

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XV – N. 58 APRILE-GIUGNO 2006

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3 Invertire la prospettiva nel definire le politiche di salute
Elio Borgonovi

SAGGI

- 9 Interessi in gioco, strategie degli attori e responsabilità sociale. La centralità dei sistemi locali nel governo della sanità
Angelo Tanese
- 25 Strumento di valutazione dei sistemi regionali di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità veterinaria
R. Marabelli, G. De Sandoli, F. Fucilli, S. Bonati

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 55 Le sfide dell'invecchiamento tra risposte spontanee e compromessi necessari
Pierangelo Spano, Carlo De Pietro
- 71 Le Medicine e le Terapie non convenzionali nelle politiche e nelle esperienze del Sistema sanitario
Claudia Tacchino, Emilio Tanzi
- 99 Il costo delle ferite accidentali da aghi e l'impatto dei dispositivi di sicurezza per la prevenzione dal rischio di puntura accidentale
S. Cazzaniga, G. De Carli, D. Sossai, L. Mazzei, V. Puro
- 117 O.S.M.E.T.A. Una metodologia di valutazione per l'Health Technology Assessment
Umberto Bracale, Luigi Vitiello
- 133 People Strategy: Educazione continua in medicina in Regione Lombardia
Mariacristina Filannino
- 149 Integrare l'esperienza del paziente nella medicina basata sull'evidenza: un'esperienza di applicazione della Narrative-based Medicine
Elena Fiocchi, Guido Giarelli, Corrado Ruozi
- 161 ISR-CR: un sistema informativo integrato per il Friuli-Venezia Giulia
C. Francescutti, F. Oleari, F. Sbrojavacca, G. Blasetti

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 169 Novità bibliografiche
- 175 Spoglio riviste

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario d'economia delle amministrazioni pubbliche - Università Bocconi di Milano - Direttore dell'Istituto di Pubblica Amministrazione e Sanità

Luca Anselmi

Ordinario di Economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Cassese

Ordinario di diritto amministrativo - Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini

Ordinario di Economia - Università di Torino

Antonio Pedone

Ordinario di Scienze delle Finanze - Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco

Ordinario di diritto amministrativo - Università di Bologna

FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

Luigi D'Elia

Direttore generale - Azienda ospedaliera S. Giovanni - Roma

CONDIRETTORE E DIRETTORE SCIENTIFICO

Elio Borgonovi

COORDINAMENTO EDITORIALE

Mario Del Vecchio

COORDINATORI DI SEZIONE

Gianmaria Battaglia

Luca Brusati

Chiara Peverelli

Carlo Ramponi

Rosanna Tarricone

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

REDATTORI

Giorgio Casati

Giovanni Fattore

Giorgio Fiorentini

Andrea Garlatti

Alessandra Massei

Marco Meneguzzo

Franco Sassi

Antonello Zangrandi

Francesco Zavattaro

CORRISPONDENTI ESTERI

Michael Schofield (Manchester)

Gustav Schacter (Boston)

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales

DIREZIONE

00197 Roma – Viale Parioli, 77
Tel. 06.80.73.368 – 06.80.73.386
Fax 06 80 85 817
E-mail: sipised@tin.it

REDAZIONE

20135 Milano - Viale Isonzo, 23
Tel. 02.58.362.600
Fax 02.58.362.598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

PUBBLICAZIONE

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982
Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
Fotocomposta da SIPIS srl
Stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana - Tivoli (RM) - Tel. e fax 0774.381.700
Spedita in abbonamento postale, c. 1, art. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)
Prezzo di una copia € 68,00

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Si ricorda che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore; chi fotocopie la rivista o parti di essa si espone a: 1) multa penale [art. 171, lett. a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83; 2) azioni civili da parte di autori ed editori; 3) sanzioni amministrative (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57; fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. n. 633/41, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Clai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000, applicando su ogni foglio la contromarca prevista dall'accordo del 17 novembre 2005; tale contromarca sarà l'unica prova dell'avvenuto pagamento dei diritti. Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

Invertire la prospettiva nel definire le politiche di salute

ELIO BORGONOVÌ

Mentre questo editoriale va in stampa non si è ancora svolto il referendum sulla Riforma Costituzionale approvata dal Governo Berlusconi e quindi non è dato sapere se in materia «sanitaria» o di «tutela della salute», l'Italia si troverà nei prossimi anni con regole che prevedono la «competenza in via esclusiva» delle Regioni o la «competenza concorrente» con lo Stato. Si ritiene, tuttavia, che la questione di principio e i riflessi sul piano dei «poteri formali» attribuiti alle Regioni o allo Stato, poco interessino alla gente. Forse, alla gente interessa maggiormente sapere che nel 2005, per la prima volta nella storia, la spesa pubblica degli Stati Uniti è arrivata al 51% della spesa pubblica totale, che il Governatore (repubblicano) del Massachusetts ha introdotto nei mesi scorsi per tutti i cittadini l'obbligo di avere una copertura sanitaria, il che vuol dire, più o meno, aver introdotto una forma di servizio sanitario pubblico. Ciò significa che, mentre in Italia si stanno cercando di applicare alcune delle regole della concorrenza tipiche del modello USA, in quel Paese si va in senso opposto e si guarda con interesse a soluzioni di «copertura complessiva della popolazione» tipica dei sistemi europei. Probabilmente non si tratta di una contraddizione, ma della naturale e necessaria convergenza verso soluzioni intermedie rispetto a modelli in passato molto distanti tra loro come cultura del bisogno di salute e come concezione del rapporto tra libertà di scelta dei pazienti e competitività sociale ed economica dell'intero sistema.

Probabilmente alla gente interessa anche sapere che in molti Paesi progrediti un crescente numero di cittadini si dichiara insoddisfatto o non completamente soddisfatto della qualità dei servizi: questa situazione è presente sia nei sistemi di servizio sanitario nazionale, sia nei sistemi basati completamente sulle mutue, sia nei sistemi basati sulle assicurazioni di impresa o private. E alla gente interessa sapere che in molti Paesi code e tempi di attesa per esami e terapie «non essenziali» o che comunque «non pregiudicano direttamente lo stato di salute» esistono o sono addirittura programmati e comunicati alla popolazione, che è sempre più diffusa l'applicazione di ticket o di altre forme di partecipazione al costo dei servizi (pagamento diretto da parte di chi ne usufruisce).

Interesserà poi sapere, con qualche preoccupazione in più, che in molti Paesi, ma la cosa non può certo consolare gli italiani, aumenta, purtroppo, il numero di cittadini che di fatto non hanno accesso ai servizi per inefficienze dei sistemi (pubblici e mutualistici) o perché non sono in grado di «pagare per i servizi di diagnosi, cura, riabilitazione» perché non assicurati o perché le assicurazioni e i LEA (livelli essenziali di assistenza) non coprono quelle prestazioni (una recente indagine su sei Paesi, tra cui Australia, USA, Germania, colloca tale percentuale tra il 12 e il 36%), che vi sono code e tempi di attesa anche per casi in cui ciò mette in pericolo la vita delle persone o causa gravi danni alla loro salute, che persistono strutturali carenze nell'assistenza per anziani (sempre più numerosi), per lungodegenti e invalidi cronici, in generale per i gruppi più deboli della popolazione. La gente comune, poi, è preoccupata dalle informazioni, oggi più trasparenti rispetto al passato, su errori nelle diagnosi e cure, dai crescenti casi (reali o presunti) di malasanità, segnalati anche dall'aumento di cause (penali e civili) nei confronti di medici, altri professionisti o strutture sanitarie (per responsabilità oggettive) arrivate anche nel nostro Paese a livelli di oltre 15.000 (stime ottenute dal confronto di varie fonti).

La popolazione, infine, più che interessarsi a sterili dibattiti di cui spesso non comprende il significato, è preoccupata dalla verifica, a volte dalla semplice percezione, o dal timore che in Italia (cosa che più interessa i Lettori di Mecosan), ma anche in altri Paesi, si possa andare (o ritornare) verso sistemi di tutela della salute a «diversa velocità», con diversi livelli di tutela effettiva, al di là di quanto contenuto dalle leggi, nei Piani sanitari, nelle dichiarazioni programmatiche di Governi e Regioni.

Molti e complessi sono i fattori che hanno portato a queste situazioni, più volte discussi anche dalle colonne degli editoriali di Mecosan. Non si intende certo ritornare su di essi, ma si intende segnalare al Nuovo Ministro per la salute, al Governo centrale, ai Governi regionali insediatosi lo scorso anno, rinnovati quest'anno (Sicilia) e che saranno rinnovati il prossimo anno, alcuni orientamenti di fondo che possono aiutare ad affrontare in modo soddisfacente i problemi attuali e futuri.

Innanzitutto è prioritaria e indispensabile una azione culturale, resa, però, concreta da politiche nazionale e regionali, capace di ribaltare l'approccio che da alcuni decenni sembra essersi imposto. Occorre, cioè, ricostruire la conoscenza dei problemi, l'elaborazione delle soluzioni e la formulazione di politiche partendo dal basso e non calando dall'alto soluzioni «coerenti» con teorie dotate di una loro razionalità interna, oppure che hanno «funzionato bene» in altre realtà, o che sono semplicemente basate sulla speranza (o l'utopia) che il cambiamento possa di per sé favorire il miglioramento. Partire dal basso vuol dire:

- a) *dopo il Referendum concordare una specie di «tregua» o «pausa di riflessione» sul fronte delle ipotesi di «nuove riforme» o di «cambiamenti istituzionali radicali»;*
- b) *fare un inventario delle leggi e delle norme in tema di tutela della salute che sono rimaste inapplicate, che sono tra di loro contraddittorie, che generano elevati livelli di incertezza o di conflittualità: ciò per cancellare quelle che creano ostacolo a chi opera nel sistema o per dare attuazione a quelle che mantengono la loro validità;*
- c) *aumentare la capacità di chi «agisce in frontiera», di chi opera sul campo di capire i problemi reali e di prospettare soluzioni realistiche e compatibili con i comportamenti effettivi, non idealizzati.*

La logica sottostante questa proposta è tanto semplice nella sua formulazione quanto difficile nella sua attuazione. Se si vuole mantenere un sistema di tutela della salute generalizzato le leggi, i piani, le linee-guida, gli indirizzi programmatici, gli accordi Stato-Regione, come quelli del 2001 e 2004 o quello proposto dal nuovo Governo alle Regioni, è necessario un «sistema di regole» comuni. Ma se non si vuole che esse producano risultati, anche positivi, solo nel breve periodo (1-3 anni), esse devono avere contenuti capaci di tradursi in profonde modificazioni dei comportamenti delle persone, poiché solo in questo modo è possibile ottenere quei cambiamenti (riforme) strutturali di cui sempre si parla.

Bene ha fatto il Governo a imporre alle Regioni che hanno presentato deficit per il 2005 l'applicazione automatica delle addizionali Irpef e Irap «salvo revoca dell'automatismo in caso di presentazione di provvedimenti credibili di ripiano in altre forme» e, probabilmente, bene ha fatto ad applicare il taglio dei prezzi dei farmaci di fronte allo «sfondamento» della spesa prevista dalla legge finanziaria. Infatti, anche se tali norme possono essere discutibili, e in alcuni casi inefficaci o controproducenti, occorre dare il segnale che le regole vanno applicate fino a quando non siano sostituite con altre migliori. Tuttavia l'applicazione di tali provvedimenti dovrebbe essere motivata ai cittadini più che dalla esigenza di ripiano dei disavanzi e di contenimento della spesa, da un chiaro messaggio: il recupero e il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario (bilanci in pareggio a livello di aziende e finanziamenti corrispondenti alle spese a livello regionale) non costituiscono l'obiettivo, ma la condizione per salvaguardare l'esistenza di un sistema di tutela della salute solidaristico tra Regioni e all'interno di ciascuna di esse.

Da subito occorre che dai dibattiti, dalle dichiarazioni ufficiali, dalle decisioni delle aziende sanitarie, dagli interventi legislativi e programmatori delle Regioni e dello Stato, da apposite campagne di comunicazioni, i cittadini percepiscano che ci si sta preoccupando innanzitutto della loro salute e ricevano i seguenti messaggi.

Il progresso delle conoscenze in campo scientifico, ma anche dei comportamenti sociali e individuali di fronte al problema della salute, mette a disposizione strumenti più efficaci, ma allo stesso tempo rende più complesse le decisioni, soprattutto, obbliga a fare delle scelte di priorità. I cittadini devono percepire chiaramente che «il sistema», che vuol dire i medici e gli altri professionisti con i quali si entra in contatto al momento del bisogno, i Direttori generali delle Aziende sanitarie e i loro staff di dirigenti, gli Assessori regionali alla sanità e le agenzie regionali, il Ministero, è impegnato realmente a raccogliere informazioni per capire quali sono i bisogni effettivi, ad individuare quali sono le code, le liste di attesa, le altre inefficienze che possono causare effetti negativi sulla salute.

Con dati, esempi e casi concreti, occorre trasmettere ai cittadini e convincerli, che le diverse posizioni sulla eventuale autorizzazione alla distribuzione dei farmaci da banco nei centri commerciali (con adeguate garanzie), sulle incentivazioni per aumentare la quota di farmaci equivalenti (che hanno prezzi inferiori) rispetto ai farmaci di marca, sulla chiusura di piccole strutture ospedaliere e la riconversione in altri servizi, e su tanti altri problemi sono determinate non solo, e non prevalentemente, dalla difesa di «interessi dei diversi soggetti» (che pure ci sono) ma da diverse valutazioni sui possibili vantaggi o svantaggi per i pazienti. Occorre che i soggetti che difendono le diverse soluzioni siano «più credibili» e, soprattutto, dicano cosa concretamente intendono fare e cambiare per aiutare i pazienti e, in generale, i cittadini.

Occorre promuovere e moltiplicare le iniziative che «portano l'informazione direttamente ai cittadini», dai siti e portali delle strutture che erogano servizi e nei quali è possibile trovare informazioni, fino al «consulto on line» ed altre forme. Tuttavia occorre che il Ministero della salute e le Regioni concordino di attivare strumenti di verifica e controllo dei siti, della correttezza e della qualità delle informazioni per evitare che il cittadino sia esposto al bombardamento di informazioni contraddittorie e non «filtrate» (o certificate) che ne aumentano la confusione e l'insicurezza invece che aiutarlo. Tali controlli devono avere lo scopo di evitare che i siti di informazione e di risposte on line diventino in effetti forme di marketing più o meno occulto, per attrarre pazienti, per aumentare la domanda di servizi tramite la disseminazione di dubbi, per aumentare la sindrome di «ipocondria» che ha un effetto moltiplicativo sulla domanda di servizi.

Una corretta informazione deve contribuire a diminuire la richiesta di servizi e prestazioni, o almeno a qualificarla, non deve aver un effetto «moltiplicatore» della cosiddetta medicina prestazionale. Soprattutto occorre che le informazioni aiutino i cittadini a capire se e quando hanno problemi che possono risolvere da sé senza ricorrere al medico e non a diffondere l'idea dell'autocura indiscriminata che oggi può diventare un reale rischio per la salute.

Infine occorrono interventi idonei a far comprendere al cittadino che, se o quando si chiede il pagamento di ticket, o di parte delle prestazioni (partecipazione al costo), si fa ciò per poter garantire il mantenimento di elevati standard di qualità dell'assistenza e per evitare il degrado dei servizi di fronte alla difficoltà di finanziare con le sole risorse pubbliche l'adeguamento al progresso scientifico e tecnologico.

Occorre però che queste non siano pure e semplici dichiarazioni, ma che il cittadino veda cambiamenti nei servizi, sia trattato meglio dagli operatori, riesca a capire come sono impiegati i soldi pubblici.

Sul campo, sulla frontiera del contatto quotidiano con i pazienti e con la popolazione ci stanno medici, infermieri, biologi, tecnici, in generale tutti i «professionisti» della salute che si chiamano tali perché compiono atti idonei a rispondere ai bisogni. Affinché un sistema

funzioni bene e sia valutato positivamente, occorre che essi abbiano conoscenze aggiornate su come affrontare i problemi di salute, siano motivati a dare il migliore servizio, siano organizzati in modo razionale, ossia ognuno sia chiamato a svolgere compiti e funzioni per i quali è professionalmente preparato, abbia a disposizione i farmaci, le protesi, gli altri beni di consumo, le attrezzature e apparecchiature necessarie per effettuare le diagnosi, somministrare le terapie, attuare gli interventi riabilitativi richiesti. A tal fine, le politiche e la loro attuazione devono dare priorità:

- 1) all'aggiornamento e alla formazione continua dei professionisti;
- 2) al loro coinvolgimento nel ricercare e applicare metodiche assistenziali e forme organizzative idonee a migliorare l'efficacia nella soluzione dei problemi di salute (outcome), la qualità tecnica e il giudizio soggettivo dei destinatari dei diversi interventi (qualità dei servizi, dell'output), l'efficiente uso delle risorse messe a disposizione;
- 3) all'applicazione di sistemi per monitorare l'attività svolta, rilevare i risultati ottenuti in termini di salute e di rapporto benefici-costi e idonei a individuare e distinguere i professionisti che operano con competenza, impegno, rispetto delle regole organizzative dando un contributo positivo alla funzionalità delle aziende sanitarie, da coloro che, per ragioni varie, non danno un contributo altrettanto positivo: tali sistemi di monitoraggio e valutazione devono essere collegati a sistemi che premiano (sul piano economico, se possibile, o con altre forme di incentivazione non economiche) e che valorizzano i professionisti del primo tipo rispetto a quelli del secondo;
- 4) all'introduzione di sistemi di monitoraggio e verifica dei comportamenti che, senza voler esprimere giudizi etici o morali, valorizzino persone che, nei fatti e non con dichiarazioni, dimostrino di avere senso del dovere, rispetto delle persone in stato di disagio (pazienti, parenti o altre persone ad essi vicine), senso di appartenenza all'azienda e al sistema di assistenza (sia che operino in aziende e strutture pubbliche, sia che operino in strutture private).

Le politiche che partono dall'alto si traducono in messaggi che arrivano agli operatori, ai professionisti in questi termini:

- occorre aumentare il livello di efficacia ed efficienza per essere più competitivi e più produttivi;
- è necessario ridurre la spesa poiché la Regione e lo Stato hanno ridotto i finanziamenti e hanno imposto il pareggio di bilancio;
- è doverosa la razionalizzazione con la chiusura di servizi e/o di strutture e la centralizzazione di alcune funzioni «per ottenere economie di dimensione»;
- non è possibile la sostituzione di certe attrezzature e apparecchiature obsolete per mancanza di fondi.

Sono messaggi che hanno una valenza negativa anche se sono sempre accompagnati da «dolcificanti» quali: tutto ciò, naturalmente, va fatto agendo sugli sprechi e le inefficienze e senza ridurre la qualità dei servizi e l'attenzione ai pazienti, nella prospettiva di eliminare prestazioni inappropriate e spese inutili in modo da creare lo spazio per lo sviluppo, il rilancio, la riqualificazione strutturale del sistema.

Le politiche che partono dal basso si basano, al contrario, sui seguenti messaggi, molto più semplici, immediati e credibili. Chi le deve applicare, ad esempio il Direttore generale, deve rivolgersi ai professionisti, chiedendo più o meno queste cose:

- 1) quali sono le tipologie di persone (si noti: non le tipologie di «patologie») che si rivolgono più frequentemente ai nostri servizi, alle nostre unità operative, ospedaliere o extraospedaliere, ecc.?
- 2) attualmente come rispondete alle loro esigenze, come organizzate i servizi?
- 3) quali sono le principali carenze che riscontrate nelle risposte che oggi siete in grado di dare?

- 4) avete idee e/o proposte già articolate su come si potrebbe migliorare la situazione tenendo conto dei seguenti aspetti:
- miglioramento della qualità e della rapidità della risposta ai bisogni,
 - eliminazione di attività o prestazioni inutili (o che possono essere addirittura rischiose per i destinatari), individuazione di pazienti che potrebbero essere trattati in altro modo o in altre strutture,
 - possibilità di ridurre la spesa, a parità di persone cui si danno risposte positive e soddisfacenti, oppure possibilità di aumentare il numero di persone assistite a parità di risorse e con una spesa in lieve incremento, poiché ciò aiuta ad ampliare la copertura sanitaria e a dare significato più pieno al diritto costituzionale di tutela della salute.

Coinvolti non su una logica di vincoli da rispettare, ma su proposte di miglioramento, migliaia di professionisti avrebbero reazioni sicuramente diverse, più creative e più positive di quelle che hanno avuto negli ultimi anni. Gli stessi professionisti sarebbero sicuramente in grado di esprimere una enorme energia positiva e soluzioni più razionali e realistiche di quelle «disegnate a tavolino» da molti gruppi di «esperti» che a volte non conoscono la realtà concreta o che, in altri casi, si sono allontanati dalla realtà anni prima e quindi conoscono bene il passato, ma non altrettanto bene il presente e, soprattutto, il futuro che si va costruendo nel concreto con i cambiamenti dei comportamenti quotidiani.

Certamente, questa logica dal basso ha dei potenziali rischi e limiti. I professionisti, per formazione e per cultura consolidata nel tempo, sono portati a proporre soluzioni ottimali pensando prevalentemente ai pazienti con cui «hanno a che fare» e quindi spesso propongono soluzioni a costi sempre più alti, o ottimali per la propria unità operativa o il proprio dipartimento. Tuttavia molti di essi hanno superato questa cultura e, se direttamente coinvolti e responsabilizzati e dotati di adeguate metodologie, sono sicuramente in grado di elaborare proposte innovative (sul piano assistenziale e organizzativo), realistiche, attente anche ai costi. A nessuno può sfuggire che l'attenzione alle risorse imposta in forma di «contenimento dei costi» viene percepita come (e in effetti è) una limitazione dell'autonomia professionale, mentre l'attenzione ai costi «richiesta come uno degli importanti aspetti da considerare per poter dare migliori servizi a un numero più ampio di cittadini» può essere percepita e interpretata come riconoscimento, ampliamento, valorizzazione dell'autonomia professionale e come una sfida nuova. Chi interagisce con i professionisti ha la responsabilità tecnica e il dovere deontologico ed etico di non adottare questo approccio come «tattica strumentale», per rendere accettabili politiche imposte dall'alto, deve rendersi disponibile a sua volta ad impegnarsi per trovare soluzioni «innovative e creative» quando proposte razionali (e ragionevoli) dei professionisti si scontrano con vincoli burocratici e di spesa, deve svolgere una azione di supporto e di formazione orientata a rafforzare e diffondere una cultura capace di considerare in modo bilanciato aspetti scientifici, professionali, organizzativi, economici e, soprattutto, etici e di attenzione alla persona in stato di bisogno.

Al terzo livello, partendo dal basso, meglio dalla frontiera, si trovano le aziende sanitarie (territoriali e ospedaliere, pubbliche e private accreditate), del cui funzionamento sono responsabili il Direttore generale e il gruppo di dirigenti che ad esso fanno capo, sia quello in posizione di staff, sia quello in posizioni di linea (esempio dirigenti di Dipartimenti, di Distretti, di Unità operative): essi non devono essere considerati, come è accaduto negli ultimi anni, semplici e «fedeli esecutori» o «attuatori professionalizzati» delle politiche delle Regioni, di cui si è cercato di ridurre l'autonomia decisionale reale «in funzione» della sostenibilità e dell'equilibrio del sistema. Certamente Direttori generali e dirigenti devono essere responsabilizzati sull'equilibrio operativo (domanda-offerta di servizi) ed economico delle aziende, ma devono essere lasciati liberi di raggiungere tale equilibrio, o avvicinarsi ad esso, con una ampia autonomia che consenta loro, non solo di esprimere la propria diversa professionalità, ma soprattutto di valorizzare il coinvolgimento e l'apporto dei professionisti che essi trovano nelle proprie aziende.

Chiedere Piani strategici alle aziende sulla base di format standardizzati e con linee-guida rigide, imporre tagli di spesa in settori decisi dalla Regione, imporre il filtro delle autorizzazioni regionali per una serie di atti, sono misure che certamente servono ad evitare che Direttori generali, o gruppi dirigenti di aziende poco professionali o poco attenti all'equilibrio «di sistema», compiano scelte errate e dannose, ma impediscono ai Direttori generali e ai dirigenti preparati, motivati, che collaborano con la maggior parte dei professionisti, che interagiscono positivamente con il territorio (i Sindaci e altri rappresentanti delle comunità locali), di rispettare gli indirizzi e i criteri regionali tramite un adattamento alle diverse realtà e non tramite soluzioni preconfezionate.

Ci vogliono politiche e regole basate sul principio del dare autonomia, valorizzare e premiare chi intende operare positivamente nel rispetto dei principi e dei criteri generali e non dominate dall'obiettivo di evitare il mancato rispetto degli indirizzi, dei criteri e dei vincoli della Regione da parte di chi utilizza male l'autonomia, per incompetenza o per perseguire propri obiettivi individuali (rispettabili o meno rispettabili) usando il potere formale derivante dalle proprie posizioni. Le Regioni non devono farsi guidare dall'illusione del «centralismo razionale», che non produce mai buoni risultati nel medio lungo periodo. Devono, semmai, impegnarsi nella selezione di Direttori generali e dirigenti delle aziende competenti, professionali che si identificano nella loro funzione e nel loro ruolo e che, soprattutto, interiorizzano il fatto che essi hanno il duplice ruolo e la duplice responsabilità di governare al meglio la propria azienda e di contribuire in modo collaborativo al governo dell'intero sistema regionale. Devono cioè sentirsi Direttore generale e dirigenti dell'azienda e «componenti del gruppo dirigente di un sistema regionale» che o è in grado di raggiungere un equilibrio complessivo, oppure è destinato cadere inevitabilmente nella crisi trascinando anche le aziende che singolarmente sembrano in migliori condizioni. Dirigenti che si preoccupano di ottenere l'equilibrio (anche di bilancio) della propria azienda «esternalizzando» costi che ricadono su altre aziende o sulla Regione non rispondono certamente a questa logica.

Il livello di più difficile attuazione delle politiche che partono dal basso, dalla frontiera, è senz'altro quello dei rapporti Regione-Stato. Si ritiene opportuno rinviare la trattazione di questo aspetto, una volta noti i risultati del Referendum o dopo la fase di rodaggio del funzionamento della Conferenza Stato-Regioni con il nuovo Governo.

In conclusione si può affermare che il passaggio da politiche che seguono la logica dall'alto (equilibrio di sistema) al basso a politiche che seguono la logica dal basso all'alto

(SODDISFAZIONE EQUILIBRIO DOMANDA-OFFERTA → VALORIZZAZIONE DEI PROFESSIONISTI →
EQUILIBRIO DELLE AZIENDE OTTENUTO CON IL RISPETTO DELLA LORO AUTONOMIA →
EQUILIBRIO TRA SISTEMA FINANZIARIO E SPESA A LIVELLO REGIONALE)

non rappresenta un gioco di parole, un diverso modo di esporre il problema, ma vuole dire cose molto concrete.

Quando si elaborano o si propongono politiche della salute, linee-guida, indirizzi, prima occorrono delle «simulazioni» sull'impatto che esse produrrebbero su un limitato, ma significativo, gruppo di aziende sanitarie e occorre che si faccia una indagine su come esse sarebbero percepite dai professionisti e dalla popolazione. Significa adottare metodologie capaci di dare risposta a queste domande: cosa potrà realisticamente (non utopisticamente) accadere nelle aziende sanitarie, cosa penseranno o come presumibilmente reagiranno coloro che saranno chiamati ad applicare le nuove regole?

Gli strumenti per capire e prevedere qualcosa di più, prima di attuare le politiche e i provvedimenti, esistono, basta saperli e volerli usare senza seguire la logica di «provare e, semmai, aggiustare il tiro», logica molto pericolosa perché si ha a che fare con la salute di persone, non con malattie.

Interessi in gioco, strategie degli attori e responsabilità sociale. La centralità dei sistemi locali nel governo della sanità

ANGELO TANESE

Drawing from both theoretical and empirical evidences, the article focuses on the role of local networks in the innovation and change processes. The cases of the closure of a small hospital in a rural area and that of an increasing in the day surgery activity show how different actors may play important roles in the decision making as well as in the implementation phase. In this perspective the political and technical dimensions of public management are closely interwoven. The author discusses the importance of «local» mechanisms and responsibilities opposite to regional, centralistic rules of government.

Note sull'autore

Angelo Tanese è Direttore Amministrativo Asl Roma E e docente di Organizzazione aziendale e di Gestione del cambiamento organizzativo presso la Facoltà di Scienze Sociali - Università di Chieti-Pescara

1. Introduzione

Gli interventi di riforma e le modifiche istituzionali che hanno caratterizzato il sistema sanitario italiano negli ultimi venticinque anni hanno spostato progressivamente il *focus* del cambiamento dal livello centrale al livello regionale e locale.

Se infatti dopo l'istituzione del Servizio sanitario nazionale il dibattito intorno al cambiamento ha riguardato principalmente l'attuazione del nuovo «modello» di assistenza (il passaggio dagli enti mutualistici alle Unità sanitarie locali, la definizione del Fondo sanitario nazionale, ecc.), a partire dagli anni '90 l'attenzione si è incentrata progressivamente sulle responsabilità e sui meccanismi di governo della spesa sanitaria a livello regionale.

Così il processo di «aziendalizzazione» e di «regionalizzazione» del sistema sanitario italiano indicato nei decreti di riforma ha assunto modalità, velocità ed esiti differenti, condizionati sempre più non già dai contenuti delle leggi, ma piuttosto dalle reali capacità e dalle specifiche scelte attuative realizzate a livello locale.

A fronte di un disavanzo strutturale dei conti pubblici, le politiche di razionalizzazione e di contenimento della spesa sanitaria sono state progressivamente affidate alle amministrazioni regionali e alle loro capacità di governo del *budget* attraverso scelte autonome sui meccanismi di riparto del fondo, sull'assetto istituzionale e organizzativo delle aziende sanitarie, sulle politiche di accreditamento delle strutture, oltre che ovviamente sulla scelta e revoca degli incarichi

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La complessità dei processi di attuazione delle politiche sanitarie nei sistemi locali
3. Condizionare i comportamenti professionali. Il cambiamento nella pratica medica come problema di apprendimento organizzativo
4. Il cambiamento in sanità. Nuovi percorsi di regolazione nei sistemi locali

ai direttori generali. Dal canto loro, i nuovi manager, figure del tutto nuove nel panorama della Pubblica amministrazione italiana, sono stati chiamati ad impostare la gestione delle neocostituite aziende su logiche e criteri affatto diversi rispetto alla gestione delle precedenti Usl.

Come è evidente, la definizione del nuovo assetto istituzionale non ha potuto generare per decreto una reale trasformazione del sistema e nuove capacità di governo. I diversi livelli amministrativi coinvolti (Stato-Regioni-enti locali), e soprattutto la pluralità di attori e di interessi in gioco (ruoli politici, dipendenti pubblici, ordini professionali, erogatori privati, imprese fornitrici di beni e servizi, sindacati, associazioni, ecc.) sono stati tutti direttamente e reciprocamente coinvolti nella realizzazione di un nuovo «modello» di sanità, caratterizzato da criteri di gestione aziendali, da esigenze improrogabili di recupero di efficienza nella struttura di offerta e nei consumi, dall'introduzione di meccanismi concorrenziali e di regolazione tariffaria della produzione, e da una rinnovata richiesta di appropriatezza dell'offerta (nella prescrizione di farmaci e prestazioni, nella garanzia di alternative al ricovero ospedaliero, ecc.).

Tutti questi elementi di novità hanno agito su sistemi sanitari locali già caratterizzati da una profonda eterogeneità nei livelli di offerta e di performance. Anche prima della 502/92, infatti, all'interno del Servizio sanitario nazionale la capacità di risposta ai bisogni di salute dei cittadini dipendeva dal grado di attuazione di quanto previsto dalla legge (ad esempio, non è stato affatto garantito in modo omogeneo sul territorio nazionale quanto previsto dalla L. 833/78 in merito al ruolo di programmazione delle Regioni o all'attivazione dei distretti sanitari di base) o dalle autonome capacità di iniziativa locale (ad esempio l'introduzione di logiche e strumenti per il miglioramento della qualità dei servizi, per l'adozione della contabilità analitica e direzionale, l'utilizzo di nuove tecnologie, ecc.). Già la legge istitutiva del Ssn, quindi, dietro l'apparente omogeneità del sistema a livello nazionale, aveva trovato concreta applicazione in funzione delle diverse capacità di auto-organizzazione dei sistemi locali (Cerisdi, 1992).

Oggi, a dieci anni dall'avvio delle aziende sanitarie, è ancora più importante rileggere

e valutare il percorso di riforma in termini di capacità di innovazione dei sistemi locali (Meneguzzo, Tanese, 2001). Non è sufficiente evocare i principi di efficienza, efficacia ed economicità, pur validi, o nuove logiche di *clinical governance*, pur necessarie, per orientare tali sistemi verso nuove modalità di funzionamento e più elevati livelli di performance.

La nostra idea è che occorre ripartire da una consapevolezza delle profonde implicazioni organizzative, vale a dire di regolazione dei sistemi di relazione e di cooperazione tra i diversi attori coinvolti, sulla ricostruzione degli interessi e delle diverse logiche d'azione presenti, e sulle possibili azioni di intervento per adottare strategie di cambiamento concretamente realizzabili.

Per dare concretezza a questa prospettiva, ricostruiremo e analizzeremo due casi concreti di cambiamento in ambito sanitario, che riguardano situazioni particolarmente frequenti nei diversi contesti territoriali del nostro paese. Il primo caso riguarda il tentativo (fallito) di chiusura e di riconversione di due piccoli ospedali di provincia, azione che innesca delle dinamiche nelle relazioni tra gli attori locali che obbligheranno l'azienda sanitaria e la Regione a retrocedere nella decisione presa. Il secondo caso concerne la politica adottata da una Regione per aumentare all'interno delle strutture ospedaliere l'utilizzo più appropriato dei ricoveri in *day surgery* rispetto ai ricoveri ordinari. Dalla ricerca effettuata presso alcune aziende sanitarie pubbliche emerge l'esistenza di circuiti negoziali e rapporti di potere tra direzioni e professionisti medici da cui non è possibile prescindere se si intende realmente garantire applicazione ed efficacia alla politica regionale.

A partire da questa base empirica e dall'analisi dei processi organizzativi sottostanti, nella parte finale dell'articolo saranno individuate alcune possibili linee di sviluppo per una strategia di cambiamento in sanità, radicata su una rinnovata centralità e una diversa regolazione dei sistemi sanitari locali.

2. La complessità dei processi di attuazione delle politiche sanitarie nei sistemi locali

È indubbio che la complessità del governo dei sistemi sanitari locali attiene alla pluralità

tà di interessi e di attori in gioco. Il peso economico, la visibilità pubblica e le ricadute sul sistema politico dei servizi sanitari sono molto elevati, soprattutto a livello locale. Già di per sé questi elementi dovrebbero indicare come siano impossibili una politica ed una programmazione sanitaria che non tengano conto della loro sostenibilità e coerenza rispetto al contesto in cui vanno ad applicarsi. Le scelte in merito all'allocazione delle risorse, alla localizzazione dei servizi e ai livelli di assistenza incidono in modo rilevante non solo sulla salute dei cittadini, come è ovvio, ma anche sui meccanismi di redistribuzione del reddito, sul sistema economico e finanziario, sulla legittimazione sociale delle istituzioni e sul consenso politico.

In questo quadro deve essere collocato il ruolo del direttore generale dell'azienda sanitaria locale, chiamato a garantire l'attuazione delle direttive nazionali e regionali, a sviluppare un'autonoma capacità di lettura dei bisogni e di programmazione dei servizi, e al contempo a razionalizzare l'utilizzo dei fattori produttivi impiegati. Tutto questo sapendo che la titolarità della funzione di tutela degli interessi dei cittadini (anche in materia sanitaria) è in capo ai sindaci dei comuni su cui insiste la propria azienda e che il potere regolamentare, finanziario e di controllo sul suo operato è comunque della Regione.

Questi fattori di complessità emergono in modo evidente nelle situazioni in cui occorre assumere decisioni che interessano direttamente diversi livelli istituzionali e di rappresentanza degli interessi locali, come nel caso della chiusura di un piccolo ospedale.

2.1. Chi governa? Il caso della Asl di Avellana-Sulpiano

Il caso della Asl di Avellana-Sulpiano¹ può essere considerato emblematico e rappresentativo della complessità dei sistemi sanitari locali e delle difficoltà di un cambiamento strutturale al loro interno. Vale la pena ricostruirlo brevemente.

La storia riguarda un'azienda sanitaria locale di provincia (territorio prevalentemente montano) sorta dall'accorpamento delle tre precedenti Usl di Avellana, Sulpiano e Montefiore. Per ragioni di antica rivalità e radicato campanilismo, l'unificazione delle tre Usl è stata fortemente osteggiata dalle po-

polazioni e soprattutto dagli amministratori locali. In particolare tra Sulpiano e Avellana, due cittadine di antiche origini e tradizioni che, pur non essendo capoluogo di provincia, hanno sempre cercato di mantenere una loro autonomia politica e culturale in ambito regionale.

Il primo direttore generale nominato dalla Regione, una volta insediatosi, si trovava dinanzi un'azienda composta in realtà da tre «pezzi» – le tre ex-Usl – fortemente autonomi, ognuno con caratteristiche e problemi propri e con pochissimi contatti reciproci. L'azienda era totalmente da costruire.

Nel giro di pochi mesi la nuova direzione diede avvio ad una serie di interventi che intendevano segnare una cesura rispetto alle passate gestioni, al fine di riqualificare l'offerta di servizi e migliorare i risultati: l'elaborazione di un documento strategico e programmatico dell'azienda che definiva gli obiettivi generali, la definizione di un nuovo modello organizzativo che distingueva tre macroaree (centrale, ospedaliera e territoriale) e organizzava ogni area per Dipartimenti, un progetto per l'introduzione di un sistema di valutazione e di controllo della gestione attraverso un insieme di indicatori di economicità, di produttività e di qualità.

Uno dei principali problemi che il direttore si trovava ad affrontare era la situazione critica degli ospedali (sul territorio ve ne erano 5, di cui 4 medio-piccoli) i quali, fatta eccezione unicamente per l'ospedale più grande, con sede ad Avellana, utilizzavano strutture per lo più fatiscenti. Tuttavia l'ospedale era anche il principale luogo di erogazione dei servizi, nella quasi totale assenza di servizi territoriali.

Al riguardo, il recente Piano sanitario regionale delegava i direttori generali delle aziende a portare a compimento entro un anno il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, sulla base di standard, indici e coefficienti di attività ben definiti.

La proposta del direttore, sulla base di un'analisi dei dati di attività e dei coefficienti indicati dal Piano sanitario, fu dunque quella di riconvertire i due piccoli ospedali di Cascina e Tagliamento (entrambi a pochi chilometri da Avellana) rispettivamente in un polo specialistico geriatrico e in un polo riabilitativo cardiologico e di lungodegenza.

Nel frattempo però gli amministratori dei comuni di Cascina e limitrofi avevano proceduto alla costituzione di un comitato pro-ospedale, prendendo da subito una netta posizione contraria al piano di riconversione. Per loro l'ospedale andava potenziato e non smantellato: il comitato produsse una contro proposta al piano Asl, in cui si era favorevoli all'apertura del nuovo polo geriatrico, a patto però che venissero mantenute e trasformate in Dipartimenti le divisioni attuali di Medicina, Chirurgia e Ostetricia, e fossero avviati alcuni servizi sul territorio (il distretto, un poliambulatorio).

Il dibattito chiamò in causa l'Assessore regionale alla Sanità, invitato a prender parte a una seduta congiunta dei consigli comunali aderenti al comitato, che tranquillizzò i presenti dicendo che non si sarebbe provveduto alla riconversione senza salvaguardare il diritto alla salute delle popolazioni locali...

Nel frattempo, il direttore generale era intenzionato a portare avanti il piano di riconversione, nei tempi e nei modi previsti. Dal suo punto di vista, la protesta degli amministratori locali era solo un tentativo di salvaguardia e strenuo mantenimento di interessi e poteri locali, che nulla avevano a che fare con una razionale valutazione dei problemi di salute della popolazione. Le strutture di Cascina e Tagliamento erano scadenti e con una gestione passata fallimentare; i servizi erogati non erano adeguati ai bisogni locali, sovradimensionati quantitativamente nelle attività attualmente svolte e non rispondenti alle esigenze di salute di una popolazione prevalentemente anziana. Alla Regione il manager chiedeva il rispetto coerente del Piano sanitario approvato con legge regionale, che lui si era limitato ad attuare, e in particolare chiedeva all'assessore di proteggerlo dalle proteste della popolazione.

Dopo alcuni mesi si dette avvio al piano. Le Divisioni di Ostetricia e di Chirurgia dell'Ospedale di Cascina vennero chiuse e i medici furono trasferiti al presidio di Avellana, tranne il primario chirurgo che rimase nell'ospedale senza più svolgere alcuna attività. Nel frattempo non si era ancora provveduto all'adeguamento degli organici con l'assunzione delle nuove figure previste dal piano di riconversione. La popolazione di Cascina assistette così all'improvviso impoverimento

del proprio ospedale, che rimase con l'unico reparto di Medicina e a rischio di chiusura.

A differenza di Cascina, nel presidio di Tagliamento non venne disattivata la divisione di chirurgia generale, così come previsto dal piano, perché nel frattempo il Comune aveva presentato ricorso al TAR contro la decisione del direttore generale della Usl, eccependo l'esercizio di un potere deliberativo sulla riorganizzazione della rete ospedaliera non riconosciutogli dalla legge, in quanto di competenza della Regione, e ottenendo per il momento una sospensiva dell'atto. Contro l'eventuale decisione sfavorevole del TAR, il direttore generale minacciava a sua volta ricorso al Consiglio di Stato.

La situazione di Cascina divenne esplosiva: in breve tempo divampò una protesta (atti intimidatori nei confronti del direttore generale, blocco dell'autostrada e delle vie di accesso alla città), che occupò le cronache locali e soprattutto chiamò in causa una molteplicità di altri attori e istituzioni locali.

Mentre il prefetto si rifiutava di ricevere i partecipanti, la locale Comunità Montana prendeva ufficialmente posizione a favore della protesta, che minacciava di procedere a oltranza. Sindaci, consiglieri e deputati della zona iniziarono a rilasciare dichiarazioni sull'argomento. Alcuni medici e dirigenti della stessa Asl si espressero contro il piano facendosi interpreti della volontà e dei bisogni delle popolazioni; altri approfittarono della circostanza per render noto che i veri problemi dell'Asl non erano questi, bensì la carenza di organico, gli straordinari non pagati, le nuove attrezzature mai arrivate; altri ancora difesero le scelte tecniche del direttore e il potenziamento dell'ospedale di Avellana. La vicenda produsse una spaccatura anche in seno ai sindacati e tra le diverse sezioni dello stesso sindacato: alcuni assumevano una posizione di opposizione dura e irremovibile, sostenendo i comitati, altri ritenevano che il piano fosse un punto di partenza valido, sul quale avviare una serie di negoziazioni e trattative (sulle nuove assunzioni, sull'organizzazione dei servizi, sul trattamento economico dei dipendenti, ecc.). Per danneggiare i sindacati pro-chiusura, il Comitato pro-ospedale invitava i dipendenti iscritti a restituire la tessera.

Per lo scioglimento del nodo che si andava sempre più aggrovigliando, la sede di di-

scussione istituzionale divenne l'Assessorato regionale alla Sanità. Quest'ultimo venne letteralmente «cinto d'assedio» da una folla di manifestanti, i quali una mattina di aprile giunsero da Cascina con pullman, auto e perfino un'ambulanza. L'intento era quello di costringere l'assessore a riceverli e ad assumere un impegno chiaro e definitivo sulla questione.

Quest'azione fu l'ultimo e più violento atto di protesta, che vide l'intervento del questore, lo schieramento delle forze dell'ordine, principi di rissa e di rappresaglia fisica, oltre che slogan e cori di insulti e sfida.

La Regione, insieme al direttore generale dell'Asl, ridefinì la proposta di riorganizzazione dell'ospedale, finendo per concedere quanto richiesto dal Comitato, la riattivazione della chirurgia e della sala operatoria nell'ospedale di Cascina, il mantenimento della Medicina, oltre l'attivazione di nuovi posti letto di lungodegenza, riabilitazione e geriatria. Soluzione analoga di potenziamento della struttura venne adottata per l'ospedale di Tagliamento.

Questa scelta rimise in discussione anche la costituzione di un Polo ospedaliero unico e l'attivazione del nuovo modello organizzativo dipartimentale previsto dall'azienda.

La conclusione della vicenda ha segnato da ultimo anche la manifestazione del conflitto ormai insanabile tra l'assessorato regionale e il direttore generale dell'Asl, conclusosi con un'ulteriore appendice giudiziaria: la Regione non ha riconfermato il manager e ha proceduto a nominarne uno nuovo; il precedente direttore ha operato ricorso penale e amministrativo contro tale decisione, ottenendo a sua volta una sospensiva dell'atto di nomina del suo sostituto...

2.2. Effetti perversi e dimensione interorganizzativa del cambiamento in sanità

Attraverso la ricostruzione dei fatti e una serie di interviste ai principali attori della vicenda², analizzando il reticolo di interessi in gioco e le strategie poste in essere da ciascuno di essi, si evidenzia facilmente come la decisione «tecnica» presa dai soggetti pubblici nel caso della Asl di Avellana-Sulpiano per garantire una migliore qualità di offerta sanitaria ai cittadini sia stata all'origine di

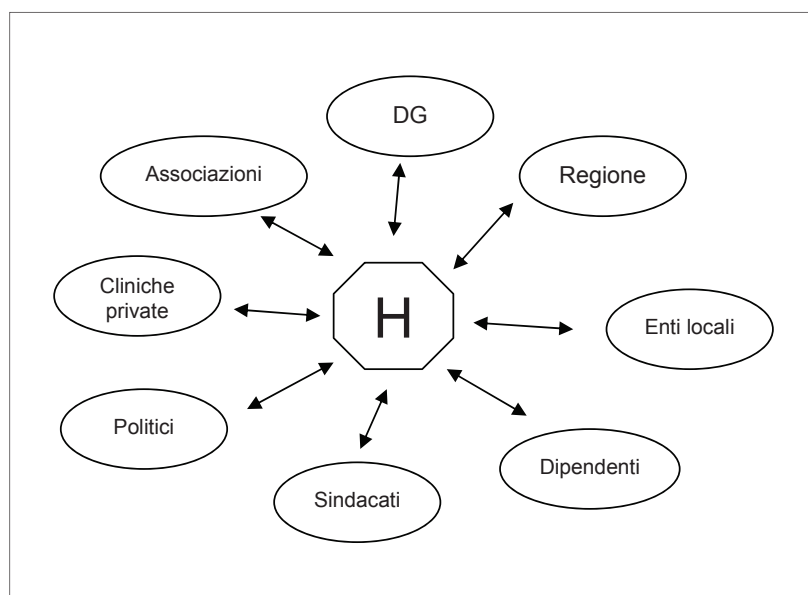
azioni e reazioni che al contrario hanno dato luogo a ulteriori disservizi e inefficienze.

Il caso si presta ad una pluralità di interpretazioni e chiavi di lettura. Sarebbe fin troppo facile operare una lettura giornalistica degli eventi o un'interpretazione semplicista che riconduca la responsabilità del fallimento ad un unico soggetto, a questa o a quella specifica azione. In realtà, ciò che emerge dal caso è innanzitutto l'irriducibile complessità del processo decisionale in questione e la contraddittorietà dei sistemi sociali ad esso sottostanti, dove l'esito della vicenda è strettamente legato ai rapporti di forza e alle strategie poste in essere dai diversi soggetti per difendere o far prevalere i propri interessi (figura 1).

Siamo in un contesto in cui i vincoli posti dalle direttive nazionali e dalla legge regionale, oltre che da una serie di valutazioni tecniche di tipo economico e sanitario, potrebbero far apparire ineccepibile la decisione presa dalle istituzioni. Ciò che si verifica invece è un progressivo slittamento della decisione dal tavolo tecnico a quello politico, senza che tuttavia sia possibile scindere in modo netto l'uno dall'altro, data la presenza di più attori che contemporaneamente «giocano» su entrambi i piani³.

La stessa figura del direttore generale assume una pluralità di ruoli; la sua caratteristica di organo di governo monocratico, come prevista dal nostro ordinamento, rende

Figura 1
Attori e interessi in gioco intorno alla decisione di chiusura di un piccolo ospedale



impossibile scindere la dimensione tecnica (le scelte di organizzazione dei servizi) da quella manageriale e da quella politica; queste tre dimensioni convivono così come si intersecano nella natura e nelle implicazioni della decisione da assumere.

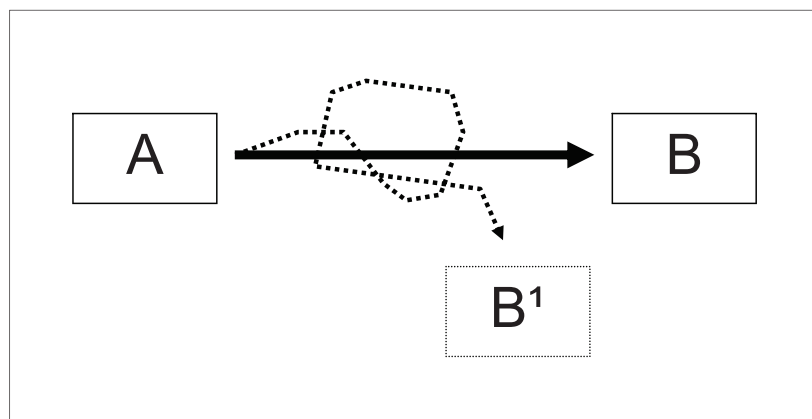
È evidente come le dinamiche organizzative possano far perdere di vista le finalità istituzionali dell'azienda sanitaria e rendere l'istituzione «non intelligente», vale a dire incapace di ricostruire il senso della propria azione (Douglas, 1990; Donolo, 1997). Chi deve farsi carico di interpretare le attese e gli interessi della popolazione? Chi ha titolo per prendere la decisione nei contenuti, nei tempi e nei modi corretti? Il dilemma appare insolubile, dal momento che lo stesso processo di interpretazione dei bisogni della popolazione e di definizione della soluzione appare mediato dal sistema di relazioni sociali in cui è inserito (Berger, Luckmann, 1966; Weick, 1977).

Il caso della Asl di Avellana-Sulpiano ci obbliga a ragionare sul cambiamento, e nello specifico sul cambiamento all'interno di un sistema sanitario locale, in modo articolato e meno banale rispetto a tante formule che riconducono le soluzioni a mere evidenze sanitarie o economiche.

Schematizzando (figura 2), se il cambiamento consiste nel passare da A a B, il problema che si pone non è tanto la definizione di B o la razionalità a priori che deve garantire tale passaggio, quanto il flusso di azioni e imprevisti che caratterizzano la trasformazione di A e che possono condurre a situazioni del tutto emergenti (B¹).

Figura 2

Effetti emergenti e lettura dinamica dei processi di cambiamento organizzativo



Ciò che non è affatto evidente, infatti, non è la razionalità della scelta tecnica assunta dal decisore pubblico (la riconversione di due piccoli ospedali fatiscenti) bensì il dispositivo che costruisce la cooperazione tra gli attori del contesto locale, ciò che fa convergere i loro differenti e contrastanti interessi verso la definizione di un percorso condiviso, magari non ottimale dal punto di vista della scelta, ma sicuramente più efficace in termini di attuazione e di fattibilità (Tanese, 2001).

Dal punto di vista teorico, le considerazioni che possiamo trarre dal caso non ci dicono nulla di nuovo rispetto a quanto già chiaramente espresso all'interno della teoria organizzativa e della scienza politica. Le decisioni pubbliche, così come i processi di cambiamento, sono l'esito di costruzioni sociali in cui il sistema di relazioni in essere condiziona e struttura le modalità e l'esito della decisione e del cambiamento stesso (Olson, 1963; Friedberg, 1993; Reynaud, 1993).

Ciò che ci preme sottolineare in questa sede è la scarsa attenzione a questi aspetti nelle pratiche e nelle culture di governo locale nel nostro Paese. Il cambiamento ha un costo sociale che spesso non si è in grado di prevedere, di sostenere o di comunicare e concordare in modo adeguato. E questo non soltanto attraverso la gestione di una modalità inclusiva e negoziata di programmazione e di formulazione delle decisioni, ma anche nel senso di una maggiore co-responsabilizzazione degli attori presenti nella costruzione di un rapporto duraturo. La frammentazione delle azioni di governo e l'imprevedibilità degli effetti delle decisioni, così come l'assenza di visione e di chiarezza progettuale, possono vincolare le capacità di cambiamento in ambiti così rilevanti, come quello dell'assistenza sanitaria, limitando il sistema entro orizzonti di breve termine e rinviando costantemente il problema alle future generazioni (Dente, 1985).

Con specifico riferimento al contesto sanitario, è evidente come sia particolarmente velleitario credere che il direttore generale possa da solo prendere e attuare decisioni così complesse e rilevanti sul contesto locale. Ciononostante, è compito delle istituzioni rappresentare e interpretare l'interesse pubblico al di sopra delle parti (singole comunità, strutture sanitarie private, professionisti)

per garantire il raggiungimento di soluzioni ottimali per l'intera popolazione.

All'interno di un libero «mercato» di prestazioni sanitarie, infatti, i comportamenti di acquisto e di fornitura tendono a raggiungere situazioni di equilibrio non ottimale né dal punto di vista economico né dal punto di vista dell'appropriatezza sanitaria. È difficile ipotizzare che la regolazione di questo mercato possa avvenire unicamente attraverso la definizione di regole, benché necessarie, quali i livelli essenziali di assistenza (LEA), tariffe, prontuari farmaceutici, tetti di spesa, protocolli diagnostico-terapeutici, ecc. Occorre anche un altro tipo di regolazione, basato sull'individuazione di interessi e percorsi comuni tra i diversi attori in gioco, per far emergere ambiti di cooperazione e di reciprocità. Se è vero, infatti, che non è possibile introdurre un cambiamento contro gli interessi degli attori coinvolti, è anche vero che senza la cooperazione tra gli stessi non è possibile alcuna forma di progresso.

Quale interesse dovrebbe avere un amministratore locale a non pretendere l'apertura (o a vietare la chiusura) del maggior numero di sedi di servizi della Asl di riferimento sul proprio territorio? E una clinica privata o un laboratorio di analisi privato a non aumentare il più possibile la «produzione» della propria struttura, all'interno dei vincoli normativi? Una reciproca soddisfazione degli interessi può derivare in realtà soltanto da una strategia di cooperazione tra l'azienda sanitaria, le comunità locali e i fornitori di prestazioni, una strategia che programmi le reti di offerta e i progetti di miglioramento dei servizi in un orizzonte temporale più lungo e su una scala territoriale più vasta.

Laddove non si è in grado di rendere manifesti e comprensibili i vantaggi che potrebbero derivare per ciascuno dei soggetti dalla realizzazione congiunta di un altro modello di regolazione, la difesa dello *status quo* può facilmente prevalere rispetto ad eventuali spinte al cambiamento.

3. Condizionare i comportamenti professionali. Il cambiamento nella pratica medica come problema di apprendimento organizzativo

Il secondo caso entra nel merito di aspetti più prettamente professionali e operativi del

sistema sanitario. Siamo nell'ambito del rapporto tra medico e paziente e delle scelte che indirizzano quest'ultimo all'interno di definiti percorsi diagnostico-terapeutici.

Si cercherà di dimostrare come i cambiamenti nelle pratiche da parte dei professionisti (nella fattispecie i medici chirurghi che operano in ospedale) siano riconducibili non unicamente a conoscenze scientifiche, a competenze individuali o a criteri regionali di tariffazione delle prestazioni, ma anche e soprattutto a capacità di apprendimento organizzativo che chiamano in causa una pluralità di attori a livello locale.

3.1. Il caso della promozione della chirurgia di giorno negli ospedali della Regione Veneto

Lo studio in questione si proponeva di analizzare in modo approfondito le attività di *day surgery* praticate in alcune aziende sanitarie venete, a seguito di indirizzi regionali che richiedevano il potenziamento di tale forma di ricovero.

In particolare, la Regione Veneto aveva definito una lista di interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche eseguibili in regime di chirurgia di giorno, comprendente inizialmente 186 procedure, poi divenute 269. La relativa Delibera di Giunta prevedeva l'attivazione delle unità di chirurgia di giorno da parte delle singole Aziende, che avrebbero dovuto comunicare il modello e la struttura organizzativa adottati, nonché i posti letto dedicati.

L'indagine era finalizzata a comprendere in che modo le direttive regionali, che rendevano più vantaggiosa la *day surgery* anche da un punto di vista tariffario, erano state recepite dalle singole aziende, quali modelli organizzativi erano stati adottati per garantirne l'attuazione e con quali risultati, anche per trarre dall'esperienza del Veneto indicazioni utili per l'ulteriore sviluppo dell'attività in questo e altri contesti nazionali⁴.

Il campione selezionato comprendeva cinque aziende sanitarie venete e tre aziende di altre regioni italiane attraverso le quali operare anche un confronto⁵.

Lo studio dei singoli casi e l'analisi comparativa hanno condotto a numerose considerazioni e interpretazioni che non possono essere oggetto di approfondimento in questa

sede. Ci limitiamo a presentare i risultati più interessanti ai fini della nostra riflessione sui processi di cambiamento organizzativo in sanità.

Innanzitutto il dato empirico ha fatto emergere un *gap* tra il recepimento formale delle direttive regionali sulla *day surgery* e la loro attuazione pratica all'interno delle aziende.

Ad esempio, alle singole unità operative sono stati assegnati formalmente dei posti letto di *day surgery* che invece nel funzionamento reale sono utilizzati indifferentemente e in modo più flessibile per ricoveri ordinari e in *day surgery* a seconda delle esigenze; il personale, anche se formalmente assegnato alla *day surgery*, spesso di fatto è dedicato anche ad altro; ecc.

Ma al di là di questo aspetto, che potrebbe apparire secondario, dall'analisi all'interno degli ospedali si evince l'esistenza di una pluralità di modelli organizzativi differenti di *day surgery* non solo tra aziende diverse ma anche all'interno della stessa azienda e dello stesso ospedale, riconducibili ad almeno quattro diverse tipologie:

A - *day surgery* effettuata all'interno del reparto utilizzando risorse totalmente comuni con l'attività di ricovero ordinario;

B - *day surgery* effettuata all'interno del reparto con posti letto e personale dedicato;

C - *day surgery* effettuata all'interno di un'unità operativa formalmente autonoma dagli altri reparti chirurgici e monodisciplinare (tratta un'unica patologia);

D - *day surgery* effettuata all'interno di un'unità operativa formalmente autonoma dagli altri reparti chirurgici e multidisciplinaria

(serve patologie diverse e quindi un maggior numero di Unità operative).

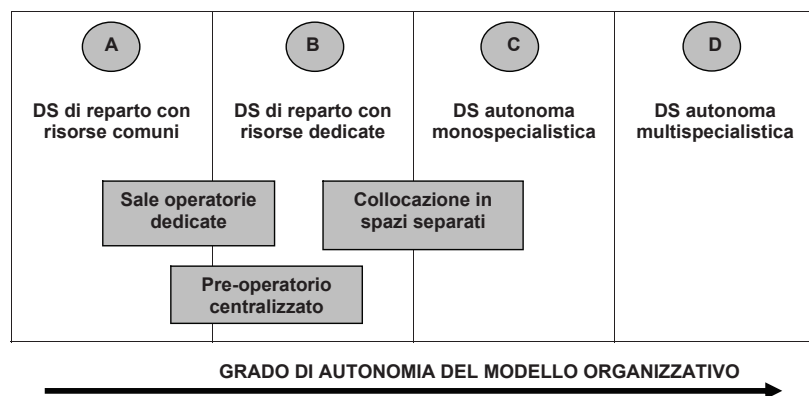
A questi quattro modelli corrispondono anche gradi di autonomia crescenti man mano che si passa da una struttura indistintamente inserita in un altro reparto chirurgico ad una che centralizza tutta l'attività di *day surgery* svolta da più Unità operative (figura 3). Si tratta di una distinzione di natura essenzialmente organizzativa; dal punto di vista tecnico infatti non c'è nessuna differenza del modello D rispetto al modello A o B; tuttavia il contesto organizzativo in cui viene svolta l'attività di *day surgery* è completamente diverso e ha forti implicazioni sui risultati e sul successo dell'attività stessa.

Non si può indicare una convenienza in assoluto o un ordine gerarchico tra i quattro modelli; tuttavia esiste una relazione tra assetti organizzativi e livelli di performance. I modelli A e B incontrano infatti dei limiti intrinseci allo sviluppo quantitativo dell'attività, a causa della necessità di utilizzare risorse comuni all'attività di ricovero ordinario. Il modello autonomo multidisciplinare consente invece di operare un «salto» organizzativo, creando le condizioni per uno sviluppo dell'attività diverso. Nel modello C e D l'attività di *day surgery* non consiste solo nella riduzione dei tempi di ricovero, ma principalmente nell'organizzazione di un modello di presa in carico, di assistenza e dimissioni differenziato rispetto agli altri reparti.

Ciò che la ricerca fa emergere, in termini di cambiamento organizzativo, è che la scelta di gestire il paziente in ospedale secondo l'uno o l'altro percorso non è mai il frutto di una mera progettazione a priori. Il percorso diagnostico-terapeutico è il risultato di una storia organizzativa e di percorsi di innovazione che non dipendono in modo deterministico da obblighi normativi, criteri di convenienza economica o evidenze mediche.

Un livello di analisi ulteriore, infatti, ha individuato dietro i quattro differenti modelli organizzativi (A, B, C e D) anche differenti capacità imprenditoriali e organizzative poste in essere dagli attori all'interno dei diversi ospedali analizzati (figura 4). In particolare, sono emerse tre tipologie di percorsi di innovazione, cui corrisponde un diverso processo

Figura 3
I modelli organizzativi di *Day Surgery* secondo il grado di autonomia



	«Adattatori»	«Sperimentatori»	«Imprenditori»
Motivazioni e spinte all'innovazione	Perché «si deve» Perché «gli altri lo fanno»	Scientifiche-orient. Paziente Organizzativo-gestionali Vantaggio competitivo interno	Scientifico-universitarie Imprenditorialità interna Inserimento in ambiti extra-aziendali
Attori rilevanti	No innovatori interni o non riescono ad affermarsi Direzione sanitaria e osp. Regione	Primari organizzatori e molto presenti Gruppo-équipe interna Infermieri	Universitari «sponsor» Assistenti «emergenti» Costellazioni di ruoli
Processi attivati	Adattamento Scarso apprendimento Day surgery come «peso»	Apprendimento («routines») Investimento su persone e sistemi operativi (standard) Progressivo isolamento da organizzazione aziendale	Apprendimento (crescita) Investimento su risorse Potenziali conflitti di potere con altre U.O.
Leve utilizzate	Deliberazioni aziendali Vincolo di budget Centralizzazione di fasi Riunioni di direzione	Procedure interne definite Costruzione di consenso e di sostituibilità del personale Sist. informativo autonomo	Capacità di «arrangiarsi» «Gerarchia» interna Leve simboliche Autofinanziamento
Ruolo della Direzione aziendale	Attivatore formale processo Eventuale supp. operativo Comunicazione e inf.	Marginale in fase iniziale Eventuale riconoscimento <i>ex post</i> con tentativo di integrazione procedure ma senza risorse aggiuntive	Marginale in fase iniziale Recupero in fase avanzata: – risoluzione conflitti interni – potenziamento progetto
Modello prevalente di day surgery	A	B	C - D

Figura 4
Confronto tra i tre modelli di innovazione nella *Day Surgery*

di apprendimento e sviluppo organizzativo connesso all'introduzione della *day surgery*:

- 1) un percorso di «adattamento»;
- 2) un percorso di «sperimentazione»;
- 3) un percorso di «imprenditorialità».

A fronte di direttive regionali comuni, quindi, all'interno delle singole aziende e dei singoli presidi ospedalieri (con modalità differenti all'interno della stessa azienda) si innescano processi di cambiamento organizzativo profondamente eterogenei e che conducono a risultati altrettanto diversi⁶.

3.2. Il cambiamento dei percorsi diagnostico-terapeutici come processo di apprendimento organizzativo

Se rileggiamo il caso analizzato come un problema di cambiamento organizzativo in un contesto sanitario pre-strutturato, anche qui, come nel caso della Asl di Avellana-Sulpiano, scopriamo che l'innovazione

realizzata all'interno dei singoli ospedali per migliorare i percorsi o le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie non discende in modo razionale dalle direttive regionali o dalla programmazione aziendale, ma si configura come un processo evolutivo di acquisizione di nuove logiche d'azione in cui giocano un ruolo determinante elementi fortemente contingenti: le motivazioni e le spinte all'innovazione, gli attori chiave, le risorse disponibili e le capacità di utilizzo di tali risorse (Tanese, 2003).

L'autonomia e i comportamenti dei professionisti all'interno delle aziende sanitarie rivestono un ruolo di grande centralità all'interno dei processi di cambiamento, e possono incidere sulle diverse fasi di emergenza, introduzione e sviluppo delle innovazioni in modo assai più rilevante delle politiche regionali o delle stesse decisioni delle direzioni aziendali.

Si configura, potremmo dire, un «circuitto dell'innovazione» a due livelli: un primo livello, nel rapporto tra livello regionale e

singola azienda sanitaria, in cui l'esigenza di cambiamento è inserita in «agenda» e si traduce in decisioni formali (delibere aziendali, piani strategici e di organizzazione, scelte di investimento o di ristrutturazione, politiche del personale, *budget*, ecc.); un secondo livello, più operativo, dove le decisioni e le politiche aziendali devono trovare applicazione concreta e tradursi in dati di attività e risultati quali-quantitativi, su cui incidono maggiormente gli atteggiamenti culturali degli operatori, le pratiche professionali, gli interessi, le capacità e le risorse a disposizione dei singoli attori.

Così, le politiche definite a livello regionale e aziendale si confrontano a livello delle singole unità operative con percorsi di sviluppo organizzativo in parte autonomi e autodiretti, generando modelli organizzativi e livelli di performance molto diversi tra loro.

La causa principale di questo fenomeno risiede nel fatto (spesso sottovalutato) che l'introduzione di una qualche innovazione nei modelli e nei sistemi di erogazione dei servizi sanitari viene in genere a inserirsi in contesti organizzativi già strutturati: non si tratta di avviare qualcosa di nuovo, ma di intervenire su un sistema organizzativo con regole e modalità di funzionamento già definite, per incidere sul suo funzionamento. Nelle aziende sanitarie il livello operativo non è totalmente determinato dal livello aziendale, ma segue percorsi di sviluppo che hanno in genere una loro «storia» passata e comunque preesistono alla stessa istituzione dell'azienda.

Al di là di questo aspetto, ciò che emerge chiaramente dal caso analizzato è la stretta interconnessione tra la dimensione tecnico-professionale del cambiamento e quella più propriamente organizzativa.

Quando parliamo di cambiamento in sanità è ovvio che ci muoviamo in un ambito in cui vige la discrezionalità e l'autonomia del professionista. La sua decisione di modificare il trattamento da un regime di ricovero ad un altro non può prescindere dal tipo di tecnica chirurgica utilizzata e da altre considerazioni cliniche.

Tuttavia, anche la competenza tecnica si forma all'interno di contesti organizzativi e non in un «vuoto sociale»; la possibilità, ad esempio, che un chirurgo ospedaliero apprenda nuove modalità di intervento non dipende

unicamente dalla sua preparazione professionale, dal talento e dalle sue motivazioni individuali, ma anche dall'ambiente in cui è inserito: la comunità scientifica, il contesto geografico e sociale, l'azienda in cui opera, i bisogni e le richieste della popolazione di riferimento, la competenza dei suoi colleghi, ecc. Inoltre, come abbiamo visto, la dimensione tecnica è connessa alla dimensione organizzativa nella misura in cui le risorse a disposizione sono limitate ed occorre valutare la fattibilità delle scelte professionali. Il medico non è chiamato soltanto a fornire una competenza professionale, a mettere a disposizione un *know-how* scientifico, ma è anche responsabile dell'organizzazione e dello sviluppo del servizio in cui opera, dei percorsi professionali dei suoi collaboratori, del consumo delle risorse.

In simili contesti illudersi che l'introduzione di un'innovazione possa svilupparsi attraverso una semplice e chiara distinzione di competenze, in cui al professionista spetta la gestione della sfera tecnica, mentre all'azienda la messa a disposizione delle soluzioni e delle risorse organizzative, ci allontana dalla realtà e ci porta a ragionare su un modello astratto, teorico.

Anche un cambiamento apparentemente di natura essenzialmente tecnica, quale il passaggio, nel trattamento di una data patologia, da un regime di ricovero ad un altro, deve essere quindi analizzato, all'interno del contesto organizzativo di riferimento, come un processo di innovazione (Tanese, 2003).

La nostra ipotesi è che siano proprio i percorsi reali di innovazione e di cambiamento costantemente attivati all'interno dei contesti sanitari a condizionare i modelli organizzativi più di quanto non avvenga il contrario. I modelli organizzativi non sono il risultato di una politica deliberata e programmata a livello aziendale, quanto il portato di scelte e capacità di adattamento e/o imprenditoriali attivate a livello delle singole strutture operative.

Ciò produce profonde implicazioni sul ruolo delle direzioni aziendali e dei livelli di governo nella funzione di promozione e indirizzo dei processi di cambiamento all'interno dei sistemi sanitari locali.

La consapevolezza delle logiche sottostanti i processi reali è una condizione indispensabile per un approccio meno prescritti-

vo e più strategico al cambiamento. Solo così è possibile analizzare in modo non astratto le cause di successo o di insuccesso delle politiche regionali e aziendali e formulare modalità di intervento più efficaci sul miglioramento delle performance del sistema sanitario italiano (Tanese, 1999).

4. Il cambiamento in sanità. Nuovi percorsi di regolazione nei sistemi locali

Le riflessioni condotte a partire dalle due indagini empiriche presentate in questo articolo indicano come il processo di cambiamento nel nostro sistema sanitario presenti elementi di forte continuità con il passato e di estrema complessità. Nell'attuazione e nell'esito degli indirizzi definiti a livello nazionale e regionale giocano un ruolo rilevante, come abbiamo visto, le capacità di cooperazione e di apprendimento organizzativo attivabili all'interno dei singoli sistemi sanitari locali, fortemente pre-strutturati dalla loro storia⁷.

A fronte di questa complessità organizzativa, si assiste oggi ad una progressiva centralizzazione del ruolo delle Regioni che, pressate da una responsabilità diretta sul governo della spesa, tendono a recuperare un ruolo di controllo e di gestione diretta di funzioni sinora in parte decentrate alle singole aziende sanitarie, quali il governo delle relazioni con gli erogatori privati, le scelte di organizzazione dei servizi e le politiche di rientro di eventuali disavanzi (Meneguzzo, Cuccurullo, 2003).

Questo neocentralismo regionale, se da un lato appare come una risposta all'esigenza di programmare e governare alcune scelte ad un livello territoriale maggiore e su scala più ampia, dall'altro delinea un percorso che limita i margini di autonomia e di discrezionalità delle singole aziende.

Sulla base di quanto sinora analizzato, la nostra idea è che, pur riqualificando la funzione di indirizzo e di programmazione propria del livello regionale, necessaria alla «tenuta» del sistema, sia controproducente una contrazione dei livelli di autonomia delle aziende sanitarie, dal momento che è solo a livello locale che le direttive nazionali e regionali trovano concreta applicazione, attraverso percorsi – difficilmente governabili centralmente – di cambiamento e apprendi-

mento organizzativo (Meneguzzo, Tanese, 2001). Pena il rischio di indirizzare il sistema (ad esempio in termini di politiche di offerta, di governo della spesa e di organizzazione dei servizi) in direzioni divergenti da quanto previsto.

Una seconda considerazione conclusiva che intendiamo sviluppare riguarda la necessità che, sempre a livello locale, siano rafforzati tutti i meccanismi e gli strumenti di coinvolgimento, di rendicontazione e di dialogo permanente tra l'azienda sanitaria e gli altri interlocutori presenti sul territorio, per aumentare il livello di reciprocità delle relazioni e di trasparenza degli interessi in gioco. Dal momento, infatti, che a questo livello si gioca la capacità di cambiamento, l'unica strada percorribile per evitare inerzie, risultati parziali o fallimenti è una corresponsabilizzazione degli attori in gioco, alla ricerca di possibili spazi di cooperazione e favorendo un innalzamento complessivo del livello di fiducia tra gli attori e, più in generale, di *accountability* nei confronti della comunità locale (Borgonovi, 2005).

4.1. La centralità delle aziende sanitarie come agenti di regolazione locale

Il processo di aziendalizzazione che ha accompagnato gli ultimi dieci anni di riforma del sistema sanitario italiano ha posto forte enfasi sulla responsabilizzazione economica e sull'introduzione di nuovi strumenti gestionali, individuando nell'autonomia organizzativa ed economico-patrimoniale delle aziende, oltre che sui meccanismi di scelta diretta dei direttori generali, una maggiore garanzia di efficienza e di managerialità nella gestione rispetto a quanto verificatosi in precedenza con le Unità sanitarie locali.

Se la scelta è sicuramente coerente con l'esigenza di qualificare la gestione in chiave manageriale, dall'altra può aver sottovalutato la natura intrinsecamente complessa del governo della sanità, che fonde e rende indistinguibili la dimensione strettamente sanitaria da quella economica e quella politica. La pluralità degli attori e degli interessi in gioco, unitamente alla persistenza di sistemi di relazioni preesistenti la costituzione delle aziende, rendono molto più articolata e imprevedibile, come abbiamo visto, i processi

di cambiamento e di trasformazione a livello locale.

Il manager dell'azienda sanitaria, contrariamente ad altre figure presenti in amministrazioni pubbliche in cui il livello di governo più elevato è di natura politica, e tenuto conto delle specificità di organizzazione professionale che è chiamato a dirigere, mantiene in sé una pluralità di funzioni e di ruoli che non possono ricondursi unicamente al garantire una «sana gestione aziendale». In realtà egli diventa il principale interprete delle aspettative, dei bisogni e degli interessi degli interlocutori istituzionali e non presenti sul proprio territorio, colui che inevitabilmente filtra, media e costruisce il sistema di relazioni all'interno e all'esterno dell'azienda (Del Vecchio, 2001).

A fronte di questo livello di autonomia, non è sempre stato assicurato, in questi anni, il reperimento di figure professionali in possesso delle molteplici competenze necessarie a ricoprire un ruolo così complesso. Tuttavia, anziché recedere da un percorso di crescente responsabilizzazione e di autonomia del governo locale, coerente con il processo di riforma istituzionale e i principi di sussidiarietà oramai acquisiti nel nostro ordinamento, sembrerebbe più opportuno investire maggiormente sulla creazione di una nuova *élite* di dirigenti pubblici e sulla valorizzazione di coloro che hanno sinora dimostrato maggiori capacità (Del Vecchio, Barbieri, 2002).

In realtà il sistema sanitario è ancora (o dovremmo dire permanentemente) in una fase di assestamento, di verifica e di ripensamento; permangono infatti spinte ad introdurre ulteriori cambiamenti nell'assetto istituzionale, nell'articolazione territoriale e nelle forme giuridiche delle aziende sanitarie, oltre che sui poteri attribuiti al direttore generale. Il rischio è quello di considerare le circa trecento aziende sanitarie locali presenti sul nostro territorio quasi come delle monadi, ognuna chiamata a fare i conti (in senso stretto) principalmente con il proprio bilancio e con il rispetto dei vincoli definiti dal patto di stabilità. In realtà, se guardassimo il nostro sistema sanitario dal basso, a partire dalle dinamiche intra e interorganizzative che abbiamo cercato di evidenziare in questo articolo, scopriremmo, per così dire, la «parte sommersa dell'iceberg». Ci renderemo conto che le aziende sanitarie locali costi-

tuiscono in realtà il collante principale per il governo dei sistemi (e anche della spesa) sanitari, la principale risorsa di cui disporre per penetrare all'interno di tali sistemi, spesso opachi, e ridefinire su basi diverse i rapporti di cooperazione e di scambio tra i diversi attori all'interno e all'esterno delle aziende.

In altri termini, come abbiamo visto, al di là delle politiche definite a livello nazionale e degli indirizzi di programmazione e governo regionale, ogni cambiamento richiede una «traduzione» a livello locale necessariamente mediata dal sistema di relazioni (o, meglio, dai sistemi di relazioni) in essere a livello locale, sui quali l'unica funzione possibile di governo e di *leadership* può essere assunta dall'azienda sanitaria, che può disporre delle leve e dell'autorità necessarie.

Se non si riscopre la centralità dei sistemi locali, e delle aziende sanitarie locali, al loro interno, si rischia un progressivo scollamento tra politiche e indirizzi programmatori da un lato, e comportamenti professionali e organizzativi dall'altro.

4.2. Interessi degli attori e responsabilità comune. L'*accountability* dei sistemi

La seconda e conclusiva riflessione riguarda la necessità di ripensare i nostri sistemi di pianificazione, programmazione e rendicontazione delle politiche e degli interventi pubblici.

Una logica lineare e fortemente centralistica di definizione di piani e programmi di intervento, per i motivi che abbiamo cercato di illustrare nel corso della nostra trattazione, rischia di far perdere il controllo sull'attuazione degli stessi e sui risultati raggiunti, e di innescare i ben noti circoli viziosi dell'ulteriore centralizzazione delle decisioni e delle azioni di controllo⁸.

Come abbiamo visto, l'irriducibilità degli interessi in gioco, la complessità delle relazioni e delle dinamiche alla base dei processi di cambiamento dovrebbero spingerci non già a controllare di più ma a costruire rapporti di collaborazione e di scambio tra gli attori su basi diverse. È nostra convinzione che in ambito sanitario, ad esempio, gli strumenti di governo economico, come la regolazione tariffaria, o di governo clinico, con la definizione di percorsi appropriati di assistenza sanitaria, benché necessari, debbano poggiare

anche su meccanismi e strumenti di *accountability*, vale a dire di responsabilizzazione e di rendicontazione sociale all'interno dei sistemi sanitari locali.

Con riferimento ai due casi trattati nell'articolo, ad esempio, sia in merito alla decisione di un direttore generale di chiudere un ospedale che a quella di un medico circa il regime di ricovero più appropriato per un paziente, si pone con evidenza il problema di *rendere conto* degli effetti che tali decisioni e azioni producono nei confronti della comunità e dei singoli cittadini. La responsabilità insita nel meccanismo di delega da parte dei cittadini alle istituzioni nel farsi carico di tutelare la soddisfazione di un bisogno (di salute), richiede non solo di assumere decisioni ma anche – e soprattutto – di dar conto degli esiti delle stesse, legittimando la propria funzione e il proprio ruolo sociale.

Questo dovere di essere responsabili e di rendere conto corrisponde, dal punto di vista dei destinatari, ad un diritto di informazione e di trasparenza sulle scelte e sugli esiti delle azioni poste in essere dal soggetto pubblico (Tanese, 2004).

L'introduzione di strumenti e pratiche di rendicontazione sociale, quale ad esempio il bilancio sociale, trova oggi sempre maggiori e significative applicazioni in ambito pubblico. Al di là delle definizioni e degli aspetti tecnici e metodologici, che esulano dal nostro articolo⁹, il bilancio sociale può apparire come un tentativo di risposta ad un deficit di rendicontazione da parte di molte amministrazioni pubbliche. Il bilancio tradizionale, infatti, non consente di far comprendere programmi, obiettivi e risultati dell'amministrazione, ma unicamente di rendere conto dell'utilizzo delle risorse economico-finanziarie.

Resta da chiarire in che modo delle pratiche di rendicontazione sociale possano favorire reali processi di cambiamento nei sistemi sanitari e non essere anch'esse «neutralizzate» all'interno di logiche preesistenti. Per evitare che si tratti di una nuova moda manageriale destinata a non incidere strutturalmente sui comportamenti e sulle capacità di innovazione delle aziende sanitarie, occorre che il bilancio sociale non sia concepito come un prodotto di comunicazione ma come l'esito di un processo di costruzione su basi diverse del rapporto tra l'azienda e i propri interlocu-

tori di riferimento. In altri termini, ciò che è importante non è lo strumento adottato, ma il fatto che esso corrisponda ad una diversa modalità (più esplicita, più consapevole, più trasparente) di definire, programmare e valutare azioni e risultati dell'amministrazione (Tanese A., Di Filippo, E., 2005).

L'*accountability* non è mai dunque una «soluzione» ma un punto di arrivo di un processo di costruzione di rapporti di fiducia e di reciprocità tra un'organizzazione e i suoi interlocutori. Nei sistemi sanitari, caratterizzati da fitte reti di relazioni e di interessi, la ricerca di un livello più elevato di *accountability* dell'intero sistema – nelle sue relazioni – può costituire un obiettivo e un ambito di innovazione importante. Ciò presuppone la costruzione di nuovi spazi di cooperazione tra gli attori, sia in senso verticale, tra i diversi livelli istituzionali (nel nostro caso, Stato-Regioni-enti locali), sia in senso orizzontale (tra aziende pubbliche, tra pubblico e privato, tra privati).

Per evitare, come nella Asl di Avellana-Sulpiano, l'*impasse* derivante dalla coesistenza di interessi contrastanti, occorre uscire da una logica temporale di breve periodo (il *budget* annuale, il mandato elettorale) e avviare una progettualità comune, all'interno della quale garantire a ciascuna delle parti percorsi di sviluppo: il ruolo della sanità privata, la partecipazione degli enti locali, percorsi di crescita professionale per gli operatori, ecc.

In alcune realtà del nostro Paese e in altri contesti europei sono stati introdotti, ad esempio, strumenti di programmazione negoziata e di rendicontazione sociale, che potrebbero avviare percorsi di cambiamento in tale direzione, così come sono sempre più sperimentate, rispetto a specifiche decisioni, modalità più inclusive di coinvolgimento dei cittadini e degli attori locali (Biocca, 2006). Anche all'interno delle aziende sanitarie, dopo i primi anni di introduzione di strumenti e logiche di *budget* fortemente ispirati a modelli privatistici, si assiste oggi ad un recupero del rapporto tra direzione aziendale e professionisti più adeguato alla specificità del contesto (servizi sanitari) e in cerca di nuove modalità di condivisione di obiettivi e risultati.

Al di là degli strumenti e delle tecniche (accordi, protocolli di intesa, *budget* opera-

tivi, programmazione negoziata, comunicazione, ecc.), ciò che è importante sottolineare è l'esigenza di pervenire in modo sistematico ad una reciproca responsabilizzazione degli attori su un terreno comune, come ad esempio il livello sostenibile di prestazioni e di spesa sanitaria di un dato territorio, i livelli di assistenza che congiuntamente i diversi erogatori pubblici e privati devono garantire, le modalità concordate di valorizzazione/penalizzazione di comportamenti virtuosi o difforni da parte degli erogatori e dei singoli operatori, e ad una maggiore trasparenza dell'informazione.

Il bilancio sociale, i piani per la salute, le iniziative di partecipazione dei cittadini, le pratiche di inclusione sociale in senso lato hanno senso se contribuiscono a rafforzare un'etica della responsabilità condivisa tra tutti gli attori in gioco, se diventano cioè elementi nuovi e strutturanti della rete di relazioni locali, attraverso i quali ridefinire il ruolo di ciascun soggetto e i reciproci impegni. Se, in conclusione, non si limitano ad essere «ingredienti» nuovi all'interno di sistemi sanitari locali prestrutturati, che li utilizzano in funzione delle loro «regole del gioco», ma diventano occasione e strumento per costruirne di nuove e porre le basi per modelli diversi e più efficaci di cooperazione e di apprendimento organizzativo.

