

I CONTI DELLA SALUTE NELL'AMMINISTRAZIONE SANITARIA. EFFICIENZA, CONTROLLO E CRITICITA'

Franco Gaboardi*

Alcuni settori della pubblica amministrazione del nostro Paese, in particolare gli enti locali e territoriali, stanno vivendo un severo ed importante periodo di cambiamento istituzionale. L'esigenza indiscutibile di controllare l'andamento della spesa pubblica e di rinnovare istanze sociali tendenti a ottenere servizi qualitativamente e quantitativamente adeguati, ha favorito la ricerca e l'adozione di nuovi strumenti di gestione in grado di assicurare più elevati livelli di efficienza ed efficacia.

Il processo di cambiamento ha investito in particolar modo il servizio sanitario nazionale e territoriale che, per l'ingente quantità di risorse assorbite (85-90% del bilancio regionale) e per le stesse caratteristiche organizzative, può essere considerato il prototipo delle "aziende sanitarie" e il luogo ideale per sperimentare nuove e più efficaci modalità di gestione del settore pubblico.

Con una chiara ma forte premessa concettuale.

Essa consiste nel fatto che, a Costituzione vigente, lo Stato e le Regioni devono in ogni modo garantire le prestazioni sanitarie e sociali a tutti, con particolare attenzione a coloro che non sarebbero in grado di contribuire ad esse. Quest'asserzione non è mossa da simpatie ideologiche o da motivazioni pregiudiziali, ma dalla piena convinzione di chi scrive che ciò rappresenti un alto profilo di garanzia e tutela giuridica che uno Stato ha l'onere di assicurare ai suoi cittadini.

Il fatto di avere un forte debito pubblico (120% del pil e una spesa sanitaria e sociale che è stata controllata a fatica dalla politica, non può essere la giustificazione plausibile per tentare "manovre trasversali" che consentano di arrivare ad una privatizzazione completa del sistema sanitario, non solo della sua gestione. Ciò deve essere evitato con tutte le argomentazioni sostenibili in qualunque consesso istituzionale, tanto più in quello accademico. Questo modesto contributo di studio vuole offrire un panorama tecnico-gestionale per salvaguardare meglio le risorse di bilancio degli enti pubblici; ma al tempo stesso A partire dalla fine degli anni ottanta alcune Regioni (Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte, Lombardia, Friuli ...) hanno sperimentato in modo autonomo specifiche metodologie di lavoro finalizzate alla qualificazione e al controllo dei processi gestionali e decisionali interni alle singole Ussl. Con l'avvio del processo di aziendalizzazione della realtà pubblica italiana e l'emanazione delle norme di riordino del S.S.N., tali concetti sono stati tradotti in principi validi per l'intero sistema.

I decreti legislativi 502/92, 517/93, 229/99 hanno stabilito i fondamenti per il passaggio da un sistema burocratico-formale, ancora tipico della pubblica amministrazione, a un sistema che pone in primo piano i principi dell'autonomia funzionale e della responsabilizzazione economica dei dirigenti rispetto alle attività svolte e al conseguente utilizzo delle risorse loro attribuite, per il funzionamento delle diverse unità organizzative che compongono il sistema.

Le principali modifiche del sistema che direttamente o indirettamente interessano le competenze del medico dirigente che opera nelle nuove Aziende possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

- 1) il diritto alla salute viene garantito entro il limite della disponibilità delle risorse (e ciò potrebbe costituire un grave limite all'art. 32 Cost.)
- 2) la fruizione dei servizi è correlata alla predefinita di livelli uniformi di

- assistenza (rimodulazione dei LEA da parte del governo Monti nel 2012)
- 3) la produzione e l'erogazione dei servizi sono affidate alle nuove strutture aziendali dotate di autonomia giuridica e organizzativa;
 - 4) il finanziamento è in parte determinato dal Fondo sanitario e in parte deriverà dalla "vendita" delle prestazioni, il che comporta l'introduzione di meccanismi di competizione fra i soggetti erogatori;
 - 5) l'azienda è tenuta a prevedere sistemi di controllo interno per le verifiche degli equilibri economici delle gestioni (art. 8, 6 c., D.L.vo 502/92 e 517/93).

Questi elementi comportano profondi cambiamenti nelle strategie gestionali delle aziende sanitarie e rendono necessaria l'adozione di nuovi strumenti coerenti con il nuovo assetto aziendale e che devono soddisfare alcune esigenze di fondo.

1. commisurare i servizi erogati ai bisogni di salute e alle risorse impiegate;
2. esercitare una previsione sui programmi e un controllo sulle loro realizzazioni;
3. ricercare l'equilibrio fra efficienza nell'uso delle risorse, efficacia del servizio offerto e soddisfazione del cittadino;
4. decentrare i livelli di responsabilità per meglio adattare i servizi ai bisogni degli utenti.

Nella logica di una gestione di tipo aziendalistico, diventano fondamentali anche le caratteristiche del bilancio e della gestione patrimoniale delle aziende sanitarie locali e delle aziende sanitarie ospedaliere. A tale proposito l'articolo 5 del D.L.vo 502/92 formula disposizioni e prevede adempimenti in ordine ai seguenti punti:

- trasferimento alle aziende di tutti i beni patrimoniali, mobili e immobili, già trasferiti ai Comuni con vincolo di destinazione alle precedenti Ussl;
- obbligo per le Regioni di emanare norme per la gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle aziende, secondo i principi stabiliti dal Codice Civile, prevedendo inoltre tutti gli strumenti e gli obblighi di contabilità generale propri delle aziende aventi personalità giuridica (bilancio pluriennale di previsione, bilancio economico preventivo annuale, destinazione o modalità di copertura dell'eventuale avanzo o disavanzo di esercizio), nonché la tenuta della contabilità analitica per centri di costo, con lo scopo di rendere possibili analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- emanazione di un decreto interministeriale che stabilisca uno schema-tipo di contabilità economica a garanzia di rilevazioni uniformi su tutto il territorio nazionale.

Al di là degli aspetti propriamente tecnici, che verranno affrontati più avanti, il nuovo ordinamento economico finanziario previsto per le aziende sanitarie segna dunque il passaggio da una situazione orientata al rispetto di rigidi e inefficaci formalismi gestionali, a una situazione caratterizzata dall'adozione di strumenti di tipo aziendale e dalla diffusa responsabilizzazione dei dirigenti, sia dei medici che degli altri profili professionali.

Il Passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica

1. Due sistemi contabili a confronto

Come citato precedentemente le norme dettate dall'articolo 5 del D.L.vo 502/92 e del D.L.vo 517/93 prevedono il progressivo superamento da parte delle aziende sanitarie del sistema di *contabilità finanziaria*, già adottato per le Ussl, e l'introduzione dal 1 gennaio 1995 del sistema di *contabilità economico-patrimoniale* e, in particolar modo quello della *contabilità analitica per centri di costo*. Sebbene la data di avvio del nuovo sistema abbia subito qualche ritardo, dovuto principalmente alla tardiva emanazione dei decreti attuativi, che avrebbero dovuto definire lo schema-tipo delle rilevazioni e delle classificazioni contabili, e sebbene si preveda che, in via provvisoria, dovrà essere temporaneamente mantenuta a livello nazionale la vigente contabilità finanziaria, in molte Regioni il nuovo sistema di rilevazione contabile è stato effettivamente introdotto a partire dal 1 gennaio 1996. Tale innovazione rappresenta una tappa fondamentale del processo di aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Le differenze tra i sistemi di contabilità finanziaria ed economica sono infatti sostanziali e investono sia le finalità che le modalità di gestione delle aziende sanitarie, la natura dei rapporti tra Regioni e aziende sanitarie medesime in ordine all'autorizzazione della spesa e ai tipi di controlli esercitabili.

2. La contabilità finanziaria

Il sistema di contabilità finanziaria, fondato sull'*impegno di spesa* e strutturato sul principio della registrazione delle entrate (accertamento, riscossione, versamento) e delle spese (impegno, liquidazione, ordinazione, pagamento), è centrato sul *bilancio di previsione annuale* (redatto in forma di competenza e di cassa) e sul *rendiconto finanziario* di fine esercizio.

L'approvazione del bilancio di previsione annuale da parte della Regione costituiva, per l'Ussl, "*un'autorizzazione a spendere*", mentre il rendiconto finanziario rappresentava lo strumento giuridico finalizzato al controllo "a posteriori" delle attività effettivamente svolte e del risultato finanziario conseguito.

Il sistema rispondeva a due finalità principali:

- individuare a priori l'ambito e i limiti di manovra dell'ente, mediante stanziamenti di bilancio in capitoli, con articoli che potevano essere variati solo attraverso determinate procedure;
- verificare la corretta imputazione contabile dei singoli provvedimenti e l'effettiva attuazione delle scelte determinate in sede di bilancio preventivo.

In sintesi, la contabilità finanziaria risultava adeguata per un controllo di tipo prettamente burocratico, politico, semplice, formale e centrato prevalentemente sulla legittimità dei singoli atti; d'altra parte l'autorizzazione e l'impegno di spesa sono concetti giuridici che tutelano la collettività sulla destinazione del denaro pubblico, ma non sono certamente mai stati idonei a fornire informazioni sull'utilizzo effettivo delle risorse (cioè non hanno la propensione a fornire indicazioni legate ad un'analisi costi/benefici, cosa oggi non più trascurabile per ogni settore della pubblica amministrazione).

3. La contabilità economica

Il sistema di contabilità economica, basato sulle rilevazioni dei costi e dei ricavi mediante la tecnica della partita doppia, ha lo scopo di pervenire alla sintesi della gestione tramite il bilancio di esercizio e l'interpretazione dei fenomeni gestionali all'interno dell'azienda sanitaria.

Un aspetto peculiare e distintivo rispetto alla contabilità finanziaria è che tale sistema è centrato sul “*risultato economico della gestione*” e non sull'autorizzazione alla spesa. Pertanto, la contabilità economica non prevede un sistema autorizzativo e conseguentemente non esiste un bilancio di tipo autorizzativo.

