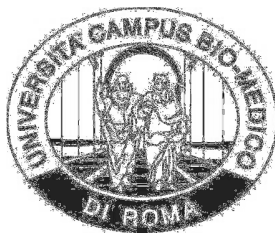


Tesi di dottorato in Bioetica, di Fabrizio Russo,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 09/02/2012.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica
e ricerca, a condizione che ne venga citata la fonte

UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA



Università Campus Bio-Medico di Roma

Corso di dottorato di ricerca in Bioetica

XXIV ciclo anno 2009

La Responsabilità Sociale dell'Azienda Ospedaliera verso il Paziente

Fabrizio Russo

Coordinatore

Prof. Vittoradolfo Tambone

Tutor

Prof. Sebastiano Bavetta

9 Febbraio 2012

Introduzione

Sommario

1	Introduzione.....	6
1.1	Il motivo propulsore della ricerca	9
1.2	Prenozioni sulla responsabilità.....	10
1.3	La responsabilità	13
II PARTE L'analisi di alcuni frameworks		18
2	Alcune proposte dai policy makers	19
2.1	Radici Etiche	20
2.2	Applicazioni	22
3	Una definizione anglossassone in ambito sanitario.....	24
3.2	Radici Etiche	26
3.3	Applicazioni	28
4	Una proposta italiana in ambito sanitario.....	29
4.1	Radici Etiche	30
4.2	Applicazioni	32
5	Conclusioni.....	35
III PARTE Status Quaestionis.....		42
6	Introduzione.....	43
6.1	Le origini del concetto	43
6.2	La review di Carroll	44
6.3	Donaldson e Preston.....	50
6.4	Una proposta di aggregazione.....	51
6.5	Una difesa della responsabilità sociale	55
6.6	Conclusione.....	63
IV PARTE Responsabilità Sociale in Sanità		66
7	Metodologia.....	67
7.1	Analisi dei principali contributi	67
7.2	Responsabilità sociale e principali focus	78
7.3	RS e dimensione organizzativa	78
7.4	RS e dimensione politico sociale	83
7.5	RS e dimensione strumentale	85
7.6	Conclusioni	89

Introduzione

8	Research question.....	94
9	Dalla visione comune alla nostra proposta.....	94
	9.1 Radici Etiche	98
	9.2 Applicazioni	102
10	Lo scenario futuro	103
V PARTE Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale		105
11	Introduzione.....	106
12	L'indicatore	108
	12.1 Dimensione Organizzativa	109
	12.2 Dimensioni Strumentali.....	154
	12.3 Dimensione Politico Sociale	159
VI PARTE Il meccanismo di funzionamento.....		164
13	Materiali e Metodi	165
	13.1 Dimensione Organizzativa	166
	13.2 Dimensione Strumentale	170
	13.3 Dimensione politico sociale	172
	13.4 Metodologia di calcolo	175
VII PARTE Dati sperimentali		191
14	Primi dati sperimentali	192
15	Rappresentazione Grafica.....	192
VIII PARTE Conclusioni		194
16	Il valore della strumentalità.....	195
17	La strumentalità.....	196
	17.1 Il mezzo è ordinato al fine	196
	17.2 Lo strumento e l'agente	196
	17.3 Il fine è ordinato al mezzo	197
	17.4 L'esigenza della cooperazione	198
18	Differenze rispetto allo strumentalismo	198
19	La perfezione di uno strumento è essere strumentale.....	199

Tesi di dottorato in Bioetica, di Fabrizio Russo,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 09/02/2012.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica
e ricerca, a condizione che ne venga citata la fonte

UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

Introduzione

Glossario..... 201

Bibliografia..... 213

Tesi di dottorato in Bioetica, di Fabrizio Russo,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 09/02/2012.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica
e ricerca, a condizione che ne venga citata la fonte

UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

Introduzione

I PARTE: Introduzione

Introduzione

1 Introduzione

Il management¹ sanitario si occupa del governo del sistema sanitario, recuperando gli strumenti utilizzati per la gestione dell'organizzazione aziendale e applicandoli a questo ambito così particolare. Tuttavia operando, in tal modo ha finito per dimenticare la peculiarità del sistema sanitario che è data dal fatto che il centro, il fine e la sua ragione d'essere è l'uomo che soffre, la persona umana nel suo status di paziente. Tale dimenticanza nasce probabilmente dalla reificazione dell'essere umano che si è progressivamente prodotta, nell'assimilare la persona ad un oggetto privo di autonomia e target acritico delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Il settore sanitario italiano, in particolare, a partire dall'introduzione del cosiddetto processo di aziendalizzazione, avviato con l'adozione del sistema di finanziamento a prestazione (DRG), è stato oggetto di una profonda trasformazione; aspetti positivi di tale processo sono da individuarsi nella possibilità di misurare in modo molto più preciso le performance dei vari providers e di valutare la capacità di utilizzare efficientemente le risorse in relazione agli output prodotti, che, in un'azienda sanitaria, significa migliorare le condizioni di salute e di vita degli utenti; quelli negativi, nell'aver introdotto dei meccanismi di misurazione di tali prestazioni del tutto simili a quelli delle aziende di produzione orientate al mercato, idonei a misurare la realizzazione del profitto, ma insufficienti a tenere conto di altre dimensioni, pure essenziali alla realizzazione della mission di un'azienda sanitaria.

Gli ospedali e le aziende sanitarie locali (asl), spinti dal desiderio/necessità (vedi piani di rientro) di chiudere l'esercizio economico-finanziario, conseguendo risultati economici almeno in pareggio, hanno iniziato a produrre servizi non richiesti dai bisogni epidemiologici di riferimento,

¹ "Management is about human beings. Its task is to make people capable of joint performance, to make their strengths effective and their weaknesses irrelevant. This is what organization is about, and it is the reason that management is the critical, determining factor" (Drucker, P.: 1990, *The New Realities* p. 221 Mandarin, London).

Introduzione

creando così un fenomeno di domanda indotta, con un relativo innalzamento della spesa sanitaria.

Le ragioni di tale evoluzione sono da individuarsi, a parere di chi scrive, in una progressiva perdita di identità, nello smarrimento del senso della missione istituzionale dei sistemi sanitari, nell'aver perso di vista il riferimento ultimo della propria ragion d'essere; in definitiva, nell'aver smarrito sia la visione di un paziente-utente con i suoi fabbisogni da soddisfare nel modo più appropriato sia il senso della propria responsabilità nei confronti della popolazione di riferimento.

E' pur vero che il management in sanità trae la sua ragion d'essere dalla necessità di gestire risorse necessarie a garantire la sopravvivenza di lungo periodo dell'organizzazione; sopravvivenza che è realizzata per soddisfare dei bisogni, in questo caso di persone che soffrono. Se, da una parte, tali bisogni trovano tutele legislative di grande rilievo (costituzioni, leggi di riforma sanitaria...), dall'altra è necessario fare i conti con la scarsità di mezzi di cui si dispone e che spinge il decisore a scegliere tra alternative diverse. Ora il management sanitario, nel perseguire tale obiettivo di lungo periodo deve cercare di soddisfare la condizione di economicità, ossia quella condizione tale per cui i ricavi nel lungo periodo sono stabilmente maggiori dei costi; per tale motivo deve monitorare la dimensione di efficienza nell'uso delle risorse. Nel soddisfare tale dimensione, il management deve porre attenzione a non trasformare questa condizione nel fine unico del suo agire: *“Without doubt management should aim for efficiency, but management should also consider people in their fullness. Thus, a humanistic management, with a more accurate view of human nature, is a real challenge²”*. E' necessario, dunque, guidare il management alla scoperta dei suoi obiettivi più alti, rendendo i suoi fini congruenti con i bisogni dell'uomo malato! In definitiva umanizzare il management sanitario significa riconoscere il valore strumentale dell'economia rispetto alla cura dell'uomo, all'assistenza del paziente: *“Economic growth is instrumental*

² “Editorial Introduction: Towards a More Humanistic Management”. Business Ethics 2009 n 88

Introduzione

*and subordinated to people, not the contrary*³”. Tale assunzione consente al management sanitario di mantenere la sua essenziale funzione di servizio e consente di non snaturare la vocazione di un'organizzazione aziendale di tipo sanitario. Si desidera pertanto, pervenire alla definizione di un indicatore che possa proporsi come *trait d'union* tra due concezioni del ruolo dell'organizzazione ospedaliera solo apparentemente inconciliabili: la concezione di un'organizzazione focalizzata sul conseguimento della condizione di economicità e quella di un'organizzazione attenta a soddisfare i bisogni di cura ma disinteressata all'uso appropriato ed efficiente delle risorse scarse. Per raggiungere tale obiettivo le dimensioni nelle quali l'indicatore si articola, si fondano su un principio essenziale: l'etica del lavoro ben fatto. Come si avrà modo di spiegare successivamente, l'etica del lavoro ben fatto fa riferimento al “*fare bene le cose giuste*”: “*In questo modo si torna, attraverso la ricerca di procedure corrette (fare le cose giuste) ad individuare il cuore del problema nella qualità personale del lavoro svolto (fare bene le cose). In altre parole, non c'è contrapposizione reale fra “il fare bene le cose” e “fare le cose giuste” ma necessaria complementarietà per giungere a “fare bene le cose giuste*”⁴. A partire da Tommaso D'Aquino: “*Da chi fa una cosa, prima di tutto, bisogna pretendere che sappia farla*” (*Quaestio disputata de virtutibus cardinalibus. Quaestio unica, art. 1, c*), in un certo modo, diversi autori hanno affrontato il tema dell'etica del lavoro ben fatto (P. Drucker⁵ 1984: “*to do well, to do good*”; MacIntyre 1985⁶: “*a practice is a cooperative human activity whereby good internal to that activity are produced in the course of achieving standards of excellence appropriate to that activity*”; Bull and Adam 2011: “*to act well in maintaining external [profit] and internal goods of excellence in practices*”; Melé⁷: “*Ethics considers work as a human activity and*

³ Melé D Business Ethics in Action Palgrave Macmillan ed. 2009 p. 85

⁴ Tambone Ghilardi Manuale di metodologia clinica: “*EBM la storia*” p.17 *in press*

⁵ Drucker, P. F. (1984). The new meaning of corporate social responsibility. California Management Review, 26, p. 54, 55

⁶ MacIntyre, A. 1985. After Virtue: A study in Moral Theory, 2nd edition. London: Duckworth p. 187

⁷ Melé D p. 251 op. cit.

Introduzione

emphasizes the respect that this deserves, as well as its capacity to contribute to the self realization of workers”).

Nel corso di questo scritto, si illustreranno le diverse posizioni proposte dai filosofi del '900, intorno al concetto di responsabilità; si illustrerà il concetto di responsabilità sociale (RS) in generale e con riferimento all'ambito sanitario; si suggerirà una personale definizione di RS ed una proposta di indicatore per l'azienda ospedaliera, con il correlato meccanismo di funzionamento teorico; si presenterà un caso applicativo e infine, nel desiderio di ben collocarla e valorizzarla, si tenterà un elogio della strumentalità.

1.1 Il motivo propulsore della ricerca

La sanità riceve dalla società un mandato preciso: curare l'uomo malato. Il processo di aziendalizzazione che ultimamente ha caratterizzato il settore sanitario, è una grande opportunità per rispondere a tale mandato in modo efficace e appropriato. Tuttavia il ricorso allo strumento aziendale presuppone un solido approfondimento della ragion d'essere di tale settore, se si vuole evitare un banale processo d'importazione di tale esperienza da altri settori. Da tale mandato discende, d'altro canto, una responsabilità dei diversi soggetti (manager, medici infermieri, amministrativi) nei confronti della società che consiste nel realizzare, attraverso il loro contributo, il fine istituzionale dell'azienda stessa. Se è evidente che il soggetto titolare di una responsabilità è sempre la persona capace di agire, parlare di responsabilità sociale di un'azienda e, nel nostro caso, di un'azienda ospedaliera ha senso solo se si ricorre ad una analogia, assimilando l'azienda ad un agente morale che ha una responsabilità verso la società.

Ecco il motivo per cui sottoporre ad investigazione il tema della responsabilità sociale di un'azienda ospedaliera: valutare la ragione ultima della sua costituzione, il senso profondo della sua missione, il suo fondamento etico e antropologico ed il suo impatto sul beneficiario ultimo del suo agire: il paziente. Tale analisi è necessaria per un'azienda che fonda la sua ragion d'essere sulla cura dell'uomo sofferente. Lo status di paziente è ontologicamente diverso da quello status di cliente e postula un approccio

Introduzione

radicalmente differente rispetto a quello di un'azienda di qualsiasi altro settore.

In altre parole è necessario identificare i fattori primi che causano l'assunzione di comportamenti socialmente responsabili di un'azienda ospedaliera verso i propri pazienti.

L'identificazione di tali fattori primi non è un'operazione così scontata; in effetti il concetto di responsabilità sociale è stato esaminato da diversi punti di vista, rappresentativi di diverse cornici etiche. Tale differenza è rappresentabile attraverso l'analisi dei tre framework che seguono, in qualche modo emblematici del "cambio di passo" cui si assiste quando si passa da una *corporate social responsibility* applicata alle imprese ad una *corporate social responsibility* applicata al settore sanitario, in cui la responsabilità sociale appare compresa tra un'esigenza di dare conto (*social accountability*) ad una serie di stakeholders ed uno slancio a realizzare al meglio la propria funzione (*social responsibility*), la quale, con gradazioni diverse, è un'accezione che è scelta da diversi autori nel trattare il suddetto concetto.

1.2 Prenozioni sulla responsabilità

Ci si chiede se è opportuno parlare di RS o è sufficiente parlare di responsabilità. E' opportuno, infatti, chiarire che, se la responsabilità può essere intesa:

- come capacità di fare il bene, in questo caso il riferimento è oggettivo: la Responsabilità può considerarsi una virtù personale che anima l'agire professionale e le relazioni sociali e gli indicatori dovranno andare a valutare il lavoro ben fatto;
- come valore, in questo caso il riferimento è soggettivo: se la sfera originale del valore è quella economica (principio dell'indennizzo, giustizia commutativa, stabilità monetaria), la Responsabilità Sociale diventa uno strumento di valutazione dell'equilibrio economico finanziario.

Nel primo caso, si è nel concetto classico di responsabilità (che è fondamento della RS) che richiama il concetto di virtù. Occorre quindi

Introduzione

analizzare le caratteristiche della responsabilità: chi è il soggetto, chi è l'oggetto:

1° modalità

- a. il soggetto è una persona singola
- b. L'oggetto:
 - Più persone
 - Più persone e più cose presenti o future

In questo caso si è sempre di fronte ad un concetto di responsabilità.

2° modalità

- a. Il soggetto è inteso come gruppo
- b. L'oggetto come più persone più cose

In questo caso il concetto è analogico.

Relazione tra Responsabilità e Responsabilità Sociale	Soggetto	Oggetto
Uguaglianza	Singolo	Più persone, più cose
Analogia	Gruppo	Più persone, più cose

Nel 1° caso non c'è differenza tra responsabilità e responsabilità sociale; i due concetti sono identici: responsabilità individuale = responsabilità sociale.

Nel 2° caso c'è differenza tra responsabilità e responsabilità sociale; la responsabilità sociale viene trattata come un concetto analogico di responsabilità o diffuso (inteso come somma delle singole responsabilità), ma la responsabilità di per sé resta sempre l'atto di un singolo.

Si arriva, così, a poter dire se la responsabilità è una virtù (io sono responsabile perché mi sento responsabile allora questa è una virtù) oppure uno stato (di fronte alla legge per esempio), cioè si è responsabile dei propri atti sia che lo si voglia sia che non lo si voglia; di fronte alla legge, se la legge mi persegue oppure perché ci si sente responsabile (in questo caso la

Introduzione

responsabilità affiora come una virtù). Quello che interessa è che si sta parlando di virtù e non di valori perché:

- se si considera la responsabilità come virtù, ossia capacità di fare il bene, allora questo è un riferimento oggettivo di valutazione. Se si gestisce la dinamica e lo strumento della Responsabilità Sociale in una chiave personalista, poiché la virtù è personale, si può arrivare ad una gestione personalista dell'azienda.
- se la si considera come un valore, il riferimento è soggettivo. Però, il valore ha una sua logica. La sfera originaria del valore è quella economica ed entra in azione nella dinamica dell'indennizzo che si basa sulla "*separazione tra bene e valore, separazione che è possibile solo tramite concetti dell'economia politica*"⁸; in tal modo tutto si riduce a giustizia commutativa che può ben reggere se c'è stabilità finanziaria, allora la responsabilità sociale diventa uno strumento di valutazione di equilibri economico gestionali. Così si svela un'impostazione economicista; si introduce nel mercato la valutazione del ruolo monetario che ha l'azienda, e si torna al concetto di responsabilità, come una categoria economica.

Pertanto, è necessario parlare di responsabilità sociale? Non è sufficiente parlare di responsabilità?

- Se il soggetto è una persona e l'oggetto sono più persone e/o cose, *nulla quaestio*;
- se invece il soggetto è un gruppo siamo di fronte ad un concetto analogico di responsabilità o diffuso.

Pertanto, considerando i contributi che negli anni sono stati prodotti a vario titolo sulla Responsabilità Sociale, si desidera evidenziare che quando si parla di responsabilità, ci si riferisce al concetto di Responsabilità sociale, che è un concetto identico al concetto generale di responsabilità, perchè

⁸ L. von Stein Verwaltungslehre, 10 voll. , Cotta, Stuttgart 1868, vol. VII p.76

Introduzione

siamo in un ambito personalistico, non c'è un super soggetto che compie un atto, ma la responsabilità sociale è la risultante di un atto integrato.

1..3 La responsabilità

Nell'ambito del presente studio attingeremo ad alcuni contributi messi in luce dalla ricerca realizzata dal prof. Miano, che evidenzia le diverse accezioni proposte nel corso del '900. L'autore avvia la sua trattazione ricordando che il termine responsabilità deriva dal verbo latino *respondeo*: “[..] *rispondere a qualcuno e più ancora rispondere di qualcuno*”⁹, una definizione in cui il verbo non può fare a meno di completarsi senza un riferimento alla relazione con l'altro. La responsabilità per essere relazionale ha bisogno di legarsi alla libertà, senza la quale non c'è capacità di scelta e di assunzioni di decisioni che abbiano influenza sulla propria esistenza e su quella della comunità. Tale definizione è in linea con quella proposta dall'enciclopedia Bompiani: “*Responsabile si dice chi è tenuto a rispondere, cioè a rendere ragione e a subire le conseguenze di un'azione o di uno stato di cose, quale presunta causa libera delle medesime*”¹⁰. Un autore che ha dato un notevole contributo a tale concetto è certamente Max Weber che fonda la sua etica della responsabilità sull'idea che la società è caratterizzata da un pluralismo di valori che richiedono una “*assunzione di scelte personali, in un contesto che per il singolo è assolutamente privo di garanzie*”¹¹. Ma tale etica deve saper “*coniugare fini, mezzi e soprattutto conseguenze dell'agire [...] un modo di rispondere alla mancanza di senso, all'irrazionalità etica del mondo*”¹². In Max Weber il concetto di responsabilità guarda alle conseguenze prevedibili di un'azione, la capacità di prevedere con lungimiranza gli effetti di una decisione: “*far agire su di sé la realtà con calma e raccoglimento interiore, vale a dire: la distanza dalle cose e dagli uomini*”¹³.

⁹ F. Miano *Responsabilità* Guida 2009 p.8

¹⁰ Enciclopedia Bompiani voce Responsabilità

¹¹ F. Miano *Responsabilità* Guida 2009 p.22

¹² Ibid. p 25

¹³ Tratto dalla conferenza di Max Weber intitolata “*politik als beruf*” 28.1.1919 in Scritti Politici Donzelli ed. 1998 p. 216

Introduzione

Il concetto di responsabilità è stato esaminato da diversi autori.

Husserl, il teorico della fenomenologia tematizza la responsabilità come *“connessa ad un certo sapere, ovvero all'intuizione evidente che caratterizza il metodo fenomenologico”*. Ciò significa che *“la comprensione delle strutture della vita di coscienza mediante le quali, ho accesso al mondo non è una mera operazione conoscitiva, ma implica un cambio radicale del modo stesso di vivere [...] come una conversione religiosa”*¹⁴. In Heidegger la responsabilità assume l'accezione del prendersi cura, del custodire; tale tipo di responsabilità *“mette a fuoco quel che è il modo d'essere fondamentale dell'uomo, dunque assume una valenza prettamente ontologica”*¹⁵. In Jaspers, la responsabilità assume una valenza relazionale e *“mi costringe a partecipare alla vita comune”*¹⁶; Jaspers ritiene che più una persona vive autenticamente la sua esistenza ed è cosciente della sua trascendenza, sperimentando la sua libertà, più è responsabile del proprio essere. Negli anni del secondo dopo guerra, Jaspers condannò il totalitarismo nazista nel corso delle sue lezioni, argomentando che *“assumersi la propria responsabilità significava prima di tutto, aprire gli occhi sul recente passato, ricercando la verità”*¹⁷. La sua riflessione sul totalitarismo evidenzia come si possa determinare l'annientamento dello spirito di solidarietà, l'indifferenza e la corresponsabilità di fronte alle ingiustizie di questo mondo che rende colpevole chi non ha fatto nulla per evitarle. Invece il destino degli uomini è *“un destino comune di cui imparare a sentirsi tutti responsabili”*¹⁸. [...] *“noi siamo responsabili di quei compiti che riconosciamo come nostri”* [...] *“il nostro compito è allora trovare ciò che sia veramente capace di unire tutti gli uomini”*¹⁹. Sulla stessa scia, la Arendt sostiene che si ha una perdita del senso di responsabilità, quando l'azione è separata della coscienza, dal giudizio, con

¹⁴ F. Miano *Responsabilità* Guida 2009 p.35

¹⁵ Ibid. p.42

¹⁶ Ibid p. 45

¹⁷ Ibid. p 51

¹⁸ Ibid. p59

¹⁹ Jaspers *Piccola scuola del pensiero filosofico Comunità*, Milano 1968 p.32 In Miano *Responsabilità* Guida 2009 p. 59

Introduzione

un annientamento dell'uomo che si limita ad eseguire senza pensare. In Jonas, la responsabilità nasce dalla paura del futuro, *“dalla consapevolezza per i pericoli intrinseci della tecnologia²⁰”*. Un'irresistibile istanza prometeica, sostenuta dalla forza della scienza e dall'economia, richiede, secondo Jonas, la capacità di fermarsi, postula *“un'etica che mediante auto-restrizioni impedisca alla sua potenza di diventare una sventura per l'uomo²¹”*. La prospettiva dell'etica cambia: sinora l'etica tradizionale si è rivolta al presente, *“alla sfera più prossima, quotidiana, dell'azione umana²²”*. Ma ora è necessario superare questo limite, pensando alle conseguenze dell'agire sulla natura *“del carico di futuro che sempre accompagna ogni azione²³”*. E' necessario agire come amministratori fiduciari che sensibili *“al mutuo appello a preservarne l'integrità minacciata [che] sembra salire dalla totalità minacciata del modo vivente²⁴”*. Un nuovo imperativo categorico sembra emergere dalla proposta di Jonas, diverso da quello Kantiano; tale imperativo ha una valenza collettiva, sociale e non solo personale e non si rivolge al presente ma al futuro: *“Agisci in modo che le conseguenze delle tue azioni non distruggano la possibilità futura di tale vita”*. Lo strapotere della scienza deve indurre oggi ad un nuovo atteggiamento di umiltà che nasce dalla incapacità di poter valutare gli effetti ultimi che il progresso tecnico può produrre. E tale responsabilità per il futuro assume un valore particolarmente etico, in quanto coloro nel cui interesse si invoca tale responsabilità, i futuri esigenti, non sono ancora nati. E' questo il secondo destinatario di tale nuovo imperativo categorico: la generazione futura. E' allora necessaria una nuova etica che *“recupera la forza positiva della paura [...]che risveglia il senso*

²⁰ Jonas H Dalla Fede antica all'uomo tecnologico Il Mulino 1991, p.33 in Miano op.cit p.112

²¹ Jonas H Il principio di responsabilità un'etica per la civiltà tecnologica Einaudi 1990 p.XXVII

²² Miano F. op. cit p.117

²³ Miano F. op. cit p.119

²⁴ Jonas H Il principio di responsabilità un'etica per la civiltà tecnologica Einaudi 1990 p.12-13

Introduzione

del limite[.] è quella che Jonas chiama euristica della paura....²⁵.” Quindi una responsabilità per il futuro che è diversa da quella per le azioni compiute, in cui l'agente assume una responsabilità di tipo giuridico. Si tratta di una responsabilità che implica un dovere verso gli altri, una responsabilità dissimetrica simile a quella genitoriale verso la generazione futura.

La riflessione sulle conseguenze delle azioni è presente anche in Apel, il quale ritiene che l'uomo non possa avere un solo e stabile criterio di giudizio per valutare gli effetti dell'agire umano, supportato in questo da Weber e Popper che hanno rilevato il carattere fondamentalmente privato e personale della morale. La valutazione morale delle conseguenze di un'azione si fonda per Appel sul principio di comunicazione, in base al quale gli effetti di un'azione devono essere valutati da una ragione argomentativa, da una ricerca discorsiva, cioè da uno strumento, “*la comunicazione linguistica²⁶*” che è in grado di arrivare alla verità con il consenso di tutti gli interessati.

In Paul Ricoeur la responsabilità è ricollegata al concetto d'imputabilità: egli vede la responsabilità come la capacità di rispondere di determinati atti: “*l'essere responsabile è pronto a rispondere dei suoi atti, perché pone l'equazione della volontà: questa azione sono io²⁷*”. Si tratta di una consapevolezza, che nasce da una riflessione sull'io, della missione ricevuta che dà legittimità all'azione, avendo quest'ultima come contraltare l'imputabilità per le sue conseguenze; tali conseguenze non sono illimitate, perché in tal modo essere responsabile sarebbe impossibile, né inesistenti, perché in tal senso si configurerebbe una condotta addirittura disonesta.

In conclusione, appare particolarmente interessante ai fini del presente studio, dare rilievo alla proposta di Mounier che vede la responsabilità, all'interno di due riferimenti, persona e comunità, un impegno personale verso la comunità “*nella ricerca di un bene storico comune e non*

²⁵ Miano F op. cit p 131

²⁶ Apel Comunità e comunicazione, trad. it. G. Carchia, Rosenberg&Sellier Torino 1977 p.239

²⁷ P. Ricoeur Filosofia della volontà Marietti Genova 1990 pp. 60-61

Introduzione

*esclusivamente individuale*²⁸. La responsabilità della persona, dunque, verso la comunità che lo accoglie e che, in tale relazione, presuppone una libertà d'azione ed una capacità di scelta autonoma.

²⁸ Miano *Responsabilità* op. cit p 184

Tesi di dottorato in Bioetica, di Fabrizio Russo,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 09/02/2012.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica
e ricerca, a condizione che ne venga citata la fonte

UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

L'analisi di alcuni frameworks

II PARTE L'analisi di alcuni frameworks

L'analisi di alcuni frameworks

2 Alcune proposte dai policy makers

In Europa, il concetto di responsabilità sociale trova una delle sue più importanti formulazioni nella definizione che ne dà la Commissione Europea, come di “...*integrazione volontaria delle istanze sociali ed ecologiche delle imprese nelle loro operazioni commerciali e nei loro rapporti con le parti interessate. Essere socialmente responsabili significa non solo soddisfare pienamente gli obblighi giuridici applicabili, ma anche andare al di là investendo “di più” nel capitale umano, nell’ambiente e nei rapporti con le parti interessate*”²⁹. Si tratta di una definizione ampia, da policy maker appunto, una piattaforma per strategie e programmi nazionali, incentrata ancora sull’impresa, in cui spiccano senz’altro due elementi rilevanti:

- innanzitutto il carattere di volontarietà, secondo il principio per il quale l’etica non può essere imposta per norma: “*Tra i vari strumenti etici che si collocano nello spazio del <<non esigibile per norma>> c’è il comportamento delle persone ed il comportamento delle aziende; tra questi ultimi c’è l’orientamento alla responsabilità sociale...*”.³⁰
- inoltre, quel concetto dell’“andare al di là”, che è applicabile in qualunque settore, imprenditoriale o meno, rappresenta l’ambito di autonomia di una qualunque organizzazione che debba realizzare il proprio fine.

In questo panorama appena delineato, tuttavia, manca ancora una definizione riferita più precisamente all’ambito sanitario, le cui caratteristiche sono peculiari e pertanto non associabili a quelle di una qualsiasi impresa.

29 Libro Verde: Promuovere un quadro europeo per la responsabilità sociale delle imprese, Com^{366/2001}

30 L. Hinna: Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, ed. Franco Angeli 2004 p. 14

L'analisi di alcuni frameworks

2..1 Radici Etiche

Nel Libro Verde della Commissione Europea si legge: *“Un numero sempre maggiore di imprese europee promuove strategie di responsabilità sociale in risposta ad una serie di pressioni sociali, ambientali [...]. In questo modo, le imprese investono nel loro avvenire e sperano che il loro impegno volontario contribuirà ad aumentare la loro redditività [...] instaurando un quadro globale europeo destinato a favorire la qualità e la convergenza delle procedure osservate nel settore della responsabilità sociale delle imprese, grazie all'elaborazione di principi, approcci e strumenti generici e alla promozione di nuove prassi e idee innovative [...]”.*

Quali sono le radici che stanno dietro queste affermazioni? Il criterio che sembra guidare tale documento è quello del calcolo delle conseguenze derivanti dall'adozione di comportamenti socialmente responsabili (*“aumentare la redditività delle imprese; l'Unione europea si preoccupa della responsabilità sociale delle imprese, poiché essa potrebbe recare un contributo positivo all'obiettivo strategico definito a Lisbona; divenire l'economia della conoscenza più competitiva e più dinamica del mondo, capace di una crescita economica sostenibile accompagnata da un miglioramento quantitativo e qualitativo dell'occupazione e da una maggiore coesione sociale”*) sulla base dell'analisi dei costi e della reputazione (*“[...] sostenendo le buone prassi destinate a garantire una valutazione efficiente in termini di costi e una verifica indipendente delle procedure di responsabilità sociale delle imprese, garantendo in questo modo la loro efficacia e la loro credibilità”*). Anche se il documento intende porre le basi per stimolare la produzione legislativa dei singoli paesi europei e, quindi, in tal senso non ha una efficacia normativa, ma una valenza strategico-politica, il fatto che si sottolinei la necessità di *“[...] adottare azioni [...] da cui si attendono benefici pluriennali [...], con il risultato di un aumento di efficienza nel perseguimento del fine istituzionale stesso”*, presta il fianco ad una valutazione di tipo utilitarista nella interpretazione delle origini etiche di tale proposta: il fine ultimo è la massimizzazione del profitto, pertanto la convergenza di procedure, principi e approcci è

L'analisi di alcuni frameworks

funzionale a tale obiettivo. *“Il supremo principio dell’etica è accrescere al massimo la felicità, in modo che nel bilancio complessivo il piacere superi il dolore. Secondo Bentham, è giusto fare tutto quel che può accrescere al massimo l’utilità; e per utilità il filosofo intende qualunque cosa riesca a produrre piacere o felicità e qualunque cosa eviti il dolore o la sofferenza”[...]*” cittadini e legislatori” devono chiedersi: *“se sommiamo tutti i benefici di questa linea di condotta, e sottraiamo tutti i costi, il risultato sarà una felicità superiore a quella che si otterrebbe con l’altra procedura?”³¹*. Si noti che nel pensiero utilitarista la comunità è *“un corpo fittizio costituito dalla somma di individui che ne fanno parte”³²* e la felicità di una comunità dipende da un calcolo aritmetico, ossia dalla valutazione di *“ the greatest happiness for the greatest number. [...] According the former,[...], a right action is one that equals the greatest sum of pleasure and the least sum of pain in those affected by the action”³³*.

Quanto al concetto di “andare al di là”, oltre, qualche autore lo considera come *“lo spazio etico [dell’] obbedienza a ciò che non si può esigere”³⁴*; *“lo spazio etico che si colloca tra il livello di norme di uno Stato ed il comportamento (volontaristico) della singola impresa”³⁵*. Si tratta di un concetto già presente in altri autori, che si sono occupati negli anni passati di CSR, tra i quali a titolo di esempio:

- Davis: un’impresa non è socialmente responsabile quando compie semplicemente il minimo richiesto dalla legge;
- Steiner: la CSR va oltre i bisogni dell’impresa, occupandosi dei bisogni dei consumatori, dei lavoratori e dell’ambiente.

Ma ridurre la responsabilità sociale ad “andare al di là” delle norme rischia di essere insufficiente ad inquadrare il reale significato di tale concetto. L’andare al di là poggia le sue basi sui concetti di volontarietà ed autonomia

³¹ M. Sandel *Il nostro bene comune* ed Feltrinelli 2010 p.44

³² Ibid. p 43

³³ D. Melé *Business Ethics in Action* Palgrave Macmillan 2009 p. 91

³⁴ L. Hinna: *Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, ed. Franco Angeli 2004 p. 14

³⁵ Ibid. p.35

L'analisi di alcuni frameworks

che sono le radici della libertà di agire. Ma se la libertà di agire trova la sua ispirazione nel criterio dell'andare al di là delle norme, ecco che finisce per non essere più libertà di agire, in quanto si sottomette a tale regola, che non è un criterio etico (si veda la voce Etica in glossario), in quanto non orienta all'acting well, non guida l'agire verso un fine che presenta come un bene, ma si limita ad indicare il superamento degli obblighi giuridici, riducendo la responsabilità sociale a comportamenti formali.

D'altro canto, è significativo che un organismo politico di tale importanza rilanci il tema della responsabilità sociale delle imprese, favorendo la diffusione e ridestando attenzione intorno a tale dimensione.

2..2 Applicazioni

Una tale cornice istituzionale ha prodotto il diffondersi del concetto di Responsabilità sociale declinato nella definizione di strumenti di rendicontazione agli stakeholders, in attività formative e in meccanismi di negoziazione partecipata, come del resto auspicato dallo stesso documento.

In Italia, è utile ricordare la circolare del Ministro della Funzione Pubblica Baccini (2006), che, riprendendo il concetto di Responsabilità Sociale, lo riproponeva in ambito pubblico, suggerendo di adottare strumenti di rendicontazione sociale per dare conto delle scelte strategiche operate e degli obiettivi conseguiti. Alcune regioni hanno ripreso tale proposta, emettendo a loro volta circolari con cui invitavano gli assessorati e gli enti pubblici regionali ad adottare tali strumenti (Circolare della Presidenza della Regione siciliana 2006).

In ambito sanitario, tale istanza è stata ripresa da regioni come il Veneto che ha prodotto le Linee Guida sul Bilancio Sociale nelle aziende del SSR, con l'obiettivo di migliorare la sensibilità degli attori del SSR rispetto a strumenti della responsabilità sociale, come il bilancio sociale, tesi a comunicare il valore aggiunto prodotto verso gli stakeholders.

Nel periodo 2004-2006 il ministero del lavoro italiano assunse la gestione di un'iniziativa comunitaria, il Programma Equal: attraverso tale iniziativa fu promossa a livello nazionale la diffusione del concetto di responsabilità

L'analisi di alcuni frameworks

sociale, declinato in particolare nell'ambito della pubblica amministrazione e del cd. privato sociale. In particolare con l'azione 3 di tale iniziativa si costruì un grande partenariato che raccoglieva tali tipi di organizzazioni sparse per l'intera penisola (Progetto Mores: <http://progettomores.com/modelli di responsabilit  sociale>). All'interno di tale progetto, si assunsero le best practice prodotte dalle varie organizzazioni che avevano dato un contributo alla diffusione della responsabilit  sociale; per la Regione Siciliana, fu scelto un progetto che aveva definito un modello di rendicontazione sociale per le aziende sanitarie, frutto di una ricerca sistemica sul suo territorio, (progetto HELIOS sic- 172 equal Min welfare), definita attraverso un'analisi dei modelli organizzativi esistenti, interviste ai manager e alle associazioni rappresentative delle categorie svantaggiate, al fine di definire strategie condivise e sistemi di monitoraggio in grado di valutare gli impegni assunti nei riguardi degli stakeholders.

L'analisi di alcuni frameworks

3 Una definizione anglossassone in ambito sanitario

Negli anni novanta quando i contributi della letteratura scientifica nell'ambito del settore sanitario cominciavano a diventare più significativi, due autori, Ezekiel J. Emanuel e Linda L. Emanuel, riprendendo il concetto di accountability, lo definiscono in questo modo: *“is about individuals who are responsible for a set of activities and for explaining or answering for their actions. Accountability therefore entails procedures and processes by which one party provides a justification and is held **responsible** for its actions by another party that has an interest in the actions”*(Emanuel EJ, Emanuel LL 1996). Tali parti sono *“in health care, at least 11 distinct parties can be held accountable or hold others accountable: individual patients; individual physicians; nonphysician health care providers such as nurses and physical therapists; hospitals; managed care plans; professional associations; employers, such as General Motors; private payers, such as Blue Cross; the government; investors and lenders of capital; and lawyers and courts.”*. Gli ambiti sui quali tali parti sono chiamate a rispondere, riguardano *“competence, legal and ethical conduct, financial performance, access, public health, and community benefit”*. Infine per evitare la tentazione dell'autoreferenzialità, è necessario adottare procedure di valutazione, definite in termini di aderenza a specifici criteri e circolazione delle informazioni (Emanuel L. 1996).

Si desidera anche commentare alcune dimensioni suggerite da tale proposta con particolare riferimento a:

3.1.1 Competenze professionali

Le competenze professionali sono da intendersi come:

- conoscenze di cui servirsi all'occorrenza per assumere decisioni anche con informazioni scarse per risolvere problemi specifici, più che precise conoscenze tecniche isolate;
- il saper costruire una relazione terapeutica che tenga conto di varie dimensioni (outcomes, costi, livello socio-culturale del paziente), valutando i dati delle best evidence disponibili ed attualizzandole nelle scelte e

L'analisi di alcuni frameworks

nell'esercizio delle responsabilità professionali: *“Medicine is a vocation in which a doctor's knowledge, clinical skills, and judgement are put in the service of protecting and restoring human well-being. This purpose is realised through a partnership between patient and doctor, one based on mutual respect, individual responsibility, and appropriate accountability³⁶”*

- capacità di tenere in considerazione il desiderio del paziente di essere coinvolto in tali scelte e di saper rilevare la sua percezione circa tale coinvolgimento: il medico deve sapere rilevare la differenza tra il desiderato e il percepito ed adeguare il suo comportamento al fine di ridurre il conflitto decisionale del paziente.

3.1.2 Equità di accesso

Altro aspetto sul quale un sistema sanitario è chiamato a rispondere, secondo il modello Emanuel&Emanuel, è la definizione della sua dimensione strutturale che ne determina l'equità di accesso. A nostro avviso la definizione di una rete assistenziale richiede:

- da un lato, un'analisi completa dell'iter diagnostico e terapeutico del paziente che sappia valutare l'offerta dei diversi attori nei singoli passaggi (prevenzione, ambulatorio, degenza ordinaria per acuti, lungodegenza e riabilitazione, assistenza domiciliare) ;
- dall'altro, l'attenzione a che un singolo attore di tale sistema, l'ospedale, non aspiri a dare una risposta a tutti i fabbisogni;
- il superamento dell'uso inappropriato dei provider (DH, degenza ordinaria, lungodegenza) derivante da una incompleta attuazione della rete assistenziale o dal fatto di non tener conto dell'emergere di una serie di categorie svantaggiate: tra gli altri, persone disabili, dipendenti patologici, anziani. Costoro si rivolgono impropriamente al sistema sanitario classico per ottenere una risposta ai loro problemi, sempre più da intendere in termini di integrazione ed inclusione sociale; si pensi ad esempio agli anziani che necessitano di strutture di aggregazione sociale.

36 Royal College of Physicians.Clin Med. 2005 p. 45

L'analisi di alcuni frameworks

3.1.3 Meccanismi di valutazione

Al fine di superare il rischio dell'autoreferenzialità, correttamente i due autori introducono la necessità di adottare meccanismi di valutazione. Meccanismi che, nel caso dei medici potranno essere tra pari (peer review); nel caso dei manager, si tratterà invece di review esterne, necessarie ad ottenere feedback funzionali al miglioramento continuo della gestione. (Walshe K et al. 2001). È anche di primaria importanza introdurre il ruolo centrale dei policy makers, chiamati a definire un contesto di regole minime necessarie a mantenere elevato il livello di salvaguardia dei pazienti (Irvine D. 2001).

3.2 Radici Etiche

Occorre premettere che l'accountability è certamente collegata alla responsabilità, ma i due termini contengono sfumature di significato diverso. Mentre *“the responsibility focuses on being the author of actions³⁷”*, la *“accountability seeks to explain actions performed, individually or collectively³⁸”*. Accountability significa *“essere responsabili e quindi essere responsabilizzati³⁹”*; *“dovere di spiegare cosa si è fatto per adempiere alle proprie responsabilità nei riguardi di qualcuno⁴⁰”*.

Il framework proposto sembra avere un impianto teorico in linea con la definizione di Evan e Freeman, secondo cui gli stakeholder di un'impresa sono *“qualsiasi gruppo o individuo che può influenzare il, o che è influenzato dal, conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione”*.

Tale definizione, a sua volta, trova una sua radice filosofica nell'etica neocontrattualista, non soltanto perché postula l'uguaglianza dei diritti fondamentali di tutte le parti del sistema, ma anche perché si fonda su un

³⁷ D. Melé *Business Ethics in Action* Palgrave Macmillan 2009 p. 102

³⁸ Ibid. p 102

³⁹ G. Rusconi, “Impresa accountability e bilancio sociale”, il bilancio sociale, il Sole 24 ore p. 129 in Hinna L. Il bilancio sociale nella amministrazioni pubbliche Franco Angeli ed.p.54

⁴⁰ Bruni L. Zamagni S. Dizionario di economia civile Città Nuova 2009 p.17

L'analisi di alcuni frameworks

concetto di giustificazione (“*one party provides a justification and is held responsible for its actions by another party that has an interest in the actions*”- par. 5), che trae origine non da un fine ultimo, il bene del paziente, ma da una sorta di mandato fiduciario affidato da una parte all'altra. Si tratta di una proposta tipica di un'etica di natura deontologica, dalla quale discendono un elenco di doveri che prescindono dal problema della ricerca di un bene ultimo.

In tale teoria, ogni “individual” ha titolo a un sistema pienamente adeguato di uguali diritti; ciò significa che questo sistema si fonda sull'equo valore delle attese di tutte le parti, che sono mosse da autointeresse e sono coinvolte sulla base di una negoziazione partecipata. Gli interessi di tutti questi soggetti devono essere temperati attraverso modelli di accountability sensibili alla teoria degli stakeholders (Evan, W. M., and R. E. Freeman 1988), cioè in grado di passare da un approccio teso a massimizzare gli interessi degli stockholders, il profitto e la sua distribuzione, ad uno in cui si enfatizza la “wealth creation” dei diversi attori del sistema sanitario (Emanuel EJ. Warren G 1999).

Vi è qui una definizione puntuale di ambiti, procedure e parti da considerare “accountables”. Il tentativo è di operare un temperamento dei vari interessi in gioco, sulla base di un accordo tra gli stakeholders, ed in cui ognuno di essi ha uguale titolo a chiedere conto alle altre parti delle loro azioni. Il punto che merita una sottolineatura è il trasferimento di focus dalla massimizzazione del profitto degli stockholders alla wealth creation di tutti gli stakeholders.

D'altra parte assumere il contratto sociale, insito nel rapporto tra una parte che per questo deve giustificarsi e le altre, quale strumento che legittima un'azione, può non essere sufficiente a produrre un obbligo moralmente vincolante. Il contratto presuppone un accordo consensuale ma non necessariamente tale condizione conduce all'equità per svariati motivi (asimmetria informativa, abilità di una parte nel trattare.....). Il criterio del consenso richiede un'uguaglianza tra le parti ed un principio democratico, per cui le decisioni implicano una prevalenza delle ragioni della

L'analisi di alcuni frameworks

maggioranza su quelle della minoranza, la quale, se è disponibile a cooperare, accetterà tali scelte, anche se non è d'accordo: “*Con Platone e Aristotele la tradizione classica della filosofia politica parte dal presupposto che gli uomini siano per natura predisposti alla cooperazione e che pertanto l'agire politico possa derivare da un consenso in relazione ai contenuti fondamentali del bene comune*⁴¹”.

3.3 Applicazioni

Se si analizza il caso italiano, l'introduzione del sistema di finanziamento a prestazione ha originato una riorganizzazione di tutto il servizio sanitario, che si è via via regionalizzato, per effetto della cosiddetta *devolution*. In tale contesto, l'autorità politica di rilievo nazionale, il Ministero della Salute attraverso il Piano Sanitario Nazionale ha finito per assumere un ruolo di indirizzo e orientamento nelle scelte strategiche delle singole regioni, che hanno per converso acquisito una potestà normativa e regolamentativa di primissimo piano, attraverso la definizione di Piani Sanitari Regionali, con i quali esse possono riorganizzare i servizi sanitari a loro piacimento, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e dei vincoli di bilancio imposti dallo stato centrale. In tal modo diversi piani sanitari regionali hanno cominciato a tener conto nella definizione delle strategie di approcci di negoziazione partecipata, coinvolgendo associazioni di pazienti e fornitori, ordini professionali ecc. e, allo stesso modo, anche le aziende sanitarie hanno cominciato un lento coinvolgimento degli stakeholders nella definizione dei loro piani strategici attraverso il ricorso a focus group, incontri pubblici ecc.. Recentemente la Regione Siciliana ha approvato il piano sanitario regionale: “*Piano della Salute 2010-2012*” che a più riprese sottolinea il concetto di *accountability*⁴² e di coinvolgimento degli *stakeholders*⁴³, sottolineando l'aspetto del dare conto e del ricevere feedback dai diversi soggetti portatori di interesse nell'attuazione del piano stesso.

⁴¹ Enciclopedia Bompiani voce “Consenso”

⁴² Piano Sanitario Regionale “PIANO DELLA SALUTE” 2010-2012 p. 55, 148, 174, 175

⁴³ Ibid. p. 43, 175

4 Una proposta italiana in ambito sanitario

Nel 2005, Borgonovi affermò che la responsabilità sociale “*si realizza quando ogni istituzione pubblica o privata che sia, in primis, svolge nel migliore dei modi la propria funzione*”, caricandosi del buon funzionamento del sistema complessivo che per “*il sistema di tutela della salute [...] vuol dire garantire i più elevati livelli quali-quantitativi di tutela della salute intesa come recupero della stessa (diagnosi, cura e riabilitazione), mantenimento (prevenzione), miglioramento (ricerca nel settore, promozione di stili di vita che contribuiscono positivamente al benessere fisico...)*”, sostenendo che la responsabilità sociale tiene in grande considerazione, tra l'altro, la formazione del personale, l'uso efficiente delle risorse, la tensione costante alla ricerca di umanizzazione dell'assistenza, il coinvolgimento degli stakeholders nella definizione di strategie di tutela della salute, l'attenzione all'ambiente. L'autore sottolinea “*l'accettazione di due presupposti logici*” per passare da una visione funzionale ad una di responsabilità sociale:

- “*la somma degli ottimi parziali e della massimizzazione dei risultati (in senso esteso e non solo economico) delle singole unità del sistema non coincide con l'ottimalità o la massimizzazione dei risultati generali*”.
- “*non esiste una razionalità assoluta circa i modi di operare[...]: esiste uno spazio di discrezionalità che può essere esercitato dimostrando un diverso grado di interesse e attenzione agli effetti che si producono all'esterno delle aziende, ad esempio sui parenti o amici chiamati a garantire l'assistenza a lungodegenti non assistiti da ospedali o altre strutture sanitarie*”

L'editoriale, da cui è tratta la citazione,⁴⁴ si concludeva sottolineando che la RS impone “*la disponibilità a rendere conto a molti soggetti di ciò che si fa*⁴⁵” (Borgonovi 2005).

⁴⁴ Elio Borgonovi La Responsabilità Sociale in Sanità Mecosan 56 2005 p. 4

⁴⁵ Ibid. p 9

L'analisi di alcuni frameworks

Tale proposta, che per certi versi si riallaccia a quella di Emanuel quando sottolinea l'esigenza di dare conto alle parti, approfondisce peraltro la raccomandazione data dal libro verde dell'UE, sviluppando quel concetto di "andare al di là" (par. 4), di superare le aspettative, che l'autore sintetizza nell'adagio "*svolgere nel migliore dei modi la propria funzione*".

4..1 Radici Etiche

Un concetto di RS così espresso mira ad accertare:

- la natura delle condizioni essenziali che caratterizzano un sistema sanitario: garantire "il recupero della [salute] [...], il suo mantenimento [...] e miglioramento [...]";
- il rapporto tra tali condizioni e le strutture preposte a soddisfarle, ossia la funzione dei singoli attori del sistema;
- le relazioni di interdipendenza tra le strutture ossia l'analisi del contributo di molteplici soggetti motivati dal massimizzare il proprio risultato all'interno di un sistema: parlare di Responsabilità sociale "*richiede, infine che non si dimentichi e non si indebolisca il concetto secondo cui la tutela della salute dipende essenzialmente da un'azione di sistema, ossia dal contributo di molteplici soggetti motivati sia da principi di competizione sia da principi di collaborazione*⁴⁶."

L'a. illustra poi 8 dimensioni nelle quali la RS va vissuta e assunta:

1. formazione e aggiornamento
2. efficienza
3. qualità
4. corretto dimensionamento del rapporto domanda-offerta
5. sistema di finanziamento
6. definizione partecipata delle strategie di tutela della salute
7. trattamento della privacy
8. tutela dell'ambiente

⁴⁶ Ibid. p 9

L'analisi di alcuni frameworks

Rispetto ad una siffatta analisi, Borgonovi aggiunge un elemento ulteriore: è dal modo in cui viene vissuta tale funzione che si può realizzare un comportamento socialmente responsabile da parte degli attori del sistema: *“esiste uno spazio di discrezionalità che può essere esercitato, dimostrando un diverso grado di interesse e di attenzione agli effetti che si producono all'esterno delle aziende, ad es, ai parenti di pazienti lungodegenti non assistiti dal sistema sanitario”*.

“L'impresa ha la funzione di produrre e distribuire ricchezza-aggiunge l'autore- le amministrazioni pubbliche quella di soddisfare i bisogni pubblici...ed erogare servizi che contribuiscono ad aumentare la produttività e la competitività delle imprese.”

In questa proposta si può rintracciare una certa analogia con la tesi di M. Freedman, allorchè afferma che l'unica responsabilità sociale dell'impresa consiste nello svolgere la sua funzione, ossia fare profitto, un'affermazione di stampo neoliberista, che richiama il concetto di “mano invisibile” di A. Smith.

