



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in
Management Pubblico e sistemi Socio-Sanitari

Il Dialogo con gli Stakeholders: il caso della Dialisi

The Dialogue with Stakeholders: the case of dialysis

Relatore: Chiar.mo
Prof.ssa Lucia Montanini

Tesi di Laurea di:
Gianluca De Paolis

Anno Accademico 2018 – 2019

INDICE

Introduzione	4
Capitolo 1 LE AZIENDE SANITARIE FINALITA' E CARATTERI	9
1.1 Le aziende sanitarie: principali finalità.....	9
1.2 I caratteri economico aziendali delle aziende sanitarie.....	12
1.3 L'evoluzione normativa della sanità in Italia.....	17
1.4 I profili organizzativi delle aziende sanitarie.....	27
1.5 Esigenza di trasparenza e rendicontazione nelle aziende sanitarie pubbliche	32
Capitolo 2 L'ACCOUNTABILITY NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE	34
2.1 La responsabilità sociale delle organizzazioni pubbliche.....	34
2.2 Il concetto di accountability: una prima definizione.....	42
2.3 L'affermazione del principio di accountability, nel quadro evolutivo dell'amministrazione pubblica italiana.....	46
2.4 Gli strumenti di accountability: un quadro d'insieme	49
2.5 Il bilancio sociale	50
Capitolo 3 DIALOGO CON GLI STAKEHOLDE FINALITA' E STRUMENTI	54
3.1 L'importanza di coinvolgere gli stakeholder	54
3.2 Stakeholder Management Theory.....	63
3.3 Stakeholder engagement.....	67

Capitolo 4 STAKEHOLDER ENGAGEMENT IN UNA AZIENDA SANITARIA: il caso del centro autonomo dialisi di Fermo	72
4.1 Il contesto di riferimento.....	74
4.2 Centro autonomo Dialisi, ospedale A. Murri di Fermo.....	76
4.3 Mappa degli stakeholder	80
4.4 L'Indagine	83
4.4.1 Suggerimenti dagli stakeholder.....	106
4.5 Conclusioni.....	107
Bibliografia e sitografia	112
Ringraziamenti.....	119

INTRODUZIONE

Il processo di evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) è volto ad un sostanziale miglioramento della qualità dei servizi offerti, puntando contemporaneamente a contenere la spesa sanitaria in costante crescita.

Per migliorare la qualità e contenere la spesa, c'è bisogno di strumenti sempre più avanzati ed in grado di generare sempre più informazioni a supporto del processo decisionale, attuato dai manager sanitari e in genere dai diversi attori del SSN.

Informazioni che originano nelle organizzazioni per essere comunicate ai cittadini sul territorio, per poi tornare indietro sotto forma di feedback.

Oltre al processo di evoluzione del S.S.N. anche il contesto spinge verso una costante richiesta di trasparenza informativa e di rendicontazione.

Nelle pubbliche amministrazioni, si è accantonata l'idea di autoreferenzialità per andare sempre più verso il tema dell'*accountability*¹, che è venuto ad assumere, nel nostro Paese, una valenza sempre più marcata.

L'espansione della responsabilità regionale e del conseguente dover “rendere conto” per l'organizzazione e l'amministrazione della sanità ha reso molto più complesso l'operato delle Regioni in questo settore.

¹ “La crisi di legittimazione della pubblica amministrazione, la crescente tensione fra risorse disponibili e bisogni da soddisfare, l'aumentata attenzione al controllo della spesa pubblica, l'affermarsi di un modello di stato regolatore e con forti autonomie locali ed i correlati processi di decentramento, esternalizzazione, privatizzazione, che stanno interessando il settore pubblico sono alcuni dei fattori che hanno alimentato un crescente interesse verso il problema dell'*accountability* delle aziende pubbliche”. Pezzani, F. (2003), *l'accountability delle amministrazioni pubbliche*, I edizione Marzo, Egea editore, Milano

Per parlare di accountability con riferimento alla realtà pubblica è necessario che coesistano un'attività di trasmissione di informazioni, congiunta alla valutazione delle stesse e all'eventuale correlata applicazione di “sanzioni”.²

L'accountability richiede la disponibilità di informazioni, ma anche la loro, attendibilità, comprensibilità, accessibilità, diffusione, distribuzione, disseminazione.³

Nel caso dell'azienda sanitaria, essa si pone in una posizione particolare nei confronti dei vari stakeholders, la motivazione risiede nella particolarità del “prodotto offerto” identificabile nel “bene salute”.

Questo genera particolari fabbisogni informativi e di rendicontazione che mettono l'accountability al centro per la gestione delle relazioni con i vari interlocutori.

Il “rendere conto”, sicuramente per giustificare le entrate ed uscite di un'organizzazione che gestisce fondi Pubblici, ma anche per altre ragioni, come informare i vari portatori d'interesse, sotto l'insegna della trasparenza, di altri aspetti riguardanti la gestione pubblica.

Tale approccio viene definito stakeholder-oriented, coinvolge l'intera organizzazione e rappresenta un modo di interagire strutturato tra l'Azienda Sanitaria e i suoi interlocutori principali.

Questo approccio, non può prescindere da un profondo coinvolgimento (engagement) degli operatori: personale di contatto, infermieri, medici o del

2 Stewart, J.D., (1984). The role of information in public accountability. In: Hopwood, A. & Tomkins, C. (eds) Issues in public sector accountability pp13-34. Phiiip Allen.

3 Herzlinger, R.E., (1996). Can public trust in nonprofit and governments be restored?. [Harvard Business Review](#), 74(2), 97-107. Coy D. et al., (2001). Public accountability: a new paradigm for college and university annual reports. *Critical Perspectives on Accounting*, 12(1), 1-31.

personale amministrativo, che è il presupposto fondamentale per incentivare la motivazione del personale.

Engagement è un sostantivo che significa coinvolgimento, ma allo stesso tempo richiama al concetto del “dedicarsi, occuparsi” degli interlocutori con cui un’azienda instaura relazioni.

- Engagement quindi, interno ed esterno a l'azienda sanitaria, per un'analisi delle aspettative puntuale e completo.

A tal fine, evidenze empiriche dell'applicazione degli strumenti di Stakeholder Engagement ad una realtà locale sono presentati nell'ultimo capitolo.

L’obiettivo generale dello studio è comprendere come gli strumenti di stakeholder engagement supportano le aziende sanitarie nell'agire quotidiano e nel rispettare il commitment di trasparenza, in particolare, ci si propone di:

- comprendere il soddisfacimento dei bisogni del paziente e la sua percezione di alcuni servizi
- comprendere secondo la visione del personale di ruolo e dei volontari delle associazioni di pubblica assistenza (personale addetto al trasporto pazienti), il soddisfacimento di alcune sue esigenze lavorative e la propria percezione di alcuni servizi
- comprendere secondo la visione degli infermieri, la copertura di alcune esigenze lavorative e la propria percezione
- I risultati della ricerca empirica condotta, inoltre hanno l'obiettivo di guidare le scelte dei manager sanitari, e ove possibile cogliere i punti di criticità, per apportare modifiche ai servizi indagati nella direzione del miglioramento.

Dopo l'analisi della letteratura sul tema, il lavoro di tesi ha richiesto lo sviluppo di indagini sul campo.

Lo studio ha comportato la somministrazione di 195 questionari in forma cartacea, tra ottobre e dicembre 2018. Il questionario è stato auto-redatto dall'intervistato e la quasi totalità delle domande era a risposta chiusa.

Il processo di costruzione del questionario è stato caratterizzato da tre passaggi fondamentali:

- prima è stata formulata e definita l'ipotesi della ricerca e precisati l'oggetto e lo scopo dell'indagine:
 - l'ipotesi è la percezione di alcune categorie di stakeholder su alcuni servizi accessori del centro dialisi
 - l'oggetto è il centro autonomo Dialisi di Fermo
 - lo scopo è quello di verificare se ci siano delle criticità in alcuni servizi accessori del centro dialisi di Fermo.
- poi è stata individuata, sulla base delle finalità della ricerca e dei risultati che si desiderano ottenere, la tipologia di questionario da somministrare
- la difficoltà successiva è stata quella della scelta delle domande da utilizzare (semplici ed univoche) per ottenere uno specifico tipo di risposte e di informazioni.

La tesi è articolata in tre capitoli così ordinati:

Il primo capitolo introduce i principali caratteri delle Aziende Sanitarie espone l'evoluzione normativa, basata sullo studio della letteratura in materia.

Nel secondo capitolo, attraverso una ricerca bibliografica, è stato trattato il tema di Accountability nelle Organizzazioni Pubbliche ed in special modo nelle Aziende Sanitarie.

La terza parte riguarda il dialogo con gli stakeholder e gli strumenti per governarlo ed incentivarlo, mentre la quarta ed ultima parte riporta i risultati del lavoro di stakeholder engagement nel Centro Autonomo Dialisi di Fermo.

Capitolo 1

LE AZIENDE SANITARIE FINALITA' E CARATTERI

1.1 Le aziende sanitarie: principali finalità

La finalità principe del Servizio Sanitario Nazionale è quella di tutelare la salute dei cittadini per mezzo di attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

Queste attività vengono espletate da istituti sanitari, che sono il perno di congiunzione con i cittadini ed hanno lo scopo di produrre ed erogare i servizi e le prestazioni più idonee⁴.

Gli istituti che costituiscono il sistema sanitario sono delle aziende che ambiscono a raggiungere degli specifici obiettivi di tutela della salute, attraverso il coordinamento, l'organizzazione e la combinazione delle risorse umane a disposizione della collettività, nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità.⁵

Si distinguono le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, le prime devono garantire i livelli uniformi di assistenza con la finalità di soddisfare i bisogni della comunità locale.

L'azienda ospedaliera eroga prestazioni e servizi di diagnosi e cura in quantità e qualità coerente con la domanda, ed ha come fine quello di rispondere a specifici

4 Provvidenza, A. (2006). *L'azienda sanitaria pubblica. Aspetti istituzionali ed economico-aziendali*. Aracneeditrice.

5 Casati, G. (2000). *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*. McGraw-Hill.

bisogni di salute⁶, ed a differenza delle Asl il loro sistema di finanziamento dipende dal numero di prestazioni e non dalla popolazione residente⁷.

Le Aziende Sanitarie espletano attività economiche di produzione ed erogazione⁸, inoltre, sono aziende pubbliche, le cui attività, hanno un contenuto sociale e i cui prodotti e/o servizi vengono acquisiti attraverso una serie di rapporti basati sul pagamento di imposte, tasse e contributi⁹.

Esse per assicurare alla popolazione residente nel territorio di competenza i Livelli Essenziali di Assistenza, cercano di seguire la logica del risparmio economico parallelamente all'incremento della qualità dell'assistenza¹⁰, ma risulta molto difficile anche per via delle caratteristiche complesse delle aziende stesse.

Tra le caratteristiche che possono rendere più difficile il raggiungimento dell'obiettivo, ci sono¹¹:

- la struttura organizzativa con il grado di responsabilità e autonomia del gruppo,

6 Linee guida n.2/96, GURI del 31/05/96, dal titolo “Profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari” dell'OPAS (Osservatorio Permanente per l'Aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale), costituito con DM del 29 maggio 1995

7 Marasca, S., Montanini, L., D'andrea, A. (2018). Social reportig in a health care organization: a case study of a regional Italian Hospital. Springer Nature Singapore.

8 L'attivazione dei processi economici di produzione e processi economici di consumo comporta anche “importanti conseguenze tra fini istituzionali posti dal livello di governo competente e modalità strumentali per il raggiungimento degli stessi”. E. Borgonovi, cit., p.47

9 Salvatore, C. (2000). I sistemi di controllo nell'economia delle Aziende Sanitarie pubbliche. Cedam.

10 Lazzini, S. (2005). *Principi di accountability nei sistemi sanitari italiano e statunitense*. Giuffrè.

11 Lazzini, S. (2005). *Principi di accountability nei sistemi sanitari italiano e statunitense*. Giuffrè. (G. Casati, op. cit., pp. 1-4).

- la moltitudine dei prodotti, servizi e prestazioni e la loro eterogeneità
- l'esigenza di garantire l'unitarietà dell'operato aziendale integrando settori diversi
- la particolare mission di una azienda sanitaria, cioè produrre salute

Per tutto questo le aziende sanitarie pubbliche risultano essere insiemu molto complessi da governare e soprattutto per i compiti impegnativi che derivano dal fatto di non avere come ultimo fine il profitto ma la salute delle persone¹². Come tutte le strutture complesse, per poter funzionare bene, le aziende sanitarie hanno bisogno di:

- una attenta definizione della propria struttura e delle sue regole che devono essere conosciute e condivise da tutti gli operatori.
- adottare dei sistemi informativi veloci e di facile gestione, che siano in grado di raccogliere dati in tempi utili per poter essere valutati, dando così la possibilità di variazioni in itinere nei vari processi.

Tutto questo evitando che la ricerca della massima tecnica ed efficienza possa incidere negativamente sul personale o su altri aspetti importanti, tenendo a mente soprattutto che le organizzazioni sanitarie sono fatte da persone e non solo da procedure, gerarchie e costi.¹³

12 Serpelloni, G., & Simeoni, E. (1995). *Principi sull'organizzazione dell'azienda socio-sanitaria pubblica. Quality management.*

13 Serpelloni, G., & Simeoni, E. (1995). *Principi sull'organizzazione dell'azienda socio-sanitaria pubblica. Quality management.*

1.2 I caratteri economico-aziendali delle aziende sanitarie

Estendere all'ambito sanitario la nozione di azienda significa accettare che essa sia composta da risorse umane, da beni materiali, immateriali e da conoscenze, la cui combinazione ed organizzazione è orientata alla produzione di servizi sanitari destinati al soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini¹⁴. I decisori, inoltre, devono seguire criteri di scelta e di comportamento aziendali: visione sistematica, autonomia ed economicità.¹⁵

Nelle aziende sanitarie, si distinguono alcuni caratteri:

- unità dei fini;
- autonomia (costituzione autonoma non garantita da interessi proprietari);
- economicità;
- durabilità.

L'azienda è lo strumento attraverso il quale le persone che la governano cercano di raggiungere le proprie finalità (azienda/strumento), esse diventano i fini stessi per l'azienda cercando di rimanere in equilibrio economico nel tempo. Quindi è possibile affermare che il fine è l'azienda stessa ¹⁶ e lo scopo l'equilibrio economico nel tempo.

14 Marcon, G. (1984). *Le imprese a partecipazione pubblica: finalità pubbliche ed economicità*. CEDAM-Casa Ed. Milani.

15 Del Bene, L. (2008), *Lineamenti di pianificazione e controllo per le amministrazioni pubbliche*. Giappichelli.

16 Afferma Giannessi «... L'azienda, nella sua universalità, non mira al conseguimento del "profitto", ma alla creazione, al mantenimento e, tutte le volte che è possibile, allo sviluppo di una fonte produttrice di ricchezza: il che è quanto dire l'azienda ha per scopo l'azienda, cioè se stessa» Giannessi, cit. 1961, pag. 13 e segg.

Secondo Borgonovi¹⁷, tutte le aziende partecipano al progresso economico e sociale della comunità. Questo fine unico delle aziende, da una visione della produzione in senso economico più sociale, cioè comprensiva di creazione di ricchezza, di utilità o di valore.¹⁸

Nello specifico le aziende sanitarie si configurano come realtà complesse, nelle quali intercorrono diversi interessi ma finalizzati verso un obiettivo unico¹⁹.

La durabilità²⁰ nelle aziende sanitarie è rilevabile dal fatto che per il raggiungimento delle proprie finalità istituzionali, ricorrenti ed evolutive, devono essere organizzate e gestite secondo logiche di lungo periodo. Esse sono destinate

17 Borgonovi E., *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Giuffrè editore, Milano, quarta edizione, 2004, pagg. 2-3.

18 “Un’azienda non ha molte alternative: o crea ricchezza ne tempo, ed in tal modo è in grado di dare risposta piena alle esigenze di chiunque entri in rapporto con essa, oppure distrugge ricchezza, ed allora non soddisfa né bisogni aziendali, né individuali, né collettivi” Ferraris Franceschi R., in Cavaliere Enrico (a cura di), cit., 1995, pag. 75. La particolare modalità con la quale si decide la distribuzione del valore creato può essere assunta come criterio di classificazione delle realtà aziendali. Cfr. Tessitore A., *Una riconsiderazione del concetto di azienda*, Economia e Finanza Aziendale, Scritti in onore di Edoardo Ardemani, Giuffrè, Milano, 1997, pag. 438-441. Per approfondimenti si rinvia anche a: Ferraris Franceschi R., *L’indagine metodologica in economia aziendale*, Giuffrè, Milano, 1977, Fattore G., *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano, 2005.

19 L’azienda è una e non soffre disgiunzioni. L’azienda può avere caratterizzazioni specifiche e quindi obiettivi, interessi, condizioni produttive ecc... che dipendono dalle finalità definite dal soggetto economico, dal suo operare in settore pubblico o privato, dall’avere o non scopo di lucro ma essa comunque si riconosce sempre in un paradigma unitario che compone le singole peculiarità in una visione sistemica unitaria. Rebora G., *Analisi delle pubbliche amministrazioni come aziende: elementi generali ed elementi caratterizzanti*, in Anselmi L., Volpatto O, (a cura di), *Il management nell’area pubblica*, Giuffrè, Milano, 1990, pag. 5-6.

20 L’azienda è un “istituto economico destinato a perdurare” che per raggiungere le finalità istituzionali di ordine sociale, politico, culturale, sportivo, economico o altro deve poter durare nel tempo anche al di là della permanenza delle persone che l’hanno istituita e retta dimostrando dinamismo e capacità di rinnovamento. Cfr. Airolti G., Brunetti G., Coda V., *Economia aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1994. Per una sintesi tra le posizioni dottrinali si rinvia a Sòstero U., cit., 2003.

a sopravvivere al di là delle persone che nel tempo le hanno costituite, gestite e fatte crescere. In modo simile agli esseri viventi, le aziende, hanno lo scopo di sopravvivere nell'ambiente che le circonda secondo meccanismi in qualche modo non dissimili da quelli della selezione naturale²¹. Allo stesso modo esse, percorrendo la strada dell'efficienza ed efficacia, per raggiungere l'equilibrio economico, cercano di sopravvivere nel mercato.

Altra caratteristica aziendale è l'economicità, ovvero la capacità dell'azienda di perdurare utilizzando al meglio le risorse impiegate che dipende dalle performance aziendali e dalle condizioni di equilibrio economico.²² Essa si diversifica in base alla singola azienda sanitaria, con riferimento alla propria capacità di gestire, salvaguardando le proprie condizioni di equilibrio economico, finanziario e monetario, le risorse impiegate e le attività svolte per il raggiungimento delle finalità istituzionali, anche in termini di soddisfazione degli utenti. L'economicità è, dunque, nelle scelte originate nelle aziende, il criterio orientativo delle decisioni, ne diviene il fine ultimo e attribuisce alle aziende una vita autonoma e la certezza di essere ordinate ad un fine proprio che è l'equilibrio economico durevole²³.

21 Marinò, L. (2001). *Dinamiche competitive ed equilibrio economico nelle aziende sanitarie*. Giuffrè.

22 SOSTERO U., *L'economicità delle aziende, Rappresentazione e valutazione delle performance e dell'equilibrio nelle imprese, nelle aziende nonprofit e nelle aziende pubbliche*, Giuffrè, Milano, 2003, p. 4. Farneti, che riconosce nell'economicità il finalismo aziendale, da descrive come “sintesi, combinazione, dell'efficienza-produttività e dell'efficacia delle operazioni che danno contenuto all'attività aziendale e attraverso le quali si soddisfano i bisogni degli individui.” (Farneti G., *Ragioneria Pubblica. Il “nuovo” sistema informativo delle aziende pubbliche*, Franco Angeli editore, Milano, 2004, p.5).

23 Giannessi, E. (1960), *Le aziende di produzione originaria*, volume I, Pisa, Corsi. “La non temporaneità dell'equilibrio economico rende impossibile, il suo definitivo raggiungimento”.

Per quanto riguarda l'autonomia come requisito di aziendalità, essa può assumere molteplici connotati e può essere interpretata in modi profondamente differenti. L'art. 3 del D.lgs. 502/1992 definiva la USL “azienda dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale...”, individuando gli ambiti che riguardano l'autonomia aziendale e, allo stesso tempo, attribuiva dei confini d'azione:

- **autonomia organizzativa**, le Asl nell'ambito delle funzioni assistenziali, definiscono le modalità di espletamento dei servizi, e la struttura dell'organizzazione;
- **autonomia patrimoniale**, esse possiedono un proprio patrimonio, e possono attuare delle operazioni strategiche per poter valorizzare e incrementare lo stesso patrimonio²⁴;
- **autonomia contabile**, perché si avvalgono di un proprio sistema informativo;
- **autonomia gestionale**, perché dispongono di un proprio sistema di governo, che ha la responsabilità di prendere delle scelte strategiche che rispettino gli indirizzi regionali
- **autonomia tecnica**, rappresenta la possibilità di scegliere l'organizzazione dei processi produttivi, in base alle linee guida e degli indirizzi politici per i percorsi assistenziali²⁵

²⁴ Reginato, E. (2016). *Accountability e controlli in sanità (Vol. 3)*. Maggioli Editore.

²⁵ Marinò, L. (2008). *La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali: concetti, modelli, decisioni*. G. Giappichelli.