Sulla base degli obblighi di legge e dei principi della contabilità economica le aziende sono tenute a predisporre il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio economico preventivo e il bilancio di esercizio.

a. Il bilancio pluriennale di previsione è un preventivo economico di durata triennale, aggiornato annualmente sulla base del meccanismo contabile dello “scorrimento”. È articolato secondo una specifica struttura tecnica sulla base delle norme civilistiche in materia di conto economico ed è composto dai seguenti documenti:

- un preventivo economico che riporta costi e oneri, ricavi e proventi previsti per ciascuno dei tre anni di riferimento;
- un prospetto “fonti e impieghi” che riporta i flussi in entrata e in uscita previsti per ciascuno dei tre anni di riferimento.

b. Il bilancio economico preventivo è un preventivo economico che vale per l'anno di riferimento, composto da:

- un preventivo economico che evidenzia i costi e i ricavi previsti per il periodo di riferimento;
- un prospetto “fonti e impieghi” che evidenzia i flussi in entrata e in uscita previsti per l'anno di riferimento.

c. il bilancio di esercizio può essere definito come un sistema di documenti amministrativo-contabili che, partendo dalle scritture elementari desunte dalla contabilità generale, consente di rilevare sistematicamente e di rappresentare con chiarezza, a fine di un periodo determinato – di norma l'anno solare, l'entità e la composizione del *risultato economico* dell'esercizio di riferimento (periodo) e della *struttura quali-quantitativa del capitale di funzionamento*.

Operazione fondamentale del bilancio d'esercizio è ricondurre al periodo in esame, per le diverse voci, le componenti propriamente attinenti a tale arco temporale.

Le norme civilistiche vigenti (art. 2423 del Codice Civile) prevedono che la stesura del bilancio di esercizio sia organizzata secondo una struttura vincolante che si esprime mediante il conto economico, lo stato patrimoniale, la nota integrativa ed eventuali altri allegati esplicativi.

Il conto economico esprime un processo di formazione del risultato di periodo e la sua quantificazione complessiva attraverso la contrapposizione dei costi e dei ricavi; in pratica definisce la perdita, l'utile o il pareggio che rappresentano sinteticamente i tre possibili risultati della gestione.

Lo stato patrimoniale illustra la composizione quali-quantitativa del patrimonio aziendale (i beni di investimento, immobili, attrezzature, ecc...) attraverso l'esposizione e la valorizzazione dei suoi elementi (attività e passività) e quantifica il

capitale di funzionamento nel suo complesso.

La nota integrativa del conto consuntivo è parte integrante del bilancio; deve “spiegare” illustrando i criteri utilizzati nella valutazione delle voci di bilancio (i costi e i proventi, le variabili delle attività e delle passività) e contenere l’analisi sulla correlazione tra dati economici e dati espressivi dei livelli di attività e dei livelli di assistenza erogati.

L’obiettivo fondamentale generalmente attribuito al nuovo sistema di contabilità è quello di spostare l’ottica del controllo dagli atti amministrativi ai fattori gestionali e quindi consente di misurare il risultato economico di un dato periodo e di rappresentarlo attraverso il reddito di esercizio (utile, perdita o pareggio).

Nelle Aziende che perseguono prevalenti finalità di reddito, in aderenza al “principio della razionalità economica”, il reddito di esercizio costituisce l’indicatore dell’efficienza e dell’efficacia della gestione dell’impresa; rappresenta, cioè in modo sintetico lo “stato di salute” dell’azienda e l’ammontare di eventuali dividendi e/o della quota di ricapitalizzazione, quando questa si renda necessaria.

Nelle aziende di servizio, e in particolare in quelle sanitarie, il cui fine è l’erogazione di servizi essenziali per i clienti/utenti, il giudizio di economicità non può esaurirsi nella determinazione del risultato d’esercizio, ma richiede il ricorso a ulteriori elementi di valutazione, tra cui assumono particolare rilievo le verifiche relative al grado di soddisfacimento dei bisogni, alla qualità dei servizi erogati, ai vincoli e alle opportunità ambientali e alla situazione di partenza.

Nell’ambito delle Aziende Sanitarie pubbliche, il risultato differenziale del conto economico non può quindi essere interpretato propriamente come reddito, ossia come remunerazione del capitale investito e creazione o distruzione di disponibilità economico-finanziarie.

In coerenza con tale impostazione sarebbe opportuno identificare/denominare l’eventuale “utile” o “perdita” come “risparmio positivo” o “negativo” di esercizio, per sottolineare che il fine delle aziende sanitarie non è perseguire un aumento del valore economico. Per attribuire una certa valenza al ragionamento seguito, ci si può muovere in senso logico, cioè i bisogni di salute sono stati soddisfatti dall’azienda utilizzando minori risorse rispetto a quelle disponibili (se positivo) o utilizzando maggiori risorse rispetto a quelle messe a disposizione (se negativo).

Per le aziende sanitarie assume un significato particolare anche la destinazione dell’eventuale risultato positivo, oltre che la copertura delle eventuali perdite di gestione; l’orientamento prevalente sembra essere quello di vincolare l’eventuale “utile” alla copertura di perdite degli esercizi precedenti, a investimenti sanitari maggiormente significativi e alla incentivazione del personale.

L’adozione del sistema di contabilità economica comporta anche l’introduzione di nuove e più efficaci modalità di controllo economico che, coerentemente con l’autonomia funzionale e organizzativa delle aziende, dovranno realizzarsi non tanto sulle risorse assegnate, quanto sulle attività prodotte e sui risultati ottenuti.

Nel nuovo sistema, ove non ha più valore il controllo autorizzativo della spesa, il controllo stesso sarà vincolato all’approvazione, da parte della Regione, del bilancio di previsione economico correlato alle risultanze del processo di budget aziendale (o piano delle attività).

Il rispetto di quanto concordato sarà ricondotto alle specifiche responsabilità del

direttore generale e dei dirigenti dell'azienda che, in virtù delle proprie competenze e della propria autonomia, saranno chiamati, di fatto, a rispondere dei risultati ottenuti e dei costi sostenuti.

Dato come presupposto che i dati contabili non vanno interpretati *tout court*, ma devono costituire a preventivo la traduzione in termini di valori (economici) dei programmi annuali di attività, a loro volta collegati a piani strategici di intervento di lungo periodo, e a consuntivo una rappresentazione dei programmi realizzati.

La criticità del nuovo sistema non è rappresentata tanto dalla struttura tecnico-contabile o dalle specifiche procedure che saranno adottate dalle diverse Regioni, quanto dalla effettiva possibilità di gestione del sistema, ossia dalla disponibilità di professionalità, cultura e strumenti adeguati per esprimere tutte le potenzialità e gli effetti auspicati dalla riforma.

In una realtà complessa quale quella sanitaria, è indispensabile che le modalità di governo aziendale siano affrontate con strumenti di monitoraggio costante dei processi economici e implementando e diffondendo l'utilizzo degli strumenti propri del controllo di gestione (contabilità generale, contabilità analitica per centri di costo, misura dell'output e dell'outcome, budget) con l'obiettivo generale di una diffusa responsabilizzazione e partecipazione al "governo dell'azienda" dei dirigenti operanti ai vari livelli dell'organizzazione.

4. Definizione e principi del controllo di gestione

Nel precedente paragrafo si è visto come il processo di "aziendalizzazione" e la responsabilizzazione economica dei dirigenti sulle attività svolte e sull'utilizzo delle risorse loro attribuite. In passato la mancata programmazione ai vari livelli del servizio sanitario, il sistema garantista di finanziamento su base storica e per fattori produttivi, la difficoltà di misurare oggettivamente i risultati conseguiti, l'elevata autonomia professionale nell'utilizzo delle risorse, contrapposta a un forte accentramento nelle modalità di allocazione delle stesse e alla generale e riconosciuta complessità del sistema, hanno contribuito ad affermare modalità gestionali di tipo prettamente burocratico-formale, assolutamente inadeguate a perseguire efficacemente le finalità stesse del sistema di cure. Infatti, proprio a causa di questo tipo di gestione, si è resa necessaria, a partire dal 2011, la revisione delle strutture socio-sanitarie sull'intero territorio nazionale, Asl, Aso e Aou, nell'ottica dell'accorpamento, del ridisegno funzionale, e della razionalità della spesa pubblica.

La mancanza di "cultura gestionale" all'interno delle organizzazioni sanitarie, che ad avviso di chi scrive, ma non solo, sono sempre state permeate da logiche squisitamente politiche, ha favorito la prevalenza e l'affermarsi di controlli poco incisivi, imposti dall'esterno e una diffusa e prevedibile caduta delle motivazioni e delle possibilità di intervento dei dirigenti e della *governance*.

Il nuovo ordinamento giuridico-normativo sembra contenere elementi strutturali e proporre strumenti di lavoro in grado di modificare questo stato di cose, mettendo in luce spazi di miglioramento gestionale e organizzativo, implementando la cura degli aspetti motivazionali e meritori.

In particolare, accanto ai principi di autonomia e responsabilizzazione della dirigenza, assumono un significato profondamente innovativo la programmazione e il controllo di gestione come metodi permanenti di previsione e verifica dei risultati aziendali.

Il problema del *controllo di gestione* nelle aziende pubbliche senza finalità di reddito ha assunto importanza in epoca relativamente recente, soprattutto sotto la spinta dell'accresciuta complessità ambientale che vede, da un lato, il vincolo di risorse sempre più limitate e, dall'altro, una maggiore richiesta di qualità e performance da parte dei servizi che si devono offrire alla collettività (è stata mutuata l'esperienza francese già collaudata da molti anni).

In questo contesto si può tentare di dare una definizione complessiva di controllo di gestione, *inteso come un insieme di attività interne all'organizzazione, con le quali la direzione aziendale si accerta ai vari livelli che la conduzione delle attività si stia svolgendo secondo gli obiettivi, le strategie, le politiche e i piani prestabiliti, in modo efficace, efficiente ed economico e produttivo*. Questo strumento diviene, così, uno degli strumenti fondamentali sui quali costruire l'innovazione del sistema sanitario, insieme agli strumenti operativi che, per esempio, sono stati messi in campo nella revisione dei piani sanitari regionali (si veda il P.s.r. della Regione Piemonte 2012/14).

