

Vantaggi e svantaggi di una clausola, la cui natura atipica può far nascere la possibilità della vessatorietà

## La clausola *Claims Made* nella polizza per responsabilità professionale

La clausola *Claims Made* delimita l'operatività della garanzia ai danni denunciati entro il periodo di vigenza della polizza e/o entro un determinato lasso di tempo dalla cessazione del contratto (quest'ultimo è detto "periodo di ultrattività" o di "garanzia postuma"), anche se il fatto generatore del danno o il danno stesso si sono già verificati al momento dell'inizio della copertura (il periodo temporale pregresso all'interno del quale sono garantiti i fatti in quel tempo accaduti è detto "periodo di retroattività" o di "garanzia pregressa"). Di contro, nella impostazione tradizionale precedente - ex 1917 primo comma C.C. *Loss Occurrence* - l'operatività della garanzia è limitata ai "fatti" avvenuti durante il periodo di vigenza della polizza, a prescindere dalla data di richiesta del risarcimento e di denuncia del sinistro e fermi comunque i limiti di temporali di legge per quanto riguarda la prescrizione del diritto. La clausola *Claims Made* introduce quindi una definizione convenzionale di sinistro, conferendo rilevanza non già alla data di accadimento del "fatto" che è causa del danno - fatto che può essersi verificato anche prima della stipulazione della polizza - ma alla data della richiesta di risarcimento - il claim appunto - del terzo danneggiato verso l'assicurato o, in casi meno frequenti, della denuncia di sinistro di quest'ultimo all'assicuratore.

### Vantaggi:

La clausola *Claims Made* comporta vantaggi sia all'assicurato che all'assicuratore. All'assicurato perché, svincolando l'efficacia della

copertura dall'accertamento di circostanze non sempre facilmente riscontrabili (quali l'accadimento del fatto o il manifestarsi del danno: si pensi ad esempio ai danni da inquinamento o danni da errata diagnosi) e vincolandola ad un dato obiettivo - la richiesta di risarcimento - elimina possibilità di contestazione sulla validità temporale della copertura rispetto al sinistro. Vengono altresì ad ridursi i rischi di "non capienza" del massimale assicurato (si pensi ad una polizza con la precedente impostazione stipulata 10 anni fa, con un sinistro generato da un fatto avvenuto all'epoca ma con richiesta di risarcimento presentata oggi: il massimale assicurato potrebbe rivelarsi assolutamente insufficiente). All'assicuratore, perché soddisfa una fondamentale ed imprescindibile esigenza di natura tecnica: si evita di tenere in osservazione per molto tempo contratti scaduti (10 anni e oltre) prima di poter essere nelle condizioni di stabilire la tariffa corretta. Nel caso di polizze con la precedente impostazione *Loss Occurrence* la tariffa viene ad essere prodotta con un ritardo di anni rispetto alle esigenze, risultando di fatto già inadeguata al momento della sua uscita, stante la dinamica dei sinistri (in notevole incremento sia come frequenza che come costo medio). Per l'assicuratore, la clausola *Claims Made* contribuisce in maniera determinata ad avere una maggiore certezza sui costi.



Paolo Vinci Studio legale  
avv. Paolo Vinci &  
Associati, Giurista - Milano

### Svantaggi:

Ipotizziamo un "rischio sanità" assicurato nel tempo senza soluzione di continuità con una serie di polizze in regime di *Claims Made* basate sulle clausole che in maggioranza sono presenti oggi sul mercato assicurativo italiano: si può facilmente dimostrare che esiste un insieme di sinistri che potrebbero non trovare copertura in nessuna delle polizze di cui sopra. Si pensi infatti alle clausole che prevedono una "retroattività" temporalmente limitata (es. 1, 2, 3 anni) quando le analoghe clausole presenti sui precedenti contratti non includono alcun periodo di ultrattività (non si registra alcuna scoperta, invece, nel caso in cui la polizza in regime di *Claims Made* succede immediatamente ad una tradizionale in regime di *Loss Occurrence*). Si pensi anche al caso in cui l'assicurato decida di cambiare assicuratore - in ambito di sanità pubblica, ad esempio, i contratti sono tutti senza tacito rinnovo ed emessi a seguito di gara d'appalto, per questi quindi l'ipotesi in parola è, di fatto, la norma - ed a fatti dannosi che si manifestino durante la vigenza di una polizza ma per i quali non sia ancora stata avanzata richiesta di risarcimento: per questi fatti, l'assicurato è tenuto a comunicare - pena l'applicazione degli art. 1892 e 1893 CC per dichiarazioni inesatte o reticenti - al nuovo assicuratore tutti gli eventi avversi a sua conoscenza prima della stipula del contratto e quest'ultimo potrebbe anche rifiutare la copertura per tali eventi o richiedere un premio esorbitante. Per contro, una successione di polizze tradizionali *Loss Occurrence* non lascia scoperture di questo tipo.

### È una clausola vessatoria?

La sentenza n. 5624/05 della Corte di Cassazione si distingue per l'eshaustività della ricognizione dei modelli assicurativi (*loss assurance*, *claims made*, *sunset clause*) in tema di risarcimento di danni da responsabilità professionale, ricognizione operata in realtà

solo in via negativa, mediante la confutazione delle ampie discettazioni della ricorrente compagnia di assicurazione. La Corte di Cassazione rileva tuttavia la natura atipica del contratto di assicurazione che prevede la clausola *Claims Made*, non rientrando infatti tale modello in quella astratta e tipica prevista dall'art. 1917 c.c.. Ed invero, contrariamente a quanto si è inutilmente prodigata di affermare l'impresa assicurativa, in quest'ultima richiamata norma il "fatto", del quale si chiede copertura, non può essere in alcun modo confuso con la "richiesta di risarcimento", la quale costituisce pertanto l'oggetto di un modello contrattuale diverso da quello normativo, ma comunque legittimo, non prevedendo l'art. 1932 c.c. l'inderogabilità del primo comma dell'art. 1917 c.c.. A fronte di tale natura atipica consegue la possibilità (da accertare però caso per caso) della vessatorietà della predetta clausola *Claims Made*. Nella specie la corte di appello di Napoli ha ritenuto vessatoria tale previsione, comportando un'evidente limitazione di responsabilità, che avrebbe dovuto quanto meno essere approvata specificamente per iscritto al fine di rendere edotto l'assicurato dello spostamento del rischio assicurato, rispetto a quello che solitamente viene munito di copertura assicurativa in caso di colpa professionale. La debolezza della decisione della Corte di Cassazione in commento è quella di aver semplicemente posto il problema sulla possibile natura vessatoria della clausola *Claims Made* ma di non aver invece approfondito (con la scusa del carattere di legittimità del giudizio) i presupposti generali per giungere a tale dichiarazione di vessatorietà, derogando tale attività ai giudici di merito, con evidente immancabile risvolti di incertezza.

