

Capitolo 5

Outcomes (Qualità, Efficacia e Sicurezza)

5.1 - Misurazione della qualità e le politiche per la qualità nel SSN

Polistena B.[1]; Rocchetti I.[1], Spandonaro F.[1]

5.1.1 Introduzione

La qualità in sanità è un fenomeno controverso. Donabedian (1990) definisce la qualità nelle cure come «*The degree to each health services for individual and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge*». Uno dei problemi fondamentali è che la qualità nei servizi sanitari è, secondo una visione generalmente accettata, un fenomeno multidimensionale.
Lo Zanichelli 2006 recita per "Qualità" «*Elemento o insieme di elementi concreti che costituiscono la natura di qualcuno o di qualcosa, e ne permettono la valutazione in base a una determinata scala di valori*». Fenomeno multidimensionale, quindi, che afferisce alla natura dell'oggetto di analisi e, cosa non secondaria, ne permette la valutazione.
In questo contesto assume una particolare rilevanza il valutare la qualità da un punto di vista economico o clinico.
Da un punto di vista economico, nei mercati perfetti il principio della trasparenza del mercato permette una valutazione della qualità senza particolari problemi. In altri termini all'interno di un mercato in concorrenza perfetta, non ci sarebbero differenze rilevanti di qualità. Qualora i mercati non siano perfetti, assumono di contro un ruolo fondamentale le politiche tese all'abbattimento delle asimmetrie informative. Essendo il consumatore che regola il mercato, non stupisce che gran parte delle misurazioni si basi sui principi della *customer satisfaction*.
Ovviamente la valutazione della qualità dal punto di vista economico presenta anche varie problematiche, principalmente legate ai metodi di misura (questionari, utilità etc.). Data la natura etica del bene salute, nei mercati sanitari il problema delle asimmetrie informative è particolarmente rilevante: si pone, infatti, la questione di andare oltre la percezione del consumatore e questa è la ragione per cui assumono importanza le misure oggettive della qualità clinica delle prestazioni erogate.
Questo contributo è volto ad analizzare la misurabilità della qualità da un punto di vista clinico; in particolare si concentra sull'aspetto della misurazione dell'*outcome*, proprio perché questo approccio è quello che meglio si integra con quello soggettivo (*customer satisfaction*).

[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

Le analisi svolte nel seguito cercano di rispondere alle seguenti questioni:
- Cosa si intende per qualità clinica?
- Come si misura la qualità clinica?
- I dati disponibili sono attendibili e sufficienti?
- Come può essere promossa la qualità una volta misurata?

5.1.2 I modelli per l'analisi della qualità clinica

Nel presente paragrafo descriviamo i principali modelli proposti per l'analisi della qualità clinica.

Notiamo, per inciso, che nella scelta del modello incidono le difficoltà definitorie, che assumono una particolare rilevanza in quanto condizionano le politiche sanitarie e viceversa ne sono condizionate. Per le politiche sanitarie, infatti, è indispensabile scegliere un approccio di misurazione della qualità, ma questo risulta estremamente complesso in pratica, in quanto non c'è accordo sulla definizione della qualità stessa. In relazione a quanto premesso, l'elemento chiave sembra essere la mancanza di accordo tra gli esperti sugli *outcomes* da analizzare.

Una parziale eccezione è rappresentata dal settore chirurgico, al quale (non a caso) si riferisce la gran parte delle applicazioni empiriche; il riferimento in campo chirurgico è molto spesso la mortalità, che è elemento maggiormente accessibile di quanto non lo siano gli stati di morbilità. Quanto sopra spiega perché la maggior parte degli studi in letteratura siano stati effettuati in ambito chirurgico e, solo di recente, siano stati affiancati da ancora rari studi in ambito internistico.

Dalla letteratura si evince che, nonostante ci sia un accordo almeno parziale sull'adozione dell'indicatore di mortalità come misura di *outcome*, non c'è però convergenza sull'orizzonte temporale da considerare (es.: mortalità a 30 giorni, a 60, etc.).

D'altra parte sembra evidente che l'analisi della mortalità avrebbe maggiore senso per le condizioni caratterizzate da elevata prevalenza, quali quelle che prevedono un trattamento medico. A ben vedere, quelle che prevedono un trattamento chirurgico sono caratterizzate da una dimensione campionaria spesso insufficiente che, come vedremo, crea problemi nella valutazione dei risultati ottenuti.

Un altro aspetto peculiare che emerge dall'analisi della letteratura è l'avere concentrato gran parte del dibattito sull'impatto che il volume di attività, in termini di numero di pazienti curati, dei medici e/o delle istituzioni sanitarie in cui operano, ha sulla qualità delle cure erogate e di conseguenza sugli esiti delle malattie.

Nello specifico, mentre alcuni studi hanno evidenziato una importante correlazione positiva tra un elevato numero di procedure chirurgiche e casi trattati (Birkmeyer 2002 e Khan 2006), altri mettono in dubbio tale relazione (Khuri 2005, Hannan 2005).

La questione ha assunto un'importanza rilevante nelle politiche sanitarie, essendo il volume di attività una variabile centrale nelle politiche sanitarie tese alla qualità e sicurezza dei pazienti.

Nello specifico, dobbiamo osservare che le ragioni della relazione tra volume ed esito nei servizi sanitari sono sostanzialmente sconosciute: la letteratura ipotizza che tale associazione sia legata all'aumento dell'esperienza dei *providers* nell'effettuare specifici interventi

o alla selezione dei *providers* con migliori esiti: è il caso ad esempio dei pazienti che ricevono la ventilazione meccanica (Kahn 2002).
Altri autori (Khuri 2005, Hannan 2005) affermano invece che il volume di attività non possa essere adottato come misura della qualità; Khuri nei suoi studi sostiene che il volume chirurgico non sia correlato con la qualità delle cure e arriva ad affermare che il volume non può considerarsi uno *standard* di qualità bensì un "pericolo" per la qualità stessa.
Per quanto concerne i modelli di analisi, emerge come sia largamente utilizzata la regressione logistica multipla, tenendo conto di numerosi fattori confondenti: età, sesso, razza, anno relativo alla procedura, urgenza del trattamento, reddito medio, severità del paziente, malattie croniche, il tempo di attesa per l'ammissione, regione geografica, livello d'istruzione, diagnosi, etc. (Birkmeyer 2002, Khan 2006, Khuri 2005, Hannan 2005).
Tra i fattori confondenti, per sintetizzare le condizioni cliniche concomitanti, viene spesso utilizzato il *Charlson score*: scala di misura del numero di condizioni coesistenti pesata in base all'effetto che le varie patologie hanno sulla mortalità.
Si noti che i modelli possono essere implementati al fine di investigare la relazione che intercorre tra la mortalità post-operatoria e volume di attività chirurgica degli ospedali controllando o meno per il volume di attività complessivo dell'ospedale; viceversa è possibile investigare la relazione tra la mortalità post operatoria e il volume di attività complessivo dell'ospedale considerando o meno il volume di attività chirurgica (Birkmeyer 2002).
Importante, in questo contesto, è sottolineare che l'associazione tra volume e *outcome* non ha una direzione causale determinata; la correlazione osservata potrebbe essere interpretata tanto nel senso che ospedali di volume maggiore raggiungono migliori esiti, ma anche che ospedali di alta qualità attraggono più pazienti sulla base di un servizio superiore.
Altri studi (Hannan 1990, Thomas et al. 1994, Goldstein e Speigehalter 1996, De Long et al. 1997, Raudedenbush e Bryk 2002) utilizzano modelli logistici multilevel, che tengono conto anche dei diversi livelli di analisi e quindi dell'appropriata unità di osservazione. Questi modelli, quindi, prendono anche in considerazione gli effetti della clusterizzazione dei pazienti (primo livello) all'interno delle strutture ospedaliere che rappresentano il secondo livello.
Secondo Birkmeyer (2002) le analisi descritte mostrano complessivamente una relazione inversa tra volume di attività e mortalità, confermando che tale associazione ha a che fare con la qualità. La ragione per cui tali studi si sono concentrati sull'eventuale relazione tra volume di attività e la qualità deriverebbe proprio dal fatto che il volume può essere considerato una buona *proxy* dell'esperienza dei *providers* e della scelta dei *providers* da parte dei cittadini.
Una rilevanza particolare, in questo tipo di studi, viene attribuita al controllo della severità del paziente in quanto rappresenta una delle misure fondamentali di *risk adjustment* (Hannan 2005; Khuri 2005; Khan 2006).
Tra le misure più utilizzate per la codifica della severità vi è l'APASCHE III: scala a punteggi in base alla quale ogni paziente viene classificato al momento dell'ammissione (Khan 2006, Hannan 2005).
Un altro approccio riconducibile che esplicita la problematica connessa al fatto di consi-

