziendali per il governo della sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- Lusa, C., Puddu, L., Rainero, C. & Scagliola, L. 2016. *La certificazione dei processi amministrativi nelle aziende sanitarie* (Vol. 6). Torino: Giappichelli.
- Manes Rossi, F., Cohen, S., Caperchione, E. & Brusca, I. 2018. *IPSAS, EPSAS and other Challenges in European Public Sector Accounting and Auditing* (Vol. 2). London: Palgrave Macmillan.
- Martinelli, M. 2017. *L'impostazione di un sistema integrato di contabilità economico patrimoniale nella Gestione Sanitaria Accentrata Regionale*. Torino: Giappichelli.

- Messano, G. A., De Bono, V., Di Folco, F. & Marsella, L. T. 2014. Past and present of risk management in healthcare. *Igiene e Sanità Pubblica, PublMed*, LXX: 4-2014.
- Miller, P. & Power, M. 2013. Accounting, Organizing, and Economizing: Connecting Accounting Research and Organization Theory. *The Academy of Management Annals*, 7, 1: 557-605.
- Ministero della Salute – Commissione tecnica sul rischio clinico, a cura di (D.M. 5 marzo 2003), Risk management in sanità. Il problema degli errori.
- Mulazzani, M. 2016. *L'armonizzazione contabile delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi*. Rimini: Maggioli.
- Mussari, R. 2012. Brevi considerazioni sui mutamenti in atto nei sistemi di contabilità pubblica. *Azienda Pubblica*, 1: 11-21.
- Mussari, R., D'Alessio, L. & Sostero, U. 2015. Il nuovo sistema contabile delle università. *Azienda Pubblica*, 3: 227-246.
- Nardini, M. 2014. Il d. lgs. 126/2014: l'armonizzazione» dei bilanci regionali nel quadro del nuovo principio di «equilibrio» ed i riflessi sull'autonomia del Consiglio. *Le Regioni*, 42(5-6): 1031-1064.
- Nelson, M. W. & Kinney, W. R. 1997. The effect of ambiguity on loss contingency reporting judgments. *Accounting Review*, 72, 2: 257-274.
- Paolone, G. 2000. *La cessazione aziendale nelle sue tipiche forme di manifestazione*. Torino: Giappichelli.
- Perrella, G. & Leggeri, R. 2007. *La gestione del rischio clinico. La sicurezza del paziente e la lotta agli sprechi nelle strutture pubbliche e private*. Milano: FrancoAngeli.
- Pozzoli, S. & Mazzotta, R. 2012. Un processo di armonizzazione che mortifica la contabilità pubblica. *Azienda Pubblica*, 1: 69-82.
- Puddu, L., Buchi, G., Fagnola, F. & Gibello Ribatto, P. (a cura di) 2011. *Elementi essenziali per la predisposizione e la certificazione del bilancio delle Aziende sanitarie*. Milano: Giuffrè.
- Quagli, A. 2017. *Bilancio e principi contabili*. Torino: Giappichelli.
- Reginato, E. 2016. *Accountability e controlli in sanità*. Rimini: Maggioli.
- Salvatore, C. 2000. *I sistemi di controllo nell'economia delle aziende sanitarie pubbliche*. Padova: Cedam.
- Salvatore, C. 2012. I principi dei bilanci delle gestioni liquidatorie. In Paolone, G., D'Amico, L. *La ragioneria nei suoi principi e nelle sue procedure di rilevazione*. Torino: Giappichelli.
- Sarto, F. 2015. *La governance delle aziende sanitarie pubbliche. Il ruolo del medico-manager*. Padova: Cedam.
- Spanò, R. 2016. *L'evoluzione dei sistemi di Management Accounting nelle aziende sanitarie: accountability e fattori di complessità*. Torino: Giappichelli.
- Torcivia, S. 2012. Le criticità della disarmonia contabile: il caso delle aziende sanitarie. *Azienda Pubblica*, 1: 101-115.

Documenti

OIC 31 – Fondi per rischi e oneri e Trattamento di fine rapporto.