Anzitutto non appare condivisibile la tesi in diritto (...) secondo la quale sarebbe la stessa legge ad identificare la "...richiesta di risarcimento..." con il "...fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione..."; e ciò in quanto:

A) nel primo comma dell'art. 1917 c.c. il legislatore usa l'espressione "...fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione..." palestando così l'intento di far riferimento al fatto di cui l'assicurato deve rispondere civilmente (la lettera della norma appare evidente in tal senso);

B) sempre nel primo comma di tale articolo si stabilisce che "...Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi..."; il che evidenzia in modo ancor più evidente che il "...fatto accaduto..." è il "fatto" di cui l'assicurato deve rispondere;

C) il precedente art. 1913 c.c. (facente parte della medesima sezione II, "DELL'ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI"), allorquando impone all'assicurato l'onere di "...dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente ... entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza..." identifica indubbiamente detta data iniziale (dalla quale decorre il termine di tre giorni) facendo riferimento al fatto predetto (ed usando quindi l'espressione "sinistro" come sinonimo di "fatto" inteso nel senso ora esposto) e non alla richiesta di risarcimento da parte del danneggiato (tale interpretazione è sempre stata sostanzialmente pacifica);

- D) il precedente art. 1914 c.c. prevede per l'assicurato un obbligo di salvataggio che incontestabilmente sorge semplicemente in conseguenza del fatto (nel senso predetto) e quindi prima della richiesta di risarcimento da parte del danneggiato ed a prescindere da questa.

Alle decisive argomentazioni fondate su tali norme non vale opporre il sopra citato contenuto dell'art. 2952 c.c. (evidentemente la parte ricorrente intende alludere al terzo comma) in quanto questa norma ha diverso oggetto e diversa ratio, essendo volta solo a stabilire la decorrenza del termine di prescrizione dei diritti dell'assicurato nei confronti dell'assicuratore; non c'è quindi da stupirsi che a tali particolari fini il legislatore abbia

scelto di dare rilevanza alla richiesta di risarcimento fatta dal danneggiato all'assicurato (od al fatto che sia stata promossa l'azione); e non si può pertanto da essa dedurre una nozione di "fatto" ovvero di sinistro (valida anche nell'ambito dell'art. 1917 c.c.) come quella sostenuta dalla tesi criticata. Proprio in quanto il contratto di assicurazione per responsabilità professionale con la clausola *claims made* non rientra nella tipica fattispecie astratta prevista dal legislatore, ma costituisce un contratto atipico e quindi suscettibile di variare notevolmente da caso a caso, ogni questione al riguardo (compresa quella circa la vessatorietà o meno della clausola di cui al motivo di ricorso successivo) va affrontata caso per caso in relazione al concreto contenuto del singolo contratto in questione (e, tra l'altro, al particolare tipo di responsabilità professionale oggetto di assicurazione). In via del tutto prudenziale dunque si può ritenere opportuno correggere i formulari delle relative polizze assicurative, prevedendo anche per le clausole *claims made* la doppia sottoscrizione dell'assicurato.

**Paolo Vinci**

Studio legale avv. Paolo Vinci & Associati  
Giurista - Milano

Prosegue e si chiude l'analisi degli elementi di valore dei sistemi informativi Erp: sono ora oggetto di valutazione i principali indicatori di impatto strategico e, infine, i principali fattori critici di successo individuati

## Il "valore" dei sistemi informativi Erp nelle aziende sanitarie

Lo studio sugli indicatori di impatto strategico mira a misurare il contributo del nuovo sistema al raggiungimento, nel medio e lungo periodo, dei fini istituzionali dell'azienda. È stata privilegiata una declinazione del concetto di "raggiungimento dei fini istituzionali" in dimensioni quali: a) l'affidabilità delle informazioni prodotte a supporto dei processi decisionali; b) la gestione delle relazioni tra l'azienda ed i suoi principali stakeholders; c) la soddisfazione degli utenti del sistema.

### Il supporto ai processi decisionali

Il sistema di controllo direzionale supporta i processi decisionali attraverso diversi fattori, quali la qualità, la varietà e la tempestività dei flussi informativi resi disponibili ai soggetti che decidono in merito alla gestione di

attività critiche. Per questo, lo sviluppo quantitativo (numerosità, frequenza) e qualitativo (tempestività, innovazione negli indicatori) del flusso informativo prodotto dal Controllo di Gestione e diretto al management ed al top management è stato indagato attraverso interviste con i referenti aziendali. In due strutture i tempi necessari al Controllo di Gestione (CdG) per raccogliere i dati analitici di gestione si sono dimezzati, grazie all'eliminazione di alcuni passaggi intermedi prima necessari. Infatti, precedentemente all'introduzione del sistema Erp, il CdG non era generalmente in grado di estrapolare i

dati necessari alle sue elaborazioni. Perciò, solitamente esso richiedeva i dati necessari dalle unità (es., Uo Provveditorato, Uo Farmacia) dedicate all'uso dei sistemi applicativi originanti i dati: queste unità a loro volta potevano aver bisogno del supporto dei tecnici informatici per ottenere i dati grezzi da validare. In alcuni casi l'Erp - a seguito dell'integrazione di informazioni economico-finanziarie (es. costo dei fattori produttivi) con dati di attività (es. Sdo, ecc.) - ha consentito di incrementare la numerosità e periodicità di report finalizzati a monitorare il grado di efficienza gestionale di diverse unità produttive. In altri casi il nuovo sistema non ha introdotto innovazioni rispetto alla tipologia di report prodotti, ma si è riscontrato un significativo incremento della precisione e tempestività delle informazioni prodotte.

### La gestione delle relazioni con gli stakeholders aziendali

Rispetto alla gestione delle relazioni con soggetti esterni all'azienda, sono state verificate la qualità e affidabilità dei flussi informativi contabili e della relativa documentazione prodotta per rispondere a richieste regionali periodiche. L'analisi è stata compiuta confrontando gli scostamenti medi registrati tra alcune voci del quarto conto economico trimestrale (Cet) degli anni 2001-2005 e valori consolidati nei rispettivi bilanci consuntivi. Poiché tutte le aziende studiate appartengono al sistema sanitario regionale (Ssr) lombardo, è stato possibile confrontare gli scostamenti medi delle aziende del campione rispetto alla media degli scostamenti del-



**Luca Buccoliero,**  
Ricercatore Università  
Commerciale "Luigi  
Bocconi" Milano,  
Responsabile Area Sistemi  
Informativi, E-health,  
Ict Cergas Bocconi

le aziende sanitarie pubbliche dell'Ssr. L'analisi si è concentrata su quelle voci di bilancio maggiormente oggetto di stime e congetture, ovvero il valore degli acquisti annui che rappresentano una voce di costo che dovrebbe acquisire piena certezza l'introduzione di un Erp e che con sistemi non integrati è generalmente soggetta ad imprecisioni. I risultati non evidenziano correlazione tra l'adozione di un sistema Erp e un minore scostamento tra i dati provvisori e consuntivi. Tali evidenze sono state discusse anche con referenti regionali: l'assenza di correlazione può essere attribuita all'influenza che la professionalità e le capacità dei responsabili del servizio economico-finanziario delle singole aziende svolgono nell'assicurare la qualità delle informazioni di bilancio prodotte. Inoltre, anche le interviste presso le aziende non hanno avvalorato l'ipotesi che l'utilizzo di un sistema Erp migliori la precisione dei valori contabili stimati e/o congetturati.