derare la severità del paziente è quello che concentra l'attenzione sulla creazione di una misura sintetica di confronto tra *outcomes* attesi e *outcomes* reali (O(*observed*)/E(*expected*)) (Khuri 2005). Anche in questo caso l'*outcome* atteso è il risultato di regressioni logistiche multiple che considerano la severità della malattia come covariata principale e che controllano per altri fattori confondenti risultati significativi, come l'età, il sesso, etc.
Khuri (2005), attraverso un'analisi di correlazione di Pearson tra i tassi di mortalità-morbilità e il volume delle procedure, nonché mediante analisi della varianza dei tassi (E/O) tra gli ospedali, distinti in base a quartili di volume di attività, ottiene evidenza del fatto che gli ospedali che presentano un valore più alto del rapporto O/E, quindi caratterizzati da una mortalità osservata maggiore rispetto a quella attesa, sono quelli con volume di attività maggiore nella procedura considerata. Viceversa, un elevato numero di ospedali con basso valore del tasso O/E, avrebbero buone *performance* associate a bassi volumi di attività.
Tali (non) relazioni fra qualità e volume sono state verificate per diverse procedure chirurgiche, tra cui l'aneurisma aortico addominale, considerando come *outcome* la mortalità a 30 giorni di distanza dall'operazione. Khuri apre quindi un dibattito non ancora risolto: la sua tesi confuta i risultati raggiunti dagli altri studi prima citati. In particolare secondo Khuri la numerosità dei casi trattati, invece di produrre un miglioramento nella qualità, spesso è un fattore deterrente in quanto mitiga la possibilità di accesso e di miglioramento dei sistemi di cure.
Anche Hannan (2005), attraverso l'utilizzo di modelli logistici *multilevel*, aveva peraltro ottenuto una relazione inversa tra volume di attività e tasso generico di mortalità, utilizzando una analisi a due livelli. Nello specifico viene effettuata una analisi sia delle probabilità di morte degli individui, che della mortalità ospedaliera a livello aggregato (somma delle probabilità di morte attese individuali sul numero di individui che fanno parte operati nell'ospedale di riferimento).

5.1.3 Discussione

Nella confrontabilità dei risultati citati incidono molti fattori:
- rappresentatività del campione;
- dataset;
- orizzonte temporale;
- riproducibilità della stima;
- significatività della stima.

Un primo importante limite consiste nella scelta della popolazione analizzata, quindi della dimensione del campione e della tecnica campionaria prescelta.
Gli studi considerati spesso utilizzano campioni non rappresentativi della popolazione generale o degli ospedali, rendendo difficile la generalizzazione dei risultati. Ad esempio Birkmeyer (2002) considera i soli pazienti con più di 65 anni iscritti a Medicare; Khan (2006) analizza le strutture ospedaliere che hanno partecipato al sistema APACHE per la misurazione della severità del paziente.
Relativamente ai *data base* utilizzati, vengono per lo più usati dati di tipo amministrativo. L'utilizzo dei *data base* amministrativi è certamente improprio in quanto, pur contenendo

Tabella 1 - Sommario dei campioni

Studio	Campione	Anni
Birkmeyer 1990	New York's Cardiac Surgery Reportig System	Primi 6 mesi del 1989
Birkmeyer 2002	National Medicare claims data base and the Nationwide Impatient Sample	1994-1999
Khan 2006	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation clinical information system	2002-2003
Khuri 2002	National Surgical Quality Improvement Program	1998
Hannan 2005	New York's Cardiac Surgery Reportig System	1994-1999

informazioni di tipo sanitario, non nascono con finalità epidemiologiche[2]. In particolare, dove non viene considerata la severità della malattia, non si tiene conto della differenza nel *case-mix* tra gli strati di volume di attività.
Un ulteriore limite consiste nella non omogeneità dell'indicatore di *outcome*; infatti nonostante questo sia in tutti gli studi analizzati individuato nella mortalità, la stessa viene considerata con misure diverse di breve o di medio periodo (mortalità perioperatoria, mortalità post-operatoria a 30 giorni, 60 giorni, etc.).
Osserviamo ancora che la maggior parte delle analisi svolte sono *cross-section* e questo pone dei problemi non irrilevanti, soprattutto in un contesto in cui l'obiettivo principale è quello di misurare un fenomeno di lunga durata quale *l'outcome* (esito della malattia) e non *l'output*. Ciò è particolarmente rilevante tanto più breve è l'orizzonte temporale utilizzato per la mortalità.
Un altro aspetto rilevante si desume dal fatto che, anche dove si è trovata evidenza statistica tra *outcome* e volume, come nel caso di eventi gravi (ad esempio la ventilazione meccanica o altre procedure chirurgiche), la stessa associazione potrebbe non essere confermata per tipologie di interventi a più basso rischio.
Inoltre, tutti gli studi analizzati misurano la qualità mediante indicatori di esito, fornendo una misura dei risultati dell'assistenza, non sempre utile a determinare quale pratica clinica riesca a raggiungere risultati migliori.
È peraltro noto che gli indicatori di processo forniscono una buona rappresentazione delle forme di pratica clinica e quindi dell'assistenza. Le classifiche degli ospedali basati sugli indicatori di esito possono essere quindi fuorvianti qualora si volesse esprimere un giudizio sulla qualità dell'assistenza.
Infine le analisi possono essere influenzate dalla scelta dei fattori confondenti; in particolare Khu-

[2] *Tuttavia possono essere considerate una base di partenza nell'attesa di disporre di dati raccolti routinariamente e resi disponibili sia a livello regionale che nazionale così come avvenuto in Inghilterra dal 2001 quando è stato implementato il registro delle banche dati cliniche* (Directory of clinical databases).

Tabella 2 - Tabella riassuntiva delle principali analisi

Studio	Variabile dipendente	Fattori confondenti	Tipo di modello	Procedura
Birkmeyer 1990	Mortalità intra ospedaliera	Età, razza, genere, payer, fattori di rischio clinico (ipertensione, obesità, dialisi, diabete etc.)	Modello logistico	Procedure chirurgiche a cuore aperto
Birkmeyer 2002	Mortalità intra ospedaliera o a 30 giorni	Volume di attività, sesso, razza, punteggio Charlson e non elective admission	Modello logistico	14 tipi di procedure chirurgiche tra cui bypass arterio coronarico
Khan 2006	Mortalità	Quartili di volume, regione di ospedalizzazione, numero di posti letto, severità del paziente, sesso, età, razza, diagnosi di dimissione, trasferimenti di struttura, tipo di intensive care units	Modello logistico e regressione lineare	Ventilazione meccanica per pazienti non chirurgici
Khuri 2002	Mortalità a 30 giorni e morbilità	53 variabili pre operatorie (demografiche, cliniche e di laboratorio) 15 variabili intra-operatorie (variabili cliniche) e 34 variabili post operatorie (tra cui durata della degenza e sopravvivenza nel lungo periodo)	Modello logistico e calcolo dei tassi O/E	10 tipi di procedure chirurgiche tra cui chirurgia vascolare
Hannan 2005	Mortalità	Severità della malattia e altri fattori di rischio	Logistico multilevel: livello 1 pazienti livello 2 ospedali	Bypass arterio coronarico

ri afferma che le correlazioni evidenziate da Birkmeyer tra volume e qualità, oltre ad essere relativamente basse, non tengono conto di un numero considerevole di fattori di *risk adjustment*.