IAS 37 – Provisions, Contingent Liabilities and Contingent Assets.

IPSAS 19 – Accantonamenti, Passività ed Attività Potenziali.

DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.

DECRETO LEGISLATIVO 7 dicembre 1993, n. 517, Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

LEGGE 5 maggio 2009, n. 42 Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione.

LEGGE 31 dicembre 2009, n. 196: Legge di contabilità e finanza pubblica.

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.

DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2014, n. 126 Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante 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.

DECRETO MINISTERIALE (D.M.) 17 settembre 2012 – Approvazione di una casistica applicativa.

Ringraziamenti

Si ringraziano i Direttori Generali della Salute e Sanità e i dirigenti responsabili della gestione economico-finanziaria (GEF) delle quattro regioni del campione: Campania, Molise, Emilia Romagna e Basilicata che hanno contribuito al reperimento dei dati di bilancio, risposto ai questionari e partecipato attraverso interviste e incontri alla progettazione e strutturazione delle implicazioni operative del presente lavoro.

In particolare, il dott. Giancarlo Favro Ghidelli e il dott. Salvatore Guetta per la regione Campania; la dott.ssa Lolita Gallo e la dott.ssa Anastasia Santoro rispettivamente per la regione Molise e l'ASREM; la dott.ssa Marzia Cavazza per la regione Emilia Romagna; la dott.ssa Maria Rosaria Tamburrino per la regione Basilicata. Si ringraziano, inoltre, alcuni membri dell'*Organismo Regionale per il governo e il monitoraggio dello stato dei rischi* della regione Campania (in particolare, il direttore amministrativo dell'ASL NA 1, dott. Salvatore Guetta), il direttore generale dell'AOU dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" (Dott. Vincenzo Viggiani) e il Direttore Generale della Salute della regione Molise (dott.ssa Lolita Gallo), per i diversi e proficui incontri volti ad approfondire il trattamento contabile della fattispecie in esame.

Allegato 1

Tab. 4.3 – Incidenza dei Fondi Rischi sul Valore della Produzione – Regione Campania