L'autonomia²⁶ è la caratteristica principale delle aziende sanitarie e nelle sue diverse sfumature, più specificatamente l'autonomia economico-finanziaria²⁷, comporta responsabilità per le aziende sanitarie ed ospedaliere riguardo i propri bilanci preventivi e consuntivi redatti per centri di costo e responsabilità in base alle prestazioni effettuate.

Il comma 1 della riforma Bindi, introduce dei limiti all'autonomia aziendale, stabilendo che le aziende debbano, nel conseguimento del prodotto salute e gestendo le risorse disponibili, “uniformare la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie”.

Inoltre nell'assetto di governance vanno distinti la dimensione politica e la dimensione aziendale che effettivamente incidono sull'autonomia delle aziende stesse.

Anche la Regione, di fatto, pone dei limiti all'autonomia delle aziende sanitarie, tracciando dei confini geografici, cioè la definizione degli ambiti territoriali ed economico-finanziari attraverso l'assegnazione, in sede di programmazione, delle risorse necessarie per la gestione²⁸.

26 L'Osservatorio permanente per l'aziendalizzazione del servizio Sanitario Nazionale nelle linee guida n.2/96 “profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari” ha definito il concetto di autonomia come la capacità di combinare le risorse a disposizione in funzione dei fini di azienda.

27 Salvatore, C. (2000). I sistemi di controllo nell'economia delle Aziende Sanitarie pubbliche. Cedam.

28 Marinò, L. (2008). *La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali: concetti, modelli, decisioni*. G. Giappichelli.

1.3 L'evoluzione normativa della sanità in Italia

La Costituzione Italiana, entrata in vigore nel 1948, dedica un articolo esclusivamente alla salute, vista la grande rilevanza che essa ha nella nostra società.

L'articolo 32 della Costituzione recita: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

L'anno precedente all'entrata in vigore della Costituzione, l'Italia aderì ufficialmente all'OMS in data 11 aprile 1947.

Secondo la Costituzione dell'OMS, l'obiettivo dell'Organizzazione è “il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute”, definita come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale” e non semplicemente “assenza di malattie o infermità”.

Questo oltre a rendere il concetto di salute più complesso, ci indica la direzione verso la massimizzazione della salute nella società.

Anche se la salute era diritto fondamentale del cittadino e interesse della collettività, nei decenni successivi il sistema sanitario era organizzato in maniera frammentaria e a gestirlo erano enti diversi eterogenei tra di loro.

Il sistema mutualistico rivestiva un ruolo centrale svolgendo gran parte delle funzioni curative.

In questo nascente sistema mutualistico si obbligano i lavoratori e le imprese ad assicurarsi ed i contributi che i soggetti versano alle casse mutue, sono proporzionati al proprio salario.

Le casse mutue a loro volta contrattano e rimborsano prestazioni e servizi erogati, da diversi fornitori pubblici e privati.

Con questo sistema in genere il grado di copertura è relativamente alto, anche se possono permanere diversità di trattamento²⁹ a seconda del contratto di lavoro e quindi commisurata ai contributi versati e alla posizione ricoperta nel mercato del lavoro.

Nello stesso periodo, gli ospedali erano enti pubblici dotati di ampia autonomia, mentre comuni e province si occupavano di prevenzione, la Provincia gestiva il sistema psichiatrico; vi erano infine numerosi enti e associazioni di varia natura impegnati nella riabilitazione e in altri tipi di attività sanitarie.

La sanità così impostata prevedeva dunque, non solo una copertura parziale della popolazione (lavoratori e familiari a carico), ma si rischiava anche di avere differenze nette tra i beneficiari in quanto le quote contributive versate alle assicurazione variavano in base al tipo di lavoro svolto.

Uno dei paradossi che si veniva a creare era, ad esempio, il fatto che i soggetti più vulnerabili e maggiormente esposti a malattie e rischi sociali, come disoccupati e lavoratori a basso reddito (ed i loro familiari), avevano possibilità minori di accedere a cure ed assistenza adeguate.³⁰

In questa situazione di disparità di trattamento, dopo anni di discussioni e contrasti, viene approvata la legge 23 dicembre del 1978 n°833, comunemente denominata riforma sanitaria, che costituisce il vero e proprio cambiamento.

La legge introduce innovazioni che possiamo riassumere nei seguenti punti:

29 Ranci Ortigiosa, C., & Pavolini, E. (2015). *Le politiche di welfare*. Il mulino.

30 La Repubblica@scuola, il giornale web con gli studenti

- Essa istituiva il Sistema Sanitario Nazionale, per l'erogazione di trattamenti sanitari uniformi, basato sulla visione solidaristica nell'erogazione delle prestazioni in cui la copertura sanitaria veniva estesa a tutti i cittadini e non più limitata, con modalità idonee a garantire l'eguaglianza nei confronti del servizio;
- prevenzione degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro, delle malattie e promozione della salubrità e dell'igiene ambientale;
- globalità del servizio, che deve fornire interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. In questa ottica moderna e unitaria è prevista anche la cessazione del tradizionale isolamento dei servizi psichiatrici;
- collegamento e coordinamento fra il Servizio sanitario e tutte le istituzioni e servizi di natura sociale le cui attività possono avere riflessi sullo stato di salute delle persone;
- affermazione della partecipazione dei cittadini come metodo per intervenire nelle scelte in materia sanitaria e per verificare la rispondenza dei servizi ai bisogni;
- importanza della formazione permanente del personale per accrescerne il livello di professionalità;
- affermazione del contributo del volontariato, in nome di principi di solidarietà, alla realizzazione dei fini istituzionali del servizio;
- centralità della programmazione come metodo per organizzare i servizi, a partire dalla conoscenza dei bisogni della popolazione. Il Piano sanitario nazionale, di norma di durata triennale, stabilisce le linee di indirizzo per le attività del servizio e fissa i livelli delle prestazioni da garantire ai cittadini. Ai suoi indirizzi e contenuti si devono uniformare i piani sanitari regionali;

- determinazione di tre livelli di competenza, nazionale, regionale e degli enti locali territoriali, per l'attuazione degli interventi sanitari. L'Unità Sanitaria Locale(USL), struttura operativa dei comuni, singoli o associati, è l'asse portante di tutta la riforma.
- Finanziamento attraverso il fondo sanitario nazionale, determinato annualmente e ripartito fra le regioni, e da queste fra le varie unità sanitarie locali. La ripartizione deve tendere al raggiungimento dell'uniformità del livello delle prestazioni sull'intero territorio nazionale.³¹

In questa nuova impostazione, il Servizio Sanitario Nazionale si basa sul principio di cittadinanza (residenza) come criterio per l'accesso alle prestazioni, quindi non legato a criteri economici tipo i contributi versati, si ha diritto alle cure semplicemente per lo stato di bisogno.³²

Il finanziamento del sistema è basato sulla fiscalità generale (tasse), allo stato spetta prendere le decisioni più importanti in ambito sanitario, dettando delle linee guida nazionali e gestendo direttamente tali risorse.

La nuova sanità prese dunque forma dopo anni di attesa caratterizzati da intensi confronti sociali, ma a soli tre mesi dalla sua emanazione, tuttavia, vennero introdotti i “ticket” sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie, una forma di compartecipazione diretta dei cittadini alla spesa sanitaria, che almeno apparentemente faceva venir meno il principio della gratuità dell'accesso al sistema.

Questo provvedimento sin da subito si rivelò inefficace nel limitare la spesa sanitaria da parte dello stato, negli anni a seguire ci fu una crescita incontrollata

31 Calamandrei, C., & Orlandi, C. (2008). *La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*. McGraw-Hill.

32 Ranci Ortigiosa, C., & Pavolini, E. (2015). *Le politiche di welfare*. Il mulino.

della spesa a carico delle finanze pubbliche, caratterizzato dal ripianamento dei bilanci delle USL da parte delle Regioni.

Oltre a l'ingovernabilità della spesa, coesistevano altre criticità come:

- i costi crescenti,
- le difficoltà della finanza pubblica,
- la restrizione dei benefici concessi,³³

Tutto questo induce l'Italia, durante il governo Amato, alla cosiddetta “seconda riforma sanitaria”³⁴, introdotta dal decreto legislativo n. 502 del 1992, punti centrali della riforma sono l'adozione del modello istituzionale aziendale e il contesto della competizione amministrativa tra i produttori di servizi pubblici e privati, finalizzati, principalmente alla razionalizzazione delle risorse finanziarie ed al contenimento della spesa sanitaria.

33 Provvidenza, A. (2006). L'azienda sanitaria pubblica. Aspetti istituzionali ed economico-aziendali. Aracneeditrice.

34 In generale, sulle principali modifiche apportate dalla legislazione sul riordino del sistema sanitario Rea ha evidenziato che: “ fra le modifiche apportate le seguenti assumono particolare rilevanza: a) una più attenta definizione delle finalità assegnate al servizio sanitario nazionale in termini di precisa individuazione dei contenuti propri del bisogno di salute dei cittadini di cui il sistema pubblico può farsi carico; b) una innovata identificazione del ruolo e delle responsabilità assegnati allo Stato e, soprattutto, alle Regioni nell'ambito del sistema sanitario pubblico; c) una diversa configurazione prospettata per le USL e per gli ospedali Pubblici per i quali sono stati definiti nuovi e più marcati livelli di autonomia istituzionale e gestionale”, in M.A. Rea, Sulla natura delle aziende sanitarie pubbliche, Rivista Italiana di ragioneria e di economia aziendale 1998b, fascicolo 1/2, p.68.

Inoltre l'intento era quello di perseguire l'efficienza, l'efficacia ed il buon governo dell'azione amministrativa, assicurando prestazioni di qualità più elevata a costi unitari inferiori.

Altra finalità del D.lgs. n.502 del 92 è quella di porre dei vincoli rigidi alla spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale, introducendo un sistema di rimborso per ogni ricovero presso strutture pubbliche o private, secondo il sistema DRG (Diagnosis Related Groups) o ROD (raggruppamenti omogenei per diagnosi). Ogni paziente trattato in ospedale è unico, ma presenta caratteristiche che lo accomunano ad altri pazienti.

Il sistema DRG è una strategia di suddivisione dei pazienti in classi omogenee sulla base di caratteristiche (diagnosi principale, diagnosi secondarie, interventi e procedure, età, sesso, stato alla dimissione) il cui insieme è correlato all'uso di risorse ospedaliere, costituito da gruppi isorisorse.

La rilevazione dei DRG si effettua sulla scheda di dimissione ospedaliera.

I vantaggi di questo sistema, abbinato alla contabilità analitica per centri di costo, permette di determinare la casistica ³⁵(case-mix, cioè numero e tipo di casi malattia) trattata dall'unità operativa ed il suo peso, sono:

- facilitare la programmazione dei servizi e della quantità di personale;
- favorire le valutazioni di efficacia ed efficienza;
- responsabilizzare i tecnici sull'uso delle risorse in rapporto alla qualità dei servizi.

35 Calamandrei, C., & Orlandi, C. (2008). *La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*. McGraw-Hill.

Fra i suoi limiti sono stati messi in evidenza soprattutto i seguenti: molti gruppi di diagnosi sono scarsamente omogenei; il complesso dei DRG non ha carattere esaustivo; il sistema tiene poco conto della gravità dei pazienti in quanto i gruppi sono isorisorse ma non isoseverità; esso può dare luogo a distorsioni come la tendenza a non accettare i pazienti che entrerebbero a far parte di gruppi scarsamente remunerativi.

Nel 1999 è intervenuta la “riforma Bindi” o, D.Lgs n.229/1999.

I principali elementi di novità della terza riforma sono i seguenti³⁶:

- la conferma del processo di aziendalizzazione attraverso ulteriore autonomia imprenditoriale/economica alle aziende sanitarie³⁷;
- il ruolo centrale della programmazione;
- il maggiore coinvolgimento delle autonomie locali nella programmazione sanitaria regionale e aziendale e nella verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute da parte delle aziende;
- la definizione delle risorse in funzione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- l'esclusività del rapporto di dirigenza sanitaria;

³⁶ Si veda anche: Olla, G., Pavan, A., (1996). Il management dell'azienda sanitaria. Giuffrè.

³⁷ Il novellato articolo 3 della terza riforma recita che “in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale. (...) l'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica. Le aziende (...) informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie”.

- il processo di accreditamento;
- la maggiore attenzione alla formazione permanente;
- la ricerca di una vera integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale anche attraverso la valorizzazione del distretto³⁸.

In tutti questi anni si è passati da una visione dell'articolo 32 della costituzione, come base incompressibile della programmazione, ad una visione più ristretta come obbligo dello stato di assicurare e tutelare la salute del cittadino, ma con la logica prioritaria, attraverso l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza garantiti dal SSN.

Tuttavia la necessità di ridurre ulteriormente il diritto alla salute sancito dalla costituzione, per mero scopo economico, ha ricevuto più di una segnalazione:

- La Corte Costituzionale³⁹, “le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana”
- Il piano sanitario 2003-2005 “il diritto alla salute e alle cure, indipendentemente dal reddito, costituisce da tempo parte integrante dei principi che costituiscono l'ossatura del patto sociale, ma non ha trovato fino ad oggi attuazione sufficiente. Nella nuova visione, esso costituisce un obiettivo prioritario.”⁴⁰

38 Provvidenza, A. (2006). *L'azienda sanitaria pubblica. Aspetti istituzionali ed economico-aziendali*. Aracneeditrice.

39 Cfr. Roversi Monaco, F. (15 luglio 1999), Corte costituzionale n.309. , op. cit., pp.34-36

40 Piano Sanitario Nazionale (2003-2005), p.11

Il 13 maggio 1999, venne approvata la Legge n. 133 che determinava la soppressione nell'arco di tre anni del Fondo sanitario nazionale, lasciando alle Regioni il compito di finanziare direttamente il proprio Servizio Sanitario.

Nel 2001 mutò invece il quadro costituzionale: la riforma del titolo V della Costituzione ridefinì i rapporti tra Stato e Regioni in senso federalistico e, attribuendo nuovi poteri e autonomia a queste ultime, aumentando ulteriormente la frammentazione e la disomogeneità dei servizi erogati nei diversi territori.

L'8 novembre 2012, Il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano firma la legge Balduzzi, Il decreto ha riguardato in particolare la riorganizzazione dei servizi sanitari in Italia e la regolamentazione dell'attività medica e scientifica.

I principali contenuti si riferiscono a:

- l'assistenza sanitaria territoriale: viene rimodulata l'organizzazione delle cure primarie e la loro "deospedalizzazione", con integrazione monoprofessionale e multiprofessionale dei medici, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, sviluppo dell'ICT quale strumento irrinunciabile per l'aggregazione funzionale e per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere.
- l'Intramoenia⁴¹, prevede la possibilità per i medici delle aziende sanitarie di operare negli studi privati.
- medicina difensiva, si regola la responsabilità professionale di chi esercita professioni sanitarie per contenere il fenomeno della cosiddetta medicina

41 La libera professione intramuraria chiamata anche "intramoenia" si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa.

difensiva che determina la prescrizione di esami diagnostici inappropriati al solo scopo di evitare responsabilità civili, con gravi conseguenze sia sulla salute dei cittadini, sia sull'aumento delle liste di attesa e dei costi a carico delle aziende sanitarie.

- trasparenza sulla scelta dei direttori generali e dei primari, vengono introdotti rigidi criteri di selettività dei Direttori Generali delle aziende sanitarie che dovranno essere nominati dalle Regioni attingendo da un elenco regionale di idonei. Per i Primari viene istituita una procedura selettiva affidata a primari della stessa disciplina, ma non della stessa Asl, sorteggiati a livello nazionale. Ogni direttore generale dovrà scegliere il primario necessariamente entro la rosa dei primi tre candidati.
- nuovi LEA, si aggiornano i LEA tenendo conto anche di nuove patologie emergenti con riferimento prioritario alle malattie croniche, alle malattie rare e al fenomeno della ludopatia.⁴²

42 Altri principi contenuti nel decreto Balduzzi sono:

- Farmaci, riguarda la disponibilità dei farmaci innovativi riconosciuti dall'AIFA nelle strutture sanitarie, l'aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale e la loro sperimentazione clinica.
- edilizia ospedaliera, introduzione di norme che regolano il partenariato pubblico-privato in materia di edilizia sanitaria ampliando la possibilità di collaborazione tra investitore privato e azienda sanitaria pubblica.
- istituto nazionale migrazioni e povertà, riguarda l'accesso alle strutture sanitarie per indigenti e stranieri.
- ricerca sanitaria, si stabiliscono nuove regole per il riconoscimento e la conferma degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS).
- assistenza al personale navigante: riguarda il trasferimento delle competenze per l'assistenza ai marittimi e al personale dell'Aviazione civile dal Ministero della Salute alle Regioni.

1.4 I profili organizzativi delle aziende sanitarie

Il processo di riordino del Sistema Sanitario ha riguardato, l'ampliamento dell'autorità regionale in vari punti:

- programmazione
- finanziamento
- organizzazione
- funzionamento e controllo delle strutture sanitarie⁴³.

Inoltre il D.lgs. 502 del 1992 oltre a modificare radicalmente i protagonisti del SSN, conferisce alle Regioni il compito di regolamentare l'organizzazione delle linee generali⁴⁴.

Per quanto riguarda l'organizzazione, le Regioni hanno la responsabilità riguardo la definizione del numero, delle dimensioni e articolazione territoriale delle ASL, modalità organizzative, di funzionamento e criteri di finanziamento delle stesse⁴⁵. Successivamente la legge 30 novembre 1998, n. 419⁴⁶, oltre a ribadire l'obiettivo primario del perseguimento della piena realizzazione del diritto alla salute, si

43 La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali concetti, modelli, decisioni, Ludovico Marinò, 2008, (Definiti gli obiettivi di programmazione sanitaria a livello nazionale le Regioni, entro 150 giorni dalla data di pubblicazione del PSN, adottano i rispettivi piani sanitari regionali, nei quali vengono definiti i modelli organizzativi dei servizi, in funzione delle specifiche esigenze del territorio, nonché gli obiettivi di salute alla luce degli indirizzi contenuti nel PSN).

44 Martinelli, M. (2000). *Contabilità e bilancio nelle aziende sanitarie*. Il Sole 24 ore.

45 Marinò, L. (2008). *La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali: concetti, modelli, decisioni*. G. Giappichelli.

46 Delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale.

propone di portare a compimento il processo di regionalizzazione ed aziendalizzazione delle strutture sanitarie⁴⁷.

In seguito, il D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 ha riconosciuto una maggiore partecipazione e funzione decisionale alle Regioni in sede di predisposizione del Piano Sanitario Nazionale cui dovranno adeguarsi i Piani Sanitari Regionali volti a soddisfare i bisogni specifici dell'utenza regionale.

Le tipologie di azienda sanitaria pubblica sono due per la tutela del diritto alla salute dei cittadini: L'azienda sanitaria locale (ASL), ex USL, e l'Azienda ospedaliera.

Le ASL sono composte da tre strutture fondamentali, strutture con autonomia economico-finanziaria e con bilanci separati:

- i distretti territoriali
- i presidi ospedalieri
- il dipartimento di prevenzione

Esse hanno il compito di garantire l'erogazione delle seguenti prestazioni specialistiche:

- riabilitative;

⁴⁷ La legge delega mira, da un lato, a conferire nuove e più ampie facoltà alle Regioni in sede di programmazione sanitaria e di controllo di gestione delle strutture sanitarie operative; dall'altro, persegue le finalità di garantire una gestione tipicamente imprenditoriale del servizio sanitario attraverso l'organizzazione delle aziende sanitarie in base a criteri privatistici.

- di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- ospedaliera⁴⁸.

La normativa nazionale prevede che le Aziende Sanitarie Locali siano la fusione con strutture di produzione attraverso le quali garantire alla popolazione residente nel territorio di competenza i livelli essenziali di assistenza (LEA) definiti nel Piano Sanitario Nazionale, ma comunque sempre con un raggio d'azione ben delimitato e definito dal D.lgs. 502/1992.

Il Distretto sanitario di base (DSB) rappresenta l'articolazione territoriale, organizzativa e funzionale della ASL; esso è preposto all'analisi dei bisogni di salute, socio sanitari, all'analisi della domanda di assistenza, al governo dei servizi e prestazioni, alla gestione delle risorse, ed alla successiva verifica dei risultati di salute. Pertanto è compito delle ASL, effettuare una forte integrazione tra i vari servizi e specialità, per dare una risposta coerente e completa ai bisogni della popolazione, coordinando le proprie attività territoriali con quelle dei diversi dipartimenti aziendali.

Le attività del distretto sanitario di base (DSB) sono:

- l'assistenza sanitaria di base e la continuità assistenziale;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- il raccordo ed il coordinamento tra i servizi sanitari territoriali e i servizi ospedalieri anche mediante la gestione coordinata agli accessi attraverso i Centri Unificati di Prenotazione (CUP)⁴⁹;
- le attività e i servizi di prevenzione e cura delle tossicodipendenze;

⁴⁸ D'Alessio, L. (2008). Le aziende pubbliche, management programmazione e controllo, volume II, Liguori editore - Napoli

- le attività o i servizi consultoriali per la tutela della salute infantile, della donna e della famiglia;
- i servizi rivolti ad anziani e disabili;
- le attività o i servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale;
- l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per la fornitura di prestazioni sanitarie e socio assistenziali evitando il ricovero ospedaliero.

Un'ulteriore articolazione organizzativa delle ASL sono i presidi ospedalieri che, su richiesta delle Regioni, erogano prestazioni sanitarie così articolate:

- in regime di ricovero nella forma “ordinaria”, in quella day hospital (medico e chirurgico) e di day surgery
- prestazioni ambulatoriali diagnostiche e terapeutiche
- pronto soccorso medico e chirurgico differenziato, a seconda della struttura
- prestazioni per la riabilitazione (motoria, cardio circolatoria, neurologica).