### La soddisfazione degli utenti

Una dimensione a cui la letteratura fa spesso riferimento per valutare l'impatto strategico di un sistema Erp è l'analisi della soddisfazione dei suoi stessi utenti: sia i dirigenti sia il personale coinvolto nelle attività amministrative supportate dal sistema. In questo studio, la soddisfazione degli utenti (user satisfaction) è stata rilevata attraverso alcune delle domande nel questionario rivolte sia ai responsabili del servizio Economico-Finanziario e dei Sistemi Informativi, sia ai key user. La soddisfazione è stata rilevata per tutti gli utenti rispetto:

- alla qualità percepita dei flussi informativi prodotti dal sistema;
- all'impatto sulle modalità di svolgimento delle loro mansioni (compreso il supporto decisionale).

La percezione sulla qualità dei flussi informativi è alta per il responsabile del Servizio Informativo e del Servizio Economico-finanziario,

media per i key user. Il responsabile del sistema informativo sottolinea la capacità del sistema di assicurare un maggior livello di sicurezza e riservatezza dei dati, maggior robustezza del dato di origine e una più elevata tempestività e facilità nel recuperare i dati stessi. Il responsabile del servizio economico-finanziario attribuisce invece agli Erp l'accresciuta disponibilità di dati e un aumento della loro utilità (perché più robusti, tempestivi e di facile lettura) nel contribuire alle decisioni aziendali. Sulla semplicità e disponibilità delle informazioni concordano sostanzialmente anche i key user, meno sulla qualità delle stesse. Con riguardo al supporto al processo decisionale rispetto alla maggiore tempestività e facilità nel reperimento del dato (con positive ricadute sul miglioramento del sistema di reporting, di cui sono indicative la prima e l'ultima voce) ed alla maggiore utilità dei dati a fini decisionali. Tuttavia, il livello di accordo su tali aspetti dei due responsabili non è sempre uniforme. Questo aspetto potrebbe essere fortemente legato alle caratteristiche dei sistemi legacy sostituiti dall'Erp ed agli investimenti progressivi dell'azienda nell'ambito del controllo di gestione, indipendentemente dal progetto Erp considerato. Con riferimento alla soddisfazione degli utenti, la percezione sulla qualità dei flussi informativi è giudicata alta sia dal responsabile del Sistema Informativo, sia dal responsabile del Servizio Economico-finanziario. In particolare, il responsabile del Sistema Informativo sottolinea la capacità del sistema di assicurare un maggior livello di sicurezza e riservatezza dei dati, una maggiore affidabilità del dato di origine. Il livello di soddisfazione è, invece, mediamente più basso per i key user, i quali concordano con le altre due figure professionali sulla disponibilità di informazioni in tempi più rapidi, ma non esprimono minore accordo sul miglioramento della qualità delle informazioni e sulla semplicità di trattamento dei dati. Tale scostamento nel giudizio dei key user può

essere ricondotto, da un lato, allo sforzo implementativo sostenuto in massima parte proprio dai key user, dall'altro lato, alla maggiore finalizzazione dei progetti ERP al supporto del livello direzionale ed aziendale rispetto a quello operativo.

### I fattori critici di successo

I risultati della valutazione sin qui posti in evidenza avrebbero un significato limitato per il management se ad essi non si affianca l'identificazione di alcuni fattori critici di successo (Csf, critical success factors) che, se presidiati durante l'implementazione di una soluzione Erp, possono aumentare le probabilità di ottenere i risultati migliori. Numerosi contributi della letteratura evidenziano come, affinché un Erp sia in grado di produrre

significativi benefici, la sua implementazione debba essere considerata un evento e un'occasione in grado di promuovere una predeterminata volontà strategica di riprogettazione organizzativa. L'ipotesi è che maggiore è l'intensità dell'impegno organizzativo durante l'implementazione (sia con attività di analisi organizzativa e di definizione delle nuove regole organizzative, sia con le attività specifiche di parametrizzazione del software e di formazione), maggiore è la probabilità di successo del progetto.

Csf1: L'indicatore utilizzato per misurare l'impegno organizzativo è il valore complessivo dei servizi di implementazione acquistati dall'azienda - escludendo le voci per la tecnologia-hardware e software, ritenuti non rappresentativi di questo fattore - e dei costi

organizzativi interni. Un altro fattore critico è costituito dal supporto al progetto da parte del vertice aziendale. L'ipotesi è che l'attitudine del top management nei confronti dell'innovazione tecnologica sia in grado di influenzare le performance di un sistema informativo grazie al consenso ed alla condivisione che genera attorno al progetto.

Csf2: L'indicatore utilizzato come proxy di tale fattore è la spesa sostenuta da ciascuna azienda per servizi di consulenza strategica e formazione. Questo è legato all'importanza data dal top management al progetto e influisce sul livello delle competenze degli utilizzatori del sistema.

La Tabella 1 analizza i valori di ciascun fattore critico di successo nelle realtà aziendali considerate.

**Tabella 1: Valorizzazione dei fattori critici di successo**

	A	B	C	D
Impegno organizzativo	€ 263.461	€ 460.818	€ 277.695	€ 408.604
Supporto del top management e coinvolgimento utenti	€ 76.289	€ 228.326	€ 72.000	€ 99.059
	E	F	G	H
Impegno organizzativo	€ 90.411	€ 261.474	€ 367.500	€ 294.700
Supporto del top management e coinvolgimento utenti	€ 0	€ 0	€ 205.750	€ 179.250

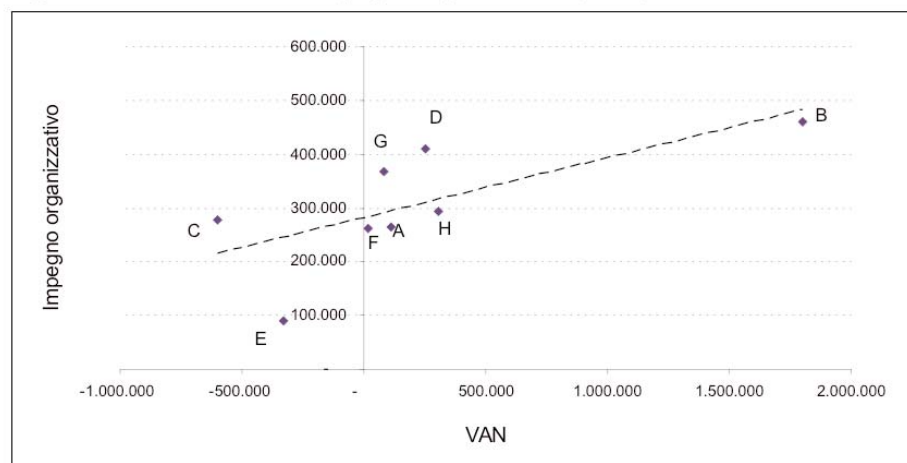
**Tabella.2: Valorizzazione degli indicatori sintetici del successo**