FONDI RISCHI	al 31/12/2013	VALORE DELLA PRODUZIONE	INCIDENZA SUL VALORE DELLA PRODUZIONE 2013	al 31/12/2014	VALORE DELLA PRODUZIONE	INCIDENZA SUL VALORE DELLA PRODUZIONE 2014	al 31/12/2015	VALORE DELLA PRODUZIONE	INCIDENZA SUL VALORE DELLA PRODUZIONE 2015
201 - ASL AVELLINO	48.128.245,00	574.437.914,00	8,38%	53.405.604,87	619.293.357,00	8,62%	46.021.310,00	610.434.620,00	7,54%
202 - ASL BENEVENTO	18.125.000,00	349.319.000,00	5,19%	18.308.236,00	386.797.988,00	4,73%	16.259.000,00	388.429.000,00	4,19%
203 - ASL CASERTA	140.636.878,44	1.185.793.185,61	11,86%	124.554.936,00	1.262.498.528,82	9,87%	130.650.318,52	1.285.460.980,00	10,16%
204 - ASL NAPOLI 1 CENTRO	165.381.000,00	1.628.329.678,37	10,16%	85.575.000,00	1.712.574.326,96	5,00%	82.885.051,00	1.725.783.701,69	4,80%
205 - ASL NAPOLI 2 NORD	22.433.231,29	1.297.411.327,00	1,73%	31.132.266,00	1.332.415.965,00	2,34%	43.325.602,53	1.388.315.642,92	3,12%
206 - ASL NAPOLI 3 SUD	70.060.417,81	1.369.776.539,00	5,11%	53.087.547,81	1.435.766.293,00	3,70%	54.096.212,00	1.492.674.180,00	3,62%
207 - ASL SALERNO	95.063.000,00	1.529.227.486,00	6,22%	75.414.000,00	1.655.711.440,00	4,55%	92.406.000,00	1.696.551.562,00	5,45%
901 - AO CARDARELLI	8.040.571,00	360.477.850,00	2,23%	16.678.602,00	374.069.121,00	4,46%	23.146.317,00	385.141.271,00	6,01%
902 - AO SANTOBONO	14.976.585,00	139.529.610,00	10,73%	18.605.995,00	141.360.674,00	13,16%	18.180.000,00	137.591.882,00	13,21%
903 - AO DEI COLLI	25.851.000,00	309.870.970,00	8,34%	24.028.000,00	326.007.378,00	7,37%	26.847.622,00	350.010.758,00	7,67%
904 - AO RUGGI	14.458.728,01	299.269.783,32	4,83%	23.126.582,38	312.188.541,00	7,41%	27.937.231,38	322.624.732,00	8,66%
905 - AO MOSCATI	17.415.265,00	179.348.358,00	9,71%	19.964.000,00	191.756.357,00	10,41%	24.203.000,00	194.202.685,00	12,46%
906 - AO RUMMO	3.484.000,00	124.992.000,00	2,79%	2.996.000,00	127.406.000,00	2,35%	3.121.000,00	133.748.000,00	2,33%
907 - AO S.ANNA e S.SEBASTIANO	12.209.173,00	168.595.882,00	7,24%	14.432.094,00	170.503.356,00	8,46%	17.736.467,54	174.173.000,00	10,18%
908 - AO VANVITELLI	19.214.492,00	148.908.659,00	12,90%	21.349.547,00	143.276.425,00	14,90%	28.723.957,00	162.931.247,00	17,63%
909 - AO FEDERICO II	70.891.396,00	289.268.278,00	24,51%	69.257.785,00	267.349.653,00	25,91%	79.861.035,00	259.408.155,00	30,79%
910 - IRCCS PASCALE	4.211.152,00	130.444.343,70	3,23%	5.402.161,00	143.744.528,00	3,76%	9.799.198,23	154.812.190,00	6,33%
Totale Fondo rischi AA.SS.	750.580.134,55	10.085.000.864,00	7,44%	657.318.357,06	10.602.719.931,78	6,20%	725.199.322,20	10.862.293.606,61	6,68%
Fondo rischi GSA	361.407.726,00	815.645.185,00	44,31%	487.805.726,00	672.802.416,00	72,50%	458.984.483,00	492.415.975,00	93,21%
Fondo rischi Consolidato	1.111.729.000,00	10.268.701.928,00	10,83%	1.145.132.670,00	10.618.924.416,00	10,78%	1.180.384.726,00	10.597.440.000,00	11,14%

Tab. 4.4 – Incidenza dei Fondi Rischi sul Valore della Produzione – Regione Molise

FONDI RISCHI	<i>al 31/12/2013</i>	<i>VALORE DELLA PRODUZIONE</i>	<i>INCIDENZA SUL VALORE DELLA PRODUZIONE 2013</i>	<i>al 31/12/2014</i>	<i>VALORE DELLA PRODUZIONE</i>	<i>INCIDENZA SUL VALORE DELLA PRODUZIONE 2014</i>	<i>al 31/12/2015</i>	<i>VALORE DELLA PRODUZIONE</i>	<i>INCIDENZA SUL VALORE DELLA PRODUZIONE 2015</i>
ASReM	26.129.514,00	510.487.608,00	5,12%	24.518.034,00	512.805.744,00	4,78%	15.023.672,00	513.364.861,21	2,93%
Fondo rischi GSA	39.376.755,00	182.657.000,00	21,56%	39.218.352,00	182.298.000,00	21,51%	39.115.625,00	181.970.000,00	21,50%
Fondo rischi Consolidato	65.506.269,00	693.144.608,00	9,45%	63.738.386,00	695.103.744,00	9,17%	54.139.297,00	695.334.861,21	7,79%

Tab. 4.5 – Incidenza dei Fondi Rischi sul Valore della Produzione – Regione Emilia Romagna