Quanto al concetto di “svolgere la funzione nel migliore dei modi” B. sembra chiarire la reale portata del suo concetto di RS quando spiega che *“...ciò vuol dire garantire i più elevati livelli quali-quantitativi di tutela della salute”*, ossia tutela della salute per il maggior numero possibile di soggetti.

Quando si afferma che la funzione di un sistema sanitario è la salvaguardia delle condizioni di salute di una popolazione (recupero, mantenimento e prevenzione) sembra enfatizzarsi la funzione sociale del sistema sanitario e non tanto il fine del servizio sanitario che, per la verità non è esplicitato dall'autore. Borgonovi sembra proporre un concetto di RS non più strumentale, ma normativo in quanto prescrive di svolgere *“nel migliore dei modi la propria funzione”*, in un'ottica integrata (diagnosi, cura, riabilitazione); in un sistema in cui ciascuno deve fare la propria parte e la deve fare nel migliore dei modi per garantire che l'intero percorso diagnostico e terapeutico assicuri la soddisfazione dei bisogni di salute del paziente. Il riferimento al concetto di funzione, per cui ogni ente *“deve*

L'analisi di alcuni frameworks

avere” la sua funzione “dandosi carico” del “buon funzionamento dell'intera società, del sistema complessivo”; richiama alla memoria l'approccio funzionalista di K. Davis: “parlare della funzione di una istituzione per la società o per un'altra istituzione in quella società è un modo per chiedersi che cosa l'istituzione fa entro il sistema per il quale è rilevante⁴⁷”. Quest'ultima impostazione si basa su una analogia con il funzionamento del sistema nella natura, un funzionamento meccanicistico in cui, “come in un organismo vivente, ciascuna sua parte contribuisce in maniera essenziale all'equilibrio momentaneamente raggiunto dal sistema stesso⁴⁸”.

4.2 Applicazioni

Nel proporre il piano applicativo della definizione di RS di Borgonovi, suggeriamo la lettura del piano sanitario nazionale 2006-2008, (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf) adottato dal competente Ministero italiano.

Tale strumento rappresenta la piattaforma programmatica di ampio respiro dal quale le singole regioni avviano la definizione più puntuale dei loro piani sanitari, in linea con tali previsioni; esso è pertanto un punto di riferimento fondamentale per la realizzazione degli obiettivi strategici dei diversi sistemi sanitari regionali.

L'analisi di tale documento mostra alcune previsioni in linea con le dimensioni, sulle quali Borgonovi articola la sua proposta di RS, tra le quali proponiamo:

Formazione e aggiornamento

- Un sistema di Educazione Continua in Medicina, pensato perché nei prossimi anni si possa mantenere un livello di competenze sempre aggiornate ed in linea con le esigenze epidemiologiche del bacino di

⁴⁷ Davis K *The myth of functional analysis as a special method in sociology and anthropology* in “American Sociological Review” vo. 24 n.6 1959 pp 772 in *Teoria relazionale della società* Donati Franco Angeli 1992 p.479

⁴⁸ Enciclopedia Filosofica Bompiani voce “Analisi Funzionale”

L'analisi di alcuni frameworks

riferimento, cioè in grado di dare risposte appropriate. in linea con le esigenze del SSN; *un sistema che garantisca una congruità tra il sapere scientifico, l'evoluzione clinica e le reali prospettive di esercizio professionale;*

Efficienza

- *Modulare le “priorità di applicazione (programmazione, organizzazione, gestione risorse umane, sistema di decisione e controllo, acquisizioni) in base alla specifica situazione locale, promuovendo sistematicamente da parte delle aziende sanitarie le iniziative in grado di aumentare la capacità di produzione di servizi a parità di risorse impiegate (efficienza tecnica) e la capacità di produrre attività e prestazioni a costi minori (efficienza economica); ottimizzare la funzione acquisti di beni e servizi, tenendo conto della complessità del mercato dei beni sanitari, la rapida obsolescenza che caratterizza molti prodotti e procedure, i consistenti fenomeni di asimmetria della domanda e dell'offerta. Modulare le priorità di applicazione (programmazione, organizzazione, gestione risorse umane, sistema di decisione e controllo, acquisizioni) in base alla specifica situazione locale, promuovendo sistematicamente da parte delle aziende sanitarie le iniziative in grado di aumentare la capacità di produzione di servizi a parità di risorse impiegate (efficienza tecnica) e la capacità di produrre attività e prestazioni a costi minori (efficienza economica)”;*

Qualità

- *“promuovere la qualità (appropriatezza, comfort, economia...) del servizio fornito e correlarla al risultato, in base alle evidenze sulla efficacia clinica e sulla efficienza operativa dei servizi”;*
- *Migliorare la qualità del servizio pubblico attraverso una maggiore trasparenza e comunicazione, che faccia superare l'approccio a compartimenti stagni che regna spesso all'interno di grandi organizzazioni sanitarie come le ASL*

Definizione partecipata delle strategie di tutela della salute:

L'analisi di alcuni frameworks

- L'assunzione dell'esistenza di una platea di attori: a più riprese il piano evidenzia come il feedback dei cittadini sia utile a consentire che il SSN affronti le nuove problematiche emergenti in modo adeguato: *"... garantire che il Servizio sanitario nazionale sia sempre in grado di affrontare le problematiche nuove emergenti e dare risposte adeguate ai cittadini soprattutto in presenza della necessità di contenere le risorse."*; evidenziando anche la necessità di avere pazienti e utenti responsabili. *"Le azioni di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini devono essere finalizzate a rendere le persone consapevoli della propria situazione clinica, delle alternative terapeutiche possibili..... Più in generale i cittadini devono essere resi consapevoli e responsabili della propria salute, anche in termini di promozione e prevenzione della stessa e in grado di collaborare con le strutture responsabili dello sviluppo della qualità dei servizi per la salute. Lo scopo del coinvolgimento è erogare cure efficaci ed appropriate sotto il profilo clinico ed etico e, nel contempo, garantire il massimo livello possibile di equità nell'uso delle risorse."* dimostrando un certo interesse agli effetti che si producono all'esterno delle aziende, ad es, ai parenti..." Ciò è favorito dal processo di empowerment del paziente ed in modo diverso dei suoi familiari."

Corretto dimensionamento del rapporto domanda-offerta

- A questo proposito obiettivo del Piano è ridurre le disomogeneità nella distribuzione delle prestazioni specialistiche che evidenzia diseguaglianze nell'accesso ai servizi specialistici più efficaci a risolvere determinate patologie; risolvere la consistente e diffusa criticità delle liste di attesa che *"richiede interventi volti sia alla razionalizzazione dell'offerta di prestazioni sia alla qualificazione della domanda"*.

L'analisi di alcuni frameworks

5 Conclusioni

Nel settore sanitario, l'esistenza di quel contratto sociale tacitamente sottoscritto, che porta il medico a farsi carico del bisogno di cura del paziente, richiede necessariamente di tener conto di concetti quali la centralità della persona, l'efficacia e l'efficienza.

Tali dimensioni possono senz'altro trovare una specifica tutela in alcune fonti normative quali le carte costituzionali, i piani sanitari, i libri verdi dell'UE che individuano i criteri generali cui deve ispirarsi il programma di una sanità responsabile: il rispetto dei principi di dignità, del bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure, l'appropriatezza, l'economicità.

Tuttavia è necessario valutare criticamente la portata di siffatti programmi di RS.

La diffusione dei piani di rientro adottati in Italia per risanare i deficit dei bilanci sanitari di diverse regioni, può costituire un valido esempio applicativo di una possibile deriva utilitaristica: nel tentativo di rispettare il vincolo imposto del pareggio di bilancio, alcuni providers hanno cominciato, infatti, a negare l'accesso alle cure, specie per quei pazienti la cui terapia è particolarmente costosa (gli interventi ortopedici con protesi, per citare un esempio), non tenendo in considerazione un aspetto peculiare della RS e cioè un soggetto è responsabile quando tiene in conto anche gli effetti derivanti da tale rifiuto, secondo il concetto di responsabilità proposta da M. Weber: un'etica della responsabilità significa "*Rispondere delle conseguenze, prevedibili, del proprio agire*", ampliata da Jonas in "conseguenze possibili". Conseguentemente, tali comportamenti possono dare vita a flussi di mobilità dei pazienti verso quelle strutture che decidono di accollarsi il rischio economico di queste cure per vivere fino in fondo la propria mission: salvaguardare le condizioni di salute della popolazione.

È evidente che tale situazione alla lunga non può essere sostenuta, perché all'interno del settore sanitario si creerebbero due fronti: un'area "ortodossa" che, osservando i dettami del piano di rientro, in modo opportunistico, causa il trasferimento della propria domanda verso una sorta

L'analisi di alcuni frameworks

di area “rifugio”, con conseguenti squilibri di natura economica e logistica e la determinazione di flussi di mobilità presso le strutture in cui si può accedere a questo tipo di cura. Per questo motivo è importante che a vivere comportamenti socialmente responsabili non sia il singolo, ma la comunità intera.

Il rispetto degli impegni verso gli stakeholders, ci si chiede, è una condizione sufficiente a definire comportamenti socialmente responsabili? Se il provider ospedaliero è tenuto a rispondere al policy maker, per quale motivo dovrebbe rispettare il patto con gli stakeholders, di fronte per es. ad un vincolo imposto dall'ente committente e finanziatore? Perché un tale soggetto dovrebbe “*integrare preoccupazioni sociali ed ecologiche nelle [...] [proprie] operazioni [...] e nei [...] rapporti con le parti interessate*” (Libro Verde: Promuovere un quadro europeo per la responsabilità sociale delle imprese”) o sentirsi responsabile nei confronti di tali soggetti? In altri termini, tale preoccupazione per la responsabilità sociale è un *modus operandi* intrinseco all'agire dei soggetti di un settore sanitario o è una dimensione più superficiale da realizzare solo in certe condizioni? Si potrebbe obiettare che rispondere ai vincoli imposti da un policy maker significa rispondere indirettamente agli interessi di tutti gli stakeholders, dal momento che il policy maker viene scelto su base democratica. Tuttavia il policy maker è anch'esso uno degli stakeholders, pertanto dare priorità alle sue esigenze significa introdurre un criterio di priorità nell'attenzione ai vari stakeholders; ma anche ammesso che questo sia possibile, il patto sociale con gli altri stakeholders soffrirebbe continuamente del rischio di frantumarsi per le pretese, legittime o meno, del policy maker, stakeholder più forte, alle quali gli altri stakeholders dovrebbero uniformarsi. Si creerebbe così un problema di giustizia distributiva e gli altri stakeholders sarebbero disincentivati a costruire relazioni con il provider ospedaliero, nè sarebbe sufficiente invocare i doveri derivanti da un contratto sociale, per difendersi da tale possibile abuso, in quanto il provider si giustificerebbe, adducendo il fatto che il suo primo dovere è soddisfare le richieste del suo ente committente. E' allora evidente che fondare la responsabilità sociale di

L'analisi di alcuni frameworks

un provider ospedaliero sul contratto sociale stipulato con gli stakeholders conduce, sotto certe condizioni, ad un'ingiustizia distributiva.

Il framework proposto da Emanuel sembra rispondere a tali limiti, ritenendo che il giusto sia un imperativo categorico da osservare sempre. Tuttavia non è capace di guardare al bene ultimo dello stakeholder e pertanto finisce per realizzare il proprio fine in un rispetto formale delle regole. La proposta di Emanuel&Emanuel tiene conto di alcuni elementi tipici della responsabilità: dare una giustificazione per le proprie funzioni, rispondere per i propri compiti a qualcuno, presuppone un mandato in base al quale ci si impegna a rispondere a chi ha un interesse verso le azioni poste in essere. Essa ha certamente il merito di fissare alcuni punti fermi in relazione ai soggetti che appartengono alla categoria degli stakeholders e al perimetro di tale responsabilità.

Tuttavia, tale framework incontra il limite di essere formulato in riferimento alle attese di altre parti, evidenziando come il fulcro della responsabilità sociale sia nella capacità di fornire una forma di giustificazione; si tratta cioè di una definizione in cui la responsabilità sociale di tali parti trova origine nelle aspettative delle altre e non nell'analisi della specifica identità delle parti stesse. Come dire che il soggetto ha una funzione obiettivo, definita dalle aspettative degli stakeholders, che diventano imperativi categorici da rispettare anche a scapito della propria mission. Tuttavia sarà sempre necessario gerarchizzare le priorità nel soddisfacimento degli interessi dei diversi stakeholders, temperamento che all'atto pratico, appare difficilmente realizzabile, come per es. nel caso della tipica antinomia tra:

- il rispetto del pareggio del bilancio per lo stakeholder autorità pubblica/ente finanziatore
- e
- l'accesso alla cura per lo stakeholder paziente/utente.

Di fronte a tale contrapposizione di interessi, l'imperativo categorico kantiano impone un rispetto per il paziente, non tanto perché in quel dato frangente soffre ma in quanto portatore di umanità che richiede un rispetto

L'analisi di alcuni frameworks

intrinseco. Giova ricordare che in Kant la responsabilità poggia le sue basi sul concetto di dovere: *“E il movente che conferisce valore etico a un'azione è il movente del dovere, ossia, secondo il pensiero Kantiano, fare quel che è giusto per la ragione giusta. [...] solo gli atti compiuti perché motivati dal dovere hanno valore morale⁴⁹”* (Sandel 2010). Tale rispetto non può venir meno per effetto di un maggior profitto e o di una minor perdita; un'utilitarista al contrario non esiterebbe a considerare necessario il diniego di accesso alle cure se in tal modo si accresce il massimo benessere possibile per il provider e per la collettività.

Probabilmente occorre considerare entrambe le ragioni in quanto: il rispetto del pareggio di bilancio è un atto necessario per assicurare la sopravvivenza di lungo periodo dell'organizzazione ospedaliera; d'altro canto non si può negare la cura al paziente bisognoso, ciò è contrario alla stessa identità del provider. E' pertanto elemento essenziale di una responsabilità sociale correttamente intesa vivere la dimensione di efficienza, al fine di utilizzare in modo appropriato le risorse e consentire l'accesso alle cure al paziente che richiederà l'erogazione della terapia.

Non si può affidare ad un mandato fiduciario la decisione da assumere, anche perché si rischierebbe di far prevalere il criterio dell'esigenza contingente da soddisfare, ossia quell'interesse che la società, la morale pubblica, ritiene in quel momento prevalente, con il rischio di perdere di vista l'identità e la mission del servizio sanitario. Tanto più che gli stakeholders “deboli” non potrebbero avere una conoscenza perfetta non solo del contratto, ma anche di tutti i comportamenti conseguenti, stante la forte asimmetria informativa derivante dalla complessità e dalle diverse sfaccettature della gestione della sanità e pertanto non potrebbero esercitare pienamente il controllo degli impegni assunti.

Nel fissare la misura di tale esercizio nello *“svolgere (la funzione) nel migliore dei modi”*, Borgonovi evidentemente eleva l'agire istituzionale da mero meccanismo procedurale verso una tensione alla piena realizzazione

⁴⁹ Sandel M. Giustizia il nostro bene comune Feltrinelli ed. 2004 p. 129

L'analisi di alcuni frameworks

della funzione dell'istituzione, che in sanità significa garantire che entrambi i soggetti, pubblico e privato, erogino prestazioni tese a garantire il pieno recupero della salute, attraverso servizi di diagnosi, cura e riabilitazione, il suo mantenimento attraverso i servizi di prevenzione (screening, vaccinazioni...) ed il suo continuo miglioramento, attraverso ricerca ed educazione alla salute. Tuttavia sembra di riscontrare in questa definizione alcuni limiti: B. afferma che "ogni istituzione, azienda, forma organizzativa della società [che] ha [...] funzioni e fini specifici[...].non può non agire come un corpo autonomo che non si dà carico in qualche modo del buon funzionamento della società", ma non chiarisce cosa intenda per "buon funzionamento". Se per buon funzionamento si intende massimizzare la funzione obiettivo dei diversi attori ("l'impresa ha l'obiettivo di produrre e distribuire ricchezza", le amministrazioni pubbliche l'obiettivo di creare la cornice per "migliorare la competitività delle imprese"), in un equilibrio di tipo paretiano, torniamo ad una chiave di lettura di tipo utilitaristica; se per "buon funzionamento" si intende la realizzazione di un interesse collettivo che si raggiunge attraverso l'attuazione della funzione istituzionale, di modo tale che il provider, svolgendo nel migliore dei modi la sua funzione, perfeziona se stesso, allora ricadiamo in un'etica delle virtù di tipo aristotelica.

L'analisi di alcuni frameworks

FRAMEWORK	USO	APPLICAZIONE	METAPENSIERO	TEORIA ECONOMICA
LIBRO VERDE: PROMUOVERE UN QUADRO EUROPEO PER LA RESPONSABILITA' SOCIALE DELLE IMPRESE	STRUMENTALE	Diffuse Produzioni Normative Nazionali	Utilitarista	Paretiana
EMMANUEL	NORMATIVO	Modelli di negoziazione partecipata	Kantiano	Teoria degli Stakeholders
BORGONOVİ	NORMATIVO	PSN	Funzionalismo	Neoclassica

A partire da considerazioni di natura più economica, si è compreso come la mera trasposizione del concetto di RS dall'ambito del profit a quello dei servizi di salute, porti ad una visione utilitarista, che tiene in considerazione soltanto gli aspetti di efficienza del sistema nel rispetto degli obiettivi di bilancio; d'altra parte, il mettere da parte tali aspetti a favore della più attenta considerazione delle richieste dei beneficiari, rischia di far commettere l'errore opposto, quello di considerare un sistema socialmente responsabile soltanto nella misura in cui soddisfa una richiesta e si rispetta un patto, senza valutare quanto questi siano appropriati, e realmente funzionali al soddisfacimento di bisogni oggettivi.

Non è dunque la mancanza di autoreferenzialità l'unica condizione da osservare per soddisfare criteri funzionali alla RS: agire soltanto in relazione all'orizzonte di attesa vorrebbe dire non tenere in giusto conto i presupposti sulla base dei quali organizzare le proprie azioni.

Una definizione di responsabilità sociale deve includere dunque due aspetti, che solo apparentemente risultano in contrapposizione: quello individuale, del singolo stakeholder (sia esso medico, paziente, fornitore, policy maker), che è chiamato a svolgere nel migliore dei modi le proprie funzioni, e dunque innanzitutto a conoscerne le motivazioni e le finalità, il contesto e le relazioni; quello sociale, che ha come obiettivo comune il prendersi cura della persona malata: come un medico specializzato in una determinata branca non può non tenere conto che il settore di cui ha scelto di occuparsi è solo una parte di un ambito più ampio e che ogni sua azione ha ripercussioni su quello stesso ambito; così ciascuno stakeholder deve innanzitutto sapere

L'analisi di alcuni frameworks

cosa è chiamato a fare, e poi tenere in considerazione che le sue azioni sono effetto e causa di azioni precedenti e successive, tenendo in considerazione le quali è possibile agire in maniera coerente con gli obiettivi generali. L'analisi di tali framework evidenzia da un lato l'esigenza di approfondire le diverse cornici etiche, cui possono riferirsi i diversi concetti di responsabilità sociale da analizzare; dall'altro la necessità di rappresentare lo *status quaestionis* del concetto in generale per comprendere l'importanza dei contributi e i relativi fondamenti teorici. Tale analisi consentirà di leggere gli apporti sul tema della responsabilità sociale nel settore sanitario con una migliore competenza e consentirà di organizzare gli stessi in modo sistematico, onde poterne comprendere le cornici etiche di riferimento. Al termine di tale inquadramento sarà presentato l'obiettivo della ricerca che mira sinteticamente ad affrontare un ambito particolare della responsabilità sociale in sanità: la responsabilità sociale del provider ospedaliero verso il paziente. Sarà pertanto presentata la personale proposta, un modello in linea con tale definizione e alcuni dati empirici.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Fabrizio Russo,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 09/02/2012.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica
e ricerca, a condizione che ne venga citata la fonte

UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

Status Quaestionis

III PARTE Status Quaestionis

Status Quaestionis

6 Introduzione

La responsabilità sociale (RS) è considerata, generalmente un tipo di responsabilità che porta a considerare altre dimensioni oltre il profitto e altri attori oltre gli azionisti.

Per proporre una lettura ampia si procederà ad esaminare la ricerca di Archie B. Carroll che, seguendo un criterio cronologico, offre una panoramica della responsabilità sociale dal 1953 al 1999. Si analizzerà il contributo della teoria degli stakeholders offerta da Donaldson and Preston. Si analizzerà la proposta con la quale Garriga e Melé organizzano il concetto di RS e infine il contributo di Zamagni. Questa introduzione appare essere utile ad una migliore comprensione del concetto e a preparare l'approccio di questo tema all'ambito sanitario.

6.1 Le origini del concetto

Gli autori sono concordi nel riconoscere in Bowen il padre del concetto (1953), avendo egli per primo collegato il business alle azioni che la società ritiene desiderabili.

In effetti, già nel 1932, Merrick Dodd evidenziava come il “*business[...] is of service to society rather than because it is a source of profit to its owners*⁵⁰” e riportando il pensiero di Owen D. Young, presidente di General Electric, che già nel 1929 evidenziava un suo personale programma di responsabilità sociale, mostra come il dovere fiduciario di questo manager non si limitasse ad una responsabilità verso gli stockholders, che hanno diritto ad avere una giusta remunerazione per il capitale investito, ma anche verso i lavoratori che hanno diritto a “*fair wages, continuity of employment and a recognition of their right to their job...*⁵¹” e verso i clienti che devono pagare il prezzo necessario a remunerare capitale e lavoro: “*the price is such as is consistent with the obligations to the people who put their capital and labour in*⁵²”. E' da notare che le proposte appena presentate sono da

⁵⁰ Dodd, E. Merrick For Whom are Corporate Managers Trustees? Harvard Law Review, 1932 vol. 45 no. 7: 1145–1163. Year: 1932.p 1149

⁵¹ Ibid. p.1154

⁵² Ibid.p.1154

Status Quaestionis

contestualizzarsi in un periodo storico in cui andava prendendo forma la separazione tra proprietà e controllo, che, specie negli Stati Uniti, andava diffondendosi a seguito dello sviluppo delle grandi corporations, emergendo in tal modo una responsabilità di coloro che gestivano l'azienda nei confronti della proprietà e verso tutti coloro che erano portatori di uno specifico stake, come lo stesso Young commenta: “[..] *but rather to administer wisely and fairly in the interest of all.*”⁵³

6..2 La review di Carroll

Una review che ha analizzato l'evoluzione del concetto di CSR a partire dal lavoro di Bowen, passando in rassegna le diverse accezioni del termine sino al 1999 è il noto articolo di Carroll: “*Corporate Social Responsibility Evolution of a Definition Construct Business and Society*”. E' interessante notare come il termine, attraverso la lettura dei vari autori risulta col passare degli anni declinato con focus via via diversi:

- pertanto esso sarà correlato al “social power”: “*social responsibilities of businessmen need to be commensurate with their social power (“Iron Law of Responsibility”)*” in modo tale che la mancata attenzione alla CSR conduce ad una graduale erosione del “social power” (Davis 1960 p.71);
- terrà conto delle “expectations of the public”: “[*Social responsibilities*] mean that businessmen should oversee the operation of an economic system that fulfills the expectations of the public[...] in such a way that production and distribution should enhance total socio-economic welfare. ”. (Frederick 1960 p.60);
- consentirà alla “corporation” di andare al di là delle obbligazioni economiche e legali e di tenere conto del benessere della comunità e dei lavoratori: “*The idea of social responsibilities supposes that the corporation has not only economic and legal obligations but also certain responsibilities to society which extend beyond these obligations*” (p. 144). (McGuire 1963);

⁵³ Ibid. p.1155

Status Quaestionis

- terrà conto della relazione dell'impresa con la società: “*Social responsibility, therefore, refers to a person's obligation to consider the effects of his decisions and actions on the whole social system.*” (Davis 1966 p.12) e successivamente: “*The substance of social responsibility arises from concern for the ethical consequences of one's acts as they might affect the interests of others*” (Davis, 1967, p. 46); si noti qui la somiglianza con la proposta di responsabilità di M. Weber (1° cap.);
- questo stesso focus è mantenuto da Walton: “*In short, the new concept of social responsibility recognizes the intimacy of the relationships between the corporation and society*” che includerà anche una certa dose di volontariato (Walton 1967 p 18);
- tiene in considerazione l'interesse degli azionisti ma anche di altri soggetti: “*A socially responsible firm is one whose managerial staff balances a multiplicity of interests. Instead of striving only for larger profits for its stockholders, a responsible enterprise also takes into account employees, suppliers, dealers, local communities, and the nation*” (Johnson 1971 p.50)
- è funzionale alla massimizzazione del profitto di lungo periodo: “*Social responsibility states that businesses carry out social programs to add profits to their organization*” (Johnson 1971 p. 51)
- che si trasforma più tardi in massimizzazione dell'utilità: “*A socially responsible entrepreneur or manager is one who has a utility function of the second type, such that he is interested not only in his own well-being but also in that of the other members of the enterprise and that of his fellow citizens. (p. 68)*” (Johnson 1971)
- infine, l'esempio offerto dai competitors che hanno percorso la stessa strada, spinge le imprese ad intraprendere la strada della responsabilità sociale (“*The goals of the enterprise, like those of the consumer, are ranked in order of importance and that targets are assessed for each goal. These target levels are shaped by a variety of factors, but the most important are the firm's past experience with these goals and the past performance of similar business enterprises*” perché “*individuals and*

Status Quaestionis

organizations generally want to do at least as well as others in similar circumstances⁵⁴");

- la prospettiva sembra cambiare nella proposta del CED che in the “*Social Responsibilities of Business Corporations*” sottolinea che la funzione del “*business*” è quella di “*to serve a wider range of human values*”. Il CED articola la sua definizione in tre cerchi concentrici:
- il primo include responsabilità “*for the efficient execution of the economic function—products, jobs and economic growth.*” (efficiency)
- il secondo include la “*responsibility to exercise this economic function*”, includendo la capacità di comprendere i cambiamenti nei valori sociali “*for example, with respect to environmental conservation; hiring and relations with employees; and more rigorous expectations of customers for information, fair treatment, and protection from injury.*” (social awareness)
- il terzo comprende “*amorphous responsibilities, responsibilities emerging and not clearly defined that an social responsible enterprise ought consider (“For example, poverty and urban blight” but also support to disadvantages category)”(CED 1971 p. 15)*
- più tardi Steiner considera la responsabilità sociale come una filosofia che guarda all’interesse sociale e, in linea con quanto già detto da Johnson, al business di lungo periodo: “*It is a philosophy that looks at the social interest and the enlightened self-interest of business over the long run as compared with the old, narrow, unrestrained short-run self-interest. (Steiner,1971, p. 164);*
- per qualificare un’azione d’impresa socialmente responsabile, essa deve avere una remunerazione marginale per l’impresa minore della remunerazione di spese alternative, deve essere volontaria e deve trattarsi di una effettiva spesa per l’organizzazione più che di una liberalità. Si tratta di una proposta difficilmente verificabile nella pratica, pertanto gli autori sottolineano che l’elemento davvero essenziale nella responsabilità sociale è che il soggetto abbia libertà di agire, perché qualora agisse per raggiungere

⁵⁴ (Johnson 1971 p.73)

Status Quaestionis

tali obiettivi per una imposizione di legge non sarebbe socialmente responsabile: “*I take responsibility to mean a condition in which the corporation is at least in some measure a free agent. To the extent that any of the foregoing social objectives are imposed on the corporation by law, the corporation exercises no responsibility when it implements them.* (p. 40) (Manne&Wallich 1972);

- Similmente, Davis ripropone che “[...] *social responsibility begins where the law ends. A firm is not being socially responsible if it merely complies with the minimum requirements of the law, because this is what any good citizen would do.* (p. 313)” (Davis 1973);

- degno di nota è anche il contributo di Eilbert e Parket che suggeriscono di intendere la responsabilità sociale come “*good neighbourliness*” nel senso non solo di non danneggiare il vicino ma di aiutarlo a risolvere i problemi (Eilbert & Parket, 1973, p. 7);

- la RS è in linea con i bisogni della società che vanno oltre quelli meramente economici: “*the corporate social responsibility movement represents a broad concern with business’s role in supporting and improving that social order*”. (Eells & Walton, 1974, p. 247);

- il riferimento ad ambiti ampi di intervento è presente anche nella proposta di Backman, in cui la RS rimanda a obiettivi che devono essere ponderati in aggiunta a quelli economici: “*Social responsibility usually refers to the objectives or motives that should be given weight by business in addition to those dealing with economic performance (e.g., profits)*” (Backman 1975 p. 2);

- la RS enfatizza la funzione del management all’interno del contesto pubblico, dando rilievo al concetto di “*public responsibility*” (Preston e Post 1975);

- la RS deve spingere a comportamenti congruenti con le norme sociali prevalenti “*Thus, social responsibility implies bringing corporate behavior up to a level where it is congruent with the prevailing social norms, values, and expectations of performance*” (p. 62). (Sethi 1976);

Status Quaestionis

- la RS è un serio tentativo di risolvere problemi sociali, causati interamente o in parte dalle “corporation” (Fitch 1976);
- la RS del business è un concetto che riguarda le attese economiche, legali, etiche, discrezionali: “*The social responsibility of business encompasses the economic, legal, ethical, and discretionary expectations that society has of organizations at a given point in time*” (Carroll, 1979, p. 500) richiamandosi espressamente al terzo circolo della proposta del CED;
- la RS è “*Corporate social responsibility is the notion that corporations have an obligation to constituent groups in society other than stockholders and beyond that prescribed by law and union contract*” ciò richiede che i comportamenti derivanti siano volontari e non imposti e siano indirizzati ad un’ampia categoria di destinatari “*as customers, employees, suppliers, and neighboring communities*”. ((Jones 1980 p 59-60);
Altri autori spostano il focus sulla relazione tra legalità e responsabilità (Dalton and Cosier 1982) o sviluppano modelli che siano coerenti con le definizioni prima formulate.
- P. Drucker propone un nuovo concetto di RS: “*The proper ‘social responsibility’ of business is to tame the dragon, that is to turn a social problem into economic opportunity and economic benefit, into productive capacity, into human competence, into well-paid jobs, and into wealth⁵⁵*”; in tal modo riabilita la responsabilità sociale come fonte di opportunità di business, dando il via ad una serie di contributi che miravano a valutare se un’impresa socialmente responsabile fosse anche profittevole (Cochran e Wood 1984; Aupperle, Carroll, and Hatfield 1985);
- la RS porta a realizzare outcomes, grazie a decisioni organizzative concernenti specifici argomenti che hanno benefici piuttosto che effetti avversi sugli stakeholders (Epstein 1987);
- Outcome e performance entrano anche nel modello di D. Wood che, servendosi della definizione di Carroll, il quale identifica le 4 dimensioni (economic, legal, ethic and discretionary), le collega ai principi di

⁵⁵ Drucker, P. F. (1984). The new meaning of corporate social responsibility. California Management Review, 26, p. 62.

Status Quaestionis

legitimacy (“*businesses that abuse the power society grants them will lose that power.business*”), public responsibility (*Businesses are responsible for outcomes related to their primary and secondary areas of involvement with society.*) managerial discretion(*Managers and other employees are moral actors and have a duty to exercise discretion toward socially responsible, ethical outcomes.*), sottolineando i processi di Social Responsiveness (*Environmental Scanning: gather the information needed to understand and analyze the firm’s social, political, legal, and ethical environments.;* *Stakeholder Management: active and constructive engagement in relationships with stakeholders;* *Issues/Public Affairs Management: a set of processes that allow a company to identify, analyze, and act on the social or political issues that may affect it*) e riorganizzando i temi sociali nell’ambito degli *outcomes and impacts of performance* che riguardano gli impatti sulle persone, sull’ambiente e sul sistema sociale, come, tra l’altro si può comprendere dalla lettura di un suo recente contributo (*Wood 2010 p.54*).

- un’impresa socialmente responsabile dovrebbe preoccuparsi di realizzare profitti, essere attenta ai dettami normativi ed essere *a good corporate citizen*, secondo un’approccio piramidale la cui base è data dalla dimensione economica sulla quale si poggia quella legale, etica e filantropica “*The CSR firm should strive to make a profit, obey the law, be ethical, and be a good corporate citizen*”. (Carroll 1991 p.43);
- nel corso degli anni ’90 il concetto di CSR si è spostato su temi alternativi come la teoria degli stakeholders, la business ethics, la corporate social performance e corporate citizenship; Carroll termina il suo articolo prevedendo un brillante futuro per la CSR in quanto essa si riferisce alla relazione tra *business and society*. Infatti, dal 1997 si sta sviluppando un numero sempre crescente di standards (SA8000; AA1000; ISO 26000; GRI) che promuovono l’adozione di comportamenti socialmente responsabili e l’uso di strumenti come i “*social reporting*” che permettono più facili confronti tra differenti organizzazioni; così come si va intensificando il ricorso ad indicatori, come ad esempio il FTSE4Good Index Series che “*has*

Status Quaestionis

*been designed to objectively measure the performance of companies that meet globally recognised corporate responsibility standards*⁵⁶".

La definizione di Carroll guarda la corporate social responsibility come la risultante della dimensione economica, legale, etica e discrezionale (filantropica) secondo il noto modello piramidale. Ma Carroll definendo in tal modo tali specifiche dimensioni, sembra non apprezzare il fatto che i doveri verso gli stakeholders, come un *feel rouge*, devono integrare i vari ambiti di responsabilità sociale. Un tale limite sembra essere superato dalla *stakeholders theory*, definita da Freeman nel 1984 e proposta nuovamente da Donaldson e Preston nel 1995.

6.3 Donaldson e Preston

Gli autori in un articolo pubblicato nel 1995 analizzano la teoria degli stakeholders, sottolineandone la natura essenzialmente kantiana e normativa e ribadendo che i tre focus di seguito esplicitati e che la caratterizzano sono distinti e si supportano reciprocamente:

6.3.1 Descrittiva

"It presents a model describing what the corporation is". La teoria degli stakeholders è migliore della teoria neoclassica, input output *"or Adam Smith interpretation"*, in quanto descrive l'impresa come un insieme di interessi competitivi e collaborativi e non c'è una gerarchia di interessi prioritari da soddisfare. Essa descrive le caratteristiche e i comportamenti organizzativi e le modalità di gestione dell'organizzazione stessa.

6.3.2 Strumentale

"It establishes a framework for examining the connections between practice of stakeholders management and the achievement of various corporate performance goals". In tale senso la teoria è usata per spiegare le relazioni tra stakeholders e per il conseguimento di obiettivi organizzativi.

⁵⁶ http://www.ftse.com/Indices/FTSE4Good_Index_Series/index.jsp

Status Quaestionis

6.3.3 Normativa

Si basa sul concetto che gli *“stakeholders are persons or groups with the legitimate interests in procedural and or substantive aspects of corporate activity[...]. Each groups merits consideration for its own sake”* e non in quanto utili alla soddisfazione degli azionisti-proprietari. In questo senso la teoria è usata per guidare l'organizzazione ad una corretta dialettica con gli stakeholders.

6.3.4 Manageriale

It *“recommends attitudes, structures and practices that taken together constitute stakeholders management [that] requires [...] simultaneous attention to the legitimate interests of all appropriate stakeholders...”*

Gli autori, infine, spiegano che la *stakeholders theory* è manageriale, perchè è di supporto alla gestione degli stakeholders ed è basata sulla teoria normativa, cioè sul concetto che gli stakeholders sono intrinsecamente importanti; questo fondamento è più profondo rispetto alla instrumental theory, perchè si ritiene debole l'argomentazione di una teoria che mira a servire gli stakeholders per riceverne maggior profitto e rispetto alla teoria descrittiva che, in ultima analisi, non fornisce suggerimenti per i managers circa il modo in cui gestire gli stakeholders.

6.4 Una proposta di aggregazione

Avendo presentato i diversi contributi nei confronti del concetto di responsabilità sociale, appare utile offrire una sistematica aggregazione dei suddetti concetti attraverso l'analisi proposta da Garriga-Melè. Gli autori individuano 4 specifici focus che mostrano un particolare punto di vista nella relazione del business con la società:

6.4.1 Teoria strumentale

Le corporation sono uno strumento per costruire "wealth creation" e la relazione del business con la società è ricercato per ragioni di natura economica.

Gli autori individuano tre sottodimensioni:

Status Quaestionis

- Massimizzazione del valore per gli azionisti: questa teoria, secondo la famosa espressione di Friedman, propone che il comportamento socialmente responsabile dipende dalla ricerca del profitto e dal perseguimento degli interessi degli azionisti. Ma Jensen critica questa posizione: "*It is obvious that one cannot maximize the long term value of an organization, if we ignore or mistreat any important constituency. We cannot create value without good relations with customers, employees, financial backers, suppliers, regulators, communities, and so on*" (Jensen, 2000). Comunque, la massimizzazione del valore per gli azionisti non è incompatibile con la soddisfazione di degli interessi degli altri stakeholders. (Garriga Melè 2004 p.54).
- Strategie per realizzare vantaggi competitivi: sono focalizzate su come allocare le risorse al fine di raggiungere obiettivi a lungo termine sociali e di creare vantaggi competitivi.

Tre approcci possono essere proposti:

- *1. social investments in competitive context*: come Porter ha dimostrato, un'impresa che riesce ad allocare risorse in modo da soddisfare dimensioni sociali ed economiche, riuscirà a far convergere la corporate philanthropy and shareholders interest: lo dimostra il caso della Cisco Networking Academy che evidenzia da un lato, la tensione a soddisfare le esigenze formative della comunità ("*circumstances of the locations where they operate*"⁵⁷), dall'altro l'abilità a soddisfar tali esigenze con risposte che sono correlate all'ambito operativo dell'impresa ("*the training necessary to produce network administrators*"⁵⁸); ciò è possibile se si conosce a fondo il contesto competitivo in cui si opera, rivalutando la coerenza del *philanthropic-portfolio* con le esigenze del territorio e verificando il modo in cui l'impresa può creare maggior valore, rispetto alle altre imprese; cercando partner che siano complementari nel creare valore

⁵⁷ Porter ME, Kramer MR The competitive advantage of corporate philanthropy.. Harv Bus Rev. 2002 Dec;80(12):56-68, 133.p.7

⁵⁸ Ibid.

Status Quaestionis

attraverso la filantropia. Infine, è necessario valutare i risultati, sapendo che i risultati di maggior successo provengono da approcci di lungo periodo. In sintesi, concludono gli autori, "[...]the more closely a company's philanthropy is linked to its competitive context, the greater the company's contribution to society will be⁵⁹".

- 2. “*Natural resource-based view of the firm and dynamic capabilities*”: le risorse etiche e sociali interne ad un'organizzazione, come ad es. un processo di assunzione morale delle decisioni, la capacità di adattamento, la capacità di creare relazioni con gli stakeholders, possono guidare a realizzare vantaggi competitivi;
- 3. “*Strategies for the bottom of the economic pyramid*”: la diffusione di prodotti in mercati minori, che non possono essere commercializzati nei mercati principali, perché meno evoluti, ma con costi più contenuti perché realizzati, secondo le caratteristiche di una clientela meno agiata, può migliorare le condizioni economico sociali di tale target e al contempo creare vantaggi competitivi per le imprese;
- “Cause related marketing”: l'obiettivo è incrementare i ricavi e le vendite delle imprese, attraverso la costruzione di un brand basato su dimensioni di responsabilità sociale, come per es. informare una clientela che un dato prodotto non è stato realizzato attraverso test sugli animali.

6.4.2 Teorie politiche

Tali teorie investigano circa il potere del business ed il suo impatto sulla società. Uno dei più prestigiosi rappresentanti di tale teoria, K. Davis, formulando i principi del “*the social power equation*” e dell’ “*iron law of responsibility*”, afferma che responsabilità e potere sono legati da una relazione diretta tale per cui il rifiuto della responsabilità sociale conduce ad una erosione del potere sociale; un'impresa che non usa il suo potere sociale, quindi, finisce per perdere la sua posizione in società (Davis 1960).

⁵⁹ Ibid p.16

Status Quaestionis

Altri sostengono che esista una relazione implicita, un contratto sociale tra business e società (Donaldson 1982), che comporta delle obbligazioni del business verso la società. Altri sottolineano il rapporto tra business e società attraverso il concetto di *corporate citizen* che enfatizza la responsabilità verso la comunità locale e l'ambiente. (Wood and Lodgson 2002).

6.4.3 Teorie integrative

Tali teorie guardano alla capacità del business di tener conto della domanda proveniente dalla società e pertanto mirano alla legittimazione e al prestigio sociale. Tra tali teorie è utile menzionare quelle denominate:

Issues management che guarda al gap esistente tra le performance organizzative attese e realizzate, ponendo l'attenzione più ai meccanismi e ai processi con cui sono assunte le decisioni afferenti i temi di rilevanza sociale piuttosto che alle decisioni stesse; in tal modo si minimizzano anche i rischi sociali, perché si persegue una politica di adattamento continuo agli stimoli provenienti dall'esterno. Si propone anche il *principio di responsabilità pubblica*, attraverso i suoi principali rappresentanti, Preston e Post (1975, 1981) che affermano che la politica pubblica deve tener conto non solo del testo letterale delle leggi, ma anche dell'orientamento sociale della pubblica opinione e che il business ha il dover di intervenire nella definizione delle politiche pubbliche. Anche la teoria degli stakeholders proposta da Freeman e Emshoff può essere inquadrata all'interno di questo gruppo di teorie: gestire gli stakeholders significa integrare il loro punto di vista nelle decisioni manageriali e comprendere gli stimoli provenienti dall'ambiente. Altri studi hanno esaminato la relazione tra *corporate social performance e corporate financial performance*, dimostrando che esiste una relazione positiva⁶⁰. Recentemente Carroll (2011) ha affermato che è possibile costruire un business model che consente di generare valore attraverso l'allocazione di risorse in investimenti socialmente responsabili. Tale modello consente di ridurre costi, conseguire vantaggi competitivi,

⁶⁰ (J. F. Mahon and Griffin, J. J. "Painting a portrait: a reply." *Business and Society*, 38, 1999, 126–133)

Status Quaestionis

migliorare la reputazione dell'organizzazione e ricercare sinergie tra i vari gruppi di stakeholders, offrendo benefici alla società. Wood che, come già detto, ha sviluppato un modello che analizza la corporate social performance, recentemente ha rivisitato la letteratura sul tema, sottolineando la necessità di focalizzare nuovamente l'analisi sulla relazione tra *stakeholder e society* (Wood 2010).

6.4.4 Teorie etiche

La giusta cosa da fare o la necessità di realizzare una società giusta e buona è l'obiettivo di questo ambito di teorie, che l'autore articola, distinguendo tra le teorie che guardano al management degli stakeholders (Freeman, Donaldson e Preston), nella consapevolezza che si tratta di persone o gruppi da rispettare sempre anche se non sono funzionali al raggiungimento dei fini dell'impresa, secondo un'etica che è influenzata dal pensiero kantiano, e dalla proposta **egualitarista** rawlsiana; più specificatamente tali principi sono stati assunti da organizzazioni internazionali come l'UN che ha adottato il Global Compact molto attento al tema dei diritti umani e da alcuni standard di certificazione internazionali come SA8000.

Vi sono nell'ambito di tali teorie anche proposte che guardano al tema dello sviluppo sostenibile e al rispetto per l'ambiente con interessanti proposte che suggeriscono di estendere la valutazione delle performance dalla dimensione economica a quella ambientale e sociale. Infine, all'interno di tali teorie rientrano le proposte afferenti il bene comune e l'etica delle virtù, includendo contributi che vanno da Maritain ad Argandoña, basate sulla centralità della persona umana e su un modello di business che tenga conto del benessere sociale (Melé 2002). Si svilupperà in modo più approfondito questo ambito nelle pagine successive.

6.5 Una difesa della responsabilità sociale

Diverse critiche si sono levate negli anni verso la RS. Tra i più autorevoli detrattori è necessario ricordare Milton Friedman: *“there is one and only one social responsibility of business—to use its resources and engage in activities designed to increase its profits so long as it stays within the rules*

Status Quaestionis

*of the game, which is to say, engages in open and free competition without deception or fraud*⁶¹. Verso tali critiche Zamagni oppone una serie di ragionamenti, che mettono in luce come la proposta di Friedman conduca piuttosto ad un'aporia. Innanzitutto Friedman sottolinea che l'impresa nel fare profitto, agisce sotto il vincolo dell'asimmetria informativa, ossia non può conoscere ciò che gli stakeholders desiderano; il mercato, luogo in cui si realizzano le transazioni economiche attraverso l'incontro tra domanda e offerta, *“a patto che la transizione sia bilateralmente volontaria e informata*⁶²”, è l'unica istituzione in grado di autolegittimarsi; ciò significa che le parti, scegliendo liberamente, esprimono un consenso. Esprimere un consenso ad una data transazione significa legittimare.

Friedman va oltre: così come il mercato è capace di autolegittimarsi, sulla base del consenso che deriva dalla libera scelta anche l'impresa, che è l'istituzione principe del mercato, è in grado di autolegittimarsi. Lo stato, invece, non può comportarsi allo stesso modo, in quanto per decidere qualcosa, ad es. l'uso della forza, ha bisogno del consenso dei cittadini.

Ma è poi vero che la capacità di scegliere derivi sempre da una posizione di libertà? Zamagni ci informa a questo proposito che, per trattarsi di libera scelta, occorre che siano fatte oggetto di valutazione *“anche l'insieme stesso delle alternative tra cui scegliere[...]. Se l'insieme di scelta è dato, tale condizione non è certo soddisfatta.”*

6.5.1 L'impresa istituzione basata sul principio di gerarchia

Inoltre, non è lecito compiere un'analogia tra la capacità di autolegittimazione del mercato e la stessa capacità dell'impresa: il mercato

61 Friedman Milton The Social Responsibility of Business is to Increase its Profits The New York Times Magazine, September 13, 1970. Copyright @ 1970 by The New York Times Company.

62 FRIEDMAN M. (1962), Capitalism and Freedom, University of Chicago Press, Chicago p.13 in Zamagni S. (2004) L'ancoraggio etico della responsabilità sociale d'impresa e la critica alla rsi, Working Paper, AICCON, n°1 p.4

Status Quaestionis

infatti si fonda su una logica di scambio orizzontale. L'impresa, invece, è basata sul principio di gerarchia, su una logica verticale che postula la necessità di avere un soggetto dotato di autorità, che assuma decisioni per raggiungere l'allocazione efficiente delle risorse, non essendo sufficiente a ciò la semplice forza autoregolamentante del mercato.

6..5.2 Le ipotesi di concorrenza perfetta

Infine la massima di Friedman richiede per essere realizzata che siano verificate le ipotesi di concorrenza perfetta, ossia che i mercati sia degli input sia degli output, siano tutti di concorrenza perfetta; richiede che la distribuzione del reddito sia equa, nell'accezione minimale di consentire a tutti i soggetti di partecipare al gioco di mercato; richiede, infine, che la preferenza degli agenti economici rimanga immutata, rispetto allo svolgimento dell'attività economica.

Tuttavia, in tali condizioni, Walras ha dimostrato che i profitti nel lungo periodo sono nulli. Ecco l'aporia: Friedman per postulare la sua massima ha bisogno di assumere le ipotesi di concorrenza perfetta che, nella realtà, sono di difficile attuazione, ma tale ipotesi conduce non a massimizzare il profitto ma ad annullarlo!

6..5.3 I mercati imperfetti

Ultimo aspetto della critica a Friedman e compagni sta nel fatto che, come Wiliamson ha dimostrato con la teoria neoistituzionalista dell'impresa, i mercati sono imperfetti, in quanto esiste un'asimmetria informativa che consente ad una parte di assumere una posizione dominante che crea un possibile abuso di autorità; la RSI nasce proprio da tale imperfezione: se i mercati fossero perfetti e quindi le regole del gioco fossero osservate sempre e da tutti non avrebbe senso parlare di RSI; ma è evidente che tale situazione che i neoclassici sembrano ignorare, è irreali. Zamagni, pertanto, si domanda: *“Perché mai l'impresa dovrebbe agire in modo socialmente responsabile, se non esiste alcun canone di razionalità economica che*

Status Quaestionis

*giustifichi un tale comportamento?*⁶³”. Se dal punto di vista economico non c'è giustificazione ad un tal comportamento; non sarebbe sufficiente un'etica personale basata sulla semplice intenzione di assumere un comportamento lecito?

6.5.4 Responsabilità per le conseguenze di un'azione

Il punto è che l'intenzione non è sufficiente. Un'azione, anche se intenzionalmente lecita, può produrre conseguenze oggettivamente illecite, un impatto negativo, le cosiddette esternalità negative che, se sono prevedibili, integrano l'azione come illecita; qualche autore ha considerato il comportamento etico come un *habitus* da assumere in quanto funzionale alla sopravvivenza di lungo periodo (teoria dell'autointeresse illuminato). Tuttavia tale comportamento, a parere di Zamagni, rimane un vincolo da rispettare e non già un intrinseco presupposto che precede l'agire, un'ennesima sovrastruttura che fa venir meno il concetto di responsabilità. Considerare le conseguenze di un'azione anche se realizzata con intenzioni lecite, significa rifarsi alla teoria morale di Max Weber che nel suo libro “*la politica come professione*” afferma che un politico deve tenere conto delle conseguenze prevedibili delle sue azioni. In tal modo, Weber dà completezza all'etica dei principi, *Gesinungsetik*, con la *Verantwortungsethik*, l'etica della responsabilità: non è sufficiente avere un'intenzione lecita, è necessario prevedere le conseguenze di un'azione. Jonas più tardi (1990) parlerà di una responsabilità che tiene conto delle conseguenze possibili, non essendo sufficiente considerare le sole conseguenze prevedibili, valutazione difficile, essendo l'impresa una sorgente continua di “*nuovo valore che continuamente distrugge vecchio valore*” (Freeman and Phillips 2002), secondo la teoria shumpeteriana. Tali considerazioni preparano il terreno per comprendere la teoria degli stakeholders, così come proposta da Evan e Freeman che si rifanno

⁶³ Zamagni S. (2004) L'ancoraggio etico della responsabilità sociale d'impresa e la critica alla rsi, Working Paper, AICCON, n°1 pg 8

Status Quaestionis

espressamente ad un'etica Kantiana, in cui lo stakeholder è importante non perché strumentale alla sopravvivenza dell'impresa, ma per se stesso e pertanto richiede tutta l'attenzione "possibile", " *The managers job is to keep the support of all of these groups, balancing their interest, while making the organization a place where stakeholder interests can be maximized over time*"⁶⁴.

