Valutare in Sanità

Una voce al servizio della Salute

RIVISTA
SCIENTIFICA

NUMERO CINQUE
AGOSTO 2011

- Epidemiologia
- Appropriatezza
- Prevenzione
- Valutazione Clinica
- Professioni
- Performance



Poste Italiane S.p.A. – Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - S1/BA
In caso di mancato recapito inviare a CMP di Bari per la restituzione al mittente previo pagamento resi

VALUTARE IN SANITA'
Rivista Scientifica
Registrazione presso il Tribunale di Bari n.36 del 24/09/09
Spedizione in abbonamento postale

www.valutareinsanita.it

Direttore Responsabile
Maddalena Milone

Direttore Scientifico
Antonio Battista

Coordinatore di Redazione
Alessandra Miglietta
alessandra_miglietta@libero.it

Direzione, redazione e pubblicità
Meeting Planner s.r.l.
Via Salvatore Matarrese 12 pal. G
70124 Bari
Tel. 080 9905360 – 080 5681131
Fax 080 9905359
e-mail info@meeting-planner.it
website www.meeting-planner.it
Rif. Antonello Bono

Editore
Meeting Planner s.r.l.
Via Salvatore Matarrese 12 pal. G
70124 Bari

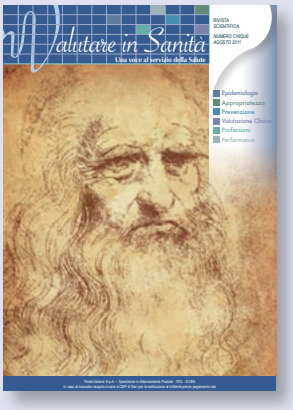
Stampa
SEDIT s.r.l. – Modugno (BA)

La Direzione non si assume la responsabilità dei contenuti delle inserzioni pubblicitarie.
E' vietata la riproduzione, anche parziale, dei testi.
D.Lgs. n.196/2003 Tutela della Privacy – Informativa: Responsabile del trattamento Meeting Planner s.r.l.
Tutte le richieste di consultazione, modifica, integrazione e cancellazione dei dati personali dovranno essere inviate a Meeting Planner s.r.l.

Numero chiuso in redazione il 21/07/2011

Valutare in Sanità è consultabile online sul sito **www.valutareinsanita.it**

Sommario



5 **Editoriale**
Antonio Battista

6 **Epidemiologia del dolore, presente e futuro nella ricerca**
Carla Costantini

10 **Valutare l'efficacia della prevenzione**
Donato Greco

16 **Come valutare un Servizio di igiene e sicurezza del lavoro**
Domenico Della Porta e Vincenzo Ronca

18 **L'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera**
Nicola Ciavarella

30 **Misurare il dolore**
Rocco Domenico Mediati

36 **Valutazione dei fabbisogni delle professioni sanitarie**
Giovanni Leonardi e Annalisa Malgieri

40 **Delibera n.114/10 della Commissione per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni pubbliche**

“La conoscenza acquisita tramite la ricerca della verità deve essere volta a vantaggio del genere umano„

(Daisaku Ikeda)

Editoriale



C'è grande preoccupazione per la stagnazione delle economie mondiali, messa in evidenza dai mercati finanziari, i cui recenti tracolli non fanno escludere il rischio di una vera e propria recessione economica.

I Governi di tutti i Paesi occidentali sono pertanto alle prese con manovre finanziarie particolarmente severe che interessano per gli aspetti dei tagli in primo luogo la spese pubblica.

Il nostro Paese, che non è assolutamente esente da tali dinamiche, vede pertanto messo a dura prova il funzionamento di Ministeri, Regioni, Enti locali, nonché dei sistemi di sicurezza sociale, compreso il Servizio sanitario nazionale.

Non è facile operare scelte di contenimento della spesa in quanto, sulla base di una crescente emotività, è possibile che si commettano errori tali da compromettere, a volte anche irreversibilmente, il processo di risanamento che si vuole attuare.

Ecco che quindi, proprio quando il momento richiede comportamenti tempestivi ma razionali, è maggiormente sentita l'esigenza di utilizzare, in ciascun campo rispetto al quale si vuole agire, metodi di valutazione che, se esistenti e praticati dovrebbero garantire le migliori decisioni possibili.

Così, se fino ad ora quando si pensava alla valutazione la si riferiva soprattutto all'allocazione di risorse, emerge adesso con forza la necessità di applicarla anche ai tagli.

Certo, non mancherà chi, facendo leva su aspetti emotivi, sosterrà strumentalmente tesi a favore di egoismi e rendite di posizione, ma sarà ancora una volta la cultura della valutazione, se estesa e prevalente, a fare chiarezza e ad indicare le soluzioni più logiche in termini di equità e di bene generale.

Antonio Battista
Direttore Scientifico

Epidemiologia del dolore, presente e futuro nella ricerca

Carla Costantini – Astellas Pharma SpA

Il dolore sembra essere uno dei problemi meno conosciuti e dunque meno affrontati dalla medicina del ventunesimo secolo.

L'Italia tuttavia, con la recentissima legge 38/2010, si posiziona in Europa tra i Paesi più aggiornati in questo ambito assistenziale.

Un *lungo percorso di analisi e discussione*[1] ha preceduto la stesura di questo nuovo testo di legge , come esplicitamente ammette lo stesso Presidente della commissione ministeriale dolore dott. Guido Fanelli, e questo a dimostrazione della necessità di rivoluzionare la sensibilità degli addetti ai lavori rispetto a questa condizione, ritenuta un tempo non a tutti gli effetti "malattia", ma piuttosto mero sintomo. Di fatto il dolore è soggettivo e personale, è una condizione complessa, che racchiude in sé non solo la dimensione sensitiva ma anche quella psicologica e sociale; la sua diagnosi risulta sfidante e la sua misura impegnativa. Caso unico tra tutte le patologie, la valutazione del dolore è strettamente legata all'interpretazione e alla sensibilità del medico, al suo *cumpatire* il dolore del paziente.

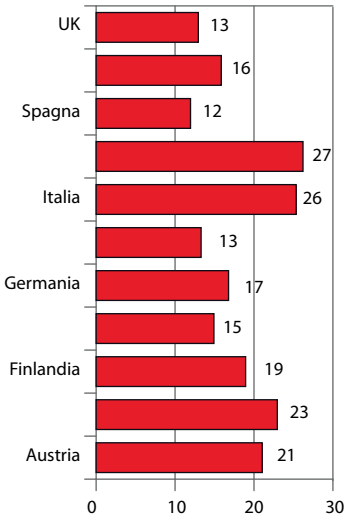
Ne consegue che, attualmente, nessuna definizione di dolore risulta completa dal punto di vista scientifico e che le varie definizioni, fornite da svariati enti internazionali preposti alla tutela della salute sono spesso tra loro dissimili. La definizione universalmente più accettata è quella data dalla IASP, *International Association for the Study of Pain* che, nel 1979, ponendo l'accento sulla natura soggettiva della sensazione dolorosa , descrisse il dolore come *un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale*[2].

Se è vero che l'esperienza del dolore è personale, è altrettanto vero che il devastante impatto fisico e psicologico che il dolore può avere sulla vita della persona non può essere banalizzato o minimizzato e, di conseguenza, deve risultare oggettivo e pienamente condiviso il diritto del paziente al riconoscimento e alla cura del proprio dolore.

Con questa nuova attenzione alla condizione dolorosa è risultato importante negli ultimi anni potere accedere a dati epidemiologici robusti che dessero una dimensione realistica ad un problema sotto diagnosticato come il dolore cronico.

Secondo una *survey* condotta nel 2006[3], 1 cittadino europeo su 5, soffre di dolore cronico e sopporta questa condizione mediamente da 5 anni, con punte massime di 20 anni. Coerentemente con questo dato nel 2007 l'Eurobarometro, con l'indagine "Heath in the EU", ha evidenziato come "*esattamente un quarto degli intervistati risponde di avere sperimentato un dolore cronico invalidante nel corso della vita*". Dati di epidemiologia italiani si possono solo estrarre da queste pubblicazioni in quanto sembra risultare che recentemente nessun lavoro italiano ha affrontato questo argomento: con un campione di 300 pazienti intervistati telefonicamente Breivik indica una prevalenza di dolore cronico del 26% in Italia.

Prevalenza dolore cronico in Europa[3]



Prevalenza dolore cronico in Europa

Il dolore cronico può essere causato da una grande e diversa varietà di fattori psicologici e fisici e la ricerca delle cause fisiche più comuni è stato uno dei diversi obiettivi che un recentissimo *consesus report*[4] europeo ha cercato di individuare, attraverso l'analisi dei dati di due differenti ricerche di mercato.

Vi sono stati coinvolti 2019 persone affette dolore cronico e 1472 medici di medicina generale in 15 paesi europei. Al primo posto della lista dei fattori che provocano dolore sono risultati i problemi muscolo scheletrici (dolore alla schiena, alle giunture, al collo) , con una percentuale che si aggira intorno al 70% nei casi di dolore cronico severo. Sono seguiti da mal di testa, artrite, fibromialgia e dolore neuropatico.

Una trattazione particolare merita proprio il dolore neuropatico, che ancora oggi rimane tra le diagnosi più sfidanti. Definito dallo IASP come *dolore che insorge come diretta conseguenza di una lesione o di una malattia a carico del sistema somatosensoriale*[5], è una presentazione comune nella pratica clinica, che si applica a un gruppo ampio di condizioni mediche, dalla nevralgia posterpetica alla polineuropatia diabetico dolorosa (dolore neuropatico periferico), dal danno spinale alla sclerosi multipla (dolore neuropatico centrale). La complessità della diagnosi sale quando la componente neuropatica è solo una delle componenti del dolore (dolore misto), come nella sindrome regionale complessa (CPRS) o nel *Low Back Pain* stesso. Secondo il modello proposto da un gruppo di ricercatori tedeschi[6], circa il 4% della popolazione adulta con lombalgia ha una componente neuropatica che caratterizza la patologia come fortemente dolorosa. Lo studio evidenzia come questo tipo di pazienti assorbe da solo più del 16% dei costi totali del *Low Back Pain*. Una *survey* trasversale[7] condotta su pazienti con dolore neuropatico in 6 paesi europei, tra cui l'Italia, ha mostrato che il 54% di questi pazienti riferisce un dolore moderato e il 25% un dolore severo. Stupisce che queste percentuali siano così alte dal momento che il 70% degli intervistati dichiara di essere in trattamento con analgesici, più della metà con antiepilettici e il 29% con antidepressivi, entrambi farmaci di prima linea nel trattamento del dolore.

Il 76% degli intervistati inoltre dichiara di recarsi spesso dal proprio medico di famiglia per una visita mentre il 43%, in età da lavoro, ammette che il dolore ha avuto conseguenze sull'attività lavorativa. Il dolore neuropatico è ritenuto causa di un importante carico economico a carico della società[8] , ma l'impatto sostanziale sulla qualità di vita dei pazienti appare come un aspetto più che trascurato[4], nonostante pregiudichi gravemente la loro qualità di vita .

Trattamenti per dolore neuropatico[7]		
Antidepressivi		28.7%
Analgesici		70.8%
	oppioidi	22.4%
	FANS o COX-2	43.0%
Antiepilettici		50.7%

Il 27% di persone con dolore cronico, secondo questa ricerca, si sente socialmente isolato o solo, proprio a causa della propria condizione, e il 50% si dice preoccupato riguardo agli effetti che il dolore ha sulle relazioni con familiari oltre che nella sfera sessuale.

Non stupisce inoltre che il 29% si dica *stanco per la maggior parte del tempo, incapace di pensare ed agire normalmente, seriamente preoccupato di perdere il lavoro* e che quasi la metà dichiari di avere perso ogni speranza di guarigione. Il dolore cronico non controllato impatta emozionalmente e psichicamente sul sonno e sull'abilità produttiva della persona, oltre ad essere un handicap che impedisce un pieno coinvolgimento nella vita di famiglia[3].

L'ansia e la depressione che ne scaturiscono si traducono per i sistemi sanitari in costi.

Parlando dei cosiddetti costi indiretti, il primo dato che emerge è proprio quello relativo alla forza lavoro. Se già il 19%-21% degli europei con dolore cronico non è più in grado di lavorare[3-4] coloro che ancora lavorano si assentano dal proprio incarico per il 27% del tempo[9] (contro il 5% dei controllo) e necessitano di 14 giorni di permesso per la loro condizione. Il dato è preoccupante non solo in ambito sanitario perché la perdita di produttività e il "presentismo" non impattano negativamente solo sul singolo ma sull'economia in larga scala. I dati Italiani mancano, ancora una volta, ma se 3000 cittadini inglesi ogni anno si aggiungono a coloro che necessitano di assegni di invalidità e il 10% non torna a lavorare, la trasposizione alla realtà Italiana lascia pensare a dati proporzionalmente simili, se non più alti. Sempre più attuale la necessità per la medicina legale previdenziale italiana *di un confronto con i progressi clinici e con le altre specialità mediche, come l'algologia, con una nuova spinta di personalizzazione del danno che bandisce automatismi e formule matematiche*[10].

INDAGINE SUL DOLORE NEUROPATICO [13]

Zone del corpo interessate

- *62,3% una sola area corporea interessata*
- *24,5% due zone del corpo*
- *7,1% tre zone*
- *6,1% dolore generalizzato*

La lista dei costi indiretti si allunga considerando che solo un quarto dei pazienti con dolore cronico è soddisfatto delle tempistiche che lo hanno portato ad avere una diagnosi corretta del proprio dolore o ad avere il giusto trattamento per il controllo della patologia dolorosa[4]. Il 36% dei medici di famiglia dichiara di non essere in grado di indicare ai propri pazienti il centro specialistico a cui afferire e non solo perché non ne conosce l'esistenza ma perché non gli è sempre chiaro quale specialista è il più appropriato.

I pazienti da subito ben gestiti sono un risparmio per il sistema sanitario. A dircelo, oltre al buon senso, è uno studio della Southampton Pain Clinic in UK che ha mostrato un taglio del 35% dei costi in seguito a un miglioramento della comunicazione tra *primary and secondary care* che assicuri che il paziente con dolore venga visitato al momento giusto dalla persona giusta[11].

L'Italia secondo una rielaborazione del Centro Studi Mundipharma su dati ISTAT e IMD Midas del 2009[12] è all'ultimo posto per l'uso di farmaci oppioidi contro il dolore cronico mentre è la primo posto nell'impiego di FANS.

La spesa procapite di oppiacei ammonta a soli 0,83 euro contro i 2,06 euro della Spagna, i 2,83 della Francia, 3,97 dell'Inghilterra e 8,68 della Germania. Questo dato mette in luce come la cura del dolore sia in Italia ancora una questione aperta che non fornisce al paziente il trattamento adeguato, ma si limita a una prescrizione svuotata da ogni attenzione al paziente e alla fisiopatologia del suo dolore. I medici di medicina generale (MMG) stessi confessano di non sentirsi a proprio agio nel fare diagnosi di dolore neuropatico e infatti l'Italia si posiziona al terzultimo posto nella graduatoria dei paesi Europei che hanno e utilizzano apposite linee guida per gestione del dolore cronico. I nostri medici di medicina generale ammettono di non sentirsi sicuri nella distinzione tra dolore nocicettivo e dolore neuropatico[4].

L'appropriatezza terapeutica in Italia ha le sembianze di una montagna ancora tutta da scalare. Di recente pubblicazione, un'indagine sul dolore neuropatico dell'Osservatorio O.N.D.a[13] condotta su 400 pazienti tra i 24 e 92 anni, selezionati fra vari ospedali italiani che si occupano e curano il dolore.

Chiaro il dato che ne deriva: un' attesa media di 56 mesi (4 anni), con punte di 276 mesi (23 anni) dalla comparsa della sintomatologia alla diagnosi di dolore neuropatico, che mette drammaticamente in luce da un lato la lunga sofferenza di questi pazienti prima di giungere al centro di terapia del dolore, dall'altro la totale assenza di un progetto terapeutico.

In questa ottica la recente legge Italiana si dimostra illuminata, in quanto grande importanza è stata data proprio alla formazione dei MMG. Diverse le attività didattiche residenziali già partite che hanno coinvolto decine di medici in più regioni proprio con la finalità di "formare i formatori" che, attentamente monitorati, avranno poi il compito di incontrare i colleghi in un confronto tra pari. La legge poi propone e impone, con un'attenzione che solo gli addetti ai lavori potevano garantire, la costruzione di una rete che avvicini il paziente allo specialista. I centri *Hub&Spoke* (traduzione *perno* e *raggio*), prendendo in prestito la similitudine della ruota, saranno di in grado di far muovere gli ingranaggi collegando centro e periferia con l'unico chiaro obbiettivo di "procedere in avanti".

Da questa analisi risulta palese come sia di fatto impossibile avere oggi dei dati chiari di epidemiologia del dolore in Italia, ma la presa di coscienza di questa mancanza, insieme agli strumenti messi in gioco dalla legge, possono diventare il punto di partenza per ottenere dei numeri veri, che diano la dimensione reale del dolore in Italia.

L'industria farmaceutica può rivelarsi un valido alleato nella realizzazione di questo progetto. Di recente, Sanofi Pasteur ha parzialmente sostenuto la pubblicazione dello studio retrospettivo di Gialloretti[14] sulla epidemiologia dell'Herpes Zoster(HZ) e della nevralgia posterpetica (PHN). Si tratta del più ampio studio epidemiologico e economico italiano sull' impatto di HZ e PHN in Italia da cui risulta una incidenza di HZ di 6.31 per 1000 persone /anno. Lo sviluppo di PHN1 (a 1 mese) e di PHN3 (a tre mesi) risulta rispettivamente del 9.4% e 7.2%.

Altri dati nazionali potranno essere forniti dallo studio multicentrico del gruppo di studio neuroscienze e do-



Julia Britvich@photoxpress


Diego Cervo@fotolia

lore della SIN coordinato dal Dr. Truini, tuttora in corso, focalizzato sull'epidemiologia del dolore neuropatico periferico e centrale (polineuropatia diabetico dolorosa, dolore *post-stroke* e dolore da sclerosi multipla).

A questa tipologia di studi si potrebbero affiancare anche altri tipi di raccolta dati, come la realizzazione di un registro del dolore italiano, compilabile e consultabile facilmente on-line, che potrebbe diventare una base per il confronto per i medici italiani, specialisti e non, nel trattamento del dolore cronico o neuropatico e spunto di discussione costruttiva su questo tema così complesso.

Works Cited

1. Autor Vari. (2010). *Il dolore cronico in medicina generale.* Value Relations International.
2. IASP. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *IASP* .
3. Breivik, C. V. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Jounal of Pain* , 287 - 333.
4. *Pain Proposal - Improving the current and the future management of chronic pain.* (Sep 2010).
5. Treede. (2008). Neurophatic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology Apr 29* , 70 (18):1630-5.
6. Schmidt C, S. B. (2009). Modelling the prevalence and cost of back pain with neuropatic components in general population. *EJP* .
7. Mc Dermott, T. R. (2006). The burden of neuropatic pain:results from a cross-sectional survey. *European Journal of pain* , 127-135.
8. Haanpaa, B. B. (2009). Assessment of neuropatic pain in primary care. *The American journal of medicine* .
9. KantarHealth. (2010). *Nnational Health and Wellness Survey.*
10. Santovito, D. (2008). Dolore fisico e medicina legale: aspetti valutativi. *VII convegno nazionale di medicina legale e previdenziale.* Messina.
11. Price. (2006). Managing pain management. setting up an effective pain servicein Southampton. *bulletin 36; The Royal College of Anestesists* .
12. Editori on line. (10, 06 23). *Farmaci Contro Il Dolore Cronico: L'italia In Grave Ritardo.* Retrieved 06 2011, from TVwelfare.com: http://www.tvwelfare.com/index.php?id_news=2454
13. O.N.D.a. (n.d.). Retrieved 06 01, 2011, from http://www.ondaosservatorio.it/allegati/Progettiattivita/Conferenzestampa/2011/20.5%20dolore/02%20-%20La%20ricerca.pdf
14. Gialloretti, M. P. (2010). Epidemiology and economic burden of herpes zoster and post-herpetic neuralgia in Italy: a retrospective, population-based study. *BMc Infectiuos Disease* , 10:230

Valutare l'efficacia della prevenzione

Donato Greco – Epidemiologo medico

1. Introduzione

Esiste una vasta gamma di strumenti per la costruzione e la conduzione di progetti (project management). Infatti sia dal mondo della produzione industriale che da quello dell'economia da tempo si sono consolidati principi e tecniche per costruire, condurre e valutare progetti : in effetti una vera e propria scienza con radici storiche millenarie.

Sostanzialmente la stragrande maggioranza delle linee guida per il project management segue una linea logica elementare : ***un obiettivo da raggiungere con definite risorse in un tempo definito.***

Da un po' di anni anche nella sanità sono state introdotte tecniche di progettazione e di valutazione: una quota non piccola, infatti, dei programmi sanitari, si muove sempre di più in forme progettuali piuttosto che in routine consolidata.

La progettazione degli interventi senza dubbio apporta benefico influsso sulla conduzione del servizio sanitario, finora poco aduso ad una programmazione scientifica, ma abituato alla mera risposta, alla domanda emergente dei servizi di salute e quindi al nefasto pagamento a "piè di lista", riconosciuto motivo di fallimento della gestione del servizio sanitario pubblico.

Il panorama nazionale del SSN non è limpido: la metà delle Regioni viaggia in gravi situazioni finanziarie. A dicembre 2009 otto regioni hanno dovuto accettare "Piani di Rientro" per tentare di uscire dal dissesto finanziario. Tutte le Regioni versano in difficoltà economica ed il Ministero del Tesoro registra un deficit di bilancio che si avvicina ai 35 miliardi di €; oltre un terzo dell'annuale disponibilità per tutto il servizio sanitario.

La prevenzione, pur nota per essere un'attività risparmiante, è tra le principali vittime di questa crisi; non che sia mai stata principale protagonista dell'impegno sanitario italiano, ma piuttosto resta fianco debole della spesa sanitaria: non potendo e non volendo ridurre il costo degli ospedali, del personale, delle convenzioni con medici, cliniche e laboratori, diventa facile erodere dalle già scarse risorse della prevenzione.

Con questo clima una attenta progettazione, un oculato impegno delle scarse risorse , una valutazione accurata degli obbiettivi e dei risultati, diventa un must operativo fondamentale: un credo obbligato a chi vive la vocazione della prevenzione in salute.

2. Scopo di questo testo

Negli ultimi anni è sorta un'ampia offerta di prodotti di formazione sul "*project management*" parallelamente alla disponibilità di *software* e manuali per la buona programmazione e gestione di progetti, anche nel settore sanitario.

In quest'offerta vi sono stati prodotti ottimi, anche applicati ai servizi sanitari nel livello Locale, Regionale e Centrale.

Il CCM, il Formez, l'ISS, numerose Università hanno eseguito esperienze di formazione di successo e sono stati prodotti documenti di ausilio per il *project management* sanitario.

Questo testo , quindi, non pretende di aggiungere ad una già nutrita lista un ennesimo "*diktat*" su come fare e gestire un progetto, né l'autore è un professionista esperto della programmazione sanitaria.

Prendendo in considerazione le numerose esperienze progettuali sulla prevenzione messe in atto nell'ultimo quinquennio dal Piano Nazionale Prevenzione, dal programma "Guadagnare Salute" e dalla forte iniziativa promozionale del Formez, si intende tracciare delle linee operative semplici rivolte agli operatori della prevenzione che operano sul territorio: nei Distretti, nei Comuni, nei servizi ASL, nel volontariato sanitario.

3. L'efficacia nella Prevenzione

Prima di parlare dell'efficacia della prevenzione è utile ricordare qualche elemento di base: l'efficacia è il concreto raggiungimento degli obiettivi proposti. Nella prevenzione la misuriamo come la differenza tra il numero di casi della patologia che si vuole prevenire nella popolazione target dell'intervento preventivo ed il numero di casi osservato in analoga popolazione non sottoposta all'intervento preventivo; in formula:

E = n. casi popolazione standard – n. casi popolazione target

Abitualmente la esprimiamo in proporzione: % del n. casi prevenuti/totale casi attesi senza intervento.

Per fare un esempio: se l'incidenza del morbillo in una popolazione di bambini è del 10% anno ed offriamo una vaccinazione che ne previene il 90%, alla fine

dell'intervento ci attendiamo un'incidenza di morbillo ridotta all'1%: cioè un efficacia del 90%.