Nelle imprese con finalità di reddito, questo strumento si è dimostrato efficace nel rendere concreta la tensione verso il principio di razionalità economica e per monitorare/focalizzare i processi su cui la dirigenza e i diversi attori coinvolti nella produzione sono chiamati a intervenire. E' peraltro riconosciuto che nell'ambito delle aziende non profit erogatrici di servizi, l'implementazione e la realizzazione di forme di controllo di gestione rappresentano un compito difficile, per almeno due ordini di motivi.

Un *primo motivo è di ordine tecnico*: la ricerca dell'economicità e l'utilizzo delle risorse per il migliore fine possibile, sebbene siano obiettivi specifici di azienda anche nelle imprese di servizio senza finalità di reddito, risultano difficili da perseguire in *assenza di validi parametri di misurazione e di valutazione del prodotto* (in termini di qualità e quantità, ma anche di efficacia, efficienza, scelta tra alternative e rapporto tra costi e benefici) o di un mercato che ne legittimi il valore attraverso lo scambio.

Il secondo motivo è di ordine culturale: la natura professionale dell'azienda sanitaria è caratterizzata da una "conflittualità latente" fra il sistema dei valori e degli obiettivi dei professionisti e quello dell'organizzazione.

I professionisti, che per loro formazione sono più inclini a ritenere il controllo di gestione un "corpo estraneo", una sovrastruttura scomoda della burocrazia, tendono a sminuire l'importanza del principio di razionalità economica, trascurando le conseguenze economiche delle loro decisioni, anche se in un ambiente con scarse risorse ciò appare irragionevole e, alla resa dei conti, contrario alle stesse finalità della professione.

Malgrado questi ostacoli numerose esperienze nazionali e internazionali indicano che nelle aziende sanitarie, dove la dimensione economica è consistente e l'autonomia dei professionisti assume una rilevanza strategica, il controllo di gestione è in grado di produrre effetti positivi, facilitando i processi decisionali e favorendo forme di (auto) controllo centrate sulle attività e sui risultati, limitando contemporaneamente il ricorso a forme di controllo burocratico e/o centrate sulla distribuzione delle risorse (autorizzazioni a spendere).

In pratica, per le aziende che non possono essere valutate in termini di risultato economico raggiunto e che hanno come finalità l'ottimizzazione del servizio offerto, è

indispensabile focalizzare l'attenzione sulla misurazione scientifica dei fenomeni aziendali (utilizzo delle risorse, risultati conseguiti in termini di quantità e qualità di servizi erogati) e sul decentramento delle responsabilità gestionali.

Alla luce delle considerazioni sviluppate, risulterebbe fondamentale impostare le forme di controllo (o meglio di controllo-guida) in modo che il "professionista sia il destinatario e, al tempo stesso, l'artefice del processo di valutazione".

Il concetto di controllo-guida appena introdotto, esprime con immediatezza e sufficiente chiarezza che le forme di valutazione di cui si tratta non possono in ogni caso prescindere da contestuali attività di programmazione.

Infatti, sia i fattori oggetto della programmazione, che quelli relativi al controllo, devono essere tra loro collegati da forti relazioni di causa-effetto, tanto che sarebbe più opportuno parlare di "sistemi" di programmazione e controllo. E questo è un anello debole della nostra capacità organizzativa, in ambito di gestione della PA in generale.

Si possono individuare, sostanzialmente, tre tipologie di programmazione e controllo:

- a) pianificazione strategica;
- b) controllo operativo
- c) controllo di gestione;

a) *La pianificazione strategica* è il processo decisionale attraverso il quale si definiscono:

- le finalità e gli obiettivi dell'organizzazione;
- il loro impatto sui mezzi da utilizzare e sulle politiche che debbono informare l'acquisizione;
- l'uso e l'allocazione delle risorse.

E' un processo che non può svolgersi secondo modelli predefiniti e ricorrenti e ha quindi caratteristiche di non sistematicità.

Ad esempio, per un'azienda sanitaria la decisione su quali politiche assistenziali adottare in relazione alla diffusione dell'infezione da HIV (la scelta di tutelare la popolazione piuttosto che particolari categorie a rischio) è un'operazione di pianificazione strategica a cui seguiranno specifici programmi e piani di azione in relazione alle risorse disponibili, alle opportunità e ai vincoli interni ed esterni all'organizzazione.

b) *Il controllo operativo* è, invece, all'altro estremo, il processo di controllo utilizzato nello svolgimento delle attività e degli specifici compiti aziendali.

Il controllo operativo ha un contenuto specifico dipendente dalla natura dell'attività svolta (per esempio il controllo delle scorte dei farmaci, il controllo delle presenze del personale, il controllo di un piano terapeutico, ecc...).

Non sempre i medici sono direttamente coinvolti in tale attività in quanto è possibile prevedere automatismi e/o controlli esterni (ad esempio, l'emissione di ordini di determinati beni quando le loro scorte risultano inferiori a uno standard concordato).

c) *Il controllo di gestione* si colloca in una posizione intermedia rispetto alle due forme di controllo precedenti.

E' il processo che si occupa dell'attuazione degli obiettivi stabiliti dalla pianificazione strategica e dell'implementazione delle strategie secondo le modalità più efficaci ed efficienti.

Il processo ha caratteristiche di regolarità e sistematicità e pertanto le fasi di cui si

comporre si ripetono secondo un modello predefinito e ricorrente (*processo di budget*). E' un processo che, a differenza del controllo operativo, richiede l'interazione costante dei medici dirigenti con gli altri membri dell'organizzazione, in particolare con la direzione aziendale.

Riprendendo l'esempio fatto per la pianificazione strategica, nell'ipotesi che la scelta sia stata di tutelare una particolare categoria a rischio mediante una campagna di prevenzione, il controllo di gestione riguarda il monitoraggio delle risorse impegnate e la verifica dei risultati raggiunti in un dato periodo a fronte degli obiettivi predefiniti.

Il processo del controllo di gestione è classicamente articolato in quattro fasi:

1. programmazione;
2. predisposizione del budget;
3. svolgimento e misurazione delle attività;
4. reporting e valutazione.

Le fasi nel loro insieme costituiscono un circolo chiuso, in cui l'ultima fase di un ciclo alimenta la prima fase del ciclo successivo.

Programmazione

In questa fase, tenendo in considerazione le linee strategiche aziendali, vengono definiti i programmi principali. Nelle imprese industriali i programmi possono essere di due tipi:

- per linea di prodotto o per prodotto;
- per attività.

Nelle Aziende senza finalità di reddito i programmi definiscono i tipi di servizio che l'organizzazione intende erogare. Per ogni programma vengono stabilite le risorse necessarie (quantità e qualità) e le relative modalità di impiego.

Predisposizione del budget

Consiste nella definizione esplicita degli output che ciascun centro di responsabilità si impegna a realizzare nel periodo di riferimento e delle risorse riconosciute come necessarie. Tale definizione viene raggiunta mediante un processo negoziale fra la dirigenza e i responsabili dei centri di responsabilità che si impegnano reciprocamente e rispettivamente a fornire le risorse necessarie e a raggiungere i risultati previsti. L'impegno mantiene il suo valore, fatta salva l'eventualità di consistenti modificazioni del quadro di riferimento in cui opera l'azienda.

Misurazione delle attività: il reporting e la valutazione

Durante il periodo di attuazione del budget vengono rilevati i dati relativi alle risorse effettivamente impiegate e ai risultati conseguentemente ottenuti.

Sulla base degli indicatori in sede di negoziazione del budget viene predisposto un sistema di informazione che consente ai responsabili dei centri di costo e ai responsabili della gestione complessiva di confrontare input e output attesi con quelli effettivi (analisi degli scostamenti).

L'importanza fondamentale della fase di reporting e di valutazione nell'intero processo di budget è facilmente deducibile, se si considera che questa consente di:

- evidenziare situazioni anomale, con conseguente approfondimento e attuazione di azioni correttive;

- valutare l'operato dei centri di responsabilità, con possibili riflessi sul sistema premiante aziendale;
- valutare i programmi aziendali.

L'attività di valutazione è il presupposto fondamentale della "circularità" del processo. E' dalla valutazione dei risultati che possono emergere elementi tali da rendere necessario rivedere i programmi ovvero il budget, rendendosi anche necessario, in ultima analisi, modificare le scelte strategiche della direzione aziendale. Ogni attività del processo di controllo di gestione si avvale di specifici strumenti che consentono di disporre delle informazioni necessarie per realizzare l'impianto e la gestione del sistema di governo aziendale. Tra questi, accanto al sistema di contabilità generale, assumono particolare importanza la contabilità analitica, e i diversi indicatori di misurazione di performance e di efficacia.

L'utilizzo di tali strumenti non deve necessariamente essere legato a metodologie e schemi predefiniti e pertanto di loro impiego dovrà essere articolato e graduato in funzione delle diverse fasi del controllo, della complessità e delle caratteristiche delle organizzazioni stesse.

5. Centri di Responsabilità

La struttura organizzativa formale che caratterizza ciascuna azienda è il complesso dei rapporti esistenti fra le varie componenti aziendali.

Ai fini del sistema di controllo di gestione la struttura organizzativa formale è definita in termini di centri di responsabilità; i responsabili di ciascun centro esercitano le funzioni di programmazione e controllo.

L'articolazione della struttura organizzativa in centri di responsabilità si fonda sul concetto di controllabilità, ovvero l'individuazione dei *responsabili* (processo di responsabilizzazione formale) avviene identificando chi controlla determinate variabili gestionali.

Un centro di responsabilità è costituito da un gruppo di persone che operano al fine di raggiungere un determinato obiettivo aziendale, sotto la direzione di un responsabile. Sebbene il tipo e il livello del controllo esercitato dai vari attori siano raramente definibili con precisione, si può rilevare che per ogni decisione relativa all'impiego delle risorse esiste almeno un attore con possibilità di controllo.