6.5.5 Il coordinamento degli stakeholders

Per creare valore per tutti gli stakeholder è allora necessario assicurare un coordinamento dei loro interessi, cosicché essi raggiungano i loro fini. Se occorre allora contemperare gli interessi dei diversi stakeholders, è necessario ricorrere ad un criterio che ne contempli il bilanciamento. Tale coordinamento potrebbe essere assicurato da qualche strumento capace di definire i doveri fiduciari dei manager verso gli stakeholders. Il dovere fiduciario si realizza quando il fiduciante delega un terzo, il fiduciario, ad assumere l'autorità necessaria a garantire e a soddisfare i suoi interessi, ma di fronte a tale autorità anche il fiduciante deve inchinarsi. Il correttivo proposto dalla teoria degli stakeholders implica che i managers abbiano doveri non solo verso i proprietari, ma anche verso una serie di soggetti che hanno legittime aspettative verso l'impresa; occorre allora trovare un criterio di governance che fissi stabilmente la modalità con cui si contemperano i vari interessi dei diversi stakeholders.

6.5.6 Il contratto sociale

Sacconi suggerisce di trovare questo criterio nell'ambito della prospettiva offerta dalla giustizia⁶⁵. Sacconi, come Freeman, parla di doveri fiduciari verso tutti gli stakeholders. Egli suggerisce di considerare la CSR come un sistema di governance delle transazioni tra l'impresa e i suoi stakeholder. I

⁶⁴ Freeman R. Edward, Phillips Robert A. Stakeholder Theory: A Libertarian Defense (pp. 331-349) vol. 12, n 3, Jul. 2002 p 333

⁶⁵ Sacconi Data Corporate Social Responsibility (Csr) As a model of "Extended" Corporate Governance. An Explanation Based On The Economic Theories Of Social Contract, Reputation And Reciprocal Conformism

Status Quaestionis

doveri fiduciari sono i doveri di cui risponde un soggetto (fiduciario) nei confronti di un altro (fiduciante) che non è in grado di prendere decisioni riguardo ad un suo interesse legittimo. Il fiduciante avrà sempre la possibilità di esigere dal fiduciario che questi soddisfi i suoi interessi e *a contrario* il fiduciario assume dei doveri nei confronti del fiduciante: “*By the term ‘fiduciary duty’, therefore, is meant the duty (or responsibility) to exercise authority for the good of those who have granted that authority and are therefore subject to it.*”(Sacconi 2004). La definizione di Sacconi intende la corporate social responsibility quale “modello di governance allargata dell’impresa, in base alla quale chi governa l’impresa, il manager, ha responsabilità che si estendono dall’osservanza dei doveri fiduciari, nei riguardi della proprietà, ad analoghi doveri fiduciari, nei riguardi in generale di tutti gli stakeholders” (Sacconi 2005).

Secondo la teoria istituzionalista l’impresa nasce come governo delle transazioni, finalizzata a risolvere le imperfezioni dei contratti; tuttavia nel fare questo l’impresa tutela gli interessi degli shareholders. In tal modo si profila un rischio di abuso verso gli altri stakeholder, generandosi così un problema di giustizia distributiva che genera instabilità; ciò in quanto gli stakeholder che non si sentono protetti dai doveri fiduciari, potranno sentirsi disincentivati dall’investire nell’impresa; proprio per evitare il rischio di abuso della parte dominante, la corporate social responsibility si afferma, considerando il fatto che i managers hanno doveri fiduciari anche verso gli altri stakeholders, garantendo così una gestione efficiente delle transazioni. In tal senso la csr assume valenza competitiva perché incentiva i portatori di interesse ad investire nell’impresa, sentendosi essi tutelati dai doveri fiduciari dei managers. Ma tutto ciò come potrebbe funzionare? Sacconi evidenzia la necessità che sia scelto un gruppo di stakeholders, quello che ha investito maggiormente, al quale riconoscere il diritto di decisione residuale, ossia quel diritto che si può esercitare quando, verificandosi un evento imprevisto che genera un vantaggio, la parte che può subire un danno ha la possibilità di tutelarsi da tali comportamenti opportunistici. Tale gruppo allora dovrebbe poter delegare il management che così assumerebbe doveri

Status Quaestionis

fiduciari sia verso la proprietà, sia verso gli altri stakeholders. In tal modo, all'interno dell'impresa, si sviluppa una ricerca dell'equilibrio tra le esigenze dei vari portatori d'interessi legittimi, che può essere raggiunto attraverso una cooperazione volontaria, nella quale ciascuno offre volontariamente il suo contributo ed in cambio ha diritto ad una certa remunerazione: *“To answer the question we consequently need a criterion able to identify the balance that any whatever stakeholder would accept as the basis for its voluntary cooperation with the firm: that is, an impartial criterion”*(Sacconi 2004).

Tale criterio è ciò che l'autore propone come *“the agreement that would be reached by the representatives of all the firm's stakeholders in a hypothetical situation of impartial choice.”* Un accordo che deve essere assunto in assenza di coercizione o inganno; in cui ciascuno contribuisce secondo le proprie capacità; un accordo che garantisca un certo surplus rispetto all'investimento iniziale; in cui esista una capacità cooperativa che consenta di valutare le posizioni dell'altro e da queste posizioni considerare le diverse soluzioni di accordo; un accordo che pervenga ad una soluzione che non accontenti una parte, prevaricando le altre, ma che continui a cercare la soluzione finché essa non sia resa accettabile per tutti.

6..5.7 La Critica di Zamagni al contratto sociale

Tuttavia, Zamagni osserva che neppure il contratto sociale è in grado di assicurare il contemperamento degli interessi di tutti gli stakeholders: l'impresa, sostiene Sacconi, per mantenere la sua reputazione, qualora abbia assunto comportamenti contrari al suddetto contratto si autoinfligge delle sanzioni. In tal modo, il suo capitale reputazionale non subisce contraccolpi e anzi si avvantaggia da tale comportamento soprattutto in termini competitivi. Tuttavia, osserva Zamagni, se l'impresa trovasse un modo per non scalfire la sua reputazione, probabilmente salterebbero i vincoli derivanti dai doveri fiduciari assunti verso gli stakeholders. E' allora necessario ricorrere ad una nuova metrica, che passa dall'assunzione di comportamenti etici non per fini strumentali ma perché essi prima di tutto perfezionano chi li compie. *“Il punto che merita una sottolineatura è che la*

Status Quaestionis

cifra dell'etica delle virtù è nella sua capacità di risolvere, superandola, la contrapposizione tra interesse proprio e interesse per gli altri, tra egoismo e altruismo⁶⁶.

A parere di chi scrive, il sillogismo che qui si potrebbe proporre è il seguente: se una virtù è una disposizione abituale a fare il bene e la responsabilità sociale di chi governa un'impresa consiste nel saper superare i fini personalistici, per cercare il bene comune, allora la responsabilità sociale è prima di tutto una virtù.

⁶⁶ Zamagni S. (2004) L'ancoraggio etico della responsabilità sociale d'impresa e la critica alla rsi, Working Paper, AICCON, n°1 pg 12

Status Quaestionis

6..6 Conclusione

Si è pertanto rappresentato lo *status quaestionis* circa il concetto di responsabilità sociale, analizzando le posizioni dei diversi autori a partire da Merrick Dodd (1932) sino ai giorni nostri. Le posizioni incontrate sono molteplici, come dimostra l'analisi proposta da Carroll. Una tale rassegna non poteva non evidenziare come anche la teoria degli stakeholders si inserisce nel dibattito sulla responsabilità sociale, evidenziando i limiti di una certa dottrina che fa riferimento a Carroll, Wood ed altri e che vede la RS come la risultante, la somma, di una serie di dimensioni (economiche, legali, etiche e filantropiche), dimenticando come l'attenzione agli stakeholders dovrebbe integrare tutte le dimensioni dell'agire responsabile, secondo il contributo di Donaldson e Preston che, a distanza di circa dieci anni, riprendevano l'elaborazione teorica di Evan e Freeman. Data la numerosità di proposte, si è scelta di presentare l'aggregazione sistematica di tali concetti svolta da Garriga e Melé che rappresenta in modo completo i filoni principali ai quali possono essere ascritte le varie definizioni. Si è voluta anche rappresentare qualche voce critica rispetto al concetto di RS, rappresentando il pensiero di Friedman che evidenzia una visione strumentale dell'impresa ed un ambito teleologico limitato, quello di fare profitti nell'interesse degli azionisti. Zamagni critica tale analisi, dimostrando che essa conduce ad un'aporia. La dimostrata contraddizione in termini della proposta neoliberista dovrebbe dare nuova linfa alla responsabilità sociale, intesa non più come attenzione ai soli shareholders, come vorrebbe Friedman e colleghi, ma a tutti i soggetti portatori di interessi legittimi che devono essere temperati, anzi massimizzati, secondo Freeman e Philips, da chi gestisce l'impresa "over time". E' il concetto di dovere fiduciario, fondato su un'etica contrattualista, che porta l'impresa a rispettare i doveri verso gli stakeholders, per effetto di un contratto sociale, un accordo in cui lo stakeholder più forte, quello che ha investito maggiormente nell'impresa, delega il management che pertanto assume un dovere (fiduciario) sia verso la proprietà sia verso gli stakeholders, rappresentati da questo gruppo titolare di un diritto residuale.

Status Quaestionis

In tale proposta si può evidenziare un limite, chi garantisce agli altri stakeholders che questo gruppo, che chiameremo più forte, rappresenti realmente gli interessi degli altri soggetti. In un'etica contrattualista, tutti i soggetti sono uguali, per una ragione etica e deontologica (Kant) o perché coperti da un velo d'ignoranza (Rawls); ma chi può garantire che il gruppo dotato di diritto residuale, la cui posizione contraddice l'uguaglianza predetta, non persegua comportamenti opportunistici? Si potrebbe chiedere all'impresa di accettare il rispetto degli impegni assunti con gli stakeholders in modo formale e l'impresa potrebbe accettare, per un semplice motivo competitivo: la sua capacità di fare profitti si rafforzerebbe per effetto di una più rafforzata reputazione. Ma, osserva Zamagni, se l'impresa trovasse un modo per non mettere a repentaglio la sua reputazione, manterrebbe il suo accordo con gli stakeholders? Se l'impresa persegue un comportamento socialmente responsabile per fini strumentali la risposta è naturalmente negativa. Ma se l'impresa assume il comportamento socialmente responsabile perché in tal modo ritiene di perfezionarsi, ricercando il bene comune della società⁶⁷, allora siamo di fronte ad un comportamento virtuoso, in accordo con MacIntyre (1985:187), secondo il quale: “ *a practice is a cooperative human activity whereby good internal to that activity are produced in the course of achieving standards of excellence appropriate to that activity*”, richiamando un concetto di perfezionamento virtuoso che si ottiene quando le persone lavorano bene, che significa “ *to act well in maintaining external [profit] and internal goods of excellence in practices*” (Bull and Adam 2011). A parere di chi scrive, una teoria che può superare i limiti dell'etica contrattualista e completare l'etica della virtù è la teoria del bene comune che richiede all'impresa uno sforzo di coordinamento dei vari stakeholders per il perseguimento del bene comune,

⁶⁷ “*Thus, the common good of the firm, and indirectly, the common good of the society become a fundamental orientation for corporate governance and management*”(tratto da: “*Integrating Personalism into Virtue-Based Business Ethics: The Personalist and the Common Good Principles.*” Melé 2009 p.239)

Status Quaestionis

appunto, e così facendo realizza il perfezionamento proprio e degli stakeholders. Un perfezionamento che si realizza passando dalla teoria alla pratica e così facendo realizza anche il fine dell'etica delle virtù.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Fabrizio Russo,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 09/02/2012.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica
e ricerca, a condizione che ne venga citata la fonte

UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

Responsabilità Sociale in Sanità

IV PARTE Responsabilità Sociale in Sanità

7 Metodologia

L'obiettivo di questo capitolo è analizzare cosa si intende correntemente per responsabilità sociale in sanità; in particolare, attraverso una ricerca condotta su PubMed, nel periodo 1980-2010, dei termini "*Corporate Social Responsibility and healthcare*", "*healthcare and social responsibility*" and "*accountability and healthcare*", si analizzeranno i relativi articoli proposti ed alcune pubblicazioni considerate rilevanti.

7.1 Analisi dei principali contributi

7.1.1 Anni 80

Gli articoli proposti da Pubmed negli anni ottanta, mostrano un'attenzione alle fasi di negoziazione partecipata, attraverso il coinvolgimento dei vari stakeholders nella definizione dei piani sanitari e dei bisogni locali della popolazione, e all'incipiente processo di aziendalizzazione ("*incorporation*"). Tale processo si avvia in quegli anni in varie parti del mondo entusiasmando taluni, in quanto strumento in grado di superare i limiti del precedente assetto, in particolare nella relazione con il paziente; preoccupa, invece, altri che temono che tale *incorporation* possa ridurre la responsabilità personale dei medici.

In un articolo dal titolo: "*Hospital Planning in France and the Federal Republic of Germany*" (Altenstetter 1980)., l'autore presenta un confronto tra il sistema sanitario francese e quello tedesco (Repubblica federale Tedesca), mostrando come la responsabilità di entrambi i sistemi consista nella soddisfazione dei bisogni della popolazione "*...that hospitals, in general should be more responsive to the needs of the population in particular area*" (p.322) e che alla base di tale offerta vi sia una negoziazione partecipata: "*it should not be surprising that such multilevel, sequential processes between many organizational participants who have a stake in hospital planning and are consulted at the national, regional and local planning levels, offer ample opportunities for capture of offices by outside interests.*" (p 329). In sintesi, la lettura di questo articolo mostra come la negoziazione ed il coinvolgimento dei vari stakeholder (ordini

Responsabilità Sociale in Sanità

professionali, assicurazioni sanitarie, ospedali) e di altre istituzioni, locali, regionali, nazionali sia un processo attraverso il quale si rilevano i fabbisogni della popolazione. Tali fabbisogni così rilevati sono il fondamento della pianificazione strategica, un piano ampio e capace di tener conto delle diverse esigenze ai 3 livelli in cui si articola l'offerta sanitaria: *ambulatory, stationary care and preventive medicine*; un'offerta che deplora il ricorso ai centri di eccellenza (*it advised that superspecialization of regional hospital centers, [...], should be avoided*)(p.322), ma che richiede una maggiore cooperazione tra i vari providers ospedalieri, la cui responsabilità rimane quella di essere più attenti ai bisogni della popolazione appartenente ad un dato bacino epidemiologico di riferimento; tuttavia la popolazione non ha rappresentanti nella definizione dei piani e questa è una grave lacuna rispetto ad altri paesi, anche se il forte coinvolgimento di attori territoriali (*local -in France- county government in Germany*) in qualche modo supplisce a tale limite. Aspetti peculiari di tale contributo sono pertanto la capacità di rispondere ai bisogni epidemiologici (*"responsive"*), cooperazione tra i livelli di assistenza sanitaria, coinvolgimento in un certo modo di tutti gli stakeholder.

Altri autori intravedono nell'imminente aziendalizzazione del sistema sanitario un'opportunità per rifocalizzare nuove responsabilità verso medici, pazienti e fornitori; l'aziendalizzazione (*incorporation*) della sanità, occasione per riscattare un settore in crisi di credibilità e caratterizzato da inefficienza, depersonalizzazione e insensibilità, entra nell'arena medica per soddisfare pazienti - clienti in cerca di un prodotto migliore, applicando tecniche (*marketing*) e competenze specifiche (*management*) per soddisfare tali bisogni. Introdurre una responsabilità di business in sanità attraverso *l'incorporation of health* significa introdurre una maggiore attenzione all'efficienza con cui tali prodotti sono realizzati; significa essere sensibili alla reputazione e alla psicologia dei pazienti al fine di non perdere clienti; significa porre attenzione ai processi di comunicazione per attrarre i propri "*customers*". In sintesi, secondo l'autore, "business and medicine" devono camminare insieme: "*the incorporation of medicine will improve the*

Responsabilità Sociale in Sanità

practice of medicine” e un'azienda sanitaria che funziona come una qualsiasi azienda, basata sui principi del business, sarà responsabile nella misura in cui supererà il vecchio assetto di sanità, nella soddisfazione dei bisogni di medici e pazienti: “*Successful businesses will be accountable in ways that surpass in sensitivity and practice what the patient-customer- and physicians have experienced in the old medical establishment*” (Simmons 1984 p.104). L'aziendalizzazione, quindi, come processo in grado di garantire maggiore efficienza e attenzione alle esigenze dei pazienti-clienti. Di fronte a tale positiva valutazione dell'introduzione dell'aziendalizzazione in sanità, qualche autore lamenta il rischio che essa possa comportare una sensibile riduzione della responsabilità personale del medico : “*More and more doctors are being taken into the corporate camp, the link to individual responsibility is being dissolved...*”(Silver 1987).

Alcuni autori sottolineano il ruolo e la responsabilità della professione infermieristica verso la comunità e auspicano che tale responsabilità sia incoraggiata: “*Clearly, nursing has a valuable role and a definite responsibility to the community and the profession in health planning. Wider acceptance of this responsibility must be encouraged and supported by the nursing profession within health care facilities and the community*” (Haddad 1981).

Altri sottolineano, invece, la necessità di recuperare una medicina olistica: è certo che medici, infermieri e gli altri attori del sistema sanitario stiano perdendo il senso di responsabilità verso il paziente, inteso come persona nella sua interezza; ciò a causa di una frammentazione dell'agire medico nell'erogazione della cura, di una rincorsa alla tecnologia e al marketing in nome di una libertà medica, che dimentica una serie di limiti come per es. il limite nell'uso delle risorse. In questo modo, si riduce la libertà di altri medici che non possono utilizzare tali risorse (per es. l'uso dei posti letto per cure non appropriate). La medicina ha dunque la responsabilità di recuperare un approccio olistico : “*The holistic approach is not a new-fangled, trendy manifestation. It is the reassertion of the traditional medical values where a sensitivity to the individuality of the person is a precious*

Responsabilità Sociale in Sanità

part of the practice of the healing profession. We have forgotten that the practice of medicine involves the whole person. We have fragmented medical education. We have fragmented responsibility for treatment. We have fragmented the method of payment and the responsibility for patient care. In consequence we have fragmented not just our profession but our values and our purpose. It is time to reassert the wholeness of medicine and in doing so we will find it easier to combine morality and the market." (Owen 1984). Si noti come il focus della responsabilità mostri un mutamento progressivo di soggetto, passando dall'azienda alla persona nel suo status professionale di medico o di infermiere.

7.1.2 Anni 90

Secondo alcuni autori, la società conferisce ai medici il mandato di curare la salute dei pazienti ed i medici assumono tale responsabilità verso i pazienti, verso la società e verso l'organizzazione che consiste, in definitiva nella ricerca del "public good": "*in return for professional autonomy, society expects that physicians will exercise their epistemic authority in a manner that serves the public good*".(Meaney 1999 p.336). Si tratta di una risposta per sempre particolare e diversa da quella del manager che invece ha la responsabilità di coordinare i vari attori della corporations per il conseguimento generale di tale fine. La medicina realizza il suo fine soddisfacendo i bisogni di salute; di tale azione beneficia sia la società intesa come intero, sia i singoli membri. Responsabilità dei medici è esercitare un'autorità sui pazienti che consenta loro di scegliere in autonomia il proprio bene personale, essere guidati verso il fine della salute, in unità con i medici nel perseguimento di questo fine. Si tratta di una responsabilità collegata ad uno specifico tipo di autorità ("perfective") che si esercita quando "*patients intelligently submit to their physicians, so those physicians may guide patients toward what is necessary for their excellence*". L'autore si chiede però se tale responsabilità possa attenuarsi per effetto di un ordine dato da un'autorità superiore che esige dal medico di subordinare il bene del singolo paziente al bene collettivo della corporation.

Responsabilità Sociale in Sanità

La risposta negativa è ben argomentata: dal momento che i medici hanno ricevuto dalla società il mandato di "[to] *guide individuals toward the good of health*"(p. 340), un comando che contravvenisse a tale mandato sarebbe immorale: "...*physicians are authorized by society to pursue the good of patient health and no the entirety of the collective good of a corporation*"(p.343). In sintesi, il bene di una corporation nella sua interezza, dipende dall'azione delle singole persone che perseguono particolari beni di cui beneficia l'intera impresa. Ma le funzioni esercitate dai medici soddisfano aspetti particolari del bene collettivo. E' pertanto, necessario che vi siano "*persone o gruppi di persone [i managers] con un'attenzione per l'intero bene collettivo* (Meaney 1999). E' interessante sottolineare come l'attenzione per il bene pubblico, che favorisce una relazione medico paziente, ispirata alla collaborazione, esiga che il medico rispetti il mandato attribuitogli dalla società, a costo di andare contro l'interesse legittimo dell'organizzazione. E' necessario pertanto una cooperazione tra medici e managers per il perseguimento del bene organizzativo.

Tale responsabilità verso organizzazione e pazienti è ribadita da due autori (Irvine and Donaldson 1995): verso l'organizzazione nel gestire efficientemente le risorse ricevute; verso i pazienti nel ricercare per loro la migliore cura possibile. "*Many doctors will see their strongly developed sense of duty to their individual patients being threatened by rationing. [...] Doctors working in a managed care system must balance the duty to each patient with a commitment to the values, goals and objectives of the organisation for which they work*"⁶⁸.

Altri autori evidenziano una certa differenza, nel fine della responsabilità tra for profit hospital e not-for-profit hospital, in una lettura strumentale del *telos* di un'organizzazione ospedaliera che richiama la proposta

⁶⁸ Irvine D H Donaldson L J The doctor's dilemma. British Medical Bulletin 1995 p. 851

Responsabilità Sociale in Sanità

friedmaniana: *“For-profit ownership involves individuals (shareholders) who invest capital in return for claims on future profits. Thus, for-profit hospitals have a responsibility to shareholders to generate short-term and long-term Profits. In contrast, not-for-profit hospitals, while they need short-term surpluses to finance their operations, have a primary responsibility to their communities to provide necessary, quality services rather than to generate long-term profits.”* (Molinari C et al. 1993).

Perché, dunque, l'ospedale possa sopravvivere nell'arena competitiva, sarà necessario soddisfare tali esplicite attese. A questo proposito, alcuni autori evidenziano il fatto che: *“[...] the NHS is not a business, in that it is not for profit; we are not selling ice cream. But that does not absolve us from the responsibility to be explicit about our values and the way in which they translate into prioritising the claims of our various stakeholders.”* Vallance (1996), ricollegando la responsabilità al modo in cui l'organizzazione vive coerentemente con i propri valori gli impegni assunti con i soggetti portatori di interesse. E' interessante notare come qui ricorra il concetto di dovere fiduciario nei confronti degli stakeholders con un'attenzione al modo in cui si risponde alle loro richieste. Successivamente l'autore aggiunge *“Specifically, it does not absolve us from the responsibility of using scarce resources as effectively as possible”* riabilitando la dimensione dell'efficienza, come dimensione sulla quale il servizio sanitario è chiamato a vivere responsabilmente la propria mission per garantire un'adeguata risposta ai bisogni di cura di un ulteriore paziente.

Diversi autori, su questa linea, sostengono che occorre gestire le organizzazioni in aderenza ad un sistema valoriale, strumento necessario ad andare oltre le attese legali, definendo un programma che ispiri tutti i processi operativi al fine di assicurare una relazione di qualità con pazienti e loro familiari, comunità locale, medici e lavoratori tutti: *“Instead, Catholic healthcare should consider a comprehensive corporate integrity program (CIP), using the covenant model to achieve a corporate culture that bases clinical, operational, and human resource decisions on the quality of relationships. The measure used to determine the quality of these*

Responsabilità Sociale in Sanità

relationships would be the organization's core values“(Thuoe y 1998). Ritorna in queste ultime definizioni l'importanza dell'organizzazione, come strumento necessario per realizzare la responsabilità sociale, attraverso la condivisione di un'adeguata cultura organizzativa tra le persone che ne fanno parte.

In questa decade, viene anche proposto il framework di Ezekiel J. Emanuel e Linda L. Emanuel, di cui si è già parlato nella prima parte.

Una famosa espressione recita: “*Clinical governance is the system through which National Health Service organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care; key mechanisms being audit, feedback and clear accountability for clinical performance*” (Sally Donaldson 1998). Si tratta di un programma che dovrebbe informare il *modus operandi* dei clinici nelle loro pratiche quotidiane e che ancora stenta a diffondersi nelle organizzazioni ospedaliere. Esso presuppone collaborazione e disponibilità a rivedere le modalità di cura erogate al paziente, osservandole alla luce delle best evidence e analizzando possibili disfunzioni, che hanno potuto limitare l'efficacia dei protocolli terapeutici.

Una governance condivisa può generare una sorta di empowerment e consente anche di comprendere gli stimoli esterni e di adattarvisi: “*shared governance is a decentralised approach which [.....] engenders a sense of responsibility and accountability; and allows active participation in the decision-making process, particularly in administrative areas from which they were excluded previously. [...] which requires continual assessment and revaluation to be flexible and adaptive to the environment*”. (O'May F. & Buchan J. 1999). Ciò può produrre vantaggi competitivi rispetto ad altri provider, che non mantengono attivo il rapporto con l'ambiente esterno. Inoltre l'assunzione di comportamenti socialmente responsabili da parte di provider sanitari con un forte base etica (ad es. ospedali confessionali cattolici) può contribuire a dare attuazione ad una mission che al contrario rischia di rimanere inoperante: “*Corporate responsibility programs should aim to help employees comply with laws, rules, and regulations, and—more*

Responsabilità Sociale in Sanità

important—help organizations develop their own ethical cultures. Developing such a culture is absolutely necessary for organizations in the Catholic health ministry. Organizations that fail to develop an ethical culture, and instead focus solely on making sure that legal requirements are met, are likely to breed cynicism among their employees.” (Giblin&Meaney1998). Per queste organizzazioni, infatti, non è sufficiente limitarsi ad osservare le leggi. E' questo un atteggiamento necessario, ma non sufficiente e che potrebbe creare un atteggiamento cinico nei lavoratori. In effetti, la responsabilità può essere osservata anche dalla parte del paziente, chiamato ad assumere le misure preventive per non ammalarsi e non gravare sul sistema: *”To have the duty to take the necessary preventative measures to not get sick, cooperating in order to prevail illness and to not make heavier economic system”* Callahan (1998). Qui la prospettiva cambia, si fissa infatti la responsabilità verso la società nella persona del paziente, chiamato ad assumere comportamenti che evitino contraccolpi per sé stesso e per il sistema di appartenenza. Responsabilità dunque come attenzione al bene del paziente, al bene della corporation, in coerenza con i suoi valori; responsabilità dell'organizzazione per il miglioramento della qualità della cura; responsabilità che si persegue anche attraverso una condivisione della governance.

7.1.3 Anni 2000

“Responsibility for proper health care was defined as a collective responsibility, but the main collective involved was the religious or political community rather than the nation.”(Houtepen 2000)

Il concetto di responsabilità sociale qui è inteso con una forte valenza etica, ma al tempo stesso, sembra essere attribuito ad ambiti specifici della società, invece di essere integrato nell'operato di tutti gli attori della collettività.

“There is one and only one social responsibility of an HCO: to use its professional and economic resources and engage in activities designed to treat and improve the health of its patient populations so long as it stays within the rules of the game”(Werhane P. H. 2000).

Responsabilità Sociale in Sanità

Questa affermazione ricalca la famosa espressione di Friedman circa la responsabilità sociale d'impresa. Si tratta di una definizione che usa l'organizzazione come strumento per la massimizzazione dei bisogni di salute, ma al contempo sottolinea la responsabilità di realizzare tale funzione in modo da rimanere all'interno dell'arena competitiva.

“The use of theory, experience and evidence to improve the health of the population in a way that best meets the needs of the community” (Heller et al. 2003). Tale definizione appare spostare l'attenzione sull'efficace soddisfazione dei bisogni che, in sanità fa riferimento al concetto di esito, di outcome ed, in definitiva, di impatto sul bacino epidemiologico di riferimento.

“It seems necessary to open the actual composition to hospital staff, patients' associations, general practitioners, health care insurers and other interested parties [...] “As health care is a social good, each group of stakeholders merits recognition of its interests, and not merely because of its contribution to the added value of other groups” (Eeckloo K et al.2004). Anche qui siamo di fronte ad una riproposizione della teoria degli stakeholders in chiave sanitaria che richiede un coordinamento ed una attenzione alla soddisfazione dei bisogni di tutti gli attori.

“To achieve the best possible health for citizens and to reduce disparities in the health of different social groups” (Häkkinen 2005). Il paper analizza l'impatto dei cambiamenti prodotti dalla riforma sanitaria finlandese in relazione agli obiettivi prefissati. In linea con questa definizione è la proposta già citata di Borgonovi (2005) che definì la responsabilità sociale di un'istituzione pubblica o privata come la capacità di svolgere *“nel migliore dei modi la propria funzione”*, tenendo conto della formazione del personale, dell'uso efficiente delle risorse, della tensione costante alla ricerca di umanizzazione dell'assistenza, del coinvolgimento degli stakeholders, nella definizione di strategie di tutela della salute.

Nella formulazione di Häkkinen, si ritrovano alcuni elementi interessanti, che riguardano la tensione al miglioramento continuo ed un'attenzione a ridurre le barriere all'accesso da parte dei soggetti svantaggiati, quindi ad

Responsabilità Sociale in Sanità

una maggiore equità del sistema; inoltre, è possibile rilevare un'attenzione all'impatto sulla comunità di riferimento e ai suoi bisogni epidemiologici.

Altri autori hanno individuato la responsabilità sociale come uno dei domini che devono caratterizzare la professionalità di un medico. In particolare la responsabilità sociale è stata individuata come una conseguenza del contratto sociale implicitamente siglato con la società: *"Through the social contract, doctors have responsibilities to the societies they serve. They must represent medicine's esoteric knowledge and perspectives such as public and population health insights, but also must encompass awareness of and sensitivity to the range of views on health issues"* (Hilton SR, Slotnick HB 2005 p.61).

Altri affermano che è necessario diffondere la responsabilità personale in sanità, *"keeping our appointments, heeding our physicians' advice, and using a hospital emergency department only for emergencies"*, in modo da salvaguardare la salute in modo efficiente (Steinbrook R 2006). Con tale proposta si sottolinea dunque l'importanza di un lavoro ben fatto all'interno dell'organizzazione che deve essere utilizzata in modo appropriato.

Altri ancora sottolineano, in questa relazione tra organizzazione e società che occorre tenere in considerazione la responsabilità del paziente: *"promoting self-health and well-being of others, the appropriate use of healthcare resources, sharing relevant health information with health care workers, considering carefully any advice offered by the health care worker, and adhering to agreed treatment plans."*, che gli autori traducono in *" responsibility for one's own health and responsibility to society at large"* (Civaner et al. 2008).

Dobkin e Boothroyd, nel 2008, hanno sostenuto che i *"providers within health care systems have a responsibility to reduce their[of patients] suffering"*.

Pilar Camargo Plazas (2009) nota che la responsabilità di un ospedale *" is to promote health, prevent disease, and care for human beings."*

La realizzazione della mission di un settore sanitario passa, anche e soprattutto, dal garantire un clima di responsabilità, cooperazione e

Responsabilità Sociale in Sanità

partnership tra policy makers, management e medici, tra ospedali e sistema delle cure primarie, riducendo infezioni e migliorando gli outcomes: *“Responsibility for HCAI [healthcare-associated infection] control is a tripartite partnership between clinicians and carers who are responsible for safe patient care and the diagnosis, treatment, prevention and control of infection in their patients; boards, chief executive and managers who are responsible for providing the corporate environment for good prevention and control of HCAI, and for having systems in place to ensure that it happens; and the government/DH that sets standards, ensures priority for HCAI prevention and control, sets targets and monitors outcome, and uses the systems of performance management to ensure that it happens throughout the NHS”* (Duerden 2009).

E' stato anche evidenziato il dilemma dei medici, posti di fronte alla scelta tra la garanzia della cura e il risparmio per scopi terapeutici: *“I shall therefore frame the alleged dilemma of professional ethics as if physicians are torn between two ideals: one requires them to take social responsibility and act as economic gatekeepers, saving resources that can be redistributed to other patients”*. In realtà, l'autore sostiene che si tratti di un falso dilemma, e che una via di mezzo si può realizzare attraverso l'implementazione di *“fair cost-reducing guidelines passed at higher levels within the healthcare system but prohibit them from taking such decisions alone in individual cases.”* (Lauridsen 2009 p.312)

Altri autori hanno affermato che un sistema sanitario pubblico deve rispondere alle minacce di salute di una comunità (malattie da infezioni, obesità e malattie croniche), ricercando *“better evidence about how best to organize finance and deliver effective public health services to population at risk”* (Mays et al 2009 p.256)

La responsabilità sociale in sanità passa anche dal comportamento di chi ha il compito di guidare le organizzazioni sanitarie, i managers: *“Because an individual with a high level of CSR is thought to be one who will attempt to make a profit, will observe the law, and will behave as a good corporate citizen, it is imperative that current health care managers understand the*

Responsabilità Sociale in Sanità

varying CSR orientations and viewpoints". Gli orientamenti cui fa riferimento l'autore richiamano le dimensioni della responsabilità sociale di Carroll. Un'organizzazione che desidera essere socialmente responsabile dovrà pertanto avere dei managers che siano dotati di "*extensive knowledge of a number of business principles and the ethical and socially conscious climate in which they operate*"(Collins 2010).

Altri autori hanno considerato che è necessario definire progetti integrati, per prevenire future malattie, sottolineando la responsabilità dei medici: "*clinicians must guarantee that they engage with primary care, public health and social care teams to ensure prevention is not only delivered at every opportunity in the acute sector, but also that appropriate strategies are developed to embed prevention services into mainstream primary care*"(Patel et al.2010).

7.2 Responsabilità sociale e principali focus

Si è finora presentato il contributo dei diversi autori nel definire il concetto di responsabilità sociale in generale. Si sono poi proposti i contributi dei diversi autori al concetto di responsabilità sociale in sanità, organizzando gli stessi secondo un criterio temporale.

Dalla lettura di questi contributi si desume come ipotesi che in essi la responsabilità sociale possa correlarsi a tre principali focus:

- RS e dimensione organizzativa
- RS e dimensione politico sociale
- RS e dimensione strumentale

Alla luce di tali focus si tenterà di riorganizzare le proposte citate.

7.3 RS e dimensione organizzativa

Trattare questa relazione significa non solo fare riferimento all'organizzazione, come strumento per realizzare la responsabilità sociale, ma anche valutarla come il luogo dove, operando con un lavoro ben fatto, si possono soddisfare bisogni umani, agendo in modo da realizzare il fine per cui l'organizzazione è stata creata. P. Druker ci dice che le imprese devono fare bene le cose per poter fare il bene e aggiunge: "*We know that their [of*

Responsabilità Sociale in Sanità

the pluralist institution-hospital, school [...] first social responsibility is to do their job.....⁶⁹”

Esiste una relazione tra struttura organizzativa e lavoro? Esiste una relazione tra struttura organizzativa e performance? Melè ci spiega che: *”Organizational structure focuses on facilitating working relationships within the firm in order to achieve business goals efficiently. [...] But, beyond efficiency, every organizational structure also has an ethical dimension that emanates from the people who works within that structure”⁷⁰*. La valutazione delle performance erogate da un'organizzazione, quale essa sia, diventa allora uno strumento per comprendere, (per dirla con Drucker), se un'impresa ha realizzato bene la sua funzione. Tale valutazione dipende dal modo in cui si assumono le decisioni in un'organizzazione: *”The influence of decision-making structure can be reflected in the ethical or unethical behaviour of all members”*. Valutare le performance significa, pertanto, analizzare il modo in cui le persone in un'organizzazione assumono le decisioni, e più ancora significa valutare l'intrinseca eticità dell'organizzazione stessa. Ciò vuol dire che la capacità di un'organizzazione di raggiungere il suo fine, realizzando la sua funzione, passa dalla valutazione del modo in cui il lavoro è svolto. Una RS ben fondata spinge le organizzazioni sanitarie, nell'utilizzare le risorse di cui dispone per migliorare la qualità della cura (Jha et al. 2003), a tenere in grande considerazione un gran numero di fattori: la formazione del personale; l'uso efficiente delle risorse; la costante tensione all'umanizzazione della cura; il coinvolgimento degli stakeholders nel definire strategie per la promozione della salute e la protezione dell'ambiente. Nel tener conto di tutti questi elementi, l'organizzazione sanitaria si sforza di realizzare *“nel migliore dei modi la propria funzione”* (Borgonovi 2005), utilizzando al meglio le *“better evidence about how best to organize finance and deliver effective public health services to population at risk”* (Mays et al 2009) o organizzando i processi operativi in modo tale

⁶⁹ Drucker. The new reality Harper & Row 1989 p 81

⁷⁰ (Melè Business Ethic in Action p 239 op cit.)

Responsabilità Sociale in Sanità

da rendere fruibile i servizi sanitari alla popolazione: “*to achieve the best possible health for citizens and to reduce disparities in the health of different social groups*” (Häkkinen 2005). Un'organizzazione che garantisce un adeguato controllo del modo in cui sono utilizzate le risorse, crea valore per i suoi pazienti e più in generale per i cittadini (Kizer et al. 2009).

LA semplice e formale osservanza delle leggi; agire è causa di atteggiamenti cinici in coloro che operano all'interno di una organizzazione sanitaria (Giblin.& Meaney 1998); occorre gestire le organizzazioni adottando un codice etico, che funga da base di riferimento per ispirare una cultura organizzativa, in grado di incidere sulla qualità delle relazioni interne ed esterne (Thuoe 1998); L'organizzazione deve garantire un clima di responsabilità, cooperazione e partnership tra policy makers, management e medici, creando un collegamento con il sistema delle cure primarie (ad es. medici di medicina generale), riducendo le infezioni, compito organizzativo particolarmente arduo⁷¹ e migliorando gli outcomes (Duerden 2009). In estrema sintesi: “*Good management and organisational processes are crucial to make sure that high standards of infection prevention and control are set up and maintained*” (Health and Social Care Act 2008). Pertanto, organizzazioni responsabili svilupperanno “*mechanisms for supporting training, appraisal and clinical governance[.....] important determinants of effective practice and successful change*” (Griffith 2009) .

7.3.1.1 RS e dimensione organizzativa: clinical governance

Lla tendenza del management ad invadere l'atto clinico, governandolo attraverso procedure ed evidenze statistiche, è un comportamento che può generare una medicina difensiva (Cavicchi 2010; Nagamatsu et al. 2009; Studdert et al. 2005). L'approccio della clinical governance potrebbe rappresentare un concreto e appropriato compromesso tra responsabilità manageriali e bisogni di autonomia e responsabilità richiesti al medico. Tale

⁷¹ Uno studio del Sole 24 ore sanità del 31 maggio 2011 dal titolo “in corsia più infezioni e meno sicurezza” mostra come “gli eventi infettivi in ospedale siano più frequenti che a domicilio[...] risultato che evidenzia una maggior sicurezza clinica dell'ambiente domiciliare rispetto a quello ospedaliero.

Responsabilità Sociale in Sanità

autonomia è sottolineata dai padri della clinical governance, Scally e Donaldson che la enfatizzano specie nel *medical decision making* che implica, sempre, l'identificazione del *decision-maker*; ciò è possibile attraverso un adeguato modello organizzativo. Ciononostante, il governo clinico resta "un percorso obbligato", nel quale il direttore generale delega i medici che nella cura devono tenere conto anche della dimensione dell'appropriatezza, intesa come medicina "*ad hominem*" che tiene conto di tutti gli aspetti importanti per il malato; tuttavia in un contesto fortemente economicista e non solo economico, improntato ad un taglio dei costi, il concetto di appropriatezza rischia di essere ridotto ad un criterio che soddisfa solo la dimensione gestionale, cioè il dovere del medico di tenere sotto controllo il budget, come elemento prioritario del suo set di scelte a scapito dei diritti del malato. Naturalmente questa osservazione dovrà essere rivalutata nella dinamica generale dell'assistenza, affinché non risulti causa di successive lesioni o diritti di altri malati. D'altra parte l'ipotesi generale, secondo la quale il goldstandard assistenziale produrrà una mancanza di risorse per i pazienti futuri, rimane fino a prova contraria una ipotesi da verificare: una necessità ipotetica futura non può inficiare una realtà doverosa presente.

Pertanto, si deve trattare di una governance appropriata, rifiutando banali operazioni di importazione da altri settori, come quello manifatturiero, in quanto, l'azienda sanitaria coinvolge numerosi e diversi stakeholders ed è caratterizzata da professionisti dotati di grande autonomia. (Cavicchi 2010). Ciò implica che i principi di corporate governance siano oggetto di necessari e specifici aggiustamenti.

7..3.1.2 RS e dimensione organizzativa: responsabilità personale

Molti autori hanno considerato che è necessario ideare progetti integrati per prevenire future malattie, sottolineando la responsabilità dei medici (Patel et al.2010). Altri sottolineano che gli operatori sanitari, in particolare i medici, devono trovare un giusto compromesso tra le esigenze dell'organizzazione e quelle dei pazienti e che essi hanno responsabilità verso l'organizzazione nel gestire efficientemente le risorse ricevute e verso i pazienti nel ricercare

Responsabilità Sociale in Sanità

per loro la migliore cura possibile. (Lauridsen 2009; Irvine and Donaldson 1995).

Viene sottolineata anche la necessità di diffondere responsabilità personale in sanità, attraverso quell che potremmo chiamare un'etica del lavoro ben fatto che passa dalla appropriatezza e puntualità (Steinbrook R 2006). Altri invece vedono il processo organizzativo che va sviluppandosi nel sistema sanitario, come un rischio per la responsabilità personale dei medici: *“More and more doctors are being taken into the corporate camp, the link to individual responsibility is being dissolved...”* (Silver 1987) e qualcuno sottolinea la responsabilità personale dei pazienti, dal cui comportamento dipende che il sistema sanitario non sia inutilmente aggravato (Callahan 1998; Civaner et al. 2008).

7..3.1.3 RS e dimensione organizzativa: “professionalism”

Alcuni autori, in merito alla capacità professionale dei dottori e, con riferimento alle loro responsabilità hanno argomentato che: *“The whole essence of professionalism is that you are serving the public. Whether you are a nurse or a doctor, it is around public confidence that there is a system in place and a framework that people are measured by and can be called to account on”*. (Ms Denise Chaffer 2005⁷²); professionalità che è anche capacità di discernere caso per caso i bisogni di salute dei pazienti: *“exercising their discretion, meet the end of promoting health”* (Dawson 2009) e assumendo la decisione più appropriata in relazione alle condizioni della persona malata *“...un dottore dopo aver valutato, giudicato, sperimentato, verificato, sceglie un atto [...] perché lo considera più conveniente in quelle circostanze e per quel caso”* (Cavicchi 2000) anche in vista dell'allocazione delle risorse e della responsabilità verso pazienti e società (Robertson J et al 2011).

72 In Royal College of Physicians Doctors in society Medical professionalism in a changing world Report of a Working Party, December 2005 Report of a Working Party, December 2005 p.19

7.4 RS e dimensione politico sociale

Un'organizzazione che eroga un servizio di pubblica rilevanza dovrebbe essere consapevole del suo impatto sugli stakeholders: *"We know secondly that they have responsibility for their impact-on people, on the community, on society, in general"*⁷³. Tale relazione è particolarmente evidente nel settore sanitario dove i providers hanno una significativa influenza su molti gruppi di beneficiari, lavorando con persone svantaggiate che necessitano di servizi sanitari, ma anche necessitano di essere supportate nella loro potenziale esclusione sociale (Backman 1975, Werner WJ 2009), offrendo risposte che superano la dimensione terapeutica e coinvolgendo altri attori operanti nella società (es. agenzie per l'impegno, agenzie formative, policy makers). A tal proposito, Houtepen R e Meulen RT (2000) sottolineano il ruolo della solidarietà, attraverso la responsabilità per l'erogazione di servizi sanitari appropriati. Si afferma infatti che essa è *"...a mixture of social justice on the one hand and a set of cultural values and ascriptions on the other hand"*. Altri autori (Dobkin e Boothroyd 2008) scrivono: *"providers within health care systems have a responsibility to reduce their suffering"*; in accordo con del Pilar Camargo Plazas la quale nota che la responsibility hospital's" *is to promote health, prevent disease, and care for human beings.*", introducendo un concetto di Levinas: *"ethical responsibility is acting toward the other as Other in which the recognition of the Other is based on the face-to-face interaction beyond physical facts or requirements pre-established by symmetrical relationships"*.

7.4.1.1 RS e dimensione politico sociale: i bisogni della comunità locale

Quando un'organizzazione vuole valutare il suo impatto sociale, deve "mappare" i suoi stakeholders per definire le relative attese verso l'organizzazione sanitaria. Il concetto di risposta alle attese già evidenziato da diversi autori, fra i quali Frederick (1960) e Steiner (1971), è presente anche in altri autori: *"one party provides a justification and is held*

⁷³ Druker 1984 p.81

Responsabilità Sociale in Sanità

responsible for its actions by another party that has an interest in the actions"(Emanuel EJ, Emanuel LL 1996). Alcuni autori ritengono che la responsabilità sociale deve avere un focus specifico sull'ambiente (Levy et al. 1985). Altri autori (Fawcett S et al. 2010) stressano il concetto, affermando che l'incapacità di una strategia sanitaria di produrre i risultati auspicati dipende da vari fattori, ad es. mancanza di cooperazione e collaborazione nel realizzare gli outcomes. Gli stessi suggeriscono che siano disponibili i dati circa le tematiche sanitarie prioritarie ed i correlati fattori di rischio comportamentali al fine di coinvolgere la popolazione attraverso i mezzi di comunicazione. Anche le scuole mediche hanno un ruolo importante nello sviluppare questa attenzione ai bisogni degli stakeholders (Fleet et al. 2008). La loro responsabilità consiste nel: *"the use of theory, experience and evidence to improve the health of the population in a way that best meets the needs of the community"* (Heller et al. 2003). Altri autori hanno aggiunto che la responsabilità sociale dei dottori discende da un contratto sociale siglato con la *"societies they serve"*(Hilton SR, Slotnick HB 2005).

7.4.1.2 RS e teorie politico sociali: shared governance

Conseguentemente, secondo alcuni autori, un modo concreto per realizzare la responsabilità sociale consiste nel far partecipare in maniera attiva le rappresentanze di stakeholders al management delle organizzazioni, in modo tale da avere una voce rappresentativa dei soggetti portatori di interesse, nelle occasioni in cui vengono assunte decisioni a livello di sistema (Gorsky M 2008). Questa proposta sottolinea la prospettiva della shared governance, come strumento per bilanciare gli interessi degli stakeholders. In accordo con questo approccio, alcuni autori argomentano che: *"Although no hospital can meet every stakeholder's needs, part of the responsibility of the board is to know who the hospital's primary stakeholders are, understand their needs, and ensure the hospital is focused on meeting them..."* anche se non ci sono ancora forti evidenze circa la relazione tra *"patient/user involvement"* e outcomes prodotti dalla partnership *"health and social care organizations"*(Curran and Totten

Responsabilità Sociale in Sanità

2011). Un modello di shared governance è capace di promuovere empowerment in accordo con Moore e Hutchison: “*Shared governance [...] is about having a “voice”-being informed, heard, and included in decision making.*”. Per altri autori (O'May F. & Buchan J. 1999): “*shared governance is a decentralised approach which [...] engenders a sense of responsibility and accountability; and allows active participation in the decision-making process, particularly in administrative areas from which they were excluded previously. [...] which requires continual assessment and revaluation to be flexible and adaptive to the environment*”. A questo ambito di proposte si può iscrivere anche la formulazione di Eeckloo: “*it seems necessary to open the actual composition to hospital staff, patients' associations, general practitioners, health care insurers and other interested parties*” (Eeckloo K et al.2004).

7.5 RS e dimensione strumentale

In questo ambito, la RS è vista come uno strumento per realizzare vantaggi competitivi e per generare profitto. Questo approccio sottolinea la relazione tra responsabilità sociale del provider sanitario e le sue performance economiche e finanziarie (corporate social performance e corporate financial performance).