Note

1. Si tratta di un caso reale anche se il nome dell'azienda è immaginario.
2. Le interviste sono state condotte dall'autore nei mesi successivi gli eventi descritti e rivolte ai principali livelli dirigenziali interni all'azienda e ad alcuni interlocutori esterni. Sono stati inoltre analizzati gli articoli apparsi sulla stampa locale, alcuni servizi televisivi

e tutti i documenti interni all'azienda relativi ai fatti analizzati.

3. Occorre sottolineare, ad esempio, che diversi dipendenti dell'azienda sanitaria erano rappresentanti sindacali e alcuni occupavano anche incarichi politici nelle amministrazioni locali.
4. L'indagine è stata condotta dall'autore nell'ambito di una ricerca promossa dalla Federazione Italiana di *Day Surgery* (FIDS), finanziata da GlaxoWellcome spa e Roche spa e realizzata dal Cergas Università Bocconi, in collaborazione con la Regione Veneto e alcune aziende sanitarie venete. Una presentazione più dettagliata dei risultati di ricerca è già contenuta nel n. 47 di *Mecosan*. Ci limitiamo qui a riprendere in modo sintetico alcune evidenze empiriche ai fini della nostra trattazione.
5. Gli strumenti di analisi adottati sono stati principalmente di due tipi: l'analisi documentale (delibere e altri documenti aziendali, dati di struttura e di attività, modulistica) e interviste individuali a chirurghi e anestesisti, infermieri e componenti delle direzioni aziendali (complessivamente 65 interviste, di cui 47 presso le aziende venete e 18 presso le aziende di altre regioni).
6. Un'analisi dettagliata dei differenziali di performance tra i quattro modelli analizzati esula da questo articolo: si segnala comunque che dalla ricerca sono emerse diversità rilevanti, a seconda dei modelli adottati, nei costi di struttura, nei volumi di attività programmabili, nell'efficienza dei processi produttivi.
7. I casi analizzati riguardano due contesti locali definiti e due ambiti specifici (la riconversione di presidi ospedalieri e l'introduzione della *day surgery*); abbiamo ragioni di ritenere che conclusioni analoghe potrebbero essere raggiunte analizzando altri contesti territoriali o altri temi di interesse sanitario, come la gestione dei rapporti con gli erogatori privati, le politiche di contenimento della spesa farmaceutica, l'innovazione nelle funzioni amministrative e di supporto o gli interventi di miglioramento della qualità dei servizi.
8. Può apparire scontato questo richiamo agli effetti perversi di una visione centralistica e deterministica del governo di sistemi complessi, ampiamente trattato in letteratura, ma tali effetti sono ben visibili nella realtà del nostro Paese.
9. Per una trattazione più dettagliata cfr. Tanese (2004); Trinchero *et al.* (2005); Formez-Dipartimento della Funzione Pubblica (2006).

B I B L I O G R A F I A

- BERGER P.L., LUCKMANN T. (1966), *The Social Construction of Reality*, Garden City, New York, Doubleday and Co.; trad. it. *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, 1969.
- BIocca M. (a cura di) (2006), *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute. I Piani per la Salute in Emilia-Romagna 2000-2004*, Franco Angeli, Milano.
- BORGONOV I. E. (2005), «La responsabilità sociale in sanità», *Mecosan*, 56.
- BOUDON R. (1983), *La place du desordre. Critique des théories du changement social*, PUF, Paris; trad. it. Il posto del disordine: critica delle teorie del mutamento sociale, Il Mulino, Bologna.
- CERISDI (1992), «L'assetto organizzativo-gestionale del sistema socio-sanitario siciliano», in CERISDI, *Un modello pedagogico-formativo per lo sviluppo manageriale*, Palermo.
- DEL VECCHIO M., (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche – Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M., BARBIERI M. (2002), «I processi di valutazione dei direttori generali nelle aziende sanitarie pubbliche: primi spunti di ricerca», in E. Anessi Pessina, E. Cantù, (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto Oasi 2001*, Egea, Milano.
- DENTE B. (1985), *Governare la frammentazione, Stato, Regioni ed enti locali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- DONOLO C. (1997), *L'intelligenza delle istituzioni*, Feltrinelli, Milano.
- DOUGLAS M. (1990), *Come pensano le istituzioni*, Il Mulino, Bologna.
- FRIEDBERG E. (1993), *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Seuil, Paris; trad. it. *Il potere e la regola. Dinamiche dell'azione organizzata*, Etas, Milano, 1994.
- FORMEZ-DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA (2006), *Linee Guida. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Roma.
- MENEGUZZO M., TANESE A. (2001), «Sistemi sanitari regionali e capacità di innovazione delle aziende sanitarie: una periferia in movimento», *Mecosan*, 37.
- MENEGUZZO M., CUCCURULLO C. (2003), «Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie: le tendenze in atto nell'era del federalismo sanitario», in *Rapporto Ceis – Sanità 2003*. Università di Roma Tor Vergata, Italtpromo Esis Publishing.
- OLSON M. (1963), *The Logic of Collective Action*, Harvard University Press, Cambridge; trad. it., *La logica dell'azione collettiva*, Feltrinelli, Milano, 1972.
- REYNAUD J.D. (1993), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin, Paris.
- TANESE A. (1999), «Sviluppare le capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 29.
- TANESE A. (2001), «L'efficacia del cambiamento organizzativo», in M. Bergamaschi, *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw-Hill, Milano.
- TANESE A. (2003), «La regolazione dei processi di innovazione nei sistemi sanitari locali tra politiche regionali, strategie e aziendali e comportamenti professionali», *Mecosan*, 47.
- TANESE A. (a cura di) (2004), *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2004.
- TANESE A., DI FILIPPO E. (2005), «La rendicontazione sociale nelle aziende sanitarie», in *Rapporto Ceis – Sanità 2005*, Università di Roma Tor Vergata, Italtpromo Esis Publishing.
- TRINCHERO E., MARCUCCIO M., ALESANI D. (2005), «Bilancio sociale e aziende sanitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo», *Mecosan*, 55.
- WEICK K.E. (1977), «Enactement Processes in Organizations», in B.M. Staw, G.R. Salancik (a cura di), *New Directions in Organizational Behavior*, St. Clair, Chicago.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste; 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file. La copia cartacea va spedita a:
Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano
La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12
La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti. Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici). Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**
1.1. Gli attori del processo
Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenz (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno. I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

Strumento di valutazione dei sistemi regionali di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità veterinaria

R. MARABELLI, G. DE SANDOLI, F. FUCILLI, S. BONATI

Laying down and approval procedure for the «quali-quantitative tool» intended for the valuation of the efficiency and effectiveness of the Regional Sanitary Systems for food safety and veterinary health and implemented by the Audit Office of the Department for Veterinary Public Health, Nutrition and Food Safety. The «quali-quantitative tool» identifies and arranges into a system the evaluation items, indicating their significance and related scores; moreover it identifies a trend coefficient and an appropriate calculation system, in order to standardize the audit results of the analysis and make them comparable.

Note sugli autori

Romano Marabelli è Capo del Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti del Ministero della salute
Giacchino De Sandoli (desandolig@hotmail.com) è Medico Veterinario, diplomato al Master in Management Sanitario ed. IV Università Bocconi
Francesco Fucilli (f.fucilli@sanita.it) è Medico Veterinario presso l'Ufficio Audit del Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti del Ministero della salute
Simonetta Bonati (s.bonati@sanita.it) è Medico Veterinario e direttore dell'Ufficio Audit del Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti del Ministero della salute

1. Premessa

Il Regolamento (CE) n. 882/04, concernente l'organizzazione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, stabilisce che le autorità sanitarie competenti dei Paesi membri debbano, nello svolgimento delle proprie attività istituzionali, utilizzare anche la tecnica degli «audit» per verificare l'organizzazione, l'efficienza e l'efficacia delle medesime autorità competenti. Secondo la definizione riportata dal medesimo Regolamento, l'*audit* è un «esame sistematico e indipendente per accertare se determinate attività e i risultati correlati siano conformi alle disposizioni previste, se tali disposizioni siano attuate in modo efficace e siano adeguate per raggiungere determinati obiettivi».

Il Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti del Ministero della salute, si è dotato già dal 2002 di un apposito «Ufficio Audit», competente in materia di «verifiche dei sistemi di prevenzione veterinaria e alimentare, verifiche di conformità nell'applicazione della normativa e nel rispetto delle procedure operative e accertamento ed ispezione delle attività di prevenzione veterinaria e alimentare». L'attività svolta dall'Ufficio «audit» del Ministero della salute è rivolta, così come ribadito nel Piano sanitario nazionale 2003-2005, alla conoscenza dell'organizzazione dei sistemi sanitari regionali ed aziendali nel rispetto della trasparenza e collaborazione tra Amministrazioni Pubbliche. La valutazione dell'intero sistema sanitario regionale, per la parte competente sul-

SOMMARIO

1. Premessa
2. Il contesto operativo
3. Lo strumento valutativo
4. Conclusioni
5. Sviluppi
6. Allegati

la sicurezza alimentare e sanità veterinaria, comporta lo svolgimento di un *pool* di audit, composto da un audit di sistema e da diverse audit di settore.

L'audit «di sistema» è focalizzato a conoscere e valutare le scelte organizzative, gestionali e operative messe in atto dall'ente Regione e a monitorare l'uso degli «strumenti di governo» del Sistema sanitario nazionale previsti dal D.L.vo n. 229 del 22 giugno del 1999. Inoltre, l'audit «di sistema», è mirato a determinare lo stato d'avanzamento e l'efficacia del processo di aziendalizzazione in atto presso il Dipartimento di Prevenzione delle aziende sanitarie locali. L'audit «di settore», parte integrante del percorso di audit dei Sistemi sanitari regionali, si concentra, in particolare, sulla verifica della conformità alla relativa normativa in vigore, in coerenza con l'obiettivo di sicurezza alimentare «dal campo alla tavola» enunciato dal Libro bianco della Commissione europea.

Questo documento è stato elaborato in occasione della convenzione stipulata tra il Ministero della salute e l'Università Commerciale L. Bocconi di Milano che ha visto la presenza in *stage* presso l'Ufficio Audit ministeriale di un medico veterinario partecipante al master universitario di II livello in management sanitario.

Il presente lavoro scaturisce dall'esperienza maturata nel corso degli anni di attività dell'Ufficio Audit, dalla rivisitazione critica degli indicatori in uso nelle attività dell'ufficio stesso, dall'individuazione ed esplicitazione di nuovi indicatori e dal conseguente inquadramento sistematico degli stessi. La rivisitazione e riorganizzazione degli indicatori ha portato alla costruzione di uno strumento valutativo che si pone l'obiettivo di poter mettere a confronto i diversi sistemi regionali di prevenzione e di monitorarne nel tempo il loro trend evolutivo.

2. Il contesto operativo

2.1. Il Ministero della salute

La Legge n. 317 del 2001, pubblicata sulla G.U. n. 181 del 6 agosto 2001, ha istituito il Ministero della salute, con finalità di salvaguardia e gestione integrata dei servizi socio sanitari e della tutela dei diritti della dignità della persona umana e della salute. Tale leg-

ge ha individuato nel Ministero della salute, il soggetto istituzionale responsabile delle funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Sistema sanitario nazionale, di sanità veterinaria, di tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti.

In base alla Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, che apporta modifiche al titolo V della parte II della Costituzione, la tutela della salute e l'alimentazione sono materie di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni. Secondo tale modifica rimane di competenza esclusiva dello Stato, e dunque del Ministero della salute, la determinazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute. La *mission* del Ministero della salute si è significativamente modificata da «pianificazione e governo della sanità» a «garanzia della salute per ogni cittadino». Tale compito deve essere eseguito perseguendo un'azione costante di monitoraggio, con l'obiettivo di assicurare un elevato grado d'equità sul territorio di competenza, nel rispetto del diritto alla salute del cittadino sancito dall'articolo 32 della Costituzione e delle autonomie regionali ed aziendali.

I principi di base ed i compiti del Ministero della salute sono stati ribaditi ed ulteriormente esplicitati nel Psn (Piano sanitario nazionale) 2003-05 in cui si evidenziano le seguenti aree di competenza e dunque d'intervento:

- comunicazione adeguata e corretta come strumento di supporto all'azione di garanzia d'equità del sistema, di qualità, d'efficienza e di trasparenza;
- promozione di azioni correttive e migliorative al fine di rimuovere le disuguaglianze e le iniquità;
- collaborazione con le Regioni per valutare le diverse realtà sanitarie e dunque migliorarle;
- definire le linee strategiche d'innovazione e cambiamento;
- fronteggiare i grandi pericoli che minacciano la salute pubblica.

Per quanto attiene le competenze relative alla sicurezza alimentare e sanità veterinaria, la Legge n. 244 del 30 novembre 2005 ha elevato la precedente Direzione generale al livello dipartimentale, il cui responsabile si

relaziona direttamente con il Ministro della salute. Il nascente Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti, la cui struttura organizzativa è tuttora in fase di definizione, sarà organizzata in tre Direzioni generali e prevedrà alcune articolazioni organizzative con funzione di tecnostruttura del capo Dipartimento, tra i quali è stato proposto di inserire l'ufficio «audit».

2.1. L'ufficio «audit» del Ministero della salute

L'attività di audit esercitata dall'Ufficio VII del Ministero della salute, mediante il monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia dei sistemi gestionali adottati dalle Regioni in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, si pone l'obiettivo di conoscere l'organizzazione del sistema sanitario regionale e locale, di supportare il processo di crescita dell'intero Sistema sanitario nazionale e di garantire la conformità alla norma sull'intero territorio nazionale. Tale obiettivo è perseguito supportando e facilitando la diffusione del *know-how* regionale ed aziendale, evidenziando le eccellenze e promuovendo le azioni migliorative nel rispetto dei seguenti vincoli:

- l'audit deve essere svolto nel rispetto degli ambiti di competenze e di responsabilità del Ministero della salute;
- l'audit deve essere concepito e progettato, così come gli strumenti da adottare, nel rispetto delle diversità e delle autonomie regionali.

L'obiettivo degli audit svolti dall'ufficio in argomento dunque, non si limita a monitorare la conformità alla norma, ma si propone di mettere in luce i punti di forza e le criticità dei diversi contesti territoriali, di evidenziare le scelte gestionali ritenute «eccellenti» e di facilitare la circolazione delle informazioni. La conoscenza dei diversi approcci organizzativi ed operativi che emergono dall'attività di audit, infatti, è ritenuto il punto di partenza per un momento di riflessione e dunque di possibile crescita e miglioramento dell'intero Sistema sanitario nazionale.

L'Ufficio VII pianifica annualmente la propria attività, individuando i settori e le

Regioni da auditare sulla base della valutazione del rischio epidemiologico, dei dati di struttura e di patrimonio e delle criticità territoriali, previa consultazione con gli altri uffici ministeriali competenti in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinari.

L'attività di audit per ciascuna realtà regionale si compone di un «ciclo di audit», ovvero:

- un audit «di sistema» che coinvolge le articolazioni organizzative competenti in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria dell'assessorato regionale alla sanità, i Dipartimenti di Prevenzione di almeno 3 Aziende sanitarie locali ed eventualmente l'A.R.P.A. e l'I.Z.S. di riferimento;
- almeno 4 audit «di settore» individuati in modo specifico per le diverse realtà regionali in base ai fattori di rischio, la tipologia delle produzioni ed i consumi alimentari della popolazione di riferimento.

I settori che compongono un ciclo di audit, sono stati finora:

- il settore latte,
- il settore carne,
- il settore pesca e molluschi,
- il settore brucellosi,
- il sistema di identificazione e registrazione degli animali (settore I&R),
- il sistema d'allerta rapido,
- il settore benessere animale,
- il settore mangimi e
- il settore emergenze.

Le missioni dell'Ufficio VII

Secondo l'art. 115, comma 1 lettera e) del D.L.vo n. 112 del 31 marzo 1998, che prevede la libertà d'accesso agli uffici e alle documentazioni durante lo svolgimento delle attività di ispezione dello Stato nei confronti delle Regioni, gli audit dell'Ufficio VII sono svolti mediante l'organizzazione e lo svolgimento di «missioni» che vengono concordate nei tempi e nei modi con gli organi regionali competenti. La preparazione, l'esecuzione della missione e la conseguente elaborazione e comunicazione del rapporto finale eseguite dall'Ufficio Audit sono codificate nel Ma-

nuale delle procedure, Revisione 5, redatto dall'ufficio medesimo.

In sintesi la missione prevede 3 fasi. La prima fase consiste nella preparazione della missione (in cui si stabilisce la squadra ispettiva, l'ispettore capo, l'eventuale esperto di settore e la *check list* da adottare), nella riunione preliminare (in cui si stabiliscono gli obiettivi principali dell'audit e i criteri di scelta dell'eventuale itinerario ispettivo) e nella comunicazione di richiesta formale di audit alle autorità regionali.

La seconda fase consiste nell'esecuzione della missione che assume procedure diverse nel caso in cui si tratti di audit di sistema o di audit di settore. Nel caso dell'audit di sistema, l'audizione si svolge in due momenti distinti. Il primo, prevede l'incontro, tramite una prima riunione cosiddetta «ristretta», con i responsabili/referenti del servizio veterinario e del servizio igiene alimenti e nutrizione (SIAN) della Regione, in altre parole con il Direttore generale dell'Assessorato alla sanità e, per gli aspetti di dettaglio, con i dirigenti incaricati. La seconda riunione prevede, invece, la convocazione dei referenti di 3 Aziende sanitarie locali, ovvero dei responsabili dei servizi del Dipartimento di prevenzione, o loro incaricati. Nel caso di audit di settore invece, alla riunione «ristretta» con i referenti regionali, fa seguito una «riunione aziendale» per ogni Asl prescelta, in cui sono convocati, oltre al referente regionale, i responsabili dei servizi veterinari aziendali.

Al termine della missione la squadra ispettiva conduce una riunione di chiusura in cui si sintetizzano le principali risultanze positive, le non conformità e le carenze importanti evidenziate.

La terza fase consiste nella stesura e nella comunicazione alla Regione di pertinenza, entro un tempo massimo di trenta giorni, del rapporto di missione. Tale rapporto, elaborato in *équipe* dalla squadra ispettiva, prevede la descrizione dei riscontri di audit e le eventuali raccomandazioni ed osservazioni in merito alle non conformità e carenze di rilievo evidenziate. La Regione ha tempo trenta giorni per fornire eventuali correzioni e integrazioni utili per la redazione del *report* finale che sarà oggetto di pubblicazione sul sito internet del Ministero della salute, al termine del completamento del ciclo di audit.

3. Lo strumento valutativo

L'elaborazione dello strumento valutativo dei sistemi regionali di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità veterinaria è stata ottenuta seguendo un percorso in tre fasi:

- 1) lettura critica dei documenti;
- 2) realizzazione dello strumento;
- 3) prova dello strumento.

3.1. Lettura critica dei documenti

I documenti presi in esame, frutto dell'esperienza e dell'attività di audit svolta dal 2003 (che ha visto coinvolte 11 Regioni, con 3 «audit di sistema» e di 29 «audit di settore»), sono stati la base per l'elaborazione di uno strumento valutativo adeguato alle esigenze operative dell'ufficio stesso. Gli elementi presi in considerazione per rispecchiare le modalità operative, lo stile e le finalità delle attività di audit svolte dall'Ufficio Audit sono stati in particolare:

- il Manuale delle procedure, revisione 5;
- la «tabella di valutazione del rischio» con i dati epidemiologici, di patrimonio e di struttura delle diverse Regioni;
- la «tabella riassuntiva di valutazione» dei principali elementi del sistema sanitario di prevenzione della Regione sulle attività di interesse veterinario, alimenti e nutrizione (**allegato 1**);
- le *check list* utilizzate nell'attività di audit;
- i *report* definitivi di tutte le audit svolte dall'Ufficio VII (**tabella 1**);
- il quadro normativo di riferimento.

Le principali criticità emerse dalla lettura dei documenti e dal confronto diretto con i responsabili dell'attività di audit, che hanno indirizzato le scelte di costruzione e perfezionamento dello strumento oggetto di questo elaborato, si possono così riassumere:

- necessità di sistematizzare gli *elementi* di valutazione (es.: Psr, «distribuzione delle competenze», ecc.), e di sintetizzare i *parametri* di valutazione utilizzati negli audit (es.: data, contenuti, monitoraggio, ecc.);
- necessità di esprimere la gamma dei *giudizi* e delle *valutazioni* utilizzate dagli *auditor* (adeguato, parzialmente adeguato,

Regione	Audit
Emilia-Romagna	Sistema sanitario regionale - settore carne - settore pesca e molluschi - settore mangimi
Lazio	Sistema sanitario regionale - settore carne - settore pesca e molluschi - settore i&r - brucellosi
Sicilia	Sistema sanitario regionale - settore latte - settore pesca e molluschi - settore i&r - settore benessere animale - brucellosi
Toscana	Settore latte
Puglia	Settore latte - settore pesca e molluschi - settore benessere animale - brucellosi
Lombardia	Settore latte - settore sistema allerta - settore benessere animale
Calabria	Settore latte - settore i&r
Friuli-Venezia Giulia	Settore carne
Basilicata	Settore sistema allerta - brucellosi
Veneto	Settore benessere animale
Campania	Settore pesca e molluschi - settore benessere animale

Tabella 1

Attività di audit aggiornata al 31 dicembre 2005

ecc.; costante aggiornamento, parzialmente accessibile, ecc.) e di sintetizzare la ricchezza delle sfumature espresse nei *report*;

– tradurre in termini matematici l'esigenza di contestualizzare/pesare i *giudizi* e le *valutazioni* in relazione alla macro-realtà territoriale.

3.2. Realizzazione dello strumento valutativo

Lo studio dei suddetti documenti, si è concretizzato con l'elaborazione di uno strumento valutativo a supporto dell'attività di «audit di sistema», composto da 37 voci di valutazione, in seguito definiti «indicatori». Tali indicatori hanno subito un processo di sistematizzazione, indispensabile al fine di una possibile integrazione dello strumento valutativo con l'attività dell'ufficio. Il processo di sistematizzazione, si è concluso con la ripartizione degli indicatori nelle prime dieci macrocategorie presenti nella «tabella riassuntiva di valutazione» (**allegato 1**) già utilizzata dall'Ufficio Audit per gli audit di sistema e con l'elaborazione dello «Schema di sintesi degli indicatori regionali» (**allegato 2**).

Il secondo *step* ha previsto la definizione particolareggiata dei *giudizi* e delle *valutazioni*, al fine di rappresentare la più ampia casistica possibile dei diversi livelli di efficacia e di efficienza presenti nei sistemi sanitari regionali. Questo lavoro d'esplicitazione degli indicatori ha permesso di perfeziona-

re lo strumento, giungendo alla definizione della «Legenda dello schema di sintesi degli indicatori» (**allegato 3**) e di individuare, ma soprattutto condividere tra gli *auditor* dell'ufficio, i pesi e i relativi punteggi dei diversi indicatori inseriti nella «Tabella di *score* degli indicatori» (**allegato 4**). Il lavoro di gruppo ha permesso, inoltre, di perfezionare e assimilare il meccanismo moltiplicativo da adottare per ottenere il valore dei singoli indicatori e dunque delle suddette dieci macrocategorie.

Il laborioso percorso di individuazione e condivisione dei pesi e dei punteggi ha permesso, in definitiva, di:

- individuare le macrocategorie di 1° livello (peso complessivo pari a 5) e le macrocategorie di 2° livello (peso complessivo pari a 3);
- individuare i diversi pesi degli indicatori all'interno della stessa macrocategoria rispettando il vincolo del peso complessivo;
- individuare, per ogni indicatore, il punteggio adeguato alla corrispondente casistica presente nella legenda.

L'utilizzo dello strumento prevede una prima fase in cui l'*auditor*, supportato dalla «Legenda dello schema di sintesi degli indicatori» e dalla propria esperienza e imparzialità, segna sullo «Schema di sintesi degli indicatori» la casella ritenuta corrispondente ai *giudizi* o *valutazioni* emersi dallo studio dei documenti visionati, dalle interviste e

dall'azione ispettiva eseguita durante la missione di audit. Successivamente, l'*auditor* riporta le proprie scelte sulla «Tabella di *score* degli indicatori» e procede alla fase di calcolo che consiste nel moltiplicare il peso d'ogni indicatore con il punteggio relativo alla scelta effettuata. Si ottiene così uno *score parziale* per ogni indicatore da sommare a tutti gli *score* parziali ottenuti per la medesima macrocategoria. In questo modo l'*auditor* ha l'opportunità di esprimere un giudizio quali-quantitativo per ciascuna macrocategoria tenendo conto, in modo «pesato», di tutte le principali criticità.

Il lavoro di gruppo finalizzato al perfezionamento della legenda e alla condivisione dei pesi, dei punteggi e della modalità d'utilizzo dello strumento, ha permesso, inoltre, di far emergere alcune criticità che possono essere così sintetizzate:

- l'impossibilità di prevedere tutte le realtà in essere a livello regionale;
- il rischio di elaborare uno strumento troppo «freddo».

L'impossibilità di rappresentare in modo totalmente esaustivo i diversi livelli di efficienza ed efficacia presenti nelle realtà regionali con uno strumento, ha fatto emergere la necessità di prevedere una «casella libera». Tale casella, posta all'estrema destra di ciascun indicatore nello «Schema di sintesi degli indicatori regionali» (**allegato 2**), potrà essere barrata con il segno (X) nel caso in cui l'*auditor* ritenga opportuno esprimere la propria preferenza per nessuna delle casistiche previste. In questo caso l'*auditor* dovrà esplicitare in forma scritta le motivazioni di tale scelta, decidendo autonomamente anche il punteggio. Tale punteggio, dovrà essere compreso in un *range* che vede come limite massimo il punteggio maggiore previsto per quell'indicatore e come limite minimo lo zero. Nel caso in cui la «casella libera» sia utilizzata per rappresentare una situazione intermedia tra due casi presenti nello schema di sintesi, e dunque nella legenda, il punteggio sarà individuato nella media aritmetica dei punteggi previsti.

Il rischio di «freddezza» dello strumento è stato sollevato a seguito d'alcune riflessioni emerse durante il confronto tra i componenti del lavoro di gruppo sopra citato. L'attività

di audit deve essere svolta, oltre che a fini conoscitivi, nel rispetto del ruolo di garante e di supporto al processo di crescita svolto dal Ministero della salute. Lo strumento dunque, poteva essere vissuto come un «classificatore» delle diverse realtà territoriali, trascurando così gli sforzi gestionali in corso nelle Regioni che, per motivi storici e politici, risultano ancora in una fase embrionale, per non dire arretrata, del processo di aziendalizzazione. Le suddette criticità sono state superate introducendo nello strumento il «coefficiente di *trend*».

Le diverse realtà territoriali riscontrabili nell'attività di audit, intese come livelli di efficienza ed efficacia del *modus operandi*, e gli sforzi gestionali in essere nelle strutture regionali competenti in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, possono essere evidenziate e graduate dal «coefficiente di *trend*». Questo coefficiente, che prevede la scelta tra due valori moltiplicatori, può essere utilizzato a discrezione dell'*auditor* e segnato nella casella posta all'estrema sinistra di ogni indicatore presente sullo «Schema di sintesi degli indicatori regionali» (**allegato 2**). Nel caso in cui l'*auditor* ritenga opportuno evidenziare particolari eccellenze o effettivi sforzi gestionali, dovrà porre il segno (+) sulla casella prevista per il coefficiente di *trend* al fine di moltiplicare lo *score parziale*, ottenuto moltiplicando il peso dell'indicatore per il punteggio della casistica prescelta, per un valore incrementale che, durante il lavoro di gruppo, è stato fissato a 1,4. In caso contrario, in altre parole alla presenza di particolari inefficienze o d'insufficienti politiche gestionali in corso, l'*auditor* dovrà segnare la casella prevista per il coefficiente di *trend* con il segno (-) e moltiplicare lo *score parziale* per un valore decrementale fissato a 0,6.

L'utilizzo circostanziato della «casella libera» e del «coefficiente di *trend*» permette all'*auditor* di esercitare la propria autonomia valutativa e di evidenziare al meglio, oltre ai diversi livelli di efficienza e di efficacia riscontrabili, il percorso evolutivo in atto nelle realtà auditate. Il coefficiente di *trend* consente inoltre di soddisfare la necessità di contestualizzare/pesare i *giudizi* e le *valutazioni* in relazione alla macro-realtà territoriale.

In definitiva dunque, il valore numerico di ogni macrocategoria si ottiene dalla som-

ma degli *score parziali* dei propri indicatori. Lo *score parziale* del singolo indicatore è ottenuto moltiplicando il corrispondente peso con il punteggio relativo alla scelta della casistica, eventualmente moltiplicato per il coefficiente di *trend*.

3.3. Prova dello strumento

Prendendo a riferimento una delle Regioni che sono state oggetto dell'attività di «audit di sistema» dell'ufficio, i due *auditor* che hanno svolto personalmente la missione sono stati designati a compilare in modo autonomo e indipendente lo «Schema di sintesi degli indicatori regionali» (**allegato 2**), facendo riferimento alla «Legenda dello schema di sintesi degli indicatori» (**allegato 3**) e rispettando i vincoli dello strumento ovvero l'utilizzo circostanziato della «casella libera» e del «coefficiente di *trend*» (**allegato 5** e **allegato 6**).

I risultati attesi al fine di poter validare lo strumento possono essere così sintetizzati:

- utilizzo moderato della «casella libera»;
- scarsa divergenza tra gli *auditor* nella scelta della casistica proposta dall'indicatore;
- risultati simili tra gli *auditor* per ciascuna macrocategoria;
- corrispondenza tra le criticità emergenti dallo strumento e quelle evidenziate nelle conclusioni e raccomandazioni del *report* agli atti dell'Ufficio VII.

Ai fini esplicativi, nel rispetto della riservatezza, si ritiene opportuno definire:

- la Regione oggetto della prova dello strumento come REGIONE A;
- gli *auditor tester* dello strumento come dr. X e dr. Y.

4. Conclusioni

La compilazione autonoma e indipendente da parte del dr. X e del dr. Y dello «Schema di sintesi degli indicatori regionali» ha prodotto risultati apprezzabili e confacenti alle aspettative. Entrambi gli *auditor*, infatti, hanno utilizzato la «casella libera» in una sola circostanza ed inoltre, tale opzione, è stata utilizzata per il medesimo indicatore. L'utilizzo della casella libera è stata adoperata per

esprimere una valutazione intermedia tra due casi previsti dallo strumento e il vincolo della media aritmetica ha portato in definitiva ad avere lo stesso *score parziale*.

Eseguendo la prova dello strumento, ben 35 volte su 37 gli *auditor* hanno optato per la stessa casella. Nei 2 casi in cui la scelta non ha coinciso, è importante sottolineare che vi è stato l'utilizzo del «coefficiente di *trend*» che ha ridotto il *gap* di scelte diverse. Infatti, in uno dei due casi sopraccitati, gli *auditor* hanno utilizzato coefficienti di *trend* di segno opposto, rendendo pressoché trascurabile, dal punto di vista concettuale e di *score parziale*, la differenza sottesa da una scelta difforme. Nel restante caso di scelta differente, l'*auditor* dr. Y, che ha optato per la casella con punteggio maggiore rispetto a quella individuata dal dr. X, ha utilizzato il coefficiente di *trend* negativo.

L'analisi finalizzata alla validazione dello strumento è proseguita riportando le opzioni individuate nello «Schema di sintesi degli indicatori regionali» dal dr. X e dal dr. Y sulla «Tabella di *score* degli indicatori». A seguito del processo di calcolo per ciascun *auditor*, i punteggi della REGIONE A, per le dieci macrocategorie previste dallo strumento, si possono considerare sostanzialmente omogenei (**figure 1, 2, 3**). In cinque casi su dieci il punteggio totale della macrocategoria ha coinciso.

Per analizzare le differenze emerse nei punteggi totali delle cinque macrocategorie con punteggio non coincidente, dettate sostanzialmente dal differente utilizzo del coefficiente di *trend* (6 volte da parte del dr. X e 3 del dr. Y,) si è preferito esprimere i risultati in percentuale. A tal fine, si è proceduto a calcolare il valore massimo ottenibile per ogni macrocategoria riportandolo nella colonna con la dicitura MAX dell'**allegato 5** e **allegato 6**. Tale valore deriva dalla somma degli *score parziali* ottenuti moltiplicando il peso di ciascun indicatore per il punteggio massimo della casistica prevista nello strumento. Il valore reale ottenuto per ciascuna macrocategoria dalla REGIONE A è stato dunque rapportato al valore MAX, ottenendo così il risultato espresso in percentuale (**figure 4 e 5**). Seguendo questo percorso, è stato possibile valutare le cinque macrocategorie con punteggi non coincidenti. La differenza percentuale più elevata, mostrata per la ma-

Figura 1

Risultati della validazione dello strumento:
prova dr. X

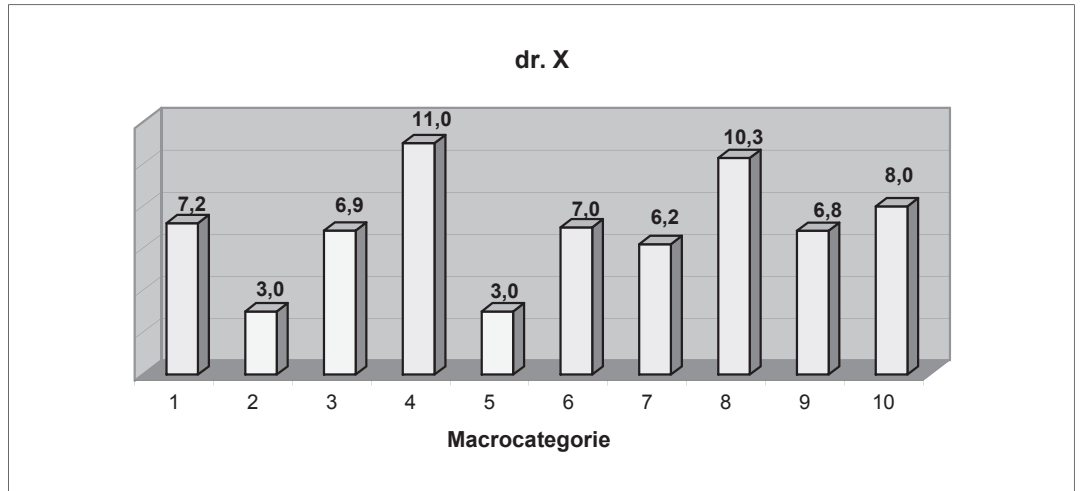


Figura 2

Risultati della validazione dello strumento:
prova dr. Y

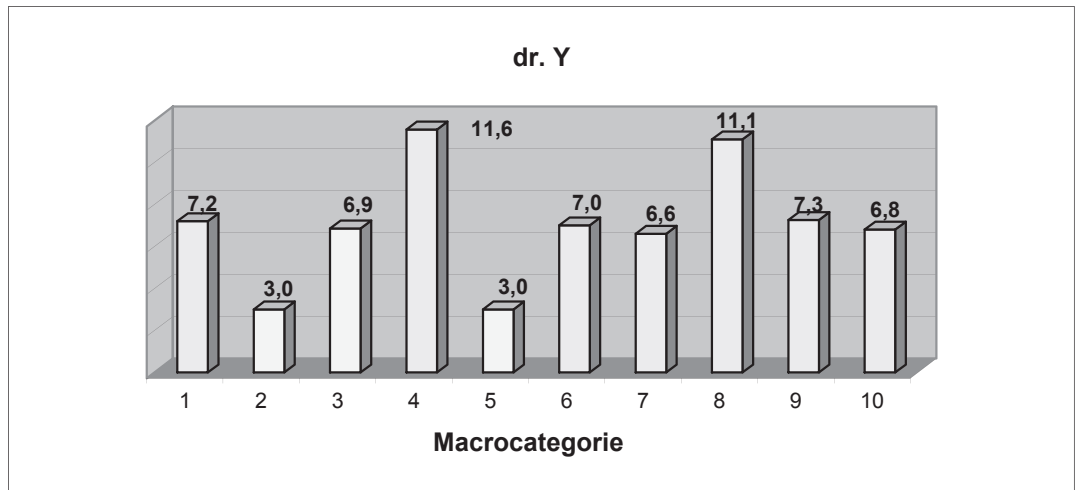
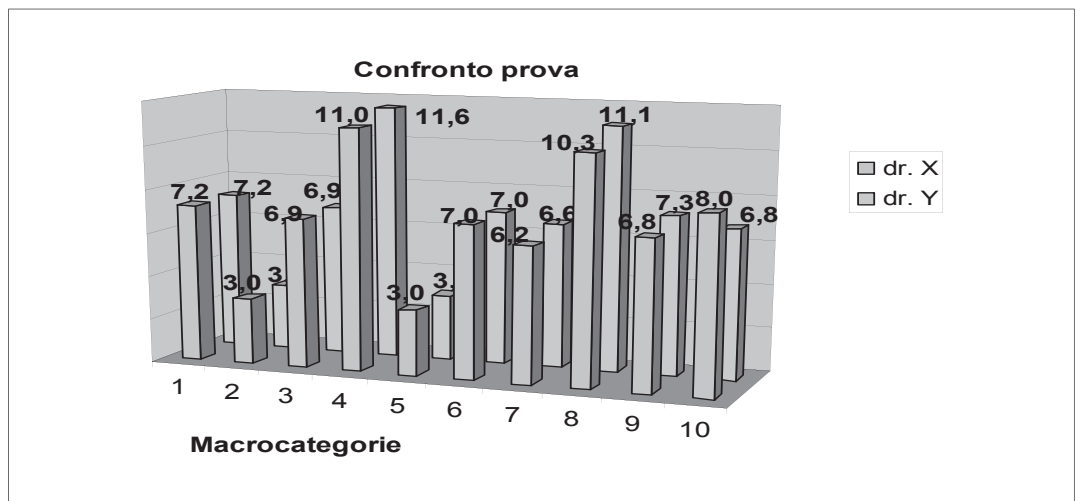


Figura 3

Risultati della validazione dello strumento:
confronto punteggi



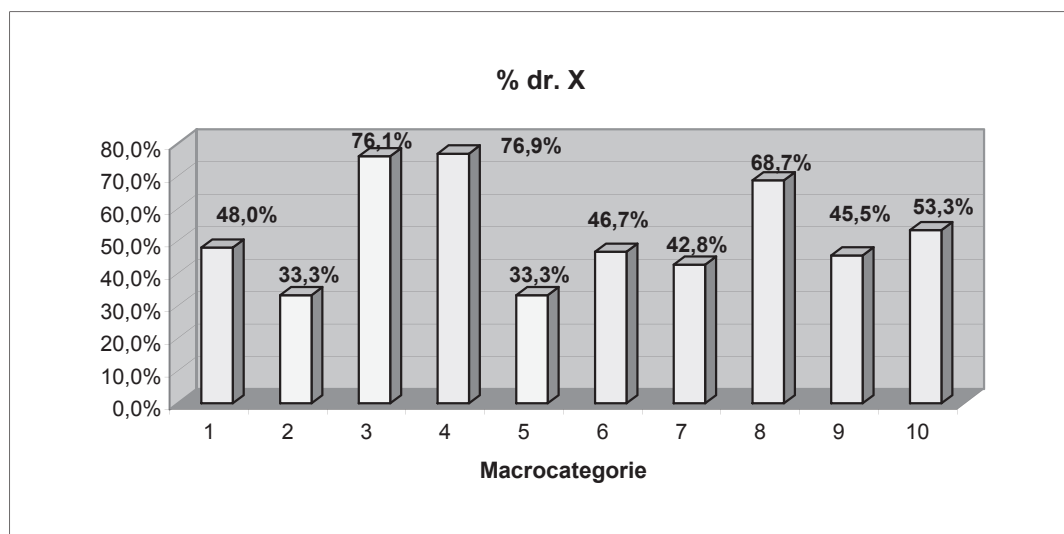


Figura 4
Risultati della validazione
dello strumento:
risultati % dr. X

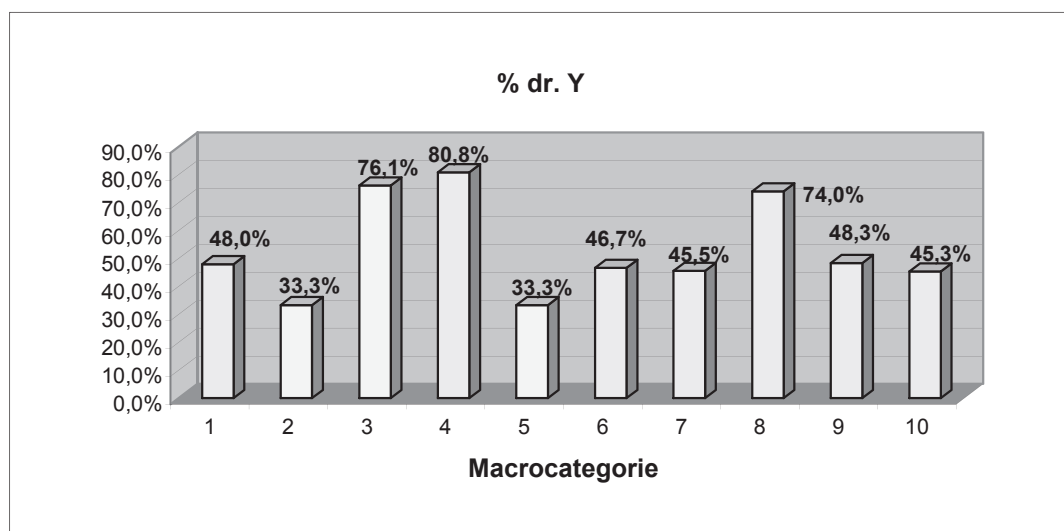


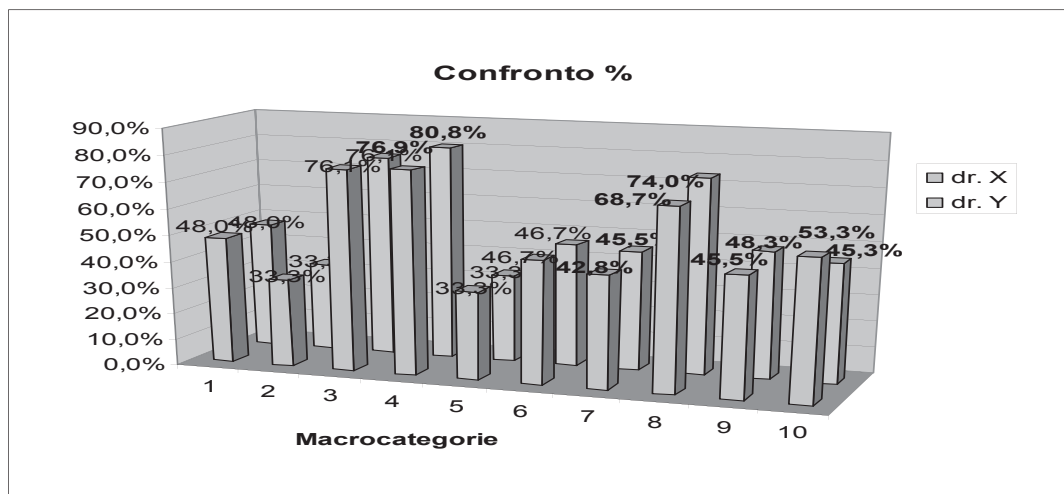
Figura 5
Risultati della validazione
dello strumento:
risultati % dr. Y

crocategoria 10, si attesta ad un valore inferiore al 10% e precisamente all'8%. Questo caso è imputabile ad una normale e fisiologica diversa «sensibilità» degli *auditor*. Infatti, entrambi hanno optato per le stesse caselle in tutti gli indicatori previsti dalla macrocategoria ma un *auditor* ha ritenuto opportuno utilizzare il coefficiente di *trend* negativo. In due delle cinque macrocategorie non coincidenti, la differente valutazione degli *auditor* non ha superato i 3 punti percentuali (2,7% per la macrocategoria 7 e 2,8% per la macrocategoria 9) (figura 6).

Il percorso di validazione prevedeva in ultima istanza la verifica della corrispondenza tra le macrocategorie con punteggio basso, inferiore al 50%, e le conclusioni e raccomandazioni del *report* agli atti dell'Ufficio VII. L'analisi effettuata dagli *auditor-tester*, nonché redattori materiali del *report* ufficiale, ha dato risultati, a detta degli stessi, altamente soddisfacenti, tali da avallare la richiesta dello scrivente di proseguire lo *stage* al fine di contestualizzare tale strumento nelle procedure operative di audit attualmente utilizzate dall'Ufficio Audit.

Figura 6

Risultati della validazione dello strumento: confronto risultati %



5. Sviluppi

La contestualizzazione operativa dello strumento presentato presuppone il raggiungimento graduale dei seguenti *step*:

- utilizzo, e conferma di validazione dello strumento, per i restanti sistemi regionali di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità veterinaria auditati dall'Ufficio VII;
- estensione dello strumento per la valutazione delle articolazioni organizzative

competenti in sicurezza alimentare e sanità veterinaria afferenti al Dipartimento di Prevenzione delle Aziende sanitarie locali auditate;

- definizione in legenda (**allegato 3**) delle principali casistiche d'utilizzo del «coefficiente di *trend*»;

- definizione di intervalli di punteggio per macrocategoria corrispondenti al sistema grafico di valutazione, gli «emoticon», adottato attualmente dall'Ufficio Audit (**allegato 1**).

ALLEGATO 1

Tabella riassuntiva di valutazione

ELEMENTI DI VALUTAZIONE GENERALE <i>(relativamente all'ente Regione)</i>	
⁽¹⁾ Piano sanitario regionale	
⁽²⁾ DPEF	
⁽³⁾ Adeguatezza degli uffici regionali	
⁽⁴⁾ Personale preposto agli uffici regionali	Adeguatezza numerica del personale
	Qualificazione professionale
	Attività di formazione specifica
	Livello di inquadramento
⁽⁵⁾ Adeguatezza risorse strumentali	
⁽⁶⁾ Adeguatezza degli strumenti normativi	
⁽⁷⁾ Adeguatezza dei flussi informativi	
Dirigenza coinvolta nel settore della sicurezza alimentare e veterinario	⁽⁸⁾ Sistema di valutazione dei dirigenti regionali
	⁽⁹⁾ Capacità ricognitiva delle problematiche territoriali e conoscenza del territorio
	⁽¹⁰⁾ Capacità di lavorare per progetti e obiettivi
SETTORI SPECIFICI <i>(relativamente a Regione, Asl e IZS)</i>	
⁽¹¹⁾ Piani di risanamento zootecnico	
⁽¹²⁾ Prevenzione delle encefalopatie spongiformi	
⁽¹³⁾ Settore carni	
⁽¹⁴⁾ Prodotti della pesca e molluschi bivalvi vivi	
⁽¹⁵⁾ Controllo delle acque di irrigazione delle colture vegetali	
⁽¹⁶⁾ Controlli ufficiali sugli alimenti	
⁽¹⁷⁾ Benessere animale	
⁽¹⁸⁾ Altre Zoonosi	
⁽¹⁹⁾ Anagrafe bovina	
⁽²⁰⁾ Residui	

Legenda:

- | | |
|-----------------|------------|
| ■ Pessimo | ⊕ Discreto |
| □ Insufficiente | ⊗ Buono |
| ○ Sufficiente | ☺ Ottimo |

- (1) **Piano sanitario regionale:** presenza, congruità con gli obiettivi nazionali, chiarezza e precisione degli obiettivi, modalità di parametrizzazione dei risultati raggiunti
- (2) **DPEF (documento di programmazione economico finanziaria regionale):** chiarezza e precisione delle linee programmatiche, congruità con i riscontri epidemiologici
- (3) **Adeguatezza degli uffici regionali:** locali, organizzazione logistica
- (4) **Personale preposto agli uffici regionali:** adeguatezza numerica del personale, qualificazione professionale, preparazione specifica, livello di inquadramento
- (5) **Adeguatezza delle risorse strumentali:** telefono, pc, stampanti, fax, intranet, internet, *utilities* di vario tipo
- (6) **Adeguatezza delle risorse normative:** accessibilità e standardizzazione delle procedure di produzione normativa
- (7) **Adeguatezza dei flussi informativi:** tempi di flusso e procedure (tempistica e modalità di protocollazione), utilizzo di fax, mail, ecc.
- (8) **Sistema di valutazione dei dirigenti regionali:** criteri utilizzati, effetti della valutazione
- (9) **Capacità ricognitiva delle problematiche territoriali e conoscenza del territorio:** frequenza dei contatti con i soggetti territoriali (Asl, associazioni ecc.) mediante riunioni, sopralluoghi, partecipazione a convegni ecc.
- (10) **Capacità di lavorare per progetti e obiettivi:** attività di impostazione, di conduzione e monitoraggio delle attività di interesse
- (11) **Piani di risanamento zootecnico:** risanamento degli allevamenti dalla Brucellosi dei bovini e ovicaprini, dalla tubercolosi dei bovini e dalla leucosi enzootica bovina, piani di sorveglianza e vaccinazione per la blue tongue, salmonellosi negli allevamenti avicoli, ecc.
- (12) **Attività di prevenzione delle encefalopatie spongiformi:** BSE, Scrapie
- (13) **Attività ispettive sugli stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale:** conduzione di sopralluoghi da parte del Servizio veterinario e di igiene alimenti regionale, frequenza, effetti dell'armonizzazione sulle attività ispettive delle Asl
- (14) **Controllo delle zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi:** qualità del controllo, organizzazione, riscontri epidemiologici
- (15) **Controllo delle acque di irrigazione delle colture vegetali:** qualità del controllo dei requisiti igienico-sanitari delle acque di irrigazione, organizzazione, frequenza, esiti, riscontri epidemiologici
- (16) **Controlli ufficiali sugli alimenti** (ad esclusione del controllo fatto presso gli stabilimenti): intensità dei controlli, organizzazione, esiti, riscontri epidemiologici, adeguatezza dei laboratori di analisi
- (17) **Benessere animale:** qualità del controllo sul rispetto del benessere degli animali da reddito in allevamento, trasporto e macellazione, lotta al randagismo
- (18) **Altre Zoonosi:** gestione delle attività di prevenzione nei confronti delle malattie trasmissibili all'uomo, come ad es. echinococcosi e altre parassitosi, malattie correlate agli animali che vivono in ambiente urbano, rabbia (diverse dalle encefalopatie spongiformi, dalla brucellosi e dalla TBC e da quelle trasmissibili con gli alimenti)
- (19) **Anagrafe bovina:** efficacia ed efficienza dei sistemi di identificazione e registrazione dei bovini e controllo della movimentazione
- (20) **Residui:** controlli sull'attività di campionamento per la ricerca dei residui sui prodotti alimentari di origine animale

ALLEGATO 2

Schema di sintesi degli indicatori regionali

PIANO SANITARIO REGIONALE					
PSR: data e contenuti	aggiornato e adeguato	non aggiornato ma adeguato		non aggiornato e inadeguato	
PSR: comunicazione del documento	divulgato	reso disponibile		non accessibile	
PSR: elaborazione	partecipativa con servizi veterinari e igiene alimentare	partecipativa con esclusione servizi veterinari e igiene alimentare		autoreferenziale	
PSR: monitoraggio stato attuazione	presente e adeguata	presente		assente	
DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA					
DPEF: struttura	comprendente la sicurezza al. e la sanità veterinaria	non comprendente la sicurezza al. e la sanità veterinaria		assente	
DPEF: finalità	strategica	programmazione	comunicativa	formale	finanziaria
RISORSE FINANZIARIE REGIONALI	disponibili		non disponibili		non specificate
ADEGUATEZZA DEGLI UFFICI REGIONALI					
STRUTTURA ORG.VA DELL'ASSESSORATO	a regime	di recente riorganizzazione		in fase di riorganizzazione	
ARTICOLAZIONI ORG.VE VS COMPETENZE	idonee	eccessivamente respons.ate	frammentate	duplicate	
DISLOCAZIONE E STATO UFFICI REGIONALI	appropriata	parzialmente appropriata		non funzionale	
GAZZETTA UFFICIALE	aggiornamento costante	parzialmente accessibile		non funzionale	
BIBLIOTECA DI RIF. REGIONALE: PATRIMONIO	adeguato	parzialmente adeguato		settore sanità	
PERSONALE PREPOSTO AGLI UFFICI REGIONALI					
N. E NATURA DEL PERSONALE	adeguato e multistituzionale	parzialmente adeguato e multistituzionale	parzialmente adeguato	inadeguato	
DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE	opportunamente distribuite	settoriale		secondo esigenze	
QUALIFICA DEL PERSONALE RESPONSABILE/REFERENTE	idonea	affidente a discipline diverse		privo di qualifica	
SUPPORTO PERSONALE AMMINISTRATIVO	presente		assente		
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE STRUMENTALI					
LIVELLO TECNOLOGICO UFFICI REGIONALI (ICT)	idoneo e completo	parzialmente idoneo		inadeguato	
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE NORMATIVE					
«NORMATIVA» PRODOTTA ultimi 5 anni	adeguata	parzialmente adeguata		inadeguata	
DISPOSIZIONI PER ATTO AZIENDALE	emanate e indicazioni su s.a. e s.v.	emanate		non emanate	
LINEE GUIDA E CHECK LIST AZIENDALI	adeguate e facilmente accessibili	parzialmente idonee		assenti	

ADEGUATEZZA DEI FLUSSI INFORMATIVI				
FLUSSO INFORMATIVO REGIONE/ASL	elevato e informatico	elevato non informatico	non idoneo	
FLUSSO INFORMATIVO INTERNO REGIONE	informatico con procedure standard	privo di procedure informatizzate	inadeguato	
FLUSSO DELLA POSTA	rapido e procedure standard	lento	inadeguato	
SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA	adeguato	parzialmente adeguato	inadeguato	
SISTEMI DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI REGIONALI				
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI	presente e vincolante	presente non vincolante	assente	
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI: tempistica	durante mandato	a fine mandato	non programmata	
VALUTAZIONE DG ASL: natura	obiettivi di settore vincolanti	obiettivi di settore non vincolanti	priva d'obiettivi di settore	non precisata
VALUTAZIONE DG ASL: modalità	obiettivi negoziati e documentati	obiettivi negoziati	obiettivi imposti	criteri non formalizzati
CAPACITÀ RICOGNITIVA DELLE PROBLEMATICHE TERRITORIALI E CONOSCENZA DEL TERRITORIO				
AUDIT REGIONALE: frequenza	sistematica e programmata	parziale e programmata	casuale/associata	assente
ISPEZIONI/AUDIT REGIONALE: natura	Asl e strutture produttive	Asl o strutture produttive	contingente	
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA	sistema informativo dedicato	sistema informativo tradizionale	sistema informativo aziendale	assente
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: informazioni	dati aggiornati e facilmente accessibili	dati non aggiornati/facilmente accessibili	dati non aggiornati/non facilmente accessibili	dati non registrati
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: adeguatezza/qualità	servizi veterinari e igiene alimenti	servizi veterinari o igiene alimenti	nessuno	
CAPACITÀ DI LAVORARE PER PROGETTI E OBIETTIVI				
RELAZIONE CON ALTRE STRUTTURE DEL SSN	ampia e a progetto	limitata	praticamente assente	
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: natura	ad obiettivo	stabili	assenti	
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: composizione	multidisciplinare e multistituzionale	regionale/aziendale	esterno	
ACCREDITAMENTO REG	acc. esterno ottenuto	acc. esterno in corso	non ottenuto	non previsto

ALLEGATO 3

Legenda dello schema di sintesi degli indicatori

Macrocategoria 1 - Piano sanitario regionale

PSR: data e contenuti

AGGIORNATO E ADEGUATO: il Psr in vigore fa riferimento all'arco temporale ancora in corso ed esplicita in modo chiaro e preciso gli obiettivi in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria ed è coerente nei contenuti con il Psn in vigore.

NON AGGIORNATO MA ADEGUATO: il Psr in vigore non è aggiornato da un punto di vista temporale ma è chiaro e preciso nella definizione degli obiettivi materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria. Il Psr mostra coerenza nei contenuti con il Psn in vigore.

NON AGGIORNATO E INADEGUATO: il Psr in vigore non è aggiornato da un punto di vista temporale, non è chiaro e preciso nella definizione degli obiettivi materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria e non è coerente nei contenuti con il Psn in vigore.

PSR: comunicazione del documento

DIVULGATO: il documento è facilmente accessibile in quanto presente ed interamente consultabile sul sito internet regionale.

RESO DISPONIBILE: il documento non è facilmente accessibile (pubblicato su siti internet aziendali, comunali, di associazioni ecc.) e/o non è consultabile in modo completo.

NON ACCESSIBILE: la Regione non ha previsto la pubblicazione in internet del documento e/o non è stato possibile visionare il documento neanche a seguito di richieste da parte dell'ufficio.

PSR: elaborazione

PARTECIPATIVA CON SERVIZI VETERINARI E IGIENE ALIMENTI: l'elaborazione del Psr ha previsto il coinvolgimento e la partecipazione attiva in qualità di organo tecnico-scientifico del servizio veterinario regionale e di igiene degli alimenti per la parte di competenza e/o la partecipazione attiva di altri soggetti istituzionali e non (Asl, Comuni, Associazioni *profit* e *non profit*) con una modalità di tipo collaborativa (riunioni, incontri, *brain storming*, documenti propositivi).

PARTECIPATIVA CON ESCLUSIONE SERVIZI VETERINARI E IGIENE ALIMENTI: l'elaborazione del Psr non ha previsto il coinvolgimento e la partecipazione attiva del servizio veterinario regionale e di igiene degli alimenti.

AUTOREFERENZIALE: il Psr è stato pensato, elaborato e redatto dall'autorità regionale senza il coinvolgimento attivo di alcun soggetto istituzionale competente dell'area sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

PSR: monitoraggio stato d'attuazione

PRESENTE E ADEGUATA: la Regione produce la Relazione annuale sullo stato di attuazione del Psr con cadenza appropriata e secondo procedure chiare e standardizzate (ufficio di competenza, tempistica dell'elaborazione, modalità di misurazione e parametrizzazione dei risultati, coerenza tra i dati riportati e gli obiettivi esplicitati nel Psr). La Relazione annuale è redatto, per le materie di propria competenza, con il contributo del servizio veterinario e igiene degli alimenti regionale.

PRESENTE: la Regione produce la Relazione annuale sullo stato di attuazione del Psr con tempistica e modalità parzialmente adeguate e standardizzate e/o il documento non tratta in modo appropriato le attività di competenza del servizio veterinario e igiene degli alimenti.

ASSENTE: la Regione non produce, o non è stato possibile prender visione neanche a seguito di richiesta formale, un documento annuale che preveda il monitoraggio dello stato d'attuazione del Psr.

Macrocategoria 2 - Documento di programmazione economico finanziario**DPEF: struttura**

COMPRENDENTE LA SICUREZZA ALIMENTARE E LA SANITÀ VETERINARIA: il documento definisce le linee programmatiche di intervento in modo chiaro sia negli intenti sia nella tempistica. La programmazione economico finanziaria del settore veterinario e dell'igiene degli alimenti è coerente ed attinente ai dati epidemiologici regionali.

NON COMPRENDENTE LA SICUREZZA ALIMENTARE E LA SANITÀ VETERINARIA: la programmazione economico finanziaria si articola in modo chiaro ma non comprende l'area della sicurezza alimentare e la sanità veterinaria.

ASSENTE: il documento non è redatto o non è stato possibile prenderne visione nonostante le ripetute richieste.

DPEF: finalità

STRATEGICA: il documento esplicita secondo linee generali, in coerenza con gli obiettivi strategici inerenti alla sicurezza alimentare e sanità veterinaria individuati dal Psr, gli interventi di tipo economico finanziari adottati dalla Regione.

PROGRAMMAZIONE: il documento individua in modo settoriale e coerente con gli obiettivi inerenti alla sicurezza alimentare e sanità veterinaria individuati dal Psr, gli interventi economico finanziari regionali.

COMUNICATIVA: il documento è elaborato in maniera poco particolareggiata e prende in considerazione solo parzialmente gli obiettivi inerenti alla sicurezza alimentare e sanità veterinaria individuati dal Psr.

FORMALE: il documento non è disponibile (non è stato redatto o comunque non è stato possibile visionarlo anche a seguito di richieste ufficiali) o comunque si tratta di un documento a valenza «burocratica» che esplicita in modo generale, astratta e poco chiaro gli obiettivi d'intervento in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

FINANZIARIA: il documento è volto a reperire/gestire risorse finanziarie ma non ha attinenza con la sicurezza alimentare e la sanità veterinaria.

RISORSE FINANZIARIE REGIONALI

DISPONIBILI: le risorse finanziarie messe a disposizione dalla Regione per le attività strettamente inerenti alla sicurezza alimentare e sanità veterinaria sono coerenti con le necessità di intervento (randagismo, emergenze sanitarie, attrezzature, attività specifiche, corsi di formazione ecc.).

NON DISPONIBILI: la Regione non ha previsto risorse finanziarie specifiche e dedicate alle attività inerenti alla sicurezza alimentare e alla sanità veterinaria.

NON SPECIFICATE: non è stato possibile individuare in modo chiaro la provenienza, l'ammontare e la precisa destinazione delle risorse finanziarie a disposizione.

Macrocategoria 3 - Adeguatezza degli uffici regionali**STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'ASSESSORATO**

A REGIME: la struttura organizzativa (organigramma) è definita da almeno un anno e dunque i sistemi operative (responsabilità e competenze, programmazione e controllo, gestione della posta, gestione del personale ecc.) sono/dovrebbero essere a regime.

DI RECENTE RIORGANIZZAZIONE: la struttura organizzativa è stata definita da meno di un anno e dunque i sistemi operativi sono in fase di definizione.

IN FASE DI RIORGANIZZAZIONE: la struttura organizzativa è in fase di definizione o è stata definita da meno di quattro mesi e dunque i sistemi operativi potrebbero non essere ancora definiti in modo chiaro.

ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE vs COMPETENZE

IDONEE: le articolazioni organizzative (aree/servizi/uffici) sono definite in modo chiaro tenendo in considerazione le diverse aree di attività/competenza afferenti al settore veterinario e igiene degli alimenti. La definizione e l'assegnazione delle responsabilità, e dunque delle competenze, ricadono in modo omogeneo sulle diverse articolazioni organizzative.

ECESSIVAMENTE RESPONSABILIZZATE: le articolazioni organizzative (aree/servizi/uffici), in numero limitato-contenuto, sono definite secondo criteri ampi e generali determinando l'assegnazione di competenze/responsabilità eccessive.

FRAMMENTATE: le articolazioni organizzative (aree/servizi/uffici), in numero ampio-cospicuo, sono definite in modo settorializzato creando problemi nel coordinamento delle attività riguardanti il settore veterinario e igiene degli alimenti.

DUPLICATE: le competenze affidate alle diverse articolazioni organizzative sono poco chiare con conseguente difficoltà a definire la responsabilità ultima, a volte concorrente, delle attività afferenti al settore veterinario e igiene degli alimenti.

DISLOCAZIONE E STATO UFFICI REGIONALI

APPROPRIATA: il *layout* degli uffici afferenti al servizio veterinario e igiene alimenti è confacente, ubicato nello stesso edificio, contigui e non risultano isolati dagli altri organi della direzione sanitaria. Vi è disponibilità di spazi e di sale per riunioni.

PARZIALMENTE APPROPRIATA: il *layout* degli uffici afferenti al servizio veterinario e igiene alimenti è solo in parte confacente, ubicato nello stesso edificio ma in piani diversi e/o risultano isolati dagli altri organi della direzione sanitaria e/o non vi è disponibilità di spazi e di sale per riunioni.

NON FUNZIONALE: gli uffici afferenti al servizio veterinario e igiene alimenti sono dislocati tra edifici diversi e/o non vi sono spazi per le riunioni.

GAZZETTA UFFICIALE

AGGIORNAMENTO COSTANTE: i dirigenti regionali sono supportati nell'aggiornamento della normativa da un servizio diretto, costante, personale, via e-mail e tramite convenzione della struttura per la consultazione dello storico.

PARZIALMENTE ACCESSIBILE: i dirigenti regionali possono aggiornare con qualche difficoltà le competenze normative tramite *web* e siti dedicati e/o convenzioni della struttura per la consultazione dello storico.

NON FUNZIONALE: i dirigenti regionali possono aggiornare le competenze normative soltanto su richiesta e/o su materiale cartaceo non di immediata fruizione.

BIBLIOTECA DI RIFERIMENTO REGIONALE: patrimonio

ADEGUATO: il patrimonio della biblioteca regionale consta di un cospicuo ed aggiornato volume di normative, pubblicazioni, riviste/periodici, tesi e/o ricerche afferenti al settore veterinario e igiene degli alimenti.

PARZIALMENTE ADEGUATO: il patrimonio della biblioteca regionale consta di normative e/o pubblicazioni e/o riviste/periodici e/o tesi e/o ricerche afferenti al settore veterinario e igiene degli alimenti.

SETTORE SANITÀ: il patrimonio della biblioteca regionale consta di normative e/o pubblicazioni e/o riviste/periodici e/o tesi e/o ricerche riguardanti la salute umana e il management sanitario ma non inerente (se non in modo parziale) al settore veterinario e igiene degli alimenti.

Macrocategoria 4 - Personale preposto agli uffici regionali**N. E NATURA DEL PERSONALE**

ADEGUATO E MULTISTITUZIONALE: è presente almeno un dirigente veterinario, facente parte dell'organico regionale, per ciascuna delle tre aree d'intervento principale (area A, B, C) o almeno due dirigenti veterinari nel caso di Regioni il cui territorio coincida con quello provinciale. Il servizio si avvale inoltre dell'apporto, finalizzato ad una maggiore conoscenza delle realtà locali, di personale veterinario in comando dalle aziende sanitarie del territorio e/o di personale proveniente dall'I.Z.S. di competenza.

PARZIALMENTE ADEGUATO E MULTISTITUZIONALE: il servizio veterinario regionale è composto prevalentemente da personale in comando dalle aziende sanitarie del territorio e/o di personale proveniente dall'I.Z.S. di competenza. Il personale in organico all'ente, non garantisce la copertura minima di un veterinario per ciascuna delle tre aree d'intervento principale (o di due dirigenti veterinari per le Regioni il cui territorio coincide con quello provinciale).

PARZIALMENTE ADEGUATO: l'organico regionale prevede la presenza di almeno un veterinario per ogni area di competenza (area A, B, C) ma il servizio non si avvale, se non in modo occasionale, del contributo di veterinari in comando dalle aziende sanitarie del territorio e/o di personale proveniente dall'I.Z.S. di competenza.

INADEGUATO: il personale afferente al servizio veterinario regionale è formato esclusivamente da veterinari in comando dalle aziende sanitarie del territorio e/o di personale proveniente dall'I.Z.S. di competenza.

DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE

OPPORTUNAMENTE DISTRIBUITE: i criteri adottati per l'attribuzione delle competenze sono volti a ripartire equamente gli ambiti di responsabilità tra il personale nel rispetto della qualifica, del percorso formativo, dell'esperienza e dell'esigenza di compenetrazione e coordinamento delle attività del servizio.

SETTORIALE: i criteri adottati per l'attribuzione delle competenze sono volti a ripartire equamente gli ambiti di responsabilità tra il personale ma sono garantiti solo in parte la compenetrazione ed il coordinamento tra le attività del servizio.

SECONDO ESIGENZE: le responsabilità dell'organizzazione e gestione delle diverse attività di competenza del settore veterinario e igiene degli alimenti sono definite in modo apparentemente casuale e/o solamente secondo le esigenze del servizio.

QUALIFICA DEL PERSONALE RESPONSABILE/REFERENTE

IDONEA: il responsabile e i referenti delle diverse attività fanno parte dell'organico regionale; il responsabile e i referenti delle attività afferenti al servizio veterinario è laureato in Medicina Veterinaria e il responsabile e i referenti del servizio igiene alimenti è laureato in una delle discipline delle professioni sanitarie.

AFFERENTE A DISCIPLINE DIVERSE: il responsabile e i referenti delle diverse attività afferenti al servizio veterinario e igiene alimenti non fanno totalmente parte dell'organico regionale e/o non possiedono titolo di studio in Medicina Veterinaria per il servizio veterinario né una titolo di studio in una delle discipline sanitarie per il servizio igiene alimenti.

PRIVO DI QUALIFICA: il personale dedicato al settore veterinario e igiene degli alimenti non è in possesso di titoli di studio attinenti con le attività di competenze.

SUPPORTO PERSONALE AMMINISTRATIVO

PRESENTE: l'attività svolta dai dirigenti responsabili/referenti del settore veterinario e igiene degli alimenti è supportato da personale con qualifica/formazione/esperienza di tipo giuridico-amministrativo.

ASSENTE: l'attività svolta dai dirigenti responsabili/referenti del settore veterinario e igiene degli alimenti non è supportato da personale con qualifica/formazione/esperienza di tipo giuridico-amministrativo.

Macrocategoria 5 - Adeguatazza delle risorse strumentali**LIVELLO «TECNOLOGICO» UFFICI REGIONALI**

IDONEO: gli uffici del settore veterinario e igiene degli alimenti hanno in dotazione supporti tecnico-tecnologici (telefoni, *personal computer*, computer portatili, stampanti, fax, internet, intranet e *utilities*) adeguati numericamente ed aggiornati (non obsoleti).

PARZIALMENTE IDONEO: i supporti tecnico-tecnologici in dotazione agli uffici del settore veterinario e igiene degli alimenti non sono aggiornati ma risultano soddisfacenti/adeguati alla mole e alla natura delle attività di competenza.

INADEGUATO: gli uffici del settore veterinario e igiene degli alimenti hanno in dotazione supporti tecnico-tecnologici che non rispondono in modo adeguato alle esigenze di servizio.

Macrocategoria 6 - Adeguatazza delle risorse normative**ATTI DI INDIRIZZO PRODOTTI ULTIMI 5 ANNI**

ADEGUATA: i Servizi competenti in materia di veterinaria e igiene degli alimenti ha prodotto un volume e una varietà (intesa come settori d'interesse e campi d'applicazione) di circolari, linee guida, regolamenti e schemi di provvedimenti che mostrano autonomia di iniziativa ed attenzione volta al raggiungimento degli obiettivi sanitari.

PARZIALMENTE ADEGUATA: i Servizi competenti in materia di veterinaria e igiene degli alimenti ha prodotto un volume e una varietà di circolari, linee guida, regolamenti e schemi di provvedimenti considerato solo in parte adeguato al quadro epidemiologico regionale e/o alle esigenze organizzative del territorio di competenza.

INADEGUATA: i Servizi competenti in materia di veterinaria e igiene degli alimenti mostrano scarsa iniziativa volta ad affrontare il quadro epidemiologico regionale e a soddisfare le esigenze organizzative del territorio di competenza.

DISPOSIZIONI PER ATTO AZIENDALE

EMANATE E INDICAZIONI SU S.A. E S.V.: la Regione ha emanato disposizioni riguardante l'elaborazione dell'atto aziendale e ha dato indicazioni in merito all'organizzazione delle attività riconducibili alla sicurezza alimentare e alla sanità veterinaria.

EMANATE: la Regione ha emanato disposizioni riguardante l'elaborazione dell'atto aziendale e non ha dato indicazioni in merito all'organizzazione delle attività riconducibili alla sicurezza alimentare e alla sanità veterinaria.

NON EMANATE: la Regione non ha prodotto alcun documento normativo e/o di supporto per l'elaborazione dell'atto aziendale e l'individuazione di un opportuno modello organizzativo.

LINEE GUIDA E CHECK LIST AZIENDALI

ADEGUATE E FACILMENTE ACCESSIBILI: la Regione ha svolto in modo idoneo il ruolo di «capofila operativo» fornendo documenti di indirizzo, formazione e un adeguato supporto per l'elaborazione di linee guida e *check list* aziendali. I documenti che ne testimoniano l'attività sono facilmente accessibili e a disposizione degli auditor per la visione.

PARZIALMENTE IDONEE: la Regione è coinvolta marginalmente, con una produzione limitata di documenti, nell'attività di definizione ed elaborazione di linee guida e *check list* aziendali.

ASSENTI: la Regione non ha prodotto linee guida e *check list* o/e non è stato possibile prendere visione documenti attinenti.

Macrocategoria 7 - Adeguatezza dei flussi informativi**FLUSSO INFORMATIVO REGIONE/ASL**

ELEVATO E INFORMATICO: il Ssr prevede per il settore veterinario e/o igiene degli alimenti la presenza e l'utilizzo, non soltanto formale e marginale, di una piattaforma telematica (intranet o internet) che permetta lo scambio in tempo reale dei dati e delle informazioni tra Regione ed aziende sanitarie (o comunque è in fase di ultimazione l'implementazione di un progetto a tal fine). Il supporto informatico gestisce informazioni quantitative e qualitative riferite al patrimonio zootecnico, al patrimonio degli stabilimenti, al quadro epidemiologiche, alla modulistica, alle modalità operative ecc.

ELEVATO NON INFORMATICO: lo scambio di *know-how* e di dati tra Regione ed aziende sanitarie si può ritenere elevato e completo ma non prevede un supporto informatico *ad hoc* adeguato. Il flusso informativo è garantito per la gran parte dall'attività di *e-mailing* e di posta in formato cartaceo.

NON IDONEO: il flusso informativo tra Regione ed aziende sanitarie risulta solo parzialmente idonee in quanto per la maggior parte non informatizzato e non riguardante l'intero panorama di attività di competenza del settore veterinario e igiene degli alimenti.

FLUSSO INFORMATIVO INTERNO REGIONE

INFORMATICO CON PROCEDURE STANDARD: il flusso informativo tra gli uffici responsabili del settore veterinario e igiene degli alimenti è garantito da un adeguato supporto informatico e da un elevato grado di standardizzazione delle procedure di protocollazione e degli strumenti ed esso dedicato (sono a disposizione del personale linee guida, fac-simili, prestampati ecc.).

PRIVO DI PROCEDURE INFORMATIZZATE: il flusso informativo tra gli uffici responsabili del settore veterinario e igiene degli alimenti è garantito dall'operosità e dall'elevato grado di esperienza e/o di formazione del personale che non risulta essere adeguatamente supportato dalla standardizzazione e informatizzazione delle procedure.

INADEGUATO: il flusso informativo tra gli uffici responsabili del settore veterinario e igiene degli alimenti risulta inadeguato dal punto di vista delle procedure, delle tempistiche e/o del supporto tecnico e tecnologico a disposizione del personale dirigente e non dirigente.

FLUSSO DELLA POSTA (ad esclusione del sistema di allerta rapido)

RAPIDO E PROCEDURE STANDARD: la tempistica, l'organizzazione e le procedure atte a garantire un ottimale flusso della posta in entrata e in uscita risultano adeguate al volume della stessa, alle esigenze del personale dirigente e all'ubicazione degli uffici.

LENTO: le attività atte a garantire un appropriato flusso in entrata ed in uscita della posta comportano perdite di tempo elevate (> di 3 giorni).

INADEGUATO: l'organizzazione interna non garantisce un adeguato e corretto flusso della posta in entrata ed in uscita con conseguente ritardo (> di 10 giorni) e/o errori.

SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA

ADEGUATO: i servizi regionali competenti in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria sono in possesso di supporti tecnologici dedicati al sistema di allerta (fax, p.c., intranet ecc.) ed i tempi di trasmissione si possono definire rapidi. I servizi hanno definito con chiarezza il referente/i per l'orario di lavoro e il sistema di turni garantisce la copertura dell'attività per 8/10 ore. La Regione ha elaborato e divulgato una linea guida che regola l'iter delle procedure dalla fase di attivazione del sistema alla fase di chiusura del caso. Esiste una banca dati informatizzata delle segnalazioni di allerta regionali e la documentazione relativa alla gestione dei casi è opportunamente archiviata (fascicolo con codice identificativo unico per ogni caso) e facilmente rintracciabile.

PARZIALMENTE ADEGUATO: non esistono supporti tecnologici dedicati per la segnalazione dei casi di allerta che dunque può subire ritardi compresi nelle 24 ore. I servizi hanno definito con chiarezza il referente/i per l'orario di lavoro ma non è presente un sistema di turni che garantisca la copertura dell'attività per tutto l'orario di servizio. Le procedure da seguire per la gestione del caso di allerta presentano un buon grado di standardizzazione e di condivisione tra il personale sebbene non siano presenti in merito linee guida regionali. È presente una banca dati regionale ed un'opportuna archiviazione della documentazione relativa alla gestione del caso (fascicolo unico per ogni caso).

NON ADEGUATO: non sono previste linee guida per la gestione dei casi d'allerta né esistono supporti tecnologici dedicati con conseguente ritardo nella segnalazione che supera le 24 ore. Non è stato possibile individuare i referenti dei servizi né un sistema di turni che garantisca la copertura dell'attività per tutto l'orario di apertura dell'ufficio. La Regione non possiede una banca dati informatizzata che raccolga le segnalazioni e la documentazione relativa al singolo caso non è opportunamente archiviata (non esiste un fascicolo unico per ogni caso d'allerta).

Macrocategoria 8 - Sistemi di valutazione dei dirigenti regionali**VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI**

PRESENTE E VINCOLANTE: l'operato ed i risultati ottenuti dai dirigenti regionali sono sottoposti a valutazione che influisce in modo diretto sulla conferma della posizione e/o sulla quota variabile della retribuzione.

PRESENTE NON VINCOLANTE: l'operato ed i risultati ottenuti dai dirigenti regionali sono sottoposti a valutazione senza possibilità di incidere in modo diretto e consequenziale sulla conferma della posizione e/o sulla quota variabile della retribuzione.

ASSENTE: la Regione non prevede alcuno strumento di valutazione per i dirigenti regionali.

VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI: tempistica

DURANTE MANDATO: la valutazione dei dirigenti regionali è programmata con cadenza che ricade all'interno del mandato. Questo strumento, oltre ad essere prettamente valutativo, viene utilizzato al fine di riallineare e riorientare eventuali comportamenti non desiderati.

A FINE MANDATO: la valutazione dei dirigenti regionali è programmata alla fine del mandato/incarico con l'obiettivo dichiarato di non precludere o limitare l'autonomia degli stessi.

NON PROGRAMMATA: la valutazione dei dirigenti regionali non viene programmata ed appare perlopiù uno strumento punitivo/premiante.

VALUTAZIONE DG ASL: natura

OBIETTIVI DI SETTORE VINCOLANTI: i direttori generali delle aziende sanitarie regionali sono valutati su obiettivi riconducibili alla sicurezza alimentare e alla sanità veterinaria. Tali obiettivi sono vincolanti al fine del conferimento della parte variabile di retribuzione e/o della riconferma dell'incarico.

OBIETTIVI DI SETTORE NON VINCOLANTI: i direttori generali delle aziende sanitarie regionali sono valutati su obiettivi riconducibili alla sicurezza alimentare e alla sanità veterinaria. Tali obiettivi però non sono vincolanti al fine del conferimento della parte variabile di retribuzione e/o della riconferma dell'incarico.

PRIVA D'OBIETTIVI DI SETTORE: i direttori generali delle aziende sanitarie regionali non sono valutati su obiettivi riconducibili alla sicurezza alimentare e alla sanità veterinaria.

NON PRECISATA: la valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali è effettuata in modo poco chiara su variabili non definite a priori. Si profila dunque una valutazione ad personam.

VALUTAZIONE DG ASL: modalità

OBIETTIVI NEGOZIATI E DOCUMENTATI: la valutazione dei risultati ottenuti in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria dai direttori generali delle aziende sanitarie regionali si fonda sul livello di raggiungimento (totale o parziale) degli obiettivi negoziati in sede di *budgeting*/programmazione. I dirigenti si avvalgono per il monitoraggio dello stato di raggiungimento degli obiettivi di strumenti di report. Tali strumenti, definiti in modo chiaro, sono di facile accesso per gli *auditor*.

OBIETTIVI NEGOZIATI: la valutazione dei risultati ottenuti in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria dai direttori generali delle aziende sanitarie regionali si basa, secondo le dichiarazioni ottenute nella missione, sul grado di raggiungimento di obiettivi negoziati ma non è stato possibile reperire documenti a tal proposito.

OBIETTIVI IMPOSTI: la valutazione dei risultati ottenuti in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria dai direttori generali delle aziende sanitarie regionali si basa sul grado di raggiungimenti di obiettivi definiti dall'assessorato di competenza senza un vero e proprio momento di confronto, pianificazione e negoziazione congiunta.

CRITERI NON FORMALIZZATI: la valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali è effettuata in modo poco chiara su variabili non definite a priori. Si profila dunque una valutazione ad personam.

Macrocategoria 9 - Capacità ricognitiva delle problematiche territoriali e conoscenza del territorio**AUDIT REGIONALE: frequenza**

SISTEMATICA E PROGRAMMATA: l'attività di audit svolta dalla Regione riguarda la totalità, o la gran parte, dei settori di competenza del servizio veterinario e igiene degli alimenti. La frequenza delle audit, in associazione all'attività ispettiva condotta da altra autorità veterinarie (Ministero della salute, UE, Paesi terzi ecc.), è programmata con cadenza annuale e documentata con chiarezza e completezza.

PARZIALE E PROGRAMMATA: l'attività di audit svolta dalla Regione riguarda soltanto una parte dei settori di competenza del servizio veterinario e igiene degli alimenti e/o la frequenza delle audit non è programmata con cadenza annuale e/o documentata in modo incompleto e moderatamente chiaro.

CASUALE/ASSOCIATA: l'attività di audit svolta dalla Regione non è programmata con cadenza annuale ma risulta per lo più dettata dalle necessità contingenti e/o limitata all'attività ispettiva condotte da altre autorità veterinarie (Ministero della salute, UE, Paesi terzi ecc.).

ASSENTE: la Regione non prevede, o comunque non è stato possibile visionare documenti in merito, la programmazione e l'esecuzione di alcun tipo di attività di audit.

ISPEZIONI/AUDIT REGIONALE: natura

ASL E STRUTTURE PRODUTTIVE: l'attività ispettiva/audit svolta dal servizio veterinario e igiene degli alimenti della Regione ha riguardato le aziende sanitarie locali e le diverse tipologie di stabilimenti (industrie, macelli, aziende zootecniche ecc.) che insistono sul territorio di competenza.

ASL O STRUTTURE PRODUTTIVE: l'attività ispettiva/audit svolta dal servizio veterinario e igiene degli alimenti della Regione ha riguardato esclusivamente o prevalentemente le aziende sanitarie locali o le diverse tipologie di stabilimenti (industrie, macelli, aziende zootecniche ecc.) che insistono sul territorio di competenza.

CONTINGENTE: il servizio veterinario e igiene degli alimenti regionale non ha svolto, se non dettato da necessità contingenti (emergenze sanitarie, denunce, filoni di indagini e sopralluoghi condotti da autorità esterne) attività ispettive/audit presso le aziende sanitarie e gli stabilimenti che insistono sul territorio di competenza.

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA

SISTEMA INFORMATIVO DEDICATO: il Ssr si avvale della presenza e del supporto di un SIS (istituzione esterno, servizio, ufficio/i) preposto all'immissione, elaborazione, trattazione e diffusione dei dati quali-quantitativi riferiti all'intero territorio regionale e tale organo tratta anche dati rilevanti per la sicurezza alimentare e la sanità veterinaria.

SISTEMA INFORMATIVO TRADIZIONALE: il Ssr non prevede la presenza di un SIS *ad hoc* per la gestione dei dati epidemiologici su base regionale relativi alla sicurezza alimentare in quanto adotta fonti già esistenti (sito web del Ministero della salute, S.INTE.S.I., ecc.).

SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE: il Ssr in materia di sorveglianza epidemiologica è supportato da strumenti informatici in tutte le aziende che gestiscono i dati riferiti al territorio locale di competenza.

ASSENTE: l'audit non ha permesso di evidenziare/documentare alcun tipo di attività o di strumento concreto atto al monitoraggio e alla sorveglianza epidemiologica del territorio regionale di competenza.