Solamente in rari casi la controllabilità di un dato fenomeno può essere ricondotta in modo esclusivo e totalmente a un unico livello organizzativo; conseguentemente la definizione delle variabili controllabili e quindi degli "spazi" di responsabilità avviene con riferimento a più livelli.

In qualsiasi azienda, ad eccezione di quelle più piccole, esiste una *gerarchia dei centri di responsabilità*.

Dal punto di vista degli organi di governo esterni o interni (la Regione e la direzione generale nel caso delle aziende sanitarie), l'intera azienda appare come un unico centro di responsabilità.

Al livello intermedio della gerarchia organizzativa i centri di responsabilità sono le aree di aggregazione di più funzioni (nell'ambito delle aziende Asl, i presidi ospedalieri, i distretti, i dipartimenti), mentre al livello più basso vi sono le unità operative (divisioni, servizi, uffici, strutture complesse, strutture semplici) intese come le unità elementari del sistema di responsabilizzazione formale.

In ultima analisi, i centri di responsabilità operativa possono essere oggetto di

aggregazione in centri più ampi fino a comprendere l'intera azienda; i centri del livello superiore inglobano le responsabilità del livello inferiore, avendo comunque ulteriori proprie responsabilità.

La formalizzazione del piano dei centri di responsabilità costituisce un requisito fondamentale per l'introduzione del controllo di gestione aziendale. In altri termini, il piano dei centri di responsabilità è il riferimento essenziale per:

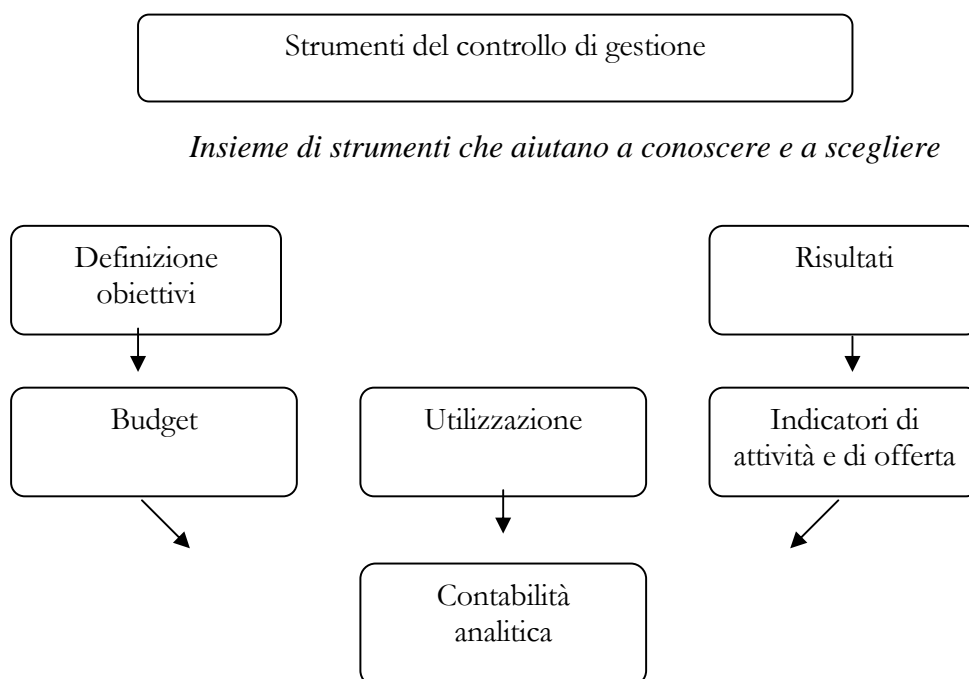
a. l'organizzazione del processo decisionale;
b. lo sviluppo e/o la revisione del sistema tecnico-contabile e informativo di supporto al processo stesso.

a. In merito al *processo decisionale* il piano dei centri di responsabilità individua gli attori abilitati a partecipare al processo e definisce la gerarchia delle responsabilità a partire dai responsabili operativi del livello inferiore, fino ad arrivare all'organo massimo di governo.

b. Riguardo al *sistema tecnico-contabile e informativo*, il piano dei centri di responsabilità definisce i destinatari privilegiati del sistema di reporting (ovvero del sistema mediante il quale vengono inviate le informazioni relative ai risultati conseguiti e alle risorse impiegate). Rappresenta inoltre l'articolazione fondamentale di riferimento per il sottosistema di contabilità per centri di costo e, più in generale, per il sistema informativo a supporto dei processi di programmazione e controllo aziendali.

La progettazione del sistema dei centri di costo e di responsabilità è alla base della *contabilità analitica* aziendale.

La contabilità analitica, rappresenta il sistema di rilevazione dei fenomeni economici derivanti dalla gestione e, al contrario della contabilità generale che rileva operazioni già avvenute, permette di produrre informazioni revisionali attraverso la puntuale rilevazione dell'utilizzo dei fattori produttivi da parte dei diversi centri.



La definizione del piano aziendale dei centri di responsabilità, dei centri di costo e

dei fattori produttivi rappresenta quindi un passaggio importante nella progettazione del sistema della contabilità direzionale e uno dei momenti più delicati e determinanti per il corretto funzionamento del sistema di controllo di gestione.

Sistema che concerne in senso lato la rilevazione di valori economici derivanti dall'utilizzo di fattori produttivi (personale, materiali e beni di consumo, attrezzature) per l'ottenimento delle prestazioni finali. Le qualità rilevate vengono poi riferite a molteplici oggetti:

- *prodotti*
- *processi*
- *unità organizzative*

6. Individuazione dei centri di responsabilità

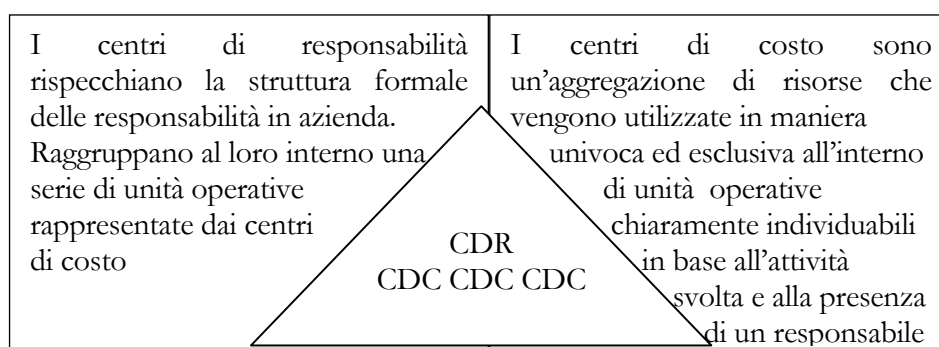
Come evidenziato in premessa, l'elemento che condiziona l'efficacia e l'efficienza del sistema del controllo di gestione è la dimensione organizzativa della struttura, ovvero la definizione e l'assegnazione delle responsabilità in ordine al raggiungimento degli obiettivi aziendali e al consumo dei fattori produttivi (personale, beni di consumo, prestazioni di servizio, ecc...).

In altre parole, ogni sistema di controllo di gestione richiede l'individuazione dei centri di responsabilità che costituiscono la struttura portante del sistema stesso.

I centri di responsabilità possono quindi essere definiti come unità organizzative, dirette da un responsabile, che operano per raggiungere gli obiettivi aziendali impiegando determinati fattori produttivi.

Il processo di individuazione dei centri di responsabilità è basato sul concetto di responsabilizzazione ovvero di controllabilità: il manager, il dirigente di un centro di responsabilità può essere responsabilizzato solamente rispetto agli input (risorse) e agli output (risultati) che può ragionevolmente controllare. Pertanto il criterio fondamentale per definire i centri di responsabilità è la valutazione delle responsabilità organizzative aziendali.

Ciò significa che *l'individuazione dei centri di responsabilità deve essere coerente con la struttura organizzativa dell'azienda* e con le specifiche responsabilità e i conseguenti poteri decisionali attribuiti ai suoi dirigenti.



Sul piano operativo la definizione dei centri di responsabilità deve tenere in considerazione alcune caratteristiche che connotano tali strutture:

- nell'ambito aziendale svolgono una propria *specifica funzione* (ad esempio, per

quanto riguarda l'Aso e cioè la divisione di medicina, il servizio trasfusionale, il pronto soccorso, ecc...);

- producono beni e servizi che non vengono prodotti da altre unità organizzative e quindi possono essere *ceduti ad altri centri* di responsabilità (per es. il laboratorio analisi, il servizio di radiodiagnostica, ecc...);
- definiscono un accentramento di attività, operazioni, funzioni e, conseguentemente, di costi e ricavi specifici, omogenei, autonomi;
- hanno carattere di *omogeneità rispetto all'attività svolta* (i beni prodotti o i servizi prestati si debbono potere misurare con la stessa unità di misura).

La definizione del piano dei centri di responsabilità richiede che siano considerati altri due importanti aspetti.

Entità numerica

Il processo di individuazione dei centri di responsabilità deve evitare un'eccessiva proliferazione degli stessi, sia per consentire aggregazioni significative rispetto alle variabili da controllare, sia per limitare il costo delle elaborazioni necessarie al funzionamento del sistema (ad esempio, può essere più vantaggioso individuare quale centro di responsabilità un dipartimento, piuttosto che un singolo servizio o una divisione ospedaliera).

D'altra parte, per evitare sovrapposizioni di responsabilità, è necessario che il loro numero non sia eccessivamente contenuto.

Specificità aziendale

Il modello del controllo di gestione, la tipologia e la quantità dei centri di responsabilità da individuare devono essere coerenti con lo specifico contesto aziendale, non essendo possibile individuare a priori un modello ottimale in assoluto.

Una volta formulato il piano dei centri di responsabilità, cioè l'insieme delle unità organizzative coinvolte nel sistema di controllo di gestione, è necessario identificare le grandezze idonee per esprimere gli obiettivi e i risultati della singola area di responsabilità.