La responsabilità sociale diventa così un modo per soddisfare i bisogni di salute della popolazione, nel rispetto dei vincoli finanziari e delle “*rules of the game*”. (Werhane P. H. 2000). La Werhane, riformulando la nota definizione di Friedman, sembra suggerire che una lettura troppo frettolosa del suo pensiero lo abbia etichettato come strumentale ed economicista; si tratta di una cattiva interpretazione, in quanto il premio Nobel, secondo la Prof.ssa Werhane, “*Nevertheless[...] places primary importance on profit maximization as the role of business*”. Semmai Friedman afferma che “*managers' first duties and fiduciary duties are to owners or shareholders*”. Questo dovere talvolta consisterà nel massimizzare il profitto, ma ciò dipenderà dalla *mission* dell'organizzazione, anche se essa è un'organizzazione for profit. Nel caso ad es. della Johnson&Johnson, la mission sottolinea che per l'azienda il primo dovere è verso medici,

Responsabilità Sociale in Sanità

infermieri e pazienti, non verso gli azionisti. Ciò che invece Friedman, attraverso la teoria neoclassica delle scelte razionali, ribadisce è che ogni organizzazione deve massimizzare la sua funzione di utilità, che per un'organizzazione sanitaria significa *“to maximize the treatment and well-being of their designated populations”* nel rispetto delle regole del gioco, ossia ad es. rispettando la condizione di economicità che è funzionale alla sopravvivenza di lungo periodo dell'organizzazione; a questo proposito, sembra utile ricordare la definizione offerta da Zappa dell'azienda: *“istituto economico destinato a perdurare che, per il soddisfacimento dei bisogni umani, ordina e svolge in continua coordinazione la produzione o il procacciamento e il consumo della ricchezza⁷⁴”* (Zappa 1956); seguendo l'approccio della Werhane (che ha rimodulato la proposta di Friedman) e riformulando la definizione di Zappa, padre della scuola di economia aziendale italiana, si potrebbe dire che l'organizzazione ospedaliera è un *“istituto economico destinato a perdurare che, per il soddisfacimento dei bisogni di salute, ordina e svolge in continua coordinazione l'erogazione della cura, la remunerazione ed il consumo delle risorse”*. Altri autori notano che la responsabilità dei *for-profit hospitals* verso gli shareholders è di generare profitti di breve e lungo termine e hanno dimostrato che *“insider participation by the medical staff and hospital CEO is significantly associated with improved hospital financial performance”* (Molinari et al. 1993). Questa rilevanza è testimoniata da aspetti quali una grande attenzione nella valutazione rispetto alla percezione dei pazienti, che permette di migliorare la qualità, ridurre i costi e di soddisfare i bisogni di salute, che significa prestare più attenzione alla sua reputazione morale e alla sua quota di mercato, come hanno dimostrato studi condotti in altri settori, come ad es. il caso della Nike (Zadek 2004); altri autori hanno studiato *“the factors of socially responsible marketing strategies of private healthcare organizations from the consumers and top manager perspectives”*, concludendo che una qualità elevata della sanità, la correlata immagine

⁷⁴ Le Produzioni nell'Economia delle Imprese, Vol. I, Giuffrè, Milano.p.37

Responsabilità Sociale in Sanità

sociale ed i risultati economici dipendono da “*organization and sponsorship of social-charity events; focus on ethical aspects of business conduct apart from profitability; reasonable pricing of supplied services; respect for the environment;[...] respect for employees and other stakeholder groups (i.e. consumers, environment) as well as the enhancement of research activities*”(Skouloudis A et al 2011). “*Successful businesses will be accountable in ways that surpassing in sensitivity and practice what the patient-customer- and physicians have experienced in the old medical establishment*”, implementando efficienza, comunicazione e attenzione ai pazienti (Simmons 1984). Altri autori argomentano che un provider sanitario ha la responsabilità di perseguire l’appropriatezza che è funzionale a migliorare la dimensione economica (Steinbrook R 2006). Finalmente, un’organizzazione sanitaria deve soddisfare le condizioni economiche per salvaguardare la salute dei pazienti, attraverso “*top quality physicians and other healthcare professionals*” (Collins 2010). A parere di chi scrive, è senz’altro essenziale per un’organizzazione sanitaria che intende assumere comportamenti socialmente responsabili, osservare la condizione di economicità tale per cui i ricavi nel lungo periodo siano stabilmente superiore ai costi, ma ciò non significa che tale condizione sia il fine ultimo dell’organizzazione. La dimensione economica, infatti, resta sempre in un rapporto di mezzo a fine nei riguardi della cura da erogare al paziente. Quanto poi alla dimensione competitiva, “*which is based on price, quality and service, [...to permit] the attainment of the advantages of a market economy*⁷⁵”, si ritiene che parlare di competizione tra aziende ospedaliere appartenenti ad una area epidemiologica (per es. una città, un distretto) non sia corretto. Il primo rischio, infatti, è che tale competizione su una stessa offerta porti ad una frammentazione eccessiva della domanda, che dividendosi tra due o più ospedali che offrono la stessa tipologia di servizio non consentirebbe agli operatori sanitari di poter trattare un’adeguata casistica sulla quale specializzarsi; il secondo rischio è la duplicazione di

⁷⁵ D. Melé *Business Ethics in Action* Palgrave Macmillan 2009 p. 31

Responsabilità Sociale in Sanità

servizi che all'interno di un'area relativamente piccola (per cui per il paziente-consumatore è indifferente raggiungere un ospedale piuttosto che un altro) si potrebbe realizzare, con un relativo inappropriato dispendio di risorse. Ciò non significa che un ospedale, non stimolato dalla competizione, non debba cercare l'eccellenza nell'erogazione delle prestazioni, ma che, se deve essere promossa la competizione, essa deve realizzarsi tra i sistemi sanitari (regionali, nazionali). All'interno del sistema, invece, i provider dovrebbero cooperare per assicurare la cura dei pazienti in modo efficace e la cooperazione dovrebbe avvenire grazie ad una sorta di cabina di regia che supporta tale cooperazione. Con ciò non si intende affermare che occorre fissare vincoli all'azione, ma che tutti gli attori del sistema conoscano qual è il loro ruolo e la loro parte nel raggiungere tale bene, in modo tale che realizzando pienamente tale ruolo, non solo si realizzi il bene del servizio sanitario, ma anche quello dell'organizzazione (*"La vita virtuosa è la vita migliore non solo per gli altri – come vorrebbero le varie teorie economiche dell'altruismo – ma anche per sé stessi"*⁷⁶). Come si diceva, *"to act well in maintaining external [profit] and internal goods of excellence in practices"* (Bull and Adam 2011). Altri ancora sottolineano che *"the recognition of business's commercial responsibility does not mean that the obligation to serve shareholders' interests invalidates the need to take account of other stakeholders"*. (Vallance 1996).

7.5.1 RS e dimensioni strumentali: alcune riforme nazionali

Alcuni autori hanno osservato, come un *moral decision making process* potrebbe aiutare a raggiungere vantaggi competitivi: *"the NHS reform operated by UK government expires a moral obligation to release as much money as possible into supporting front-line care"*, implementando le possibilità di scelta. Ciò comporta la creazione di una regulatory agency,

⁷⁶ Zamagni S. (2004) L'ancoraggio etico della responsabilità sociale d'impresa e la critica alla rsi, Working Paper, AICCON, n°1 p. 11

Responsabilità Sociale in Sanità

“Monitor”; che deve promuovere competizione nell’interesse del paziente, promuovendo efficienza e continuità di servizio (Departments of Health 2011). Questa riforma “*reflecting the social solidarity of shared access to collective healthcare, and [basing on] a shared responsibility to use resources effectively to deliver better health*” desidera promuovere più vantaggi competitivi, basati sulla qualità, migliori tempi di accesso e sull’uso migliore delle risorse.

Come risultato della riforma sanitaria 2009-2010, gli Stati Uniti stanno pensando di riformare il sistema di pagamento basato sulle performance, per realizzare un migliore coordinamento tra pubblico e privato, attraverso l’adozione di modelli che promuovano competitività e riduzione dei trusts (Galvin 2010). Ancora nel 2009, Carter T. tratta in un articolo del rapporto tra la sicurezza in ambito sanitario e la CSR, sottolineando subito una recentissima acquisizione, secondo la quale ormai sempre più spesso anche il settore del non profit guarda alla produttività tanto quanto quello più strettamente commerciale. Egli afferma che il progresso più importante deriva non dal miglioramento dell’efficienza dei servizi di salute, ma dallo sviluppo di nuove strategie di approccio ai problemi. A tal fine, nuovo valore sociale in questo campo si può sviluppare attraverso l’utilizzo di nuovi strumenti di individuazione e risoluzione. Alcuni fattori, come la capacità di ricerca o iniziative di collaborazione, favoriscono questo processo che porta il non profit a sperimentare e mettere in atto nuove e più efficaci soluzioni, che difficilmente si sarebbe potuto permettere di sviluppare senza una rete di collaborazione. A tal fine, risulta evidente l’importanza di creare una rete di co-partecipazione esterna e interna, sulla quale costruire la creazione di valore sociale aggiunto per la comunità beneficiaria del servizio offerto, attraverso il supporto e la concretizzazione di nuovi progetti condivisi, finalizzati alla realizzazione di nuovi benefici sociali.

7..6 Conclusioni

Lo studio sistematico circa la responsabilità sociale in sanità è ancora agli inizi, mentre il termine è oggetto di ricerca da diversi decenni.

Responsabilità Sociale in Sanità

Nel corso di questo capitolo sono stati rappresentati diversi contributi: è stato analizzato in un primo gruppo la relazione tra RS ed organizzazione che intende evidenziare come la RS realizza outcomes che hanno effetti positive piuttosto che avversi sugli stakeholders, in linea con la proposta di Epstein (1987); la mancata attenzione alla RS produrrà una graduale erosione del “social power” (Davis 1960); di fronte a questa prospettiva la *clinical governance* è proposta come una pratica che evita abusi di potere e strumento utile per garantire la cooperazione tra management e medici, principalmente. L'organizzazione sanitaria socialmente responsabile terrà in conto le “*expectations of the public*” (Frederick 1960) e sarà consapevole della sua “public responsibility” [Preston and Post 1975], monitorando il modo in cui soddisfa i bisogni di salute, attraverso l'analisi delle sue performance; richiederà l'assunzione di una personale responsabilità, che va oltre i doveri strettamente professionali, tuttavia ciò può essere tradotto nella volontà di svolgere straordinariamente bene i propri doveri professionali, secondo la proposta di P. Drucker (*to do well, to do good, 1984*).

Un approccio socialmente responsabile, porta un provider sanitario a risolvere problemi sociali, evitando comportamenti opportunistici che spingono a selezionare i bisogni di salute in funzione del proprio profitto

In un secondo gruppo di contributi, la RS si focalizza sul benessere della comunità e dei lavoratori che porterà l'organizzazione sanitaria ad incrementare il numero di persone che devono essere considerate con i loro bisogni ed interessi, prestando attenzione ai pazienti, alla sicurezza dei lavoratori, al rispetto per l'ambiente. Ci sono delle responsabilità emergenti e non chiaramente definite che un provider sanitario deve considerare nel suo processo decisionale, in quanto esse producono un impatto sociale sulla comunità di riferimento (ad esempio chiudere un punto nascita in un dato territorio per ragioni meramente economiche con conseguenti disagi- costi di mobilità, difficoltà per i nuclei familiari, insicurezza sociale): la RS “*represents a broad concern with business's role in supporting and improving that social order*” (Eells & Walton 1974). Si potrebbe dire, parafrasando Backman (1975), che la RS spinge un'organizzazione sanitaria

Responsabilità Sociale in Sanità

a perseguire obiettivi sanitari che hanno grande valenza sociale (o per dirla con Sethi-1976- in linea con le prevalenti norme sociali) e che devono essere pesati in aggiunta a quelli economici.

In un terzo gruppo di proposte, si focalizza l'attenzione sulla dimensione economica, attraverso letture che portano a vedere la responsabilità sociale come funzionale al conseguimento di vantaggi economici e competitivi. A parere di chi scrive, la dimensione strumentale è una dimensione importante nel concetto di responsabilità sociale. Efficienza ed economicità spingono a comportamenti organizzativi virtuosi. Tale dimensione va posta al servizio del fine dell'organizzazione sanitaria ed in tal modo deve essere valorizzata adeguatamente, quale supporto alla continua revisione di strutture organizzative e processi operativi. Ciò significa che un'organizzazione sanitaria deve, attraverso le attività erogate, remunerare le risorse utilizzate; tenere sotto monitoraggio l'andamento della mobilità passiva ossia l'insieme delle prestazioni erogate ai pazienti, che risiedono nello stesso territorio di un provider, da strutture sanitarie che risiedono al di fuori di tale territorio. Ciò oltre ad implicare ulteriori costi non remunerati da correlati ricavi, implica anche una crisi di fiducia verso il provider stesso. Tale monitoraggio si realizza attraverso l'adozione di idonei sistemi di controllo di gestione, di sistemi informativi ed epidemiologici adeguati. Il problema nasce quando si riduce il fine di un'organizzazione al conseguimento di un fine che per sua natura è invece strumento: il profitto. Questo è un errore, che non nasce dalle scienze economico aziendali, come dimostra la proposta di Zappa, il quale fissa il fine dell'azienda non nella produzione della ricchezza, ma nel soddisfacimento dei bisogni umani, ma da una diffusa proposta utilitaristica della quale si è già trattato nelle precedenti pagine.

Si propone, infine, un tentativo di sistematizzazione, dei contributi rappresentati sul tema nell'ambito sanitario, che intende inquadrarli alla luce dei raggruppamenti suggeriti da Garrigà-Melè e alla luce dei tre focus suggeriti dalla presente proposta:

Responsabilità Sociale in Sanità

Autore	Garriga Mele	Nostra proposta
Emmanuel	Etiche	Politico sociali
GIBLIN.& MEANEY 1998	Etiche	Organizzazione
THUOEY 1998	Etiche	Organizzazione
Borgonovi	Etiche	Organizzazione
Hilton SR, Slotnick HB 2005	Etiche	Politico sociali
Lauridsen 2009	Etiche	Organizzazione
Patel et al.2010	Etiche	Organizzazione
Vallance	integrative	Strumentali
MEANEY 1999	Etiche	Organizzazione
Altenstetter	integrative	Organizzazione
scally Donaldson	integrative	Organizzazione
O'May F. & Buchan J. 1999	integrative	Organizzazione
Eeckloo K et al.2004	integrative	Organizzazione
Gorsky M 2008	integrative	Organizzazione
Meaney 1999	Politiche	Organizzazione
Irvine and Donaldson 1995	Politiche	Organizzazione
Silver	Politiche	Organizzazione
Haddad	Politiche	Politico sociali
Molinari	Politiche	Politico sociali
Callahan	Politiche	Organizzazione
Houtepen 2000	Politiche	Politico sociali
Heller, R.F., Heller, T.D., & Pattison, S. 2003	Politiche	Politico sociali
Häkkinen 2005	Politiche	Organizzazione
Civaner et al. 2008	Politiche	Organizzazione
Dobkin e Boothroyd 2008	Politiche	Politico sociali
Pilar Camargo Plazas 2009	Etiche	Politico sociali
Duerden 2009	Politiche	Organizzazione
Mays et al 2009	Politiche	Organizzazione
Owen 1984	Strumentali	Strumentali

Responsabilità Sociale in Sanità

Simmons	Strumentali	Strumentali
Werhane	Strumentali	Strumentali
Steinbrook R 2006	Strumentali	Strumentali
Carter 2009	Strumentali	Strumentali
Collins 2010	Strumentali	Strumentali

8 Research question

Analizzate le diverse proposte sul tema in ambito sanitario, appare doveroso evidenziare che rispetto ad esse, il riferimento etico cui si intende fare riferimento è quello della teoria del bene comune. Un tema che per la verità non trova una giusta eco nelle proposte evidenziate in ambito sanitario. Alla luce di tale teoria, si tenterà di fornire un contributo personale alla definizione di responsabilità sociale da applicarsi anche al nostro campo specifico ed in particolare al provider ospedaliero, sottolineando il contributo che l'etica del lavoro ben fatto può dare alla ricerca del bene comune. Si elaborerà infine un modello che possa misurare la RS del provider ospedaliero verso il paziente.

9 Dalla visione comune alla nostra proposta

Anche se esistono molteplici definizioni, il nucleo concettuale comune di responsabilità sociale focalizza la sua attenzione sulla *capacità di tenere conto di tutte le aspettative degli stakeholders*, nello svolgere il proprio lavoro, secondo una cultura del dare conto e del subire le relative conseguenze di un dato comportamento, tenendo in considerazione gli effetti che un'azione ha nei confronti degli altri (Weber 1919). Ma tale definizione non sembra interessata a contemplare il collegamento dell'azione con quelle degli altri agenti.

In effetti, la teoria degli stakeholders ci dice che l'impresa, sistema che si anima di relazioni molteplici tra le varie categorie di stakeholders, deve tener conto, nel gestire le sue attività produttive, non solo di coloro che posseggono il capitale, ma anche di tutti coloro che hanno una relazione a diverso titolo con l'impresa. Pertanto la gestione non è valutata soltanto come scambi economici finalizzati al profitto, ma anche come attenzione a bisogni, necessità, diritti e interessi non riconducibili agli interessi dei soli azionisti. Il manager ha un ruolo centrale nel saper contemperare i vari interessi in gioco, mediando tra gli interessi degli azionisti e degli altri soggetti. Tale considerazione ci aiuta ad arricchire il concetto di responsabilità non più come un semplice dare conto delle conseguenze di

Responsabilità Sociale in Sanità

un'azione, ma come un consapevole riconoscimento dell'esistenza di relazioni e della collegata responsabilità verso soggetti, che esigono di essere rispettati, in quanto essere umani, pur mantenendo l'impostazione weberiana del dare conto delle aspettative ai diversi portatori di interesse (Enc. Bompiani). Borgonovi rompe tale impostazione classica, proponendo un concetto di responsabilità sociale come attuazione piena e completa di una funzione (*"vivere nel migliore dei modi la propria funzione"*); da tale impostazione discende, come conseguenza, la soddisfazione delle aspettative degli stakeholders, ma prima si definisce un fine⁷⁷ per l'agente (*"l'impresa ha la funzione di produrre e distribuire ricchezza, le amministrazioni pubbliche quella di soddisfare i bisogni pubblici e comuni..."* etc..) e si evidenzia l'esistenza di un insieme di molteplici attori, attraverso i quali il servizio sanitario è erogato e che devono essere coordinati, per realizzare l'obiettivo finale del servizio: *"garantire i più elevati livelli quali-quantitativi di tutela della salute intesa come recupero della stessa[...] mantenimento[...], miglioramento [.. .]"*. Si noti qui, come l'attenzione non sia più e non tanto focalizzata sulla responsabilità, intesa come dare conto solo ad un primo livello, quello per es. degli stakeholders, ma piuttosto come dare conto a se stessi e agli altri della piena realizzazione del soggetto alla luce del sistema. Del resto anche questa sembra l'impostazione di Cavicchi, che intende la Responsabilità come autocontrollo dell'operatore sulle sue operazioni⁷⁸, mettendo anch'egli l'accento sull'agire, di nuovo sulla piena realizzazione del soggetto. Particolarmente illuminante è la proposta di Argandoña, secondo il quale: *"Thus, we are not talking about a group of "individuals" (like bees in a hive), but of "persons", who are capable of knowing what society is, what it*

⁷⁷ Il fine è ciò a cui tende. Tommaso d' Aquino distingue tra "finis qui" che è l'oggetto che attrae l'agente e che l'agente vuole realizzare (p.es una torta per un goloso o la salute per un ammalato) e finis quo o fine formale che è il raggiungimento effettivo del bene stesso (p.es gustarsi la torta, il godersi l'essere nuovamente sano..) . Importante è anche la distinzione tra finis operis e finis operantis: il primo è il fine cui è oggettivamente destinata un'azione e che la definisce come tale (p es. fare l'elemosina è volto a soccorrere un indigente); il secondo è lo scopo a cui l'agente orienta l'azione (p.es. fare l'elemosina per ricevere ammirazione). In Enc. Bompiani pg. 4287)

⁷⁸ Cavicchi I. Autonomia e Responsabilità 2007 ed. Dedalo pg 164

Responsabilità Sociale in Sanità

does for them and what it needs from them, and who also can want to build a society and are free to cooperate to achieve this"(Argandoña 1998).

L'autore attinge alla definizione di bene comune data dal Concilio Vaticano II, che a sua volta si fonda su Tommaso D'Aquino (De Reg., 1. I, c. 15, n. 817⁷⁹), ossia *"l'insieme di quelle condizioni della vita sociale che permettono ai gruppi, come ai singoli membri, di raggiungere la propria perfezione più pienamente e più speditamente"*. Tale definizione evidenzia, come la "vita sociale" dipenda da un complesso di "condizioni", sottolineando come la realtà sia complessa e cioè leggibile solo in un'ottica pluridimensionale: un approccio conoscitivo che pretendesse autonomamente di conoscere la totalità della realtà, condurrebbe ad una strada senza via d'uscita. Occorre invece assumere consapevolezza circa i limiti conoscitivi di ciascun sapere disciplinare, di ciascuna professione, e pertanto ricercare un approccio cooperativo con gli altri saperi e con le altre professioni. E' necessaria una cooperazione interdisciplinare, che consente di guardare al fine come il risultato emergente dalla collaborazione dei diversi soggetti che, conseguendo il proprio fine particolare orientato al bene comune, raggiungeranno la propria perfezione. Sul solco della definizione appena presentata, sembra pertanto opportuno introdurre la nostra proposta di RS:

"la capacità di cooperare consapevolmente, all'interno di una data comunità⁸⁰, al conseguimento del bene comune, attraverso il

⁷⁹ "Lo scopo infatti che spinge le persone a riunirsi è che stando insieme possono condurre una vita buona, cosa che non si ottiene se ognuno vive da solo. A sua volta però la vita si dice buona quando è ispirata alla virtù. La conclusione dunque è che il fine dell'unione in cui si stringono gli uomini è la vita virtuosa. Una conferma concreta della validità di questa dottrina la troviamo nella constatazione che della società fanno parte soltanto coloro che hanno un reciproco rapporto comunitario proprio nella loro vita buona: altrimenti, se gli uomini si radunassero soltanto allo scopo di vivere, anche gli animali costituirebbero una parte del raggruppamento civile; se invece lo scopo fosse quello di accumulare beni di fortuna, tutti coloro che hanno tra loro rapporti di mercato, apparterrebbero alla stessa città; così vediamo che vengono annoverati come facenti parte di una società soltanto coloro che sono guidati a una vita buona dalle medesime leggi e da un unico governo"

⁸⁰ "Being a "community of persons" emphasizes both individuals and the whole and makes explicit the uniqueness, conscience, free will, dignity, and openness to selfrealization and human flourishing of each one who form the community." (Melé 2011)

Responsabilità Sociale in Sanità

perseguimento del proprio fine e facilitando il raggiungimento di quello altrui.”

Tale definizione è suscettibile di essere applicata a qualunque ambito e quindi è funzionale anche ad un indicatore di responsabilità sociale che voglia informare circa la capacità di un'organizzazione di raggiungere il proprio fine. Così, l'azienda ospedaliera raggiunge il suo fine di soddisfare i bisogni di salute, mettendo il medico in condizione di erogare la cura nel modo migliore possibile, consentendo all'infermiere di assistere il malato, realizzando i compiti specifici della sua professione nel modo migliore possibile; permettendo all'amministrativo di registrare i documenti contabili necessari a valutare le performance economico-finanziarie dell'azienda stessa ecc. Tale impostazione presuppone che:

- Sia data una comunità capace di conoscere il fine dell'atto integrato.
- Tutti i soggetti siano consapevoli del fine dell'atto.
- Vi sia la libera scelta “di cooperare consapevolmente al conseguimento del bene comune, attraverso il perseguimento del proprio fine e facilitando il raggiungimento di quello altrui”.

La cooperazione del soggetto implica la consapevolezza della visione parziale del proprio atto in vista del fine conosciuto dell'atto stesso. In sintesi, una comunità Socialmente Responsabile deve essere capace di consentire a tutti gli attori di conformare consapevolmente il proprio contributo a quanto richiesto dal fine dell'atto: l'atto, pertanto, per essere realizzato compiutamente, necessita della collaborazione tra i diversi attori che sono chiamati ad intervenire, incluso il contributo del beneficiario dell'atto che è chiamato ad aderire dal suo punto di vista al fine ultimo, fruendo dell'atto stesso. In tal modo, si integra il punto di vista dell'intero insieme dei soggetti, che hanno interesse verso l'atto e che sono sintetizzati nel termine sociale.

Si tratta di una definizione che vuole avere carattere normativo, che aspira ad una medicina in cui ogni elemento dell'atto sanitario deve rispettare il fine dell'atto sanitario stesso. Una medicina non deformabile che non può

Responsabilità Sociale in Sanità

essere strumentalizzata dalle esigenze dell'economia e che necessita di essere oggettivata attraverso un indicatore. L'economia semmai è uno strumento, che deve consentire di raggiungere la condizione di efficienza, necessaria alla soddisfazione del paziente ulteriore, bisognoso di cura. Cooperare consapevolmente con il proprio contributo è un concetto che, a nostro parere, supera il limite della funzione. La funzione presuppone un'attribuzione. Nel concetto di "proprio contributo" invece si intende valorizzare l'identità, che pur non escludendo la funzione, richiede uno sforzo ulteriore: assumere consapevolezza non solo dell'esigenza da soddisfare, ma anche del modo in cui soddisfarla, tenendo conto della propria struttura valoriale. In tal modo un'identità ben vissuta, secondo un'etica del lavoro ben fatto, finisce per soddisfare le esigenze della stessa funzione.

9.1 Radici Etiche

9.1.1 Etica del lavoro ben fatto

Il concetto di responsabilità sociale che vogliamo enfatizzare è quello di responsabilità sociale di stampo personalista⁸¹. La responsabilità sociale dell'organizzazione, infatti, esiste solo su un piano analogico. Con la RS si valuta sempre l'azione degli uomini (medici, infermieri, amministrativi, managers...), ciò in quanto l'organizzazione è una *societas* di uomini che sono d'accordo nel perseguire un certo fine con determinati mezzi. Una responsabilità sociale di stampo personalista consente di non cadere nell'annullamento del soggetto, tipica conseguenza del marxismo, ma anche del materialismo capitalista dove l'uomo lavora non per il proprio perfezionamento, ma per il capitale.

⁸¹ *"Personalism differs from Individualism. The person is not seen as having an isolated existence, united to others only by social contracts. On the contrary, the person is seen as a social being with intrinsic relationships with others and an interdependent existence. Personalism also differs greatly from any form of collectivism. The person within a community maintains individual autonomy and freedom"* (Integrating Personalism into Virtue-Based Business Ethics: The Personalist and the Common Good Principles. *Melé 2009*)

Responsabilità Sociale in Sanità

Il concetto di Responsabilità sociale (come definito) orientato alla ricerca del bene comune, *“appare precisamente, considerando la dimensione sociale della persona e come le persone vivono e agiscono in una maniera collaborativa all'interno della comunità⁸²”*. Infatti: *“il principio di bene comune deriva dal considerare che esso è creato dalla cooperazione tra i membri della comunità⁸³”*. Il principio del bene comune *“si riferisce ai beni condivisi, attraverso coloro che sono uniti in qualche modo o appartengono ad una comunità⁸⁴”*. Il bene comune è di tutti e non appartiene a nessuno; esso include *“ogni cosa che può contribuire ad un autentico sviluppo umano⁸⁵”*. Finnis (1986; 165) stabilisce che il bene comune include *“un insieme di condizioni che coinvolgono opportunità di sviluppo per tutti i membri di una comunità”*. *“All'interno di una comunità, la decisione finale su aspetti particolari del bene comune è il lavoro di quelli che regolano la comunità⁸⁶”*, ma tale lavoro nel perseguire il bene comune deve sempre *“rispettare la dignità e i diritti umani.⁸⁷”*

Melè definisce 4 aspetti del bene comune:

- Valori socio-culturali che includono rispetto per i diritti umani, tolleranza e cooperazione;
- Condizioni organizzative che permettono l'accesso alla salute e agli altri beni come la libertà, la giustizia ecc.;
- Condizioni economiche che favoriscono e sono uno strumento per la crescita umana;
- “Condizioni ambientali e cioè un appropriato habitat umano per le attuali e future generazioni.”⁸⁸

⁸² Melé D. 2009 op. cit p 84

⁸³ Ibid. p.85

⁸⁴ Ibid. p.84

⁸⁵ Ibid p. 85

⁸⁶ Ibid. p. 85

⁸⁷ Ibid. p.85

⁸⁸ Ibid. p.85

Responsabilità Sociale in Sanità

Il lavoro per il bene comune richiede una tensione alla perfezione dell'autore e dell'oggetto del lavoro. Tale affermazione ha radici antiche e profonde. Già l'Aquinate diceva che " *Da chi fa una cosa, prima di tutto, bisogna pretendere che sappia farla*" (cfr S. Tommaso D'Aquino *Quaestio disputata de virtutibus cardinalibus. Quaestio unica, art. 1, c*). Ma in tempi recenti, autorevoli studiosi come P. Drucker, già citato, hanno declinato tale concetto nell'ambito delle scienze aziendali ("*le imprese devono fare bene le cose per fare il bene*"; Drucker 1990).

Si entra così nel territorio proprio dell'etica del lavoro ben fatto che fa riferimento al "*fare bene le cose giuste*": "*In questo modo si torna, attraverso la ricerca di procedure corrette (fare le cose giuste) ad individuare il cuore del problema nella qualità personale del lavoro svolto (fare bene le cose). In altre parole, non c'è contrapposizione reale fra "il fare bene le cose" e "fare le cose giuste" ma necessaria complementarietà per giungere a "fare bene le cose giuste"*⁸⁹. Diversi autori sembrano in linea con questa proposta; già MacIntyre (1985) aveva affermato⁹⁰: "*a practice is a cooperative human activity whereby good internal to that activity are produced in the course of achieving standards of excellence appropriate to that activity*"; Bull and Adam 2011: "*to act well in maintaining external [profit] and internal goods of excellence in practices*"; Melé⁹¹: "*Ethics considers work as a human activity and emphasizes the respect that this deserves, as well as its capacity to contribute to the self realization of workers*").

Pertanto, nel proporre il nostro concetto di RS, si introduce una relazione tra il piano organizzativo e quello etico: il settore sanitario, per funzionare nel modo migliore, necessita di persone che operino con la consapevolezza che la piena realizzazione del fine istituzionale dipende dal modo in cui esse lavorano, dal loro comportamento nel vissuto quotidiano dell'ambito professionale. In altri termini, una RS che intende concretarsi nella piena

⁸⁹ Ghilardi-Tambone "*EBM la storia*" p.17 *in press*

⁹⁰ MacIntyre, A. 1985. *After Virtue: A study in Moral Theory*, 2nd edition. London: Duckworth p. 187

⁹¹ Melé D p. 251 *op. cit.*

Responsabilità Sociale in Sanità

realizzazione della propria identità, richiede un solido fondamento in un'etica del lavoro ben fatto, che nasce da un'esigenza naturale a perfezionarsi attraverso lo sforzo professionale, finalizzato a soddisfare i bisogni reali di coloro che erogheranno/fruiranno del servizio. Ecco il modo in cui, a parere di chi scrive, si può combinare un'etica del lavoro ben fatto con il concetto di bene comune.

Tale concetto, come si diceva, richiede di essere oggettivato attraverso la definizione di un indicatore, che consenta di misurare in il grado di RS di un'organizzazione ospedaliera. Per il momento, basti osservare che l'utile d'esercizio, inteso come differenza tra componenti positivi e negativi di reddito, è certamente un indicatore importante per valutare l'efficienza di un'organizzazione. Tuttavia, mentre è sufficiente ad esprimere il grado di raggiungimento degli obiettivi degli stockholders, come vuole la teoria neoclassica, non riesce di per sé a garantire la soddisfazione degli interessi di tutti gli stakeholders. Occorre individuare indicatori più ampi, che possano valutare in modo più completo le performance del sistema sanitario. Qui la prospettiva cambia: la RS non è più vissuta per migliorare la competitività, per rendere conto di processi e procedure ad altre parti, per garantire i più elevati livelli quali-quantitativi di tutela della salute, tutti elementi importanti che però sono da considerarsi come effetto di un concetto di RS proposto senza alcun fine strumentale.

La nostra proposta di RS vuole invece iscriversi nell'ambito della teoria del bene comune, che enfatizza la dimensione personalista, nella consapevolezza che attraverso il proprio comportamento orientato al raggiungimento del fine istituzionale e in generale del bene comune, si tende alla piena realizzazione di sé, alla ricomposizione del rapporto conflittuale e competitivo tra i diversi stakeholders, realizzandosi, così un circolo virtuoso autoalimentatesi, i cui raggi sono dati dai singoli portatori di interesse che devono recitare la propria parte nel rispetto non solo del proprio interesse, ma anche del bene comune. Ciò richiede lo sforzo di tutti gli stakeholders nello svolgere fino in fondo la propria parte. Tale sforzo a fare la propria parte, è ciò che si può definire "etica del lavoro ben fatto": una tensione a

Responsabilità Sociale in Sanità

perfezionarsi, ad andare al di là, in una rilettura della definizione dell'Unione Europea (par 4),

È questa dunque la condizione necessaria per rispettare qualunque patto sociale con gli stakeholders, per superarne le aspettative, per avviare il tanto decantato processo di miglioramento continuo della qualità.

9..2 Applicazioni

In che modo il singolo attore può pervenire a realizzare una maggiore consapevolezza della propria responsabilità sociale? Tale finalità è conseguibile grazie al supporto delle istituzioni pubbliche, che in sanità hanno il compito di definire le priorità strategiche dei territori che servono ed il modo in cui i singoli soggetti devono fare la propria parte. Una volta definite le funzioni, magari con il supporto di un piano sanitario, i vari attori del sistema che vogliono assumere comportamenti socialmente responsabili dovranno sviluppare con imprenditorialità e competenza professionale ciò che è loro richiesto, individuando uno spazio etico che ciascuno può e deve gestire in modo autonomo. Tale autonomia deve essere rispettata dallo Stato che deve assicurare, in un'ottica sussidiaria, un intervento minimo necessario a garantire la tutela della salute.

Un modello socialmente responsabile in sanità, così come sopra definito, quindi deve poggiarsi su due presupposti basilari:

da un lato la rilevazione dei fabbisogni di salute, che non può avvenire sulla base di una semplice proposta delle categorie di pazienti e utenti coinvolti nel processo strategico, ma deve essere supportata da una serie di rilevazioni epidemiologiche oggettive;

dall'altro la definizione di sistemi di misurazione in grado di valutare la congruenza tra bisogni rilevati ed attività effettivamente realizzate, gap analysis a partire dalla quale rilanciare la successiva pianificazione strategica, secondo una logica di miglioramento continuo. L'applicazione di tale definizione può essere rappresentata da un indicatore che nel caso in questione valuti la responsabilità sociale di un'azienda ospedaliera nei confronti del suo paziente: le condizioni che un'azienda ospedaliera deve

Responsabilità Sociale in Sanità

osservare per raggiungere il suo fine particolare riguarderanno la valutazione del suo comportamento rispetto ad alcune dimensioni, che sono appunto funzionali al raggiungimento di tale fine particolare che nel caso di un ospedale sono la cura dei pazienti. Tra tali dimensioni si possono annoverare quelle della:

- appropriatezza clinica e organizzativa, ossia delle competenze e capacità professionali di cui dispone per soddisfare i bisogni di salute
- del rispetto della condizione di economicità e solvibilità, dimensioni essenziali alla sopravvivenza dell'organizzazione
- dell'impatto sociale ossia del modo in cui si incide sui bisogni della comunità di riferimento. Nei prossimi capitoli si affronterà nel dettaglio la definizione di un tale indicatore ed il suo meccanismo di funzionamento.

10 Lo scenario futuro

Negli ultimi anni, la relazione medico-paziente si è profondamente modificata. Da un lato, la realizzazione dettagliata di un elenco di prestazioni diagnostiche e terapeutiche, contrassegnate da codici e tariffe specifiche, ha prodotto una spinta ad una forte specializzazione settoriale che ha spostato lo sguardo medico dalla persona malata all'organo malato.

Il medico ha raggiunto una competenza specialistica elevata che, dimenticando l'altro soggetto della relazione, spesso lo ha portato ad assumere decisioni per il bene del paziente, in modo autoreferenziale e paternalistico. Di converso, con l'avvento di internet, che ha aiutato a superare una tradizionale asimmetria informativa, alcune classi di pazienti hanno cominciato ad organizzarsi e a rispondere allo strapotere medico, costituendosi in associazioni di tutela dei relativi diritti (Rose 2008 p.16). La diafrasi si è trasformata in uno scontro, nel quale la diagnosi ha assunto per così dire una valenza probatoria: il rispetto scrupoloso del protocollo e dello standard è diventata una delle principali preoccupazioni quotidiane del personale sanitario, con un conseguente ricorso alla medicina difensiva.

La relazione medico-paziente è stata inoltre sicuramente influenzata in modo rilevante dal rapporto con l'ente finanziatore, pubblico o privato che

Responsabilità Sociale in Sanità

fosse, il quale ha proiettato una vera e propria lente d'ingrandimento sulla remuneratività delle singole patologie, con lo stesso approccio di un investitore alla ricerca dell'operazione più conveniente (Ib.p.17).

In un prossimo futuro, inoltre, emergeranno una serie di soggetti svantaggiati che dovranno rivolgersi ad altre agenzie, nella speranza di trovare risposte più appropriate alle loro esigenze. Ne deriverà un nuovo fabbisogno di comunicazione tra i due mondi, quello sanitario e quello sociale, che dovrà necessariamente portare a mappare l'iter diagnostico, terapeutico, riabilitativo e di reinserimento sociale di tali soggetti, che per certi versi sono "nuovi", ossia emergono come soggetti suscettibili di risposte diverse dall'approccio classico di tipo ospedaliero (Alcune regioni realizzano, già piani socio-sanitari). Altro elemento che modificherà sensibilmente il contesto sanitario verrà dalle nuove scoperte della biologia, che già consentono di guardare il corpo non più in modo organico e sistemico, secondo un approccio di ippocratica memoria, ma ad un livello molto più particolare, ossia a livello molecolare, modificano sensibilmente lo scenario che si presenterà ai nostri occhi nei prossimi anni.

Certamente l'anatomia del sistema sanitario nei prossimi anni subirà dei mutamenti importanti, dal momento che l'applicazione medica non ha più bisogno della presenza del corpo fisico, non solo grazie al contributo dalla diagnostica per immagini e alla tele-diagnostica, ma soprattutto per merito della genomica molecolare, che ha consentito di anatomizzare il corpo umano in frammenti infinitesimali, suscettibili di essere spostati, analizzati e modificati. *"La molecorizzazione conferisce una nuova mobilità agli elementi della vita, consentendo loro di entrare in nuovi circuiti- organici, interpersonali, geografici e finanziari"*⁹².

⁹² Rose N. La Politca della Vita Piccola Biblioteca Einaudi 2008 p.23

Tesi di dottorato in Bioetica, di Fabrizio Russo,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 09/02/2012.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica
e ricerca, a condizione che ne venga citata la fonte

UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

V PARTE Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

11 Introduzione

Il ricorso a indicatori e report per misurare comportamenti socialmente responsabili non è nuovo. In particolare si desidera segnalare, tra gli indicatori, il Dow Jones Sustainability index (DJSI⁹³) e il FTSE4good⁹⁴ e tra i report il Global Reporting Initiative⁹⁵ (GRI).

Il DJSI rileva le performance di numerose imprese. Pubblicato per la prima volta nel 1999, esclude compagnie appartenenti a settori quali tabacco, bevande alcoliche, azzardo, armamenti e intrattenimenti per adulti.

Le imprese incluse appartengono a 19 settori (Oil & Gas, Chemicals, Basic Resources, Construction & Materials, Goods & Services, Automobiles & Parts, Food & Beverage, Personal & Household Goods, Healthcare [Healthcare Providers, Medical Products, Biotechnology, Pharmaceutical], Retail, Media, Travel & Leisure, Telecommunications, Utilities, Banks, Insurance, Real Estate, Financial, Services Technology). Le performance rilevate da tale indice fanno riferimento alle dimensioni sociali, ambientali ed economiche. Ciascuna dimensione ha un peso; ogni dimensione è poi articolata in sub dimensioni. Il punteggio (Corporate Sustainability Score) relativo a ciascun criterio è il risultato del prodotto di 3 fattori: peso del criterio, peso della domanda e punteggio assegnato alla risposta.

Il punteggio totale è la sommatoria dei punteggi relativi ai suddetti criteri:

$$TS = \sum_{i=1}^N (ANS * CRW * QUW)_i$$

$$i=1$$

TS = Punteggio totale

CRW = Peso del criterio

QUW = Peso della domanda

ANS = Punteggio della risposta

N = Numero totale dei criteri

Il DJSI è aggiornato con una periodicità trimestrale ed annuale. In casi straordinari (es. M&A, OPA, bancarotta) sono previste ulteriori revisioni.

⁹³ <http://www.sustainability-indexes.com>

⁹⁴ http://www.ftse.com/Indices/FTSE4Good_Index_Series/F4G_Download_Page.jsp

⁹⁵ <http://www.globalreporting.org/Home>

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

L'indice include un gran numero di grandi imprese e, articolandosi in sottoindici, consente un'analisi delle determinanti della sostenibilità. Tuttavia la definizione dei pesi è soggettiva.

L'indice **FTSE4good** fornisce informazioni ad investitori interessati a compagnie che dimostrano di avere buoni standards di RS . Pubblicato per la prima volta nel 2001, esclude compagnie il cui volume d'affari deriva da settori quali quello del tabacco e della difesa bellica. Le performance rilevate da tale indice fanno riferimento a diverse dimensioni: Environmental Management, Countering Bribery, Upholding Human and Labour Rights, Supply Chain, Labour Standards.

The Global Reporting Initiative (GRI)

Il GRI *“consiste nella misurazione, comunicazione e assunzione di responsabilità (accountability)*

nei confronti di stakeholder sia interni sia esterni, in relazione alla performance dell'organizzazione rispetto all'obiettivo dello sviluppo sostenibile”. Lanciato per la prima volta nel 2000 . *“Tutte le organizzazioni possono utilizzarlo, indipendentemente da dimensione, settore di attività o paesi”* in quanto il framework include dimensioni comuni a diversi tipi di organizzazioni. Attualmente è adottata la versione “G3” e per il 2013 è attesa la versione successiva.

Il framework si ispira ad una serie di principi (materialità; inclusività degli stakeholder; il contesto di sostenibilità; completezza; principi di garanzia della qualità del report –equilibrio, comparabilità, accuratezza, tempestività, chiarezza, reliability)

Dopo aver richiesto di tratteggiare il profilo dell'organizzazione, che include anche una dichiarazione dell'impegno assunto da parte del presidente o dell'amministratore delegato, nei confronti della sostenibilità, il modello rileva le performance con riferimento alle dimensioni sociali, ambientali ed economiche, consentendo confronti sia temporali rispetto alla stessa organizzazione sia tra organizzazioni diverse.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

12 L'indicatore

La definizione di tale indicatore si propone, appunto, tale obiettivo: spingere tutti i soggetti coinvolti ad elevare la qualità del proprio comportamento, nella convinzione che l'agire di un'azienda sanitaria non possa essere valutato positivamente solo perché il suo risultato economico è positivo (Legge Regione Sicilia 14.4.2005)⁹⁶; esistono, infatti, altre dimensioni parimenti importanti, delle quali un'azienda sanitaria deve rispondere ai propri stakeholders e innanzitutto all'utente che si affida e si fida del suo operato. In un provider sanitario, socialmente responsabile, la consapevolezza di tale fiducia costituisce un asset intangibile, ovvero un elemento fondamentale dell'organizzazione e parte integrante dell'identità aziendale, che spinge i suoi operatori a cercare di soddisfare sempre meglio i bisogni del paziente.

Obiettivo di tale parte è definire un indicatore che misuri la responsabilità sociale del provider ospedaliero: come definito in precedenza, responsabilità sociale è *“la capacità di cooperare consapevolmente, all'interno di una data comunità, al conseguimento del bene comune, attraverso il perseguimento del proprio fine e facilitando il raggiungimento di quello altrui”*. Affinché tale responsabilità non rimanga una mera dichiarazione di principio, ma sia resa tangibile in modo da poterla valutare, è necessario ricorrere ad un appropriato strumento di misurazione.

IN.S.H.A.Re. (Index Social Healthcare Actors Responsibility), questo il nome dell'indicatore, vuole restituire un punteggio che abbia un valore segnaletico per informare il management e i diversi stakeholders, circa la capacità del provider di rispondere alle esigenze dei pazienti e utenti (impatto), attraverso la sua organizzazione e le risorse economiche di cui

⁹⁶ LEGGE 14 aprile 2009, n. 5.

Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale GURS 17 APRILE 2009 nr 17:
“4. Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate nel rispetto degli obiettivi fissati dal Piano di rientro [...] comporta la decadenza automatica del direttore generale delle Aziende del Servizio sanitario regionale, dichiarata dal Presidente della Regione, su proposta dell'Assessore regionale per la sanità.
5. Non possono essere nominati direttori generali coloro che nel corso del triennio 2006-2007-2008 non abbiano raggiunto gli obiettivi di equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate”.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

dispone ed in generale alla mission istituzionale, segnalando gli ambiti sui quali indirizzare gli eventuali processi di miglioramento; grazie alla valutazione che IN.S.H.A.Re. consentirà, sarà infatti possibile valutare le variazioni di punteggio raggiunto sulle diverse dimensioni, sia in termini temporali, considerando lo stesso provider, sia nel confronto con altri provider, con la conseguenziale definizione di un benchmark di riferimento. Un indicatore ha una funzione informativa. Anche IN.S.H.A.Re. aspira a svolgere tale funzione, pur nella consapevolezza di fornire una lettura parziale di una realtà complessa come quella sanitaria. Il ricorso ad un indicatore implica la necessità di assumere una certa riduzione della realtà. L'informazione che ne deriva è utile a comprendere, sia pure in modo approssimato, un certo trend e ad assumere decisioni. Occorre però che tale informazione sia interpretata alla luce delle molteplici dimensioni del reale e delle relative connessioni che non possono certo essere rappresentate attraverso un indicatore, seppur complesso.

L'indicatore è composto da **3** macro-dimensioni:

- **Organizzativa**
- **Strumentale**
- **Politico Sociale**

Ciascuna dimensione sarà alimentata dal ricorso ad una serie di dati sanitari ed economici e dai feedback di una serie di soggetti titolati (interviste). Le dimensioni individuate sono frutto di un'analisi della letteratura scientifica (medica ed economico-aziendale applicata al campo sanitario), monografie e articoli reperiti su PubMed (1° cap.).

Una volta ottenuto il punteggio sulle varie dimensioni, lo stesso confluirà in un unico database. La sommatoria dei diversi punteggi fornirà al provider il valore della propria performance di responsabilità sociale, dalla quale partire per pianificare le conseguenti strategie.

12..1 Dimensione Organizzativa

Valutare tale dimensione significa stimare se il provider sanitario risponde al fine per il quale è stato costituito, se rispetta la funzione degli altri attori

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

del sistema e collabora con gli stessi per realizzare il fine del servizio sanitario. I fattori che si ritiene necessario analizzare in tale contesto, fanno riferimento al concetto di clinical decision making e di governance: la individuazione di tali sub-dimensioni non ha la pretesa di essere esaustiva e rappresentativa del concetto di organizzazione, ma aiuta ad inquadrare in modo significativo le principali determinanti del comportamento organizzativo. Se è vero che l'assunzione delle scelte mediche determina l'uso appropriato del provider, evidenziando comportamenti opportunistici, inefficienze da parte di attori del servizio sanitario (territorio, prevenzione, lungodegenza), comportamenti clinici inadeguati frutto di competenze obsolete, d'altra parte, l'assetto organizzativo, le procedure, le modalità di lavoro, il sistema di controllo interno aiutano a comprendere qual è il livello di cultura organizzativa che supporta il medico nell'erogazione delle cure.

12.1.1 Clinical Decision Making

Le competenze professionali del medico sono evidentemente le competenze core di un'azienda sanitaria e tali competenze si mettono in gioco nell'assunzione di scelte mediche (decision making). Il concetto di decision making nella letteratura scientifica viene trattato, adottando sia la prospettiva del medico che quella del paziente.

In particolare, la prima valutazione del medico circa la risposta da dare al fabbisogno di salute, riguarda la conoscenza della disponibilità di terapie non invasive e la capacità del medico di saperle somministrare.

Il medico, infatti, dovrebbe aver presente una serie di proposte da suggerire, anche in alternativa alla scelta chirurgica, evidenziando al paziente, ove possibile, la gamma delle opzioni terapeutiche disponibili. Una responsabilità sociale ben vissuta deve infatti spingere il medico a dominare lo status quaestionis di tutte le alternative terapeutiche disponibili. Il medico proporrà la terapia più invasiva solo quando non esistono altre alternative, tenendo conto dell'efficacia della cura, delle condizioni del paziente successive alla somministrazione della stessa e dei relativi costi. Un tale approccio sembra ben spiegato dal contributo di Papatheodoridis GV

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

(2008). In tale scritto, l'autore, riferendosi ad una patologia specifica - l'epatite virale cronica - spiega come il ricorso alla biopsia epatica rientri nel "gold standard" delle decisioni terapeutiche per il trattamento della malattia. L'autore si chiede se tutti i pazienti (affetti da tale patologia) possano essere sottoposti a tale esame e se esso possa essere ripetuto più di una volta sugli stessi. Nelle epatiti croniche *b* e *c* la diagnosi è principalmente basata su trattamenti biochimici sierologici e virologici. La biopsia epatica viene impiegata, invece, per stimare la severità delle lesioni istologiche e in alcuni pazienti può escludere la coesistenza di altre cause di danno epatico, fornendo informazioni sulla presenza e severità di lesioni istologiche aggiuntive; in tali forme di epatite, la biopsia epatica serve a valutare l'estensione della fibrosi epatica e quindi a fornire dati per la prognosi che può influenzare l'assunzione di una decisione terapeutica; ma tale procedura, invece, non sembra necessaria per pazienti che rispondono bene ai trattamenti.

La biopsia epatica è un esame invasivo che richiede un ricovero di 12-24 h prima della procedura. Necessita, inoltre, di personale ben formato poiché comporta alcuni rischi. Le lesioni istologiche epatiche, infatti, cambiano col tempo e richiedono di essere rivalutate con conseguenze che incidono spesso sulla qualità della vita dei pazienti. Per questi motivi, a volte, i pazienti preferiscono evitare di essere sottoposti a tale esame. Tra l'altro, esso richiede un costo abbastanza elevato.

Il Fibro-Test, validato in diversi gruppi di pazienti affetti da epatite *b ed e*, è un indice, che richiede la determinazione di 5 parametri di laboratorio, attraverso un complesso modello matematico che include dimensioni come età e sesso. E' un test non invasivo che può predire la severità della fibrosi epatica con precisione superiore ad altri test. Questo test combinato con un fibroscan, offre la miglior performance per la definizione della fibrosi nell'epatite cronica.

A parere di chi scrive, in tal modo si propone una strategia più etica per il paziente con importanti informazioni circa le modifiche istologiche del fegato, evitando i limiti e i rischi della biopsia epatica invasiva e ripetuta.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

La gestione ottimale del paziente con epatite virale cronica è, pertanto, basata sulla conoscenza del trattamento medico e di tutte le opzioni terapeutiche disponibili. I medici dovrebbero idealmente possedere:

- buona esperienza personale dei tipi e caratteristiche di tutte le opzioni terapeutiche disponibili;
- buona esperienza della naturale storia della malattia;
- ottima conoscenza dei metodi richiesti per la corretta diagnosi;
- conoscenza delle indicazioni appropriate di trattamento;
- conoscenza del follow-up ottimale durante e dopo la terapia;
- conoscenza della durata ottimale della terapia;
- gestione del possibile trattamento degli eventi avversi.

In generale il medico dovrebbe informare il paziente sugli aspetti riguardanti la malattia, la prognosi e i metodi richiesti per la corretta diagnosi. Se una biopsia epatica è indicata per un dato paziente, rischi, benefici e opzioni alternative dovrebbero essere illustrate allo stesso, prima di richiedere il consenso informato, cosicché idealmente paziente e medico possano collaborare insieme nel prendere la decisione di effettuare una biopsia epatica.

Il medico dovrebbe ricordare le caratteristiche dell'intervento terapeutico con tutte le opzioni possibili:

- Efficacia
- Effetti
- Durata della terapia
- Costi

L'autore sottolinea che l'abilità di un medico dovrebbe dipendere non dall'esperienza ed opinione personale, ma dai dati desunti da una medicina basata sulle prove di efficacia: “*The former implies well-founded knowledge while the latter leads to ignorance*” (legge di Ippocrate)

Come si può notare dalla presentazione di questa review, alcuni elementi possono essere astratti e presentati come elementi da valutare per una corretta assunzione di scelte mediche:

- i rischi e benefici della procedura;

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

- le alternative disponibili;
- le indicazioni per la terapia;
- la competenza ed esperienza del medico;
- l'appropriata comunicazione ai pazienti.

Questi sono elementi che incidono sulla capacità di un provider di erogare un'assistenza appropriata.

12.1.1.1 La relazione tra competenze professionali e scelte mediche

Altri autori (Rajput et al. 2002) hanno evidenziato quali dimensioni siano coinvolte nella relazione tra competenze professionali ed assunzione di scelte mediche ed in quali ambiti (consenso informato, riservatezza, management) tali dimensioni siano chiamate a orientare i comportamenti, interpellando a tale fine l'etica. Di fronte ai dilemmi attuali e futuri in medicina, la bioetica nordamericana propone al decision maker i seguenti 4 principi morali fondamentali⁹⁷:

- beneficenza
- autonomia
- non maleficenza
- giustizia

Beneficenza

La beneficenza ha orientato da sempre i comportamenti in medicina; si afferma ciò nonostante alcune esperienze (i medici nazisti, l'esperimento di Tuskegee, lo studio sull'epatite della Willowbrook State School Hospital) possono far dubitare della correttezza di quanto detto. Si tratta infatti e fortunatamente, di casi isolati anche se pur sempre orribili.