5.1.4 Le conseguenze per le politiche di promozione della qualità in sanità

Quanto precede può sintetizzarsi nell'esistenza di una empasse relativa alla capacità di fornire una chiara indicazione delle determinanti della qualità. Al di là dell'aspetto inferenziale, la questione ha un impatto importante sulle politiche sanitarie: gli studi citati, infatti, hanno generato indicazioni di politica sanitaria differenti.

La problematica della misura della qualità non prescinde da quella della politica di promozione della stessa; piuttosto, le politiche di promozione e sviluppo della qualità possono implicare una specifica dimensione della stessa. Qualora si accetti la teoria per cui il volume sia correlato con la qualità e, in particolare, con la specializzazione delle cure, allora si troverebbe nei centri di eccellenza la strategia ottimale per correlare qualità e quantità. L'obiettivo della promozione dei centri di eccellenza sarebbe quello di concentrare trattamenti omogenei all'interno di poche strutture specializzate, al fine di migliorare la qualità delle cure. Perché ciò avvenga è necessario che i pazienti vengano corretta-

mente indirizzati verso tali centri. Importante, in tale contesto, è quindi il ruolo dei *payers*, che possono vincolare gli assistiti a dirigersi verso ospedali di alta qualità o verso medici chirurghi esperti per procedure selezionate (in questo caso il modello si sovrappone in larga misura al modello di *pay-per-performance*: vedi oltre). Alternativamente i *payers* possono persuadere i pazienti attraverso dei "pacchetti vantaggiosi" o incentivi finanziari.
Il modello dei centri di eccellenza ha alcuni aspetti di attrazione: è relativamente facile e poco costoso da implementare, permette un'interazione con i pazienti ed esistono buone misure per identificare gruppi di *provider* con *performance* superiori. Inoltre recenti studi suggeriscono che la storia del volume delle procedure e dei tassi di mortalità di un ospedale è un forte predittore della *performance* dello stesso ospedale nel futuro.
Tale metodologia presenta, però, anche degli svantaggi: riduce l'autonomia del paziente (e qualche volta l'accesso alle cure), crea un'estrema polarizzazione verso una o poche strutture, divide i *provider* in "vincitori e vinti" ed è complesso stabilire chi è realmente "eccellente". Infine la metodologia ha lo svantaggio di basarsi su indicatori di qualità che sono *proxy* non esaustive delle *performance*.
Peraltro Birkmeyer (2004) è conscio che il limite dei centri di eccellenza è quello di concentrare la qualità in poche aree, creando un problema di irraggiungibilità delle strutture da parte di tutti dei pazienti. Assumendo la tesi di Khuri, cade peraltro la logica dei centri di eccellenza: il volume potrebbe addirittura disincentivare la qualità.
Le alternative proposte in letteratura ai centri eccellenza sono il *pay-for-performance* e il *pay-for-participation*. I programmi *pay-for-performance* legano il finanziamento a dei premi in funzione delle *performance*. In particolare il principio che governa questo tipo di programma è quello per cui i *payers* garantiscono dei premi agli ospedali per le loro migliori *performance*. Questo comporta che, già nel breve periodo, gli ospedali con peggiori *performance* verranno penalizzati sotto il profilo finanziario.
Così come nel caso dei centri di eccellenza, il modello *pay-for-performance* soffre della difficoltà di non disporre di misure accurate in grado di valutare le *performance* ospedaliere. Le misure specifiche di *outcome*, infatti, non sono del tutto attendibili a causa della bassa numerosità campionaria e della poca accuratezza dei dati clinici. Inoltre molte misure sulla qualità non sono disponibili per le cure primarie ma esclusivamente per quelle secondarie (quali ad esempio uso di antibiotici per ridurre i tassi di infezione nell'area chirurgica).
Ulteriori limiti di questo tipo di programma sono quelli di avvantaggiare le strutture già eccellenti e quindi di rinforzare lo *status quo* (sebbene meno che nel modello di premio "complessivo" alla struttura).
Il pregio principale di questo modello è quello di essere meno polarizzante rispetto ai centri di eccellenza e inoltre permette che ogni struttura possa in teoria "vincere", migliorando le proprie *performance*.
Un esempio di programma *pay-for-performance* è l'iniziativa di Medicare per le procedure chirurgiche cardiache: gli ospedali, le cui *performance* si posizionano nei primi 10 percentili della graduatoria degli indicatori compositi di qualità, ricevono un bonus sul rimborso pari al 2% (1% se nei primi 20).
Il sistema *pay-for-performance* non è necessariamente scisso da quello dei centri di eccellenza, in quanto la logica dei centri di eccellenza è quella di concentrare in poche uni-

tà di eccellenza tutto il volume di attività mentre quella del *pay-for-performance* è una logica secondo cui le prestazioni inferiori vengono penalizzate rischiando di far uscire la struttura dal mercato nel medio-lungo periodo.
Una logica diversa, perché più centrata sull'aspettativa che la qualità possa nascere da atteggiamenti di collaborazione e non di concorrenza, è quella dei programmi *pay-for-participation*. Tali programmi assumono che la qualità sia un problema di collaborazione; infatti gli ospedali e i chirurghi vengono ricompensati per la partecipazione e la collaborazione prestata all'attività di valutazione e miglioramento della qualità delle cure e non in base alle performance individuali (ospedali e chirurghi). Al fine di realizzare miglioramenti nella qualità chirurgica, in una logica di *accountability*, gli ospedali e i chirurghi ricevono, a regolari intervalli di tempo, *feed-back* sulle *performance* proprie e dei loro simili (altri ospedali e altri chirurghi). I partecipanti sviluppano piani specifici d'intervento da implementare in tutti gli ospedali sotto la direzione di coordinatori. Questi piani vengono poi valutati empiricamente, discussi durante una serie di incontri e ridefiniti.
Peraltro, come riportato da Birkmeyer (2004), i piani *pay-for-participation* sono difficili da organizzare in quanto gli ospedali e i chirurghi sono più propensi ad essere competitivi che collaborativi. Un incentivo alla partecipazione a questi programmi consiste però nella possibilità di acquisire dati importanti.
In ogni caso i programmi *pay-for-performance* e *pay-for-participation* non sono alternativi. Ogni modello analizzato presenta vantaggi e svantaggi: i centri di eccellenza sono la soluzione ideale per quel tipo di patologie e procedure non comuni, ad alto rischio e con una elevata variazione negli *outcomes*; il modello *pay-for-performance* sembra la strada migliore per ottenere un miglioramento complessivo delle cure chirurgiche e infine i modelli *pay-for-participation* sono la strada migliore per incrementare realmente la qualità in tutte le strutture grazie alla collaborazione tra le stesse.
Nella realtà sarebbe quindi auspicabile e possibile un mix tra questi tre modelli.