Considerato che per il controllo di gestione l'aspetto economico è quello preminente, *le grandezze utilizzate per la valutazione delle prestazioni sono principalmente di tipo economico* (costi, ricavi e risultati analitici).

E' peraltro evidente che non tutti i risultati di un centro di responsabilità possono tradursi in termini economici (qualità, sviluppo delle risorse umane, ecc...) e quindi, per questi aspetti, è necessario identificare specifici indicatori.

In generale per ogni centro di responsabilità è necessario definire i parametri, gli indici e gli indicatori utilizzati per la valutazione/misurazione delle prestazioni (assimilabili ai sub-obiettivi aziendali).

I centri di responsabilità, dal punto di vista economico-contabile, possono essere classificati nelle seguenti principali tipologie:

- **Centri di costo:** centri di responsabilità la cui attività produttiva non è misurata in termini monetari, al contrario dei costi sostenuti per la produzione (ad esempio, nelle imprese la maggior parte dei singoli reparti di produzione e gli organi di staff, oppure, nelle aziende senza finalità di reddito, tutti i centri di responsabilità).

- **Centri di ricavo:** centri di responsabilità che hanno solamente obiettivi di fatturato e i cui risultati sono i beni e i servizi ceduti a terzi, valorizzati a prezzi di vendita (ad esempio, nelle imprese l'ufficio marketing è spesso considerato un centro di ricavo).
- **Centri di profitto:** centri di responsabilità la cui attività è misurata in termini di ricavo realizzato – valore monetario del prodotto – e di costi – valore monetario delle risorse impiegate; il profitto o reddito è la differenza fra ricavi e costi. In molte aziende senza finalità di reddito esistono centri che, da un lato sostengono costi per produrre servizi e, dall'altro, erogano questi servizi dietro pagamento di un prezzo (ad esempio, il servizio raccolta rifiuti da parte dei Comuni).
- **Centri di investimento:** in tal caso viene misurato il profitto e il capitale impegnato per generare tale reddito (generalmente non sono previsti nelle aziende non profit).

Quindi nelle imprese la maggior parte dei singoli reparti di produzione e gli organi di staff sono centri di costo e, analogamente, *nella maggioranza delle aziende* (seppur non tutte) *senza finalità di reddito i centri di responsabilità sono centri di costo* (ovvero il sistema contabile aziendale rileva i costi dei centri di responsabilità, ma non i ricavi).

In altri termini, la direzione delle aziende sanitarie ha come principale interesse che l'obiettivo dei responsabili di produzione sia minimizzare i costi, a parità di output; al contrario l'obiettivo dell'ufficio marketing è vendere il più possibile, cioè massimizzare i ricavi.

La divisione/separazione degli obiettivi e dei compiti spiega la necessità di prevedere una diversa connotazione dei centri di responsabilità.

7. Individuazione dei centri di costo

Con il termine “centro di costo” si intende *l'unità aziendale elementare, ovvero l'unità organizzativa che svolge una specifica attività sotto il controllo e la responsabilità di un dirigente e alla quale è possibile attribuire, in modo completo ed esclusivo, i costi dei fattori produttivi impiegati.*

Nell'azienda sanitaria un centro di costo si può identificare con il reparto, il day hospital, la sala operatoria, il laboratorio.

Se nell'attuale assetto organizzativo i centri di costo coincidono spesso con i centri di responsabilità, a volte, le unità organizzative (il reparto, il laboratorio, ecc..) possono essere caratterizzate da una complessità funzionale tale da costituire, dal punto di vista contabile, un'unità troppo ampia per assicurare un corretta rilevazione e attribuzione dei costi. In tal caso, all'interno di tali centri di responsabilità, è necessario individuare più centri di costo.

A questo proposito si ritiene opportuno evidenziare che, se per taluni autori i termini centro di costo e centro di responsabilità possono essere anche intesi come sinonimi, altri, tra i quali il sottoscritto, ne individuano una fondamentale differenza:

- **i centri di costo** sono uno stratagemma contabile utile e necessario per la corretta rilevazione e imputazione dei costi (ovvero per la determinazione dei coefficienti di costo da imputare ai prodotti o dalle produzioni e per controllare l'efficienza tecnico-economica);
- **i centri di responsabilità** rappresentano il sistema di individuazione delle

responsabilità e quindi sono finalizzati al controllo e alla “personalizzazione” dei costi.

Elemento critico per la definizione del piano dei centri di costo è un’approfondita conoscenza dell’organizzazione aziendale e dei singoli processi produttivi.

In analogia al piano dei centri di responsabilità, il piano dei centri di costo deve essere definito sulla base di alcuni fondamentali criteri.

a. *Omogeneità delle attività svolte rispetto a fattori produttivi utilizzati, costi relativi e prestazioni erogate.*

Ad esempio, se in un centro di responsabilità si utilizzano fattori produttivi sostanzialmente diversi oppure si svolgono più tipi di attività, è opportuno suddividere il centro di responsabilità in più centri di costo, ognuno dei quali deve identificare un *nucleo di attività omogenee* (ad esempio, il centro di responsabilità “divisione di ortopedia” potrà essere suddiviso nei centri di costo “degenza”, “ambulatori”, “sala operatoria”, “pronto soccorso”, ecc...).

Tuttavia, anche nel caso dei centri di costo è opportuno evitare l’identificazione di un eccessivo numero di centri che, come precedentemente osservato a proposito dei centri di responsabilità, condurrebbe a maggiori oneri per l’attività di rilevazione che potrebbero non trovare compensazione nelle ulteriori informazioni disponibili.

b. *Possibilità di attribuire tutte le voci di costo pertinenti al centro di costo individuato.*

Il punto centrale è che il successo di qualsiasi organizzazione pare strettamente connesso con la capacità dei suoi componenti, non importano il ruolo occupato o la funzione svolta, di controllare razionalmente la propria “performance “ e quella complessiva del sistema rispetto alle molte sfaccettature e ai molti punti di vista da cui essa può essere giudicata.

Per cogliere sia i diversi significati che assume il termine, sia di diversi punti di vista da cui esso può essere considerato, è opportuno innanzitutto affrontare il problema della misurazione della performance tentando di fornire una definizione operativa e di creare una tassonomia esaustiva delle diverse categorie in base alle quali essa può essere classificata.

Ciò permetterà di comprendere come il discorso della performance sia strettamente legato anche con i problemi di valutazione e miglioramento della qualità dell’assistenza, e non solo con il problema del controllo di gestione.

8. Definizione di “performance”

La funzione di controllo di gestione che si esercita all’interno di ogni organizzazione per accertare/garantire che le attività vengano effettuate in modo efficace ed efficiente in conformità con gli obiettivi, le strategie, le politiche e i piani prestabiliti dal vertice aziendale, richiede una costante e sistematica misurazione del livello di intensità e del modo in cui l’organizzazione stessa svolge le funzioni che le sono caratteristiche e conduce i suoi processi tipici, realizzando determinati prodotti.

9.Superamento degli indicatori tradizionali di prodotto/performance ospedaliera

Tradizionalmente, la valutazione della performance ospedaliera si è sempre basata, in modo prevalente se non esclusivo, sulla dimensione dell'efficienza, ed è stata effettuata descrivendo, mediante i noti indicatori classici (durata media della degenza, occupazione media dei posti letto, indice di turn-over, indice di rotazione dei posti letto)*, le modalità di *utilizzazione* della risorsa “posto-letto”.

* *Durata media della degenza* = giornate di degenza consumate/ricoverati (misura quanti giorni rimangono mediamente ricoverati i degenti)
Tasso di occupazione dei posti letto = giornate di degenza consumate/posti letto x 365 giorni (indica la quota parte di posti letto effettivamente utilizzati)
Indice di turnover = giornate di degenza teoricamente producibili – giornate di degenza effettive/ricoverati (misura il tempo mediamente intercorrente tra le dimissioni di un paziente e il ricovero del paziente successivo)
Indice di rotazione = ricoverati/posti letto (misura quanti ricoveri vengono mediamente “sopportati” da ciascun letto)

Il limite che è emerso in questo contesto, oltre a quello generale di trascurare/sottovalutare le altre dimensioni della performance non meno importanti dell'efficienza, è costituito dal fatto che il prospetto si basa sull'assunto che la giornata di degenza sia un “descrittore” adeguato delle risorse utilizzate e dei costi sostenuti.

In realtà, gli indicatori tradizionali si sono rivelati incapaci di descrivere correttamente l'intensità del consumo di risorse durante il ricovero, dal momento che la giornata di degenza non è in grado di cogliere né la variabilità dei profili di trattamento legata alle caratteristiche cliniche e anagrafiche dei pazienti, né la variabilità legata alla capacità tecnologica dell'ospedale e alle strategie assistenziali adottate dai professionisti.

Essendosi dimostrato che il “*peso*” (in termini di carico assistenziale, di consumo di risorse, ecc...) di una giornata di degenza è strettamente correlato alle *caratteristiche cliniche del paziente ricoverato* (severità della malattia, complicanze morbose, tipo di trattamento terapeutico effettuato, ecc...), gli indicatori tradizionali di misurazione della performance ospedaliera sono stati superati/corretti dall'introduzione di sistemi tesi a “standardizzare” il peso della giornata di degenza, mediante il riconoscimento e la valorizzazione del tipo di casistica trattato (*case-mix*) dai reparti di ricovero.

In relazione all'esigenza espressa, sono entrati sempre più in uso, sotto i profili clinico e manageriale, *sistemi di classificazione dei pazienti ricoverati*, finalizzati, appunto, a evidenziare le caratteristiche e le peculiarità del *case-mix ospedaliero*.

Tra i molteplici sistemi di misura disponibili, i *DRG* (ovvero secondo la versione italiana, *ROD – Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi*), rappresentano certamente la metodica più conosciuta e più utilizzata negli ultimi dieci/quindici anni nei Paesi economicamente avanzati.