Il medico deve orientare i suoi comportamenti al concetto di compassione, nel senso dell'etimologia latina (compatior, cum-patior, soffrire insieme),

⁹⁷ A tali principi corrispondono a quelli tipici della bioetica personalista (principio terapeutico, di libertà-responsabilità, di sussidiarietà) che tuttavia sono collegati da un fondamento comune e cioè dal bene della persona, principio unificante che sembra essere meno evidente nella bioetica nordamericana

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

supportando i pazienti nelle scelte e migliorando le proprie capacità di comunicazione (Orlowski 1986).

Autonomia

L'autonomia è stata promossa con particolare enfasi dall'etica medica contemporanea, in contrapposizione al paternalismo medico e al concetto di paziente quale destinatario passivo di cure; il paziente è diventato un partner nella relazione terapeutica. Il focus dell'etica medica oggi è rivolto alla responsabilità medica, alla valutazione della capacità di assumere decisioni (decision making), al rifiuto dei trattamenti specie se salva-vita, alle problematiche legate al fine-vita, al dire la verità sapendo ottenere la fiducia del paziente. Tutti elementi che rientrano nella proposta di un corretto consenso informato.

Non maleficienza

Secondo alcuni tale principio non avrebbe ragione d'essere in quanto semplicemente emergente in contrapposizione al principio di beneficienza; si tratta del noto principio ippocratico: "*primum non nocere*".

Giustizia

Si riferisce al diritto di ricevere lo stesso trattamento a prescindere dalle condizioni e caratteristiche del paziente.

12..1.1.1.1 Ambiti di intervento

12..1.1.1.1.1 Il consenso informato

Il consenso informato fornito prima di un trattamento è l'espressione riconosciuta dalla legge di un diritto di autodeterminazione ed **autonomia** sul proprio corpo. Alcuni elementi devono essere analizzati in modo puntuale nell'ambito di tale concetto: la natura delle decisioni e o della procedura; le alternative ragionevoli all'intervento proposto; i rischi rilevanti, benefici e incertezze afferenti altre alternative; la valutazione della capacità di comprendere del paziente; l'accettazione dell'intervento da parte

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

del paziente. Di fronte ad un consenso informato si dovrebbero valutare tre aspetti:

1. che cosa un medico dovrebbe dire riguardo all'intervento;
2. che cosa un paziente dovrebbe sapere per assumere una decisione informata;
3. che cosa un paziente dovrebbe sapere e comprendere per assumere una decisione informata.

Ciò richiede in omaggio al principio di **beneficienza**, una comunicazione ben fatta, appropriata alle esigenze del paziente.

Il medico nel valutare la competenza, ossia l'abilità cognitiva e comportamentale di un paziente e la sua capacità di assumere decisioni dovrebbe chiedersi di nuovo se il paziente può comprendere il particolare trattamento che gli viene offerto; se egli può assumere una decisione riguardo a tale trattamento; se il paziente può comunicare tale decisione.

12..1.1.1.1.2 Riservatezza

La riservatezza è un obbligo grave per medici e providers. Fatta eccezione per quella situazioni in cui la violazione della riservatezza può salvare altre vite umane, in nessun altro caso il medico può violare questo patto di fiducia con il paziente. In effetti, alcuni studi mostrano come facilmente tali commenti inappropriati ledono tale riservatezza.

La privacy, anche se diversa dalla riservatezza, in un mondo fondato sulla comunicazione, va parimenti tutelata. Un paziente è infatti più disponibile a confidarsi con il suo medico, se sa che la sua privacy è tutelata. Tutela, che va garantita anche nelle trasmissioni delle informazioni tra providers con il ricorso a documenti criptati, usando *cover letter* in cui si sottolinea la natura confidenziale dell'informazione, ecc.

12..1.1.1.1.3 La relazione medico-paziente

Il concetto ideale di relazione medico paziente è stata descritta come una relazione, che coinvolge competenze, comunicazione, compassione, continuità, assenza di conflitto di interesse. Il rapporto medico paziente nelle

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

lungodegenze mostra come i medici entrino in una relazione di familiarità con il paziente, il quale costruisce un rapporto di fiducia con il suo medico. Si deve, però, distinguere il concetto di fiducia da quello di dipendenza. Molti pazienti possono superare tale relazione esclusiva, se trovano dei medici più competenti. Certamente la relazione fiduciaria può essere messa in crisi da difetti di comunicazione. Consideriamo, per esempio, gli errori clinici: essi sono una caratteristica tipica dell'*ars medica*, connaturali alla relazione di cura. Tuttavia, frequentemente, sono frutto di un cattivo funzionamento organizzativo, più che di una negligenza comportamentale; il problema sorge quando il medico, ledendo il principio di giustizia, tace l'errore al paziente che ne è stato vittima. Ciò non è etico per diverse ragioni: anzitutto perché chiunque abbia subito un danno, ha il diritto di essere ricompensato. Il medico ha il dovere di essere veritiero con il paziente ed un suo silenzio implica il convincimento, da parte del medico stesso, che il problema del paziente sia solo di ordine naturale.

Proteggere il paziente futuro, che può essere lesa da un medico privo di scrupoli (non maleficienza), è prima di tutto un dovere. Comprendere tali ragioni significa aiutare i medici ad assumere un comportamento professionale anche sugli standard etici. D'altra parte una relazione fiduciaria corretta tra medico e paziente implica anche la necessità di aiutare i pazienti a raggiungere decisioni ragionevoli.

Altri autori (Redelmeier DA et al. 1993) sottolineano come i pazienti siano attratti da interventi che eliminano il rischio piuttosto che semplicemente ridurlo. Inoltre la scelta di un paziente dipende dal modo in cui sono formulati e commentati i risultati statistici di un dato intervento: enfatizzare i risultati positivi o negativi di una data terapia incide sulla capacità di scelta del paziente e, conseguentemente, un medico potrebbe far leva su questi aspetti, se volesse indurre nel paziente l'adozione di comportamenti che promuovono la sua salute. Pertanto i medici devono, nella loro relazione con il paziente, orientarlo non solo circa le decisioni, ma anche circa i comuni errori di pensiero, come per es. quelle associazioni realizzate dai pazienti tra l'asprezza di determinate terapie, lo stato di malessere post intervento e

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

l'effettivo beneficio riportato, che possono spingere il paziente ad accettare o meno la cura. Il medico deve saper rappresentare i rischi di un intervento, sapendo valutare non solo l'aspettativa media di vita del paziente, ma anche le sue preferenze, evidenziando quali siano le soglie di severità, superate le quali, l'evidenza medica suggerisce senz'altro l'intervento e valutando tutte le caratteristiche patologiche specifiche della persona malata.

Nel caso dell'aneurisma al tratto ascendente dell'aorta, per esempio, si suggerisce l'intervento di riparazione, superata la soglia di dilatazione di 5,5 cm (Brewster et al 2003). Ciononostante, molti cardiocirurghi suggeriscono l'intervento anche a dilatazioni inferiori, pur evidenziando il rischio di mortalità dell'intervento stesso. E' dunque opportuno in casi come questi fornire un quadro il più ampio possibile sia delle terapie alternative sia delle evidenze cliniche sia della mortalità post-intervento e delle complicanze riabilitative.

È pertanto necessario che i medici acquisiscano le skills necessarie per supportare i pazienti.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

12..1.1.1.1.4 Il “truth telling”

Rientra, pertanto, nell’ambito di una corretta relazione medico paziente il concetto di truth telling, dimensione essenziale per favorire la piena realizzazione del concetto di autonomia del paziente.

In “*evolution of truth-telling attitudes and practices in italy*” (Surbone et al. 2004), gli autori evidenziano come vi siano notevoli differenze tra i paesi occidentali e gli altri paesi rispetto a tale argomento. Tali differenze probabilmente derivano dal ruolo che giocano le variabili culturali nel rapporto tra autonomia e beneficenza. In Italia, ad esempio, fino a qualche anno fa era usuale che la diagnosi di cancro venisse rivelata solo ai parenti del malato, ma negli ultimi anni tale approccio si sta modificando. Il consenso informato è diventato un’espressa previsione di legge, oltre che una prescrizione deontologica; si ricorre a strumenti di comunicazione pensati *ad hoc* per pazienti affetti da patologie oncologiche ed inoltre i pazienti sono sempre più documentati grazie ad internet. Che lo strumento legislativo sia utile per favorire l’adozione di comportamenti orientati a comunicare adeguatamente e correttamente la patologia al paziente è un dato certamente vero soprattutto nelle società multietniche, dove le differenze culturali trovano un elemento unificante nella legge; al contrario, osservano gli autori, in società più chiuse come quella italiana (almeno fino agli ultimi anni del secolo scorso), è la tradizione a giocare un ruolo più efficace. Resta comunque un preciso elemento di responsabilità sociale che quei medici, i quali si trovano più di altri a dover gestire una relazione con il paziente dagli esiti probabilmente infausti, acquisiscano competenze nella comunicazione efficace e nella mediazione culturale. Ciò deve essere assicurato attraverso una ridefinizione dei programmi formativi universitari ed una specifica attività di ricerca nel campo del *truth telling*.

12..1.1.1.1.5 Gli ambiti della comunicazione

Dalla revisione della letteratura medica si nota come questo argomento sia stato sviluppato, particolarmente, nell’ambito dei pazienti affetti da patologie oncologiche: in una di queste review (De Haes H et al. 2005), la

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

comunicazione viene scomposta nelle sue dimensioni essenziali, che secondo gli autori, consistono in 4 dimensioni:

A - attitudine a costruire una relazione

La fiducia gioca un ruolo essenziale nella relazione medico paziente, soprattutto quando si deve assumere una decisione, dopo aver acquisito delle informazioni, alla luce del proprio set valoriale,: lo scambio di informazioni presuppone la raccolta di informazioni da parte del team dei sanitari che è necessaria per stabilire la severità dei sintomi e comprendere quali decisioni alternative e raccomandazioni dovrebbero essere offerte rispetto alle condizioni e ai valori del paziente. Ma presuppone anche che le informazioni siano date in modo chiaro, lasciando il tempo al paziente di elaborarle e non abbandonandolo a sé stesso; così si creano le basi per l'assunzione di decisioni, per ridurre l'incertezza, per aiutare il paziente ad essere indirizzato verso obiettivi raggiungibili.

B - supporto all'assunzione di decisioni

Di fronte alle tante alternative che i pazienti si possono trovare a valutare, in considerazione della tecnologia avanzata, ma a volte aggressiva, e della qualità di vita che può derivare da alcune opzioni, è necessario di nuovo assicurare ai pazienti una migliore comunicazione e una comprensione dello stato psicologico e relazionale del paziente stesso.

C - fornire raccomandazioni

Tale dimensione va oltre il semplice dire cosa deve fare il paziente: presuppone l'aver preso in considerazione le condizioni, le preferenze e le possibilità del paziente, sapendo andare oltre una comunicazione formale, in adempimento a prescrizioni legali, valutando se le parti coinvolte abbiano competenza per mettere in pratica le raccomandazioni, come condizione necessaria perché queste siano efficaci.

D - controllare le emozioni

E' una dimensione che va presa in considerazione, in quanto i pazienti possono avere remore a confrontarsi con temi come morte, malattie

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

incurabili, paura o difficoltà di accettare le prognosi. Accettare un intervento chirurgico a rischio o fidarsi del medico anche a seguito di esperienze passate non positive, causa nel paziente una serie di emozioni che richiedono che il medico entri appieno nella storia del paziente (Connelly J. 1998). In tali casi è necessario supportare i pazienti sul piano emotivo, psicologico e se è possibile spirituale.

12..1.1.1.1.6 Dalla parte del paziente

Alcuni autori (Welie et al. 2001) focalizzano l'attenzione sulla competenza del paziente ad assumere decisioni, un argomento che entra nel vivo del dibattito tra principio di beneficenza cui deve uniformarsi chi eroga la cura e l'autonomia del paziente stesso. Nel realizzare tale ricerca egli dà un contributo chiarificatore circa il termine competenza, offrendo alcune proposte definitorie del termine. L'articolo prende le mosse dall'etimologia latina del termine competenza, del quale l'autore sottolinea l'aspetto del *"coming together at one point"* .

Un giudizio sulle competenze richiede che siano soddisfatte 4 condizioni:

1. Sia conosciuta la natura del compito;
2. Sia conosciuto il concetto di lavoro ben fatto (la competenza non implica il fare bene un lavoro);
3. Le abilità o qualità richieste per fare un lavoro ben fatto siano note.
4. Sia noto se le persone incaricate abbiano le qualità e abilità richieste.

Riconoscere che una persona abbia le competenze per decidere, non significa ancora che essa decida in modo competente: un paziente competente che sceglie, che cosa non decide in modo competente?

Rimane chiaro il presupposto che ogni paziente è il miglior giudice del proprio stato di salute. Frequentemente, però, accade che un paziente, il quale rifiuta il piano terapeutico proposto dal medico, sia da questi considerato incompetente e, al contrario, accade che lo stesso sia considerato pienamente competente dal medico quando lo accetta.

Il punto della questione è: l'autonomia e l'auto-determinazione del paziente deve essere rispettata solo quando il paziente è d'accordo con le scelte

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

mediche? La risposta sembra scontata: il paziente è l'unico responsabile della sua salute, anche quando rifiuta le cure, ma ha il diritto di non essere lasciato solo. I pazienti non vogliono essere lasciati soli dai loro medici, nella decisione da prendere. Essi pur sapendo che hanno il diritto e la libertà di scegliere tra i diversi interventi proposti dal medico, tuttavia non sono attirati dal rispetto di una formale autonomia, ma chiedono di essere presi in carico dal medico con le proprie caratteristiche personali e con la propria unicità.

In questa prospettiva, il consenso del paziente al trattamento è frutto di un dialogo diagnostico, prognostico e terapeutico tra paziente e medico. Questo iter percorso insieme, come si diceva prima, dà la necessaria garanzia al medico che il suo intervento sia realmente benefico.

Da un lato, infatti, gli erogatori della cura non possono definire l'interesse del paziente, senza il coinvolgimento di un paziente competente; dall'altro, occorre considerare il processo che porta il paziente ad assumere decisioni, in ordine al proprio stato di salute e la valutazione di tale competenza non può riguardare soltanto la decisione specifica. Occorre, dunque, non solo valutare il processo di decision making elaborato dal paziente, ma anche che cosa è importante nell'interesse del paziente.

Infatti, come abbiamo già detto, è frequente che un medico definisca incompetente il paziente se non accetta il suo piano terapeutico. In nome dell'incompetenza, oggi il paternalismo medico può prevalere sull'autonomia del paziente.

12..1.1.1.1.7 Paternalismo

Il rispetto dell'autonomia del paziente è, pertanto, un *must* da osservare sempre e comunque (art.38 codice di deontologia medica). Tuttavia occorre mettere in conte un certo grado di paternalismo: *in primis*, in quanto il paziente è soltanto competente a decidere circa la cura che deve "subire", mentre la definizione di beneficio che risulta dalla cura, necessariamente rinvia al parere del medico e pertanto si presuppone un atto di fiducia del paziente verso il medico.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

In secundis, in assenza di una teoria generale del beneficio di una cura, è inevitabile che il punto di vista dei medici peserà particolarmente nel giudicare la competenza del paziente nell'assumere decisioni e pertanto il relativo grado di autonomia.

Anche se qualche grado di paternalismo è inevitabile, occorrerebbe ricordarsi sempre che un paziente è competente fino a prova contraria. Una decisione di un paziente potrebbe essere non rispettata solo se i livelli minimi standard nei processi decisionali non sono stati soddisfatti e, viceversa, occorrerebbe rispettare tali decisioni se il processo decisionale del paziente mostrasse di avere una sua autonomia e capacità critica, anche a dispetto degli outcomes. Quali criteri si possono, pertanto, assumere per definire competente un paziente?

12..1.1.2 Abilità nell'assumere decisioni

Quali abilità sono dunque richieste per prendere decisioni soddisfacenti circa la propria salute? Secondo l'autore, le abilità richieste per assumere decisioni sono almeno quattro:

Abilità di assorbire, comprendere e trattenere conoscenze o contenuti cognitivi.

Abilità di rivedere criticamente le informazioni disponibili, mantenendo un certo grado di logica e consistenza, in quanto il *decision making* implica una stima e una valutazione dei probabili *outcomes*. La capacità di comprendere è comunque direttamente proporzionale alla gravità della decisione, in quanto le competenze di un paziente non sono riconducibili a particolari contenuti dei valori in sé, ma dipendono dalla consapevolezza del paziente di tali valori. Il paziente può anche rivedere le sue decisioni e non per questo essere considerato incompetente; allo stesso modo il medico deve sapere entrare in rapporto di confidenza con il paziente e se non ci riesce, dovrebbe rinviare ad altro medico il paziente stesso. In questi casi, infatti, è molto probabile che il paziente trattenga per sé una serie di informazioni utili per la diagnosi e che rivelerà solo se si fida del suo medico.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

Libertà di volere: capacità di optare tra due alternative disponibili. Tale capacità può essere obbligata da vincoli interni o esterni, ma se il paziente appare accettare volontariamente uno scenario, anche se contravviene al suo interesse medico, la decisione può essere considerata autonoma.

Abilità di esprimersi: abilità di esprimere una decisione basata sulla conoscenza di fatti e valori rilevanti, in modo comprensibile al medico, rivedendo criticamente le informazioni.

Un paziente competente che sceglie, che cosa non decide in modo competente? E' la domanda che ci si è posti precedentemente. Per rispondere correttamente a tale interrogativo e, con riferimento all'abilità di assumere decisioni in ordine al proprio stato di salute, appare illuminante lo studio di alcuni autori (Berman et al. 2008) che presentano i risultati di alcune interviste effettuate a circa venti pazienti sottoposti ad intervento per aneurisma aortico. Il quadro che emerge è che la percezione di molti pazienti intervistati era di non avere avuto altra scelta, se non quella di essere sottoposti all'intervento; l'intero campione intervistato, poi, non aveva compreso pienamente i rischi e i potenziali eventi avversi di un tale intervento: *“Some patients perceived that there was no choice regarding whether or not to have surgery. Some patients did not feel adequately informed prior to making a decision. Patients differed in the scope and content of information they desired. Trust had an impact on the informed consent process”*.

Inoltre, l'articolo mostra come tutti i pazienti intervistati non abbiano compreso del tutto i rischi e gli eventi avversi connessi all'intervento, che ha pur sempre un 5-10% di esito infausto. Si dovrebbe, pertanto, nel proporre tali tipologie di terapie aiutare i pazienti a valutare anche i rischi connessi a tale intervento chirurgico, coinvolgendo in questo la famiglia che insieme al paziente elabora le informazioni.

E' pertanto evidente che esiste una relazione forte tra scelte mediche e competenze professionali dei *care-givers*. Il medico, se da un lato deve

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

rispettare l'autonomia del paziente competente, dall'altro deve però supportarlo con tutte le informazioni e competenze che dispone, mettendo in gioco tutte le doti umane e professionali di cui, chi ha effettuato il giuramento ippocratico, deve essere capace.

Per analizzare l'assunzione di scelte mediche, si propone il ricorso ad alcuni indicatori sviluppati dal Ministero della Salute italiano, indicatori che essendo implementati da dati quantitativi (Schede di dimissione ospedaliera) supportano l'indicatore nel tentativo di mantenere l'analisi la più oggettiva possibile.

12.1.1.2.1 Appropriately come sistema valutativo delle scelte mediche

“Una prestazione deve essere erogata rispettando le condizioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace [appropriatezza specifica], nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato [appropriatezza generica]”[...] “Gli interventi erogati per la diagnosi e il trattamento di una determinata condizione clinica sono quindi da considerare appropriati solo qualora siano forniti al “paziente giusto, nel momento giusto, nel livello assistenziale adeguato e dal professionista giusto” (Accordo Stato Regioni dell'11 Luglio 2002).

La definizione sopra riportata fornisce un contributo importante al nostro studio sulla responsabilità sociale, facendo riferimento ad un sistema valutativo, quello dell'appropriatezza, che a nostro parere poggia le sue basi sul concetto:

- di medicina basata sulle prove di efficacia, secondo la definizione proposta da D. Sackett (2000): “ *processo di apprendimento continuo autodiretto, che integra le migliori e più aggiornate evidenze con l'esperienza individuale*”, collegandosi in tal modo l'appropriatezza alle scelte mediche.
- di “leggi dell'atto integrato” (Tambone 2000 p.82) che richiede una conoscenza del contesto organizzativo più adeguato, in cui un provider ospedaliero deve erogare i profili di cura, utilizzando le risorse umane, tecniche (attrezzature, macchinari....) e logistiche

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

(spazi) più aderenti al tipo di risposta terapeutica da fornire. Non è corretto ricorrere alla degenza ordinaria per erogare una prestazione che può essere erogata negli spazi di un Day Hospital o di un ambulatorio. Ciò contraddice il fine di quell'area organizzativa (la degenza ordinaria) e non rispetta le funzioni di altre aree organizzative (Day hospital e Ambulatorio).

Il concetto di atto integrato sanitario richiama l'attenzione su 3 aspetti importanti dell'appropriatezza:

- il fine dell'atto: la risposta più appropriata al fabbisogno del paziente;
- le circostanze: il grado di collaborazione tra i livelli assistenziali e tra i professionisti per l'attivazione del contesto organizzativo più "giusto" (id.) e della risposta più appropriata al fabbisogno del paziente (acuto, post acuto, cronico...), "nel momento giusto";
- gradualità tra i fini: è forse questo l'aspetto più importante. Per definire il concetto di giusto, citato nella definizione di appropriatezza sopra menzionata, è necessario ricorrere ad una metodologia che aiuti a mantenere coerente il comportamento organizzativo rispetto al fine.

12..1.1.2.1.1 Appropriatezza Clinica

Gli indicatori proposti sono tratti dal "Progetto Mattoni misura 07" del Ministero della Salute; tali indicatori, come già anticipato, hanno la funzione di segnalare la capacità del provider di erogare prestazioni di "efficacia dimostrata in contesti nei quali il profilo beneficio-rischio per i pazienti si mantiene favorevole"⁹⁸. Di seguito gli indicatori analizzati:

- Percentuale di Parti cesarei sul totale dei parti
- Percentuale di Interventi di colecistectomia laparoscopica sul totale di interventi di colecistectomia
- Tasso di ospedalizzazione standard (std) per tonsillectomia (per 100.000 abitanti)

98 Ministero della Salute Progetto Mattoni misura appropriatezza pg 5 2006

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

L'elenco degli indicatori è ancora più numeroso, ma si è deciso di includere solo i suddetti, in quanto gli altri indicatori proposti (Tasso di ospedalizzazione grezzo per prostatectomia-TURP; Tasso di ospedalizzazione std per appendicectomia; Tasso di ospedalizzazione std per isterectomia) non sono direttamente correlati al comportamento dell'azienda ospedaliera. Essi si riferiscono a patologie che possono essere gestite al livello distrettuale, attraverso i servizi di prevenzione e i poliambulatori, ossia strutture che rientrano nei livelli di assistenza collettiva e territoriale e non ospedaliera.

12..1.1.2.1.1.1 Percentuale di Parti cesarei sul totale dei parti

Indicare la percentuale di parti cesarei tra gli indicatori di appropriatezza clinica significa valutare l'operato dei provider in un ambito nel quale il ricorso all'intervento chirurgico molto spesso non è giustificato da un fabbisogno epidemiologico oggettivo. Negli anni diverse società scientifiche internazionali (*Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, American College of Gynecologists and Obstetricians, National Collaborating, Centre for Women's and Children's Health*) hanno ribadito l'assoluta ingiustificabilità del ricorso così frequente a queste pratiche invasive, promuovendo linee guida e raccomandazioni che incentivano il ricorso al parto vaginale anche dopo aver subito un parto cesareo. Il Ministero della Salute aderendo alle raccomandazioni del World Health Organization (WHO) ha fissato il limite massimo di parti cesarei per struttura sanitaria nella percentuale del 20%. Tuttavia il ricorso a tali massimali appare ingiustificato, in quanto la propensione al tasso cesareo dipende da fattori individuali (competenze professionali ad es.) e di contesto (politiche sanitarie) e non sempre è radicato in autentiche ragioni cliniche. Di recente l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha pubblicato una linea guida dal titolo "*Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*" (2011) nella quale, passando in rassegna l'epidemiologia del taglio cesareo, fornisce una serie di raccomandazioni dalle quali si evince come il taglio cesareo è una scelta tutt'altro che incoraggiata. La linea guida, in circa il

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

40% delle raccomandazione, propone il parto vaginale come la scelta più indicata o comunque sottolinea come non esistano prove scientifiche a “sostegno dell’efficacia del taglio cesareo nel ridurre la morbosità e mortalità neonatale”. E’ altrettanto evidente, tuttavia che la tendenza in atto evidenzia un ricorso ingiustificato da fattori clinici e lascia immaginare un comportamento opportunistico, legato a fattori estranei al fabbisogno oggettivo di salute.

REGIONE	% Parti cesarei sul totale dei parti (1)
Piemonte	29,72
Valle d'Aosta	32,57
Lombardia	29,22
P.A. Bolzano	24,31
P.A. Trento	24,72
Veneto	28,18
Friuli V.G.	22,85
Liguria	37,43
Emilia Romagna	29,40
Toscana	26,33
Umbria	32,10
Marche (*)	33,74
Lazio	41,56
Abruzzo	43,65
Molise	44,90
Campania (**)	61,55
Puglia (***)	47,01
Basilicata	45,11
Calabria	44,29
Sicilia	52,79
Sardegna (***)	37,77
ITALIA	38,19

Tavola A1 - Indicatori di appropriatezza clinica per regione - Ricoveri per Acuti in Istituti pubblici e privati accreditati - Anno 2010 (MinSan)

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

*12..1.1.2.1.1.2 Percentuale di Interventi di colecistectomia laparoscopica
sul totale di interventi di colecistectomia*

Scopo di tale indicatore è evidenziare se all'interno del provider ospedaliero esistono le competenze professionali per assicurare una tecnica chirurgica più avanzata rispetto all'alternativa laparotomica. La tecnica laparoscopica infatti garantisce una degenza media inferiore e riduce il rischio di recidive. Gurusamy ed altri autori (2008) hanno dimostrato che un intervento di colecistectomia laparoscopica precoce (< 24 ore dalla diagnosi di colica biliare) ha diversi effetti positivi, presentandosi come un'alternativa convincente all'intervento a cielo aperto in termini di degenza media inferiore, di tempi di intervento operatorio e di riduzione del rischio di contrarre ulteriori malattie nel periodo di pre-intervento.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

REGIONE	% Interventi di colecistectomia laparoscopica sul totale di interventi di colecistectomia (2)
Piemonte	89,22
Valle d'Aosta	95,94
Lombardia	90,10
P.A. Bolzano	92,35
P.A. Trento	95,20
Veneto	91,74
Friuli V.G.	87,66
Liguria	89,31
Emilia Romagna	87,00
Toscana	91,09
Umbria	88,19
Marche (*)	85,64
Lazio	87,28
Abruzzo	85,66
Molise	86,90
Campania (**)	87,14
Puglia (***)	88,93
Basilicata	91,15
Calabria	86,97
Sicilia	86,54
Sardegna (***)	87,96
ITALIA	88,72

Tavola A2 - Indicatori di appropriatezza clinica per regione - Ricoveri per Acuti in Istituti pubblici e privati accreditati - Anno 2010 (MinSan)

12..1.1.2.1.1.3 Tasso di ospedalizzazione std per tonsillectomia (per 100.000 ab.)

Con tale indicatore si valuta se vi sono comportamenti inappropriati o opportunistici, che portano alla scelta medica invasiva di tonsillectomia oppure se tale risposta terapeutica sia la risposta corretta all'acuto in esame. Le linee guida fissano alcuni limiti nel proporre l'intervento di tonsillectomia. Al di sotto di tali limiti l'intervento è sconsigliato:

“A fronte delle prove disponibili [...] si raccomanda di limitare le indicazioni alla tonsillectomia ai soli casi di tonsillite ricorrente di

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

comprovata gravità che soddisfino, sia per i bambini sia per gli adulti, tutti i seguenti criteri:

- *cinque o più episodi di tonsillite per anno;*
- *episodi invalidanti e tali da impedire le normali attività;*
- *sintomi perduranti per almeno un anno.*

E' necessario un ulteriore periodo di osservazione di almeno sei mesi per valutare l'andamento della sintomatologia, utilizzando un diario clinico.”⁹⁹.

Questa proposta è contestata da chi, supportato dalla letteratura asserisce che gli episodi di tonsillite siano 3 e non 5 e suggerisce di considerare lo stato generale di salute del paziente. In ogni caso i dati evidenziano un ricorso agli interventi chirurgici specie in età pediatrica ancora elevato con un conseguente elevato tasso di occupazione, che denota il rischio concreto di una terapia inadeguata rispetto al fabbisogno oggettivo di salute.

⁹⁹ (LG Appropriatelyzza e sicurezza degli interventi di tonsillectomia DOCUMENTO 15 marzo 2008 Sistema nazionale per le linee guida tonsillectomia e/o adenoidectomia)

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

REGIONE	Tasso di ospedalizzazione std per tonsillectomia (per 100.000 ab.) (3)
Piemonte	116,86
Valle d'Aosta	157,14
Lombardia	74,76
P.A. Bolzano	102,15
P.A. Trento	121,10
Veneto	92,74
Friuli V.G.	95,77
Liguria	126,26
Emilia Romagna	85,83
Toscana	57,82
Umbria	64,86
Marche (*)	83,70
Lazio	61,87
Abruzzo	71,52
Molise	55,27
Campania (**)	41,27
Puglia (***)	35,61
Basilicata	28,33
Calabria	40,27
Sicilia	63,70
Sardegna (***)	71,95
ITALIA	70,45

Tavola A3 - Indicatori di appropriatezza clinica per regione - Ricoveri per Acuti in Istituti pubblici e privati accreditati - Anno 2010 (dati provvisori)

12..1.1.2.1.2 Appropriatezza Organizzativa

Si tratta di un ambito volto a valutare il setting assistenziale più appropriato ad erogare una prestazione sanitaria efficace (cioè che arreca migliore o identico beneficio al paziente) con minore impiego di risorse. Pertanto se a parità di efficacia una prestazione può essere erogata in regime di Day Hospital, la stessa erogata in regime di ricovero ordinario risulterà inappropriata perché utilizzerà impropriamente l'ospedale, consumando

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

risorse utili a chi ha più bisogno di ricevere cure più complesse e perché graverà economicamente in modo più oneroso sull'organizzazione.

Di seguito gli indicatori proposti:

- *Percentuale di Dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in Regime ordinario da reparti chirurgici*

Tale indicatore mostra in modo semplice come una struttura ospedaliera può essere utilizzata in modo da contraddire il fine per la quale essa è stata creata. I reparti chirurgici, essendo caratterizzati da un'organizzazione più complessa in termini di attrezzature e macchinari dovrebbero essere utilizzati per garantire la degenza di pazienti che hanno subito interventi; i motivi per cui un paziente è dimesso dal reparto chirurgico senza aver subito l'intervento, possono essere di due tipi: o il paziente non era in grado di subire l'intervento oppure perché l'ammissione del paziente stesso è stata inappropriata *ab origine*.

- *Percentuale di Ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico*

Il ricovero diurno è un modello di assistenza, che per complessità e invasività non può essere erogato in regime ambulatoriale ma che di norma non necessita di un pernottamento in quanto la situazione clinica del paziente non richiede una tale intensità di assistenza. Il paziente in regime di ricovero diurno diagnostico riceve un'assistenza diagnostica multi-specialistica di particolare complessità che implica una valutazione medico-sanitaria per alcune ore in ambito ospedaliero. Tale regime di assistenza non è sostitutivo di quello ambulatoriale, pertanto il ricorso al ricovero diurno dovrebbe essere autorizzato dalla direzione sanitaria e realizzarsi quando sono previste procedure erogabili solo in regime di ricovero.

- *Percentuale di ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico*
- *Percentuale di ricoveri brevi 2-3 giorni sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico*

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

Gli indicatori che seguono offrono informazioni sul comportamento del provider ospedaliero rispetto a patologie che, o richiedono altri regimi di degenza (lungodegenza) o richiedono, per un migliore decorso, di ricevere risposte in breve tempo:

- Percentuale di ricoveri con degenza oltre soglia sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico di pazienti con età 65 anni e oltre
- Degenza media preoperatoria
- Percentuale di di fratture anca Operate e. 2 gg dal Ricovero
- Percentuale di “day surgery”+”one day surgery x interventi di cataratta
- Giornate di DH
- Giorni di degenza in ricovero ordinario
- Percentuale di giornate di dh medico (escl. Chemioterapie)
- Percentuale di ricoveri brevi
- Percentuale ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei
- Ricoveri ordinari medici
- Percentuale di ricoveri di degenza outlier
- Degenza media preoperatoria
- Peso medio dei ricoveri di pazienti anziani

12..1.1.2.2 Rischio clinico

La tematica delle infezioni in ambito ospedaliero richiede una valutazione che passa dalle competenze professionali dei singoli ma anche dalla capacità dell'organizzazione di implementare procedure di qualità in grado di limitare l'insorgere del rischio.

Se è certamente vero, infatti che una serie di infezioni potrebbero essere evitate se si rispettassero più attentamente una serie di raccomandazioni, frutto dell'evidenza tuttavia il provider, che vigila adeguatamente sul loro rispetto, attraverso opportune soluzioni organizzative può evitare danni ai pazienti e al proprio conto economico, dal momento che prevenire le

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

infezioni significa ridurre le degenze e anche liti e contenziosi, ormai sempre più frequenti in sanità. Per la valutazione di tale dimensione, si fa riferimento al set di indicatori forniti dall'OECD (Millar et al. 2004)

Di seguito gli indicatori proposti:

- Infezioni dovute a cure mediche
- Embolia polmonare o DVT post-chirurgiche
- Infezioni post-chirurgiche
- Traumi ostetrici in parto naturale con ausilio di strumenti
- Traumi ostetrici in parto naturale senza ausilio di strumenti

12..1.1.2.2.1 Infezioni dovute a cure mediche

“...Le infezioni dovute a cure mediche possono essere un serio problema, in qualche caso possono portare alla morte“ (Millar 2004). Una ricerca condotta negli Stati Uniti (Lucado et al. 2010) presenta dati interessanti circa le caratteristiche dei pazienti e degli ospedali con molte infezioni dovute a cure mediche: 42.243 pazienti pari allo 0.2 percent di tutti i ricoveri ospedalieri. In questa popolazione il 45.0,% era costituiti da soggetti d'età uguale o maggiore di 65 anni; il 32.9% era compresa tra 45 e 64 anni; il 22.1%, infine tra i 18 e 44 anni. La distribuzione per genere era la seguente: maschi 49.1% e femmine 50.9%. Questi Ospedali erano finanziati da Medicare (53.5%), da assicurazioni private (23.7 %), e da Medicaid (14.9%):*“The remaining (4.4 percent and 3.6 percent were uninsured and other payers, respectively”*. Lo studio sottolinea che *“la degenza media di ricoveri con un infezione dovuta a cure mediche era pari a 24.4 giorni con un costo di \$52.096, cioè 19 giorni più a lungo e \$43.000 più costoso della media degli altri ricoveri”*.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

REGIONE	Infezioni dovute a cure mediche (per 100.000 dimessi) (1)
Piemonte	12,66
Valle d'Aosta	-
Lombardia	12,50
P.A. Bolzano	12,32
P.A. Trento	20,59
Veneto	8,64
Friuli V.G.	8,71
Liguria	10,11
Emilia Romagna	10,62
Toscana	7,91
Umbria	14,86
Marche (*)	5,13
Lazio	5,42
Abruzzo	2,72
Molise	5,80
Campania (**)	3,01
Puglia (***)	4,41
Basilicata	2,33
Calabria	5,35
Sicilia	6,66
Sardegna (***)	6,81
ITALIA	8,08

Figura 1 Tavola A4 - Indicatori di rischio clinico in ambito ospedaliero - Ricoveri per Acuti in Istituti pubblici e privati accreditati - Anno 2010 (dati provvisori) (MIN.SAN)

12.1.1.2.2 DVT o embolia polmonare post-chirurgiche

Una lunga immobilizzazione nei pazienti durante il ricovero, può causare una malattia delle vene delle gambe chiamata trombosi venosa profonda che in alcuni casi non solo può causare complicazioni ed una lunga degenza in ospedale, ma anche la morte. I fattori di rischio che possono causare la malattia sono lesioni gravi o interventi chirurgici importanti. La malattia si presenta con gonfiore alle gambe, difficoltà di respirazione causata da un coagulo di sangue ai polmoni. I pazienti più inclini a questa malattia sono: anziani, persone in sovrappeso, i pazienti con trombosi precedente o affetti da malattie oncologiche. La sopravvivenza migliore della popolazione, ma anche le procedure chirurgiche più aggressive possono causare una diffusione dell'embolia. Per prevenire questa malattia, il paziente deve tornare in piedi nel più breve tempo possibile, recuperando la capacità di

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

bere e mangiare autonomamente, e, se necessario, deve ricorrere all'uso di strumenti come le calze elastiche: "La maggior parte delle TEV che richiedono ospedalizzazione si verifica dopo la dimissione, in un periodo che va da 2 settimane fino a 2-3 mesi (Kearon 2003)." Ciò implica un possibile aumento dei ricoveri ripetuti così come un aumento del tempo di degenza. (LG Profilassi della Tromboembolia Venosa Post-Chirurgica Regione Lazio 2007)

REGIONE	Embolia polmonare o DVT post-chirurgiche (per 100.000 dimessi) (2)
Piemonte	129,48
Valle d'Aosta	271,06
Lombardia	154,30
P.A. Bolzano	130,03
P.A. Trento	108,75
Veneto	236,70
Friuli V.G.	172,59
Liguria	192,61
Emilia Romagna	182,98
Toscana	256,66
Umbria	219,76
Marche (*)	158,80
Lazio	155,91
Abruzzo	152,46
Molise	261,26
Campania (**)	112,42
Puglia (***)	106,59
Basilicata	210,98
Calabria	148,40
Sicilia	129,68
Sardegna (***)	91,34
ITALIA	162,69

Tavola A5 - Indicatori di rischio clinico in ambito ospedaliero - Ricoveri per Acuti in Istituti pubblici e privati accreditati - Anno 2010 (dati provvisori) (MIN.SAN)

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

12..1.1.2.2.3 Sepsi postoperatorie

L'incidenza di sepsi post operatoria “*is a severe complication with a mortality rate of up to 30%*” (Drösler et al. 2009). Molti casi di sepsi postoperatorie possono essere prevenuti attraverso l'uso appropriato di profilassi antibiotica, buona preparazione della sala operatoria e attraverso la sterilizzazione degli strumenti chirurgici.

REGIONE	Infezioni post-chirurgiche (per 100.000 dimessi) (3)
Piemonte	179,02
Valle d'Aosta	160,90
Lombardia	227,18
P.A. Bolzano	219,42
P.A. Trento	190,74
Veneto	190,66
Friuli V.G.	174,02
Liguria	291,84
Emilia Romagna	264,26
Toscana	261,87
Umbria	194,78
Marche (*)	131,90
Lazio	218,17
Abruzzo	175,45
Molise	130,63
Campania (**)	87,86
Puglia (***)	115,34
Basilicata	285,34
Calabria	94,82
Sicilia	82,67
Sardegna (***)	68,01
ITALIA	188,26

Tavola A6 - Indicatori di rischio clinico in ambito ospedaliero - Ricoveri per Acuti in Istituti pubblici e privati accreditati - Anno 2010 (dati provvisori) (MIN.SAN)

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

12..1.1.2.2.1 Traumi ostetrici in parto naturale con ausilio di strumenti

Sin dai primi anni 70 si è registrata una drastica riduzione nell'uso di strumenti come il forcipe o il vacuum extractor. "All women should be encouraged to have continuous support during labour as this can reduce the need for operative vaginal delivery" (RCOG 2011). In questo ambito, le competenze aggiornate dovrebbero aiutare gli operatori ad usare il vacuum extractor con cautela. RCOG raccomanda it "*should not be used at gestations of less than 34 weeks +0 days. The safety of vacuum extraction at between 34 weeks +0 days and 36 weeks +0 days of gestation is uncertain.*"(ib.). E' questo il caso in cui evidentemente ricorre la dimensione già trattata del "*medical decision making*", in quanto:"*Safe operative vaginal delivery requires a careful assessment of the clinical situation, clear communication with the mother [informed consent] and healthcare personnel and expertise[Obstetric trainees should receive appropriate training in operative vaginal delivery] in the chosen procedure.*" (Ib.) I medici devono valutare i rischi ed eventualmente ricorrere al taglio cesareo: "*Operative vaginal delivery should be abandoned where there is no evidence of progressive descent with moderate traction during each contraction or where delivery is not imminent following three contractions of a correctly applied instrument by an experienced operator.*" Le procedure di risk management richiedono che "*Adverse outcomes, including unsuccessful forceps or vacuum delivery, should trigger an incident report as part*". Comunque queste procedure sono ammissibili solo se erogate da operatori con elevata esperienza, ricorrendo immediatamente al taglio cesareo nel caso che la procedura fallisse.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

Tavola A7 Andamento del parto assistito in Europa

Tab. 1 Prevalenza del parto assistito in alcuni Paesi Da Gei F, 2011						
	Vacuum- Assisted Deliveries (%)	Forceps- Assisted Deliveries (%)	Cesarean Deliveries (%)	Total Assisted Deliveries (%)	Births (year)	Ref.
Scotland	3.3	9.7	26.1	39.1	57,945 (2009)	⁸
Ireland	12	4	25.0	39	71,963 (2007)	⁹
Canada	10.3	4.6	25.6	40.5	333,974 (2004)	¹⁰
Australia	7.5	3.6	30.9	42	289,496 (2007)	¹¹
England	7.0	3.3	22.7	33.0	575,900 (2004)	¹²
USA	3.5	0.8	31.8	36.1	4,316,233 (2007)	¹³

REGIONE	Traumi ostetrici in parto naturale con ausilio di strumenti (per 100.000 dimessi) (4)	Traumi ostetrici in parto naturale senza ausilio di strumenti (per 100.000 dimessi) (4)
Piemonte	2.501,69	736,04
Valle d'Aosta	-	-
Lombardia	1.937,41	462,74
P.A. Bolzano	2.317,88	987,11
P.A. Trento	1.685,39	759,38
Veneto	4.269,14	1.216,10
Friuli V.G.	2.583,98	1.302,00
Liguria	2.349,87	701,36
Emilia Romagna	3.859,65	1.033,81
Toscana	2.625,98	804,49
Umbria	2.824,86	957,13
Marche (*)	2.054,79	1.484,77
Lazio	1.393,19	575,59
Abruzzo	-	294,15
Molise	5.555,56	912,65
Campania (**)	1.021,57	378,67
Puglia (***)	1.916,93	589,12
Basilicata	-	733,99
Calabria	1.449,28	1.230,56
Sicilia	3.553,30	781,13
Sardegna (***)	2.105,26	312,30
ITALIA	2.530,26	729,57

Tavola A8 - Indicatori di rischio clinico in ambito ospedaliero - Ricoveri per Acuti in Istituti pubblici e privati accreditati - Anno 2010 (dati provvisori) (MIN.SAN)

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

12.1.2 La Governance come strumento di funzionamento dell'organizzazione

12.1.2.1 Governance

Per Governance intendiamo “*un insieme coordinato e condiviso di politiche, strategie, regole, accordi, processi e procedure che definiscono: chi assume le decisioni in una organizzazione (a qualsiasi livello), e in quali ambiti, come queste decisioni vengono prese, la modalità con la quale chi decide rende conto agli altri*”(Wright et al.2005 p XXII). In sanità una celebre definizione ha contribuito ad avviare una serie di studi sul tema della governance clinica:“*Clinical governance is a system through which NHS organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish*” (Scully Donaldson et al. 1998); da tale formulazione è possibile rilevare che, affinché il servizio sanitario sia responsabile e quindi possa migliorare la qualità dei suoi output e realizzare la sua mission di salvaguardia dei bisogni di salute, deve:

- “*avere un forte orientamento al paziente*”(Zangrandi et al. 2005), rendendo disponibili le informazioni sulla qualità dei servizi e monitorando le differenze nell'accesso alle prestazioni;
- “*valutare la sostenibilità degli interventi in rapporto alle risorse finanziarie disponibili*” (ibid.), favorendo la collaborazione di tutti gli attori coinvolti;
- ridurre i rischi per i pazienti;
- “*favorire la costante ricerca della qualità delle prestazioni e dell'appropriatezza dei processi assistenziali*”(ibid.) basati sull'efficacia e su buone prassi.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

12..1.2.2 Board

Il Board (Graham et al. 2009) di un'organizzazione sanitaria si identifica con il gruppo dirigente che assume le decisioni strategiche principali sulla vita dell'organizzazione stessa, assicurando:

- rappresentanza verso gli utenti, i finanziatori, i policy makers;
- leadership, attraverso la formulazione di una mission e di una vision.
- Gestione delle risorse umane e finanziarie nel migliore interesse dell'organizzazione.
- Accountability, attraverso il monitoraggio continuo delle attività, garantendo la trasparenza nelle operazioni, definendo un codice di condotta per promuovere un ethos diffuso, definendo politiche chiare che evitino possibili conflitti, diffondendo un clima di fiducia e collaborazione.

Il management ha una responsabilità verso pazienti, organizzazione e comunità. Anche se il suo background è di tipo medico deve saper bilanciare le esigenze economiche dell'organizzazione con quelle della cura del singolo paziente.

12..1.2.3 Mission vision e piano strategico

L'identità di un'organizzazione è definita dal complesso di mission, vision e valori che la caratterizzano. Tali dimensioni possono essere assegnate da un soggetto esterno all'organizzazione: l'assessorato alla sanità, il ministero della salute, il policy makers. Oppure possono essere il risultato di un'analisi introspettiva che dall'interno, attraverso un processo di condivisione tra i principali stakeholders, porta alla definizione delle suddette dimensioni.

Definire una mission significa sintetizzare “*gli obiettivi dell'azienda in funzione dell'ambito competitivo e dei principali interlocutori sociali*”. Essa deve considerare “*la natura di ciò che l'azienda vuole rappresentare per l'ambiente di riferimento*”; il suo posizionamento rispetto ai competitor esterni; le sue competenze distintive rispetto ai concorrenti (Damiani et al. 2005 p. 246-7). Essa definisce ed enuncia “*i fondamentali obiettivi che rappresentano la ragion d'essere*” dell'organizzazione (Bersani et al.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

P.132): Perchè una mission sia ben fondata dovrà tener conto delle caratteristiche del territorio in cui l'organizzazione insiste e pertanto dei fabbisogni epidemiologici di riferimento. Essa potrà evidentemente caratterizzarsi per uno specifico focus che la proprietà aziendale desidererà sottolineare nell'esplicitazione di questo specifico tratto identitario. In ogni caso la mission dà un timbro definitivo all'obiettivo che l'organizzazione intende perseguire nel prosieguo della sua gestione. Analizzando le mission di vari provider si può notare che, pur mantenendo fissa la funzione istituzionale che ha portato alla costituzione dell'azienda sanitaria, ciascun provider mostra però sempre una competenza distintiva, un focus specifico determinato da fattori come la capacità di interpretare i bisogni epidemiologici, usare la tecnologia, favorire l'inclusione sociale delle categorie svantaggiate, ecc. I manuali di economia aziendale ci dicono che *“compito fondamentale del management aziendale ai vari livelli di responsabilità è quello di utilizzare le proprie competenze distintive al fine di creare prodotti caratterizzati da un'efficacia funzionale assolutamente competitiva rispetto alle attese del mercato e ancor di più, di prevenire i bisogni del mercato, creando prodotti di cui i clienti hanno bisogno senza saperlo¹⁰⁰”*. La mission dovrà tener conto del contesto e della comunità in cui il provider è radicato e si alimenterà del dialogo con i vari stakeholders. Per es. un qualsiasi provider non potrà non tener conto nella definizione della sua mission delle caratteristiche demografiche del bacino epidemiologico che serve (invecchiamento della popolazione, presenza diffusa alcune disabilità ecc.) oltre che della relazione con altri provider. Accanto a tali mission formali, all'interno della stessa organizzazione si possono rilevare mission parallele o “emergenti” con la definizione di uno scostamento tra mission formale e mission effettiva. ”E’ quindi, particolarmente interessante provare a rilevare le Missioni agite dalle aziende piuttosto che quelle dichiarate in modo da capire quanto si avvicinino a quella di tutela complessiva della salute, quanto siano

¹⁰⁰ Vergara C. *Il contributo della Programmazione e del Controllo al governo consapevole delle aziende* Giuffrè ed. 2004 p.139

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

determinate dagli assetti istituzionali regionali e quanto invece dalla reale geografia dei consumi” (Longo 2008).

Il metodo di programmazione aziendale suggerisce poi che una volta definita la mission e la vision, ossia ciò che l'azienda intende diventare nel prossimo futuro, si proceda alla definizione degli obiettivi strategici e di quelli operativi (Guix J, et al. 2008).

12..1.2.4 Il sistema valoriale

Il sistema valoriale è il complesso dei principi che ispirano l'agire organizzativo. Secondo alcuni, essi sono il frutto della convergenza della visione interna (personale) ed esterna, secondo un'approccio bottom-up, dal basso, che estrinseca i valori nei quali l'organizzazione si riconosce e che il mercato riconosce alla struttura organizzativa e top-down, ossia imposto dalla gerarchia aziendale: *“il primo processo è ovviamente più lungo, più intimo, più negoziato e tende a fotografare la situazione reale ed evidenziare il gap che si vuole colmare rispetto ai valori che il mercato richiede e legge. Il secondo, invece è imposto, cade dall'alto, è meno condiviso e fotografa più la situazione attesa che reale”* (Hinna 2005 p.142). La caratteristica specifica di un sistema valoriale è che esso ha un valore cogente soltanto all'interno dell'organizzazione a differenza di una norma che può essere universalizzata.