FONDI RISCHI	al 31/12/2013	VALORE DELLA PRODUZIONE	INCIDENZA SUL VALORE DELLA PRODUZIONE 2013	al 31/12/2014	VALORE DELLA PRODUZIONE	INCIDENZA SUL VALORE DELLA PRODUZIONE 2014	al 31/12/2015	VALORE DELLA PRODUZIONE	INCIDENZA SUL VALORE DELLA PRODUZIONE 2015
01 - USL PIACENZA	8.411.934,00	596.968.102,00	1,41%	8.727.105,00	598.320.786,00	1,46%	9.177.989,00	603.800.088,00	1,52%
02 - USL PARMA	8.737.014,00	810.996.866,00	1,08%	8.652.534,00	809.374.243,00	1,07%	5.064.041,00	819.672.050,00	0,62%
03 - USL REGGIO EMILIA	15.276.095,00	961.804.829,00	1,59%	14.016.496,00	1.102.982.441,00	1,27%	17.485.262,00	1.220.146.273,00	1,43%
04 - USL MODENA	7.512.126,00	1.297.218.054,00	0,58%	9.858.970,00	1.298.057.415,00	0,76%	11.797.454,00	1.314.385.533,00	0,90%
05 - USL BOLOGNA	26.605.152,00	1.790.798.077,00	1,49%	31.836.167,00	1.805.302.361,00	1,76%	35.120.881,00	1.822.103.301,00	1,93%
06 - USL FERRARA	4.692.496,00	704.610.141,00	0,67%	5.185.061,00	705.358.724,73	0,74%	6.403.251,00	703.996.203,00	0,91%
07 - USL IMOLA	4.228.085,00	289.717.696,00	1,46%	3.925.518,00	287.440.592,00	1,37%	4.936.930,00	288.605.005,00	1,71%
08 - USL ROMAGNA	64.424.342,00	2.399.356.022,00	2,69%	74.278.931,00	2.306.832.138,00	3,22%	78.430.294,00	2.344.020.607,00	3,35%
09 - AOU PARMA	6.107.226,00	376.975.381,00	1,62%	4.986.559,00	381.621.275,00	1,31%	4.597.908,00	386.033.304,00	1,19%
10 - AO REGGIO EMILIA	4.090.935,00	286.041.947,00	1,43%	4.713.851,00	291.229.002,00	1,62%	5.159.140,00	291.340.782,00	1,77%
11 - AOU MODENA	2.599.282,00	264.135.671,00	0,98%	3.412.106,00	261.182.106,00	1,31%	4.588.144,00	264.725.852,00	1,73%
12 - AOU BOLOGNA	20.441.906,00	558.235.400,00	3,66%	30.619.479,00	558.028.393,00	5,49%	39.932.915,00	581.446.621,00	6,87%
13 - AOU FERRARA	1.248.185,00	304.804.346,00	0,41%	1.510.338,00	307.768.569,00	0,49%	2.678.439,00	320.918.298,00	0,83%
14 - IO RIZZOLI	9.502.366,00	169.105.695,00	5,62%	10.425.668,00	167.767.108,00	6,21%	11.468.442,00	161.578.045,00	7,10%
Totale Fondo rischi AA.SS.	183.877.144,00	10.810.768.227,00	1,70%	212.148.783,00	10.881.265.153,73	1,95%	236.841.090,00	11.122.771.962,00	2,13%
Fondo rischi GSA	23.258.702,00	129.595.410,00	17,95%	36.526.914,00	157.106.976,00	23,25%	49.985.248,00	219.812.386,00	22,74%
Fondo rischi Consolidato	206.675.824,00	9.302.868.000,00	2,22%	248.231.630,00	9.351.518.000,00	2,65%	286.382.603,00	9.522.235.000,00	3,01%

Tab. 4.6 – Incidenza dei Fondi Rischi sul Valore della Produzione – Regione Basilicata