Messi a punto negli Stati Uniti nel 1980 da Frank Fetter¹ e collaboratori, sono stati

¹ Frank Fetter terminò il suo B.A. nel 1891. Nel 1892, Jeremiah W. Jenks, ovvero uno dei maggiori docenti di Fetter all'*Indiana University, University of Halle* della città di Halle in Germania, con una tesi dove criticò le teorie economiche di Thomas Robert

utilizzati soprattutto come *sistema di finanziamento* prospettivo degli ospedali, sebbene essi siano stati originariamente allestiti per misurare il prodotto dell'ospedale (cioè l'assistenza al paziente) al fine di valutare il comportamento degli ospedali mediante confronti nel tempo e nello spazio e di ottenere informazioni, seppur in termini generali, su aspetti qualitativi dell'assistenza ospedaliera stessa, in particolar modo attinenti alla dimensione dell'efficienza.

Sebbene anche in Italia l'adozione dei *DRG* coincida con l'introduzione di nuovi sistemi di finanziamento degli ospedali, di fatto essi non rappresentano di per se stessi un metodo di finanziamento, bensì sono un sistema di *classificazione dei pazienti* (relativamente facile da ottenere, in quanto basato esclusivamente sulle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera), *il cui obiettivo principale è quello di identificare gruppi di pazienti omogenei per caratteristiche cliniche e assistenziali e, quindi presumibilmente omogenei anche rispetto ai profili di trattamento e alle risorse consumate.*

Oltre ai *DRG*, a partire dalle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (*SDO*), sono derivabili altri sistemi di classificazione dei pazienti, le cui principali caratteristiche differenziali sono indicate nel modo seguente:

Disease Related Groups (DRG)	Complessità della assistenza prestata	} Sistemi iso-risorse
Patient Management Categories (PMC)	Complessità della assistenza necessaria	

Malthus. Dopo aver ottenuto il dottorato Fetter accettò l'incarico di docente al *Cornell*, incarico lasciato ben presto dopo l'offerta della *Indiana University*. Nel 1898 la Stanford University offrì a Fetter un ruolo da docente, ruolo accettato ma lasciato dopo tre anni a causa di discussioni in merito alla libertà accademica del docente. Nel 1901, una volta lasciata la Stanford, Fetter decise di tornare al *Cornell*, dove rimase per dieci anni. Nel 1911 cambiò nuovamente ruolo, accettando la posizione di segretario del dipartimento interdisciplinare della Princeton University, il quale si occupava di storia, politica ed economia.

A dispetto della sua vicinanza umana e teorica a economisti austriaci illustri come Eugen von Böhm-Bawerk e Friedrich von Wieser, e il suo giu Fetter fu un critico molto tenace di Franklin D. Roosevelt e del suo piano che prevedeva la cancellazione del *gold standard*, e, insieme ad altri ec Fetter partecipò ad un importante dibattito con l'economista inglese Alfred Marshall, il quale, nella pubblicazione del 1904 *Principles of Econom* Fetter rimase anche sulla sua posizione molto critica nei confronti dell'idea di Henry George di *land value tax*. Mark Blaug, un importante storic Fetter aderì alla teoria soggettiva del valore, ossia la teoria del valore elaborata da Carl Menger, e di conseguenza appoggiò la teoria dell'interess Fetter è globalmente ritenuto, all'interno della Scuola austriaca, uno dei più importanti economisti, soprattutto dal punto di vista della teoria del v In *Interest Theories, Old and New* (1914) Fetter criticò le tesi che Irving Fisher pubblicò in *The Rate of Interest* (1907). Secondo Fetter l'errore g

La stessa posizione venne poi rimarcata da Murray N. Rothbard.

Sue pubblicazioni rilevanti:

- Versuch einer Bevölkerungslehre ausgehen von einer Critic des Malthus'schen Bevölkerungsprincips, 1894
- The Principles of Economics, 1904
- Source Book in Economics, 1912
- Economics, Volume 1: Economic Principles, 1915
- Manual of References and Exercices in Economics for Use with, Vol. 1: Economic Principles, 1916
- Economics, Vol. 2: Modern Economic Problems, 1922
- Manual of References and Exercices in Economics for Use with, Vol. 2: Modern Economics, 1917
- Masquerade of Monopoly, 1931
- Capital, Interest and Rent: Essays in the theory of distribution, 1977

Disease Staging (DS)	Severità della malattia	} Sistemi iso-severità
Computerized Severity Index (CSI)	Severità del paziente	

Sebbene l'obiettivo che accomuna tutti i sistemi illustrati sia quello di individuare livelli di specificazione della diagnosi clinica, che consentano di ottenere raggruppamenti di pazienti omogenei rispetto alle caratteristiche clinico-assistenziali e, conseguentemente, alle risorse utilizzate, ecco che un primo elemento discriminante è rappresentato dallo scopo specifico dell'attività di classificazione. Ciò consiste, in alcuni casi (DRG e PMC), nella definizione della complessità dell'assistenza prestata e dell'entità delle risorse consumate (sistemi iso-risorse), in altri invece (DS e CSI), nella descrizione della gravità della condizione clinica (sistemi iso-severità).

10. Sistemi di misurazione del case-mix "iso-severità"

L'obiettivo principale di questi sistemi, orientati a identificare categorie di pazienti *omogenei per gravità delle condizioni cliniche*, è quello di descrivere la severità clinica di una specifica malattia, onde valutarne l'evoluzione nel corso del ricovero ospedaliero, utilizzando le variazioni registrate come indicatore della qualità/efficacia delle prestazioni assistenziali rese.

La definizione di differenti tipologie di severità permette anche di identificare diverse categorie di consumo di risorse, in onore al postulato clinico-assistenziale che indica che i pazienti con quadri morbosi più gravi (o severi) reclutano, doverosamente, più lavoro, più strumenti e più materiali, idonei ad assicurare sempre un livello accettabile di dignità dei trattamenti, nel rispetto dei canoni deontologici previsti.

Nell'ambito di questa categoria, il Disease Staging² rappresenta il sistema più diffuso. La logica di classificazione dei pazienti che lo caratterizza lo rende particolarmente appropriato per programmi di valutazione della qualità dell'assistenza basati sull'esito.

Il Disease Staging definisce, per ciascuna patologia (Categoria Diagnostica – DXCAT), 4 stadi di progressiva gravità, individuati da un panel di clinici in base a criteri soggettivi. Per oltre 400 specifiche diagnosi di malattia (corrispondenti al 90% dei pazienti dimessi da un ospedale per acuti), in base alle informazioni riportate sulla scheda ospedaliera di dimissione e relative a diagnosi principali, diagnosi secondarie, procedure, sesso e tipo di dimissione, vengono identificati i seguenti 4 stadi, in ordine crescente di gravità:

- Stadio I: condizioni senza alcuna complicazione o con problemi di severità minima;
- Stadio II: problemi limitati a un organo o a un sistema, con rischio di complicazioni significativamente aumentato rispetto allo stadio I;
- Stadio III: interessamento di molteplici organi/prognosi molto severa;
- Stadio IV: decesso.

Infatti, consentendo di riferire ciascun paziente, affetto da una particolare patologia, a un dato stadio evolutivo della stessa, il Disease Staging permette di verificare

²

l'impatto dell'attività assistenziale sullo stato di salute dei pazienti. Inoltre, essendo possibile isolare gruppi di pazienti omogenei per patologia e per severità del quadro clinico, esso consente di evidenziare la variabilità della pratica clinica e di valutare l'appropriatezza delle scelte assistenziali. Peccato che a questo proposito vi è ancora scarsa sensibilità verso la ricerca e l'applicazione di cure che si collocano "al di fuori" dei protocolli previsti dal S.S.N., ma che potrebbero, e in alcuni casi è già dimostrato, rivelarsi ugualmente efficaci e risolutive, con il vantaggio non trascurabile di assenza di effetti collaterali. E' ancora uno sforzo di umiltà che si deve pretendere, in quanto la scienza è prima di tutto conoscenza e innovazione³, poi ci sta anche il suo essere *business*.

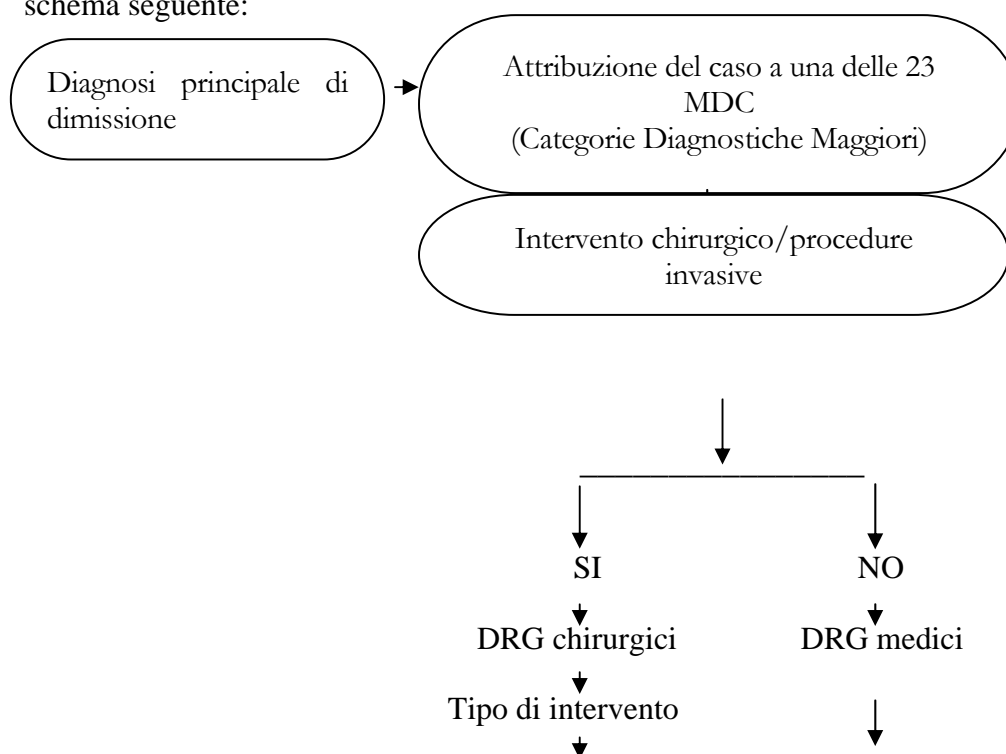
11. Sistemi di misurazione del case-mix "iso-risorse"

Come si è sottolineato in precedenza, tra i sistemi di misura del case-mix ospedaliero basati su gruppi di iso-risorse i Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi rappresentano il sistema di classificazione più noto e consolidato.