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: informazioni

DATI AGGIORNATI E FACILMENTE ACCESSIBILI: i dati inerenti all'attività di competenza del servizio veterinario e igiene degli alimenti sono aggiornati (riferiti al trimestre passato) e facilmente accessibili (piattaforma informatica attiva, adeguatamente completa e in evoluzione/«viva»).

DATI NON AGGIORNATI/FACILMENTE ACCESSIBILI: i dati inerenti all'attività di competenza del servizio veterinario e igiene degli alimenti non sono sufficientemente aggiornati (oltre i tre mesi) ma facilmente accessibili (piattaforma informatica attiva, adeguatamente completa e in evoluzione/«viva»).

DATI NON AGGIORNATI/NON FACILMENTE ACCESSIBILI: i dati inerenti all'attività di competenza del servizio veterinario e igiene degli alimenti non sono sufficientemente aggiornati (oltre i tre mesi) e/o non sono adeguatamente accessibili e consultabili (supporto cartaceo o piattaforma informatica ad accesso limitato, incompleta, poco intuitiva, scarsamente in evoluzione/«poco viva»).

DATI NON REGISTRATI: il Ssr possiede o utilizza dati inerenti alla sorveglianza epidemiologica di cui non è stato possibile chiarire ed appurare la fonte e/o il corretto riferimento temporale.

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: adeguatezza/qualità

SERVIZI VETERINARI E IGIENE ALIMENTI: i dati in possesso della Regione sono una fonte informativa adeguata per la programmazione e la gestione delle diverse attività di competenza del servizio veterinario e igiene degli alimenti (riguardano dunque il quadro epidemiologico, il patrimonio zootecnico, gli stabilimenti ecc.).

SERVIZI VETERINARI O IGIENE ALIMENTI: i dati in possesso della Regione sono una fonte informativa adeguata per la programmazione e la gestione solamente di parte delle attività di competenza del servizio veterinario e igiene degli alimenti.

NESSUNO: i dati in possesso della Regione non sono una fonte informativa adeguata per la programmazione e la gestione delle diverse attività di competenza del servizio veterinario e igiene degli alimenti.

Macrocategoria 10 - Capacità di lavorare per progetti e obiettivi**RELAZIONE CON ALTRE STRUTTURE DEL SSN**

AMPIA E A PROGETTO: il servizio regionale di veterinaria ed igiene degli alimenti è impegnato in modo attivo e costante in ricerche, incontri, collaborazioni, eventi formativi e consulenze con un'ampia tipologia di attori istituzionali (Ministero della salute, IZS, altre Regioni, ARPA, Asl, Associazioni di settore ecc.). Le attività avviate rispondono all'obiettivo di operare per progetti e/o processi attinenti al settore di competenza secondo le necessità dettate dalla normativa, dalle emergenze sanitarie o dal quadro epidemiologico regionale.

LIMITATA: il servizio regionale di veterinaria ed igiene degli alimenti effettua ricerca, incontri, collaborazioni, eventi formativi e consulenze con un ristretto numero di attori istituzionali (Ministero della salute, IZS, altre Regioni, ARPA, Asl, Associazioni di settore ecc.). Le attività avviate rispondono solo in parte alle esigenze di operare per progetti e/o processi attinenti al settore di competenza secondo le necessità dettate dalla normativa, dalle emergenze sanitarie o dal quadro epidemiologico regionale.

PRATICAMENTE ASSENTE: il servizio regionale di veterinaria ed igiene degli alimenti non effettua, o comunque non è stato possibile visionare documenti a tal proposito, un'attività di collaborazione istituzionale soddisfacente e/o sufficiente con altre strutture istituzionali del Ssn (Ministero della salute, IZS, altre Regioni, ARPA, Asl, Associazioni di settore ecc.).

GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: natura

AD OBIETTIVO: il personale, o parte di esso, afferente al servizio veterinario e igiene degli alimenti è impegnato in gruppi di lavoro temporanei mirati al raggiungimento di un preciso obiettivo attinente alle attività di competenza, precedentemente programmato e documentato.

STABILI: il personale, o parte di esso, afferente al servizio veterinario e igiene degli alimenti è impegnato in gruppi di lavoro stabili ed attivi da/per un arco temporale non programmato o precisato.

ASSENTI: il personale afferente al servizio veterinario e igiene degli alimenti non è impegnato, o non è stato possibile documentarlo, in gruppi di lavoro attinenti alle attività di competenza.

GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: composizione

MULTIDISCIPLINARE E MULTISTITUZIONALE: il personale afferente al servizio veterinario e igiene degli alimenti utilizza i focus-group come strumento di lavoro e ove è necessario è impegnato in gruppi di lavoro multidisciplinare (l'*équipe* è formato da medici, veterinari, biologi, giuristi, economisti, tecnici di laboratorio, ecc.) e multistituzionali (l'*équipe* è formata da dirigenti e non dirigenti in servizio presso diverse istituzioni, enti *profit* e *non profit*).

REGIONALE/AZIENDALE: il personale afferente al servizio veterinario e igiene degli alimenti è impegnato in gruppi di lavoro la cui composizione prevede esclusivamente o per la grande maggioranza personale in servizio presso l'ente regione o le aziende sanitarie.

ESTERNO: il personale afferente al servizio veterinario e igiene degli alimenti è «impegnato» in gruppi di lavoro presieduti e diretti da personale esterno agli attori istituzionali del Ssn (es. società di consulenza, associazioni, ecc.).

ACCREDITAMENTO REGIONE

ACCREDITAMENTO ESTERNO OTTENUTO: il servizio veterinario e/o igiene degli alimenti ha ottenuto l'accREDITAMENTO alla qualità da almeno uno degli organi nazionali o internazionali preposti.

ACCREDITAMENTO ESTERNO IN CORSO: il servizio veterinario e/o igiene degli alimenti è in corso di accREDITAMENTO alla qualità da almeno uno degli organi nazionali o internazionali preposti.

NON OTTENUTO: il servizio veterinario e/o igiene degli alimenti è stato valutato, con esito non positivo, all'accREDITAMENTO alla qualità da almeno uno degli organi nazionali o internazionali preposti.

NON PREVISTO: la Regione non prevede per il servizio veterinario e igiene degli alimenti alcun tipo d'accREDITAMENTO alla qualità da parte degli organi nazionali o internazionali preposti.

ALLEGATO 4

Tabella di score degli indicatori

INDICATORI REGIONALI	PESO	SCORE	SCORE	SCORE	SCORE	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE
PIANO SANITARIO REGIONALE	5							
PSR: data e contenuti	1	3	2	1			0,6/1,4	
PSR: accessibilità al documento	0,7	3	1	0			0,6/1,4	
PSR: elaborazione	1,5	3	2	1			0,6/1,4	
PSR: monitoraggio stato attuazione	1,8	3	2	0			0,6/1,4	
DPEF	3							
DPEF: struttura	0,5	3	1	0			0,6/1,4	
DPEF: finalità	0,5	2	3	1	0	1	0,6/1,4	
RISORSE FINANZIARIE REGIONALI	2	3	1	0			0,6/1,4	
ADEGUATEZZA DEGLI UFFICI REGIONALI	3							
STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'ASSESSORATO	0,5	3	2	1			0,6/1,4	
ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE VS COMPETENZE	0,9	3	2	2	1		0,6/1,4	
DISLOCAZIONE E STATO UFFICI REGIONALI	0,5	3	2	1			0,6/1,4	
GAZZETTA UFFICIALE	0,7	3	2	1			0,6/1,4	
BIBLIOTECA DI RIF. REGIONALE: PATRIMONIO	0,4	3	2	1			0,6/1,4	
PERSONALE PREPOSTO UFFICI REGIONALI	5							
N. E NATURA DEL PERSONALE	1	3	2	1,5	1		0,6/1,4	
DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE	1,8	3	2	1			0,6/1,4	
QUALIFICA DEL PERSONALE RESP./REF.	1,5	3	1,5	0			0,6/1,4	
SUPPORTO PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,7	2	0				0,6/1,4	
ADEGUATEZZA RISORSE STRUMENTALI	3							
LIVELLO "TECNOLOGICO" UFFICI REG. (ICT)	3	3	2	1			0,6/1,4	
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE NORMATIVE	5							
ATTI DI INDIRIZZO PRODOTTI ultimi 5 anni	2	3	2	1			0,6/1,4	
DISPOSIZIONI PER ATTO AZIENDALE	1	3	1,5	0			0,6/1,4	
LINEE GUIDA E CHECK LIST AZIENDALI	2	3	1,5	0			0,6/1,4	
ADEGUATEZZA DEI FLUSSI INFORMATIVI	5							
FLUSSO INFORMATIVO REGIONE/ASL	2	3	2	1			0,6/1,4	
FLUSSO INFORMATIVO INTERNO REGIONE	1	3	2	1			0,6/1,4	
FLUSSO DELLA POSTA	0,5	2	1	0			0,6/1,4	
SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA	1,5	3	2	1			0,6/1,4	
SISTEMA DI VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI	5							
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI	2	3	1	0			0,6/1,4	
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI: tempistica	1	3	2	1			0,6/1,4	
VALUTAZIONE DG ASL: natura	1	3	2	1	0		0,6/1,4	
VALUTAZIONE DG ASL: modalità	1	3	1,5	1,5	1		0,6/1,4	
CAPACITÀ RICOGNITIVA PROBLEMATICHE TERRITORIALI E CONOSCENZA TERRITORIO	5							
AUDIT REGIONALE: frequenza	0,8	3	1,5	1,5	0		0,6/1,4	
ISPEZIONI/AUDIT REGIONALE: natura	1,5	3	2	1			0,6/1,4	
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA	1	3	1	2	0		0,6/1,4	
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: informazioni	1	3	2	1	0		0,6/1,4	
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: adeguatezza/qualità	0,7	3	1,5	0			0,6/1,4	
CAPACITÀ DI LAVORARE PER PROGETTI	5							
RELAZIONE CON ALTRE STRUTTURE DEL SSN	2	3	1,5	0			0,6/1,4	
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: natura	1	3	1,5	0			0,6/1,4	
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: composizione	1	3	2	1			0,6/1,4	
ACCREDITAMENTO REGIONALE	1	3	1,5	1	0		0,6/1,4	

ALLEGATO 5

Prova dr. X

PIANO SANITARIO REGIONALE					
PSR: data e contenuti	aggiornato e adeguato	non aggiornato ma adeguato		non aggiornato e inadeguato	
PSR: comunicazione del documento	divulgato	reso disponibile		non accessibile	
PSR: elaborazione	partecipativa con servizi vet. e igiene alim.	partecipativa con esclusione servizi vet. e igiene alim.		autoreferenziale	
PSR: monitoraggio stato attuazione	presente e adeguata	presente		assente	
DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA					
DPEF: struttura	comprendente la sicurezza al. e la sanità veterinaria	non comprendente la sicurezza al. e la sanità vet.		assente	
DPEF: finalità	strategica	programmazione	comunicativa	formale	finanziaria
RISORSE FINANZIARIE REGIONALI	disponibili		non disponibili		non specificate
ADEGUATEZZA DEGLI UFFICI REGIONALI					
STRUTTURA ORG.VA DELL'ASSESSORATO	A REGIME		DI RECENTE RIORGANIZZAZIONE		IN FASE DI RIORGANIZZAZIONE
ARTICOLAZIONI ORG.VE VS COMPETENZE	idonee	eccessivamente respons.ate		frammentate	duplicate X
DISLOCAZIONE E STATO UFFICI REG.	appropriata		parzialmente appropriata		non funzionale
GAZZETTA UFFICIALE	aggiornamento costante		parzialmente accessibile		non funzionale
BIBLIOTECA DI RIF. REGIONALE: patrimonio	adeguato		parzialmente adeguato		settore sanità
PERSONALE PREPOSTO AGLI UFFICI REGIONALI					
N. E NATURA DEL PERSONALE	adeguato e multistituzionale	parz.te adeguato e multistituzionale		parz.te adeguato inadeguato	
DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE	opportunamente distribuite		settoriale		secondo esigenze
QUALIFICA DEL PERSONALE RESPONSABILE/REFERENTE	idonea		afferente a discipline diverse		privo di qualifica
SUPPORTO PERSONALE AMMINISTRATIVO	presente			assente	
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE STRUMENTALI					
LIVELLO TECNOLOGICO UFFICI REGIONALI (ICT)	idoneo e completo		parzialmente idoneo		inadeguato
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE NORMATIVE					
ATTI DI INDIRIZZO PRODOTTI ultimi 5 anni	adeguata		parzialmente adeguata		inadeguata
DISPOSIZIONI PER ATTO AZIENDALE	emanate e indicazioni su s.a. e s.v.		emanate		non emanate
LINEE GUIDA E CHECK LIST AZIENDALI	adeguate e facilmente accessibili		parzialmente idonee		assenti

ADEGUATEZZA DEI FLUSSI INFORMATIVI				
FLUSSO INFORMATIVO REGIONE/ASL	elevato e informatico	elevato non informatico	non idoneo	
FLUSSO INFORMATIVO INTERNO REGIONE	informatico con procedure standard	privo di procedure informatizzate	inadeguato	
+ FLUSSO DELLA POSTA	rapido e procedure standard	lento	inadeguato	
SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA	adeguato	parzialmente adeguato	inadeguato	
SISTEMI DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI REGIONALI				
+ VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI	presente e vincolante	presente non vincolante	assente	
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI: tempistica	durante mandato	a fine mandato	non programmata	
VALUTAZIONE DG ASL: natura	obiettivi di settore vincolanti	obiettivi di settore non vincolanti	priva d'obiettivi di settore	non precisata
VALUTAZIONE DG ASL: modalità	obiettivi negoziati e documentati	obiettivi negoziati	obiettivi imposti	criteri non formalizzati
CAPACITÀ RICOGNITIVA DELLE PROBLEMATICHE TERRITORIALI E CONOSCENZA DEL TERRITORIO				
AUDIT REGIONALE: frequenza	sistematica e programmata	parziale e programmata	casuale/associata	assente
ISPEZIONI/AUDIT REGIONALE: natura	Asl e strutture produttive	Asl o strutture produttive	contingente	
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA	sistema informativo dedicato	sistema informativo tradizionale	sistema informativo aziendale	assente
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: informazioni	dati aggiornati e facilmente accessibili	dati non aggiornati/facilmente accessibili	dati non aggiornati/non facilmente accessibili	dati non registrati
- SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: adeguatezza/qualità	servizi veterinari e igiene alimenti	servizi veterinari o igiene alimenti	nessuno	
CAPACITÀ DI LAVORARE PER PROGETTI E OBIETTIVI				
RELAZIONE CON ALTRE STRUTTURE DEL SSN	ampia e a progetto	limitata	praticamente assente	
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: natura	ad obiettivo	stabili	assenti	
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: composizione	multidisciplinare e multistituzionale	regionale/aziendale	esterno	
ACCREDITAMENTO REG.	acc. esterno ottenuto	acc. esterno in corso	non ottenuto	non previsto

INDICATORI REGIONALI	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
PIANO SANITARIO REGIONALE	5			7,2	15,0	48,0%
PSR: data e contenuti	1	2,0		2,0		
PSR: accessibilità al documento	0,7	1,0		0,7		
PSR: elaborazione	1,5	3,0		4,5		
PSR: monitoraggio stato attuazione	1,8	0,0		0,0		
DPEF	3			3,0	9,0	33,3%
DPEF: struttura	0,5	1,0		0,5		
DPEF: finalità	0,5	1,0		0,5		
RISORSE FINANZIARIE REGIONALI	2	1,0		2,0		
ADEGUATEZZA DEGLI UFFICI REGIONALI	3			6,9	9,0	76,1%
STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'ASSESSORATO	0,5	3,0		1,5		
ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE VS COMPETENZE	0,9	2,5		2,3		
DISLOCAZIONE E STATO UFFICI REGIONALI	0,5	1,0		0,5		
GAZZETTA UFFICIALE	0,7	2,0		1,4		
BIBLIOTECA DI RIF. REGIONALE: patrimonio	0,4	3,0		1,2		
PERSONALE PREPOSTO UFFICI REGIONALI	5			11,0	14,3	76,9%
N. E NATURA DEL PERSONALE	1	1,5		1,5		
DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE	1,8	2,0		3,6		
QUALIFICA DEL PERSONALE RESP./REF.	1,5	3,0		4,5		
SUPPORTO PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,7	2,0		1,4		
ADEGUATEZZA RISORSE STRUMENTALI	3			3,0	9,0	33,3%
LIVELLO «TECNOLOGICO» UFFICI REG. (ICT)	3	1,0		3,0		
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE NORMATIVE	5			7,0	15,0	46,7%
ATTI DI INDIRIZZO PRODOTTI ultimi 5 anni	2	2,0		4,0		
DISPOSIZIONI PER ATTO AZIENDALE	1	3,0		3,0		
LINEE GUIDA E CHECK LIST AZIENDALI	2	0,0		0,0		
ADEGUATEZZA DEI FLUSSI INFORMATIVI	5			6,2	14,5	42,8%
FLUSSO INFORMATIVO REGIONE/ASL	2	1,0		2,0		
FLUSSO INF.IVO INTERNO REGIONE	1	2,0		2,0		
FLUSSO DELLA POSTA	0,5	1,0	1,4	0,7		
SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA	1,5	1,0		1,5		
SISTEMA DI VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI	5			10,3	15,0	68,6%
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI	2	1,0	1,4	2,8		
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI: tempistica	1	3,0		3,0		
VALUTAZIONE DG ASL: natura	1	3,0		3,0		
VALUTAZIONE DG ASL: modalità	1	1,5		1,5		
CAPACITÀ RICOGNITIVA PROBLEMATICHE TERRITORIALI E CONOSCENZA TERRITORIO	5			6,8	15,0	45,5%
AUDIT REGIONALE: frequenza	0,8	1,5		1,2		
ISPEZIONI/AUDIT REGIONALE: natura	1,5	2,0		3,0		
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA	1	1,0		1,0		
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: informazioni	1	1,0		1,0		
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: adeguatezza/qualità	0,7	1,5	0,6	0,6		
CAPACITÀ DI LAVORARE PER PROGETTI	5			8,0	15,0	53,3%
RELAZIONE CON ALTRE STRUTTURE DEL SSN	2	1,5		3,0		
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: natura	1	3,0		3,0		
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: composizione	1	2,0		2,0		
ACCREDITAMENTO REGIONALE	1	0,0		0,0		

ALLEGATO 6

Prova dr. Y

PIANO SANITARIO REGIONALE					
PSR: data e contenuti	aggiornato e adeguato	non aggiornato ma adeguato		non aggiornato e inadeguato	
PSR: comunicazione del documento	divulgato	reso disponibile		non accessibile	
PSR: elaborazione	partecipativa con servizi vet. e igiene alim.	partecipativa con esclusione servizi vet. e igiene alim.		autoreferenziale	
PSR: monitoraggio stato attuazione	presente e adeguata	presente		assente	
DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA					
DPEF: struttura	comprendente la sicurezza al. e la sanità veterinaria	non comprendente la sicurezza al. e la sanità vet.		assente	
DPEF: finalità	strategica	programmazione	comunicativa	formale	finanziaria
+ RISORSE FINANZIARIE REGIONALI	disponibili	non disponibili		non specificate	
ADEGUATEZZA DEGLI UFFICI REGIONALI					
STRUTTURA ORG.VA DELL'ASSESSORATO	a regime	di recente riorganizzazione		in fase di riorganizzazione	
ARTICOLAZIONI ORG.VE VS COMPETENZE	idonee	eccessivamente respons.ate	frammentate	duplicate	X
DISLOCAZIONE E STATO UFFICI REG.	appropriata	parzialmente appropriata		non funzionale	
GAZZETTA UFFICIALE	aggiornamento costante	parzialmente accessibile		non funzionale	
BIBLIOTECA DI RIF. REGIONALE: patrimonio	adeguato	parzialmente adeguato		settore sanità	
PERSONALE PREPOSTO AGLI UFFICI REGIONALI					
N. E NATURA DEL PERSONALE	adeguato e multistituzionale	parzialmente adeguato e multistituzionale	parzialmente adeguato	inadeguato	
DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE	opportunamente distribuite	settoriale		secondo esigenze	
QUALIFICA DEL PERSONALE RESPONSABILE/REFERENTE	idonea	afferente a discipline diverse		privo di qualifica	
+ SUPPORTO PERSONALE AMMINISTRATIVO	presente	assente			
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE STRUMENTALI					
LIVELLO TECNOLOGICO UFFICI REGIONALI (ICT)	idoneo e completo	parzialmente idoneo		inadeguato	
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE NORMATIVE					
ATTI DI INDIRIZZO PRODOTTI ultimi 5 anni	adeguata	parzialmente adeguata		inadeguata	
DISPOSIZIONI PER ATTO AZIENDALE	emanate e indicazioni su s.a. e s.v.	emanate		non emanate	
LINEE GUIDA E CHECK LIST AZIENDALI	adeguate e facilmente accessibili	parzialmente idonee		assenti	

ADEGUATEZZA DEI FLUSSI INFORMATIVI				
-	FLUSSO INFORMATIVO REGIONE/ASL	elevato e informatico	elevato non informatico	non idoneo
	FLUSSO INFORMATIVO INTERNO REGIONE	informatico con procedure standard	privo di procedure informatizzate	inadeguato
+	FLUSSO DELLA POSTA	rapido e procedure standard	lento	inadeguato
	SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA	adeguato	parzialmente adeguato	inadeguato
SISTEMI DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI REGIONALI				
-	VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI	presente e vincolante	presente non vincolante	assente
	VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI: tempistica	durante mandato	a fine mandato	non programmata
	VALUTAZIONE DG ASL: natura	obiettivi di settore vincolanti	obiettivi di settore non vincolanti	priva d'obiettivi di settore non precisata
	VALUTAZIONE DG ASL: modalità	obiettivi negoziati e documentati	obiettivi negoziati	obiettivi imposti criteri non formalizzati
CAPACITÀ RICOGNITIVA DELLE PROBLEMATICHE TERRITORIALI E CONOSCENZA DEL TERRITORIO				
	AUDIT REGIONALE: frequenza	sistematica e programmata	parziale e programmata	casuale/associata assente
	ISPEZIONI/AUDIT REGIONALE: natura	Asl e strutture produttive	Asl o strutture produttive	contingente
	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA	sistema informativo dedicato	sistema informativo tradizionale	sistema informativo aziendale assente
	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: informazioni	dati aggiornati e facilmente accessibili	dati non aggiornati/facilmente accessibili	dati non aggiornati/non facilmente accessibili dati non registrati
	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: adeguatezza/qualità	servizi veterinari e igiene alimenti	servizi veterinari o igiene alimenti	nessuno
CAPACITÀ DI LAVORARE PER PROGETTI E OBIETTIVI				
	RELAZIONE CON ALTRE STRUTTURE DEL SSN	ampia e a progetto	limitata	praticamente assente
-	GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: natura	ad obiettivo	stabili	assenti
	GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: composizione	multidisciplinare e multistituzionale	regionale/aziendale	esterno
	ACCREDITAMENTO REG.	acc. esterno ottenuto	acc. esterno in corso	non ottenuto non previsto

INDICATORI REGIONALI	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
PIANO SANITARIO REGIONALE	5			7,2	15,0	48,0%
PSR: data e contenuti	1	2,0		2,0		
PSR: accessibilità al documento	0,7	1,0		0,7		
PSR: elaborazione	1,5	3,0		4,5		
PSR: monitoraggio stato attuazione	1,8	0,0		0,0		
DPEF	3			3,0	9,0	33,3%
DPEF: struttura	0,5	1,0		0,5		
DPEF: finalità	0,5	1,0		0,5		
RISORSE FINANZIARIE REGIONALI	2	1,0		2,0		
ADEGUATEZZA DEGLI UFFICI REGIONALI	3			6,9	9,0	76,1%
STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'ASSESSORATO	0,5	3,0		1,5		
ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE VS COMPETENZE	0,9	2,5		2,3		
DISLOCAZIONE E STATO UFFICI REGIONALI	0,5	1,0		0,5		
GAZZETTA UFFICIALE	0,7	2,0		1,4		
BIBLIOTECA DI RIF. REGIONALE: patrimonio	0,4	3,0		1,2		
PERSONALE PREPOSTO UFFICI REGIONALI	5			11,6	14,3	80,8
N. E NATURA DEL PERSONALE	1	1,5		1,5		
DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE	1,8	2,0		3,6		
QUALIFICA DEL PERSONALE RESP./REF.	1,5	3,0		4,5		
SUPPORTO PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,7	2,0	1,4	2,0		
ADEGUATEZZA RISORSE STRUMENTALI	3			3,0	9,0	33,3%
LIVELLO «TECNOLOGICO» UFFICI REG. (ICT)	3	1,0		3,0		
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE NORMATIVE	5			7,0	15,0	46,7%
ATTI DI INDIRIZZO PRODOTTI ultimi 5 anni	2	2,0		4,0		
DISPOSIZIONI PER ATTO AZIENDALE	1	3,0		3,0		
LINEE GUIDA E CHECK LIST AZIENDALI	2	0,0		0,0		
ADEGUATEZZA DEI FLUSSI INFORMATIVI	5			6,6	14,5	45,5%
FLUSSO INFORMATIVO REGIONE/ASL	2	2,0	0,6	2,4		
FLUSSO INF.IVO INTERNO REGIONE	1	2,0		2,0		
FLUSSO DELLA POSTA	0,5	1,0	1,4	0,7		
SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA	1,5	1,0		1,5		
SISTEMA DI VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI	5			11,1	15,0	74,0%
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI	2	3,0	0,6	3,6		
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI: tempistica	1	3,0		3,0		
VALUTAZIONE DG ASL: natura	1	3,0		3		
VALUTAZIONE DG ASL: modalità	1	1,5		1,5		
CAPACITÀ RICOGNITIVA PROBLEMATICHE TERRITORIALI E CONOSCENZA TERRITORIO	5			7,3	15,0	48,3%
AUDIT REGIONALE: frequenza	0,8	1,5		1,2		
ISPEZIONI/AUDIT REGIONALE: natura	1,5	2,0		3,0		
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA	1	1,0		1,0		
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: informazioni	1	1,0		1,0		
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: adeguatezza/qualità	0,7	1,5		1,1		
CAPACITÀ DI LAVORARE PER PROGETTI	5			6,8	15,0	45,3%
RELAZIONE CON ALTRE STRUTTURE DEL SSN	2	1,5		3,0		
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: natura	1	3,0	0,6	1,8		
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: composizione	1	2,0		2,0		
ACCREDITAMENTO REGIONALE	1	0,0		0,0		

Le sfide dell'invecchiamento tra risposte spontanee e compromessi necessari

PIERANGELO SPANO, CARLO DE PIETRO

Italy is an increasingly ageing society. This trend strongly affects the long-term care system, since new arrangements and new skills are requested to face this evolution. In the Italian context, home care to elderly people is increasingly often provided by immigrant caregivers, on the basis of a contractual agreement between the family and the carer. Nonetheless, there is a remarkable lack of analysis, data, and reflection on this progressively more relevant issue. The present work, based on interviews and documentary analysis, is an attempt to empirically analyse this emerging phenomenon and its main implications for the overall organisation of long-term care activities.

Note sugli autori

Pierangelo Spano e Carlo De Pietro sono docenti Sda Bocconi – Divisione Amministrazioni Pubbliche, Sanità e Non Profit; Ricercatori CERGAS – Centro di Ricerca per la Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Attribuzione

Il saggio è frutto di una riflessione condivisa dagli autori su diversi approcci al tema. Nel merito, Carlo De Pietro è autore del § 6, Pierangelo Spano dei paragrafi rimanenti. Gli autori ringraziano per il confronto fornito in fase di stesura finale del testo dalla dottoressa Daniela Riccò dell'Asl di Reggio Emilia

1. Premessa: prospettive aperte dalla transizione demografica per la tutela sociale

I cambiamenti socio demografici in atto nel nostro Paese sono noti da tempo e danno motivi di urgenza agli sforzi di ridefinizione del significato da attribuire ai sistemi di *welfare* locali e nazionali, pubblici e privati¹. Le trasformazioni nei calendari di transizione all'età adulta stanno impattando su una dimensione multipla, agendo contemporaneamente sulle patologie e sulle tecniche di trattamento delle stesse, in un ambiente sociale in forte evoluzione nella definizione degli standard attesi, con esiti non scontati rispetto a persistenze nei modelli di finanziamento pubblico e resistenze dei modelli familiari (Cnr, 1995).

Le dimensioni del problema sono ampie² e convivono da tempo con una schizofrenia tra l'alto livello di rappresentazione del problema offerto dai numerosi dibattiti e indagini sul tema e la difficoltà di mettere in campo soluzioni adeguate da parte della programmazione pubblica.

Provando a semplificare il ragionamento si può tentare di identificare il nucleo della sfida posta dalla transizione demografica al nostro *welfare* in due aspetti essenziali: da un lato, trovare risposte ad una domanda sociale nuova nelle forme, nei modi e nella quantità e, dall'altro, la necessità di quantificare e reperire le risorse necessarie per sostenere gli interventi proposti.

Il sistema oggi si sta difendendo essenzialmente perché:

– l'allungamento della vita sposta in avanti la soglia di manifestazione del bisogno anche se a questo si associa un quadro clinico

SOMMARIO

1. Premessa: prospettive aperte dalla transizione demografica per la tutela sociale
2. Riflessioni a partire da una indagine sul campo sulla presenza di badanti
3. Principali rilievi sul fenomeno
4. Motivazioni del ricorso alla badante e utilizzo dei servizi sociali organizzati
5. Le prospettive per il fenomeno
6. Il lavoro delle badanti tra regolarizzazione e regolazione
7. Riflessioni conclusive

che per complessità delle patologie accorcia i tempi di messa in atto delle risposte (Guaita, 2001);

– esiste una capacità sociale di innovazione spontanea che interviene di fronte ai limiti del sistema pubblico (le dinamiche delle liste di attesa possono essere un indicatore prezioso per valutare l'esistenza di questi meccanismi di risposta spontanea);

– la famiglia interviene con risorse proprie pur non essendo ancora chiarito se in campo sociale si comporta da consumatore di servizi o portatore di bisogno da tutelare in forza di un diritto riconosciuto dalla Costituzione.

A fronte di processi straordinariamente complessi si è progressivamente affermata l'immagine del sistema di *welfare* che nella produzione di risposte ai bisogni sociali assomiglia ad un «patchwork casuale» piuttosto che ad un «network organizzato». Di fronte a questo scenario, la rigidità con cui il sistema delle protezioni pubbliche italiano sta tentando di gestire la situazione impone una riflessione seria sul confine tra tutela pubblica diretta, finanziata dall'erario, e tutela pubblica indiretta promossa aiutando i portatori di bisogno a muoversi nel cosiddetto «mercato sociale» (Spano, 2004).

L'esigenza di residenzialità con assistenza estensiva per anziani e altri non autosufficienti non assistibili a domicilio definisce un terreno conteso tra politiche sanitarie e sociali dove la sfida dell'integrazione si fa più concreta. Oggi con gli sforzi messi in campo in maniera ancora sbilanciata verso l'ospedalizzazione si risponde alla domanda degli ultimi 2,5 anni di vita. Detto in altri termini, i dati di permanenza in strutture residenziali descrivono un progressivo innalzamento dell'età di ingresso al quale corrisponde un accorciamento del tempo di permanenza in struttura. Se questo fenomeno ha contribuito a togliere pressione sulle liste d'attesa, occorre interrogarsi su cosa si fa per tutta la domanda che precede questo momento. Di fatto, manca una capacità di valutare la domanda potenziale e si fatica a definire indicatori di impatto del servizio portato a domicilio (Ad, Adi e Adimed). In questa carenza di dati e informazioni, un sistema alla ricerca di contenuti per le forme di residenzialità intermedia ha trovato nella soluzione dell'assistenza

a domicilio da parte di persone straniere una risposta in grado di garantire una tenuta del sistema altrimenti impensabile.

2. Riflessioni a partire da una indagine sul campo sulla presenza di badanti

Prendere coscienza del fenomeno delle badanti pone subito di fronte ad una esigenza definitoria. Al di là del rifiuto dell'etichetta si pone un problema di contenuti. In attesa di una terminologia «ufficiale», pare utile ricondursi alla distinzione proposta da Paola Toniolo Piva (Toniolo Piva, 2002) che distingue tra:

– collaboratore domestico: lavoratore che ha come compito principale attività connesse alla casa, che in gergo vengono anche chiamate «colferaggio»;

– badante: lavoratore che assiste una persona ricoverata in un servizio residenziale, ospedale, RSA, casa di riposo, con compiti che vengono spesso definiti «badantato»;

– assistente familiare: lavoratore che ha come primario compito l'assistenza in casa di persone prive di autonomia, soprattutto anziani, ma anche disabili e bambini. Questo è il tipico lavoro di cura o di «accudimento».

Le badanti di cui si parla sono una figura che rientra nelle categorie di lavoro in struttura e a domicilio e somma quindi la seconda e la terza definizione sopra dette. Affrontare l'esistenza di questo tipo di lavoro significa provare a rappresentarlo all'interno della rete dei servizi altrimenti significa prendere la responsabilità di costruire soluzioni alternative.

Questo fenomeno si è sviluppato, in un tempo relativamente breve, spiazzando la programmazione pubblica e agendo su un *mix* di fattori di necessità e di convenienza economica rispetto ai costi della istituzionalizzazione, fino ad assumere dimensioni rilevanti. Un tratto caratteristico di questo fenomeno è il contesto, spesso promiscuo, di irregolarità che anche gli interventi legislativi disposti dallo Stato, principalmente finalizzati alla regolarizzazione (legge Bossi-Fini) e alla definizione di un contratto *ad hoc*, non sono riusciti ad eliminare.

Un utile stimolo in questa direzione arriva da un'indagine telefonica condotta su un

campione di famiglie residenti nel Comune di Verona con l'obiettivo di verificare la presenza e l'impatto di assistenti domiciliari straniere sugli equilibri del sistema di *welfare* locale. L'indagine, condotta nel mese di settembre 2005, ha raccolto 862 questionari completi che hanno garantito una rappresentatività campionaria a livello di circoscrizione di residenza. Per arrivare a questo risultato sono stati effettuati 1.378 contatti. Quindi, l'indagine ha riscontrato un tasso di rifiuto del 37,4% che in parte nasconde il fenomeno indagato³. Tuttavia, al fine di non inquinare con forzature l'analisi, si è scelto di concentrare la lettura del fenomeno solo sulle interviste complete e quindi sugli 862 questionari utili. All'interno di questi si sono state rilevate 45 famiglie con badanti contro 817 famiglie che hanno dichiarato di non fare ricorso a questo tipo di aiuto.

In un contesto che stenta ad avere informazioni sicure sul fenomeno la percentuale riferibile alla presenza di badanti colta con l'indagine rappresenta la prima informazione rilevante rispetto alla quale è opportuno riflettere. Infatti, stante la scelta dell'indagine campionaria, non si è partiti dai dati ufficiali legati alla regolarizzazione del 2002 (legge Bossi-Fini) e dalle successive quote. A partire dalle proiezioni sono state condotte indagini con riferimento a due ipotesi di presenza: la prima, riferita al rapporto tra le 45 famiglie con badante sulle 862 intervistate; la seconda, riferita all'incidenza delle 45 famiglie sul totale delle famiglie contattate (interviste valide e rifiutate). Nel primo caso la percentuale di incidenza del fenomeno risulta pari al 5,2%, nel secondo scende al 3,2%. Applicando queste ipotesi alle famiglie residenti in Italia si definisce una forchetta relativa alla presenza di badanti che potrebbe stimare una presenza tra 1.134.000 e 713.000. Al di là della forzatura logica insita nell'applicare i tassi di presenza in un Comune capoluogo a tutto il territorio nazionale, rimane la sensazione che questi dati possano aiutare a interrogarsi sullo scarto tra statistiche ufficiali e diffusione del fenomeno.

Il questionario è stato strutturato in 2 sezioni: la prima, dedicata a chi ha dichiarato la presenza di una badante, la seconda, finalizzata a recuperare informazioni sul fenomeno da parte di chi ha dichiarato di non avvalersi al momento di questo servizio. L'indagine

mette in evidenza una duplice informazione, separando l'universo di chi fa da sé (819 famiglie)⁴ da chi oggi ha scelto di avvalersi di una badante (45 famiglie). I dati dei rispondenti all'indagine vanno letti in relazione alla funzione per cui si punta alla badante.

3. Principali rilievi sul fenomeno

3.1. Il profilo delle persone assistite da badanti

Elaborando le 45 risposte del questionario in cui è stata dichiarata la presenza di una badante è stato possibile acquisire una prima informazione circa l'età dell'assistito. Su questo versante i dati hanno identificato nella classe con più di 85 anni la quota più importante dei rispondenti: oltre il 45% del totale. Questo dato mette in discussione una certa teoria in base alla quale le badanti accompagnano un percorso assistenziale che precede l'ingresso in strutture assistenziali nelle età più giovani. Del resto, anche la bassa incidenza di assistiti con meno di 75 anni conferma come ormai la soglia di ingresso nella vecchiaia con bisogno di assistenza si sia innalzata dai 65 anni verso i 75.

Per indagare il profilo degli assistiti occorre riconoscere che il fenomeno delle badanti nasce da una evoluzione nelle determinanti della domanda di servizi di cura che sta scaricando la pressione, prodotta dall'allungamento della speranza di vita, sui servizi domiciliari più che su quelli residenziali. In particolare, per cogliere appieno la natura delle motivazioni alla base della domanda che incrocia oggi le badanti, occorre riflettere in merito a come sulla domanda di cura a domicilio, più che la qualità della prestazione lavorativa richiesta alla badante, prevale l'aspetto della convivenza, che si traduce in elevato numero di ore di lavoro. Pertanto, si ricorre alle badanti per una esigenza sociale: tipicamente si inizia con una richiesta di compagnia che poi evolve in un percorso dei bisogni del tutto improvvisato. Ecco allora che le badanti intervengono a soddisfare questa domanda grazie ad un aspetto congiunturale legato alla disponibilità di forza lavoro a basso prezzo, prodotta dal differenziale salariale tra il nostro Paese e i Paesi di origine delle badanti che è dell'ordine di 10 a 1.

Uno dei passaggi più delicati per chi decide di avvalersi di una badante è sicuramente il primo contatto e il canale attraverso il quale questo si realizza. Incrociando le informazioni raccolte su questo versante con quelle riferite alla forma di regolazione del rapporto di lavoro, è emerso in maniera chiara una forte prevalenza della rete amicale e parentale che costituisce il canale dichiarato da più del 57% degli intervistati. Sempre nell'ambito della ricostruzione di come si caratterizza l'incontro e il contratto tra famiglia e badante, sono state acquisite informazioni significative circa l'incrocio tra la fonte di contatto e la forma di regolazione del rapporto. La **tavola 1** lascia vedere come il canale che veicola il contatto non sia del tutto influente rispetto alla forma dello stesso. Evidentemente questo tema rappresenta un aspetto strategico all'interno dei percorsi per una emersione del fenomeno e per le possibili azioni di regolarizzazione.

Nel rapporto che si instaura tra badante, assistito e famiglia entra in scena un aspetto fiduciario non banale che si deve costruire nonostante fenomeni complessi di asimmetria informativa, che nascono, da un lato, in ragione della mancanza di spazi idonei per sperimentare la reciproca affinità, corrispondenza di aspettative e, dall'altro, per la difficoltà pratica di costruire *skills* di approccio

all'assistenza e alle badanti con logiche inclusive nel complesso del sistema di assistenza⁵.

Il lavoro individuale porta con sé la conseguenza di trasformare il portatore di bisogno, o la sua famiglia, in «datori di lavoro» assumendo, da un lato, gli oneri amministrativi e organizzativi e di gestione e, dall'altro, le difficoltà e i rischi tipici del reclutamento, dell'affidabilità e della continuità di prestazione. In un contesto di questo tipo la compensazione si scarica giocoforza sul portatore di bisogno che riceve prestazioni spesso inappropriate, con un esborso finanziario non finalizzato. In assenza di meccanismi di accertamento della qualità e dell'appropriatezza si delega un ruolo determinante agli elementi di fiducia, affidabilità e qualità percepita dall'utenza che, per loro natura, possono non corrispondere ad elementi di oggettività.

In ogni caso, questi rapporti di lavoro sembrano nascere da una reciproca condizione di debolezza di domanda e offerta. Manca spesso la consapevolezza di essere datori di lavoro e di essere contemporaneamente acquirenti di prestazioni sociali. A riprova di questa analisi, anche il dato riferito alle lamentele delle famiglie dimostra come esse tendano a non concentrarsi su aspetti legati alle competenze, per evidenti incapacità di dare una

Tavola 1

Canale di contatto tra famiglia e badante

Fonte: elaborazione Questlab

	N. risposte	% su totale	Come regolate il rapporto economico		
			In forma scritta	Verbalmente	Non so non risponde
Numero verde Regione Veneto					
Sportello badanti comune Verona	2	4,4%	2		
Associazioni di volontariato	5	11,1%	3		2
Parrocchia	0				
Amici/conoscenti	17	37,8%	12	2	3
Parenti	9	20,0%	5	1	3
Vicini di casa	0				
Altra badante	2	4,4%	1	1	
Biglietti per strada/annunci sul giornale	0				
Incontrata in ospedale	2	4,4%	1		1
Agenzia di badanti	5	11,1%	4	1	
Altro	2	4,4%	2		
Non risponde	5	11,1%	4		1
Totale	45	100,0	30	5	10

valutazione su questo versante, ma piuttosto, su aspetti relazionali (lingua, cucina, lavoro) che evocano problemi di intolleranza più che bisogno di appropriatezza assistenziale e qualità delle prestazioni acquistate.

3.2. Il profilo delle badanti

Attraverso le informazioni raccolte sulle badanti è possibile definire una serie di profili molto interessanti delle persone che svolgono questo lavoro. La **tavola 2** incrocia il Paese di provenienza con l'età anagrafica. Il risultato descrive una prevalenza di badanti originarie dell'est Europa (prevalentemente Moldavia e Romania) in ogni classe di età. A questo dato si associa una significativa «colonia» di badanti provenienti dallo Sri Lanka e di badanti italiane, nella fascia di età oltre i 50 anni che descrive il tipico fenomeno dell'assistenza fatta da persone in pensione.

Questi dati, pur riferiti ad un campione di 45 casi, restituiscono una indicazione forte rispetto alla necessità di guardare al mondo di chi fa questo lavoro con un approccio capace di riconoscere i diversi obiettivi e di selezionare all'interno di un *target* di persone sulle quali operare investimenti mirati.

Indicazioni importanti sulle diverse tipologie di progetti migratori delle badanti sono emerse dall'incrocio della nazionalità con lo stato civile. Come risulta nella ricostruzione dei dati offerta dalla **tavola 3** le nubili, come le badanti giovani, sono solo dell'est, mentre le badanti asiatiche sono tutte sposate, mai

divorziate e, in alcuni casi, vedove come tutte le italiane.

Evidentemente tali generalizzazioni, fatte a partire da 45 casi, si presentano fragili sotto il profilo statistico ma, ciononostante, stimolano la riflessione sulla eterogeneità dell'universo badanti, riproponendo una questione culturale, legata all'accoglienza di queste persone all'interno delle nostre società, tutt'altro che banale.

Conferme rispetto alle molteplici sfaccettature dei progetti personali delle badanti sono emerse anche dalla verifica circa il luogo di residenza del nucleo familiare della badante. Infatti, per tutte le italiane la famiglia è residente nello stesso comune, mentre per le badanti straniere il dato prevalente è quello della residenza delle famiglie nel Paese di origine. Questo aspetto caratterizza trasversalmente le diverse nazionalità dal momento che si riscontra anche per le badanti asiatiche.

Un aspetto rilevante rispetto al ruolo delle badanti è certamente riconducibile alla competenza intesa sul duplice versante della formazione scolastica e dell'attività svolta in relazione alle mansioni richieste. Su questa delicata dimensione del ruolo delle badanti l'indagine ha colto alcuni spunti di riflessione. Le risposte raccolte con l'indagine indicano una difficoltà a ricostruire l'informazione relativa al titolo di studio, dal momento che quasi il 50% non ha saputo fornire questo dato. Tuttavia, anche questo «non dato» rappresenta una informazione preziosa per

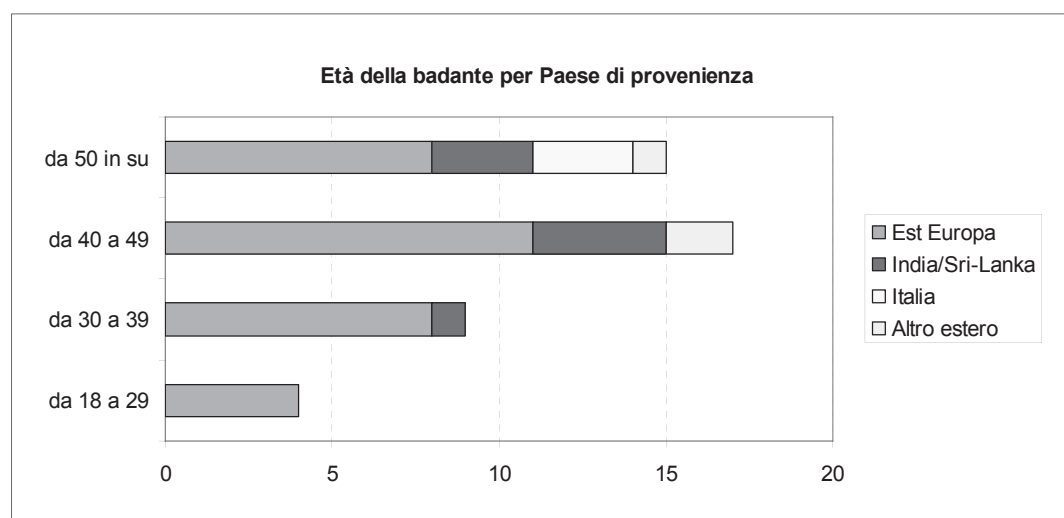


Tavola 2
Profilo delle badanti:
età della badante
per Paese di provenienza
Fonte: elaborazione Questlab

Tavola 3

Profilo delle badanti: stato civile della badante per Paese di provenienza

Fonte: elaborazione Questlab

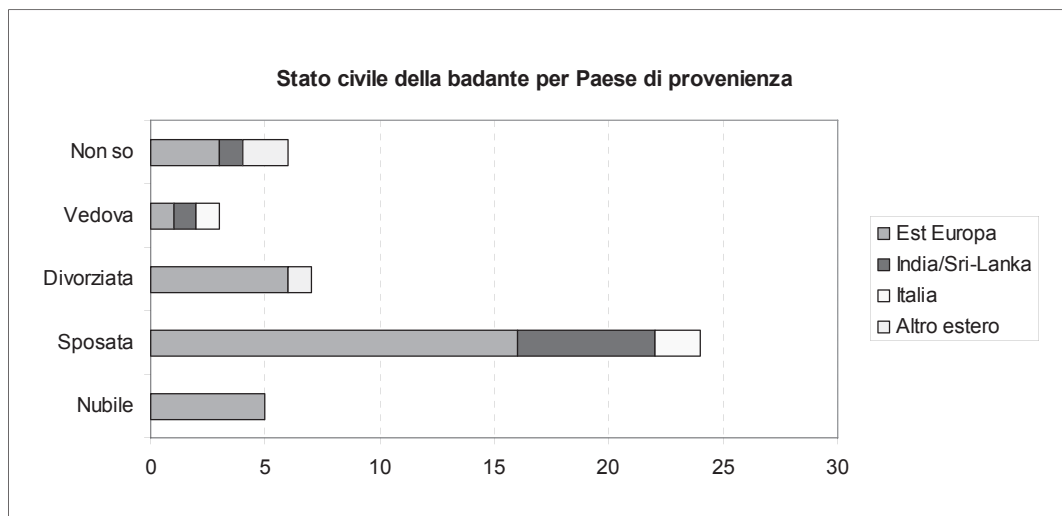
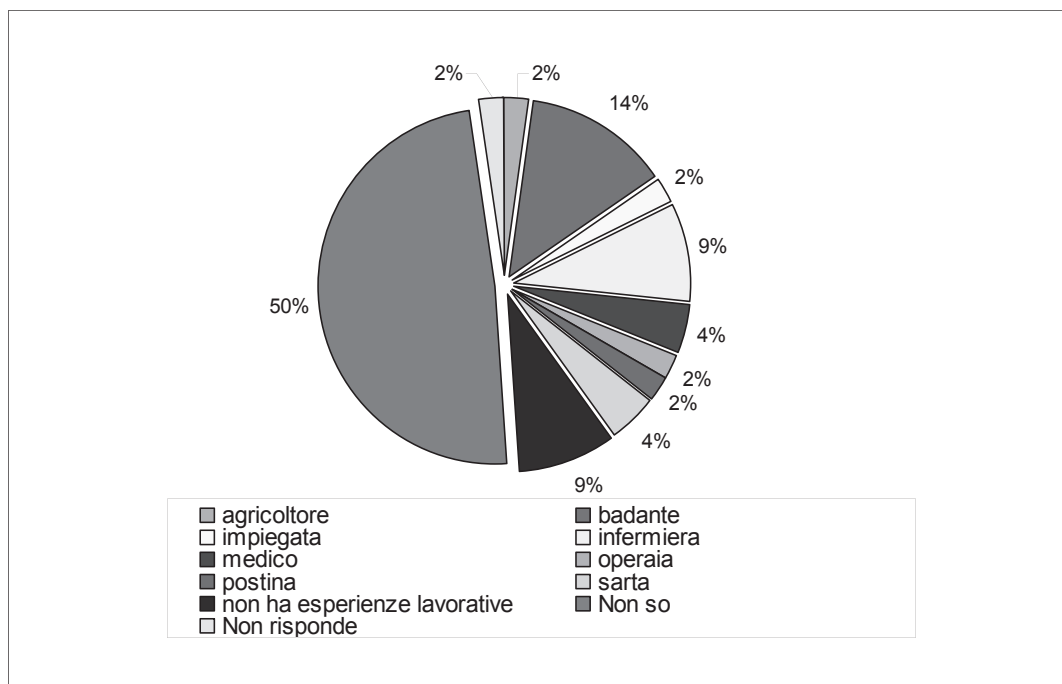


Tavola 4

Profilo delle badanti attività lavorativa svolta in precedenza

Fonte: elaborazione Questlab



capire come la selezione della badante non avvenga sulla base di tale elemento (**tavola 4**). Ad una selezione fatta in maniera tutto sommato poco attenta alle competenze corrisponde una definizione altrettanto imprecisa dei compiti e delle mansioni. A fronte di una proposta di tre categorie di attività: infermieristiche, di sostegno psicologico e domestiche, un alto numero di intervistati ha trovato difficoltà ad indicare l'attività prevalente, restituendo l'idea di una natura multidiscipli-

nare dell'attività della badante difficilmente riconducibile ad un profilo professionale puro⁶ (**tavola 5**).

Sarebbe utile associare a questo aspetto anche la percezione dell'attività svolta che hanno le stesse badanti. Ciò non è stato esplorato dall'indagine, ma la sensazione che i canali di incontro non mirati legittimino una percezione povera nei contenuti della prestazione richiesta è più di un'ipotesi. Infatti, nel tentativo di contenere il costo, molto spesso le

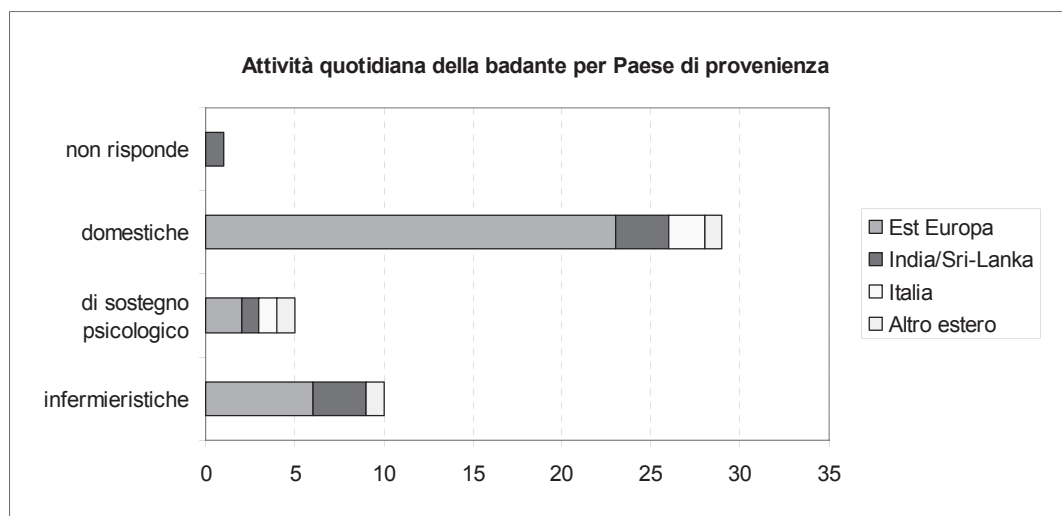


Tavola 5
 Profilo delle badanti:
 attività quotidiana
 della badante per paese
 di origine
 Fonte: elaborazione Questlab

famiglie cercano le badanti con una richiesta di compagnia, questo approccio è funzionale ad una selezione non sulle competenze ma, piuttosto, sulla disponibilità oraria. Tuttavia, la percezione che si insinua nel lavoratore è di essere un sostituto della famiglia più che un fornitore di una prestazione sociale. Questo tema apre aspetti molto complessi sulla correlazione tra prestazione e remunerazione. Senza approfondire sembra opportuno sottolineare come la propensione ad investire sulla dimensione professionale di questa attività di assistenza oggi mostra carenza di consapevolezza da parte di tutti i soggetti: la badante che percepisce come un ripiego il lavoro svolto, la famiglia che scambia il basso costo con assenza di contenuti, l'operatore pubblico che tenta di proporre percorsi formativi senza avere certezza degli obiettivi professionali di queste persone e senza rendere convenienti eventuali passaggi di formalizzazione.

4. Motivazioni del ricorso alla badante e utilizzo dei servizi sociali organizzati

L'indagine ha esplorato anche altri delicati aspetti del rapporto tra famiglia, assistito e badante relativi a: motivazione della famiglia, conoscenza e utilizzo di servizi pubblici e presenza di aspetti problematici nel rapporto tra i diversi soggetti.

Il primo dato, riferito alla motivazione che ha mosso all'assunzione di una badante, ha messo in luce l'aspetto di quanto questa

sia una soluzione forzata o una libera scelta. I dati proposti dalla **tavola 6** assegnano le frequenze più alte alle motivazioni legate al bisogno di domiciliarità; infatti, le percentuali più alte sono assegnate alla garanzia di assistenza continua (86%), alla possibilità di mantenere la persona nel proprio domicilio (76%) e alla necessità di mantenere il proprio stile di vita (68%). Decisamente meno frequenti sono state le indicazioni verso motivazioni obbligate da condizioni economiche o costrette da liste di attesa troppo lunghe; infatti, queste due motivazioni sono finite in coda all'elenco proposto, rispettivamente con il 24% e il 16% di frequenza.

Un aspetto, in parte sollecitato da questa prima verifica, riguarda la conoscenza e l'utilizzo dei servizi pubblici. Su questo tema la ricostruzione, offerta dalla **tavola 7**, delle risposte raccolte con l'indagine ha fatto emergere una buona conoscenza della gamma dei servizi offerti. Le frequenze più alte sono state rilevate per la casa di riposo, con il 97% e, a seguire, tutti gli altri servizi pubblici, con percentuali sempre maggiori al 50%. Non hanno confermato questo standard due servizi di più recente introduzione come gli appartamenti protetti (34%) e il telecontrollo (26%).

Sotto il profilo dell'utilizzo dei servizi, attraverso l'indagine sono stati raccolti dati importanti per iniziare a stimare quanto le soluzioni di *welfare mix* autocomposte dai cittadini siano una realtà. Infatti, i dati di utilizzo rilevati devono partire dalla consa-

Tavola 6

Motivazioni alla base della scelta della badante

Fonte: elaborazione Questlab

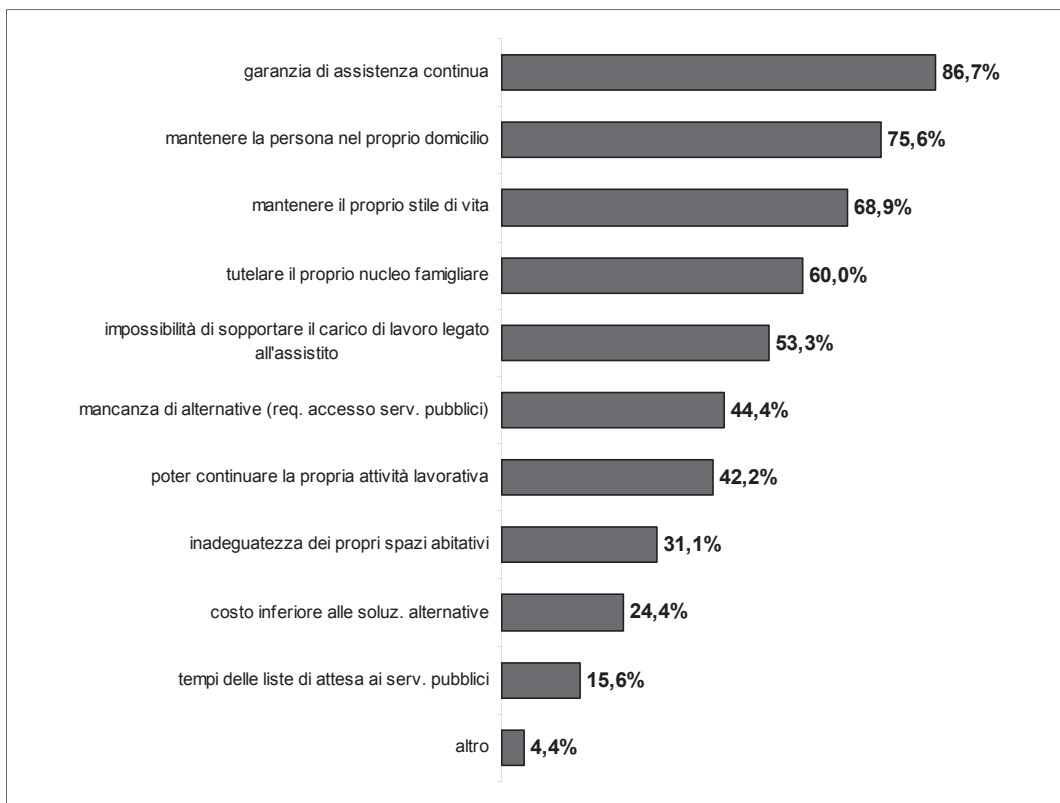
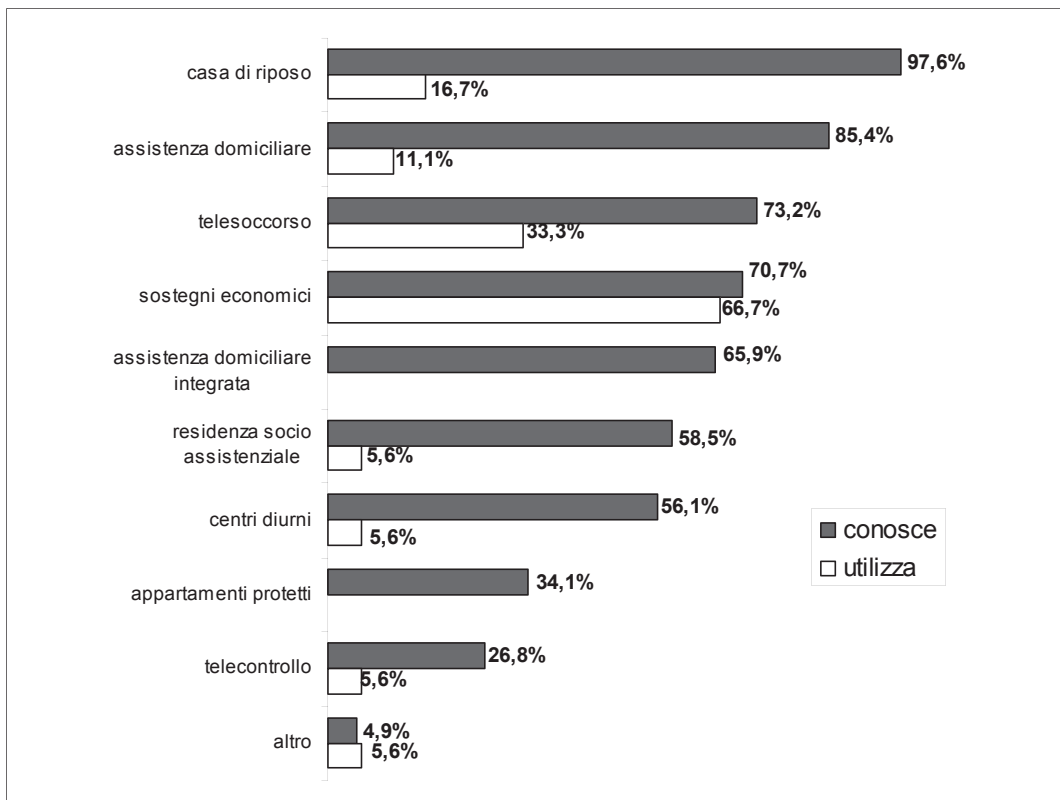


Tavola 7

Conoscenza e utilizzo dei servizi sociali da parte delle famiglie con badante

Fonte: elaborazione Questlab



pevolezza di essere aggiuntivi rispetto alla badante. In questo senso il 16% di utilizzo della casa di riposo identifica il fenomeno delle badanti che assistono anziani ricoverati in struttura. Interessanti in questa chiave anche i valori dell'assistenza domiciliare e del telesoccorso come forme complementari di intervento. Tra tutti i valori quello che risulta, però, di gran lunga più significativo è il 66% di utilizzo di sostegni economici pubblici in presenza di badante.

5. Le prospettive per il fenomeno

L'indagine si è posta l'obiettivo di cogliere la percezione e le prospettive del fenomeno anche dagli intervistati che oggi non vi fanno ricorso. Elaborando le 817 interviste di chi ha dichiarato di non avvalersi di una badante è stato possibile acquisire informazioni utili in questa direzione.

Innanzitutto è significativa la ricostruzione delle risposte sulla conoscenza del fenomeno proposta dalla **tavola 8**. La lettura dei dati ha restituito una buona conoscenza del fenomeno, dal momento che solo il 14% ha dichiarato di non avere informazioni al riguardo. Nella parte rimanente, l'informazione è passata attraverso il sentito dire (36%), la conoscenza di persone che se ne avvalgono (31%) e tipologie di esperienza più dirette come l'utilizzo in passato (6%) e la visibilità del fenomeno all'interno della propria città (10%).

I dati della **tavola 9** ricostruiscono la percezione del fenomeno da parte delle persone che non hanno una badante.

Il dato prevalente è riferito alla percezione utile (49%) che, sommato al 34% che ritiene questo servizio necessario, restituisce una sorta di «coscienza sociale» emergente circa la necessità di questo fenomeno. In questa rappresentazione sono risultate decisamente poco diffuse le interpretazioni del fenomeno di tipo marginale (3%) o transitorio (2%).

Rappresenta una nota di colore, infine, la percezione degli intervistati che, rispetto alla possibilità di avere bisogno di avvalersi di una badante nei prossimi 5 anni, ha restituito una prevalenza dei no (60%) che sembra soddisfare quasi una esigenza scaramantica rispetto alle proprie condizioni di salute. In questa direzione può essere probabilmente interpretato anche il 25% degli indecisi.

Tavola 8

Cosa conosce del fenomeno?

Fonte: elaborazione Questlab

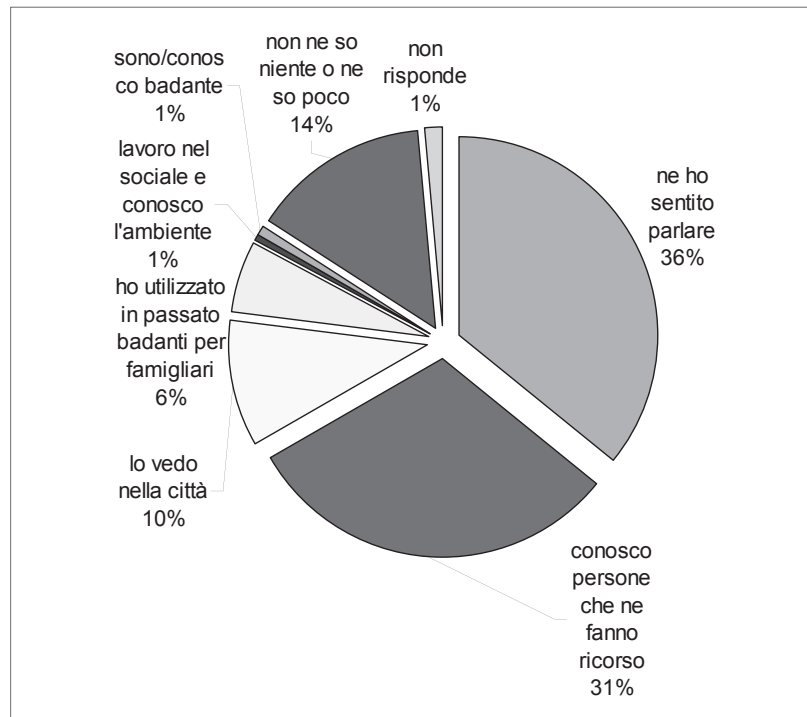
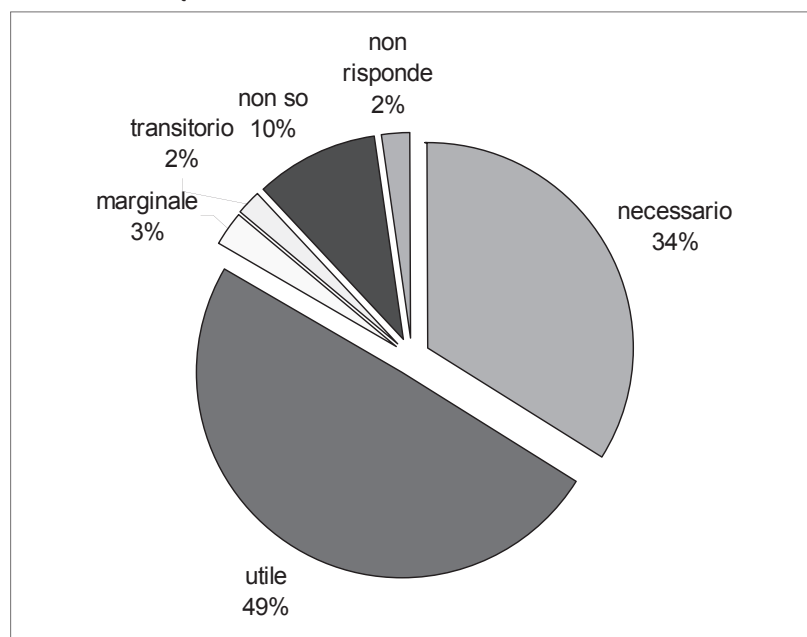


Tavola 9

Cosa ne pensa del fenomeno delle badanti?

Fonte: elaborazione Questlab



6. Il lavoro delle badanti tra regolarizzazione e regolazione

Il paragrafo richiama i principali problemi che il fenomeno delle badanti straniere pone per le politiche del lavoro. L'analisi tenta di mettere in luce le maggiori criticità per la regolazione di questo particolare mercato del lavoro anche tenendo conto delle esperienze condotte su tale tema in Italia, dei risultati conseguiti e delle prospettive per il futuro.

6.1. Le relazioni tra politiche del lavoro, politiche migratorie e politiche abitative

Per articolare queste riflessioni è necessario partire dalla constatazione della forte interdipendenza che esiste per le badanti straniere tra le politiche del lavoro, quelle migratorie e, non ultime, quelle abitative (Costa, 2004). Infatti, il lavoro privato di cura ha costituito un canale privilegiato di primo ingresso nel mondo del lavoro italiano e spesso di regolarizzazione del soggiorno, capace al contempo di dare temporanea soluzione anche al problema della casa. Molte persone entrate in Italia con visto turistico hanno trovato lavoro come badanti, per gran parte – e almeno in un primo tempo – senza però un regolare contratto d'impiego. Ottenendo di essere alloggiate presso le famiglie (i datori di lavoro) hanno risolto il problema abitativo, altrimenti reso difficile dai canoni di affitto elevati ma anche dalla irregolarità nel soggiorno, che rende difficile stipulare contratti di locazione. Ovviamente la convivenza, nonostante sia un elemento assai apprezzato dalle famiglie che possono far affidamento su una presenza costante della badante per le necessità assistenziali (il che d'altro canto costituisce una delle principali carenze dei servizi domiciliari pubblici sociali e sanitari), spesso costituisce un ostacolo all'integrazione sociale della badante e può essere ragione di sovra-lavoro o addirittura di sfruttamento, rilevato da tante inchieste svolte a livello locale negli ultimi anni.

Questa situazione di irregolarità, tanto nella presenza quanto nel lavoro, è stata modificata dai processi di regolarizzazione e, in maniera rilevante, dalla sanatoria prevista dalla legge Bossi-Fini. Delle 705.000 domande di regolarizzazione presentate nel 2003 (e 635.000 stranieri effettivamente re-

golarizzati) 341.000 (pari a quasi il 50%) hanno riguardato colf e badanti (Mesini, 2004). In quella occasione la regolarizzazione del soggiorno si è sposata con la regolarizzazione del lavoro. Non è detto, però, che tale corrispondenza sia destinata a mantenersi in futuro, a causa della difficoltà di garantire un sistema di controlli pubblici efficaci sul lavoro prestato a domicilio, delle caratteristiche stesse delle attività delle badanti, soggette a modifiche nella domanda e a un alto tasso di *turn-over*, e a causa di alcune convenienze reciproche che possono indurre a propendere per il lavoro irregolare, soprattutto quando considerato condizione professionale transitoria dalle stesse badanti.

È chiaro peraltro che i vantaggi della regolarizzazione del soggiorno restano limitati per la collettività italiana se non si accompagnano alla regolarità del lavoro: in questo caso infatti la finanza pubblica è chiamata a garantire presentazioni al residente senza che questi ricambi in termini di gettito fiscale. Inoltre, nel caso di presenze di lunga durata, il mancato versamento dei contributi previdenziali carica di ulteriori oneri futuri il sistema di *welfare*.

6.2. Gli obiettivi della regolazione e le difficoltà di perseguimento

I principali obiettivi che la regolazione del lavoro privato di cura si pone sono riassumibili nei seguenti:

- perseguire l'emersione del lavoro nero e la regolarizzazione dei rapporti di lavoro, così da far partecipare le badanti al sistema fiscale e garantir loro adeguata copertura previdenziale. Come accennato, si tratta di una finalità cruciale per procedere con una migliore integrazione sociale delle badanti e rafforzarne le tutele;

- garantire, per quanto possibile, competenze individuali delle badanti che siano adeguate a tutelare lo stato di salute degli anziani assistiti: si tratta di competenze sia linguistiche e relazionali, sia di natura tecnica assistenziale;

- aumentare il grado di efficienza di questo particolare mercato del lavoro, facilitando la disponibilità di informazioni alle badanti e alle famiglie, migliorando le condizioni d'incontro tra domanda e offerta di lavoro (che

attualmente si affida per gran parte a canali informali; cfr. § 3.1) e al contempo mantenendo condizioni di convenienza economica e gestionale per le famiglie: nel caso, infatti, queste condizioni non dovessero più verificarsi – magari per i costi associati all'emersione del lavoro irregolare – le famiglie e gli anziani sarebbero costretti a fare a meno di servizi oggi disponibili e apprezzati.

Di fronte a questi obiettivi si pongono però non poche difficoltà.

Con riguardo al primo obiettivo citato, è da notare come il lavoro domestico e il lavoro privato di cura – le attività cioè sulle quali in varia proporzione sono impegnate le badanti – siano da sempre il regno del lavoro sommerso. Ciò a sua volta ha diverse ragioni:

- innanzi tutto, in tante attività prestate da vicini o parenti i rapporti di scambio e reciprocità restano ambigui, come succede in modo evidente nel caso dell'indennità di accompagnamento trattenuta dai parenti. I confini tra prestazione di aiuto e prestazione di lavoro restano sfumati (Da Roit, 2002). È peraltro evidente che, se questo era ed è il caso di molto lavoro svolto da italiani, nel caso del lavoro delle badanti il corrispettivo economico rende più evidente la natura lavorativa del rapporto;

- i controlli pubblici esercitabili presso i domicili privati restano onerosi e difficili. Il risultato è che tali controlli sono incapaci di costituire un vero incentivo alla regolarizzazione del lavoro;

- con i lavoratori di cura privati italiani irregolari i principali problemi riguardavano la mancanza di copertura previdenziale e l'insufficiente controllo delle competenze individuali. Inoltre, in alcuni casi gli italiani che svolgevano tali attività erano pensionati che non vedevano con favore una regolarizzazione, pena il rischio di complicare la propria situazione previdenziale precedente. Con le badanti straniere a questi problemi si aggiunge spesso quello della regolarizzazione del soggiorno. In particolare, l'attuale normativa italiana (decreti flussi ecc.) fa dipendere l'immigrazione e la regolarizzazione del soggiorno dall'aver un lavoro. Se tale programmazione può farsi per le imprese, essa invece mal si adatta alle caratteristiche

col lavoro privato di cura, acquistato direttamente dalle famiglie (e quindi con una domanda frammentata) e spesso in condizioni di urgenza (ad esempio a seguito di un ictus subito dall'anziano) inconciliabili coi tempi dei flussi;

- i bisogni delle famiglie che ricorrono alle badanti sono spesso assai variabili e in non pochi casi giudicati, a torto o a ragione, temporanei, il che sfavorisce la sottoscrizione di contratti di lavoro regolari. In altre parole, le famiglie spesso vogliono prima provare la badante e spesso vogliono mantenere i vantaggi della flessibilità con riguardo al numero di ore settimanali richieste, alla possibilità di recedere dal rapporto, ecc.;

- gli incentivi alla regolarizzazione del lavoro spesso sono deboli, sia per le famiglie che andrebbero a pagare un costo lavoro più alto, soprattutto a causa degli oneri previdenziali, sia per le badanti che otterrebbero una retribuzione netta (al netto cioè di trattenute fiscali e previdenziali) inferiore a quella prevalente per il lavoro nero in molte regioni italiane. In tal senso, le badanti possono preferire la massimizzazione delle retribuzioni nette nel breve periodo invece che massimizzare le ricompense complessive che tengono conto anche della retribuzione differita e cioè della pensione. Le ragioni di ciò possono essere diverse e comprendono la necessità di sostenere spese urgenti, la prospettiva di tornare presto nel proprio Paese di origine col rischio di perdere la contribuzione previdenziale, ecc.

Con riguardo all'obiettivo di garantire competenze individuali adeguate e quindi perseguire il miglioramento della qualità dell'assistenza prestata agli anziani, la principale difficoltà sta nel conciliare la normativa sui profili professionali in sanità e i contenuti delle attività svolte dalle badanti. Infatti la normativa impone formazione specifica per poter svolgere attività sanitarie. «Scoprire» che molte prestazioni sanitarie svolte fuori dalle strutture sanitarie sono erogate dalle badanti, e cioè da persone prive di titoli formali per svolgerle, pone non pochi problemi che travalicano il tema qui trattato e vanno a mettere in discussione i reali contenuti dei monopoli legali affidati alle professioni sanitarie e ai profili professionali dell'assistenza

(in primo luogo agli operatori socio-sanitari e agli OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria⁷).

Infine, e con riferimento alle condizioni di efficienza del mercato del lavoro, il lavoro privato di cura si caratterizza strutturalmente per un'alta frammentazione, sia dal lato della domanda (famiglie e anziani) sia da quello dell'offerta (badanti), per una prevalenza di canali informali nell'incontro tra domanda e offerta (parenti, amici, parrocchie, ecc.; cfr. § 3.1), per la rilevanza degli aspetti di fiducia interpersonale e relazionali alla base dei rapporti di lavoro. Se le prime condizioni rendono potenzialmente utili meccanismi di regolazione capaci di mettere a disposizione informazioni e servizi di supporto (ad esempio consulenza alle famiglie non abituate ad essere datore di lavoro) che facilitino l'incontro tra domanda e offerta, la dimensione relazionale e fiduciaria del rapporto famiglia-badante potrebbe limitare l'efficacia di strumenti amministrativi di tal tipo.

6.3. Riflessioni a partire dalle esperienze fatte

Il lavoro delle badanti, il ruolo fondamentale svolto nell'assistenza agli anziani italiani, le competenze da loro sviluppate, costituiscono un patrimonio sociale che sembra urgente valorizzare. Soltanto un'adeguata politica di regolamentazione volta a renderlo visibile, organizzarlo e svilupparlo può dare durevolezza a un'esperienza imponente nei numeri e che ha reso possibile per la comunità italiana gestire senza necessità di provvedimenti dolorosi i drastici cambiamenti socio-demografici a cui è sottoposta. In assenza di tale politica molte badanti cambieranno lavoro appena possibile, uscendo dal settore dell'assistenza e disperdendo le loro storie professionali, il capitale di esperienze e relazioni costruite nelle e con le famiglie.

Innanzitutto è fondamentale che le politiche pubbliche riconoscano il ruolo svolto dalle badanti nella società italiana. Per apprezzarne la portata basti un parallelo con i numeri dei professionisti sanitari. I medici in attività in Italia sono circa 250.000, gli infermieri circa 300.000 (OECD, 2005). Pur con le ovvie distinzioni necessarie, sembra utile raffrontare tale cifre con le 341.000 domande di regolarizzazione presentate per colf

e badanti in occasione della sanatoria del 2003. Ad esclusione delle prestazioni sanitarie erogate in ospedali e rivolte a stati di acuzie, è evidente come l'assistenza fornita dalle badanti costituisca oggi un pilastro fondamentale per l'invecchiamento in Italia. E nonostante le dimensioni e il ruolo di tale fenomeno, la legge quadro 328/2000 di riforma dell'assistenza praticamente non lo considera.

Segnali di maggiore attenzione sono giunti da alcune amministrazioni locali (Ceruzzi, Tunzi, 2003). In generale, oltre ai servizi per facilitare l'incontro di domanda e offerta sul mercato del lavoro, le azioni messe in atto hanno riguardato due piani principali:

– la *formazione* nelle tre dimensioni della conoscenza linguistica, dell'economia domestica e dell'assistenza alla persona. Queste ultime in particolare sono percepite come una priorità da parte delle amministrazioni pubbliche, mentre la percezione della loro importanza è meno chiara per le famiglie (cfr. §§ 3.1 e 3.2). Il problema irrisolto, a tale proposito, resta il fatto che molte prestazioni di assistenza alla persona rivestono facilmente carattere sanitario e sono quindi appannaggio, in linea di principio, di profili professionali specifici non delegabili alle badanti, a meno di far svolgere loro i corsi per operatore socio-sanitario (OSS) e l'eventuale formazione complementare in assistenza sanitaria;

– il tentativo d'istituire *sistemi di accreditamento* delle badanti, anche per rendere possibile l'utilizzo di «buoni di cura» che le famiglie possono utilizzare per ottenere prestazioni da parte degli operatori accreditati. La certificazione, oltre a fornire garanzie all'utente, incoraggia l'acquisizione di competenze nuove e crescenti, per tappe successive, che si innestano sul patrimonio già acquisito. L'utilizzo di buoni di cura, rispetto alle indennità monetarie (assegni di cura erogati a livello locale e, soprattutto, l'indennità di accompagnamento disponibile a livello nazionale) assicura prestazioni da parte di personale accreditato e non da familiari privi di competenze specifiche. Inoltre, il buono di cura dovrebbe limare la conseguenza negativa delle indennità monetarie che in qualche modo incentivano il ricorso al lavoro irre-

golare per sua natura più economico (Gori, 2002).

Le specifiche forme di gestione adottate per tali esperienze hanno poi cercato di favorire la regolarizzazione del lavoro. In tal senso vanno, ad esempio, le esperienze in cui le Regioni o gli enti locali hanno riconosciuto «assegni di cura» alle famiglie che dimostrassero di avere necessità di assistenza da parte di personale terzo e di avere assunto a tale fine badanti con regolare contratto di collaborazione domestica (es. Banchemo, 2004 per l'esperienza della Regione Liguria). In tal modo, e a differenza rispetto a quanto avviene con l'indennità di accompagnamento o altre esperienze di assegno di cura, l'ente pubblico partecipa insieme alla famiglia all'acquisto di lavoro privato di cura con regolare contratto, eliminando almeno nelle intenzioni le convenienze private a favore del lavoro nero. È evidente peraltro che tali misure possono essere efficaci per regolarizzare il lavoro, ma in genere presuppongono la regolarità del soggiorno. In tal senso, si può correre il rischio di facilitare regolarizzazioni che già hanno una buona probabilità di venir messe in atto, lasciando invece irrisolte le situazioni più complesse in cui al lavoro nero si aggiunge il soggiorno irregolare (Costa, 2006).

In generale, le esperienze finora condotte non sembrano costruire un quadro di riferimento organico e sistematico. Nonostante la varietà di tali esperienze, esse spesso sembrano il frutto di iniziative isolate e a volte paiono soffrire di eccessiva settorialità, incapaci di governare le relazioni tra le diverse dimensioni del fenomeno. Provando a riassumere rispetto a tali problemi:

- in passato le iniziative sono state per lo più rivolte a persone in regola con la normativa sul soggiorno anche quando gran parte delle badanti era presente irregolarmente in Italia;

- le amministrazioni locali e le Regioni hanno definito percorsi di formazione e professionalizzazione diversi, rendendo difficile il riconoscimento interregionale di tali esperienze, limitando la mobilità delle badanti e l'appetibilità di tali iniziative⁸;

- il tentativo di professionalizzare rispetto alle competenze di assistenza alla persona

resta inevitabilmente parziale. La strada per risolvere tale problema sembra necessariamente quella di far svolgere corsi di OSS (ed eventualmente quelli ulteriori in formazione complementare per l'assistenza sanitaria), dato il contenuto delle attività svolte nel caso di anziani bisognosi di pratiche a contenuto sanitario. Inoltre, a differenza di altre figure che dipendono dalle politiche regionali, il profilo dell'OSS ha riconoscimento nazionale e quindi facilita la mobilità interregionale, che per gli immigrati resta per diversi anni dopo il loro arrivo tipicamente maggiore di quella media degli italiani;

- lo sviluppo di competenze generiche e trasversali – in primo luogo linguistiche – può portare alla conseguenza indesiderata di un'uscita dal lavoro assistenziale, per andare a svolgere attività considerate meno faticose, meno precarie, meno pericolose o meno penalizzanti socialmente. In tal modo si favorisce la mobilità sociale ma si indebolisce la capacità di dare risposta alle necessità di assistenza degli anziani italiani.

7. Riflessioni conclusive

Abbinare il tema dell'invecchiamento e delle badanti nella logica degli equilibri del sistema di *welfare* con tutte le sue complesse ricadute e con le convenienze più o meno nascoste costringe a riflettere sulla programmazione dei servizi sociali da parte dell'operatore pubblico. All'interno della cornice disegnata dalla legge 328/00 la responsabilità sta tra i Comuni e le Regioni. Le iniziative promosse in questi 5 anni non sembrano interpretare una vera strategia rispetto al fenomeno ma, piuttosto, soddisfare esigenze di visibilità dei politici. Conferme a questa sensazione si possono ricavare da una serie di indizi: in primo luogo, osservando come siano del tutto carenti gli strumenti di monitoraggio delle azioni intraprese, inoltre, come le azioni, anche quando sono assunte contemporaneamente, stentino ad integrarsi tra loro, infine, come manchi sempre la regia di sistema per consentire di costruire percorsi mirati sui portatori di bisogno attraverso la ricomposizione di interventi diversi.