I servizi erogati variano a seconda del ruolo istituzionale della struttura, delle competenze, delle tecnologie e delle infrastrutture disponibili⁵⁰.

Il Dipartimento è la struttura di base per lo svolgimento delle funzioni complesse con compiti diversificati, costituito da strutture semplici, complesse e complementari, interdipendenti tra loro.

L'attività dei dipartimenti si distingue in:

49 D'Alessio, L. (2008). *Le aziende pubbliche, management programmazione e controllo*, volume II, Liguori editore - Napoli

50 Cicchetti, A. (2002). *L'organizzazione dell'ospedale. Fra tradizione e strategie per il futuro* (Vol. 3). Vita e pensiero.

- dipartimenti ospedalieri (DEA, D. di Medicina, D. di chirurgia)
- dipartimenti misti (diagnostica, salute mentale, area materno infantile)
- dipartimenti territoriali (D. di prevenzione, D. di integrazione socio-sanitaria, D. di Medicina legale e protesica)⁵¹.

La scelta del modello organizzativo dipartimentale rende possibile lo svolgimento delle attività per “processi” consentendo la condivisione di risorse finalizzate ad uno stesso obiettivo.

Il dipartimento ha una propria contabilità, dove le somme sono divise per centri di costo in base ai consumi delle strutture aggregate.

Alle Regioni è stato conferito il potere di trasformare in aziende, con personalità giuridica di diritto pubblico ed “autonomia imprenditoriale”, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché i presidi ospedalieri di rilievo nazionale o interregionale, ai quali si applicano le medesime disposizioni previste per le aziende sanitarie locali (art.4, comma1, D.lgs. 229/1999).

Le AO erogano assistenza ospedaliera, attraverso ricoveri ospedalieri degli utenti, per patologie che necessitano di interventi diagnostico terapeutici d'emergenza o urgenza e di patologie acute non gestibili in ambito domiciliare o ambulatoriale.

Alla parte politica compete la definizione delle linee generali di indirizzo strategico del sistema, individuando gli obiettivi principali e i vincoli di carattere finanziario e organizzativo, mentre gli organi gestionali delle aziende sanitarie devono mettere in campo strategie entro i vincoli impostati, per raggiungere gli obiettivi fondamentali.

⁵¹ D'Alessio, L. (2008). Le aziende pubbliche, management programmazione e controllo, volume II, Liguori editore - Napoli

1.5 Esigenza di trasparenza e rendicontazione nelle aziende sanitarie pubbliche

L'esigenza di trasparenza e di "rendere conto" del proprio operato, si lega alla sentita esigenza nei diversi ambiti di intervento pubblico di rendere accessibile, trasparente e valutabile l'attività dell'amministrazione da parte dei cittadini.

Questa esigenza di rendicontare è dovuta alla ricerca delle Aziende Sanitarie di legittimazione da parte dei cittadini, dando loro dimostrazione del grado di affidabilità e di credibilità dell'amministrazione nel gestire le risorse pubbliche che vengono loro destinate.

Se consideriamo la particolare mission delle Aziende Sanitarie, cioè produrre salute per la comunità di riferimento, il concetto di responsabilità acquisisce un valore ancora più importante.

L'assistenza sanitaria rappresenta un ambito di attività sensibile riguardo l'applicazione della responsabilità sociale. È sempre più evidente, all'interno del management sanitario, l'attenzione all'efficacia delle cure, l'appropriatezza delle prestazioni, e la qualità dei servizi erogati, superando l'approccio aziendale troppo centrato sulla razionalizzazione delle risorse e sul contenimento dei costi.

Il grado di profondità della rendicontazione, cioè quanto un'azienda sanitaria esplicita nel rendicontare, può indicare il livello di responsabilità che l'organo di governo dell'ente si assume, nell'interpretazione del proprio mandato.

Nonostante l'impegno, l'operato delle amministrazioni pubbliche è sempre più spesso oggetto di critiche per l'utilizzo inefficiente delle risorse o per la mancanza di utilità sociale, per questo è fondamentale recuperare una capacità di interpretare in maniera corretta i bisogni dei cittadini e rendicontare con precisione il valore del proprio lavoro.

Già da tempo in molte amministrazioni di aziende sanitarie differenti, hanno iniziato a sperimentare nuove forme di rendicontazione, nel tentativo di superare i limiti informativi del solo rendiconto o bilancio di esercizio⁵².

Nelle esperienze delle varie aziende sanitarie italiane, la configurazione degli schemi di rendicontazione, appare varia e frammentata, optando per una propria struttura espositiva discostandosi dalle linee guida tracciate dalla normativa nazionale.

Sarebbe auspicabile l'impiego di principi di rendicontazione convergenti, che porterebbe sicuramente ad una comunicazione più efficace tra i vari enti.

Ancora oggi gli obblighi alla pubblicità del bilancio sembrano recepiti in maniera formale, invece che rispondere ad un reale intento di accountability.

L'essere accountable verso i propri stakeholder è, una caratteristica, che richiede un coinvolgimento della struttura e degli utenti⁵³, con conseguente adeguamento della cultura aziendale, non deve essere solo conseguenza di un adempimento⁵⁴.

52 Esempi di rendicontazione sociale sono: ASL di Biella per gli esercizi dal 2001 al 2004; ASL n°3 Lagonegro per l'esercizio 2005; ASL di Monza 2004; ASL Roma D 2003; ASL di Firenze 2003; Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova 2005; A.O. San Gerardo di Monza 2005; il progetto per il Bilancio sociale interaziendale delle Aziende Sanitarie Pubbliche Umbre.

53 Associazione nazionale per la ricerca scientifica sul bilancio sociale, (2009). Il bilancio sociale, documenti di ricerca n°10, la rendicontazione sociale per le aziende non profit, Giuffrè Editore

54 Lazzini, S. (2005). *Principi di accountability nei sistemi sanitari italiano e statunitense*. Giuffrè.

Capitolo 2

L'ACCOUNTABILITY NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

2.1 La responsabilità sociale delle organizzazioni pubbliche

I caratteri della responsabilità sociale sono mutati con modalità e tempi diversificati in conseguenza all'evoluzione degli studi sulla responsabilità sociale stessa e ai cambiamenti che si sono avuti nel corso degli anni nell'ambito dei mercati e dei sistemi non economici (politico, sociale, ambientale)⁵⁵ in cui le unità aziendali operano e creano relazioni di interdipendenza.

I cambiamenti nel contesto economico e sociale fanno sì che ci sia una maggiore attenzione rivolta al soddisfacimento delle attese degli stakeholder e che ciò risulti di aiuto nel perseguire la mission,

Il nuovo scenario induce le aziende ad una attenzione maggiore su questi temi⁵⁶:

- la reputazione delle aziende è inscindibilmente connessa alla sua politica ambientale e sociale;
- la sensibilità sociale degli utenti è cresciuta ed è sempre più attenta ai comportamenti e ai valori etici promossi dalle aziende;

55 Montanini, L. (2007). L'accountability nelle aziende non profit, teoria e prassi a confronto, G. Giappichelli Editore-Torino.

56 Gazzola, P. (2012). CSR e reputazione nella creazione di valore sostenibile. *Economia Aziendale Online*, (2), 27-45.

- il peso assunto dal rispetto dei diritti umani e dei diritti dei lavoratori impone nuovi vincoli nella gestione delle risorse umane;
- l'importanza crescente del capitale umano sottolinea la necessità di politiche del personale volte a valorizzare i collaboratori;
- l'unificazione di mercati finanziari sollecita livelli crescenti di correttezza e di trasparenza (Molteni, 2003).⁵⁷

Nel Libro Verde⁵⁸ redatto dalla Commissione Europea viene data la definizione di Responsabilità Sociale, che può essere integrata dalle aziende, con l'ausilio di strumenti per organizzare, gestire e conseguentemente comunicare l'impatto della propria attività, non solo in termini economico-finanziari, ma anche sul piano sociale e ambientale nel rispetto dei principi di sviluppo sostenibile⁵⁹.

57 Questi fattori producono una evidente evoluzione del concetto di responsabilità sociale (De Bettignies, 2002) con il passaggio dal rispetto delle aspettative degli stakeholders all'agire responsabile delle aziende

58 La Commissione della Comunità Europea definisce la responsabilità sociale come "integrazione volontaria delle preoccupazioni sociali ed ecologiche delle imprese nelle loro operazioni commerciali e nei loro rapporti con le parti interessate", COMMISSIONE DELLE COMUNITA' EUROPEE, Libro Verde, promuovere un quadro europeo per la responsabilità sociale delle imprese, Bruxelles, 18 luglio 2002, p.7.

59 Negli ultimi anni è accresciuta, in ambito nazionale ed internazionale, l'attenzione per la tematica dello sviluppo sostenibile da parte di studiosi, organismi di ricerca e autorità politiche. La prima definizione in ordine temporale di sviluppo sostenibile è contenuta nel rapporto Brundtland del 1987 e successivamente ripresa dalla Commissione mondiale sull'ambiente e lo sviluppo dell'ONU (World Commission on Environment and Development, WCED): lo sviluppo sostenibile è uno sviluppo che garantisce i bisogni delle generazioni attuali senza compromettere la possibilità che le generazioni future riescano a soddisfare i propri"

Le aziende, infatti, oltre a perseguire risultati di natura economica, assolvono anche una funzione sociale che richiede di rispondere alle sollecitazioni e alle istanze provenienti dall'esterno in compatibilità con le esigenze interne⁶⁰.

Le aziende sanitarie dovrebbero tendere verso la responsabilità sociale, oltre che verso logiche e comportamenti più attenti all'efficacia, all'efficienza, all'economicità, alla funzionalità, caratteristiche tipiche del privato⁶¹. Ogni istituzione, ogni azienda, ogni forma organizzativa della società deve tener conto del mondo che lo circonda e del contesto in cui si è inseriti e non può più agire come un mondo a sé stante.

Quando ogni istituzione, pubblica o privata, svolge nel "migliore" dei modi la propria funzione, possiamo dire che si realizza l'elemento principale che costituisce la responsabilità sociale.

Tuttavia, il passaggio da una semplice visione «funzionale», ovvero svolgere bene la propria funzione, ad una visione di responsabilità sociale ha almeno bisogno di un presupposto logico, cioè esistono diversi modi di agire anche nel campo della tutela alla salute, causato da diverse variabili (es. scelte del management, risorse umane, finanziarie, logistiche, tecniche etc), che hanno effetti differenti, esterni alle aziende (es. famiglie, amici e conoscenti), che sono coinvolti nell'assistenza di lungodegenti fuori dalle cure di ospedali o altre strutture sanitarie⁶².

60 Si rinvia a S. Terzani, Responsabilità dell'azienda, in *Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale*, luglio/agosto, 1984; A. Maticena, *impresa e ambiente: il bilancio sociale*, Bologna, Clueb, 1984.

61 Borgonovi, E. (2005). La responsabilità sociale in sanità. *Mecosan*, 14(56), 3-9.

62 Borgonovi, E. (2005). La responsabilità sociale in sanità. *Mecosan*, 14(56), 3-9.

I livelli di responsabilità sociale in ambito sanitario possono essere individuati in riferimento a:

- **Personale**

La responsabilità sociale consiste nell'aggiornare costantemente il personale, sulle nuove tecnologie, protocolli e studi scientifici, aumentandone le conoscenze. Non favorire o addirittura impedire questo aggiornamento è contrario alla ricerca della responsabilità sociale e determina il degrado delle professionalità come infermieri, medici e altri professionisti, e anche delle attrezzature da loro utilizzate compresi gli edifici e ambienti in cui svolgono la loro attività. Inoltre è socialmente responsabile l'azienda che predispone un luogo di lavoro sicuro e confortevole, che adotta dei contratti adeguati ed è rispettosa dei diritti dei lavoratori, fissa percorsi di carriera chiari e adotta un piano di incentivi, questi sono tutti comportamenti che, migliorando il rapporto complessivo tra azienda e dipendenti, contribuiscono ad elevare la produttività e fedeltà del dipendente⁶³. Un comportamento socialmente responsabile a sua volta può contribuire a creare un ambiente di lavoro migliore, più sicuro e motivante, in linea con gli obiettivi aziendali dell'efficacia e dell'efficienza (Beer, 1981), aumentando la capacità dell'azienda di attrarre e mantenere personale qualificato e motivato⁶⁴;

63 Gazzola, P. (2012). CSR e reputazione nella creazione di valore sostenibile. *Economia Aziendale Online*, (2), 27-45.

64 Gazzola, P. (2012). CSR e reputazione nella creazione di valore sostenibile. *Economia Aziendale Online*, (2), 27-45.

- **Efficienza**

Usare le sempre più scarse risorse in modo corretto ed efficiente è una buona prassi per il buon funzionamento del sistema, anche perché aumentare a dismisura le risorse per il miglioramento dello stato di salute (legge dell'utilità marginale decrescente), può registrare dei benefici solo fino ad un certo punto ed addirittura nullo se si considera che la morte è un evento certo. L'uso efficiente di queste risorse, è una scelta socialmente responsabile ed eticamente corretta, perché ci dona la possibilità di riconvolgere la parte di risorse risparmiate su altri bisogni primari⁶⁵, evitando così che il risparmio sia solo fine a se stesso. Quindi un'efficienza socialmente responsabile, ottenuta attraverso un equilibrio positivo tra risultati e risorse impiegate, che non si riduca a semplici tagli alla sanità, provocando un risparmio eccessivo che va ad incidere sulla qualità dei risultati.

- **Qualità**

Nella ricerca della qualità delle cure, nelle aziende sanitarie, spesso e volentieri si percorre la strada della sublimazione tecnico-professionale e della corretta erogazione dei servizi sanitari.

Privilegiare questo tipo di atteggiamento, piuttosto che partire dai bisogni dell'utenza per poter indirizzare l'azione aziendale, sia per l'espletamento della Mission che per quanto riguarda la formazione continua degli operatori, rischia di deludere le aspettative dell'utenza.

⁶⁵ Borgonovi, E. (2005). La responsabilità sociale in sanità. *Mecosan*, 14(56), 3-9.

Partire dai bisogni reali e attesi dei pazienti, coinvolgendoli nelle varie fasi del processo, ci dà la possibilità di erogare dei servizi più centrati sul beneficiario, migliorando il rapporto azienda/utente, con la possibilità di avere una visione più completa dei bisogni del paziente. Questo può anche contribuire a rafforzare l'immagine aziendale, sviluppando rapporti stabili e duraturi con i propri utenti, basati sulla fiducia⁶⁶. Un'azienda socialmente responsabile, che punta a l'umanizzazione dell'assistenza, deve tenere conto delle relazioni che instaura con l'utenza, modulandole in base al tipo di rapporto, per un'ottimizzazione del servizio.

- **Razionalità** nella gestione del patrimonio strutturale delle aziende sanitarie, cioè come gestire il rapporto tra domanda e offerta. Orientarsi alla responsabilità sociale significa realizzare un patrimonio aziendale dinamico, che sia più rispondente e funzionale verso le nuove necessità della popolazione e verso le nuove metodiche di cura (ambienti a norma ricchi di tecnologie adatte, dimensione, localizzazione vicina ad altri ospedali, numero di ricoveri...). Ciò potrebbe significare anche chiudere o meglio, riconvertire strutture che non sono più funzionali ad un'assistenza di qualità, ovvero chiudere reparti e divisioni che sono duplicazione di altri e generano solo una «competizione» contraria ad un servizio di pregio⁶⁷. Le decisioni politiche e i dirigenti delle strutture, devono orientarsi verso gli effettivi bisogni della popolazione evitando di offrire prestazioni inutili, questo con l'ausilio della comunicazione tra azienda e popolazione,

⁶⁶ Gazzola, P. (2012). CSR e reputazione nella creazione di valore sostenibile. *Economia Aziendale Online*, (2), 27-45.

⁶⁷ Borgonovi, E. (2005). La responsabilità sociale in sanità. *Mecosan*, 14(56), 3-9.

tracciando la reale e futura necessità di salute sul territorio, dimostrando una cultura di responsabilità, anche a costo di perdere il consenso politico.

Inoltre oggi è fondamentale trovare un sistema di finanziamento equilibrato, vista la continua crescita della spesa per la tutela della salute. La responsabilità sociale richiede di applicare sistemi di finanziamento basati in minima parte sul principio della competizione (per favorire più elevati livelli di efficienza) a tutto vantaggio dei principi di collaborazione che rendono possibile perseguire un sempre migliore equilibrio tra efficacia, qualità ed efficienza e il progresso dell'intero sistema e non di singole strutture di offerta (private o pubbliche) a svantaggio di altre. Qui la responsabilità sociale possiamo riscontrarla⁶⁸ attraverso queste strategie:

- ricercare forme «miste» di finanziamento pubblico (tramite fiscalità)
- applicare forme di «compartecipazione» (ticket ed altre) ai pazienti che, da un lato, siano tali da stimolare forme di autocontrollo e auto selezione della domanda (riduzione della richiesta di prestazioni inutili o a bassa utilità come sono alcuni accertamenti ripetuti) e, dall'altro, non siano tali da escludere l'accesso alle cure di persone che ne hanno realmente bisogno
- applicare forme di finanziamento delle strutture pubbliche o private accreditate secondo modelli del tipo Drg (Diagnosys related group), con l'obiettivo di stimolare una più forte e precisa responsabilizzazione degli operatori anche sulle implicazioni economiche delle loro scelte e del loro operato

⁶⁸ Borgonovi, E. (2005). La responsabilità sociale in sanità. *Mecosan*, 14(56), 3-9.

- adottare sistemi di finanziamento in grado di evitare distorsioni nella definizione delle priorità, evitando di incentrare maggiori risorse su strutture e prestazioni già «di eccellenza» di cui beneficiano pochi utenti, a favore di un miglioramento più diffuso e capillare del sistema.

Altro aspetto importante, è la capacità di coinvolgimento, che vista la complessità dell'obiettivo, il percorso per la tutela alla salute e le scelte di gestione, dovrebbero essere partecipate e condivise dal maggior numero possibile di soggetti, apportando al progetto le loro molteplici conoscenze, percezioni in base alla propria sensibilità. La trasparenza tramite una corretta informazione esterna ed interna, prima di assumere decisioni è indice di un atteggiamento responsabile nei confronti della società, utile per un corretto coinvolgimento dei vari stakeholders e genera senso di appartenenza e accettazione delle responsabilità nel personale dipendente. Esempio di comunicazione trasparente è anche utilizzare il consenso informato in modo socialmente corretto e, non per una logica difensiva e di scarico di responsabilità o solo per adempimento burocratico, ma con lo scopo di informare e coinvolgere i pazienti nel processo di cura, configura un approccio di responsabilità sociale.

Anche lo smaltimento dei rifiuti ricopre un ruolo molto importante, deve essere fatto con un occhio di riguardo a l'ambiente, in modo che la tutela della salute non sia in contrasto con la tutela dell'ambiente stesso, rispettando le norme vigenti e adottando precauzioni anche maggiori rispetto al trattamento di altri rifiuti⁶⁹. Il costo, anche se alto, per smaltire tali rifiuti, non può impedire uno smaltimento corretto, anche perché eliminare in modo non corretto i rifiuti può nuocere

69 Borgonovi, E. (2005). La responsabilità sociale in sanità. *Mecosan*, 14(56), 3-9.

gravemente alla salute delle persone. Un atteggiamento responsabile significa smaltire rifiuti correttamente e attraverso la trasparenza informare tutti i cittadini di ciò che si fa e si produce, sia in termini di salute che in termini di rifiuti.

2.2 Il concetto di accountability: una prima definizione

Il termine *accountability*, è comparso solo di recente nella letteratura italiana, la radice stessa del termine “*account*”, fa riferimento al “*conto*”, al “*render conto*”. Attualmente il termine è diventato simbolo di buona *governance*⁷⁰, sia nel settore privato che pubblico, inteso come l'esigenza di rendere conto da parte di coloro che hanno ruoli di responsabilità nei confronti della società o delle parti interessate al loro operato ed alle loro azioni.

Questo concetto rappresenta una filosofia di gestione⁷¹, un processo di rendicontazione in favore dei propri stakeholder, con la finalità di giustificare⁷², spiegare e dimostrare, in modo trasparente ed univoco, gli esiti riconducibili al proprio operato, alle azioni condotte e agli impatti generali sul proprio ambiente di riferimento.

Il rendiconto, proprio perché strumento destinato a rappresentare il grado di raggiungimento dell'equilibrio aziendale assolve, implicitamente, ad una finalità

70 Hinna, L. (2004). Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche: processi, strumenti, strutture e valenze. Angeli.

71 Hinna, L. (2004). Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche: processi, strumenti, strutture e valenze. Angeli

72 Rusconi, G. (2002). *Impresa, accountability e bilancio sociale*. L. HINNA (a cura di) *Il bilancio sociale*. Milano: Il sole, 24, 229-268.

sociale dimostrando il contributo fornito dall'azienda al benessere collettivo⁷³ e l'impiego appropriato delle risorse.

A seguito dei processi di riforma che hanno coinvolto il “settore pubblico” il concetto di accountability si è progressivamente allargato, crescendo è passato dalle proprie origini esclusivamente contabili ad un concetto più ampio che riguarda, il “dover dare spiegazione”, ossia il legittimare il proprio operato in merito alle responsabilità assunte e all'esigenza di soddisfare sia le attese da parte degli individui riguardo il loro futuro, sia quelle politico-istituzionali e democratiche.