12..1.2.5 Comunicazione agli stakeholders

Dalla definizione di stakeholders data da Freeman (1988): *“qualsiasi gruppo o persona che possa influire sul o essere toccato dalla realizzazione degli obiettivi dell'impresa”* discende la necessità di interagire con questi soggetti dal cui appoggio dipende la sopravvivenza dell'azienda. Con gli stakeholders si può comunicare in vari modi; una delle forme più istituzionali è rappresentata dagli strumenti di rendicontazione sociale, all'interno dei quali le organizzazioni danno conto del modo in cui hanno realizzato la propria mission, utilizzando le risorse ad esse assegnate.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

Appare sempre più necessario che nell'interazione tra ambiente esterno e provider sanitario sia frapponga uno strumento di comunicazione professionale al fine non solo di superare l'asimmetria informativa tra servizio sanitario e cittadino, ma anche per dare conto del proprio operato alla comunità. Una risposta organizzativa a tale fabbisogno può essere la creazione di un ufficio di pubbliche relazioni che curi questi rapporti, in staff a chi governa l'organizzazione. Certamente essa deve essere sensibile a ciò che emerge dalla stampa e deve poter monitorare la percezione del posizionamento aziendale nei *media*, al fine di individuare una strategia di risposta. Occorre comunque sottolineare che *“temi come quelli della identità aziendale, delle caratteristiche dei diversi canali della comunicazione o del ruolo della opinione pubblica per il funzionamento delle aziende sanitarie pubbliche necessitano di ulteriori approfondimenti se le aziende vogliono migliorare la loro capacità di comunicare, di comprendere il formarsi e il modificarsi dei giudizi intorno alla propria azione, di agire sui media”*(Del Vecchio et al 2010).

12..1.2.6 Il processo di Budgeting

L'azienda sanitaria, nell'erogare il profilo di cura ai suoi utenti, ha bisogno di gestire le risorse in modo da garantire la disponibilità di cura per l'ennesimo paziente che si presenterà alle porte della struttura. Tale scopo può realizzarsi, attraverso l'assegnazione di precisi obiettivi a coloro che gestiscono le diverse unità organizzative dell'azienda sanitaria, che secondo le loro specifiche professionali, devono certamente poter erogare le prestazioni terapeutiche in piena autonomia, ma secondo specifici programmi che si impegnino a rispettare (siglare), dopo opportuna proposta e negoziazione. D'altra parte il budget, proprio perché frutto di una negoziazione impegna l'altro “contraente”, la direzione generale, a destinare le relative risorse per consentire il rispetto dell'impegno assunto. Quando la negoziazione è realmente vissuta all'insegna della soddisfazione di bisogni reali di salute e quando il provider desidera soddisfare tali bisogni con il desiderio di andare oltre la risposta finora assicurata, con una risposta

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

sempre nuova, non solo in termini terapeutici, ma anche alla luce di un'etica del lavoro ben fatto, e non rassegnata ad un mero adempimento di una funzione di interesse pubblico, allora il budget può diventare uno strumento di responsabilità sociale: in tale contesto vivere la condizione di efficienza, con il supporto di un budget, è preciso dovere di ogni azienda sanitaria che desidera garantire disponibilità di risorse per il numero maggiore di pazienti possibile e pertanto perseguire la sopravvivenza di lungo periodo nel conseguimento del suo ruolo istituzionale.

Il budget pertanto diventa un riferimento da assumere come guida che non intende limitare l'autonomia e la responsabilità dei medici come fosse un manuale d'istruzione da seguire pedissequamente: Ciò significa che in una struttura ospedaliera che opera in elezione, per es. un'unità di ortopedia, in grado di realizzare complicati interventi alla colonna con applicazione di protesi, in considerazione dell'elevata incidenza di tali presidi sulla tariffa relativa al DRG corrispondente, (interventi quindi con un basso margine lordo), cercherà di erogare un maggior numero di interventi, come quelli agli arti che presentando un maggiore valore aggiunto al fine di finanziare con tale utile la perdita derivante dalla prima tipologia di intervento. A tale necessità risponde certamente la funzione del sistema di controllo di gestione che nelle fasi che più lo caratterizzano, quella di budgeting e di reporting, consente al management di rilevare informazioni di natura economica, ma anche afferenti l'erogazione di attività e l'utilizzo della struttura. Informazioni indispensabili a misurare il dispendio di risorse necessarie a conseguire gli obiettivi, o cosa ancor più critica, a valutare la corretta allocazione di tali risorse in relazione agli obiettivi assunti dall'organizzazione.

12.1.2.6.1 Il documento di budget

Il documento di budget è frutto di un processo periodico che coinvolge l'organizzazione nella individuazione degli obiettivi da raggiungere, coerenti con il piano strategico adottato, attraverso una negoziazione tra le unità organizzative ed il referente organizzativo preposto a definire il budget

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

stesso. Tale processo si avvia con il piano strategico aziendale, che in un'organizzazione sanitaria dovrebbe fondarsi sui fabbisogni epidemiologici da soddisfare, in un'ottica di utilizzo efficace ed efficiente delle risorse.

Il budget, essendo un programma per il raggiungimento di tali obiettivi, si articola in dati di natura sanitaria ed economica, definiti grazie alla negoziazione e relativi all'anno successivo.

E' pertanto necessario un pieno coinvolgimento delle varie aree aziendali che a vario titolo sono chiamate a realizzare la catena del valore aziendale, nella realizzazione di tale processo.

12..1.2.6.2 La negoziazione

Il processo di Budgeting può essere gestito secondo linee differenti, tipo Top-down o di tipo Bottom-up:

1. l'approccio Top-Down prende avvio per iniziativa del vertice aziendale che fissa gli obiettivi, trasmettendoli ai livelli inferiori di gestione. Si tratta di un approccio apparentemente più rapido che offre garanzie di coerenza tra gli obiettivi da conseguire e le risorse da impiegare. Per tali caratteristiche si suggerisce nelle fasi iniziali di introduzione dei sistemi di controllo di gestione.

D'altra parte, si rischia di non rispondere alle reali necessità della comunità epidemiologica di riferimento, mancando tale processo di un confronto con tale contesto di riferimento.

2. Tale limite sembra essere superato dall'approccio Bottom-Up nel quale gli obiettivi vengono invece proposti dai singoli Centri di Responsabilità, dunque a partire dal basso, e in seguito valutati dal management, rispondendo, così maggiormente alle esigenze concrete delle singoli unità organizzative e del territorio.

Si tratta di una metodologia di più difficile applicazione; le difficoltà risiedono nella necessità d'integrazione e consolidamento di necessità particolari, in quanto espressione dei singoli centri di costo (o parti dell'azienda) e perciò tale approccio è considerato difficilmente rispondente alle finalità più generali dell'azienda.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

Un terzo tipo di approccio, l'approccio Negoziale capace di recuperare i vantaggi dell'approccio di tipo Top-Down e Bottom-Up, attraverso diversi momenti di negoziazione degli obiettivi stessi tra gli attori coinvolti. La formalizzazione ultima degli obiettivi definitivi è pertanto il risultato della partecipazione coordinata e costante dei responsabili alla loro definizione.

Effetti positivi di tale approccio sono una maggiore disponibilità all'ascolto da parte dell'organizzazione, condivisione delle responsabilità e degli obiettivi. Limiti dell'approccio negoziale sono da individuarsi in possibili tensioni e conseguenti rallentamenti del processo nella definizione degli obiettivi. Comunque, è opportuno sottolineare che il processo di budgeting favorisce il superamento di una certa asimmetria informativa tra top management e linee d'erogazione intermedia e finale del servizio, producendo un poderoso processo di empowerment circa l'identità organizzativa; pertanto il tempo investito per la definizione del budget, è sempre un tempo utile, anche se si protrae in lunghe contrattazioni tra le parti coinvolte.

Il controller propone una prima scheda di budget per singolo centro di responsabilità, redatta sulla base della valutazione dei dati storici e di previsione e articolata con dati e indicatori aderenti alla tipologia specifica del centro in questione. Sulla base di tali dati, i singoli Centri di Responsabilità elaborano e propongono il budget alla Direzione Generale e si avvia la negoziazione con la stessa. Il budget così definito viene rivisitato dal management. Infine, i responsabili dei Centri di Responsabilità rivedono e negoziano con la Direzione il budget rivisitato, prima della formalizzazione del dato consolidato e della sua approvazione definitiva.

Elevato livello di comunicazione e di collaborazione tra i centri coinvolti nel processo sono, pertanto, gli ingredienti di un corretto processo di budget, in coerenza con gli obiettivi istituzionali fissati dal piano strategico e alle risorse disponibili.

12..1.2.6.3 Un approccio alternativo di Budgeting: il zero - based budget

Il Budget “a base zero” è una metodologia che consente ogni anno di negoziare la tipologia e la consistenza di risorse necessaria al funzionamento di ciascuna unità operativa.

Il metodo si fonda su un sistema di analisi dei profili di cura che va riproposto ogni anno.

Pertanto, ogni anno, tenendo in considerazione le priorità individuate dall'azienda, si riformula il budget in modo autonomo dall'andamento e dalle decisioni dei periodi precedenti.

Di seguito le fasi sintetizzate del processo:

1. Definizione degli obiettivi aziendali

- rilevazione del fabbisogno epidemiologico in collaborazione con la direzione sanitaria;
- ricognizione delle risorse aziendali in collaborazione con la direzione amministrativa;
- analisi dell'indice di case mix in collaborazione con le singole aree cliniche;
- determinazione del margine operativo economico (Ricavi-Costi operativi)

2. Interviste

- Confronto case mix su base storica e sulla base della nuova proposta;
- Valutazione di sostenibilità e coerenza dei profili di cura rispetto agli obiettivi aziendali;
- Previsione dei costi variabili per tipologia di prestazione
- Previsione dei costi fissi: personale, fitti, ammortamenti, manutenzione;
- Definizione del budget degli investimenti coerenti con i profili di cura previsti dal case mix.

3. Negoziazione e consolidamento

4. Formalizzazione del budget aziendale.

Definizione degli obiettivi Aziendali

Attraverso il supporto del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale, l'azienda definisce la sua pianificazione strategica per il soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza.

Perché la programmazione sia coerente con il contesto e l'identità aziendale, è necessario che il top management operi un'attenta analisi introspettiva, al fine di identificare il perimetro d'azione di massima nell'ambito del quale intervenire.

Tale processo pertanto si avvia definendo:

- i fabbisogni da soddisfare ed il correlato utilizzo delle le risorse aziendali attraverso l'analisi del case-mix: attraverso tale strumento si stabilisce la reale "capacità produttiva" dell'Azienda, esaminando la quantità e la qualità delle prestazioni da erogare, anche tenendo conto dei vincoli dimensionali (numero e tipologia di professionalità disponibili, nr posti letto, nr ambulatori attivati....).
- Risorse aziendali. Con riferimento ai singoli case-mix proposti dai responsabili o referenti di reparto, se ne verifica:
 - incidenza dei costi fissi (ad es. risorse umane disponibili in numero, competenza e coerenza alle prestazioni loro richieste);
 - congruità delle risorse strumentali ed loro peso in termini di ammortamenti sul costo complessivo delle prestazioni. (Si tratta di informazioni desumibili dal budget degli investimenti oltre che dall'analisi dell'inventario dei cespiti)
 - incidenza dei costi variabili sul costo della prestazione diagnostica –terapeutica da erogare.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

Cardiologia									
DRG	Nome	Degenza media	Tariffa DRG	N. casi	GG degenza richieste	GG degenza teorica per letto	Letti necessari	Rimborso totale	Rimborso medio/pz
				971	2472	245	10,09	3.702.319,41	3.812,89
124	Mal. cardiov. eccetto IMA, con cateterismo cardiaco, diag. complessa	2,5	€ 3.621,40	400	981			1.448.558,31	
112	Procedure cardiovascolari per via percutanea	2,6	€ 6.197,48	250	656			1.549.370,70	
125	Mal. cardiov. eccetto IMA, con cateterismo cardiaco, diag.non complessa	2,2	€ 1.737,36	197	430			342.260,12	
144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio, con CC	4,7	€ 3.944,18	36	169			141.990,53	
140	Angina pectoris	1,6	€ 2.179,45	19	30			41.409,51	
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio, senza CC	3,7	€ 2.685,06	20	73			53.701,19	
143	Dolore toracico	2,4	€ 2.244,52	11	26			24.689,74	
135	Cardiopatie congenite e vizi valvolari, con CC, età > 17	1,8	€ 3.042,45	8	14			24.339,58	
133	Aterosclerosi, senza CC	3,3	€ 2.181,51	8	26			17.452,11	
134	Ipertensione	2,7	€ 2.015,73	6	16			12.094,39	
139	Aritmie cardiache e disturbi di conduzione, senza CC	2,0	€ 1.894,36	4	8			7.577,46	
132	Aterosclerosi, con CC	1,0	€ 3.031,09	4	4			12.124,34	
88	Broncopneumopatia cronica ostruttiva	2,0	€ 2.885,44	2	4			5.770,89	
67	Edema polmonare ed insufficienza respiratoria	6,0	€ 3.163,30	2	12			6.326,60	
131	Malattie cardiovascolari periferiche, senza CC	3,0	€ 2.443,36	2	6			4.886,72	
121	Malattie cardiovascolari con IMA con complicanze cardiovascolari, dimesso v	8,0	€ 4.883,62	2	16			9.767,23	

Rimborso medio/pz complessivo	L.	3.813
Degenza Media complessiva		2,55
Letti teoricamente necessari		10,09
Letti assegnati		11
Occupazione letti in % (365 gg/anno)		62%

esempio di case-mix

- **Margine Economico:** si tratta della differenza tra ricavi (da ricovero ordinario, day hospital e ambulatoriali) e costi che sono determinati in gran parte dalla definizione del case-mix anzidetto per unità operativa, oltre che dai costi dei centri di costo indiretti (si veda glossario), che consentono con il loro servizio ai centri di responsabilità di erogare le prestazioni di specifica competenza.

Occorre sottolineare che il management di fronte a un centro di responsabilità che propone un budget economico in perdita non necessariamente dovrebbe decidere di chiudere il reparto; a parte le motivazioni di natura sociale (chiudere un servizio significa arrecare un disagio ad un bacino di pazienti che dovranno ricercare altri provider) la ragione è essenzialmente di natura economica: il margine di contribuzione ossia la differenza tra ricavi e costi variabili potrebbe essere positivo e ciò consentirebbe di coprire quota parte dei costi fissi; pertanto qualora si chiudesse il reparto, *rebus sic stantibus*, si finirebbe per appesantire ulteriormente la perdita aziendale.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

Interviste

- Definizione di una prima ipotesi generale di budget, che consenta di verificare la sostenibilità economica delle strategie da attuare: il sistema di budgeting proposto si basa essenzialmente sulla capacità del controller di rilevare, attraverso le interviste, il case-mix di reparto e d'ospedale. Output di questo processo è la definizione dei DRG's erogabili su una base temporale predefinita (annuale, mensile o settimanale), da cui scaturisce la definizione delle fasi successive. A tal proposito, un case mix definito su un arco temporale settimanale, consente certamente un controllo più semplice sul tipo di attività del reparto e sui DRG erogati ordinariamente ed una verifica della capacità produttiva del reparto, tramite l'individuazione del numero effettivo di settimane lavorative in un anno.

La valorizzazione del budget dei ricavi, per quanto riguarda ricoveri ordinari e in day hospital è realizzata secondo le tariffe associate ai DRG, mentre per l'assistenza ambulatoriale secondo le tariffe proposte dal nomenclatore tariffario regionale.

Il budget di attività a base zero diviene così il punto di partenza per le valutazioni successive, e offre la possibilità di verificare la reale capacità di remunerare i fattori impiegati nell'erogazione dei servizi.

Si perviene, così alla quantificazione dei costi diretti e indiretti dell'unità operativa (U.O.): una volta individuato il case-mix di riferimento della singola U.O. a partire dalla negoziazione tra le parti, il controllo di gestione avvia l'attribuzione dei costi collegati alle prestazioni stabilite; in tal modo si è dunque in grado di individuare i seguenti elementi:

- Budget dei costi variabili: si identificano i costi direttamente correlati con le prestazioni, per esempio, si inseriscono in questa fase, sulla base del profilo di cura proposto dal medico responsabile, i costi dei presidi necessari all'erogazione della prestazione, del

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

materiale monouso operatorio, del materiale per l'attività diagnostica.

- Budget dei costi fissi: il controllo di gestione analizza anche i costi di struttura e opera il ribaltamento dei costi sulla singola U.O., seguendo vari criteri di ripartizione:
- Budget del personale: si identificano le risorse necessarie per l'espletamento del case mix, obiettivo prefissato, analizzando i carichi di lavoro collegati con le prestazioni da erogare, assegnando il personale secondo il fabbisogno quantitativo e qualitativo della singola U.O. e valutando le competenze e i fabbisogni formativi delle persone individuate.
- Budget delle strutture fisiche: tali costi fissi (affitti, ammortamenti) sono ribaltati sulle singole unità operative secondo basi di ripartizione (cost driver) legate o alle attività (numero di prestazioni, numero di giornate di degenza), oppure al criterio della ripartizione degli spazi (mq);
- Budget degli investimenti: attraverso l'analisi del case-mix si definisce anche il fabbisogno dei macchinari, attrezzature e strumenti necessari. La definizione del budget degli investimenti è una fase critica per la dimensione finanziaria dell'azienda, in quanto, ordinariamente, implica degli esborsi considerevoli, salvo che non si faccia ricorso a leasing o a noleggi; pertanto va valutato anche l'impatto sul saldo finanziario aziendale, previsto alla fine dell'anno, che è la differenza tra le entrate e le uscite previsionali dell'organizzazione. Certamente un'organizzazione che desidera adottare comportamenti socialmente responsabili non può esimersi dal valutare la previsione di attività da erogare anche sotto il profilo finanziario oltre che economico.
- Budget dei servizi: in questo budget sono inclusi il ribaltamento dei servizi esterni di cui beneficia l'U.O., le utenze e i servizi in outsourcing, che secondo determinati criteri di ripartizione vengono assegnate alle unità operative. Ci si riferisce sia ai servizi finali di

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

reparto sia ai servizi intermedi (diagnostica per immagini, laboratorio d'analisi...).

- Definito il Budget dei costi fissi, si stila il report finale per unità operative, il cui consolidamento consente alle U.O. intermedie di valutare le prestazioni sanitarie in quantità e tipologia onde prevedere il fabbisogno di servizi intermedi correlato.

Esistono due modalità di valorizzazione delle prestazioni intermedie:

- a. per semplice ribaltamento dei costi sostenuti (fissi e variabili) per singolo centro di costo intermedio: il limite di tale tecnica è che il *cost driver* non misura puntualmente le prestazioni erogate; si tratta, infatti di una misura approssimativa, ancorchè condivisa, di assorbimento di risorse; tuttavia è di facile applicazione e non richiede la costruzione di meccanismi di rilevazione delle prestazioni, che, anche se più precisi, sono senz'altro più costosi;
- b. per tariffazione interna: viene abbandonato il processo di ribaltamento, in quanto l'U.O. finale "acquista" dall' U.O. intermedia il servizio, che quindi diventa costo diretto della prima. Il limite di tale tecnica è che essa richiede l'adozione di un sistema di tariffazione unico e oggettivo (che potrebbe essere piuttosto complesso da definire, se vuole tener conto delle peculiarità dell'organizzazione, a meno che non si ricorra ad un nomenclatore tariffario); il pregio di tale tecnica è quello di superare le approssimazioni del ribaltamento.

Una volta definite le attività delle U.O. finali e intermedie¹⁰¹, per completare l'analisi delle attività aziendali e poter consolidare il budget aziendale, viene stilato il prospetto dei centri di costo comuni, che possono essere imputati

¹⁰¹ Il concetto aziendale di "finale" ed "intermedio" fa riferimento al beneficiario ultimo del servizio: il paziente. Per esempio, rispetto a quest'ultimo il servizio del reparto di medicina che ricovera il paziente, si considera finale; il servizio della diagnostica per immagini che eroga una prestazione richiesta dal reparto di medicina su tale paziente si considera intermedio.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

attraverso ribaltamento o valorizzando le relative prestazioni con una tariffazione interna.

Negoziazione e consolidamento

Si avvia, quindi, la raccolta di tutti i report da parte del responsabile del controllo di gestione, che presenta il budget alla direzione dopo aver consolidato i report analitici, illustrandone criteri e metodologia. La Direzione Generale verifica la congruenza tra il budget così ottenuto e gli obiettivi strategici da raggiungere.

Da tale confronto può derivare una nuova negoziazione: il responsabile del controllo di gestione avvia una seconda fase di interviste per negoziare e condividere gli obiettivi assegnati con i singoli responsabili delle U.O. che dovranno adottare le schede di budget.

Formalizzazione del budget aziendale

Si perviene, in tal modo, al budget aziendale definitivo che sarà articolato per report economici, di attività (nr di prestazioni in regime di ricovero ordinario, di day hospital e ambulatoriale da erogare) e di struttura (nr posti letto, nr ambulatori, nr sedute di sala operatoria...), approvato dal management e sottoscritto dai responsabili delle varie U.O. e inserito all'interno della programmazione pluriennale indicata nel piano aziendale.

Con il "Budget a base zero", pertanto, ogni anno (o per periodi più lunghi) si rimette in discussione l'attività da svolgere: il budget viene dunque definito ogni volta partendo da zero, senza lasciarsi condizionare eccessivamente dalle attività svolte e dai costi sostenuti nel periodo di riferimento precedente.

12..2 Dimensioni Strumentali

Nelle teorie strumentali, la RS è vista come strumento per realizzare vantaggi competitivi e generare profitti.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

12..2.1 Performance economico-finanziarie

La dimensione economico finanziaria è un elemento essenziale dell'indicatore, in quanto insieme alle altre dimensioni concorre alla valutazione della responsabilità sociale del provider sanitario. In merito a tale argomento, interessa capire quali siano gli ambiti di valutazione più diffusi in letteratura per verificarne poi l'appropriatezza con gli obiettivi connessi alla definizione dell'indicatore. In sanità, lo dimostrano i tanti piani di rientro adottati in Italia e in Europa, vi è una continua preoccupazione per garantire (Cookson R 2008) la migliore cura possibile, tenendo conto delle risorse scarse e al contempo per assistere i pazienti in pericolo di vita (morte imminente, gravi condizioni) senza riguardo ai costi relativi. In tema di risorse scarse, un tipico dilemma che si presenta a chi gestisce risorse finanziarie è decidere se allocarle per finanziare una tecnologia che può salvare un paziente da una morte imminente, distogliendo tali risorse dalla cura di altri pazienti, ai quali tale finanziamento arrecherebbe un maggiore beneficio. Sorgono dubbi circa l'opportunità di disperdere risorse per garantire una maggiore attesa di vita o un miglioramento della qualità di vita, avendo riguardo alle conseguenze di un dato trattamento o alle alternative ad esso. Rispetto a tali scelte si va diffondendo il ricorso a strumenti che valutino i *“costi aggiuntivi e i benefici sanitari derivanti da un intervento, paragonati ad altri interventi o terapie”* (Brauer CA 2007), i cosiddetti strumenti di Cost- effectiveness (si veda Glossario). In effetti, tra l'invecchiamento crescente della popolazione, fenomeno consolidato nei paesi occidentali, e l'evoluzione continua della tecnologia che rende continuamente obsoleti investimenti non ancora ammortizzati, la scelta in ordine all'allocazione delle risorse diventa sempre più complessa (*“difficult allocation decisions must be made”* ib.). All'interno di tale dimensione interessa valutare la capacità dell'organizzazione di remunerare attraverso i suoi ricavi, le risorse consumate per assicurare il processo di cura. Tale dato informativo è fornito, evidentemente, dal report economico; in particolare ciò che interessa è rilevare come la gestione caratteristica- ossa la gestione

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

economica di tutte quelle attività che si riferiscono alla funzione istituzionale dell'organizzazione sanitaria- partecipa alla definizione del risultato economico, che è pari alla differenza tra ricavi e costi complessivi appunto.

Altresì è di fondamentale importanza per la sopravvivenza di breve periodo dell'organizzazione assicurare che la condizione di solvibilità sia soddisfatta; tale condizione è monitorata dai rendiconti finanziari in grado di informare il management circa il saldo finanziario previsionale e consuntivo derivante dalla gestione corrente (ossia connessa all'ordinaria gestione dell'esercizio) e da quella in conto capitale (inerente acquisizione e dismissione di investimenti). Il saldo finanziario dipende dalle politiche di incasso, concordate con gli enti finanziatori e privati paganti, e di pagamento negoziate con i vari fornitori.

Fattori determinanti della dimensione economica sono certamente:

- il **case mix dei reparti**, di cui si è trattato in precedenza, ossia la combinazione dei diversi profili di cura che il singolo reparto eroga ai suoi pazienti e che è misurato sul piano diagnostico dai correlati DRG e dai codici delle diverse prestazioni ambulatoriali e sul piano economico dalle tariffe assegnate alle singole prestazioni;
- il correlato sostenimento dei **costi variabili** connessi (medical devices, farmaci, emoderivati...) e dei **costi fissi** (personale, affitti, ammortamenti...) i quali dipendono comunque dalla struttura aziendale: non è indifferente sull'entità del costo del personale, il fatto che la struttura, ad esempio, incrementi il numero di posti letto del 50%, come dire che anche i costi fissi non sono più tali se il volume di produzione cresce in modo consistente; se l'incidenza del costo variabile sul numero di prestazioni rimane costante al variare delle prestazioni, perché un farmaco ha lo stesso costo per una o per cento prestazioni, l'incidenza del costo fisso sul numero di prestazioni aumenta al decrescere del numero di prestazioni e viceversa si riduce al suo crescere (economie di scala);

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

- la complessità della casistica trattata (case-mix) influenza direttamente l'entità dei **ricavi** da prestazioni sanitarie; ciò in quanto sia il DRG che la prestazione ambulatoriale hanno un peso e maggiore è tale peso, più complessa è la prestazione e più elevata sarà la tariffa che remunererà le risorse utilizzate per erogare il profilo di cura;
- attraverso l'analisi del margine operativo è dunque possibile raffrontare ricavi con costi variabili (1° margine di contribuzione); già a questo livello è possibile fare una prima valutazione sulle performance economiche, in quanto, se il ricavo da prestazione non riesce neppure a remunerare il correlato costo variabile, l'organizzazione sanitaria non potrà remunerare i suoi costi fissi e la condizione di economicità e quindi la sopravvivenza organizzativa saranno compromesse.

L'ambito finanziario è una dimensione critica per la sopravvivenza di breve periodo dell'organizzazione. Valutare la dimensione finanziaria di un qualsiasi servizio da erogare significa monitorare gli aspetti legati agli incassi e ai pagamenti relativi al servizio medesimo, che devono avvenire nel più breve tempo possibile dall'erogazione del servizio. Efficienza vuol dire anche garantire che le fasi che portano a definire il cosiddetto ciclo attivo (fatturazione attiva e incasso) e passivo (ordine, fatturazione passiva e pagamento) siano adeguatamente presidiati.

Il ciclo attivo (Manley R, 2009) dipende dal sistema di rimborso definito con il soggetto finanziatore; anche in Italia a fronte del rimborso erogato dal Servizio Sanitario Regionale, da alcuni anni le aziende sanitarie, anche per far fronte ai crescenti deficit, hanno attivato un'area cosiddetta "privato istituzionale" che consente ai provider di definire le modalità di remunerazione di alcune prestazioni con assicurazioni private convenzionate con associazioni datoriali. Pertanto la fase di contrattualizzazione ed accreditamento con il "soggetto pagatore" è essenziale al prosieguo del ciclo. Seguono la determinazione del giorno della visita in cui si evidenziano i servizi coperti dal contratto; la registrazione da completare all'arrivo del paziente, nel giorno della visita; la codificazione dei servizi resi da parte del medico, con relative tariffe e

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

fatturazioni da trasmettere ai soggetti pagatori, meglio se su supporto elettronico; infine l'incasso, previa verifica della corrispondenza tra servizio realmente erogato e condizioni contrattuali sottoscritte.

12..2.2 Capacità di attrazione

Tale dimensione evidenzia la capacità del provider di soddisfare dei bisogni dei pazienti di un dato territorio. La formulazione di tale dimensione ha una valenza informativa di particolare significato per almeno due aspetti: infatti, da un lato informa circa la valutazione percepita dai pazienti riguardo al provider in questione, scegliendolo per la qualità della cura, le competenze professionali e le caratteristiche organizzative; dall'altro, della capacità del provider di saper prevedere correttamente i flussi di domanda con una capacità produttiva (risorse umane, spazi, tecnologie) appropriata. L'indicatore d'altra parte, può evidenziare indirettamente la disfunzione di altri servizi non direttamente dipendenti dal provider ospedaliero (medici di medicina generale, ambulatori territoriali, presidi ospedalieri destinati a gestire patologie meno complesse). Piuttosto che valutare i tempi legati alle liste d'attesa, si preferisce prendere in considerazione il rapporto tra volumi erogati e volumi attesi, perché le liste d'attesa sono spesso caratterizzate da prenotazioni che non danno seguito a prestazioni; ciò in quanto può succedere che nel frattempo l'utente abbia scelto un altro provider, non essendo obbligato per via del principio di libera scelta, senza dare disdetta della precedente prenotazione. Altro aspetto desumibile da tale indicatore è la relazione tra area ambulatoriale e area di degenza ordinaria: un ospedale con pronto soccorso può arruolare i suoi pazienti sia tramite quest'area, deputata a gestire le emergenze, sia in modalità elettiva, individuando il giorno del ricovero per tempo, probabilmente previa visita ambulatoriale. La circostanza che una degenza ordinaria sia occupata essenzialmente da pazienti ricoverati tramite il pronto soccorso, quindi per effetto di una specifica emergenza, lascia immaginare che l'ospedale non goda di una buona reputazione e pertanto la sua capacità di attrazione sia modesta: il

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

paziente che non fosse costretto dall'emergenza, probabilmente sceglierebbe un altro provider.

12..3 Dimensione Politico Sociale

Come già evidenziato nella prima parte, l'impatto sociale è una dimensione essenziale della responsabilità sociale. Esso in definitiva fa riferimento alla capacità di rispondere efficacemente al bisogno di salute, sia attraverso la risposta clinica (Outcome), che dipende da una molteplicità di fattori, competenze, compliance dei pazienti, comorbilità sia attraverso la capacità organizzativa (Governance condivisa) di condividere le proprie strategie con le comunità locali. Qui vengono attivati meccanismi di negoziazione partecipata tesi a far conoscere la propria identità attraverso focus group, assemblee cittadine, presentazioni pubbliche, strumenti di comunicazione sociale (ad es. bilancio sociale).

12..3.1 Outcome

Per tale ambito si fa riferimento agli indicatori proposti dal Ministero della Salute (progetto Mattoni): in particolare sono stati selezionati, tra gli indicatori di outcome proposti, alcuni indicatori che si riferiscono alla relazione tra l'esito e l'attività ospedaliera, non volendo in questa sede prendere in considerazione quegli indicatori che evidenziano non tanto una disfunzione del provider ospedaliero, quanto di altri attori territoriali (medici di medicina generale, poliambulatori distrettuali). Ciò che interessa evidenziare è la relazione tra la prestazione terapeutica erogata dall'ospedale e l'esito, l'impatto ottenuto sul paziente. In particolare, alcune riammissioni ospedaliere sono causate da dimissioni troppo precoci, ricoveri inappropriati; pertanto interessa registrare l'esito di tali comportamenti organizzativi ossia del modo in cui si lavora in ospedale. Tali indicatori possono, fornire delle indicazioni approssimative di tale relazione. L'approssimazione è determinata dalla circostanza che la malattia è uno stato complesso che dipende da innumerevoli variabili, delle quali un'azienda ospedaliera non può, ovviamente essere responsabile. Tuttavia, se attraverso una tale informazione, si riesce ad intervenire su dimensioni

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

che sono gestibili dall'ospedale e delle quali l'ospedale può rispondere, tale approssimazione, a parere di chi scrive è accettabile.

Di seguito gli indicatori selezionati:

Attesa Pre-Operatoria Dopo Ricovero Per Frattura Di Femore Senile: è un indicatore importante da monitorare per valutare l'efficacia della cura, dal momento che, prima si riesce ad intervenire prima si evitano complicanze correlate.

Attesa Pre-Operatoria Dopo Ricovero Per Frattura Di Femore: vale quanto detto sopra

Riammissioni Urgenti a 28 gg. La riammissione può evidenziare un'inappropriata cura erogata nel precedente ricovero (dimissioni precoci, ricoveri inappropriati). Tale indicatore, pertanto, evidenzia la capacità del provider di rispondere efficacemente ai bisogni di salute.

Mortalità A 30 Giorni Dopo Intervento Di By-Pass Aortocoronarico (Bpac): *“L'esito a breve termine dell'intervento di BPAC può rappresentare un buon indicatore della qualità e dell'efficacia dell'attività delle strutture di cardiocirurgia. La valutazione si riferisce all'intero processo assistenziale ospedaliero e post-ospedaliero (a 30 gg dall'intervento) ed è relativa al solo BPAC isolato (non associato ad altre procedure; non associato ad altre procedure maggiori, [...]). La scelta di considerare separatamente gli interventi isolati è legata al fatto che sia il livello di mortalità sia i fattori di rischio da considerare sono diversi nel caso degli interventi associati”*¹⁰²

Mortalità A Trenta Giorni Dopo Angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale (Ptca): *“L'Angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale (PTCA) è una procedura relativamente comune ma che richiede competenza degli operatori. Un intervento coronarico percutaneo*

¹⁰² Mattoni SSN misure dell'outcome 2007 p 68

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

si definisce riuscito quando si ottiene un successo angiografico in assenza di outcome avversi, durante “l’ospedalizzazione (come morte o intervento di bypass aorto-coronarico post-procedurale in emergenza)”¹⁰³

Mortalità A Trenta Giorni Dopo Un’angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale (Ptca) Eseguita Entro 24 Ore Da Un Ricovero Per Infarto Miocardico Acuto. Indicatore utile a valutare l’efficacia dell’intervento.

Ricovero Per Infarto Miocardico Acuto (Ima)

Mortalità A Trenta Giorni Dopo Ricovero Per Infarto (IMA) L’esito a breve termine del trattamento dell’IMA in assistenza ospedaliera può rappresentare un indicatore valido e riproducibile dell’appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico terapeutico che inizia con il ricovero. La valutazione si riferisce all’intero processo assistenziale ospedaliero e non ad una specifica unità organizzativa.¹⁰⁴

Mortalità A 30 Giorni Dopo Intervento Di Stenting Carotideo.”*La mortalità entro trenta giorni dalla data dell’intervento ha comunque il vantaggio di comprendere anche quelle morti, presumibilmente legate alla procedura, che occorrono subito dopo la dimissione ma che avrebbero potuto essere evitate con un intervento terapeutico ospedaliero efficace. Inoltre, considerare la mortalità a 30 giorni dall’intervento, consente di evitare i problemi legati alle diverse politiche di dimissione ospedaliera che possono variare fra regioni diverse ma anche da struttura a struttura* “¹⁰⁵

Mortalità A 30 Giorni Dopo Ricovero Per Scompenso Cardiaco Congestizio

Riammissioni A 28 giorni Dopo Trattamento Per Stroke

Mortalità Entro 30 Giorni Dalla Data Di Ricovero Per Malattia

¹⁰³ Mattoni SSN misure dell’outcome 2007 p.114

¹⁰⁴ Ib. P155

¹⁰⁵ Ib171

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

Polmonare Cronica Ostruttiva: “ indicatore utile per una valutazione degli interventi sanitari volti a ridurre la mortalità per mpco”

Riammissioni In Emergenza A 28 Giorni Dopo Trattamento Per Frattura Dell'anca (Frattura Del Collo Femore)

Mortalità A 30 Giorni Dopo Ricovero Per Frattura Dell'anca (Frattura Collo Femore): tale indicatore evidenzia la capacità di intervenire tempestivamente e di assicurare una risposta efficace

Riammissioni Ospedaliere A 28 Giorni: si tratta di un indicatore che evidenzia l'efficacia complessiva dell'ospedale

Mortalità A 30 Giorni Dalla Data Di Un Intervento Chirurg Programm. si tratta di un indicatore che evidenzia l'efficacia complessiva dei reparti chirurgici

Mortalità A 30 Giorni Dalla Data Di Un Intervento Chirurg Non Programm. si tratta di un indicatore che evidenzia l'efficacia complessiva dei reparti chirurgici

Mortalità A 30 Giorni A Seguito Di Ricovero Ordinario Per Emorragia Non Varicosa Tratto Intest Super: evidenzia la capacità del provider di ricorrere a tecniche endoscopiche ritenute più efficaci ed in grado di ridurre la mortalità a breve termine.

Proporzione Di Parti Con Taglio Cesareo Primario: a differenza dell'indicatore “%parti cesarei sul totale dei parti”, tale indicatore analizza una particolare popolazione di pazienti sulla quale verifica la ricorrenza di tagli cesarei.

Recidive Per Sanguinamento. Tale indicatore evidenzia la capacità del provider di assicurare una cura di qualità. Il ricorso ad es. a tecniche endoscopiche riduce il rischio di emorragie.

Le dimensioni di un indicatore di responsabilità sociale

12..3.2 Governance condivisa

Per valutare la capacità di condivisione della governance, nelle fasi preliminari di lavoro sono stati individuati alcuni indicatori, la cui valutazione potrebbe permettere, attraverso specifiche interviste di valutare il comportamento del provider in questa specifica dimensione determinante dell'impatto sociale. I punti specifici dell'intervista intendono rilevare l'esistenza di iniziative specifiche per condividere la mission, il sistema valoriale e per costruire il piano strategico rilevando i feedback degli stakeholders. L'indicatore è anche uno strumento utile per valutare la capacità dell'organizzazione di creare al suo interno un cultura aziendale fondata sulla diffusione della propria identità tra i dipendenti e collaboratori. La conoscenza delle caratteristiche organizzative, del fine istituzionale, del progetto strategico può infatti essere un valido strumento di empowerment, in grado di incidere sulla qualità del servizio istituzionale.

12..3.3 Ambiente

Si ritiene parimenti importante sostenere la necessità che all'interno di un tale indicatore sia ricompresa la suddetta dimensione: un'azienda ospedaliera deve essere consapevole del suo impatto nei confronti dell'ambiente e non può dimenticare tale dimensione per favorire le altre, perché dimenticherebbe la responsabilità per il bene comune che passa anche dalle esternalità negative prodotte dall'organizzazione nei confronti dell'ambiente. Tuttavia i sistemi di monitoraggio attualmente in uso presso le aziende ospedaliere non consentono di poter usufruire di dati informativi necessari ad implementare l'indicatore e pertanto l'uso di tale dimensione è temporaneamente sospesa in attesa di ottenere i dati relativi.

Il meccanismo di funzionamento

VI PARTE Il meccanismo di funzionamento

Il meccanismo di funzionamento

13 Materiali e Metodi

Inshare è un indicatore che misura, attraverso il contributo di indici specifici, le dimensioni ritenute determinanti di un comportamento socialmente responsabile: dimensione organizzativa, strumentale e politico sociale. L'obiettivo di questo studio è sviluppare un indice che fornisca una misura della responsabilità sociale conseguita da un ospedale nei confronti del paziente, selezionando quegli indicatori che meglio rappresentano la RS; per il momento sono stati individuati alcuni indicatori dei quali è disponibile un adeguato numero di dati (fonte Ministero della sanità) che consentono di effettuare confronti rispetto ad uno standard di riferimento (regionale e /o nazionale) e che riflettono adeguatamente la capacità dell'ospedale di rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

Gli indicatori hanno tutti lo stesso peso. Questa è una ipotesi che si è deciso di assumere per non dare, almeno in questa fase, un priorità ad un indicatore piuttosto che ad un altro. Anche se può sembrare riduttivo sintetizzare la responsabilità sociale in un solo indicatore, combinando tra loro elementi così eterogenei come gli indicatori di appropriatezza, economici e di outcomes, l'obiettivo dell'indicatore è fornire la seguente informazione: se un ospedale consegue una buona performance rispetto a tutti o alla maggior parte degli indicatori, esso raggiungerà un punteggio più elevato, quale risultante delle alte performance raggiunte nelle singole componenti. La circostanza che alcuni indicatori siano basati su dati di attività o economici (costi, drg, ecc.) e altri su dati rilevati in base ad interviste, non causa eterogeneità nella natura dei dati stessi, in quanto, anche nella rilevazione dei costi o nell'assegnazione di un codice nella scheda di dimissione ospedaliera per l'assegnazione, tramite Grouper, del DRG, entra sempre in gioco una certa soggettività.

L'indicatore si alimenta di dati storici, tuttavia la sua valenza informativa è indirizzata a fornire feedback utili, circa la possibile evoluzione di un dato trend (ad es. sul fronte del rischio clinico o degli outcomes), al fine di attuare le correzioni da mettere in atto nel breve periodo, per migliorare le performance nel prossimo futuro. Inoltre la rilevazione delle performance

Il meccanismo di funzionamento

correlate all'indicatore ha una valenza informativa peculiare: definire quali siano le organizzazioni ospedaliere che performano meglio su tali dimensioni, può motivare altri provider a intraprendere questo sentiero di crescita, per avvicinarsi al *best performer*. Inshare, anche se teoricamente può includere tale tipo di dati, non rileva informazioni sull'impatto ambientale, la cui importanza è certamente rilevante; in questo senso, tale componente è sicuramente da considerare all'interno della dimensione politico sociale; tuttavia all'interno degli ospedali, tale dato è ancora di difficile rilevazione. Sempre con riferimento all'ambito politico sociale, il feedback dei pazienti, rilevabile da una qualsiasi analisi di customer satisfaction, disponibile presso gli uffici relazioni con il pubblico di qualsiasi ospedale, non è stato ancora inserito. Tale limite sarà colmato nelle prossime versioni dell'indicatore. Così, anche tutto il tema della sicurezza dei lavoratori, della formazione degli operatori, del feedback, rilevabile dai dipendenti dell'organizzazione, sul clima organizzativo. Si è consapevoli di tali mancanze che saranno colmate in un prossimo futuro, anche attraverso un approfondimento dottrinale di tali aspetti ed una sperimentazione più ampia. In questa fase s'intende testare il meccanismo di funzionamento dell'indicatore e la sua valenza informativa.

13..1 Dimensione Organizzativa

L'organizzazione è monitorata attraverso 2 dimensioni:

- la clinical decision making
- la governance

Nell'ambito della clinical decision making si prendono in considerazione gli indicatori di appropriatezza clinica, organizzativa e di rischio clinico, quali strumenti informativi utili per monitorare le scelte mediche in termini di comportamenti opportunistici o ispirati all'efficienza ed efficacia e aggiornamento delle competenze disciplinari e delle quali si discusso diffusamente nel capitolo precedente. Trattandosi di un set di indicatori appositamente proposti dal Ministero della Salute, i dati che li alimentano sono disponibili presso i database di tutte le direzioni sanitarie, in quanto

Il meccanismo di funzionamento

estraibili dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). I dati che alimentano tali informazioni sono i codici *icd9cm*, gli stessi codici che inseriti nel grouper, attraverso un apposito algoritmo, consentono di pervenire alla definizione del drg, ossia a quel raggruppamento di diagnosi che caratterizzano l'episodio di ricovero del paziente. Di seguito gli indicatori individuati nell'ambito della clinical decision making:

Incidenza dei parti cesarei sul totale dei parti (%): un valore dell'indicatore del provider minore della media regionale evidenzia la sua capacità di performare meglio della media regionale. (L'OMS propone una % del 20%), pertanto in tal caso il punteggio è pari a 1;

Percentuale di Interventi di colecistectomia laparoscopica sul totale di interventi di colecistectomia (%): un valore dell'indicatore maggiore della media regionale evidenzia la capacità del provider di performare meglio della media regionale, sapendo ricorrere alla tecnica laparoscopica, tecnica riconosciuta più efficace; pertanto in tal caso, il punteggio è pari a 1

Incidenza dei Dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in Regime ordinario da reparti chirurgici (%): tale indicatore evidenzia la capacità del provider di utilizzare in modo più appropriato i reparti chirurgici; pertanto una percentuale più bassa rispetto alla media regionale evidenzia una maggiore appropriatezza; in tal caso il punteggio è pari a 1.

Incidenza dei Ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico (%): tale tipo di ricoveri potrebbe celare un comportamento opportunistico da parte del provider che, invece di utilizzare il regime ambulatoriale per erogare tali prestazioni, ricorre al ricovero diurno per lucrare una maggiore tariffa; se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale, il punteggio è pari a 1;

Incidenza Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico(%): tale tipo di ricoveri potrebbe celare un comportamento opportunistico da parte del provider che invece di utilizzare

Il meccanismo di funzionamento

il regime di Day hospital per erogare tali prestazioni ricorre al ricovero diurno per lucrare una maggiore tariffa; se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Incidenza Ricoveri brevi 2-3 giorni sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico: se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1, in quanto in tal caso sarebbe più appropriato il ricorso al regime di Day Hospital medico;

Incidenza Ricoveri con degenza oltre soglia sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico di pazienti con età 65 anni e oltre: tale tipo di ricoveri potrebbe celare un comportamento opportunistico da parte del provider che invece di utilizzare il regime di Lungodegenza per erogare tali prestazioni, ricorre al ricovero ordinario per lucrare una maggiore tariffa; se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Infezioni dovute a cure mediche: se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Embolia polmonare o DVT post-chirurgiche: la condizione imposta assegna uno 0/1 quando l'indicatore del provider è maggiore/minore di quello regionale se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Infezioni post-chirurgiche: la condizione imposta assegna uno 0/1 quando l'indicatore del provider è maggiore/minore di quello regionale; pertanto se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Traumi ostetrici in parto naturale con ausilio di strumenti: la condizione imposta assegna uno 0/1 quando l'indicatore del provider è maggiore/minore di quello regionale; pertanto se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Il meccanismo di funzionamento

Traumi ostetrici in parto naturale senza ausilio di strumenti: la condizione imposta assegna uno 0/1 quando l'indicatore del provider è maggiore/minore di quello regionale; pertanto se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Nella **governance** si considerano:

sia la diffusione del modello di clinical governance, quale metodologia di lavoro abituale per la gestione dell'iter diagnostico e terapeutico del paziente; i dati relativi a tali indicatori sono alimentati da specifiche interviste condotte con i referenti del management. Le dimensioni rilevate fanno riferimento sia all'organizzazione di riunioni periodiche, in cui siano evidenziate buone prassi e casi di malpractice;

sia alla diffusione dell'health governance intesa come insieme di procedure e controlli interni in grado di supportare tutta l'organizzazione sanitaria nella realizzazione del fine istituzionale. I dati concernenti tali indicatori sono alimentati da specifiche interviste condotte con i referenti del management.

Di seguito, le domande sottoposte al direttore sanitario di un presidio oggetto della sperimentazione, le risposte possibili sono: sì – no - in parte.(1;0;0,5):

Con riferimento alla clinical governance si è proceduto a richiedere se:

1. si organizzano riunioni periodiche per u.o funzionale presiedute dal responsabile: sì no in parte;

in caso di risposta affermativa

2. nel corso delle riunioni periodiche sono evidenziati esempi di buone prassi ed esempi negativi: non lo so;
3. esistono responsabili medici della governance clinica: sì no in parte;
4. esistono responsabili infermieristici della governance clinica;
5. si concordano calendari degli incontri di governance clinica;

Il meccanismo di funzionamento

6. si assegnano ruoli specifici ai diversi clinici;
7. esiste un programma articolato per obiettivi e risultati aderenti alle priorità locali;

se si

8. esiste una revisione periodica di tali programmi da parte di un gruppo guida e monitoraggio;
9. si identificano fabbisogni formativi all'interno dell'u.o. funzionale;
10. il gruppo monitoraggio e guida del suo ospedale si riunisce con periodicità mensile;

Con riferimento alla health governance si è proceduto a richiedere se:

1. il bilancio è certificato da una società di revisione (Trasparenza);
2. si ricorre al budget per case mix realizzando ogni anno le previsioni sulla base del case-mix;
3. in che percentuale le donne ricoprono ruoli apicali;
4. esiste un sistema di deleghe formalizzato;
5. si ricorre all'analisi epidemiologica per la definizione del piano strategico;
6. esiste almeno un membro del board non dipendente.

13..2 Dimensione Strumentale

Gli ambiti che si monitorano in questa dimensione sono quelli:

- **Economici:**

Si considera il **rapporto tra costi e ricavi operativi**, quale indicatore sintetico di efficienza economica. Si tratta di un indicatore grezzo e di semplice calcolo. In seguito, si introdurranno indicatori più complessi (ROS, ROI, EBDTA). I dati del provider sono confrontati con i corrispondenti dati di performance economici conseguiti dal sistema

Il meccanismo di funzionamento

ospedaliero regionale¹⁰⁶. Si considera anche **l'incidenza dei costi del personale amministrativo su quello sanitario**, quale indicatore in grado di fornire un'informazione utile sul costo sostenuto per garantire la "capacità produttiva" dell'ospedale. Infine, si propone anche **l'incidenza dei costi del personale sul totale dei costi**, quale indicatore in grado di fornire un'informazione sul grado di incidenza di tali costi sulla composizione complessiva dei costi. La condizione imposta assegna uno 0/1 quando l'indicatore del provider è maggiore/minore di quello regionale; pertanto se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1; tali dati sono desumibili dal conto economico dell'azienda.

- **Finanziari:**

Si considera il **saldo di cassa** intesa come differenze tra entrate e uscite correnti ed entrate e uscite in conto capitale al fine di monitorare la capacità dell'azienda di essere solvibile, cioè di far fronte agli impegni finanziari assunti nei confronti dei creditori in modo puntuale e secondo la periodicità stabilita contrattualmente. I dati sono desumibili dallo stato patrimoniale dell'azienda. La condizione imposta assegna uno 0/1 quando l'indicatore del provider è minore/maggiore di quello regionale; pertanto se l'indicatore del provider è superiore a quello regionale il punteggio è pari a 1.

- **Barriere all'ingresso:** più che ai tempi di attesa che scontano il limite di un contesto, quello della libera scelta, che appunto in quanto tale non rende cogente e obbligatoria la prenotazione effettuata dall'utente, invalidando così qualsiasi analisi che volesse valutare la consistenza della lista d'attesa (il potenziale paziente pur avendo effettuato la prenotazione può sempre decidere di recarsi presso un altro provider, senza necessità di cancellare la prenotazione effettuata), si prendono in considerazione il rapporto volumi di attività erogati e preventivati, quale indicatore capace di fornire informazioni sul livello di attrazione dell'ospedale e sulla capacità di

¹⁰⁶ (Nuovo Sistema informativo sanitario, Min. Salute Dir gen progr.sanit.,dei liv. di assistenza e dei principi etici di sistema consuntivo 2008)

Il meccanismo di funzionamento

coerenza con le previsioni realizzate, rispetto al bacino epidemiologico di riferimento. I dati sono desumibili dal data base del sistema di controllo di gestione (budget) e dai sistemi informativi delle accettazioni.

13..3 Dimensione politico sociale

L'impatto sociale infine è misurato attraverso due indicatori:

- **Outcome**

Si tratta degli indicatori di esito, proposti dal ministero della sanità, strumenti utili per misurare la capacità dell'ospedale di rispondere efficacemente ai fabbisogni oggettivi di salute e pertanto molto utili a misurare l'impatto dell'organizzazione, con le sue competenze e le sue risorse, sul territorio. I dati sono disponibili presso i database degli assessorati alla salute.