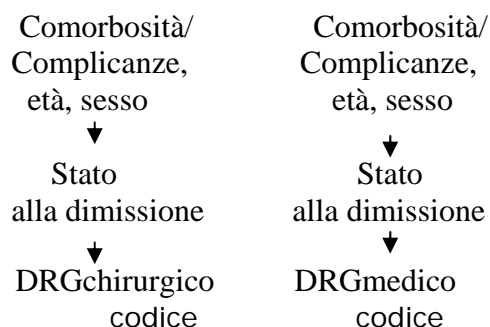
I ROD si fondano sull'ipotesi che sia possibile individuare un livello di specificazione della diagnosi clinica che descriva il profilo dell'assistenza prestata e quindi anche la quantità di risorse utilizzate durante il ricovero.

I ROD fino ad oggi individuati secondo la versione attualmente in vigore in Italia (x versione) sono 498.

Le variabili utilizzate per assegnare i singoli pazienti ai raggruppamenti suddetti sono indicate, secondo l'ordine logico utilizzato dal sistema di classificazione, nello schema seguente:



³ A questo proposito è utile avvalersi del contributo scientifico di C. Antonelli, quando nel suo saggio "La mossa del cavallo. Verso una economia politica liberalsocialista" sostiene che "l'azione degli individui assume carattere di reazione oggettivamente 'creativa' quando esista un insieme di condizioni complementari nel sistema in cui operano. Solo quando la qualità sistemica è elevata, la reazione degli agenti mette capo all'introduzione di innovazioni che consentono un effettivo aumento della produttività e dell'efficienza". Ma si dirà oltre.



In pratica, per l'individuazione dei gruppi finali, i pazienti vengono inizialmente attribuiti, in base alla diagnosi principale di dimissione, a una delle 23 Categorie Diagnostiche Maggiori, che costituiscono una riaggregazione dei grandi gruppi di patologie contenute nella ICD IX-CM.

Successivamente, i pazienti con intervento chirurgico vengono assegnati ai raggruppamenti chirurgici di ciascuna MDC in base al tipo di intervento (o di procedura invasiva che abbia richiesto la sala operatoria) cui sono stati sottoposti, mentre i pazienti che non hanno subito intervento chirurgico vengono assegnati ai raggruppamenti medici.

In ogni caso, i Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi descrivono categorie di pazienti che consumano la medesima quantità di risorse assistenziali in rapporto con caratteristiche più organizzative che cliniche, per cui il rapporto postulato tra severità del quadro morboso e necessità di risorse assistenziali stesse in questo caso non è invocabile.

Oltre ai sistemi sopra illustrati, sono disponibili altri metodi di classificazione dei pazienti trattati negli ospedali per acuti.

Tali metodi sono orientati alla descrizione della gravità dei pazienti (ad esempio, MEDISGROUPS, APACHE, MPM, ecc...) e richiedono la disponibilità di informazioni di natura clinica derivabili esclusivamente dalla cartella clinica e/o dai sistemi informativi dei servizi diagnostici di supporto (laboratorio, radiologia, ecc...). Essi pertanto risultano di più difficile applicazione e realizzazione, sia perché i sistemi informativi esistenti non forniscono tutte le informazioni necessarie per attribuire i pazienti alle singole categorie omogenee, sia perché, spesso, la cartella clinica non viene compilata in modo accurato e completo. Mentre uno dei vantaggi del sistema ROD/DRG o, in larga misura, del Disease Staging è proprio dato dalla facilità di produzione dei dati necessari per la classificazione dei pazienti. E' quindi preferibile.

12. Utilizzazione dei ROD/DRG per il finanziamento delle Aziende Ospedaliere

Con il D.Lvo 502/517 e, in particolare, con la Legge Finanziaria per il 1995, si introduceva anche in Italia, come in altri Paesi economicamente avanzati, il sistema di finanziamento prospettivo degli Ospedali (più precisamente, delle aziende ospedaliere) basato sui ROD/DRG.

Il sistema è caratterizzato da 5 componenti fondamentali:

a. Unità di remunerazione

L'ospedale viene remunerato, in base a tariffe predefinite, per le prestazioni che

eroga. L'unità di remunerazione è rappresentata dal ricovero.

b. Categorie di classificazione dei ricoveri

I ricoveri sono classificati secondo il sistema dei ROD/DRG

Come già sottolineato, le classi fino ad oggi individuate e utilizzate sono 498.

c. Pesì relativi dei ROD/DRG

A ciascun DRG/ROD è associato un "peso" o "valore relativo".

Tale peso esprime la "costosità" relativa della singola classe di pazienti rispetto al costo medio per ricovero (corrispondente all'unità).

I ROD/DRG riferiti a classi, comportanti un più intenso consumo di risorse (in altri termini, più costose) hanno pesi (detti anche "punti") più elevati.

d. Valore base

Il valore base è il valore economico, espresso in termini monetari, attribuito al punto ROD/DRG.

Moltiplicando tale valore per il peso relativo del ROD/DRG si ottiene la tariffa ROD/DRG stesso.

e. Aggiustamenti al valore base

Ai ricoveri con durata di degenza anomala, ossia molto lunga rispetto alla media del gruppo cui appartengono (*outlier*), viene riconosciuta una remunerazione addizionale.

Poiché generalmente gli *outlier* sono casi più complessi rispetto alla media, il pagamento aggiuntivo previsto ha lo scopo di evitare che vengano rifiutati i ricoveri di casi con alta probabilità di diventare *outlier* e di evitare che i pazienti vengano dimessi prima del tempo per ragioni di risparmio di bilancio.

Analogamente, sono previste forme diverse di remunerazione per casi trattati nelle strutture che, per definizione, richiedono politiche assistenziali non standardizzabili (riabilitazione, psichiatria).

Opportunità e problemi della *devolution* nel sistema sanitario

Dopo aver affrontato gli aspetti ed i profili tecnico-gestionali, che sono più adatti alla sensibilità contabile e finanziaria degli operatori del settore, ora si va ad affrontare il tema della tutela della salute, osservato sotto il profilo della riforma c.d. "federalista", cercando di mettere in luce quelli che sono i rischi e le opportunità della *devolution* sanitaria.

Occorre precisare, al fine di evitare ambiguità terminologiche, che il termine "federalismo", pur essendo entrato nel dibattito politico corrente, è stato spesso utilizzato in modo improprio ed ambiguo. Infatti, dopo la riforma costituzionale del 2001, sarebbe più corretto fare riferimento in questo caso alla "devoluzione" di funzioni pubbliche dello Stato verso le sue articolazioni periferiche, le Regioni e gli altri enti territoriali. Ciò viene avvalorato dal fatto che l'Italia non è uno Stato

federale, né dal punto di vista storico né da quello attuale; quindi, questo termine andrà utilizzato con estrema cautela.

Il sistema sanitario è ormai un banco di prova significativo, sia sotto il profilo economico-finanziario sia sotto il profilo politico. Infatti, le regioni che sostengono la sua maggior visibilità e centralità stanno nel fatto, in primo luogo, che i bilanci regionali assorbono il 70-80% delle risorse disponibili (e in certi casi anche oltre). Vi è poi la preoccupazione delle regioni che non gradiscono l'assoggettamento allo Stato e ai vincoli europei, in merito alle modalità di impiego delle risorse di bilancio e delle loro destinazioni. In secondo luogo, la comprovata esperienza gestionale delle regioni in materia sanitaria rappresenta una spinta all'autonomia di governo, anche in forza del completamento della riforma costituzionale, iniziata nel 2001. In terzo luogo, l'indebolimento delle funzioni di controllo dello Stato ha favorito la responsabilizzazione delle regioni, soprattutto di fronte al deficit della finanza pubblica.

Una lettura trasversale dell'analisi che si è tentato di costruire ed argomentare in questo lavoro, porta agevolmente alle considerazioni che seguono.

Una prima considerazione riguarda il sistema istituzionale, cioè il contesto nel quale si colloca la valutazione dei servizi sanitari; esso è caratterizzato da un processo di "aziendalizzazione"⁴ complesso, che trova il suo sbocco nei piani sanitari regionali che le regioni stanno portando a termine, non senza notevoli difficoltà di ordine finanziario, con implicazioni sulle prestazioni da garantire. Questo movimento organizzativo-istituzionale provoca quella che si può definire "ansia sociale" che serpeggia anche tra gli amministratori e operatori del settore, ma in modo più preoccupante tra gli utenti dei servizi socio-sanitari.

Una seconda considerazione, per quanto riguarda le opportunità, matura dall'evidenziarsi un maggior dinamismo tra i vari livelli istituzionali. Infatti, la ridefinizione delle responsabilità ha consentito il ripensamento delle funzioni che

⁴ Sul passaggio dalle varie forme di autonomia ante d.lgs. n. 229/1999 all'autonomia imprenditoriale si veda E. Menichetti, *L'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale: profili di organizzazione e della dirigenza*, in R. Balduzzi e G. Di Gaspare (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Milano, 2004, pp. 44 ss. Sul tema si veda il lavoro di D. Morana, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, 2002.. Già nel "collegato" alla legge finanziaria 2007 (relativa all'anno 2008), individuava tra i principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale "la configurazione aziendale delle Unità sanitarie locali e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale che, nell'ambito dei principi di responsabilità e autonomia gestionale, assicurano la partecipazione dei professionisti alle decisioni strategiche riguardanti lo sviluppo dell'azienda e il decentramento nell'organizzazione dei servizi". Per un'analisi attenta sotto il profilo economico-finanziario, cfr. M.S. Caroppo e G. Turati, *I sistemi sanitari regionali in Italia. Riflessioni in una prospettiva di lungo periodo*, Milano, 2007. Per una panoramica della giurisprudenza costituzionale successiva alla revisione del Titolo V Cost., v. C. Tubertini, *Stato, regioni e tutela della salute*, in A. Pioggia e L. Vandelli (a cura di), *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, Bologna, 2006, pp. 209 ss.; L. Cuocolo, *Il diritto alla salute tra neoregionalismo e federalismo*, Milano, 2005; E. Menichetti, *La tutela della salute tra competenze "divise" e interessi "concordati". Riflessioni sul destino del servizio sanitario nazionale nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in R. Balduzzi (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004, pp. 232 ss.; A. D'Aloia, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le regioni*, 2003, p. 1078; C. Pinelli, *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 117, comma 2, lett. m) Cost.)*, in *Dir. pubbl.*, 2002, pp. 883 ss.