L'azienda, inserendosi nell'attuale tessuto sociale in maniera così profonda ed estesa da costituire uno degli elementi che ne caratterizzano la struttura, generando nuove necessità. Sembra necessario, pertanto, abbandonare i limiti e la dimensione strettamente economica in cui essa è stata relegata per lungo tempo e percepire e condividere quelle “dimensioni aggiuntive” che le sono proprie e che giustificano la sua attuale importanza⁷⁴.

Storicamente si evidenziano tre momenti per l'accountability che si differenziano tra loro per contenuto, finalità, e strumenti utilizzati per rendicontare.

In ambito sanitario la prima fase ha anticipato le riforme dei primi anni 90, ed è stata segnata da un atteggiamento volto solo a l'adempimento dell'azione amministrativa, limitato esclusivamente ad indicare l'utilizzo delle risorse assegnate.

⁷³ Lazzini, S. (2015). Strumenti economico-aziendali per il governo della sanità. FrancoAngeli.

⁷⁴ Catturi, G. (2003). Valori etici e principi economici: equilibrio possibile. *Studi e note di economia*, 3, 7-37.

Il processo di aziendalizzazione ha segnato il secondo momento, incentrando tutto sull'efficacia, efficienza ed economicità, tenendo presente autonomia e responsabilità.

Il terzo momento muta in sistema aperto, caratterizzato dal focus sui rapporti con l'esterno, dove le aziende sanitarie si ritrovano al centro di una fitta rete di rapporti che implicano responsabilità nei confronti delle aspettative dei vari stakeholder.

Naturalmente non tutta la rete di interessi attesi dall'espletamento della mission delle organizzazioni sanitarie si riesce a soddisfare, essendo di varia natura e generata da una moltitudine di bisogni, per questo motivo bisogna individuare un criterio prioritario nel ricercare e quindi soddisfare, gli stakeholder ritenuti centrali.

Per molto tempo l'attenzione è stata rivolta alla rendicontazione contabile, sviluppando atteggiamenti rivolti alla semplice osservanza formale delle procedure e molto spesso mancando di netto le aspettative degli stakeholder.

In seguito all'aziendalizzazione si ha lo spostamento dell'attenzione verso l'accountability manageriale, con un aumentato tecnicismo di strumenti che migliorino l'accountability sanitaria, ma comunque molto distanti dai bisogni degli stakeholder.

Oggi c'è la possibilità, che i manager si concentrino troppo sul momento della misurazione delle performance, perdendo di fatto tutti gli altri punti del processo di accountability e per questo il risultato sarebbe soltanto una distorsione del vero intento di rendicontare del servizio sanitario alla comunità.

Dalle esperienze di rendicontazione passate si genera l'accountability basato sulle aspettative, che ha una configurazione più accentuata verso una funzione sociale,

attraverso un dialogo continuo con gli stakeholders, ma solo applicando correttamente i principi di accountability e rispettando la sequenza dei processi si può raggiungere il giusto equilibrio tra finalità e mezzi, soddisfacendo le molte aspettative e migliorando le ricadute su l'ambiente.

2.3 L'affermazione del principio di accountability, nel quadro evolutivo dell'amministrazione pubblica italiana.

Le amministrazioni pubbliche italiane, operando ormai da anni, ad alcuni livelli come “azienda pubblica” sono mutati i metodi di governo ed in particolare il ruolo esercitato nella società, innovando le modalità di relazione con l'ambiente.

L'approccio aziendale, oltre a garantire una duratura soddisfazione dei bisogni pubblici e quindi delle proprie finalità istituzionali, consente alle amministrazioni pubbliche di disporre di principi, di metodologie e di strumenti tipiche di quelle aziende puramente economiche, caratterizzate da logiche più razionali⁷⁵.

Le amministrazioni pubbliche hanno, una dimensione “politico-istituzionale” che si configura con la loro funzione di rappresentanti dei cittadini nel perseguimento dell'interesse pubblico e una “dimensione-aziendale” riscontrabile nei processi gestionali e nelle azioni adottate dall'amministrazione per il raggiungimento delle proprie finalità istituzionali nel rispetto delle condizioni di efficienza, efficacia ed economicità⁷⁶.

Gli stakeholder per essere messi in condizione di valutare correttamente, l'azione dell'amministrazione nel creare “valore pubblico”, hanno bisogno di ulteriori indicatori e dimensioni, a maggior ragione in sanità, dove la contribuzione degli individui ed il servizio stesso non corrispondono a l'equivalente pagato, rendendo inefficace la commisurazione economica.

“Render conto”, per giustificare l'operato svolto, può fare la differenza nella ricerca di legittimazione, generando relazioni più partecipative e trasparenti.

75 Lazzini, S. (2005). *Principi di accountability nei sistemi sanitari italiano e statunitense* (pp. 1-342). Giuffrè.

76 Giovanelli, L. (2000). *Modelli contabili e di bilancio in uno Stato che cambia*. Giuffrè.

Le amministrazioni pubbliche agiscono, in contesti differenti e complessi rispetto agli anni passati, nei quali rispondere con servizi appropriati e rapidi, per soddisfare i molteplici e variabili bisogni degli interlocutori, diventa di primaria importanza.

Le aziende pubbliche si qualificano come sistemi caratterizzati da una pluralità di portatori di interesse (Stakeholder) dei quali sono chiamate a soddisfare i bisogni e le aspettative nonché ad armonizzare le eventuali conflittualità che potrebbero scaturire dalle diverse esigenze che essi manifestano⁷⁷.

Affrontare problemi complessi e mutevoli, trovando soluzioni differenti è l'attività che deve svolgere il management pubblico moderno considerando che gli effetti del proprio lavoro oltrepassano le amministrazioni che governano.

“L'accresciuta interdipendenza che contraddistingue l'attività delle amministrazioni pubbliche ha enfatizzato gli aspetti della responsabilizzazione sui risultati conseguiti e la capacità di dimostrare, ai vari interlocutori, gli esiti dell'azione svolta”⁷⁸.

In aggiunta, il controllo della spesa pubblica (si pensi al rispetto dei patti di stabilità), e altri fattori, spingono verso l'accountability che richiama ad una responsabilizzazione sui risultati, attraverso l'identificazione delle diverse aspettative dei vari portatori di interesse e dimostrando loro la ragione delle scelte intraprese, attraverso la trasparenza nell'amministrare.

Appare evidente che le aziende ed unità pubbliche, immerse in mercati tendenti sempre più alla liberalizzazione con un aumento delle loro autonomie,

77 Lazzini, S. (2008). *Riforme dei sistemi contabili pubblici tra spinte innovative e resistenze al cambiamento (Vol. 82)*. Giuffrè Editore.

78 Lazzini, S. (2008). *Riforme dei sistemi contabili pubblici tra spinte innovative e resistenze al cambiamento (Vol. 82)*. Giuffrè Editore.

“necessitano di una definizione precisa delle responsabilità assunte dai vari attori ed una chiara formalizzazione dei meccanismi di rendicontazione correlati ai risultati conseguiti”⁷⁹.

Il processo di legittimazione democratica, si può consolidare solo superando la logica “dell'adempimento burocratico” ed un nuovo significato di responsabilità, più ampia, che non sia solo il rispetto di un sistema vincolante di norme.

“Una responsabilità attiva e continua, verso il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, questi ultimi percepiti nei loro molteplici ruoli di utenti, di clienti, di finanziatori, di contribuenti, e di elettori”⁸⁰.

Le Aziende sanitarie pubbliche sono sistemi complessi, perché le loro impostazioni sono regolate dalle Regioni, dallo Stato e allo stesso tempo sono esposte al rapporto diretto con una pluralità di stakeholder verso i quali diventa essenziale dimostrare l'operato.

La tutela della salute ha sempre rivestito, nella nostra società, una valenza centrale e prioritaria, rafforzata dalla comune sensibilità sociale che ritiene il bene “salute” basilare nella percezione del livello della “qualità e del tenore di vita” raggiunto da una società.

Oggi le amministrazioni pubbliche devono progressivamente declinare l'autoreferenzialità volgendo verso l'accountability, per rispondere più adeguatamente alle aspettative della popolazione.

⁷⁹ Lazzini, S. (2008). *Riforme dei sistemi contabili pubblici tra spinte innovative e resistenze al cambiamento*, (Vol. 82). Giuffrè Editore.

⁸⁰ Lazzini, S. (2008). *Riforme dei sistemi contabili pubblici tra spinte innovative e resistenze al cambiamento*, (Vol. 82). Giuffrè Editore.

2.4 Gli strumenti di accountability: un quadro d'insieme

Nel tempo, i processi di riforma che hanno interessato la pubblica amministrazione, hanno fatto sì che anche il concetto di accountability e le sue formule mutassero in parallelo, con la caratteristica di non sostituire le precedenti, ma di sommarsi ad esse stratificandosi.

Anche il passaggio da un tipo di accountability ad un altro tipo, comporta una evoluzione dei sistemi informativi aziendali, esprimendo la capacità adattativa della stessa azienda. In coerenza con l'evoluzione aziendale e con le aumentate esigenze conoscitive, anche i sistemi informativi hanno approfondito soprattutto la rilevazione dei caratteri non contabili e non monetari partendo dalla consapevolezza che, rispetto al passato, non siano più sufficienti, in relazione alle attuali esigenze informative, le sole evidenze contabili.

Il sistema informativo è frutto soprattutto di un processo incrementale, di un progressivo accumularsi e stratificarsi di esperienze, errori, procedure, processi e strumenti.

La capacità di rendicontare in maniera esaustiva è strettamente connessa all'attitudine dell'azienda stessa di acquisire dati, attraverso una riconfigurazione continua dei flussi informativi.

Per questo motivo, aziende sanitarie e ospedaliere hanno sempre più bisogno di strumenti di accountability ancora più aggiornati ed efficaci, per ottenerli c'è bisogno di investire nell'innovazione tecnologica e nei sistemi informativi.

2.5 Il bilancio sociale

Il bilancio sociale è uno strumento di comunicazione nato nella realtà dell'impresa americana nella prima metà del secolo scorso⁸¹.

Lo strumento si propone di rappresentare, oltre alle informazioni rinvenibili nella tradizionale comunicazione economico-finanziaria, anche gli effetti prodotti dall'attività d'impresa sulle diverse categorie di portatori di interesse, in termini di impatti sociali e ambientali attuali e futuri.

Il fenomeno della rendicontazione sociale negli anni ha interessato un numero crescente di paesi, non solo nelle realtà di impresa, ma anche il settore non profit e il settore pubblico.

Nello stesso tempo anche le funzioni dello strumento si sono ampliate, esso non è più visto solo come un meccanismo di comunicazione esterna, ma anche come uno strumento in grado di supportare le scelte di governance.

Nell'azienda Pubblica, in particolare, la gestione di per sé è orientata alla soddisfazione di obiettivi di natura sociale⁸² e tra gli strumenti di responsabilità sociale, il bilancio sociale esprime l'esito di un processo e non un documento fine a se stesso.

Esso rappresenta un'opportunità per il settore Pubblico Italiano per⁸³:

81 Per un approfondimento sulla diffusione delle pratiche di responsabilità sociale e di rendicontazione sociale in generale si vedano Visconti (2002) ed Hinna (2002). per un approfondimento sull'applicazione del Bilancio sociale al contesto pubblico, Marcuccio (2002); Marcuccio e Steccolini (2005) e Dipartimento Funzione Pubblica (2004).

82 Borgonovi, E. (2003). La funzione dell'azienda non profit come trasformazione di valori individuali in valore economico e sociale: elementi di teoria aziendale. Bandini F. (a cura di), Manuale delle aziende nonprofit, Cedam, Padova.

- dare concretezza all'attuazione dei principi di responsabilizzazione e accountability
- supportare la governance

Nel caso in cui non ci sia bisogno di supportare la governance, perché già sufficientemente sostenuta dai tradizionali sistemi, il documento rende conto degli effetti dell'attività dell'azienda nei confronti dei soggetti che a vario titolo, direttamente o indirettamente, ne sono interessati, e fornisce un resoconto che consente una valutazione delle performance aziendali anche sotto il profilo etico e sociale, oltre ad essere uno strumento che agevola le relazioni tra azienda ed altri soggetti o istituzioni.

Inoltre dalla lettura del documento si possono comprendere le motivazioni che portano alle decisioni della governance, che tengono conto delle aspettative, anche divergenti, dei vari stakeholder.

Il bilancio sociale nelle pubbliche amministrazioni è solitamente scritto a consuntivo, con l'obiettivo di misurare la ricaduta sociale dell'attività svolta, affiancandosi al bilancio tradizionale⁸⁴.

In base al tipo di amministrazione pubblica, a seconda della tipologia di istituzione, dell'attività svolta e dei soggetti con i quali interagisce ed ai quali rendiconta per le finalità più disparate, il bilancio sociale prende forma⁸⁵.

83 Alesani, D., Marcuccio, M., & Trincherò, E. (2005). Bilancio sociale e aziende sanitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo. *Mecosan*, 55, 9-34.

84 Hinna, L. (2004). Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche: processi, strumenti, strutture e valenze. Angeli.

85 Hinna, L. (2004). Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche: processi, strumenti, strutture e valenze. Angeli.

Quindi è uno strumento di accountability elastico, che si adatta alle diverse realtà, ricoprendo un ruolo ed uno spazio per troppo tempo non considerato.

Introdurre nella pratica la rendicontazione sociale nelle aziende sanitarie, permette di esplicitare la direzione della governance, nel perseguire la propria mission istituzionale, ma è fondamentale focalizzare la struttura e il contenuto del documento⁸⁶.

La struttura del modello di bilancio sociale di un'azienda sanitaria dovrebbe almeno contenere le seguenti tre sezioni:

- identità aziendale;
- rendiconto economico: prospetti di determinazione e distribuzione del valore aggiunto globale;
- relazione sociale

Soffermandoci su l'ultima sezione, riguardante l'oggetto di studio di questa tesi, cioè il dialogo con gli stakeholder, essa costituisce la rappresentazione qualitativa e quantitativa dei flussi di scambio con i principali portatori d'interesse, che possono essere identificati in⁸⁷:

- clienti/utenti;
- collaboratori;
- fornitori;
- finanziatori;

86 Bagnoli, D., Riccaboni, A., & Nante, (2005). N. 1. Il “bilancio sociale o di missione” per una azienda sanitaria locale.

87 Bagnoli, D., Riccaboni, A., & Nante, N. (2005). N. 1. Il “bilancio sociale o di missione” per una azienda sanitaria locale.

- regione e istituzioni del SSR;
- collettività in generale (etc.)

La relazione sociale è poi accompagnata da una sottosezione dedicata al sistema di rilevazione, quale verifica della qualità del bilancio sociale e del comportamento dell'azienda nei confronti degli stakeholdes.

Inoltre in questa sezione possono essere raccolte le aspettative dei diversi interlocutori che emergono dalla raccolta dati, al fine di orientare al meglio le future scelte di gestione⁸⁸.

⁸⁸ Bagnoli, D., Riccaboni, A., & Nante, N. (2005). N. 1. Il “bilancio sociale o di missione” per una azienda sanitaria locale.

Capitolo 3

DIALOGO CON GLI STAKEHOLDER FINALITA' E STRUMENTI

3.1 L'importanza di coinvolgere gli stakeholder

Sono definiti stakeholder tutti coloro che hanno un interesse nell'azienda e senza il cui appoggio un'organizzazione non è in grado di sopravvivere, includendo anche gruppi non legati da un rapporto puramente mercantile con l'impresa⁸⁹.

L'interesse può essere di vario tipo⁹⁰:

- economico
- etico/sociale
- politico
- tecnologico/ambientale
- legittimo o non legittimo
- esplicito od implicito
- presente o futuro

Naturalmente essendo gli interessi degli stakeholder di natura diversa anche le aspettative saranno diverse nei confronti delle aziende.

89 Stanford Research Institute, (1963). Definizione di stakeholder

90 Manfredi F., Maino G. (2000), Le aziende non profit, governo e la comunicazione della qualità, Egea, Milano.

Nel caso delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, situate al centro di una rete di relazioni istituzionali e con il territorio dove erogano i servizi sanitari, è facile immaginare la molteplicità di stakeholder coinvolti.

Figura 1 (rete relazioni principali delle aziende sanitarie)⁹¹



Infatti da questa rete di interdipendenze e dalle relazioni con i diversi soggetti, si generano una serie di fabbisogni e flussi informativi, tra le Aziende Sanitarie ed i vari stakeholder, ad esempio:

91 Nella figura 1 rete relazioni principali azienda sanitaria. Fonte: Mecosan, (2005), Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy edita sotto gli auspici del Ministero della salute, N°55 luglio-settembre.

- con le Regioni, che sono parte integrante del sistema sanitario e responsabili della definizione del piano sanitario regionale, attraverso l'analisi del contesto e della domanda, seguendo gli indirizzi del piano sanitario nazionale, con criteri di efficienza, efficacia ed economicità, evidentemente necessitano di una mole informativa non indifferente per la gestione delle relazioni istituzionali
- con gli altri interlocutori istituzionali, tipo le Conferenze dei Sindaci, che attendono informazioni dalle ASL in merito alle politiche sanitarie (strategie, allocazione risorse sul territorio, offerta servizi).
Altri portatori d'interesse (altre ASL, ONP, associazioni di categoria, etc.) possono avere interessi differenti nei confronti delle ASL, tipo alla partecipazione nella fase programmatica, gestione, erogazione, controllo e appropriatezza dei servizi, l'etica dei comportamenti;
- con i cittadini utenti diretti ed indiretti, possono avere esigenze informative prioritarie riguardano la disponibilità, l'accessibilità e la qualità dei servizi, l'equità del consumo delle risorse, risultati di salute

ottenuti (outcome). Nel caso dei cittadini⁹², l'interesse informativo riguarda l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, il rispetto dei principi di equità e universalità dell'accesso, il conseguimento dei risultati attesi in termini di salute della popolazione. Gli utenti odierni sono portatori di esigenze di conoscenza dell'attività e dei risultati delle aziende sanitarie, attraverso un linguaggio semplificato, un accountability di semplice interpretazione, che permetta loro una migliore comprensione delle informazioni e ulteriormente stimoli un self-empowerment dell'utenza stessa.

- con i fornitori di un'azienda sanitaria, i quali sono molteplici e hanno interessi specifici altrettanto diversificati. Possiamo distinguere due categorie principali che sono, i fornitori di beni e servizi (sanitari e non sanitari) e i fornitori di prestazioni sanitarie (principalmente gli erogatori pubblici e privati accreditati). In linea generale, gli interessi informativi dei fornitori riguardano: la politica di programmazione degli acquisti/le strategie di aggregazione tra aziende acquirenti, le caratteristiche delle

92 Del Vecchio, M. (2001). *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche: economicità, controllo e valutazione dei risultati*. Egea. "cittadini... nei confronti delle aziende sanitarie locali la posizione propria del soggetto economico dell'istituto si sovrappone spesso a quella di utente, pur non coincidendo dal punto di vista degli interessi sostanziali".

procedure di selezione dei fornitori, la politica di gestione dei pagamenti, le condizioni di solidità e solvibilità delle aziende⁹³;

- con gli stakeholder «interni» dell'azienda sanitaria. La principale categoria è rappresentata dal personale dipendente e convenzionato (Medici, Infermieri, Oss, etc.). Un'esigenza comune riguarda la condivisione di cambiamenti organizzativi, la condivisione della missione istituzionale e della valenza sociale dell'operato aziendale. Un'esigenza specifica riguarda la conoscenza delle politiche del personale; per il personale dipendente esse riguardano la formazione, i sistemi di incentivazione e di valutazione, la possibilità di carriera interna, le politiche di incentivazione, la partecipazione e il coinvolgimento nella programmazione e conduzione di progetti assistenziali, il profilo delle relazioni sindacali. Rispetto al personale convenzionato le dimensioni di interesse sono più particolari, ad esempio riguardano le modalità di organizzazione (associazioni, UCAD e team di cure primarie)⁹⁴.

93 MECOSAN, (LUGLIO-SETTEMBRE 2005). Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy edita sotto gli auspici del Ministero della salute ANNO XIV – N. 55

94 MECOSAN, (2005), Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy edita sotto gli auspici del Ministero della salute, N°55 luglio-settembre

Per tutto questo un'azienda non si può dire stakeholder oriented solo perché ad esempio promuove corsi sulle relazioni interpersonali degli operatori del front office. Un orientamento operativo dell'amministrazione aziendale che tende a migliorare la soddisfazione degli utenti finali, aumentando le responsabilità e gravando ulteriormente sul lavoro degli operatori periferici, cioè quelli a stretto contatto con l'utenza, può essere percepito dagli operatori stessi come un modo per scaricare le problematiche che magari dipendono dal “core” dell'azienda o da altri fattori⁹⁵.

Gli operatori di contatto, Infermieri, impiegati e medici, possono accusare l'eccessiva responsabilizzazione che l'azienda riversa su di loro, sentendosi inermi perché non hanno né gli strumenti né il potere per poter incidere su disfunzioni organizzative.

Gli stakeholder non sono solo quelli che usufruiscono del servizio finale, nel caso delle aziende sanitarie i pazienti, ma rientrano in questa categoria tutti gli elementi del sistema: i dipendenti interni (infermieri, amministrativi, medici, tecnici etc.) e i fruitori esterni (fornitori, amministrazioni pubbliche, referenti politici, scuola etc.).

⁹⁵ Schiavi, G. (2004). *La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie* (Vol. 547). FrancoAngeli.

Naturalmente ogni stakeholder può portare un interesse differente, simile o uguale agli altri, ad esempio gli amministratori locali possono avere interessi sociali e politici, per questo ricercano la soddisfazione dei bisogni dei propri cittadini, mentre un'associazione di volontariato può ritenere soddisfacente la semplice collaborazione con gli operatori sanitari.