L'*outcome* , quindi, ideale di una prevenzione efficace è il numero di eventi che si intende prevenire in un certo tempo in un certo spazio geografico.

Per facilitarci la vita la chiamiamo : **efficacia assoluta.**

Il tempo è il primo ostacolo alla valutazione di efficacia di un intervento preventivo misurato in casi di malattia.

Infatti, purtroppo, quasi soltanto per le vaccinazioni è possibile misurare l'efficacia in termini di casi di malattia prevenuti in un tempo relativamente breve (uno, due, tre anni).

Per la stragrande maggioranza delle patologie che affliggono la nostra popolazione l'*outcome* ideale (malattie prevenute) non è leggibile in un tempo breve medio 1-3 anni , ma è misurabile in tempi molto più lunghi (decenni).

E' questo un ostacolo grave ai progetti di prevenzione; le persone che decidono (Ministri, Assessori, Direttori generali, Direttori di servizi etc.) hanno abitualmente, una vita professionale nel loro incarico ben più breve di quanto occorrerebbe per vedere l'efficacia assoluta della prevenzione.

> "L'outcome di un intervento di prevenzione spesso non è leggibile in un tempo breve"

Inoltre, nel lungo tempo che passa tra l'intervento di prevenzione e la misura dell'outcome, molte cose avvengono, spesso influenzanti l'*outcome* stesso. Ciò rende ancora più difficile la misurazione.

Per limitare questi problemi, ci viene incontro la scienza: numerosi studi scientifici , infatti, ci offrono evidenza che alcuni indicatori intermedi del processo patologico (i determinanti), sono affidabili predittori dell'*outcome* finale: un individuo con il colesterolo alto porta con sé un definito rischio di complicanza cardiovascolare grave nel suo futuro; questo rischio si riduce se l'individuo abbassa il suo livello di colesterolo.

Possiamo prendere il livello di colesterolo del sangue come un surrogato dell'efficacia in una data popolazione target di un intervento preventivo, col vantaggio importante che possiamo misurare quest'indicatore in tempi molto più brevi dell'incidenza di infarto nella stessa popolazione.

Abbiamo quindi introdotto due nuove entità misurabili: al posto della malattia, il rischio di ammalare; quale determinante: il livello di colesterolo.

Analogamente la riduzione di fumatori diventa un buon proxi della misura di efficacia di prevenzione del tumore al polmone, visibile in un tempo enormemente minore rispetto a quello necessario a misurare una riduzione del cancro.

Insomma per molte attività di prevenzione, specialmente verso le malattie croniche, la misura di riduzione di determinanti principali della malattia diventa un attendibile proxi dell'efficacia assoluta.

4. La prevenzione "evidence based"

Per "evidence based" intendiamo attività (di prevenzione) la cui efficacia è stata dimostrata in esperimenti scientificamente controllati con criteri standardizzati internazionali, tali da rendere quei risultati "veritieri": ogni volta che quello stesso esperimento è ripetuto, si dovrà attendere un risultato statisticamente non differente a quello già ottenuto.

Questa è la tecnica dei *clinical trials* : esperimenti su popolazioni in cui si confronta il risultato dell'intervento ad un certo tempo definito su una popolazione trattata, rispetto ad una simile pololazione che l'intervento non lo ha ricevuto.

Esistono numerosi livelli di *clinical trial* con diversi livelli di forza dei risultati.

Il "gold standard" è il trial clinico a doppio cieco controllato da placebo , ove la popolazione che fa parte dello studio viene assegnata "ciecamente " (Random) al gruppo che riceve il trattamento o al gruppo che riceve un trattamento analogo, ma garantito privo di efficacia: né la popolazione partecipante né l'investigatore sanno a quale gruppo è stato assegnato ciascun membro della popolazione in studio; alla fine del trial l'analisi delle differenze di ***outcome*** tra il gruppo non trattato e quello trattato avrebbe un'elevata probabilità di essere "vera" cioè non influenzata da diverse caratteristiche dei due gruppi studiati, né da diversa attitudine degli investigatori verso i due diversi gruppi.

E' questo un modello nato per la sperimentazione farmacologica ove il trattamento consiste in un farmaco ed un placebo in apparenza simile al farmaco, ma privo di attività biologica. In questo modello l'***outcome*** ricercato ha una frequenza relativamente elevata tale da far vedere un'eventuale differenza tra i due gruppi anche con numeri limitati di individui nello studio.

Se si esclude la vaccinologia, ove le condizioni di studio sono paragonabili a quelle dello studio di un farmaco, questo modello è praticamente impraticabile nella prevenzione! Per tre motivi :

1. Un intervento di prevenzione spesso è un mix di comunicazione, formazione, attività ambientali e comportamentali: riesce difficile concepire un simile intervento "placebo" dello stesso trattamento ma privo di azione efficace; al meglio si può confron-

tare una popolazione sottoposta al trattamento ad una non sottoposta: in questo modo viene meno l'allocazione random e la cecità , i due pilastri del clinical trial.

2. La patogenesi di una malattia prevenibile solo per le malattie infettive riconosce una singola definita causa etiologica (l'agente microbico), nella stragrande maggioranza dei casi l'etiologia di una malattia cronica è multifattoriale e numerosi sono i suoi determinanti: diventa quindi molto difficile in un esperimento di popolazione isolare i singoli determinanti e misurarne il ruolo nell'efficacia preventiva.
3. La frequenza dell'intervento di *outcome* in una popolazione è relativamente bassa : mentre in clinica farmacologica l'*outcome* si misura in percentuali di guariti, perché si parte da una popolazione del 100% ammalata e si vede quanti ne guariscono, in prevenzione le frequenze di malattia si misurano in per mille, diecimila, centomila: per vedere i risultati ed indagare le differenze, occorre arruolare grandissimi numeri di popolazione.
   Infatti i (pochi) trials di prevenzione finora effettuati spesso superano le centinaia di migliaia di persone arruolate.

Per superare queste difficoltà, anche in questo caso ci vengono in aiuto i proxi : se l' outcome cercato è il numero di fumatori che hanno mantenuto la cessazione dal fumo ad un anno dall'intervento, non è implausibile che un trial di prevenzione del tabagismo possa vedere risultati in un paio d'anni con una studio di qualche migliaio di individui.

Di fatto la valutazione di efficacia di interventi preventivi (salvo le vaccinazioni) si effettua abitualmente con modelli di studi di intervento " Intervention studies" ove una popolazione cui si offre un intervento preventivo viene confrontata con una popolazione, il più possibile simile, che l'intervento non lo ha ricevuto.

In alcuni casi è stato utile usare il modello "Caso Controllo" ove si parte da una serie di individui malati o con il fattore di rischio presente, ed un gruppo di individui sani o senza il fattore di rischio da indagare, selezionati in base a caratteristiche che lo rendano il più possibile simile al gruppo dei malati (per lo stesso sesso, la stessa fascia d'età, la stessa residenza etc..): in entrambi i gruppi si và ad indagare la precedente esposizione ad interventi preventivi ottenendo quindi la differenza nella frequenza dell'esposizione che diventa stima del ruolo dell'intervento preventivo nella determinazione della malattia o del fattore di rischio indagato.

A queste metodologie epidemiologiche si affiancano molto utilmente conoscenze biologiche desunte da appositi esperimenti: per esempio, la cancerogenicità del fumo di tabacco è ben dimostrata da numerosi studi su cavie, cellule etc.

Infine non bisogna trascurare il contributo molto significativo degli studi sociologici e psicologici: da questi viene infatti la conoscenza sui comportamenti ed ancor più sulla modifica di comportamenti errati che molto spesso sono i primari determinanti di gravi malattie.

Insomma, oggi esiste una corposa evidenza scientifica sull'efficacia di interventi di prevenzione ed ancora più ricca è la documentazione sulla non efficacia di molti interventi ritenuti preventivi.

Numerose sono le fonti da cui raccogliere "Evidence Based": in calce a questo testo una lista di alcuni siti dedicati all'argomento.

5. Not a Job for amateurs

Frequentemente gruppi di lavoro che si avviano in un progetto di prevenzione cadono nella tentazione di dimostrare l'efficacia dell'intervento.

In effetti ogni progetto di prevenzione deve assolutamente contenere un modulo di valutazione dei risultati raggiunti, ma questa è cosa ben diversa dal dimostrare in assoluto l'efficacia di un modello definito di intervento preventivo: come si è tentato di spiegare nel precedente paragrafo, la dimostrazione di efficacia di un intervento è un vero e proprio esperimento che segue rigorose procedure scientifiche. Molto difficilmente un volenteroso team di operatori locali riuscirebbe a soddisfare questi requisiti tecnici ed a trovare anche le risorse per studi di grandi dimensioni e di lunga durata.

Quindi, al di fuori di quanto serve al pur necessario modulo di valutazione del singolo progetto, è assolutamente inutile aggiungere alla popolazione oggetto dell'intervento "gruppi di controllo" o popolazioni di confronto: la valutazione più che sufficiente è un'accurata verifica del raggiungimento dei risultati previsti con un confronto prima e dopo l'intervento. Se l'obbiettivo di un intervento è la riduzione del 10% di fumatori in un anno in una determinata popolazione, la verifica sarà il confronto tra la frequenza di fumatori prima dell'intervento ed il numero di soggetti che, a distanza da un anno dall'intervento hanno continuato a non fumare.

In sintesi è cosa buona avviare soltanto interventi di prevenzione che abbiano una solida base scientifica di efficacia e che siano già stati applicati con successo in situazioni analoghe a quella in cui si intende intervenire.

Non si tratta di rinunciare al miraggio della scienza innovativa, ma piuttosto di investire risorse pubbliche onestamente là dove esiste una elevata probabilità di raggiungere i risultati attesi nei tempi stabiliti e con le risorse disponibili.

6. La storicizzazione

La prevenzione non è mai completamente standardizzabile: le situazioni di contesto locale sono sempre peculiari ed è quindi indispensabile storicizzare l'intervento nel contesto in cui si opera.

L'analisi accurata del contesto diventa allora una pietra miliare preliminare ad ogni altra azione: permetterà di capire bene le caratteristiche di ricezione dell'intervento, l'accettabilità delle azioni, la multifattorialità dei determinanti e delle patologie, l'interistituzionalità e l'interdisciplinarietà consuetamente necessarie perché l'intervento funzioni.

Nessun intervento di prevenzione ha una fine definita: non si smetterà mai di vaccinare, di ridurre il fumo di sigaretta, di aumentare l'attività fisica, di migliorare la dieta, di ridurre il consumo di alcool e così via. E' necessario storicizzare l'intervento rendendolo stabile, sostenibile, ripetibile nel tempo.

7. Istituzioni e discipline

La malattie che affliggono il nostro Paese sono in gran parte croniche : oltre tre quarti della sofferenza degli italiani è data da patologie croniche quali le malattie cerebro-cardiovascolari, i tumori, le patologie osteoarticolari, le malattie metaboliche, le patologie mentali : tutte condizioni che riconoscono tiologia multipla con un mix di cause biologiche, genetiche, comportamentali, ambientali.

Anche patologie acute, quali i traumi, hanno chiara origine multifattoriale.

La prevenzione, quindi, solo raramente diventa efficace quando diretta ad un solo determinante della malattia o del comportamento a rischio.

E' il caso del prezzo delle sigarette : è ben dimostrato che aumentando il prezzo del pacchetto diminuiscono i fumatori, almeno nel breve periodo.

E' altrettanto dimostrato che l'induzione alla cessazione del tabagismo è un intervento complesso che coinvolge diversi campi della nostra vita: il comportamento individuale, l'ambiente in cui viviamo, la percezione dei rischi, il contesto sociale etc.

Molti di questi campi non sono esclusiva competenza sanitaria; anzi, nella prevenzione primaria i veri determinanti di salute "pesanti" sono nelle mani di istituzioni non sanitarie: non è il Servizio sanitario che decide delle politiche del fumo o dell'alcool, non sono le ASL competenti a ridurre i rischi degli incidenti , né il settore sanitario ha un peso sulla politica alimentare, neanche sull'attività fisica; ancora di più nella comunicazione, ben lontana da obbiettivi di salute ed anche nell'istruzione la cultura per la salute è minoritaria.

D'altra parte se gli obbiettivi di salute non sono, giustamente!, nella priorità dei settori non sanitari, tocca proprio agli operatori sanitari la vocazione di promotori di salute non solo all'interno del Servizio Sanitario, ma molto di più verso quei settori sociali che realmente hanno la potenzialità di intervenire significativamente sui determinanti di mala salute.

Bisogna quindi puntare, come indica l'evidenza scientifica, su programmi di prevenzione che coinvolgano le istituzioni competenti nella specifica area. Non si può parlare di promozione dell'attività fisica senza coinvolgere attivamente il Comune: a lui tocca costruire piste pedonali e ciclabili, promuovere centri sportivi e palestre; è poi necessario costruire l'offerta attiva che convinca le persone target dell'intervento a parteciparvi: in questo caso entrano in gioco le scienze comportamentali, il settore della comunicazione e, principe tra tutti, il mondo della scuola. Il volontariato, molto spesso, media relazioni tra istituzione e popolazione che gli operatori "ufficiali" non potrebbero e non saprebbero sviluppare, inoltre inietta entusiasmo e motivazione, olio fondamentale in ogni azione preventiva.

Si configura un intervento interistituzionale e pluridisciplinare, strada obbligata per un intervento efficace.

10. Sostenibilità

L'attività efficace di prevenzione ha due primarie caratteristiche temporali:

1. Le patologie cui si rivolge hanno incidenza e prevalenza costantemente presente: non terminano.
2. Gli effetti della prevenzione sono a media e lunga distanza dall'intervento.

Queste caratteristiche mal si sposano con il concetto di "progetto" ove, per default, vi è un inizio, una fine, un obbligatorio crono programma ben definito. Ma che succede quando il progetto finisce? Non certo finisce la domanda di prevenzione!

Purtroppo, nel nostro Paese, molto frequentemente assistiamo a progetti, anche ottimi, che finiscono e lasciano il vuoto dopo di loro: il progetto si avvaleva di risorse *ad hoc*, di un volenteroso entusiasmo degli operatori, di un approvazione istituzionale, di una curiosità attrattiva: tutti elementi che, come da crono programma, terminano nei tempi previsti , e dopo?

Purtroppo dopo ottimi progetti assistiamo ad una sindrome di rigetto: il vuoto lasciato apre alla sfiducia dei cittadini, alla diffidenza dei decisori, alla demotivazione degli operatori: le istituzioni sono subissate da richieste di *project manager* che, disperatamente, chiedono risorse per continuare.

Ne scaturisce una regola fondamentale: il progetto non può che essere uno *start up* di un programma stabile, permanente, radicato, funzionale.

Ed allora sembra meglio sostituite alla parola **PROGETTO** la parola **PROGRAMMA**, che meglio indica una permanenza dell'azione.

Ma un programma è tale se appartiene in modo stabile all'istituzione che lo promuove; questa appartenenza è caratterizzata da almeno tre elementi:

1. Il tema del programma è nella missione dell'istituzione? Nel caso di prevenzione ed ASL la risposta non può che essere positiva, ma spesso questa fondamentale assunzione è stata dimenticata nel tempo,

soffocata dall'emergenza quotidiana di rispondere alla crescente domanda di diagnosi e cura.

2. Il programma proposto è nel programma annuale o multiannuale dell'istituzione? La Regione, la ASL hanno quest'impegno nell'anno in corso? Esistono atti aziendali, delibere etc. che ne definiscono l'impegno dell'istituzione?
3. Vi è un budget dedicato al programma? Non è sufficiente dire che il programma viaggia con le spese ordinarie dell'istituzione: anche se non vi sono risorse aggiuntive extra budget ordinario è indispensabile definire quali delle risorse esistenti sono destinate al programma e farne un accurata programmazione.

Questi quesiti sono necessari per l'istituzione promotrice, ma bene sarebbe assicurarsi che anche le altre istituzioni partecipanti al programma non vedano la proposta come un'attività esterna estemporanea rispetto ai loro programmi annuali correnti.

Il rischio principale della continuità sta nella breve vita degli incarichi dirigenziali e politici dei decisori: un Sindaco dura 4 anni, un Assessore spesso molto meno, la vita media di un incarico di Direttore Generale di ASL non supera i 18 mesi: tutti tempi troppo brevi per "catturare" ed utilizzare i risultati di interventi di prevenzione.

11. Programmi Integrati

Determinanti e fattori di rischio di malattia non sono specializzati per un singolo morbo e molto spesso interagiscono tra loro: ad esempio, il fumo è associato a malattie del cuore, a tumori, a malattie metaboliche etc.; la cattiva alimentazione determina anche patologia cardiovascolare, oncogena e metabolica .. e così via.

Per fare un altro esempio, chi beve alcool fuma di più di chi non lo beve e fa una dieta più scorretta e meno attività fisica: strettissime interazioni che rendono l'intervento preventivo su un singolo fattore di rischio decisamente limitato.

Di fatto in Italia si sono sviluppate linee di intervento specializzate su singoli fattori di rischio, seguendo lo stile delle cattedre, degli incarichi, delle società scientifiche: specialisti nel fumo, diversi, per carità, dagli specialisti in alcool, niente a che vedere con gli obesologi o i dietologi, un altro mondo rispetto agli specialisti del movimento ed al mondo della fitness.

Certamente ognuno di questi fattori di rischio merita speciale dedizione, ricerca, professionalità, interventi correttivi specifici, ma anche in questo caso si svela la tendenza nazionale a privilegiare diagnosi e cura: lo specialista in effetti serve , e da solo, quando il problema già è in forma patologica: l'obeso, l'alcolista incallito, hanno bisogno di diagnosi e cure.

Diverso è il mondo della prevenzione primaria, ove ci si rivolge prevalentemente a persone che ancora non sono incorse in comportamenti a rischio o sono in una fase iniziale di questi comportamenti. In questo caso per esempio, non serve lo specialista del movimento per costruire una pista ciclabile, né l'obesologo per distribuire frutta nelle scuole.

Insomma la prevenzione primaria deve privilegiare **programmi integrati** ove si crei sinergia nel contrasto ai diversi fattori di rischio in una visione ampia di ben essere che positivamente sposi il connubio tra gli interventi istituzionali ed i propri comportamenti.

12. Livello locale o centrale

Nella prevenzione primaria vi sono chiare distinzioni tra i possibili ruoli delle istituzioni nei diversi livelli del sistema.

Non sarà una ASL o una Regione a definire il prezzo delle sigarette o le tasse sull'alcool (anche se l'autonomia regionale ha ampi spazi), mentre un intervento scolastico è efficace quando partorito e gestito a livello locale; una piscina comunale è affare del Comune, una dieta salubre alla mensa scolastica viene definita localmente.

Tuttavia le interazioni tra il livello locale e quello centrale sono numerose e spesso vincolati: la politica sulla tassazione influenza i contributi di stato ai Comuni, le modalità di appalto delle mense scolastiche sono definite da provvedimenti nazionali; tante normative nazionali influenzano pesantemente le azioni locali e tante sono le normative nazionali a loro volta vincolate a normative europee.

Ma oltre alle interazioni normative il livello centrale, per implementare le politiche della prevenzione, ha certamente dovere e potenziale per offrire sostegno tecnico, evidenza scientifica, linee guida, strumenti validati etc.

13. Le dimensioni e i HTRG (Hard to Reach Group)

Siamo tanto felici quando arruoliamo i primi "clienti" di un intervento di prevenzione: ancora di più quando i numeri crescono e centinaia sono i partecipanti, ma siamo nella direzione giusta?

Le malattie, i determinanti di malattia, i fattori di rischio da prevenire hanno caratteristiche ben definite:

1. Non sono uniformemente distribuiti nella popolazione: spesso hanno elevata prevalenza/incidenza nei gruppi di popolazione più socialmente, culturalmente ed economicamente svantaggiati: gli stessi gruppi che sono i "clienti" più difficili da raggiungere da parte di un intervento di prevenzione: gli HTRG (*Hard To Reach Groups*, come li definisce l'Organizzazione Mondiale della Sanità);
2. Hanno dimensioni misurabili relativamente piccole se riferite a grandi popolazioni: la stessa mortalità grezza di circa il 10/1000/anno ci dice che se vo-

gliamo misurare questa mortalità o, peggio, una sua variazione attribuibile all'intervento preventivo, dobbiamo coinvolgere decine di migliaia di persone e seguirle per più anni.

Se vogliamo, quindi, effettivamente prevenire malattie, determinanti e rischi, ma anche raggiungere una misurabile dimensione dell'effetto del nostro intervento preventivo, dobbiamo puntare ad arruolare nell'intervento una dimensione statisticamente sufficiente a raggiungere gli obbiettivi menzionati ed anche porre speciale attenzione al raggiungimento dei gruppi ad alto rischio (gli HTRG).

Purtroppo l'esperienza di progetti specificamente dedicati ai HTRG ha spesso deluso: molte risorse impegnate per risultati modesti e pochissimo sostenibili.

Ormai l'evidenza si accumula sulla via migliore: nel campo della prevenzione primaria bisogna promuovere azioni rivolte a popolazioni di grandi dimensioni: per dirla con F. Felli " **progettare su larga scala**".

La dimensione grande, diventa il modo più adeguato per rendere visibili i risultati, ma soprattutto per catturare quelle nicchie di popolazioni ad alto rischio biologico o sociale.

14. Facciamo la differenza

Non un semplice slogan: se si parte con un progetto, un programma, si intende affrontare un problema che è stato già rilevato e modificare alcune caratteristiche del fenomeno.

Abitualmente, in sanità, si definisce una condizione morbosa o di rischio morboso, o ancora si vuole impedire l'insorgenza di comportamenti a rischio di morbosità.

Quindi si vuole provocare una differenza nella situazione di partenza.

Sembra semplice, ma l'evidenza ci dimostra come, in una gran proporzione di casi, questa differenza non si vede o non viene rilevata.

E' questo il tallone d'Achille di tanti progetti di prevenzione: quando la differenza non si vede aumenta la sfiducia nella prevenzione, la demotivazione, il taglio delle risorse.

E' quindi di cruciale importanza progettare interventi che abbiano elevate probabilità di **FARE LA DIFFERENZA** e di renderla **MISURABILE e VISIBILE**.

Bibliografia

1. *A Framework for Performance Based Competency Standards for Global Level 1 and Level 2 Project Managers* (Global Alliance for Project Performance Standards)
2. *A Guide to the Project Management Body of Knowledge* (*PMBOK*)
3. *The Standard for Program Management*
4. *The Standard for Portfolio Management*
5. *APM Body of Knowledge 5th ed.* (*APM - Association for Project Management (UK)*)
6. *ICB v3* (IPMA Competence Baseline)
7. *RBC v1.1* (ABGP Competence Baseline)
8. *PRINCE2* (*PRojects IN a Controlled Environment* -)
9. *P2M* (*A guidebook of Project & Program Management for Enterprise Innovation*, metodo giapponese per il *project management* di terza generazione) (*pagina di download della metodologia*)
10. *V-Modell* (metodologia tedesca di *project management* -)
11. *HERMES* (metologia svizzera selezionata dal Lussemburgo e da diverse organizzazioni internazionali -)
12. *Organizational Project Management Maturity Model* (*OPM3*)
13. standard *ISO* (Organizzazione internazionale per le standardizzazioni, fondata nel 1947):
14. *ISO 9000*: a family of standards for quality management systems.
15. *ISO 10006*:2003, *Sistemi di gestione della qualità – Linee guida per la gestione delle qualità nei progetti*
16. *JPACE* (Justify, Plan, Activate, Control, End – metodologia proposta da James Martin per la gestione dei progetti (1981-oggi))
17. *Capability Maturity Model Integration* (emesso dal *Software Engineering Institute*)
18. *Total Cost Management Framework* (AACE International's process for Portfolio, Program and Project Management -)
19. *Processo di Project Management TenStep* (*La Metodologia TenStep in lingua italiana, tradotta in oltre 40 lingue*) (*TenStep Italia*)

Come valutare un Servizio di igiene e sicurezza del lavoro

Domenico Della Porta – Direttore Dipartimento di Prevenzione A.S.L.Salerno
Vincenzo Ronca – Dirigente medico del lavoro - Dipartimento di Prevenzione A.S.L. Salerno

La valutazione è stata definita un'indagine sistematica nel merito, valore o importanza di un oggetto. Quando si tratta di medicina del lavoro ciò significa calare tale applicazione all' interno di un contesto caratterizzato da elementi di ordine economico, sociale, giuridico, sindacale che possono incidere e condizionare pesantemente le politiche di prevenzione. Non si tratta di effettuare una valutazione sulla base dell' esistenza di correlazioni statistiche ma di evidenziare il "beneficio" di salute derivante da una data politica di prevenzione. Spesso, infatti, negli interventi cosiddetti di prevenzione dei Servizi di igiene e sicurezza del lavoro vi sono elementi fortemente indotti dall' esistenza del servizio che induce domande e bisogni.