FONDI RISCHI	al 31/12/2013	VALORE DELLA PRODUZIONE	INCIDENZA SUL VALORE DELLA PRODUZIONE 2013	al 31/12/2014	VALORE DELLA PRODUZIONE	INCIDENZA SUL VALORE DELLA PRODUZIONE 2014	al 31/12/2015	VALORE DELLA PRODUZIONE	INCIDENZA SUL VALORE DELLA PRODUZIONE 2015
ASL MATERA	6.643.352,00	380.751.784,00	1,74%	6.487.300,00	388.134.975,00	1,67%	5.858.955,00	390.022.226,00	1,50%
ASL POTENZA	12.820.085,00	667.162.730,00	1,92%	13.972.071,00	679.507.632,00	2,06%	17.743.791,00	676.609.800,99	2,62%
AO SAN CARLO	8.164.988,00	214.880.147,00	3,80%	11.619.746,00	214.928.767,00	5,41%	12.232.242,00	211.784.682,00	5,78%
IRCCS CROB RIONERO IN VOLTURE	772.576,00	53.827.662,00	1,44%	713.694,00	55.681.651,00	1,28%	1.007.267,00	55.543.731,00	1,81%
Totale Fondi rischi AA.SS.	28.401.001,00	1.316.622.323,00	2,16%	32.792.811,00	1.338.253.025,00	2,45%	36.842.255,00	1.333.960.439,99	2,76%
Fondo rischi Consolidato	28.401.001,00	1.153.051.000,00	2,46%	32.792.000,00	1.172.831.000,00	2,80%	36.842.000,00	1.166.749.000,00	3,16%

Tab. 4.7 – Suddivisione dei Fondi Rischi in sottocategorie – Regione Campania

<i>FONDI RISCHI</i>	<i>Sottocategorie</i>		<i>incidenza %</i>	<i>TOT. Al 31/12/2015</i>	<i>incid. %</i>
TOTALE AA.SS.	B.II.1) Fondo rischi per cause civili ed oneri processuali	238.184.567,95	32,84	725.198.651,20	61
	B.II.2) Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	50.925.336,36	7,02		
	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	90.362.268,36	12,46		
	B.II.4) Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	104.444.307,33	14,40		
	B.II.5) Altri fondi rischi	241.282.171,20	33,27		
GSA	B.II.1) Fondo rischi per cause civili ed oneri processuali	-	-	458.984.483,00	39
	B.II.2) Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	-	-		
	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	44.729.000,00	9,75		
	B.II.4) Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	-	-		
	B.II.5) Altri fondi rischi	414.255.483,00	90,25		
CONSOLIDATO	B.II.1) Fondo rischi per cause civili ed oneri processuali	231.723.000,00	19,63	1.180.386.000,00	100
	B.II.2) Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	57.063.000,00	4,83		
	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	181.498.000,00	15,38		
	B.II.4) Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	105.409.000,00	8,93		
	B.II.5) Altri fondi rischi	604.693.000,00	51,23		

Tab. 4.8 – Suddivisione dei Fondi Rischi in sottocategorie – Regione Molise

<i>FONDI RISCHI</i>	<i>Sottocategorie</i>		<i>incidenza %</i>	<i>TOT. Al 31/12/2015</i>	<i>incid. %</i>
ASReM	B.II.1) Fondo rischi per cause civili ed oneri processuali	-	-	15.023.672,00	28
	B.II.2) Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	7.346.107,00	48,90		
	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	2.939.076,00	19,56		
	B.II.4) Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	-	-		
	B.II.5) Altri fondi rischi	4.738.489,00	31,54		
GSA	B.II.1) Fondo rischi per cause civili ed oneri processuali	-	-	39.115.625,00	72
	B.II.2) Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	-	-		
	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	36.624.439,00	93,63		
	B.II.4) Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	-	-		
	B.II.5) Altri fondi rischi	2.491.186,00	6,37		
CONSOLIDATO	B.II.1) Fondo rischi per cause civili ed oneri processuali	-	-	54.139.297,00	100
	B.II.2) Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	7.346.107,00	13,57		
	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	39.563.515,00	73,08		
	B.II.4) Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	-	-		
	B.II.5) Altri fondi rischi	7.229.675,00	13,35		

Tab. 4.9 – Suddivisione dei Fondi Rischi in sottocategorie – Regione Emilia Romagna