Altro punto da considerare costantemente è, come mutano gli interessi e la valenza di ogni stakeholder, in quanto ci permette di stabilire le priorità quando le risorse sono limitate.

Oltre l'identificazione del “peso” di ogni stakeholder, si possono classificare secondo il tipo di relazione⁹⁶:

- in collaborativi
- in neutri
- in competitivi o ostili

In base a questa classificazione, si può decidere se consolidare o diminuire le relazioni con diversi tipi di azioni.

⁹⁶ Schiavi, G. (2004). *La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie (Vol. 547)*. FrancoAngeli.

In un processo strategico integrato, la gestione delle relazioni con gli stakeholder dovrebbe prendere in considerazione i seguenti punti⁹⁷:

- Formulare una strategia in base alla Mission dell'azienda e collegare i punti di forza e di debolezza delle opportunità collegate ai vari stakeholder
- Identificare stakeholder interni, esterni e di confine
- Valutarli in termini di potere
- Classificarli in base al tipo di rapporto (collaboranti, neutri, ostili)
- Classificarli in base ai loro bisogni e desideri
- Formulare delle strategie che possano aumentare il coinvolgimento o la difesa da quelli ostili
- Assegnare maggiori responsabilità a quelli collaborativi
- Stare attenti ai cambiamenti e monitorarli nel tempo.

É importante tenere presenti tutti questi aspetti anche per evitare che la mancanza di soddisfazione di alcune aspettative che possano avere delle ripercussioni negative sulle aziende.

Nelle aziende sanitarie tener presente le aspettative dei pazienti, può voler dire evitare che ci sia la migrazione di utenti in altre strutture, rispettare le aspettative

⁹⁷ Schiavi, G. (2004). *La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie (Vol. 547)*. FrancoAngeli.

delle associazioni di volontariato può significare mantenere una forte partnership per la fornitura di servizi ausiliari, anche rispettare le aspettative del governo regionale si può ripercuotere sulla durata dell'assetto manageriale e sull'approvazione di altri progetti sanitari.

3.2 Stakeholder management theory

Il saggio di Freeman e Reed 1983 e il libro di Freeman 1984⁹⁸, hanno ispirato, tanti altri trattati sullo stakeholder management (detto anche “Managing for Stakeholders”, Freeman, 2007), e man mano è stata considerata una nuova teoria economica e politica, anche se non previsto dai suoi autori principali, arrivando ad uno stravasamento dei suoi concetti originari.

Questi scritti non convergono su un'unica teoria, ma comunque vanno presi in considerazione nei loro principi⁹⁹ e valori cardine, onde evitare:

1. utilizzo di approcci distorti di queste teorie sullo stakeholder management;
2. riduzione dello SMT in una semplice ristretta teoria, magari la stessa teoria della massimizzazione per gli azionisti che i sostenitori della SMT ritengono riduttiva (Freeman, 2007) e meno adatta a cogliere la complessità aziendale e il suo rapporto intrinseco, e non estrinseco, con l'etica (rifiuto della Tesi della Separazione, Freeman, 1994);¹⁰⁰
3. la visione dello stakeholder management come una teoria che non ha alcun legame con l'aspetto economico-gestionale, ma considerata solo come spicciola etica generale. Ciò porta ad un uso improprio della teoria, con la convinzione che non ci sia alcun legame con la gestione aziendale e ritenuta una semplice fonte di teorie etiche.

I sostenitori dello stakeholder management ritengono che, nei nuovi e futuri assetti dei sistemi economici, l'applicazione della SMT alla gestione potrebbe contribuire a rendere

⁹⁸ Il saggio sulla California Management Review di Freeman e Reed 1983 e il libro di Freeman 1984

⁹⁹ Freeman, R. E. (1994). *The politics of stakeholder theory: Some future directions*. *Business ethics quarterly*, 4(4), 409-421.

¹⁰⁰ Rusconi, G. (2012). *Alcune riflessioni sui recenti sviluppi dello stakeholder management: il "valore per gli stakeholder"*. *Impresa Progetto-Electronic Journal of Management*, (1).

l'azione delle imprese più utile per tutti i loro interlocutori (azionisti inclusi), in particolare riguardo ai seguenti problemi ¹⁰¹:

- 1) la creazione di valore e il mercato;**
- 2) l'etica del capitalismo;**
- 3) il problema della mentalità manageriale.**

Trovare una radice comune dalle teorie etico-manageriali basate sullo stakeholder approach è fondamentale per arrivare ad un allargamento della prospettiva di quello che Freeman chiama "Dominant model", superandone i limiti.¹⁰²

La separazione tra etica e business è una logica più articolata, basata anche su aspettative ed interessi, rispetto alla semplice logica azionaria (quindi esclusivamente basata sul profitto economico).

Concentrarsi sulle aspettative non solo di uno stakeholder, ma di tutti, può essere visto come un aumento di valore per gli stakeholder ed anche più articolato¹⁰³.

Secondo lo SMT questa continua ricerca di un equilibrio tra vari interessi ed aspettative, può migliorare la performance delle aziende, con un conseguente aumento di benefici per tutti gli stakeholder ed una prospettiva di gestione più durevole.

É possibile cogliere dei punti in comune tra gli scritti più autorevoli sullo SMT ¹⁰⁴.

101 Freeman, R. et al., (2010). The Stakeholder Theory. The State of the art. Cambridge University Press.

102 Freeman, R., (2007). Managing for Stakeholders. SSRN Electronic Journal. 10.2139/ssrn.1186402.

103 Rusconi, G. (2012). Alcune riflessioni sui recenti sviluppi dello stakeholder management: il "valore per gli stakeholder". *Impresa Progetto-Electronic Journal of Management*, (1).

104 Freeman, R., (1994). The politics of stakeholder theory: some future directions. *Business Ethics Quarterly*, 4(4), 409-421.

Partendo dalla definizione più comune:

- “stakeholder” sono tutti coloro che, volenti o nolenti, titolari di una “posta” (dall’inglese “stake”, che significa appunto scommessa o posta in gioco) collegata all’attività dell’impresa e che pertanto sono condizionati, direttamente o indirettamente, dalla sua attività ed a loro volta la condizionano;

Si può arrivare ad individuare altri 5 punti ricorrenti tra le teorie degli stakeholder¹⁰⁵:

- chi elabora le strategie dell’impresa dovrebbe considerare le scelte e le ripercussioni relative non solo sullo stakeholder azionista, ma su tutti gli stakeholder;
- l’obiettivo della gestione è la massimizzazione del “benessere” (inteso non solo in senso strettamente economico, ma anche spirituale, psicologico, ecc.), che di conseguenza, nel lungo periodo, può soddisfare le aspettative dello stakeholder “azionista”;
- esiste interdipendenza tra azione di business e azione etica,

Freeman, R., Phillips, R., (2002). Stakeholder Theory: A Libertarian Defense. *Business Ethics Quarterly*, 12(3), 331-349.

Phillips R. et al., (2003). What Stakeholder Theory Is Not. *Business Ethics Quarterly*, 13(4), 479-502

Freeman R. et al., (2010). *The Stakeholder Theory. The State of the art*. Cambridge University Press.

105 Rusconi, G. (2012). Alcune riflessioni sui recenti sviluppi dello stakeholder management: il "valore per gli stakeholder". *Impresa Progetto-Electronic Journal of Management*, (1).

- l'impresa è pensabile come un insieme di stakeholder che interagiscono fra di loro;
- la teoria dello stakeholder management studia la gestione dell'impresa e non è né una teoria socio-economica o politica, né una teoria etica generale.¹⁰⁶

L'approccio che prende in considerazione questi punti può essere coerente con lo stakeholder management, quindi incline a generare “valore” per tutti gli stakeholder coinvolti nell'attività dell'impresa¹⁰⁷:

“Un approccio stakeholder al business consiste nel creare il massimo valore possibile per gli stakeholder....”¹⁰⁸.

106 Rusconi, G., (2007). Introduzione, in AA.VV (a cura di E. Freeman, G. Rusconi e M. Dorigatti), Teoria degli stakeholder. Franco Angeli.

107 Rusconi, G. (2012). Alcune riflessioni sui recenti sviluppi dello stakeholder management: “il valore per gli stakeholder”. *Impresa Progetto-Electronic Journal of Management*, (1).

108 Freeman, R. et al., (2010). The Stakeholder Theory. The State of the art. Cambridge University Press.

3.3 Stakeholder engagement

Lo stakeholder engagement è il processo utilizzato da un'organizzazione per coinvolgere tutte le parti interessate, nella formulazione delle proprie politiche o strategie aziendali, con uno scopo ben definito e per raggiungere un risultato comune. Lo stakeholder engagement permette inoltre ad un'organizzazione di coinvolgere gli stakeholder nell'individuare e comprendere le loro preoccupazioni e aspettative in merito alla sostenibilità, rispondendo delle proprie azioni e decisioni.

Lo strumento dello stakeholder engagement nel tempo si è evoluto e ha identificato nuovi ambiti di sviluppo. Il principale Standard internazionale è L'AccountAbility 1000SES¹⁰⁹ e come per la maggior parte degli Standard, il cambiamento nel livello e nell'approccio al coinvolgimento degli stakeholder si verifica nel tempo all'interno di un'organizzazione.

Lo stakeholder engagement deve avere un obiettivo specifico in modo da diventare strategico a 360 gradi ¹¹⁰. Uno stakeholder engagement completamente integrato nella governance e nella strategia organizzativa coinvolge costantemente le funzioni aziendali, permettendo di individuare e portare a sintesi le priorità di

¹⁰⁹ Stakeholder Engagement (AA1000SES) di AccountAbility. Link:

<https://www.accountability.org/accountability-privacy-policy/>

¹¹⁰ Laboratorio tra Soci di Impronta Etica, (2016-2017). Stakeholder engagement: strumenti e opportunità per l'impresa.

intervento e le aree di maggiore interesse in termini di impatti economici, ambientali e sociali dell'organizzazione, ottenendo inoltre input utili per la lettura e la gestione di tali priorità, rafforzando e legittimando l'attività dell'azienda. Declinato in questa modalità lo stakeholder engagement non è solo uno strumento di ascolto, ma permette anche di far partecipare nelle varie fasi dei processi aziendali i portatori d'interesse.

Engagement è un sostantivo che significa coinvolgimento, ma allo stesso tempo richiama al concetto del “dedicarsi, occuparsi” degli interlocutori con cui un'organizzazione instaura relazioni.

L'AccountAbility 1000¹¹¹ (AA 1000) è uno standard di processo per l'attività di social and ethical accounting, auditing and reporting (SEAAR) sviluppato nel 1999 dall'ISEA¹¹² (Institute of Social and Ethical Accountability)¹¹³.

È uno “standard” che le aziende possono adottare per una migliore gestione della responsabilità etico-sociale o per confrontare e misurare il proprio metodo di rendicontazione.

È la terza parte del bilancio di sostenibilità aziendale e lo strumento con cui è possibile coinvolgere i vari stakeholder e dialogare con loro, che permette di ottenere alcuni importanti vantaggi:

111 Hinna L., Monteduro F., intervento Forum 2007 sulla comunicazione universitaria: La comunicazione da strumento a strategia

112 L'ISEA è stato costituito nel 1996 come un'organizzazione internazionale in cui collaborano individui ed imprese con l'obiettivo di diffondere la pratica della responsabilità sociale e il comportamento etico nel mondo degli affari e della finanza

113 Bruno, D., & Sarti, M. (2009). Rendicontazione e partecipazione sociale: dal bilancio sociale al bilancio partecipativo. Cosa sono ea cosa servono: Cosa sono ea cosa servono. FrancoAngeli.

- permette di misurare gli indicatori chiave di performance sociale;
- migliorare la gestione della qualità nei rapporti con gli stakeholder;
- favorire il rapporto con il personale dipendente;
- accrescere la fiducia con gli stakeholder esterni;
- aiutare a valutare e gestire meglio i rischi che si possono presentare nelle relazioni esterne;
- soddisfare le sempre più complesse esigenze informative degli investitori;
- sostenere la governance dell'organizzazione;
- facilitare i rapporti tra istituzioni pubbliche e organizzazione;
- favorire la formazione e l'identificazione di fornitori di servizi qualificati.¹¹⁴

L'AA 1000 è costituito da una serie di standard che forniscono delle linee guida per: la predisposizione di report di sostenibilità, l'assurance degli stessi o per lo stakeholder engagement. Questi sono stati emanati con il fine di aiutare le organizzazioni a comprendere la responsabilità e le conseguenze delle proprie azioni, decisioni, politiche e performance, soprattutto in riferimento al campo sociale e ambientale, in modo da stimolarle all'essere trasparenti e a perseguire uno sviluppo sostenibile. Gli standard che compongono l'AA1000 sono stati introdotti dall'ISEA (Institute of Sociale and Ethical AccountAbility), un'organizzazione riconosciuta a livello globale come leader nella predisposizione di soluzioni innovative per affrontare le principali sfide in tema di CSR e di sviluppo sostenibile. A tal riguardo si vuol sottolineare come tutto il lavoro di

¹¹⁴ Bruno, D., & Sarti, M. (2009). Rendicontazione e partecipazione sociale: dal bilancio sociale al bilancio partecipativo. Cosa sono e a cosa servono: Cosa sono ea cosa servono. FrancoAngeli.

AccountAbility si basa su un modello multistakeholder: nella predisposizione degli standard si prevede quindi la partecipazione diretta di organizzazioni ed individui di tutto il mondo. Due sono gli standard fondamentali emanati da questa organizzazione: il primo AS1000 Accountability Principles Standard (AA1000APS) descrive i principi chiave che dovrebbero essere rispettati in un processo di reporting, il secondo AA1000 Assurance Standard (AA1000AS) costituisce uno standard per la verifica di una terza parte sul report di sostenibilità di un'organizzazione. Per quanto concerne i principi stabiliti dall'AA1000APS si evidenzia come questi possano essere utilizzati dalle organizzazioni come delle linee guida nel loro processo di rendicontazione. Essi costituiscono quindi uno strumento che permette di incrementare la credibilità del report per tutti gli stakeholder se ben impiegati per coinvolgere gli stakeholder e non siano limitati al desiderio di gestire le aspettative e bilanciare gli interessi in competizione, lasciando ampie sacche di aree riservate per il management.¹¹⁵

La sfida più grande per AA1000 sarà renderlo accessibile alle aziende, in modo che vedano nell'utilizzo di questo strumento un valore aggiunto, che lo percepiscano come un'opportunità e non come una minaccia.¹¹⁶

Lo scopo principale che si è voluto perseguire con la loro introduzione è stato quello di “dare ad un'organizzazione un set di principi internazionalmente accettato e liberamente disponibile per schematizzare e strutturare il modo in cui l'organizzazione comprende, governa, amministra, implementa, valuta e comunica la propria accountability”.

115 Owen, D. L., Swift, T., & Hunt, K. (2001, January). Questioning the role of stakeholder engagement in social and ethical accounting, auditing and reporting. ACCOUNTING FORUM.

116 Owen, D. L., Swift, T., & Hunt, K. (2001, January). Questioning the role of stakeholder engagement in social and ethical accounting, auditing and reporting. ACCOUNTING FORUM.

Instaurare relazioni con gli stakeholder significa avviare un processo, prendere impegni, comunicare interattivamente, confrontarsi per verificare le aspettative e impostare o rivedere politiche e strategie.

I principi guida dello stakeholder Engagement sono:

- **L'inclusività** cioè essere consapevoli del diritto di tutti gli stakeholder (anche quelli “senza voce”) ad essere ascoltati e rendicontare loro le proprie attività,

che a sua volta comporta:

- **significatività** Sapere che cosa è importante per l'azienda e per gli stakeholder
- **completezza**, comprendere e gestire in profondità tutti gli impatti concreti dell'attività d'impresa e i relativi punti di vista degli stakeholder
- **capacità di risposta**, garantire una risposta adeguata.

Capitolo 4

STAKEHOLDER ENGAGEMENT IN UNA AZIENDA

SANITARIA: il caso del centro autonomo dialisi di Fermo

L'obiettivo generale dello studio è comprendere come gli strumenti di stakeholder engagement supportano le aziende sanitarie quotidianamente e individuare i bisogni di alcune categorie di stakeholder (pazienti, infermieri e autisti/volontari delle associazioni di pubblica assistenza) e la loro percezione di alcuni servizi.

Inoltre ha l'obiettivo di supportare le scelte dei manager sanitari, e ove possibile cogliere i punti di criticità, per apportare modifiche ai servizi indagati nella direzione del miglioramento.

Dopo l'analisi della letteratura sul tema

Lo studio ha preso in esame il centro autonomo dialisi di Fermo, nella ricerca sono stati coinvolte 195 persone, tra ottobre e dicembre 2018, attraverso la somministrazione di un semplice questionario in forma cartacea. Il questionario è stato auto-redatto dall'intervistato e la quasi totalità delle domande era a risposta chiusa.

Il processo di costruzione del questionario è stato caratterizzato da tre passaggi fondamentali:

- prima è stata formulata e definita l'ipotesi della ricerca e precisati l'oggetto e lo scopo dell'indagine:
 - l'ipotesi è la percezione di alcune categorie di stakeholder su alcuni servizi accessori del centro dialisi

- l'oggetto è il centro autonomo Dialisi di Fermo
- lo scopo è quello di verificare se ci siano delle criticità in alcuni servizi accessori del centro dialisi di Fermo.
- poi è stata individuata, sulla base delle finalità della ricerca la tipologia di questionario da somministrare
- la difficoltà successiva è stata quella della scelta delle domande da utilizzare (semplici ed univoche) per ottenere uno specifico tipo di risposte e di informazioni.

4.1 Il contesto di riferimento

In Italia ci sono circa tre milioni di persone con una malattia renale iniziale, oltre 40.000 malati in dialisi, 9.000 pazienti in lista di attesa per trapianto di un organo, di cui 7.000 in lista di attesa per un rene. Sono circa 30.000 i trapiantati d'organo¹¹⁷.

Un'analisi dettagliata, completa e aggiornata dello scenario internazionale dell'uremia è stata recentemente condotta dalla Società Europea (ERA-EDTA) nell'ambito del programma del XLIII Congresso tenutosi a Glasgow nel luglio 2006.¹¹⁸

Lo studio epidemiologico integrato consente di evidenziare come l'aumento significativo dell'aspettativa di vita che si è verificato nei paesi del mondo occidentale (Europa e Stati Uniti) dall'inizio del 1800 e soprattutto nell'ultimo secolo, sia quasi esclusivamente attribuibile a migliori condizioni igieniche e alla sconfitta di molte malattie infettive.

Questo periodo ("Epidemiologic transition") si caratterizza anche per il progressivo diffondersi di un diverso fenotipo, predisposto all'obesità e associato a patologie croniche quali l'ipertensione e il diabete.

Obesità, ipertensione e diabete rappresentano fattori di rischio non solo cardiovascolare ma anche per lo sviluppo di malattia renale cronica e stabiliscono

117 Bilancio sociale ANED, (2017)

118 Società Europea (ERA-EDTA), (luglio 2006). XLIII Congresso tenutosi a Glasgow

un legame fra cuore e rene, dove il rene può rappresentare un amplificatore di rischio. Questo giustifica l'incremento del numero di pazienti che hanno dovuto ricorrere al trattamento renale sostitutivo, verificatosi negli Stati Uniti e in tutte le nazioni Europee e il fatto che la popolazione uremica stia progressivamente diventando sempre più anziana e gravata da fattori di comorbidità (patologie cardiovascolari e diabete fra i principali)¹¹⁹.

Ciò comporta anche un aumento sempre maggiore dell'interesse generale nel migliorare e perfezionare i servizi offerti per rispondere a questi bisogni di salute, tenendo conto delle aspettative dei vari stakeholder, a partire dal principale coinvolto, il paziente.

119 Società Europea (ERA-EDTA), (luglio 2006). XLIII Congresso, Glasgow

4.2 Centro autonomo dialisi, ospedale A. Murri di Fermo

Circa il 7% in Italia si ammala di insufficienza renale cronica, partendo da questo dato (in costante aumento) e considerando la popolazione della provincia di Fermo al 1/1/2016 che risulta essere di 175.625 cittadini nell'area vasta 4, potenzialmente questa malattia potrebbe riguardare 12.293,75 persone sul territorio fermano.

Tabella 1 Profilazione della popolazione della provincia di Fermo per fascia di età

AV4 FERMO TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1-1-2016	Classi di età							
	Neonati	1-4 anni	05-14 anni	15-44 Maschi	15-44 Femmine	45-64 anni	65-74 anni	=>75anni
175625	1340	5718	15213	30077	29951	50837	18649	23840

120

Le attività svolte nella UOC di Nefrologia e Dialisi di Fermo, sono rivolte alle persone affette da queste malattie renali, sia acute che croniche, che accedono all'Ambulatorio o al Pronto Soccorso.

I pazienti con Insufficienza Renale Cronica (IRC) necessitano di un percorso complesso che dall'ambulatorio di Pre-dialisi condurrà in tempi più o meno lunghi, al trattamento dialitico peritoneale (DP) o Emodialitico Domiciliare (ED) oppure all'Emodialisi Ospedaliera (EO).

L'emodialisi è un trattamento di depurazione del sangue da sostanze tossiche, in pazienti affetti da gravi insufficienze renali.

120 ASUR Marche, (2016), Popolazione assistita, relazione sulle performance

Il rene è il principale organo emuntore, capace cioè di depurare l'organismo dalle sostanze tossiche e di garantire l'adeguata idratazione del corpo trattenendo liquidi o eliminandoli attraverso l'urina.