5.1.5 Conclusioni

Pur prescindendo dalle più generali difficoltà di misura della qualità in sanità, anche ove si è maggiormente concentrata l'attenzione degli studiosi, ovvero nell'ambito chirurgico, si assiste ad una sostanziale *empasse*.
La numerosità dei fattori che condizionano l'evidenza raccolta suggerisce che per uscire da questa empasse risulta indispensabile finanziare adeguatamente progetti specifici, creando data base istituzionali, attendibili, completi e coerenti, sulla qualità delle prestazioni.
Altresì appare necessario che ai numerosi studi in ambito chirurgico vengano affiancate analisi in altri campi, per verificare l'esistenza di una eventuale relazione tra volume di attività e qualità dei servizi in tutti gli ambiti sanitari. Affinché questo sia possibile risulta ancora più importante poter contare su dati attendibili, nonché trovare un accordo su una misura di *outcome* diversa o complementare alla mortalità.
In un'ottica di politica sanitaria riferita al SSN italiano, l'importanza di trovare un accordo sulla misura della qualità, come anche promuovere una raccolta sistematica di dati utili a tale scopo, è confermata dalle previsioni del D.Lgs. n. 502/1992 che, introducendo forme

di concorrenza (economica) nel SSN, non mancò di dedicare ampio spazio alla promozione e valutazione della qualità.
In un sistema pubblico come quello italiano, in cui i sistemi di incentivi economici hanno limitata efficacia, per effetto dell'esistenza di *soft budget costraint*, l'incentivazione della qualità assume una rilevanza ancor più strategica: essa, infatti, può permettere al regolatore, più dei vincoli economici, di pianificare una efficiente ed efficace rete di strutture sul territorio.
Il fatto che sinora le previsioni del D.Lgs. n. 502/1992 siano rimaste in larga misura incompiute, può in parte essere giustificato dalle difficoltà oggettive di misurazione e valutazione della qualità richiamate nel presente contributo.
Peraltro la natura in larga misura unitaria e pubblica del SSN italiano può permettere di superare alcune delle principali difficoltà sopra richiamate, quali la scarsa numerosità dei campioni analizzati e la carenza di data base istituzionali. È però necessario che si affermi una cultura dell'*accountability* della qualità.
È altresì imprescindibile che inizi una seria riflessione su quale mix delle principali opzioni di politica di promozione della qualità in sanità può efficacemente applicarsi al caso italiano: il perseguimento della qualità è infatti una priorità anche per garantire l'efficienza del sistema e può iniziare anche senza un accordo sui metodi di valutazione.
In conclusione è auspicabile che si svolga una approfondita riflessione sulle scelte da effettuarsi in tema di qualità, valutando l'opportunità di promuovere centri di eccellenza, piuttosto che di programmi di *pay-for-participation* o di inserire dimensioni qualitative nel sistema di finanziamento dei *provider* (*pay-for-performance*): le caratteristiche peculiari del SSN italiano fanno peraltro propendere per un approccio integrato, rispettoso degli obiettivi di sviluppo del sistema sanitario.

Riferimenti bibliografici

- Birkmeyer NJO, Birkmeyer JD (2004). *Measuring the Quality of Surgical Care: Structure, Process, or Outcomes?* Elsevier Inc.
- Birkmeyer NJO, Birkmeyer JD (2006). *Strategies for Improving Surgical Quality – Should Payers Reward Excellence or Effort*? The New England Journal of Medicine 354; 8.
- DeLong ER, Peterson ED, DeLong DM (1997), et al. *Comparasing risk-adjustment methods for provider profiling*. Stat. Med.16:1645-2664.
- Donabedian A (1966). *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Mem Fund Q; Suppl:166-206.
- Goldstein H, Spiegelhalter DJ (1996). *League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance*. J Royal Stat Soc;159:385-409.
- Hannan EL et al. (1990). *Adult Open Heart Surgery in New York State, An analysis of Risk Factors and Hospital Mortality Rates*. JAMA Vol. 264:21.
- Kahn JM, Goss CH, Heagerty PJ et al. (2006). *Hospitals volume and the outcomes of mechanical ventilation*. The New England Journal of Medicine 355:41-50.
- Khuri SF, Henderson WG (2005). *The Case Against Volume as a Measure of Quality of Surgical Care*. World Journal of Surgery 29:1222-1229 DOI: 10.1007/s00268-005-7987-6.
- Khuri SF, Henderson WG (2002). *The comparative assessment and improvement of quality of surgical care in the Department of Veterans Affairs*. Arch Surg 137:20-7.

• Raudenbush SW, Bryk AS (2002). *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA; Sage Publications.
• Thomas N, Longford NT, Rolph JE (1994). *Empirical Bayes methods for estimating hospital-specific mortality rates*. Stat Med. 13:889-903.

5.2 - La mortalità evitabile per tumori femminili: USL e aree metropolitane

Buzzi N.[1], Cananzi G.[2]

5.2.1 Introduzione

«ERA ha un obiettivo preciso: essere uno strumento utile, da inserire nella *cassetta degli attrezzi* di tutti coloro che si occupano, a vari livelli, di governo della Sanità Pubblica» è quanto si legge nella presentazione curata dal Gruppo di Lavoro[3] per l'edizione 2007 di ERA – *Epidemiologia e Ricerca Applicata*.

Il presente contributo intende mostrare una delle possibili applicazioni di questo strumento, e in particolare l'analisi su base territoriale per USL e per area metropolitana della componente della mortalità evitabile legata ai decessi per tumori della mammella e dell'utero, cause che la letteratura scientifica indica come efficacemente contrastabili con interventi di diagnosi precoce e terapia.

Tutti i dati presentati sono contenuti nella banca dati degli indicatori elaborati per ERA, liberamente disponibili insieme al relativo volume sul sito internet dedicato al Progetto[4].

5.2.2 La mortalità evitabile in Italia: un quadro di insieme

Una accurata analisi della più recente letteratura nazionale e internazionale in tema di mortalità evitabile[5] ha consentito al gruppo di lavoro di ERA di revisionare la classificazione delle cause evitabili adottata per la precedente edizione del Progetto, ampliando, modificando o eliminando gruppi di cause. Ciascuna delle cause selezionate[6] è stata associata a uno dei tre gruppi che tradizionalmente identificano il tipo prevalente di interventi tramite i quali è possibile contrastare attivamente la mortalità evitabile:

[1] *Nebo Ricerche PA.*

[2] *Ufficio Studi ARAN, Cattedra di Igiene Università di Roma Tor Vergata.*

[3] *ERA è il risultato di una sperimentazione multidisciplinare e di una collaborazione interistituzionale fra Cattedra di Igiene dell'Università di Roma Tor Vergata, Istituto Nazionale di Statistica, Istituto Superiore di Sanità, Centro Controllo Malattie del Ministero della Salute e Nebo Ricerche PA (Buzzi N., Cananzi G., Conti S., Crialesi R., Greco D., Panà A., Egidi V., Mozzetta I., D'Alessandro M., Frova L., Burgio A., Bruzzone S., Marsili M., Maurici M., Minelli G., Tondo E.).*