<i>FONDI RISCHI</i>	<i>Sottocategorie</i>		<i>incidenza %</i>	<i>TOT. Al 31/12/2015</i>	<i>incid. %</i>
TOTALE AA.SS.	B.II.1) Fondo rischi per cause civili ed oneri processuali	60.975.823,00	25,75	236.841.089,00	83
	B.II.2) Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	29.867.076,00	12,61		
	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	1.962.542,00	0,83		
	B.II.4) Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	46.059.922,00	19,45		
	B.II.5) Altri fondi rischi	97.975.726,00	41,37		
GSA	B.II.1) Fondo rischi per cause civili ed oneri processuali	-	-	49.985.248,00	17
	B.II.2) Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	-	-		
	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	-	-		
	B.II.4) Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	33.980.056,00	67,98		
	B.II.5) Altri fondi rischi	16.005.192,00	32,02		
CONSOLIDATO	B.II.1) Fondo rischi per cause civili ed oneri processuali	60.976.324,00	21,29	286.382.603,00	100
	B.II.2) Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	29.867.077,00	10,43		
	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	1.962.542,00	0,69		
	B.II.4) Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	80.939.976,00	28,26		
	B.II.5) Altri fondi rischi	112.636.684,00	39,33		

Tab. 4.10 – Suddivisione dei Fondi Rischi in sottocategorie – Regione Basilicata

FONDI RISCHI	Sottocategorie		incidenza %	TOT. Al 31/12/2015
TOTALE AA.SS.	B.II.1) Fondo rischi per cause civili ed oneri processuali	9.984.283,00	27,10	36.842.255,00
	B.II.2) Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	1.663.102,00	4,51	
	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	7.410.796,00	20,11	
	B.II.4) Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	17.145.685,00	46,54	
	B.II.5) Altri fondi rischi	638.389,00	1,73	
CONSOLIDATO	B.II.1) Fondo rischi per cause civili ed oneri processuali	9.985.000,00	27,10	36.842.000,00
	B.II.2) Fondo rischi per contenzioso personale dipendente	1.663.000,00	4,51	
	B.II.3) Fondo rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato	7.411.000,00	20,12	
	B.II.4) Fondo rischi per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	17.145.000,00	46,54	
	B.II.5) Altri fondi rischi	640.000,00	1,74	

Tab. 4.11 – Movimentazione dei Fondi Rischi – Regione Campania

FONDI RISCHI	2013					2014					2015				
	CONSISTENZA INIZIALE	ACCANTONAMENTI	UTILIZZI	RICLASSIFICHE	CONSISTENZA FINALE	CONSISTENZA INIZIALE	ACCANTONAMENTI	UTILIZZI	RICLASSIFICHE	CONSISTENZA FINALE	CONSISTENZA INIZIALE	ACCANTONAMENTI	UTILIZZI	RICLASSIFICHE	CONSISTENZA FINALE
AA.SS.	721.894.169,65	277.505.312,91	259.784.672,01	10.965.059,00	750.580.134,55	750.314.615,82	260.465.388,00	354.915.331,76	1.453.448,00	657.318.120,00	657.345.127,59	242.625.304,65	177.739.361,04	2.967.580,00	725.198.651,20
GSA	391.593.076,00	2.314.650,00	32.500.000,00	0,00	361.407.726,00	361.413.726,00	171.119.000,00	44.727.000,00	0,00	487.805.726,00	487.805.726,00	70.000.000,00	98.821.243,00	0,00	458.984.483,00
CONSOLIDATO	1.113.687.000,00	260.542.000,00	262.500.270,00	0,00	1.111.729.000,00	1.111.728.390,00	412.522.000,00	379.118.060,00	0,00	1.145.132.670,00	1.145.132.670,00	305.297.852,00	274.276.375,00	0,00	1.180.384.726,00