In caso di IRC il rene non è più in grado di assolvere alle sue funzioni e tanto più alto è il livello di insufficienza renale, descritta attraverso la stadiazione, (I°, II°, III°, IV°, V° stadio) tanto è essenziale iniziare la dialisi.

La struttura dell'unità operativa complessa è così organizzata:

1. Nefrologia, reparto di degenza con N°8 posti letto, rappresenta l'unica garanzia di ricovero della provincia di Fermo per pazienti affetti da malattie renali e trapiantati di reni.

La sezione di nefrologia tratta le patologie quali glomerulonefriti, insufficienze renali acute, insufficienze renali croniche, complicanze della dialisi, ipertensioni di incerta eziologia.

2. L'Emodialisi Il centro autonomo di Dialisi a Fermo è collocato all'interno dell'Ospedale A. Murri, 4° piano dell'ala nuova.

Esso accoglie 50 pazienti al giorno circa, suddivisi in due turni (mattina, pomeriggio) è il luogo dove viene effettuato il trattamento dialitico. Nel 2018: è stato garantito il trattamento dialitico a 110 pazienti cronici residenti a Fermo ed eseguito 17160 trattamenti c.a.;

Sono stati anche erogati e gestiti trattamenti dialitici continui ed intermittenti per pazienti ricoverati in Nefrologia, Rianimazione, Malattie Infettive e Unità Coronarica per un totale di 250 prestazioni nel 2018.

Sempre nel 2018, grazie ad un progetto approvato dalla Regione Marche ha garantito la dialisi a 21 pazienti vacanzieri ed eseguito 115 prestazioni.

3. Ambulatorio Nefrologico: vi accedono pazienti con insufficienza renale lieve (I°, II° e III° stadio) inviati dal medico di medicina generale, per scongiurare complicanze e rallentare la progressione dell'IRC. La prevalenza di Malattia Renale Cronica (MRC) in Italia è risultata del 7,5% negli uomini e 6,5% nelle donne.¹²¹

4. Ambulatorio Ma.Re.A (malattie renali avanzate) : dedicato a soggetti affetti da insufficienza renale moderata e grave (IV° e V° stadio) ha effettuato prestazioni erogate a coloro che sono indirizzati ad intraprendere trattamenti dialitici.

5. Ambulatorio Trapiantati è la struttura dove vengono effettuati i controlli e il monitoraggio dei soggetti che hanno eseguito il trapianto di rene ed ha effettuato 768 prestazioni annuali su 64 pazienti seguiti. Inoltre cura il mantenimento dei pazienti nelle liste di attesa per trapianto renale.

6. Ambulatorio di Dialisi Domiciliare: si occupa di Dialisi Peritoneale e Emodialisi Domiciliare curando l'addestramento dei nuovi pazienti dializzati e dei rispettivi partner nella gestione domiciliare dei trattamenti. Il totale dei pazienti seguiti è 27 e a loro garantisce la continuità assistenziale attraverso una consolidata collaborazione con il paziente ed il caregiver. Nel 2018 sono stati addestrati 11 pazienti in dialisi peritoneale e 3 pazienti in extracorporea.

¹²¹ Studio Carhes (Cardiovascular risk in Renal patients of the Health Examination Survey) della Società Italiana di Nefrologia

I servizi erogati dal centro autonomo di dialisi sono:

- Percorso Trapianto Renale
- Prelievi e visite per trapianto renale
- Servizi di base
- Ambulatorio pre-dialisi (MaReA)
- Bioimpedenziometria, per la valutazione dello stato di idratazione e di nutrizione
- Dialisi extracorporea
- Dialisi peritoneale
- Holter pressorio, per lo studio circadiano della pressione arteriosa
- Ricovero d'urgenza - Nefrologia
- Ricovero Programmato - Nefrologia
- Terapia Infusiva
- Trattamento emodialitico estivo
- visita nefrologica ¹²²

¹²² Sito ufficiale Centro Dialisi di Fermo, (dicembre 2018), AV4

4.3 Mappa degli stakeholder

Le aziende sanitarie per tenere in considerazione gli interessi di un ampio spettro di soggetti, anche al fine di instaurare relazioni proficue con essi, hanno bisogno di definire i propri stakeholder e anche le relazioni che devono essere instaurate con essi.

Tenendo presente che gli stakeholder di una struttura pubblica cambiano da ente a ente¹²³, di seguito riportiamo una linea di processo per poter classificare i portatori d'interesse.

Per l'impostazione di una mappa bisogna prima schematizzare i vari stakeholder in tre livelli, in base alle loro caratteristiche e tipo di relazione che hanno con l'azienda. Nel primo livello sono inseriti i primari (es. dipendenti e volontari che apportano il capitale lavoro, gli utenti diretti beneficiari del servizio). Nel secondo livello (vengono inseriti i fornitori, le famiglie degli utenti, la comunità di riferimento etc.). Nel terzo livello bisogna definire un ordine di importanza nelle diverse tipologie di interessi, tenendo in considerazione quattro aspetti¹²⁴:

- i bisogni mutano, sono in continua evoluzione
- gli stakeholder sono portatori di molteplici interessi e spesso fanno parte di diversi gruppi di stakeholder
- le interconnessioni che esistono tra i diversi gruppi di portatori d'interesse
- il ruolo delle amministrazioni pubbliche.

Nella costruzione di questa mappa sono stati presi in considerazione solo due aspetti:

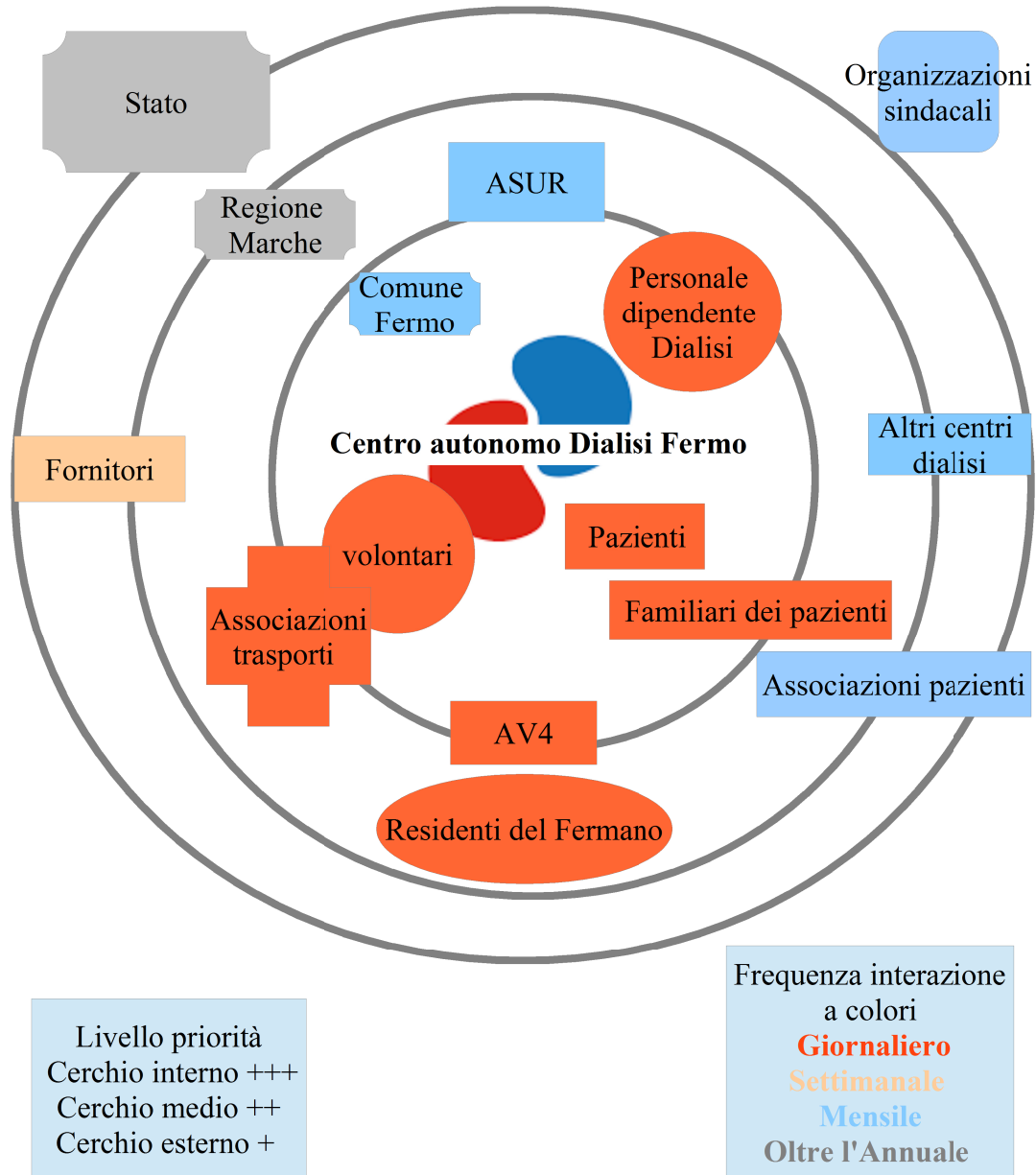
123 Hinna, L. (2004). Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche: processi, strumenti, strutture e valenze. Angeli.

124 Manfredi, F., & Maino, G. (2000). Il governo e la comunicazione della qualità. Egea.

- la rilevanza dello stakeholder, immediatamente visualizzabile, in base ai cerchi concentrici occupati;
- la frequenza di interazione con gli stakeholder, rilevabile dal tipo di colore assegnatogli.

Per quanto riguarda il centro autonomo dialisi di Fermo, esso opera grazie al lavoro di molteplici soggetti in relazione tra loro, che possono essere sintetizzati come segue:

Figura 2 Mappa degli stakeholder 31/12/2018



4.4 L'indagine

Dimensioni del campione

A fronte di un campione composto da 195 questionari somministrati, gli aderenti allo studio sono 146 intervistati, di cui 80 pazienti (54,79%), 42 autisti e volontari (28,76%) e 24 infermieri (16,43%).

Figura 3 Distribuzione dei questionari

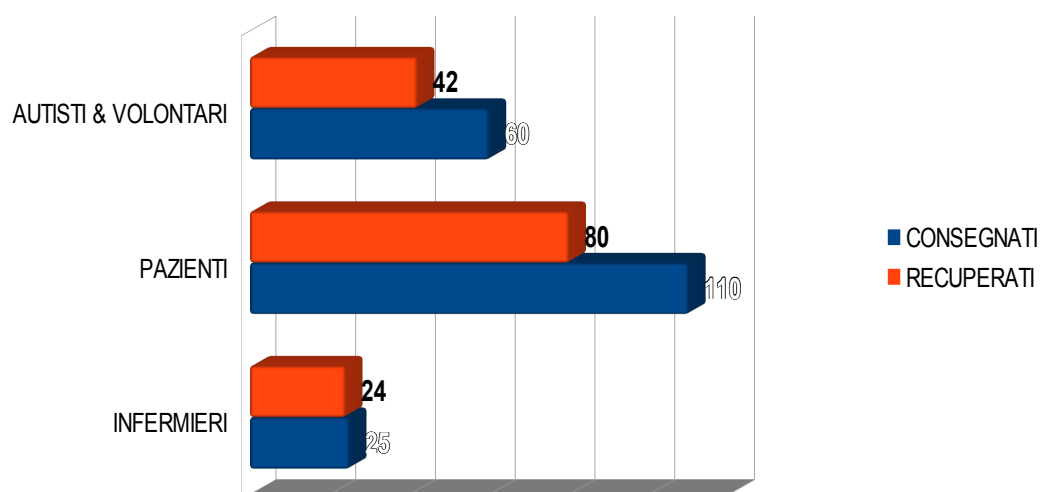
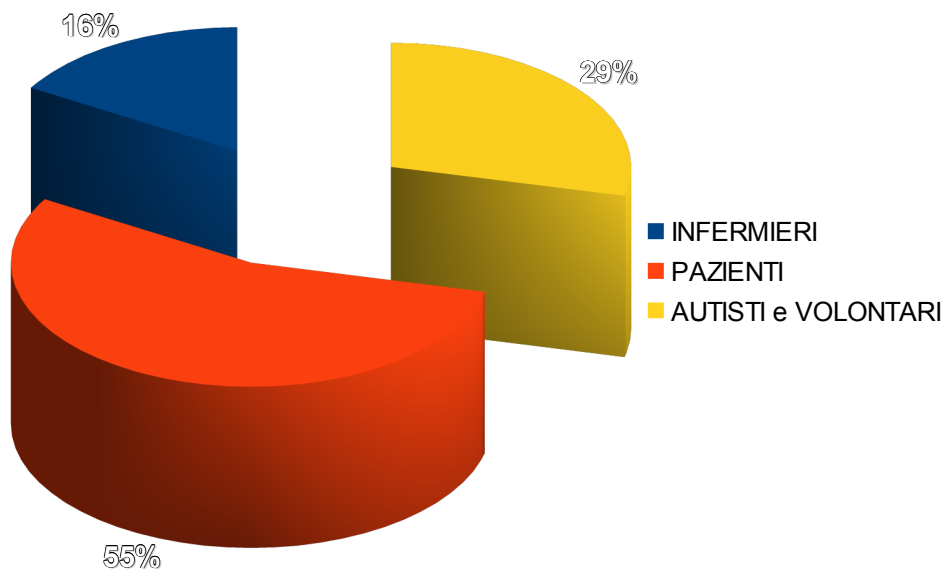


Figura 4 Tipologia di stakeholder



Descrizione degli intervistati

Analizzando la composizione socio-demografica degli intervistati, emerge una prevalenza della componente maschile (57,5%) e una concentrazione nella fascia di età tra i 31 e 50 anni. Si riscontra invece, analizzando gli intervistati per tipologia di stakeholder, una netta prevalenza della componente femminile (88%) nella categoria degli infermieri.

Figura 5 Profilazione degli intervistati per sesso

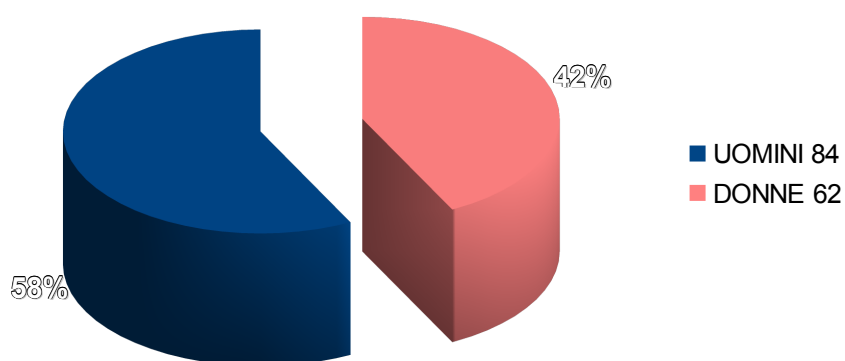


Figura 6 Profilazione degli intervistati per sesso e per categoria

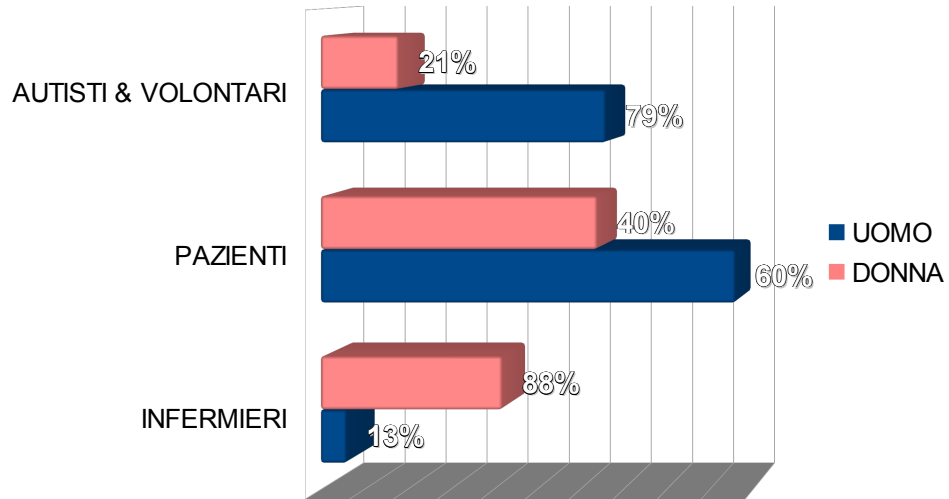


Figura 7 Profilazione degli intervistati per fascia di età

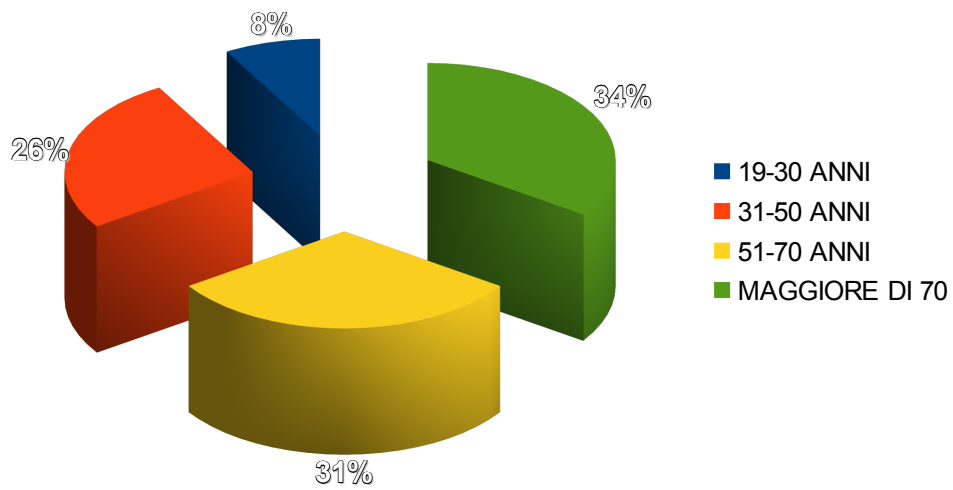
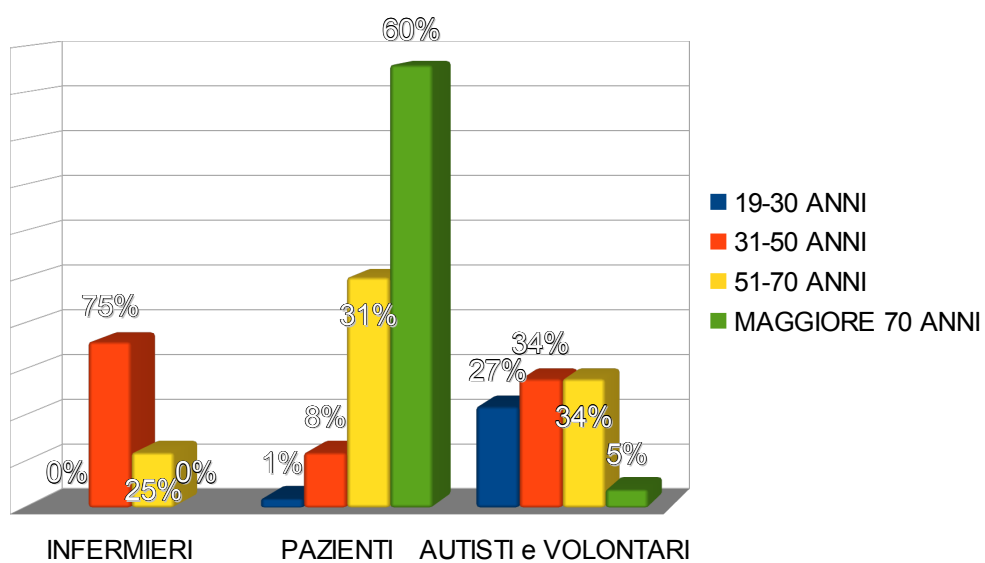


Figura 8 Profilazione degli intervistati per fascia di età e per categoria



Risultati dell'indagine

I risultati prendono in considerazione i questionari somministrati a tre categorie di stakeholder differenti:

- Infermieri dipendenti del centro dialisi di Fermo
- Pazienti del centro dialisi di Fermo
- Autisti e volontari delle associazioni di pubblica assistenza che quotidianamente accompagnano i pazienti nel centro dialisi di Fermo.

L'indagine sugli infermieri di Dialisi

Nonostante i turni, le reperibilità e prestazioni in libera professione per turisti, più di un terzo (37,51%) degli intervistati afferma di riuscire a conciliare bene lavoro e famiglia, mentre la maggioranza (58,33%) riesce a farlo abbastanza bene; una lievissima porzione del campione (4,16%) dichiara di avere difficoltà.

Tabella 2 Può conciliare bene lavoro e famiglia?

	Numero	%
Si	9	37,51 %
Abbastanza	14	58,33 %
Poco	1	4,16 %
No	0	
Totale	24	100%

É opportuno evidenziare come la maggior parte degli intervistati ritiene di non essere sufficientemente coinvolto (50% poco - 8,33% per niente) nel processo decisionale da parte dei dirigenti.

Tabella 3 I suoi dirigenti la coinvolgono nel processo decisionale?

	Numero	%
Si	6	25,01 %
Abbastanza	4	16,66 %
Poco	12	50 %
No	2	8,33%
Totale	24	100%

Indagando sulla giusta distribuzione dei carichi di lavoro, la netta maggioranza (87,5%) ha dato pareri positivi, mentre solo il 12,5% ritiene opportuno migliorare questo aspetto.

Tabella 4 Ritiene che i carichi di lavoro sono distribuiti equamente?