	A	B	C	D
VAN	€ 114.322	€ 1.799.137	(€ 600.114)	€ 250.834
Benefici organizzativi	€ 1.057.442	€ 3.496.814	€ 318.865	€ 1.212.550
Soddisfazione dirigenti	3,50	4,33	3,83	3,50
Soddisfazione key user	3,02	3,27	3,27	3,45
	E	F	G	H
VAN	(€ 326.617)	€ 17.240	€ 84.675	€ 303.989
Benefici organizzativi	€ 904.844	€ 779.264	€ 1.342.226	€ 1.618.733
Soddisfazione dirigenti	3,00	3,33	3,83	3,83
Soddisfazione key user	3,18	3,73	3,38	3,73

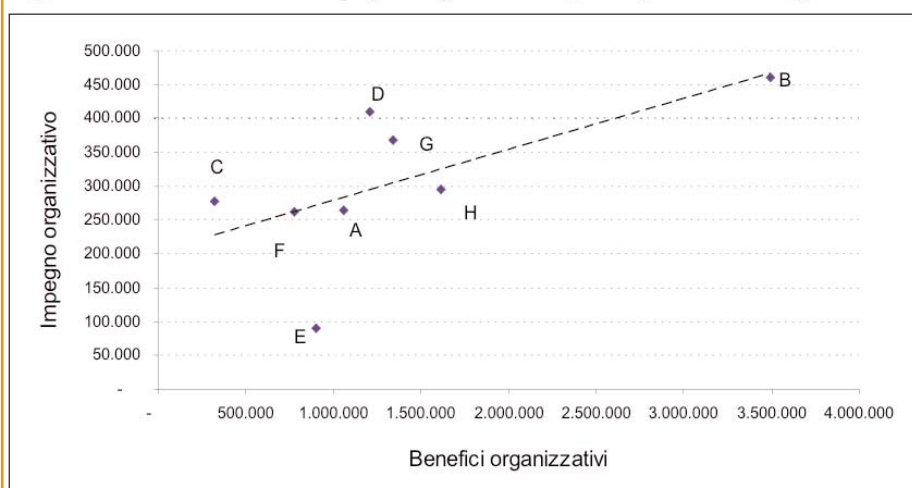
**Tabella 3: Correlazione tra CSF e successo del progetto**

CSF	INDICATORE DI SUCCESSO	TOTALE
Impegno organizzativo (CSF1)	Benefici organizzativi	0,63
	VAN	0,70
	Soddisfazione dirigenti	0,84
	Soddisfazione key user	0,17
Supporto del top management (CSF2)	Benefici organizzativi	0,73
	VAN	0,67
	Soddisfazione dirigenti	0,70
	Soddisfazione key user	0,07

**Figura 1: Correlazione tra impegno organizzativo (CSF1) e VAN**



**Figura 2: Correlazione tra impegno organizzativo (CSF1) e benefici organizzativi**



Per procedere alla verifica della correlazione tra questi fattori critici e il successo del progetto è necessario individuare gli indicatori rispetto ai quali misurarne gli effetti che ne determinano il giudizio di successo. Coerentemente con le dimensioni del modello di valutazione, il successo può essere espresso attraverso i seguenti indicatori sintetici:

- valore Attuale Netto (indicatore di natura economico-finanziaria);
- benefici organizzativi complessivi (indicatore di natura organizzativa, quantificato dai flussi economici, che rappresenta una determinante essenziale del "Van");
- soddisfazione degli utenti (indicatore di natura strategica).

Le misure degli indicatori appena elencati

sono riepilogate nella Tabella 2.

La Tabella 3 calcola gli indici di correlazione tra i Csf e gli indicatori di successo dei progetti.

Con riferimento al Csf1, la sua correlazione è conforme alle aspettative rispetto a quasi tutti gli indicatori di successo. L'indice di correlazione è pari a 0,70, se il successo è calcolato rispetto al Van (Figura 1), e pari a 0,63 se calcolato rispetto ai benefici organizzativi complessivi (Figura 2).

I risultati della ricerca del Cergas Bocconi sintetizzata in queste pagine è stata recentemente pubblicata (Buccoliero L., Calciolari S. e Marsilio M., Sistemi amministrativo-contabili ERP

in sanità: un approccio alla valutazione Milano: McGraw Hill, 2008).

**Luca Buccoliero**

Ricercatore Università Commerciale "Luigi Bocconi"  
Milano  
Responsabile area Sistemi Informativi, E-health,  
Ict Cergas Bocconi

Chiarimenti giuridici per l'esenzione Ici nel mondo sanitario

### Ici e sanità



Laura Bellicini, CBA,  
Studio Legale e Tributario

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha recentemente fornito una serie di chiarimenti<sup>1</sup> in materia di imposta comunale sugli immobili (Ici), di sicuro interesse nel mondo sanitario. Ci riferiamo in particolare ai commenti riguardanti l'ambito di applicazione delle disposizioni agevolative di cui al comma 1 dell'art. 7, lettera i) del D.Lgs. n. 504 del 1992 (decreto istitutivo dell'Ici) e al comma 2-bis dell'art. 7 del d.l. n. 203 del 2005.

La prima norma citata, come noto, concede l'esenzione dal tributo per gli immobili utilizzati dagli enti non commerciali a condizione che gli stessi siano destinati esclusivamente allo svolgimento di una serie di attività tra cui, per quanto qui di interesse, quelle assistenziali, previdenziali, sanitarie e ricettive. Se la condizione sussiste soltanto per una parte dell'anno, l'esenzione è riconosciuta per tale periodo. La seconda norma invece, specifica che l'esenzione in commento si intende applicabile qualora le attività precedentemente elencate non abbiano esclusivamente natura commerciale.

#### Il requisito soggettivo: la natura non commerciale dell'ente

Condizione preliminare per l'applicazione della misura di favore è che l'immobile sia utilizzato da un ente non commerciale dove questa nozione, mutuata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (d.p.r. n. 917/1986), ricomprende gli "enti pubblici e privati diversi dalle società, residenti nel territorio dello Stato, che non hanno per oggetto esclusivo o principale l'esercizio di attività commerciali". Tra gli enti pubblici, la circolare precisa che rientrano, oltre agli organi

e alle amministrazioni dello Stato, anche gli enti territoriali (comuni, consorzi tra enti locali, comunità montane, province, regioni, associazioni e enti gestori del demanio collettivo, camere di commercio), le aziende sanitarie, gli enti pubblici istituiti esclusivamente per lo svolgimento di attività previdenziali, assistenziali e sanitarie, gli enti pubblici non economici, gli istituti previdenziali e assistenziali, le Università ed enti di ricerca, le aziende pubbliche di servizi alla persona (ex Ipab). Tra gli enti privati sono invece annoverati, oltre alle figure tipiche di associazioni, fondazioni e comitati delineate dal codice civile, gli enti disciplinati da specifiche leggi di settore, come le organizzazioni di volontariato, le organizzazioni non governative, le associazioni di promozione sociale, le Onlus e gli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti. Quanto agli immobili, la circolare precisa che l'esenzione sarà accordata solamente agli enti non commerciali che, oltre a possedere l'immobile, lo utilizzino direttamente per lo svolgimento delle attività precedentemente elencate.