L'appropriatezza nelle fonti comunitarie e nell'ordinamento interno è stata studiata in particolare da R. Balduzzi, *L'appropriatezza in sanità: il quadro di riferimento legislativo*, in AA.VV. (a cura di), *L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica, Rapporto sanità 2004*, Bologna, 2004, pp. 73 ss.; un approfondimento importante sulle scelte per l'adozione del PSN alla luce del d.lgs. n. 229/1999 è curato da L. Vandelli, *Art. 1 (commento)*, in F.A. Roversi Monaco (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000, pp. 38 ss. Infine, per un approfondimento scientifico autorevole sull'"aziendalizzazione e la trasformazione del servizio sanitario in Italia", concetti che verranno recepiti sotto il profilo tecnico-operativo delineato dai Piani sanitari regionali a partire dal 2012, si veda A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, F. Angeli, 2008.

venivano lasciate, per inerzia atavica, alla normativa nazionale. La tutela della salute viene ribadita, come recita l'art. 32 Cost., e garantita come un diritto soggettivo di ogni individuo, primariamente tutelato dall'ordinamento. Grazie alla *devolution*, si sono attivati processi di responsabilizzazione che altrimenti si sarebbero arenati all'ombra della responsabilità centrale del Ministero. I risultati dell'azione amministrativa si sono improntati alla valutazione della qualità dei servizi.

La *devolution* più coraggiosa, consentirebbe di lasciare allo Stato solo il potere di determinare i "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, in base all'art. 117 Cost. E' in questa espressione "vaga ed elastica" che potrebbe nascondersi il tentativo di un eccesso di differenziazione del sistema pubblico di tutela della salute sul territorio nazionale. Occorre accompagnare il processo devolutivo, preservando in modo identico i livelli essenziali delle prestazioni, onde evitare il sorgere di situazioni conflittuali tra le diverse realtà territoriali. Saranno le regioni a differenziare le prestazioni ulteriori a quelle essenziali, fino a raggiungere "livelli di eccellenza", in rapporto alle politiche perseguite dai governi locali. Quindi, si può sostenere che il concetto di "equità" e il suo riequilibrio con quello dell'"economicità" sarà incentrato sui cardini dell'individuazione e definizione dei livelli essenziali delle prestazioni pubbliche.

L'introduzione di un "regionalismo forte", che si può identificare anche come un "federalismo sanitario", può mettere seriamente in discussione la coesione sociale di uno Stato, a causa del moltiplicarsi di ordinamenti regionali. Ciò porterebbe ad evidenziare differenze sostanziali, che darebbero luogo a prestazioni disomogenee che renderebbero fragili i presupposti di sostenibilità politica di un serio progetto federale.

Per altro verso, la novità del processo di devoluzione sanitaria è marcatamente positiva, perché obbliga le Regioni ad assumere responsabilità precise quando offrono servizi di qualità compatibilmente con gli equilibri di bilancio (non più riequilibrati a piè di lista come prima dallo Stato).

Quindi, in sintesi, parte della dottrina sostiene che la responsabilizzazione regionale sviluppa le sue dinamiche tra l'esigenza di razionalizzare la spesa pubblica e l'opportunità di ottimizzare le *performance*; si è frantumato il dogma dello Stato, senza che ciò possa mettere in discussione alcuni fondamentali diritti di cittadinanza sociale⁵.

Altri sono su posizioni differenti, sostenendo che "l'accelerazione autonomistica del nostro ordinamento deve essere accompagnata da elementi unificanti, che assicurino la tutela uniforme della salute, anche sulla base della considerazione che nei sistemi federali è diffusa una cultura che vede nel *welfare* il momento unificante delle diversità istituzionali. Un'affermazione di questo tipo rischia, peraltro, di rimanere priva di senso se non affrontata sia sotto il profilo delle logiche di governo, sia se non tiene conto di quanto si è venuto fin qui strutturando storicamente dal punto di vista dell'organizzazione del servizio sanitario"⁶.

E' evidente che il trasferimento di competenze nazionali verso le regioni, che riguardano la programmazione e la regolamentazione del sistema sanitario, comporta problemi e opportunità di cui devono farsi carico le regioni stesse,

⁵ G. Brosio, G. Pola, P. Bondonio (a cura di), *Una proposta di federalismo fiscale*, Fondazione G. Agnelli, 1994

⁶ Si veda a tal proposito la Conferenza nazionale sulla Sanità, Commissione di lavoro Partecipazione, *Federalismo e nuova programmazione*, 1999.

individuando i migliori criteri per realizzare la tutela e la promozione dei diritti dei cittadini. Infatti, proprio in campo sanitario si fa più accentuata la definizione dei diritti delle persone, con grande responsabilità istituzionale per chi li deve valutare e garantire.

Invece, un punto dolente è costituito dal rapporto che si è instaurato da almeno una quindicina di anni tra cittadini e pubblica amministrazione, dove il criterio della trasparenza e quello della comunicazione dovrebbero (e si sottolinea dovrebbero) essere molto diversi da quelli attuali e impostati su forme di garanzia molto più evolute, proprio in virtù della delicatezza ed essenzialità della protezione sociale da assicurare a tutti, per principio costituzionale.

Come sostenuto da autorevole dottrina⁷, e chi scrive condivide, l'idea che il c.d. federalismo, così come è stato concepito dopo la riforma del Titolo V, parte seconda, della Costituzione è tramontato, anzi svanito, anche nella mente di chi lo aveva pensato. Infatti, è “a causa dell'incapacità della pubblica amministrazione di cogliere i problemi sociali e di fornire risposte adeguate e soddisfacenti che non funzionano le riforme attuate dalla fine degli anni novanta in poi”. Si deve andare verso un “abbandono dell'amministrazione di cose a favore dell'amministrazione di persone e risorse che non siano più solo il denaro, che non sarà più l'oggetto principale della P.A negli anni a venire”. Si è in balia di una perdita di effettività, poichè “difendendo solo un *budget* non si aumenta la capacità di governo dell'amministrazione, anzi si è visto che questa diminuisce”.

Un'altra invenzione che non ha dato buoni frutti è la *privacy*. Infatti, “bisogna rendere pubblici i dati perchè nessuno crede più ai dati della P.A.; se non c'è partecipazione non c'è futuro”.

Infine, la capacità di innovarsi della P.A. passa anche attraverso l'eliminazione di tutti gli aspetti riconducibili ai fatti di corruzione e di altre forme odiose, che hanno arrugginito la percezione corretta della funzione amministrativa da parte dei cittadini. Questi comportamenti dovrebbero essere non solo più sanzionabili penalmente, magari con celerità ed effettività della pena, ma “dovrebbero comportare conseguenze su diritti primari (per es. la perdita temporanea della cittadinanza)”. E' proprio la sanzionabilità differenziata, ma certa, che offre un'immagine più convincente della trasparenza di chi esprime ed esercita pubblici poteri. Farsi corrompere ed essere corruttori significa essere “infedeli”, una situazione soggettiva che contrasta pienamente con i principi costituzionali fondamentali della Repubblica; è da qui che si deve incominciare a ridisegnare e riconquistare quella fiducia, espressa dai cittadini in tempi lontani e che sembra archiviata.

Non resta che traghettare questo lungo ragionamento, squisitamente tecnico, verso alcune considerazioni che provengono da un punto di vista diverso, di ispirazione filosofica e che ben si collocano nel contesto della ricerca.

La struttura delle relazioni cognitive di un sistema economico assume un carattere centrale nella determinazione della capacità di generare nuova conoscenza tecnologica

⁷ Così R. Cavallo Perin, relazione al Seminario conclusivo del Master in Organizzazione e Gestione delle Risorse Umane, svoltosi presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Torino, Campus L. Einaudi, Torino, 27 aprile 2012.

ed estrarne innovazione. Come argomenta l'economista Antonelli nel saggio citato (si veda la nota 3), la messa a punto di innovazioni capaci di aumentare l'efficienza del sistema è possibile solo "in quanto sia il risultato di un processo collettivo di partecipazione, che agisce sia attraverso meccanismi di selezione che di arricchimento incrementale e diffusione". Questa scuola di pensiero, che si ispira al pensiero di Schumpeter, sostiene che la crescita e lo sviluppo sono possibili in un sistema che sia in grado di valorizzare la creatività, insieme a coloro che agendo economicamente muovono i meccanismi di mercato. I sistemi in cui lo Stato assume un ruolo prevalente, se non addirittura esclusivo, soffrono di incapacità a generare la crescita del benessere sociale e individuale; rallentano la capacità di innovare, riducono gli stimoli che generano conoscenza in generale e conoscenza tecnologicamente avanzata; insomma, quando lo Stato è ingombrante rallenta la crescita di un Paese e non riesce nemmeno più ad offrire quelle garanzie gli sono proprie per natura e poi per Costituzione.

E' professore aggregato nella Facoltà di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Torino. Svolge l'attività di ricerca principalmente presso il Dipartimento di Economia "Cognetti de Martiis" di Torino. E' autore di numerose pubblicazioni che riguardano temi di diritto amministrativo e di finanza pubblica.