Una valutazione efficace degli interventi sviluppati rappresenta un modo sistematico per migliorare e valutare le azioni di sanità pubblica - e quindi della medicina del lavoro - attraverso l'adozione di procedure utili, realizzabili, etiche ed accurate.

1. La scelta delle priorità

La strategia per la promozione della salute, la riduzione o rimozione dei fattori di rischio, la prevenzione delle malattie e delle disabilità, è classificabile ed articolabile in tre principali settori:

- i programmi di promozione e prevenzione di problemi di salute collettiva;
- la promozione individuale di comportamenti e stili di vita sani (soprattutto attraverso i luoghi di lavoro);
- le attività di informazione e comunicazione del rischio.

Un tale complesso di interventi non può dedicare simultaneamente la medesima attenzione a tutti i problemi di salute attualmente presenti, ma va orientato secondo azioni prioritarie, identificate e organizzate in programmi Dipartimentali di promozione e prevenzione, modulabili in base a documentate esigenze specifiche locali, e costruiti nel rispetto dei seguenti principi metodologici generali:

- il rischio deve essere analizzato sulla base degli elementi scientifici disponibili, con riferimento, in caso di incertezza, all'applicazione del principio di precauzione;
- il problema di salute individuato e messo a fuoco deve essere rilevante per gravità e/o diffusione;
- deve esistere un modo per riconoscere il rischio/ il beneficio e per modificare significativamente la storia naturale del problema;
- i vantaggi a lungo termine devono superare gli svantaggi;
- devono essere disponibili prove scientifiche che dimostrino l'efficacia e la sicurezza dell'intervento preventivo proposto.

Un sistema di valutazione comune e confrontabile consentirà di avere un quadro preciso degli interventi veramente necessari e di indirizzare verso queste priorità anche le attività di prevenzione più tradizionali.

2. Il metodo: la EBPH e le azioni di efficacia dimostrata

Analogamente a quanto accade nella pratica clinica, anche gli operatori del Servizio di igiene e sicurezza del lavoro, nello svolgimento delle attività quotidiane, dovrebbero sempre fare riferimento alle evidenze scientifiche esistenti nel momento in cui prendono decisioni o sviluppano programmi, se non altro per orientare su basi scientifiche l'assegnazione di risorse.

3. Il ruolo strategico del Servizio di Igiene e sicurezza del lavoro

In considerazione delle caratteristiche del mondo del lavoro e delle prospettive di sviluppo di alcuni ambiti lavorativi si rende necessario implementare programmi mirati:

- alla riduzione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, individuando le aree a maggior rischio e pianificando interventi volti alla riduzione di specifiche criticità anche attraverso l' individuazione di indicatori di processo, di impatto e di esito che permettano di monitorare il raggiungimento degli obiettivi dei programmi;
- all'inserimento nell'attività di prevenzione degli aspetti relativi al genere, all'età, alla presenza di lavoratori immigrati, alle modalità di organizzazione del lavoro, nonché ad eventuali condizioni di marginalità;
- al miglioramento dell'omogeneità degli interventi di prevenzione e di vigilanza, anche tramite la defini-

zione di standard di attività, per quanto riguarda sia la copertura quantitativa nel territorio, sia la metodologia degli interventi tramite il miglioramento della capacità operativa dei Servizi delle Asl.

Allo scopo devono essere consolidate:

- le attività di assistenza, vigilanza e controllo, dirette ai settori a maggior rischio infortunistico, quali l'edilizia e l'agricoltura, assicurando un'uniformità di orientamenti dell'attività ispettiva, su tutto il territorio regionale, anche attraverso l'omogeneizzazione delle procedure e la standardizzazione della modulistica;
- la comunicazione e la diffusione delle conoscenze in merito ai fenomeni legati alla salute dei lavoratori, nonché la valutazione e la diffusione dei risultati ottenuti.

A questo proposito andranno progettate e sviluppate modalità di controllo che facciano largo uso delle forme di responsabilizzazione che il vigente quadro normativo assegna ai titolari delle strutture produttive.


Yali Shi@photoxpress

Andranno altresì consolidate le esperienze avviate con successo dalla Regione Campania mirate garantire al personale delle AA.SS.LL. una pertinente e corretta formazione.

Conclusioni

Al termine del percorso di valutazione, il Servizio dovrebbe essere in grado di

a) usare le conoscenze scientifiche come strumento per decidere e agire in medicina del lavoro;

c) funzionare in modo efficace come un'agenzia di servizi;

d) indirizzare gli sforzi ai risultati;

e) assumere responsabilità.

La definizione dell'oggetto della valutazione, il quale coincide con ogni azione organizzata del Servizio, è deliberatamente ampia poiché deve essere applicabile a qualsiasi attività organizzata di sanità pubblica, inclusi interventi che consistono in servizi direttamente gestiti, sforzi di mobilitazione della comunità, attività di ricerca, sistemi di sorveglianza, azioni di sviluppo di politiche sanitarie, investigazione di focolai epidemici, diagnostica di laboratorio, campagne di comunicazione, progetti di costruzione di infrastrutture, servizi di training, aggiornamento ed educativi, e sistemi amministrativi.

Bibliografia:

Regione Campania Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013, Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 32 del 27 maggio 2011;

A.U.S.L. Cesena Lavorare per obiettivi di salute - Relazione sulle attività realizzate e valutazione dei risultati raggiunti nel periodo 2005-2008 dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Cesena. Ottobre 2009;

Norma UNI EN ISO 9001:2000;

Dipartimento di Prevenzione A.S.L. 2 Umbria Manuale di qualità del Dipartimento di Prevenzione – versione con le integrazioni proposte nel Consiglio di Dipartimento del 17 novembre 2009;

A. Baldasseroni, N. Olimpi Dossier EBP e Lavoro. L'efficacia degli interventi per la prevenzione degli infortuni sul lavoro. Gennaio 2009

L'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera

Nicola Ciavarella – Direttore Sanitario Nuova Clinica San Francesco - Foggia

Premessa

Punto di forza del Patto per la salute 2010-2012 sono una serie di indicatori volti al monitoraggio e al miglioramento dei vari aspetti legati alla Qualità dell'assistenza sanitaria erogata sul territorio nazionale.

In questo lavoro è posto l'accento sull'assistenza ospedaliera, predisponendo all'osservatore il set degli otto indicatori presenti nell'allegato 3 del Patto per la salute, calcolati a partire dai dati desumibili dalla Banca Dati delle schede di Dimissione Ospedaliera (sDO).

Il flusso informativo delle schede di Dimissione Ospedaliera (sDO), istituito con D.M. 28/12/1991 e successivamente arricchito con le modifiche introdotte dal D.M. n. 380 del 27/10/2000 e dal recente D.M. n. 135 del 08/07/2010, consente di raccogliere numerose informazioni di carattere sia amministrativo che clinico sulla totalità dei ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private presenti sul territorio nazionale.

Per questo, in virtù del carattere obbligatorio che riveste, la sDO diventa quasi una forma di censimento dell'attività degli ospedali e rilevato l'elevato livello di qualità e completezza del dato raccolto, costituisce un prezioso strumento informativo correntemente utilizzato sia per finalità di Ricerca scientifica che di Programmazione sanitaria e di Valutazione.

L'analisi proposta si colloca in quest'ultimo ambito, mirando a fornire uno strumento per la misura e il monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa in ambito ospedaliero, prendendo in considerazione gli indicatori, proposti nel Patto per la salute 2010-2012, allegato 3:

1. Degenza media preoperatoria;

2. Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dal ricovero;

3. Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico;

4. Percentuale di ricovero con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri;

5. Percentuale di ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio

di inappropriatezza;

6. Percentuale di ricoveri DH medici diagnostici sul totale dei ricoveri DH medici;

7. Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici;

8. Percentuale di ricoveri oltre soglia sul totale di ricoveri ordinari medici di pazienti con età ≥ 65 anni.

Per ciascun indicatore viene presentato il valore medio nazionale, confrontato con quello medio di tutte le regioni.

Il dato medio regionale, distinto per istituti pubblici e privati accreditati, dà modo di poter effettuare un'analisi delle variabilità presenti nella regione Puglia a livello delle varie strutture.

Gli indicatori di Appropriatezza organizzativa del Patto per la Salute 2010-2012

Viene di seguito fornita una breve descrizione per ciascun indicatore presentato, unitamente a una nota metodologica riguardante i criteri di selezione dei dati e le modalità di calcolo di volta in volta impiegate.

I dati riportati nelle tabelle successive sono i risultati degli indicatori esaminati e riguardano il valore medio di ogni indicatore nell'impatto nazionale confrontato con il dato medio regionale.

Nell'ambito regionale si è analizzato il risultato del singolo ospedale confrontandolo con gli ospedali della regione rispetto al dato medio nazionale e regionale.

1. Degenza media preoperatoria

L'indicatore viene calcolato come rapporto fra il totale delle giornate intercorse tra la data di ricovero e la data di intervento sul totale dei dimessi.

Nel calcolo sono inclusi i ricoveri per acuti in regime ordinario, in istituti pubblici e privati accreditati, con codice iCD-9-CM di intervento principale valido e compreso fra "00.01" e "86.99" (risulta esclusa, cioè, la miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche, cod. 87-99), con data di ricovero e data di intervento valide. Per uniformità di elaborazione, vengono considerati solo i ricoveri con tipo attività, regime di ricovero, giornate di degenza, età e sesso validi.

La degenza media pre-operatoria può essere considerata una proxy della capacità di una struttura e di un determinato contesto organizzativo di assicurare una efficiente gestione del percorso preoperatorio in elezione e di pianificare con efficacia l'utilizzo delle sale

operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica. infatti, il lasso di tempo che intercorre tra il ricovero e l'intervento è solitamente dedicato ad accertamenti diagnostici o a pratiche terapeutiche propedeutiche all'intervento stesso. tuttavia, per quanto riguarda i ricoveri programmati, ciò dovrebbe essere espletato utilizzando i servizi ambulatoriali, che rappresentano il setting assistenziale più appropriato. Pertanto, valori elevati dell'indicatore possono essere spia di una inadeguatezza dei servizi distrettuali, che si traduce in un uso potenzialmente inappropriato dell'ospedale.

Quando si confrontano dati di diversi ospedali deve essere posta la massima attenzione alla variabilità determinata dal diverso case mix trattato dalle strutture considerate: l'indicatore, infatti, esprime la massima significatività quando si confrontano singoli DRG o casistiche omogenee riferite alla medesima disciplina chirurgica. D'altra parte, grandi casistiche come quelle osservabili a livello regionale sono caratterizzate da un più alto livello di confrontabilità.

2. Percentuale interventi per frattura del femore entro due giorni

L'indicatore viene calcolato come rapporto percentuale fra il numero di dimessi con diagnosi principale di frattura del femore che abbiano subito l'intervento entro due giorni dal ricovero e il totale dei dimessi con diagnosi principale di frattura del femore.

Nel calcolo sono inclusi i ricoveri per acuti in Regime ordinario, in istituti pubblici e privati accreditati, con diagnosi principale di frattura del femore (cod. iCD-9-CM 820.**), con modalità di dimissione diversa da decesso, trasferimento ad altro istituto per acuti, dimissione volontaria, con età maggiore o uguale a 65 anni, con DRG chirurgico e data intervento compresa fra data di ricovero e data di

Tabella sinottica degli indicatori di Appropriatezza organizzativa del Patto per la Salute 2010-2012 - Anno 2009. Italia

REGIONE DI RICOVERO	DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA	% FRATTURE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	% DRG MEDICI DA REP. CHIRURGICI	% DRG CHIRURGICI	% R.O. DRG RISCHIO INAPPROPRIATEZZA	% RICOVERI DH MEDICI DIAGNOSTICI	% RICOVERI MEDICI BREVI	% RICOVERI OLTRE SOGLIA
Piemonte	1,61	29,03	24,55	52,39	45,02	22,46	20,17	7,54
Valle d'Aosta	2,16	44,58	37,71	42,97	46,01	23,83	23,33	10,08
Lombardia	1,63	41,16	29,19	45,30	56,46	37,77	20,99	5,80
P.A. Bolzano	1,66	82,78	42,28	41,44	56,13	32,31	26,65	4,55
P.A. Trento	1,83	23,96	41,50	46,61	42,55	48,10	19,40	8,35
Veneto	1,84	41,24	32,48	49,23	46,73	24,02	16,58	7,40
Friuli V.G.	1,70	49,69	28,31	46,81	50,91	63,33	21,80	6,41
Liguria	2,28	39,26	34,10	35,73	30,21	59,92	23,50	5,82
Emilia Romagna	1,63	45,19	26,25	45,37	52,95	38,59	25,17	3,65
Toscana	1,48	53,02	28,20	43,51	45,67	53,76	22,93	3,70
Umbria	1,62	30,56	31,60	42,60	53,70	59,79	28,72	3,52
Marche	1,32	59,43	26,66	48,00	52,24	52,34	19,39	5,16
Lazio	2,70	19,33	35,07	36,65	43,88	41,81	25,13	5,50
Abruzzo	1,92	36,81	35,80	42,51	53,57	37,28	24,59	4,64
Molise	2,48	29,65	43,65	35,72	55,87	81,43	28,54	4,64
Campania	2,24	15,80	43,61	34,68	48,30	72,96	40,58	2,77
Puglia	2,16	16,53	38,89	38,37	63,80	80,78	24,78	3,69
Basilicata	2,37	20,97	40,60	35,94	38,70	48,87	22,58	3,90
Calabria	2,17	22,75	51,41	27,03	52,49	54,60	25,30	3,85
Sicilia	2,06	17,49	42,82	32,18	38,02	67,28	27,11	2,81
Sardegna	2,13	24,45	41,73	35,90	52,89	51,68	26,08	5,23
ITALIA	1,90	33,55	34,10	40,94	49,20	53,48	25,10	4,84

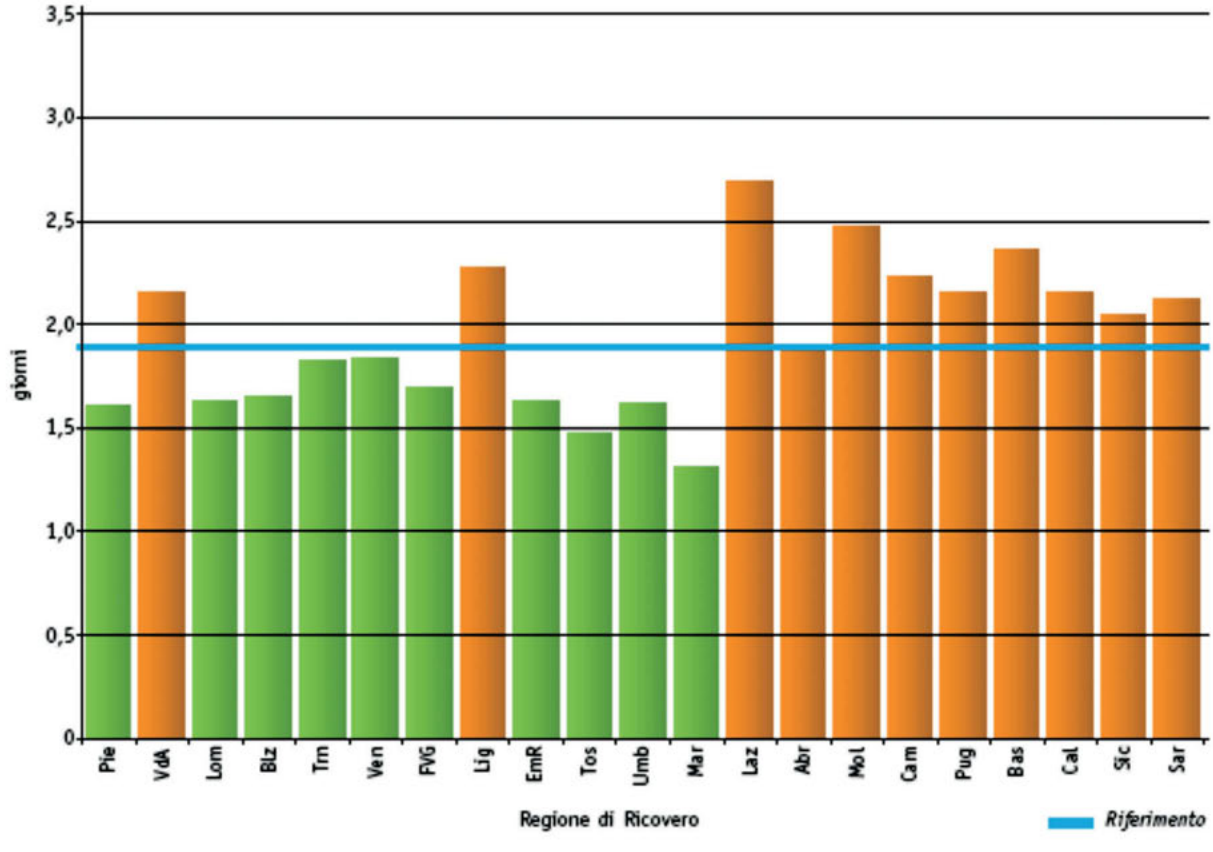
dimissione. a numeratore si considerano i casi con degenza preoperatoria compresa fra zero e due giorni (inclusi gli estremi). Per uniformità di elaborazione, vengono considerati solo i ricoveri con tipo attività, regime di ricovero, giornate di degenza, età e sesso validi.

L'indicatore, di caratura internazionale, valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore, per i quali si rende necessario un intervento chirurgico entro le 48 ore. infatti, dalla letteratura scientifica emerge chiaramente che attese oltre il limite dei due giorni per l' esecuzione dell'intervento chirurgico comportano un incremento del rischio di mortalità e di disabilità, specie nei soggetti

Degenza media preoperatoria - Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2009. Italia

REGIONE DI RICOVERO		DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA	REGIONE DI RICOVERO		DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA	REGIONE DI RICOVERO		DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA
ITALIA		1,90						
Piemonte	Pie	1,61	Liguria	Lig	2,28	Molise	Lig	2,48
Valle d'Aosta	VdA	2,16	Emilia Romagna	EmR	1,63	Campania	EmR	2,24
Lombardia	Lom	1,63	Toscana	Tos	1,48	Puglia	Tos	2,16
P.A. Bolzano	Blz	1,66	Umbria	Umb	1,62	Basilicata	Umb	2,37
P.A. Trento	Trn	1,83	Marche	Mar	1,32	Calabria	Mar	2,17
Veneto	Ven	1,84	Lazio	Laz	2,70	Sicilia	Laz	2,06
Friuli V.G.	FVG	1,70	Abruzzo	Abr	1,92	Sardegna	Abr	2,13

Degenza media preoperatoria
Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2009



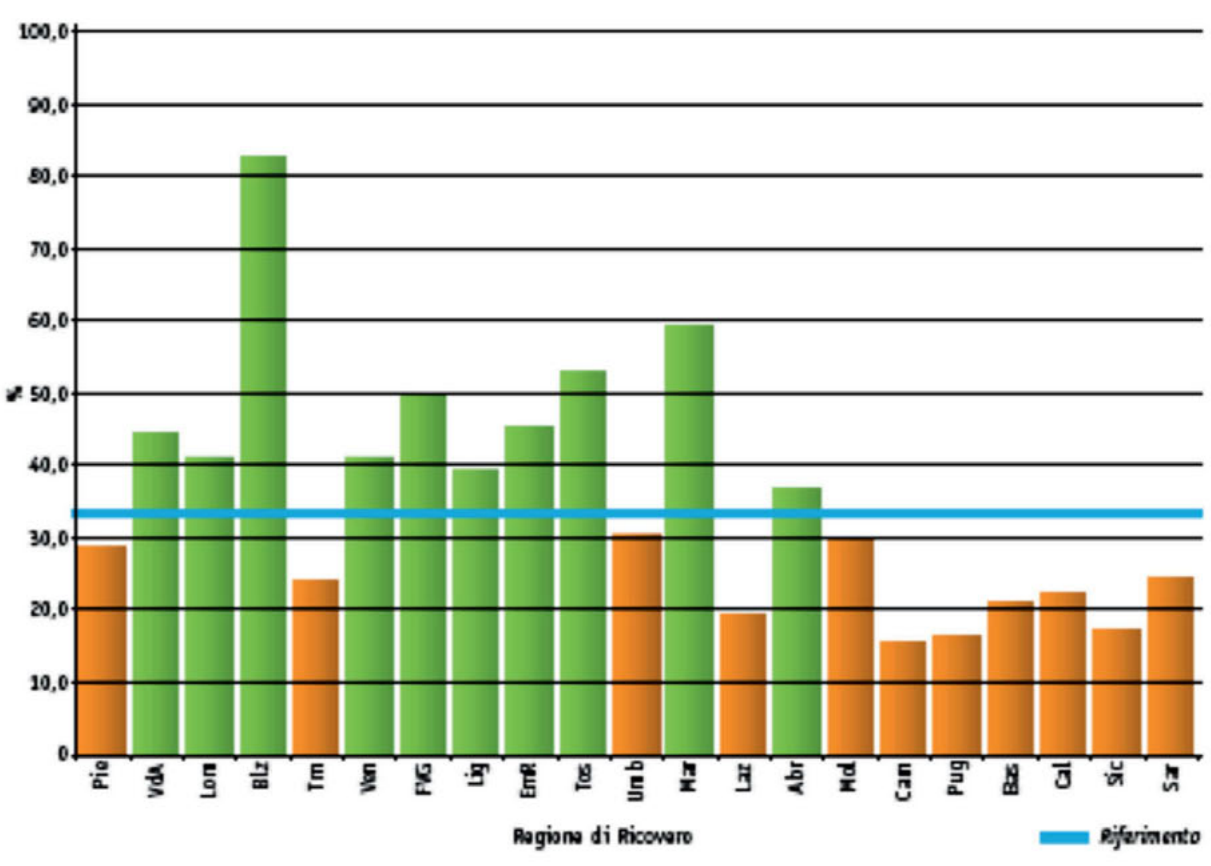
anziani. Da considerare, inoltre, che in questi ultimi il rischio di riportare una frattura del femore è significativamente più elevato e comporta maggiori conseguenze: la tempestività dell'intervento permette una ripresa più rapida della normale deambulazione oltre ad impedire l'insorgere di complicazioni generali quali embolie polmonari, flebiti, decubiti e a migliorare la prognosi nel suo complesso.

Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dal ricovero - Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2009. Italia

REGIONE DI RICOVERO		% FRATTURE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	REGIONE DI RICOVERO		% FRATTURE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	REGIONE DI RICOVERO		% FRATTURE OPERATE ENTRO 2 GIORNI
ITALIA		33,55						
Piemonte	Pie	29,03	Liguria	Lig	39,26	Molise	Mol	29,65
Valle d'Aosta	VdA	44,58	Emilia Romagna	EmR	45,19	Campania	Cam	15,80
Lombardia	Lom	41,16	Toscana	Tos	53,02	Puglia	Pug	16,53
P.A. Bolzano	Blz	82,78	Umbria	Umb	30,56	Basilicata	Bas	20,97
P.A. Trento	Trn	23,96	Marche	Mar	59,43	Calabria	Cal	22,75
Veneto	Ven	41,24	Lazio	Laz	19,33	Sicilia	Sic	17,49
Friuli V.G.	FVG	49,69	Abruzzo	Abr	36,81	Sardegna	Sar	24,45

Dimessi da strutture pubbliche e private accreditate con diagnosi principale cod. ICD-9-CM 820., DRG chirurgico, età 65+, esclusi deceduti, trasferiti e dimissioni volontarie.*

Percentuale fratture del femore operate entro 2 giorni Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2009



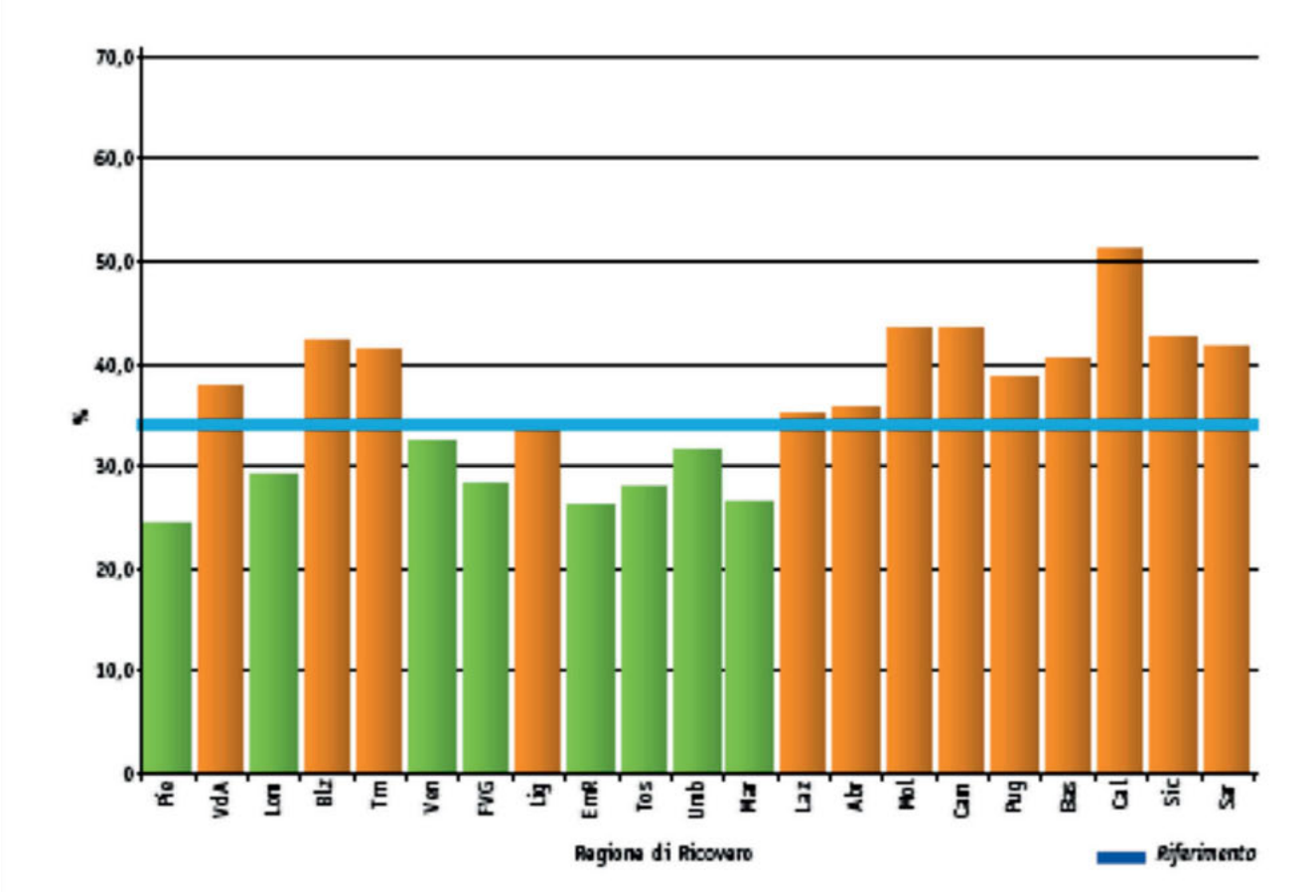
Valori elevati dell'indicatore denotano contesti in cui l'efficienza dell'organizzazione dell'ospedale si riflette in una aumentata appropriatezza clinica e nella comprovata maggiore efficacia dell'assistenza erogata; al contrario, basse percentuali segnalano contesti di inappropriatezza organizzativa, in cui è forte la probabilità che si manifestino *outcome* negativi.

Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico - Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2009. Italia

REGIONE DI RICOVERO		% DRG MEDICI DA REP. CHIRURGICI	REGIONE DI RICOVERO		% DRG MEDICI DA REP. CHIRURGICI	REGIONE DI RICOVERO		% DRG MEDICI DA REP. CHIRURGICI
ITALIA		34,10						
Piemonte	Pie	24,55	Liguria	Lig	34,10	Molise	Mol	43,65
Valle d'Aosta	VdA	37,71	Emilia Romagna	EmR	26,25	Campania	Cam	43,61
Lombardia	Lom	29,19	Toscana	Tos	28,20	Puglia	Pug	38,89
P.A. Bolzano	Blz	42,28	Umbria	Umb	31,60	Basilicata	Bas	40,60
P.A. Trento	Trn	41,50	Marche	Mar	26,66	Calabria	Cal	51,41
Veneto	Ven	32,48	Lazio	Laz	35,07	Sicilia	Sic	42,82
Friuli V.G.	FVG	28,31	Abruzzo	Abr	35,80	Sardegna	Sar	41,73

Dimessi da strutture pubbliche e private accreditate da disciplina 06, 07, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 48, 76, 78, 98.

Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico - Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2009. Italia



Si sottolinea come in molti casi non è indicato l'intervento o molti interventi non vengono effettuati per le precarie condizioni cliniche dei pazienti. numerosi clinici, inoltre, si orientano a spostare il tempo dell'intervento entro le 48 ore. Queste situazioni limite ed altre potrebbero arricchire il dibattito sulla validità dell'indicatore.

3. Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con drg medici

L'indicatore viene calcolato come rapporto percentuale fra i dimessi da reparti chirurgici cui sia stato attribuito un DRG medico e il totale dei dimessi da reparti chirurgici.

Nel calcolo vengono inclusi i ricoveri per acuti in Regime ordinario, in istituti pubblici e privati accreditati, nelle discipline 06, 07, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 48, 76, 78, 98. al numeratore vengono considerati i soli ricoveri con DRG medico. Per uniformità di elaborazione, vengono considerati solo i ricoveri con tipo attività, regime di ricovero, giornate di degenza, età e sesso validi.

L'indicatore esplora una delle dimensioni dell'appropriatezza organizzativa, in termini di adeguato utilizzo delle risorse strutturali costituite dai posti letto in dotazione ai reparti chirurgici ospedalieri. specificamente, misura la quota di ricoveri effettuati nelle discipline di chirurgia cui viene attribuito un DRG medico, e che, quindi, non essendo caratterizzati da interventi chirurgici maggiori avrebbero potuto essere più appropriatamente trattati in discipline non chirurgiche. infatti, i reparti chirurgici sono dotati di attrezzature complesse e risultano maggiormente onerosi, pertanto dovrebbero accogliere pazienti che si sottopongono a un intervento chirurgico.

Si può ragionevolmente stimare che la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici tendenzialmente non debba superare il 20%: in caso contrario si ha una ridotta efficienza nell'uso delle risorse dell'ospedale e un accresciuto disagio per il paziente non ricoverato nel reparto per lui più idoneo.

Questo indicatore va meglio definito perché non identifica, né definisce, con esattezza il DRG medico in ambito di un reparto chirurgico. se il ricovero riguarda una lombosciatalgia, ad esempio, l'unità operativa di riferimento è l'ortopedia, reparto chirurgico. Il DRG è sicuramente medico, non c'è alcun intervento chirurgico, ma se lo stesso ricovero fosse stato possibile effettuarlo in medicina o in altro setting, si collocherebbe al di fuori di questo indicatore.

4. Percentuale di ricoveri con drg chirurgico sul totale dei ricoveri (ro+dh)

L'indicatore viene calcolato come rapporto percentuale fra i dimessi con DRG chirurgico e il totale dei dimessi.

Nel calcolo vengono inclusi i ricoveri per acuti in regime ordinario e in day hospital in istituti pubblici e privati accreditati. Per uniformità di elaborazione, vengono considerati solo i ricoveri con tipo attività, regime di ricovero, giornate di degenza, età e sesso validi.

L'indicatore esplora una delle dimensioni dell'appropriatezza organizzativa dell'assistenza ospedaliera, misurando la quota di ricoveri che sono stati caratterizzati da un intervento chirurgico maggiore, e che, pertanto, trovano nel setting ospedaliero la collocazione più idonea e appropriata sia dal punto di vista clinico che organizzativo. L'ospedale, infatti, deve essere destinato all'erogazione di un'assistenza sanitaria di alta complessità e alto carico assistenziale, che non potrebbe essere garantita altrove. La gran parte di ricoveri non chirurgici, con l'esclusione di una piccola quota residuale costituita da pazienti "*critici*" per età e compresenza di più patologie, può trovare più idonea collocazione nel setting ambulatoriale o può essere ricondotta ad ospedalizzazione evitabile dovuta ad una carenza del livello territoriale e di prevenzione.

L'utilizzo di questo indicatore è quanto mai discutibile, perché dà delle informazioni devianti.

Se un presidio ha solo reparti chirurgici avrà una percentuale di appropriatezza elevata rispetto a chi è costretto a conteggiare nei ricoveri totali anche ricoveri in discipline mediche. Più coerente sarebbe stato analizzarlo rapportandolo ai ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri in reparti chirurgici.

5. Percentuale di ricoveri ordinari con drg ad alto rischio di inappropriatezza

L'indicatore viene calcolato come rapporto percentuale fra il numero di ricoveri in regime ordinario e DRG a rischio inappropriatezza sul totale dei ricoveri con DRG a rischio inappropriatezza.

Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi i ricoveri per acuti in istituti pubblici e privati accreditati, con DRG a rischio inappropriatezza, ad esclusione dei DRG 006 *"Decompressione del tunnel carpale"*, 039 *"Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia"*, 119 *"Legatura e stripping di vene"*, in ragione del pressoché totale trasferimento di questi ultimi in regime ambulatoriale.

Per uniformità di elaborazione, vengono considerati solo i ricoveri con tipo attività, regime di ricovero, giornate di degenza, età e sesso validi.

La lista di DRG a rischio inappropriatezza per la versione DRG 19 (adottata dal 2006 al 2008) è quella definita nel DPCM 29/11/2001, mentre per la versione DRG 24 (adottata a partire dal 2009) si fa riferimento all'allegato B del patto per la salute 2010-2012.

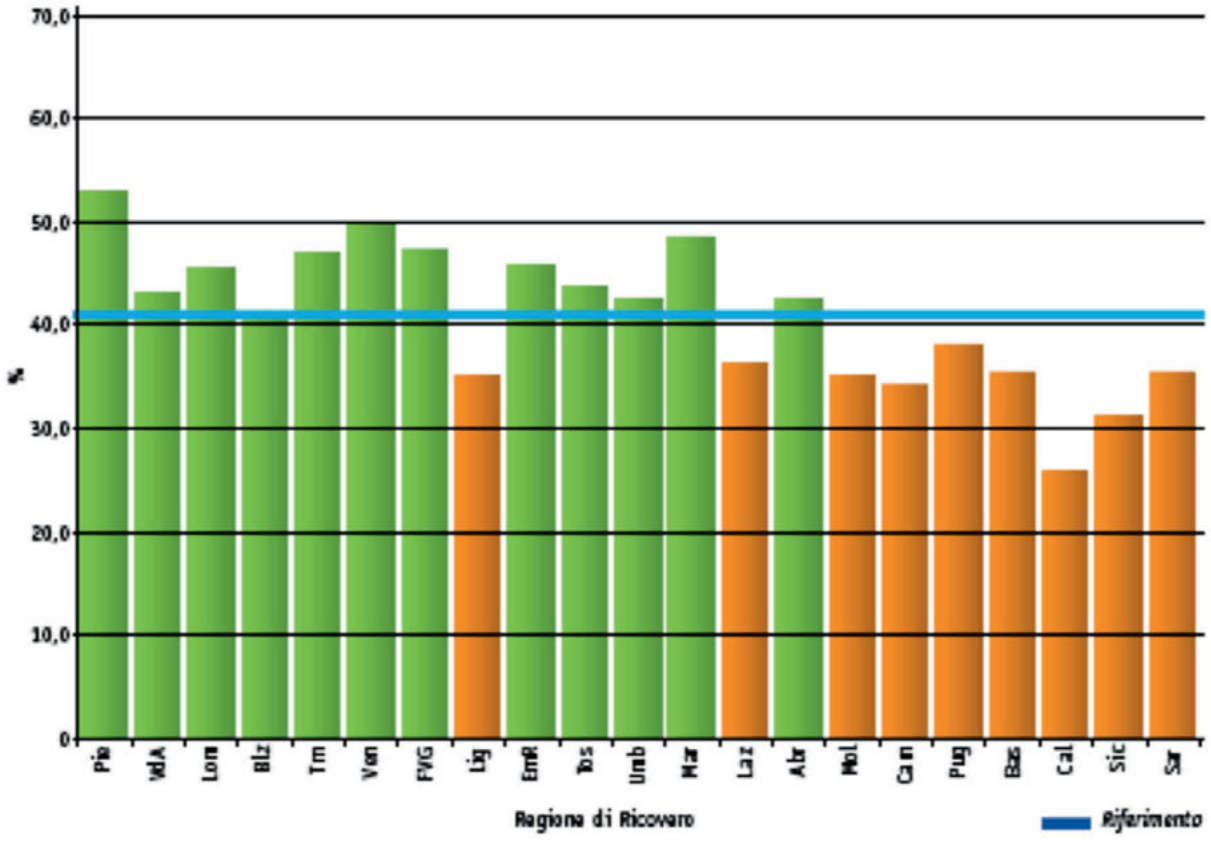
L'indicatore mira a valutare la bontà dell'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato. Come specificato nel già menzionato DPCM

29/11/2001, l'attività afferente ai DRG sopra specificati deve essere erogata privilegiando il regime di day hospital. il successivo accordo sottoscritto nella seduta del 1 agosto 2002 dalla Conferenza stato-Regioni ha definito i valori soglia per la percentuale di trasferimento in day hospital da raggiungere. nell'ambito delle azioni intraprese successivamente e, nel recente contesto dei Piani di Rientro, parte dell'attività è stata trasferita al di fuori dell'Ospedale, tramite l'attivazione di *"Percorsi Ambulatoriali Complessi"*, che mirano ad offrire una più efficiente erogazione dell'assistenza evitando il ricorso al ricovero ospedaliero, inappropriato sia dal punto di vista clinico che organizzativo. il confronto con il tasso di ospedalizzazione complessivo rende

Percentuale ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri - Ricoveri per Acuti in Regime ordinario e Day Hospital - Anno 2009. Italia

REGIONE DI RICOVERO		% DRG CHIRURGICI	REGIONE DI RICOVERO		% DRG CHIRURGICI	REGIONE DI RICOVERO		% DRG CHIRURGICI
ITALIA		40,94						
Piemonte	Pie	52,39	Liguria	Lig	35,73	Molise	Mol	35,72
Valle d'Aosta	VdA	42,97	Emilia Romagna	EmR	45,37	Campania	Cam	34,68
Lombardia	Lom	45,30	Toscana	Tos	43,51	Puglia	Pug	38,37
P.A. Bolzano	Blz	41,44	Umbria	Umb	42,60	Basilicata	Bas	35,94
P.A. Trento	Trn	46,61	Marche	Mar	48,00	Calabria	Cal	27,03
Veneto	Ven	49,23	Lazio	Laz	36,65	Sicilia	Sic	32,18
Friuli V.G.	FVG	46,81	Abruzzo	Abr	42,51	Sardegna	Sar	35,90

Percentuale ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri - Ricoveri per Acuti in Regime ordinario e Day Hospital - Anno 2009. Italia



più evidenti i risultati migliorativi in termini di ricoveri complessivamente risparmiati.

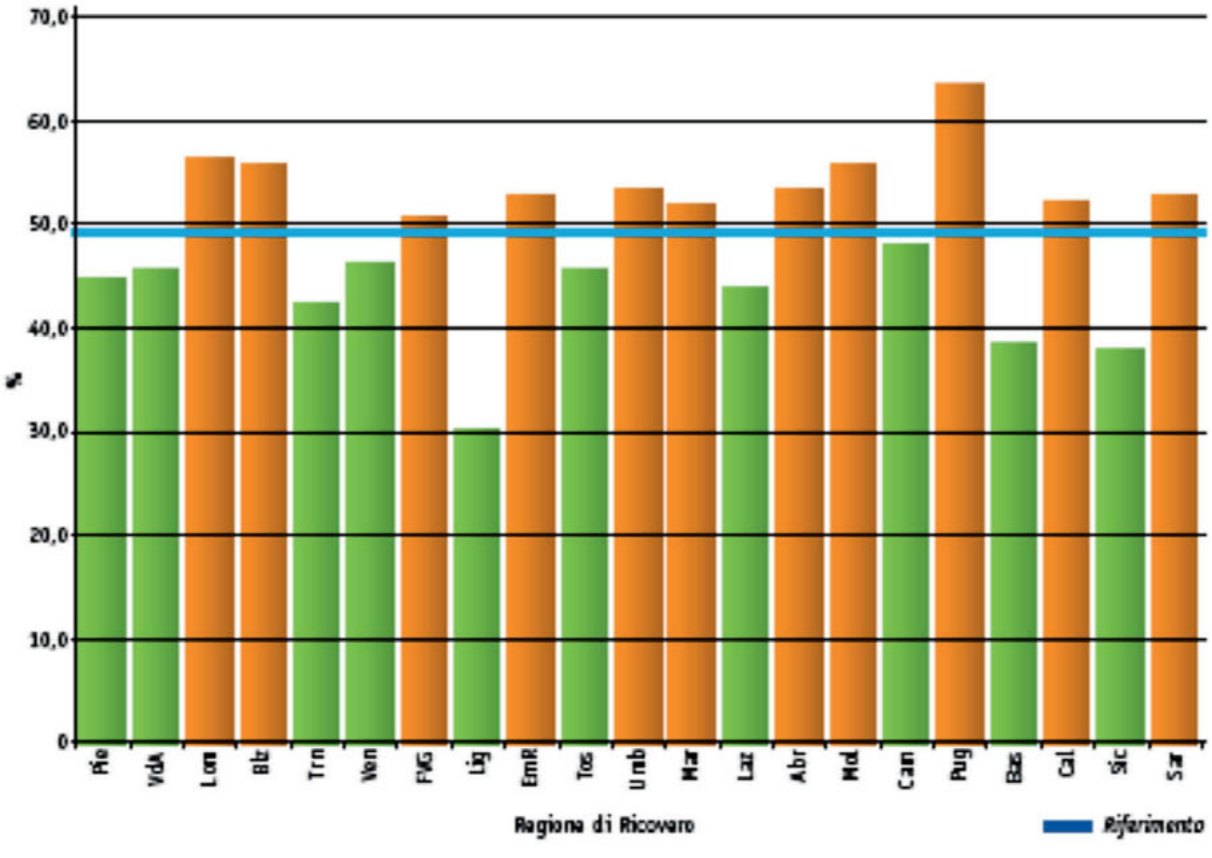
Le differenze osservabili sul territorio nazionale possono essere spiegate anche in ragione della maggiore o minore tempestività con cui le Regioni hanno intrapreso azioni idonee al fine di migliorare in tal senso l'appropriatezza d'uso delle strutture di ricovero.

Percentuale ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio inappropriatezza - Ricoveri per Acuti - Anno 2009. Italia

REGIONE DI RICOVERO		% R.O. DRG RISCHIO INAPPROPRIAT.ZA	REGIONE DI RICOVERO		% R.O. DRG RISCHIO INAPPROPRIAT.ZA	REGIONE DI RICOVERO		% R.O. DRG RISCHIO INAPPROPRIAT.ZA
ITALIA		49,20						
Piemonte	Pie	45,02	Liguria	Lig	30,21	Molise	Lig	55,87
Valle d'Aosta	VdA	46,01	Emilia Romagna	EmR	52,95	Campania	EmR	48,30
Lombardia	Lom	56,46	Toscana	Tos	45,67	Puglia	Tos	63,80
P.A. Bolzano	Blz	56,13	Umbria	Umb	53,70	Basilicata	Umb	38,70
P.A. Trento	Trn	42,55	Marche	Mar	52,24	Calabria	Mar	52,49
Veneto	Ven	46,73	Lazio	Laz	43,88	Sicilia	Laz	38,02
Friuli V.G.	FVG	50,91	Abruzzo	Abr	53,57	Sardegna	Abr	52,89

Dimessi da strutture pubbliche e private accreditate. Esclusi DRG 006, 039, 119.

Percentuale ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio inappropriatezza - Ricoveri per Acuti - Anno 2009. Italia



6. Percentuale di ricoveri in dh medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in dh medico

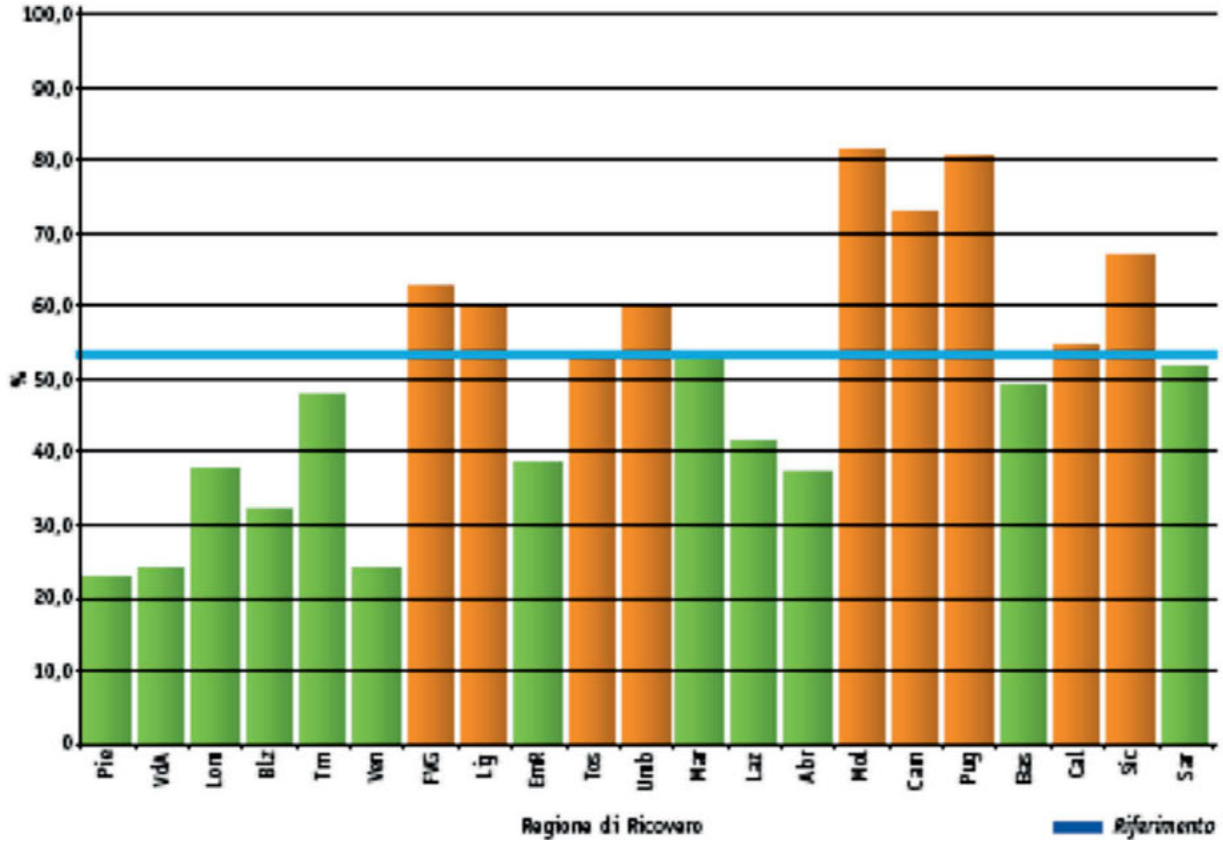
L'indicatore è calcolato come rapporto percentuale tra il numero di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico e il totale dei ricoveri in DH medico. Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi i ricoveri per acuti in re-

Percentuale ricoveri DH medici diagnostici sul totale dei ricoveri DH medici - Ricoveri per Acuti in Day Hospital - Anno 2009. Italia

REGIONE DI RICOVERO		% RICOVERI DH MEDICI DIAGNOSTICI	REGIONE DI RICOVERO		% RICOVERI DH MEDICI DIAGNOSTICI	REGIONE DI RICOVERO		% RICOVERI DH MEDICI DIAGNOSTICI
ITALIA		49,20						
Piemonte	Pie	22,46	Liguria	Lig	59,92	Molise	Lig	81,43
Valle d'Aosta	VdA	23,83	Emilia Romagna	EmR	38,59	Campania	EmR	72,96
Lombardia	Lom	37,77	Toscana	Tos	53,76	Puglia	Tos	80,78
P.A. Bolzano	Blz	32,31	Umbria	Umb	59,79	Basilicata	Umb	48,87
P.A. Trento	Trn	48,10	Marche	Mar	52,34	Calabria	Mar	54,60
Veneto	Ven	24,02	Lazio	Laz	41,81	Sicilia	Laz	67,28
Friuli V.G.	FVG	63,33	Abruzzo	Abr	37,28	Sardegna	Abr	51,68

Dimessi da strutture pubbliche e private accreditate.
Esclusi ricoveri con diagnosi principale V58.0 e V58.1* (radioterapia e chemioterapia).*

Percentuale ricoveri DH medici diagnostici sul totale dei ricoveri DH medici - Ricoveri per Acuti in Day Hospital - Anno 2009. Italia



gime di day hospital, con DRG medico, in istituti pubblici e privati accreditati, e sono esclusi i ricoveri con diagnosi principale V58.0* o V58.1* (radioterapia e chemioterapia) o con modalità di dimissione di decesso.