#### Il requisito oggettivo: le attività agevolate e il loro svolgimento

Altre due condizioni per poter fruire dell'agevolazione in commento riguardano l'attività esercitata nell'immobile: la prima è che tale attività deve rientrare tra quelle specificamente elencate dalla norma (assistenziale, previdenziale, ecc.) e la seconda è che la stessa non può avere esclusivamente natura commerciale. Sul punto la circolare, basandosi su diverse sentenze emesse dalla Corte di Cassazione sull'argomento, individua alcuni importanti aspetti applicativi:

- l'onere di dimostrare l'effettiva destinazione dell'immobile alle attività consentite gra-

va sull'ente e non sull'amministrazione finanziaria;

- l'identificazione di tali attività non può basarsi su quanto previsto nello statuto dell'ente o in altra documentazione che attesti a priori il tipo di attività cui l'immobile è destinato, ma deve tenere in considerazione la reale situazione, cosicché "l'esenzione può essere riconosciuta solo se correlata all'esercizio, effettivo e concreto, nell'immobile di una delle attività indicate nella norma agevolativa";

- l'immobile deve essere destinato soltanto allo svolgimento delle attività agevolate e non può contemporaneamente essere utilizzato per altri scopi, neppure in via residuale.

Infine la circolare esclude del tutto la possibilità che nell'immobile possano essere realizzate attività commerciali, intese come attività contraddistinte dagli elementi tipici dell'economia di mercato quali il lucro soggettivo e la libera concorrenza.

Al contrario, qualora le attività esercitate "non siano di fatto disponibili sul mercato o siano svolte per rispondere a bisogni socialmente rilevanti", allora l'esenzione potrà essere riconosciuta ancorché le stesse attività non siano svolte in totale assenza di commercialità. Si tratta, in particolare, delle attività svolte in regime concessorio, in convenzionamento e/o in accreditamento con gli enti pubblici a condizione però che per la loro remunerazione siano previsti corrispettivi in misura stabilita e tali da assicurare che le stesse non siano finalizzate alla realizzazione di profitti.

### Le attività agevolate

Al fine di facilitare contribuenti e comuni nella concreta applicazione della disposizione in esame, la circolare individua alcuni elementi distintivi delle singole attività agevolate. Tra queste evidenziamo, prime di tutte, proprio le attività sanitarie che, riprendendo quanto già chiarito in via generale, l'Amministrazione Finanziaria definisce

"svolte con modalità non esclusivamente commerciali" se accreditate, contrattualizzate o convenzionate dalla regione. Tale circostanza, infatti, garantisce uno standard di qualità e pone un limite alla remunerazione delle prestazioni, assicurando che le stesse non siano orientate alla realizzazione di profitti. Al contrario gli immobili appartenenti alle strutture sanitarie non accreditate sono esclusi dalla misura agevolativa. Altra categoria di interesse nel comparto sanitario è costituita dalle attività ricettive per la parte che riguarda cd. ricettività sociale o housing sociale. Si tratta di tutte quelle iniziative finalizzate a soddisfare esigenze di alloggio in specifiche condizioni di disagio (ad esempio: centri di accoglienza, pensionati per parenti di malati ricoverati in ospedali distanti dalle proprie residenze), ovvero di alloggio per categorie sociali bisognose. Anche in questo caso è ammissibile che per tali attività sia percepito un compenso (retta) tuttavia lo stesso, stante il rispetto del requisito della non commercialità, deve essere di importo significativamente ridotto rispetto ai "prezzi di mercato". Non potranno pertanto beneficiare dell'esenzione sia le strutture alberghiere sia le strutture che, pur non essendo qualificate formalmente come alberghi, si comportano a tutti gli effetti come tali.

**Laura Bellicini e Claudia Spampinato**

Cba, Studio Legale e Tributario

<sup>1</sup> Ci si riferisce alla Circ. n. 2/DF del 26/01/09

Prima tappa di un lavoro dedicato a esaminare i diversi step, che possono condurre una struttura sanitaria al raggiungimento dell'eccellenza

## Verso una sanità evoluta



**Maria Giulia Marini,**  
Responsabile Sanità,  
Fondazione Istud

Evoluto significa<sup>1</sup> “sviluppo lento e graduale; svolgimento da una forma a un'altra, generalmente più completa e perfetta” (Garzanti), “progredito”<sup>2</sup>. Il termine non è solo riferito all'evoluzione biologica, ma anche a quella del linguaggio, della società, della cognizione umana. Per soffermarsi sui vantaggi dell'“evoluzione”, riflettiamo sul significato del termine a esso opposto: involuto. Eccolo: è “Contorto, complicato e intricato”. Il passaggio da *in*-voluzione a *e*-voluzione di un'organizzazione muove nel-

l'essenza da “complicazione interna” a “semplificazione esterna”. Dalle nostre esperienze di consulenza e di formazione all'interno delle organizzazioni sanitarie abbiamo raccolto come bisogno primario quello della progressione semplificata: è ora di “sbrogliare matasse intricate” che si estrinsecano in sovrapposizioni di processi interni, di semplificare il numero dei ruoli e le loro rivendicazioni, di snellire le sanità troppo intrise di sovrastrutture. Le sovrastrutture, i regni dei controlli sui controlli, lontani dai luoghi dove si produce “salute” sono dei fattori di “involuzione”: far “evolvere significa” minimizzare le sovrastrutture e rendere lo strumento del controllo direttamente connesso nel luogo dove si produce salute.

Un *caveat* è importante in questa premessa è che semplificazione non è sinonimo di superficialità, tagliare via, lasciare andare. Grande è la responsabilità che si assumono le persone che vogliono semplificare le organizzazioni sanitarie senza fare scelte banali e affrettate. Grande soprattutto in un mo-

mento storico in cui le aspettative di salute della popolazione sono generalmente più esigenti ma il contesto di ricchezza economica mondiale è gravemente “ammalato”.