[4] *www.atlantesanitario.it.*

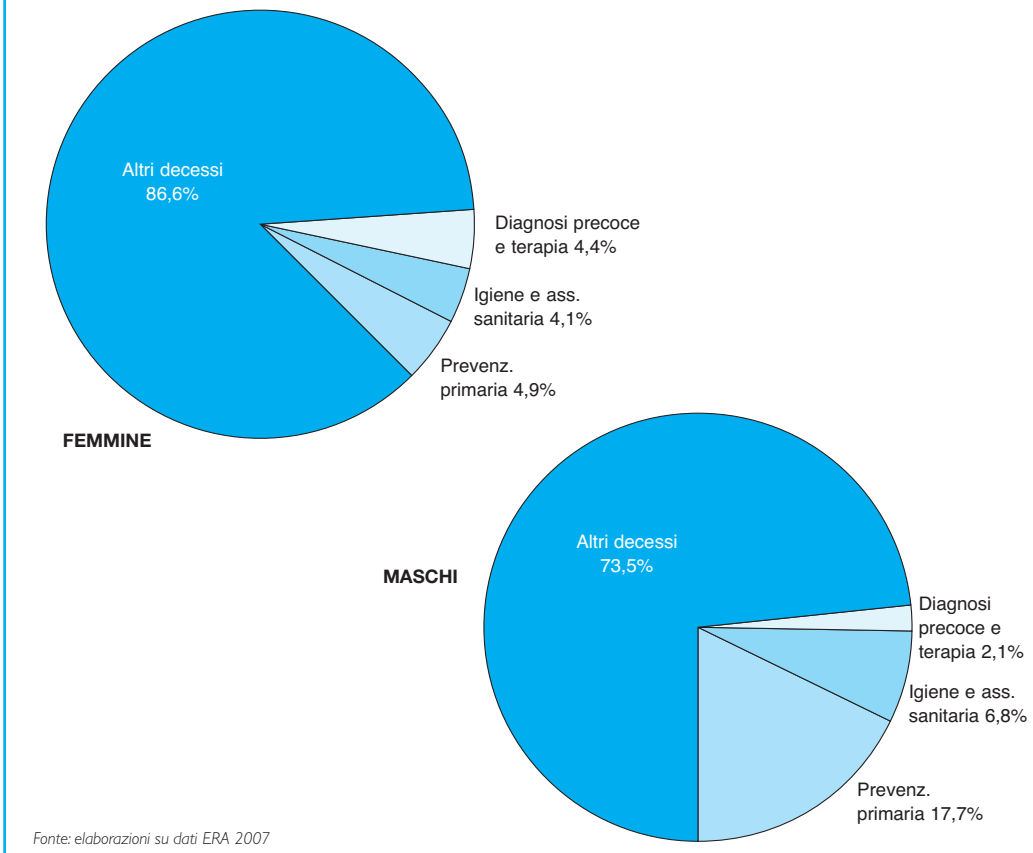
[5] *Tutti i lavori consultati sono elencati su www.atlantesanitario.it e, nella maggior parte dei casi, disponibili integralmente in formato pdf.*

[6] *Secondo la codifica ICD-9-CM, Classificazione internazionale delle malattie, 9ª revisione, con modificazioni cliniche.*

- *prevenzione primaria* (tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni; malattie ischemiche del cuore; traumatismi e avvelenamenti, e altre cause);
- *diagnosi precoce e terapia* (tumori maligni del colon e del retto, tumori maligni della mammella; tumori maligni dell'utero, e altre cause);
- *igiene e assistenza sanitaria* (tumori maligni del fegato; ipertensione arteriosa; malattie cerebrovascolari, e altre cause).

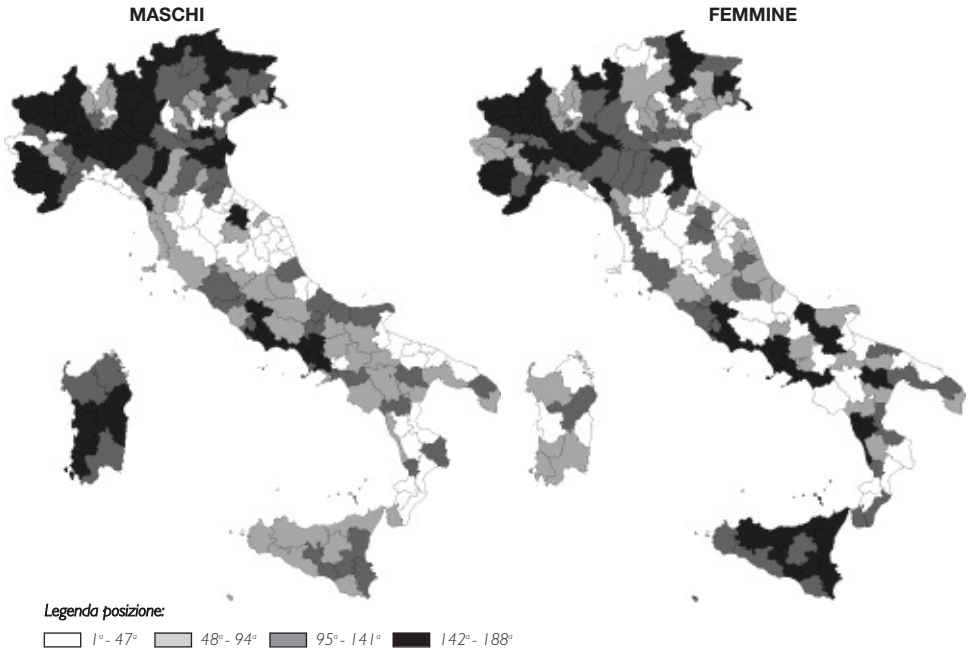
L'analisi di oltre 1.670.000 decessi registrati nel triennio 2000-2002 ha portato a individuare oltre 328.000 casi di morti classificabili come "evitabili". Il totale dei decessi è ripartito quasi equamente tra maschi e femmine mentre la distribuzione delle morti evitabili per genere evidenzia invece un rapporto maschi/femmine di 2 a 1: con riferimento al triennio indicato, infatti, gli eventi di mortalità evitabile registrati per i maschi sono quasi 218.000, contro poco più di 110.000 casi relativi al genere femminile.
L'incidenza di queste casistiche sul totale dei decessi per ciascun genere e la ripartizione fra i tre gruppi di cause evitabili sopra citati sono evidenziate nella figura 1.

Figura 1 - Composizione percentuale della mortalità per genere e tipologia di causa: decessi, evitabili, per gruppo, e altri decessi, triennio 2000-2002



Fonte: elaborazioni su dati ERA 2007

Figura 2 - Le classifiche per USL dei giorni perduti per mortalità evitabile e genere, triennio 2000-2002



Fonte: ERA 2007

L'elaborazione degli indicatori di mortalità evitabile per singola USL, oltre che per Regione e Provincia, ha mostrato fenomeni sensibilmente differenziati all'interno del Paese, talvolta riconducibili a chiari andamenti geografici, altre volte caratterizzati, al contrario, dall'assenza di visibili relazioni territoriali.
La figura 2 mostra, a titolo di esempio, i due cartogrammi, per genere, elaborati da ERA sulla base della classifica per USL calcolata sui *giorni perduti per mortalità evitabile*[7], dai quali è possibile cogliere un orientamento geografico nel caso dei maschi e una maggiore eterogeneità nel caso delle femmine.

5.2.3 I tumori femminili per USL

Nell'edizione 2007 ERA ha posto all'attenzione delle Autorità sanitarie la mortalità evitabile legata ai tumori femminili, vale a dire i tumori maligni della mammella[8], e dell'utero[9], classificati fra le cause efficacemente contrastabili con interventi di diagnosi precoce e terapia.

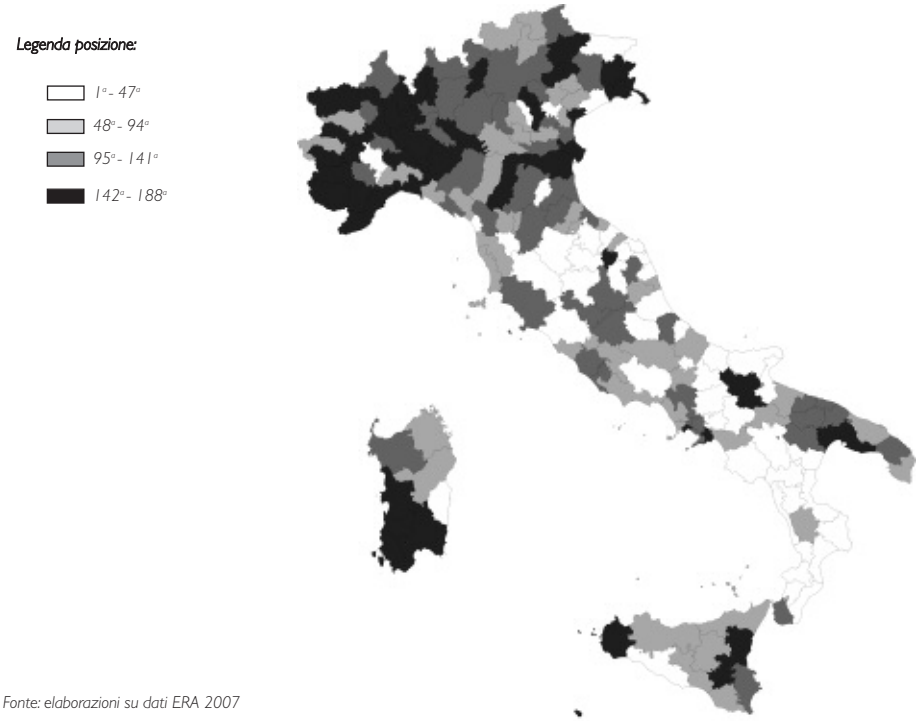
[7] *L'indicatore è basato sul peso attribuito a ciascun decesso evitabile, calcolato come differenza fra la speranza di vita (elaborata per anno e genere al netto della mortalità evitabile) e l'età effettiva alla morte.*