Per uniformità di elaborazione, vengono considerati solo i ricoveri con tipo attività, regime di ricovero, giornate di degenza, età e sesso validi.

L'indicatore valuta l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione in regime di day hospital misurando la frazione di ricoveri diurni di tipo medico effettuati unicamente per procedere ad accertamenti diagnostici, che possono generalmente essere effettuati ricorrendo alla rete ambulatoriale. Quest'ultima, infatti, rappresenta il setting di erogazione più idoneo e appropriato, non solo dal punto di vista di un efficiente uso delle risorse disponibili, ma anche nell'ottica di ottimizzare la fruibilità e la qualità del percorso assistenziale, minimizzandone i disagi per il paziente.

È un indicatore utile?

Così posto l'indicatore non chiarisce il reale utilizzo del DH, la sua necessità di attivazione.

È notorio che il DH può essere diagnostico e/o terapeutico, non si evidenzia il numero di accessi, la copertura totale o parziale durante l'arco dell'anno, se l'attivazione di qualche letto in più avrebbe potuto non intasare le corsie o la scarsa attitudine a questa forma di assistenza consiglierebbe la soppressione del DH.

Così com'è strutturato questo indicatore sembra poco attendibile. Poi perché solo per quello diagnostico dovrebbe essere valutata l'opportunità di spostare detta attività in ambulatorio e non anche per quello di tipo medico?

7. Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici

L'indicatore è calcolato come rapporto percentuale fra il numero di ricoveri ordinari con DRG medico e durata della degenza minore o uguale a due giorni e il totale dei ricoveri ordinari con DRG medico.

Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi i ricoveri per acuti in Regime ordinario, con DRG medico, giornate di degenza valide, in istituti pubblici e privati accreditati. Per uniformità di elaborazione, vengono considerati solo i ricoveri con tipo attività, regime di ricovero, giornate di degenza, età e sesso validi.

L'indicatore vuole misurare l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione soffermandosi su quella frazione di ricoveri che, per le caratteristiche di bassa complessità delle prestazioni erogate (denotate già dalla mancanza di interventi chirurgici maggiori) e di brevità della degenza sono nella quasi totalità dei casi da ricomprendere nell'insieme dei ricoveri evitabili, le cui prestazioni dovrebbero più efficacemente essere collocate in un diverso setting, quali, ad esempio, il ricovero diurno o il livello distrettuale. L'inapropriatezza che ne consegue può essere frutto di insufficienti valutazioni cliniche all'atto dell'accettazione in pronto soccorso o essere ascrivibile ad una inadeguatezza dei servizi sul territorio, che rende talvolta l'ospedale l'unica risposta accessibile al cittadino. in ogni caso, la percentuale di ricoveri medici brevi è un valido indicatore di processo che consente di monitorare e misurare l'appropriatezza del ricorso al ricovero ospedaliero in degenza ordinaria.

8. Percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con eta' maggiore o uguale a 65 anni

L'indicatore è calcolato come rapporto percentuale fra il numero di ricoveri ordinari con DRG medico e durata della degenza superiore alla soglia specifica del DRG di afferenza sul totale dei ricoveri ordinari con DRG medico di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni.

Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi i ricoveri per acuti in Regime ordinario con DRG medico, età del paziente maggiore o uguale a 65 anni, durata della degenza valida (1-365 gg) in istituti pubblici e privati accreditati. Per uniformità di elaborazione, vengono considerati solo i ricoveri con tipo attività, regime di ricovero, giornate di degenza, età e sesso validi.

L'indicatore valuta la percentuale di ricoveri caratterizzati da una degenza prolungata oltre i valori soglia previsti per i singoli DRG di afferenza: al pari degli altri indicatori basati sulle giornate di degenza, anche l'eccessivo prolungamento della permanenza in ospedale in reparti per acuti, la cui attività dovrebbe essere volta alla risoluzione di problemi di salute nel brevemedio periodo, potrebbe indicare la presenza di inefficienze sia di natura tecnico-operativa proprie della struttura erogatrice, sia di natura funzionale, relative ai collegamenti con la rete di offerta territoriale.

Nel caso specifico proprio i soggetti anziani rappresentano la popolazione a più alto rischio di permanenza nelle strutture ospedaliere per periodi molti lunghi. Pertanto, l'indicatore in esame coglie in particolare i collegamenti funzionali fra l'ospedale per acuti e la rete di offerta territoriale che riguarda le strutture residenziali per gli anziani, dove questa casistica potrebbe essere seguita in modo più appropriato dal punto di vista organizzativo, più efficiente dal punto di vista del corretto impiego delle risorse del ssn, e in grado di garantire una migliore qualità della vita per il paziente.

Indicatore poco indicativo, perché i valori oltre soglia sono rari. Poiché è riferito alla popolazione anziana, questo indicatore può indirizzare il legislatore a porre attenzione al territorio dove le carenti Rsa e/o Rssa diventano indispensabili per dare risposte urgenti al fabbisogno di una popolazione anziana che cresce sempre più.

Conclusioni

Il raggiungimento dell'obiettivo legato agli 8 indicatori inclusi nel Piano della salute 2010- 2012 ha rappresentato, per gli ospedali, una cartina di tornasole per l'attività svolta a conferma dei punti di forza o delle criticità della loro organizzazione.

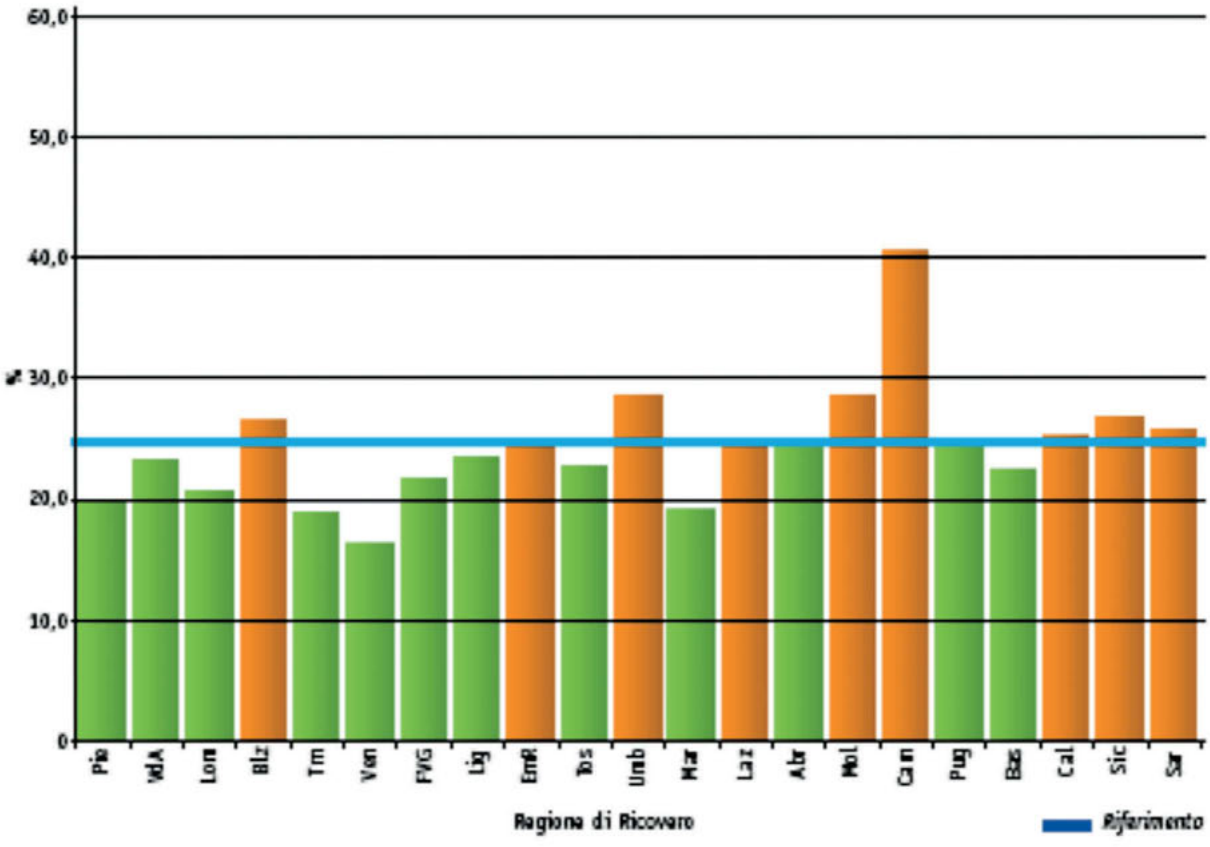
È facilmente verificabile come gli ospedali delle Regioni del centro-nord fanno registrare un'appropriatezza maggiore rispetto a quelli del sud, per alcuni indicatori.

Più ombre che luci per gli ospedali del sud e questo deve essere da stimolo per il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa.

Percentuale ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici - Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2009. Italia

REGIONE DI RICOVERO		% RICOVERI MEDICI BREVI	REGIONE DI RICOVERO		% RICOVERI MEDICI BREVI	REGIONE DI RICOVERO		% RICOVERI MEDICI BREVI
ITALIA		25,10						
Piemonte	Pie	20,17	Liguria	Lig	23,50	Molise	Lig	28,54
Valle d'Aosta	VdA	23,33	Emilia Romagna	EmR	25,17	Campania	EmR	40,58
Lombardia	Lom	20,99	Toscana	Tos	22,03	Puglia	Tos	24,78
P.A. Bolzano	Blz	26,65	Umbria	Umb	28,72	Basilicata	Umb	22,58
P.A. Trento	Trn	19,40	Marche	Mar	19,39	Calabria	Mar	25,30
Veneto	Ven	16,58	Lazio	Laz	25,13	Sicilia	Laz	27,11
Friuli V.G.	FVG	21,80	Abruzzo	Abr	24,59	Sardegna	Abr	26,08

Percentuale ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici - Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2009. Italia



Percentuale ricoveri oltresoglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età 65+ - Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2009. Italia

REGIONE DI RICOVERO		% RICOVERI OLTRESOGLIA	REGIONE DI RICOVERO		% RICOVERI OLTRESOGLIA	REGIONE DI RICOVERO		% RICOVERI OLTRESOGLIA
ITALIA		4,84						
Piemonte	Pie	7,54	Liguria	Lig	5,82	Molise	Lig	4,64
Valle d'Aosta	VdA	10,08	Emilia Romagna	EmR	3,65	Campania	EmR	2,77
Lombardia	Lom	5,80	Toscana	Tos	3,70	Puglia	Tos	3,69
P.A. Bolzano	Blz	4,55	Umbria	Umb	3,52	Basilicata	Umb	3,90
P.A. Trento	Trn	8,35	Marche	Mar	5,16	Calabria	Mar	3,85
Veneto	Ven	7,40	Lazio	Laz	5,50	Sicilia	Laz	2,81
Friuli V.G.	FVG	6,41	Abruzzo	Abr	4,64	Sardegna	Abr	5,23

Gli indicatori proposti naturalmente non riguardano l'appropriatezza economica, la giusta allocazione delle risorse; una buona organizzazione ed un buon uso delle strutture permette di non disperdere le sempre meno risorse economiche a disposizione e di dare delle prestazioni di ottima qualità.

24,55 52,39 45,02 22,46 20,17 7,54

2,48 4,29 11,09 38,19 49,17 87,31 21,60 4,32

Bibliografia

— Ministero della salute - Dipartimento della Qualità - Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Principi Etici di sistema - Ufficio Vi: Patto per la salute 2010-2012 (ottobre 2010);

— M.a.a.P - Modello di analisi della appropriatezza Organizzativa dei Ricoveri Ospedalieri per Elenchi normativi di Procedure. Dr. G.a. Di Pietro e coll. (Regione Puglia 2008);

— DPCM 29.11.2001: Definizione dei Livelli Essenziali di assistenza (G.U. 8 febbraio 2002 n. 33),

— Patto per la salute 2010-2012: Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo stato e le Regioni e le Province di trento e Bolzano. 3 dicembre 2009 - (G.U. - serie Generale n. 3 del 5-1-2010).



Misurare il dolore

Rocco Domenico Mediati – Direttore Struttura Cure Palliative e Terapia del Dolore –
Dipartimento Oncologia – Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi – Firenze. Email: mediatir@aou-careggi.toscana.it

Da alcuni anni la *terapia del dolore* è un argomento molto presente sui mezzi di comunicazione di massa e nei consessi scientifici. Questa maggiore attenzione della popolazione ha messo i medici e la classe dirigente del paese di fronte ad un problema fino a poco tempo fa trascurato: la sofferenza delle persone ammalate e in particolare la sofferenza determinata dal dolore.

La società di oggi si fa sempre più pressante verso la richiesta di una buona qualità della vita e del mantenimento delle capacità funzionali più a lungo possibile. Diventa, quindi, indispensabile dare una risposta adeguata a questa esigenza della società.

La dimensione del problema

I dati epidemiologici evidenziano un'incidenza del dolore cronico nella popolazione mondiale tale da costituire un problema sociale.

In Europa il dolore rappresenta uno dei principali problemi sanitari in quanto interessa tutte le età, incide sulla qualità della vita delle persone e, in particolare nella forma cronica, si stima che abbia un'incidenza nella popolazione di circa il 25-30%, con relativi costi sociali in disabilità e perdita di produttività con costi stimati negli Stati Uniti intorno ai 100 miliardi di dollari l'anno.

Il dolore è tra tutti i sintomi quello che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e maggiormente angoscia e preoccupa i familiari, determinando un notevole impatto sulla qualità della vita.

Uno studio italiano, condotto su un'ampia popolazione di soggetti anziani assistiti a domicilio in più di venticinque ASL distribuite su tutto il territorio nazionale, dimostra come anche nel nostro Paese il problema del dolore sia molto diffuso. Infatti, più del 40% degli ultra sessantacinquenni valutati ha lamentato un dolore che interferisce con le comuni attività quotidiane. Di queste persone soltanto il 27% riceveva analgesici: gli analgesici non oppioidi erano utilizzati nel 25% dei casi, gli oppioidi deboli e gli oppioidi forti erano somministrati rispettivamente solo nel 6% e 3% dei pazienti sintomatici. È da segnalare l'alta percentuale di pazienti che non riceveva alcun trattamento.

Inoltre, un dato che emerge dallo studio è lo scarso utilizzo di farmaci analgesici nei soggetti con deterioramento cognitivo che riferiscono dolore. In particolare, si può osservare come il deficit cognitivo quindi, l'alterata capacità di manifestare il dolore, sia un fattore che interferisce negativamente con il trattamento antidolorifico [1].

La legge 38 del marzo 2010 [2] sancisce " il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore … al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo le specifiche esigenze...".

La legge stabilisce diversi mezzi atti a garantire questo diritto e, tra questi mezzi, notevole importanza è attribuita "all'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica". In particolare nelle cartelle cliniche "in uso presso tutte le strutture sanitarie devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito".

Come si intuisce, gli obblighi di legge sono stringenti e sarà necessario che le strutture sanitarie approntino procedure apposite per rispettare quest'obbligo. I dirigenti ospedalieri prenderanno atto che il mancato rispetto della legge in futuro potrebbe portare ad azioni legali da parte di persone che hanno sofferto inutilmente e attueranno politiche adeguate alla soluzione del problema.

Ma al di là della legge, perché è così utile e importante misurare il dolore?

Lo scopo della terapia è ridurre l'intensità del dolore e quindi migliorare la qualità della vita e le capacità funzionali dei nostri pazienti.

Già dal 1991 sulle riviste di Nursing si metteva in evidenza che la documentazione sistematica e la valutazione del dolore determinano un miglioramento della qualità del trattamento antalgico [3]. Successivamente il dato è stato confermato e in uno studio pubblicato su Pain nel 2000 si dimostra che l'attuazione di un programma specifico di monitoraggio del dolore determina un miglioramento nella somministrazione di analgesici [4].

Per misurare adeguatamente il dolore bisogna tenere presente la definizione che ne ha dato la International Association for the Studies on Pain (I.A.S.P.) nel 1994 " il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale

spiacevole associata ad un danno tissutale reale o potenziale, o descritto come tale", quindi il dolore va considerato un'esperienza con componenti sensoriali ed emozionali, che vanno tenute presenti nel momento in cui si decide di misurare questa entità clinica.

La caratteristica più evidente dell'esperienza algica, sia per il medico che per il paziente, è senza dubbio il versante sensoriale, ma non è l'unica. E' necessario tenere ben presenti le caratteristiche motivazionali-affettive e cognitive, come parte integrante dell'iter nocicettivo che, filtrato e modulato viene "trasformato" in sofferenza e quindi espresso in vario modo in rapporto a molteplici fattori: fisici, mentali, ambientali, etico-culturali, religiosi o legati a precedenti esperienze.

Appare chiaro che non esiste una relazione diretta fra intensità dello stimolo fisico e intensità della percezione, pertanto è implicita una elevata complessità nella misurabilità.

Il dolore cronico ha la caratteristica di mantenersi oltre il periodo di tempo richiesto per la guarigione della patologia che l'ha provocato, quindi è più destruente, a causa dell' impatto che esercita sul benessere psicosociale della persona. Si può configurare un'articolata situazione di handicap psico-fisico, con minorazioni-menomazioni di una o più funzioni e disadattamento sul versante psico-comportamentale. Il dolore diviene non tanto un "sintomo", quanto un aspetto caratterizzante il quadro clinico, e quindi la "malattia".

Valutazione clinica del paziente affetto da dolore

La valutazione clinica del paziente affetto da dolore deve essere completa e basarsi su un buon rapporto medico-paziente, essa richiede quindi del tempo e comprende:

1. Anamnesi accurata del dolore: bisogna valutare il modo in cui è insorto, la causa, da quanto tempo esso è presente, quali siano le sue caratteristiche, che impatto ha sulla vita attuale del paziente
2. Valutazione psicologica
3. Misura del dolore
4. Esame obiettivo
5. Inoltre nei casi che lo richiedano, sarà necessario l'esecuzione di una serie di esami di laboratorio e strumentali che portino a una diagnosi corretta per orientarci sulla terapia più adeguata ed efficace.

Anamnesi

Esistono molte caratteristiche del dolore che bisogna ben differenziare e definire per poter seguire un adeguato percorso diagnostico-terapeutico.

Innanzitutto dobbiamo descrivere le caratteristiche del dolore, in termini di:

- **DURATA NEL TEMPO**
  - *DOLORE ACUTO*
  - *DOLORE CRONICO*
  - *DOLORE DA MALATTIA PROGRESSIVA*
- **LOCALIZZAZIONE**
  - *DOLORE SOMATICO SUPERFICIALE,*
  - *DOLORE SOMATICO PROFONDO,*
  - *DOLORE VISCERALE,*
  - *DOLORE RIFERITO (espressione somatica di un dolore viscerale)*
  - *DOLORE NEUROPATICO (da lesione o disfunzione del sistema nervoso)*
- **DISTRIBUZIONE**
- **DESCRIZIONE** (trafittivo, lancinante, costrittivo, urente etc.)
- **INTENSITÀ**
- **INTERFERENZA** con le attività quotidiane, la vita lavorativa, sonno etc.
- **FENOMENI COLLATERALI**, quali le risposte neurovegetative (nausea, vomito, sudorazione, disturbi funzionali...)

Valutazione psicologica

Un numero considerevole di variabili psicologiche è stato dimostrato essere rilevante nell'influenzare la percezione del dolore, incrementandolo e modificando l'adattamento del paziente e le risposte al trattamento.

È fondamentale quindi, durante il colloquio identificare quanto più possibile i fattori psicologici, che si possono distinguere in tre categorie:

1. Variabili affettive (ansia, paura, depressione)
2. Variabili cognitive (relative alla personalità, alle proprie convinzioni, immaginazione)
3. Variabili comportamentali (come viene espresso il dolore, le interazioni con la famiglia)

Non considerare o non capire questi aspetti può condurre a diagnosi e quindi terapie errate.

Fattori affettivi

Il dolore acuto quando è grave, è complicato da una grande attivazione delle emozioni che può interagire con i meccanismi della sensibilità ed esacerbare lo stato doloroso.

Il problema di più frequente riscontro è l'ansia, sensazione transitoria di apprensione e di timore, che è una reazione allo stress e si manifesta congiuntamente

all'attivazione del sistema nervoso autonomo, tipica di questo tipo di dolore.

Le conseguenze emotive nel **dolore cronico** compaiono nelle fasi tardive, sono più complesse e gravi e tanto più accentuate quanto più il dolore è intenso, continuo e di lunga data. Consistono in disturbi del sonno, dell'appetito, aumentata irritabilità, riduzione della libido e delle attività sessuali, ritardo psicomotorio, abbassamento della soglia del dolore, depressione.

Alcune persone sviluppano un atteggiamento compulsivo nei confronti di farmaci e medicamenti e ne abusano fino all'intossicazione.

Il grande neurologo americano del XIX secolo Weir Mitchell scrisse, a proposito del dolore intenso e prolungato:

> *"In simili tormenti il temperamento muta: il più mite diventa irritabile, il soldato un codardo, e l'uomo più forte è a stento meno agitato della fanciulla più isterica"*

Fattori cognitivi

Gli esseri umani non rispondono passivamente alle sensazioni fisiche, ma piuttosto cercano di interpretarle e dare un senso alla loro esperienza. I principali fattori mentali sono: le interpretazioni, le aspettative, le convinzioni od opinioni circa il proprio stato di salute, le preoccupazioni, il significato simbolico che si attribuisce alla propria condizione, l'immaginazione, l'attenzione, il modo di adeguarsi del paziente e per fare questo il soggetto attinge dalle proprie esperienze precedenti.

Le analisi cognitive sono strategie messe in atto dal paziente, come difesa per minimizzare il dolore e convivere con la propria sofferenza, migliorando la qualità della vita. Se mal indirizzate possono contribuire all'incremento e alla persistenza del dolore cronico.

Fattori comportamentali

È molto importante durante il colloquio con il paziente osservare il suo comportamento per avere ulteriori elementi di valutazione. Sia la mimica facciale che l'atteggiamento dell'intero corpo sono espressioni dell'intensità.

Il dolore viene espresso anche, attraverso comportamenti che hanno finalità difensive.

Riconoscere in fase precoce e correggere la risposta comportamentale inadeguata, con varie strategie terapeutiche permette di agire positivamente sul dolore.

Misura del dolore

Esistono numerosi **metodi di misura del dolore**, che si attuano attraverso domande o questionari che devono tener conto di alcuni aspetti:

- non esistono soddisfacenti indici obbiettivi per quantizzare il dolore, che deve essere considerato comunque una esperienza soggettiva
- il dolore è una esperienza multidimensionale, in cui sono coinvolti aspetti diversi di tipo sensoriale, emotivo, cognitivo e comportamentale che devono far parte della valutazione globale
- i metodi di misurazione devono essere ben capiti dal paziente, adeguati al suo grado di cultura e devono comportare un lavoro minimo
- le misurazioni sono più attendibili se misurano il dolore attuale, il dolore attuale produce distorsioni nella valutazione del dolore precedente.
- anche se possono essere applicate le stesse tecniche di misura, esistono delle differenze di valutazione tra dolore acuto, cronico e il dolore da malattia progressiva.
- la quantificazione del dolore è finalizzata anche alla valutazione della validità dell'intervento terapeutico.

METODI DI MISURA: 5 A) Unidimensionali B) Multidimensionali (ideati per cogliere i molteplici aspetti dell'esperienza soggettiva)

A) UNIDIMENSIONALI: analizzano esclusivamente la componente sensoriale del dolore

Scale descrittive verbali

Scale di classificazione che consistono in una serie di aggettivi proposti al paziente che sceglierà quello che più si addice alla descrizione del proprio dolore

Es. di scala: mite, disagevole, penoso,orribile, atroce.

Vantaggi: è di facile comprensione, anche da soggetti di modesta cultura.

Svantaggi:la gamma possibile delle risposte è limitata a quelle della lista scelta e in genere i pazienti scelgono le risposte centrali, distorcendo il giudizio.