In generale l'impressione che si ricava è di uno spreco di sinergie, a cui non si porrà rimedio fino a quando l'accudimento a domicilio non entrerà in un circuito di valoriz-

zazione più ampio. In questo senso tutte le politiche devono essere pensate con l'obiettivo di intervenire sulle attuali convenienze. Per intervenire sulle distorsioni e sulle inefficienze c'è bisogno di uno *shock*, la logica dei piccoli passi rischia di essere inadeguata alla pressione e all'urgenza dei provvedimenti e di produrre soltanto un aumento dei costi.

Oggi l'assistenza offerta dalle badanti interpreta un carattere «individuale» del *care* privato, come in passato avveniva all'interno delle famiglie, ma l'elemento sommerso che caratterizza questa attività non può essere liquidato alla stregua del lavoro domestico delle casalinghe. In questo scenario si rende necessario un protagonismo maggiore della programmazione regionale e locale chiamata a esplicitare la propria strategia rispetto al ruolo delle badanti all'interno della rete deputata a produrre risposte ai bisogni in campo sociale.

Prendendo atto di una carenza di regia pubblica sul sistema di *welfare* che movimenta risorse crescenti sommando a quelle pubbliche le risorse spese dal privato, si aprono spazi per produrre sforzi significativi su più fronti tra i quali sembrano imprescindibili quelli rivolti a:

- stimolare la regolarizzazione delle lavoratrici immigrate e l'emersione del lavoro nero e grigio;
- promuovere qualità e migliorare le condizioni di lavoro;
- assumere forme di accertamento di competenze e di accreditamento;
- integrare l'assistenza domiciliare privata, organizzata e individuale, nella rete pubblica dei servizi per la protezione e l'accudimento degli anziani;
- definire percorsi di avviamento alla professione a tempo valorizzando l'esperienza sul campo e recuperando elementi di sostenibilità.

La questione dovrebbe trovare nei Piani di zona strumenti di programmazione in grado di esplicitare una strategia condivisa su questo versante, creando condizioni di trasparenza e di consapevolezza per tutti gli operatori sociali. In realtà, le timide esperienze finora avviate sembrano ancora lontane da obiettivi soddisfacenti. Infatti, i punti su cui si tende a convogliare la riflessione sono prevalente-

mente quelli della formazione delle badanti e del loro accreditamento all'interno della rete dei servizi. Non si tratta di azioni inopportune, tutt'altro: il loro limite è di lasciare sullo sfondo l'elemento essenziale che passa attraverso i processi di incontro tra domanda e offerta di servizi sociali. È lavorando su questo elemento che nei Piani di zona possono trovare spazio adeguate riflessioni sulle dimensioni e sulle composizioni del mercato sociale di ciascun territorio. Attraverso questo passaggio possono essere portate ad emersione le convenienze che attualmente garantiscono la tenuta del sistema.

La questione è attuale non solo per l'impatto mediatico ma perché il nostro sistema di *welfare* rischia di scontrarsi a breve termine con le conseguenze di due tendenze demografiche assolutamente evidenti: da un lato, l'aumento del numero di persone anziane che non potranno contare su un familiare che organizzi anche forme di assistenza delegate per effetto della mobilità geografica dei lavori, dall'altro, l'assottigliarsi dei flussi migratori prodotti dal progressivo riassorbimento del differenziale di reddito che in questi anni ha sostenuto l'esodo dai paesi dell'Est.

Note

1. Dal Forum mondiale delle Ong sull'Invecchiamento e dalla Seconda assemblea mondiale Onu di Madrid (aprile 2002), è stato offerto un contributo di proposte per affrontare il fenomeno dell'invecchiamento, che avrà ripercussioni su tutti i settori della vita umana quotidiana (economia, salute, lavoro). Il Piano d'Azione 2002, adottato da tutti i Governi partecipanti all'Assemblea Onu, prevede interventi a tutti i livelli, nazionali ed internazionali, in tre direzioni prioritarie: le persone anziane e lo sviluppo, la salute ed il benessere della terza età, assicurare un ambiente favorevole.
2. Infatti, anche se lo spostamento dell'età di buona salute di massa fosse più veloce dello spostamento della longevità, la dimensione delle coorti dei nuovi grandi anziani renderebbe di per sé più problematica la gestione collettiva del fenomeno. A questa prospettiva va aggiunto il declino delle nascite che, da tempo, sta creando le premesse per un indebolimento dei potenziali portatori di assistenza (*caregivers*) trasformando il rapporto madre-figlia, cuore del modello mediterraneo di famiglia, in un vero e proprio collo di bottiglia.
3. In molti casi il rifiuto si legava alla risposta al telefono da parte della badante o a chiara percezione dell'intervistatore di una presenza di badante in famiglia.
4. Il dilemma è sempre sospeso tra considerare tutti questi soggetti come parte della società che vive senza problemi o, in alternativa, tentare di stimare

una quota di «fai da te» che attiva le classiche reti di autoriproduzione sociale che portano ad una internalizzazione dei costi dell'assistenza nell'ambito della famiglia.

5. Questi aspetti intervengono anche quando il ricorso alla badante interviene fuori dal domicilio con il paziente assistito in strutture che sono responsabili della prestazione finale.
6. Questo aspetto emerge anche in tutti i tentativi di dare una evidenza statistica a questi lavoratori distinguendoli dai tempi collaboratori domestici.
7. La figura dell'OSS è stata istituita con un accordo della Conferenza Stato-Regioni del 2001. Per accedere ai corsi di formazione per OSS occorre avere compiuto almeno 17 anni e aver conseguito un diploma della scuola dell'obbligo.
8. Ceruzzi e Tunzi (2003) riportano i piani di percorsi formativi di diverse Regioni: la Liguria per collabo-

ratori familiari con 20 ore di formazione e 60 per gli extracomunitari; la Valle d'Aosta 56 ore per assistenti personali; la Regione Toscana 100 ore di aula e 200 di tirocinio per assistente familiare; la Lombardia 100 ore di aula e 50 di tirocinio per l'assistente familiare. Tunzi (2004) riporta il caso della Regione Emilia-Romagna che ha formalizzato il percorso formativo di assistenza familiare privata a domicilio di 120 ore. Interessante guardare alla suddivisione per argomenti: 15 ore riguardano l'orientamento nel contesto sociale ed istituzionale, in relazione all'assistenza privata domiciliata e principi di etica professionale; 35 ore riguardano la mobilità dell'utente; 30 ore l'igiene personale; 15 ore la preparazione e l'assunzione dei cibi; 10 ore l'igiene degli ambienti; 15 ore la comunicazione. Infine, Banchemo (2004) riporta il caso dei corsi per assistenti familiari di 100 ore comprese esercitazioni pratiche.

B I B L I O G R A F I A

- AA.VV. (2003a), «“Badanti” in Veneto. Emersione e governo del fenomeno», rapporto di ricerca Anci Veneto, mimeo.
- AA.VV. (2003b), «Famiglie e anziani fragili. Ripensare gli aiuti», Osservatorio pubblicazioni del Comune di Venezia, Venezia.
- AMBROSINI COMINELLI (2004), «Un'assistenza senza confini. Welfare leggero, famiglie in affanno, aiutanti domiciliari immigrate», Rapporto 2004 Fondazione Ismu Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità - Milano.
- BANCHERO A. (2004), «L'assistenza ai non autosufficienti in Liguria», *Prospettive sociali e sanitarie*, 17-18, pp. 19-22.
- BANCHERO A. (2005), *Programmare i servizi sociali e sociosanitari*, Il Mulino, Bologna.
- BALDINI M., BELTRAMETTI L. (2005), «Badanti senza copertura», www.lavoce.info.
- BASSO P., PEROCCO F. (a cura di) (2000), *Immigrazione e trasformazione della società*, Franco Angeli, Milano.
- BONUGLI F. (2004) (a cura di) *Il welfare invisibile*, «I libri della formazione», Editrice LiberEtà, Roma.
- CALDERONE B., LAFFI S. (a cura di) (2003), *Innovare il welfare per la terza età. Metodi e strumenti per l'analisi e la valutazione dei servizi per gli anziani*, Franco Angeli, Milano.
- CANCHERO A. (2000), «Sostegno domiciliare per le persone anziane, non autosufficienti», *Prospettive sociali e sanitarie*, vol. 30, fascicolo 20/22, pp. 34-35.
- CARITAS (anni vari), *Dossier statistico sull'immigrazione 2005*, XV Rapporto Caritas/Migrantes, Roma.
- CERUZZI F., TUNZI F. (2003), *Professioni sociali. Governo del mercato del lavoro regionale*, Roma: Ediesse.
- CNR (1995), *Studio longitudinale italiano sull'invecchiamento - ILSA*, www.aging.cnr.it.
- COSTA G. (2001), «Il lavoro non regolare: quale ruolo nella costruzione di un mercato di servizi alla persona», in C. RANCI (a cura di), *I mercati sociali in Italia*, Carocci, Roma.
- COSTA G. (2004), «Le badanti nei sistemi di cura: tasselli o stampelle?», *Prospettive sociali e sanitarie*, 17-18, pp. 7-9.
- COSTA G. (2006), «La progettazione delle politiche sociali: temi e prospettive», *Prospettive sociali e sanitarie*, 10-11, pp. 10-12.
- DA ROIT B. (2002), «Il mercato privato dell'assistenza in Italia», in Gori C. (a cura di): *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Carocci, Roma.
- DA ROIT B., CASTEGNARO S. (2003), *Chi cura gli anziani non autosufficienti?*, Franco Angeli, Milano.
- DE VINCENTI C., GABRIELE S. (1999), *I mercati di qualità sociale. Vecchi e nuovi modelli di consumo*, VIII Rapporto CER - SPI, Laterza, Roma-Bari.
- FAZZI L. (2003), *Costruire politiche sociali*, Franco Angeli, Milano.
- GORI C. (2000), «Comprare i servizi sociosanitari per gli anziani: i costi economici e sociali delle diverse alternative», *Economia Pubblica*, 1, pp. 95-115.
- GORI C., DA ROIT B. (2001), «Emersione e regolazione dell'assistenza privata a pagamento», in C. GORI (a cura di) *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, Franco Angeli, Milano.
- GORI C. (a cura di) (2002), *Il welfare nascosto*, Carocci, Roma.
- GORI C., DA ROIT B. (2003), «Regolare il mercato privato dell'assistenza: una sfida per le politiche pubbliche», *Tendenze nuove*, 4-5, pp. 385-394.
- GORI C. (2005) (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma.
- GUAITA A. (2001), «Nuove modalità di organizzazione e finanziamento per i servizi socio-sanitari: a favore degli anziani o contro di loro?», in C. GORI (a cura

- di), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, Franco Angeli, Milano.
- LAZZARINI G. (2004), *La famiglia chiusa nel welfare nascosto. Il silenzio e l'invisibilità delle badanti*, Provincia di Cremona.
- LONGO F. (2004), *Governance e network sociali*, Egea, Milano.
- MESINI D. (2004), «Qualche tentativo di stima di un universo di non facile quantificazione», *Prospettive sociali e sanitarie*, 17-18, pp. 9-11.
- MICHELI G.A. (a cura di) (2004), *I continuanti. Interventi a mosaico in una società che invecchia*, Franco Angeli, Milano.
- MONTEBUGNOLI A. (a cura di) (2001), *I processi di riproduzione sociale. Che cosa sono, come migliorarli*, Ediesse, Roma.
- PASQUINELLI S. (2006), «Le assistenti familiari nei nuovi Piani di zona», www.qualificare.it.
- PAVIOLINI E. (2004), *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Carocci, Roma.
- PIVA P. (1998), «Governare la produzione e l'acquisto di servizi sociali», *L'assistenza sociale*, I, pp. 151-164.
- RANCI C. (a cura di) (2001), *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa. Verso la costruzione di un mercato sociale dei servizi*, Franco Angeli, Milano.
- RANCI C. (2005), «Il welfare «sommerso» delle badanti», www.lavoce.info.
- ROMERO FUCINOS S. (2005), «Donne dell'Est: migrazioni femminili e lavoro di cura», *Studi Zancan*, 1, pp. 172-183.
- ROSSI A. (2004), *Anziani e assistenti immigrate*, Studio Come, Ediesse, Roma.
- SOCCI M., MELCHIORRE M., QUATTRINI M.G., SCROLLA C., LA MURA G. (2001), «L'assistenza agli anziani fornita da immigrati», *Prospettive sociali e sanitarie*, 13.
- SPANO P. (2006) *Le convenienze nascoste*, Nuova dimensione, Portogruaro (VE).
- TONIOLO PIVA P. (2002), «Anziani accuditi da donne straniere», *Animazione sociale*.
- TUNZI F. (2004), «Qualità del lavoro di cura nelle famiglie ferraresi», *Prospettive sociali e sanitarie*, 17-18, pp. 15-9.
- VECCHIATO T. (a cura di) (2005), *Sistemi di welfare regionali. Profili e analisi comparata. Primo rapporto*, Fondazione Zancan, Padova.

Le Medicine e le Terapie non convenzionali nelle politiche e nelle esperienze del Sistema sanitario

CLAUDIA TACCHINO, EMILIO TANZI

The article presents main findings of a research carried out by Bocconi School of Management. It is focused on integration of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in health care policies and strategies. After having identified and classified the main issues and problems (CAM professionals, efficacy of therapies, general acceptance) about CAM, the article focuses on demand & supply phenomena. The second part presents main trends observed in regional health care policies and strategies of health care public structures.

Note sugli autori

Claudia Tacchino (claudia.tacchino@unibocconi.it) è docente presso la SDA Bocconi e professore a contratto presso l'Università Commerciale L. Bocconi di Milano

Emilio Tanzi (emilio.tanzi@unibocconi.it) è ricercatore presso il CERGAS Bocconi, dottorato di Ricerca in Economia delle Aziende e Amministrazioni Pubbliche dell'Università degli Studi di Parma

Attribuzione

Il presente lavoro trova origine in una ricerca autofinanziata dalla Divisione Ricerche della SDA Bocconi e condotta nel 2005. Pur essendo frutto dell'attività congiunta degli Autori, la stesura dei §§ 1, 2, 3, 4 e 7 è da attribuirsi a Claudia Tacchino, quella dei §§ 5 e 6 ad Emilio Tanzi

1. Cosa sono le Medicine Non Convenzionali

Non è di facile risoluzione il problema dell'identificazione del «quid» delle Medicine Non Convenzionali (MNC), soprattutto se si pensa che molte di esse costituiscono veri e propri sistemi medicali che utilizzano al loro interno un sottoinsieme di numerose pratiche e terapie (ad esempio la Medicina tradizionale cinese, la medicina ayurvedica, le artiterapie, ecc.). Nonostante la complessità del sistema è tuttavia possibile individuare alcuni elementi che accomunano le numerose MNC osservabili, quanto meno per quanto riguarda l'approccio al tema. Appare interessante, a questo proposito, la chiave di lettura suggerita da Fabio Dei (1996), che individua cinque principali tratti caratterizzanti che si trovano largamente diffusi nell'universo medico afferente alle MNC, anche se non necessariamente tutte contemporaneamente presenti in tutte le medicine/terapie:

a) l'Approccio naturale - inteso come utilizzo di farmaci naturali, che più che intervenire drasticamente sulla parte del corpo malata, dovrebbero svolgere un'azione riequilibratrice dell'intero organismo, favorendo le sue intrinseche capacità di reazione alla malattia;

b) l'Approccio olistico - le MNC insistono su una concezione dell'uomo come unità inscindibile di corpo, mente e spirito, lavorando sulla convinzione che una malattia, per quanto localizzata, sia espressione di un disagio o di uno squilibrio che investe l'intero organismo;

SOMMARIO

1. Cosa sono le Medicine Non Convenzionali
2. Problemi che attraversano il settore
3. Richiamo ai fenomeni di domanda e consumi
4. Le politiche delle regioni italiane: le macro tendenze osservate
5. Esperienze avviate di MNC presso alcune strutture pubbliche
6. Quadro di sintesi delle esperienze analizzate
7. Considerazioni conclusive

c) l'Approccio individuante - insiste sul fatto che un sapere statisticamente fondato non è di utilità clinica, perché non c'è alcuna garanzia che il singolo paziente presenti le stesse caratteristiche della media. Gli operatori delle MNC mettono pertanto in seria discussione il più diffuso metodo di controllo sperimentale usato dalla medicina, ovvero il «doppio cieco», espressione tipica delle teorie verificazioniste e falsificazioniste;

d) il Ruolo attivo e la responsabilità del paziente - molte MNC tendono a responsabilizzare il «paziente», esaltandone il ruolo attivo nel processo di guarigione. Protagonista della cura è l'individuo malato stesso: il medico deve risvegliare le sue energie interiori, più che introdurre agenti esterni in grado di attaccare la malattia intesa come qualcosa di esterno;

e) l'Energia - l'idea di partenza è che l'«essenza», per così dire, degli esseri umani non sia la materialità chimico-fisica del loro corpo, ma una energia vitale (il «chi» della medicina cinese) che lo percorre, e che rappresenta l'interfaccia tra la dimensione propriamente somatica e quella psichica. È dalle condizioni di questa energia, vale a dire dal suo «equilibrio» o dal suo «squilibrio», che dipendono gli stati di salute e malattia.

Di non minore rilievo è la questione della classificazione delle MNC, in quanto, accanto ad alcune caratteristiche che attraversano trasversalmente il settore, poco sopra individuate, vi sono numerosissimi aspetti che mettono in evidenza più le specificità delle diverse discipline che non gli elementi comuni. Una classificazione, si rende d'altra parte necessaria nel momento in cui si vogliono osservare fenomeni che abbiano una qualche caratteristica di universalità. Da un punto di vista sociologico si possono allora suddividere le MNC sulla base dei principi metodologici che le sottendono. È ciò che già nella seconda metà degli anni '80 ha fatto Losi (1990), individuando le classi rappresentate nella **tabella 1**.

Intendendo osservare la relazione tra MNC e sistema di tutela della salute, si è ritenuto in questa sede di focalizzare un'ipotesi di classificazione delle MNC secondo una logica istituzionale, sulla distinzione tra le medicine/terapie finalizzate all'*health care* e

quelle volte al *wellness*. Nell'analisi di dettaglio riportata a seguire si contestualizzeranno meglio i termini utilizzati. I diversi segmenti sono anche identificati in relazione alle professionalità a cui compete l'esercizio delle diverse terapie. Il criterio di aggregazione delle terapie fa riferimento alla sovrapposizione vs. contiguità dell'applicazione delle terapie con gli interventi prioritari individuati dalle politiche sanitarie e dalle strategie delle Asl in una logica di *welfare*. In questa ipotesi di classificazione si fa riferimento alle seguenti variabili:

- il grado di sanitarizzazione delle terapie/pratiche non convenzionali;
- l'esistenza di protocolli definiti per l'utilizzo di MNC per patologie specifiche;
- la rilevanza sociale del problema su cui la terapia intende agire.

L'ipotesi da cui muove la ricerca è che in presenza di una forte convergenza di questi tre elementi ci si trovi in un contesto di *health care*, mentre allontanandosi da questa specificità ci si trovi in aree sempre più allargate di *wellness*.

La classificazione così individuata suddivide i diversi segmenti come segue.

Area Health Care - Medici. Rientra al momento in questa categoria il solo utilizzo dell'agopuntura per fini anestesiológicos o di terapia del dolore. Si può tuttavia considerare che in prospettiva possano entrare in quest'area le applicazioni delle MNC in ambiti di cura coerenti con le priorità individuate dalle politiche sanitarie nazionali e regionali (es. malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, cure palliative, tumori, diabete, malattie respiratorie e allergiche, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ecc.). Quelle MNC che in un approccio integrato con la medicina ufficiale riuscissero a dimostrare la loro validità scientifica, potrebbero collocarsi specificamente nell'area del *welfare* e, nel caso fossero in grado di soddisfare anche il principio di appropriatezza, potrebbero ottenere, o quanto meno richiedere con maggiore autorevolezza, un inserimento a pieno titolo nel novero delle medicine ufficiali. Coerentemente con lo stretto legame che le MNC esprimono in quest'area con patologie importanti, si rende necessario che ogni in-

Tabella 1

Classificazione	Criterio di aggregazione	Esempi di terapie
Terapie sistemiche	Approccio all'individuo come microcosmo percorso da relazioni di corrispondenza	Aagopuntura, iridologia, riflessologia etc.
Terapie di manipolazione corporea	Rapporto terapeutico come intervento diretto del terapeuta sul corpo del paziente. Comunicazione corporea con forte implicazione sul piano emotivo e psicosomatico	Chiropratica, shiatsu, massoterapia, metodo Mezieres etc.
Terapie con uso del corpo	Attivo uso del proprio corpo da parte del paziente	Training autogeno, yoga, ginnastiche dolci, rilassamento, psicomotricità, integrazione posturale etc.
Terapie con uso di sostanze	Utilizzo di sostanze naturali, assunte in vari modi dal paziente	Omeopatia, erboristeria, aromaterapia, mesaterapia, dietologia
Terapie con uso di energie	La guarigione è prodotta da un'energia che si sprigiona direttamente dal corpo del terapeuta o da apparecchiature tecnologiche	Pranoterapia, terapie magnetiche, elettroterapia
Terapie di tipo psicologico-psicoterapeutico	Volte cioè alla cura di disturbi propriamente psicologici e relazionali	Bioenergetica, ipnosi, meditazione, biofeedback, psicodinamica, cromoterapia

tervento sia praticato direttamente da medici o sotto la loro stretta tutela/approvazione, soprattutto dove si praticino terapie che possono essere ritenute invasive o laddove esse richiedano l'assunzione di sostanze di cui deve essere valutata la compatibilità con le terapie relative alle priorità di politica sanitaria individuate.

Area Wellness 1 - Medici. Anche in quest'area rientrano prevalentemente le terapie/discipline che hanno come loro interlocutori istituzionali i medici chirurghi ed odontoiatri. Le terapie trovano applicazione in quest'area nelle cure che, pur essendo praticate da medici, ricadono in un ambito di miglioramento della qualità della vita contiguo all'area del *health care* ma non esattamente sovrapponibile. Pensiamo ad esempio alle patologie legate alle cefalee, al mal di schiena, nonché ai disturbi legati alla dismenorrea o alla menopausa, che pur non essendo di per sé gravi rischiano di diventare almeno temporaneamente invalidanti, in non pochi casi con conseguenze negative sull'attività lavorativa e sociale di chi ne soffre.

Area Wellness 2 - Professionisti area psicologico-sociale. Rientrano in quest'ambito le MNC che possono essere utilizzate da professionisti non necessariamente appartenenti all'area medica, ma che operano in ambito psicologico o sociale (ad esempio psicologi, pedagoghi/insegnanti di sostegno per disabili o portatori di disagio sociale, educatori, ecc.). Nell'ambito del loro stesso intervento professionale, possono decidere di utilizzare alcune MNC che li aiutino ad ottenere risultati di guarigione psicologica-integrazione sociale. Si tratta solitamente di terapie differenti da quelle citate nelle aree precedenti. Tra le altre, possono rientrare in questa categoria l'ipnosi e le artiterapie (ad esempio la musicoterapia, utilizzata come strumento di interazione/comunicazione per portatori di disagio/disabilità psichica e sociale, e lo psicodramma, non di rado utilizzato come uno degli strumenti per la psicoterapia di gruppo).

Area Wellness 3 - Operatori generici. Rientrano in quest'area le terapie/MNC che non richiedono particolari riconoscimenti istituzionali (iscrizione ad albi professionali,

ecc.) per essere praticate, né di professionalità specifiche a cui sia consentito in modo esclusivo di praticarle. Si trovano dunque in questa categoria le MNC che possono essere praticate anche da operatori non medici (es. pranoterapia, chinesiologia, iridologia, linfodrenaggio, ecc.). Le terapie che rientrano in quest'ambito non sono particolarmente invasive e fanno perlopiù riferimento ad applicazioni per patologie lievi se non addirittura per la prevenzione del manifestarsi della patologia. Esse possono produrre un impatto positivo su chi ne beneficia, in termini di miglioramento della qualità della vita, purché non si sconfini in ambiti che richiedono l'intervento medico. Si tratta di un'ampia area non regolamentata di trattamenti che per lo più richiedono l'intervento da parte di un operatore esterno.

Area Wellness 4 - Autocura. Rientrano in quest'ambito le terapie/discipline che non richiedono necessariamente l'intervento di un operatore esterno per essere praticate, ma che rientrano perlopiù nella tipologia dell'autocura. Ad esempio, possono rientrare in questa tipologia Yoga, Tai Chi Chuan, Qi Gong, meditazione, ecc. e l'utilizzo di prodotti naturali che non presentano effetti collaterali, né controindicazioni (ad esempio aromaterapia, floriterapia di Bach, ecc.). Le MNC che afferiscono a questa tipologia possono essere utilizzate/praticate su suggerimento di un medico, come possono essere frutto di una libera scelta del fruitore che in quest'area del *wellness* può orientare le proprie scelte in base a un'autodiagnosi dei propri bisogni di benessere. Per quanto riguarda soprattutto le tecniche corporee, la fruizione avviene solitamente in seguito alla frequenza di corsi di formazione circoscritti nel tempo. A monte di queste tecniche stanno peraltro veri e propri sistemi filosofici (perlopiù orientali), che possono costituire degli approfondimenti teorici accanto alla pratica, come possono essere parte integrante dei corsi.

La classificazione sopra esposta vede convergere alcuni ordini di variabili che, secondo la loro intersezione, portano all'individuazione delle differenti categorie delle MNC. Le principali sono:

– la natura di MNC utilizzata in base a: invasività, necessità di assunzione di farmaci

o prodotti naturali che potrebbero entrare in conflitto con le terapie convenzionali, alternative sperimentale rispetto ai protocolli scientifici;

– l'applicazione della MNC: patologie gravi (alternatività vs. complementarietà), patologie lievi, prevenzione, ecc.;

– gli operatori deputati a praticarle: medici/non medici, altri professionisti, operatori generici, autocura, ecc.

Al momento non esiste una classificazione delle MNC ufficialmente riconosciuta, in quanto l'assetto istituzionale del settore non è ancora pienamente definito, se non per il fatto che alcune terapie sono state riconosciute come atto medico dalla Federazione nazionale dell'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri (FNOMCeO). La classificazione proposta indaga i «nervi scoperti» del settore, ovvero consente di individuare alcuni dei problemi strutturali che il settore delle MNC si sta trovando ad affrontare.

2. Problemi che attraversano il settore

2.1. Le professionalità delle MNC

Una delle problematiche più sentite in materia di MNC riguarda l'eterogeneità e la complessità di temi che coinvolgono le professionalità del settore. Non si intende in questa sede esaurire la problematica, che proprio per la sua complessità meriterebbe una ricerca a sé stante, ma si intende arrivare all'individuazione delle principali tematiche in materia, spesso intrecciate tra loro:

– la legittimazione alla pratica delle MNC;

– la formazione dei professionisti;

– l'istituzione di nuovi ordini professionali/albi di professionisti.

Questi temi sono attraversati dalla questione della distinzione tra le terapie praticabili solo da personale medico, da quelle praticabili anche da operatori non medici. A livello nazionale è intervenuta la FNOMCeO, che da un lato ha individuato nove MNC come di esclusiva competenza medica, ma che non ha d'altra parte individuato la necessità di particolari percorsi formativi per i medici che in-

tendono praticare le stesse MNC. I principali criteri di selezione delle MNC «mediche» a cui sembra far riferimento la delibera della FNOMCeO riguardano la possibile invasività prevista da alcune terapie e l'esclusiva competenza del medico in materia diagnostica. Una parte dei medici ritiene ridondante l'ipotesi di istituire nuovi albi professionali, mentre in molti pensano che potrebbe essere molto agevole avere informazioni corrette e complete relativamente a strutture e percorsi formativi qualificati, ai fini di facilitare l'aggiornamento professionale anche nell'ambito delle MNC. Potrebbe essere utile a questo proposito prevedere dei meccanismi di accreditamento delle strutture formative del settore in base a standard, ancora in buona parte da studiare, relativi sia alla struttura dei percorsi formativi, sia a competenze/titoli che si prevede debba avere il personale docente.

Si scontrano, a questo proposito, diverse correnti: accanto ai professionisti che hanno interesse a trovare interlocutori qualificati per il loro aggiornamento, ve ne sono molti che hanno già frequentato corsi di aggiornamento e che vivono una fase di incertezza perché non sanno se i loro corsi ricadranno o meno tra quelli riconosciuti/accreditati; si aggiunge a questo la forte pressione che stanno esercitando le federazioni e le associazioni professionali/di categoria insieme alle scuole di MNC che vantano una maggior tradizione nel nostro Paese. Esse si stanno muovendo per favorire il processo di riconoscimento di alcuni percorsi professionalizzanti e di alcuni soggetti formatori e soprattutto per escludere dalla legittimità alla pratica coloro che, pur essendo medici, non abbiano un'adeguata formazione specialistica in materia di MNC. È anche a questo fine che le stesse insistono anche per l'istituzione di nuovi albi professionali, che automaticamente escluderebbero dalla pratica coloro che non hanno i «titoli» per iscriversi. Resta il fatto che al momento non sono riconosciuti percorsi formativi che legittimino o meno gli operatori a praticare le MNC, né una legge che regolamenti il settore e che, pertanto, chiunque abbia anche un attestato corrispondente a un corso molto breve e poco approfondito possa fare proprio il titolo di «esperto».

La questione si complica se si considera l'opportunità o meno che le MNC vengano

praticate da operatori non medici. Non essendoci una regolazione istituzionale della questione non è fatto esplicito divieto agli operatori non medici di praticare le MNC. Anche per questo, forse, si nota solo una parziale pressione da parte degli operatori non medici all'istituzionalizzazione di nuove figure professionali, in quanto avvertono il rischio che alla regolamentazione corrisponda una chiusura proprio nei loro confronti. Se ci si confronta col resto d'Europa si nota che in Inghilterra e in Irlanda, ad esempio, alcune MNC come l'agopuntura e l'omeopatia, che in Italia rientrano tra le nove riconosciute dalle FNOMCeO come atto medico, sono praticabili anche da non medici. Ben diversa è la situazione della naturopatia: in Germania la figura professionale dell'*Heilpraktiker* è ufficialmente riconosciuta ed è ben distinta dalla figura del medico; in Italia e in molti altri Paesi d'Europa non esiste nessun riconoscimento ufficiale per i praticanti di questo insieme di terapie. Molto raramente i naturopati sono anche medici e, per non scontrarsi con la medicina ufficiale e con i praticanti medici delle MNC, tendono a concentrarsi perlopiù sulla prevenzione e sull'educazione al benessere che non sulla cura di patologie, collocandosi più sul versante socio-educativo che su quello sanitario. (Colombo, Rebughini, 2003, p. 262).

Come si osserva nella classificazione proposta nel paragrafo precedente, possono rientrare tra le MNC anche discipline che non intendono in nessun modo agire su patologie, ma che hanno come principale intento quello di favorire un corretto sviluppo della relazione corpo-mente-spirito. Tra esse ad esempio yoga, meditazione e altre discipline che poco hanno a che fare, per definizione, col sistema medico-sanitario propriamente detto. Sembra plausibile ipotizzare in questi casi anche l'intervento di operatori non medici.

2.2. Efficacia e nuovi paradigmi

Uno degli aspetti di maggior criticità del settore si riferisce all'efficacia delle terapie e alla dimostrabilità della stessa su base scientifica. Non si intende in questa sede entrare nello specifico di quali criteri di sperimentazione possano o debbano essere applicati alle singole discipline affinché queste possano ottenere un riconoscimento a livello

di *Evidence Based Medicine* (EBM), né se sia lecito o meno considerare l'EBM come l'altare ultimo della scienza¹. Si evidenzia tuttavia il problema della validazione in un ambito che vede in questo momento un dibattito aperto tra:

- chi sostiene il modello scientifico tradizionale dell'EBM e fa pressione sugli operatori delle MNC affinché anche in quest'ambito vengano individuati e testati dei protocolli secondo gli stessi criteri applicati all'universo della medicina ufficiale. Questa posizione affonda le sue radici nel pensiero epistemologico che, in ambito medico, vede la sua applicazione più concreta nello strumento del «doppio cieco» (Brianese, 1988);
- gli operatori delle MNC che da un lato sanno di dover sottoporre le loro terapie a *clinical trial* per non vedersi esclusi dall'ambito scientifico, ma che d'altra parte denunciano l'inadeguatezza dello strumento del doppio cieco alla validazione delle loro teorie.

A tutto questo è sotteso il modello occidentale di scienza, che trova la sua teorizzazione nel «paradigma scientifico» di derivazione neopositivista ed epistemologico-popperiano. (Popper, 1970). È necessario a questo proposito individuare le principali posizioni teoriche di riferimento che, da un lato costituiscono le fondamenta del paradigma scientifico vigente, e dall'altro lato contengono i semi dell'affermarsi del concetto stesso di evoluzione scientifica, che per definizione minaccia alla base qualsiasi paradigma vigente. In questa breve panoramica, che non intende essere esaustiva sul tema, in quanto presupporrebbe un approfondito studio di filosofia della scienza che facilmente sconfinerebbe nella gnoseologia e nell'ermeneutica, ci si limita a mettere in evidenza le principali criticità che emergono dal dibattito tra MNC e mondo scientifico relativamente alla validazione delle teorie e alla valutazione dell'efficacia delle terapie non convenzionali stesse.

Appare ormai superata da tempo l'affermazione di Wittgenstein secondo cui una «proposizione intorno alla realtà ha senso solo se esiste la possibilità di accertare se essa è verificabile o falsificabile dall'esperienza» (Severino, 1986). Con questa affermazione

il neopositivismo intendeva togliere ogni significato a tutte le proposizioni che sono al di là della realtà empiricamente verificabile. Karl Popper mette ampiamente in evidenza i limiti del verificazionismo e proprio sulla linea di demarcazione della falsificabilità di un'affermazione pone il crinale tra la scienza e il dogma. La ricerca empirica procede, secondo Popper, per congetture e confutazioni, cercando di individuare teorie che siano sempre più adeguate alla descrizione della realtà e alla predizione di fenomeni futuri. L'epistemologia popperiana intende separare in modo chiaro l'ambito linguistico caratteristico delle scienze da quello caratteristico delle altre forme di sapere, ma non intende svalutare le affermazioni che ancora non hanno le caratteristiche per entrare a pieno titolo nel novero delle scienze e nella *Logica della Scoperta Scientifica* egli arriva ad affermare: «Non possiamo mai essere certi dell'inutilità o dell'irrelevanza scientifica di una teoria nemmeno se ci sembra di non riuscire ad individuare dei metodi di discussione critica della teoria stessa. Una teoria che attualmente sembra non essere scientifica potrebbe rivelarsi utile allo sviluppo successivo della scienza quando non addirittura diventare una teoria scientifica, cioè empiricamente falsificabile.» (Popper, 1970). L'esempio che Popper porta a supporto della sua teoria è quello dell'atomismo greco. Può essere esteso questo ragionamento ai presupposti teorici della medicina tradizionale cinese, dell'omeopatia o delle altre MNC? Se a livello teorico la soluzione sembra a portata di mano, a livello pratico ci si scontra con non poche difficoltà. Innanzitutto molti sistemi medicali non convenzionali si sono sviluppati di recente. In altri casi si sono affacciate in Occidente medicine derivanti da culture che, per quanto millenarie, non hanno mai conosciuto il neopositivismo e che, pertanto, non si sono trovate in precedenza nella condizione di dover separare al loro interno le affermazioni «scientifiche» nel senso occidentale del termine, da quelle che il mondo scientifico occidentale definisce dogmatico-filosofiche.

Occorre però aggiungere un elemento al ragionamento: ci troviamo ai giorni nostri in presenza di un paradigma scientifico vigente che cerca la sua stessa confutazione, come sembra voler suggerire Popper? Viene in aiuto a questo proposito Khun, uno

dei più importanti protagonisti del dibattito epistemologico post-popperiano. Nel suo scritto «La struttura delle rivoluzioni scientifiche» mette in evidenza come le nuove teorie scientifiche non sorgono né grazie a un processo di verifica né grazie a un processo di falsificazione di alcune posizioni teoriche di base ma dalla sostituzione del modello esplicativo vigente (paradigma) con uno nuovo. In questo senso parla di rivoluzione scientifica e di episodi di sviluppo non cumulativi, nei quali un vecchio paradigma è sostituito completamente o in parte da uno nuovo incompatibile con quello precedente. Khun individua nella storia un alternarsi di fasi di ricerca normale e di ricerca straordinaria. Egli afferma che nelle fasi di ricerca normale gli scienziati operano all'interno di un paradigma che intendono difendere e mantenere in vita in tutti i modi. In questa fase l'attività di ricerca è rivolta più che al rinvenimento di falsificazioni del paradigma, alla soluzione di problemi specifici sollevati dal paradigma stesso ed è esclusa la messa in discussione della struttura portante del paradigma stesso. La teoria del falsificazionismo di Popper, secondo Khun, è applicabile solo nei momenti di ricerca straordinaria, ovvero durante le rivoluzioni scientifiche.

Seguendo il ragionamento di Khun sembrerebbe che il paradigma olistico, che si sta affermando sulle basi teoriche già evidenziate, si trovi nella delicata posizione di mettere in discussione il paradigma scientifico vigente, pur non avendo ancora individuato un suo criterio forte di validazione delle teorie. Risulta particolarmente complesso comprendere l'essenza del fenomeno. Sembra evidente che scienza e MNC si pongono interrogativi nuovi a vicenda. Questo potrebbe portare a una separazione dei due mondi nel senso dell'esclusione delle MNC dalla scienza e dall'altra parte potrebbe generare una vera e propria rivoluzione scientifica che porti all'affermazione di un nuovo paradigma che vada a sostituire quello oggi dominante. Al momento entrambe le traiettorie di sviluppo sembrano piuttosto improbabili. Pur non essendo possibile al momento vedere con chiarezza la direzione che prenderà l'evoluzione scientifica, sembra lecito ipotizzare un ampliamento del paradigma scientifico vigente che tenga conto delle specificità di teorie e di metodi che caratterizzano le MNC. Perché

questo avvenga occorre tuttavia che gli operatori delle MNC riescano a fare chiarezza in una materia che è al momento molto in movimento.

In questa zona grigia, le più importanti MNC si stanno sottoponendo a sperimentazioni condotte attraverso studi randomizzati e controllati. Esse riguardano soprattutto l'agopuntura, che compare con una certa insistenza nella letteratura scientifica internazionale, poiché è stata oggetto di un rilevante numero di studi clinici riferiti all'applicazione dell'agopuntura in patologie che fanno riferimento alle varie branche specialistiche che compongono la medicina moderna. Al maggio 2004 i lavori pubblicati sull'agopuntura nelle riviste censite da Medline sono stati 8792, di questi 7112 riguardano lavori sull'uomo e 1680 lavori sperimentali sull'animale. La ricerca sta interessando sia i meccanismi di base evocati dalla stimolazione del punto di agopuntura che la verifica, secondo i criteri dell'EBM, dei risultati positivi riportati dai medici agopuntori nella loro pratica quotidiana (FISA, 2000, p. 149)².

Un ruolo importante ha avuto a questo proposito il National Institute of Health (NIS) statunitense, che ha finanziato numerosi progetti di ricerca sull'agopuntura. Uno dei maggiori contributi offerti dal NIS, attraverso l'*Office of Alternative Medicine* e l'*Office of Medical Applications of Research*, è stato di organizzare una conferenza per valutare i dati scientifici e medici sugli impieghi, i rischi e i benefici delle procedure agopunturali in una vasta gamma di condizioni. Nell'ambito della conferenza, un comitato di esperti ha valutato le dimostrazioni scientifiche, arrivando alle conclusioni che:

- secondo le regole contemporanee della ricerca risultano essere numericamente pochi gli studi di alta qualità che accertino l'efficacia dell'agopuntura, secondo strumenti e protocolli standardizzati che possono condurre a vere e proprie analisi statistiche;

- esistono, d'altra parte, studi ritenuti validi che dimostrano effetti positivi dell'agopuntura sul dolore;

- nella maggior parte dei casi nemmeno le pratiche mediche convenzionali si basano su una solida base sperimentale;

- i dati a sostegno dell'agopuntura risultano solidi quanto quelli esistenti per molte

delle terapie mediche occidentali largamente accettate;

– le difficoltà ad accettare le terapie non convenzionali sono perlopiù legate al fatto che il trattamento si basa su teorie poco familiari per la medicina occidentale.

2.3. Il livello di consenso delle MNC

Al di là delle questioni più strettamente connesse alla verificabilità dell'efficacia delle terapie che rientrano nell'ambito delle MNC, un tema molto «vivace» in questa fase storica è quello del discontinuo livello di consenso di cui esse godono in Italia. Si richiama a questo proposito il recente parere del Comitato nazionale di bioetica (CNB)³, che esclude l'impiego di MNC per malattie gravi se non dopo che siano stati proposti i rimedi di «comprovata efficacia». Il documento prevede inoltre che le MNC possano essere prescritte per disturbi lievi o in caso di gravi controindicazioni all'impiego della medicina scientifica o ancora in seguito al rifiuto espresso dal paziente adeguatamente informato di ricevere cure scientifiche. In questo caso le MNC sarebbero totalmente a carico del paziente, non rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale. Data l'impossibilità, inoltre, di ottenere un consenso informato da minori o incapaci, il parere del CNB esclude a priori l'uso delle MNC per questi pazienti, tranne che per patologie molto lievi, destinate a guarire da sole. Non mancano reazioni accese da parte dei fautori delle MNC, che considerano queste indicazioni incoerenti, considerando come i minori non abbiano modo di prestare il loro consenso nemmeno per i farmaci ufficiali dagli esiti dannosi⁴.

Una prospettiva di nuova apertura nei confronti delle MNC, e in particolare della Medicina tradizionale cinese, sembra derivare dalla firma dell'accordo avvenuto tra l'ex ministro Sirchia e il governo di Pechino per l'introduzione della MTC in Italia.

Di certo lo stesso mondo scientifico si è visto costretto, negli ultimi anni a «fare i conti» con la necessità di ripensare alcune assunzioni considerate scontate, non fosse altro che in considerazione del fatto che il libero mercato ha garantito una pluralizzazione e democratizzazione delle scelte del paziente, che ha portato all'emergere di approcci alter-

nativi o complementari. Tutto ciò pone la domanda di chi sia deputato a tutelare la «salute pubblica» e a «prendere decisioni» in questo settore. È giusto che a scegliere quale tipo di cura sia più adeguato per una patologia specifica sia il medico, oppure il paziente-cliente? La scelta a esclusivo appannaggio del paziente richiede, a monte, la reale esistenza delle possibilità di scelta. Questo divide i pazienti in due universi: coloro che possiedono l'effettiva capacità e possibilità, economica e culturale, di decidere tra opzioni differenziate e coloro che, mancando di tali risorse, non sono nelle condizioni di poter scegliere consapevolmente (Colombo, Rebughini, 2003, p. 70).

Questo, oltre a porre la già accennata questione del rinnovato ruolo dell'esperto nei confronti del cittadino, porta anche a una rivisitazione profonda del ruolo che potrebbe avere in questo rinnovato contesto lo stesso medico di medicina generale, negli ultimi decenni trasformato dalla tendenza alla specializzazione e allo sviluppo tecnologico in «medico generico», con funzione a tratti burocratica e incapace di risposte dirette (Colombo, Rebughini, 2003, p. 61)⁵. Ora il medico di medicina generale potrebbe tornare a essere colui che è capace di guardare alla persona nella sua totalità e di fornire una prima rosa di informazioni e di possibilità di scelta ai suoi pazienti. Questo sarebbe, d'altronde, particolarmente coerente con quanto disposto dalla Costituzione della Repubblica italiana⁶, che stabilisce che «la scelta della cura non può prescindere dall'importanza del consenso e dell'informazione, che costituiscono due momenti inscindibili, in quanto la giustificazione dell'atto medico è integrata dalla libera decisione del paziente di maturare la propria convinzione a fornire o meno il consenso al trattamento medico chirurgico proposto». Ancora la Costituzione afferma che: «Al paziente deve essere garantita la libertà delle scelte terapeutiche». Il malato, adeguatamente informato dal medico curante sarà posto in grado di discernere il tipo di cura più appropriato al suo caso specifico, convenzionale o non convenzionale.

Al di là delle posizioni che ogni lettore potrebbe essere più o meno portato ad assumere in materia, resta il fatto che il tema è «caldo» e che gli attori sociali, economici e istituzionali sono chiamati sempre più insi-

stentamente a formulare strategie, politiche, ecc. o semplicemente a definire una propria posizione in materia, non priva di considerazioni etiche. Alla complessità scientifica ed istituzionale si affianca la crescente pressione della domanda di MNC. Si richiamano a questo proposito alcuni dati relativi alle dimensioni della domanda e dell'offerta di MNC a livello nazionale e internazionale.

3. Richiamo ai fenomeni di domanda e consumi

Osservando alcuni dati raccolti a livello nazionale e internazionale sia sul versante della domanda che dei consumi di MNC si nota che:

– a livello internazionale, sul versante della domanda di MNC l'Organizzazione mondiale della sanità riferisce che oltre il 48% della popolazione australiana, il 75% dei francesi, il 70% dei canadesi, il 42% degli statunitensi, il 38% dei belgi ricorre alla medicina complementare almeno una volta all'anno; in Gran Bretagna almeno il 40% dei medici di medicina generale prescrive farmaci e tecniche terapeutiche di MNC; in Olanda oltre il 47% dei professionisti utilizza le MNC e oltre il 90% degli stessi invia di tanto in tanto i propri pazienti da colleghi che le utilizzano (WHO, 2001);

– a livello nazionale i dati disponibili sulla domanda riportano dimensioni del fenomeno talvolta molto differenti tra loro. Una delle fonti maggiormente attendibili sembra essere quella dell'Indagine multiscopo condotta dall'Istat per conto dell'Istituto superiore di sanità, sia per il rigore metodologico evidenziato nella composizione del campione, sia perché relativamente recente (2001). Dai risultati dell'Indagine emerge che il 15,5% degli italiani ha fatto ricorso nei tre anni precedenti ad almeno una terapia non convenzionale. Un'altra fonte disponibile è la ricerca che è stata condotta nel 2003 dall'Abacus su un campione di 1000 persone (ABACUS, 2003). Essa riferisce che il 30% degli italiani fa ricorso in modo non saltuario alle MNC, il 67% del campione ritiene che le MNC siano valide ed efficaci, contro il solo 7% che ritiene che siano inutili o dannose. È subito evidente una forchetta di opinione tra ciò che emerge dai dati dell'Istat e quanto viene evi-

denziato dai risultati dell'Abacus. In parte la discrepanza può essere giustificata col *trend* di crescita che ha caratterizzato negli ultimi anni il settore. Le differenze, tuttavia, potrebbero in parte essere dovute alla differente costruzione del campione o a una diversa identificazione dell'oggetto dell'indagine. Proprio la complessità di definizione del settore rischia, infatti, di offuscare la confrontabilità dei dati. Resta il fatto che, ai fini della ricerca, i dati più prudenti di diffusione delle MNC sono già più che sufficienti a mostrare la rilevanza del tema;

– sul versante dei consumi, a livello internazionale si osserva che, il valore del mercato delle MNC nel mondo è superiore a 60 miliardi di dollari, di cui 3,15 miliardi di euro in Europa. Da alcune proiezioni dell'OMS emerge che, se verrà confermato il trend di crescita attualmente in atto, nel 2050 il valore complessivo raggiungerà i 600 miliardi di dollari. A livello europeo la spesa maggiore è attribuibile alla Germania col 47% della spesa europea. Segue la Francia col 27%. La vendita di medicinali omeopatici nel mondo rappresenta più di un miliardo di euro (1.200 milioni), che equivale a circa lo 0,5% di tutto il mercato farmaceutico. Circa il 70% di questa attività (774,6 milioni di euro), si colloca in Europa, con una buona concentrazione in Francia (230 milioni di euro) e in Germania, a testimonianza della forte tradizione omeopatica di questi Paesi (WHO, 2002);

– a livello nazionale la spesa ammonta al 6% della spesa europea, che corrisponde a circa 500 milioni di euro, con più di 400 aziende produttrici, importatrici, distributrici di prodotti/rimedi naturali, 4.300 punti vendita, 20.000 lavoratori tra industria diretta e indotto (WHO, 2002). La spesa italiana per i soli prodotti omeopatici è stata nel 2000 di 122,5 milioni di euro (0,6% del mercato farmaceutico), cresciuta nel 2001 a 133,9 milioni di euro, che corrisponde a una crescita della spesa del 14,2% (ARST, 2003).

4. Le politiche delle regioni italiane: le macro tendenze osservate

La ricerca condotta dalla SDA Bocconi si è concentrata sulle politiche sanitarie delle Regioni d'Italia in materia di MNC. Dopo aver osservato i Piani sanitari regionali e in generale la presenza di MNC nei diversi

territori, sono state individuate alcune macro-tendenze che acquisiscono connotazioni specifiche e quasi «esemplari» nei diversi contesti regionali, pur partendo da una comune sensibilità al tema. In questo senso, alcune delle esperienze regionali che sono state valutate come più significative sono le seguenti:

1) l'esperienza della Regione Lombardia, che si è posta la priorità di effettuare valutazioni sull'efficacia delle terapie, collaborando alla definizione di criteri e protocolli con l'OMS. L'attivazione di servizi presso strutture sanitarie pubbliche è pertanto strettamente collegata ai processi di sperimentazione delle terapie stesse;

2) l'esperienza della Regione Toscana, che ha incluso per la terza volta nel Psr (2005-2007) le MNC. La priorità mostrata dalla Regione Toscana ha riguardato il mantenimento dei servizi di MNC presso le strutture sanitarie pubbliche anche dopo l'esclusione dai LEA nazionali, per quanto non si sia trattato dell'unica priorità individuata: anche la Regione Toscana sta procedendo ad effettuare sperimentazioni volte alla valutazione dell'efficacia delle terapie e ha in questi anni effettuato interessanti ricerche di mappatura del settore sul territorio;

3) sul tema delle professionalità, con una focalizzazione sulla formazione continua, si pone la Regione Umbria, che ha istituito un corso di medicina integrata per il personale delle Asl e sta ragionando nei termini di una concreta integrazione tra medicina convenzionale e MNC.

4.1. La valutazione dell'efficacia: l'esperienza della Regione Lombardia

Presentazione dell'esperienza

La prospettiva da cui muove la Regione Lombardia in materia di Medicina complementare (così ufficialmente definita in Lombardia) è ben espressa dal Piano socio-sanitario regionale 2002-2004: «Libertà e innovazione al servizio della salute», che individua nella valutazione dell'efficacia delle terapie la priorità regionale⁷. Al fine di arrivare a una dimostrazione «incontrovertibile» della validità scientifica di alcune terapie, escludendo quelle a esito negativo,

la Regione Lombardia ha avviato una collaborazione con l'OMS per la definizione di criteri e parametri di osservazione delle terapie stesse. È stata avvertita come prioritaria a livello «politico» la legittimazione delle terapie, quasi a voler preparare delle «fondamenta scientifiche» per la definizione delle politiche sanitarie in materia. Il paragrafo del Psr dedicato alla Medicina complementare traccia un possibile sviluppo che essa potrà avere a livello regionale e nazionale, sulla base della validazione scientifica che potrà derivare dal lavoro che attualmente la Regione Lombardia sta implementando. L'avvio dell'iniziativa regionale risale al 2000, quando attraverso una Delibera specifica (delibera 48041/febbraio 2000) si richiedeva ai medici e agli operatori delle MNC di proporre studi osservazionali con lo scopo di una valutazione preliminare degli effetti di interventi di MNC su specifiche patologie.

Il principale obiettivo espresso dalla Regione Lombardia attraverso il Psr è di governare il processo di integrazione tra la medicina convenzionale e quella non convenzionale. L'integrazione nel sistema sanitario regionale è considerata possibile e inappellabile se realizzata su base scientifica. Dopo le valutazioni preliminari, infatti, l'obiettivo regionale è di realizzare veri e propri *clinical trial* per le terapie che hanno avuto risposta positiva in sede di valutazione preliminare, così da arrivare, dove possibile, a evidenza scientifica (**tabella 2**).

Tra gli ulteriori obiettivi che la Regione Lombardia si sta ponendo in materia di MNC si evidenziano:

– la promozione di un uso consapevole delle MNC da parte dei consumatori e dell'esercizio corretto delle terapie di MNC da parte degli operatori;

– la revisione e l'analisi «dell'evidence based» sulle MNC (in particolare sull'omeopatia);

– lo sviluppo di linee guida per la formazione di base in materia di MNC⁸;

– la promozione della qualità e della sicurezza dei prodotti medicinali erboristici, inclusi i prodotti omeopatici⁹ e lo sviluppo di linee guida per promuovere il controllo della qualità dei prodotti omeopatici.

Tabella 2

Si possono individuare tre tappe principali del percorso intrapreso negli ultimi anni dalla Regione Lombardia in materia di MNC:

1. la prima tappa risale al 2000(1) e aveva come obiettivo principale di verificare le eventuali potenzialità terapeutiche delle varie MNC, raccogliendo documentazioni, orientamenti e proposte utili per censire il settore. Le azioni specifiche che sono state implementate sono consistite nel monitorare le esperienze di MNC tramite studi osservazionali per valutare, a livello preliminare, gli effetti di interventi di medicina complementare su specifiche patologie. Il principale risultato ottenuto da questa operazione è consistito in una risposta costituita da 132 proposte di studi osservazionali da parte degli operatori. Il Comitato Tecnico Scientifico per la Medicina Complementare della Regione Lombardia(2), istituito col compito di controllare l'evoluzione degli studi e di valutare i risultati, ne ha approvate 99. Sono stati portati a termine 42 dei 99 progetti approvati. I risultati e i percorsi dei 42 progetti sono stati a loro volta sottoposti a presentazione, discussione e approvazione;
2. in secondo luogo le MNC sono state inserite nel PSR (2002-2004), tra i progetti innovativi. Il principale obiettivo, in questa fase è di governare il processo di integrazione tra la medicina convenzionale e quella non convenzionale. L'idea, infatti è di passare dagli studi osservazionali per le osservazioni preliminari a una fase di sperimentazione clinica dei rimedi che si sono manifestati maggiormente interessanti per efficacia terapeutica con la prospettiva di un vantaggioso rapporto economico rispetto a trattamenti convenzionali. La Regione Lombardia ha ipotizzato anche lo sviluppo delle MNC nel settore della cronicità, con particolare riferimento ai disabili e alla popolazione anziana. Le principali azioni a supporto di questa fase dei lavori consistono in: stimare la domanda espressa di medicina complementare; censire i servizi di medicina complementare operanti nel territorio lombardo; definire percorsi formativi e problematiche deontologiche riguardanti gli operatori che erogano prestazioni di MNC; studiare l'opportunità di promozione e di istituzione di albi professionali di MNC, distinti per profili e competenze professionali; elaborare un nomenclatore tariffario delle prestazioni; elaborare linee e modalità di informazione rivolte all'utenza; esaminare l'opportunità di iniziative sperimentali di collaborazione tra servizi di MNC e strutture pubbliche e private accreditate; censire e monitorare le scuole e i centri di formazione esistenti sul territorio; contribuire alla formulazione delle proposte della Regione Lombardia al fine di promuovere iniziative legislative, a livello nazionale, per il riconoscimento delle MNC;
3. la terza tappa del percorso è partita nel 2003 e si prevede che arriverà a conclusione entro il 2006(3). Nel 2003 è stato siglato un accordo con l'OMS per un programma quadriennale di collaborazione sulla valutazione e sull'utilizzo delle MNC. I principali obiettivi dell'accordo sono: creare una base di evidenze più solida sulla sicurezza, l'efficacia e la qualità dei prodotti e delle pratiche di MNC; promuovere l'utilizzo appropriato dal punto di vista terapeutico da parte di operatori e consumatori. Le principali azioni specifiche previste dall'accordo sono: proseguimento degli studi osservazionali; promozione dell'avvio di studi clinici e di ricerche e sperimentazioni cliniche nell'ambito della MNC; avvio di un piano quadriennale per un uso efficace e sicuro della MNC vista come risorsa diagnostica-terapeutica importante.

Coerentemente con la terza fase dei lavori, la Regione Lombardia si è impegnata a collaborare con l'OMS negli ambiti della promozione della sicurezza, qualità ed efficacia della MNC e dell'utilizzo appropriato della stessa da parte di consumatori e operatori, al fine di tutelare la salute dei cittadini e fornire agli stessi metodiche efficaci e sicure. La Regione si è posta lo scopo di definire, per mezzo di Linee Guida dirette sia al personale medico che agli utenti, gli ambiti di sicurezza in cui terapie e prodotti di MNC possono essere utilizzate, oltre ad individuare percorsi formativi per gli operatori che svolgono tali attività(4).

(1) Del. GR n. VI/48041 del 4 febbraio 2000.

(2) Il Comitato è presieduto dal Prof. Piergiorgio Spaggiari, Direttore Generale dell'A.O. di Valtellina e Valchiavenna.

(3) DRG VII/13235 del 9 giugno 2003.

(4) È stato siglato il 15 luglio 2003 un Memorandum d'Intesa tra: Regione Lombardia, DG Sanità e DG famiglia e Solidarietà Sociale e OMS, Traditional Medicine Team.

4.2. La garanzia dell'equità: l'esperienza della Regione Toscana

Presentazione dell'esperienza

Il Piano Sanitario della Regione Toscana 2005-2007 vede al suo interno per il terzo triennio consecutivo un capitolo sulle MNC. Anche l'ultimo Psr, in linea con quelli precedenti, riconferma la decisa intenzione di portare a un'integrazione sempre più concreta le MNC nel Sistema sanitario regionale. Nel Psr si circoscrive l'ambito di riferimento delle MNC ufficialmente riconosciute alle sole terapie che la Regione stessa ritiene che presentino un sufficiente livello di evidenza scientifica, ovvero: agopuntura, fitoterapia, omeopatia e medicina manuale¹⁰. Ciò che caratterizza più fortemente il Psr toscano è l'introduzione delle quattro terapie sopra identificate nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) regionali e l'introduzione di un Nomenclatore tariffario in materia. All'esclusione pressoché totale delle MNC dai LEA nazionali¹¹, la Regione Toscana ha disposto che continuassero ad essere erogate alcune prestazioni specifiche riferibili alle MNC a fronte del pagamento di un ticket regionale¹².

Un altro importante tassello che identifica la posizione della Regione Toscana in materia di MNC è l'attivazione di numerosi servizi (circa 60) di MNC presso le Asl del territorio (prevalentemente agopuntura, omeopatia, fitoterapia). La politica della Regione si è mossa, negli ultimi 10/15 anni, nella direzione del potenziamento dell'offerta pubblica di prestazioni. Si ricorda a questo proposito che circa il 50% degli attuali ambulatori pubblici operanti in Italia risiede sul territorio toscano, con buona probabilità proprio per il favorevole contesto istituzionale all'inserimento di questi servizi.

È stata così garantita la copertura attraverso il Sistema sanitario regionale delle prestazioni di agopuntura e moxibustione¹³ e l'erogazione delle altre MNC nell'ambito di progetti finalizzati o a seguito del pagamento di tariffe concorrenziali con il mercato privato.

Da una ricerca condotta nel 2001 dall'Agenzia regionale di sanità, in Toscana emerge a questo proposito che:

– l'attività pubblica toscana in materia è preponderante su quella privata;

– per quanto riguarda l'ambito dell'agopuntura e la MTC sono attivi 17 presidi pubblici, che erogano l'85% delle prestazioni;

– per quanto riguarda l'omeopatia i presidi sono 10 e le ore di attività pubblica il 17%;

– in materia di fitoterapia ci sono 3 presidi e le ore di attività pubblica sono il 75% di quelle globalmente erogate sul territorio. (ARST, 2003).

La crescente offerta pubblica tende, da un lato, a calmierare i prezzi anche dei soggetti privati, d'altra parte a non favorire una reale crescita del mercato perché i prezzi a cui i privati si vedono costretti a corrispondere le prestazioni non possono competere le tariffe garantite dall'offerta pubblica. Questo sembra essere coerente con l'orientamento espresso dal Psr che dichiara apertamente che «in sanità, la caratteristica dell'orientamento al mercato e all'efficienza tende a trasformarsi nell'imposizione di modelli di consumo (...) mentre gli obiettivi di salute impallidiscono sullo sfondo. La natura stessa della domanda, sotto la spinta agguerrita dell'industria del settore, si modifica in modo non necessariamente appropriato verso soluzioni più complesse e a più alto costo, ma non necessariamente più efficaci». In risposta a questo problema, la politica sanitaria della Regione Toscana «sceglie di utilizzare gli strumenti di programmazione, al fine di orientare il sistema sanitario ad erogare prestazioni efficaci, appropriate, che rispondano a criteri di economicità, all'interno di ben identificati livelli essenziali di assistenza»¹⁴.

Tra gli altri obiettivi specifici che il Psr individua si possono citare: la volontà di arrivare all'approvazione di una legge regionale che ne disciplini l'esercizio e che istituisca albi o registri professionali tenuti dai relativi ordini professionali; l'inserimento di rappresentanti delle MNC nei gruppi di lavoro del Consiglio sanitario regionale (Csr); una concreta integrazione delle MNC nella medicina ufficiale attraverso l'introduzione delle stesse nelle linee guida regionali (nei casi in cui esse siano riconosciute efficaci come terapia sostitutiva, complementare o come alternativa accettabile per indicazioni specifiche); la promozione della conoscenza delle

MNC nei corsi di laurea dell'area sanitaria, ecc. Il Psr stabilisce uno stanziamento annuo per le MNC di circa 600 mila euro, a cui si aggiunge l'investimento specifico in termini di costi di gestione, costi del personale, ecc. fatto dalle singole Asl per garantire l'offerta presso i propri Presidi.

4.3. Azioni per una medicina integrata: l'esperienza della Regione Umbria

L'idea di fondo da cui muove l'orientamento della Regione Umbria è quella di guardare all'organismo umano nella sua complessità combinando la ricerca scientifica più avanzata con le suggestioni e le indicazioni del pensiero medico antico e non convenzionale. La medicina integrata ha la finalità di integrare al meglio conoscenze e strumenti di alcune MNC con le conoscenze e gli strumenti della medicina ufficiale, nonché, facendo leva sulle risorse della persona, di mettere in primo piano il rapporto medico-paziente. In questo senso la Regione Umbria si pone l'obiettivo di garantire ai cittadini, nell'ambito del servizio sanitario pubblico, anche alcune prestazioni MNC che presentino una provata efficacia documentata da verifica scientifica sistematica pur essendosi sviluppate all'esterno del paradigma scientifico prevalente nel mondo occidentale.

Come richiamato nella **tabella 3** di confronto tra i Psr in materia di MNC la Regione Umbria individua nel suo documento di programmazione sanitaria i seguenti obiettivi:

– la definizione di criteri organizzativi e funzionali per un «ambulatorio tipo» di medicina integrata, che operi in sintonia con la rete dei medici di medicina generale nel quadro dei servizi specialistici territoriali;

– la redazione di linee guida regionali in tema di uso appropriato dell'agopuntura;

– l'attivazione in ciascuno dei 12 distretti umbri di almeno un ambulatorio di medicina integrata attraverso personale sanitario appositamente formato;

– attività di ricerca, formazione degli operatori e informazione dei cittadini;

– la definizione di tariffe regionali per le prestazioni escluse dai Livelli essenziali di assistenza.

La Regione Umbria individua come prioritari per offrire ai propri cittadini un servizio sanitario di qualità anche in materia di medicina integrata:

– l'identificazione di un chiaro percorso per la formazione di base e l'accreditamento professionale degli operatori;

– il rispetto dei principi di efficacia, efficienza, appropriatezza, sicurezza, equità;

– il coinvolgimento degli utenti.

La Regione ha proceduto innanzitutto prendendo in considerazione gli approcci e le tecniche di intervento di più larga diffusione: agopuntura e neuralterapia, tecniche antistress e meditative, alimentazione e attività fisica, fitoterapia e omeopatia. Ha poi

Tabella 3

Si riportano a titolo esemplificativo alcune delle materie che sono comprese nel corso di specializzazione post laurea in medicina integrata che la Regione Umbria ha realizzato in collaborazione con la SIMAISS Scuola Internazionale di Medicina Avanzata e Integrata e di Scienze della Salute:

- MTC - Medicina tradizionale Cinese e agopuntura (comprese ginnastiche mediche, elementi di dietetica e fitoterapia)
- PNEI - Psiconeuroendocrinoimmunologia e Medicina Integrata
- Neuroscienze e neuralterapia
- Tecniche antistress e meditative
- Nutrizione
- Fitoterapia
- Epistemologia e Antropologia

Il percorso prevede inoltre qualche esperienza di tirocinio in ambulatori di MNC e in ambulatori di medicina integrata

censito le fonti bibliografiche operando una selezione in base alla documentabile produzione di meta-analisi, *trial* controllati e *review* sistematiche per arrivare all'individuazione di un possibile ventaglio di patologie a largo impatto, sulle quali è documentabile l'efficacia di un approccio di medicina integrata.

La Regione Umbria individua le seguenti finalità per l'attivazione di ambulatori di medicina integrata presso i propri distretti sanitari ¹⁵:

- ampliare il ventaglio degli interventi efficaci per le patologie identificate in tabella;
- ridurre gli effetti iatrogeni dei soli trattamenti su base farmacologia;
- ridurre il consumo inappropriato di farmaci, con particolare riguardo agli anziani e ai bambini;
- migliorare la autogestione della salute da parte dei cittadini;
- contribuire alla diffusione delle nuove conoscenze mediche e scientifiche tra gli operatori;
- promuovere forme di corretta informazione ai cittadini sugli ambiti applicativi e sui limiti della medicina integrata.

Per quanto riguarda l'individuazione dei professionisti da impiegare nei nascenti ambulatori di medicina integrata la considerazione della Regione Umbria muove dal fatto che manca al momento in Italia una normativa di riferimento che definisca i requisiti formativi per l'accesso ad un titolo abilitante all'esercizio delle MNC. In considerazione

di questo, la Regione Umbria ha optato per l'attivazione di un corso *ad hoc* di quattro anni, finalizzato alla formazione di alcuni professionisti medici e/o di area sanitaria (e quindi già in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale) da impiegare all'esercizio della medicina integrata presso gli ambulatori. La Regione esclude che prima dell'approvazione di una specifica normativa nazionale in merito possano essere cooptati negli ambulatori pubblici di medicina integrata professionisti che non abbiano frequentato il corso suddetto. La Regione individua in psicologi e infermieri due figure professionali che potrebbero utilmente affiancare i professionisti che operano negli ambulatori.

La Regione Umbria definisce inoltre che i cittadini possono accedere agli ambulatori di medicina integrata tramite richiesta del medico curante o di uno specialista. L'accesso alle terapie sarà mediato da una prima visita, compiuta dal medico responsabile del servizio, che valuterà la situazione clinica, gli esami già in possesso del paziente, e imposterà con lui un piano terapeutico o racconterà il paziente con altri specialisti. La Regione definisce anche le tariffe da applicare agli utenti:

- | | |
|---|-------------------------|
| – prima visita | € 16,53; |
| – visite successive | € 12,91; |
| – ticket complessivo per pacchetti di prestazioni corrispondente alla tariffa massima (tabella 4) | € 36,15 ¹⁶ . |

Tabella 4

È già operativo presso l'Asl 2 di Perugia un servizio di terapia meditativa per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. Dopo aver cercato riscontro in studi scientifici della validità dell'ipotesi e cioè che «in ragazze molto giovani con processi mentali bloccati la pratica meditativa aiuti più che la tradizionale psicoterapia ad accedere all'aspetto emozionale», le responsabili della terapia meditativa hanno introdotto la terapia, sostenendo che, avendo le ragazze una visione dicotomica della realtà, vedono se stesse grasse e tutti gli altri magri. Secondo gli studi effettuati la meditazione le aiuterebbe ad accettare la loro condizione, prestando attenzione agli eventi, alle emozioni, ai pensieri, ai comportamenti senza descrivere o giudicare un'esperienza. L'*équipe* terapeutica opera nella residenza Palazzo Francisi, gestita dalla stessa Asl, dove le ragazze rimangono dai tre ai sei mesi e seguono un percorso stabilito al quale devono attenersi per un buon risultato della terapia. La meditazione si svolge due volte alla settimana e, visti i buoni risultati, la Asl ha proposto un progetto più allargato, che coinvolge le operatrici che assistono le ragazze, aiutandole ad affrontare il lavoro libere dall'ansia e dallo stress, e i genitori delle ragazze, che in questo tipo di disturbi svolgono un ruolo fondamentale.

4.4. Il confronto tra le politiche regionali

Ciò che emerge dall'osservazione delle politiche e delle esperienze della Regione Lombardia è che l'orientamento generale da esse espresso sembra essere volto, in modo più o meno diretto alla garanzia della qualità, intesa come qualità di processi, prodotti/prestazioni, ecc. Nel Psr le Medicine complementari sono codificate come un intervento di «assistenza e cura» all'interno del capitolo dedicato ai progetti innovativi. Alcuni altri progetti identificati come innovativi all'interno del Psr sono: l'innovazione nella gestione delle risorse umane (in particolare col progetto di istituire un osservatorio per le professioni sanitarie); il sostegno alla riabilitazione (tema che sembra in assonanza con le terapie manuali); i temi della qualità e dell'accreditamento delle strutture sanitarie; l'erogazione del buono socio-sanitario per anziani e disabili; l'obiettivo di garantire integrazione sociale agli immigrati. Il Psr ha anche preso indirizzi politici precisi per quanto riguarda i Livelli essenziali di assistenza regionali e l'erogazione di *voucher*. Anche in materia di MNC potrebbe essere coerente con gli indirizzi presi dalla Regione lavorare innanzitutto sul versante dei *voucher*, soprattutto per quanto riguarda anziani e disabili, in considerazione anche del fatto che l'area della cronicità è stata individuata come una delle aree di intervento prioritarie in materia di MNC.

Quanto alla garanzia dell'offerta, volta soprattutto alla garanzia dell'equità, l'indirizzo che la Regione Lombardia sta esprimendo, in relazione anche al rapido invecchiamento della popolazione e al problema concreto che ciò pone in termini di garanzia di servizi per gli anziani e di incremento delle prestazioni, è relativo al rinnovarsi del ruolo delle Asl, che sempre più dovranno acquisire il ruolo di «garanti» per il cittadino. Questo può concretizzarsi in obiettivi di programmazione, acquisto, vigilanza e controllo delle prestazioni sociosanitarie da parte della Asl stessa, a fronte di una sempre più «spinta» esternalizzazione dei servizi. Strettamente collegato al tema dell'esternalizzazione del servizio è il problema che ciò pone in termini di definizione dei criteri e delle modalità di attivazione di un sistema di convenzionamento tra Asl e strutture private e di definizione di

fattori indicatori e standard per l'accreditamento di strutture e professionisti. La Regione Lombardia si sta già ponendo il problema per la medicina ufficiale, come dimostrato dai progetti innovativi avviati sul tema della qualità e dell'accreditamento.

Proprio in questo ambito potrebbero inserirsi le MNC. In questo quadro di regole appare più immediato pensare a un'evoluzione dell'integrazione delle MNC nel sistema sanitario più in termini di convenzionamento con strutture private, che non di erogazione diretta da parte delle Asl e delle strutture sanitarie pubbliche. Osservando la poca numerosa presenza ad oggi di servizi di MNC presso strutture pubbliche (*trend* che non sembra aumentare nel tempo), sembra in un certo senso «sproporzionato» il numero di esperienze attivate a sostegno dell'integrazione della medicina complementare. A fronte di questo, si osserva che stanno aumentando in termini quantitativi e di dimensioni le strutture private che erogano servizi di MNC molto orientate al tema dell'efficacia e della qualità (vd Clinica Olistica Lifegate), che in non pochi casi stanno portando avanti progetti di sperimentazione in collaborazione con la Regione stessa. Proprio il terreno delle sperimentazioni potrebbe essere il «campo di gioco» su cui potrebbero iniziare fruttuose collaborazioni tra pubblico e privato in materia, che potrebbero sfociare in un'offerta di servizi in una logica di *welfare mix*.

Lo sviluppo delle strategie di settore potrebbe verosimilmente consistere nella declinazione dei modelli di accreditamento alle aziende di MNC¹⁷. L'esito naturale di tutto ciò sembra essere che, una volta sperimentata l'efficacia di alcune terapie per problematiche specifiche, tali terapie potrebbero essere affiancate a quelle ufficiali ed essere erogate da strutture private accreditate (le stesse o altre che erogano prestazioni di medicina ufficiale).

La Regione Toscana sembra orientarsi più decisamente verso l'integrazione dei servizi di MNC nel Sistema sanitario regionale.

A fronte di una quantità di consumi molto simile in Regione Toscana e in Regione Lombardia (in entrambe si conta un 19% della popolazione che tra il 1999 e il 2000 ha fatto uso di MNC) (Istat, 2001), corrisponde una differenza piuttosto significativa nella natura giuridica dell'offerta che:

– in Lombardia è costituita, salvo poche eccezioni, di soggetti privati che vendono le loro prestazioni a prezzi di mercato;

– in Toscana c'è una più consistente presenza di servizi garantiti dalla sanità pubblica.

La Regione Toscana ribadisce l'importanza del sistema sanitario pubblico, favorendo concretamente la differenziazione dell'offerta capillarmente sul territorio e la nascita di presidi di MNC. Uno dei valori a cui la Regione Toscana si ispira maggiormente nel declinare il suo orientamento nelle politiche sanitarie è il principio di «universalità», secondo cui è importante che il sistema sanitario pubblico garantisca parità di accesso a tutti, indipendentemente da luogo, età, genere, etnia, religione, classe sociale, ecc.

Un esempio importante, a questo proposito, è costituito dal Centro di Medicina tradizionale cinese «Fior di Prugna», istituito in seno all'azienda Usl 10 di Firenze. Si tratta della struttura regionale di riferimento per la Medicina tradizionale cinese e nasce in un contesto logistico decentrato e in cui una buona percentuale della popolazione è di origine cinese¹⁸.

Pur non rinnegando il ruolo dell'offerta privata in materia socio – sanitaria e assisten-

ziale sul territorio toscano, la Regione Psr ribadisce l'importanza della Asl per quanto attiene alle funzioni di produzione e prescrizione delle prestazioni, al fine di garantire la tutela del cittadino, sia sul piano clinico, sia sul piano economico. In questa prospettiva l'importanza della produzione privata viene «recuperata» laddove la produzione pubblica risulti carente o più costosa di quella privata.

Accanto all'importanza delle Asl, la Regione Toscana individua il ruolo centrale di Medici di medicina generale (Mmg) e di pediatri di libera scelta che, in qualità di attori privilegiati della gestione dei servizi di base, provvedono a un reale governo della domanda in favore dell'«appropriatezza» (tabella 5).

La Regione Umbria si pone in una prospettiva di lavoro simile a quella della Toscana soprattutto per quanto riguarda l'attivazione di ambulatori pubblici con cui far fronte al fabbisogno espresso dalla domanda di MNC. L'esperienza della Regione Umbria si mostra a un tempo restrittiva e a più ampio raggio di quella Toscana poiché:

– da un lato viene circoscritta la legittimazione alla pratica della medicina integrata solo agli operatori sanitari che abbiano frequentato il corso quadriennale erogato con questa finalità specifica su volontà della regione stessa;

Tabella 5

In questa logica la Regione Toscana, ha realizzato di recente una ricerca focalizzata su opinioni, uso e pratica in Toscana delle MNC da parte di Mmg e pediatri di libera scelta. Sono stati inclusi nel campione 1.801 medici, di cui 1.484 Mmg e 317 pediatri. Il tasso di risposta è stato dell'82% per i Mmg e del 90% per i pediatri di libera scelta. Dalla ricerca emerge che sono il 16% i pediatri toscani e il 12% i Mmg che hanno seguito uno o più corsi di formazione in MNC. Ancora più significativi appaiono i dati se si considera che sono il 15% i Mmg ed il 29% i pediatri toscani che praticano, nel corso della propria attività clinica, uno o più tipi di MNC. Una parte consistente di Mmg (37%) e pediatri (53%) che praticano MNC nella loro attività clinica non ha un diploma specifico, ma le percentuali variano notevolmente a seconda dei vari tipi di terapia. Circa il 70% di Mmg e pediatri che praticano l'agopuntura e il 60% di coloro che praticano l'omeopatia e l'omotossicologia hanno avuto una formazione specifica in tali MNC, mentre le percentuali di Mmg e pediatri ufficialmente formati scendono per la mesoterapia (22%), le terapie manuali (21%), la fitoterapia (18%), la medicina Ayurvedica (18%) e i fiori di Bach (9%). Le percentuali salgono rispettivamente al 34% e al 24% se si va a indagare il ricorso alle MNC di Mmg e pediatri per uso personale negli ultimi tre anni. Ancora più elevate sono le percentuali dei Mmg (58%) e dei pediatri (42%) che consigliano ai propri pazienti l'uso delle MNC. Ancora dati che si ritengono rilevanti seppur circoscritti al territorio toscano sono quelli relativi alle opinioni dei medici rispetto all'insegnamento, obbligatorio o facoltativo, delle MNC nei corsi di laurea in medicina e chirurgia. Il 65% dei Mmg e il 70% dei pediatri si è dichiarato favorevole(1).

(1) Cfr. ARST, I medici e pediatri di famiglia ...

– dall'altro lato la pratica della medicina integrata in Regione Umbria include un ventaglio decisamente più ampio di terapie/discipline che concorrono alla creazione di un sistema unico e complesso di cure.

Ciò che sembra differenziare maggiormente l'esperienza umbra da tutte le altre esperienze italiane è l'intenzione di creare poli e professionalità che abbiano la caratteristica della poliedricità. Non si lavora nella logica della specializzazione su una pratica non convenzionale, ma sulla creazione di un professionista medico che sia in grado di «maneggiare» strumenti, tecniche e approcci differenti, individuando nella complessità il percorso più coerente alle esigenze del paziente. In questo senso le politiche della Regione Umbria insistono molto sul termine «medicina integrata» innanzitutto perché risulta antistorico voler contrapporre i saperi, anche in considerazione del fatto che non sarebbe corretto né utile ai fini della qualità delle prestazioni sanitarie, giustapporre pratiche convenzionali e pratiche non convenzionali aggiungendo nella carta dei servizi al tradizionale elenco degli specialisti anche lo specialista omeopata, agopuntore, ecc.

L'integrazione, infatti, è vista come la via per massimizzare l'efficienza delle prestazioni, ridurre il consumo di farmaci, aumentare il livello di prevenzione e quello della compartecipazione dei cittadini alla gestione della propria salute. Nelle politiche della regione Umbria, pertanto, torna in primo piano la volontà di garantire al cittadino-cliente il soddisfacimento di un bisogno che si fa sempre più complesso e articolato anche in materia di salute (Del Vecchio, 2001). Il mutamento in questa direzione fa sì che, a fronte di un aumento delle capacità personali di intervento attivo nelle decisioni rilevanti per la propria biografia, muti il ruolo dell'esperto, che tende a passare da colui che prescrive cosa e come fare in una situazione di incertezza e di difficoltà a colui che affianca e consiglia su una scelta più vantaggiosa da prendere tra le diverse opzioni a disposizione (Colombo, Rebughini, 2003, p. 30).

Il fatto stesso che la medicina ufficiale, in Umbria come in altri contesti, stia ragionando in termini di integrazione tra pratiche mediche che hanno origini e metodi anche

molto differenti dalla biomedicina, mostra come stia avvenendo un lento (ma in alcuni casi inesorabile) processo di mutamento dello stesso paradigma medico di riferimento che, in questa fattispecie mostra come sia possibile un'integrazione scientifica basata su una visione olistica, sistemica dell'organismo umano, in cui «la stessa malattia assume un significato diverso se non viene ridotta a categoria generica, a caso comune, ma se viene piuttosto valutata come il risultato di processi unici e individuali» (Colombo, Rebughini, 2003, p. 37).

L'analisi delle tendenze effettuata attraverso l'approfondimento delle esperienze presentate emergere due macro priorità a cui sono riconducibili le diverse «famiglie di politiche» osservate:

– la prima macrotendenza individua l'obiettivo prioritario per le regioni di conseguire la qualità. Trattando nello specifico di MNC, si intendono rientrare in questa categoria le scelte fatte dalle regioni tese ad arrivare a evidenza scientifica per le terapie, effettuando studi osservazionali e sperimentazioni. Si ritiene che rientri nella stessa categoria anche l'orientamento regionale volto a ottenere informazioni quantitative e qualitative sulla domanda e sull'offerta di MNC;

– la seconda macrotendenza identificata è quella della garanzia dell'equità. In quest'ambito si collocano le scelte fatte da alcune regioni di inserire nei Livelli essenziali di assistenza regionali le MNC, come la decisione di potenziare l'offerta pubblica di MNC presso le Asl o le Aziende ospedaliere, garantendo un'offerta capillare sul territorio a prezzi calmierati rispetto ai prezzi di mercato, se non a fronte del pagamento di un ticket;

– una macrotendenza intermedia tra le due sembra essere quella identificata in quasi tutti i contesti regionali con l'esigenza del riconoscimento delle figure professionali e l'istituzione di albi o registri professionali, benché il tema specifico non sia di esclusiva competenza regionale.

Le scelte effettuate dalla Regione Lombardia sembrano orientare in modo più deciso le politiche verso il perseguimento della qualità, come emerge oltre che dalle scelte specifiche in materia di MNC, anche dai progetti innovativi pianificati per: definire

fattori, indicatori e standard ai fini dell'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti; favorire la certificazione delle strutture sanitarie; valutare l'efficacia delle terapie, nel caso specifico delle MNC. La Regione Toscana sembra posizionarsi più decisamente verso la garanzia dell'equità, pur non sottovalutando le esigenze di sicurezza e qualità collegate all'erogazione di MNC. Si ricorda, a questo proposito che la Regione Toscana dal 1996 ad oggi ha previsto azioni specifiche tese a promuovere l'integrazione delle MNC negli interventi per la salute e a favorirne lo sviluppo nelle strutture pubbliche con la finalità specifica di garantire ai cittadini ampia libertà di scelta terapeutica, garantendo nello stesso tempo un elevato livello di sicurezza¹⁹. In posizione intermedia si colloca l'esperienza della Regione Umbria, che si è affacciata al tema più di recente rispetto alle altre due regioni. In particolare, le scelte effettuate dalla Regione Umbria sembrano aver posizionato le sue politiche decisamente nella prospettiva della garanzia del servizio, a patto che esso si connoti come fortemente integrato con la biomedicina.

5. Esperienze avviate di MNC presso alcune strutture pubbliche

Il presente lavoro si è mosso nel quadro delineato nei precedenti paragrafi e si è posto l'obiettivo di analizzare – attraverso lo studio di casi – le soluzioni organizzative implementate in alcune realtà pubbliche a seguito dell'introduzione delle MNC nel proprio «portafoglio prodotti». Lo studio è stato condotto cercando di raccogliere informazioni non solo sullo stato di tali servizi, ma cercando di fornire anche un quadro storico-evolutivo degli stessi, con l'evidenziazione delle scelte gestionali di volta in volta adottate dall'azienda.

Le ipotesi di lavoro formulate circa le più significative variabili intervenienti, forniscono alcune chiavi di lettura del fenomeno e appaiono suscettibili di una qualche generalizzazione e applicazione ad altre realtà aziendali. Per altro, vale la pena sottolineare sin da ora i limiti connessi in un'analisi empirica come quella svolta (limitata allo studio di pochi casi e di pochi contesti regionali) e la necessità di realizzare ulteriori verifiche e utili compara-

zioni con altre esperienze d'intervento realizzate nei diversi contesti del nostro Paese.