Attesa Pre-Operatoria Dopo Ricovero Per Frattura di Femore Senile: se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Ricoveri Urgenti: se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Mortalità A 30 Giorni Dopo Intervento Di By-Pass Aortocoronarico (Bpac): se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Mortalità A Trenta Giorni Dopo Angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale (Ptca): se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Mortalità A Trenta Giorni Dopo Un'angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale (Ptca) Eseguita Entro 24 Ore Da Un Infarto se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Ricovero Per Infarto Miocardico Acuto (Ima) se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Il meccanismo di funzionamento

Mortalità A Trenta Giorni Dopo Ricovero Per Infarto (Ima): se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Mortalità A 30 Giorni Dopo Intervento Di Stenting Carotideo se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Mortalità A 30 Giorni Dopo Ricovero Per Scompenso Cardiaco Congestizio: se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Riammissioni A 28 Giorni Dopo Trattamento Per Stroke: se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Mortalità Entro 30 Giorni Dalla Data Di Ricovero Per Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva: se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Mortalità A 30 Giorni Dopo Ricovero Per Frattura Dell'anca (Frattura Collo Femore): se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Riammissioni Ospedaliere A 28 Giorni se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Mortalità A 30 Giorni Dalla Data Di Un Intervento Chirurg Programm.: se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Mortalità A 30 Giorni Dalla Data Di Un Intervento Chirurg Non Programm.: se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Mortalità A 30 Giorni A Seguito Di Ricovero Ordinario: se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Per Emorragia Non Varicosa Tratto Intest Super: se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Proporzione Di Parti Con Taglio Cesareo Primario se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1;

Il meccanismo di funzionamento

Recidive Per Sanguinamento: se l'indicatore del provider è inferiore a quello regionale il punteggio è pari a 1.

- **Shared governance**

Sembra utile verificare quanto l'identità del provider sia diffusa tra gli stakeholders di riferimento, attraverso la verifica dell'esistenza di documenti di comunicazione, il ricorso a metodologie di negoziazione partecipata (focus group) per la definizione degli obiettivi strategici. In particolare si desidera misurare l'effettiva attività di formazione svolta nei confronti del personale, in particolare medico nell'assumere stili comunicativa adeguati e utili a migliorare la relazione medico paziente. I dati relativi a tali indicatori sono alimentati da specifiche interviste condotte con i referenti del management. Di seguito, si presentano le domande proposte:

- 1. Condividere la mission aziendale:**

- a. si organizzano incontri periodici per condividere la mission;
- b. si stampano documenti di comunicazione per la diffusione della mission;

- 2. Condividere la carta dei valori:**

- a. si organizzano incontri periodici per condividere la carta dei valori
- b. si stampano documenti di comunicazione per la diffusione della carta dei valori

- 3. Elaborare il piano strategico secondo un approccio bottom-up o top down:**

- a. si organizzano incontri con gli stakeh. per definire il piano strategico;
- b. si restituiscono feedback agli stakeholders.

Il meccanismo di funzionamento

13.4 Metodologia di calcolo

Come si è detto l'indicatore si articola in 3 dimensioni:

Dimensions
Organizzazione
Strumentale
Politico Sociale

Ciascuna dimensione si articola in una serie di item sottostanti. Per gli item alimentati da dati quantitativi (schede di dimissione ospedaliera, prestazioni ambulatoriali, dati economico-finanziari) si provvede a rilevare l'informazione presso il provider e a confrontarlo con il dato regionale. Il relativo scostamento è valutato con un punteggio che può variare tra 0-0,5-1. Per le altre dimensioni si è proceduto a rilevare il dato attraverso specifiche interviste. Dal tipo di risposta si può ottenere un punteggio pari a

Ciascuna dimensione (e gli item sottostanti) evidenzia la performance conseguita e il relativo massimo teorico (1).

Indicator Weight	Data Source	PUNTEGGIO	MASSIMO
% Parti cesarei sul totale dei parti	SDO	1,0	1

Ciascuna dimensione conseguirà un punteggio che è pari alla somma dei punteggi dei singoli item.

Rapportando la somma dei punteggi così ottenuti con la somma dei punteggi massimi teorici, si ottiene, per ciascuna dimensione la distanza delle performance del provider dal suo massimo teorico.

Social Responsibility Categories	Item	Data Source	PUNTEGGIO	MASSIMO	VARIANZA	PUNTEGGIO/MAX TEORICO
ORGANIZZAZI ONE			0,65	1,00	0,65	19,54%

Il meccanismo di funzionamento

Occorre sottolineare che tale metodologia, consente di apprezzare la distanza della performance realizzata dalla singola azienda ospedaliera dal valore regionale di riferimento.

Pertanto l'indicatore realizza la sua funzione informativa, se si confronta il singolo ospedale con il dato regionale; se, invece si confrontano le performance di due aziende ospedaliere diverse con il dato regionale, nell'ipotesi che le due aziende conseguano lo stesso punteggio, da una tale metodologia non si è in grado di apprezzare il reale posizionamento dell'una rispetto all'altra. Ciò in quanto l'aver imposto le condizioni 0-0,5-1 non consente di apprezzare differenze di graduatoria nel range 0-0,5 e 0,5-1, come avverrebbe nel caso di una funzione continua compresa tra 0-1.

Si è consapevoli di tale limite che sarà superato nelle versioni successive (introducendo il confronto tra i valori conseguiti nei singoli item ed il valore di riferimento regionale).

Il punteggio che sui singoli item si può conseguire è pertanto rappresentabile da una funzione a gradini; e' evidente che con un data base più ricco si potrà effettuare un raffronto più raffinato, usando variabili continue. Ma questa è una prima analisi, funzionale a comprendere se i parametri proposti siano in grado di assolvere alla funzione informativa proposta.

13.4.1 Funzionamento Teorico di Inshare

13.4.1.1 Una categorizzazione dei comportamenti socialmente responsabili

Come si è visto, inshare è un indicatore che perviene ad assegnare un punteggio al provider attraverso il confronto tra la performance conseguita dal provider stesso e lo standard regionale. In tal modo si ottiene un risultato che si può confrontare con il suo massimo teorico, ossia quel punteggio che il provider avrebbe potuto conseguire, se avesse eseguito la prestazione come il benchmark regionale. Si può così rappresentare il grado di

Il meccanismo di funzionamento

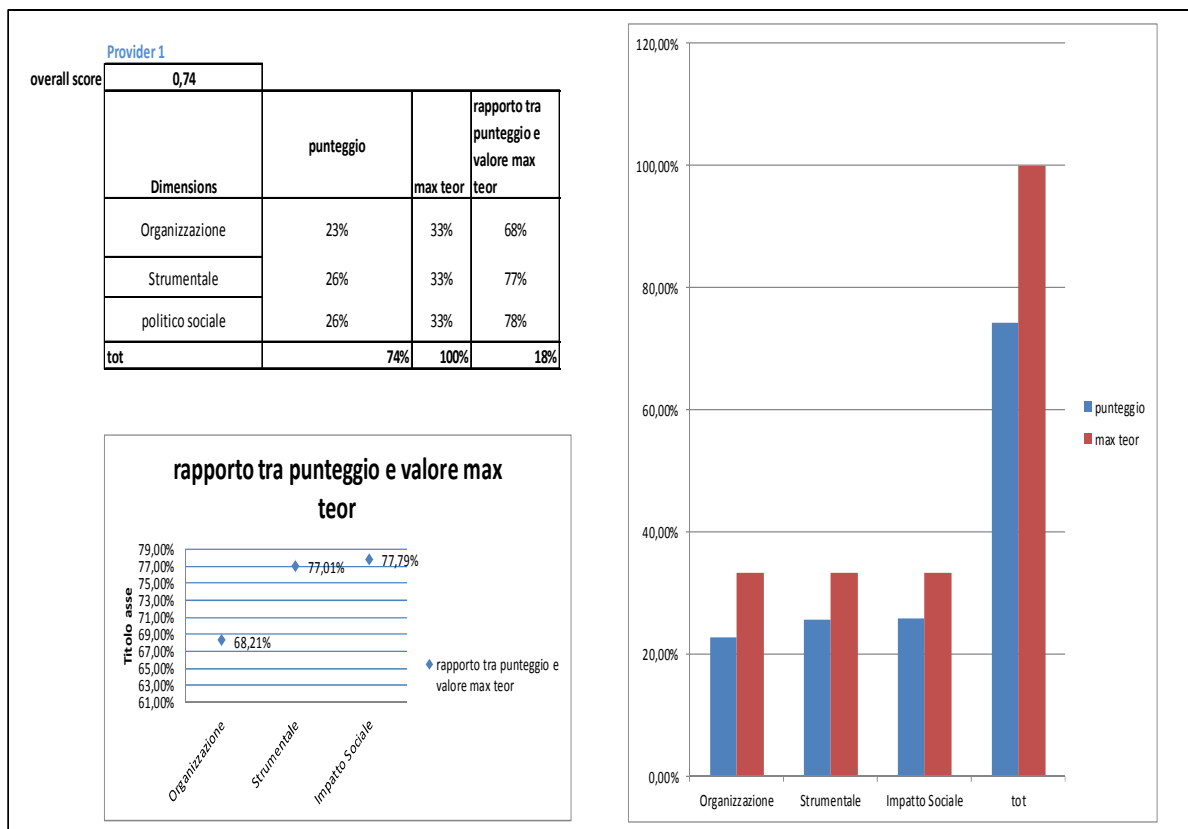
raggiungimento dello standard di riferimento per ciascuna componente dell'indicatore. Si analizzi il seguente caso teorico:

Dimensions	punteggio	max teor
Organizzazione	22,74%	33,33%
Strumentale	25,67%	33,33%
Politico Sociale	25,93%	33,33%
Tot	74,33%	100%

Pur essendo grandezze disomogenee, si propone di posizionarle su uno stesso grafico, al fine di facilitare la lettura. Osservando la tabella, si può notare come il confronto tra punteggio e max teorico sia sinteticamente esprimibile attraverso il rapporto tra punteggio e valore massimo teorico.

Provider 1			
overall score	0,74		
Dimensions	punteggio	max teor	rapporto tra punteggio e valore max teor
Organizzazione	22,74%	33,33%	68,21%
Strumentale	25,67%	33,33%	77,01%
Impatto Sociale	25,93%	33,33%	77,79%
tot	74,33%	99,99%	18,14%

Il meccanismo di funzionamento



In tal modo è possibile evidenziare la distanza dallo standard di riferimento, ad es. il 68,21%, ossia la distanza del punteggio conseguito dal provider sulla dimensione organizzativa rispetto al suo massimo valore teorico. Con la stessa chiave di lettura si possono valutare le differenze sulle altre dimensioni.

Il meccanismo di funzionamento

Social Responsibility Categories	Social responsible Indicators Weight (% of EPT)	Indicators Codes	Indicator Weight	Data Source	PUNTEGGIO	MASSIMO	SUB-SUM	Indicator Weight	SUB-SUM %	NOTE
		APPROPRIATEZZA CLINICA	% Parti cesarei sul totale dei parti	SDO	1,0	1				
			% Interventi di colecistectomia laparoscopica sul totale di interventi di colecistectomia	SDO	1,0	1				
			Tasso di ospedalizzazione std per tonsillectomia	SDO						
				SDO			3,00	6,67	5,000%	
			Tasso di ospedalizzazione std per appendicectomia	SDO	0,5	1				
			Tasso di ospedalizzazione grezzo per isterectomia	SDO	0,5	1				
			% Dimessi da reparti chirurgici con DRG medico sul totale dei dimessi in Regime ordinario da reparti chirurgici	SDO	1,0	1				
		d e c i s	DRG a rischio inappr.	SDO	0,5	1				
			% casi Dh A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	SDO	0,5	1				

Il meccanismo di funzionamento

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L		
Social Responsibility Categories	Social Responsibility Weight (% of EPI)	Indicators	Indicator Codes	Indicator Weight	Data Source	PUNTEGGIO	MASSIMO	SUB-SUM	Indicator Weight	SUB-SUM %	NOTE		
ORGANIZZAZIONE	0,25	i o n m a k i n g	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	Degenza media preoperatoria	SDO	0,0	1	3,00	6,67	1,905%			
				Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dal ricovero	SDO	0,0	1						
				% Ricoveri durni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri durni con DRG medico	SDO	0,0	1						
				% Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico	SDO	0,0	1						
				% Ricoveri brevi 2-3 giorni sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico	SDO	1,0	1						
				% Ricoveri con degenza oltre soglia sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico di pazienti con età 65 anni e oltre	SDO	0,0	1						
						Infezioni dovute a cure mediche	SDO	0,0	1				
						Embolia polmonare o DVT post-chirurgiche	SDO	0,0	1				
					RISCHIO CLINICO	Infezioni post-chirurgiche	SDO	1,0	1	3,00	6,67	3,958%	

Il meccanismo di funzionamento

INSHAREteoricocon scarto%.xlsx - Microsoft Excel													
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Social Respon sibility Categor ies	Social responsibili ty Weight (% of EPI)	Indicato rs	Indicator Codes	Indicator Weight	Data Source	PUNTE GGIO	MASSIMO	SUB-SUM	Indicator Weight	SUB-SUM %	NOTE	NO	
				Traumi ostetrici in parto naturale con ausilio di strumenti	SDO	1,0	1						
				Traumi ostetrici in parto naturale senza ausilio di strumenti	SDO	1,0	1						
			CLINICA L GOVERN ANCE	Grado di collaborazione	INTERVIE W	6,5	10	6,50	6,67	5,208%			
				Trasparenza/certificazione di bilancio società di revisione	INTERVIE W	1,0	1,0						
				BUDGET A BASE ZERO	INTERVIE W	1,0	1,0						
			govern ance	Gender approach	INTERVIE W	1,0	1,0	7,00	6,67	6,667%			
			HEALTH GOVERN ANCE	responsabilità amministrativa	INTERVIE W	1,0	1,0						
				monitorare la mobilità passiva	INTERVIE W	1,0	1,0						
				analisi epidemiologica	INTERVIE W	1,0	1,0						

Tesi di dottorato in Bioetica, di Fabrizio Russo,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 09/02/2012.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica
e ricerca, a condizione che ne venga citata la fonte

UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

Social Responsibility Categories	Social Responsibility Weights (% of EPI)	Indicators	Indicator Codes	Indicator Weight	Data Source	PUNTEGGIO	MASSIMO	SUB-SUM	Indicator Weight	SUB-SUM %	NOTE	NO
				BOARD	INTERVIEW	1,0	1,0					
						22,50	35,00		33,33	22,738%		2
		performance	ECOMI	Incidenza percentuale dei costi operativi sui ricavi.	CE	1,0	1,0				3,57%	#1
				rapporto tra costo amministrativi e medici	CE	0,5	1,0	2,50	11,00	9,17%		
				rapporto tra costo personale e tot costo	CE	1,0	1,0					
STRUMENTALE	0,25	efficienza	FINANCI	Saldo di cassa annuo (E+CR)/(U+Deb)	SP	0,0	1,0					
				ATT. CORRENTI/PASSIV CORRENTI	SP		1,0	0,0	11,00	11,00%		#1
				PUNTUALITA' PAGAMENTI FORNITORI	SP	0,0	1,0					
		CAP	ALL	volumi di attività previsti/volumi di attività effettivi	CUP	1,0	1,0					

Il meccanismo di funzionamento

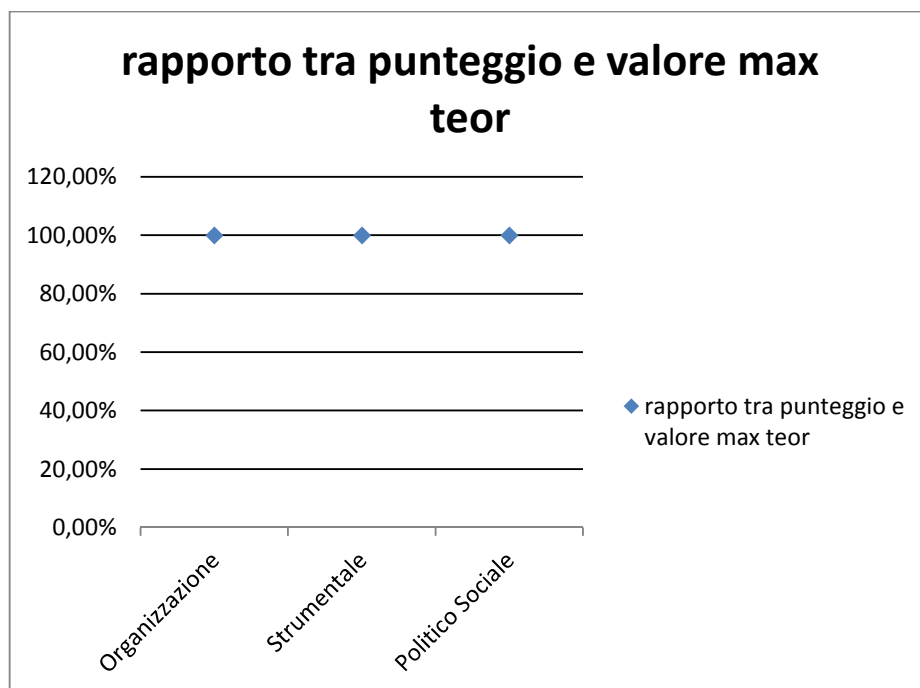
Social Responsibility Category	Social Responsibility Weight (% of FDU)	Indicator Code	Indicator Weight	Data Source	PUNTEGGIO	MASSIMO	SUB-SUM	Indicator Weight	SUB-SUM %
		INDICE	icm atteso/icm conseguito	SDO	0,0	1,0			
					4,5	10,0		33,00	25,67%
			ATTESA PRE-OPERATORIA DOPO RICOVERO PER FRATTURA DI FEMORE SENILE	SDO	1,0	1,0			
			ATTESA PRE-OPERATORIA DOPO RICOVERO PER FRATTURA DI FEMORE	SDO	1,0	1,0			
			RICOVERI URGENTI	SDO	0,0	1,0			
			MORTALITÀ A 30 GIORNI DOPO INTERVENTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO (BPAC)	SDO	0,0	1,0			
			MORTALITÀ A TRENTA GIORNI DOPO ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA)	SDO	1,0	1,0			
			MORTALITÀ A TRENTA GIORNI DOPO UN'ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA) ESEGUITA ENTRO 24 ORE DA	SDO	1,0	1,0			
			RICOVERO PER INFARTO MIocardico ACUTO (IMA)	SDO	0,0	1,0			
			MORTALITÀ A TRENTA GIORNI DOPO RICOVERO PER INFARTO (IMA)	SDO	1,0	1,0			
			MORTALITÀ A 30 GIORNI DOPO INTERVENTO DI STENTING CAROTIDEO	SDO	0,0	1,0			
			MORTALITÀ A 30 GIORNI DALLA DATA DI UN INTERVENTO CHIRURG NON PROGRAMM.	SDO	0,0	1,0			
			MORTALITÀ A 30 GIORNI A SEGUITO DI RICOVERO ORDINARIO PER EMORRAGIA NON VARICOSA TRATTO INTEST SUPER	SDO	0,0	1,0			
			PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO	SDO	0,0	1,0			
			RECIDIVE PER SANGUINAMENTO	SDO	0,0	1,0			
									0,00%
			Quota di energia prodotta da fonti rinnovabili (incluso termovalorizzazione rifiuti al 51%)	dati ufficio tecnico	1,0	1,0			
		AMBIENTALE	Quota di energia prodotta da fonti rinnovabili (incluso termovalorizzazione rifiuti al 51%) e assimilate	dati ufficio tecnico	1,0	1,0	4,0	11,0	11,00%
			Quota di Raccolta differenziata	dati ufficio tecnico	1,0	1,0			
			Mezzi alimentati con carburanti a minore impatto ambientale	dati ufficio tecnico	1,0	1,0			
		SHARED GOVERNANCE	MISSION	INTERVIEW	1,0	1,0			
			CARTA VALORI	INTERVIEW	1,0	1,0	3,0	11,0	11,00%
			PIANO STRAT	INTERVIEW	1,0	1,0			
				INTERVIEW					
					14,5	28,0		33,30%	25,93%

E' possibile, a questo punto presentare una classificazione di comportamenti teorici rispetto ai quali si potranno confrontare i casi osservati:

Il meccanismo di funzionamento

BEST PERFORMER

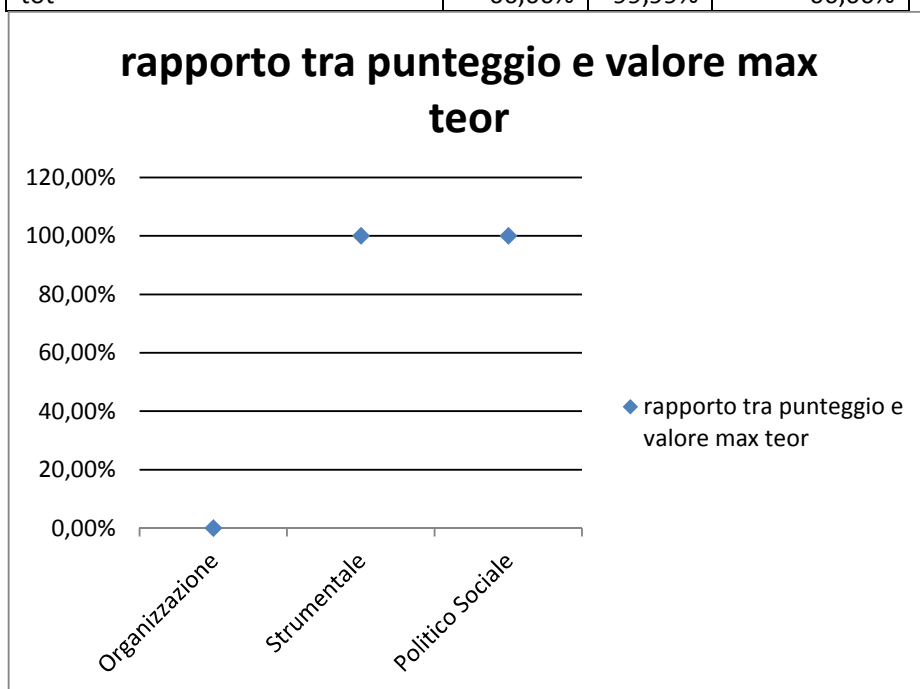
1,00			
Dimensions	punteggio	max teor	Rapporto tra punteggio e valore max teorico
Organizzazione	33,33%	33,33%	100,00
Strumentale	33,33%	33,33%	100,00
Politico Sociale	33,33%	33,33%	100,00
tot	100	100	100,00



Il comportamento appropriato è associato ad un un uso efficiente delle risorse e un impatto efficace sui pazienti.

Il meccanismo di funzionamento

0,67			
Dimensions	punteggio	max teor	rapporto tra punteggio e valore max teorico
Organizzazione	0,00%	33,33%	0,00%
Strumentale	33,33%	33,33%	100,00%
Politico Sociale	33,33%	33,33%	100,00%
tot	66,66%	99,99%	66,66%



L'inappropriatezza organizzativa è associata ad un corretto uso delle risorse rispetto alla media regionale e ad un efficace impatto sociale.

0,67			
Dimensions	punteggio	max teor	rapporto tra punteggio e valore max teorico
Organizzazione	33,33%	33,33%	100,00%
Strumentale	0,00%	33,33%	0,00%
Politico Sociale	33,33%	33,33%	100,00%
tot	66,66%	100	66,67%

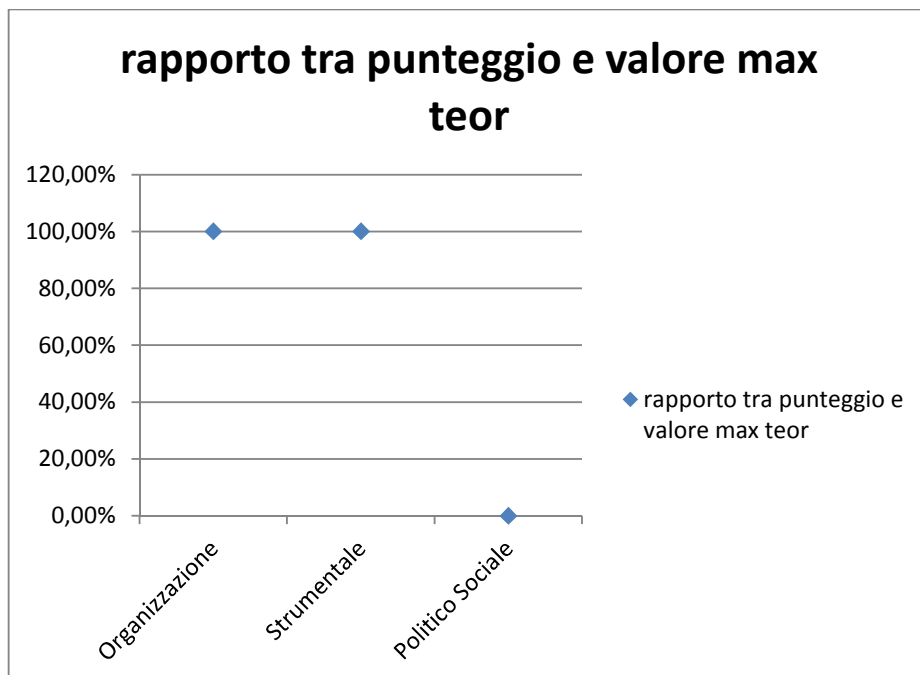
Il meccanismo di funzionamento



Il comportamento appropriato con un uso inefficiente delle risorse ma un impatto efficace sui pazienti può caratterizzare quelle aziende che pur vivendo correttamente la dimensione organizzativa non sono capaci di assicurare un consumo efficiente delle risorse rispetto alla media regionale mentre garantiscono attenzione all'efficacia delle cure.

0,67			
Dimensions	punteggio	max teor	rapporto tra punteggio e valore max teorico
Organizzazione	33,33%	33,33%	100,00%
Strumentale	33,33%	33,33%	100,00%
Politico Sociale	0,00%	33,33%	0,00%
Tot	66,66%	100	66,67%

Il meccanismo di funzionamento



Il comportamento appropriato con un uso efficiente delle risorse ed un impatto inefficace sui pazienti può caratterizzare quelle aziende che vivendo una corretta dimensione organizzativa improntata ad una gestione efficiente, non riesce a garantire un'efficacia cura e a costruire un clima di condivisione con gli stakeholders di riferimento.

0,33			
Dimensions	punteggio	max teor	rapporto tra punteggio e valore max teorico
Organizzazione	0,00%	33,33%	0,00%
Strumentale	33,33%	33,33%	100,00%
Politico Sociale	0,00%	33,33%	0,00%
tot	33,33%	100	33,33%

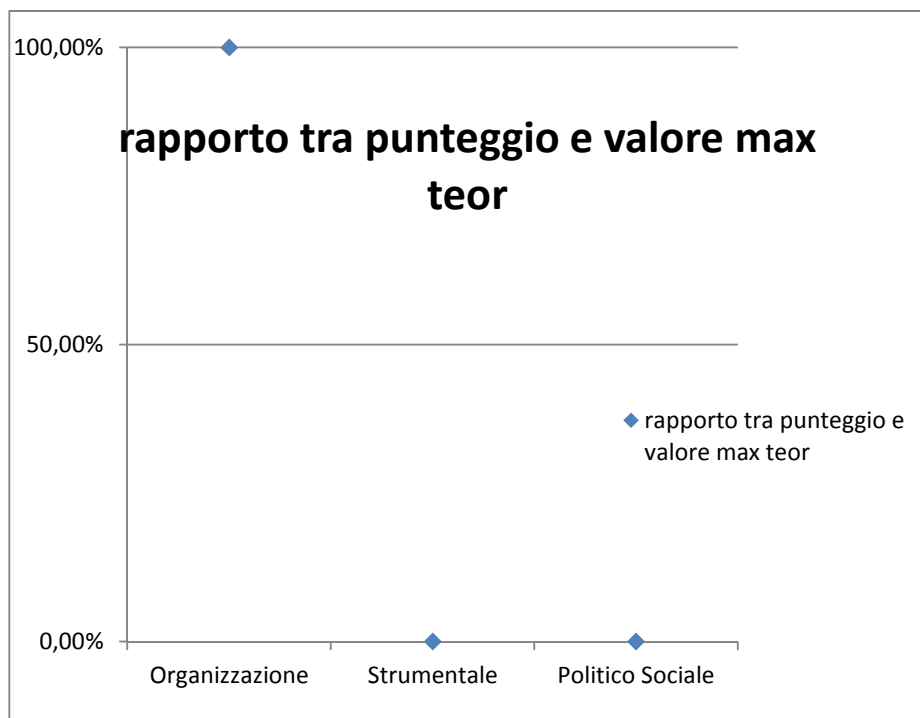
Il meccanismo di funzionamento



In questo caso si è di fronte ad un comportamento organizzativo inappropriato, attento all'uso delle risorse e con un impatto inefficace sui pazienti e altri stakeholders

0,33			
Dimensions	Punteggio	max teor	rapporto tra punteggio e valore max teorico
Organizzazione	33,00%	33,33%	100,00
Strumentale	0,00%	33,33%	0,00%
Politico Sociale	0,00%	33,33%	0,00%
Tot	33,00%	100	33,00%

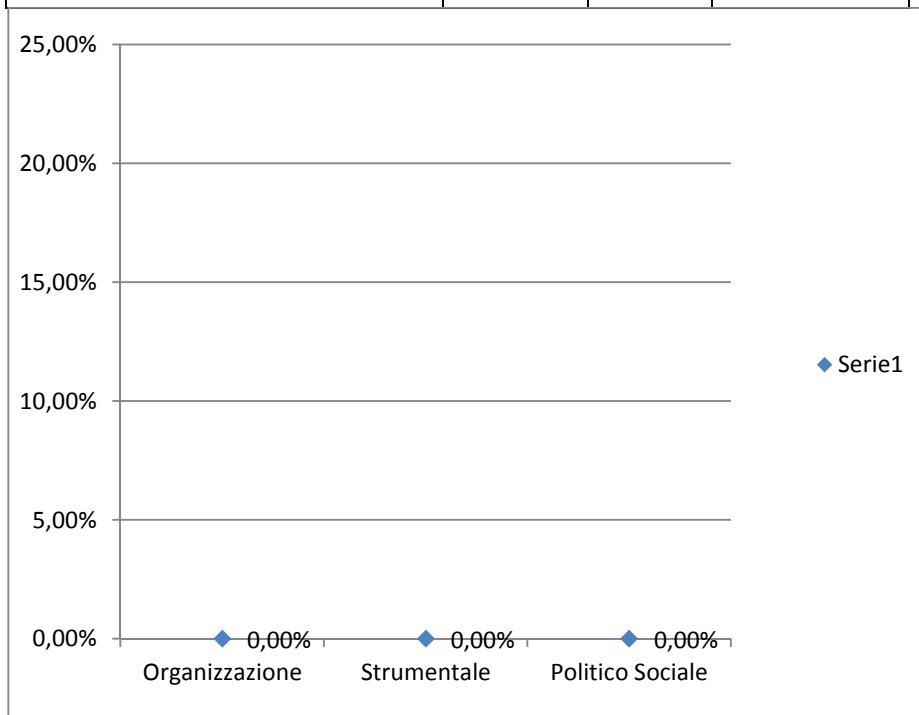
Il meccanismo di funzionamento



Il comportamento appropriato con un uso inefficiente delle risorse e un impatto inefficace sui pazienti. Si tratta di aziende che hanno scarsa capacità di monitorare l'uso delle risorse, scarso livello di shared governance e bassa capacità di gestione degli stakeholders.

Il meccanismo di funzionamento

0,00			
Dimensions	punteggio	max teor	rapporto tra punteggio e valore max teorico
Organizzazione	0,00%	33,33%	0,00%
Strumentale	0,00%	33,33%	0,00%
Politico Sociale	0,00%	33,33%	0,00%
Tot	0,00%	100	0,00%



Il comportamento inappropriato con un uso inefficiente delle risorse e un impatto inefficace sui pazienti. Sono aziende che evidenziano un rischio di avere revocato l'accreditamento per l'esercizio del servizio sanitario.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Fabrizio Russo,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 09/02/2012.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica
e ricerca, a condizione che ne venga citata la fonte

UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

Dati sperimentali

VII PARTE Dati sperimentali

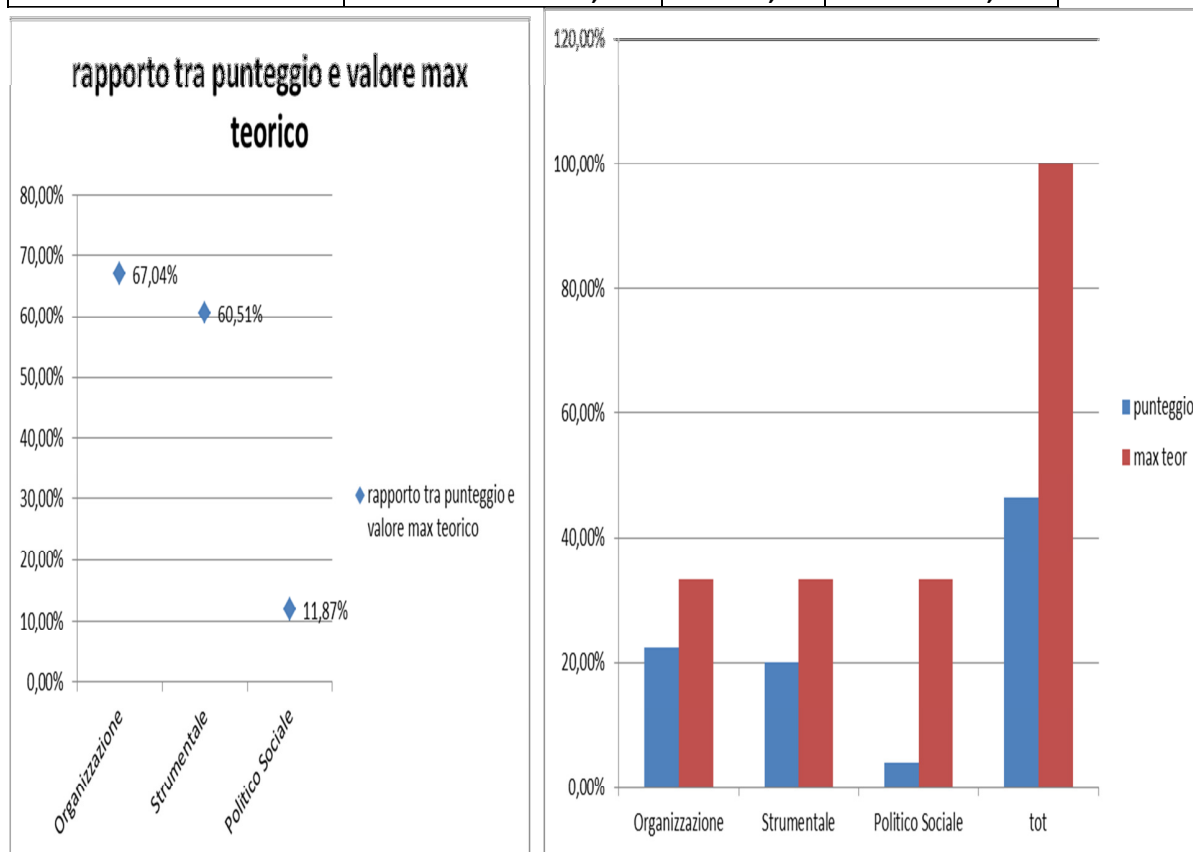
Dati sperimentali

14 Primi dati sperimentali

I dati sperimentali fanno riferimento ad un'azienda ospedaliera che ha fornito le informazioni attraverso i dati quantitativi derivanti dalle SDO e attraverso apposite interviste.

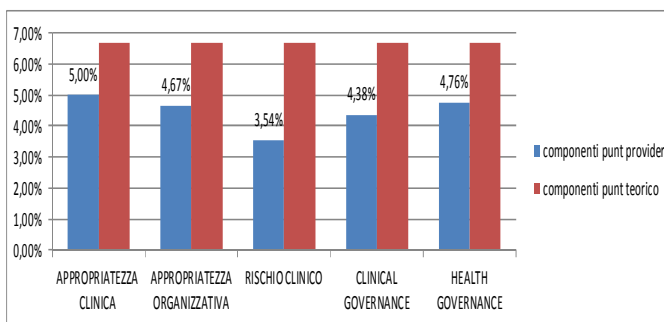
15 Rappresentazione Grafica

Provider 1			
	0,46		
Dimensions	punteggio	max teor	rapporto tra punteggio e valore max teorico
Organizzazione	22,35%	33,3%	67,04%
Strumentale	20,17%	33,3%	60,51%
Politico Sociale	3,96%	33,3%	11,87%
tot	46,47%	100,0%	37,85%

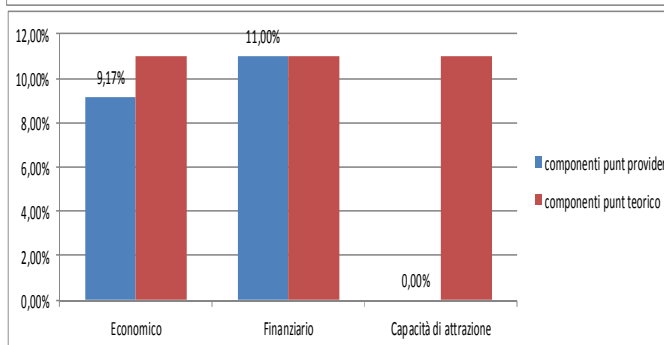


Dati sperimentali

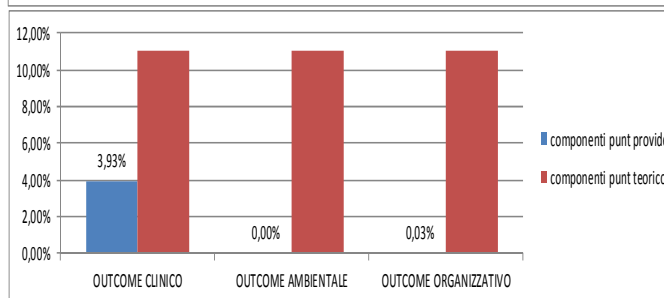
Organizzazione	componenti punt provider	componenti punt teorico
APPROPRIATEZZA CLINICA	5,00%	6,67%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	4,67%	6,67%
RISCHIO CLINICO	3,54%	6,67%
CLINICAL GOVERNANCE	4,38%	6,67%
HEALTH GOVERNANCE	4,76%	6,67%
	22,35%	33,33%



Strumentale	componenti punt provider	componenti punt teorico
Economico	9,17%	11,00%
Finanziario	11,00%	11,00%
Capacità di attrazione	0,00%	11,00%
	20,17%	33,00%



POLITICO SOCIALE	componenti punt provider	componenti punt teorico
OUTCOME CLINICO	3,93%	11,00%
OUTCOME AMBIENTALE	0,00%	11,00%
OUTCOME ORGANIZZATIVO	0,03%	11,00%
	3,96%	33,00%



L'azienda ha conseguito un punteggio del 22,35% (con un rapporto tra punteggio e valore max teorico del 67,04%) sulla dimensione organizzativa e mostra anche un'attenzione alla dimensione strumentale. L'impatto sui pazienti e sugli stakeholders è meno efficace: si tratta di un'azienda con casistiche complesse e pertanto dai consumi di risorse significativi rispetto alla media regionale e con pazienti a rischio di vita o con patologie dagli esiti incerti. L'azienda sembra mostrare anche scarsa cultura aziendale e quindi basso livello di shared governance e bassa capacità di gestione degli stakeholders e al tempo stesso, trattando casistiche complicate in ingresso, si trova a gestire pazienti caratterizzati da condizioni patologiche deteriorate che avrebbero potuto essere stabilizzate prima del ricovero ospedaliero.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Fabrizio Russo,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 09/02/2012.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica
e ricerca, a condizione che ne venga citata la fonte

UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

Conclusioni

VIII PARTE Conclusioni

Conclusioni

16 Il valore della strumentalità

La strumentalità assume tutto il suo valore all'interno dell'etica del lavoro ben fatto, quando il mezzo è strumento per raggiungere il fine; e *a contrario*, quando il mezzo non serve a raggiungere il fine ma anzi si confonde con il fine, la strumentalità ne risulta svilita. E' necessario allora assumere consapevolezza circa i limiti dei mezzi, per pervenire alla cooperazione, condizione necessaria per raggiungere il fine. Il termine strumento deriva dal latino "*instrumentum*" e sta ad indicare "*un attrezzo o dispositivo atto al compimento di determinate operazioni*¹⁰⁷". In senso figurato il termine significa "*Chi (o ciò che) serve come mezzo per raggiungere un dato fine*¹⁰⁸".

La realizzazione piena e completa di una funzione orientata ad un fine¹⁰⁹ produce come conseguenza il perfezionamento dell'atto e dell'agente.

*"Un buon essere umano è qualcuno che fa del bene a se stesso e ad altri, [...] in relazione allo svolgimento esemplare di ruoli o funzioni particolari nel contesto di particolari tipi di pratiche. [...] E' un bene possedere alcune capacità[...] se e nella misura in cui ciò rende qualcuno capace di essere buono. Queste cose sono beni soltanto in quanto mezzi in vista di qualcosa di ulteriore che è buono per se stesso. [...] Giudicare qualcuno buono per qualche ruolo oppure in relazione allo svolgimento di una qualche funzione all'interno di una qualche pratica [...] vuol dire giudicare quel soggetto un buon agente nella misura in cui vi sono dei beni interni a quell'attività che sono veri beni, beni che possono essere valutati come fini degni di essere perseguiti in quanto tali, ammesso che siano da perseguire*¹¹⁰"

Di fronte alla complessità di un qualsiasi ambito dell'agire umano si evidenzia

¹⁰⁷ LoZingarelli 2009 Vocabolario della Lingua Italiana p.2280

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Il fine è ciò a cui tende. Tommaso d' Aquino distingue tra "finis qui" che è l'oggetto che attrae l'agente e che l'agente vuole realizzare (p.es una torta per un goloso o la salute per un ammalato) e finis quo o fine formale che è il raggiungimento effettivo del bene stesso (p.es gustarsi la torta, il godersi l'essere nuovamente sano..). Importante è anche la distinzione tra finis operis e finis operantis: il primo è il fine cui è oggettivamente destinata un'azione e che la definisce come tale (p es. fare l'elemosina è volto a soccorrere un indigente); il secondo è lo scopo a cui l'agente orienta l'azione (p.es. fare l'elemosina per ricevere ammirazione). In Enc. Bompiani pg. 4287)

¹¹⁰ A. Macintyre *Animali Razionali Dipendenti* Vita e Pensiero 2001 pp.65-66

Conclusioni

l'esistenza di un insieme di molteplici attori che partecipano alla realizzazione del fine proprio di quell'agire. Ciascun attore contribuisce a tale risultato dal punto di vista del suo sapere disciplinare che è epistemologicamente limitato.

17 La strumentalità

17.1 Il mezzo è ordinato al fine

Lo strumento ha una sua intrinseca utilità, che rimane potenziale, finché l'agente non è in grado di orientarla verso questo fine. Così una sedia non servirà allo scopo per il quale è stata creata, se non è collocata nella giusta posizione dall'agente.

L'agente però (dotato anch'esso di un fine), nell'utilizzare correttamente lo strumento, non deve perdere di vista il fine ultimo del suo agire. In tal modo, lo strumento, utilizzato correttamente dall'agente, realizza un suo fine parziale che è funzionale alla realizzazione di un fine più ampio, il fine ultimo. Si assegna così allo strumento la posizione che gli spetta: una collocazione che nasce dalla constatazione che lo strumento realizzando pienamente il suo fine parziale è utile all'agente nel perseguire il fine di quest'ultimo. Ma lo strumento autonomamente è incapace di realizzare il suo fine: lo strumento autonomamente non si dà un fine ma è creato per un fine; lo strumento pertanto ha bisogno di un agente.

17.2 Lo strumento e l'agente

Lo strumento è il mezzo a disposizione dell'agente. Se l'agente non ha consapevolezza del fine per il quale lo strumento (*mezzo atto al compimento di determinate operazioni*) è realizzato, non potrà utilizzare appropriatamente lo strumento. Tale consapevolezza include sia la conoscenza del funzionamento dello strumento, sia il fine per il quale lo strumento deve funzionare. Ciò implica una perizia tecnica e una competenza teleologica dell'agente:

- la prima si acquisisce attraverso l'uso ripetuto dello strumento;

Conclusioni

- la seconda attraverso un atto conoscitivo per mezzo del quale l'agente prende coscienza dell'utilità delle funzioni dello strumento rispetto ai suoi fini.

Si perviene in tal modo anche ad una consapevolezza dei limiti dello strumento che concorre insieme ad altri strumenti e ad altri agenti, a realizzare il fine di un atto integrato. L'atto medico, ad es. è frutto della composizione di una serie di atti singoli: il medico da solo non è in grado di erogare la cura, ma ha bisogno del supporto dell'amministrativo che con il suo contributo informa sul modo efficiente di utilizzare le risorse e del management che garantisce il funzionamento della struttura organizzativa all'interno della quale il medico opera; né all'amministrativo né al manager è richiesto di erogare la cura, se lo facessero non solo danneggerebbero il paziente, ma contraddirebbero il fine della loro professione, finendo per snaturarla. Lo strumento invece (il contributo dell'amministrativo o del manager) è perfetto quando è utile. Ma utile è un attributo proprio di un mezzo capace di raggiungere un fine (non è voluto di per sé ma per un fine). Ecco che la perfezione di uno strumento è essere strumentale.

17.3 Il fine è ordinato al mezzo

Ma cosa succede se l'agente confonde il fine parziale dello strumento con il fine ultimo di un atto integrato, del quale fanno parte agente e strumento? Se ad es. un piano sanitario fissa il fine di un servizio sanitario nel conseguimento di un profitto piuttosto che nella tutela della salute del paziente? Se il fine di un atto integrato (il piano sanitario) è orientato al funzionamento dello strumento (il conto economico che misura il profitto), il fine ne risulta snaturato, giacché esso non è più ciò a cui si tende, ma tende esso stesso, per sua natura, a qualche altra cosa: è *atto al compimento di determinate operazioni*. Si va verso la strumentalizzazione del fine: lo strumento deve essere strumentale e il fine deve essere causa finale. Si sbaglia quando si fa diventare un fine lo strumento (la salvaguardia della salute) e strumento il fine (il profitto).

Conclusioni

17.4 L'esigenza della cooperazione

La cooperazione nasce allora come una naturale esigenza di colmare i limiti degli strumenti utilizzati per realizzare il fine di un atto integrato. Tale comportamento si fonda sull'iniziativa degli agenti che comprendendo l'imperfezione degli strumenti a raggiungere il fine ultimo, cercano di operare insieme con altri agenti per colmare tale imperfezione. Un atteggiamento che si potrebbe chiamare *umiltà illuminata*. Umiltà è la *"qualità¹¹¹ di chi è consapevole dei propri limiti"* ovvero la virtù che implica *"non solo di compiere il dovere[...], ma anche la capacità di esigere il rispetto dei propri diritti in quanto persona[.]anche in vista del proprio contributo efficace al bene comune¹¹²";* l'attributo "illuminato" viene qui presentato in contrapposizione al concetto di "autointeresse illuminato: *"Si parla di autointeresse illuminato e non semplicemente autointeresse, nel momento in cui si ammette la possibilità di scostamenti dalla ipotesi di completezza dei mercati e di perfetta informazione tipiche del modello neo-classico tradizionale"*¹¹³. Tale imperfezione verrebbe superata attraverso un comportamento dell'impresa che finisce per prendere in considerazione i bisogni dei soggetti che sono portatori di interesse legittimi al fine di tutelare la sua sopravvivenza, come dire che l'atteggiamento etico è adottato in funzione dell'esigenze competitive dell'impresa stessa. Nel caso dell'umiltà illuminata, l'atteggiamento che spinge alla collaborazione nasce sì dalla consapevolezza dei limiti degli strumenti, ma tali strumenti vengono consapevolmente messi in comune per realizzare, appunto, un fine comune e non quello di un solo o di pochi agenti.

18 Differenze rispetto allo strumentalismo

Rispetto alla strumentalità che deve basarsi sulla natura essenziale delle cose, propedeutica alla relazione tra strumento e fine ed al concetto di

¹¹¹Lo Zingarelli 2009 Umiltà: qualità di chi è consapevole dei propri limiti

¹¹²Enc. Bompiani voce Umiltà

¹¹³LA RESPONSABILITA' SOCIALE D'IMPRESA: un percorso a partire dal dibattito italiano... Pier Luigi Sacco Michele Viviani. Working Paper n. 11. Aprile 2005 (aggiornato febbraio 2007) p 12 nota 33 che riprende Zamagni S. (2004) L'ancoraggio etico della responsabilità sociale d'impresa e la critica alla rsi, Working Paper, AICCON, n°1,

Conclusioni

perfezione, “*Lo strumentalismo ritiene che le leggi scientifiche siano regole o <<macchine>> per fare inferenze*¹¹⁴”. (“*L’inferenza è quella operazione logica per cui si traggono conclusioni da una o più proposizioni ritenute vere*¹¹⁵”). Tale principio ha trovato una certa diffusione in economia, attraverso il premio Nobel M. Friedman. Le “*regole*” quindi sono strumenti e non hanno alcuna pretesa di descrivere la realtà: “*A theory or its "assumptions" cannot possibly be thoroughly "realistic" in the immediate descriptive sense so often assigned, to this term*¹¹⁶.”; lo strumentalismo è interessato a costruire ipotesi, a prevedere il funzionamento di un dato fenomeno e non a descrivere l’essenza delle cose. “*The ideal types are not intended to be descriptive; they are designed to isolate the features that are crucial for a particular problem*¹¹⁷” .

19 La perfezione di uno strumento è essere strumentale

Sinora si è parlato di strumento e fine: s’introduce ora una ulteriore specificazione: per fine si intende il bene comune.

Concorrendo al bene comune, lo strumento, orientato a tale fine, deve compiere pienamente l’operazione per la quale è preposto, altrimenti il fine non si raggiunge. Ecco, pertanto, che, orientando lo strumento verso il perseguimento, in un certo modo, del bene comune, si riabilita il valore della strumentalità che non è più fine a se stessa; persegue interessi specifici dell’agente (il bene comune è di tutti); non opera per effetto di comportamenti opportunistici, ma per la realizzazione del bene comune. In tal modo lo strumento, utilizzato secondo la natura che gli è propria, realizza la sua perfezione (“*si chiamano perfette tutte le cose che conseguono il loro vero fine.*¹¹⁸”).