Scale di valutazione numerica

NRS (numeric rating scale): ai pazienti si chiede di indicare quanto sia forte il loro dolore su una scala da 0 a 10 (oppure 0-100), nella quale 0 rappresenta "assenza di dolore"

Istruzioni: indicare sulla linea sottostante l'intensità del dolore nel momento attuale

Nessun dolore / _____ / il peggior dolore immaginabile

Figura 1: Scala Analogica Visiva (VAS)

e 10 "il peggior dolore immaginabile".

Vantaggio: si apprezzano anche modeste variazioni di intensità del dolore

Scale visive analogiche (fig.1)

VAS, consiste in una linea di 10 cm, ad una estremità c'è scritto "assenza di dolore" e all'altra "il peggior dolore immaginabile". Il punteggio è ottenuto invitando il pazienti a contrassegnare sulla linea un punto corrispondente all'intensità del proprio dolore; la linea viene poi misurata fino al punto indicato e indicato in base al punteggio 0-10 oppure 0-100.

Scale cromatiche

Il progressivo aumento dell'intensità di dolore è indicato dal progressivo incremento dell'intensità di colore lungo un segmento le cui estremità sono rappresentate da "assenza di dolore" e "dolore insopportabile". La presenza del colore rappresenta una guida di maggior comprensione per il pazienti

Queste scale sono di facile comprensione e dimostrano alta fedeltà, La brevità di somministrazione le rende particolarmente adatte alla misurazione del dolore in fase acuta.

B) MULTIDIMENSIONALI: analizzano diversi aspetti dell'esperienza dolore, permettono di misurare e riportare in cartella anche l'impatto che il dolore ha in generale sulla qualità della vita della persona.

Ve ne sono diversi, alcuni ideati per patologie specifiche(artrite reumatoide, mal di schiena, ecc.) , i più noti e utilizzati sono:

Mcgill[6] pain questionnaire

È il più noto e più completo. Consente la valutazione del dolore nelle sue varie caratteristiche.

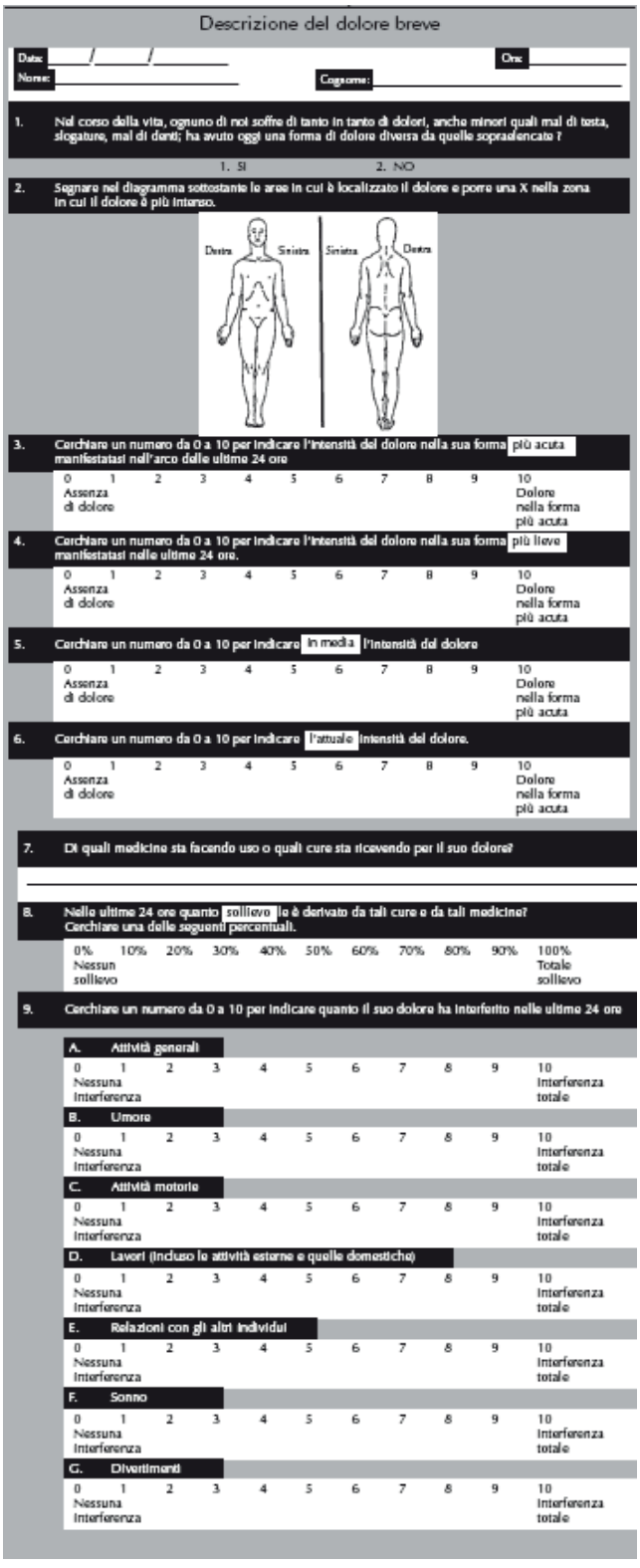
Consta di 20 gruppi di parole, di cui i primi 10 rappresentano le caratteristiche sensoriali del dolore, cioè l'aspetto qualitativo (es. pulsante, a pugnalata,sordo etc.); i successivi 5 quelle affettive, cioè le reazioni emotive (es. stancante, sgradevole etc.); il 16esimo esprime una valutazione del dolore (es. insopportabile, preoccupante etc.); gli ultimi 4 le caratteristiche varie (comprimente, perforante etc.).

Vantaggio: analisi più sfaccettata del dolore nelle sue varie componenti, ideale nel dolore cronico.

Svantaggi: è impegnativo per il paziente (richiede otre 15 min di tempo)

Brief pain inventory [7] (Fig. 2) considera la localizzazione del dolore, tenendo conto della variabilità nel corso della giornata, l'intensità con scale da 0 a 10, in percentuale il sollievo dal dolore e con scale da 0 a 10, l'interferenza del dolore sull'umore, sulla deambulazione, su altre attività fisiche, sul lavoro, relazioni con gli altri, sul sonno.

Vantaggi: rapido da somministrare, di facile compilazione da parte del paziente, inquadra in modo soddisfacente l'impatto del dolore sulla qualità della vita in quel momento.


Descrizione del dolore breve

Data: ___/___/___ Ora:

Nome: Cognome:

1. Nel corso della vita, ognuno di noi soffre di tanto in tanto di dolori, anche minori quali mal di testa, slogature, mal di denti; ha avuto oggi una forma di dolore diversa da quelle sopraelencate ?

1. SI 2. NO

2. Segnare nel diagramma sottostante le aree in cui è localizzato il dolore e porre una X nella zona in cui il dolore è più intenso.

Destra Sinistra Sinistra Destra

3. Cerchiare un numero da 0 a 10 per indicare l'intensità del dolore nella sua forma più acuta manifestatasi nell'arco delle ultime 24 ore

0 Assenza di dolore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolore nella forma più acuta

4. Cerchiare un numero da 0 a 10 per indicare l'intensità del dolore nella sua forma più lieve manifestatasi nelle ultime 24 ore.

0 Assenza di dolore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolore nella forma più acuta

5. Cerchiare un numero da 0 a 10 per indicare in media l'intensità del dolore

0 Assenza di dolore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolore nella forma più acuta

6. Cerchiare un numero da 0 a 10 per indicare l'attuale intensità del dolore.

0 Assenza di dolore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dolore nella forma più acuta

7. Di quali medicine sta facendo uso o quali cure sta ricevendo per il suo dolore?

8. Nelle ultime 24 ore quanto sollievo le è derivato da tali cure o da tali medicine? Cerchiare una delle seguenti percentuali.

0% Nessun sollievo 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Totale sollievo

9. Cerchiare un numero da 0 a 10 per indicare quanto il suo dolore ha interferito nelle ultime 24 ore

A. Attività generali
0 Nessuna interferenza 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferenza totale

B. Umore
0 Nessuna interferenza 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferenza totale

C. Attività motorie
0 Nessuna interferenza 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferenza totale

D. Lavori (incluso le attività esterne e quelle domestiche)
0 Nessuna interferenza 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferenza totale

E. Relazioni con gli altri individui
0 Nessuna interferenza 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferenza totale

F. Sonno
0 Nessuna interferenza 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferenza totale

G. Divertimenti
0 Nessuna interferenza 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferenza totale

Figura 2: Brief Pain Inventory

L'età pediatrica

La valutazione del dolore in età pediatrica pone una serie di problematiche estremamente complesse

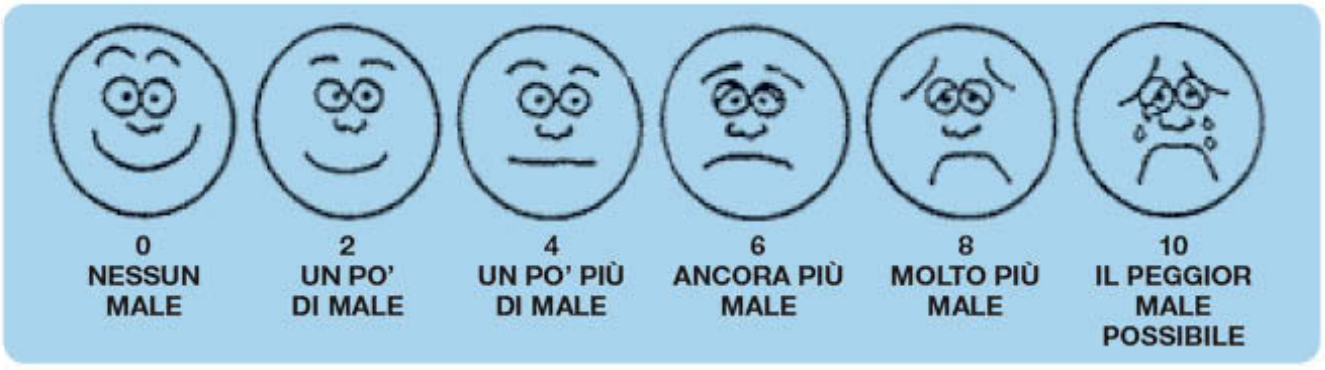


Figura 3: Scala Wong-Baker Faces

che hanno contribuito ad incrementare il ritardo delle conoscenze relative alle modalità di valutazione e misurazione del dolore nel neonato e nel bambino.

Per i bambini al di sotto di un anno (età preverbale) ci si potrà basare su indici comportamentali (pianto, consolabilità, espressioni del volto, attività e posizione delle gambe) [8].

Nel bambino al di sopra dei 3 anni la scala Wong-Baker Faces (Figura 3) è la più indicata, il bambino indica la faccia che corrisponde al dolore che prova in quel momento.

A partire dai 18 mesi i bambini sono in grado di esprimere verbalmente il proprio dolore ricorrendo a semplici espressioni.

Dal 3° anno localizzano la sede del dolore

Dal 4° anno sono capaci di esprimere l'intensità del dolore (molto/poco) per cui può essere effettuata la misura della componente soggettiva.

In età scolare sono molto più accurati nel descrivere l'intensità, la qualità e la localizzazione.

Solo da 7 anni in poi cominciano ad utilizzare parole che contemplino anche la componente affettiva del dolore.

Dall'adolescenza in poi è possibile somministrare un questionario.

Nonostante tutte le incertezze e le difficoltà è molto importante quantificare il dolore nel bambino, soprattutto quando la sua presenza è presumibile (traumi, interventi chirurgici,neoplasie ecc.), in modo da attuare una terapia senza eccessi, ma anche senza carenze.

Il paziente oncologico

Durante la fase avanzata o terminale della patologia neoplastica il dolore è il sintomo predominante e il più persistente. Accanto al dolore propriamente nocicettivo, che ha una precisa causa organica, numerosi sono i fattori psicologici e affettivi che aggravano e alimentano il dolore di questi pazienti. In accordo con gli orientamenti internazionali, una corretta valutazione in ambito oncologico indaga quattro dimensioni preminenti:

- lo **stato funzionale**, riferito all'abilità nel soddisfare i bisogni personali, le ambizioni, il ruolo sociale;
- lo **stato fisico**, riferito alla propria percezione della malattia, dovuto alla combinazione tra sintomi del cancro, effetti collaterali del trattamento e condizioni fisiche generali;
- lo **stato psicologico**, direzione positiva di benessere o negativa di disagio, il vissuto relativo alla propria immagine corporea e alle sue modificazioni, il livello di ansia, la componente depressiva ecc.;
- lo **stato sociale**, riferito al mantenimento della propria immagine sociale, al ruolo in campo del lavoro o familiare, al mantenimento di interessi.

In pazienti affetti da malattia oncologica, accanto alla misurazione del dolore, è prassi valutare anche il cosiddetto "performance status", che contribuisce in modo significativo a guidarci nelle scelte terapeutiche.

La SCALA di KARNOFSKY e BURCHENAL (Fig. 4), è la più usata, per la valutazione dell'inabilità di pazienti affetti da neoplasie e della necessità di assistenza sanitaria.

IL PAZIENTE ANZIANO O CON COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE

presenta spesso un rischio di sottovalutazione e quindi insufficiente trattamento del dolore.

Il dolore è un fenomeno soggettivo, pertanto i metodi che permettono una valutazione più accurata sono quelli che prevedono che sia il paziente stesso a quantificare verbalmente il suo dolore [9,10], però, a causa del verificarsi di situazioni cliniche in cui le funzioni cognitive o la capacità di comunicare sono compromesse i suddetti metodi non sono applicabili.

Cristoph nel 1991[11] affermava che non esistono sintomi assoluti della presenza del dolore. Nonostante questo, è necessario individuare un certo numero di indicatori comportamentali e fisiologici correlabili con l'intensità del dolore stesso.

I metodi utilizzati più frequentemente sono:

- La valutazione dei parametri fisiologici (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, frequenza respiratoria[12],

K: 100%:	paziente in salute
K: 90%:	paziente con segni e sintomi tali da svolgere un'attività lavorativa normale
K: 80%:	paziente svolge attività normale con fatica
K: 70%:	paziente incapace di lavorare, può badare a se stesso
K: 60%:	paziente incapace di lavorare, richiede assistenza per camminare
K: 50%:	paziente richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata
K: 40%:	paziente inabile; richiede cure continue, allettato per più del 50%del giorno
K: 30%:	paziente con indicazioni al ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso
K: 20%:	paziente con gravi compromissioni di funzioni di organi una o più irreversibili
K: 10%:	paziente moribondo

Figura 4: Scala di Karnofsky e Burchenal

agitazione, lacrimazione, dilatazione pupillare, sudorazione [13])

- La valutazione di comportamenti (espressioni della faccia, vocalizzazioni e agitazione [14])

Dalla letteratura emerge che un'integrazione delle valutazioni comportamentali e dei parametri fisiologici può costituire un valido strumento per la valutazione del dolore nel paziente che non può comunicare.

Talvolta ci può essere il rischio di una sovrabbondanza di dati che risulterebbe fine a se stessa rischiando di ridurre la motivazione del paziente e dell'operatore sanitario.

L'esame obiettivo e gli esami strumentali completeranno la valutazione e permetteranno di intraprendere un percorso terapeutico in grado di lenire la sofferenza dei nostri malati, recuperandoli così a una vita attiva e/o lavorativa il più vicino possibile alla normalità, incidendo positivamente anche sui costi sociali della malattia.

Riferimenti bibliografici e normativi

1. Legge 38/2010 G.U. n.65 19 marzo 2010
2. Landi F, Onder G, Cesari M et al. *Pain management in frail, community-living elderly patients*. Archives of Internal Medicine 2001;161: 2721-24
3. Faries JE, Mills DS, Goldsmith KW, Phillips KD, Orr J. *Systematic pain records and their impact on pain control*. Cancer Nurs 1991;14:306-13.
4. **de Rond ME, de Wit R, van Dam FS, Muller MJ.**A *Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics* **Pain.** 2000 Dec 15;89(1):25-38.
5. Bonica's - Trattamento del dolore" 2002 ANTONIO DELFINO EDITORE *medicina-scienze*
6. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major Properties and scoring methods. Pain 1975; 1: 277-299
7. **Cleeland CS, Ryan KM.**. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. **Ann Acad Med Singapore.** 1994 Mar;23(2):129-38
8. Pubblicazione del Ministero della Salute: Il dolore cronico in Medicina Generale *Value Relations International 2010* http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1257_allegato.pdf
9. McQuire DB 1984 The measurement of clinical pain. Nursing Research 33: 152–156
10. Cheever KH 1999 Reducing the effects of acute pain in critically ill patients. Dimensions of Critical Care Nursing 18: 14–23
11. Christoph SB 1991 Pain assessment: the problem of pain in the critically ill patient. Critical Care Clinics of North America 3: 11–16
12. Ganong WF. Review of medical physiology. 12th ed. Los Altos (CA): Lange Medical Publications; 1985.
13. Rawal N, Tandon B. Epidural and intrathecal morphine in intensive care units. Intensive Care Med 1985;11:129-33
14. 22. Prkachin KM. The consistency of facial expressions of pain: a comparison across modalities. Pain 1992;51:297-306.

Valutazione dei fabbisogni delle professioni sanitarie

Giovanni Leonardi – Direttore Generale Risorse Umane e Professioni Sanitarie - Ministero della Salute
Annalisa Malgieri – Specialista statistico - informatico - Ministero della Salute

La definizione del fabbisogno di personale è da sempre una questione che riveste un ruolo di primaria importanza in termini di programmazione in tutti i settori occupazionali, soprattutto in un'epoca fortemente evolutiva in cui la pianificazione è un *must* per poter gestire al meglio le risorse disponibili.

In particolare, la determinazione del fabbisogno assume un significato ancor più cruciale quando concerne quelle professioni il cui esercizio impatta direttamente sui cittadini, in campi quali il Sociale e la Salute.

In questo contesto si innesta la questione della valutazione del fabbisogno delle Professioni Sanitarie che nel sistema Italiano si interconnette al percorso formativo universitario concorrendo alla definizione degli accessi ai corsi di laurea che per tali Professioni sono a numero limitato.

E' noto, infatti, che alle 22 Professione Sanitarie riconosciute tramite Decreti del Ministero della Salute corrisponde un corso di laurea triennale, alle cinque classi di raggruppamento delle stesse individuate dal D.M. del 29 marzo 2001 altrettanti corsi di laurea specialistica, nonché, ovviamente, le lauree a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, Medicina Veterinaria ed Odontoiatria e protesi dentaria formano i corrispondenti professionisti sanitari.

A regolamentare il processo di definizione del fabbisogno di personale sanitario è intervenuto il D.lgs. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni che all'articolo 6 ter prevede che entro il 30 aprile di ciascun anno il Ministro della Salute, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e le Federazioni nazionali degli Ordini e Collegi professionali interessati, determini con uno o più decreti il fabbisogno per il Servizio Sanitario Nazionale, anche suddiviso per regioni, in ordine ai medici chirurghi, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, nonché al personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione ai soli fini della programmazione da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica degli accessi ai corsi di diploma di laurea, alle scuole di formazione specialistica e ai corsi di diploma universitario.

> "Il Ministero della Salute deve svolgere l'analisi di coerenza delle stime prospettate dai diversi soggetti istituzionali"

A tal fine, l'art. 6 ter del D.lgs 502/92 individua anche le variabili delle quali occorre tener conto nella determinazione del suddetto fabbisogno:

- livelli essenziali di assistenza ed obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;
- modelli organizzativi dei servizi;
- offerta di lavoro;
- domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa.

Essendo attivamente coinvolte nel processo di definizione delle stime, le Regioni e Province autonome determinano autonomamente il fabbisogno di personale, tenendo conto dei sopra citati fattori calati sulle specifiche realtà locali.

Nello scenario attuale, il Ministero della Salute non solo ha funzione di raccordo dei dati pervenuti dalle Regioni e P.A. e dalle Federazioni/Associazioni rappresentative delle professioni sanitarie e mediche, ma soprattutto riveste un ruolo determinante nel condurre l'indispensabile analisi di coerenza delle stime rappresentate dai diversi attori coinvolti nel processo di rilevazione .

Dall'esperienza maturata in questi anni, infatti, sono emerse alcune criticità legate proprio alla numerosità ed alla eterogeneità dei soggetti tenuti, in base al D.lgs. 502 del 1992, alla determinazione del fabbisogno. Un dubbio interpretativo nasce dalla stessa normativa che letteralmente cita il Servizio Sanitario Nazionale come target per l'individuazione delle necessità di personale. Tuttavia, essendo il fabbisogno correlato al sistema formativo universitario tramite il meccanismo di definizioni degli accessi, non si può prescindere dal considerare che i laureati dei corsi di laurea delle professioni sanitarie sono dei professionisti che si rivolgono al mercato del lavoro indipendentemente dal settore di impiego e questo vale ancor di più per le professioni non tipicamente impiegate nel SSN come ad esempio il Podologo o l'Audioprotesista i cui sbocchi lavorativi riguardano principalmente il settore privato.

E' chiaro che in questo contesto, un fabbisogno nullo espresso da una Regione per una specifica professione

per il solo SSR, a fronte di una necessità oggettiva di tale professionalità per la collettività, che si traduca in zero posti disponibili per l'accesso al corrispondente corso di laurea, rischia di creare disagi per il sistema sanitario nel suo complesso.


photoCD@fotolia

Un ulteriore elemento di riflessione concerne quello che sono le variabile che entrano nel computo del fabbisogno regionale. Come già menzionato, i fattori determinanti elencati dalla norma, dovrebbero costituire il denominatore comune tra le Regioni e Province autonome per la definizione del proprio fabbisogno formativo. Concretamente, la situazione è molto variegata sul territorio nazionale e ciò rende a volte i dati difficilmente confrontabili.

A prescindere da quello che è il quadro dell'attuale iter processuale di determinazione del esigenze di personale sanitario e delle corrispondenti criticità, come in tutte le valutazioni, quella del fabbisogno delle professioni sanitarie non può che partire da un'accurata analisi di scenario basata su dati oggettivi ed attendibili, possibilmente estrapolati da fonti ufficiali.

Occorre innanzitutto definire lo scenario socio-demografico nel quale la valutazione del fabbisogno si dovrebbe inserire. I dati relativi alla popolazione residente in un determinato territorio sono facilmente reperibili dalle statistiche ufficiali fornite dall'ISTAT, le stesse consentono il calcolo di utili indicatori che indubbiamente influenzano la domanda di salute della popolazione. Si possono menzionare, ad esempio, l'indice di vecchiaia, il tasso di fecondità, la speranza di vita alla nascita, la popolazione straniera residente, tutti elementi indispensabili per caratterizzare la popolazione locale.

Lo scenario demografico andrebbe poi calato sull'organizzazione dei servizi del Sistema sanitario regionale nel suo complesso in modo da pervenire alla determinazione di un numero "ideale" di operatori per ogni singola professione. A supporto di tale determinazione un ulteriore strumento fruibile è quello del benchmark internazionale sempre dedotto da fonti istituzionali (Eurostat, World Health Organization, OECD) a garanzia della qualità dei dati rappresentati. Tuttavia tali informazioni sono disponibili solo per alcune professioni (medici, infermieri, odontoiatri, fisioterapisti, ..) e non sempre per tutti i Paesi di interesse per lo studio. Inoltre, a volte non esiste una perfetta corrispondenza dei profili professionali tra i Paesi (anche all'interno della stessa Unione Europea) ed occorre prestare attenzione alle definizioni prima di confrontare le informazioni.

Una volta determinato, il numero ottimale di professionisti andrebbe comparato con quello degli operatori attivi sul territorio regionale/nazionale in modalità prospettica, ossia contemplando le uscite dal mercato del lavoro per pensionamenti ed altri motivi e gli ingressi dei nuovi professionisti (neo-laureati o in cerca di occupazione). Già su questo primo elemento di analisi si innesta un problema di non poco conto che è quello della carenza delle informazioni disponibili sui professionisti sanitari in Italia.

Infatti, ad oggi, solo per tre delle 22 professioni sanitarie esiste l'obbligo di iscrizione all'Albo per l'esercizio della professione. Ciò significa che solo per Infermieri, Ostetriche e Tecnici di radiologia medica è teoricamente possibile conoscere il numero esatto di operatori ed ottenere informazioni anagrafiche (come anno di nascita e collegio di iscrizione) che supportino la stima del fabbisogno. In realtà, limitatamente al Servizio Sanitario Nazionale, un valido supporto informativo è fornito dal Conto Annuale curato dall'IGOP – Ragioneria Generale dello Stato che censisce il personale a tempo indeterminato impiegato nel SSN, anche se se spesso i dati pubblicati sul rapporto non contemplano il livello di dettaglio desiderato. In generale, resta un grande gap informativo soprattutto per

le professioni che esercitano la propria attività lavorativa principalmente nel settore privato.