### Cosa succede nel mondo?

L'organizzazione mondiale della salute (World Health Organization-Who) ha promosso nel 2007 un incontro tra i paesi sul tema di quale finanziamento è sostenibile per la salute<sup>3</sup>; le modalità in cui un sistema sanitario è finanziato e organizzato all'interno di un paese è un determinante fondamentale della salute e del benessere della sua popolazione. Sei sono stati gli indirizzi concordati che la Who ritiene debbano essere usati per guidare le risposte sanitarie delle nazioni:

1. raccogliere ulteriori fondi dove i bisogni di salute sono elevati e le ricchezze attualmente insufficienti;
2. spostare il pagamento individuale dopo l'intervento sanitario verso sistemi di pagamento anticipato da parte della popolazione, impostando quindi una programmazione sanitaria sociale e non una risposta ad una specifica domanda di salute;
3. intraprendere passi successivi per aumentare la protezione sociale, assicurando ai gruppi meno abbienti e vulnerabili accesso ai servizi sanitari;
4. aumentare l'efficienza d'uso delle risorse focalizzando l'attenzione su una selezione appropriata delle attività da finanziare, compiendo le risorse in modo oculato e sottoscrivendo contratti con altri partner non governativi;
5. promuovere la trasparenza e la responsabilità nei sistemi di finanziamento sanitari;
6. migliorare la produzione e l'uso delle in-

formazioni nei sistemi sanitari di finanziamento per modificare, quando necessario, le politiche di finanziamento.

La Who, come le grandi organizzazioni mondiali che fissano dei grandi ideali, pone al primo punto il fatto che le risorse, quando servono, si devono comunque raccogliere. E' il "criterio egualitario", quello che ha fatto fiorire i servizi sanitari nel cinquantennio successivo alla fine della seconda guerra mondiale. Fissato questo "primo comandamento", gli altri principi si concentrano sul "come" riuscire a erogare salute. Tra i modi: programmazione sanitaria piuttosto che pagamento a consuntivo, apertura a *partnership pubblico - privato*, rintracciabilità delle prestazioni per quantificarne il denaro associato, definizione dell'elenco delle priorità (passando quindi da un criterio egualitario a quello proporzionale). I sei punti di indirizzo proprio perché partono dalla Who riguardano tutti gli attori coinvolti nell'erogare salute, le nazioni e le organizzazioni interne, sia quelle del settore pubblico come quelle del settore privato. Per evolvere verso modalità organizzative sagge di distribuzione della ricchezza rispetto alle esigenze di salute, ci si può dotare di strumenti gestionali tratti dalle scienze economiche e organizzative. Ne sono esempio in Uk, le attività promosse dal National Institute for Clinical Excellence<sup>4</sup>, dove grande importanza hanno le analisi economico sanitarie con la ricerca delle "evidenze". Non è più sostenibile finanziare in sanità alcuna prestazione per la quale non c'è evidenza della sua efficacia o nella cura della persona o nel miglioramento della qualità della vita: la questione non riguarda più solo l'aspetto deontologico medico ma anche quello economico. Istituzioni e gruppi di studio analoghi al Nice sono in sviluppo nei paesi occidentalizzati: negli Stati Uniti la American Medical Association, l'associazione di riferimento per la classe medica statunitense che ha redatto anche il codice etico di come deve operare il medico ne-

gli Stati Uniti, in un paese contraddistinto da chiaroscuri sulla possibilità per il cittadino ad avere accesso alle cure, ha scritto le "roadmaps"<sup>5</sup>, ovvero i sentieri basati sulle evidenze scientifiche per fornire un'adeguata assistenza sanitaria con lo scopo di eliminare le disparità in termini di offerta di salute. In Italia, abbiamo il programma nazionale "Linee guida", che svolge la missione di studiare gli interventi di cura diagnostico terapeutici, per razionalizzarli in un ordine logico e sostenibile, in una rete programmata, secondo i canoni tradizionali della medicina basata sulle evidenze. In Francia, sebbene non ci sia un vero e proprio organismo dedicato al movimento della medicina basata sulle evidenze, è interessante il nome che ha questa medicina nel paese: *Medecine Factuelle*, ossia medicina fattiva. E' anche interessante il fatto che non ci sia un vero e proprio organismo dedicato a questo tema, e questo fenomeno può essere indicatore del grande livello di evoluzione della Francia rispetto agli altri paesi europei. In Francia il sistema funziona sulla medicina fattiva, indipendentemente dall'esistenza della struttura di programmazione delle linee guida, che per i francesi non è più necessaria e rischierebbe di trasformarsi in una sovra-struttura.

**Maria Giulia Marini**

Responsabile Sanità Fondazione Istud

<sup>1</sup> Dizionario Garzanti

<sup>2</sup> Dizionario Hoepli

<sup>3</sup> [www.who.org](http://www.who.org) : *Mapping of available tools and guidelines to strengthen health financing system*, May 2007 Department of Health financing system, WHO

<sup>4</sup> <http://www.nice.org.uk/>, *NICE is an independent organisation responsible for providing national guidance on promoting good health and preventing and treating ill health, UK, 2008*

<sup>5</sup> [www.ama.org](http://www.ama.org), American medical Association, *Roadmaps for clinical practice: a primer on population based medicine*

In una società sempre più multiculturale, anche l'universo sanitario è investito da nuovi problemi, tra i quali la comprensione di lingue diverse. Le difficoltà di comunicazione tra questa multiforme popolazione di utenti e gli operatori sanitari si riflette anche sulla documentazione clinica

## Documentazione sanitaria nella società multiculturale

Se numerosi sono gli assistiti che non conoscono minimamente la nostra lingua, o altra europea di diffusa conoscenza, molti sono anche quelli che, apparentemente dotati di una qualche capacità espressiva nel nostro idioma, attribuiscono a parole e discorsi un senso diverso da quello per noi abituale. Non pochi sono altresì gli operatori sanitari sprovvisti di dimestichezza con lingue straniere; da qui la frequente impossibilità di ricorso anche a un lessico terzo, che permetta agli interlocutori di intendersi. Da questo insieme di fattori possono derivare valutazioni professionali non corrette, riguardo ai bisogni degli assistiti con conseguente attuazione di trattamenti non appropriati, sia in ambito ospedaliero, sia nei settori assistenziali del territorio. In ospedale, sono coinvolti nel problema innanzitutto i servizi di emergenza che, per quanto abituati a rispondere a impegnative

situazioni cliniche di pazienti incooperanti o non collaboranti, avrebbero tuttavia esigenza di stabilire una comunicazione con l'assistito per poterne tempestivamente inquadrare il problema di salute. L'intervento di accompagnatori del paziente, sedicenti familiari o amici, linguisticamente più abili, non sempre si rivela vantaggioso, talora, anzi, è assolutamente controindicato. Chi opera sul campo riferisce che alcuni di questi "interpreti" sono al contempo - e forse maggiormente - interessati a pilotare le informazioni, animati da non sempre nobili inten-

ti. Tali condotte possono scaturire dal prevalere sul paziente, pur adulto, soprattutto donna, di volontà parentali secondo proprie tradizioni, oppure dal proposito di celare situazioni illecite: clandestinità, sfruttamento della prostituzione, violenza sessuale, riduzione in schiavitù, violazione di norme sulla tutela dei lavoratori ecc... Al di fuori dell'emergenza, la difficoltà di colloquio con l'assistito straniero può costituire un serio pregiudizio per una sicura e appropriata prestazione sanitaria, per l'impossibilità di conoscere allergie, intolleranze alimentari, disturbi precedenti, terapie in corso ecc... Non minor importanza ha il flusso informativo dai sanitari al paziente, per consentire a quest'ultimo di decidere se accettare o meno i trattamenti prospettatigli, poiché la libertà di cura, principio di rango costituzionale, interessa tutte le persone, indipendentemente dalla loro cittadinanza. Per i trattamenti di maggior impegno e rischio, è ormai diffusa l'adozione di informative scritte nelle lingue parlate dagli stranieri che maggiormente si avvalgono dei servizi sanitari di una data area.