L'indagine sul campo ha coinvolto sei Aziende sanitarie operanti in quattro differenti contesti regionali (Piemonte, Lombardia, Liguria, Toscana) e si è concretizzata nell'analisi di nove esperienze di servizio che – nel corso degli ultimi anni – hanno adottato e proposto interventi riconducibili alle MNC. Precisamente, sono stati oggetto di studio i seguenti servizi:

- 1) Azienda sanitaria ospedaliera OIRM - Sant'Anna di Torino: Centro cefalee della donna e Servizio di agopuntura della Divisione di Ostetricia e ginecologia;
- 2) Ospedale Luigi Sacco di Milano: Ambulatorio di agopuntura della Seconda divisione Malattie infettive; Ambulatorio di omeopatia della Chirurgia prima; Tecniche di massaggio shiatsu della Divisione di Medicina fisica e riabilitativa;
- 3) Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova: Ambulatorio di agopuntura;
- 4) Azienda Usl 10 di Firenze: Centro di medicina tradizionale cinese «Fior di Prugna»;
- 5) Azienda Usl 2 di Lucca: Ambulatorio di medicina omeopatica;
- 6) Azienda Usl 11 di Empoli: Centro di medicina naturale.

La scelta di questi casi è stata realizzata con l'obiettivo di analizzare dei casi significativi individuati attraverso un'iniziale ricognizione della stampa specialistica e il diretto coinvolgimento di alcuni esperti del settore.

La metodologia utilizzata nel lavoro d'indagine è stata di natura esplorativa. Lo studio dei singoli casi aziendali è stato realizzato nell'arco dei mesi di ottobre 2004-febbraio 2005 e ha previsto la conduzione d'interviste qualitative ai dirigenti delle Aziende sanitarie e/o ai responsabili dei servizi che hanno inserito le MNC nel pacchetto delle attività terapeutiche proposte, oltre che la raccolta e l'analisi dei documenti aziendali. Complessivamente si sono realizzate 14 interviste.

La ricognizione sul campo è stata condotta seguendo una traccia d'intervista semi-strutturata, che ha toccato le seguenti tematiche:

- analisi del contesto istituzionale di riferimento, con un *focus* particolare sulla normativa regionale;

- andamento della domanda locale nel consumo delle MNC;
- presenza sul territorio di realtà private (*profit* e *non profit*) operanti nel settore;
- nascita e motivazione del servizio all'interno dell'azienda;
- storia ed evoluzione del servizio;
- posizionamento del servizio nell'ambito della più ampia organizzazione dell'azienda;
- numero delle prestazioni erogate, nell'arco temporale 2000-2003;
- risorse (economiche e professionali) assegnate dall'azienda al servizio nell'arco temporale 2000-2003;
- descrizione delle modalità di funzionamento del servizio, in termini di: a) promozione; b) modalità di accesso; c) processi e modalità operative adottate; d) integrazione/coordinamento con gli altri servizi aziendali; e) integrazione/coordinamento con le altre figure professionali operanti nell'azienda;
- ricognizione dei principali punti di forza e/o di debolezza del servizio e possibili linee evolutive dello stesso all'interno del più ampio sistema di offerta aziendale.

6. Quadro di sintesi delle esperienze analizzate

La comparazione dei casi analizzati (sintetizzata nelle seguenti tavole sinottiche) è stata realizzata focalizzando l'attenzione su alcune tematiche che – nel corso dell'analisi qualitativa delle interviste – sono risultate particolarmente ricorrenti e critiche:

- il contesto regionale di riferimento (normative regionali sul tema delle MNC; inserimento delle MNC nei piani strategici regionali; attivazione di particolari fonti di finanziamento; ecc.);
- la tipologia di servizio (servizio informale; servizio in fase di sperimentazione; servizio *ad hoc* e quindi dotato di una propria autonomia e visibilità organizzativa);
- i fattori interni ed esterni che hanno favorito l'introduzione delle MNC nel «portafoglio prodotti aziendale»;
- gli strumenti adottati nel corso del tempo per promuovere e favorire l'integrazione delle tecniche MNC tra i servizi aziendali;
- infine, le tematiche che dovranno essere affrontate nei prossimi anni per sostenere lo sviluppo e la diffusione delle MNC.

Analizzando queste differenti esperienze, appare evidente il ripetersi di alcune situazioni che possono aver favorito o sfavorito l'affermarsi delle MNC all'interno della singola realtà aziendale (tabelle 6 e 7).

In primo luogo – e facendo riferimento alla fase iniziale d'introduzione di queste particolari tecniche di cura – si deve rilevare come il contesto regionale di riferimento è sicuramente un elemento facilitatore (in particolar modo nel momento in cui parallelamente a un riconoscimento normativo si affianca un «riconoscimento finanziario»), ma non risulta determinante. Sicuramente, un peso maggiore è attribuibile ad altri fattori, tra cui:

- la presenza all'interno dell'azienda di professionisti interessati (per motivi personali) alle pratiche non convenzionali e che si fanno promotori -nei confronti del vertice strategico- d'iniziativa volte al loro inserimento in azienda;
- la presenza di un vertice strategico (nella persona del Direttore generale o del Direttore sanitario) culturalmente aperto rispetto al tema e interessato a sostenere anche in un contesto non sempre favorevole all'introduzione di queste tecniche;
- la presenza sul territorio di organizzazioni private (*non profit* in primo luogo) con le quali sviluppare forme di collaborazione, in modo particolare rispetto alle attività di formazione e/o nell'attribuzione di risorse produttive gratuite (in particolar modo competenze professionali);
- la presenza sul territorio di una domanda, effettiva o potenziale.

Una volta avviate queste attività, nella fase di implementazione si evidenzia il ripetersi di alcune scelte organizzative e gestionali:

- l'importanza attribuita all'attività di ricerca e – parallelamente a questa – all'attività di formazione/informazione (pubblicazioni scientifiche nazionali e/o internazionali; partecipazione a convegni; ecc.). Infatti, data la particolarità del tema trattato e il contesto culturale all'interno del quale questi servizi si vengono a collocare, queste attività rappresentano due fondamentali tappe che i professionisti delle MNC dovranno affrontare per guadagnarsi la fiducia del mondo

Tabella 6

	Azienda OIRM - Sant'Anna di Torino	Azienda Ospedaliera Luigi Sacco di Milano	Azienda «IST - Istituto nazionale per la ricerca sul cancro» di Genova
Contesto regionale	Favorevole alle MNC, anche se questo non si è ancora concretizzato in un vero e proprio quadro normativo di riferimento. Molte delle pratiche non convenzionali sono rientrate nel Ssr dopo l'emanazione del Decreto LEA	Parziale apertura di credito verso le MNC attraverso l'attivazione di studi osservazionali e l'inserimento delle stesse nel Piano strategico regionale. Rispetto ai LEA, la Lombardia fa comunque ancora riferimento a quanto stabilito dalla normativa nazionale	La Regione Liguria non prevede progetti e/o finanziamenti particolari per le MNC
Tipologia di servizio	Servizi <i>ad hoc</i> , dotati di una loro visibilità all'esterno e all'interno dell'azienda. Si è giunti a tale situazione dopo un periodo di sperimentazione	I servizi analizzati sono riconducibili a due differenti tipologie: <ul style="list-style-type: none"> • servizi <i>ad hoc</i> (agopuntura e omeopatia) • servizio integrato nelle normali attività della divisione (massaggio shiatsu) 	Servizio <i>ad hoc</i> , costituitosi dopo un periodo «informale» e una successiva attività di sperimentazione
Fattori interni ed esterni motivanti l'introduzione delle pratiche	<ul style="list-style-type: none"> • bisogni espressi dagli stessi utenti • presenza di professionisti interessati alla tematica • collaborazione con realtà private operanti sul territorio, in particolar modo nella fase di consolidamento del servizio e di esecuzione 	<ul style="list-style-type: none"> • la presenza di personale interessato alle tematiche • la presenza sul territorio di organizzazioni <i>non profit</i> specializzate nella formazione ed erogazione di queste particolari prestazioni non convenzionali • l'attivazione – a livello regionale – degli studi osservazionali, che sono stati l'occasione per far uscire dall'ombra attività già presenti in azienda, ma scarsamente conosciute e/o riconosciute • la presenza all'interno delle singole Divisioni di Dirigenti interessati a sostenere questo tipo di pratiche (agopuntura e massaggio shiatsu) 	<ul style="list-style-type: none"> • la presenza di un medico che – per passione personale – ha svolto tale attività su base volontaristica (nella fase iniziale del servizio) • le richieste dei pazienti che – dopo l'introduzione dei LEA – hanno esplicitamente richiesto il mantenimento del servizio • la particolare attenzione dimostrata dal Direttore sanitario verso questo tipo di prestazioni e gli effetti che le stesse avevano sui malati oncologici
Strumenti di promozione e integrazione	L'attività di sperimentazione e la ricollegata attività di divulgazione scientifica (convegni e pubblicazioni), finalizzate all'ampliamento del servizio e al riconoscimento/integrazione di tali pratiche all'interno dell'azienda	All'esterno il servizio è promosso attraverso i normali strumenti di comunicazione aziendale. All'interno un ruolo prioritario è svolto dal «passa-parola» e dai rapporti interpersonali tra i vari professionisti In alcuni casi, un ruolo rilevante è stato svolto dalle attività di formazione L'iniziale progetto di attivare un'unità organizzativa di raccordo e coordinamento non è stato realizzato, essenzialmente per una perdita d'interesse sul tema da parte del vertice strategico e per l'introduzione dei LEA	La promozione del servizio tra gli utenti avviene attraverso i normali strumenti aziendali, anche se nella fase di indirizio un ruolo rilevante è svolto dal medico oncologo che ha in cura il paziente Non si sono attivati specifici strumenti di integrazione organizzativa (come – per esempio – linee guida o corsi di formazione) e quindi il tutto si basa essenzialmente sui rapporti individuali tra professionisti e responsabile dell'ambulatorio
Tematiche da sviluppare nel futuro	<ul style="list-style-type: none"> • definire una normativa nazionale più chiara rispetto alle figure professionali • favorire, attraverso la sperimentazione, la commistione tra medicine tradizionali e medicine non tradizionali 	<ul style="list-style-type: none"> • rafforzare i punti di contatto e integrazione con le medicine tradizionali • sviluppare i rapporti di collaborazione con gli enti privati, in grado di gestire alcuni aspetti caratterizzanti le prestazioni non convenzionali (per esempio i maggiori tempi di realizzazione) • sostenere la sperimentazione, finalizzata a creare consenso e credibilità 	<ul style="list-style-type: none"> • non emerse durante l'intervista

Tabella 7

	Asl 10 di Firenze	Azienda Usl 2 di Lucca	Azienda Usl 11 di Empoli
Contesto regionale	<p>La Regione ha emanato delle normative e inserito il tema delle MNC nei propri Piani strategici, destinando delle risorse allo sviluppo delle stesse in ambito pubblico. Gli interventi realizzati sono stati essenzialmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • formazione per medici e farmacisti • sperimentazioni finalizzate all'integrazione delle MNC con la medicina tradizionale • copertura dei costi delle prestazioni (dopo l'emanazione dei LEA) • creazione di organi regionali di coordinamento per le aree tematiche maggiormente diffuse (medicina tradizionale cinese; omeopatia; fitoterapia) <p>Questi interventi a favore delle MNC si sono realizzati in un clima culturale particolarmente favorevole, sia a livello istituzionale (l'interesse diretto di alcuni Assessori), che a livello di domanda potenziale</p>		
Tipologia di servizio	Servizio <i>ad hoc</i> dotato di una propria autonomia organizzativa, attivato dopo un iniziale periodo di sperimentazione	Dopo un'iniziale fase di sperimentazione, l'omeopatia si è consolidata in un vero e proprio servizio <i>ad hoc</i> , corrispondente a un'Unità operativa autonoma	Servizio <i>ad hoc</i> , in quanto fa riferimento a una sezione autonoma all'interno del Dipartimento di Medicina
Fattori interni ed esterni motivanti l'introduzione delle pratiche	<ul style="list-style-type: none"> • presenza nella struttura di un medico interessato al tema della medicina tradizionale cinese • collaborazione con aziende <i>non profit</i> operanti sul territorio, sia nella fase di ideazione del servizio, che nella sua successiva fase di realizzazione (attribuzione di professionalità; collaborazioni di volontari e/o di tirocinanti) • la presenza sul territorio di un target particolare di potenziali utenti (la comunità cinese) 	<ul style="list-style-type: none"> • sicuramente, all'interno dell'azienda, un ruolo importante è stato svolto dal Direttore Generale che – per motivazioni personali – era interessato a che queste tematiche fossero sviluppate 	<ul style="list-style-type: none"> • la presenza di un dipendente interessato alla tematica • l'attenzione che l'allora Direttore Sanitario aveva rispetto alla fitoterapia e alle MNC
Strumenti di promozione e integrazione	<p>Il servizio si avvale di una propria Unità operativa dedicata all'attività di promozione, con una particolare attenzione all'utenza immigrata (traduzione di tutto il materiale e della segnaletica presente nel Centro; presenza di un mediatore linguistico culturale)</p> <p>Parallelamente a questo, si è favorita la collaborazione con altri servizi sanitari e non sanitari che hanno la loro sede operativa nello stesso stabile del Centro e che si rivolgono allo stesso tipo di clienti</p> <p>Infine, si deve ricordare la compartecipazione con gli altri due centri toscani nella realizzazione del notiziario regionale sulle MNC</p>	<p>In questi anni il servizio è stato pubblicizzato utilizzando i normali canali aziendali (sito e carta dei servizi), oltre che attraverso la pubblicazione del notiziario regionale, la partecipazione a conferenze e manifestazioni e l'attivazione di un servizio telefonico</p> <p>In aggiunta a questo, particolare attenzione è stata dedicata alle politiche d'integrazione e coordinamento con i Mmg, i farmacisti del territorio e gli altri operatori aziendali. Al riguardo gli interventi realizzati sono stati essenzialmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interventi di formazione • conduzione congiunta di progetti • realizzazione di ricerche cliniche e diffusione dei relativi risultati 	<p>Per quanto riguarda la comunicazione, oltre ai normali strumenti aziendali e alla rivista regionale, particolare attenzione è stata dedicata all'attivazione di eventi/servizi per la diffusione consapevole della fitoterapia tra gli utenti</p> <p>Sul fronte della relazione con i professionisti, si sono realizzati momenti di formazione clinica e convegni, potenziate le collaborazioni con istituzioni nazionali e internazionali e realizzati progetti di sperimentazione con altre Unità operative aziendali</p>
Tematiche da sviluppare nel futuro	<ul style="list-style-type: none"> • non emerse durante l'intervista 	<ul style="list-style-type: none"> • favorire l'integrazione clinica delle MNC, cercando di accreditarsi il più possibile presso le altre discipline. Un ruolo decisivo sarà quindi svolto dall'attività di sperimentazione e monitoraggio dei risultati • la necessità di fare chiarezza rispetto alle figure professionali, con una definitiva codifica delle stesse riconosciuta a livello nazionale 	<ul style="list-style-type: none"> • definire un quadro normativo nazionale sul tema delle professionalità e dei prodotti riconducibili alle MNC

medico-scientifico «tradizionale», che trova nell'ospedale pubblico una sua naturale roccaforte;

– l'utilizzo di queste tecniche in ambiti clinici in cui viene ricercato con maggiore enfasi il benessere globale del paziente e dove la criticità del rapporto utente-medico è maggiormente avvertita (per esempio nel trattamento dei pazienti affetti da HIV o in ambito oncologico);

– l'adozione di altri meccanismi d'integrazione, come per esempio l'attivazione di unità di coordinamento o l'elaborazione di linee guida e/o procedure condivise, rappresentano invece scelte gestionali non ancora diffuse. Al contrario, sembra strategicamente rilevante il c.d. «passa-parola» sia come strumento di promozione del servizio tra gli utenti, ma ancor più tra i colleghi;

– l'utilizzo significativo di risorse professionali esterne (in veste di consulenti e/o di volontari), che esprime la volontà da parte del vertice strategico aziendale di mantenere questo tipo di servizi in un'area di nicchia e comunque il più possibile separato dal complessivo sistema d'offerta aziendale.

Infine, guardando al futuro, l'area d'intervento ritenuta in assoluto prioritaria è legata alla necessità di avere un quadro normativo in grado di fare in modo definitivo chiarezza rispetto alle figure professionali che possono operare in questo particolare campo disciplinare.

Partendo da queste riflessioni e analizzando i singoli casi aziendali in un'ottica temporale, è possibile individuare un percorso logico attraverso cui leggere le scelte strategiche che ogni singola realtà ha adottato rispetto all'introduzione delle MNC nel proprio portafoglio di offerta.

1) Tutte le esperienze analizzate si sono caratterizzate per una *fase* iniziale definibile *informale*, durante la quale l'introduzione delle pratiche non convenzionali è essenzialmente legata alle motivazioni dei singoli professionisti che – con o senza il consenso esplicito dell'azienda – hanno iniziato a «sperimentare» l'applicazione delle MNC all'interno dei loro servizi. In questa fase i numeri caratterizzanti l'attività sono piuttosto modesti (in termini di prestazioni erogate e utenti serviti) e la visibilità della stessa

piuttosto limitata. Conseguentemente a tutto ciò, a livello organizzativo non si vengono a delineare «scontri culturali» con i sostenitori della medicina tradizionale e, per la medicina non convenzionale, non è avvertita la necessità di introdurre strumenti di integrazione e/o di coordinamento.

2) Con l'aumentare delle attività svolte e/o con la richiesta degli stessi responsabili di ottenere maggiori risorse e/o una maggiore visibilità all'interno dell'azienda, si passa da una situazione informale a una chiaramente formalizzata: il servizio per essere svolto deve rientrare nelle linee strategiche dell'azienda. È in tale situazione che i potenziali contrasti culturali derivanti dai differenti approcci si fanno sempre più evidenti, rendendo quindi necessaria la definizione di protocolli e la realizzazione di sperimentazioni. Date queste finalità, questa seconda *fase* potrebbe essere definita di *esplorazione* [rientrano in questa fase, ad esempio, le sperimentazioni attualmente realizzate dall'Ospedale Luigi Sacco di Milano, in particolar modo quelle riguardanti l'agopuntura e l'omeopatia].

3) In base ai risultati ottenuti dalla sperimentazione, al sostegno ricevuto dalla direzione aziendale, al livello di fidelizzazione consolidatosi con la propria utenza, alla fase di esplorazione possono seguire due differenti percorsi evolutivi: la *fase di ripiegamento* (ossia le tecniche MNC non rientrano nei servizi aziendali in quanto non vi sono alcune delle tre condizioni precedentemente indicate) o *fase di consolidamento* del servizio [rientrano in questa fase i servizi dell'OIRM di Torino, dell'IST di Genova e i tre centri di riferimento toscani]. Con il consolidamento, le MNC acquisiscono un più definito ruolo all'interno dell'organizzazione e questo – il più delle volte – si concretizza nella costituzione di una vera e propria unità dedicata. Se questo risultato non può che essere valutato positivamente – in quanto conferisce alle MNC una maggiore legittimità – lo stesso non è garanzia di sviluppo per il servizio, se non opportunamente supportato da politiche di promozione e/o integrazione (in primo luogo formazione/informazione).

4) Infine, in un'ottica di completa integrazione delle MNC nei servizi sanitari pubblici, alla fase di consolidamento potrebbe far seguito una *fase di integrazione multi-disciplinare*. Questa dovrebbe concretizzarsi nel-

l'elaborazione di un vero e proprio approccio alla cura del paziente, in grado di coniugare gli aspetti caratterizzanti la medicina tradizionale con alcuni aspetti innovativi delle MNC. Al riguardo, alcuni spunti di riflessioni sono stati evidenziati anche durante l'analisi dei casi, rispetto all'introduzione di alcune logiche e/o tecniche del massaggio shiatsu nelle ordinarie attività dei fisioterapisti (in particolar modo nella fase di anamnesi e nella gestione del rapporto operatore-utente) o rispetto alle possibili aree di contaminazione/sovrapposizione della medicina occidentale con la medicina tradizionale cinese.

Le variabili intervenienti l'introduzione e le fasi di sviluppo delle MNC in ambito pubblico e gli orientamenti strategici individuati (grafico 1).

7. Considerazioni conclusive

Analizzando il settore si osserva una forte pressione «dal basso» per il riconoscimento e l'istituzionalizzazione delle MNC, a cui si contrappone in molti contesti la forza del si-

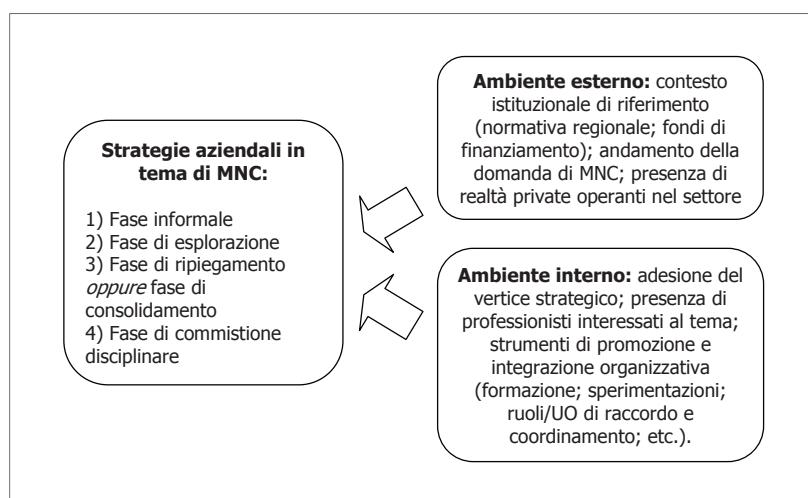


Grafico 1

stema consolidato: questo attiva un proficuo processo di negoziazione, soprattutto a livello regionale.

È possibile rappresentare graficamente l'interazione e l'andamento delle «pressioni» tra i diversi attori sociali e istituzionali in materia di MNC (grafico 2).

La prima «spinta» viene dal basso, ovvero dalla domanda, che è in crescita per quanto

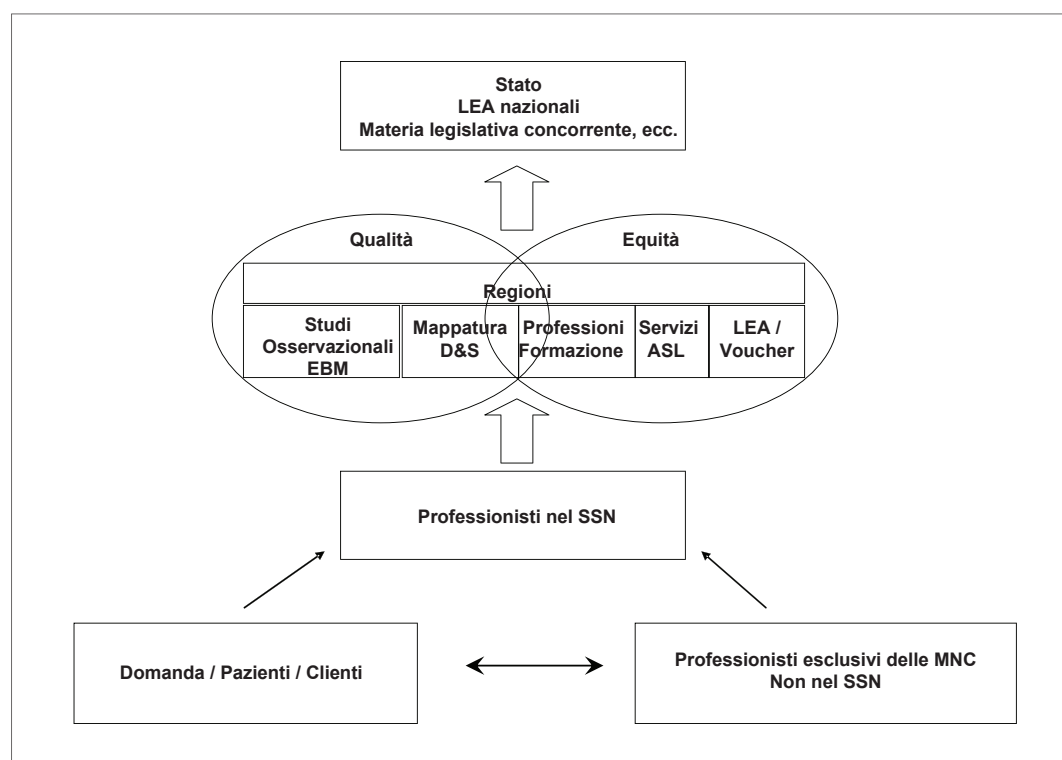


Grafico 2

riguarda il numero di persone che ricorrono alle MNC, ed è in evoluzione in riferimento all'affermarsi del paradigma del cittadino-sovrano, che ha bisogni più articolati e complessi anche in materia di salute/benessere. La domanda di MNC esercita pressione sui professionisti (Mmg, pediatri, specialisti delle MNC, ecc.) in quanto essi rappresentano il primo «interfaccia» del cittadino che cerca una risposta a un bisogno in materia di salute.

I professionisti stessi si stanno relazionando alle MNC, in alcuni casi essendone i primi erogatori e fruitori diretti, in altri casi frequentando corsi specialistici per acquisire competenze specifiche, in altri casi ancora cercando legittimazione istituzionale per le attività che svolgono nell'ambito delle MNC. È a questo livello che si esplica la pressione che i professionisti delle MNC operano nei confronti degli attori istituzionali, ed è dalla negoziazione (e dalla convergenza delle politiche) con le Aziende sanitarie e con le Aziende ospedaliere presso cui lavorano i professionisti, che sembra trarre la sua prima possibilità di vita l'implementazione dei servizi di MNC presso strutture pubbliche. Laddove la negoziazione non porti a esiti positivi, la stessa offerta di servizi trova come unica possibilità quella di strutturarsi sul mercato, al di fuori dei circuiti pubblici. Dall'insieme delle pressioni nate «dal basso» (dalla domanda, dall'offerta «pubblica» e da quella «sul mercato») nasce una nuova spinta per portare l'istituzionalizzazione delle MNC a un livello superiore di emersione e quindi su «tavoli istituzionali» di più ampio respiro. È così che questa «spinta» si organizza, dando origine a comitati di consenso²⁰, associazioni di categoria, confederazioni, gruppi di pressione vari, e trova come suo interlocutore istituzionale privilegiato il soggetto regionale.

Dalla negoziazione col soggetto regionale può derivare una presa di decisioni a livello istituzionale-politico (laddove ci sia o si arrivi a una «convergenza di vedute») che definisce l'orientamento stesso delle politiche regionali in materia di MNC. Questo è quanto si è potuto osservare al livello delle esperienze delle singole regioni approfondite. Anche nei casi in cui le singole regioni si siano mostrate sensibili alla negoziazione e favorevoli all'istituzionalizzazione delle

MNC, esse hanno dovuto riferirsi per alcuni aspetti al livello centrale. Da un lato, infatti, hanno potuto supplire, in alcuni casi, all'esclusione delle MNC dai LEA nazionali. D'altra parte, però, si assiste anche ad esempi di compressione dell'autonomia regionale in materia sanitaria. Un esempio eclatante è stata la presa di posizione della Regione Piemonte rispetto al riconoscimento delle figure professionali che è stata dichiarata illegittima dalla Corte Costituzionale. Anche altre regioni avevano inserito tra le priorità del Psr l'istituzione di registri professionali presso gli uffici regionali, e sono arrivate a produrre dei progetti di legge regionali per l'istituzione di professionalità riferite alle MNC, ma non hanno proseguito su questa strada in seguito alla battuta d'arresto subita dall'iniziativa del Piemonte.

È soprattutto a questo livello che si esplica la pressione sul livello statale da parte dei gruppi di pressione sottostanti, ivi comprese le regioni sensibili al tema. I governi locali e territoriali non possono, infatti, prescindere dal livello statale per garantire un'istituzionalizzazione piena e totale al settore.

Un altro esempio, strettamente collegato a quello precedente, riguarda la definizione di percorsi formativi specialistici nell'ambito della formazione pubblica in sanità e per l'inserimento delle MNC nei Livelli essenziali di assistenza, entrambi ambiti di competenza del Governo centrale.

A ciò fa riscontro il fatto che, negli ultimi anni le istituzioni pubbliche, seppur con prospettive molto differenti tra di loro, si stanno sensibilizzando all'esistenza del tema delle MNC anche in Italia. Come si è osservato, alcune regioni hanno mostrato interesse al tema anche da parecchio tempo, si pensi alla Toscana che ha iniziato a «lavorare sul tema» dal 1996, altre hanno iniziato più di recente ma non con minor volontà di arrivare a un'integrazione delle MNC col sistema sanitario. Alcune regioni avevano introdotto attività di settore sul proprio territorio, ma si sono viste costrette a sospendere le sperimentazioni con l'esclusione delle MNC dai LEA nazionali, per mancanza di fondi regionali da destinare alle iniziative. I territori stanno esprimendo in diversi modi l'urgenza che il tema sia seriamente preso in considerazione. Molte regioni sono alla vigilia dell'approvazione di progetti di legge regionali

per la regolamentazione del settore. Altrettanto numerosi progetti di legge «spingono» alle porte del Parlamento italiano. Diverse esperienze sono state attivate presso strutture pubbliche anche laddove non vi sia una formale presa di posizione da parte delle amministrazioni di riferimento. Anche presso gli atenei universitari si iniziano a vedere i primi corsi di perfezionamento/master universitari in materia.

Ciò che si può considerare in chiusura è che le MNC stanno mostrando una certa flessibilità ad essere integrate nel sistema pubblico di tutela della salute. Allo stato delle cose si ritiene poco probabile un'istituzionalizzazione piena delle MNC, attraverso l'istituzione di albi professionali, il riconoscimento di professionalità specializzate, la definizione a livello pubblico di standard omogenei per la creazione di percorsi formativi abilitanti all'esercizio delle professioni, ecc. Sembra maggiormente probabile che si assisterà sempre più a un diffondersi delle pratiche mediche non convenzionali all'interno del sistema tradizionale di cura. Il *trend* che si può evincere dalla «lettura» delle dinamiche del settore sembra portare verso una creazione di professionalità mediche «ibride» tra il convenzionale e il non convenzionale, che potranno al più vantare la loro «appartenenza scientifica» a Scuole/Istituti di ricerca/filoni disciplinari con una consolidata tradizione alle spalle.

Per quanto riguarda più nello specifico il livello regionale, dove si evidenzia la maggior pressione all'istituzionalizzazione, la situazione sembra tendere verso una fase non breve di forte eterogeneità delle posizioni nei diversi contesti. In una fase storica in cui permane il dilemma se sia da ritenere prioritaria l'evidenza scientifica o la libertà di scelta del cittadino, solo poche regioni si sentono sicure di prendere una posizione decisa sul fenomeno delle MNC. Accanto a pochissime situazioni in cui c'è un'adesione piena e totale all'integrazione delle MNC nel sistema sanitario, si assiste al fatto che la maggior parte delle Regioni tendono a mantenersi in una posizione ambigua, non chiudendo in modo definitivo, ma non aprendo alle MNC in modo incontrovertibile.

Le Regioni si trovano oggi a fare i conti con l'inesorabile declino del paradigma neopositivista e, in questo momento di pas-

saggio, tendono, e probabilmente tenderanno ancora per un po', a concentrarsi su altre priorità rispetto alle MNC, cercando nel frattempo di comprendere e in parte di decidere se i loro interlocutori principali siano cittadini «da governare» o «consumatori di servizi pubblici».

Si auspica, tuttavia, che il contesto istituzionale possa nel tempo favorire una reale presa di consapevolezza dell'eterogeneità dei bisogni espressi dai cittadini e che i processi decisionali e operativi possano avvenire in modo quanto più possibile concertato.

Note

1. Occorre considerare a questo proposito che anche la medicina ufficiale utilizza non di rado terapie e protocolli che non hanno ancora mostrato la loro scientificità in termini di EBM.
2. Cfr. anche <http://www.clinicaltrials.gov> alla voce agopuntura: contiene i *trial* clinici attualmente in atto negli Stati Uniti. Cfr. anche P. Roberti, L'equilibrio psicofisico individuale base di ogni possibile equilibrio sostenibile e la richiesta sociale per la Medicina Centrata sulla Persona: il contributo delle Medicine Non Convenzionali o Complementari per la cura e la salutogenesi: «Il fenomeno a cui stiamo assistendo è che sempre più numerosi rispetto al passato, sono i lavori che abbinano ad una corretta metodologia scientifica una corretta agopuntura. L'esempio più recente è un lavoro controllato randomizzato pubblicato il 16 marzo del 2004 sul prestigioso *British Medical Journal* dove viene dimostrata l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento della cefalea cronica».
3. Il documento è stato emanato in data 18/03/2005.
4. In Italia il 10,4% dei bambini è trattato con le MNC. Sergio Maria Francardo (Gruppo Antroposofico Italiano) in risposta al documento del CNB afferma: «proprio dall'ambito pediatrico vengono le maggiori conferme di validità di queste terapie» (Materiale da fonte indiretta, *Corriere della Sera*, 18 marzo 2005, Barbara Gobbi, *Il sole 24 ore*, sabato 19 marzo 2005, p. 27, Medicina alternativa esclusa per i minori).
5. «Nell'attuale contesto frequentemente il medico di base si limita a fungere da distributore di prescrizioni farmaceutiche o a costituire un punto obbligato di transito per l'accesso a medici e a sistemi di analisi specialistici».
6. Cfr. Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32, comma 1.
7. Cfr. Psr 2002-2004, p. 204.
8. In particolare per: chiroterapia, terapie manuali, fitoterapia.
9. La Regione Lombardia sta tra l'altro collaborando con l'OMS per l'aggiornamento del documento tecnico «Quality Control Methods for Medicinal Plant Materials».
10. Queste 4 terapie sono garantite con l'approvazioni di LEA regionali che prevedono il pagamento del solo ticket, mentre le prestazioni delle altre discipline sono erogate a tariffe particolarmente basse e calmierate.

11. Il DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei LEA nazionali prevede tra le prestazioni totalmente escluse dai LEA le MCN: agopuntura (fatta eccezione per le indicazioni anestesiolgiche), fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropraterapia, osteopatia.
12. Cfr. *NaturalStyle*, ottobre 2004, p. 163, che riporta un'intervista a Carlo Maria Giovanardi, presidente della FISA - Federazione Italiana Società Agopuntori: «il provvedimento lascia alle Regioni una certa autonomia nella scelta degli strumenti terapeutici, ma ha di fatto stretto la corda a molti ambulatori che si erano aperti a questo tipo di servizio. (...) dove è stato possibile il servizio ha continuato a essere erogato grazie all'impiego di fondi integrativi, ma questo non è stato possibile in molti casi, come per l'ambulatorio di agopuntura di Civitanova nelle Marche, non più operativo, sebbene potesse vantare la presenza di medici qualificati e una lunga esperienza».
13. Prevede che si brucino coni o sigari di artemisia in prossimità del punto da trattare.
14. Cfr. Psr Toscana pp. 2-3.
15. Appare opportuna la collocazione fisica dello stesso in un poliambulatorio territoriale o in un centro di salute, al fine di favorire le sinergie tra professionisti.
16. Ad esempio 8 sedute di agopuntura.
17. Le MNC sono state presentate nel Psr accanto ai temi della qualità e dell'accreditamento.
18. Oltre alle competenze specifiche in materia di MTC il Centro di Riferimento «Fior di Prugna» ha funzioni di interesse generale in materia di MNC sul territorio e di coordinamento degli altri due Centri di Riferimento che sono stati istituiti presso le aziende UsI di Lucca (per le funzioni specialistiche in materia di omeopatia) e presso l'azienda UsI di Empoli (per le funzioni specialistiche in materia di fitoterapia). I Centri di Riferimento hanno a loro volta funzioni di coordinamento dei servizi attivi sul territorio per le discipline specifiche. I tre casi sono stati approfonditi nel § 5.
19. «Sono stati effettuati sei anni di sperimentazione delle modalità di integrazione tra le MNC e la medicina ufficiale. L'integrazione reale è ora in programma per le sole MNC che hanno avuto un'adeguata evidenza medico scientifica, sia in base ai dati della letteratura scientifica internazionale, sia in considerazione dell'esperienza accumulata dal lavoro di numerosi centri pubblici di MNC sul territorio: agopuntura, fitoterapia, omeopatia». In Enrico Rossi (Assessore Salute Regione Toscana), I malati hanno diritto di scegliere, «Salute» di *Repubblica*, 3 febbraio 2005, anno 11, n. 434, p. 7.
20. Ad esempio il Comitato permanente di consenso e coordinamento per le Medicine non convenzionali, di cui si è accennato in precedenza.

B I B L I O G R A F I A

- AA.VV. (2000), «L'Agopuntura nel S.s.n.», in Aa.Vv., *Le Leggi dell'Ospedale*, Ed. Verduci, Roma.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (2000), *Expanding Horizons of Healthcare. Five-year Strategic Plan 2001-2005*, National Center for Complementary and Alternative Medicine, Maryland.
- AA.VV. (2002), *Omeopatia: gli studi scientifici che ne provano l'efficacia*, Guna, Milano.
- ABACUS (2003), *Ricerca sul consumo di medicine non convenzionali in Italia*.
- ARST (2003), *Medicine non convenzionali in Toscana. Progetto di studio*, Firenze.
- ASTIN J.A., MARIE A., PELLETIER K.R., HANSEN E., HASKELL W.L. (1998), «A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians», *Archives of Internal Medicine*, 158(21), pp. 2303-2310.
- ASTIN J.A. (1998), «Why patients use alternative medicine: results of a national study», in *Journal of the American Medical Association*, 280(19), pp. 1548-53.
- BARNES P.M., POWELL-GRINER E., MCFANN K., NAHIN R.L. (2004), «Complementary and alternative medicine use among adults: United States 2002», *Advance data from vital and health statistics*, 343, National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland.
- BARRETT B. (2003), «Alternative, complementary, and conventional medicine - Is integration upon us?», *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(3), pp. 417-427.
- BATES D. (2000), «Why not call modern medicine "alternative"??», *Perspectives in Biology and Medicine*, 43(Summer), pp. 502-517.
- BELLAVITE P. (1998), *Biodinamica. Basi fisiopatologiche e tracce di metodo per una medicina integrata*, Tecniche Nuove, Milano.
- BELLAVITE P., CONFORTI A., LECHI A., MENESTRINA F., POMARI S. (2000), *Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili*, Utet, Milano.
- BELLAVITE P., SEMIZZI M., MUSSO P., ORTOLANI R., ANDRIOLI G. (2001), «Medicina ufficiale e terapie non convenzionali: dal conflitto all'integrazione?», *Medicina e Morale*, 5, pp. 877-904.
- BHATTCHARYA B. (2000), «M.D. programs in the United States with complementary and alternative medicine education opportunities: an ongoing listing», *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 6, pp. 77-90.
- BONNE O., SHEMER Y., GORALI Y., KATZ M., SHALEV AY. (2003), «A randomized, double blind, placebo-controlled study of classical homeopathy in general-

- ized anxiety disorder», *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(3), pp. 282-7.
- BRIANESE G. (1988), «*Congetture e confutazioni*» di Popper e il dibattito epistemologico post-popperiano, Paravia, Torino.
- COLOMBO E., REBUGHINI P. (2003), *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Il mulino, Bologna.
- CUCHERAT M. (a cura di) (2000), «Evidence of clinical efficacy of homeopathy. A meta-analysis of clinical trials», *European Journal of Clinical Pharmacology*, 56, pp. 27-33.
- DEI F. (1996), «Medicine alternative: il senso del male nella postmodernità», *I fogli di Oriss*, 5, pp. 29-56.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e amministrare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Egea, Milano.
- ENGEL G. (1977), «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine», *Science*, 196, pp. 129-136.
- ERNST E. (1999), «Classical homeopathy versus conventional treatments: a systematic review», *Perfusion*, 12, pp. 13-15.
- ERNST E., RESCH K.L. (1996), «Clinical trials of homeopathy: a re-analysis of a published review», *Forsch Komplementarmed*, 3(2), pp. 85-90.
- ERNST E. (2000), «The role of complementary and alternative medicine», *British Medical Journal*, 321, pp. 1133-1135.
- EVANS N.C., GILLCRIST A., MINZ R. (1997), «Use of alternative health care by family practice patients», *Archives of Family Practice*, 6, pp. 181-184.
- F.I.S.A. (2000), *Agopuntura, evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia*, CEA, Milano.
- FAASS N. (2001), *Integrating complementary medicine into health systems*, Aspen Publications, Gaithersburg.
- FISHER P., WARD A. (1994), «Complementary medicine in Europe», *British Medical Journal*, 309, pp. 107-111.
- HILL C., DOYON F. (1990), «Review of randomized trials of homeopathy», *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 38(2), pp. 139-147.
- ISTAT (2001), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Indagine Multiscopo sulle famiglie - «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari», anni 1999-2000*.
- JONAS W.B., KAPICHUK T.J., LINDE K. (2003), «A critical overview of homeopathy», *Annals of Internal Medicine*, 138(5), pp. 393-9.
- KLEJNEN J. (a cura di) (1991), «Clinical trials in homeopathy», *British Medical Journal*, 302, pp. 316-323.
- LECKRIDGE B. (2004), «The future of Complementary and Alternative Medicine – Models of integration», *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(2), p. 413-416.
- WHO (2001), *Legal Status of Traditional medicine and Complementary/Alternative Medicine: a World-wide Review*, Geneva, World Health Organization.
- LOSI N. (1990), *Gli amici dell'acqua. Medici, pazienti e medicine alternative*, Franco Angeli, Milano.
- MATHIE R.T. (2003), «The research evidence base for homeopathy: a fresh assessment of the literature», *Homeopathy*, 92(2), pp. 84-91.
- MENNITI-IPPOLITO F., GARGIULO L., BOLOGNA E., FORCELLA E., RASCHETTI R. (2002), «Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey», *European Journal of Clinical Pharmacology*, 58(1), pp. 61-64.
- NCCAM (2000), *Expanding horizons of healthcare: five-year strategic plan, 2001-2005*, National Center for Complementary and Alternative Medicine.
- PIETRONI P. C. (1992), «Beyond the boundaries: relationship between general practice and complementary medicine», *British Medical Journal*, 305, pp. 564-566.
- PLSEK P.E., GREENHALGH T. (2001), «The challenge of complexity in health care», *British Medical Journal*, n.323, pp. 625-628.
- POPPER K. (1970), *Logica della scoperta scientifica*, Einaudi, Torino.
- ROBERTI P. (2003), «Lo status giuridico delle Medicine Non Convenzionali in Italia e in altre nazioni occidentali», *Anthropos & Iatria*, 2, pp. 72-87.
- SEVERINO E. (1986), *La filosofia contemporanea*, Rizzoli, Milano.
- WHO (2002), *Traditional Medicines Strategy: 2002-2005*, Geneva, Switzerland.
- VICKERS A. (2000), «Complementary medicine. Recent advances. Clinical review», *British Medical Journal*, n.321, pp. 683-686.
- VICKERS A. (2000), «Recent advances in complementary medicine», *British Medical Journal*, 321, pp. 683-686.
- VICKERS A., ZOLLMAN C. (1999), «ABC of complementary medicine: Unconventional approaches to nutritional medicine», *British Medical Journal*, 319, pp. 1419-22.
- WOODHOUSE M.B. (1997), «The concept of disease in alternative medicine», in J.M. Humber, R.F. Almeder, *What is disease? Biomedical Ethics Reviews*, Human Press, Totowa, New Jersey.
- ZOLLMAN C., VICKERS A. (1999), «ABC of complementary medicine: Complementary medicine and the patient», *British Medical Journal*, 319, pp. 1486-1489.
- ZOLLMAN C., VICKERS A. (1999), «Complementary medicine and the doctor», *British Medical Journal*, 319, pp. 1558-1562.
- ZOLLMAN C., VICKERS A. (1999), «Complementary medicine in conventional practice», *British Medical Journal*, 319, pp. 901-904.
- ZOLLMAN C., VICKERS A. (2000), *ABC of Complementary Medicine*, British Medical Journal Books, London.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste; 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file. La copia cartacea va spedita a:
Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano
La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12
La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti. Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici). Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**
1.1. Gli attori del processo
Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno. I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

Il costo delle ferite accidentali da aghi e l'impatto dei dispositivi di sicurezza per la prevenzione dal rischio di puntura accidentale

S. CAZZANIGA, G. DE CARLI, D. SOSSAI, L. MAZZEI, V. PURO

The article defines the economical and clinical consequences of accidental Italian HCW exposure to three main bloodborne pathogens (HBV, HCV, HIV) due to hollow-bore needles and expresses it in terms of «cost of no prevention». A systematic review of over 140 articles has been performed. Statistical analysis on scientific studies data and SIROH database were run. A flowchart and a mathematic model were realised to plainly represent all studied events. Starting from the excellent rates of injuries reduction, a rough estimate of the impact of the introduction of needle stick preventing devices (NPD) has been performed. Health delivery structures spend more than 800 € to manage and take care of each struck employee. The annual impact on the National Health System could be 30 mln €. It would be more desirable for hospitals to put in act integrated prevention strategies including general precautions, educational events and the adoption of needle stick preventing devices.

Note sugli autori

Stefano Cazzaniga, Osservatorio Tecnologie Assobiomedica, Milano e Master in Management Sanitario Università Commerciale Luigi Bocconi, Scuola di Direzione Aziendale, Milano
 Gabriella De Carli, Ist. Naz. Malattie Infettive «L. Spallanzani», Dipart. di epidemiologia, Roma e Studio Italiano sul Rischio Occupazionale da HIV (SIROH)
 Dimitri Sossai, Azienda Ospedaliera «S. Martino», Serv. Prevenz. e Protez., Genova e Associazione Italiana Responsabili Servizi Prevenzione e Protezione in Ambiente Sanitario (AIRESPSA)
 Luigi Mazzei, Osserv. Tecnol. Assobiomedica, Milano
 Vincenzo Puro, Ist. Naz. Malattie Infettive «L. Spallanzani», Serv. Prevenz. e Protez., Roma, Studio Italiano sul Rischio Occupazionale da HIV (SIROH) e Associazione Italiana Responsabili Servizi Prevenzione e Protezione in Ambiente Sanitario (AIRESPSA)

1. Introduzione

1.1. Presentazione

Buona parte delle attività diagnostiche e terapeutiche in ambiente ospedaliero è legata all'utilizzo di dispositivi medici affilati o taglienti, necessari per ottenere campioni di materiali biologici e creare l'accesso al sistema circolatorio dei pazienti. Tutti gli operatori sanitari sono pertanto esposti al rischio di ferimento mediante oggetti taglienti, un fenomeno numericamente importante nonostante la sua bassa frequenza¹.

È stato inoltre dimostrato che non sempre i lavoratori mettono in atto misure precauzionali adeguate: un'indagine informativa tra gli operatori sanitari ha messo in luce che molti di essi considerano gli incidenti a rischio biologico come una normale componente dell'attività lavorativa svolta (Trim, 2004).

Sebbene l'evento indesiderato, da evitare, sia la ferita accidentale, ben più importante è quella quota aggiuntiva di rischio, conseguenza dell'eventuale contaminazione del tagliente con materiale biologico. Gli eventi indesiderati in cui l'operatore sanitario viene in contatto con materiale biologico potenzialmente infetto sono definiti «incidenti a rischio biologico». L'esposizione a materiale biologico contaminato può avere conseguenze di salute gravi e, in taluni casi, fatali. Le infezioni occupazionali da virus dell'epatite B, epatite C e HIV rientrano in quest'ultima categoria di eventi e ne costituiscono la maggioranza (Chung *et al.*, 2003; Jagger *et al.*, 2002; Lunsk, 2002).

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Oggetto dello studio
3. Risultati
4. Conclusioni

A completare il quadro introduttivo, altre due prospettive sotto cui osservare la questione:

– gli aspetti etici e legali: con l'emissione del D.L.vo 626/94 si è fatta sempre maggiore l'attenzione alla sicurezza dell'ambiente di lavoro. Il *corpus* legislativo impone al datore di lavoro di «attuare misure tecniche, organizzative e procedurali, per evitare ogni esposizione dei lavoratori ad agenti biologici». Negli ultimi anni si è prodotta numerosa giurisprudenza in materia di rischio professionale e gli esiti dei processi indicano una chiara intenzione alla tutela del lavoratore;

– l'aspetto economico: sebbene in apparenza l'unica conseguenza di una ferita accidentale sia la ferita stessa, esiste un insieme di costi meno evidenti che l'Azienda sanitaria (e in ultima analisi il Sistema sanitario nazionale) deve sostenere per la gestione dell'evento ingiurioso e del lavoratore esposto (mancata produttività, farmaci per la profilassi post-esposizione, costi di rimpiazzo...). È soprattutto al comprensivo di questi costi che la presente analisi si rivolge.

1.2. Un problema mondiale

Il problema della prevenzione delle punture accidentali non è limitato ai Paesi industrializzati né ai sistemi sanitari più avanzati: esso è infatti tanto più centrale quanto più le patologie infettive potenzialmente mortali sono diffuse nella popolazione. Basti pensare all'HIV negli stati africani: con una prevalenza che può raggiungere il 20% della popolazione, carenza di educazione alla salute e norme preventive, scarsità di farmaci per la profilassi e quasi assoluta assenza di dispositivi di protezione individuale per gli operatori sanitari, si comprende bene quanto il problema sia sentito (Tarantola *et al.*, 2004). In questi contesti, tuttavia, uno dei migliori (e forse unici) metodi per arginare il problema è l'educazione alla sicurezza degli operatori sanitari.

Il panorama letterario internazionale offre numerosi spunti riguardanti il trattamento e la gestione del lavoratore esposto, le conseguenze cliniche dell'esposizione e i possibili risvolti sanitari degli eventi ingiuriosi. Sono inoltre recentemente state emanate le ultime revisioni delle linee guida di evidenza euro-

pea sulla profilassi post-esposizione per i lavoratori feriti (Puro *et al.*, 2005). Nel nostro Paese, infine, lo Studio italiano rischio occupazionale da HIV (SIROH)² ha pubblicato numerose analisi della propria banca dati che riportano il fenomeno all'evidenza locale, fornendo dei riferimenti a chi si vuole occupare dell'argomento (Ippolito *et al.*, 1994; Puro *et al.*, 2001; De Carli *et al.*, 2003). Ai medici e alle direzioni ospedaliere che volessero offrire ai propri collaboratori e dipendenti la risposta più adeguata agli incidenti a rischio biologico, è offerto un patrimonio di conoscenza vasto, completo di istruzioni chiare, percorsi diagnostici e terapeutici codificati, indicatori di *output* per il monitoraggio del processo.

Solo pochi studi sono invece dedicati agli aspetti economici e alla gestione aziendale e sovraaziendale degli incidenti a rischio biologico e particolarmente delle infezioni accidentali da aghi e taglienti. La maggior parte di questi ha origine oltreoceano e, massimamente per via delle differenze tra i sistemi sanitari, solo i lavori di matrice europea possono contribuire a descrivere la situazione italiana.

Altri elementi di vincolo, nell'utilizzo delle conclusioni di questi lavori per l'analisi della realtà italiana, sono rappresentati dalle disomogeneità dei mercati e dal fatto che si tratta prevalentemente di valutazioni parziali, che assumono un punto di osservazione ristretto che non comprende tutti gli elementi necessari.

Questa incompletezza dello scenario ha fatto nascere l'esigenza di concentrare l'attenzione sulla realtà italiana e particolarmente sull'analisi, in primo luogo, della numerosità degli eventi ingiuriosi e delle loro conseguenze.

1.3. Le soluzioni possibili

Il primo grande passo verso la riduzione del numero di punture accidentali è stato il divieto di reincappucciare gli aghi utilizzati³, reso possibile dall'introduzione di contenitori di smaltimento resistenti al taglio. Fino a quel momento, infatti, il reincappucciamento dell'ago era servito per mettere in sicurezza tutte le fasi successive all'uso dello stesso.

È inoltre ovvio che il migliore modo per ridurre il rischio di trasmissione occupa-

zionale di patogeni ematici sia evitare ogni utilizzo non necessario di oggetti potenzialmente lesivi. Con opportuni accorgimenti organizzativi e procedurali si potrebbero minimizzare le fonti di possibile contagio riducendo il numero di contatti paziente-operatore. L'utilizzo di un buon numero di aghi resta tuttavia, ancora, inevitabile.

Un secondo strumento che incrementa sensibilmente la sicurezza degli operatori è la loro formazione: la conoscenza dei presidi sanitari utilizzati, così come dei rischi potenziali connessi al loro utilizzo quotidiano, crea una significativa riduzione del numero di incidenti. Il numero di possibili contagi rimane tuttavia ancora troppo elevato per essere tollerabile.

Altra strada per cercare di arginare i contagi accidentali è l'utilizzo dei Dispositivi di protezione individuali (DPI), soluzione importante che non ha tuttavia dimostrato la capacità risolutiva sperata. Non fanno parte dei dispositivi di protezione individuali, ma contribuiscono alla riduzione degli incidenti a rischio biologico, anche i contenitori anti-taglio per lo smaltimento di aghi e taglienti, in cui devono essere collezionati i dispositivi dopo l'uso. L'uso di guanti, mascherine, camici e altri mezzi barriera è una componente importante delle procedure per la riduzione del rischio, ma non è da sola in grado di abbattere significativamente il numero degli incidenti.

1.4. I dispositivi medici protetti

La risposta dell'innovazione al problema sono i cosiddetti dispositivi medici protetti o *Needlestick Preventing Devices* (NPDs). Questi presidi sono stati studiati per minimizzare il rischio di punture accidentali, combinando evoluzione tecnologica e nuove procedure di impiego. Tali dispositivi inoltre non comportano una riduzione dell'efficienza della procedura in cui sono coinvolti: dopo un breve periodo di *training*, infatti, il loro utilizzo non richiede particolari raccomandazioni aggiuntive, né tempi di utilizzo superiori. Come tutte le nuove tecnologie, tuttavia, anche i NPDs richiedono delle precauzioni di utilizzo per fornire la protezione di cui sono capaci nella massima misura.

Numerose evidenze raccolte (Rogues *et al.*, 2004; Sinclair *et al.*, 2002; Console *et al.*,

2003; Inuma *et al.*, 2005) hanno mostrato come l'introduzione di alcune tipologie di NPD in diversi ambiti di utilizzo abbia prodotto una sensibile riduzione dell'insorgenza di incidenti, con percentuali che vanno dal 65% a quasi il 90%. Questi stessi dati mostrano inoltre come i migliori risultati si possono ottenere solo integrando un forte intervento formativo ed educativo all'utilizzo di tali dispositivi.

I maggiori esperti mondiali di sicurezza e le aziende che producono e distribuiscono i dispositivi protetti sono quindi d'accordo nell'individuare nell'azione sinergica di tutte le strategie descritte il metodo migliore per l'abbattimento e, in alcuni casi, per l'eliminazione del rischio di incidenti a rischio biologico. Sono necessari, contemporaneamente, la creazione e la diffusione di una «cultura della sicurezza», l'adozione di regole e procedure chiare, la strutturazione di una funzione aziendale dedicata e l'utilizzo dei dispositivi più moderni.

Si stima che il mercato dei dispositivi di sicurezza non conti più del 9%⁴ rispetto a quello degli equivalenti tradizionali, come evidenziato in **tabella 1**. Si tenga presente che questo valore medio risente molto della buona percentuale di conversione in una delle tre tipologie di dispositivi considerate; le due categorie residuali, che costituiscono la gran parte del mercato «tradizionale» (85% circa) presentano, nella categoria «sicuri», volumi di vendita assolutamente marginali. Un valore più prossimo al 6-7%, ottenuto mediante ponderazione per volumi, risulta pertanto essere una stima migliore del tasso di conversione ai dispositivi sicuri. La marginalità, rispetto al totale, dei volumi di fornitura descrive un mercato ancora in evoluzione. Tale aspetto si rispecchia inevitabilmente nelle dinamiche di costo di questi dispositivi, al momento sensibilmente superiori rispetto ai dispositivi tradizionali. Altri importanti fattori che determinano tali dinamiche sono ovviamente l'intrinseco contenuto tecnologico e di ricerca, nonché l'impegno in termini di formazione e *training* profuso dalle imprese fornitrici.

Ai fini di questo studio si è scelto di considerare soltanto i dispositivi dotati del maggior potere di trasmissione di patogeni ematici (quelli dotati di aghi cavi). Tali dispositivi sono stati poi raggruppati in tre categorie

Tabella 1

Rapporto volumi di vendita per categoria di prodotto

	Convenzionali	Safety	Rapporti safety/convenzionale	
	Volume	Volume	Costo ⁹	Volume
CVP	55.938.700 12,61%	1.935.900 6,63%	6,14	3,46%
Siringhe	315.197.980 71,06%	2.112.055 7,24%	5,31	0,67%
Prelievo	72.400.000 16,32%	25.130.000 86,13%	1,17	34,71%
Totale	443.536.680	29.177.955	4,87(*)	6,58%

(*) Costo medio dispositivi sicuri ottenuto mediante ponderazione per volumi di vendita (categoria «convenzionali»). La cifra non riflette alcun reale prezzo di listino, ma è un valore probabilistico («prezzo atteso»), necessario per esigenze di calcolo. Si sottolinea che nel computo sono considerati dispositivi con caratteristiche differenti, sia dal punto di vista del livello tecnologico che dell'efficacia, pertanto il rapporto incrementale non può essere applicato realmente ad alcun dispositivo.

(aghi e siringhe, dispositivi per prelievo, dispositivi per cateterismo venoso periferico).

2. Oggetto dello studio

2.1. Scopo dello studio

L'*end-point* primario dello studio è la realizzazione di un modello per la stima del costo sostenuto da un'Azienda sanitaria per la cura di una ferita accidentale, mediante sintesi e semplificazione delle fasi postesposizione descritte nella letteratura.

A questo primo obiettivo, si associano due importanti *end-point* secondari:

- quantificare le conseguenze dell'esposizione lavorativa accidentale ai tre principali e più diffusi patogeni trasmissibili per via ematica (HBV, HCV, HIV) ed esprimere i risultati sotto forma di «costo della mancata prevenzione», utilizzando il modello creato sulla base della letteratura internazionale e dei dati derivanti dallo Studio italiano sul rischio occupazionale da HIV (SIROH) e da aziende-campione;

- costruire scenari ed effettuare delle valutazioni in merito all'adozione, da parte di Aziende sanitarie, dei dispositivi di sicurezza per la prevenzione delle ferite accidentali da aghi.

Gli obiettivi di questo lavoro sono principalmente rivolti all'inquadramento economi-

co e quantitativo del fenomeno «puntura accidentale». Questo tipo di eventi, con un'incidenza bassa ma una numerosità complessiva importante, sono tipici ma non esclusivi del mondo ospedaliero e, particolarmente, di quelle attività che richiedono un utilizzo routinario di strumenti potenzialmente lesivi in ambiente non protetto.

Sebbene la loro efficacia sia scientificamente provata, uno dei principali ostacoli alla diffusione dei dispositivi protetti è rappresentato dal costo, a prima vista sensibilmente superiore rispetto agli equivalenti dispositivi tradizionali (non protetti). È impressione di alcuni esperti del settore che il maggiore esborso all'acquisto sia in qualche modo compensato dalla riduzione del numero di incidenti e delle possibili conseguenze di questi. La letteratura su quest'ultimo argomento non è tuttavia molto voluminosa e non permette un'analisi precisa, soprattutto se la necessità è quella di esprimere una valutazione adeguata al contesto italiano.

Il primo fine di questo studio è, quindi, la quantificazione del fenomeno «puntura accidentale» nel nostro Paese, con il doppio obiettivo di stimare la numerosità degli incidenti e di conoscerne le principali conseguenze. Per fare questo si è pensato di eseguire un'analisi sistematica della letteratura internazionale sull'argomento, unendola all'analisi approfondita del *database* dello Studio italiano rischio occupazionale da HIV e al parere di un gruppo di esperti.

In secondo luogo si è cercato di costruire un modello matematico dell'evento, dalla puntura accidentale fino al termine del *follow-up*, per studiare le diverse variabili che influiscono sulla catena di avvenimenti attivata dall'incidente. L'esigenza principe, in questa seconda fase, è stata la semplificazione del diagramma costruito, per ottenere una rappresentazione snella e immediata grazie a un opportuno accorpamento dei rami. Mediante tale modello, unito alle informazioni di natura economica, si vuole giungere alla quantificazione del costo per singolo evento accidentale, permettendo così una rappresentazione realistica dei costi sostenuti dalle Aziende sanitarie per la gestione degli incidenti a rischio biologico causati da aghi cavi.

Infine, considerati i risultati di questa analisi, si riporteranno i possibili esiti dell'introduzione dei dispositivi di sicurezza nelle aziende erogatrici di servizi sanitari per confrontare i costi della cura con quelli della prevenzione.

2.2. Materiali e metodi

Sono stati analizzati oltre duecentocinquanta studi, pubblicati su riviste mondiali, ricavati tramite i principali e diffusi motori di ricerca tematici⁵. Si è effettuata una revisione sistematica di 142 articoli recenti scelti quali fonte di dati e informazioni sulla base della data di pubblicazione, dell'attinenza dell'articolo all'argomento, dell'*impact factor* della rivista ospite. Di questi, il 20% è stato pubblicato nell'anno 2005 (28 articoli), il 30% nell'anno 2004 (43 articoli), il 20% nell'anno 2003 (28 articoli) e il 17% nell'anno 2002 (24 articoli). Come si può notare, oltre l'85% della letteratura consultata è più recente di 36 mesi. Gli articoli sono stati scritti per il 24% in Europa, per il 20% in Asia o Africa, per il 61% in America o Australia, il che riflette il livello di approfondimento e diffusione che, nei vari Paesi, è stato dato alla questione.

Per comprendere e valutare il fenomeno «puntura accidentale» si sono utilizzate tutte le fonti informative, tuttavia i diagrammi per la gestione dell'evento e delle sue conseguenze sono stati ricavati da letteratura di matrice europea, essendo tra i fini quello di contestualizzare il più possibile la ricerca all'ambiente ospedaliero Italiano.

Per l'analisi dei costi si è proceduto alla costruzione di un diagramma *ad hoc* (**allegato 1**) e si è cercato di modellizzare il fenomeno conservando al contempo le componenti di complessità e variabilità. I costi sono stati imputati dal punto di vista dell'Azienda sanitaria e, in ultima analisi, del Sistema sanitario nazionale.

Per ottenere una validazione del modello si è ricorso all'opinione di un *panel* di esperti⁶, suffragata dai dati di letteratura. Agli esperti è stato chiesto aiuto anche nella fase di compilazione della componente previsionale, per rendere quest'ultima quanto più fedele possibile alla reale evoluzione del fenomeno nel nostro Paese. Il modello numerico è stato poi testato sia con i dati di letteratura, sia con i dati reali di tre grandi ospedali italiani, per verificarne la bontà e l'attendibilità. Si è infine proceduto alla rifinitura del modello sulla base di questa esperienza.

I dati sui costi per le Aziende sanitarie derivano in parte dalle aziende stesse (costi variabili e costi di struttura) e in parte dalla Contrattazione collettiva nazionale (costo del lavoro).

I costi medi di mercato dei dispositivi sono invece stati forniti direttamente dalle aziende produttrici, mediante un'apposita matrice di ponderazione per volumi interni di vendita e facendo riferimento agli ultimi 12 mesi.

Se è scelto di escludere dalla valutazione i costi indiretti, data l'estrema variabilità che questi hanno nelle diverse Aziende sanitarie considerate. Da una prima stima su tre aziende campione, questa componente rappresenta mediamente una quota compresa tra il 5 e l'8% del costo totale.

Per permetterne una gestione più agevole, si sono raggruppati i dispositivi studiati nelle tre categorie siringhe/ago, dispositivi per cateterismo venoso periferico (CVP), dispositivi per prelievo. All'interno di ciascuna categoria sono stati poi eseguiti ulteriori raggruppamenti, per far sì che ogni dispositivo risultasse completo per lo scopo indicato e che a ciascuno corrispondesse la potenzialità di generare una ferita. A questo fine, a solo titolo di esempio, si sono raggruppati la camicia e l'ago a farfalla in un unico dispositivo per prelievo, la siringa e il relativo ago in un unico dispositivo nella categoria «siringhe». Questo tipo di accorpamenti è stato eseguito

tanto per i dispositivi di tipo convenzionale, quanto per quelli di tipo sicuro.

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata mediante il software «JMP 5.1.1» di SAS Institute Inc.

2.3. Limiti e vincoli dello studio

Lo studio è stato condotto seguendo i canoni della trasparenza e della scientificità; per la sua costruzione si è fatto riferimento ai testi più recenti in materia di valutazioni economiche in ambito sanitario. Esso presenta tuttavia dei limiti invalicabili, che si è cercato di volta in volta di ridurre senza tuttavia poterli eliminare:

- i dati di utilizzo assumono che la quantità di dispositivi acquistati durante i 48 mesi di osservazione retrospettiva corrisponda alla quantità di dispositivi utilizzati. Per ridurre l'approssimazione si è utilizzato un periodo superiore ai 12 mesi, eliminando poi le code della distribuzione ottenuta $(0,1)$ per minimizzare l'influenza che i valori estremi hanno sulla media;

- la modellizzazione effettuata nasce dall'esigenza di sfruttare un modello matematico semplificato. Si è infatti optato per un unico diagramma di flusso, comprensivo della gestione di tutte e tre le grandi patologie infettive considerate in seguito a puntura accidentale. Questo tipo di approccio presenta l'innegabile limite dell'approssimazione (stimata tra l'1% e il 5%, sia per la componente costi che per la componente frequenze), ma permette di costruire un albero decisionale utilizzabile efficacemente per descrivere il fenomeno, che senza quest'approssimazione sarebbe descritto da oltre 340 scenari differenti, il 60% dei quali con frequenze inferiori allo 0,001%;

- i dati utilizzati per rendere operativo il modello derivano in buona parte dalla casistica nazionale, ma in parte anche dalla letteratura internazionale, laddove i dati locali non siano disponibili. La revisione sistematica degli studi pubblicati, largamente eterogenei per dimensione del campione e potenza, rende il dato medio meno significativo, spostando l'attenzione sull'intervallo di confidenza. Un giudizio sull'attendibilità dei dati è stato richiesto al *panel* di esperti;

- per esigenze temporali lo studio è stato condotto in maniera retrospettiva (anche se i dati sono stati raccolti in maniera longitudinale), scontando la maggiore imprecisione di questa scelta rispetto al metodo prospettico, ma consentendo di raggiungere il risultato nel tempo a disposizione. Si sono continuamente confrontati i dati epidemiologici del SIROH con i dati internazionali pubblicati, assumendo di volta in volta, laddove possibile, il valore che determinava un incremento minore dei costi per il trattamento degli operatori esposti;

- nel costruire l'albero decisionale si è costantemente fatto riferimento alla *best practice*, adattandola alla realtà italiana con l'aiuto degli esperti;

- uno dei fattori possibili di riduzione dei costi dopo l'adozione dei dispositivi sicuri è la riduzione dei premi Inail. Questa è stata quantificata come 5% del premio complessivo stimato. Il calcolo del premio Inail è in realtà un processo complesso e frutto di numerosi coefficienti all'interno di ciascuna Azienda: per semplificare si è parametrizzato il premio a delle variabili conosciute (numero di dipendenti, incidentalità, numero di ricoveri), ricavando in maniera empirica delle costanti da utilizzare nel modello. Questa componente di riduzione dei costi risulta pertanto stimata per difetto, il che tuttavia coincide con la natura prudentiale delle stime effettuate;

- per quanto attiene ai costi di formazione, si è assunto che siano a carico dell'Azienda sanitaria solo le ore lavorative impiegate dai dipendenti per partecipare agli eventi formativi. Questo perché, dopo analisi di alcuni capitolati di gara e per dichiarazione delle stesse aziende produttrici, queste ultime tendono a offrire alle Aziende sanitarie clienti sia i prodotti che la formazione necessaria per utilizzarli.

Questo detto, si ritiene che l'analiticità con cui si sono studiati e descritti gli eventi, scomponendoli in fasi sequenziali e sottoponendo ciascuna di esse a controlli rigorosi e incrociati, faccia del modello creato un buono strumento per la stima della frequenza delle punture accidentali negli ospedali italiani e dei costi sostenuti per il management degli eventi ingiuriosi, in grado di fornire in

maniera chiara delle indicazioni sugli ordini di grandezza del fenomeno studiato.

3. Risultati

3.1. Il percorso diagnostico-terapeutico post-infortunio e il costo per la gestione di un incidente

Una volta individuato il numero complessivo di incidenti a rischio biologico che riguardano dispositivi dotati di aghi cavi, prima di procedere all'analisi dei costi è necessario un'ulteriore riflessione sulla gestione del singolo evento da parte delle Aziende ospedaliere.

L'obiettivo di questa fase è quello di tracciare un percorso-tipo, che rappresenti in maniera realistica il protocollo ottimale che un operatore sanitario infortunato dovrebbe seguire in caso di incidente a rischio biologico. La descrizione del percorso proseguirà parallelamente a quella dei costi, perché sia chiaro che la rappresentazione non è rivolta a descrivere la *best practice* sanitaria ma piuttosto a quantificare gli aspetti di tipo economico.

Utilizzando tutte le informazioni raccolte, i dati di letteratura, le correzioni derivate dalle interviste con le strutture ospedaliere e il *panel* di esperti e, in maggior misura, i dati del SIROH, si è compilato il modello numerico (**allegato 1**). Il diagramma allegato è costruito sulla base delle raccomandazioni europee ed è, per semplicità, suddiviso in quattro fasi:

- 1) Fase di notifica e inizio gestione dell'evento da parte dell'Azienda sanitaria;
- 2) Prevenzione dell'infezione da virus dell'epatite B;
- 3) Prevenzione dell'infezione da virus dell'epatite C;
- 4) Prevenzione dell'infezione da virus HIV.

Sebbene si sia scelto di tenere separate, per razionalizzare il calcolo, le routine dei tre patogeni principali, rappresentandole inoltre in sequenza, si precisa che esse devono di norma essere eseguite su tutti gli operatori esposti nelle percentuali indicate (Puro *et al.*, 2005). Nel 23% dei casi di esposizione, infatti, non è possibile risalire

allo stato sierologico della fonte (allegato 1, casella E).

Come già evidenziato nella metodologia, nei casi di discordanza tra le fonti informative si è scelto di utilizzare il dato prudenziale, quello cioè che determinava il minore incremento dei costi per la cura degli operatori esposti.

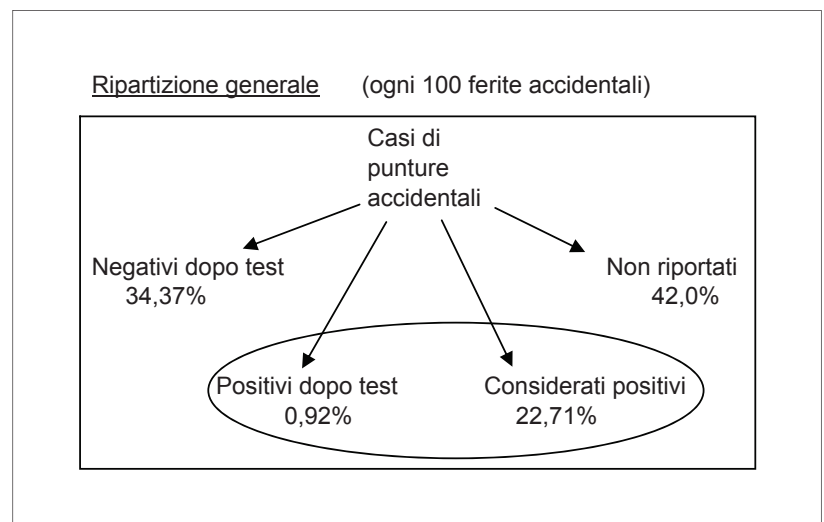
Fase di reporting

Con il tasso di notifica stimato per il nostro Paese (58%), una prevalenza dei tre patogeni nella popolazione ospedaliera dell'1,8% per HBV, del 3,5% per HCV e dello 0,8% per HIV, considerando che l'85% dei soggetti fonte è conosciuto e che il test HIV viene proposto ed eseguito sul 71% delle fonti note, si ottengono i risultati riportati in **figura 1** per la fase di notifica.

Si ricavano immediatamente almeno due informazioni:

- il 42% delle fonti si dimostra negativa a tutti e tre i patogeni considerati, il che si traduce in una relativa tranquillità per l'operatore esposto e non comporta spese ulteriori a quelle dei test;
- nonostante in realtà si abbiano solo 17 fonti positive ogni 1000, il 15% degli incidenti deve considerare la fonte come positiva, perché non nota o non testata. Questa percentuale influisce chiaramente molto sui costi imputabili alla diagnostica strumentale.

Figura 1
Stato delle fonti dopo la fase di notifica



Prevenzione dell'infezione da HBV

Per quanto riguarda l'epatite B, il 95,5% dei soggetti feriti vaccinati non necessita di attenzioni ulteriori essendo «responder»⁷; è stato calcolato che il 2,2% degli operatori feriti necessita di vaccinazione e immunizzazione passiva, non essendo vaccinato e non essendo noto lo stato sierologico della fonte. La sola vaccinazione sarà invece somministrata al 4,4% degli operatori feriti, sarà testato l'84% degli esposti e il 76% dei soggetti fonte. In caso di vaccinazione si è considerata una perdita di tempo lavorativo di 105 minuti (35 min × 3). Infine, si è previsto che il 47,3% degli operatori sanitari feriti sarà sottoposto a un *follow-up* ambulatoriale, semplificato in 2 visite da 18 minuti ciascuna e un test sierologico. Una sintesi grafica di questa fase della procedura si trova in **figura 2**.

Prevenzione dell'infezione da HCV

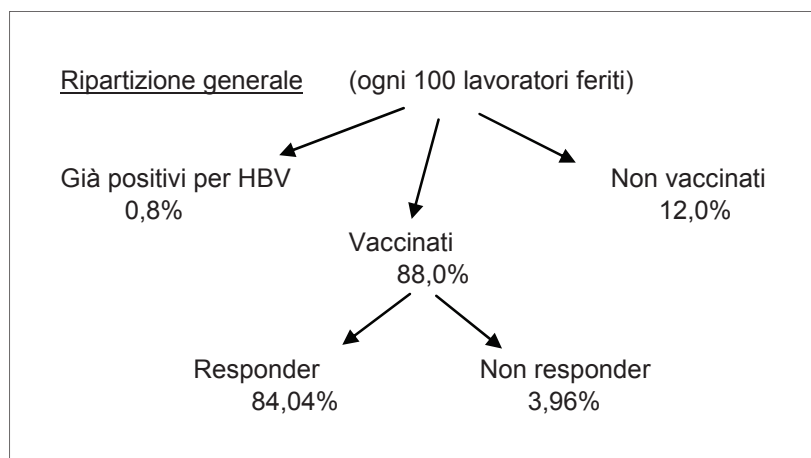
Per quanto riguarda l'epatite C, data l'assenza della vaccinazione, si sono quantificati i costi relativi ai test diagnostici (ripetuti 2 volte se la fonte è ignota o positiva) e dell'eventuale trattamento. Quest'ultimo, utile non per prevenire la trasmissione dell'infezione ma per ridurre le possibilità di cronicizzazione della malattia, nonostante il costo elevato viene somministrato solo allo 0,024% (Charles, 2003) degli operatori sanitari feriti, incidendo quindi in minima misura sul bilancio finale, ma potenzialmente in aumento stante le evidenze di letteratura. Si è inoltre

previsto che il 47% degli operatori feriti sarà sottoposto a *follow-up* ambulatoriale, semplificato in 2 visite da 18 minuti ciascuna e 2 test sierologici. La **tabella 2** rappresenta gli esiti di questa fase, espressi come numero di pazienti trattati rispetto al numero di pazienti che iniziano la procedura.

Prevenzione dell'infezione da HIV

In questo caso si è prevista, oltre alla visita iniziale immediatamente conseguente all'incidente, un ulteriore consulto utile per consigliare o meno la profilassi postesposizione, per i casi considerati a rischio (fonte positiva o sconosciuta). Si è calcolato che al 12% degli operatori che giungono al consulto (= al 5% degli esposti) viene effettivamente somministrata una profilassi farmacologica; l'accettabilità della PEP è risultata essere del 3,6% nei casi con fonte HIV negativa e del 58,6% nei casi con fonte HIV positiva. Si è assunto che per la profilassi vengano somministrati tre farmaci nell'80% dei casi (nonostante le raccomandazioni), 2 farmaci nei casi restanti. Nonostante la profilassi possa venire interrotta a causa degli effetti collaterali ovvero per negatività della fonte ai test sierologici, si è previsto che le dosi di farmaco non vengano reintegrate nelle scorte ospedaliere, considerandole quindi come interamente utilizzate in tutti i casi. Si è infine previsto un *follow-up*, costituito da 3 visite da 18 minuti ciascuna e 3 test sierologici per il 70% degli operatori feriti. Si è inoltre prevista la perdita di 3 giornate lavorative a causa degli effetti collaterali della profilassi.

Figura 2
Esito routine HBV



Costo complessivo

Utilizzando come basi i dati ottenuti dal modello e i costi analitici schematizzati nell'**allegato 2**, uniti alle stime delle giornate lavorative perse a causa di infortuni a rischio biologico fornite dalle Aziende sanitarie intervistate, si ottiene una prima quantificazione dell'evento studiato. È necessario tenere presente che il lavoro è volto a quantificare il costo sostenuto dalle Aziende sanitarie e dal Ssn; si è pertanto scorporata la quota di spesa a carico dal singolo lavoratore, ottenendo questi totali, ripartiti per fase e tipologia; i risultati sono visibili in **tabella 3**.

Accanto a ciascuna voce è indicato il peso che essa ha nel determinare la cifra finale. Si noterà inoltre che i costi indiretti sono pari a zero: come già discusso si è deciso di tenere questa componente al di fuori delle valutazioni generali, data l'oggettiva difficoltà di ricondurre buona parte dei costi indiretti al singolo incidente, da parte delle Aziende sanitarie. Il modello è tuttavia in grado di comprendere anche questa componente di spesa.

Il costo per la gestione di un singolo incidente da parte dell'Azienda sanitaria è risultato essere di circa 850 €. Per aver tenuto separati i costi indiretti questo valore ha un margine di incertezza relativamente basso (< 7,5%) in Aziende diverse. La forchetta di spesa varia invece da un minimo di 750 € ad un massimo di 1.320 €, valori riferiti alla gestione di casi differenti (fonte nota negativa, operatore vaccinato vs. fonte nota positiva a HCV+HIV, operatore non vaccinato).

3.2. Applicazione del modello alla realtà nazionale

Provando ad applicare questi risultati all'intero Sistema sanitario nazionale, considerata la maggiore imprecisione che questa

	%
Test Fonte	77,74%
Test Operatore t0	95,25%
Test Controllo Operatore	86,82%
Trattamento 24 sett	0,024%
Follow-up	46,76%

operazione comporta, si stima che ogni anno in Italia vengano spesi almeno 36 milioni di euro per far fronte alle conseguenze delle ferite accidentali da aghi cavi.

Altro dato interessante è che, con l'adozione di opportuni piani di prevenzione, formazione e introduzione dei dispositivi sicuri, si potrebbero evitare fino a 53.000 incidenti a rischio biologico, 550.000 ore lavorative perse e 16.000 giornate di malattia. Come riportato in **tabella 4**, oltre ai benefici di natura misurabile, si dovrebbe considerare che adottando le opportune precauzioni si potrebbe evitare che decine di migliaia di operatori subiscano ogni anno la tortura psicologica di attendere il risultato di un test sierologico, nonché gli effetti indesiderati di migliaia di profilassi post-esposizione evitabili.

Tabella 2

Esito routine HCV
(percentuali del totale
pazienti sottoposti
ad accertamenti per HCV)

Costo routine evento (per fase)			
Reporting	39,72	4,66%	
HBV	150,73	17,69%	
HCV	337,24	39,59%	
HIV	324,23	38,06%	
TOT	851,92		€/evento riportato € 749,69 € 1.320,48
Costo routine evento (per tipologia di costi)			
Costi diretti sanitari	586,46	68,84%	
Costi indiretti	0,00	0,00%	
Costi non sanitari	265,47	31,16%	
TOT	851,92		€/evento riportato

Tabella 3

Costo complessivo
dell'evento lesivo,
per società (alto)
e Ssn (basso)

Tabella 4

Possibili conseguenze dell'introduzione di NPD in Italia

ATTUALE	Numero dispositivi utilizzati/anno	450.000.000	
	Tasso di notifica medio	58%	
	Eventi segnalati/100.000 aghi	7,8	
	Totale eventi segnalati	35.100	/anno
	Totale stimato eventi (NSI)	60.517	/anno
	Costi generati da ogni singolo evento	1.023,99	
	Impatto attuale eventi NSI riportati	€ 35.942.146	
	Impatto potenziale eventi NSI totali	€ 61.969.218	
CONVERSIONE	Riduzione incidenti notificati	30.888	/anno
	Incidenti totali evitati	53.255	/anno
	Infezioni HCV evitate	Fino a 44,38	/5 anni
	Infezioni HIV evitate	Fino a 3,55	/5 anni

3.3. L'impatto economico dei dispositivi di sicurezza NPD

Se si considerano validi i risultati di questa prima parte dello studio, quantomeno nel fornire un ordine di grandezza al fenomeno, se cioè si condividono i metodi e i limiti dichiarati, è possibile provare a disegnare degli scenari utilizzando questi risultati come base.

La singola Azienda sanitaria che voglia investire in sicurezza avrà in questa maniera un'idea più precisa dell'impatto che tale scelta potrebbe avere sui propri bilanci.

Le informazioni necessarie per una prima valutazione dell'impatto economico dei dispositivi studiati sono:

- il numero di incidenti che si verificano in un anno;
- il numero di dispositivi utilizzati in un anno;
- il numero di dipendenti esposti al rischio biologico, stratificato per categoria professionale;
- il premio Inail aziendale, riferito alla posizione assicurativa del personale.

Altri elementi aggiuntivi, utili per l'affinamento della stima dei costi incrementali, sono rappresentati da:

- costo d'acquisto dei dispositivi convenzionali;
- costo d'acquisto dei dispositivi sicuri;
- costo orario del personale;

- tasso di sottonotifica stimato;
- ripartizione dei dispositivi medici acquistati nelle tre categorie considerate;
- prevalenza dei tre patogeni considerati nella popolazione generale e in quella ospedaliera;
- tasso vaccinale (HBV) del personale, eventualmente stratificato per categoria professionale;
- costo dei farmaci utilizzati per vaccinazioni e profilassi;
- tempo impiegato nelle varie fasi del processo;
- *compliance* degli operatori sanitari alla profilassi postesposizione;
- percentuale di fonti conosciute/totale degli incidenti segnalati;
- percentuali di fonti testate per ciascuno dei tre patogeni ed esito dei test;
- eventuale stima dei costi indiretti.

Sono inoltre possibili personalizzazioni di tutti i rami dell'intero albero decisionale del modello, sulla base dei valori derivanti dell'eventuale misurazione dei fenomeni rappresentati, effettuata nella singola azienda sanitaria. Per tutti questi parametri si forniscono, infine, un valore di riferimento e un intervallo di variabilità, che consentono di effettuare la simulazione anche in assenza del dato aziendale preciso.