[8] *Codici ICD-9-CM 174.0-9.*

[9] *Codici ICD-9-CM 179.0; 180.0-9; 182.0-9. Sono esclusi i tumori maligni della placenta (181.0-9).*

In queste pagine si intende ulteriormente approfondire l'analisi territoriale di queste cause di morte, ricordando che nel solo anno 2002, ultimo anno per cui attualmente sono disponibili i dati, i tumori maligni della mammella e dell'utero hanno dato luogo a 8.150 decessi, vale a dire quasi un quarto dei decessi evitabili nella popolazione femminile.
La figura 3 visualizza *i tassi standardizzati di mortalità per tumori della donna (mammella e utero)* aggregando le 188 USL in quattro gruppi equivalenti per numerosità (47 per ciascuno) elaborati in termini di quartili, cioè a seconda che presentino i valori più bassi, quelli medio-bassi e, oltre la mediana, quelli medio-alti e i più alti.

Figura 3 - Tassi standardizzati (per 100.000 ab.) di mortalità per i tumori maligni della donna (mammella e utero), triennio 2000-2002



Fonte: elaborazioni su dati ERA 2007

Nel cartogramma si può notare una significativa presenza di USL caratterizzate dai valori più elevati nel nord-ovest del Paese, cui si contrappongono le USL del centro-sud con tassi generalmente al di sotto della mediana.
Delle 47 USL con valori più contenuti soltanto 6 sono dislocate nelle Regioni del nord: Asti in Piemonte, Arzignano, Cittadella e San Donà di Piave in Veneto, Alto Friuli nell'omonima regione, Imola in Emilia Romagna.
Di contro, tra le 47 USL che presentano i valori più elevati sono solo 5 quelle rintracciabili al centro e nel meridione: Fabriano nelle Marche, Napoli 1 e Salerno 1 in Campania,

Foggia 3 e Taranto in Puglia[10]. A queste si aggiungono tuttavia 4 delle 8 USL sarde (Oristano, Sanluri, Cagliari, Carbonia) e 2 nella regione siciliana (Trapani, Catania).
Nella tabella 1 sono evidenziate le 10 USL con i tassi più elevati in tutto il territorio italiano e, di contro, le 10 USL con i tassi più contenuti; i dati permettono di verificare che i tassi più elevati risultano almeno doppi rispetto a quelli più contenuti.

Tabella 1 - Tassi standardizzati (per 100.000 ab.) di mortalità per i tumori maligni della donna (mammella e utero), triennio 2000-2002. Prime e ultime 10 USL

Prime 10 USL	Tasso	Ultime 10 USL	Tasso
Alto Molise	10,1	Alessandria	33,7
L'Aquila	15,5	Isontina	32,3
Basso Molise	15,7	Salerno 1[11]	32,3
Catanzaro	16,6	Triestina	32,2
Frosinone	16,8	Cremona	31,9
Palmi	16,8	Medio Friuli	31,4
Chieti	17,2	Feltre	31,3
Teramo	17,3	Ferrara	31,2
Fermo	17,8	Belluno	31,0
Cittadella	17,9	Vallecamonica-Sebino	30,9

Fonte: elaborazione su dati ERA 2007

5.2.4 I tumori femminili nelle aree metropolitane

Con riferimento alle aree metropolitane di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Bari, Napoli[12], Cagliari, Palermo, Catania, Messina, Trieste[13] sono state identificate 14 USL[14] correlate a tali distretti sulle quali condurre uno specifico approfondimento in tema di tumori maligni della mammella e dell'utero.
La popolazione femminile residente in questi comprensori rappresenta quasi un quarto dell'analoga popolazione nazionale (molte di queste USL risultano tra le più popolose su scala nazionale – tabella 2). Le 14 USL sono state selezionate per appartenenza del principale Comune interessato e pertanto i relativi confini non risultano in tutti i casi sovrapponibili ai territori afferenti alle aree metropolitane propriamente dette.

[10] *Il territorio della USL Napoli 1 coincide con il Comune di Napoli; i principali Comuni della USL Salerno 1 sono Cava dei Tirreni, Scafati, Nocera Inferiore; Foggia 3 è la USL del Comune di Foggia e altri limitrofi.*

[11] *Cfr. nota precedente.*

[12] *Aree metropolitane delle Regioni ordinarie: D.Lgs. n. 267/2000.*

[13] *Aree metropolitane delle Regioni a statuto speciale: L.n. 142/1990 e L. n. 265/1999.*

[14] *Le 4 USL del Comune di Torino e le 5 del Comune di Roma sono considerate come 2 aggregati: Torino 1-4 (comprensiva delle USL TO/1, TO/2, TO/3, TO/4) e Roma A-E (RM/A, RM/B, RM/C, RM/D, che include anche il Comune di Fiumicino, RM/E). I dati di mortalità infatti sono disponibili su base comunale, e dunque a un livello che non consente l'elaborazione di indicatori per ciascuna delle USL torinesi e romane.*

Tabella 2 - Popolazione femminile delle USL correlate alle aree metropolitane. Dati in migliaia

Area metropolitana	USL	Residenti
Torino	Torino 1-4	464,3 (*)
Milano	Città di Milano	680,6
Venezia	Veneziana	159,3
Trieste	Triestina	126,8
Genova	Genovese	386,9
Bologna	Bologna	424,6
Firenze	Firenze	417,1
Roma	Roma A-E	1.380,9 (*)
Napoli	Napoli 1	521,1
Bari	Bari 4	271,7
Palermo	Palermo	644,6
Catania	Catania	552,7
Messina	Messina	340,4
Cagliari	Cagliari	281,2
Totale USL selezionate		6.652,3 (a)
Popolazione femminile nazionale		*29.952,6 (b)*
USL selezionate su totale nazionale		*22,2% (a)/(b)*

(*) I Comuni di Torino e Roma sono ripartiti in 4 e 5 USL rispettivamente (Cfr nota 12).