Si è pertanto tentata una difesa della strumentalità, che negli ultimi anni, specie in alcuni ambiti come quello sanitario, ha assunto un’accezione

¹¹⁴ Enc. Bompiani voce Strumentalismo

¹¹⁵ Enc. Bompiani voce Inferenza

¹¹⁶ Milton Friedman "The Methodology of Positive Economics" In Essays In Positive Economics (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1966), pp. 32.

¹¹⁷ Ibid. p.36

¹¹⁸ Aristotele Metafisica Δ 16,1021 b-1022 in Enc. Bompiani p.8511

Conclusioni

impropria, perché associata a cornici di pensiero economiciste che, in sintesi, guardano all'azienda e all'azienda sanitaria come uno strumento per un fine improprio (produrre ricchezza, e non salvaguardare la salute dei pazienti). Ricentralizzando in modo chiaro il fine, si ricrea un corretto posizionamento degli strumenti e se ne rivaluta la natura. In conclusione, a parere di chi scrive, sembra opportuno attestare i sentimenti di stima verso la strumentalità, formulando il seguente elogio: la perfezione di uno strumento è essere strumentale!

Glossario

Glossario¹¹⁹

Allocazione. Logica e tecnica di assegnazione dei costi attraverso la quale le risorse vengono imputate a un dato oggetto di costo attraverso una serie di determinanti di costo (*vedi*) o *driver* che “guidano” (distribuiscono) l’assegnazione dei costi medesimi verso l’oggetto di riferimento. I costi che vengono assegnati secondo tale metodica prendono il nome di costi indiretti (*vedi*).

Analisi degli scostamenti (variance analysis). Fase essenziale dell’analisi gestionale, mediante la quale si analizza la variazione tra un valore effettivo e un valore parametrico (benchmark o standard), scomponendola nelle sue variazioni elementari (componenti di scostamento): a) scostamento di volume; b) scostamento di efficienza o quantità (a esempio: minuti dedicati all’assistenza per Drg); c) scostamento di prezzo (a esempio: costo orario del personale). Tale procedimento è volto a indagare, mediante opportuni valori segnaletici (indicatori di scostamento) le modificazioni gestionalmente rilevanti avvenute in un dato periodo. L’analisi degli scostamenti si concretizza attraverso dei confronti dinamici: essi riguardano le relazioni tra indici e/o indicatori gestionali relativi a periodi temporali diversi e/o entità organizzative diverse (aziende e/o unità organizzative aziendali). Due sono le “dimensioni del mutamento” attraverso le quali realizzare un confronto dinamico: a) la “dimensione temporale”; b) la “dimensione spaziale”. Attraverso la “dimensione temporale” si confrontano due o più periodi temporali relativamente ad una stessa realtà organizzativa. Così, a esempio, vi è un confronto temporale quando si analizzano le modificazioni intervenute in uno specifico ente (un ospedale nella sua globalità e/o le unità organizzative che lo compongono) in termini di efficacia e di efficienza tra un dato anno e quello precedente. Con la “dimensione spaziale” si pone l’enfasi sul confronto tra due o più realtà

Tratto da www.agenas.it; enciclopedia filosofica Bompiani; Tambone Problemi di bioetica e deontologia medica SEU Roma 2000

Glossario

organizzative relativamente a uno stesso intervallo temporale. Perciò, a esempio, vi è un confronto spaziale quando, relativamente a un dato periodo, si comparano l'efficacia e l'efficienza di due o più strutture ospedaliere. I due tipi di confronto testé presentati si differenziano anche in ordine ai rispettivi obiettivi: mentre con il confronto temporale l'obiettivo è quello di conoscere se una data realtà organizzativa è migliorata o meno (in termini di efficacia e di efficienza) rispetto al passato, con il confronto spaziale l'obiettivo è quello di sapere se una data struttura ospedaliera è più efficace ed efficiente rispetto ad altre realtà ospedaliere. Nel sistema sinottico l'analisi degli scostamenti si fonda su due tipi di indicatori: gli indicatori di scostamento tecnico e gli indicatori di scostamento economico.

Analisi gestionale. Processo avente lo stesso contenuto tecnico di quello relativo al controllo di gestione. L'analisi gestionale si distingue dal controllo di gestione in quanto la prima non necessariamente è svolta in modo sistematico e continuo.

Assegnazione dei costi. Imputazione degli aggregati di costo a determinati oggetti di costo. L'assegnazione dei costi avviene mediante attribuzione (*vedi*) o tramite allocazione (*vedi*).

Attività. Articolazioni attraverso le quali si svolge e si realizza l'operato di un dato centro di responsabilità (*vedi*); esse vanno perciò a costituire altrettanti centri di attività, che permettono di mettere in luce il tipo e la relativa entità economica delle risorse dedicate alle attività medesime. La tipologia prescelta per evidenziare le attività è la seguente: 1) Degenza; 2) Day hospital; 3) Terapia intensiva; 4) Sala operatoria/sala parto; 5) Prestazioni invasive di area cardiologica; 6) Guardia interdivisionale; 7) Attività per degenti ricoverati in altre unità dell'azienda; 8) Pronto soccorso/118; 9) Ambulatorio; 10) Ricerca; 11) Altre attività; 12) Totali o indistinte.

Attribuzione. Logica e tecnica di assegnazione dei costi che imputa le risorse direttamente e non in via mediata e in modo "economicamente conveniente" all'oggetto di costo. I costi che vengono assegnati secondo tale metodica prendono il nome di costi diretti (*vedi*).

Glossario

Centro di attività. Centro di responsabilità che raccoglie le risorse destinate allo svolgimento di una determinata attività (*vedi*) di una data Oncologia.

Centro di costo. Unità aziendale elementare della contabilità dei costi avente i seguenti requisiti: a) omogeneità delle operazioni compiute; b) specificità di dotazione dei fattori operativi; c) significatività in termini economici dei costi sostenuti; d) individuabilità del responsabile dell'unità medesima.

Centro di responsabilità. Unità aziendale ospedaliera che presenta le seguenti quattro caratteristiche fondamentali: a) avere come obiettivo/obiettivi (ovvero come risultati da perseguire) uno o più tra quelli precisati nel piano dei centri di risultato; b) svolgere un'attività o una serie di attività determinate o determinabili; c) disporre di risorse determinate o determinabili per svolgere le predette attività; d) avere uno o più responsabili identificati o identificabili, preposti al raggiungimento degli obiettivi specificati al punto (a), che coordinano le risorse precisate al punto (c), e che eseguono le attività di cui al punto (b). Sotto l'aspetto gestionale i centri di responsabilità rappresentano degli oggetti di costo (*vedi*).

Centro di risultato. Prodotto e/o attività fornita da una data realtà ospedaliera (a esempio, tipo e numero di Drg, tipo e numero di prestazioni). Sotto l'aspetto gestionale esso rappresenta un oggetto di costo (*vedi*).

Consumo. Processo attraverso il quale si ricava utilità dall'uso di una data risorsa.

Contrattualismo (contractualism, Vertragstheorie)

Dottrina filosofico-giuridica secondo la quale a fondamento della società e dello stato, e perciò del diritto, sta un accordo espresso o tacito fra i soggetti. Tale dottrina, per quanto configurata variamente presso i diversi autori, è caratterizzata generalmente dal volontarismo, e spesso, ma non necessariamente dall'individualismo, ed è connessa con l'antistorica concezione di uno "stato di natura", anteriore alla convivenza sociale e politica, anch'esso concepito in diffeenti modi dai differenti scrittori. Da questo primitivo stato presociale gli uomini avrebbero deciso di uscire per vivere in società mediante un reciproco accordo (*pactum unionis*) o per

Glossario

sottomettersi a una autorità (*pactum subiectionis*), dando così vita allo stato. In molti autori i due contratti, sociale e politico, si accompagnano e talvolta si confondono, mentre in altri, che ritengono la società necessaria per natura, si trova svolta la teoria del solo contratto politico.

Al pensiero greco, per il quale società e stato sono per necessità naturale, è estranea l'idea del contratto quale fondamento delle istituzioni umane, oidea che si trova tuttavia sporadicamente accennata, fin dal tempo dei sofisti, da chi oppone alla dominante convinzione del fondamento naturale di istituzioni e leggi ene afferma invece il carattere convenzionale; essa appare esplicitamente soltanto presso Epicuro per il quale società stato e diritto nascono da un accordo concluso per il comune utile degli individui. In Roma, anziché la concezione propriamente contrattualistica , si ritrova quella di un consenso-necessario però per natura- che è a fondamento delle istituzioni sociali: così per esempio, in Cicerone, per il quale il popolo è “coetus multitudinis iuris consensu et utilitatis communione sociatus”; tale consenso comunque è considerato essenziale, tanto da ispirare la finzione della lex regia, con la quale il popolo avrebbe trasferito una volta tanto la sovranità all'imperatore, e alla quale del pari si richiamarono nel medioevo i giuristi bolognesi per giustificare l'autorità dell'imperatore romano-germanico.

Costo. Controvalore monetario del consumo di un fattore produttivo.

Costo comune. Costo che non presenta un legame diretto o causale con l'oggetto di costo (*vedi*).

Vengono definiti con tale denominazione anche i costi non attribuibili, direttamente o indirettamente, alla produzione sanitaria, quali, a esempio, i costi degli uffici amministrativi, i costi della direzione sanitaria eccetera (*vedasi* anche costo di struttura). Essi si distinguono dai costi di produzione (*vedi*) quali, a esempio, personale medico delle divisioni di diagnosi e cura, farmaci e presidi della sala operatoria eccetera.

Costo diretto. Costo assegnato all'oggetto di costo mediante attribuzione (*vedi*).

Glossario

Costo di produzione e/o erogazione del servizio. Rappresenta la somma dei valori attribuiti ai vari fattori impiegati in una determinata attività produttiva e/o erogativa (ossia una funzione/attività di trasformazione fisico-tecnica o spazio-temporale di risorse). Dal punto vista matematico esso è definito (Dm 15/4/1994, art. 3, comma 2) dalla sommatoria dei costi inerenti il personale, i farmaci, i servizi richiesti, le attrezzature utilizzate e gli altri costi generali di reparto (*vedasi* anche costo specifico).

Cost-effectiveness analysis: A form of economic evaluation that compares the costs and one predefined health outcome of a given intervention and an alternative effectiveness analysis that measures the health benefit in quality-adjusted life years has been referred to as cost-utility analysis. (eg, cost per life-year gained).

Costo effettivo unitario medio. Consumo effettivo unitario medio di risorse, espresso in termini economici, per un dato oggetto di costo (Drg, Centro di responsabilità eccetera).

Costo esclusivo. *Vedasi* costo specifico.

Costo fisso. Costo che non varia al mutamento di una o più determinanti di costo (*vedi*).

Costo indiretto. Costo assegnato all'oggetto di costo mediante allocazione (*vedi*).

Costo medio unitario. Rapporto tra il costo totale (*vedi*) di produzione (o di erogazione) e il totale delle unità prodotte (o erogate).

Costo pieno. Sommatoria dei costi totali specifici più i costi totali comuni dell'azienda.

Costo specifico (o esclusivo). Costo che presenta un legame diretto e/o causale con l'oggetto di costo (*vedi*). *Vedasi* anche costo di produzione. Nel sistema di analisi gestionale esso è articolato nelle seguenti quattordici voci di costo: 1) personale medico, relativamente all'attività di assistenza in reparto di detto personale della divisione che dimette il paziente; 2) personale infermieristico relativamente all'attività di assistenza in reparto di detto personale della divisione che dimette il paziente;

Glossario

- 3) personale ausiliario, Ota, tecnico, amministrativo eccetera, del centro di responsabilità che dimette il paziente, impiegato per l'attività di reparto;
- 4) farmaci relativi alla sola attività di degenza della divisione che dimette il paziente;
- 5) presidi sanitari e chirurgici per la sola attività di degenza nella divisione che dimette il paziente;
- 6) altri costi alberghieri (pasti, pulizie eccetera) e fissi (ammortamenti eccetera) relativamente alla sola attività di degenza nella divisione che dimette il paziente;
- 7) costi relativi alla degenza (personale medico, infermieristico, farmaci, presidi sanitari e chirurgici, costi alberghieri e vari relativi all'assistenza in reparto) in unità organizzative diverse da quella che dimette il paziente;
- 8) laboratorio (Laboratorio d'analisi, Anatomia patologica eccetera);
- 9) radiologia (Radiologia, Neuroradiologia, Medicina nucleare eccetera);
- 10) sala operatoria/sala parto (chirurghi, anestesisti, infermieri, ausiliari, farmaci, presidi e ammortamenti di sala operatoria);
- 11) rianimazione (personale, farmaci, presidi eccetera); unità coronarica - Uci (personale, farmaci, presidi eccetera);
- 12) unità di terapia intensiva neonatale - Tin (personale, farmaci, presidi eccetera);
- 13) riabilitazione intensiva di terzo livello - Ati (personale, farmaci, presidi eccetera);
- 14) servizi forniti da altre unità organizzative (a esempio: consulenze, servizio trasfusionale per pazienti ricoverati eccetera). Sotto tale voce si ritrovano le prestazioni svolte da unità dell'ospedale diverse da quelle che dimettono i pazienti (escluse quelle contemplate nei precedenti punti da 7 a 14), i servizi sanitari "acquistati" all'esterno e le prestazioni invasive di area cardiologica (Ptca, coronarografie eccetera) quando non effettuate in sala operatoria.

Costo standard. Obiettivo posto allo svolgimento dei processi produttivi ed erogativi e il parametro rispetto al quale raffrontare sistematicamente gli effettivi costi sostenuti. Il costo standard è preventivo in quanto calcolato

Glossario

con riferimento a una attività di svolgimento futuro. I costi standard sono: a) ideali, se il livello di efficienza è difficilmente raggiungibile; b) raggiungibili, se si presume che solo pochi riusciranno a esprimere i livelli di efficienza che essi incorporano; c) realistici, se il livello di efficienza è quello che si presume di realizzare. Il costo standard non è dato da una stima ma dipende dai provvedimenti che si possono prendere in virtù degli scostamenti.

Costo di struttura. Costo comune a tutte le unità di diagnosi e cura (*vedasi* costo comune).

Costo totale. Sommatoria dei valori afferenti a una data aggregazione di costo (*vedi*) di tutti i “prodotti” di un dato centro di risultato (*vedi*).

Costo variabile. Costo che varia in funzione dei mutamenti che intervengono in una o più determinanti di costo (*vedi*).

Determinante di costo (*cost driver o driver*). Elemento che produce una variazione nel costo di un dato aggregato di risorse relativamente a uno o più oggetti di costo. Esso perciò “guida” l’allocazione dei costi verso un dato oggetto di costo.

Diagnosis related groups (Drg). Sistema di classificazione isorisorse dei pazienti dimessi ed è utilizzato nel Ssn quale tassonomia per le tariffe dei ricoveri ospedalieri. Il sistema Drg rappresenta un approccio alla determinazione della produzione ospedaliera attraverso un’identificazione di 498 categorie di ricovero considerate clinicamente significative e omogenee al loro interno in quanto a consumo di risorse assistenziali. Fu ideato da un gruppo di ricercatori dell’università di Yale nel 1969 ed è utilizzato in diversi Paesi quale metodo per definire le tariffe per i ricoveri ospedalieri.

Etica: “quanto alla scienza pratica che mira a procurare il bene puro e semplice dell’uomo, essa costituisce la morale o etica. Dal momento che ha come oggetto proprio non la perfezione delle ore plasmate e prodotte dall’uomo, ma la bontà e la perfezione dell’uomo stesso che agisce e dell’uso che egli fa liberamente delle sue facoltà, essa è propriamente la

Glossario

scienza dell'agire, la scienza degli atti umani (...). L'etica è pratica quanto può esserlo una vera scienza propriamente detta, poiché fa conoscere non solo le regole supreme, applicabili da molto lontano, ma anche le regole supreme applicabili all'atto particolare da compiere. Nello stesso tempo tuttavia questa scienza mira non a questo o a quel fine secondario, ma al fine supremo (il bene assoluto dell'uomo), cioè alla causa più elevata dell'ordine pratico: essa è pertanto una filosofia. E' puramente e semplicemente la filosofia pratica. (...). la questione capitale, a cui la filosofia pratica deve anzitutto rispondere è evidentemente di sapere in che cosa consiste (dal punto di vista dell'ordine naturale) il fine ultimo o il bene assoluto. Dopo ciò bisogna che essa studi mediante i quali l'uomo si rivolge verso il suo fine ultimo o se ne allontana (...). ” (J. Maritain, introduzione alla filosofia, Citta Armoniosa Reggio Emilia 1963, pg 198-199) in V. Tambone Problemi di bioetica e deontologia medica SEU Roma 2000 p 170

Funzionalismo orientamento teorico operante nel Novecento soprattutto nell'ambito della psicologia, dell'antropologia culturale e della sociologia. Entro tali discipline il funzionalismo propone un'interpretazione della realtà e una metodologia di indagine. Sotto il primo profilo oppone a una visione sostanzialistica e irrelata dei fenomeni, una concezione che valorizza invece sia la natura funzionalistico-relazionale sia l'appartenenza a un qualche ordine, spesso costituito dall'elaborazione concettuale del soggetto. Sotto il secondo profilo il f tende a inserire i fenomeni entro strutture o sistemi all'interno dei quali solo essi assumono l'identità di funzioni. Esse collegano tra loro organi, azioni, ruoli, individui, simboli, concetti, ecc. i quali acquistano senso proprio nella relazionale funzionale attribuita loro in rapporto al sistema considerato. Non a caso nella prospettiva funz.sta le relazioni di relazioni e funzione sono associate a quelle di insieme, struttura o sistema. Il f. tende a praticare indagini empiriche per cogliere: a) il darsi di relazioni dotate conferitrici di senso, concepite in termini di connessioni tra mezzi e fini, premesse e risultati, aspettative e soddisfacenti, in rapporto a determinati sistemi. b) le norme immanenti a tali relazioni, con i loro indici

Glossario

di coerenza e generalità; c) l'identità dei soggetti di dette relazioni, ricondotta ai loro ruoli all'interno di determinati sistemi.

Indicatore di costo. Indicatore gestionale che mette in luce i costi totali e i costi medi unitari, per ogni centro di risultato/centro di responsabilità, relativamente a determinati aggregati di costo (personale medico, farmaci, laboratorio eccetera).

Indicatore di scostamento economico. Indicatore gestionale che permette di valutare l'andamento di una variabile espressa in termini economici (costo totale di un dato ricovero, costo di un dato intervento chirurgico eccetera) rispetto a un dato standard di riferimento regionale e aziendale, espresso sempre secondo valori economici.

Indicatore gestionale. Strumento che mette in relazione tra loro due o più indici gestionali, al fine di fornire informazioni utili per segnalare, misurare e valutare specifici eventi gestionali. Nel sistema sinottico la tipologia degli indicatori è la seguente: a) indicatori di volume o di quantità; b) indicatori di costo; c) indicatori di standard tecnico; d) indicatori di standard o provento economico; e) indicatori di scostamento tecnico; f) indicatori di scostamento economico.

Logica per attività. Logica attraverso la quale realizzare il sistema di calcolo dei costi secondo il criterio delle basi multiple aziendali che, come nel caso della logica gerarchico-causale, definisce i centri di responsabilità in finali e intermedi a seconda del loro collegamento con il processo di produzione principale (il ricovero del paziente). Ciò che distingue la logica per attività da quella gerarchico-causale è che le risorse sono aggregate secondo il modello della catena del valore con riferimento al tipo di attività svolta e non al luogo nel quale queste vengono impiegate. L'adozione della logica per attività, "combinata" con la logica gerarchico-causale (*vedi*), rende possibile la determinazione del costo effettivo unitario individualizzato. Un'applicazione della logica per attività è costituita dall'Activity-based costing.

Margine di contribuzione. Indicatore di scostamento economico (*vedi*) che esprime la differenza tra tariffe e costi specifici.

Glossario

Metodo analitico (*microcosting*). Approccio al calcolo del costo effettivo unitario individualizzato, volto alla determinazione del consumo delle reali risorse impiegate (costi effettivi) per ogni distinto episodio di ricovero dimesso da un dato ospedale sulla base di elementi non generici (a esempio, il peso ministeriale del Drg) ma personalizzati e riferiti al singolo specifico assistito oggetto del ricovero. Di conseguenza, il metodo analitico punta alla quantificazione economica del piano di trattamento (“quali attività effettivamente sono erogate”) degli assistiti in regime di ricovero e il singolo specifico paziente diventa l’oggetto di costo principale dell’analisi gestionale. Quando l’oggetto di costo principale è il singolo assistito specificatamente individuato e lo si pone in relazione con le risorse effettivamente utilizzate per il suo ricovero (aggregati di costo), l’analisi gestionale rappresenta un’applicazione del metodo analitico.

Metodo a costi diretti (*direct costing*). Metodo di calcolo dei costi che punta alla determinazione e all’analisi dei costi variabili. Perciò, il *direct costing*, al contrario del *full costing* (vedi), non procede al “ribaltamento” dei costi comuni a ogni centro di responsabilità.

Metodo a costi specifici (*direct costing evoluto*). Metodo di calcolo dei costi che porta alla determinazione dei costi specifici (vedi).

Metodo del costo pieno (*full costing*). Metodo di calcolo dei costi che porta alla determinazione del costo pieno. Perciò, il *full costing*, al contrario del *direct costing* (vedi), procede al “ribaltamento” dei costi comuni, attribuendo una quota di essi a ogni centro di responsabilità.

Neocontrattualismo (social contract theory; moderne Kontraktualismus; neo-contractualisme; neocontratualismo). Il neocontrattualismo è un insieme di teorie, politiche e morali normative che ha avuto origine negli Stati Uniti nella seconda metà del XX secolo. Si inserisce nel solco del contrattualismo moderno (Hobbes, Locke, Rousseau, Kant), pur differenziandosi sotto diversi profili. Nell’area anglofona si è soliti distinguere tra due versioni del n: il *contractualism* (J. Rawls, Thomas Scanlon), che si ricollega alla tradizione kantiana e si presenta prevalentemente come una teoria politica, e il *contractarianism* (David

Glossario

Gauthier, James Buchanan), che si ricollega alla tradizione hobbesiana e si presenta prevalentemente come una teoria morale. Il contrattualismo moderno e il n. ritengono che la legittimità, la giustificazione o la fondazione dello stato, ed eventualmente delle principali istituzioni sociali, derivino da un accordo -esplicito o implicito, effettivo o ideale (razionale o ragionevole)- degli individui che a quello stato sono soggetti. Gli elementi centrali del n. sono dati dalla caratterizzazione: di una situazione iniziale (*original position* in Rawls; *initial bargaining position* in Gauthier); dalle parti dell'accordo (soggetti morali e ragionevoli, sottoposti a un "velo di ignoranza", cioè a restrizioni sulle informazioni loro disponibili, in Rawls; soggetti pienamente informati, auto-interessati e razionali, in Gauthier); dall'output normativo del contratto. Il n. (soprattutto quello di Rawls) è configurabile, da un punto di vista dei suoi esiti politici, come una variante (liberale) dell'ideologia egualitaria, che giustifica un deciso intervento dello stato a favore dei gruppi meno avvantaggiati della società, promuove l'eguaglianza di libertà fondamentali per tutti i cittadini e la riduzione delle ineguaglianze esistenti nella distribuzione delle opportunità, del reddito e della ricchezza.

Oggetto di costo. Centro di risultato e/o centro di responsabilità per il quale si richiede un'apposita e distinta misurazione dei costi relativi.

Piano dei centri di responsabilità. Documento che mette in luce i centri aziendali che si vogliono tenere sotto controllo: con il piano dei centri di responsabilità vengono poste in evidenza le unità organizzative ("chi svolge l'attività") preposte a realizzare la "produzione sanitaria" definita con il piano dei centri di risultato (*vedi*).

Piano delle risorse (piano dei costi). Documento che mette in luce i fattori produttivi che si intende tenere sotto controllo e sono utilizzati per realizzare la "produzione sanitaria". Il piano delle risorse individua la tipologia delle voci di costo secondo la quale suddividere le risorse complessive dell'azienda.

Risultato economico. Indicatore di scostamento economico (*vedi*) definito dalla differenza tra tariffe e costi pieni effettivi o previsti.

Glossario

Sistema di calcolo dei costi secondo il criterio delle basi multiple aziendali. Metodo per determinare i costi attraverso una procedura di allocazione (*vedi*) delle risorse agli oggetti di costo attraverso uno o più determinanti di costo (*vedi*). Le tre principali logiche attraverso le quali realizzare il sistema di calcolo dei costi secondo il criterio delle basi multiple aziendali sono: a) la logica per aree funzionali; b) la logica gerarchico-causale (*vedi*); c) la logica per attività (*vedi*).

Spesa. Esprime il valore, in termini economici, per l'acquisizione di una data risorsa. La spesa rappresenta la manifestazione di un processo di impiego di mezzi raccolti, sotto l'aspetto economico, attraverso il quale l'azienda si procura beni e/o servizi. La differenza tra spesa e costo (*vedi*) risiede nelle diverse finalità riguardanti l'impiego monetario: la spesa attiene all'acquisizione di un dato fattore produttivo, mentre il costo mette in luce l'utilizzo del fattore medesimo.

Standard (parametro di riferimento). Indice e/o indicatore gestionale che costituisce il valore di riferimento verso il quale tendere e mediante il quale comprendere e avviare giudizi sugli eventi gestionali (costi, volumi di attività, proventi eccetera) oggetto dell'analisi (*vedasi* anche costo standard).

Tipo di ricovero. Classi secondo le quali vengono raggruppati gli episodi di ricovero a seconda del fatto che siano ricoveri dimessi in prima giornata, outliers (ovvero con una durata di degenza oltre un dato valore-soglia), day hospital/Pac, ordinari (ovvero le dimissioni non ricomprese nelle classi precedenti).

Voce di costo. Elemento di costo dato dall'individuazione del consumo di una specifica risorsa (a esempio: il costo del personale infermieristico di una data unità organizzativa).

Bibliografia

Bibliografia

- Ackerman, R. W.: 1973, '*How Companies Respond to Social Demands*', Harvard University Review 51(4), 88–98.
- Apel *Comunità e Comunicazione*, trad. it. G. Carchia, Rosenberg&Sellier Torino 1977
- Aristotele *Metafisica* Δ
- Altenstetter Hospital Planning in France and the Federal Republic of Germany
Journal of health politics, policy and law vol. 5 n. 2 summer 1980
- Argandoña The Stakeholders Theory and the Common Good Journal of Business Ethics 17: 1093-1102, 1998
- Backman, J. (Ed.). (1975) Social responsibility and accountability. New York: New York University Press.
- Berman L, Curry L, Gusberg R, Dardik A, Fraenkel L. Informed consent for abdominal aortic aneurysm repair: The patient's perspective. J Vasc Surg. 2008 Aug;48(2):296-302. Epub 2008 Jun 24. PubMed PMID: 18572357; PubMed Central PMCID: PMC2630422
- Bersani *Frascisco Aziende Sanitarie e cittadini: comunicare con il bilancio sociale* ed. il sole 24 ore 2005
- Borgonovi E., *La responsabilità sociale in sanità*, Mecosan, 2005, n. 56: 3-9
- Berman L, Curry L, Gusberg R, Dardik A, Fraenkel L. Informed consent for abdominal aortic aneurysm repair: The patient's perspective. J Vasc Surg. 2008 Aug;48(2):296-302. Epub 2008 Jun 24. PubMed PMID: 18572357; PubMed Central PMCID:PMC2630422.
- Bowen, H. R. (1953). *Social responsibilities of the businessman.*(NewYork: Harper&Row.)
- Brauer CA, Neumann PJ, Rosen AB. Trends in cost effectiveness analyses in orthopaedic surgery. Clin Orthop Relat Res. 2007 Apr;457:42-8. Review. PubMed PMID: 17242614
- Brewster David C., Cronenwett Jack L; Hallett , John W., Johnston.Wayne K, Krupski William C., Matsumura Jon S Guidelines for the treatment of abdominal aortic aneurysms: Report of a subcommittee of the Joint Council of the American Association for Vascular Surgery and Society for Vascular

Bibliografia

- Surgery Journal of Vascular Surgery - May 2003 (Vol. 37, Issue 5, Pages 1106-1117, DOI: 10.1067/mva.2003.363)
- Bull C, Adam A Virtue ethics and customer relationship management: towards a more holistic approach for the development of 'best practice' Business Ethics: A European Review 4 MAR 2011 DOI: 10.1111/j.1467-8608.2011.01613.x
- Callahan D La medicina impossibile Baldini & Castoldi, 1998
- Carroll A. B, A three-dimensional conceptual model of corporate performance Academy of Management Review 4, 4(1979)
- Carroll, A. B. (1991, July/August). The pyramid of corporate social responsibility: Toward the moral management of organizational stakeholders. Business Horizons, 34, 39-48.
- Carroll, A. B. (1991, July/August). The pyramid of corporate social responsibility: Toward the moral management of organizational stakeholders. Business Horizons, 34, 39-48.
- Carroll Corporate Social Responsibility Evolution of a Definition Construct Business and Society. Sep 1999.
- Carter T.: Health insurance and corporate social responsibility in J Hosp Mark Public Relations. 2009 Jan-Jun;19(1): 64-86.
- Cavicchi I Autonomia e Responsabilità ed. Dedalo 2007
- Cavicchi I La Medicina della scelta Bollati Boringhieri ed. 2000
- Cavicchi I Medicina e Sanit : Snodi Cruciali ed. Dedalo 2010
- Civaner M, Arda B. Do patients have responsibilities in a free-market system? A personal perspective. Nurs Ethics. 2008 Mar;15(2):263-73
- Collins SK. Corporate social responsibility and the future health care manager. Health Care Manag (Frederick). 2010 Oct-Dec;29(4):339-45. Erratum in: Health Care Manag (Frederick). 2011 Jan-Mar;30(1):91. PubMed PMID: 21045586.
- Committee for Economic Development. (1971). Social responsibilities of business corporations. New York: Author.
- Dalton, D. R., & Cosier, R. A. (1982, May/June). The four faces of social responsibility. Business Horizons, 19-27.

Bibliografia

- Connelly J. Emotions, ethics, and decisions in primary care. *J Clin Ethics*. 1998 Fall;9(3):225-34. Review. No abstract available. PMID: 10029823 [PubMed - indexed for MEDLINE] Related citations
- Cookson R, McCabe C, Tsuchiya A. Public healthcare resource allocation and the Rule of Rescue. *J Med Ethics*. 2008 Jul. 34(7):540-4. Review. PubMed PMID:18591290.
- Curran CR, Totten MK. Governing for improved quality and patient safety. *Nurs Econ*. 2011 Jan-Feb;29(1):38-41.
- Damiani G., Ricciardi G. *Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria* ed. Idelson-Gnocchi 2005
- Davis, K.: Can Business Afford to Ignore Corporate Social Responsibilities?, *California Management Review* 2, 70–76. 1960
- Davis, K., & Blomstrom, R. L.. *Business and its environment*. New York: McGraw-Hill. 1966
- Davis, K.. Understanding the social responsibility puzzle: What does the businessman owe to society? *Business Horizons*, 10, 45-50. 1967
- Davis K, The case for and against business assumption of social responsibilities. *Academy of Management Journal*, 16, 2(1973): 312–322. (1967, Winter)
- Dawson D. Conflicting Stories of Virtue in UK Healthcare: Bringing Together Organisational Studies and Ethics' *Business Ethics: A European Review* 18:2, 94-108 2009
- del Pilar Camargo Plazas M. Mapping chronic illness in the age of globalization: reclaiming the good for the chronically ill. *ANS Adv Nurs Sci*. 2009 Apr-Jun;32(2):E30-41. Review. PubMed PMID: 19461220.
- Del Vecchio M, Rappini V *Aziende sanitarie e stampa quotidiana: una proposta di analisi* Rapporto OASI 2010 ed. EGEA
- De Haes H, Teunissen S. Communication in palliative care: a review of recent literature. *Curr Opin Oncol*. 2005 Jul;17(4):345-50. Review. PMID: 15933465 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Department of Health Health and Social Care Act 2008 Code of practice for the prevention and control of healthcare associated infections. London: DoH; 2009
- Department of Health Equity and Excellence: *Liberating the NHS* (2010)

Bibliografia

- Dobkin PL, Boothroyd LJ. Organizing health services for patients with chronic pain: when there is a will there is a way. *Pain Med.* 2008 Oct;9(7):881-9
PMID: 18950443
- Donaldson T. *Corporation and Morality* Prentice-Hall, Englewood Cliff NJ 1982
- Donaldson T. e Preston L.E. The stakeholders theory of the corporation: concept, evidence and implications *Academy of Management Review* 1995 vol. 20 no 1 65-91
- Dodd, E. Merrick For Whom are Corporate Managers Trustees? *Harvard Law Review*, 1932 vol. 45 no. 7: 1145–1163. Year: 1932.
- Drösler Saskia, Romano Patrick, Wei Lihan Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009 *Oecd Health Working Papers* No. 47
- Drucker, P. F. (1984). The new meaning of corporate social responsibility. *California Management Review*, 26, 53-63.
- Drucker, P.: *The New Realities* (Mandarin, London) 1990.
- Duerden Responsibility for managing healthcare-associated infections: where does the buck stop? *Journal of Hospital Infection* (2009) 73, 414e417
- Eeckloo K, Van Herck G, Van Hulle C, Vleugels A. From corporate governance to hospital governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy.* 2004 Apr;68(1):1-15.PMID: 15033548 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Eells, R.,Walton, C. *Conceptual foundations of business* (3rd ed.). Burr Ridge, IL:Irwin. (1974).
- Eilbert, H.,&Parket, I. R. The current status of corporate social responsibility. *Business Horizons*, 16, 5-14. (1973, August).
- Emanuel EJ, Emanuel LL.: What is accountability in health care? *Ann Intern Med.* 1996; 124: 229
- Emanuel EJ. Warren G.: Choice and representation in health care. *Magnuson Clinical Center, National Institutes of Health, USA. Comment in: Med Care Res Rev.* 1999;56 Suppl 1:141-4.
- Emanuel L.: *A Professional Response to Demands for Accountability: Practical Recommendations Regarding Ethical Aspects of Patient Care*, MD, PhD, for

Bibliografia

- the Working Group on Accountability*, © 1996 American College of Physicians Ann Intern Med. 1996
- Epstein, E. M. (1987). The corporate social policy process: Beyond business ethics, corporate social responsibility, and corporate social responsiveness. *California Management Review*, 29, 99-114.
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002 Jan 9;287(2):226-35. Review. PubMed PMID: 11779266.
- Evan, W. M., and R. E. Freeman: A Stakeholder Theory of the Modern Corporation: Kantian Capitalism, in *Ethical Theory and Business*. 3d ed., ed. T. Beauchamp 1988 and N. Bowie. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Fawcett S, Schultz J, Watson-Thompson J, Fox M, Bremby R. Building multisectoral partnerships for population health and health equity. *Prev Chronic Dis*. 2010 Nov;7(6):A118. Epub 2010 Oct 15.
- Fitch, H. G. (1976). Achieving corporate social responsibility. *Academy of Management Review*, 1, 38-46.
- Finnis J. *Natural Law and Natural Rights* (Oxford: Clarendon Press, 1986)
- Fleet LJ, Kirby F, Cutler S, Dunikowski L, Nasmith L, Shaughnessy R: Continuing professional development and social accountability: a review of the literature, in *J Interprof Care*. 2008;22 Suppl 1:15-29.
- Frederick, W. C. (1960). The growing concern over business responsibility. *California Management Review*, 2, 54-61.
- Freeman R. Edward, Phillips Robert A. Stakeholder Theory: A Libertarian Defense (pp. 331-349) vol. 12, n 3, Jul. 2002
- Freeman Andrew R. , McWilliam Carol L., MacKinnon Joyce R., DeLuca Sandra and Rappolt Susan G.: Health professionals' enactment of their accountability obligations: Doing the best they can *Social Science & Medicine*, Volume 69, Issue 7, October 2009, Pages 1063-1071.
- Friedman M The social responsibility of business is to increase its profits. *New York Times Magazine* 1970;Sept. 1:122-26.
- Friedman M *The Methodology of Positive Economics* In *Essays In Positive Economics* (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1966), pp. 3-16, 30-43.

Bibliografia

- Galvin RS. Thinking clearly about payment reform. *Am J Manag Care*. 2010 Feb;16(2):89-91
- Garriga E, Melé D Corporate social responsibility Theories: Mapping the Territory *Journal of Business Ethics* 53: 51-71, 2004
- Giblin MJ, Meaney ME. Corporate compliance is not enough. Catholic healthcare organizations should aim at the development of ethical cultures. *Health Prog*. 1998 Sep-Oct;79(5):30-1. PubMed PMID: 10187516.
- Graham John and Bruhn Jodi Improving Health Governance in First Nations Communities: Model Governance Policies and Tools Institute on Governance (A paper prepared for the Second Annual First Nations Health Managers Conference, January 27–29, 2009, Vancouver, British Columbia)
- Griffiths P, Renz A, Hughes J, Rafferty AM. Impact of organisation and management factors on infection control in hospitals: a scoping review. *J Hosp Infect*. 2009 Sep;73(1):1-14. Epub 2009 Jul 31. Review
- Guix J, Villalbí JR, Armengol R, Llebaria X, Manzanera R, Plasència A; Comité de Dirección de la Agència de Salut Pública de Barcelona. [Innovating the service management of public health: the experience of the Barcelona Public Health Agency (Spain)] *Gac Sanit*. 2008
- Haddad AM. The nurse's role and responsibility in corporate-level planning. *Nurs Adm Q*. 1981 Winter;5(2):1-6.
- Häkkinen U. The impact of changes in Finland's health care system. *Health Econ*. 2005 Sep;14(Suppl 1):S101-18. PMID: 16161191
- Healthcare Commission. Learning from investigations. London: Commission for Healthcare Audit and Inspection; 2008.
- Heller, R.F., Heller, T.D., & Pattison, S. (2003a). Putting the public back into public health. Part I. A re-definition of public health. *Public Health*, 117(1), 62–65.
- Heller, R.F., Heller, T.D., & Pattison, S. (2003b). Putting the public health back into public health. Part II. How can public health be accountable to the public? *Public Health*, 117(1), 66–71.
- Hilton SR, Slotnick HB. Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Med Educ*. 2005 Jan;39(1):58-65.

Bibliografia

- Hinna L. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche ed. Franco Angeli
2004
- Houtepen R, ter Meulen RT. The expectation(s) of solidarity: matters of justice,
responsibility and identity in the reconstruction of the health care system.
Health Care Anal. 2000;8(4):355-76. PubMed PMID: 11155557
- Impellizzeri FM, Bizzini M, Leunig M, Maffiuletti NA, Mannion AF.: Money
matters: exploiting the data from outcomes research for quality improvement
initiatives Eur Spine J. 2009 Aug;18 Suppl 3:348-59. Epub 2009 Mar 18.
Review. PMID: 19294433
- Irvine D.: Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory
framework, in THE LANCET • Vol 358 • November 24, 2001
- Irvine D H Donaldson L J The doctor's dilemma. British Medical Bulletin 1995
vol 51 no. 4 pp 842-853
- Jaspers K. Piccola Scuola del pensiero filosofico Comunità, Milano 1968
- Jensen M. C. Value maximisation and the Corporate Objective Function. Harvard
Business School 2000
- Jha AK, Perlin JB, Kizer KW, Dudley RA Effect of the transformation of the
Veterans Affairs Health Care System on the quality of care. N Engl J Med.
2003 May 29;348(22):2218-27. PMID: 12773650
- Jonas H Il principio di responsabilità un'etica per la civiltà tecnologica Einaudi
1990
- Jones, T. M. (1980, Spring). Corporate social responsibility revisited, redefined.
California Management Review, 59-67.
- Jones V.P. Embedding Economic Relationships through Social Learning? The
Limits of Patient and Public Involvement in Healthcare Governance in England
Journal of Law and Society Volume 38, Issue 2, pages 215–244, June
2011DOI: 10.1111/j.1467-6478.2011.00541.
- Johnson, H. L. Business in contemporary society: Framework and issues.
Belmont, CA: Wadsworth. (1971)
- ISS Linee Guida Parto cesareo 2010
- Kearon C 2003, *Natural history of venous thromboembolism*, Circulation, 107:
I22-30.

Bibliografia

- Kizer Kenneth W., R. Adams Dudley Extreme Makeover: Trasformation of the Veterans Health Care System Annu. Rev. Public Health 2009
- Lauridsen S. Administrative gatekeeping - a third way between unrestricted patient advocacy and bedside rationing. Bioethics. 2009 Jun;23(5):311-20. Epub 2008 Apr 11. Review. PubMed PMID: 18410460
- Levinas E. Ethics and Infinity. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press; 1985:85–92
- Lévy M, Eskew M, Bernotat WH, Barner M.: Who owns the long term? Perspectives from global business leaders, Harv Bus Rev. 2007 Jul-Aug;85 (7-8): 54-60, 191.PMID: 17642126
- Longo, Salvatore, Tasselli “le nuove missioni delle AUSL tra governo della produzione e dei consumi: un’analisi dei sistemi di controllo direzionale” MECOSAN 66 (2008)
- MacIntyre, A. 1985. After Virtue: A study in Moral Theory, 2nd edition. London: Duckworth
- Macintyre A. Animali Razionali Dipendenti Vita e Pensiero 2001
- Lucado J, Paez K, Andrews R, Steiner C. Adult Hospital Stays with Infections Due to Medical Care, 2007: Statistical Brief 94. 2010 Aug. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs [Internet]. Rockville (MD): Agency for Health Care Policy and Research (US); 2006 Feb-. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hcupsb&part=sb94> PubMed PMID: 21413211
- Manne, H. G., &Wallich, H. C. The modern corporation and social responsibility. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research. (1972).
- Mahon J. F and Griffin, J .J. Painting a portrait: a reply Business and Society, 38, 1999, 126–133
- Mays GP, Smith SA, Ingram RC, Racster LJ, Lamberth CD, Lovely ES. Public health delivery systems: evidence, uncertainty, and emerging research needs. Am J Prev Med. 2009 Mar;36(3):256-65. Review. PubMed PMID: 19215851.
- Manley Ray and Satiani Bhagwan Revenue cycle management Journal Of Vascular Surgery Volume 50, Number 5 2009

Bibliografia

- Manne, H. G., &Wallich, H. C. (1972). The modern corporation and social responsibility. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research
- McGuire, J. W. (1963). Business and society. New York: McGraw-Hill.
- Meaney M. E. Authorithi relations in corporate medical management: Toward an organizational ethic of managed care HEC Forum 1999; 11(4): 345 357
- Melé Domenec Business Ethics in Action Palgrave Macmillan ed. 2009
- Melé Domenec Integrating Personalism into Virtue-Based Business Ethics: The Personalist and the Common Good Principles Journal of Business Ethics (2009) 88:227–244 Springer 2009 DOI 10.1007/s10551-009-0108-y
- Melé Domenec The Firm as a “Community of Persons’’: A Pillar of Humanistic Business Ethos Journal of Business Ethics (2011) DOI 10.1007/s10551-011-1051-2
- Melé Domenec Editorial Introduction: Towards a More Humanistic Management. Journal of Business Ethics (2009) 88:413–416 Springer 2009 DOI 10.1007/s10551-009-0129-6
- Miano F. Responsabilità Ed. Guida 2009
- Millar J, Mattke S and the members of the OECD patient safety Selecting indicators for at the health systems level in OECD Countries Oecd Health Technical Papers No. 18
- Ministero della Salute: Progetto Mattone “Misura dell’appropriatezza” <http://www.mattoni.salute.gov.it>
- Molinari C, Morlock L, Alexander J, Lyles CA. Hospital board effectiveness: relationships between governing board composition and hospital financial viability. Health Serv Res. 1993 Aug;28(3):358-77.
- Moore SC, Hutchison SA. Developing leaders at every level: accountability and empowerment actualized through shared governance. J Nurs Adm. 2007 Dec;37(12):564-8. PMID: 18090520
- Nagamatsu S, Kami M, Nakata Y. Healthcare safety committee in Japan: mandatory accountability reporting system and punishment. Curr Opin Anaesthesiol. 2009 Apr;22(2):199-206.

Bibliografia

- O'May, F., & Buchan, J. (1999). Shared governance: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 281-300.
- Orlowski JP Ethical principles in critical care medicine. *Crit Care Clin.* 1986 Jan;2(1):13-25. Review.PMID: 3331304
- Owen D. Medicine, morality, and the market.*Lancet.* 1984 Jul 7;2(8393):30-1.
- Papatheodoridis GV. Ethics related to liver biopsies and antiviral therapies in chronic viral hepatitis. *Dig Dis.* 2008;26(1):59-65. Epub 2008 Feb 15. Review. PubMed PMID: 18600018.
- Patel Kiran CR, Spilsbury Peter and Shukla Rashmi Clinical contributions to addressing the social determinants of health *Clinical Medicine* 2010, Vol 10, No 2: 130–3
- Porter ME, Kramer MR. The competitive advantage of corporate philanthropy. *Harv Bus Rev.* 2002 Dec;80(12):56-68, 133.
- Preston L. E. Post J. E. (1975). *Private management and public policy: The principle of public responsibility.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Preston L. E. Post J. E. (1981). *Private management and public policy* *California Management Review* 23 (3) 56-63
- Regione Siciliana “Piano salute Sicilia” <http://www.regione.sicilia.it/sanita/>
- Regione Lazio LG Profilassi della Tromboembolia Venosa Post-Chirurgica 2007
- Rajput V, Bekes CE. Ethical issues in hospital medicine. *Med Clin North Am.* 2002 Jul;86(4):869-86. Review. PubMed PMID: 12365344.
- Redelmeier DA, Rozin P, Kahneman D. Understanding patients' decisions. Cognitive and emotional perspectives. *JAMA.* 1993 Jul 7;270(1):72-6. Review. PubMed PMID: 8510300.
- Ricoeur P. *Filosofia della volontà* Marietti Genova 1990
- Robertson J, Walkom EJ, Henry DA. Health systems and sustainability: doctors and consumers differ on threats and solutions. *PLoS One.* 2011 Apr 27;6(4):e19222 PMID: 21556357
- Royal College of Physicians *Doctors in society Medical professionalism in a changing world Report of a Working Party, December 2005 Report of a Working Party, December 2005*

Bibliografia

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists RCOG Green-top Guideline
No. 26
- Rose N Le politiche della Vita Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo
ed. Einaudi 2008
- Sacco P Viviani M La Responsabilita' Sociale D'impresa: un percorso a partire dal
dibattito italiano. Working Paper n. 11. Aprile 2005 (aggiornato febbraio 2007
- Sacconi, Lorenzo, Corporate Social Responsibility (CSR) as a Model of
'Extended' Corporate Governance: An Explanation Based on the Economic
Theories of Social Contract, Reputation and Reciprocal Conformism (February
2004). LIUC, Ethics, Law and Economics Paper No. 142. Available at SSRN:
<http://ssrn.com/abstract=514522> or doi:10.2139/ssrn.514522
- Sandel M. Il nostro bene comune ed Feltrinelli 2010
- Scally Donaldson Clinical governance and the drive for quality improvement in
the new NHS in England *BMJ*. 1998 Jul 4;317(7150):61-5.
- Sethi, S. P. (1975, Spring). Dimensions of corporate social performance: An
analytic framework. *California Management Review*, 17, 58-64.
- Silver G. Institutional Ethics *The Lancet* October 31 1987
- Simmons H E Corporate responsibility and health care from a corporate
perspective. *Rep Natl Forum Hosp Health Aff*. 1984;95-104.
- Skouloudis, A., Evangelinos, K., Nikolaou, I. and Filho, W. L. (2011), An
overview of corporate social responsibility in Greece: perceptions,
developments and barriers to overcome. *Business Ethics: A European Review*,
20: 205–226. doi: 10.1111/j.1467-8608.2011.01619
- Steinbrook R. Imposing personal responsibility for health. *N Engl J Med*. 2006
Aug 24;355(8):753-6. PMID: 16928991
- Steiner, G. A. (1971). *Business and society*. New York: Random House.
- Studdert DM, Mello MM, Sage WM, et al. Defensive medicine among high-risk
specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005;
293:2609–2617
- Surbone A.; Ritossa C., Spagnolo A. G. Evolution of truth-telling attitudes and
practices in Italy 2004 September 52 (2004) 165–172 *Critical Reviews in
Oncology/Hematology*

Bibliografia

- Tambone Problemi di bioetica e deontologia medica SEU Roma 2000
- Tambone Ghilardi Manuale di metodologia clinica: "EBM la storia" in press
- Tommaso D'Aquino (De Reg., 1. I, c. 15, n. 817)
- Tommaso D'Aquino Quaestio disputata de virtutibus cardinalibus. Quaestio unica, art. 1, c)
- Tuohey JF. Covenant model of corporate compliance. "Corporate integrity" program meets mission, not just legal, requirements. Health Prog. 1998 Jul-Aug;79(4):70-5. PubMed PMID: 10181597.
- Vallance, E. (1996), FOCUS: Ethics in Business and Health. Business Ethics: A European Review, 5: 202–206. doi: 10.1111/j.1467-8608.1996.tb00161.
- Vergara C. Il contributo della Programmazione e del Controllo al governo consapevole delle aziende Giuffrè ed. 2004
- Von Stein L. Verwaltungslehre, 10 voll. , Cotta, Stuttgart 1868, vol. VII
- Walton, C. C. (1967). Corporate social responsibilities. Belmont, CA: Wadsworth.
- Walshe K, Wallace L, Freeman T, Latham L, Spurgeon P.: The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study. Int J Qual Health Care. 2001 Oct; 13(5): 367-74.
- Weber Max Scritti Politici Donzelli ed. 1998
- Welie JV, Welie SP. Patient decision making competence: outlines of a conceptual analysis. Med Health Care Philos. 2001;4(2):127-38. Review. PubMed PMID: 11547499.
- Werhane P. H. Business Ethics, Stakeholder Theory, and the Ethics of Healthcare Organizations Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (2000), 9, 169–181
- Werner WJ.: Corporate social responsibility initiatives addressing social exclusion in Bangladesh. J Health Popul Nutr. 2009 Aug; 27(4): 545-62. PMID: 19761088
- Wood Donna J., Measuring Corporate Social Performance: A Review. International Journal of Management Reviews, Vol. 12, Issue 1, pp. 50-84, March 2010. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1537405> or doi:10.1111/j.1468-2370.2009.00274.
- Wright J, Hill P La Governance Clinica McGraw-Hill Ed.
www.ftse.com/Indices/FTSE4Good_Index_Series/index.jsp

Bibliografia

- Zadek S. Harv Bus: The path to corporate responsibility, Rev. 2004 Dec; 82(12):
125-32, 150.PMID: 15605571
- Zamagni S. (2004) L'ancoraggio etico della responsabilità sociale d'impresa e la
critica alla rsi, Working Paper, AICCON, n°1
- Zangrandi A., Borgonovi E. Un contributo dei direttori delle aziende pubbliche: i
sistemi di Clinical Governance MECOSAN nr 54 2005