Si riportano a titolo esemplificativo, nella **tabella 5**, i risultati ottenuti mediante applicazione del modello a due strutture ospeda-

Tabella 5

Impatto dei dispositivi di sicurezza in due Aziende sanitarie

	Azienda 1	Azienda 2
Tasso di reporting	58%	58%
Numero dispositivi utilizzati	1.000.000	300.000
Eventi segnalati / 100.000 dispositivi	7,8	18,4
Eventi segnalati / 100 lavoratori	4,5	12,3
Eventi riportati s/NPD	78,0	55,2
Eventi riportati c/NPD	9,4	6,6
Costo gestione eventi s/NPD	€ 66.450,09	€ 47.026,22
Costo gestione eventi c/NPD	€ 7.974,01	€ 5.643,15
Costo acquisto dispositivi sicuri	€ 296.950,00	€ 89.085,00
Costo acquisto dispositivi non sicuri	€ 84.700,00	€ 25.410,00
Riduzione premio INAIL	€ 77.500,00	€ 11.500,00

Incidenti potenziali	134	95
Incidenti evitabili	118,3	83,8
Incidenti riportati evitabili	68,6	48,6
Ore lavorative perse evitabili (*)	2448	1732
Giornate di malattia evitabili (**)	33,1	23,4
Infezioni HCV evitabili	Fino a 1 ogni 4 anni	Fino a 1 ogni 6 anni
Profilassi HIV evitabili	Fino a 4,27	Fino a 3,02
Infezioni HIV evitabili	Fino a 1 ogni 13 anni	Fino a 1 ogni 18 anni

Costi sorgenti	212.250,00 €	63.675,00 €
Costi cessanti	- 135.976,08 €	- 52.883,07 €
Impatto economico NPDs	76.273,92 €	10.791,93 €
<i>best scenario</i>	67.693,10 €	9.577,84 €
<i>worst scenario</i>	79.813,03 €	11.292,67 €

Costo management di una ferita	€ 851,92	€ 851,92
Costo prevenzione di una ferita	€ 644,51	€ 128,86
Costo prevenz. di una ferita riportata	€ 1.111,22	€ 222,17

riere selezionate casualmente, per illustrare l'output del simulatore:

1) Azienda ospedaliera monovocazionale, 200 posti letto, 50% dei ricoveri chirurgici, alta incidentalità concentrata prevalentemente su un solo tipo di dispositivo;

2) Azienda ospedaliera con 900 posti letto, dotata di tutte le specialità, incidentalità nella media.

3.4. Analisi di sensibilità

Si è cercato di disegnare il modello in maniera che non risentisse delle variazioni dei

principali parametri stimati; in tal modo si è ottenuto un sistema robusto, basato prevalentemente su osservazioni empiriche e quindi rispondente alla realtà italiana studiata. Come si può notare (tabella 6), il costo per la gestione di una ferita riportata non cambia al variare dei tre valori stimati con maggiore tasso di incertezza. Si è inoltre testata la sensibilità di un'altra parte del simulatore, quella diretta a quantificare il costo per la prevenzione di ciascun singolo evento accidentale. Questo secondo valore, trattandosi di elemento previsionale, risente delle variazioni dei parametri principali in maniera più sensibile.

Tabella 6

Analisi della sensibilità del modello realizzato

	Best		Studio		
Tasso di notifica					
Tasso di notifica	80	70	58	50	45
Costo incr. prevenz. ferita riportata	1025,40	1025,40	1025,40	1025,40	1025,40
Costo gestione di una ferita	851,92	851,92	851,92	851,92	851,92
Costo incr. prevenzione di una ferita	820,3306	717,789	594,74	512,707	461,436
(*) Efficacia dispositivi = 88%					
(**) 7,6 eventi segnalati / 100.000 dispositivi					
Numero di eventi					
Eventi riportati / 100.000 dispositivi	14,9	9,2	7,6	6,7	5,5
Costo gestione di una ferita	851,92	851,92	851,92	851,92	851,92
Costo incr. prevenzione di una ferita	37,05	397,13	594,74	750,01	1015,87
(*) Efficacia dispositivi = 88%					
Riduzione premi INAIL					
Riduzione del premio INAIL (%)	8,00	6,50	5,00	3,50	1,50
Costo gestione di una ferita	851,92	851,92	851,92	851,92	851,92
Costo incr. prevenzione di una ferita	201,8201	398,28	594,74	791,199	1053,146
(*) Efficacia dispositivi = 88%					
(**) 7,6 eventi segnalati / 100.000 dispositivi					

4. Conclusioni

Gli eventi studiati, esposizioni accidentali a patogeni trasmissibili per via ematica, hanno dimostrato di avere una fenomenologia importante sia dal punto di vista economico che, anche e soprattutto, da quello sociale: ogni anno decine di migliaia di operatori sanitari vivono periodi più o meno lunghi nel timore di aver contratto una patologia infettiva non guaribile a seguito di un (apparentemente) banale e, soprattutto, evitabile, incidente lavorativo.

La prima considerazione che emerge dalla ricerca riguarda il grado di aderenza che le diverse Aziende sanitarie hanno nei confronti delle linee guida internazionali. Per il calcolo dei costi si è scelto di considerare tali raccomandazioni come universalmente ap-

plicate, ma durante le interviste informative con le Aziende sono emerse forti diversità e – in alcuni casi – franche opposizioni alle indicazioni della letteratura. Le conseguenze dirette di comportamenti simili sono in primo luogo la verosimile minore efficacia clinica dei protocolli post-esposizione applicati e, in secondo luogo, la minore efficienza, intesa come rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti. Sarebbe quindi auspicabile, in primo luogo, un intervento informativo che metta in grado tutte le strutture sanitarie di usufruire dello stesso patrimonio di conoscenze e applicare le stesse raccomandazioni. È stato infatti già dimostrato come la causa organizzativa rappresenti spesso il principale vincolo alla buona riuscita dei piani per la sicurezza.

Tale aspetto impatta in maniera importante sulla volontà da parte degli operatori di dichiarare l'avvenuto incidente. Il tasso di notifica è uno dei determinanti principali della spesa legata a questi incidenti. Se da una parte, infatti, si può affermare che nella realtà dei fatti, soltanto gli incidenti effettivamente notificati generano dei costi reali a carico della struttura sanitaria in quanto luogo di lavoro, gli interventi di prevenzione, in particolare l'utilizzo di NPD in contesti adeguatamente formati, producono un effetto di riduzione su tutti gli incidenti, non solo su quelli notificati. È anche vero che tale tasso di notifica aumenta a seguito di adeguati interventi formativi, generando maggiori costi reali per la struttura, ma diminuendo i rischi reali per la salute collettiva (in termini clinici e di costo) legati alla possibilità che operatori feriti non sottoposti a protocolli post-esposizione, contraggano patologie infettive e fortemente invalidanti.

La questione poi della responsabilità giuridica da parte dell'Azienda che non mette i propri dipendenti nelle condizioni di massima sicurezza lavorativa possibili, merita di certo attenzione: in primo luogo perché esiste una categoria di persone che, non direttamente coinvolte nell'utilizzo dei dispositivi, può comunque subire le conseguenze di una puntura accidentale. In questa categoria rientrano i lavoratori che fanno parte dei servizi di lavanderia, smaltimento rifiuti, lavaggio e igienizzazione degli ambienti e delle attrezzature e, più in generale, tutti coloro che intervengono nelle fasi successive all'utilizzo dei dispositivi medici oggetto di studio. La seconda faccia di questa medaglia è il possibile contenzioso legale: si è già detto di come la giurisprudenza recente mostri una particolare propensione alla tutela del lavoratore ingiustamente danneggiato; se a questo si aggiunge la sempre maggiore consapevolezza degli operatori sanitari in tema di sicurezza, non è poi così azzardato prevedere un aumento delle richieste di indennizzo proporzionale a questo fenomeno. Per chiarire il concetto, si stima che una sola causa persa in 10 anni potrebbe costare ad un ospedale di medie dimensioni ben più dell'acquisto dei dispositivi protetti per l'intero periodo.

Nonostante gli sforzi informativi e la bontà dei programmi di prevenzione messi in atto da alcune Aziende sanitarie, esistono numerosi fattori organizzativi che possono

influenzare l'aderenza dei lavoratori alle raccomandazioni. Fra questi la frequenza degli eventi formativi, la facilità nel reperire presidi protettivi, la facilità d'utilizzo di questi ultimi, le modalità di gestione degli incidenti, la frequenza dei controlli e il supporto generale fornito alla sicurezza. Investire, fra l'altro, in tutti questi ambiti è l'unica garanzia per la riuscita degli sforzi preventivi. Un programma integrato di protezione dei lavoratori è il migliore approccio possibile per un'Azienda che intenda ottenere risultati misurabili, considerata la generale scarsa aderenza sia alle misure preventive pre-esposizione, sia a quelle post-esposizione.

I dispositivi medici NPD offrono una protezione meccanica valida dal rischio di puntura accidentale, consentendo un abbattimento del rischio fino al 98-100%, se utilizzati correttamente e all'interno di un più vasto programma per la sicurezza, comprendente formazione e precauzioni generali.

Si può ragionevolmente quantificare il costo per la gestione di ciascun singolo evento accidentale a rischio biologico nell'intervallo 750-1.320 €, con valore medio probabilistico intorno a 850 €. A tale importo vanno sommati i costi sociali per la cura delle eventuali sier conversionsi e buona parte dei costi indiretti, troppo difficilmente riconducibili agli eventi accidentali nelle diverse Aziende sanitarie con i dati a disposizione e pertanto non considerati in questo studio, nonché i costi legati agli eventuali indennizzi che le Aziende sanitarie potrebbero essere tenute a pagare per non aver messo i propri dipendenti nelle condizioni di massima sicurezza.

A fronte di questa spesa, e considerata la possibilità di porre rimedio all'elevato numero di incidenti, è nostra impressione che sia necessario definire un limite di intervento, per contenere entro quella cifra ogni azione che voglia definirsi economicamente sostenibile. Affinché un intervento per la prevenzione delle ferite accidentali risulti costo efficace, è infatti necessario che il costo incrementale per ciascuna puntura evitata sia uguale o inferiore agli 851 €; in altri termini, se si attribuisce ad ogni incidente un valore pari al costo sostenuto per la sua cura, un intervento preventivo risulta costo efficace quando, per ogni euro speso nella prevenzione di eventi lesivi, esso contribuisce all'abbattimento di un euro delle spese per la loro cura.

Note

1. 7-8 incidenti ogni 100.000 dispositivi utilizzati/anno: un fenomeno a bassa incidenza presenta una innegabile importanza, data la numerosità degli aghi utilizzati: in Italia si stima un utilizzo annuo complessivo di 450-500 milioni di dispositivi, nelle categorie considerate da questo studio. Questo numero può anche essere letto come ca. 1000 dispositivi/operatore sanitario/anno, ovvero ca. 6 dispositivi/giornata di degenza (elaborazione Assobiomedica, 2006 su dati SIROH).
2. Studio italiano finanziato dal Ministero della sanità, con una copertura temporale di quasi 20 anni e un'estensione territoriale di oltre 50 centri sul territorio Italiano; viene considerato il riferimento primo a livello nazionale sul rischio biologico in ambiente ospedaliero, per completezza e autorevolezza.
3. Tra la fine anni '80 e l'inizio del decennio successivo, questa precauzione è stata adottata da gran parte delle strutture sanitarie statunitensi e, in seguito, europee e italiane. Purtroppo, tuttavia, non tutti gli operatori sanitari seguono questa indicazione e, ancora oggi, esistono incidenti a rischio biologico conseguenti al reincappucciamento degli aghi utilizzati.
4. Stime del mercato Italia al 12/2005, riferite ai volumi di vendita, per le Aziende considerate. Intervallo di riferimento: 0,67%÷34,71% a seconda della tipologia di dispositivi.
5. Medline, Embase, the Cochrane Collaboration Database e altri. Principali chiavi di ricerca utilizzate: «Needle stick cost», «Needle stick prevention», «Needle stick injuries», «Needle stick AND HIV», «Needle stick AND hepatitis», «Needle stick reporting», «Cost effective needle stick», «Needle stick risk assessment» e altre.
6. Sette persone, operanti a vari livelli in strutture del Ssn, con esperienze in ambito clinico, infettivologico, normativo, epidemiologico. Si sono incontrati gli esperti, mediamente, 4 volte (1 prima dell'inizio dei lavori per ottenere una prima valutazione sul progetto di studio, 2 durante la raccolta delle informazioni e la costruzione del modello, l'ultima a studio concluso per strutturare e approvare le conclusioni).
7. È definito «responder» un individuo che, in seguito alla vaccinazione, acquisisce una protezione permanente dal virus dell'epatite B.

B I B L I O G R A F I A

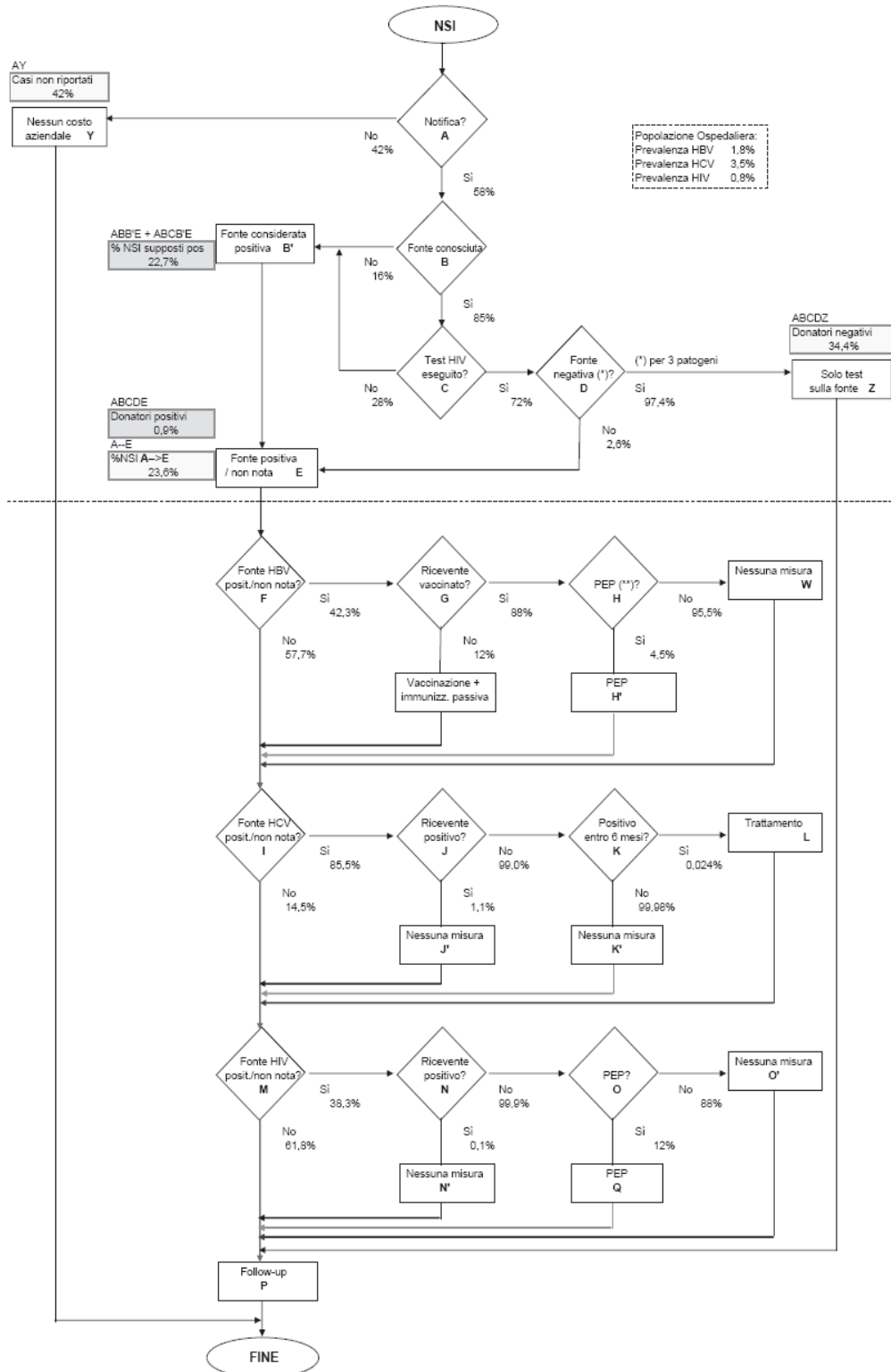
- CHARLES P.G., ANGUS P.W., SASADEUSZ J.J., GRAYSON M.L. (2003), «Management of healthcare workers after occupational exposure to hepatitis C virus», *Med J Aust*, Aug 4, 179(3), pp. 153-7.
- CHUNG H., KUDO M., KUMADA T., KATSUSHIMA S., OKANO A., NAKAMURA T., OSAKI Y., KOHIGASHI K., YAMASHITA Y., KOMORI H., NISHIUMA S. (2003), «Risk of HCV transmission after needlestick injury, and the efficacy of short-duration interferon administration to prevent HCV transmission to medical personnel», *J. Gastroenterol.*, 38(9), pp. 877-9.
- CONSOLE E., DEL GIUDICE G. *et al.* (2003), «Esperienza multicentrica sull'introduzione dei dispositivi medici per la prevenzione della puntura accidentale», *Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere*, 10(3), pp. 120-125.
- DE CARLI G., PURO V., IPPOLITO G. (2003), «Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV Group. Risk of hepatitis C virus transmission following percutaneous exposure in healthcare workers», *Infection*, Dec 31. Suppl., 2, pp. 22-7.
- DE CARLI G., PURO V., SCOGNAMIGLIO P., IPPOLITO G. (2003), «Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV; European Group for the Standardization of the Management of Occupational Exposure to HIV/Blood-Borne Infections. Infection with hepatitis C virus transmitted by accidental needlesticks», *Clin. Infect Dis.*, Dec. 15, 37(12), pp. 1718-9.
- IINUMA Y., IGAWA J., TAKESHITA M., HASHIMOTO Y., FUJIHARA N., SAITO T., TAKAKURA S., ICHIYAMA S. (2005), «Passive safety devices are more effective at reducing needlestick injuries», *J. Hosp. Infect.*, Sep 12.
- IPPOLITO G., DE CARLI G., PURO V. *et al.* (1994), «Device-specific risk of needlestick injury in Italian health care workers», *JAMA*, Aug. 24-31, 272(8), pp. 607-10.
- JAGGER J., PURO V., DE CARLI G. (2002), «Occupational transmission of hepatitis C virus», *JAMA*, Sep. 25, 288(12), p. 1469.
- LOUIE T. (2005), «Occupational hazards», *N. Engl. J. Med.*, Aug 25, 353(8), pp. 757-9.
- LUNSK A.J. (2002) «Occupational transmission of hepatitis C virus», *JAMA*, Sep. 25, 288(12), p. 1469.
- PURO V., CICALINI S., DE CARLI G. *et al.* (2004), «Post-exposure prophylaxis of HIV infection in healthcare workers: recommendations for the European setting», *Eur. J. Epidemiol.*, 19(6), pp. 509-11.
- PURO V., DE CARLI G., CICALINI S. *et al.* (2005), «European recommendations for the management of healthcare workers occupationally exposed to hepatitis B virus and hepatitis C virus», *Euro Surveill.*, 10(10).
- PURO V., DE CARLI G., PETROSILLO N., IPPOLITO G. (2001), «Risk of exposure to bloodborne infection for Italian healthcare workers, by job category and work area. Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV Group», *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, Apr. 22(4), pp. 206-10.
- PURO V., DE CARLI G., ORCHI N. *et al.* (2001), «Short-term adverse effects from and discontinuation of antiretroviral post-exposure prophylaxis», *J. Biol. Regul. Homeost. Agents*, Jul-Sep, 15(3), pp. 238-42.

- ROGUES A.M., VERDUN-ESQUER C., BUISSON-VALLES I., LAVILLE M.F., LASHERAS A., SARRAT A., BEAUDELLE H., BROCHARD P., GACHIE J.P. (2004), «Impact of safety devices for preventing percutaneous injuries related to phlebotomy procedures in health care workers», *Am. J. Infect. Control*, Dec. 32(8), pp. 441-4.
- SINCLAIR R.C., MAXFIELD A., MARKS E.L., THOMPSON D.R., GERSHON R.R. (2002), «Prevalence of safer needle devices and factors associated with their adoption: results of a national hospital survey», *Public Health Rep.*, Jul.-Aug., 117(4), pp. 340-9.
- TARANTOLA A., RACHLINE A. (2005), «Surveillance and training, not postexposure prophylaxis, are the basis for the prevention of occupational infection by blood-borne pathogens in developing countries», *J. Hosp. Infect.*, May, 60(1), pp. 91-2.
- TRIM J.C. (2004), «Raising awareness and reducing the risk of needlestick injuries», *Prof. Nurse*, Jan., 19(5), pp. 259-64.
- Bibliografia generale**
- ALLAN J. (2005), «Exposure to blood or body fluids: management for health care», *Nurs. Times*, Sep 27-Oct 3, 101(39), pp. 50-1.
- ARMSTRONG S.E. (1991), «The cost of needle-stick injuries: the impact of safer medical devices», *Nurs. Econ.*, Nov.-Dec., 9(6), pp. 426-30, 433.
- AZAP A., ERGONUL O., MEMIKOGLU K.O., YESILKAYA A., ALTUNSOY A., BOZKURT G.Y., TEKELI E. (2005), «Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey», *Am. J. Infect. Control.*, Feb., 33(1), pp. 48-52.
- BALDO V., FLOREANI A., DAL VECCHIO L., CRISTOFOLLETTI M., CARLETTI M., MAJORI S., DI TOMMASO A., TRIVELLO R. (2002), «Occupational risk of blood-borne viruses in healthcare workers: a 5-year surveillance program», *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, Jun., 23(6), pp. 325-7.
- BEHRMAN A.J., ALLAN D.A. (2004), «Occupational exposure to bloodborne pathogens», *Ann. Intern. Med.*, Mar. 16, 140(6), p. 492.
- BELTRAMI E.M., LUO C.C., DE LA TORRE N., CARDO D.M. (2002), «Transmission of drug-resistant HIV after an occupational exposure despite postexposure prophylaxis with a combination drug regimen», *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, Jun., 23(6), pp. 345-8.
- BREWER S. (2003), «Risks and effects of sharps injuries», *Nurs. Times*, Sep. 16-22, 99(37), p. 46.
- CASTELLA A., VALLINO A., ARGENTERO P.A., ZOTTI C.M. (2003), «Preventability of percutaneous injuries in healthcare workers: a year-long survey in Italy», *J. Hosp. Infect.*, Dec., 55(4), pp. 290-4.
- CERVINI P., BELL C. (2005), «Brief report: needlestick injury and inadequate post-exposure practice in medical students», *J. Gen. Intern. Med.*, May, 20(5), pp. 419-21.
- COHEN A., EYMARD N. (2002), «Rights and responsibilities in cases of blood exposure accidents», *Soins*, Dec. (671), pp. 47-9.
- COOLEY C., GABRIEL J. (2004), «Reducing the risks of sharps injuries in health professionals», *Nurs. Times*, Jun. 29-Jul. 6, 100(26), pp. 28-9.
- COOPER E.E., BLAMEY S.L. (2003), «Occupational exposure to HIV: response to a system failure», *Med. J. Aust.*, Aug. 4, 179(3), pp. 162-3.
- DAS S. (2002), «Accidental cuts and injuries», *Occup. Health Saf.*, Jul., 71(7), p. 10.
- DEBNATH D. (2000), «Improving reporting of sharp injuries», *Hosp. Med.*, Dec., 61(12), pp. 852-4.
- DOEBBELING B.N. (2003), «Lessons regarding percutaneous injuries among healthcare providers», *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, Feb., 24(2), pp. 82-5.
- ELLIOTT S.K., KEETON A., HOLT A. (2005), «Medical students' knowledge of sharps injuries», *J. Hosp. Infect.*, Aug., 60(4), pp. 374-7.
- ENGLISH J.F. (1992), «Reported hospital needlestick injuries in relation to knowledge/skill, design, and management problems», *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, May 13(5), pp. 259-64.
- FISMAN D.N., MITTLEMAN M.A., SOROCK G.S., HARRIS A.D. (2002), «Willingness to pay to avoid sharps-related injuries: a study in injured health care workers», *Am. J. Infect. Control*, Aug. 30(5), pp. 283-7.
- LOUIE T. (2005), «Occupational hazards», *N. Engl. J. Med.*, Aug. 25, 353(8), pp. 757-9.
- MARINI M.A., GIANGREGORIO M., KRASKINSKI J.C. (2004), «Complying with the Occupational Safety and Health Administration's Bloodborne Pathogens Standard: implementing needleless systems and intravenous safety devices», *Pediatr. Emerg. Care*, Mar., 20(3), pp. 209-14.
- MASIA M.D., CASTIGLIA P., BUSONERA B., VALCA D., MAIDA I., MURA I. (2004), «Survey on accidental exposure to biological materials in the Hospital-University Complex of Sassari during the period 1995-2000», *Ann. Ig.*, Jan.-Apr., 16(1-2), pp. 365-73.
- MCADAM T.K., MCLAUGHLIN R.E., MCNICHOLL B. (2002), «Are we getting the point? Needlestick injuries-an ongoing problem», *Int. J. STD AIDS*, Jul., 13(7), pp. 453-5.
- NELSON R. (2004), «Needlestick injuries: going but not gone?», *Am. J. Nurs.*, Nov., 104(11), pp. 25-6.
- PANLILIO A.L., ORELIE J.G., SRIVASTAVA P.U., JAGGER J., COHN R.D., CARDO D.M., NaSH Surveillance Group, EPINet Data Sharing Network, (2004), «Estimate of the annual number of percutaneous injuries among hospital-based healthcare workers in the United States, 1997-1998», *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, Jul. 25(7), pp. 556-62.
- PATTERSON J.M., NOVAK C.B., MACKINNON S.E., ELLIS R.A. (2003), «Needlestick injuries among medical students», *Am. J. Infect. Control*, Jun, 31(4), pp. 226-30.
- PERRY J., JAGGER J. (2002), «Safer needles: not optional», *Nursing*, Oct., 32(10), pp. 20, 22.
- PERRY J., JAGGER J. (2005), «Sharps safety update: «Are we there yet?», *Nursing*, Jun., 35(6), p. 17.
- PETRUK J. (2003), «Sharps injuries. Time to change our equipment and attitudes», *Can Nurse*, Oct., 99(9), pp. 18-22.
- SHARMA S. (2005), «Safe and newer injection technologies», *J. Indian Med. Assoc.*, Apr., 103(4), pp. 215-6, 218, 221.
- SHELTON P., ROSENTHAL K. (2004), «Sharps injury prevention: select a safer needle», *Nurs Manage*, Jun., 35(6), pp. 25-31.

- SINDONI L., CALISTO M.L., ALFINO D., CANNARO G., GRILLO C.O., SQUERI L., SPAGNOLO E.V. (2005), «Retrospective survey on epidemiologic monitoring of accidents due to professional exposure to biological agents in A.O.U. «G. Martino» of Messina, Italy», *Ann. Ig.*, Jan.-Feb., 17(1), pp. 67-74.
- SOHN S., EAGAN J., SEPKOWITZ K.A., ZUCCOTTI G. (2004), «Effect of implementing safety-engineered devices on percutaneous injury epidemiology», *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, Jul., 25(7), pp. 536-42.
- SOHN S., EAGAN J., SEPKOWITZ K.A. (2004), «Safety-engineered device implementation: does it introduce bias in percutaneous injury reporting?», *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, Jul. 25(7), pp. 543-7.
- SOLANO V.M., HERNANDEZ M.J., MONTES F.J., ARRIBAS J.L. (2005), «Update of the cost of needlestick injuries in hospital healthcare personnel», *Gac. Sanit.*, Jan.-Feb., 19(1), pp. 29-35.
- STOKER R. (2005), «Sticking to OSHA guidelines», *Mater Manag. Health Care*, Mar., 14(3), pp. 33-4.
- TRIM J.C., ELLIOTT T.S. (2003), «A review of sharps injuries and preventative strategies», *J. Hosp. Infect.*, Apr., 53(4), pp. 237-42.
- VAUGHN T.E., MCCOY K.D., BEEKMANN S.E., WOOLSON R.E., TORNER J.C., DOEBBELING B.N. (2004), «Factors promoting consistent adherence to safe needle precautions among hospital workers», *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, Jul., 25(7), pp. 548-55.
- WATTERSON L. (2004), «Monitoring sharps injuries: EPI-Net surveillance results», *Nurs. Stand.*, Sept. 29-Oct. 5, 19(3), pp. 33-8.
- WILBURN S.Q., EIJKEMANS G. (2004), «Preventing needlestick injuries among healthcare workers: a WHO-ICN collaboration», *Int. J. Occup. Environ Health*, Oct.-Dec., 10(4), pp. 451-6.

ALLEGATO 1

Diagramma base dell'evento lesivo (NSI)



ALLEGATO 2

Basi analitiche per il calcolo dei costi

Ref.	Descrizione		
I	Generale		
I.I	Costo orario infermiere		26,75 €/h
I.II	Costo orario medico		42,80 €/h
I.III	Costo orario altro op.		16,06 €/h
I.IV	Costo orario SPP		56,17 €/h
I.V	Percent. Infermieri		65%
I.VI	Percent. Medici		28%
I.VII	Percent. Altri op.		7%
II	Reporting		34,64 €
II.I	Tempo lavorativo perso		17,79 €
II.I.I	Minuti / operatore		35 min
II.II	Servizio Prevenzione e Protezione		16,85 €
II.II.I	Durata prima visita		18 min
III	HBV		
III.I	Test		54,5 €
III.II	Vaccinazione standard		283,93 €
III.IIs		(san)	196,86 €
III.IIns		(n.san)	87,07 €
III.II.I	Farmaco		196,86 €
III.II.II	Tempo lavorativo		105 min
III.II.III	Tempo SPP		36 min
III.IV	Vaccinazione simult.		838,84 €
III.IVs		(san)	799,12 €
III.IVns		(n.san)	39,72 €
III.IV.I	Farmaco		799,12 €
III.IV.II	Tempo lavorativo		45 min
III.IV.III	Tempo SPP		18 min
III.V	Follow-up		122,27 €
III.Vs		(san)	52,99 €
III.Vns		(n.san)	69,28 €
III.V.I	Numero visite		2 u.tà
III.V.II	Tempo lavorativo / visita		35 min
III.V.III	Tempo SPP / visita		18 min
III.V.IV	Costo ev. esami		52,99 €
III.V.V	Numero ev. altri esami		1 u.tà
IV	HCV		
IV.I	Test s/perdita tempo lavorativo		26,45 €
IV.II	Test c/perdita 30' tempo lavorativo		41,70 €
IV.III	Trattamento (24 sett.)		12.915,44 €
IV.V	Follow-up		293,37 €
IV.Vs		(san)	189,45 €
IV.Vns		(n.san)	103,92 €
IV.V.I	Numero visite		3 u.tà
IV.V.II	Tempo lavorativo / visita		35 min
IV.V.III	Tempo SPP / visita		18 min
IV.V.IV	Costo ev. esami		63,15 €
IV.V.V	Numero ev. altri esami		3 u.tà
V	HIV		
V.I	Test s/perdita tempo lavorativo		21,33 €
V.II	Test c/perdita 30' tempo lavorativo		36,58 €
V.III	PEP		646,45 €
V.IV	Consulto PEP		50,55 €
V.IV.I	Durata consulto		35 min
V.V	Follow-up		167,91 €
V.Vs		(san)	63,99 €
V.Vns		(n.san)	103,92 €
V.V.I	Numero visite		3 u.tà
V.V.II	Tempo lavorativo / visita		35 min
V.V.III	Tempo SPP / visita		18 min
V.V.IV	Costo ev. esami		21,33 €
V.V.V	Numero ev. altri esami		3 u.tà

O.S.M.E.T.A. Una metodologia di valutazione per l'Health Technology Assessment

UMBERTO BRACALE, LUIGI VITIELLO

This paper describes a case study, using the Analytic Hierarchy Process (AHP) to perform a microeconomic Health Care Assessment (HCA). AHP is a well known decision support tool that allows the user to design a clear hierarchical structure for decision-making. This study shows that AHP facilitates the interactions needed to evaluate an expensive technology or medical and surgical procedure in today's healthcare environment. Finally, the study shows how AHP allows can help the decision making process when different competing criteria are present. In fact the methodology has been tested in a hospital focusing on choices about different pieces of equipment. The importance of sound analysis can not be underestimated because even if a reduction in the costs for healthcare provision is desirable, wrong choices may increase the risk for the patient.

Note sugli autori

Umberto Bracale Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Anestesiologiche, Rianimatorie e dell'Emergenza – Facoltà di Medicina dell'Università Federico II di Napoli

Luigi Vitiello, Unità di Ingegneria Biomedica – Dipartimento di Ingegneria Elettronica e delle Telecomunicazioni dell'Università Federico II di Napoli

Il presente lavoro, in forma ridotta, è stato presentato e pubblicato negli atti del Congresso Internazionale «Medicon and Health Telematics 2004», tenutosi ad Ischia. Esso ha ottenuto il primo premio alla «Students Competition» internazionale riservata a laureati, PhD e specializzandi

1. Introduzione

La cura della salute, nei vari settori in cui essa opera, dalla prevenzione alla diagnosi, alla cura ed alla riabilitazione, è cambiata e sta cambiando radicalmente nel tentativo di conseguire obiettivi di maggiore efficacia ed efficienza. Percepita dalla società moderna come un bisogno primario, la salute è stata caratterizzata, negli ultimi decenni, da un processo di «tecnologizzazione» dell'assistenza, che ha portato ad identificare la moderna medicina con l'applicazione estensiva delle tecnologie biomediche. Si è quindi assistito ad una diffusione accelerata e spesso disordinata di tecnologie sanitarie innovative utilizzate nelle diverse fasi della catena della salute.

L'efficienza del Sistema sanitario può essere fortemente influenzata dall'uso corretto ed appropriato delle tecnologie disponibili e da una adeguata allocazione delle risorse ad esse legate. Infatti alcune delle cause di sprechi in sanità sono riconducibili all'acquisizione e all'uso di tecnologie non adeguate ed appropriate alle strutture sanitarie nelle quali vengono inserite (Anessi Pessina, Cantù, 2002; Borgonovi, Mambretti, 2003).

Inoltre, il rapido incremento dei costi legati alla cura della salute, la maggiore sensibilità sociale verso le tematiche sanitarie, i sempre più stringenti vincoli legislativi e le norme relative agli aspetti della qualità, legati all'erogazione del servizio, nonché la disponibilità di tecnologie sempre più avanzate hanno fatto sì che in tutti i paesi industrializzati maturasse l'idea della necessità di un approccio sistematico per la valutazione di tali tecnologie.

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Le evoluzioni del processo chirurgico
3. La metodologia di valutazione: O.S.M.E.T.A.
4. I risultati della sperimentazione
5. Conclusioni

Si deve anche chiarire e tener presente che quando si parla di Tecnologie biomediche non ci si deve riferire soltanto agli «oggetti» ed alla «strumentazione», ma anche, e principalmente, a quanto ed in quale maniera le «tecnologie» modificano l'intera procedura medico-sanitaria, creando nuovi percorsi di cura.

Le stesse definizioni internazionalmente accettate sottolineano come «l'insieme delle Tecnologie biomediche comprende tutti gli strumenti, apparecchiature, farmaci e procedure impiegati nell'erogazione dei Servizi sanitari, nonché i sistemi organizzativi e di supporto attraverso i quali l'assistenza sanitaria viene fornita» (Banta, Luce, 1993; ISTAHC, 2003). Tale definizione presenta, giustamente, le Tecnologie biomediche non soltanto come «gli oggetti», ma come parti di «sistemi e procedure» che possono modificare completamente tecniche e percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali.

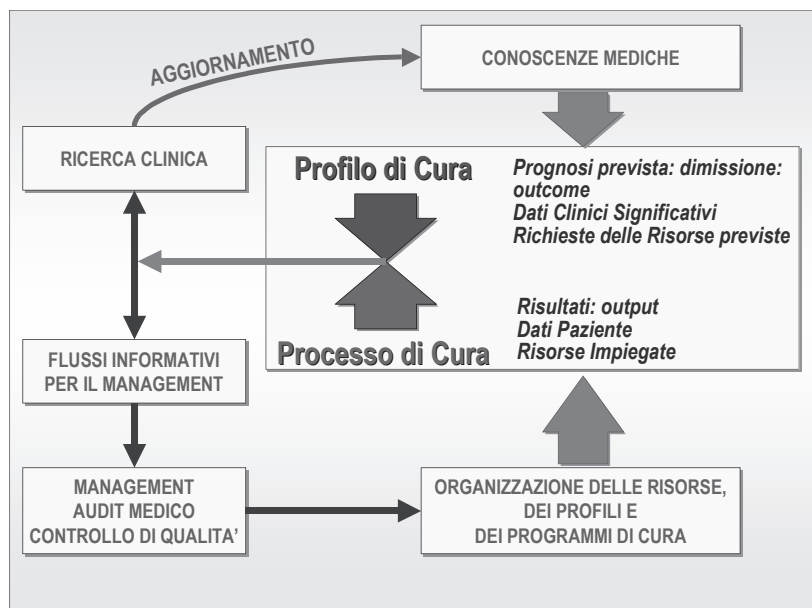
Questo è il motivo per il quale in ogni parte del mondo si sta affermando sempre maggiormente sia a livello scientifico che applicativo l'*Health Technology Assessment*. L'*Health Technology Assessment* (H.T.A.) è un processo volto alla valutazione sistematica delle problematiche e delle conseguenze organizzative, economiche, sociali, etiche e cliniche, a breve e/o lungo termine, che l'adozione di una data tecnologia può com-

portare con il suo inserimento in una struttura sanitaria. Da questo punto di vista, si tratta di costruire delle informazioni intorno a quello che può essere definito come un punto di cura, risultante da un «profilo di cura» connesso a un «processo di cura». Il primo ovviamente è rivolto principalmente agli aspetti scientifici e medico-assistenziali per la «cura» del soggetto; il secondo, strettamente connesso al primo, guarda principalmente gli aspetti organizzativi nel rispetto del migliore utilizzo delle «risorse» a tutti i livelli e con le diverse tipologie (umane, tecnologiche, economico-finanziarie) per assicurare la «qualità» del servizio e dell'intero «sistema» (Bracale, 2000) (figura 1).

L'obiettivo del processo di analisi svolto nell'HTA può essere diversificato sia per poter fornire informazioni oggettive di supporto a coloro che assumono decisioni (*decision maker*) al fine di conseguire un risultato ottimale per la struttura in esame, sia per verificare da un punto di vista scientifico, medico-assistenziale ed organizzativo la «correttezza» e «l'appropriatezza» del percorso di cura seguito. Esso, cioè, può essere un valido strumento di continua verifica in un processo di controllo dinamico. L'HTA può svolgere, se opportunamente condotto, un ruolo di «ordinatore» anche di azioni, in quanto durante lo svolgimento di un processo sanitario già avviato, può rendere possibile l'individuazione di nuove linee d'azione che permettono di raggiungere gli obiettivi in modo più efficace ed efficiente. Da questo punto di vista, l'HTA può essere condotto seguendo tre approcci diversi tra di loro integrabili: l'approccio essenzialmente orientato «alla valutazione della tecnologia», quello orientato «alla valutazione del problema» ed infine quello «orientato al progetto» che integra i due precedenti con la realtà «locale» nei suoi aspetti economici, professionali e sociali. Il primo approccio è tipico di un processo decisionale di introduzione nella pratica clinica di una tecnologia, non necessariamente «nuova»; il secondo può essere connesso al processo di revisione dell'appropriato uso della suddetta tecnologia già inserita nella pratica clinica corrente; il terzo infine è connesso agli aspetti di valutazione e di ottimizzazione anche degli aspetti organizzativi e delle risorse nella loro complessità.

Figura 1

I flussi informativi nel profilo e nel processo di cura



L'HTA, attraverso l'applicazione di opportune metodologie, può fornire ai «decisori» di vario livello di un sistema sanitario elementi di valutazione (Banta, Luce, 1993), ponendosi l'obiettivo di garantire loro basi di giudizio le più complete possibile per quanto attiene le implicazioni derivanti dall'introduzione e dall'uso di nuove tecnologie. Nell'esaminare l'impatto di una data tecnologia i processi di analisi sono strutturati in maniera tale da porre in evidenza i seguenti aspetti:

a) differenziali di efficacia dell'uso della tecnologia, ovvero di un nuovo processo, rispetto a tecniche o metodi terapeutico-assistenziali consolidati fino ad un determinato momento, nell'affrontare determinate problematiche di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

b) individuazione di eventuali rischi connessi all'impiego di nuove tecnologie;

c) individuazione dei destinatari, e quindi del «mercato» potenziale;

d) valutazione dei benefici e dei costi di carattere economico e sociale, tenendo presente la valutazione dell'efficacia, dell'efficienza, dell'utilità, dell'accettabilità e del gradimento da parte di operatori e pazienti;

e) valutazione degli assetti organizzativi che possono completamente essere modificati con l'introduzione di una nuova tecnologia, che richiede generalmente nuovi percorsi formativi e la presenza di nuove professionalità;

f) ottimizzazione della gestione delle diverse risorse dedicate (strutturali, tecnologiche, personale, professionali), al fine di perseguire gli obiettivi di efficacia ed efficienza dell'attività assistenziale;

g) valutazione dell'impatto clinico delle innovazioni tecnologiche in termini, ad esempio, di:

- riduzione del trauma operatorio,
- riduzione delle cicatrici,
- riduzione della degenza,
- riduzione delle complicanze durante e dopo l'intervento,
- riduzione dell'uso dei farmaci in fase post-operatoria,

h) costi sociali, legati essenzialmente al reintegro completo nella attività normale di vita.

Il presente lavoro si propone di affrontare la valutazione comparativa tra due tecniche per la colecistectomia: la videolaparoscopica e la laparotomica. Più in particolare, trattandosi di una valutazione complessa e che richiede una metodologia di analisi multifattoriale, si è ritenuto utile applicare un metodo che si rifà all'*Analytic Hierarchy Process*, ma allo stesso tempo si discosta leggermente da esso. L'AHP è una metodologia che ha dato interessanti risultati in campi completamente diversi da quello sanitario, per cui gli Autori hanno ritenuto opportuno apportarvi alcune modifiche al fine di renderlo facilmente applicabile ad un qualsivoglia contesto valutativo di tipo clinico-assistenziale.

Tale variante verrà indicata nel seguito con l'acronimo O.S.ME.T.A. (*Operative and Structural Methodology for the Technology Assessment*) (Vitello 2002-2003; Vitiello, Bracale, Bracale, Renda, 2004). Nei paragrafi successivi, viene riportata una descrizione dei metodi, un esempio di applicazione ed i risultati ottenuti dalla stessa.

Prima di presentare le fasi operative dell'oggetto di questo studio, si ritiene opportuno procedere ad un rapido *excursus* delle evoluzioni della scienza e della tecnica chirurgica, al fine di comprendere meglio il grado di complessità di questo tipo di analisi.

2. Le evoluzioni del processo chirurgico

La seconda metà del XX secolo vede l'introduzione nella pratica chirurgica di nuove tecnologie, conducendo a risultati sempre migliori di pari passo con il progresso delle strumentazioni a disposizione. Ed è proprio l'utilizzo di tali tecnologie che ha permesso di sviluppare nuove tecniche complementari che, addirittura, in alcuni casi si sono dimostrate alternative ai tradizionali interventi.

Ad esempio grazie all'impiego di appropriate tecnologie, in pochi anni si è andato ad affermare il concetto di «mini-invasività» estendibile più o meno a quasi tutte le branche chirurgiche. Molti interventi che nel passato erano effettuati «a cielo aperto» (*open surgery*), sono stati soppiantati dalla chirurgia laparoscopica e toracoscopica, rispettivamente per il distretto addominale e toracico; oppure dalle procedure endovascolari per interventi a carico di qualsiasi vaso arterioso e venoso dell'organismo. Lo stesso vale

per gli interventi ginecologici, urologici od ortopedici.

Nello specifico, con il termine «laparoscopia», si identifica qualsiasi applicazione delle tecniche endoscopiche agli organi contenuti nella cavità addominale con fini diagnostici o terapeutici. Appare evidente quanto questa nuova metodica sia altamente miniinvasiva e richieda il supporto di una strumentazione di elevato profilo tecnologico. Con piccole incisioni (al massimo di 5/10 mm) è possibile, oggi, effettuare interventi che non più tardi di 15 anni fa era impensabile eseguire se non con grosse incisioni mediane addominali. Si può facilmente intuire, quindi, l'enorme vantaggio per il paziente che viene gravato da un minore stress operatorio (in termini di dolore e ripresa delle normali funzioni vitali) ed ha un più rapido ritorno alle normali attività quotidiane.

Questa procedura chirurgica possiede una serie di vantaggi riassumibili in: tempi di degenza inferiori, una ripresa più rapida delle attività lavorative, che più in generale determina una riduzione dei costi sociali, ed un forte ridimensionamento delle spese della struttura sanitaria che utilizza tale tecnica nell'erogazione delle prestazioni (Bosch *et al.*, 2002).

Di contro, tale chirurgia è altamente *technology related*, o meglio, la tecnologia ed il suo sviluppo ne rappresentano un presupposto inscindibile. Implicitamente, quindi, si richiede un notevole investimento da parte della struttura ospedaliera per acquisire la strumentazione, ma soprattutto, per aggiornarla e mantenerla, al fine di essere costantemente al passo con la continua evoluzione tecnologica. Oltre i costi di acquisto ed aggiornamento delle apparecchiature tecnologiche, bisogna, inoltre, considerare i costi connessi alle necessità di un continuo *training* da parte del personale medico, tecnico ed infermieristico.

Per i risultati ottenuti, l'approccio chirurgico laparoscopico è divenuto il *gold standard* per alcune patologie (calcolosi della colecisti, malattia da reflusso gastroesofageo -GERD-, patologie della sfera ginecologica). Nel caso invece di patologie tumorali del tratto gastrointestinale o degli altri organi addominali, molti studi (nessuno multicentrico randomizzato) hanno permesso di affermare la totale fattibilità, ma non un maggiore

beneficio, di un approccio laparoscopico in termini di rapporto costi/efficacia, efficienza rispetto alla chirurgia «open» (Color Study Group, 2005).

La laparoscopia è di particolare interesse anche perché rappresenta uno degli esempi più tipici di innovazione nella quale gli aspetti medici e quelli tecnologici si influenzano vicendevolmente. Essa è infatti il risultato di una evoluzione di processo o medica (che riguarda anche la progressiva applicazione della tecnica a diverse patologie) e di una evoluzione tecnologica, specifica o sviluppata in altri contesti (come ad esempio le fibre ottiche, i sistemi di riproduzione e trasmissione delle immagini).

L'evoluzione di processo della tecnica laparoscopica può essere scissa in due fasi principali: una lunga fase di pre-sviluppo nella quale si hanno le prime sperimentazioni cliniche; una seconda fase di sviluppo dal 1960 ad oggi, nella quale si ha l'affermazione ed il riconoscimento della validità clinica, e quindi la sua diffusione e l'estensione a diverse patologie. È ovvio che tale evoluzione di processo è legata alla evoluzione dello sviluppo del prodotto tecnologico ed alla sua evoluzione innovativa. È altrettanto evidente che il continuo progresso della tecnologia e dei materiali (sia mono che poliuso), abbia permesso alla chirurgia videoassistita di diventare un approccio fattibile (non per questo sempre utile o conveniente) praticamente in tutti i distretti anatomici. Elementi fondamentali, dal punto di vista della tecnologia in senso stretto sono stati: i *trocars* (strumenti per accedere allo spazio volumetrico operatorio); gli strumenti di taglio, cauterizzazione e sutura (bisturi elettrici, laser, ad ultrasuoni) e gli strumenti ottici (fibre ottiche, fonti luminose, telecamere e monitor).

3. La metodologia di valutazione: O.S.ME.T.A.

Prima di procedere nella trattazione sembra opportuno effettuare una breve descrizione dell'*Analytic Hierarchy Process*, intesa come metodologia di approccio di analisi. L'AHP, proposta da Saaty nel corso degli anni '70, è una metodologia di supporto decisionale sviluppata secondo un tipico approccio di analisi di gerarchia (Saaty, 1977,

1996; Saaty, Vargas 1994). Questa metodologia, viene utilizzata in diversi settori quali, ad esempio quello industriale, per la valutazione delle possibili risorse alternative utilizzabili nei processi produttivi, o quello civile/edile per la valutazione dei progetti di opere e del relativo impatto ambientale. Il metodo, in generale, consente di valutare le priorità di azioni che possono essere a seconda dei casi: programmi, strategie di intervento, piani, progetti, ecc.

In ambito sanitario, questa metodologia è stata applicata, inizialmente, al settore farmaceutico per quanto attiene la valutazione comparativa tra possibili farmaci atti alla risoluzione di una stessa problematica clinica, oppure nella valutazione di semplici apparati tecnologici (Sloane, Liberatore, Nydick, 2002). Tale metodologia, invece, non ha trovato ancora una sua applicazione per quanto attiene profili e processi di cura.

Questa tipologia di analisi prevede, innanzitutto, la definizione di un obiettivo da perseguire e le possibili alternative che consentano di raggiungerlo; ed ancora la definizione di opportune dimensioni di analisi (i Criteri) attraverso i quali porre in evidenza le caratteristiche peculiari delle alternative considerate. Per poter mettere in evidenza tali caratteristiche, si rende necessario definire, per ciascuna dimensione di analisi, alcuni attributi (i parametri) ossia dei veri e propri «strumenti operativi di misura». Ovviamente, a seconda della problematica da affrontare, e quindi dell'obiettivo da perseguire, verranno selezionate in maniera opportuna le dimensioni di analisi ed i relativi attributi da utilizzare.

Quanto detto viene formalizzato attraverso la costruzione di una gerarchia di dominanza, che è una struttura reticolare costituita da due o più livelli.

Al primo livello viene definito l'obiettivo generale della «valutazione» (*goal*), mentre al secondo livello vengono identificati gli «obiettivi» che specificano o inquadrano i contenuti ed i significati del *goal*. Ciascuno di questi può essere suddiviso a sua volta in obiettivi più specifici (terzo livello) e così di seguito.

Tutti gli elementi subordinati allo stesso elemento della gerarchia vengono confrontati a coppia tra loro. Gli elementi di ciascuna coppia vengono comparati al fine di stabilire

quali di essi è più importante in relazione all'elemento sovraordinato ed in quale misura. Il risultato del confronto è il «coefficiente di dominanza a_{ij} » che rappresenta una stima della dominanza del primo elemento (i) rispetto al secondo (j). I «pesi» sono coefficienti che misurano l'importanza relativa di singoli elementi.

Non sempre i «pesi» sono misurabili attraverso strumenti fisici (pesi fisici, misure dimensionali, costi diretti, ecc.), ovvero non sono immediatamente esprimibili con valori numerici. In questi casi è necessario affidarsi al giudizio di esperti. In questi casi l'esperto non è in grado di determinare direttamente i pesi, ma può fornire solo delle stime approssimate del loro rapporto con l'ausilio della scala semantica o con la «tecnica del *rating*». Tale ultima tecnica consiste nel fornire all'esperto un punteggio massimo di valutazione che deve suddividere tra i due elementi i e j in modo che ne rispecchi l'importanza relativa. Tutto ciò tende a rendere «oggettivabili» valutazioni non misurabili, ma normalmente esprimibili attraverso «valutazioni» soggettive.

La «scala semantica di Saaty» mette in relazione i primi nove numeri interi con altrettanti giudizi che esprimono, in termini qualitativi, i possibili risultati del confronto (Saaty, 1996; Giangrande, 2002) (vedi **tabella 1**).

Confrontando a coppie n elementi si ottengono n^2 coefficienti: di questi soltanto $n(n-1)/2$ devono essere direttamente determinati dal decisore o dall'esperto che effettua la valutazione, essendo $a_{ii}=1$ e $a_{ji}=1/a_{ij}$ per ogni valore di i e j. La seconda condizione, nota come relazione di reciprocità, scaturisce dalla necessità di garantire la simmetria dei giudizi di importanza. I coefficienti di domi-

Tabella 1
La scala di Saaty

Scala di Saaty	
Giudizi	Valore
Ugualmente importante	1
Leggermente più importante	3
Più importante	5
Molto più importante	7
Estremamente più importante	9
Valori intermedi o di compromesso	(2,4,6,8)

nanza definiscono una matrice quadrata reciproca e positiva detta matrice dei confronti a coppie (un esempio di tale matrice verrà fornito più avanti).

La caratteristica fondamentale di questo tipo di approccio, come detto, risiede nel fatto che bisogna assegnare un valore di importanza relativa ai criteri considerati, ai parametri di ciascun criterio, nonché alle alternative considerate e ciascun parametro utilizzato. Tutti i valori di importanza relativa vengono ricavati attraverso un insieme di giudizi di tipo comparativo circa gli elementi considerati (criteri, parametri, alternative), anche laddove potrebbero ottenersi da misurazioni oggettive.

Ad esempio, volendo valutare la convenienza economica legata all'adozione di una certa alternativa rispetto ad un'altra, piuttosto che effettuarne una misurazione diretta dei costi e dei ricavi ottenibili si forniscono giudizi complessivi sulla profittabilità economica delle due alternative. Tali giudizi, espressi da gruppi di esperti, non sono mai assoluti bensì sempre di tipo comparativo e tesi a dare una stima del grado di importanza relativa tra gli elementi oggetto di analisi. Essi vengono poi tradotti, attraverso tabelle di trascodifica, in valori numerici (i pesi) su cui poter eseguire le elaborazioni occorrenti.

Le criticità insite in questo tipo di approccio risiedono:

a) nella selezione degli esperti che devono essere opportunamente suddivisi in almeno due *team*, uno in grado di fornire i pesi relativi per le dimensioni di analisi e gli attributi delle stesse (pesi dei criteri e dei parametri),

ed un secondo in grado di fornire i pesi relativi tra le alternative e gli attributi (parametri);

b) nell'assegnazione di giudizi di valore per l'individuazione dei pesi relativi tra le alternative considerate ed i parametri utilizzati, laddove sarebbe possibile ottenere dati oggettivi e direttamente misurabili.

Lo studio, che viene di seguito presentato, si propone di ricercare una metodologia applicabile al contesto sanitario che non si discosti eccessivamente dal naturale *modus operandi* degli operatori del settore, e che consenta di realizzare una adeguata sinergia tra un approccio di tipo quantitativo ed uno di tipo qualitativo. La metodologia elaborata, definita *Operative and Structural Methodology for the Technology Assessment* (O.S.ME.T.A.), nei suoi aspetti peculiari è riconducibile ad un'analisi «multi-criteria» di tipo gerarchico. Questa metodologia, diversamente dall'AHP in precedenza presentato, è articolata in tre *step* di analisi propedeutici (**tabella 2**) e consente di ottenere un indice comparativo globale frutto di una sintesi sia degli aspetti qualitativi che quantitativi delle alternative esaminate.

Quanto detto si concretizza attraverso una valutazione oggettiva ed analitica sia degli aspetti soggettivi ed oggettivi delle possibili problematiche aziendali, che consente di ricondurre su base omogenea ed univoca aspetti così diversi. Infatti, questa metodologia valuta in maniera diretta tutti quegli aspetti di tipo quantitativo delle problematiche in oggetto, mentre per quelli qualitativi ricorre

Tabella 2

Il metodo O.S.ME.T.A.

Step di valutazione	Obiettivo	Criteri	Dati di Ingresso
I valutazione dei bisogni	Individuazione dei reali bisogni da soddisfare	<ul style="list-style-type: none"> ○ Storico ○ Medico-sociale 	D.R.G. - Documentazione interna dell'Unità
II valutazione delle tipologie tecnologiche	Individuazione dell'alternativa tecnologica più adeguata ai bisogni individuati	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tecnico ○ Organizzativo ○ Ambientale ○ Economico ○ Qualitativo 	Alternative tecnologiche adatte al soddisfacimento del tipo di bisogni individuati al passo precedente
III valutazione degli apparati tecnologici	Individuazione dell'apparato più adeguato alle esigenze in esame	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tecnico ○ Organizzativo ○ Ambientale ○ Economico ○ Qualitativo 	«Apparati» appartenenti alla tipologia tecnologica individuata al passo precedente

al giudizio di team esperti per ottenere una loro valorizzazione numerica. Per ogni *step* di valutazione considerato si hanno diversi dati di ingresso da analizzare, nel rispetto di diversi criteri, attraverso l'uso di parametri scelti opportunamente a seconda della problematica considerata, al fine di ottenere un indice sintetico del grado di priorità di ogni ingresso rispetto agli altri.

Lo scopo del primo *step* è quello di identificare i reali bisogni, che la struttura sanitaria deve soddisfare, su cui porre l'attenzione. Attraverso il secondo *step* di valutazione, nel rispetto tali bisogni individuati, vengono identificate le tipologie tecnologiche adatte al loro soddisfacimento e tra queste quella maggiormente adeguata. Il terzo *step* di valutazione, infine, ha l'obiettivo di individuare tra gli apparati tecnologici presenti sul mercato, quello che risulti più adeguato alla struttura in esame.

Sostanzialmente i primi due *step* di valutazione consentono di porre in evidenza e rimuovere quegli elementi che potrebbero indurre ad «un erroneo investimento» nella struttura in esame, mentre il terzo permette di individuare la soluzione operativa per realizzare un «buon investimento». Questo tipo di valutazione, inoltre, non può prescindere dall'analisi di un fattore critico molto importante quale la qualità percepita dal paziente, che è l'elemento cardine dell'intero processo.

La metodologia, in coerenza con un approccio di tipo gerarchico, prevede la definizione di un Obiettivo da perseguire a fronte del quale vengono individuate delle possibili Alternative, le quali vengono poi analizzate attraverso diverse Dimensioni di analisi (i Criteri) dotate di diverse caratteristiche (Parametri), in coerenza con l'obiettivo da perseguire.

Questa metodologia è caratterizzata da diverse tipologie di elementi (criteri, parametri, alternative tecnologiche) alcuni dei quali sono direttamente misurabili, quindi oggettivi, altri, invece, sono soggettivi. Di questi ultimi, però, risulta possibile ottenere una valutazione sufficientemente oggettiva, ricorrendo al giudizio di esperti (figura 2). Infatti, per quanto concerne la misurabilità di tali elementi, si fa presente che per quelli oggettivi non si riscontrano evidenti problematiche in quanto analitici, mentre per quelli

soggettivi si rende necessario ricercare metodi atti ad effettuare una valutazione analitica degli stessi.

Anche per la definizione dei pesi relativi dei criteri nonché di quelli dei parametri di ciascun criterio (tutti elementi soggettivi) verrà selezionato un team di esperti in grado di fornire i giudizi ricercati che verranno poi tradotti in valori numerici attraverso la scala di Saaty.

Invece, per la definizione dei pesi tra le alternative in esame ed i parametri utilizzati per l'analisi: si effettuerà una misurazione diretta e quindi oggettiva, se il parametro considerato risulta essere, rispetto l'alternativa, un elemento oggettivo (es. i costi diretti) oppure verrà selezionato un *team* di esperti, diverso dal precedente, se il parametro risulta essere, rispetto all'alternativa, un elemento soggettivo (es. grado di accettazione della tecnologia).

Per questo secondo aspetto si rende necessario ricorrere ad un gruppo di esperti che, sulla base della loro esperienza, siano in grado di fornire una valutazione (giudizio) comparativa tra questi criteri. In tal modo, utilizzando opportune tecniche di *opinion measurement* (questionari, interviste, *braistor-*

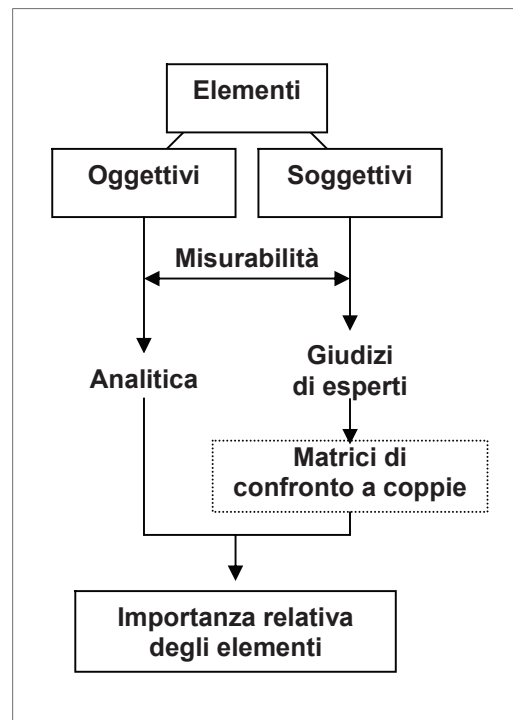


Figura 2
Elementi presi in esame
nella valutazione

ming, ecc.) si propongono quesiti del tipo: «sulla base della sua esperienza nell'ambito di valutazioni di H.T.A. quanto è importante l'aspetto tecnico rispetto a quello economico, a quello organizzativo, a quello qualitativo, a quello ambientale?». A tali quesiti gli esperti forniranno un giudizio utilizzando la scala semantica della tabella 1.

Tali giudizi linguistici, quindi, vengono resi oggettivi tramite l'utilizzo della Scala di Saaty, in grado di fornire la misura analitica desiderata, misura che viene inserita in una matrice di confronto a coppie al fine di poter ottenere una valutazione del grado di importanza globale del singolo fattore rispetto tutti gli altri. A titolo di esempio riportiamo una delle matrice di confronto a coppie ottenuta dalla conversione dei giudizi di uno degli esperti selezionati per la definizione dei pesi relativi (valori di importanza relativa) dei cinque criteri selezionati (tabella 3) riguardanti la «valutazione delle tipologie tecnologiche».

Risulta evidente dalla tabella che se, ad esempio, il criterio organizzativo rispetto a quello tecnico è stato valutato pari a 7, quando si considera il criterio tecnico rispetto a quello organizzativo, il valore è pari all'inverso, ovvero: 0,14. In questa tabella, il *peso globale* rappresenta il totale delle singole valutazioni comparative relative al singolo criterio ed espresse numericamente, utilizzando la scala di Saaty. Il *peso normalizzato* rappresenta invece il suddetto «peso globale» espresso in percentuale della sommatoria dei singoli pesi globali valutati. L'obiettivo di questa metodologia è quello di ricercare un indice sintetico e comparativo delle alternative prese in esame, ottenuto come risultato di valutazioni numeriche relative ai diversi aspetti considerati (criteri). Effettuate tutte le

valutazioni relative sia a elementi oggettivi che soggettivi, si rende necessaria l'individuazione dei pesi relativi tra le alternative considerate, ottenuti attraverso un processo di normalizzazione sulla somma (ad esempio, come già fatto in tabella 3) ed aggregati linearmente in base al principio di composizione gerarchica di Saaty (sugli aspetti tecnici di tale processo si rimanda a (Saaty, 1977, 1996: Saaty, Vargas 1994).

Le tecniche di *opinion measurement* utilizzate, devono tendere a ridurre il grado di soggettività delle risposte. Così, una volta raccolti e resi oggettivi i giudizi di tutti gli esperti, potrebbe risultare necessario effettuare una media dei pesi derivanti da tali valutazioni espresse dai diversi esperti.

La presenza di tali elementi, oggettivi e soggettivi, e l'esigenza di calcolare un indice comparativo sintetico delle alternative soggette a valutazione rappresenta uno dei punti di criticità del processo di *Health Technology Assessment*, ai quali si deve riservare particolare attenzione. La metodologia proposta risulta essere un valido strumento di supporto alle decisioni in quanto consente di assegnare dei gradi di priorità alle alternative prese in considerazione per la risoluzione di determinate problematiche e di avere quindi una visione globale delle alternative stesse. Ovviamente trattandosi di una metodologia di supporto alle decisioni non fornisce la soluzione diretta del problema, ma dall'analisi degli indici di priorità ricavati e dalla valutazione di altri aspetti empirici connessi alla «sensibilità» del *decision maker*, rispetto alle problematiche in esame, consente di suggerire la decisione più adeguata e congruente alle esigenze considerate.

Tabella 3

Un esempio di matrice di confronto a coppie stimata sulla base dei giudizi di un singolo esperto

Criterio tecnico - C1	1	0,14	0,2	1	0,2	2,54	0,06
Criterio organizzativo - C2	7	1	0,2	0,5	0,2	8,9	0,2
Criterio ambientale - C3	5	5	1	3	1	15	0,33
Criterio economico - C4	1	2	0,33	1	1	5,33	0,12
Criterio qualitativo - C5	5	5	1	1	1	13	0,29
						Totale	44,77
							1

4. I risultati della sperimentazione

Al fine di verificare l'applicabilità della metodologia O.S.M.E.T.A., si è realizzata una sua sperimentazione all'interno dell'Unità operativa di Chirurgia generale della Clinica «Villalba». Questa struttura sanitaria è legata da una convenzione finalizzata alla didattica ed alla ricerca scientifica all'Università Federico II attraverso il Dipartimento di Ingegneria di elettronica e delle telecomunicazioni (D.I.E.T.).

Nell'ambito della compagine aziendale sono stati individuati sei professionisti, afferenti a diverse aree di specializzazione, al fine di costituire i due gruppi di esperti occorrenti per l'applicazione della metodologia O.S.M.E.T.A. I due gruppi di esperti in cui sono stati equamente suddivisi i sei professionisti (1 Medico - 1 Controller - 1 Ingegnere Biomedico per ciascun gruppo) hanno perseguito obiettivi diversi. L'uno ha assolto il compito di fornire i pesi relativi ai Criteri ed ai Parametri della metodologia per ciascun livello di valutazione applicato, l'altro di fornire i pesi relativi alle alternative selezionate rispetto i parametri utilizzati.

I pesi normalizzati presenti in **tabella 4** sono ottenuti come media dei pesi normalizzati dei giudizi espressi da ciascuno degli esperti afferenti al singolo gruppo di valutazione. Ovviamente i pesi normalizzati derivanti dai giudizi di ognuno degli esperti sono stati ottenuti secondo l'approccio descritto nella tabella 3.

Valutati i pesi relativi tra i criteri, si è reso necessario, poi, valutare i pesi relativi ai parametri di ciascun criterio utilizzando il medesimo procedimento: le interviste al gruppo di esperti selezionato. A tal proposito sembra opportuno precisare che il terzo livello di valutazione non è stato applicato, a seguito di considerazioni che verranno chiarite nel corso della trattazione.

Volendo applicare il primo livello di valutazione, (Valutazione dei bisogni), si è considerato come periodo temporale di riferimento il triennio 2000-2002 e sono stati utilizzati come Criteri quelli già indicati (tabella 4); per ciascuno di essi è stato identificato un unico parametro, tale per cui non è stato necessario individuare i pesi relativi

a tali parametri. Nella fattispecie i parametri utilizzati sono:

– criterio storico: evoluzione storica dei Drg, ossia nn. di Drg di tipo «X» erogati nel periodo temporale di riferimento (elemento oggettivo);

– criterio medico-sociale: impatto clinico e sociale della morbosità, tale aspetto è stato valutato utilizzando come *proxy* i Drg erogati nel periodo di riferimento (elemento soggettivo).

Al fine di definire i bisogni da soddisfare, in termini di salute, i diversi Drg erogati dall'Uo di Chirurgia sono stati tra loro raggruppati sulla base del tipo di patologia da affrontare, ottenendo i risultati riportati nella **tabella 5**. Sulla base dei risultati emersi si è ritenuto opportuno approfondire l'analisi sulla calcolosi della colecisti.

Sulla base dei risultati ricavati attraverso questo primo livello di analisi e coerentemente a quanto previsto nella descrizione della metodologia si è proceduto al secondo livello di valutazione. Nel corso di questa fase è stato monitorato un «percorso paziente tipo», costituito dalle seguenti fasi:

- a) procedure di valutazione diagnostica;
- b) accettazione-accesso;
- c) preparazione all'intervento chirurgico;
- d) intervento chirurgico;
- e) post-operatorio e dimissione.

Nel caso specifico la metodologia è stata utilizzata per comparare due procedure chirurgiche alternative: la laparotomia e la

Tabella 4

I pesi relativi ottenuti dalla media di quelli derivanti dai giudizi dei singoli esperti per i criteri considerati

Criteri I livello: «Valutazione dei Bisogni»	Pesi normalizzati dei criteri (W _{ci})
Storico	83%
Medico-sociale	17%
Criteri II livello: «Valutazione delle tipologie tecnologiche»	Pesi normalizzati dei criteri (W _{ci})
Tecnico	16%
Organizzativo	13%
Ambientale	28%
Economico	18%
Qualità	25%

Classificazione in base alle tipologie patologiche	Pesi normalizzati
Calcolosi della colecisti	0,184
Malattie vascolari periferiche	0,182
Interventi sull'intestino	0,152
Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori	0,128
Appendicite	0,124

Tabella 5

I risultati del primo livello di analisi: l'Assessment dei bisogni

laparoscopia (figura 3). Tali procedure, ad oggi, sono impiegate, all'interno del contesto aziendale in esame, per il trattamento chirurgico della calcolosi della colecisti.

A tale proposito sembra opportuno chiarire, per ogni criterio considerato, quali siano stati i parametri utilizzati per la misurazione delle caratteristiche delle alternative tecnologiche ricercate. Ricordando la definizione di tecnologia data nel paragrafo 1 del presente lavoro, con il *criterio tecnico* si vogliono esaminare le alternative tecnologiche da un punto di vista squisitamente tecnico al fine di poterne valutare l'adeguatezza rispetto al contesto aziendale in oggetto. Ovviamente poiché le alternative oggetto di analisi sono due procedure chirurgiche, i parametri presi in esame saranno relativi alle caratteristiche

proprie degli *output* derivanti dall'utilizzo di questi due approcci clinici e non alle conseguenze in termini di *outcome*.

Nella fattispecie i parametri considerati sono:

– caratteristiche comuni alle alternative (difficoltà tecnico-applicative per i chirurghi nell'utilizzo delle alternative considerate rispetto alle proprie *skills*);

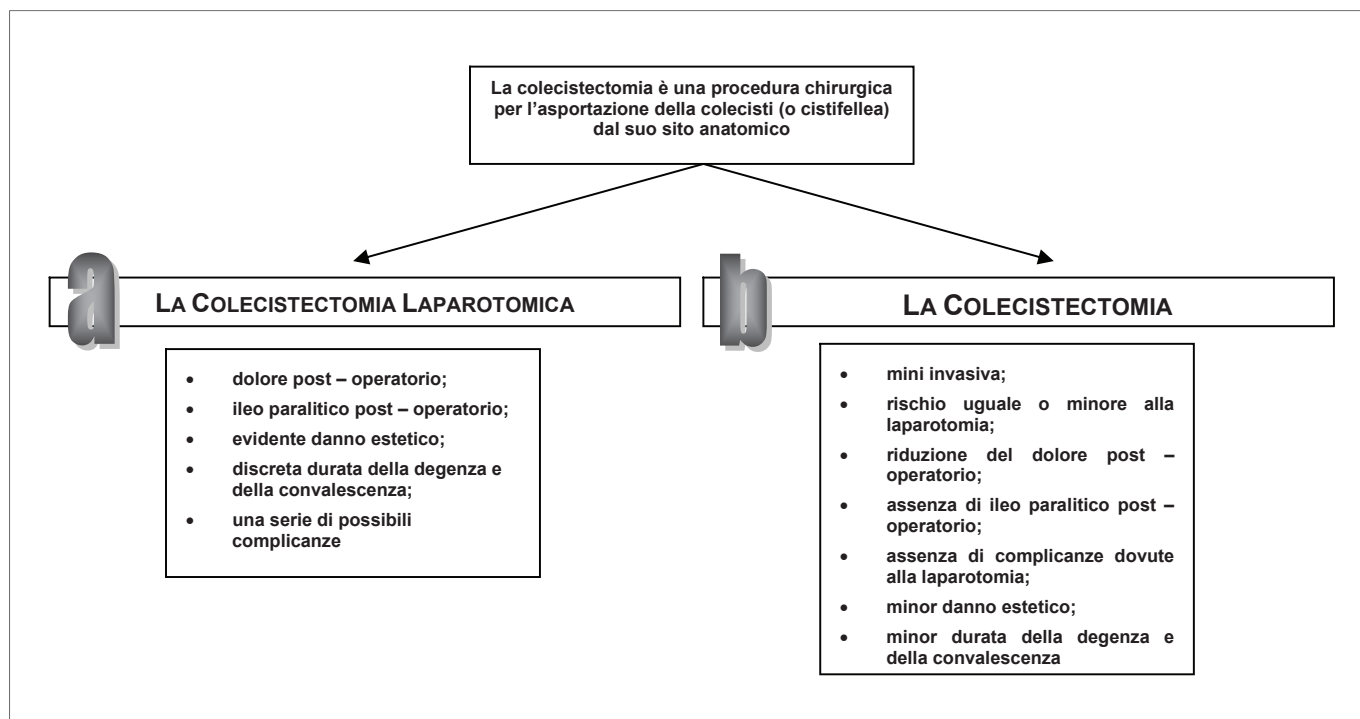
– caratteristiche specifiche delle alternative (per la laparotomia: dolore post-operatorio, ileo paralitico post-operatorio, danno estetico, ecc.; per la laparoscopia: mini invasività, riduzione del dolore post-operatorio, assenza di ileo paralitico, ecc.);

– l'affidabilità, intesa come maggiore probabilità tecnica di buon esito dell'intervento chirurgico (cioè dell'*output* desiderato).

I primi due parametri sono da considerarsi elementi soggettivi, mentre l'affidabilità è un fattore oggettivo ottenuto da dati statistici presenti in studi condotti su questo tipo di procedure. In questo caso i pesi relativi sono stati attribuiti in maniera tale da porre in evidenza quale delle alternative considerate garantisca l'erogazione di un *output*

Figura 3

La colecistectomia per via laparotomica e per via laparoscopica. Raffronto di carattere empirico-generale



con le migliori performance ottenibili (tabella 6).

Il *criterio organizzativo*, intende studiare la struttura organizzativa esistente, al fine di comprendere sia l'esatta compagine delle risorse umane di cui si dispone e di quelle di cui si necessita in relazione alle alternative tecnologiche prese in esame, sia l'impatto che le diverse alternative tecnologiche hanno sull'intera struttura organizzativa. A tal riguardo sono stati presi in esame quattro parametri due dei quali sono elementi oggettivi (tempo di riqualificazione e tempo di turn over) ed altri due sono elementi soggettivi (sicurezza e grado di accettazione).

È opportuno chiarire cosa si intende per tempo di turn over. Volendo valutare l'impatto delle due alternative sulla struttura organizzativa dell'Uo sembra opportuno considerare il tempo intercorrente tra due ricoveri a seguito dell'utilizzo dell'una o dell'altra attività chirurgica. In questo caso i pesi sono stati assegnati, in modo tale da valorizzare l'alternativa in grado di ridurre i tempi di riqualificazione, di generare una maggiore flessibilità nella struttura organizzativa, di essere più facilmente accettata dalla compagine operativa aziendale nonché di risultare quella più sicura rispetto alle diverse indicazioni contenute nella Legge 626/96 ed altre (tabella 7).

Il *criterio ambientale* consente di valutare l'impatto ambientale in termini di emissioni inquinanti connesso all'utilizzo delle alter-

native tecnologiche nell'espletamento delle prestazioni considerate, per cui sono stati analizzati due parametri entrambi oggettivi: emissione sostanze inquinanti solide e liquide, i cui pesi sono stati assegnati in maniera inversamente proporzionale alla quantità di sostanza inquinante prodotta (tabella 8). Si è ritenuto opportuno valorizzare l'impatto ambientale in termini di quantità emesse piuttosto che di costi di smaltimento, in quanto le informazioni relative a tali costi non sarebbero in grado di mettere in evidenza eventuali conseguenze derivanti da una maggiore o minore esposizione a sostanze inquinanti. Quindi, la quantità di inquinante emesso diviene una *proxy* delle eventuali conseguenze, cui risulterebbe complesso, al momento, dare una valorizzazione attendibile seguendo un approccio diverso.

Il *criterio economico* consente di verificare quale delle alternative tecnologiche sia maggiormente adeguata rispetto alle risorse economiche aziendali allocate per l'erogazione delle prestazioni previste. Volendo calcolare la convenienza economica connessa al maggior utilizzo di una delle due tecnologie in esame, i pesi ottenuti sono direttamente proporzionali al minor/maggior impatto economico in termini di costi/ricavi. Per il criterio economico vengono proposti sei parametri, tutti oggettivi, che sono: costi d'impianto, costi diretti di gestione, costi del personale, costi indiretti di gestione, costo della manutenzione, ricavo economico ottenibile dalle

Criterio tecnico - $W_{c1} = 0,16$			
Alternative tecnologiche	Caratteristiche comuni alle prestazioni [$W_{P11} = 0,14$]	Caratteristiche specifiche delle prestazioni [$W_{P21} = 0,14$]	Affidabilità [$W_{P31} = 0,72$]
Laparotomia	$W_{da11} = 0,50$	$W_{da21} = 0,30$	$W_{da31} = 0,51$
Laparoscopia	$W_{db11} = 0,50$	$W_{db21} = 0,70$	$W_{db31} = 0,49$

Tabella 6
Il criterio tecnico

Criterio organizzativo $W_{c2} = 0,13$				
Alternative tecnologiche	Tempo di riqualificazione [$W_{P12} = 0,25$]	Sicurezza (L. 626 ed altre) [$W_{P22} = 0,47$]	Grado di accettazione [$W_{P32} = 0,16$]	Turn over [$W_{P42} = 0,13$]
Laparotomia: a	$W_{da12} = 0,50$	$W_{da22} = 0,67$	$W_{da32} = 0,10$	$W_{da42} = 0,71$
Laparoscopia: b	$W_{db12} = 0,50$	$W_{db22} = 0,33$	$W_{db32} = 0,90$	$W_{db42} = 0,29$

Tabella 7
Il criterio organizzativo

Tabella 8

Il criterio ambientale

Criterio ambientale $W_{c3} = 0,28$		
Alternative tecnologiche	Emissione sostanze solide [$W_{P13} = 0,50$]	Emissione sostanze liquide [$W_{P23} = 0,50$]
Laparotomia: a	$W_{da13} = 0,55$	$W_{da23} = 0,45$
Laparoscopia: b	$W_{db13} = 0,45$	$W_{db23} = 0,55$

Tabella 9

Il criterio economico

Criterio economico $W_{c4} = 0,18$						
Alternative tecnologiche	Costi d'impianto [$W_{P14} = 0,20$]	Costi diretti [$W_{P24} = 0,13$]	Costi del personale [$W_{P34} = 0,21$]	Costi indiretti [$W_{P44} = 0,05$]	Costi di manutenzione [$W_{P54} = 0,14$]	Ricavi economici [$W_{P64} = 0,27$]
Laparotomia: a	$W_{da14} = 0,69$	$W_{da24} = 0,61$	$W_{da34} = 0,39$	$W_{da44} = 0,50$	$W_{da54} = 0,99$	$W_{da64} = 0,39$
Laparoscopia: b	$W_{db14} = 0,31$	$W_{db24} = 0,39$	$W_{db34} = 0,61$	$W_{db44} = 0,50$	$W_{db54} = 0,01$	$W_{db64} = 0,61$

Tabella 10

Il criterio qualità

Criterio qualità $W_{c5} = 0,25^*$			
Alternative tecnologiche	Qualità clinica [$W_{P15} = 0,62$]	Qualità percepita dal chirurgo [$W_{P25} = 0,24$]	Qualità percepita dal paziente [$W_{P35} = 0,14$]
Laparotomia: a	$W_{da15} = 0,10$	$W_{da25} = 0,25$	$W_{da35} = 0,12$
Laparoscopia: b	$W_{db15} = 0,90$	$W_{db25} = 0,75$	$W_{db35} = 0,88$

prestazioni stimate (tabella 9). La decisione di prendere in esame diverse voci di costo, piuttosto che un'unica voce di costo totale, è dettata dall'esigenza di avere un maggiore controllo su quelle voci che potrebbero indurre una certa variabilità, in termini economici, dei risultati connessi all'utilizzo delle alternative considerate; in altri termini si intende poter utilizzare delle informazioni dettagliate per valutare il «processo di cura» e quindi avere un utile strumento a supporto del «controllo di gestione». Questa scelta ha poi consentito, a seguito di attente considerazioni, di mettere in evidenza l'opportunità di non eseguire, in questa fase di analisi, il terzo livello di valutazione previsto dalla metodologia. Infatti, come si vedrà nel seguito la tecnologia maggiormente adeguata al contesto aziendale ed attualmente in uso, è anche una tecnologia di recente realizzazione ed acquisizione tanto che la struttura sanitaria non l'ha ancora del tutto ammortizzata.

Infine il *criterio di valutazione della qualità* (definito *criterio qualità*) consente di

esaminare l'impatto connesso all'uso delle due alternative tecnologiche sulla qualità delle prestazioni stimate. Per tale criterio si sono presi in esame tre parametri: la qualità clinica, ossia la qualità intesa come tempo globale di risoluzione delle problematiche di salute evocate; la qualità percepita dal chirurgo (dolore postoperatorio, ileo paralitico postoperatorio, danno estetico, complicanze durante e dopo l'intervento, ecc), nonché la qualità percepita dall'utente/paziente. Quanto detto induce a considerare, per questo criterio, la qualità clinica, come un fattore oggettivo, mentre gli altri due parametri come elementi soggettivi, ed i pesi ottenuti sono tali per cui ad un maggior livello qualitativo corrisponde un peso maggiore (tabella 10).

Il risultato di questa sperimentazione, ottenuto dall'aggregazione lineare di questi dati (Principio di composizione gerarchica di Saaty) ha consentito di individuare nella laparoscopia l'alternativa tecnologica più adeguata all'unità operativa esaminata. La videolaparoscopia è risultata tecnicamente e

Tabella 11
I risultati

I risultati della sperimentazione		
Alternative	LAPAROTOMIA	LAPAROSCOPIA
Criteri		
Ambientale	0,50	0,50
Qualità	0,14	0,86
Tecnico	0,48	0,52
Economico (2003)	0,57	0,43
Economico (2004)	0,44	0,56
Organizzativo	0,54	0,46
PESI GLOBALI 2003	0,43	0,57
PESI GLOBALI 2004	0,40	0,60

qualitativamente superiore; economicamente conveniente, con un impatto ambientale, in termini di emissioni di sostanze inquinanti emesse nel suo utilizzo, uguale alla laparotomia; di contro è una tecnologia che, per garantire il conseguimento di questi obiettivi, richiede una struttura organizzativa non tradizionale, che, in fase iniziale, richiede un impegno più articolato.

Questo aspetto si evince dalla tabella 11, ottenuta dalla composizione dei dati numerici presenti nelle **tabelle 6, 7, 8, 9, 10** attraverso il Principio di Composizione Gerarchica di Saaty. La **tabella 11** mostra che la tecnica laparoscopica, a giudizio globale degli esperti, presenta per il criterio organizzativo un peso minore (0,46) rispetto a quello indicato per la laparotomia (0,54), ovvero tende ad abbassare il valore globale del risultato. Quindi inizialmente la videolaparoscopia viene «penalizzata» dalla più complessa organizzazione, così come valutata dagli esperti. Inoltre sulla base di considerazioni di carattere economico relative all'ammortamento degli apparati in uso (costi di impianto), si è messo in evidenza che, a parità di altre condizioni, nel momento in cui l'apparecchiatura sia totalmente ammortizzata si avrà una maggiore convenienza economica e quindi globale. Infatti, nel momento in cui le due «tecnologie» avranno un peso paritetico rispetto al parametro costi di impianto, si avrà una inversione del peso delle alternative considerate nel criterio economico (tabella 11, Criterio economico 2004).

All'interno di questa fase sperimentale, è risultato non necessario eseguire il terzo livello di analisi, ovvero «valutazione degli apparati tecnologici» della tabella 1, in quanto la tecnologia videolaparoscopica in uso nella struttura sanitaria è risultata adeguata alle esigenze della struttura, attuali e future, per cui si ritiene non conveniente sostituire l'apparecchiatura attualmente utilizzata nell'U.O. presa in esame, essendo un apparato di recente costruzione e nel «pieno» della sua «vita tecnologica» rispetto alla evoluzione del mercato.