### La figura del mediatore

Un ulteriore, qualificato contributo alla soluzione del problema relazionale può ottenersi con il ricorso a mediatori culturali. La mediazione culturale va oltre l'attività di traduzione, prefiggendosi di favorire lo scambio tra soggetti autoctoni e non, attraverso una miglior conoscenza reciproca. E' peraltro essenziale definire esattamente quel che i sanitari possono attendersi dal mediatore culturale. Questa



**Gabriella Negrini**  
Direttore Medico Ospedali  
Area Ovest Ausl Bologna,  
Vice Presidente Aidos

figura può interagire solo con un paziente in grado di intendere e volere o, se incapace, con il suo legale rappresentante, e farsi rigoroso portavoce di preoccupazioni, problemi, attese, volontà dell'assistito. Per quanto ogni traduzione implichi una componente di soggettività dell'interprete, al mediatore non è data facoltà di esternare opinioni personali e tanto meno di assumere decisioni in nome e per conto del paziente. Suo compito è illustrare le ragioni di prese di posizione o scelte del paziente, inattese o di difficile comprensione da parte dei sanitari e, in senso inverso, spiegare gli argomenti dei clinici a uno straniero talvolta a disagio in un contesto lontano dalle loro consuetudini. Non si può neppure esigere che il mediatore sia provvisto di approfondite conoscenze sanitarie, seppure auspicabili in qualche misura; nei suoi confronti, ci si dovrebbe porre come di fronte allo stesso paziente che, per suo tramite, è posto in grado di relazionarsi con i curanti.

### **Come lasciar traccia di tutto questo? È opportuno che la documentazione clinica rechi menzione delle modalità con cui si è svolta la relazione con l'assistito?**

Prudenza e diligenza inducono a suggerire di annotare nella documentazione relativa a ogni trattamento sanitario in cui, per facilitare la comunicazione, sia intervenuta una terza persona, le generalità di questa, precisando se si tratti di mediatore professionista o di altro soggetto, con la qualificazione dallo stesso riferita. Consigliabile altresì dar conto del previo consenso del paziente all'interposizione di una terza persona, dal momento che il contenuto della comunicazione riguarda dati personali sensibili, la cui tutela deve essere garantita secondo le previsioni del Dlgs 196/2003, meglio noto come Codice della privacy. Nell'ipotesi di eventuali, successive contestazioni del paziente, riguardo alla corretta rappresentazione di quanto da lui manifestato, oppure a eventi di danno in qualche modo correlati alla comunicazione intercorsa, risalire a chi ha

avuto parte attiva nel dialogo sarebbe indispensabile. Quanto al contenuto documentale, lo si può pensare analogo a quello inerente ogni altro assistito oppure modulato in funzione di peculiarità connesse all'appartenenza culturale del paziente? Se non si intravedono ragioni per differenziare i resoconti di atti squisitamente tecnici, un particolare riguardo potrebbero meritare la sintesi dei precedenti sanitari e la descrizione di alcune condizioni presenti. Si pensi, ad esempio, al frequente riscontro di mutilazioni genitali in donne provenienti da Paesi dove tali pratiche sono largamente diffuse o che appartengano a comunità che, pur risiedendo nel nostro Paese, le mantengono come propri valori radicati. Come l'approccio al problema richiede estrema delicatezza, così la documentazione clinica, pur senza nascondimenti o edulcorazioni, dovrebbe essere redatta con molto tatto, usando espressioni rispettose della persona assistita, tenuto altresì conto che, se in alcuni casi lei stessa può avere accettato liberamente la lesione della propria integrità, nella più parte delle evenienze è stata vittima di decisioni altrui. Molte altre possono essere le peculiarità documentali, rispecchianti peraltro gli adeguamenti che l'attività clinico-assistenziale deve attuare nei confronti di pazienti di differenti usi e costumi: dalla traccia di informazioni fornite su pratiche non ammesse nella cultura di appartenenza (trapianto, procreazione assistita, adozione...) o, per contro, vietate nel nostro Paese, all'annotazione di particolari richieste assistenziali (assistenza da persone del medesimo sesso, procedure rituali per la salma...) alla prescrizione conseguente di specifiche prestazioni. I flussi migratori in corso lasciano presumere che i problemi del confronto con persone di varia estrazione culturale siano destinati a perdurare; è bene quindi attrezzarsi per trattare al meglio anche queste nuove occorrenze assistenziali.

**Gabriella Negrini**

Direttore Medico Ospedali Area Ovest Ausl Bologna,  
Vice Presidente Aidos

Quali input guidano i responsabili dei processi di acquisto? Il solo criterio di valutazione del costo può ritenersi sufficiente? Riflessioni ed esempi di supporto alla farmacoconomia

## Il processo di acquisto in sanità



Alessandro Cavalieri,  
Senior Partner Ati Srl

Nella situazione attuale contrassegnata da una forte esigenza di ottimizzare le risorse a disposizione del sistema salute, è ragionevole considerare che il ricorso a nuovi prodotti possa essere giustificato solo a fronte di:

- un migliore *outcome* per i pazienti, quale ad es. una riduzione della mortalità, dei re-interventi o delle complicazioni gravi;
- un risparmio di risorse derivante dagli effetti positivi del mezzo che ha generato il costo supplementare;

Il solo criterio di valutazione del costo non deve pertanto essere motivo sufficiente di scelta d'acquisto per questa particolare classe di prodotti. E' necessario invece che i responsabili dei processi di acquisto in sanità abbiano adeguate informazioni per bilanciare tale valutazione anche considerando costi nascosti legati all'impiego di un farmaco piuttosto che di un altro. La domanda chiave è allora capire quali possono essere infatti i costi nascosti legati all'uso di prodotti che si reggono su un costo d'acquisto inferiore e a valutare il reale rapporto costo-efficacia derivante dal ricorso ad un prodotto piuttosto che di un altro. Proveremo ad affrontare il problema, facendo riferimento a un caso specifico e, attraverso la letteratura farmacoconomica disponibile, a esemplificare i possibili elementi che dovrebbero contribuire a guidare il processo di acquisto.