Fonte: elaborazione su dati ERA 2007 (popolazione al 30.6.2004)

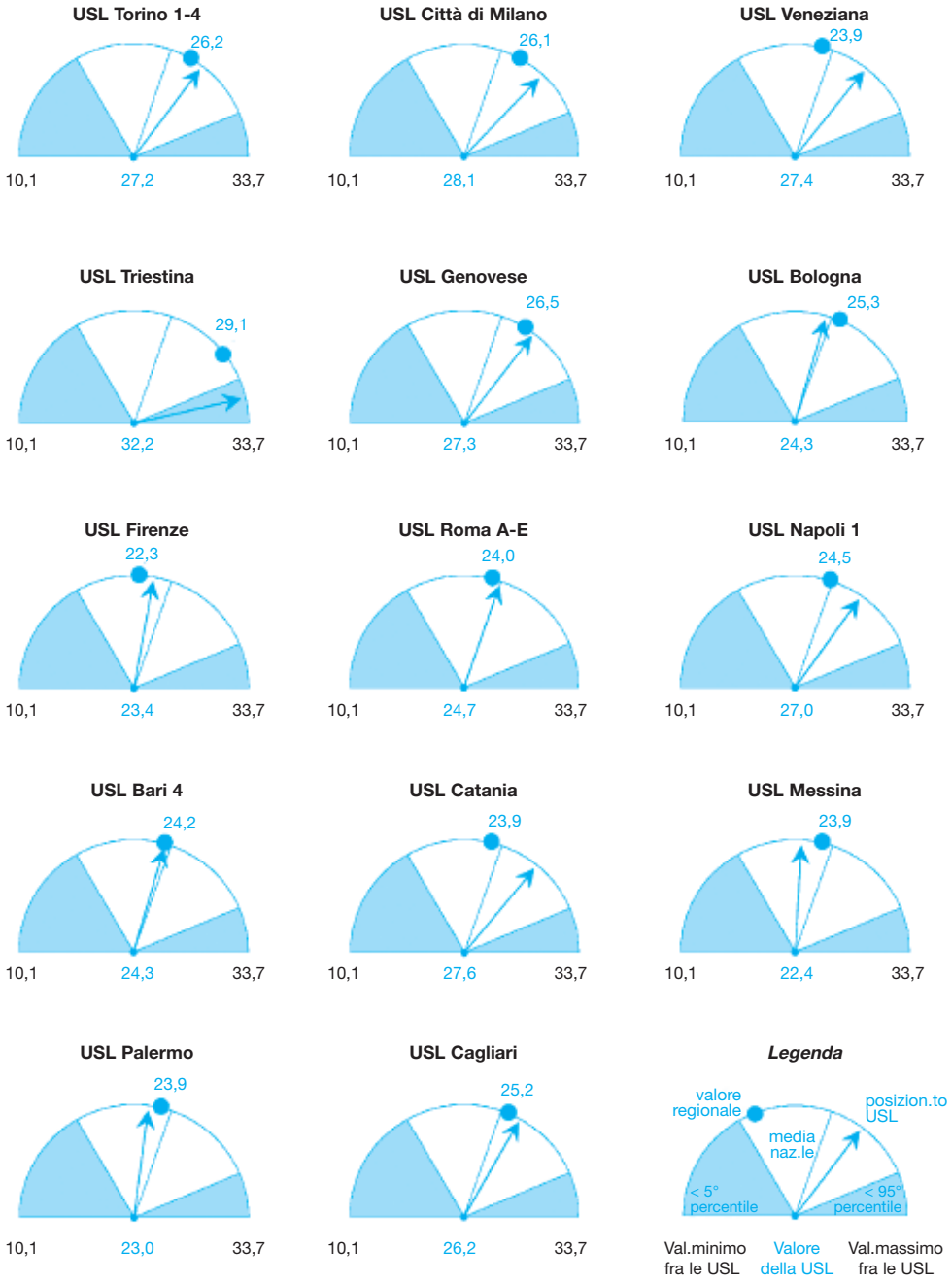
Per fornire una indicazione del posizionamento di tali USL nell'ambito delle USL italiane è stata scelta la modalità espositiva dei "tachimetri" sperimentata in entrambe le edizioni di ERA. Con questa rappresentazione grafica è possibile indicare non solo il valore della USL per l'indicatore selezionato (in questo caso i tassi standardizzati di mortalità per tumori maligni di mammella e utero) ma anche visualizzare la media nazionale, la media regionale e le soglie convenzionali di criticità e di eccellenza. Per queste ultime, in particolare, si fa riferimento ai tassi inferiori al 5° percentile o superiori al 95° percentile; tale parametro permette di individuare, data la numerosità delle USL, le 10 USL con i tassi più bassi e quelle con i tassi più elevati fra le 188 USL italiane.

La figura 4 riporta i tachimetri disegnati per le 14 USL sopra menzionate.

Le evidenze desumibili dai dati utilizzati per l'elaborazione dei tachimetri della figura 4 relativi ai tassi standardizzati di mortalità per tumori della mammella e dell'utero sono le seguenti.

a) *L'area sottesa al 5° percentile ha una ampiezza sensibilmente maggiore di quella delimitata dal 95°.* La tabella 2 mostrava, infatti, come per le prime dieci USL nella classifica dell'indicatore proposto il valore minimo fosse 10,1 fino al 17,9 registrato dalla 10ª USL in graduatoria, con quasi 8 punti di differenza; di contro, la differenza fra i valori della USL col valore maggiore e, partendo da questa, della USL al 10° posto è minore di 4 punti (33,7 – 30,9). Nella figura 4 queste due aree sono rappresentate dai settori colorati di ciascun grafico, all'estrema sinistra (valori entro il 5° percentile) e all'estrema destra (valori oltre il 95° percentile).

Figura 4 - Mortalità evitabile per tumori della mammella e dell'utero nelle 14 USL correlate alle Aree metropolitane per capoluogo. Dati 2000-2002



Fonte: elaborazione su dati ERA 2007

b) *Il tasso medio nazionale è pari a 24,4 x 100.000.* Il dato è superiore di circa un punto alla mediana, confermando una maggiore numerosità di valori medio-alti e alti rispetto a quelli medio-bassi e bassi intuibile già dalla rappresentazione grafica.

c) *Quasi tutte le USL presentano valori prossimi o superiori alla media nazionale.* Ben 8 USL delle 14 selezionate sono caratterizzate da tassi superiori a quello medio nazionale: Torino 1-4, Città di Milano, Veneziana, Triestina, Genovese, Napoli 1, Catania, Cagliari. Su valori prossimi alla media italiana si attestano invece Bologna, Roma A-E, Bari 4, mentre registrano tassi sensibilmente inferiori al dato nazionale Firenze, Palermo e Messina (23,4, 23,0 e 22,4 rispettivamente).

d) *Solo 4 USL presentano valori inferiori alle rispettive medie regionali.* Le 3 USL con valore più basso già ricordate (Firenze, Palermo e Messina) sono caratterizzate, insieme a Bologna, da un tasso standardizzato di mortalità per i tumori della mammella e dell'utero inferiore a quello medio calcolato nelle Regioni di appartenenza. Per le restanti 10 USL correlate alle aree metropolitane l'indicatore risulta invece superiore, talvolta anche significativamente, a quello elaborato a livello regionale.

e) *Una unica USL ricade in una delle aree "di attenzione".* La USL della zona di Trieste, come già visibile nella tabella 2, risulta essere la quartultima nella graduatoria di tutte le USL italiane, con un tasso pari a 32,2, superiore di circa 10 punti al dato minimo registrato fra le 14 USL.

Va tuttavia considerato, nei confronti sopra proposti, anche il differente peso delle singole USL analizzate rispetto ai rispettivi contesti regionali:

- *i comprensori delle USL Roma A-E, Genovese, Cagliari assorbono rispettivamente il 50, il 46 e il 33% della popolazione femminile delle rispettive Regioni;*
- *di contro, le USL Milano Città, Veneziana, Napoli 1, Bari 4 e Messina raccolgono meno del 17% della popolazione residente nelle Regioni di appartenenza;*
- *le restanti 6 USL considerate incidono per circa il 20-25% sulla popolazione regionale.*

5.2.5 Conclusioni

La disponibilità dei dati per USL (e per distretti territoriali di maggior dettaglio, ove possibile) è, come evidente, indispensabile per una analisi che possa tener conto dei differenziali geografici e fornire risultati efficaci, utilizzabili quindi a tutti i livelli decisionali della sanità pubblica. Scelta ed elaborazione di "indicatori sentinella" devono in ogni caso avvalersi di un attento approccio scientifico e dell'adozione di una rigorosa metodologia finalizzata a rendere confrontabili le diverse realtà territoriali.