	Numero	%
Si	3	12,5%
Abbastanza	18	75%
Poco	3	12,5%
No	0	
Totale	24	100%

Riguardo l'adeguatezza della strumentazione utilizzata, gli intervistati hanno espresso pareri sostanzialmente positivi, solo il 12,5% ritiene che sia poco adeguata alle esigenze lavorative.

Tabella 5 Ritiene che la strumentazione sia adeguata alle sue esigenze lavorative?

	Numero	%
Si	6	25%
Abbastanza	15	62,5%
Poco	3	12,5%
No	0	
Totale	24	100%

Larga parte degli intervistati (54,17%) valuta sufficiente lo spazio a disposizione per le attività lavorative, mentre il 33,33% non lo reputa congruo.

Tabella 6 Come valuta lo spazio a disposizione per le attività lavorative?

	Numero	%
Buono	3	12,5%
Sufficiente	13	54,17%
Mediocre	7	29,17%
Insufficiente	1	4,16%
Totale	24	100%

Infine, chiamati a valutare la propria esperienza nel centro dialisi di Fermo, la maggior parte degli intervistati ha dato un riscontro positivo (66,66%).

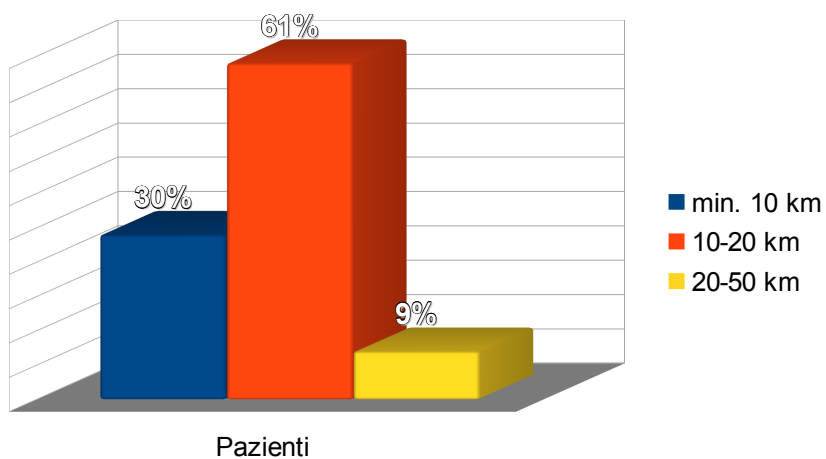
Tabella 7 In generale come valuta la sua esperienza nella dialisi di fermo?

	Numero	%
Soddisfatto	16	66,67%
Indifferente	8	33,33%
Insoddisfatto	0	
Totale	24	100%

L'indagine sui pazienti

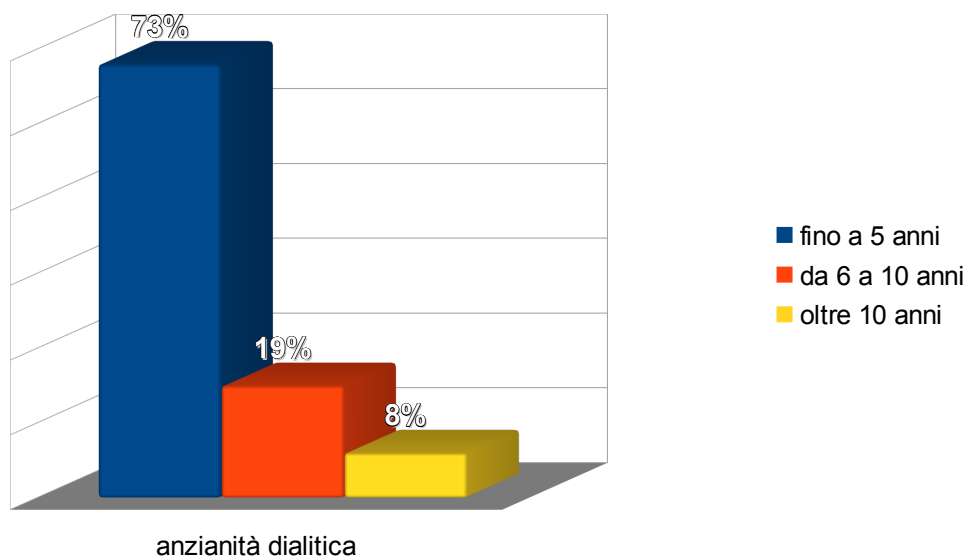
Analizzando la categoria dei pazienti emerge che la quasi totalità degli stessi (91%) risiede a meno di 20 Km dal centro di dialisi, molto probabilmente perché chi risiede più lontano ha scelto di usufruire di centri dialitici più vicini e comodi.

Figura 9 Distanza residenza dal centro dialisi di Fermo



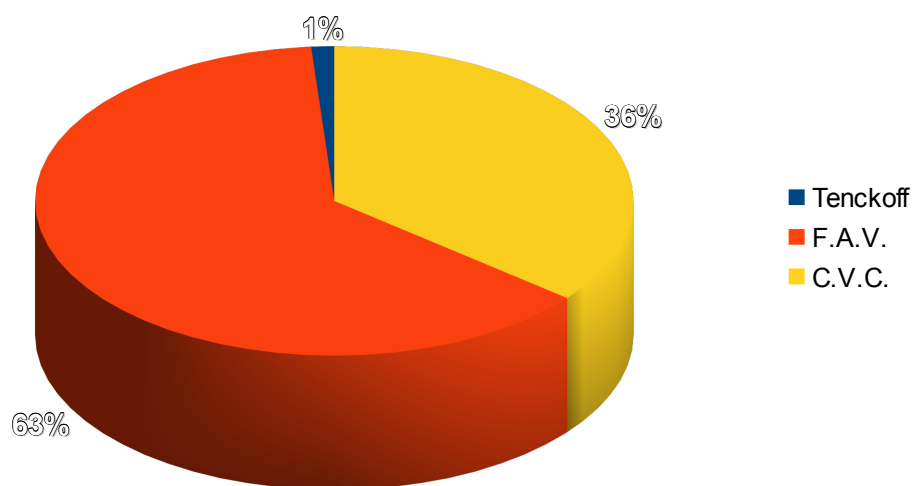
In relazione agli anni di trattamento dialitico, si registra che la netta maggioranza degli intervistati (73%) è in dialisi da non più di 5 anni, mentre solo l'8% degli intervistati effettua la dialisi da oltre 10 anni. Questo dato è legato soprattutto al fatto che il 60% dei pazienti ha un'età maggiore di 70 anni.

Figura 10 Anzianità dialitica



La maggior parte degli interessati (63%) effettua la dialisi tramite FAV (fistola artero-venosa), il 36% tramite CVC (catetere venoso centrale) e solo l'1% tramite Tenckoff (catetere per dialisi peritoneale).

Figura 11 Tipo di accesso per trattamento dialitico



La parte seguente dell'indagine mira a studiare il gradimento dei pazienti in relazione alla loro esperienza nel centro dialisi.

Si rileva che quasi tutti gli interessati (92,5%) sono soddisfatti della gestione dell'accesso vascolare o peritoneale, reputa i turni della dialisi rispondenti alle proprie necessità (91,25%), considera il centro dialisi raggiungibile facilmente (96,25%) ed è infine soddisfatto della merenda servita durante il trattamento (85%).

Tabella 8 Ritieni sia gestito correttamente il tuo accesso vascolare o peritoneale?

	Numero	%
Si	74	92,5%
No	6	7,5%
Totale	80	100%

Tabella 9 I giorni e gli orari a disposizione per i suoi trattamenti dialitici, rispondono alle sue necessità?

	Numero	%
Si	47	58,75 %
Abbastanza	26	32,5 %
Poco	4	5 %
No	3	3,75 %
Totale	80	100%

Tabella 10 Il centro dialisi è raggiungibile facilmente? (cartellonistica chiara, parcheggi idonei, ecc.)

	Numero	%
Si	61	76,25%
Abbastanza	16	20%
Poco	2	2,5 %
No	1	1,25 %
Totale	80	100%

Tabella 11 È soddisfatto della merenda servita in dialisi?

	Numero	%
Si	68	85 %
No	12	15 %
Totale	80	100%

Chiamati a formulare un giudizio sintetico sull'esperienza nel centro dialisi di Fermo, la gran parte del campione (86,25%), nonostante il fattore malattia, non dà una valutazione negativa.

Tabella 12 In generale come valuta la sua esperienza nella dialisi di fermo?

	Numero	%
Soddisfatto	45	56,25%
Indifferente	24	30%
Insoddisfatto	11	13,75%
Totale	80	100%

L'indagine su Autisti e Volontari

Analizzando la categoria autisti e volontari, emerge una equa distribuzione nelle fasce di età tra i 19 e i 70 anni, mentre l'incidenza è quasi nulla per gli over 70 (5%).

Figura 12 Profilazione degli intervistati per fascia di età

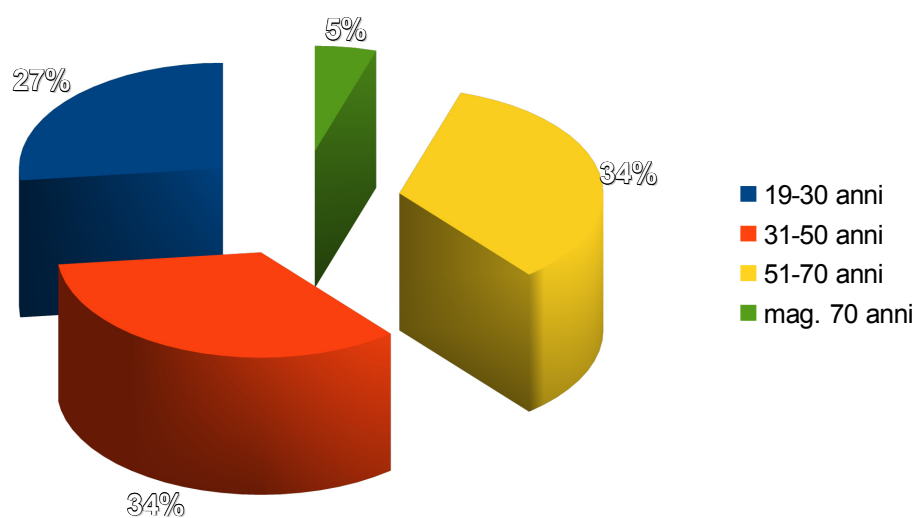
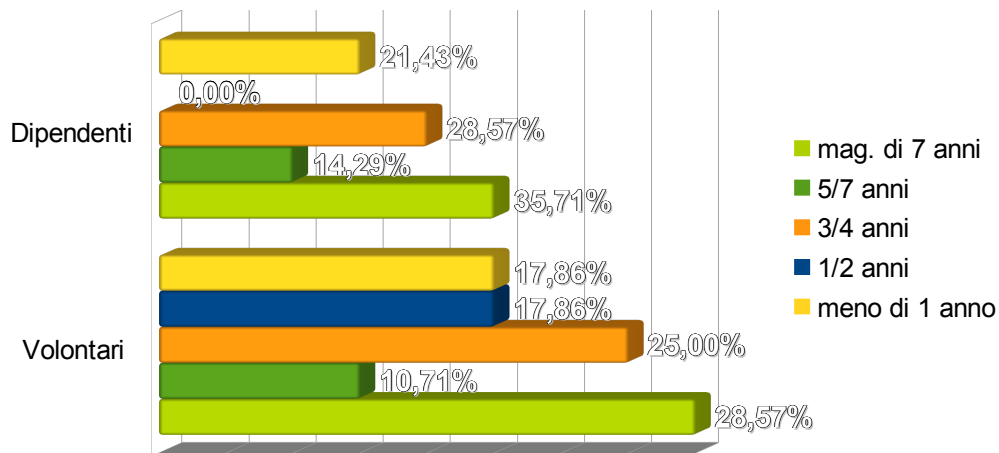


Figura 13 Profilazione degli intervistati per anzianità di servizio



Le opinioni degli intervistati fanno rilevare una difficoltà per gli autisti a trovare il parcheggio nei pressi del centro dialisi, ma al contempo la quasi totalità del campione (95,24%) ritiene che il centro dialisi sia facilmente raggiungibile.

Tabella 13 Ha difficoltà a trovare parcheggio nei pressi del centro dialisi, per il mezzo che le viene affidato?

	Numero	%
Sì	25	59,52 %
No	17	40,48 %
Totale	42	100%

Tabella 14 Il centro dialisi è raggiungibile facilmente?

	Numero	%
Si	28	66,67 %
Abbastanza	12	28,57 %
Poco	2	4,76 %
No	0	
Totale	42	100%

Quasi tutti gli intervistati (90,48%) ritengono di essere bene informati sulle norme di comportamento nel centro dialisi, ma allo stesso tempo, mostrano interesse (88,10%) alla partecipazione a corsi formativi che possano aiutarli nel lavoro presso il centro dialisi.

Tabella 15 Viene bene informato su come comportarsi e muoversi in dialisi?

	Numero	%
Si	38	90,48 %
No	4	9,52 %
Totale	42	100%

Tabella 16 Pensa che iniziative di formazione possono aiutarla nel suo lavoro? (es: corsi su movimentazione dei pazienti, corsi su sicurezza nei luoghi di lavoro etc.)

	Numero	%
Si	37	88,10 %
No	5	11,90 %
Totale	42	100%

Relativamente alla valutazione della cordialità del personale dipendente del centro dialisi, gli intervistati esprimono un giudizio positivo: solo il 7,14% dà un responso non sufficiente.

Tabella 17 Come valuta la cordialità nel centro dialisi? (accoglienza del personale dipendente)

	Numero	%
Buono	26	61,91 %
Sufficiente	13	30,95 %
Mediocre	2	4,76 %
Insufficiente	1	2,38 %
Totale	42	100%

Infine chiamati a valutare la propria esperienza nel centro dialisi di Fermo la maggioranza degli intervistati non dà un giudizio negativo.

Tabella 18 In generale come valuta la sua esperienza nella dialisi di fermo?

	Numero	%
Soddisfatto	26	61,91 %
Indifferente	14	33,33 %
Insoddisfatto	2	4,76 %
Totale	42	100%

Per quanto riguarda il comfort del centro dialisi

L'indagine è stata poi dedicata allo studio della percezione degli intervistati riguardo vari aspetti del confort nel centro dialisi.

Tutte e tre le categorie degli intervistati reputa il centro dialisi facilmente raggiungibile (96%), ma manifesta difficoltà nel trovare parcheggio (60% per gli autisti e volontari e 91% per gli infermieri).

Figura 14 Il centro dialisi è raggiungibile facilmente?

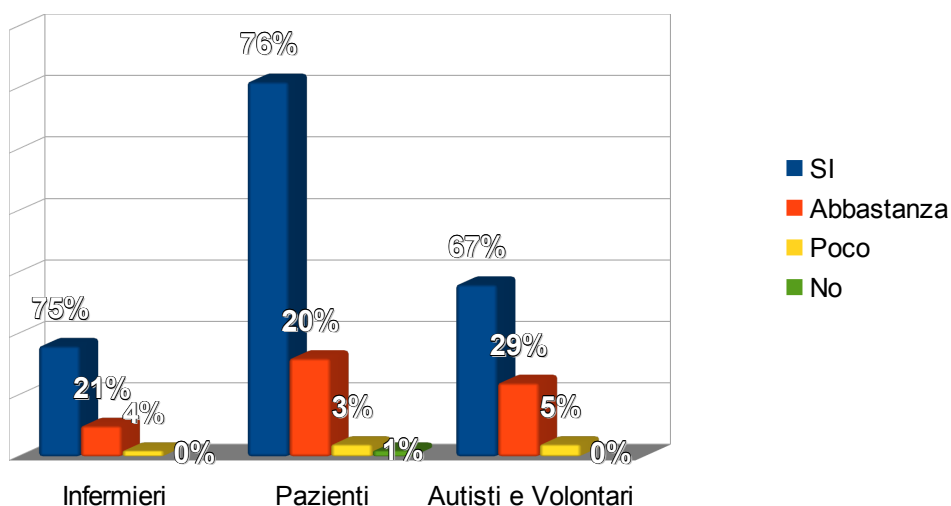
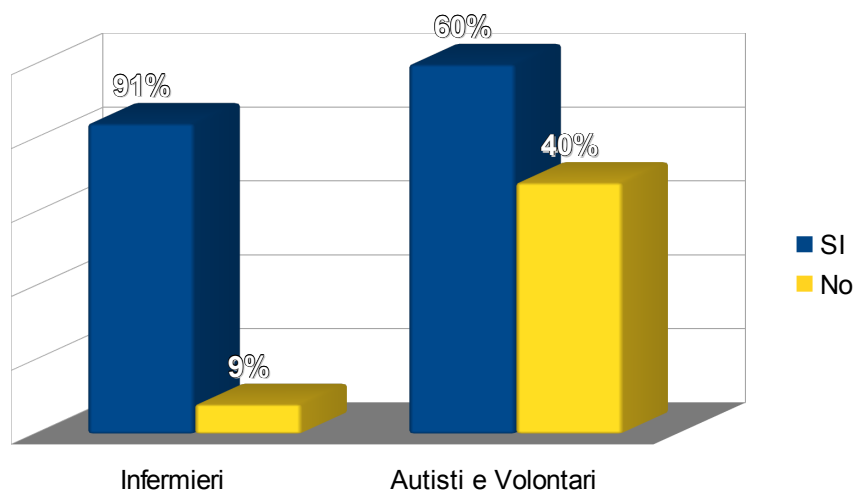


Figura 15 Ha difficoltà a trovare parcheggio?



Gli intervistati sono stati inoltre chiamati ad esprimere un giudizio su quattro aspetti:

- pulizia
- temperatura
- sicurezza
- adeguatezza dei servizi igienici

I pareri, su tutti questi aspetti, sono stati di sostanziale soddisfazione: solo una ristretta minoranza ha dato giudizi non sufficienti.

Figura 16 Come valuta la pulizia nel centro dialisi?

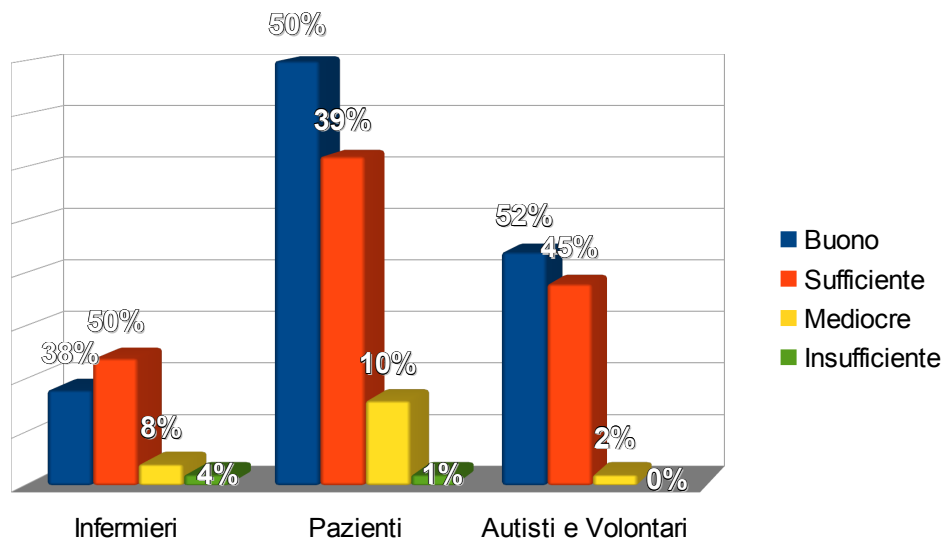


Figura 17 Come valuta la temperatura nel centro dialisi? (climatizzazione)