Tab. 4.12 – Movimentazione dei Fondi Rischi – Regione Molise

FONDI RISCHI	2013					2014					2015				
	CONSISTENZA INIZIALE	ACCANTONAMENTI	UTILIZZI	RICLASSIFICHE	CONSISTENZA FINALE	CONSISTENZA INIZIALE	ACCANTONAMENTI	UTILIZZI	RICLASSIFICHE	CONSISTENZA FINALE	CONSISTENZA INIZIALE	ACCANTONAMENTI	UTILIZZI	RICLASSIFICHE	CONSISTENZA FINALE
ASReM	2.429.514,00	4.300.000,00	0,00	19.400.000,00	26.129.514,00	26.129.514,00	4.795.120,00	6.404.600,00	0,00	24.518.034,00	24.518.034,00	4.037.518,00	13.531.880,00	0,00	15.023.672,00
GSA	42.869.000,00	0,00	3.492.245,00	0,00	39.376.755,00	39.376.755,00	2.514.326,00	2.672.729,00	0,00	39.218.352,00	39.218.352,00	3.611.113,00	4.902.732,00	1.188.892,00	39.115.625,00
CONSOLIDATO	45.298.514,00	4.300.000,00	3.492.245,00	19.400.000,00	65.506.269,00	65.506.269,00	7.309.446,00	9.077.329,00	0,00	63.738.386,00	63.738.386,00	7.648.631,00	18.434.612,00	1.188.892,00	54.139.297,00

Tab. 4.13 – Movimentazione dei Fondi Rischi – Regione Emilia Romagna

FONDI RISCHI	2013					2014					2015				
	CONSISTENZA INIZIALE	ACCANTONAMENTI	UTILIZZI	RICLASSIFICHE	CONSISTENZA FINALE	CONSISTENZA INIZIALE	ACCANTONAMENTI	UTILIZZI	RICLASSIFICHE	CONSISTENZA FINALE	CONSISTENZA INIZIALE	ACCANTONAMENTI	UTILIZZI	RICLASSIFICHE	CONSISTENZA FINALE
AA.SS.	161.032.837,00	51.634.328,00	26.398.020,00	-2.392.936,00	183.877.144,00	183.877.147,00	53.429.314,00	26.071.405,00	913.729,00	212.148.783,00	212.148.779,00	56.549.539,00	33.715.000,00	1.857.771,00	236.841.090,00
GSA	35.638.000,00	7.993.510,00	20.372.808,00	0,00	23.258.702,00	23.258.702,00	15.363.854,00	2.095.642,00	0,00	36.526.914,00	36.526.914,00	15.519.299,00	2.060.965,00	0,00	49.985.248,00
CONSOLIDATO	197.210.814,00	59.545.186,00	46.758.795,00	-3.321.381,00	206.675.824,00	206.675.826,00	68.771.166,00	28.128.591,00	913.229,00	248.231.630,00	248.230.630,00	72.067.528,00	35.773.326,00	1.857.771,00	286.382.603,00

Tab. 4.14 – Movimentazione dei Fondi Rischi – Regione Basilicata

FONDI RISCHI	2013					2014					2015						
	CONSISTENZA INIZIALE	ACCANTONAMENTI	UTILIZZI	RICLASSIFICHE	RILASCI	CONSISTENZA FINALE	CONSISTENZA INIZIALE	ACCANTONAMENTI	UTILIZZI	RICLASSIFICHE	CONSISTENZA FINALE	CONSISTENZA INIZIALE	ACCANTONAMENTI	UTILIZZI	RICLASSIFICHE	RILASCI	CONSISTENZA FINALE
AA.SS.	15.983.612,00	14.924.088,00	1.964.271,00	60.236,00	-602.665,00	28.401.001,00	28.314.917,00	7.891.352,00	3.714.638,00	300.110,00	32.792.811,00	32.792.811,00	11.631.623,00	7.113.876,00	-227.986,00	-240.317,00	36.842.255,00
CONSOLIDATO	15.983.612,00	14.924.088,00	1.964.271,00	60.236,00	-602.665,00	28.401.001,00	28.316.000,00	7.910.000,00	3.734.000,00	300.000,00	32.792.000,00	32.793.000,00	11.633.000,00	6.159.000,00	-1.000,00	-1.422.000,00	36.842.000,00