Volendo individuare un indicatore comparativo sintetico delle alternative tecnologiche individuate si può calcolare l'*indice di accettabilità (acceptability index)* definito come la maggiore o minore capacità di una delle alternative esaminate nel conseguire l'obiettivo prefissato, ossia risultare quella maggiormente adeguata alla struttura aziendale (**tabella 12**). Questo indicatore viene ottenuto rapportando tra loro i Pesi globali, calcolati per gli anni 2003 e 2004, delle alternative considerate; ossia per ciascuno dei due anni è stato calcolato come:

$$AI = W_{Db} / W_{Da}$$

Tabella 12
Acceptability Index

Acceptability Index			
	Laparoscopia	Laparotomia	A.I.
Pesi globali 2003	0,57	0,43	$AI = 0,57/0,43 = 1,3$
Pesi globali 2004	0,60	0,40	$AI = 0,60/0,40 = 1,5$

5. Conclusioni

Per quanto concerne i risultati della sperimentazione, sembra opportuno sottolineare che, come è stato già messo in evidenza da altri studi, la videolaparoscopia rappresenta un «profilo» ed un «processo di cura» maggiormente adeguato alla risoluzione della calcolosi della colecisti per quanto attiene la struttura in oggetto. Sembra opportuno sottolineare però che le maggiori differenze riscontrate tra le due alternative esaminate sono relative alla valutazione dell'aspetto qualitativo connesso: qualità clinica e qualità percepita da pazienti ed operatori (*satisfaction* dei pazienti e degli operatori). In sintesi, per quanto attiene i risultati delle valutazioni eseguite si può affermare che la videolaparoscopia è una procedura clinica in grado di migliorare l'efficacia clinica, ridurre i costi dell'intero processo, migliorare la qualità di vita del paziente.

Tali conclusioni derivano dall'applicazione del metodo proposto alla struttura sanitaria in esame in un determinato periodo; tuttavia il metodo OSMETA si è dimostrato generalizzabile e potrebbe essere utilizzato in maniera efficiente ed efficace come strumento di:

a) supporto alle decisioni laddove vi sia l'esigenza di effettuare una scelta avente una valenza operativa/strategica da parte dell'azienda;

b) monitoraggio continuo dei profili e dei processi di cura adottati, al fine della loro ottimizzazione, ovvero anche come strumento specifico da utilizzare nell'ambito del «controllo di gestione».

Infatti attraverso il sistema analitico di pesi elaborato per questo specifico «percorso di cura», risulta possibile avere una visione globale dei suoi diversi aspetti. Quanto detto consente all'azienda sanitaria in oggetto di:

a) porre in essere le azioni correttive e/o migliorative del processo di cura considerato al fine di massimizzare effetti benefici (*outcome*) ed i risultati ottenibili (*output*);

b) assumere decisioni strategiche e/o operative sulle possibili evoluzioni dei percorsi di cura erogati.

Infatti bisogna tener ben presente che per il miglioramento continuo dell'erogazione delle attività assistenziali diviene indispensabile avere una visione quanto più ampia possibile delle caratteristiche e delle conseguenze derivanti dalla strutturazione di uno specifico percorso di cura e delle tecnologie adottate e porre in essere azioni di «reingegnerizzazione» dell'organizzazione e dei processi, spesso legate all'introduzione e all'utilizzazione di tecnologie innovative.

Quindi, seguendo un approccio sistemico come quello proposto nel presente lavoro, queste possibili aree di intervento potrebbero essere rese operative attraverso l'analisi critica ripetuta nel tempo («monitoraggio»). In conclusione, dunque, il metodo proposto rafforzerebbe l'HTA come strumento dinamico da utilizzare, anche a supporto del controllo di gestione, attraverso l'*auditing* dei valori dei pesi che emergono dai diversi livelli di analisi previsti.

B I B L I O G R A F I A

- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (2002), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- BORGONOV E., MAMBRETTI C. (2003), *Economia Sanitaria e Qualità di vita*, Il Sole 24ORE libri, Milano.
- BANTA H.D., LUCE B.R. (1993), *Health Care Technology and its Assessment: an international perspective*, Oxford University Press.
- BRACALE M. (2000) «Il ruolo dell'ingegneria medica nella gestione delle Tecnologie Biomediche». Atti del Secondo Congresso degli Operatori degli Uffici Tecnici delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, giugno 2000, Rieti.
- BOSCH *et al.* (2002), «Laparoscopic or open conventional cholesectomy: clinical and economic consideration», *European Journal of Surgery*, 168, pp. 270-277.
- COLOR STUDY GROUP (2005), «Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of randomised trial», *Lancet Oncol.*, Jul. 6 (7), pp. 477-84.
- GIANGRANDE A. (2002), *Analytic Hierarchy Process, teoria ed esempi*, Dipartimento di Progettazione e Scienza dell'Architettura - Università ROMA TRE, Roma.
- ISTAHC INTERNATIONAL SOCIETY OF TECHNOLOGY ASSESSMENT FOR HEALTH CARE (2003), «Improving Outcomes through Health Technology Assessment». Proceedings of 19th International Annual Meeting, Commore (Canada).
- SAATY T.L. (1977) «A Scaling Method for Priorities in Hierarchical Structures.», *Journal of Mathematical Psychology*, 15, p. 234.
- SAATY T.L. (1996), *The Analytic Hierarchy Process*, RWS Publications, Pittsburgh.
- SAATY T.L., VARGAS L.G. (1994), *Decision Making in Economical, Political, and Technological Environments*, RWS Publication, Pittsburg.
- SLOANE E.B., LIBERATORE M.J., NYDICK R.L (2002), «Medical Decision Support Using the Analytic Hierarchy Process», Villanova University Decision Sciences Institute, Annual Conference november, San Diego, CA.
- VITIELLO L. (2003), «Una metodologia di decision making per l'health technology assessment valida nel sistema sanitario italiano», Tesi di Laurea in Ingegneria Gestionale – Relatore Prof. Marcello Bracale, Anno Accademico 2002-2003.
- VITIELLO L., BRACALE U., BRACALE M., RENDA A. (2004) «An Operative and Structural Methodology for the Technology Assessment: O.S.ME.T.A.», X Conferenza Internazionale Medicon and Health Telematics, Ischia. (Primo Premio «Students Competition» Medicon 2004).

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

- 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;
- 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenz (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

People Strategy: Educazione continua in medicina in Regione Lombardia

MARIACRISTINA FILANNINO

Since 2004 the Regional Government of Lombardy has been starting a new health continuing training model based on the principle of Continuing Professional Development. This new model has the outstanding advantage of joining three types of stakeholders: the Regional one, that is, to have highly trained professionals; the health service one, that is, to combine high level training with corporate strategy; finally the individual one, that is, to appreciate and deeply realize personal responsibilities as regards the distinctive role held by everyone in the U.O. department. The fundamental principle of this model lies in the provider credit, in the abstract the public and /or private health services, which takes on the responsibility of training and developing processes together with competence of health professionals.

Note sull'autore

Mariacristina Filannino è docente senior della SDA - Bocconi

1. Premessa

«La Persona è la risorsa più critica», «le persone vengono al primo posto», «gli uomini sono la principale fonte del vantaggio competitivo», sono affermazioni che trovano oggi concordi tutte le aziende sanitarie pubbliche e/o private accreditate e che ricorrono continuamente nelle *mission* aziendali, nelle *vision*, nelle interviste ai Direttori generali, nei dibattiti pubblici: in tutte quelle occasioni in cui le aziende esprimono quello che vorrebbero o dovrebbero essere. Nella realtà, tuttavia, questo enunciato spesso non si traduce in fatti, politiche e prestazioni convincenti: l'orientamento strategico delle aziende sanitarie rispetto alle risorse umane si è contraddistinto nel tempo per essere nebuloso e per non essere stato il motore di cambiamento nei confronti delle scelte aziendali verso l'utente interno.

L'attenzione alla risorsa umana, mediante azioni e programmi di «gestione e sviluppo delle risorse umane» deve intervenire sulla *vision* e sulla cultura dell'azienda, traducendosi e assicurando la trasformazione dei comportamenti organizzativi in coerenza con i fattori fondamentali di successo per la generazione di valore di «scambio tra organizzazione e persona».

Se si parte dall'assunto che la «People Strategy» è quella componente della *Business Strategy* che guarda al *People* e consiste «in un *mix* integrato di politiche, di programmi e prassi quotidiane, ispirato ad un valore-guida e finalizzato al cambiamento dei comportamenti e il cui impatto si misura nell'accrescimento del valore del capitale umano e quindi del business di riferimento» (Protasoni, 2003), si comprende il valore di

SOMMARIO

1. Premessa
2. Valorizzare le professionalità per migliorare il Ssr: i principi espressi nel Piano socio sanitario lombardo
3. Le regionalizzazione del sistema di Educazione continua in medicina
4. Le principali difficoltà incontrate
5. Il modello CPD e gli altri progetti regionali sulle risorse umane
6. Conclusioni

tale scelta per il personale, *asset* intangibile dell'organizzazione, qui azienda di servizi alla persona.

Il termine *People Strategy* non è solo da intendersi come un nuovo «inglesismo» correlato ad una nuova «moda organizzativa»: è il superamento della più tradizionale «politica delle risorse umane», per altro anch'essa spesso poco efficace, orientata a soddisfare i fabbisogni individuali (identità, stabilità, sviluppo) affermando che la dimensione della «People» è parte integrante della strategia di business e genera Valore aziendale puntando sulle specificità delle risorse a disposizione che creano «vantaggio competitivo» facendo leva su competenze essenziali per raggiungere un vantaggio sostenibile sulla concorrenza (organizzazioni *resource-based view* o RVB, ossia istituti che basano loro il funzionamento su una visuale dell'azienda fondata sulle risorse umane).

Due sono i fattori da presidiare per la realizzazione di una *People Strategy* aziendale:

– il Contesto strategico, ovvero le diverse tipologie di situazioni strategiche che caratterizzano i segmenti di attività (o le tipologie di utenza servita) e che sono determinati dalla *Business Strategy* complessiva (la traduzione operativa della *mission* aziendale e degli obiettivi di mandato dei Direttori generali delle aziende sanitarie);

– il Contesto della specificità, ossia il capitale umano dell'azienda inteso come insieme di competenze (Cortellazzi, Pais, 2001), attitudini, esperienze e valori della persona. Si tratta quindi del profilo dei comportamenti esistenti e delle dimensioni che li influenzano.

La *People Strategy* opera per l'allineamento dei comportamenti individuali verso il profilo dei comportamenti attesi identificando contenuti e modalità sostenibili per lo «scambio di Valore» tra azienda e persona.

Sulla scorta di queste considerazioni lo spunto su cui riflettere è il seguente: può nella pubblica amministrazione ed in particolar modo nella sanità, esistere una cultura «delle persone», laddove spesso è difficile evidenziare i meriti degli operatori e costruire regole gestionali che evidenziano la diversità e la meritocrazia, «smantellando» l'appiattimento che impedisce di vedere il contributo e le

potenzialità dei singoli sui quali costruire percorsi di crescita e di responsabilizzazione professionale?

Può esistere il Contesto della specificità di un ospedale rispetto ad un altro? In che cosa concretamente si manifesta? È compito delle Direzioni generali aziendali cercare, creare, rafforzare la propria Specificità, soprattutto per un confronto costruttivo con la Regione che esercita il ruolo di *governance* sulle aziende e di regolatore del sistema di offerta di prestazioni sanitarie regionali?

Le scelte fatte da Regione Lombardia in tema di Educazione continua in medicina rappresentano in modo adeguato la possibilità per le aziende sanitarie lombarde di lavorare sul proprio contesto della Specificità e di attivare alcune leve della *People Strategy*, quali: la combinazione della formazione con lo sviluppo professionale, il coinvolgimento dei professionisti e dei dirigenti gestori di risorse, l'identificazione dei *gap* di capacità e conoscenze necessarie all'esercizio delle responsabilità di ogni professionista oggetto di processi di valutazione professionale.

Per meglio sottolineare il valore di questa complessa scelta regionale nel secondo paragrafo del presente articolo si riportano i tratti salienti del Pssr che evidenziano la progettualità della Regione in tema di risorse umane; nel terzo e quarto paragrafo sono invece illustrate le scelte regionali in tema di ECM ed il ruolo delle aziende sanitarie. Nel quinto paragrafo si presentano le principali difficoltà incontrate nella fase di avvio del sistema, ed infine i principali progetti avviati dalla Direzione generale sanità per rispondere a quanto indicato nelle linee programmatiche regionali e che acquisiscono una nuova «luce» se rilette in funzione del nuovo approccio alla formazione nelle aziende sanitarie suggerito da Regione.

2. Valorizzare le professionalità per migliorare il Ssr: i principi espressi nel Piano socio sanitario lombardo

Il Piano socio sanitario della Regione Lombardia 2002-2004 «Libertà ed innovazione al servizio della salute» contiene le linee di sviluppo del sistema socio sanitario regionale, dedicando una cospicua parte al tema delle risorse umane.

Importante obiettivo programmatico del Pssr della Regione Lombardia nell'area dei servizi alla persona è la qualificazione e valorizzazione delle risorse umane; gli strumenti di valutazione saranno sempre più rivolti alle capacità gestionali e professionali, sia con riferimento alle esperienze maturate che alle competenze acquisite e richieste per i singoli profili, secondo quanto illustrato successivamente.

Il valore della persona che lavora nel Sistema sanitario regionale è stato fortemente ripreso anche all'inizio della VIII legislatura, nella quale si sottolinea il ruolo del capitale umano, dell'impegno del sistema verso di esso e verso la formazione, quale strumento operativo di supporto alla qualità della sanità lombarda che si manifesta tramite l'opera dei suoi professionisti.

La formazione del personale sanitario deve essere considerata uno strumento al servizio delle professionalità che necessitano di un adeguato supporto per sostenere al meglio l'impatto con le nuove tecnologie e modelli organizzativi.

La determinazione di un quadro regionale programmatico della formazione continua del personale è presupposto per l'individuazione, in sede aziendale, di azioni formative coerenti con la politica sanitaria regionale di sviluppo delle risorse umane, con lo sviluppo del modello organizzativo aziendale, nonché con l'attuazione dei progetti prioritari individuati dal Piano.

In questo contesto di valorizzazione delle risorse umane la formazione manageriale è sviluppata e diffusa a tutti i ruoli a contenuto gestionale organizzativo; per le altre figure professionali si devono invece individuare percorsi di formazione a maggior contenuto tecnico professionale. Entrambi i «filoni formativi» devono comunque essere rivolti alla logica di accreditare nel mercato del lavoro i professionisti della salute (sia in campo gestionale che specialistico), come previsto in altre parti del Pssr.

Questo importante lavoro passa sicuramente tramite l'azione delle aziende sanitarie lombarde: il valore della formazione, infatti, rende «strategica» l'unità organizzativa aziendale che si occupa stabilmente delle risorse umane che, rafforzata così nella sua *mission*, deve creare e migliorare nel tempo le competenze strategiche dei singoli rispetto

al ruolo ricoperto nell'ambito della funzione svolta nella propria azienda sanitaria.

Le aziende sanitarie avendo a riferimento gli obiettivi di interesse nazionale, regionale nonché quelli specifici di azienda, definiscono il piano di formazione aziendale grazie ad una attenta analisi dei bisogni mediante tecniche, quali mappatura delle competenze presenti e necessarie, valutazione dei risultati della formazione collegata agli istituti contrattuali in un'ottica di valorizzazione delle professionalità, valutazione dei risultati ottenuti. Se è quindi fondamentale il rafforzamento e lo sviluppo della struttura aziendale preposta alla formazione e sviluppo delle risorse umane, ogni azienda dovrà assicurarsi che l'attività di formazione sia attentamente mirata a creare e a rafforzare competenze strategiche. A questo scopo uno degli aspetti più importanti per realizzare programmi di sviluppo del personale efficaci consiste nella corretta impostazione dell'analisi del bisogno, nel sostegno e partecipazione del management aziendale e nella valutazione degli effetti prodotti dalle iniziative avviate. Ciò consente di attivare un circolo virtuoso di miglioramento delle capacità aziendali nel realizzare programmi efficaci (**tabella 1**).

Il presidio di questa importante funzione aziendale consente di monitorare ed avviare processi di miglioramento con tutto il sistema valutativo d'azienda, sistema operativo stabilmente collegato alla formazione e all'analisi dei fabbisogni formativi delle risorse umane operanti nelle aziende sanitarie. Su questo fronte anche i processi di selezione dovranno sempre più consistere in un confronto tra i profili attesi e quelli posseduti, utilizzando la formazione quale strumento per colmare il divario evidenziato.

Questi principi richiamano necessariamente il tema delle conoscenze, vale a dire la formazione richiesta a chi intraprende la carriera di stampo manageriale e a chi intraprende la carriera di tipo professionale.

È quindi necessario interrogarsi sul contenuto del lavoro del professionista responsabile di struttura e del professionista senza tale responsabilità, al fine di identificare la formazione mirata a coprire detti incarichi e definire il profilo necessario per ogni posizione di lavoro ed il profilo posseduto dal personale ad esso designato.

Tabella 1

Area	Strumento	Azione chiave	Indicatore
Area gestione risorse umane	Individuazione delle competenze necessarie per ricoprire la funzione di formazione aziendale	Rendere consapevole la direzione aziendale dell'importanza strategica della formazione al fine dello sviluppo delle risorse umane per il conseguimento degli obiettivi aziendali mediante la partecipazione al progetto «competenze per il ruolo strategico della formazione»	N. aziende che partecipano al progetto

3. Le regionalizzazione del sistema di Educazione continua in medicina

In campo sanitario lo sviluppo del sapere mediante la formazione è sempre stato un'esigenza ed un dovere deontologico, dovendosi, gli operatori, occupare della cura delle persone con la massima competenza e professionalità possibile.

La svolta in tema di formazione continua in sanità avviene con le modifiche apportate D.L.vo 502/1992 dal D.L.vo 299/1999 con l'introduzione dell'art. 16 *bis* dedicato alla formazione continua, dell'art. 16 *quinques* dedicato alla formazione manageriale¹.

Il tema del monitoraggio della professionalità assume grande importanza all'interno dei programmi di Educazione continua in medicina in quanto lo stesso tende ad assicurare verso l'esterno la qualità degli operatori e del processo formativo.

Nella seduta del 20 Maggio 2004 della Conferenza Stato-Regioni in tema di formazione continua, al punto 10 si prevede: «... *I professionisti sanitari convenzionati direttamente o indirettamente con il SSN sono tenuti a soddisfare il proprio debito annuale attraverso attività che abbiano come obiettivi formativi quelli di specifico interesse per la Regione nella quale operano, in misura determinata dalla stessa e non superiore al 50%. Tali crediti hanno lo stesso valore di quelli acquisiti con attività finalizzate ad obiettivi formativi nazionali*». Nell'articolo 13 dello stesso documento è inoltre previsto che «*Il Ministero della Salute e le Regioni convengono di procedere ad un approfondimento congiunto sui criteri per l'accREDITAMENTO dei provider entro il tempo massimo di tre mesi dalla stipula del presente accordo. I risultati di tale lavoro saranno recepiti da un nuovo Accordo da sancire in Conferenza*

unificata Stato-Regioni e saranno oggetto di sperimentazione nell'ultimo quadrimestre dell'anno 2004».

Le Regioni sono quindi abilitate ad esercitare la potestà di regolamentare il proprio sistema di Educazione continua in medicina ed individuare ulteriori requisiti, criteri e procedure di accreditamento dei *provider*.

Sulla scorta del valore attribuito alla formazione nel Pssr e in relazione all'obiettivo di rendere l'offerta formativa ECM, più congrua e finalizzata a differenti percorsi di aggiornamento professionale del personale sanitario operante nelle strutture e nel territorio di competenza, Regione Lombardia ha attivato nel corso del 2004 il proprio programma ECM, alla stregua di molte altre regioni italiane². Le considerazioni da qui in poi proposte sono, secondo il parere di chi scrive, espressione di come la formazione aziendale gestita secondo il modello «*Continuig Professional Development (CPD)*», ovvero di sviluppo professionale, sia uno strumento della *People Strategy* in ottemperanza alla definizione datagli in letteratura, cioè tutte le prassi che modificano i comportamenti delle persone accrescendo il valore del capitale umano e del business di riferimento.

3.1. Tratti salienti del sistema regionale lombardo³

Il percorso scelto da Regione Lombardia, concretizzatosi grazie al lavoro della Commissione regionale ECM, è quello di abbandonare l'obbligo di accreditare gli eventi trasferendo la fase di accreditamento al livello di *provider*, ovvero di una struttura autorizzata ad esercitare attività formativa regolamentata da un piano di formazione almeno semestrale⁴.

Obiettivo del presente scritto non è quello di illustrare dettagliatamente il programma ECM regionale visionabile dalle delibere di Giunta regionale, quanto sottolineare le ripercussioni positive che il modello è in grado di «generare/sta generando», sui processi organizzativi-gestionali delle aziende sanitarie, senza però dimenticare alcuni ostacoli iniziali all'avvio del sistema.

L'accesso al sistema ECM regionale è per le strutture pubbliche, strutture private accreditate e strutture private. Primo obiettivo di Regione Lombardia è l'accreditamento a *provider* di tutte le 44 aziende sanitarie pubbliche così che possano «guidare» lo sviluppo professionale del proprio personale, anche gestendo oculatamente e proficuamente i costi della formazione.

L'attuale procedura nazionale di accreditamento dei singoli eventi formativi da parte di un organo centrale non ha sempre garantito la necessaria rispondenza agli obiettivi e alla qualità dei processi formativi in presenza di un sistema numericamente elevato e complesso per numerosità di tematiche; da qui la scelta di passare dalla responsabilità «tecnica» di ogni evento da parte dell'azienda, alla responsabilità del programma formativo progettato.

I requisiti regionali da mantenere nel tempo per poter accedere alla qualifica di organizzazione accreditata come *provider*, sono rivolti a:

- garantire competenze clinico-assistenziali, tecniche e scientifiche nel settore disciplinare in cui andrà ad offrire attività formative;
- garantire competenze andragogiche e capacità organizzative;
- disporre di una adeguata struttura formativa aziendale (persone, strumenti e processi);
- attuare procedure atte ad individuare i bisogni formativi dei professionisti della Sanità nella realtà in cui opera (aziendale, territoriale e regionale);
- disporre di un Piano di formazione aziendale;
- evidenziare i metodi andragogici utilizzati;
- valutare l'efficienza dell'insegnamento, l'efficacia nella pratica clinica e la validità

della ricaduta organizzativa dell'attività formativa.

L'adempimento dei requisiti *Struttura formativa e Organizzazione* (i dati di identificazione del soggetto istituzionale o organismo pubblico o privato che presenta domanda di accreditamento), dei requisiti *Struttura formativa* (riferiti alla capacità organizzativa e di sede della struttura medesima), dei requisiti di *Piano formativo* (descrizione delle attività di macroprogettazione svolta da ogni *Provider* ECM), abilita il riconosciuto *provider* a rilasciare i crediti ECM per le iniziative indicate nel Piano di Formazione, secondo quanto previsto da indicazioni regionali.

Il modello lombardo, pur accordandosi con le principali indicazioni nazionali, è pensato:

- per semplificare il sistema in un'ottica di valorizzazione e non di «sanzione» dei professionisti. Lo sviluppo professionale continuo è una *necessità* del professionista, la quale inserita in una logica di valutazione degli esiti lavorativi deve portare nel tempo alla costruzione di un sistema *volontario* di *accreditamento professionale*, ovvero di un sistema regionale che riconosca, valorizzi e gratifichi l'impegno di chi decide di intraprendere la strada del «monitoraggio continuo della propria professionalità» (*clinical competence*) in un'epoca caratterizzata dalla rapida obsolescenza delle conoscenze tecnico-professionali;
- per valorizzare, sin dove possibile, le esperienze lavorative che quotidianamente si creano nell'ambito in cui si esercita la propria professionalità (*formazione sul campo*);
- per avviare un graduale processo di valutazione delle ricadute della formazione sulle performance professionali;
- per coniugare la necessità, da parte di ogni azienda sanitaria, di «manutenzione» del «sapere», e del «sapere applicato» dei professionisti della salute con il controllo della spesa per la formazione, oggi più difficilmente sostenibile per Regione Lombardia, per le Aziende stesse e, in generale, per il *sistema Paese*.

Queste considerazioni portano quindi a prevedere un tipo di formazione che, supe-

rando la genericità del modello ECM nazionale rispetto alle ricadute della formazione, risulti fortemente legata al contesto operativo del personale sanitario che partecipa agli interventi di formazione con la necessità di tener conto dell'ampio spettro dei ruoli e delle attività professionali effettivamente svolte nei diversi livelli e posizioni funzionali delle strutture della rete dei servizi costituenti il sistema sanitario regionale.

Il modello lombardo incoraggia la trasformazione dell'attività formativa in un processo di «sviluppo professionale continuo» (*Continuing Professional Development* – CPD⁵) che costituisca l'effettivo strumento per «migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari partecipi al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata al servizio sanitario nazionale».

Ad oggi il sistema è prevalentemente orientato ai professionisti sanitari ma, stante gli obiettivi che si prefigge, se ne prevede l'estensione anche a tutto il personale esente dall'obbligo dei crediti formativi, ma non esautorati dalla necessità di mantenere alto lo standard professionale al fine di svolgere adeguatamente il proprio ruolo nell'ambito del complesso processo assistenziale fornito al paziente-utente.

Nella definizione delle regole generali del sistema, Regione Lombardia ha ben identificato e ben delineato i ruoli di tutti gli attori in gioco. Il principio fondamentale della non duplicazione e sovrapposizione dei ruoli è fortemente perseguito nel modello lombardo di sviluppo professionale continuo: chi produce ed eroga la formazione non può anche svolgere un ruolo di controllo nei confronti della stessa. Tale funzione è attuata da una struttura regionale (Agenzia) investita allo scopo, l'Istituto Regionale di Formazione per la pubblica amministrazione (I.Re.F.), per accertare la presenza dei requisiti per l'accreditamento dei *provider* nella fase iniziale e nel tempo, e per verificare, a campione, la ricaduta della formazione sull'organizzazione del sistema socio-sanitario regionale.

3.2. Il ruolo delle Aziende sanitarie nel sistema ECM-CPD

Il ruolo delle Aziende sanitarie nel sistema della formazione continua è quello di attestare il connubio «sapere – sapere applicato» dei professionisti che popolano il mondo della sanità.

Questa considerazione porta inevitabilmente a ridefinire per le strutture sanitarie lombarde quello che dovrà essere, in un primo momento, il significato dell'ECM a livello aziendale: non si parla più di formazione «fatta», magari nell'ottica del «corsificio», ma si parla di formazione per un miglior esercizio della propria professionalità. Obiettivo delle aziende dovrà essere quello di trovare un raccordo tra la «capitalizzazione» dei crediti formativi degli operatori e le proprie esigenze organizzative per il mantenimento/miglioramento della qualità delle prestazioni dei servizi sanitari e socio sanitari.

Il modello regionale ha lo scopo di supportare le proprie aziende ad utilizzare la formazione come strumento mediante il quale:

- veicolare la crescita delle competenze professionali che poi, nel tempo, saranno oggetto di valutazione da parte delle stesse aziende per consentire percorsi di carriera, ovvero la revoca o il mantenimento di incarichi di natura professionale dei singoli operatori;

- valutare, nel medio-lungo periodo, le ricadute organizzative delle attività proposte e la congruenza con la strategia aziendale e con la creazione del vantaggio competitivo o del «Contesto della specificità» dell'Azienda sanitaria locale o dell'Azienda ospedaliera.

Il ruolo dell'Azienda sanitaria pubblica o privata accreditata come *provider* si riassume nel:

- 1) progettare, effettuare, controllare la pertinenza e l'esecuzione delle attività formative mediante la *struttura formativa aziendale*, che deve:

- a) identificare le necessità formative del personale,
- b) pianificare gli eventi e/o progetti,
- c) attribuire crediti,
- d) rilevare l'efficacia dell'intervento formativo (a breve, medio e lungo termine) me-

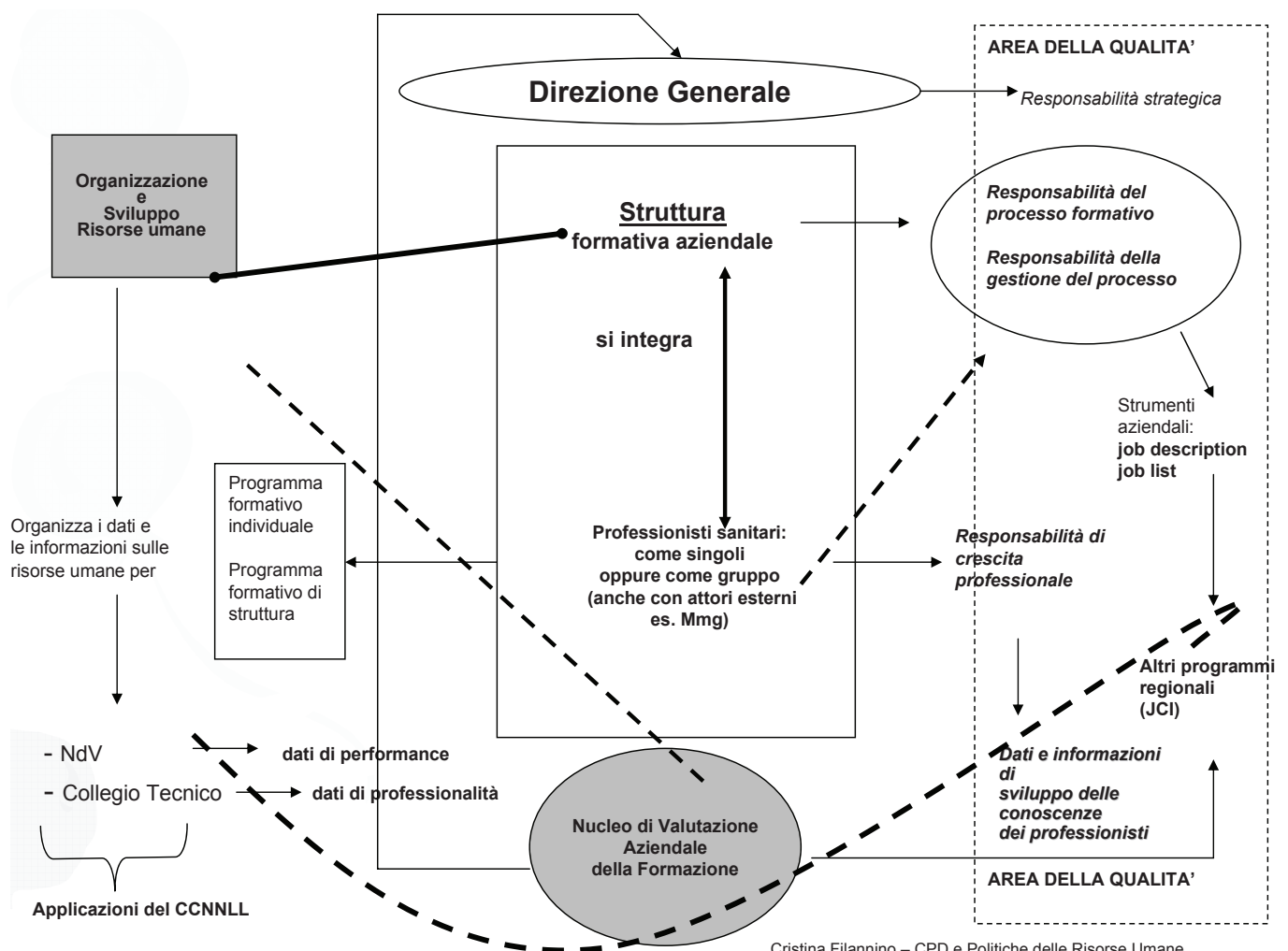
dianche le verifiche di apprendimento ai partecipanti e la *customer satisfaction* di ogni singola iniziativa.

Con riferimento a questo primo punto è necessario rafforzare e/o sviluppare la struttura aziendale preposta alla formazione affinché nella realizzazione della strategia aziendale la formazione sia compatibile con le scelte gestionali ed organizzative pensate per migliorare i servizi e le prestazioni sanitarie. La stessa struttura aziendale nella fase progettuale delle attività formative opera in stretta collaborazione con i Responsabili delle macro strutture aziendali (dipartimento, distretto, ecc), collettori di esigenze specialistiche che nascono come domanda dei professionisti e del dirigente gestionali ad essi preposto;

2) verificare la ricaduta della formazione sui processi organizzativi mediante la presenza di un *nucleo aziendale di valutazione della formazione*, con il compito di verificare nel tempo gli esiti formativi sull'organizzazione, traendo insegnamenti per futuri interventi interni (figura 1).

Il sistema ECM/CPD risponde alla necessità di programmare interventi formativi per una popolazione di operatori della sanità con bisogni di formazione differenziati per specificità di categoria, disciplina ed area di esercizio professionale. A tale proposito il modello regionale prevede una diversa composizione del «portafoglio» dei crediti formativi (conseguiti individualmente, tramite azienda, tramite attività regionali o attività

Figura 1
Dati e informazioni sullo sviluppo delle conoscenze dei professionisti



Cristina Filannino – CPD e Politiche delle Risorse Umane

nazionali) in considerazione delle tipologie dei richiedenti.

Il sistema regionale così costruito è finalizzato al monitoraggio della *conoscenza «teorica»* e della sua *trasformazione* in capacità di produrre risultati professionali spendibili in azienda e/o sul mercato del lavoro. Sicuramente è interesse della Regione che l'attività formativa della persona inserita nel circuito del Ssr non sia fine a se stessa, ma che si traduca in valore aggiunto per l'organizzazione nella quale fa parte, sempre nell'ottica del miglior servizio reso al cittadino.

3.3. Implicazioni organizzative del modello lombardo per le Aziende sanitarie

Il modello CPD lombardo fonda i suoi presupposti sulla proposizione e riproposizione di aspetti di importante valore organizzativo-aziendale, quali:

a) il *Piano di formazione*, documento «programmatico» e non «generico» costruito sul concetto di «competenza», e che coniuga la formazione individuale e di gruppo con le politiche delle risorse umane in tema di crescita professionale degli operatori. Il Piano formativo rappresenta uno tra gli strumenti nei quali è contenuta la strategia e l'orientamento aziendale verso le risorse umane, fattore critico di successo dei processi lavorativi. Strumenti quali le *job description*, i contratti individuali del personale, gli obiettivi individuali di *budget* o professionali, le competenze, rappresentano ambiti di congiunzione ed integrazione tra l'area della formazione, l'area dello sviluppo delle risorse umane, l'area della qualità (schema 1). Il nuovo sistema modifica completamente l'approccio alla «persona che lavora» nell'azienda sanitaria lombarda in quanto teso a stabilizzare e migliorare le performance individuali, indirizzare l'evoluzione professionale, monitorare la dimensione qualitativa del lavoro mediante le competenti funzioni aziendali. Nel Piano si legge l'orientamento aziendale sul capitale umano quale *asset* aziendale intangibile; orientamento che si differenzia in funzione della tipologia di «attività» di riferimento dei dipartimenti o delle unità organizzative, della tipologia di operatori, o in funzione di un preciso disegno strategico che enfatizza una parte della struttura orga-

nizzativa rispetto ad un'altra. Questa scelta, sicuramente più consona a determinare condizioni favorevoli l'esplicazione di strategie aziendali indirizzate alla valorizzazione delle risorse professionali, qualifica anche le responsabilità formative, gestionali e relazionali intrinseche all'esercizio dell'attività dei *provider* ECM;

b) la *formazione sul campo»* quale nuova modalità didattica di apprendimento, che rinforza:

– il ruolo dei professionisti, che devono sempre più essere in grado di proporre progetti mirati rispetto all'attività svolta illustrando dove l'attività formativa «colma» *gap* di conoscenze mancanti o dove le «incrementa» a fronte del disegno aziendale-regionale sul fronte dell'offerta di servizi di salute previsti per la loro unità organizzativa;

– il ruolo delle strutture aziendali di formazione che devono supportare i professionisti nel preparare i progetti, verificarne le ricadute organizzative secondo le strategie aziendali e mantenere nel tempo i requisiti affinché l'azienda sia *provider* per le attività di formazione verso il suo personale.

La formazione sul campo, quale l'attività di *audit* clinico, i gruppi di miglioramento, le visite al letto del malato, permettono quella condivisione delle conoscenze specialistiche che creano competenze professionali e che ridanno alle strutture ospedaliere una tra le loro caratteristiche principali e più importanti, ovvero quella di essere *ospedali di insegnamento* nei quali imparare una professione soprattutto mediante il confronto tra pari. La formazione, intesa come sviluppo di ruoli professionali, è realizzata sulla conoscenza e sul governo di interi processi lavorativi e ha la funzione di sviluppare l'autonomia professionale e la capacità culturale delle persone sul lavoro, è basata sul sapere, saper fare e saper essere, è prevalentemente centrata sui soggetti e sul contesto sociale dell'apprendimento ed è orientata a costruire e sviluppare professionalità⁶.

4. Le principali difficoltà incontrate

Il modello fin qui descritto ha illustrato il disegno regionale, un disegno ambizioso, non scevro però di difficoltà che si possono

principalmente distinguere in due tipologie: quelle aziendali e quelle della stessa regione, soprattutto dal punto di vista dell'Agenzia deputata al governo del sistema.

Pur non volendo generalizzare aspetti che sono prettamente di ogni singola realtà organizzativa, si può affermare che le principali difficoltà incontrate dalle aziende sanitarie nella fase di accreditamento a *provider* si possono così riassumere:

1) *l'incisività del ruolo della formazione nelle aziende sanitarie lombarde*. La formazione è una funzione aziendale da sempre presente nella vita di Asl ed Ospedali, spesso intesa come momento su cui «scaricare» le tensioni organizzative interne o come occasione di «ricompensa implicita» per il lavoratore meritevole. Sicuramente oggi alla formazione si chiede un contributo diverso da quello precedentemente giocato nell'organizzazione sanitaria, un contributo volto all'affermare quei principi aziendali di efficacia, efficienza ed economicità importanti per il sistema azienda. L'evoluzione «teorica» della funzione però non è stata spesso seguita da un'altrettanta sua evoluzione «pratica», cioè nell'essere veicolo di cambiamento culturale quale mezzo per conseguire la strategia aziendale anche uniformando comportamenti e riducendo inoltre la variabilità delle performance organizzative. Il modello CPD, per esprimere tutte le sue potenzialità, necessita di un riallineamento della *visione* teorica e dell'approccio pratico alla formazione nelle aziende sanitarie. Ecco che allora emerge quanto le aziende, anche nella figura dei loro Direttori, siano in realtà poco consapevoli dell'importante ruolo della formazione come mezzo di cambiamento individuale e di gruppo, credano poco nella formazione come reale leva su cui agire per modificare prassi organizzative, ma siano sostanzialmente attenti alla dimensione economica e alle risorse assorbite dalla formazione indipendentemente dagli obiettivi che soddisfa;

2) *dimensione degli Uffici formazione*. L'avvio del modello CPD necessita di risorse umane e strutturali che in ogni azienda devono essere dedicate per attivare e monitorare nel tempo il processo di sviluppo professionale continuo. Gli Uffici formazione delle aziende sanitarie sono tendenzialmente «poco» strutturati ovvero non hanno molte risorse

dedicate e soprattutto sono figure che si occupano di formazione a prescindere dalle competenze formative che sarebbero necessarie per esercitare questo ruolo. In questo caso l'organico potrebbe risultare insufficiente per una buona gestione, soprattutto in fase iniziale, del sistema CPD. Tradizionalmente l'apicale dell'Ufficio non è un dirigente, spesso è un operatore del comparto talvolta con posizione organizzativa. Come più volte ribadito l'inquadramento contrattuale non è di per sé indicatore di capacità del singolo, ma sicuramente in un contesto di professionisti sanitari lo status professionale è ancora oggi un elemento che consente il confronto, a titolo d'esempio, tra i «primari» ed il responsabile della Formazione aziendale;

3) *dimensione burocratica del sistema*. Uno degli aspetti di forza del modello CPD è l'accREDITAMENTO dell'azienda come *provider* e di conseguenza la «gestione in proprio» dell'attività formativa aziendale per i dipendenti. L'autonomia e la responsabilità data alle aziende, d'altro canto, necessita di un buon controllo all'entrata nel sistema che funga da filtro e da garanzia della qualità dei *provider* in esso presenti. Le aziende si sono così trovate a gestire un lavoro amministrativo molto impegnativo per riuscire ad ottemperare ai requisiti necessari per diventare *provider* (per il *soggetto richiedente* la ragione sociale, la sede legale, l'affidabilità, la finalità, ecc., per la *struttura formativa* l'organizzazione della stessa, l'affidabilità economico-finanziaria, la disponibilità e conformità dei locali adibiti all'attività formativa, la certificazione ISO 9001:2000, per il *piano formativo* la rilevazione e l'analisi dei fabbisogni formativi, le modalità di valutazione di ogni evento, le sponsorizzazioni, l'obiettivo dell'evento e la tipologia dello stesso, i destinatari, il responsabile scientifico dell'iniziativa, ecc). Tutti questi dati devono essere inseriti e gestiti da chi lavora nell'Ufficio formazione con non poche difficoltà di natura informatica e difficoltà in termini di maggior carico di lavoro (si pensi per esempio ad un grande Ospedale con un Piano di formazione composto da oltre 60 iniziative);

4) *predisposizione del Piano di Formazione*. Uno tra i principali requisiti per essere accettati come *provider* regionali è la presenza di un Piano di formazione. Questo documento attesta gli interventi formativi

che sono aziendali fondamentali per perseguire la strategia intrapresa dall'Asl o dall'Ao. A fronte quindi della massima flessibilità nella gestione di ogni iniziativa ci deve essere invece una grande capacità progettuale del *provider* che entro la fine dell'anno deve aver già impostato il Piano di Formazione mediante la rilevazione e l'analisi del fabbisogno formativo di ogni Dipartimento, Unità operativa, Servizio, Distretto, Ufficio. La corretta gestione di questa tempistica è segno delle competenze formative di chi si occupa di formazione aziendale e della capacità di organizzare il lavoro con gli interlocutori interni (capi dipartimento, responsabili di struttura, coordinatori, staff aziendali) per rispondere nei tempi alle richieste regionali. È inoltre segnale della capacità di leggere l'azienda nel suo insieme definendo le priorità d'intervento (espresse nel Piano di formazione), invece che lavorare su singoli eventi secondo una logica organizzativa di tipo parcellizzato. Approcciare la formazione con queste modalità e finalità significa coinvolgere i professionisti, con responsabilità sulle risorse umane, ancorché dirigenti sanitari e non, in modo completamente diverso da quello generalmente vigente nelle aziende, evidenziando una corresponsabilità dei professionisti nei processi formativi quale segno di evoluzione nella metodologia di costruzione del Piano formativo aziendale;

5) *difficoltà a misurare i risultati della formazione aziendale*. La misurazione degli esiti dell'attività formativa è un problema difficile, tanto da essere un tema sul quale da sempre vi è l'attenzione di chi si occupa di processi formativi. Su questo fronte il sistema CPD prevede che ogni *provider* debba valutare l'apprendimento dei partecipanti, il grado di soddisfazione rispetto al corso ed inoltre la ricaduta organizzativa della formazione, ovvero la modifica dei comportamenti e delle performance individuali, di gruppo e aziendali a fronte della formazione ricevuta. Si tratta di una valutazione di medio e lungo periodo, in quanto i frutti di gran parte delle modifiche organizzative sono tendenzialmente visibili in un arco temporale che consente alle persone di interiorizzare quanto appreso e di cambiare prassi consolidate, o di aggiungerne di nuove, incidendo sulle competenze lavorative già in atto. Per ogni evento inserito nel Piano formativo il Responsabile

scientifico deve indicare la ricaduta organizzativa prevista, per esempio nuovi *output* lavorativi come procedure, protocolli, schede e/o le nuove conoscenze e le nuove capacità che accrescono le capacità individuali, di gruppo multidisciplinare utili alle «core competence» dell'unità organizzativa. È intuitivo pensare che questa *visione* prospettica della crescita del «valore» dell'unità operativa non è immediata per il Responsabile di Struttura (che la vede prevedere per ogni tipologia di iniziativa di formazione), sia per mancanza di consuetudine che per mancanza di tempo da dedicare. È però un passaggio fondamentale nel modello CPD affinché il Piano possa essere considerato «di qualità» e corrispondente agli standard regionali; passaggio sul quale i professionisti devono pesantemente investire.

Per quanto riguarda I.Re.F i principali problemi incontrati all'avvio del sistema si possono così articolare:

a) *attribuzione di un ruolo innovativo dell'ente regionale*. Sin dalla sua costituzione l'Istituto Regionale lombardo di Formazione per l'Amministrazione pubblica (I.Re.F.) è l'Agenzia formativa di Regione Lombardia per tutto il personale operante nella pubblica amministrazione lombarda. L'attività tradizionale è l'organizzazione e gestione di corsi di formazione, senza per altro disporre di una propria *faculty* dedicata. Essere l'ente per Regione che cura il processo di accreditamento dei *provider* significa dare ad I.Re.F un ruolo diverso rispetto a quello fin ora svolto e che travalica l'attuazione della procedura relativa all'istruttoria, agli accertamenti *ex-ante* e ai controlli nel tempo dei requisiti richiesti per l'accreditamento e la corretta erogazione degli eventi formativi: significa invece favorire la creazione della «rete» dei *provider* pubblici e/o privati accreditati affinché si possa costituire un mercato dell'offerta formativa in sanità frutto del lavoro delle aziende stesse e, nel contempo, razionalizzare quella già esistente favorendo la formazione interdisciplinare. Creare la rete tra i *provider* significa attivare quei circuiti di conoscenza tacita ed esplicita che portano le aziende, nella veste degli uffici di formazione, al dialogo, al confronto e alla sussidiarietà reciproca, avendo però I.Re.F. come punto di riferimento. In

particolare l'attivazione della funzione di controllo sia sui requisiti del *provider* che sul processo di erogazione è elemento indispensabile per procedere alla *revisione* dei criteri di accreditamento, a valutazioni di efficacia del sistema e per fornire supporto per l'orientamento delle politiche formative a livello regionale.

Tali controlli riguardano:

- i requisiti *ex-ante* dei *provider*. Il controllo è effettuato tramite il Sistema Informativo che non permette la conclusione dell'attività istruttoria qualora tutte le informazioni/dichiarazioni fornite dall'aspirante *provider* non siano conformi con i criteri definiti;

- i requisiti nel tempo dei *provider* accreditati. Il controllo è effettuato tramite il Sistema Informativo e le visite ispettive periodiche da parte di I.Re.F.: comprende la verifica della sussistenza delle informazioni/dichiarazioni fornite; in caso di conferma di accreditamento, comprende anche la verifica della realizzazione di almeno 4/5 degli eventi proposti nel piano dell'anno precedente;

- il regolare svolgimento delle attività. Viene effettuato tramite il Sistema informativo e le visite ispettive periodiche da parte di I.Re.F.: comprende la verifica del progressivo aggiornamento del piano formativo e la congruenza delle caratteristiche delle attività in erogazione con quanto dichiarato e progressivamente specificato nel piano formativo stesso. Comprende inoltre l'analisi dei dati raccolti relativamente alla *customer satisfaction* di ogni evento;

- la ricaduta delle attività formative a seguito di verifica effettuata periodicamente dal neo costituito «Nucleo Regionale di Controllo degli esiti della formazione» (di cui alla Del. G.R. n. 18576/2004), che a campione usa i dati raccolti dal sistema informativo e dalle visite ispettive in loco per accertarsi degli indirizzi e degli orientamenti formativi in uso tra le aziende e per orientare gli obiettivi formativi regionali futuri;

b) *dimensione burocratica del sistema*. Anche per I.R.e.F. l'avvio del sistema CPD ha comportato la gestione della fase definita «burocratica del processo», espressa nel controllo «fiscale» della documentazione di ogni azienda sanitaria richiedente. Attribuire alle aziende sanitarie pubbliche o private accreditate la qualifica di «provider» significa per I.Re.F. assumersi la responsabilità di

decidere quali organizzazioni possono essere inserite nel sistema di Educazione continua in medicina regionale. Il controllo documentale fatto da I.Re.F. su Asl ed Aziende ospedaliere, anche se ripetitivo, rappresenta un momento fondamentale perché le aziende possano poi autonomamente gestire il «debito formativo» concordato con le Organizzazioni sindacali aziendali per ogni gruppo professionale, adempiendo al Piano di formazione;

c) *difficoltà a dialogare con le aziende sanitarie*. Il lavoro di controllo della documentazione richiesta da Regione ha generato un intenso dialogo con le aziende che dovevano produrre, in tempi relativamente brevi, quanto richiesto dalla procedura in merito al soggetto proponente, alla struttura formativa, al Piano formativo. Lo stretto rapporto instauratosi tra le aziende ed I.R.e.F. ha vissuto alcune criticità legate per lo più al diverso punto di vista rispetto al quale i due soggetti hanno affrontato il processo di creazione del sistema CPD regionale, le prime come aspiranti *provider*, la seconda come garante della serietà e qualità del modello. L'uso di un linguaggio non comune e condiviso a causa della diversa storia degli attori in gioco ha spesso portato le aziende a vedere in I.R.e.F. la controparte che ne ostacolava l'accreditamento e non invece l'ente che le accompagnava nell'ottenere e mantenere lo status di *provider*. La difficoltà prima definita come la «dimensione burocratica del sistema» ha inizialmente compromesso la fluidità dei rapporti tra l'ente accreditante e gli accreditati che doveva invece caratterizzare il passaggio dal sistema nazionale a quello regionale. Il continuo confronto sui problemi da affrontare e sulle modalità di risoluzione ha però reso costruttivo nel tempo il rapporto tra gli interlocutori del sistema, raggiungendo uno degli scopi previsti dal modello di sviluppo professionale continuo della Regione Lombardia.

5. Il modello CPD e gli altri progetti regionali sulle risorse umane

L'enfasi che Regione Lombardia riconosce al tema della formazione si ripercuote positivamente sul proficuo andamento di molti progetti regionali-aziendali riguardanti la valorizzazione del personale e il migliora-

mento delle performance delle aziende. Ogni azienda si deve assicurare che l'attività di formazione sia attentamente mirata a creare e a rafforzare le competenze strategiche a supporto dei processi di cambiamento definiti a livello regionale e/o a livello di Direzione generale aziendale, nella logica di reciproco scambio tra organizzazione e persona.

I progetti di cambiamento organizzativo avviati da Regione nei confronti delle aziende sanitarie che vedono nella formazione, quale momento culminante del modello CPD, un'importante fase per la loro realizzazione, sono:

- l'attivazione ed il monitoraggio dei processi di valutazione del personale delle aziende sanitarie rispetto al raggiungimento degli obiettivi aziendali frutto del processo budgetario. Si tratta di verificare, con i responsabili tecnici del processo valutativo, lo stato dell'arte di tale sistema operativo nelle proprie realtà aziendali e di analizzare spazi di miglioramento per un reale sviluppo delle «metodologie di direzione per obiettivi» (M.B.O.) che sottendono la progettazione di proficui sistemi di misurazione delle performance del singolo rispetto ai risultati aziendali;

- l'identificazione delle competenze manageriali dei dirigenti responsabili del governo di parti del sistema organizzativo (es dipartimento), al fine di verificare la capacità di attivare comportamenti manageriali per una corretta gestione della struttura organizzativa;

- la costruzione ed il monitoraggio del processo di valutazione delle aziende mediante il confronto di alcune tipologie di performance degli operatori correlate a obiettivi strategici di direzione, con prescelti standard di riferimento (progetto triennale *Joint Commission International*⁷ di implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e del management delle aziende sanitarie pubbliche). Una delle aree oggetto di misurazione e valutazione è quella delle risorse umane che, con un apposito set di standard, è monitorata rispetto al livello di qualità insito nelle prassi aziendali in uso verso le persone, unitamente alla più generale valutazione del management pubblico (direzione generale) centrata fondamentalmente sulla capacità di trasformare

le aziende sanitarie in «knowledge management organization», in quanto caratterizzate da processi che si basano sulla diffusione delle conoscenze dei professionisti (processi di «knowledge intensive»);

- le relazioni tra il processo di accreditamento delle aziende sanitarie e la qualificazione dei *professional* sanitari operanti nelle aziende ed i possibili sistemi di accreditamento di valutazione professionale che da tale integrazione dovrebbero discendere. La demarcazione tra responsabilità gestionali e responsabilità professionali per il personale dirigente all'interno delle strutture sanitarie presuppone che si identifichino tipologie di incarichi da attribuire a tutti i dirigenti che, nell'ambito delle strutture di appartenenza, svolgono attività tecnico-specialistica utilizzando ed approfondendo il loro sapere scientifico pur nel rispetto delle regole organizzative definite sia dall'azienda che dal dirigente gestionale loro preposto. Si tratta di esprimere dei criteri di buona resa professionale che devono necessariamente essere espressi e verificati da uno stesso professionista, con autorità gerarchica e con riconosciuta valenza professionale. Il tema della professionalità evidenzia la necessità di creare delle «tappe» nel percorso di sviluppo delle specialità all'interno dei dipartimenti, dei distretti, per prevedere evoluzioni delle posizioni professionali in funzione della resa del professionista e di valutazioni prettamente aziendali.

Questi temi stanno sviluppando forti meccanismi di integrazione tra alcune parti dell'organizzazione, nella miglior intenzione della *People Strategy* e della creazione di Valore quali:

- l'ufficio formazione che si configura come «consulente interno» dei Responsabili di Struttura nel tramutare i livelli di crescita professionale in percorsi formativi coerenti sia con la strategia aziendale che con i «bisogni sanitari evidenziati dal *case mix*» dell'unità operativa;

- l'ufficio per la gestione delle politiche aziendali in tema di risorse umane che deve supervisionare l'intero processo e che si collega con gli altri progetti già menzionati che prevedono un coinvolgimento della struttura «Risorse Umane/Formazione». Si tratta di una funzione aziendale in grado di attivare

strumenti della *People Strategy* per diversi *target* di persone presenti in azienda, identificabili nelle famiglie professionali, che devono beneficiare del progetto culturale attivato dall'organizzazione per il suo cliente interno e dare vita in questo modo al Contesto della specificità. Le organizzazioni complesse non si limitano ad applicare diverse strategie alle diverse aree di «attività» che compongono il loro portafoglio prodotti, ma mettono in campo una gamma più articolata di scelte sulle risorse umane ognuna delle quali è specificamente rivolta ad un preciso segmento di cliente interno;

- il dirigente di struttura complessa che nell'ambito di ogni specialità definisce l'*iter* di sviluppo professionale a cui correlare ogni tipologia di incarico una volta mappata la professionalità dei propri dirigenti rispetto a standard professionali prodotti dalla letteratura e dalle società scientifiche;

- l'ufficio qualità che supporta il lavoro al fine di evidenziare la presenza in azienda di processi di sviluppo organizzativo «certificati» (qui intesi come validi e riconosciuti);

- la direzione aziendale che può disporre di un inventario reale del «portafoglio» delle competenze presenti nella sua organizzazione: «buone politiche aziendali in tema di risorse umane» non possono prescindere dalla conoscenza dello scostamento tra il profilo professionale atteso e quello posseduto dal dipendente, per rilevare il quale serve l'identificazione delle capacità professionali. A questa scala gerarchica «tecnica» deve fare riscontro una diversa tipologia di responsabilità in ambito professionale. Il percorso di carriera «tipo» per un dirigente che non occupi posizioni manageriali deve prevedere che, seguito a riconosciuti sviluppi delle capacità tecnico-cliniche, percorrerà i livelli della scala professionale ad ognuno dei quali deve corrispondere una maggiore responsabilizzazione in termini di mansioni assegnate ed autonomia professionale (Filannino, 2002). Lo sviluppo professionale così inteso è importante in un contesto lombardo dove il sistema CPD/ECM è stato rivisto e la formazione continua è raggiunta soprattutto tramite la formazione sul campo. Una corretta predisposizione di questa tipologia di progetti formativi consente di sviluppare la professionalità del singolo coerentemente al profilo di professionalità per lui disegnato dal di-

rigente di struttura complessa. Questo lavoro progettuale, fatto in sintonia con il personale degli Uffici di formazione, accresce le competenze complessive dell'organizzazione e usa in modo integrato dati che, pur essendo nati per colmare il fabbisogno formativo dei singoli, devono poi essere utilmente utilizzati per altri scopi aziendali quali la valutazione a fine incarico, le certificazioni di qualità e di accreditamento dei professionisti, ecc.

6. Conclusioni

La possibilità di crescere professionalmente nel proprio contesto di lavoro data da Regione Lombardia ai professionisti della salute e, quindi, alle aziende, deve essere scrupolosamente perseguita per il bene dell'utente interno ed esterno delle organizzazioni che erogano prevenzione, diagnosi e cura. È la «seria» interpretazione del modello «sviluppo professionale continuo» da parte di chi ne usufruisce che non ne vanifica lo scopo finale: la volontà delle Direzioni generali aziendali di sviluppare politiche delle risorse umane deve diventare realmente parte significativa della propria *Business Strategy* complessiva e non oggetto d'interesse perché obiettivo annuale di valutazione del Direttore generale. L'investimento in tempo, risorse, metodi e strumenti d'integrazione tra chi si occupa proficuamente dello sviluppo dei professionisti deve essere maggiormente evidente in Asl ed Ospedali lombardi, anche mediante la creazione di indicatori finalizzati, espressione della convergenza delle funzioni aziendali interessate. L'incontro tra il fabbisogno di sviluppo del dipendente e quello di multidimensionalità aziendale vede nella formazione delle competenze individuali ed organizzative il punto di saldatura tra la centralità della persona e la tensione verso nuovi modelli organizzativi, ossia tra due strade che sono state sinergiche ma parallele, che hanno cioè proceduto nella stessa direzione, ma senza intersecarsi.

L'ipotesi di lavoro per la Direzione generale di ogni Azienda sanitaria locale ed ogni Azienda ospedaliera è quindi il continuo confronto del proprio progetto culturale di «governance» delle risorse umane con quello delineato da Regione Lombardia mediante la costruzione del modello CPD, alla cui base sono i presupposti sopra delineati.

Avere «aziendalmente» il presidio delle professioni «medico-sanitarie» significa individuare il ruolo dei professionisti gestori e responsabili dell'unità organizzative ed il ruolo dei professionisti che, mediante azioni espressione della loro discrezionalità nell'esercizio della professione, collaborano al fine di erogare il servizio migliore non solo da un punto di vista tecnico-specialistico, ma anche di risposta ai bisogni di salute della persona globalmente intesa.

Regione Lombardia, dopo una azione di governo verso le aziende sanitarie orientata prevalentemente alla dimensione economica, si è incamminata verso un progetto di grande spessore culturale, finalizzato alla valorizzazione, diffusione, integrazione del sapere professionale e alle implicazioni organizzative che derivano dalle azioni finalizzate al cambiamento dei comportamenti che accrescono il valore del capitale umano e quindi del «business» di riferimento. Sarà ora compito delle aziende sanitarie non snaturare questo modello che induce cambiamento, riducendolo a semplice «carta scritta» prodotta dai responsabili delle funzioni aziendali preposte.

Note

1. L'art. 16 *bis*, in particolare, introduce la nozione di «formazione continua» offrendone una definizione sufficientemente chiara. Essa comprende innanzitutto l'aggiornamento professionale inteso quale attività successiva al corso di diploma, di laurea, di specializzazione, di formazione complementare e di formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione continua comprende anche la formazione permanente intesa come l'insieme delle attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità tecniche e manageriali, nonché l'aggiornamento degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale. Una siffat-

ta formazione, caratterizzata dall'aggettivo continua, specifica il legislatore, consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali che si attua mediante la partecipazione ad eventi quali convegni, corsi, seminari, offerti da strutture pubbliche o private. A tali attività si aggiungono i soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati, nonché ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo.

2. Le Regioni che attualmente hanno attivato un sistema ECM regionale sono la Toscana, l'Emilia-Romagna, le Marche, le Province Autonome di Trento e Bolzano, la Valle d'Aosta, il Veneto.
3. Si vedano le due delibere di Giunta, la n. 18576 del 5 agosto 2004 «Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) in Lombardia» e la delibera n. 20767 del 16 febbraio 2005 «Progetto Operativo per l'attuazione del Sistema Lombardo ECM - Sviluppo Professionale Continuo (CPD)»
4. La presenza del Piano di formazione è un requisito imprescindibile per ottenere l'accreditamento a *Provider*; tra i requisiti previsti per il mantenimento di tale «stato» vi è la realizzazione nell'anno di almeno i 4/5 delle iniziative in esso indicate.
5. I programmi di Educazione in medicina si identificano, in alcuni Paesi, europei e non, con il più ampio concetto di Sviluppo professionale continuo o *Continuous Professional Development* - CPD. Tra questi si ricordano principalmente il Regno Unito, il Canada, gli Stati Uniti. L'uso nel testo dell'acronimo ECM fa riferimento a quanto espressamente riferito al sistema nazionale di programmi di Educazione continua in medicina. L'acronimo CPD attiene al sistema di sviluppo professionale continuo a cui riferire il «modello lombardo».
6. Questi obiettivi ben si sposano con quanto previsto, per esempio, nel progetto di valutazione delle aziende (JCI), dove la presenza di standard di riferimento su alcune aree di attività ospedaliere e territoriali, deve generare percorsi di formazione sul campo e di diffusione delle conoscenze per l'adeguamento (da parte delle stesse aziende e per conto del personale) agli standard oggetto di controllo.
7. *Joint Commission on accreditation of healthcare organizations* (Jchao) è un ente autonomo americano per la certificazione di strutture sanitarie. La divisione *International of Joint Commission* è stata prescelta da Regione Lombardia per attivare un programma triennale di valutazione delle aziende sanitarie da realizzarsi mediante il confronto delle strutture e dei processi rivolti al paziente e rivolti all'organizzazione di ogni azienda sanitaria, con 60 dei 360 standard complessivi forniti da JCI.

B I B L I O G R A F I A

- CAPPUCCI U. (a cura di) (1999), *Business, strategia e competenze. Un modello di gestione per lo sviluppo della competitività aziendale*, Guerini e Associati, Milano.
- CORTELLAZZI S., PAIS I. (2001), *Il posto della competenza*, Franco Angeli, Milano.
- DE PIETRO C. (2004), *La gestione del personale nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- FILANNINO C. (2002), «Dirigenza e comparto: una rilettura del contratto nella prospettiva del knowledge management», *Mecosan*, 42.
- PROFILI S. (2004), *Il Knowledge Management. Approcci teorici e strumenti gestionali*, Franco Angeli, Milano.
- PROTASONI R. (2003), *People Strategy. La nuova sfida per il management di successo*, Guerini e Associati, Milano.
- «Educazione Continua in Medicina. Analisi dei fabbisogni, programmazione, innovazioni e valutazione della formazione obbligatoria per le professioni sanitarie» - Ricerca Fondo Sociale Europeo a cura di I.Re.F, Università Carlo Cattaneo - LIUC, Università Vita-Salute S. Raffaele, Università degli Studi dell'Insubria, Milano 2004.
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 18756 del 5 agosto 2004.
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 20767 del 16 febbraio 2005.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

- 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;
- 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenz (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

Integrare l'esperienza del paziente nella medicina basata sull'evidenza: un'esperienza di applicazione della Narrative-based Medicine

ELENA FIOCCHI, GUIDO GIARELLI, CORRADO RUOZI

The «Narrative-based Medicine» Project has been implemented in three hospital wards of the Local Health Authority of Reggio Emilia since October 2001 to June 2005. It has involved three multi-disciplinary teams of doctors, nurses, physiotherapists, etc. and some voluntary and lay members of the local Comitati Misti Consultivi. The targets were the clinical pathways of three chronic types of patients: those with ischemic cardiopathy, with chronic obstructive bronco-pneumopathy (COBP), and post-coma traumatized patients. The original aim of the Project was the integration of the traditional, quantitative-oriented methods of subjective evaluation of the quality of care received by the patients with more adequate qualitative-oriented tools. In the second stage, the Project has been aimed integrating the evidence-based guidelines with patient's experience. A second implementation of the project is with oncologic and day-hospital neuro-rehabilitative patients.

Note sugli autori

Alena Fiocchi è fisiatra, dirigente di secondo livello presso l'Ausl di Reggio Emilia
Guido Giarelli è sociologo, docente di Sistemi sanitari comparati presso Università di Bologna
Corrado Ruozi è psicologo, responsabile Sviluppo risorse umane, presso l'Ausl di Reggio Emilia

1. Introduzione: limiti della EBM nella pratica professionale

Da quando l'*Evidence-based Medicine* (EBM), la Medicina basata sulle evidenze o sulle prove scientifiche è stata introdotta e si è sempre più diffusa in ambito clinico, viene spesso imputato al medico di essere colpevole di praticare una sorta di *Opinion-based Medicine*, di Medicina basata sulla opinione che lascerebbe troppo spazio alla «variazione non necessaria» nella pratica clinica, spesso considerata all'origine inapproprietezze sotto il profilo terapeutico e di sprechi dal punto di vista dei costi.

Ma chi decide dove collocare il confine tra la «variazione non necessaria» e quella «variazione necessaria» che l'esperienza clinica del singolo professionista considera un tratto fondamentale dell'*expertise* necessario a tener conto della natura irrimediabilmente contestuale e idiosincratca di ogni caso clinico? Capacità intuitiva, intelligenza empatica, prassi terapeutiche fondate sull'esperienza e competenze maturate in anni di lavoro sono elementi essenziali nella cura dei pazienti da parte del medico, che si riflettono poi in una maggior efficienza diagnostica e nella capacità di coinvolgimento del paziente nelle decisioni circa le cure da intraprendere, migliorandone significativamente anche l'aderenza terapeutica: e non sempre tutto questo appare riconducibile alle «migliori evidenze sperimentali disponibili» che la letteratura dell'*Evidence-based Medicine* mette a disposizione, dal momento che non sono codificabili nei suoi termini.

SOMMARIO

1. Introduzione: limiti della EBM nella pratica professionale
2. Che cos'è la NBM
3. Il progetto dell'Ausl di Reggio Emilia
4. Principali risultati ottenuti nei tre case-study
5. Conclusioni: l'integrazione possibile

Le «resistenze al cambiamento» da parte del medico – come vengono talvolta interpretati gli atteggiamenti di molti medici nei confronti dell'EBM – non sono dunque semplicemente riducibili ad una sua *forma mentis* conservatrice che, per ignoranza o rigetto degli studi clinici sperimentali randomizzati a disposizione, tenderebbe a considerare la propria esperienza come elemento sufficiente nella presa di decisione diagnostico-terapeutica: c'è qualcosa di più e di meglio, che né i testi accademici né la letteratura EBM disponibile hanno sin qui adeguatamente preso in considerazione. Qualcosa che deriva dalla impossibilità di applicare meccanicamente le evidenze statistiche dell'EBM al singolo paziente che si ha di fronte. Qualcosa che nasce dalla stessa complessa natura dell'identità professionale del medico, divisa tra una componente clinica ed una più antropologica: «L'una impone di fare la diagnosi corretta, di guarire il paziente, di indicare un trattamento farmacologico, facendo attenzione a seguire le linee-guida stabilite dalla comunità scientifica; l'altra induce a seguire ed eventualmente soddisfare le aspettative del paziente, ad esaudire le sue preghiere, a badare ai suoi precari equilibri e alla sua storia. La guerra che avviene nel medico è una guerra difficile perché è giocata su paradigmi diversi che costringono il medico a riferirsi a discipline diverse» (Parisi, Valcanover, 1995, p. 87).

La consapevolezza di tale dualità induce ad andare al di là della banale reprimenda sin qui diffusa per cercare di indagare nel lavoro del medico anche la componente antropologica e non soltanto quella clinica e, soprattutto, la possibilità di una integrazione tra loro. Stiamo vivendo una crisi di credibilità della medicina collegata al canone positivista, conoscenza e pensiero hanno acuito evoluzioni diverse. Come dice Eugenia Tognotti, docente di Storia della medicina dell'Università di Sassari: «la medicina ad alta specializzazione tecnologica non ha fatto che aumentare la distanza fra medico e malato: dai trenta cm. di stetoscopio che nell'800 hanno cominciato a separare l'orecchio del medico dal corpo del paziente fino alle macchine sempre più sofisticate che, pur permettendo gli straordinari progressi della medicina, hanno però dilatato ulteriormente questa distanza».

La conoscenza si è sviluppata come continua ricerca e aggiornamento della tecnica. Il pensiero è rimasto fermo al canone positivista: inadeguato a confrontarsi con un paziente che non è più solo sintomi e biologia e con la società che richiede cultura, utilità, valori, personalizzazione, sensibilità.

Da questo punto di vista, l'applicazione di nuove metodologie qualitative di ricerca che consentano di cogliere meglio il significato della malattia in rapporto ai pazienti e al contesto/storia entro cui i pazienti si collocano come le *illness narratives*, le storie di malattia, offre la possibilità di un approccio ermeneutico-culturale alla pratica clinica in grado di illuminarne peculiarità e problematiche meglio di quanto la stessa EBM, da sola, non consenta di fare. Le storie di malattia consentono quindi di andare oltre i limiti dell'EBM e del classico approccio positivista della biomedicina, decodificando non solo le narrazioni di malattia del paziente ma anche quelle del medico, mettendo in luce e comprendendo la natura culturale dello stesso ragionamento clinico su cui si fonda la biomedicina al di là dei suoi presupposti scientifici.

2. Che cos'è la NBM

La cosiddetta *Narrative-based Medicine* (NBM), come è stata successivamente definita da una raccolta di articoli pubblicati sul *British Medical Journal* (Greenhalgh, Hurwitz, 1998), sorge in realtà negli USA, in particolare ad opera della Harvard Medical School e dell'approccio fenomenologico ed ermeneutico in essa dominante. Punti di riferimento fondamentali e ispiratori di tale approccio sono uno psichiatra ed un antropologo in essa operanti: Arthur Kleinman (1980) e Byron Good (1999). Entrambi considerano la medicina, ogni tipo di medicina, come un sistema culturale, vale a dire un insieme di significati simbolici che modellano sia la realtà che definiamo clinica, che l'esperienza che di essa il soggetto malato fa. Salute, malattia e medicina divengono così dei sistemi simbolici costituiti da un insieme di significati, di valori e di norme comportamentali e delle reciproche interrelazioni fra queste componenti che in tutte le società funzionano come dei sistemi di significato che strutturano l'esperienza della malattia.

Su queste basi, Kleinman (1980, pp. 72-73) opera una fondamentale distinzione, in relazione a ciò che definiamo «malattia», tra *disease* e *illness*: laddove *disease* è la malattia intesa in senso biomedico come lesione organica o aggressione di agenti esterni, evento comunque oggettivabile e misurabile mediante una serie di parametri organici di natura fisico-chimica (temperatura del corpo, alterazioni nella composizione sanguigna, ecc.); mentre *illness* costituisce l'esperienza soggettiva dello star male vissuta dal soggetto malato sulla base della sua percezione soggettiva del malessere sempre culturalmente mediata, dal momento che non è possibile alcun accesso diretto cosciente al proprio vissuto corporeo. Successivamente, Kleinman (1988, p. 6) introduce un terzo termine per la malattia, quello di *sickness* che definisce come «la comprensione di un disordine nel suo significato generale all'interno di una popolazione in relazione alle forze macrosociali (economiche, politiche, istituzionali)».

Rinviando altrove per un riferimento al dibattito successivamente sviluppatosi sulla relazione tra questi tre termini (Twaddle, Nordenfelt, 1994; Hoffman, 2002; Maturo, 2004), ci preme qui sottolineare come questa triade costituisca la base di riferimento fondamentale per la comprensione del nostro tema. È a questo punto che si inserisce infatti il ruolo della narrazione nella costituzione della malattia e della sua esperienza intesa come *illness*: le «storie di malattia» costituiscono frammenti di storie di vita la cui struttura temporale organizza gli eventi il cui significato viene ricompreso dall'individuo sulla base di ciò che definisce «malattia». La malattia come *illness* viene così ricostruita e ricompresa fenomenologicamente in forma di «trama» all'interno di una struttura narrativa che tende a conferirle senso sulla base di uno specifica «rete semantica della malattia (*sickness*)» (Good 1999, p. 260) culturalmente definita che tende a interconnettere i singoli significati soggettivi. Da questo punto di vista le storie non si limitano a descrivere e raccontare esperienze ed eventi di malattia, ma li «costruiscono» nel momento stesso in cui conferiscono loro quel particolare significato che la malattia assume in ogni specifico contesto culturale sulla base di peculiari strutture di rilevanza.

Se l'esperienza è sempre molto più ricca di quanto sia la sua narrazione, quest'ultima ne costituisce tuttavia l'elemento ordinatore e strutturante, che contribuisce alla percezione unitaria del sé per il singolo individuo grazie alla continuità del vissuto soggettivo che gli consente di ricostruire. Allo stesso tempo, la narrazione costituisce la possibilità di comprendere l'esperienza altrui fornendoci una rappresentazione culturalmente mediata e comprensibile, al di là dell'incomunicabilità dei vissuti individuali di dolore e di sofferenza.

La letteratura scientifica sugli aspetti narrativi della malattia negli ultimi decenni ha avuto ancora limitati ma significativi sviluppi. Oltre alla Scuola antropologica di Harvard già ricordata, un filone di questa letteratura è di estrazione prettamente medica: ampliando il genere tradizionale delle storie di casi, tale letteratura medica ha proposto dettagliati resoconti clinici o storie di vita di malati gravi. I racconti di Oliver Sacks su persone affette da morbo di Parkinson (1987), da emicrania (1986) e da disturbi neurologici (1992) sono forse l'esempio più noto di questa letteratura che ritrae le dimensioni umane dei disturbi clinici e le sofferenze che esse provocano dalla prospettiva di un medico. Il neurologo statunitense esprime bene le ragioni che hanno condotto la comunità medica alla narrazione contrapponendo alla storia medica tradizionale la narrazione, nella quale il soggetto umano e non la patologia diviene l'elemento centrale:

«Tali storie mediche, sono una forma di storia naturale – ma non ci dicono nulla dell'individuo e della sua storia; non comunicano nulla della persona, della sua esperienza, di come fa fronte alla malattia e lotta per sopravvivere. Non vi è alcun "soggetto" in una storia di caso limitata (...). Per rimettere al centro il soggetto umano sofferente, afflitto, combattente, dobbiamo approfondire una storia di caso sino a farla divenire una narrazione o racconto: solo allora avremo davvero un "chi" come pure un "cosa", una persona reale, un paziente in relazione alla malattia – in relazione al piano fisico» (Sacks, 1992, p. viii).

In altri casi lo sforzo è quello di decentrare il punto di vista del medico rispetto alla prospettiva del paziente e alla sua strutturazione narrativa dell'esperienza di malattia: è il caso dell'analisi di tali narrazioni effettuate da Howard Brody (1987) e delle riflessioni cu-

rate da Baer (1987) sulla strutturazione dell'esperienza della malattia nella pratica clinica. In alcuni casi, i medici stessi hanno cominciato a riconoscere la natura narrativa del proprio lavoro, pubblicando resoconti sulle proprie difficoltà e sull'incontro problematico con la pratica professionale (Zimmerman, Dickerson, 1994; Hahn, 1995). La metafora del «narratore ferito» (Frank, 1995) è stata utilizzata per descrivere questa esperienza che ha significativamente trasformato il loro modo di comprendere la professione medica e la pratica clinica, spesso non lasciando indenne neppure il loro modo di pensare sulla propria vita in generale.

3. Il progetto dell'Ausl di Reggio Emilia

Il progetto «*Narrative Based Medicine* e *audit* clinico integrato: dall'analisi delle narrazioni di malattia al miglioramento della qualità delle cure» è nato all'interno di un programma nazionale finanziato dal Ministero della salute¹, che ha visto coinvolte cinque Regioni – oltre alla Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria dell'Università di Bologna. Tale programma era volto a puntualizzare lo stato dell'arte rispetto alla valutazione della qualità percepita da parte degli utenti dei servizi sanitari in queste Regioni, nonché a promuovere la sperimentazione di nuovi strumenti di carattere prevalentemente qualitativo.

L'adesione al progetto da parte dell'Ausl di Reggio Emilia è stata inizialmente motivata dall'esigenza, da tempo sentita in azienda, di giungere ad un superamento dei tradizionali strumenti quantitativi di rilevazione della soddisfazione del paziente (*customer satisfaction*), i cui limiti – rappresentatività del campione, modalità di somministrazione, superficialità e rigidità dello strumento, polarizzazione delle risposte, ... – sono stati da più parti sottolineati. Tali strumenti raramente consentono una adeguata comprensione del reale impatto dei servizi sanitari sugli utenti, della valutazione che ne consegue, e ancor meno, del vissuto dei pazienti nei confronti della malattia e delle cure ricevute.

La scelta di una metodica alternativa, squisitamente qualitativa, è caduta sulle narrazioni di malattia (*illness narratives*), ritenute strumento ottimale di comprensione di una realtà tanto complessa e punto di

partenza per la costruzione di una medicina che possa fare di tali narrazioni la base (*Narrative-based Medicine*) su cui costruire percorsi di *audit* clinico integrato ed implementare concrete azioni di miglioramento della qualità dei servizi offerti.

In realtà, se gli ultimi anni hanno visto un'esplosione di interesse per la NBM, molto scarsi in letteratura sono i riferimenti ad un suo utilizzo nell'ambito della valutazione della qualità percepita. È del 2003 uno studio pilota condotto in Gran Bretagna dalla *NHS Modernisation Agency* su pazienti cardiopatici nell'ambito del «*Coronary Heart Disease Collaborative and Critical Care Programme*» (Wilcock *et al.*, 2003), in cui si evidenzia come le narrazioni raccolte dai malati e dai loro familiari abbiano costituito la base per la costruzione di progetti di miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Nato come «NBM e qualità percepita», il progetto si è arricchito *in progress*, con la definizione di ulteriori stimolanti obiettivi, che possono essere così sintetizzati:

1) utilizzare le narrazioni di malattia come strumento per la rilevazione della qualità percepita, in particolare su specifiche categorie di utenti: con problematiche di natura cronica o cronico-progressiva, spesso fortemente disabilitanti. Tali soggetti hanno in comune una storia di lunga e sofferta convivenza con la malattia e di prolungata frequentazione dei servizi sanitari, tale da consentire l'elaborazione di un ricco vissuto di esperienze e significati inerenti la malattia e le cure ricevute. Si tratta di una tipologia di utenza particolarmente inadatta a strumenti di natura quantitativa del tipo questionari di *customer satisfaction*, che in alcun modo potrebbero offrirci informazioni utili in una realtà tanto complessa;

2) individuare, mediante l'analisi delle narrazioni, le dimensioni di significato più rilevanti per il paziente nella valutazione dei percorsi clinico-assistenziali seguiti, al fine di definirne gli elementi di criticità da affrontare;

3) costruire linee-guida integrate che tengano conto delle criticità individuate attraverso l'analisi delle storie di malattia e delle azioni di miglioramento che ne conseguono;

4) realizzare una attività di *audit* clinico integrato relativo alla valutazione delle linee-

guida individuate, col coinvolgimento di rappresentanti dei pazienti/familiari.

Il progetto ha avuto una durata complessiva di oltre 3 anni (ottobre 2001 - giugno 2005) e si è articolato in 2 fasi principali: la prima di rilevazione sul campo delle storie di malattia e loro analisi e interpretazione; la seconda di costruzione delle linee-guida integrate e loro sperimentazione e validazione mediante un percorso di *audit* clinico integrato e partecipato.

Relativamente alle tipologie di utenza coinvolte, sono stati selezionati per il progetto tre *case-study*: pazienti affetti da broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO), pazienti affetti da cardiopatia ischemica o ipertensiva, pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite (da trauma cranico-encefalico o altro).

Di conseguenza sono state individuate tre unità operative dei presidi ospedalieri dell'Ausl di Reggio Emilia:

- il Reparto di Medicina interna dell'Ospedale di Scandiano (BPCO);
- il Reparto di Cardiologia e riabilitazione cardiologia dell'Ospedale di Correggio (cardiopatici);
- il Reparto di Riabilitazione neurologica intensiva dell'Ospedale di Correggio (gravi cerebrolesi).

All'interno di ciascuna unità operativa sono stati istituiti gruppi di lavoro multiprofessionali (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, logopedisti, ecc.), cui hanno partecipato anche membri dei Comitati consultativi misti locali in rappresentanza delle associazioni dei malati. A livello aziendale, uno staff di progetto, avvalendosi della collaborazione di consulenti e ricercatori della Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria dell'Università di Bologna ha svolto una funzione complessiva di progettazione e coordinamento delle attività. In particolare sono stati promossi momenti formativi sia sulle singole unità operative coinvolte, sia comuni, a livello aziendale (complessivamente 24 giornate). Tale strumento formativo ha avuto un ruolo fondamentale nella realizzazione di un percorso di ricerca-azione che non fosse semplicemente indotto dal-

l'esterno, ma coinvolgesse in prima persona sia i professionisti sanitari che i rappresentanti dei pazienti.

Dopo l'identificazione effettiva dei pazienti, il loro contatto e l'organizzazione delle interviste in collaborazione con il personale sanitario, sono state quindi realizzate 37 interviste ai tre gruppi di pazienti, di cui n. 20 con BPCO, n. 9 con cardiopatia ischemica o ipertensiva e n. 8 a gravi cerebrolesi o loro familiari.

I materiali così rilevati hanno costituito una notevole mole di segmenti biografici individuali e familiari relativi ai vissuti di esperienza della malattia e delle cure ricevute, che è stata sottoposta ad analisi etnosemantica delle narrazioni utilizzando, in particolare, tre diverse tipologie di analisi: categoriale, tassonomica e componenziale (Pelto, Pelto, 1978).

L'analisi categoriale è stata utilizzata per l'individuazione dei campi semantici più significativi che emergono nelle narrazioni di malattia, identificati secondo una apposita griglia di lavoro. L'analisi tassonomica è stata poi utilizzata per un'analisi in profondità della struttura tassonomica interna di ciascun campo semantico che evidenziasse le relazioni tra tutti i termini simbolici in esso inclusi, sulla base dello spettro dei campi semantici individuati, che ha incluso orientamenti di valore, credenze, comportamenti, relazioni, sensazioni e sentimenti. Infine, mediante l'analisi componenziale (Frake, 1962) si è cercato di individuare le relazioni multiple intercorrenti tra i diversi campi semantici, al fine di ricostruire la mappa cognitiva complessiva utilizzata dai soggetti nell'ambito della propria cultura di mondo vitale per affrontare l'evento malattia ed il percorso di cure successivo - la «rete semantica della malattia» (Good, 1999).

Attraverso questi tre tipi di analisi etnografica dei sistemi cognitivi, si è resa possibile la ricostruzione degli episodi di malattia non come rappresentazione univoca di un singolo soggetto, ma come prodotto dell'interconnessione tra le diverse prospettive dei soggetti profani e professionali coinvolti. I tre tipi di analisi etnosemantica descritti hanno consentito l'individuazione di quegli elementi di criticità che, all'interno delle narrazioni di malattia, evidenziavano l'esistenza di specifiche problematiche relative al rap-

porto con i servizi sanitari, e che sono stati oggetto di stimolanti discussioni all'interno dei tre gruppi di lavoro.

La seconda fase del progetto si è incentrata sulla costruzione, da parte delle tre *équipe* multiprofessionali, di linee-guida integrate che, tenendo conto del punto di vista del paziente emerso dall'analisi delle storie di malattia, conducessero ad una revisione dei percorsi assistenziali e ad un miglioramento della qualità delle cure. L'ipotesi di fondo di una possibile integrazione tra *Evidence-based Medicine* (EBM) e *Narrative-based Medicine* (NBM) giunge qui al cuore del problema: è possibile, partendo dalla selezione delle migliori evidenze esistenti in letteratura, arrivare alla stesura di linee-guida che tengano conto anche delle problematiche di natura relazionale-comunicativa, clinica, organizzativa e strutturale evidenziate dalle storie di malattia?