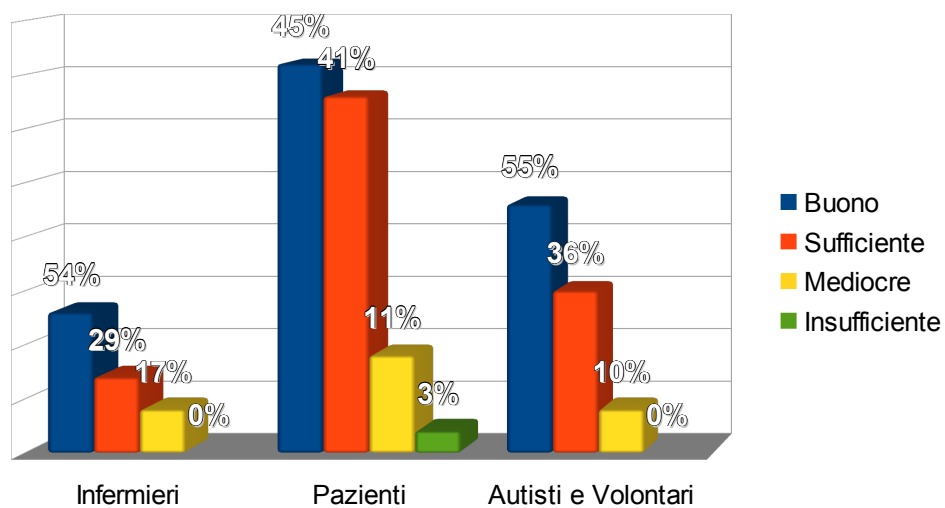


Figura 18 Sicurezza

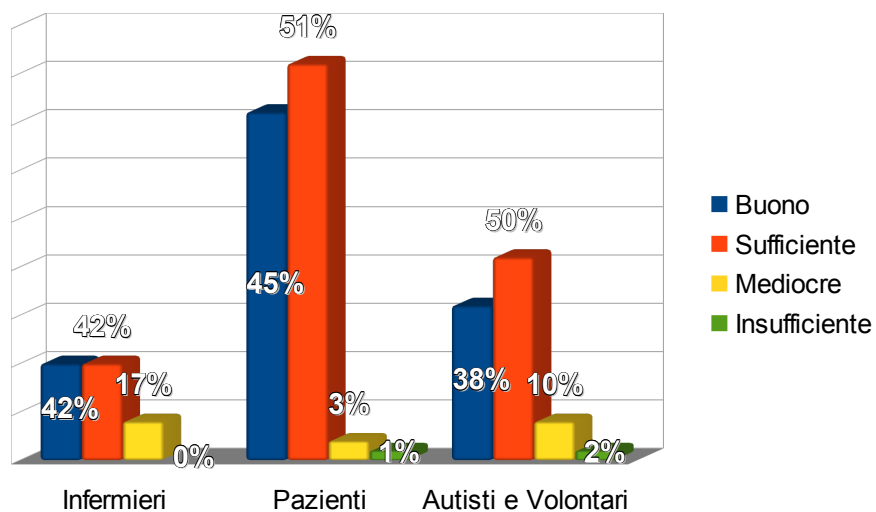
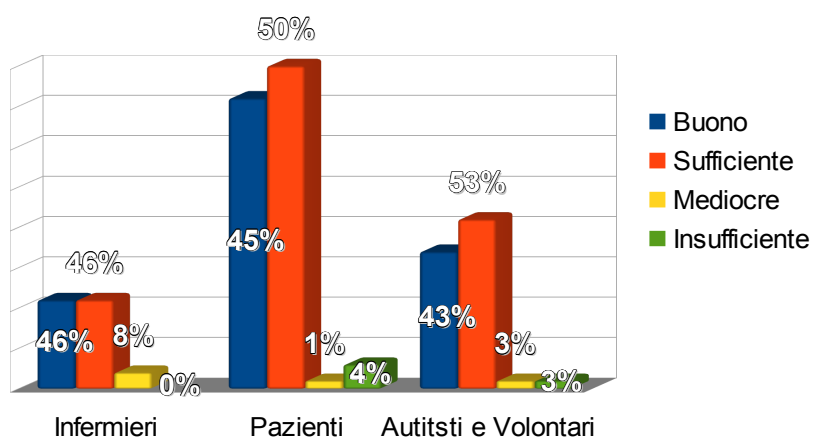
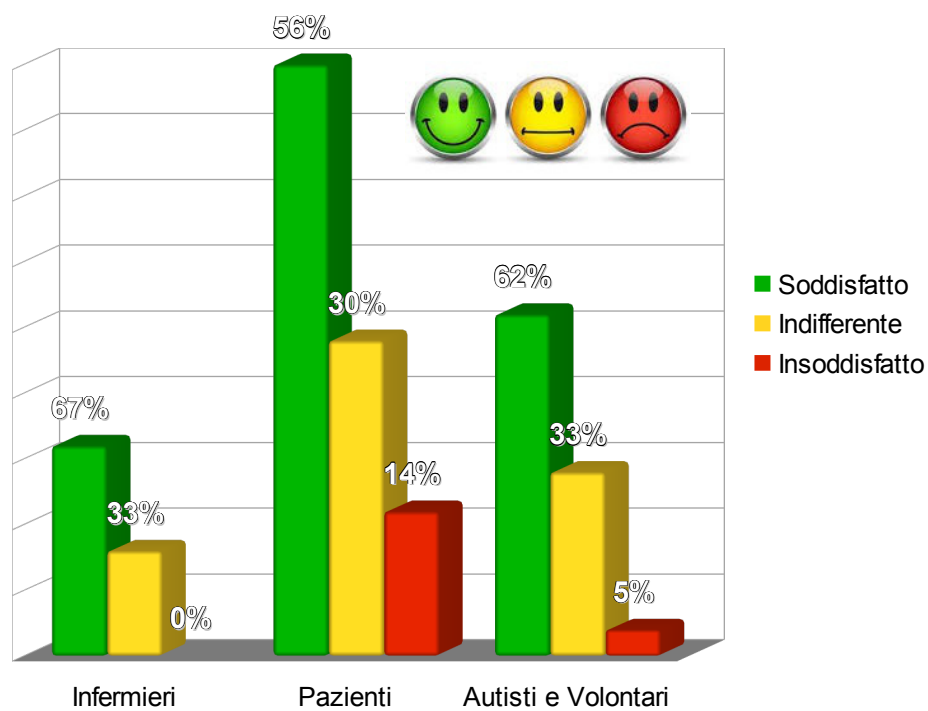


Figura 19 Adeguatezza servizi igienici



Il giudizio globale in merito all'esperienza presso il centro dialisi di Fermo è positiva per tutte e tre le categorie: solo il 14% dei pazienti e il 5% della categoria degli autisti e volontari dà una valutazione negativa.

Figura 20 In generale come valuta la sua esperienza nel centro dialisi di Fermo?



4.4.1 Suggerimenti dagli stakeholder

Nell'ultima parte dell'indagine, gli intervistati sono stati chiamati a proporre suggerimenti volti a migliorare il servizio prestato dal centro dialisi di Fermo.

Gli infermieri hanno proposto di ampliare gli spazi di lavoro ed incrementare il numero di postazioni dei pazienti, hanno suggerito una revisione dell'impianto elettrico ed infine hanno manifestato la necessità di essere dotati di un sollevatore e di un operatore socio sanitario all'arrivo e all'uscita dei pazienti, così da agevolare gli spostamenti e ridurre i rischi da carico.

I pazienti invece hanno suggerito di ampliare gli spazi negli spogliatoi, che risultano, a loro avviso, troppo stretti, nonché di inserire nuovi armadietti, in quanto quelli presenti sono sempre occupati. Hanno inoltre manifestato l'esigenza della presenza di medici anche nei turni pomeridiani. Per di più i pazienti hanno proposto la sostituzione delle poltrone con i letti, perché meno confortevoli. Infine hanno espresso il loro disagio nel trovare i posti auto a loro dedicati, occupati dalle ambulanze.

La categoria degli autisti e volontari ha suggerito l'organizzazione di corsi che possano essere di aiuto a capire come relazionarsi con i pazienti. Infine hanno espresso la necessità di ricevere con un congruo anticipo le comunicazioni riguardanti la variazione di orario in merito ai turni o alle visite dei pazienti.

4.5 Conclusioni

L'obiettivo generale dello studio è stato comprendere come gli strumenti di stakeholder engagement supportano le aziende sanitarie nell'agire quotidiano, per fare questo si è preso in esame una particolare realtà operante nel contesto marchigiano: il Centro Autonomo Dialisi dell'ospedale A. Murri di Fermo.

La ricerca empirica è stata condotta tra ottobre e dicembre 2018, tramite la somministrazione di questionari in forma cartacea.

Il questionario è stato auto-redatto dall'intervistato e la quasi totalità delle domande era a risposta chiusa, con l'obiettivo di acquisire informazioni su come gli stakeholder percepivano quotidianamente alcuni servizi del centro.

Sono state coinvolte tre categorie di stakeholder e hanno aderito al progetto:

- 24 infermieri;
- 80 pazienti;
- 42 autisti e volontari delle associazioni di pubblica assistenza.

Prima di proseguire con i risultati della parte empirica, facciamo un breve riepilogo della ricerca bibliografica effettuata.

In principio sono stati esaminati gli aspetti principali delle aziende sanitarie e le loro esigenze di trasparenza e rendicontazione, successivamente lo studio si è focalizzato sul tema dell'accountability nelle aziende sanitarie pubbliche.

Nel particolare si è passati alle caratteristiche principali delle aziende sanitarie, come l'autonomia gestionale, che prevede un proprio sistema di governo che è responsabile delle proprie scelte strategiche e che è in grado di adottare degli strumenti di gestione più idonei a soddisfare le nuove esigenze.

Tra le nuove esigenze si riscontra la necessità di trasparenza e, di conseguenza, il bisogno di rendicontare delle aziende sanitarie. Questo in parte è dovuto alla

ricerca di legittimazione da parte dei cittadini, dimostrando loro come le risorse pubbliche vengono gestite nel raggiungimento della propria mission.

Inoltre si è riscontrata la necessità che le aziende sanitarie tengano presente il contesto in cui operano e valutino il loro impatto sul territorio, non solo in termini economico-finanziari, ma anche sul piano sociale e ambientale, in rispetto ai principi dello sviluppo sostenibile, così configurando un agire socialmente responsabile.

È risultato evidente che un corretto accountability aziendale, oltre ad incentivare la legittimazione dell'operato aziendale, soddisfa il bisogno informativo degli stakeholder, generando relazioni più partecipative e trasparenti.

Per questo motivo le aziende sanitarie hanno bisogno di strumenti di accountability aggiornati parallelamente all'evoluzione aziendale, capaci di giungere a tutti i portatori d'interesse. Questo per mantenere un dialogo con i propri stakeholder sempre attivo, in grado di portare benefici ad entrambi.

Il dialogo avviato con gli stakeholder del centro dialisi di Fermo, attraverso la ricerca qui riportata, ha ottenuto risultati che mostrano un quadro tendenzialmente convergente e positivo, ma un'analisi più approfondita ci ha permesso di poter riscontrare alcuni dati interessanti, ossia:

- tutte e tre le categorie degli intervistati reputa il centro dialisi facilmente raggiungibile (96%), ma manifesta difficoltà nel trovare parcheggio (60% per gli autisti e volontari e 91% per gli infermieri).
- l'88,10% degli autisti e volontari delle associazioni di pubblica assistenza, ritiene siano opportune iniziative di formazione (es: corsi su movimentazione dei pazienti, corsi su sicurezza nei luoghi di lavoro etc.).

- gran parte del personale infermieristico (50% poco - 8,33% per niente) dichiara di non essere coinvolto nel processo decisionale da parte dei dirigenti;

Allo stesso tempo sono stati formulati dei suggerimenti dagli stakeholder:

- i pazienti suggeriscono di aumentare il numero di medici nel turno pomeridiano, di sostituire le poltrone con nuovi letti, di trovare delle soluzioni per quanto riguarda gli spazi degli spogliatoi ed il numero di armadietti (perché gli armadietti che ci sono risultano essere sempre occupati), nonché di risolvere il problema del parcheggio a loro riservato che risulta sempre essere occupato dalle ambulanze;
- gli infermieri suggeriscono di rivedere l'impianto elettrico del centro dialisi e di riorganizzare gli spazi di lavoro;
- autisti e volontari delle associazioni di pubblica assistenza suggeriscono di essere informati per tempo riguardo i cambi turno/visite/ricoveri dei loro pazienti, inoltre indicano chiaramente l'argomento (la relazione con il paziente) del corso di formazione a cui vorrebbero partecipare per poter migliorare le loro capacità lavorative.

Il primo dato che merita una riflessione è il forte bisogno di mettere ordine nel parcheggio dell'ospedale A. Murri di Fermo, dove sembra esserci molta confusione su quali parcheggi devono occupare le ambulanze e quali sono riservati ai pazienti della dialisi. Appare evidente che la risoluzione di questo problema potrebbe portare ad una migliore gestione del servizio, evitando disagi e ritardi.

Un altro tema che assume rilevanza è l'esigenza manifestata dagli autisti e volontari delle associazioni di pubblica assistenza di eventi formativi che possano

migliorare le loro prestazioni lavorative. Come già visto nella ricerca bibliografica di questa tesi, la responsabilità sociale consiste anche nell'aggiornare costantemente il personale, così da evitare il degrado professionale. Per questo sarebbe interessante organizzare dei corsi condivisi tra il personale infermieristico del centro dialisi e gli autisti/volontari delle associazioni di pubblica assistenza, riguardanti temi sulla relazione tra paziente e operatore, che oltre al soddisfacimento del bisogno formativo, migliorerebbero la relazione tra operatori, con una ricaduta positiva sul servizio. In questo modo si potrebbe anche incrementare la fidelizzazione dei volontari alle associazioni di pubblica assistenza, cosicché la loro disponibilità possa rispondere sempre più alle esigenze fondate sui fabbisogni dei cittadini.

La penultima riflessione riguarda il bisogno degli infermieri di essere coinvolti nei processi decisionali da parte dei medici. Anche questo è un tema toccato all'interno di questa tesi, dove si è visto che una corretta informazione interna, prima di assumere decisioni, è indice di atteggiamento responsabile nei confronti della società e genera senso di appartenenza e accettazione delle responsabilità nel personale dipendente.

Infine, il bisogno espresso da diversi pazienti di avere più medici a disposizione nel turno pomeridiano, è dovuto ad una carenza organica del personale medico. Ciò può incidere negativamente sulla qualità del servizio perché, se è vero che un'azienda è socialmente responsabile quando punta all'umanizzazione dell'assistenza e quindi tiene conto delle relazioni che instaura con l'utenza, con la carenza dei medici sembra che il rapporto con il paziente nel turno pomeridiano venga a diminuire. Aumentare il personale medico, in questo caso, potrebbe fare la differenza, perché la salute, l'organizzazione e i professionisti che se ne

occupano, devono essere considerati, più che un fattore di spesa, un valore per la collettività.

Il percorso conoscitivo avviato con questo studio può condurci sulla strada del miglioramento e per questo va proseguito.

Bibliografia e sitografia

Airoldi, G., Brunetti, G., Coda, V. (1994). Economia aziendale. Il Mulino. Bologna.

A.N.E.D. (2017). Bilancio sociale 2017. <https://www.aned-onlus.it/bilancio-sociale-2017>.

Alesani, D., Marcuccio, M., Trincherò, E. (2005). Bilancio sociale e aziende sanitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo. Mecosan. 55, 9-34.

Area Vasta 4. (2018 Dicembre). Sito ufficiale Dialisi di Fermo.

Associazione nazionale per la ricerca scientifica sul bilancio sociale. (2009). Il bilancio sociale, documenti di ricerca n°10, La rendicontazione sociale per le aziende non profit. Giuffrè.

ASUR Marche. (2016). Popolazione assistita, Relazione sulla performance 2016, <https://www.asur.marche.it/web/portal/relazione-sulla-performance>.

Bagnoli, D., Riccaboni, A., Nante, N. (2005). Il bilancio sociale e di missione per una azienda sanitaria locale.

Borgonovi, E. (2003). La funzione dell'azienda non profit come trasformazione di valori individuali in valore economico e sociale: elementi di teoria aziendale. Cedam.

Borgonovi, E. (2004). Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche. Giuffrè.

Borgonovi, E. (2005). La responsabilità sociale in sanità. Mecosan, 14(56), 3-9.

Bruno, D., Sarti, M. (2009). Rendicontazione e partecipazione sociale: dal bilancio sociale al bilancio partecipativo. Cosa sono e cosa servono. FrancoAngeli.

Calamandrei, C., Orlandi, C. (2008). La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali. McGraw-Hill.

Casati, G. (2000). Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie. McGraw-Hill.

Catturi, G. (2003). Valori etici e principi economici: equilibrio possibile. Studi e note di economia, 3, 7-37.

Cicchetti, A. (2002). L'organizzazione dell'ospedale. Fra tradizione e strategie per il futuro (Vol. 3). Vita e pensiero.

Coy, D. et al. (2001). [Public accountability: a new paradigm for college and university annual reports](#). Critical perspectives on accounting, 12(1), 1-31.

D'Alessio, L. (2008). Le aziende pubbliche. Management, programmazione, controllo. Liguori editore. ISBN 13 978-88-207-4241-6

Del Bene, L. (2000). Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie. Giuffrè.

Del Vecchio, M. (2001). Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche: economicità, controllo e valutazione dei risultati. Egea.

Farneti, G. (2004). Ragioneria pubblica. Il «nuovo» sistema informativo delle aziende pubbliche (Vol. 102). FrancoAngeli.

Freeman, R. et al. (2010). The stakeholder theory. the state of the art. Cambridge University Press.

Freeman, R. (1994). The politics of stakeholder theory: some future directions. Business Ethics Quarterly, 4(4), 409-421.

Freeman, R. (2007). Managing for Stakeholders. SSRN Electronic Journal. 10.2139/ssrn.1186402.

Freeman, R., Phillips, R. (2002). Stakeholder Theory: A Libertarian Defense. Business Ethics Quarterly, 12(3), 331-349.

Gazzola, P. (2012). CSR e reputazione nella creazione di valore sostenibile. Economia Aziendale Online, (2), 27-45.

Giannessi, E. (1960). Le aziende di produzione originaria. Cursi.

Giannessi, E. (1961). Interpretazione del concetto di azienda pubblica. Giuffrè.

Giovannelli, L. (2000). Modelli contabili e bilancio in uno stato che cambia. Giuffrè.

Herzlinger, R.E. (1996). Can public trust in nonprofit and governments be restored?. Harvard Business Review, 74(2), 97-107.

Hinna, L. (2004). Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche: processi, strumenti, strutture e valenze. Angeli.

Lazzini, S. (2005). Principi di accountability nei sistemi sanitari italiano e statunitense. Giuffrè.

Lazzini, S. (2008). Riforme dei sistemi contabili pubblici tra spinte innovative e resistenze al cambiamento. Giuffrè.

Lazzini, S. (2015). Strumenti economico-aziendali per il governo della sanità. Franco Angeli.

Manfredi, F., Maino, G. (2000). Il governo e la comunicazione della qualità. Egea.

Marasca, S., Montanini, L., Manelli, A., D'Andrea, A., Vallesi, M., Carignani, V., & Galassi, P. (2018). Social Reporting in a Health Care Organization: A Case Study of a Regional Italian Hospital. In *Sustainability and Social Responsibility: Regulation and Reporting* (pp. 333-367). Springer, Singapore.

Marcon, G. (1984). *Le imprese a partecipazione pubblica: finalità pubbliche ed economicità*. Cedam.

Marinò, L. (2001). *Dinamiche competitive ed equilibrio economico nelle aziende sanitarie*. Giuffrè. ISBN 88-14-09117-X

Marinò, L. (2008). *La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali: concetti, modelli, decisioni*. G. Giappichelli. ISBN 978-88-348-8593-2

Martinelli, M. (2000). *Contabilità e bilancio nelle aziende sanitarie*. Il Sole 24 ore.

Montanini, L. (2007). *L'accountability nelle aziende non profit: teoria e prassi a confronto*. G. Giappichelli. ISBN 978-88-348-7600-8

Olla, G., Pavan, A. (1996). *Il management dell'azienda sanitaria*. Giuffrè.

Owen, D. L., Swift, T., Hunt, K. (2001). Questioning the role of stakeholder engagement in social and ethical accounting, auditing and reporting. *Accounting forum*.

Pezzani, F. (2003). L'accountability delle amministrazioni pubbliche: contenuti e prospettive nel contesto dei processi di riforma e decentramento. Egea. ISBN 200388-238-4036-8

Phillips R. et al. (2003). What stakeholder theory is not. *Business ethics quarterly*, 13(4), 479-502.

Provvidenza, A. (2006). L'azienda sanitaria pubblica. Aspetti istituzionali ed economico-aziendali. Aracne. ISBN 88-548-0614-5

Ranci Ortigiosa, C., Pavolini, E. (2015). Le politiche di welfare. Il mulino. ISBN 978-88-15-25231

Rebora, G. (1990). Analisi delle pubbliche amministrazioni come aziende: elementi generali ed elementi caratterizzanti. Anselmi L, Volpato O (a cura di), *Il management nell'area pubblica*, Giuffrè, Milano.

Reginato, E. (2016). *Accountability e controlli in sanità (Vol. 3)*. Maggioli Editore.

Rusconi, G. (2002). *Impresa, accountability e bilancio sociale*. L. HINNA (a cura di) *Il bilancio sociale*. Milano: Il sole 24 ore, 229-268.

Rusconi, G. (2012). Alcune riflessioni sui recenti sviluppi dello stakeholder management: "Il valore per gli stakeholder". *Impresaprogetto, Electronic Journal*, 1.

Salvatore, C. (2000). I sistemi di controllo nell'economia delle aziende sanitarie pubbliche. Cedam.

Schiavi, G. (2004). La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie (Vol. 547). FrancoAngeli.

Serpelloni, G., Simeoni, E. (1995). Principi sull'organizzazione dell'azienda socio-sanitaria pubblica. Quality management.

Società Europea (ERA-EDTA). (2006, Luglio). XLIII Congresso, Glasgow.
<http://www.edtna-erca.it/component/content/article.html?id=460>

Stewart, J. D. (1984). The role of information in public accountability, Philip Allan.

Tessitore, A. (1997). Una riconsiderazione del concetto di azienda. Rivista italiana di ragioneria e di economia aziendale, (3/4), Giuffrè, Milano, pag. 438-441.

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare va ai pazienti del centro dialisi di Fermo, non solo per aver compilato il questionario utile per la raccolta dati nonostante le loro difficoltà, ma anche per i momenti condivisi che sono sempre spunto per una riflessione costruttiva.

Ringrazio il personale del centro dialisi e delle associazioni di pubblica assistenza che si occupano del trasporto pazienti, per avermi consentito di svolgere l'intero lavoro in un ambiente amichevole e collaborativo.

Un grande ringraziamento a tutti i miei famigliari, con il loro dolce e instancabile sostegno morale mi hanno permesso di arrivare fin qui, contribuendo alla mia formazione personale. La loro presenza spesso è sinonimo di conforto e stimolo in momenti di difficoltà.

Grazie a mia moglie Stefania, che mi ha supportato e sopportato sempre con amore, anche nei momenti di maggiore crisi, lei ha visto la mia tesi nascere, crescere e svilupparsi, parallelamente alle mie preoccupazioni.

Grazie a mio Padre ed al suo esempio di vita.