Pertanto, non solo è difficile ottenere un numero puntuale sui professionisti in età pensionabile, ma in generale sull'universo di operatori esercenti una determinata professione.

Di più facile accesso, invece, sono i dati relativi al personale in formazione ed ai laureati facilmente reperibili dai Database dell'Ufficio di Statistica del MIUR disponibili on-line. Anche l'indagine sulle forze lavoro dell'ISTAT fornisce informazioni utili per la definizione delle stime, soprattutto alla luce della nuova classificazione delle professioni proposta dell'Istituto che consente di scendere nel dettaglio del singolo profilo professionale.

In sintesi, un modello di stima ideale dovrebbe contemplare tutti gli elementi sopra menzionati tentando una standardizzazione dei dati tramite un algoritmo matematico del tipo:

$$Fabb_i = NOId_i - (NOPA_i - OPens_i + Laur_i + Disocc_i)$$

dove

Fabb$_i$ = fabbisogno della professione sanitaria *i*

NOId$_i$ = Numero ideale operatori della professione sanitaria *i* = *f(caratteristiche socio demografiche della popolazione, organizzazione dei servizi, benchmark internazionale)*

NOPA$_i$ = Numero operatori della professione sanitaria *i* professionalmente attivi

OPens$_i$ = Numero operatori della professione sanitaria *i* in età pensionabile

Laur$_i$ = Neolaureati al corso di laurea corrispondente alla professione sanitaria *i*

Disocc$_i$ = Numero operatori della professione sanitaria *i* in cerca di occupazione

Secondo rigore metodologico, il tutto dovrebbe essere proiettato a tre anni, essendo il fabbisogno correlato agli accessi ai corsi di laurea che regolarmente si concludono nell'arco di un triennio.

Analoghe considerazioni valgono, ovviamente, anche per il fabbisogno dei professionisti laureati dei corsi di laurea a ciclo unico per il quale, però, l'orizzonte temporale della programmazione deve necessariamente allargarsi a 5/6 anni a seconda della durata del percorso formativo.

Un cenno a parte è dovuto per la determinazione del fabbisogno delle specializzazioni mediche per le quali l'articolo 35 comma 1 del decreto legislativo 368 del 1999 stabilisce che, con cadenza triennale, entro il 30 giugno del terzo anno il Ministero della Salute, di concerto con quello dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica e con il Ministero del Tesoro, sentita la Conferenza permanente Stato - Regioni, determini il numero globale degli specialisti da formare annualmente per ciascuna tipologia di specializzazione, tenuto conto delle esigenze di programmazione delle Regioni e delle Province Autonome con riferimento alle attività del Servizio Sanitario Nazionale.



Cristiano Pugno@photoxpress

Inoltre, il decreto prevede che il Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica, acquisito il parere del Ministro della sanita', determini il numero dei posti da assegnare a ciascuna scuola di specializzazione accreditata ai sensi dell'articolo 43, tenuto conto della capacità ricettiva e del volume assistenziale delle strutture sanitarie inserite nella rete formativa della scuola stessa.

Dunque, in questo caso la normativa individua delle variabili che intervengono non nella determinazione del fabbisogno di medici per specialità, ma nella fase successiva di ripartizione dei contratti di formazione specialistica tra le varie discipline.

In linea generale anche per le specializzazioni mediche valgono le considerazioni già fatte per le professioni sanitarie ma sono doverose alcune precisazioni.

La prima concerne il peso del fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale rispetto al fabbisogno complessivo di Medici specializzati. Senz'altro, nel caso dei Medici specialisti, le esigenze del Servizio Sanitario Nazionale sono prioritarie rispetto a quelle del settore privato anche in considerazione del fatto che, diversamente dalle professioni sanitarie, non esistono specializzazioni i cui sbocchi lavorativi contemplino solo la libera professione. Inoltre, le attuali disponibilità di bilancio dello Stato consentono di finanziare un numero di contratti che è appena sufficiente a garantire il ricambio generazionale nel SSN.

> "Anche per determinare il fabbisogno di specializzazioni mediche vi sono diverse criticità"

Un'altra considerazione va fatta sull'analisi di scenario che a maggior ragione in questo caso deve tener conto dello stato di salute della popolazione valutando le patologie emergenti e prevalenti nonché la normativa vigente che, a volte, individua specifiche figure professionali per determinati fini (vedi la Legge n.38 del 2010 sulla terapia del dolore che individua tra le altre, Anestesisti, Oncologi, Geriatri come figure di riferimento per le cure palliative).

Resta confermata anche per i medici la difficoltà a reperire informazioni puntuali ed attendibili, in particolare, sul titolo di specializzazione posseduto. Infatti, l'obbligatorietà dell'iscrizione all'ordine dei medici per l'esercizio della professione non include l'obbligo per i professionisti della annotazione dell'eventuale titolo di specializzazione. Non sono, inoltre, rari i casi di medici in possesso di più titoli di specializzazione ed è, pertanto, difficoltoso ottenere tali dati a titolo gratuito soprattutto per i medici che esercitano esclusivamente la libera professione o siano dipendenti di strutture private.

Limitatamente al Servizio Sanitario Nazionale, un passo avanti in questo senso, è stato ottenuto con l'introduzione nel Conto Annuale dell'IGOP della tabella 1F che rileva il personale a tempo indeterminato con profilo di dirigente medico impiegato presso Aziende Unità Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, I.R.C.C.S. e Policlinici Universitari distinto per disciplina in base al servizio (ospedaliero o territoriale) di appartenenza. La tabella, introdotta per la prima volta con la rilevazione relativa all'anno 2007, presenta ad oggi, ancora qualche criticità, a partire da una percentuale di dati mancanti che si aggira intorno all'8%. Resta inoltre elevata (pari a circa 14%) la quota di Medici classificati nelle voci "Altre specializzazioni" e "Senza specializzazione" introdotte nella tabella per la quadratura dei totali. Tuttavia, al di là di tali considerazioni, si può senza dubbio affermare che attualmente la tabella 1F fornisce una valida proxy della distribuzione dei Medici del SSN per specializzazione e rappresenta l'unica fonte ufficiale a cui fare riferimento per la stima del fabbisogno di medici specialisti. Inoltre, grazie ad alcuni controlli di coerenza introdotti con il Conto Annuale 2010, i dati rilevati dovrebbero risultare sempre più consistenti ed attendibili e, pertanto, la tabella 1F sempre più completa e fruibile.

In conclusione, la valutazione del fabbisogno delle professioni sanitarie potrebbe, in linea teorica, seguire una procedura di determinazione standardizzabile, anche se le variabili in gioco andrebbero senz'altro considerate in ragione del territorio di riferimento. Tuttavia, nel contesto attuale, le carenze informative non supportano la proposizione di un modello di stima univoco per tutte le professioni sanitarie e le diverse metodologie adottate dalle Regioni e Province Autonome non permettono, al momento, di pervenire ad una griglia condivisa di criteri ed indicatori per la determinazione delle esigenze di personale sanitario di ogni singola realtà locale.



Documentazione

Delibera n.114/10 della Commissione per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche



Rafa Irusta@fotolia

Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche

DELIBERA n. 114/2010

Indicazioni applicative ai fini della adozione del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* (articolo 30, comma 3, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150)

approvata nella seduta del 10 novembre 2010

Premessa

Il Sistema di misurazione e valutazione della *performance*, sia organizzativa sia individuale, che ogni amministrazione deve adottare, ai sensi dell'art. 30, comma 3, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 deve essere operativo a decorrere dal 1° gennaio 2011.

Muovendo dall'analisi dei documenti relativi ai Sistemi trasmessi dagli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) alla Commissione, come richiesto nella delibera n. 104/2010, si forniscono ulteriori indicazioni applicative necessarie per assicurare la conformità dei Sistemi a quanto previsto nel decreto e nelle delibere nn. 89 e 104 del 2010 di questa Commissione, nonché la loro correttezza da un punto di vista metodologico.

La presente delibera non fornisce indicazioni articolate per singola amministrazione, ma individua problematiche e criticità emerse dall'analisi dei suddetti documenti, indicando i requisiti minimi relativi ai Sistemi di misurazione dalla *performance* individuale e richiamando quelli relativi ai Sistemi di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa (contenuti nella delibera n. 89/2010). Sono, infine, formulate indicazioni finali relative all'adozione del Sistema stesso. La Commissione si riserva, in ogni caso, di segnalare alle singole amministrazioni le eventuali specifiche criticità di maggior rilievo.

INDICE

1. Analisi dei documenti trasmessi dalle amministrazioni (delibera n. 104/2010)... 4

1.1. Criticità relative al processo generale 4

1.2. Criticità relative alla *performance* organizzativa 4

1.3. Criticità relative alla *performance* individuale 5

2. Indirizzi relativi al Sistema di misurazione e valutazione della *performance* individuale 8

2.1. Requisiti minimi del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* individuale 8

2.2. Richiamo ai requisiti minimi del Sistema di misurazione della *performance* organizzativa 12

3. Indicazioni finali per l'adozione del Sistema 13

1. Analisi dei documenti trasmessi dalle amministrazioni (delibera n. 104/2010)

1.1. Criticità relative al processo generale

La presente analisi muove dai documenti sui Sistemi di misurazione e valutazione della *performance* trasmessi dalle amministrazioni in ottemperanza agli indirizzi contenuti nella delibera n. 104/2010. Tali documenti si riferiscono ad un totale di 51 amministrazioni di cui 13 ministeri e 38 enti pubblici nazionali[1].
Ad una prima evidenza, mentre alcuni documenti risultano essere una semplice descrizione della situazione esistente (in alcuni casi si tratta dichiaratamente di un primo documento in bozza) e/o degli strumenti che si intendono adottare, altri sono stati già adottati con atto formale e presentano una struttura molto più rigorosa. Questo ha comportato inevitabili difficoltà di analisi, in quanto, molto spesso, soprattutto su alcuni aspetti più operativi, i documenti si limitano a citazioni più o meno dettagliate di elementi che si intendono introdurre nel Sistema di misurazione e valutazione, senza fornire elementi che sarebbero utili per comprendere l'effettiva adeguatezza delle soluzioni adottate.

Tabella 1: Criticità relative al processo generale

Aspetto valutato	Criticità rilevate
Definizione dei ruoli e delle responsabilità	La descrizione è abbastanza completa nei documenti di tutte le amministrazioni (soprattutto per i ministeri). Non sempre sono esplicitati i ruoli nell'ambito del processo di valutazione.
Definizione della tempistica interna di processo	Non sempre si hanno indicazioni in merito alle tempistiche che consentiranno alle amministrazioni di rispettare le scadenze previste. Molto spesso la tempistica riportata coincide semplicemente con il rispetto degli adempimenti previsti dalle varie normative vigenti. Solo un numero ridotto di amministrazioni descrive la tempistica per la realizzazione di un monitoraggio intermedio.
Descrizione delle modalità di definizione degli obiettivi, indicatori e *target*	Il processo di definizione degli obiettivi viene correttamente esplicitato solo da un numero piuttosto ridotto di amministrazioni. I riferimenti alla condivisione sono spesso solo generici. In alcuni casi si fa riferimento alla "cascata" (*cascading)* degli obiettivi senza specificare il "come" essa avvenga.
Descrizione delle modalità di revisione di obiettivi, indicatori e *target*	Solo in pochissimi casi (qualche cenno in più nei ministeri) si riportano indicazioni concrete su questo aspetto.
Descrizione delle modalità di raccordo con i controlli esistenti (in particolare D. Lgs. n. 286/1999) e con il ciclo di programmazione economico/finanziaria	La maggior parte dei documenti contiene un calendario della programmazione. Alcuni documenti necessitano di approfondimento con riferimento: all'interazione tra gli uffici che svolgono i controlli e l'OIV ai fini dello scambio delle informazioni rilevanti per il monitoraggio; alle modalità di attuazione della rilevata necessità di instaurare il coordinamento tra i documenti di bilancio ed il Piano della *performance*.

1.2. Criticità relative alla *performance* organizzativa

Dall'analisi dei documenti, relativamente alla misurazione e valutazione della *performance* organizzativa, emergono le criticità di seguito riportate.
La maggior parte dei ministeri descrive un processo il cui risultato finale è la redazione della direttiva annuale. Quando è richiamato il Piano della *performance* si riferisce, in alcune ipotesi, che il Piano contiene gli obiettivi di tutte le direttive in precedenza emanate (direttiva ministeriale, direttiva dei Centri di Responsabilità Amministrativa per l'assegnazione di risorse e obiettivi ai

[1] Sono stati analizzati solo i documenti relativi alle amministrazioni tenute ad adottare il primo documento relativo al Sistema entro il 30 settembre 2010 (ministeri, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, gli enti pubblici non economici nazionali e le agenzie di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, con esclusione dell'Agenzia del Demanio). Nel complesso i documenti pervenuti sono 65.

dirigenti di prima fascia e direttiva con la quale i dirigenti di prima fascia enunciano gli obiettivi della propria unità organizzativa).
Un aspetto positivo rilevato nell'analisi dei documenti relativi ad alcuni enti è che il Piano della *performance*, oltre alla missione e visione dell'amministrazione, include i piani strategici ed operativi. Un ulteriore aspetto positivo, rilevato presso alcuni ministeri, è l'introduzione di un orizzonte triennale per l'atto di indirizzo del Ministro al fine di migliorare il processo di pianificazione strategica.

Tabella 2: Criticità relative alla *performance* organizzativa

Aspetto valutato	Criticità rilevate
Individuazione di aree strategiche	Alcune amministrazioni hanno individuato, nell'ambito del Sistema, le aree strategiche. In rari casi, in un'ottica di maturità secondo quanto illustrato nella delibera n. 89/2010, si è già intrapreso il percorso verso la definizione di mappe strategiche.
Presenza di schede indicatori	Solo in pochi casi è prevista l'adozione di schede *ad hoc* per la definizione degli indicatori da utilizzare. Anche quando ne viene citato l'utilizzo, nella maggior parte delle ipotesi non viene allegato un esempio concreto. Si consiglia di conformarsi, almeno per gli obiettivi strategici, alle schede riportate nella delibera n. 89/2010.
Presenza tabelle di *test* per indicatori e *target*	È un aspetto che, allo stato attuale, è preso in considerazione solo da un numero limitato di amministrazioni. Si consiglia di conformarsi, almeno per gli obiettivi strategici, alle schede riportate nella delibera n. 89/2010.
Presenza di strumenti di misurazione della *performance*	L'adozione di modelli di riferimento tipo CAF, BSC, etc. è più diffusa negli enti. In alcuni casi si registra però una sovrapposizione tra BSC (si veda la delibera n. 89/2010) e i macroambiti riportati nella delibera n. 104/2010 oppure con il CAF/EFQM: più in generale, vengono spesso uniti tra loro elementi diversi di modelli diversi senza un'evidente logica di collegamento. Occorre pertanto fare chiarezza nell'utilizzo di una metodologia o l'altra. Inoltre, vi è l'impressione che alcune amministrazioni abbiano erroneamente interpretato come vincolante la scelta di uno dei modelli proposti.
Ambiti del Sistema di misurazione: *outcome*	La specifica attenzione all'*outcome* dell'amministrazione non è diffusa come dovrebbe (in un sostanziale equilibrio fra ministeri ed altri enti). Inoltre, in molti casi, i documenti esaminati si limitano ad una mera citazione del concetto, senza indicazioni concrete su quali siano gli impatti e su come si intenda misurarli.
Ambiti del Sistema di misurazione: *customer satisfaction*	È un profilo più sviluppato presso gli enti che presso i ministeri, anche se spesso i documenti esaminati si limitano a "dichiarazioni d'intenti", senza una vera descrizione delle modalità operative che si intendono adottare.
Ambiti del Sistema di misurazione: considerazioni generali	Spesso gli ambiti riportati nell'articolo 8 del D. Lgs. n. 150/2009 sono solo citati, senza far riferimento alle modalità grazie alle quali entreranno a far parte del Sistema che si vuole adottare.
Supporto informativo da parte del controllo di gestione	Le maggiori carenze su questo fronte si registrano fra gli enti (anche perché alcuni, di ridotte dimensioni, non dispongono, ad oggi, di un Sistema di controllo di gestione). In molti casi tale supporto informativo, comunque intuibile, non è esplicitato per quanto concerne meccanismi e contenuti.
Esplicitazione delle modalità di coinvolgimento degli *stakeholder*	Poco presente nei documenti dei ministeri. Qualche riscontro positivo nell'ambito dei documenti degli enti ("favoriti" dal contatto più diretto che spesso hanno con alcuni *stakeholder*). In molti casi non vengono nemmeno individuati/elencati i potenziali *stakeholder* delle attività dell'amministrazione. Va ricordato, al riguardo, che gli *stakeholder* non sono solo i cittadini destinatari di un servizio pubblico, ma anche gli stessi dipendenti dell'amministrazione, i fornitori, etc.

1.3. Criticità relative alla *performance* individuale

Dall'analisi dei documenti, relativamente alla misurazione e valutazione *performance* individuale, emergono le criticità di seguito riportate.

Tabella 3: criticità relative alla *performance* individuale

Aspetto valutato	Criticità rilevate
Distinzione dei criteri tra personale dirigente e non dirigente	Qualche amministrazione, soprattutto fra gli enti, non fa distinzioni tra misurazione e valutazione della *performance* del personale dirigente e non dirigente, contrariamente a quanto previsto dall'articolo 9, commi 1 e 2, del D. Lgs. n. 150/2009. In alcuni casi, si arriva ad affermare esplicitamente di voler utilizzare gli stessi criteri per tutto il personale

Aspetto valutato	Criticità rilevate
	(salvo poi fare descrizioni differenziate, in contraddizione con quanto dichiarato nella premessa generale). Alcuni ministeri manifestano l'intenzione di voler "progettare" il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* del personale non dirigente. In altri casi, manca un Sistema per il personale non dirigente, ma si afferma semplicemente che i dirigenti provvederanno ad effettuare valutazioni differenziate. Con riferimento agli enti di ricerca, la Commissione, nella delibera n. 37/2010, ha chiarito che le funzioni di misurazione e valutazione che l'OIV degli enti di ricerca è chiamato a svolgere ai sensi dell'articolo 7 del D. Lgs. n. 150/2009 non riguardano, in attesa del decreto previsto dall'articolo 74, comma 4, del decreto, i ricercatori ed i tecnologi, salvo per quanto attiene alle attività amministrative e di gestione svolte dai medesimi. Pertanto, successivamente all'adozione del citato decreto, il sistema di misurazione e valutazione della *performance* sarà oggetto delle conseguenti modifiche, in modo da comprendere anche la valutazione del richiamato personale. Ciò non costituisce, quindi, elemento ostativo per l'attuale adozione del Sistema. Inoltre, se si prevede di effettuare una valutazione multipla per gli individui che effettuano sia attività amministrativa che di ricerca, occorre esplicitare le modalità con cui tali valutazioni verranno combinate (un ente, in particolare, propone una misurazione da parte dell'OIV dell'efficienza dei progetti, legata soprattutto ai costi, mentre la misurazione dell'impatto spetterebbe al Nucleo di valutazione deputato alla valutazione dell'attività di ricerca).
Distinzione dei criteri per i dirigenti di vertice (Capo Dipartimento/Segretario generale/Direttore generale)	È una distinzione presente nei documenti dei ministeri, assai meno in quelli degli enti (dove, anche in virtù delle dimensioni spesso ridotte, il numero dei dirigenti apicali è limitato ad uno).
Dizionario delle competenze	Il dizionario delle competenze formulato come lista di comportamenti è presente nella quasi totalità dei ministeri, molto meno negli enti. Occorrerebbe valutare se alcune liste, molto ridotte, siano effettivamente sufficienti per una valutazione efficace. In alcuni casi, viene definito un insieme "fisso" di comportamenti associato in maniera indistinta ad ogni individuo, senza possibilità di adeguarlo rispetto agli obiettivi che si intendono perseguire. Solo in rari casi, in ottica di maturazione del sistema, si introducono già le competenze intese come conoscenze, capacità e attitudini.
Adozione di scale di valutazione	Si registra una maggiore presenza dello strumento nei ministeri rispetto a quanto accade negli enti. Spesso le scale sono incomplete in quanto riportate, allo stato, solo per alcuni aspetti della valutazione.
Definizione di un sistema di pesi e procedure per il calcolo di punteggi sintetici individuali	Mediamente più presente nei ministeri, meno negli enti. In alcuni casi, i documenti si limitano a prevederne esplicitamente l'utilizzo senza però fornire dettagli in merito.
Presenza di schede di valutazione	Le schede di valutazione sono previste esplicitamente solo dalla metà delle amministrazioni considerate. Le schede obiettivo di alcune amministrazioni per il personale non dirigente sono troppo semplificate, prevedendo obiettivi senza indicatori, né *target*, ma solo scale di valutazione. Analoga considerazione viene in rilievo anche a livello organizzativo. In generale, l'utilizzo delle schede è quasi sempre previsto (almeno per i dirigenti), ma solo in un numero ridotto di casi vengono forniti esempi tali da poter valutare l'effettiva adeguatezza e coerenza dello strumento.
Definizione di modalità di raccolta dei dati per la valutazione	La valutazione della *performance* individuale, nel sistema delle leggi, è impostata secondo un approccio di tipo gerarchico. Come già l'evidenza di alcune amministrazioni ha fatto emergere, è utile prevedere, in ottica di maturità, forme di raccolta dei dati da utilizzare per la valutazione, anche di provenienza diversa (es. autovalutazione, *stakeholder* esterni, ecc.).
Descrizione delle modalità di comunicazione dei risultati	Gran parte dei Sistemi (soprattutto dei ministeri, meno degli enti) prevedono, a livello di processo, una fase di incontro fra valutati e valutatori per comunicare e commentare i risultati e chiudere il processo valutativo. Tuttavia, mancano spesso dettagli operativi sugli effettivi strumenti e modalità di comunicazione. Non mancano, comunque, amministrazioni in cui non è prevista esplicitamente alcuna forma di comunicazione in tal senso.
Descrizione di piani di miglioramento individuali	È un aspetto ignorato dalla maggioranza delle amministrazioni.