Si tratta di un quesito ovviamente impegnativo: se il gruppo di lavoro sul paziente con BPCO è stato facilitato dall'esistenza di linee-guida validate internazionalmente come le «Gold», è risultato certamente più complesso negli altri due *case-study*. Le tre linee-guida integrate prodotte rappresentano un prodotto imperfetto, nonostante il percorso che ha poi portato alla loro validazione: tuttavia, esse esprimono il tentativo di percorrere concretamente una strada verso l'integrazione, con ricadute effettive di natura professionale e organizzativa, specie per quanto riguarda la relazione con il paziente, l'educazione terapeutica e la prevenzione dei fattori di rischio.

Il lavoro si è concluso con la realizzazione di un percorso di *audit* clinico integrato che, tenendo conto della natura multidisciplinare e multiprofessionale dei processi di cura, fosse in grado di consentire una prima validazione delle linee-guida in precedenza costruite. L'obiettivo era quello di adattare le indicazioni disponibili circa la progettazione e realizzazione di un ciclo di *audit* classico (Renata Cinotti e Antonino Cartabellotta) all'idea di fondo del progetto: la valutazione della qualità delle cure in chiave olistica e integrata con il punto di vista del paziente e del suo mondo vitale. A tal fine, le linee-guida costruite sono state anzitutto implementate in via sperimentale nelle tre unità operative partecipanti al progetto per un periodo

di tempo di circa 6 mesi (gennaio-giugno 2004), dopo essere state presentate in appositi incontri a tutto il personale del reparto, compreso quello non coinvolto direttamente nella loro costruzione. L'*audit* di validazione delle tre linee-guida, condotto su un campione di pazienti che hanno seguito i nuovi percorsi assistenziali sperimentali si è basato principalmente sulle indicazioni contenute nella «*Checklist* per la valutazione della qualità di linee-guida per la pratica clinica» proposta dalla AGREE Collaboration (AGREE, 2001).

4. Principali risultati ottenuti nei tre *case-study*

Pazienti affetti da BPCO. I reparti interessati sono stati l'Uo di Pneumologia - Reparto di Medicina interna ed il Servizio di Medicina riabilitativa dell'Ospedale di Scandiano; gli attori del progetto, medici dei due reparti, infermieri della Pneumologia e del territorio, fisioterapisti, Mmg, rappresentanti del Ccm.

L'analisi critica delle storie di malattia raccolte da questi pazienti ha evidenziato almeno tre elementi di grande interesse:

a) necessità di maggiore e corretta conoscenza della malattia da parte dell'utenza: educazione terapeutica;

b) necessità della «presa in carico»: ingegneria gestionale (bisogno di una rete gestionale integrata territorio/ospedale ed intra-ospedaliera che permetta al soggetto a rischio o ammalato di BPCO, in qualunque stadio - 1-2-3-4 GOLD - ed in qualunque fase - stabile/riacutizzata -, di ottenere la migliore risposta diagnostica/terapeutica possibile, nei tempi più brevi ed ai costi minori possibili;

c) necessità di cambiamento del rapporto tra il paziente ed il personale sanitario: «piano gestionale personalizzato», ricorso «mirato e motivato» alle varie strutture sanitarie, «deospedalizzazione».

Nel tentativo di trovare una risposta adeguata alle criticità individuate, sia in relazione alle esigenze dei pazienti/*caregiver*, sia per quanto riguarda la necessità di rivedere i percorsi per una migliore gestione clinica della malattia, il gruppo di lavoro si è impegnato nella stesura di linee-guida integrate

EBM/NBM per la BPCO implementabili nel distretto, secondo le modalità definite disegno generale del progetto. La gestione clinica della BPCO trova nella EBM solide evidenze scientifiche: esistono infatti linee-guida (GOLD 2001, rivisitate 2003), internazionalmente validate. Si trattava, a questo punto, di operare un'implementazione con quanto emerso dalle narrazioni dei pazienti, articolando la stesura delle linee-guida integrate secondo le varie fasi della storia naturale della malattia: diagnosi precoce, modifiche patologiche, punto critico, momento solito della diagnosi, trattamento terapeutico. Per ciascuna fase sono stati definiti gli obiettivi delle linee-guida integrate: rispettivamente educazione terapeutica, intervento precoce sui fattori di rischio per evitare l'aggravamento della malattia, organizzazione di una rete gestionale integrata territorio-ospedale, evitare le sottodiagnosi o le diagnosi tardive, migliorare al massimo l'aspettativa e la qualità di vita del soggetto attraverso un trattamento «globale» integrato.

L'unico intervento terapeutico in grado di modificare l'aspettativa di vita del soggetto con BPCO è la sospensione del fumo (qualunque sia lo stadio di malattia). La terapia medica ha solo valenza sintomatica, è cioè in grado di modificare la qualità di vita, ma non la storia naturale della malattia. Dalla EBM si evince la raccomandazione forte (grado A) che, se si vuole realmente modificare la prevalenza/incidenza e la storia naturale della malattia cronica BPCO, è indispensabile educare l'utenza sui danni da fumo e costituire una rete integrata antifumo (territorio/ospedale). Dalla NBM emerge la richiesta forte, anche da parte dell'utenza, di educazione terapeutica in tal senso. Dalla EBM si evince la raccomandazione forte (grado A) dell'esecuzione della spirometria. La spirometria è l'unico esame che permette di fare diagnosi precoce di malattia, di definirne la severità e l'evoluitività nel tempo e di fare diagnosi differenziale con altre broncopneumopatie. Dalla NBM emerge la necessità di adeguata educazione terapeutica dell'utenza all'utilizzo della spirometria. In realtà tale educazione è altrettanto necessaria all'interno della struttura sanitaria nel suo insieme territorio/ospedale. Risulta pertanto evidente come, nel *case study* della BPCO, EBM

e NBM trovino sostanziali punti di convergenza.

I principali aspetti innovativi proposti nelle linee-guida integrate sono pertanto:

a) identificazione ed implementazione di un linguaggio comune tecnico, educativo e motivazionale, condiviso tra tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione dei pazienti con BPCO;

b) costituzione del nucleo operativo del Centro multidisciplinare per la gestione della BPCO (Pneumologia e Medicina riabilitativa), con integrazione del personale riabilitativo e della pneumologia realizzatasi attraverso riunioni organizzative preliminari (stesura di percorsi diagnostico terapeutici) e successivi incontri periodici (*audit* clinico mensile);

c) istituzione di una rete relazionale finalizzata alla gestione dei pazienti affetti da BPCO nel Distretto che connettesse le Uu.Oo. del presidio ospedaliero col territorio (Mmg);

d) riorganizzazione degli ambulatori. Istituzione del Centro multidisciplinare per la BPCO; dell'ambulatorio per la disassuefazione al fumo e lo *screening* spirometrico, di un ambulatorio e di percorsi riabilitativi dedicati;

e) elaborazione ed implementazione di nuovi strumenti gestionali. Cartella clinica dedicata per BPCO, cartella clinica dedicata per Ambulatorio antifumo, refertazione standardizzata per test del cammino, materiale educativo, «*plan* gestionale BPCO», programma informatico d'archiviazione e di scambio dati (Infoklin);

f) acquisizione di nuova strumentazione per i due servizi.

La finalità dell'*audit* clinico integrato è stata quella di valutare se la gestione «integrata» della BPCO da parte del Centro multidisciplinare, che assicura, oltre alla diagnostica e alla terapia medica tradizionale, la riabilitazione respiratoria e l'educazione terapeutica, modifica la qualità e l'aspettativa di vita dei soggetti affetti (riduzione del numero delle riacutizzazioni e dei ricoveri, miglioramento del *performance status*, ecc.) e, al tempo stesso, risulta loro strutturalmente gradita (qualità percepita). Nello studio prospettico sono stati arruolati 15 soggetti con

BPCO già noti alla Pneumologia, in stadio avanzato (II-III-IV GOLD 2003), ma in fase clinica stabilizzata.

I pazienti arruolati, dopo una prima fase valutativa, educativa, riabilitativa e di riaggiustamento delle terapie mediche (il tutto condiviso dal gruppo negli *audit* clinici periodici), erano sottoposti a una prima verifica a fine programma riabilitativo, quindi a *follow-up* a 3 e 6 mesi, con prove di funzionalità respiratoria, test del cammino (6MWT), verifica educativa, BMI, scale di dispnea cronica ed acuta, verifica di eventuali riacutizzazioni e/o ricoveri intercorrenti, questionario di qualità di vita (SGRQ), nonché questionario di qualità percepita.

La valutazione dei risultati finali dimostra che la gestione integrata presso il Centro BPCO ha sortito risultati estremamente positivi: i soggetti hanno evidenziato un miglioramento della dispnea e della tolleranza allo sforzo, una miglior consapevolezza nella gestione del proprio stato di malattia, un calo delle riacutizzazioni e dei ricoveri ospedalieri, un significativo miglioramento della qualità di vita. Il questionario di qualità percepita ha infine evidenziato il gradimento della nuova formula gestionale proposta da parte dell'utenza.

Pazienti affetti da cardiopatia ischemica o ipertensiva. Il progetto è stato portato avanti da operatori – medici ed infermieri – del Reparto di Cardiologia-pneumologia dell'ospedale di Correggio, insieme a fisioterapisti, psicologo e membri del locale CCM.

L'analisi delle narrazioni dei pazienti ha evidenziato alcuni campi semantici particolarmente significativi, rapportabili alle fasi cruciali della storia naturale della malattia, in particolare:

– per quanto riguarda l'esordio biologico, emerge la tendenza a riconoscere eventuali fattori di rischio (es. fumo, dislipidemia, ipertensione, stress) ma senza collocare tale conoscenza in un ambito decisionale pienamente consapevole e positivo (sottovalutazione, fatalismo, ...);

– riguardo alla diagnosi precoce, prevalgono le motivazioni per non sottoporsi agli esami, come sottovalutazione da parte del medico, scarsa fiducia nel medico o negazione del problema;

– in riferimento alle modifiche patologiche, il campo semantico di rilievo è rappresentato dal non riconoscimento degli eventi sentinella (es. sudorazione, dolore toracico, affanno, posizioni obbligate nel sonno);

– al punto critico si è individuato il campo semantico «rapporto con i sintomi», a cui afferiscono diversi tipi di risposta: sorpresa, inspiegabilità, preoccupazione, agitazione, spavento, fatalismo, paura, speranza di farcela;

– al momento solito della diagnosi il rapporto di fiducia nel medico si configura come campo semantico da utilizzare per l'*audit* (competenza professionale, adeguata comunicazione delle informazioni, soddisfazione per la relazione);

– la fase del trattamento abituale riconosce due campi semantici: problemi con il trattamento abituale (es. effetti collaterali del trattamento farmacologico, scarsa comprensione del significato del trattamento riabilitativo) e tipi di conseguenze (es. autoriduzione o sospensione arbitraria della terapia, non comunicazione con il medico, consultazione di altri medici);

– nella fase di esito finale meritano particolare attenzione le resistenze a cambiare stile di vita, il rapporto con il medico di Medicina generale, la discontinuità terapeutica (es. per senso di abbandono, assenza di punti di riferimento, scarse informazioni sullo stato della malattia e sulla programmazione dei controlli).

L'esame critico delle «storie di malattia» ha fornito la base per ripensare i percorsi del paziente all'interno della struttura ospedaliera, non soltanto in termini di degenza, ma anche in rapporto alle modalità di primo approccio e *follow-up* ambulatoriali.

Successivamente all'analisi delle interviste, il gruppo multidisciplinare ha condotto una ricerca presso le principali banche dati internazionali, per individuare le migliori evidenze scientifiche nel campo, valutandole secondo il metodo AGREE. Si è giunti alla selezione di linee-guida di riferimento (le *European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice*, EHJ Executive Summary, 2003) mirate in particolare alla gestione dei fattori di rischio.

Si è quindi tentata l'integrazione delle evidenze EBM con le criticità emerse dai racconti dei pazienti.

In particolare, l'*équipe* multiprofessionale ha integrato le linee-guida EBM con i seguenti elementi ricorrenti nelle narrazioni:

a) negazione o scarsa percezione dei fattori di rischio: necessità di potenziare la prevenzione secondaria;

b) richiesta da parte dei pazienti di poter essere seguiti in modo più stretto dopo la dimissione: pianificazione del *follow up*.

Di conseguenza, i principali aspetti innovati introdotti nel percorso del paziente con cardiopatia ischemica o ipertensiva possono essere così sintetizzati:

a) organizzazione di un ambulatorio ospedaliero di riferimento per la diagnosi ed il trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare maggiori (ipertensione arteriosa, dislipidemie, tabagismo, sindrome metabolica), condotto da una *équipe* multidisciplinare costituita da medici del reparto di Cardiologia, dal diabetologo, dallo Psicologo, dal dietista;

b) istituzione di un ambulatorio settimanale per un *follow-up* più flessibile ed a lungo termine, superando la consueta prassi di una unica visita di controllo post-dimissione.

Dopo una condivisione e discussione sul lavoro svolto con tutto il personale, medico e non, del reparto, l'applicazione delle linee-guida così costruite ha avuto un periodo di sperimentazione di sei mesi, durante i quali si sono palesate alcune criticità, in particolare la difficoltà a stabilire condivisioni e strette relazioni operative col territorio. Infine, una valutazione obiettiva delle linee-guida messe a punto è stata effettuata con un percorso di *audit* clinico integrato, effettuato su un campione di 10 pazienti. L'*audit* ha confermato le difficoltà di cui sopra: scarsa incisività nelle fasi precoci di malattia (prevenzione secondaria, diagnosi precoce) per lo scarso coinvolgimento dei Mmg, diverso invece il discorso relativo alle fasi di diagnosi al punto critico, riabilitazione e *follow-up*, che riguardano in prima istanza l'*équipe* multiprofessionale ospedaliera utilizzando come strumenti valutativi la documentazione clinica

individuale, ed in particolare la cartella riabilitativa adottata *ex novo* in coincidenza allo svolgimento del progetto. La cartella riabilitativa, a differenza della tradizionale cartella clinica che include soprattutto dati biologici, patologici e funzionali, raccoglie dati che riguardano le tre dimensioni fondamentali della malattia definite dall'OMS, e cioè *impairment*, *disability* e *handicap*, dimensioni che ben si prestano ad essere scandagliate con un approccio NBM oltre che EBM.

Il progetto ha complessivamente portato a miglioramenti dei percorsi per la presa in carico del paziente cardiopatico. L'esperienza va ad integrarsi in modo stretto con un nuovo progetto aziendale relativo ai percorsi di cura per la cronicità, percorsi in cui la dimensione ospedaliera rappresenta solamente una parte, e che richiedono una stretta integrazione con i servizi del territorio. In tal senso, quella che per l'*audit* integrato ha costituito una rilevante difficoltà, cioè il rapporto con il territorio, viene nel nuovo progetto posta al centro dell'attenzione, al fine di garantire quella continuità assistenziale che nelle storie di malattia si presentava come uno degli elementi di carenza maggiormente sentiti dai pazienti.

Pazienti post-comatosi. Reparto interessato: Riabilitazione neurologica intensiva dell'Ospedale di Correggio. Attori del progetto: medici, fisioterapisti, logopedisti, infermieri, psicologi del reparto, assistente sociale, rappresentanti del CCM.

Da rilevare che in questo caso l'intervista ha necessariamente coinvolto anche un familiare, a causa dei problemi di natura mnemonica che frequentemente presentano questi pazienti. Dopo la raccolta e l'analisi delle narrazioni, l'*équipe* multiprofessionale si è concentrata in particolare sulla fase riabilitativa (ricovero in reparto riabilitativo) e su quella degli esiti (dimissione e rientro a domicilio), non essendo possibile nelle fasi precedenti (esordio) implementare alcuna azione significativa, in quanto il paziente è ricoverato altrove (Rianimazione).

Per quanto riguarda la fase riabilitativa, emergono drammaticamente dai racconti dei pazienti e, soprattutto, dei familiari, cinque campi semantici: il disorientamento spaziotemporale, i problemi di memoria, le altera-

zioni fisiche e percettive, la trasformazione del sé (cambiamenti comportamentali ed emotivi) e la richiesta di partecipazione al progetto riabilitativo da parte dei familiari.

Per quanto riguarda la fase della dimissione e del rientro a casa sono stati individuati cinque campi semantici: i problemi con i servizi sociali e territoriali, l'assenza di supporti, le difficoltà nelle relazioni familiari, le difficoltà nell'accettazione della disabilità e la funzione del medico di base.

La seconda fase del progetto prevedeva la costruzione, da parte dell'*équipe* multiprofessionale, di linee-guida specifiche per la Grave cerebrolesione acquisita, che integrassero evidenze scientifiche ed esigenze emerse dalle narrazioni dei malati e dei loro familiari, focalizzandosi, in particolare, sulle fasi della riabilitazione e della dimissione. Come principali problematiche su cui lavorare sono state individuate:

a) la comunicazione fra operatori e familiari dei pazienti, sia relativamente alle trasformazioni fisiche, cognitive ed emotive conseguenti ad una cerebrolesione acquisita, sia relativamente al progetto riabilitativo e alla prognosi funzionale;

b) la dimissione dal reparto, che costituisce un momento che suscita sentimenti di perdita rispetto ai rassicuranti riferimenti di tipo sanitario-assistenziale, ma anche sentimenti depressivi per l'affievolirsi delle speranze di guarigione senza esiti.

È stata pertanto messa in atto una ricerca relativa ad eventuali evidenze EBM in grado di orientare rispetto a queste problematiche. La ricerca è stata effettuata attraverso le principali banche dati bio-mediche internazionali e ha dimostrato l'assenza di linee-guida specifiche, si è quindi passati a livelli di evidenza inferiori, fino alla opinione di esperti del settore (come Mazzucchi e Muir), sulla base delle quali sono state elaborate specifiche proposte, successivamente presentate e discusse con tutti gli operatori del reparto.

Le linee-guida così costruite si riferivano in particolare al:

a) miglioramento della comunicazione fra operatore e familiare attraverso l'organizzazione di gruppi psicoeducazionali per i fa-

miliari dei pazienti ricoverati, condotti dalla psicologa e, in momenti diversi, dai diversi professionisti impegnati nel percorso riabilitativo;

b) costruzione, insieme alle assistenti sociali, di un percorso di dimissione protetta nel distretto di Correggio e in quello di Reggio Emilia. Tale progetto vede il precoce coinvolgimento dell'assistente sociale durante il ricovero in riabilitazione per poter preparare con largo anticipo i percorsi in dimissione;

c) riunione di pre-dimissione tra l'*équipe* curante ed i familiari, con la presenza dell'assistente sociale, al fine di rendere chiari ed univoci i messaggi in questa delicata fase.

La validazione di tali percorsi attraverso un *audit* clinico integrato ha trovato in questo *case-study* particolari difficoltà, legati soprattutto all'individuazione del campione di casi da selezionare.

Ciò nondimeno, l'esperienza delle storie di malattia ha avuto positive ripercussioni rispetto all'organizzazione del lavoro nel reparto, soprattutto per aver permesso di valorizzare la qualità relazionale, ovvero il rapporto fra malato, familiari e personale sanitario, aspetto molto rilevante all'interno di un reparto caratterizzato da ricoveri lunghi e da un'utenza che presenta spesso esiti gravi e invalidanti (Giarelli *et al.*, 2005).

L'esperienza globalmente molto positiva dei tre *case study* citati ha indotto l'Ausl di Reggio Emilia ad estendere il progetto ad altri ambiti. Nel 2005 infatti hanno preso il via i lavori di altre due *équipe* multidisciplinari: una, sul distretto di Montecchio, che applicherà la metodica ai pazienti oncologici nell'ambito delle Cure palliative; l'altra, presso il Servizio di medicina riabilitativa di Scandiano, si occuperà del paziente neuroriabilitativo ambulatoriale, con un ampliamento di prospettive (interviste effettuate non solo ai pazienti, ma anche ai familiari ed agli operatori) che permetterà interessanti confronti di vissuti diversi e paralleli nell'ambito di ciascuna storia di cura.

5. Conclusioni: l'integrazione possibile

L'*Evidence-based Medicine* (EBM), nata dall'*EBM Working Group* nel 1992 e che si potrebbe definire come «l'uso consapevole,

esplicito e critico delle migliori evidenze sperimentali nella presa di decisione in merito al trattamento del singolo paziente» (Iovine, 2004, p. 73) costituisce oggi probabilmente il riferimento dominante in ambito clinico per quanto riguarda il problema della qualità prestazioni sanitarie. Se si vuole però evitare una applicazione del tutto meccanicistica delle evidenze sperimentali dell'EBM che non consenta di adattare al caso concreto del singolo individuo, tuttavia, occorre che il medico sappia coniugare la conoscenza delle migliori evidenze sperimentali disponibili (di tipo statistico) con il proprio *expertise* clinico, fondato sulle abilità e capacità progressivamente acquisite. È lo stesso fondatore dell'EBM a riconoscere la necessità di questa integrazione quando afferma:

«La pratica dell'*evidence based medicine* significa integrare l'*expertise* clinico individuale con la miglior evidenza clinica esterna disponibile. Per *expertise* clinico individuale noi intendiamo la competenza ed il discernimento che il singolo clinico acquisisce attraverso l'esperienza e la pratica clinica» (Sackett, 1996, p. 71).

In un mondo sempre più basato sulle evidenze come quello della biomedicina c'è dunque spazio anche per una possibile integrazione con la NBM, a patto che si tralasci ogni fondamentalismo da entrambe le parti. Solo così sarà possibile restituire pienamente alla medicina la sua natura profondamente ermeneutica (Leder, 1990), interpretativa dell'incontro clinico inteso come dialogo e costruzione di significati condivisi, negoziati, che trasforma le storie di malattia in storie di cura nel senso pieno di *care*.

Nota

1. Si è trattato del Programma «Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali», art. 12, D.L.vo 502/92, cui hanno partecipato le Unità operative dell'Agenzia sanitaria della Regione Emilia-Romagna (capofila), Marche (Agenzia regionale sanitaria), Liguria (Dip.to Sanità e servizi sociali della Regione), Lombardia (Dir. Gen. Sanità), Toscana (Dip.to Diritto alla salute e politiche di solidarietà), l'Azienda ospedaliera di Padova (Urp) e l'Università di Bologna (Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria).

B I B L I O G R A F I A

- AGREE (2001), *Checklist per la valutazione della qualità di linee-guida per la pratica clinica*, Versione italiana a cura dell'Asr Emilia-Romagna, Bologna (disponibile sul sito web: www.agreecollaboration.org).
- BAER H.A. (a cura di) (1987), *Encounters with biomedicine: Case studies in Medical Anthropology*, Gordon and Breach, New York.
- BRODY H. (1987), *Stories of sickness*, Yale University Press, New Haven.
- CAVICCHI I (2004), *Ripensare la medicina*, Bollati Boringhieri, Torino.
- CINOTTI R., CARTABELLOTTA A. (s.d.), «Progettare, realizzare, verificare un audit clinico», *Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento*, n. 6, Gruppo Italiano per la Medicina Basata sull'Evidenze (GIMBE).
- FRAKE C. (1962), «The ethnographic study of cognitive systems», in T. Gladwin, W.G. Sturtevant (a cura di), *Anthropology and Human Behaviour*, Anthropological Society of Washington, Washington.
- FRANK A. (1995), *The wounded storyteller: Body, illness and ethics*, University of Chicago Press, Chicago.
- GIARELLI G., GOOD B.J., DEL VECCHIO M.J., MARTINI M., RUOZI C. (2005), *Storie di Cura*, Franco Angeli, Milano.
- GOOD B.J. (1999), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente*, Edizioni di Comunità, Torino.
- GREENHALGH T., HURWITZ B. (1998), *Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*, BMJ Books, London.
- GUIDICINI P. (1995), *Questionari, interviste, storie di vita*, FrancoAngeli, Milano.
- HAHN R.H. (1995), *Sickness and healing*, Yale University Press, New Haven.
- HOFFMAN B. (2002), «On the triad disease, illness and sickness», *Journal of Medicine and Philosophy*, 6, pp. 651-673.
- IOVINE R. (2004), «Evidence-Based Medicine», in C. CIPOLLA (a cura di), *Manuale di Sociologia della salute*, FrancoAngeli, Milano: 73-104.
- Kleinman A. (1977), «Depression, somatization and the 'New Cross-cultural Psychiatry'», *Social Science and Medicine*, 2, pp. 3-10.
- KLEINMAN A. (1978), «Clinical relevance of Anthropological and Cross-cultural Research: Concepts and Strategies», *American Journal of Psychiatry*, 135, pp. 427-431.
- KLEINMAN A. (1980), *Patient and healer in the context of culture. An exploration of the borderland between*

- Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN A. (1988), *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*, Basic Books, New York.
- KLEINMAN A., EISENBERG L., GOOD B. (1978), «Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research», *Annals of Internal Medicine*, 88, pp. 251-258.
- KLEINMAN A., MENDELSON E. (1978), «Systems of medical knowledge: A comparative approach», *Journal of Medicine and Philosophy*, 3, pp. 314-330.
- LEDER D. (1990), «Clinical interpretation: The hermeneutics of medicine», *Theoretical Medicine*, 11, pp. 9-24.
- MATURO A. (2004), «Narrative-Based Medicine», in C. CIPOLLA (a cura di), *Manuale di sociologia della salute, II. Ricerca*, FrancoAngeli, Milano, pp. 105-120.
- PARISI G., VALCANOVER F. (1995), «L'organizzazione in Medicina generale», *Sviluppo & Organizzazione*, 148, pp. 87-107.
- PELTO P.J., PELTO G.H. (1978), *Anthropological research: The structure of inquiry*, Cambridge University Press, Cambridge.
- SACKETT D.L. et al. (1998), *La medicina basata sull'evidenza*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- SACKS O. (1986), *Emicrania*, Adelphi, Milano.
- SACKS O. (1987), *Risvegli*, Adelphi, Milano.
- SACKS O. (1992), *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Adelphi, Milano.
- TWADDLE A., NORDENFELT L. (a cura di) (1994), «Disease, illness and sickness: Three central concepts on the theory of health», *Studies on Health and Society*, 18, Linköping.
- WILCOCK P.M. et al. (2003), «Using patient stories to inspire quality improvement within the NHS Modernization Agency collaborative programmes», *Journal of Clinical Nursing*, 12, 3, pp. 422-430.
- ZIMMERMAN J., DICKERSON V. (1994), «Using a narrative metaphor: Implications for theory and clinical practice», *Family Process*, 33, pp. 233-245.

ISR-CR: un sistema informativo integrato per il Friuli-Venezia Giulia

C. FRANCESCUTTI, F. OLEARI, F. SBROIACCA, G. BLASETTI

The main aim of SISR-CR is to provide and ICT open architecture and specific solutions to support the continuity of care linking in a coherent way all relevant health service providers hospitals-primary care services-outpatient services-general practitioners and at the same time improving the accessibility of health services and simplifying the relationship between citizen and the health service administration. SISR-CR has been designed to cover, step by step, the entire population and all health care providers of the region. Up to date the information system connects all regional hospitals and primary care service, 15% of the GP (having in charge 18% of the regional population), more than 60 pharmacies. The regional call-centre receive daily 3.000 phone calls and book daily 1500 outpatient health interventions.

Note sugli autori

Carlo Francescutti, Coordinatore Sistema Informativo Sanitario Regionale, Agenzia regionale della sanità del Friuli-Venezia Giulia

Fabrizio Oleari, Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 Friuli Occidentale

Fulvio Sbroiavacca, Laboratorio tecnologie web, IN-SIEL spa

Giuliano Blasetti, Responsabile del Dipartimento Informatica, Azienda per i servizi sanitari n. 1 Trieste

1. Introduzione

Nell'ultimo decennio è stato particolarmente rilevante il lavoro teorico e lo sviluppo di esperienze orientate in vario modo a rispondere, attraverso soluzioni informatiche, alle trasformazioni in atto nell'organizzazione sanitaria e nel modo di esprimersi del bisogno di salute (Forino, 2004).

L'adozione di modelli e tecnologie orientate dalla logica e dal mondo dell'*e-government* sono sembrate straordinariamente utili in sanità per dare un contributo significativo a ricomporre coerentemente la frammentazione dei percorsi di cura e rendere in più trasparente l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie. La complessità e la difficoltà di raggiungere risultati significativi emerge oggi con una certa evidenza. Progetti importanti sono stati realizzati ad esempio sul fronte dei Centri unici di prenotazione, la semplificazione dei pagamenti o del ritiro di referti. Così come diversi progetti di *disease management* hanno consentito di mettere a punto interessanti procedure e applicazioni rilevanti da un punto di vista clinico e gestionale.

La questione che si pone tuttavia in modo sempre più evidente è come modalità di organizzazione ed erogazione dei servizi e agire clinico devono trovare una forma di composizione e quindi come il disegno delle architetture informatiche può consentire di tenere unite le due dimensioni offrendo soluzioni totalmente integrate (CHSRF, 2001).

2. Il modello della Regione Friuli-Venezia Giulia

Il punto di partenza dell'esperienza della Regione Friuli-Venezia Giulia è l'idea di sviluppare un'infrastruttura di comunicazione, scambio di dati clinici e servizi al

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il modello della Regione Friuli-Venezia Giulia
3. Percorsi del cittadino e componenti della soluzione regionale
4. Un ambiente di sviluppo per il *disease management*

cittadino totalmente integrata con il sistema informativo sanitario regionale. L'orizzontalità tipica dei sistemi di *e-government*, nella logica adottata, si coniuga con la verticalità e la profondità dei sistemi informativi sanitari dedicati alla gestione clinica ponendosi così in modo pieno come strumento di integrazione.

Sotto questo punto di vista la Regione Friuli-Venezia Giulia può contare su un rilevante sistema informativo sanitario regionale all'interno del quale per scelte che originano dal suo avvio nei primi anni '80 vede una condivisione di applicazioni critiche come l'anagrafe degli assistiti, laboratori di analisi, radiologia, anatomie patologiche e applicativi per alcune specifiche aree specialistiche come cardiologia e oncologia che di fatto configura un sistema informativo sanitario di popolazione integrato per disegno e distribuito in modo omogeneo su tutto il territorio.

L'obiettivo di fondo del progetto della regione è stato quello di mettere a punto un'architettura informatica e un insieme coerente di procedure applicative che, al tempo stesso, costituissero un supporto per i processi di continuità della cura e per la facilitazione/semplificazione del rapporto tra sistema sanitario e cittadino. Il progetto denominato SISR-CR iniziato nella sua fase di analisi nel 2001, finanziato con fondi regionali, del Ministero dell'innovazione tecnologica e con il Fondo europeo per lo sviluppo regionale, è oggi stato completato nella sua interezza ed è stata avviata la fase decisiva di estensione ai Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta, dopo un periodo di messa a punto e di test delle soluzioni informatiche che ha coinvolto oltre il 15% degli Mmg e Pls della regione. La completezza e il concreto funzionamento delle soluzioni del progetto sono state riconosciute in sede europea: SISR-CR è stato selezionato dai valutatori dell'*European Institute of Public Administration* (EIPA) tra i finalisti per gli *E-Europe Award* per l'anno 2005 (EIPA, 2005)¹.

3. Percorsi del cittadino e componenti della soluzione regionale

Il punto di partenza concettuale del sistema informativo è la valutazione e rappresentazione accurata dei principali percorsi di cu-

ra del cittadino. I percorsi «legano» in modo strutturato i diversi attori della scena sanitaria, disegnano i movimenti fisici delle persone e delle informazioni. Il sistema regionale si fonda sulla identificazione di questi scenari fondamentali che, in termini sintetici, possono essere ricondotti a due principali macro aree di attività e organizzazione della cura: la diagnosi e la terapia della patologia cronica, con due sub-aree integrate costituite dal ciclo prescrizione, esecuzione di interventi ambulatoriali, ritorno della documentazione clinica e dalla strutturazione e gestione di protocolli di *disease management* (Albini, Trabucchi, 2001); l'integrazione socio-sanitaria con i suoi snodi di valutazione multidimensionale, specifiche necessità di scambio informativo tra strutture che si occupano di fasi acute, post acute e mantenimento nonché il raccordo con le risorse per la residenzialità a lungo termine (Biern, 2004). Nel presente articolo ci soffermeremo in modo particolare sulla prima macro-area e nel dettaglio presenteremo alcuni risultati sulla prima delle sub-aree indicate, che ha a che fare in modo specifico con il ciclo della prescrizione, esecuzione di interventi ambulatoriali e restituzione della documentata clinica.

3.1. Una rappresentazione dei percorsi del cittadino

Come sottolineato nei precedenti paragrafi l'esplicitazione dei percorsi del cittadino costituisce la chiave di volta della progettazione regionale. È evidente che nella logica di mettere a punto soluzioni informatiche e servizi a supporto della continuità della cura e per la semplificazione del rapporto tra cittadino e sistema sanitario deve risultare una specifica attenzione a mettere a fuoco tutti gli elementi cardine immaginando una soluzione che per quanto articolata non lasci fuori alcuno snodo operativo rilevante. Nel caso del circuito assistenziale in oggetto è evidente ad esempio l'importanza di mettere in rete il Medico di medicina generale, la necessità che tutti gli erogatori di prestazioni, indipendentemente dalla loro natura giuridica, appartenenza istituzionale e collocazione geografica, siano collegati in rete, ancora risulta evidente come «vecchi» servizi quali i Centri unici di prenotazione (Cup) vengano completamente integrati nel sistema e trasformati

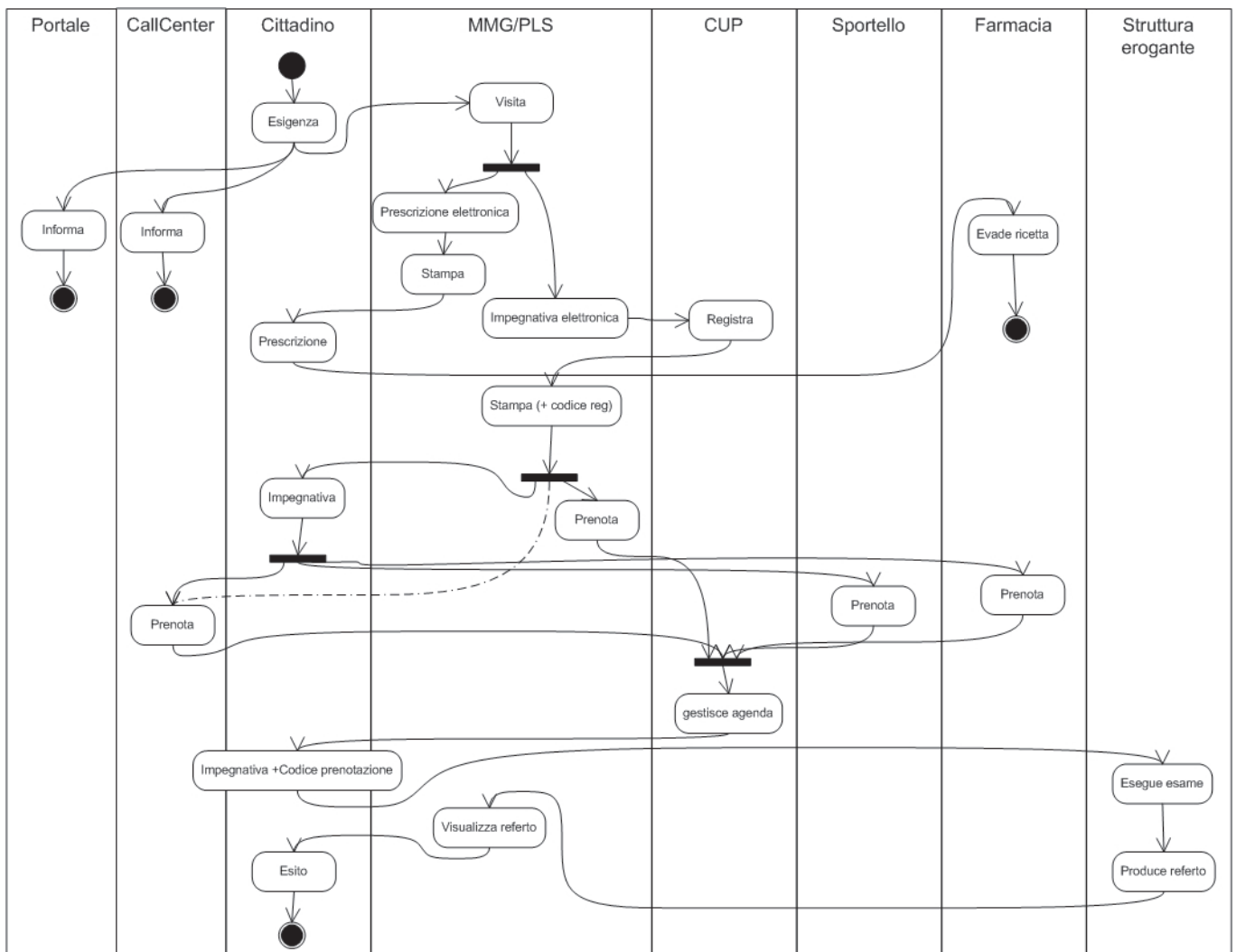
nella loro interfaccia e opportunità di accesso da parte di soggetti diversi dall'operatore specializzato nella prenotazione.

Il lavoro regionale si basa sulla rappresentazione di flussi riportata in **figura 1**.

Lo schema consente di identificare i soggetti chiave del processo attraverso una configurazione che ovviamente può anche comprendere solo alcuni passaggi parziali e può avere punti di innesco diversi. In linea di massima il punto di partenza è il bisogno sanitario per cui il cittadino si rivolge al proprio Mmg. L'esito di questo primo riscontro clinico può essere una prescrizione farmaceutica o la prescrizione di un approfondimento di indagine di carattere specialistico. Il complesso flusso di informazioni e azioni

necessarie per ottenere la prestazione, prenotazione e restituzione del referto al cittadino e al Mmg è articolato dal sistema attraverso snodi organizzativi e flussi informatici che possono completamente evitare al cittadino la necessità di recarsi più volte presso sportelli delle aziende sanitarie ed ospedaliere: prenotazione, ottenimento di preparazioni per l'esecuzione degli accertamenti diagnostici, pagamento del *ticket*, e ritiro del referto possono infatti in vario modo essere gestiti attraverso procedure automatiche o telefoniche. Il fulcro della comunicazione è costituito dalla «prescrizione elettronica» del Mmg che attraverso le soluzioni informatiche previste diviene immediatamente patrimonio del sistema e orienta il lavoro del Cup e nella

Figura 1
Il percorso del cittadino e la rete di comunicazione



sua configurazione più immediata del *Call-center Cup* (piuttosto che *Cup sportello*), è consultabile dagli erogatori, costituisce la base di riferimento per il pagamento *on-line* dei *ticket* e traccia anche il flusso di ritorno dei referti verso lo stesso Mmg che l'ha prodotta.

I sistemi informativi gestionali di ambito clinico, laboratorio, radiologia, ambulatorio specialistico, ecc., nonché il *Cup* regionale compaiono come recettori della prescrizione e alimentano il ritorno della documentazione clinica. La loro integrazione nel sistema è essenziale per rendere davvero significativa la semplificazione e facilitazione dell'accesso.

3.2. Le componenti del sistema

Senza entrare nel dettaglio dell'infrastruttura informatica ci soffermiamo a indicare le componenti del sistema messo a punto. Innanzitutto centrale è il portale della sanità che costituisce l'interfaccia di riferimento per tutti gli attori del sistema e che, in modo flessibile e consentendo accessi ritagliati su profili operativi diversi, collega aziende sanitarie, ospedali, Mmg e cittadini. Attraverso il portale il Mmg accede alla prescrizione elettronica, è in grado di inoltrarla verso il sistema di *Cup* o la farmacia, riceve informazioni cliniche di ritorno in relazione alla sua richiesta e potenzialmente altri contenuti rilevanti di tipo sanitario collegati alla cura del suo paziente e presenti all'interno del sistema informativo sanitario regionale; il portale incorpora una versione *web* del *Cup* e, quindi, può consentire al Mmg di abbinare alla prescrizione la prenotazione. Un'altra componente essenziale su cui ci soffermeremo nei paragrafi successivi è un *call center* tecnologicamente avanzato in grado di dialogare con il sistema di *Cup* e di ricevere evidenza delle prescrizioni per le quali è stata richiesta dal Mmg una prenotazione da evadere. La terza fondamentale componente è costituita da un sistema di accesso tramite *smart card*. Tutte le operazioni su portale richiedono al medico l'utilizzo di una *smart card*. L'accesso alla documentazione clinica richiede la doppia presenza di *smart card*: quella del Mmg e quella del cittadino: la contemporaneità di presenza è garanzia di autorizzazione esplicita alla consultazione dei propri

dati al Mmg. Si configura così un sistema che, se da un lato consente di accedere ad una formidabile quantità di informazioni, dall'altro implementa un modello di tutela dei dati personali assolutamente avanzato e sicuro. Approfondiamo qui di seguito più in dettaglio le caratteristiche delle componenti di sistema descritte.

3.3. Il call center

Uno dei componenti essenziali del progetto SISR-CR è costituito dalla piattaforma di *call-center* e dal servizio di *call-center*. Non c'è in sé niente di originale in un *call-center* per le prenotazioni di prestazioni ambulatoriali. L'aspetto che rende significativa l'esperienza regionale è costituita dallo straordinario valore aggiunto di un servizio telefonico che si appoggia su una rete strutturata di informazioni in appoggio al processo di prenotazione. Il sistema consente infatti che la richiesta di prenotazione possa essere evasa dal Mmg attivando le funzionalità del portale della sanità (*Cup web*) oppure che la prescrizione e quindi la richiesta di prenotazione venga inoltrata al *call-center* via rete previo accesso ai dizionari di descrizione delle prestazioni definite all'interno del *Cup* regionale. Il vantaggio per l'utente e i Mmg è rilevante: a) innanzitutto la prescrizione al momento della sua stessa compilazione passa attraverso un *check* di compatibilità e correttezza con le regole di accesso alle prestazioni utilizzate e definite dagli erogatori stessi (ospedali e distretti sanitari); b) la prescrizione è inoltrata direttamente al *call-center* e l'operatore si trova di fronte una base di appoggio per la prenotazione con il dettaglio anagrafico del cittadino destinatario, dell'intervento e con l'indicazione puntuale e validata della prestazione da prenotare; c) i tempi di prenotazione relativi a prescrizioni elettroniche sono ridotti di oltre un terzo rispetto agli altri e al tempo stesso risultano abbattuti i margini interpretativi e gli errori di prenotazione; d) l'utente ha complessivamente maggiori garanzie di vedersi prenotata la prestazione in modo corretto e di semplificare poi tutte le fasi amministrative successive compreso l'eventuale pagamento del *ticket*.

L'innesto del servizio di *call-center* sul sistema di *Cup*, la condivisione di dizionari

comuni, la possibilità di inoltrare richieste di prenotazione per via telematica configurano una infrastruttura che semplifica la messa in comune di cataloghi di offerta di diversi erogatori (estensione orizzontale del sistema di prenotazione) e la prenotazione di una gamma di prestazioni estesa (estensione verticale). Di fatto nella realtà regionale, con l'esclusione di pochissime prestazioni che richiedono una specifica preparazione direttamente descritta da operatori sanitari qualificati, la quasi totalità delle prestazioni erogate dal sistema sanitario è prenotabile per via telefonica.

Ad oggi il sistema di *call-center* è distribuito operativamente su diversi siti. Quello più esteso copre l'intero territorio della Provincia di Pordenone e di Udine, su cui insiste una popolazione di circa 700.000 abitanti e riunisce il catalogo di offerta di 2 aziende per i servizi sanitari, due aziende ospedaliere, un istituto di ricerca e cura a carattere scientifico e un policlinico universitario a gestione diretta. Il servizio avviato nel marzo del 2003 riceve oltre 2500 contatti giornalieri che si sostanziano in attività di prenotazione in poco meno del 50% dei casi circa. È intenzione dell'amministrazione regionale arrivare nel corso del 2006 alla fusione dei restanti siti di prenotazione regionale per arrivare ad un servizio unico per l'intero territorio con la gestione dell'intera offerta prenotabile regionale. La prospettiva parallelamente è di procedere con la messa in rete di almeno il 60% dei Mmg della regione entro il triennio 2006-2008 (contro il 15% attuale) così da immaginare che la gran parte del flusso di prenotazioni di prestazioni ambulatoriali possa essere gestito direttamente dal Mmg o attraverso l'inoltrare della prescrizione elettronica al *call-center*.

3.4. Portale sanità

Il Portale si sviluppa su una struttura multi-livello in ambiente Internet/Intranet ed è progettato per soddisfare le esigenze di un *target* eterogeneo (cittadini, utenze specializzate, Aziende ospedaliere o sanitarie), assolvendo a finalità di natura diversa.

L'area Intranet ad accesso riservato può essere utilizzata dai Medici di medicina generale e dai Pediatri di libera scelta per tutte le attività di ambulatorio, in particolare per

prescrivere farmaci e prestazioni sanitarie, impegnative elettroniche, certificati, anamnesi.

Attraverso il Portale si ha l'accesso ad informazioni integrate relative ai temi più salienti della salute pubblica (servizi, prestazioni, tempi di attesa, procedure e procedimenti sanitari, agevolazioni, associazioni, prevenzione, centri ad alta specializzazione, ecc.).

È possibile la consultazione dei propri dati sanitari (storia clinica, risultati diagnostici, etc.) da un unico punto d'accesso.

È inoltre garantito un accesso razionale e strutturato ai servizi clinici e sanitari mediante la prenotazione/accettazione delle prestazioni *on-line* (CUP-WEB).

I benefici per l'utenza sono i seguenti:

- centralizzazione della figura del paziente rispetto all'intero sistema sanitario;
- attivazione di processi d'interazione tra il cittadino e le strutture sanitarie mediante servizi personalizzati ed interattivi per raccogliere richieste d'informazione, segnalazioni e proposte, inoltrare avvisi e segnalazioni, partecipare a forum tematici con le strutture specializzate;
- facilitazione di accesso ai servizi erogati da tutte le strutture sanitarie del territorio regionale;
- messa a disposizione di una struttura unificata di *call center* per erogare informazioni, prenotare, modificare e cancellare le prestazioni sanitarie prescritte dal medico di medicina generale;
- fruizione dei servizi integrati di identificazione del paziente e prenotazione Cup;
- confronto diretto tra l'offerta di prestazioni e i servizi, al fine di garantire la possibilità di scegliere la struttura che li eroga con il minor tempo di attesa (grazie alla pubblicazione sui portali dei tempi d'attesa relativi a tutte le Aziende per i servizi sanitari presenti in regione);
- visualizzazione di informazioni sulle farmacie presenti sul territorio ed i relativi turni di servizio;
- navigazione semplice ed intuitiva all'interno di tutti i portali delle Aziende per i servizi sanitari, grazie all'uniformità della struttura grafica e funzionale;
- possibilità di un unico punto di accesso per individuare le informazioni sanitarie re-

lative all'intera regione («portale» dei portali sanitari).

3.5. Carta dei Servizi

La *smart card* è prevista come secondo livello di sicurezza. In particolare, essa viene impiegata per predisporre ed erogare le prescrizioni farmaceutiche e d'impegnativa da parte del Mmg e del Pls e per le relative erogazioni/prescrizioni presso le farmacie convenzionate ed i Centri unici di prenotazione (Cup), garantendo l'identificazione dell'utente e la *privacy* dei dati.

Il sistema consente notevoli vantaggi nella relazione medico/paziente, in quanto tutti i dati che servono al medico sono presenti in un archivio centrale anagrafico e possono essere immessi direttamente nell'impegnativa.

Questo significa la risoluzione dei problemi, spesso incontrati dal cittadino, nella prenotazione di una prestazione; ad esempio la possibile difficoltà di interpretare la scrittura del medico da parte dello sportellista. Infatti, i medici soggetti a sperimentazione hanno riscontrato la scomparsa del flusso di ritorno di pazienti che non riuscivano a concludere l'iter della prenotazione sanitaria. Nelle valutazioni effettuate presso l'USL che raggiungeva anche il 20%.

La tutela della sicurezza e della *privacy* è garantita, in quanto il cittadino/cliente ha due possibilità:

- accedere ai dati relativi ai propri referti per mezzo della Carta;
- delegare il medico di fiducia all'accesso e alla consultazione dei dati.

Il progetto prevede che il cittadino sia l'unico proprietario dei propri dati, laddove ci sia un accesso elettronico e la Carta diviene l'unica chiave di accesso ai dati del paziente, anche presso altri medici specialisti. Inoltre è il paziente stesso a decidere se e quali dati rendere accessibili.

Il cittadino deve compiere dei passaggi preliminari importanti nel rispetto della normativa sulla tutela della propria *privacy*:

- esprimere il proprio consenso al trattamento elettronico dei dati;
- delegare il medico di fiducia al trattamento degli stessi.

In entrambi i casi, il modulo da firmare è scaricabile dal Portale.

4. Un ambiente di sviluppo per il *disease management*

Il progetto SISR-CR e le sue soluzioni di raccordo tra sistemi informativi ospedalieri, territoriali e del Mmg, si prestano in modo flessibile a disegnare il flusso informativo e supportare il percorso dei pazienti secondo protocolli clinici condivisi all'interno della rete di assistenza con la stessa logica con cui abbiamo descritto la capacità del sistema di rendere più razionale il flusso legato alla visita/prescrizione. Anche in questo caso il valore aggiunto di una soluzione integrata è evidente. L'applicativo di «*disease management*» non è sviluppato «nel vuoto», slegato dalla raccolta informativa routinaria dei diversi attori della scena assistenziale ma ne diviene parte integrante, componente nella misura in cui seleziona in modo trasparente un sottogruppo di pazienti, ne integra la disponibilità di informazioni, struttura una divisione di compiti tra professionisti e consente il monitoraggio specifico di un segmento di attività (Bodenheimer, Wagner, Grumbach, 2002). Si coglie qui al meglio la potenzialità di un sistema informativo di popolazione come quello regionale in cui l'informazione, nella sua unità elementare può essere interpretata in modo convincente come «evento sanitario rilevante» e quindi: a) associata in modo univoco ad una persona fisica (il paziente); b) precisamente situato nel tempo; c) riferito ad una popolazione controllabile e relativamente stabile nel tempo; d) laddove possibile associato ad un soggetto istituzionale o ad un'istanza organizzativa che registra l'evento e che è responsabile dell'atto sanitario oggetto di registrazione (es. il professionista di riferimento che effettua una diagnosi o un servizio sanitario che eroga una prestazione); e) eventualmente geo-referenziato (Roos, 1995). È evidente a questo punto il collegamento tra l'architettura regionale e le logiche di rappresentazione dell'attività sanitaria proprie di standard di comunicazione e descrizione organizzativa propri di HL7 e del suo associato *Reference Information Model* (RIM)². Informatica e organizzazione trovano una loro logica congiunzione attraverso la condivisione di

un'ontologia descrittiva dell'agire sanitario che consente di disegnare una nuova generazione di applicativi a supporto della continuità di cura. Nell'ambito regionale è stata disegnata una prima *release* di una procedura per la gestione del paziente diabetico sperimentata in alcune aziende sanitarie della regione e con particolare successo nell'area montana del Friuli-Venezia Giulia dove più complessa e problematica risultava l'articolazione del processo di cura.

Note

1. Le soluzioni descritte sono tutte operative e hanno superato le fasi di avviamento e test. Naturalmente si tratta di procedure ad accesso riservato. Tuttavia per avere un'idea delle modalità di presentazione dei servizi del portale regionale della sanità si possono consultare i siti delle aziende sanitarie regionali che dedicano in modo omogeneo una loro sezione all'*e-gov*: ad esempio il sito dell'azienda per i servizi sanitari n. 6 Friuli Occidentale: <http://www.ass6.sanita.fvg.it>.
2. HL7 Reference Information Model (RIM) Flowchart, disponibile sul sito: <http://www.hl7.org>.

B I B L I O G R A F I A

- ALBINI S., TRABUCCHI M. (2001), «La continuità assistenziale», *Tendenze Nuove*, 2, marzo-aprile.
- BIERN H.J. (2004), «Making the link: continuity of care», *The Canadian Journal of CME*, Saskatchewan, Canada, November, pp. 105-108.
- BODENHEIMER T., WAGNER E.H., GRUMBACH K. (2002), «Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness», *JAMA*, 288, pp. 1775-1779.
- CANADIAN HEALTH SERVICE RESEARCH FOUNDATION (CHSRF) (2001), «Workshop summary. Concepts and Measure of Continuity of Care», Vancouver B.C., <http://www.chsrf.ca>.
- EUROPEAN INSTITUTE OF PUBLIC ADMINISTRATION (EIPA), «Europe Awards: Finalists and Good Practice Cases 2005», <http://www.e-europeawards.org>.
- FORINO F. (2004), «La continuità dell'assistenza: processi e reti», *Dedalo - Gestire i sistemi complessi in sanità*, vol. II, 2.
- ROOS N.P. *et al.* (1995), «A Population-Based Health Information System», *Medical Care*, Vol. 33, number 12, Supplement, pp. DS13-DS20.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

- 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;
- 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenz (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Costantino Cipolla, Cleto Corposanto, Willem Tousijn (a cura di)

I MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN ITALIA

FRANCOANGELI, MILANO, 2006, PP. 315, € 24,00

Il volume è il frutto di una ricerca sostenuta dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica sui Medici di medicina generale che, per ampiezza dei temi affrontati, dimensione del campione e numero dei ricercatori coinvolti, ha ben pochi precedenti in Italia.

Le tematiche affrontate affondano le loro radici nelle profonde trasformazioni che hanno investito il Sistema sanitario italiano negli ultimi anni: i processi di aziendalizzazione e di regionalizzazione, la diffusione, anche in sanità, di atteggiamenti e comportamenti di tipo consumeristico, i processi di professionalizzazione di molte occupazioni sanitarie. Queste trasformazioni, a loro volta innescate da varie dinamiche operanti a livello di società complessiva, quali la crisi del welfare state, il cambiamento degli assetti istituzionali ed i mutamenti nella composizione demografica e nel livello di istruzione della popolazione, hanno esercitato un forte impatto sulla professione medica e sui suoi rapporti con gli altri attori del sistema. In tale contesto, è la figura del Medico di medicina generale, quale fondamentale punto di raccordo fra cittadini/territorio e servizi sanitari, che per prima ha dovuto confrontarsi con queste innovazioni.

L'insieme dei dati forniti dall'indagine costituisce una ricca base empirica da cui è possibile far partire argomentazioni ed ipotesi per il vivace dibattito in corso sul ruolo della Medicina generale nel Sistema sanitario. In questo quadro emerge il sistema delle cure primarie che richiede la valorizzazione e la piena responsabilizzazione della figura del Medico di medicina generale come vero e proprio advocate del cittadino nella gestione dei suoi problemi di salute.

INDICE PREMessa, DI COSTANTINO CIPOLLA - PRESENTAZIONE, DI MARIA PIA RUFFILLI - 1. I MEDICI DI FAMIGLIA SOTTO LALENTE DEI SOCIOLOGI, DI MARCO PATIERNO - 2. I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI FRONTE ALLE TRASFORMAZIONI DEL SISTEMA SANITARIO: UN'INTRODUZIONE, DI WILLEM TOUSIJN - 3. VARIAZIONI DI RUOLO DEL MMG NEI SISTEMI SANITARI: UN PROFILO COMPARATO INTERNAZIONALE, DI GUIDO GIARELLI - 4. MEDICUS AMNIUM. LA COSTRUZIONE PROFESSIONALE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (1945-2005), DI GIOVANNA VICARELLI - 5. IL CAMPIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE: LE PRINCIPALI CARATTERISTICHE, DI CLETO CORPOSANTO, LORELLA MOLTENI - 6. I MEDICI DI MEDICINA GENERALE: DIFFERENZE DI GENERE E DI GENERAZIONE, DI MICOL BRONZINI - 7. LE SFIDE ALL'AUTONOMIA ED ALL'UNITARIETÀ DELLA PROFESSIONE, DI WILLEM TOUSIJN - 8. PROFILI MOTIVAZIONALI, IDENTITÀ E STATUS, DI LORENZO SPERANZA - 9. IL RAPPORTO COL PAZIENTE COMPONENTE (E CONFUSO), DI ANTONIO MATURO, VERONICA AGNOLETTI - 10. MEDICINA DI BASE E COMPUTER. L'ACCOGLIENZA DELLE INFORMATION TECHNOLOGIES DA PARTE DEI MEDICI DI BASE, DI FRANCESCO BATTISTI - 11. LA FORMAZIONE ALLA PROFESSIONE DI MEDICO DI MEDICINA GENERALE, DI LORELLA MOLTENI, LORENZO MIGLIORATI - 12. LA POSIZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE NEI CONFRONTI DELLE TERAPIE NON CONVENZIONALI: UN PROBLEMA DI TUTELA, FORMAZIONE E METODO DI RICERCA, DI CLEMENTE LANZETTI - 13. APPENDICE METODOLOGICA, DI CLETO CORPOSANTO, LORELLA MOLTENI - 14. IL QUESTIONARIO CON LE FREQUENZE, DI LORELLA MOLTENI - 15. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI, DI FRANCESCA GUARINO

Giuseppe Pasero, Pier Antonio Ravazzi

PER UN SISTEMA SANITARIO CENTRATO SULLA PERSONA. LA RIFORMA BINDI E LA SUA APPLICAZIONE NELLA REGIONE PIEMONTE

FRANCOANGELI, MILANO, 2006, PP. 130, € 15

Questo libro si rivolge a medici ospedalieri, medici di famiglia, infermieri, studenti di medicina, amministratori di istituzioni sanitarie, politici e a coloro che si occupano di formazione nel settore sanitario. Prende in esame, analizza e commenta il Sistema sanitario nazionale in particolare per ciò che riguarda i criteri di formazione e certificazione dei medici (Ecm), il rapporto fra le strutture pubbliche e private ed i vantaggi che ciascun cittadino può e deve attendersi dall'attuale scenario istituzionale, non soltanto sotto il profilo della prestazione tecnico-specialistica, ma anche per ciò che riguarda un aspetto tanto importante quanto trascurato: quello della comunicazione interpersonale, del parlarsi e dell'ascoltarsi che dovrebbe costituire un momento fondamentale nel rapporto tra i medici, gli infermieri e tutti coloro che vivono in prima persona l'esperienza della malattia e del dolore. Per tali motivi, questo libro potrebbe risultare prezioso anche a coloro che non operano direttamente nel settore, ma che, nella veste di cittadini, entrano in contatto con le strutture sanitarie.

La qualità, complessivamente intesa, del comportamento di coloro che si assumono la responsabilità di curare, il processo di accreditamento, la definizione dei protocolli sia delle fasi diagnostiche sia dei processi d'intervento, costituiscono gli argomenti centrali di questo lavoro. Le proposte metodologiche, così come gli aspetti teorici, vengono tradotti in un vero e proprio progetto per l'attuazione dei parametri di Qualità e di Accreditamento.

INDICE PREFAZIONE, DI MERCEDE BRESSO, PRESIDENTE DELLA REGIONE PIEMONTE - INTRODUZIONE - PARTE I - 1. PRINCIPI DI PSICOLOGIA MOTIVAZIONALE - 2. IL TERRITORIO DELLA MALATTIA. UN'IPOTESI DI TOPOGRAFIA - 3. MOTIVAZIONALE - 4. CARL ROGERS, LE PROFESSIONI D'AUTO E LA SINDROME DEL BURNOUT - PARTE II - 5. CENNI DI STORIA DELLA SANITÀ NEL NOSTRO PAESE - 6. LIBERO MERCATO E LIMITI DEL SISTEMA: COMPITI DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE - 7. POSSIBILI INTERVENTI DI CAMBIAMENTI E QUESTIONI TERRITORIALI ED ORGANIZZATIVE. IL PARADOSSO DEGLI ECM - 8. LE IPOTESI DI CAMBIAMENTO PER UN SISTEMA SANITARIO GUIDATO DALLA CLINICAL COMPETENCE - 9. APPENDICE - BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Gianluca Del Poeta, Fabio Mazzufero, Maurizio Canepa

IL RISK MANAGEMENT NELLA LOGICA DEL GOVERNOCLINICO

MCGRAW-HILL, MILANO, 2006, PP. 320, € 24

Il governo clinico rappresenta uno strumento adatto a creare le condizioni necessarie affinché le organizzazioni sanitarie si rendano responsabili del miglioramento continuo della qualità delle prestazioni; esso rappresenta la parola chiave delle nuove politiche sanitarie orientate alla promozione della qualità delle prestazioni, mettendo al centro del sistema il cittadino-utente.

L'applicazione del governo clinico presuppone che la qualità dell'assistenza sanitaria venga misurata ed espressa anche in termini di sicurezza: la gestione del rischio clinico diventa dunque un nuovo patrimonio culturale che deve far parte di tutti i professionisti della salute. Il testo affronta argomenti come il governo clinico, la gestione del rischio clinico e il ruolo dell'infermiere; ciò implica una analisi approfondita delle tematiche relative che ruotano attorno ad essi. Anche in Italia vengono realizzate esperienze infermieristiche di gestione del rischio clinico; le esperienze riportate in questo lavoro sono un esempio concreto sul significato del ruolo attivo che gli infermieri possono/devono avere nel contesto del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

INDICE AUTORI - INTRODUZIONE - 1. IL SISTEMA QUALITÀ AZIENDALE E IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI - 2. INTRODUZIONE AL GOVERNO CLINICO - 3. IL GOVERNO CLINICO: UNA REALTÀ INFERMIERISTICA PER UN'ASSISTENZA SEMPRE PIÙ DI QUALITÀ - 4. IL RISK MANAGEMENT - 5. NURSING MALPRACTICE: GLI ERRORI DEGLI INFERMIERI NELLA PRATICA PROFESSIONALE - 6. LA RESPONSABILITÀ: IL PRINCIPIO SU CUI SI BASA IL GOVERNO CLINICO - 7. EVIDENCE-BASED NURSING: UNO STRUMENTO DEL GOVERNO CLINICO PER SVILUPPARE LE COMPETENZE DEGLI OPE-

RATORI - 8. LE LINEE GUIDA: STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ - 9. L'UTILIZZO DEL COUNSELING PER LO SVILUPPO DI STRATEGIE RELAZIONALI NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA - 10. IL RUOLO DELL'INFERMIERE COORDINATORE IN UN PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA - 11. IL RUOLO DELL'INFERMIERE COORDINATORE NELLA GESTIONE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE DEGLI OPERATORI - 12. L'INFERMIERE COORDINATORE: UN TUTOR PER DARE SICUREZZA - 13. LA GESTIONE DEL DISSERVIZIO - 14. UN'ESPERIENZA ITALIANA DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO. PROJECT TEAM E VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE - 15. FMEA-FMECA: ANALISI DEI MODI DI ERRORE/GUASTO E DEI LORO EFFETTI NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE - BIBLIOGRAFIA - INDICE ANALITICO

Paolo Bruno

LA COMPETENZA MANAGERIALE IN SANITÀ. I NUOVI LIVELLI DI RESPONSABILITÀ IN UNA SANITÀ CHE CAMBIA

FRANCOANGELI, MILANO, 2006, PP. 247, € 23

Il processo di trasformazione dello Stato in senso federale che si sta compiendo negli ultimi anni ha portato profondi mutamenti nella sanità italiana. Gli organi direttivi delle singole regioni si sono impegnati nello sviluppo di autonomi modelli di organizzazione sanitaria che, a loro volta, hanno influenzato un rapido ed intenso sviluppo delle competenze dei dirigenti delle aziende sanitarie, quotidianamente coinvolti nella ricerca di nuovi approcci manageriali in grado di gestire il profondo cambiamento in atto. Il testo nasce con l'obiettivo di fornire una chiave di lettura dei tre livelli di competenza manageriale di riferimento oggi individuabili: (i) il livello statale, caratterizzato dalla definizione dei livelli essenziali di assistenza sul tutto il territorio nazionale; (ii) il livello regionale, divenuto oggi il vero livello della programmazione e gestione dei servizi sanitari; (iii) il livello aziendale, orientato alla ricerca delle migliori soluzioni organizzative in grado di massimizzare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità degli interventi sanitari.

L'autore affronta il tema del livello statale presentando i riferimenti legislativi più importanti sul versante del controllo della spesa, il Piano sanitario nazionale e la riforma degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Sviluppa il tema del livello regionale analizzando tre diversi modelli regionali: il modello lombardo, veneto e toscano. Infine presenta il livello aziendale mettendo in risalto gli approcci manageriali e per lo sviluppo della qualità assistenziale oggi più accreditati.

Con questo testo l'autore offre un efficace strumento a tutti coloro che rivestono ruoli di tipo manageriale in sanità e, in particolare, alle direzioni aziendali, alle direzioni di dipartimento e di struttura complessa che si trovano costantemente davanti a nuovi e complessi problemi di tipo organizzativo e gestionale.

INDICE PREFAZIONE, DI GABRIELE PELISSERO - INTRODUZIONE, DI GIAMPIERO BELCREDI - PARTE I. IL LIVELLO DI COMPETENZA STATALE E REGIONALE - 1. IL LIVELLO DI COMPETENZA STATALE, DI P. BRUNO, A. LOSURDO, P. MORONI, D. DISO - 1.1. LA SPESA SANITARIA IN ITALIA, I CRITERI DI FINANZIAMENTO 2005-2007 - 1.2. I MECCANISMI DI CONTROLLO DELLA SPESA SANITARIA - 1.3. IL PIANO SANITARIO NAZIONALE - 1.4. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA - 1.5. AZIENDALIZZAZIONE E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 1.6. GLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO - 1.7. LE AZIENDE DI SERVIZI ALLA PERSONA - 2. IL LIVELLO DI COMPETENZA REGIONALE, DI P. BRUNO, M.L. CHIOZZA, B. TISO - 2.1. IL PROCESSO DI DEVOLUZIONE IN SANITÀ - 2.2. I LIVELLI ISTITUZIONALI IN SANITÀ - 2.3. LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN LOMBARDIA - 2.4. LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN VENETO - 2.5. LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN TOSCANA - PARTE II. IL LIVELLO DI COMPETENZA AZIENDALE - 3. IL LIVELLO DI COMPETENZA AZIENDALE, DI P. BRUNO, E. MALTAGLIATI, H. EHRNREICH, P. PIROLA - 3.1. LA NECESSITÀ DI NUOVI SISTEMI DI MANAGEMENT - 3.2. DAL BUDGET ALLA BALANCED SCORECARD - 4. L'APPROCCIO AI TEMI DELLA QUALITÀ, DI P. BRUNO, L. CADORIN, M.L. BUFFON, M. RONCHETTI - 4.1. L'APPROCCIO AZIENDALE ALLA QUALITÀ - 4.2. LE ISO 9000 - 4.3. L'APPROCCIO DEL GOVERNO CLINICO - 4.4. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH SERVICE ACCREDITATION - 4.5. EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT - 5. IL SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO, DI P. BRUNO, L. DIAMANTI, D. FURLANIS, G. PALCHETTI - 5.1. IL SISTEMA INTEGRATO DI GESTIONE PER LA QUALITÀ - 5.2. IL PROCESSO DI AUDITING IN SANITÀ - 6. L'APPROCCIO ALLA GESTIONE DELLE TECNOLOGIE, DI P. BRUNO, L. DIAMANTI, M. CRIVELLINI, C. BRUNO - 6.1. LA TECNOLOGIA IN SANITÀ - 6.2. IL PROCESSO DI GESTIONE DELLE TECNOLOGIE - 6.3. CHI SI OCCUPA DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE - 6.4. EVOLUZIONE DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE IN SANITÀ - 7. LA FORMAZIONE IN SANITÀ, DI P. BRUNO, F. FERRARIO, D. OFFREDI - 7.1. IL PROGRAMMA ECM - 7.2. LA FORMAZIONE MANAGERIALE IN SANITÀ - 7.3. IL MODELLO

CUOA SANITÀ - 8. APPENDICE - 8.1. SISTEMA SANITARIO, ATTO AZIENDALE E GOVERNANCE DELLE AZIENDE SANITARIE, DI G. PELISSERO - 8.2. L'ATTO AZIENDALE DI ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE, DI F.C. RAMPULLA, L.P. TRONCONI - 8.3. POSTFAZIONE, DI VALERIO VERGADORO - BIBLIOGRAFIA

Nicola De Carlo, Giampietro Luzzato

IL CARISMA AL SERVIZIO DELLA SALUTE

FRANCOANGELI, MILANO, 2006, PP. 189, € 18.00

Carisma è ogni forma di presenza dello Spirito che arricchisce e rende capaci di un servizio a favore degli altri. Giovanni Ciudad, che in seguito ad un'esperienza di ricovero in ospedale consacrò la sua vita ai malati soli ed emarginati, era un uomo carismatico. E il carisma dell'Ospitalità, da lui lasciato in eredità ai religiosi dei Fatebenefratelli, si realizza nel servizio agli infermi, ai poveri, ai bisognosi. Un servizio basato sul profondo rispetto per l'individuo e reso in tutto il mondo, dato che l'Ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio, con i suoi 1.362 religiosi, 40.000 collaboratori, circa 300.000 benefattori-sostenitori e 293 strutture, è presente nei cinque continenti, in 46 nazioni, con 21 province religiose, 1 viceprovincia, 6 delegazioni generali e 5 delegazioni provinciali.

Luoghi privilegiati per la trasmissione della cultura e della tradizione sono le scuole e i centri di formazione dell'Ordine. Infatti, sia negli ospedali che nei servizi di assistenza primaria e nei centri sociosanitari, il livello dell'assistenza integrale dipende in maniera determinante dal grado di formazione degli operatori.

La formazione tecnica e professionale da un lato e la formazione umana ed etica dall'altro devono camminare parallelamente nel quadro della formazione permanente. Ci sono momenti in cui si deve privilegiare il primo aspetto, mentre in altri occorre dare una speciale enfasi al secondo. Il tutto a favore di un aggiornamento continuo delle conoscenze, che rendano possibile una corretta ed integrale assistenza sanitaria, secondo criteri attuali.

Nell'ambito del volume viene dato ampio spazio a tali problematiche, mediante la descrizione della nascita, dell'affermarsi e delle prospettive dell'azione dei Fatebenefratelli nel campo della cura incentrata sulla persona e sulla connessa formazione degli operatori, oggi accreditata e certificata ai massimi livelli. Ai valori ed alla loro applicazione nel campo dei servizi, così come in generale alla ricchezza ed alla tangibilità dell'immateriale nel mondo del lavoro, sono dedicati vari approfondimenti, anche nella direzione della prevenzione del disagio professionale.

INDICE PREFAZIONE, DI FRA PASCUAL PILES - INTRODUZIONE - 1. IL CARISMA DELL'OSPITALITÀ, DI FRA GIAMPIETRO LUZZATO - 1.1. L'ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO - 1.2. PRINCIPI FONDAMENTALI - 1.3. CARISMA E MISSIONE - 1.4. LA VOCAZIONE - 1.5. IL CAMMINO DI OSPITALITÀ - 1.6. IL CAMBIAMENTO D'EPOCA - 1.7. POSSIBILITÀ E MINACCE - 1.8. NUOVE FORME DI PRESENZA - 1.9. ATTENZIONE AI SEGNI DEI TEMPI - 1.10. NUOVE RISPOSTE ALLE NECESSITÀ DELL'UOMO E DELLA SOCIETÀ - 1.11. PASTORALE OSPEDALIERA: DONO DI OSPITALITÀ - 1.12. UMANIZZAZIONE COME OSPITALITÀ - 1.13. LA GESTIONE DELLE OPERE - 1.14. FORMAZIONE - 1.15. IL RUOLO DEI LAICI - 1.16. VALIDITÀ DELLE NOSTRE RISPOSTE - 2. L'IMPEGNO DEL CENTRO STUDI E FORMAZIONE "FRA PIERLUIGI MARCHESI" E IL SUO PERCORSO DI CERTIFICAZIONE, DI CATIA GUALCO - 2.1. ORIGINE, OBIETTIVI E FUNZIONI - 2.2. IL CSEF, OGGI - 2.3. L'APPLICAZIONE AL CSEF DELLA NORMA UNI EN ISO 9001:2000 - 3. VALORI E SERVIZI ALLA PERSONA, DI CESARE KANEKLIN, GIUSEPPE SCARATTI - 3.1. LA PROVOCAZIONE DI SENSO DEL RIFERIMENTO AI VALORI - 3.2. IL SENSO DEI VALORI - 3.3. IL VALORE DEL SENSO DI CIÒ CHE SI PRODUCE - 3.4. L'ESTETICA DEI SERVIZI: RECUPERARE VISIBILITÀ - 3.5. L'ETICA DEI SERVIZI: VALORI, IDEALIZZAZIONE, IMMAGINAZIONE - 3.6. INDICAZIONI PER UNA PRATICA DELLA GENERAZIONE DI VALORE - 3.7. CONCLUSIONI: LE CONDIZIONI PER LIBERARE IMMAGINAZIONE - 4. DIMENSIONI IMMATERIALI DEL LAVORO: IL RUOLO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO, DI NICOLA A. DE CARLO - 4.1. IMMATERIALITÀ DIFFUSA E PREVALENTE - 4.2. IL BENESSERE INDIVIDUALE E SOCIALE - 4.3. IL BENESSERE ORGANIZZATIVO - 4.4. ALCUNE CRITICITÀ - 4.5. LE DETERMINANTI ORGANIZZATIVE - 4.6. LE CONSEGUENZE POSITIVE E NEGATIVE - 5. LA FORMAZIONE COME PREVENZIONE: DISAGIO ORGANIZZATIVO, STRESS, BURNOUT, DI SANTO DI NUOVO, LAURA DAL CORSO, ALESSANDRA FALCO - 5.1. DAL CARISMA ALL'AUTO PROFESSIONALE - 5.2. LA RELAZIONE DI AIUTO: UN "INCONTRO" TRA PERSONE BASATO SULLA RESPONSABILITÀ - 5.3. DISAGIO, STRESS E BURNOUT COME RISCHIO NELLE PROFESSIONI DELL'AUTO - 5.4. LA FORMAZIONE COME PREVENZIONE DEL DISAGIO - APPENDICE 1. MANUALE DELLA QUALITÀ DEL CSEF - APPENDICE 2. PROCEDURA "GESTIONE DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE" DEL CSEF - BIBLIOGRAFIA - GLI AUTORI

Vincenzo Sforza

**L'ECONOMIA DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE. LOGICHE DI GESTIONE
E STRUMENTI DI ANALISI DEI RISULTATI AZIENDALI**

CEDAM, PADOVA, 2005, PP. 243, € 22,00

Il lavoro ha per oggetto le logiche di gestione e l'analisi dei risultati realizzati dalle aziende sanitarie pubbliche attraverso la lettura dei dati offerti nuovo sistema informativo-contabile, di cui vengono messe a fuoco potenzialità e limiti. L'analisi è svolta operando una distinzione tra i flussi economici o reali, relativi ai movimenti di beni e servizi, e quelli finanziari, che riguardano il regolamento dei primi attraverso il denaro e i suoi sostituti.

INDICE CAPITOLO 1. FUNZIONI E LOGICHE DI GOVERNO DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE NEL SISTEMA SANITARIO DEL NOSTRO PAESE - CAPITOLO 2. ANALISI DEI FLUSSI FINANZIARI DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - CAPITOLO 3. IL SISTEMA INFORMATIVO-CONTABILE E LA NECESSITÀ DI RICLASSIFICARE LE TAVOLE DI SINTESI PER L'INTERPRETAZIONE DELLA DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - CAPITOLO 4. L'ANALISI PER INDICI NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione. La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti e l'ammissione al referaggio

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

- 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;
- 2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito. Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi dovrebbero evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan
CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese (massimo 120 parole) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenz (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una bibliografia separata.

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

U. LAASER, J. BRECKENKAMP
Trends in risk factor control in Germany 1984-1998: high blood pressure and total cholesterol
European Journal of Public Health, vol. 16, n. 2, April 2006

S. CHAKRAVARTY, M. GAYNOR, S. KLEPPER, W.B. VOGT
Does the profit motive make Jack nimble? Ownership form and the evolution of the US hospital industry
Health Economics, vol. 15, n. 4, April 2006, pp. 345-362

ANTHONY J. CULYER
NICE's use of cost effectiveness as an example of a deliberative process
Health Economics, Policy and Law, vol. 1, part 3, July 2006, pp. 299

PETER ZWIFEL, MICHAEL BREUER
The case for risk-based premiums in public health insurance
Health Economics, Policy and Law, vol. 1, part 2, April 2006, pp. 171-188

D.I. LEVINE, D. ROTHMAN
Does trade affect child health?
Journal of Health Economics, vol. 25, n. 3, 2006, pp. 538-554

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

RICHARD G. FRANK, SHERRY GLIED
Changes in Mental Health Financing Since 1971: Implications For Policymaker And Patients. An increase in public spending for mental health has reduced states' ability to shape their mental health system
Health Affairs, vol. 25, n. 3, May/June 2006, pp. 601-613

ANNA DIXON, DAVID MCDAID, MARTIN KNAPP, CLAIRE CURRAN
Financing mental Health services in low-and middle-income countries
Health Policy and Planning, 21(3), pp. 171-182

M. DUSHEIKO, H. GRAVELLE, R. JACOBS, P. SMITH
The effect of financial incentives on gatekeeping doctors: Evidence from a natural experiment
Journal of Health Economics, vol. 25, n. 3, 2006, pp.449-478

PETER GAAL, PAOLO CARLO BELLI, MARTIN MCKEE, MIKLOS SZOSKA
Informal Payments for Health Care: Definitions, Distributions and Dilemmas
Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 31, n. 2, 2006, pp. 251-294

ECONOMIA DEL FARMACO

HAIDEN A. HUSKAMP
Prices, Profits, And Innovation: Examining Criticism Of New Psychotropic Drugs' Value. Are industry critics justified in arguing that new psychotropic drugs are not worth the high costs?
Health Affairs, vol. 25, n. 3, May/June 2006, pp. 635-646

STEVEN G. MORGAN
Prescription Drug Expenditure and Population Demographics
HSR, vol. 41, n. 2, pp. 411-428

S. JANSSON, A. ANELL (SWEDEN)
The impact of decentralised drug-budgets in Sweden – a survey of physicians' attitudes towards costs and costs-effectiveness
Health Policy, vol. 76, Issue 3, 2006, pp. 299-311

M. H. VAANANEN, K. PIETILA, M. AIRAKSINEN (FINLAND)
Self-medication with antibiotics – Does it really happen in Europe?
Health Policy, vol. 77, Issue 2, 2006, pp. 166-171

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

KAVITA K. PATEL, BRITTANY BUTLER, KENNETH B. WELLS
What Is Necessary To Transform The Quality Of Mental Health Care. Mental health has not been well represented in nationwide quality improvement initiatives; this must change
Health Affairs, vol. 25, n. 3, May/June 2006, pp. 681-693

WILLIAM E. SMYTHE, DAVID C. MALLOY, THOMAS HADJISTAVROPOULUS, RONALD R. MARTIN, HOLLY A. BARDUTZ
An Analysis of the Ethical and Linguistic Content of Hospital Mission Statements
Health Care Management, April-June 2006, vol. 31, n. 2, pp. 92-98

L. CRIVELLI, M. FILIPPINI, I. MOSCA
Federalism and Regional health care expenditure: an empirical analysis for the Swiss Cantons
Health Economics, vol. 15, n. 5, April 2006, p. 535 e ss.

LINDA MIDTTUN, TERJE P. HAGEN
The private-public mix of healthcare: evidence from a decentralised NHS country
Health Economics, Policy and Law, vol. 1, part 3, July 2006, pp. 277-298

KIRILL DANISHEVSKI, DINA BALABANOVA, MARTIN MCKEE, SARAH ATKINSON
The fragmentary federation: experiences with the decentralized health system in Russia
Health Policy and Planning, 21(3), pp. 183-194

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

NICHOLAS G. CASTLE

Organizational Commitment and Turnover of Nursing Home Administration

Health Care Management, April-June 2006, vol. 31, n. 2, p. 156 e ss.

K LYROUDI, N. GLAVELI, A. KOULAKIOTIS, D. ANGELIDIS

The productive performance of public hospital clinics in Greece: a case study

Health Services Management Research, vol. 19, n. 2, May 2006, pp. 67-72

TIMOTHY T. BROWN, JANET M. COFFMAN, BRIAN C. QUINN, RICHARD M. SCHEFFLER, DOUGLAS D. SCHWALM

Do Physicians Always Flee from HMOs? New Results Using Dynamic Panel Estimation Methods

HSR, vol. 41, n. 2, pp. 357-373

LYNN Y. UNRUH, MYRON D. FOTTLER

Patient turnover and Nursing Staff Adequacy

HSR, vol. 41, n. 2, pp. 599-612

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

GERARD F. ANDERSON, BIANCA K. FROGNER, ROGER A. JOHNS, UWE E. REINHARDT

Health Care Spending And Use Of Information Technology In OECD Countries. The United States is an outlier in both its health spending and its use of health information technology

Health Affairs, vol. 25, n. 3, May/June 2006, pp. 819-831

N KHATRI

Building IT capability in health-care organizations

Health Services Management Research, vol. 19, n. 2, May 2006, pp. 73-79

B.G. KOERKAMP, M.G.M. HUNINK, T. STIJNEN, M.C. WEINSTEIN

Identifying key parameters in cost-effectiveness analysis using value of information: a comparison of methods

Health Economics, vol. 15, n. 4, April 2006, pp. 383-392

DEBORAH WILSON

Acquisition and disclosure of genetic information under alternative policy regimes: an economic analysis

Health Economics, Policy and Law, vol. 1, part 3, July 2006, pp. 263-276

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

J.A. VERNON, S.J. JONSON, W.K. HUGHEN, A. TRUJILLO

Economic and Developmental Consideration for Pharmacogenomic Technology

Pharmacoeconomics, vol. 24, n. 4, 2006, pp. 335-343

ROBIN G. MILNE, MARILYN HORNE, BEN TORSNEY

SMS Reminder in the the UK National Health Service: An Evaluation of Its Impact on «No-Shows» at Hospital Out-Patient Clinics

Health Care Management, April-June 2006, vol. 31, n. 2, pp. 130-136

DWIGHT C. EVANS, W. PAUL NICHOL, JONATHAN B. PERLIN

Effect of the implementation of an enterprise-wide Electronic Health Record on productivity in the Veterans Health Administration

Health Economics, Policy and Law, vol. 1, part 2, April 2006, pp. 163-170

R. BOADEN, P. JOYCE

Developing the electronic health record: what about patient safety

Health Services Management Research, vol. 19, n. 2, May 2006, pp. 94-104

A. MACFARLANE, A. W. MURPHY, P. CLERKIN (REPUBLIC OF IRELAND)

Telemedicine services in the Republic of Ireland: An evolving policy context

Health Policy, vol. 76, Issue 3, 2006, pp. 245-258

VALUTAZIONI ECONOMICHE

P. CORNETTE, C. SWINE, B. MALHOMME, J.B. GILLET, P. MEERT, W. D'HOORE

Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of a predictive tool

European Journal of Public Health, vol. 16, n. 2, April 2006

M.X. VÁZQUEZ, J.E. ARANA, C.J. LEON

Economic evaluation of health effects with preference imprecision

Health Economics, vol. 15, n. 4, April 2006, pp. 403-418

M.J. SIEGEL

Measuring the effect of husband's health on wife's labour supply

Health Economics, vol. 15, n. 5, April 2006, pp. 579-602

C. SURARATDECHA, A.A. OKUNADE (THAILAND, USA)

Measuring operational efficiency in a health care system: A case study from Thailand

Health Policy Vol. 77, Issue 1, 2006, pp. 2-23

A.A. HYDER, O.H. AMACH, N. GARG, M.T. LABINJO (USA)

Estimating the burden of road traffic injuries among children and adolescents in urban South Asia

Health Policy, Vol. 77, Issue 2, 2006, pp. 129-139