### Elementi guida

Si consideri il ricorso ad adesivi biologici composti da fibrinogeno e trombina, (*c.d.* "colle di fibrina"), la cui efficacia è documen-

tata per vari tipi di chirurgia, a scopo sia emostatico sia di sigillo tessutale per il rinforzo di anastomosi o per la chiusura di perdite interne<sup>1</sup>. Si tratta, peraltro, di emostatici che, per la loro particolare tipologia di utilizzo, determinano invariabilmente un consumo supplementare di risorse. Date per comuni caratteristiche quali la sicurezza e la compatibilità con i requisiti regolatori, tra i prodotti oggi disponibili in questo particolare segmento di acquisto di emostatici esistono comunque differenze significative in termini di efficacia, facilità d'uso (quali, ad esempio, procedure di conservazione e di preparazione all'uso), etc.

### Come allora effettuare una scelta d'acquisto?

Proviamo a considerare uno dei prodotti più noti in tale classe di farmaci, TachoSil, e a dare risposta a questa domanda facendo riferimento ai due criteri di scelta, sopra menzionati, di un prodotto innovativo.

In termini di migliore *outcome* per i pazienti, è osservabile come nei casi di bullectomia polmonare in toracosopia il ricorso a tale prodotto faccia registrare una riduzione delle recidive con necessità di re-intervento dal 10% al 1,22 % dei casi<sup>2</sup>. In relazione al miglior *outcome* per il paziente in associazione con la riduzione complessiva del procedimento chirurgico, ricorrendo a TachoSil rispetto al solo trattamento chirurgico tradizionale (sutura ed aggiunta di *staple*) nel controllo delle perdite aeree successive ad interventi di lobectomia o segmentectomia polmonare, è documentata una significativa riduzione della entità delle perdite aeree intraoperatorie e delle perdite aeree post-operatorie, ma soprattutto una si-

gnificativa riduzione del tempo di permanenza dei drenaggi intrapleurici post-operatori (in media 5,1 vs 6,3 gg) ed una significativa riduzione della durata della ospedalizzazione (in media 6,2 vs 7,7 gg)<sup>3</sup>. Nonostante il maggior costo medio della procedura in cui è utilizzato TachoSil, la degenza media minore registrata in questo gruppo di trattamento determina un minore costo medio globale per ricovero rispetto a quello trattato con chirurgia tradizionale<sup>4</sup>. Un secondo caso da tenere in considerazione, è legato al ricorso a TachoSil, rispetto al tradizionale ricorso a *stapler*, nei casi di perdite aeree intraoperatorie trattate con elettrocauterio in interventi di lobectomia polmonare. Anche in questo caso, si assiste ad una riduzione considerevole di permanenza dei drenaggi risultò inferiore (in media 7.6 vs 10.2 gg) e di riduzione del tempo medio di degenza (in media 11.0 vs 14.3 gg)<sup>5</sup>. Un ultimo esempio è dato dalla valutazione del ricorso a TachoSil in chirurgia cardiovascolare, dove emerge come, accanto ad un decorso post-operatorio significativamente migliore in termini di minor numero di complicazioni post-operatorie (infezioni richiedenti trattamento antibiotico o versamenti pericarditi richiedenti pericardiocentesi), si assiste ad un evidente e significativo accorciamento della durata della ospedalizzazione<sup>6</sup>. Un terzo elemento di valutazione è poi legato alla facilità d'uso del prodotto. TachoSil, a differenza di altri prodotti analoghi liquidi, richiede una facile preparazione e non necessita di una preventiva ricostruzione a partire da prodotti conservati in refrigerazione. Rispetto alle colle liquide, quindi, è eliminato l'aspetto di spreco dovuto alla necessità di smaltimento di quanto non utilizzato.

### Una visione più allargata

Attraverso questa breve carrellata di esempi, emerge con chiarezza la necessità, per i decisori del processo d'acquisto sanitario, di non fermarsi alla sola valutazione di convenienza economica, ma di avvalersi di criteri di valutazione di opportunità d'acquisto che contem-

plino una visione più allargata del processo all'interno del quale il singolo farmaco o il singolo presidio chirurgico è utilizzato. In questo senso, validi studi di farmacoeconomia possono essere di reale supporto: qui le aziende ed i responsabili del sistema sanitario possono trovare terreni di creazione di una reale *partnership*, creando valore per l'intero sistema.

**Alessandro Cavalieri**

Senior Partner Ati Srl

<sup>1</sup> Si vedano, tra gli altri, Pursifull NF, AF Morey: Tissue glues and nonsuturing techniques, *Curr. Opin. Urol.*, 2007, 17: 396-401; Scheneider KI: Fibrin sealants in surgical or traumatic haemorrhage, *Curr. Opin. Hematol.*, 2004, 11: 323-5; Hong YM, KR Loyghlin: The use of hemostatic agents and sealants in urology, *J. Urol.*, 2006, 176 (6 pt. 1): 2367-74; Lillemoe KD, JL Cameron, MP Kin, KA Camobell, PK Sauter, JA Coleman, CJ Yeo: Does fibrin glue sealant decrease the rate of pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy? Results of a prospective randomised trial, *J. Gastrointest. Surg.*, 2004, 8: 766-72.

<sup>2</sup> Muramatsu T; K Ohmori, M Shimamura, M Furuichi, S Takeshita, N Negishi: Staple line reinforcement with fleece-coated fibrin glue (TachoComb) after thoracoscopic bullectomy for the treatment of spontaneous pneumothorax, *Surg Today*, 2007, 37: 745-749. Nei casi osservati, l'intervento di bullectomia polmonare in toracoscopia era completato con l'apposizione del patch.

<sup>3</sup> Anegg U, J Lindenmann, V Matzi, J Smolle, A Maier, S Smolle-Juttner: Efficacy of fleece-bound sealing (TachoSil) on air leakage in lung surgery. A prospective randomised trial, *Eur. J. Cardio-Thor Surgery*, 2007, 31: 198-202.

<sup>4</sup> L'analisi di sensibilità indica comunque che il costo della procedura resta favorevole all'utilizzo di TachoSil fino ad un valore soglia di ? 236 per giornata di degenza.

<sup>5</sup> Droghetti A, A Schiavini, P Muriana, A Folloni, M Picarone, C Bonadiman, C Sturani, R Paladini, G Muriana: A prospective randomised trial comparing completion technique of fissure for lobectomy: stapler versus precision dissection and sealant, *J. Thor. Cardiovasc. Surg.*, 2008, 136 (2): 383-391. Seppur con le cautele derivanti dal ridotto campione di analisi, è possibile stimare una riduzione del costo complessivo della intera procedura di circa 2.500 euro.

<sup>6</sup> Onorati F, E Pasceri, C Scalas, G Santarpino, P Mastroberto, C Indolfi, A Renzulli: Aortic tube grafts wrapping with hemostatic fleeces reduces postoperative pericardial effusions, *J. Cardiovasc. Surg.*, 2008, 49: 1-5.