Aspetto valutato	Criticità rilevate
Definizione di indicatori quantitativi per valutare la capacità di differenziazione del giudizio	Benché si tratti di un aspetto previsto dal D. Lgs. n. 150/2009 (articolo 9, comma 1, lett. d), la quasi totalità delle amministrazioni non considera esplicitamente tale elemento nella valutazione dei dirigenti.
Presenza di descrittori condivisi per gli indicatori di carattere qualitativo	In molti casi, a fronte dell'introduzione di indicatori di carattere qualitativo, mancano indicazioni condivise a proposito dei descrittori e delle metriche utilizzate per la valutazione.
Differenziazione tra obiettivi individuali, di gruppo e organizzativi	Per il personale dirigente non viene quasi mai fatta una netta distinzione tra obiettivi organizzativi (articolo 9, comma 1, lett. a, del D. Lgs. n. 150/2009) e individuali (articolo 9, comma 1, lett. b, del D. Lgs. n. 150/2009), attribuendo un peso indistinto e non differenziato ai fini del calcolo del punteggio sintetico finale. Molti enti, soprattutto quelli di ricerca, per loro natura, presentano una gestione del lavoro (e del Sistema informativo a supporto) per progetti; tuttavia, pochi si riferiscono esplicitamente agli obiettivi di gruppo, tipologia adeguata a tale specificità. Alcune amministrazioni, in prevalenza ministeri, sembrano interpretare per gruppo la struttura di appartenenza dell'individuo, determinando, di fatto, una sostanziale coincidenza tra obiettivi di gruppo ed organizzativi. Occorre evidenziare che quest'ultimo aspetto, se collegato ad una mancata differenziazione tra obiettivi individuali del dirigente e obiettivi organizzativi, potrebbe condurre ad un "ribaltamento" sul personale non dirigente anche degli obiettivi individuali del dirigente stesso, contrariamente a quanto previsto dall'articolo 9, comma 2, del D. Lgs. n. 150/2009.
Criterio delle giornate di presenza ai fini della valutazione della *performance*	Vi è un utilizzo diffuso da parte dei ministeri, ma non degli enti, del coefficiente di presenza per la valutazione del punteggio sintetico individuale del personale non dirigente. Si evidenzia che il criterio delle giornate di presenza (o coefficiente di presenza) non può rappresentare, pur costituendone un prerequisito essenziale, l'unico criterio di valutazione della performance individuale del personale non dirigente, ma dovrebbe essere affiancato da altri criteri di tipo quantitativo e qualitativo (raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali, qualità del contributo assicurato alla *performance* dell'unità organizzativa di appartenenza, competenze dimostrate, comportamenti professionali e organizzativi – articolo 9, comma 2, lett. a e b, del D. Lgs. n. 150/2009). Occorre inoltre considerare che, al riguardo, l'articolo 9, comma 3, del D. Lgs. n. 150/2009 prevede che "nella valutazione di *performance* individuale non sono considerati i periodi di congedo di maternità, di paternità e parentale".
Collegamento con i sistemi incentivanti	Nel 50% dei documenti delle amministrazioni esaminate è previsto esplicitamente un collegamento fra esito della valutazione e sistemi incentivanti. Nella quasi totalità dei casi, tale collegamento ricomprende il meccanismo dei premi retributivi. Premesso che, all'esito della valutazione, dovrà essere assegnato un punteggio sintetico individuale, da utilizzarsi ai fini della redazione della graduatoria compilata dall'OIV, prevista dall'articolo 19 del D. Lgs. n. 150/2009, occorre anche individuare i criteri sulla base dei quali si prevede di effettuare la ripartizione dei premi all'interno delle fasce di merito in cui si articola la graduatoria ed individuare un criterio suppletivo per le ipotesi di parità di punteggio assegnato.
Procedure di conciliazione	Nei documenti di alcune amministrazioni (ministeri ed enti), il riesame della valutazione individuale previsto nell'ambito delle procedure di conciliazione è configurato secondo la logica del "ricorso gerarchico", mentre la decisione sull'istanza del valutato deve essere affidata ad un soggetto terzo ed imparziale nel rispetto dei principi indicati nella delibera n. 104/2010. Al riguardo, si richiamano le proposte formulate da altre amministrazioni che hanno assegnato tale competenza ad un collegio (in alcuni casi con componenti esterni all'amministrazione). Va escluso, tuttavia, che nell'ambito del collegio possa essere indicato un componente dell'OIV. L'articolo 14 del D. Lgs. n. 150/2009, infatti, non contempla tra le competenze dell'Organismo l'attività di conciliazione. Inoltre, una tale previsione comporterebbe che l'Organismo, chiamato in sede di prima applicazione a definire il Sistema, si trovi, in veste di organo di conciliazione, a riesaminare la valutazione contestata in applicazione dei criteri di valutazione dallo stesso individuati nel Sistema. Tale attività risulterebbe, quindi, in contrasto con la funzione assegnata all'OIV di garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi (articolo 14, comma 4, lett. d, del D. Lgs. n. 150/2009).

2. Indirizzi relativi al Sistema di misurazione e valutazione della *performance* individuale

Alla luce dell'analisi sopra esposta, si evidenziano di seguito gli elementi che, pur nella consapevolezza della necessaria gradualità dell'applicazione del ciclo della *performance*, devono comunque essere inseriti, già in questa fase, nei Sistemi di misurazione e valutazione della *performance*. Va rilevato, inoltre, che, ferma restando la valutazione individuale (si veda la delibera n. 111/2010), nel Sistema va precisato anche come operare il collegamento con i sistemi incentivanti, anche se nei limiti dell'operatività dell'articolo 19 del D. Lgs. n. 150/2009.

2.1. Requisiti minimi del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* individuale

Il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* individuale deve prevedere alcuni requisiti minimi, in relazione ai quali sono rese di seguito alcune indicazioni:

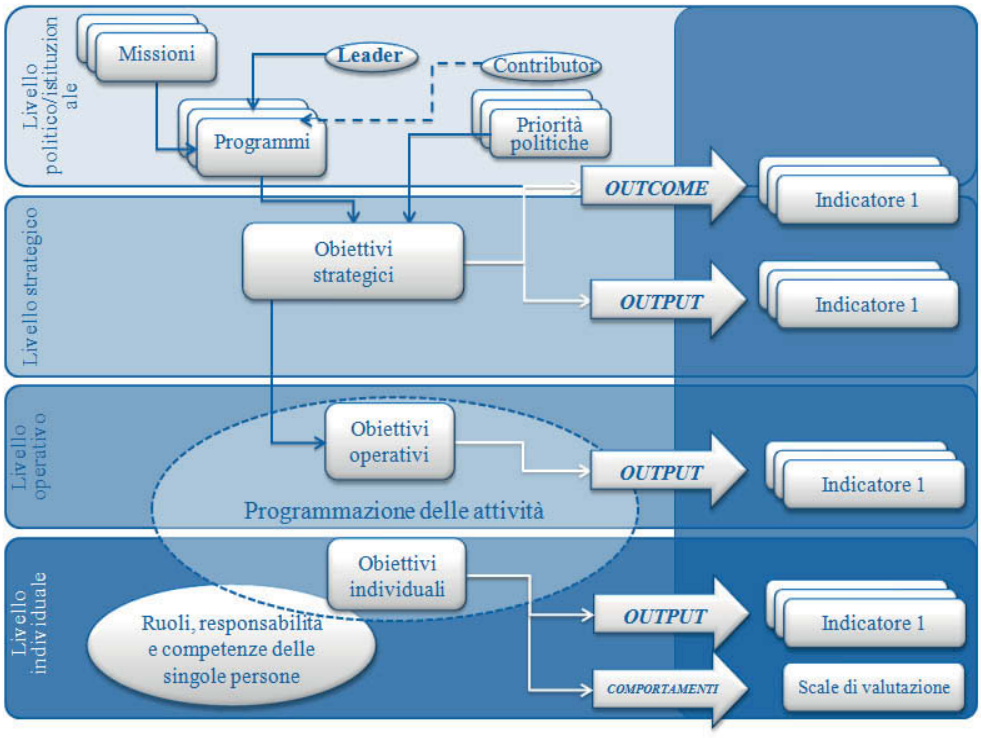
1. integrazione con il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa e specificazione di obiettivi individuali e/o di gruppo (articolo 9, comma 1, lett. b, e comma 2, lett. a, del D. Lgs. n. 150/2009) misurati tramite indicatori quantitativi e/o qualitativi;
2. caratteristiche distintive della proposta di valutazione dei dirigenti di vertice fatta dagli OIV (articolo 14, comma 4, lett. e, del D. Lgs. n. 150/2009);
3. dizionario generale delle competenze riguardante, per il personale dirigente, le competenze professionali e manageriali (articolo 9, comma 1, lett. c, del D. Lgs. n. 150/2009) e, per il personale non dirigente, le competenze professionali e organizzative (articolo 9, comma 2, lett. b, del D. Lgs. n. 150/2009);
4. numero massimo e minimo di obiettivi, relativi indicatori e competenze associabili ai singoli individui;
5. descrittori condivisi per gli indicatori di carattere qualitativo, scale, sistema di pesi, punteggi e relative procedure di calcolo, volte all'ottenimento di un punteggio sintetico finale per valutare il grado di raggiungimento dei *target* riferiti agli obiettivi e alle competenze;
6. fasi, tempi, modalità, soggetti e responsabilità del processo di misurazione e valutazione della *performance* individuale (articolo 7, comma 3, lett. a, del D. Lgs. n. 150/2009);
7. chiara esplicitazione degli indicatori quantitativi utilizzati per valutare la capacità di differenziazione dei giudizi da parte dei dirigenti nei confronti dei propri collaboratori (articolo 9, comma 1, lett. d, del D. Lgs. n. 150/2009);
8. descrizione delle modalità di comunicazione dei risultati ai valutati e delle procedure di conciliazione (articolo 7, comma 3, lett. b, del D. Lgs. n. 150/2009);
9. modalità di utilizzo delle informazioni risultanti dalla valutazione per lo sviluppo di piani di miglioramento individuale.

1. Integrazione con il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa

Come espressamente delineato nella delibera n. 89/2010, dagli obiettivi strategici discendono gli obiettivi di carattere operativo. Ciò che lega obiettivi di natura operativa agli individui è l'attività di programmazione, che permette di definire e assegnare risorse, tempistiche e responsabilità ai vari livelli organizzativi, gruppi di lavoro e singoli individui. In fase di programmazione delle attività, con riferimento alle risorse umane, è necessario, quindi, calibrare opportunamente le competenze delle singole professionalità rispetto agli obiettivi da perseguire.
Il processo di declinazione degli obiettivi, sia nel tempo (dagli obiettivi strategici di lungo periodo a quelli operativi di breve periodo), sia dai livelli organizzativi più elevati dell'amministrazione fino alle singole unità organizzative ed agli individui, viene comunemente definito "a cascata" (*cascading*). In linea generale, il meccanismo "a cascata" lega tra di loro i vari obiettivi secondo una

chiara e precisa relazione causale e non costituisce un mero schema di trascrizione di obiettivi sui diversi livelli temporali ed organizzativi.

Figura 1: Collegamento tra dimensione organizzativa e individuale



Alla luce di ciò occorre precisare che:

- la declinazione degli obiettivi strategici, ad esempio su tre anni, in obiettivi operativi annuali (si veda la delibera n. 89/2010) non è una mera trascrizione dell'obiettivo strategico su ciascun anno con relativo *target* annuale;
- la declinazione degli obiettivi dai livelli organizzativi più elevati fino alle singole unità organizzative (articolo 8 del D. Lgs. n. 150/2009) e agli individui (articolo 9 del D. Lgs. n. 150/2009) non è una mera trascrizione di obiettivi su tali livelli (potrebbe essere ammissibile nel caso di livelli organizzativi che effettuano principalmente una attività di coordinamento, ma non sui livelli che svolgono le attività correlate); inoltre, gli obiettivi assegnati ai responsabili delle unità organizzative gerarchicamente superiori non possono essere valutati solamente sulla base di una media legata agli obiettivi delle unità organizzative gerarchicamente sottostanti;
- la declinazione degli obiettivi sui diversi livelli organizzativi non necessariamente deve seguire logiche gerarchiche, ma può prevedere obiettivi di gruppo (articolo 9, comma 2, lett. a, del D. Lgs. n. 150/2009) trasversali all'organizzazione soprattutto per attività o progetti che richiedono la collaborazione tra i diversi soggetti e/o unità organizzative;
- gli obiettivi organizzativi prevedono indicatori legati principalmente ai risultati complessivi (articolo 9, comma 1, lett. a, del D. Lgs. n. 150/2009), mentre quelli individuali quantitativi (articolo 9, comma 1, lett. b, e articolo 2, lett. a, del D. Lgs. n. 150/2009) sono legati alle azioni specifiche dei singoli in maniera funzionale al raggiungimento dei *target* desiderati dall'organizzazione;
- gli obiettivi individuali qualitativi, da un lato, sono legati al ruolo; dall'altro lato, le competenze e la qualità del contributo (articolo 9, comma 1, lett. c e comma 2, lett. b, del D. Lgs. n. 150/2009) devono essere individuate in maniera dinamica e funzionale al raggiungimento dei *target* desiderati dall'organizzazione, analogamente a quanto succede

per gli obiettivi individuali quantitativi;
- la qualità del contributo assicurato (articolo 9, comma 1, lett. c, e comma 2, lett. b, del D. Lgs. n. 150/2009) può essere associata direttamente agli obiettivi individuali oppure alle competenze dell'individuo (in quanto l'orientamento alla qualità può costituire una dimensione di analisi);
- la declinazione degli obiettivi individuali deve essere distinta per i dirigenti e personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità ed il personale non dirigente (articolo 9, commi 1 e 2, del D. Lgs. n. 150/2009), in relazione, quindi, al diverso grado di responsabilità e funzioni;
- la differenziazione dei giudizi da parte di tutti i dirigenti nei confronti dei propri collaboratori (articolo 9, comma 1, lett. d, del D. Lgs. n. 150/2009) è una condizione necessaria per un corretto funzionamento dell'intero processo.

Tali considerazioni appaiono di notevole rilevanza, soprattutto alla luce del fatto che una delle più importanti novità introdotte dal D. Lgs. n. 150/2009 è costituita dall'orizzonte triennale di pianificazione che impone di rivedere tali meccanismi in un'ottica di lungo periodo, a differenza del passato dove l'attenzione era maggiormente concentrata sul breve periodo. Il carattere pluriennale del ciclo di gestione della *performance* previsto dal decreto facilita, inoltre, l'integrazione e la coerenza tra gli obiettivi annuali dei dirigenti e quelli di lungo periodo legati agli incarichi, ai sensi dell'articolo 19, comma 2, del decreto legislativo n. 165/2001.

2. Proposta di valutazione dei dirigenti di vertice fatta dagli OIV

Poiché gli OIV effettuano una proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice (articolo 14, comma 4, lett. e del D. Lgs. n. 150/2009), i quali presentano caratteristiche peculiari legate al loro ruolo, occorre evidenziare in quali elementi tale proposta si discosta dalla metodologia adottata per il restante personale dell'amministrazione.

3. Dizionario delle competenze

In fase di introduzione e sviluppo dei Sistemi di misurazione e valutazione della *performance* individuale, il dizionario delle competenze può concentrarsi semplicemente sui comportamenti attesi. In successive fasi evolutive, deve considerare le determinanti dei comportamenti stessi, ovvero conoscenze, capacità e attitudini. L'adozione di un dizionario delle competenze è un passo necessario al fine di rendere la metodologia di valutazione dei comportamenti manifestati dall'individuo il più possibile basata su criteri condivisi e omogenei. Inoltre, da un lato, il dizionario delle competenze facilita l'attività del valutatore che dovrà scegliere, tra un insieme predefinito di competenze (o, in fase iniziale, di comportamenti attesi), quelle più idonee per valutare il singolo individuo; dall'altro, quest'ultimo avrà la possibilità di essere valutato sulla base di un insieme di voci comuni a tutti gli altri individui appartenenti all'amministrazione. Il dizionario delle competenze dovrà comprendere le voci riguardanti le competenze professionali, manageriali o organizzative a seconda che siano riferite al personale dirigente o non dirigente: tali tipologie di voci riguardano i contenuti del dizionario, mentre la loro effettiva classificazione può seguire raggruppamenti o sottoraggruppamenti adatti alle caratteristiche dell'amministrazione. Inoltre, è opportuno associare a ciascun comportamento un descrittore del giudizio ad esso associato, in maniera tale da garantire una comune semantica ed una maggiore uniformità nei giudizi dei diversi valutatori. A partire dai ruoli necessari all'amministrazione, le competenze individuali oggetto di valutazione devono essere aggiornate periodicamente in maniera coerente con gli obiettivi organizzativi.

4. Numero massimo e minimo di obiettivi

Poiché vi è la tendenza, nella fase di avvio dei Sistemi di misurazione e valutazione della *performance*, a produrre un numero elevato di obiettivi e indicatori (e comportamenti associabili all'individuo), occorrerà stabilirne un numero massimo. Allo stesso tempo, al fine di non omettere aspetti rilevanti della gestione, occorrerà stabilirne anche un numero minimo.

I *target* associati agli obiettivi (e alle attività necessarie per raggiungerli) devono essere personalizzati tenendo conto delle competenze attese dagli individui a seconda del ruolo ricoperto; per verificare l'appropriatezza dei *target* si può fare riferimento al *test* descritto nella delibera n. 89/2010. In generale,vi sono tre modi per definire i *target*:

- i dirigenti propongono dei *target* che condivideranno con il personale;
- il personale propone al dirigente dei *target* che verranno successivamente condivisi;
- sia il personale che i dirigenti propongono dei *target* che verranno confrontati e, quindi, concordati.

5. Descrittori, scale di valutazione, pesi e procedure di calcolo

Se la valutazione del raggiungimento o meno di determinati obiettivi può basarsi su misurazioni di carattere quantitativo, esprimibili tramite il raggiungimento o meno di determinati *target* di riferimento (si veda la delibera n. 89/2010), la valutazione della qualità del contributo di natura individuale può avvenire tramite scale che esprimano quantitativamente le caratteristiche salienti della prestazione erogata. Una volta fatto ciò, è possibile individuare dei punteggi per valutare il grado di raggiungimento dei *target*, sia puntuali sia ad intervallo (es. soglia inferiore e superiore) ed associare dei pesi, a seconda della rilevanza, agli obiettivi e ai relativi indicatori, oltre che ai comportamenti individuali.
Inoltre, occorre individuare delle procedure di calcolo che permettano di comporre un punteggio sintetico finale per valutare, a diversi livelli organizzativi e a livello individuale (si veda la figura 1), la *performance* conseguita. È necessario infine evidenziare che gli indicatori di *outcome* presentano caratteristiche peculiari in quanto possono essere influenzati anche da variabili esterne all'amministrazione: l'importanza ad essi associabile riguarda la loro natura di "variabile guida" nel processo di pianificazione e nell'ambito di rendicontazione nei confronti degli *stakeholder* con cui l'amministrazione interagisce. Pertanto, gli indicatori di *outcome* tenderanno ad essere legati alla valutazione della *performance* organizzativa nel suo complesso piuttosto che alla valutazione individuale.

6. Fasi, tempi, modalità, soggetti e responsabilità del processo di misurazione e valutazione

Nell'illustrazione del processo (fasi, tempi, modalità, soggetti e responsabilità) relativo al Sistema di misurazione e valutazione della *performance* individuale, occorre fare particolare riferimento a:

- definizione ed eventuale modifica in corso d'anno degli obiettivi e dei relativi indicatori e *target* (evidenziando la non ammissibilità di variazioni dopo la fine dell'anno);
- ruoli e responsabilità di valutatori e valutati;
- formulazione delle motivazioni dei giudizi;
- comunicazione dei risultati conseguiti;
- piani per il miglioramento continuo.

Un'importante precisazione riguarda i tempi, da individuarsi tenendo in considerazione la necessità che gli obiettivi individuali siano definiti congiuntamente al Piano della *performance* e che la valutazione sia effettuata contestualmente alla Relazione sulla *performance*, nel rispetto delle scadenze previste dall'articolo 10, comma 1, lett. a e b, del D. Lgs. n. 150/2009.

7. Capacità di differenziazione dei giudizi

La capacità di differenziare i giudizi è un aspetto molto importante soprattutto alla luce delle pratiche riscontrate in gran parte delle amministrazioni. Per misurare questa capacità, si propone l'adozione di indicatori quantitativi. Si possono, ad esempio, utilizzare indici statistici di variabilità, quali la varianza oppure lo scarto quadratico medio rispetto alla media dei giudizi di tutti i collaboratori valutati nel periodo di riferimento.

8. Comunicazione e procedure di conciliazione

Nel Sistema devono essere descritte le modalità di comunicazione dei risultati ai soggetti valutati e

le procedure di conciliazione. Le procedure di conciliazione previste dall'articolo 7, comma 3, del D. Lgs. n. 150/2009 non si riferiscono ai procedimenti disciplinari (articolo 55 del D. Lgs. n. 165/2001, come modificato dall'articolo 68, del D. Lgs. n. 150/2009), ma sono relative all'applicazione del Sistema di misurazione e valutazione della *performance*. Si tratta, infatti, come evidenziato nella delibera n. 104/2010, di iniziative volte a risolvere i conflitti nell'ambito del processo di valutazione della *performance* individuale e a prevenire l'eventuale contenzioso in sede giurisdizionale. Riguardo ai principi per la definizione delle procedure di conciliazione, si rinvia agli indirizzi della richiamata delibera n. 104/2010. Occorre inoltre considerare che le finalità conciliative delle procedure comportano la necessità di attribuire al soggetto terzo, cui è affidato lo svolgimento della procedura, il solo compito di adoperarsi attivamente perché le parti possano raggiungere un accordo, formulando anche motivate proposte al riguardo di cui lasciare comunque traccia nel verbale del tentativo di conciliazione. Deve essere altresì contemplata la facoltà del valutato di farsi assistere da un rappresentante sindacale. Si evidenzia, infine, che quanto più le procedure saranno state definite in maniera condivisa e chiara, anche con il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, tanto più sarà possibile dirimere eventuali controversie sorte a seguito delle valutazioni effettuate.

9. Modalità di utilizzo delle informazioni risultanti dalla valutazione

Con riferimento alla valutazione dell'efficacia del Sistema di valutazione della *performance* individuale, ai sensi dell'articolo 14, comma 4, lett. a, del D. Lgs. n. 150/2009 (coerentemente a quanto previsto dalle lett. d e f), l'OIV procede alla relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di misurazione e valutazione, facendo in particolare riferimento alla *performance* individuale, corredandola di analisi statistiche, indagini specifiche sulle valutazioni effettuate e indicazioni volte a proporre miglioramenti al Sistema stesso, al fine di svilupparne la maturità in termini di integrazione, solidità e copertura. In tale ambito l'OIV dovrà altresì valutare e relazionare sul grado di condivisione del Sistema di valutazione, secondo quanto previsto dall'articolo 14, comma 5, del D. Lgs. n. 150/2009.
Qualora i miglioramenti proposti dall'OIV non vengano attuati nel periodo di valutazione successivo, l'OIV stesso potrà prendere in considerazione l'opportunità di segnalare tale criticità ai sensi dell'articolo 14, comma 4, lett. b, del D. Lgs. n. 150/2009.

2.2. Richiamo ai requisiti minimi del Sistema di misurazione della *performance* organizzativa

La delibera n. 89/2010 ha già illustrato i criteri per la definizione dei Sistemi di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa, di cui si richiamano i seguenti requisiti minimi:

1. chiara definizione degli obiettivi strategici ed operativi e delle modalità attraverso le quali si arriva a una loro definizione (ed eventuale processo di revisione);
2. presenza di indicatori di *outcome* tra gli indicatori relativi ad obiettivi che hanno un impatto su *stakeholder* esterni, nonché della prospettiva orientata alla *customer satisfaction*;
3. specificazione dei legami tra obiettivi, indicatori e *target* e caratterizzazione degli indicatori - almeno per quelli di cui al precedente punto - secondo le schede e i *test* proposti nella richiamata delibera n. 89/2010 (dalla sezione 4.2 in poi);
4. monitoraggio della *performance*, secondo la frequenza e le modalità definite nello schema di caratterizzazione degli indicatori.

Oltre a tali requisiti minimi, il Sistema deve prevedere necessariamente anche i seguenti elementi:

1. chiara e condivisa definizione di ruoli e responsabilità nelle fasi di gestione del Sistema, nonché della tempistica interna di processo;
2. chiara esplicitazione delle modalità di coinvolgimento degli *stakeholder*.

Si richiamano anche gli ambiti individuati dal D. Lgs. n. 150/2009, per i quali si deve necessariamente trovare un opportuno adattamento del Sistema, sia a livello organizzativo sia individuale:

a. attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;

b. attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli *standard* qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;

c. rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi, anche attraverso modalità interattive;

d. modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e capacità di attuazione di piani e programmi;

e. sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;

f. efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento e alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;

g. qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;

h. raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Occorre evidenziare che, con riferimento a tali ambiti, l'ordine di elencazione delle varie dimensioni della *performance* non è casuale. Si può infatti individuare una gerarchia di tali ambiti, tenendo conto che il primo ambito riguarda il "fine ultimo" (*outcome* o soddisfazione finale dei bisogni della collettività) e che gli altri ambiti attengono più ai "mezzi", o comunque alle "tappe intermedie", che possono consentire di avvicinarsi a tale traguardo.

3. Indicazioni finali per l'adozione del Sistema

Da quanto osservato emerge che i documenti trasmessi si presentano, prevalentemente, come documenti di analisi (sia pregressa, sia facente riferimento a possibili sviluppi futuri), mentre il documento da adottare deve presentare la definizione dei criteri e del processo di funzionamento del Sistema, anche ai fini della comunicazione al personale interno (valutati) e *stakeholder* esterni (cittadini, organizzazioni sindacali, fornitori, etc.).
Le amministrazioni dovranno pertanto procedere all'adozione del Sistema di misurazione e valutazione della *performance* entro il 31 dicembre 2010, tenendo anche conto di quanto indicato nella presente delibera. A tal fine, la Commissione si riserva di fornire al più presto, ove necessario, un riscontro sintetico a singole amministrazioni.
Le amministrazioni che hanno già proceduto con l'adozione formale del Sistema sono comunque tenute a verificarne l'aderenza ai requisiti minimi e l'eventuale sussistenza delle criticità evidenziate nella presente delibera, al fine di procedere, nel caso fosse necessario, alle opportune integrazioni o modifiche.

Roma, 10 novembre 2010

Il Presidente

Antonio Martone



www.valutareinsanita.it