Le statistiche presentate in queste pagine forniscono indicazioni descrittive sulle USL e sulle aree metropolitane in merito alla misura dei livelli e al relativo posizionamento su base nazionale, della mortalità per i tumori della mammella e dell'utero. Questo tipo di indagini costituisce necessaria premessa alle analisi che, a partire da tali elaborazioni, possono nascere a livello locale per approfondire le diverse criticità individuate.

Specifiche indagini andrebbero finalizzate a individuare quali sono i fattori che comportano le significative polarizzazioni geografiche segnalate, correlate in diversa misura a caratteristiche demografiche, sociali, culturali, epidemiologiche oltre che alle peculiarità locali riguardo alla domanda e all'offerta dei servizi sanitari e, soprattutto, in tema di informazione ed educazione sanitaria.

5.3 - Disabilità e strutture familiari

Rocchetti I.[1], Salvatore M. A.[2]

5.3.1 Introduzione

Dai risultati dell'indagine Istat su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 2004 si calcola siano oltre 2,6 mln. le persone con disabilità oltre i 6 anni in Italia residenti in famiglia. I disabili sono prevalentemente persone molto anziane: di essi oltre 1,6 mln. hanno più di 75 anni, mentre gli ultraottantacinquenni sono 620.000.

Si noti che per la rilevazione della disabilità è stata utilizzata, nell'indagine citata, una batteria di quesiti predisposti da un gruppo di lavoro dell'OECD sulla base della classificazione ICIDH dell'OMS[3]. Una persona è definita "disabile" se dichiara il *massimo grado di difficoltà* in almeno una delle seguenti dimensioni: confinamento a letto, su una sedia o in casa; difficoltà di movimento (camminare, scendere o salire da soli una rampa di scale, chinarsi); difficoltà nelle funzioni quotidiane (completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo); difficoltà nella comunicazione (vista, udito, parola) (Istat, 2007).

L'obiettivo del lavoro è quello di analizzare le condizioni di vita dei disabili di 50 anni e più rilevati dall'indagine, ovvero le strutture familiari all'interno delle quali sono inseriti e assistiti, tenendo conto del livello di severità delle loro condizioni di salute (tipo di disabilità, multi-disabilità), del loro ruolo all'interno della famiglia e delle loro caratteristiche socio-economiche, nonché del ricorso all'assistenza esterna in quello che è uno dei Paesi dove la quota di disabili istituzionalizzati è tra le più basse.

Le persone che vivono permanentemente in istituzioni, non rilevate nell'indagine, rappresentano una quota molto bassa della popolazione rispetto agli altri Paesi europei anche tra gli anziani, pari a meno dell'1% tra gli uomini e meno del 2% tra le donne in età 65 anni e più (tra gli ultrasettantacinquenni tali proporzioni salgono all'1% e al 3% rispettivamente per uomini e donne).

I disabili ultracinquantenni residenti in famiglia sono 2,3 mln. (dei 2,6 mln. totali oltre i 6 anni), in aumento rispetto ai 2,1 mln. rilevati dieci anni fa (Indagine Istat sulla salute del 1994). Tra questi si è registrato un forte aumento in termini assoluti e relativi del numero di coloro che vivono soli: nel 1994 i disabili ultracinquantenni soli sono circa 573.000, pari al 27,6% del totale dei disabili di 50 anni e più; nel 2004 sono invece 819.000, pari al 35,5%.

[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

[2] *Dipartimento di Scienze demografiche, Università degli Studi di Roma "La Sapienza".*

[3] *Non sono rilevate le persone disabili minori di 6 anni ed è necessario evidenziare che lo strumento di rilevazione utilizzato, essendo stato costruito per studiare le limitazioni fisiche, ha il limite di sottostimare le persone con disabilità di tipo mentale (Istat, 2007).*

Tali aumenti sono ben evidenti anche tra i molto anziani: nel 1994 i disabili ultrasettantacinquenni che vivono soli sono 392.000 (pari al 33,9% del totale dei disabili di 75 anni e più), mentre nel 2004 sono 680.000 (pari al 41,8%).
Il forte aumento dell'invecchiamento della popolazione e, quindi, il maggiore carico di morbosità e disabilità da fronteggiare determina una crescente diffusione delle potenziali situazioni di bisogno nei contesti familiari in cui i disabili sono inseriti. Peraltro aumenta la capacità dei disabili di vivere da soli, mantenendo presumibilmente una maggiore autonomia.
Aumenta tra gli ultrasettantacinquenni anche il numero di disabili che vivono con il coniuge, che passano dai 302.000 del 1994 ai 409.000 del 2004. Alla maggiore diffusione di tale tipologia familiare si potrebbe associare un aumento delle situazioni di fragilità: basti pensare ai casi in cui entrambi i coniugi sono molto anziani.
Inoltre soltanto il 10,1% delle famiglie con almeno un disabile ultracinquantenne si avvale dell'assistenza domiciliare da parte del Comune e/o della Asl e soltanto il 13,5% delle famiglie ricorre al servizio a pagamento di una persona che assiste il disabile.

Tabella 1 - Persone disabili di 50 anni e più per tipo di disabilità, classe di età e sesso (per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso), anno 2004-2005

	Classe di età				
Tipo di disabilità	50-64	65-74	75-84	85 e più	Totale
Maschi					
Disabilità	2,0	5,9	18,9	50,4	7,3
Confinamento	0,7	2,2	7,4	25,4	3,0
Difficoltà di movimento	0,8	2,7	9,7	22,3	3,5
Difficoltà nelle funzioni quotidiane	0,9	3,6	12,3	37,5	4,7
Difficoltà nella comunicazione	0,6	1,2	4,0	14,7	1,7
Femmine					
Disabilità	2,3	8,8	28,8	63,7	13,2
Confinamento	0,9	3,5	13,1	37,4	6,3
Difficoltà di movimento	1,3	4,8	15,6	29,4	6,9
Difficoltà nelle funzioni quotidiane	1,1	4,3	18,3	52,8	8,6
Difficoltà nella comunicazione	0,5	1,6	4,9	16,7	2,7
Totale					
Disabilità	2,2	7,5	24,9	59,6	10,6
Confinamento	0,8	2,9	10,9	33,6	4,8
Difficoltà di movimento	1,1	3,8	13,3	27,2	5,3
Difficoltà nelle funzioni quotidiane	1,0	4,0	15,9	48,1	6,8
Difficoltà nella comunicazione	0,5	1,4	4,6	16,1	2,3

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

5.3.2 Dimensioni e caratteristiche della disabilità

5.3.2.1 Le caratteristiche demografiche

La disabilità è più diffusa tra le donne: il 13,2% delle donne ultracinquantenni è disabile contro il 7,3% degli uomini nella stessa età. La quota di donne ultracinquantenni confinate nella propria abitazione è pari al 6,3% contro il 3,0% degli uomini; il 6,9% delle donne ha difficoltà di movimento e l'8,6% nello svolgimento delle funzioni quotidiane, contro rispettivamente il 3,5% e il 4,7% rilevato tra gli uomini. Le difficoltà nella comunicazione interessano il 2,7% delle donne contro l'1,7% degli uomini (tabella 1).
Lo svantaggio delle donne non si può giustificare soltanto con la loro maggiore longevità: a partire dai 50 anni esso emerge in tutte le classi di età e per tutti i tipi di disabilità (tabella 1).
La disabilità aumenta all'avanzare dell'età confermandosi come un fenomeno strettamente legato all'invecchiamento: tra i 50 e i 64 anni i disabili rappresentano il 2,2% (2,0% per gli uomini e 2,3% per le donne); a 75-84 anni la proporzione è già pari al 24,9% (18,9% per gli uomini e 28,8% per le donne) e oltre gli 85 anni si arriva al 59,6% (50,4% per gli uomini e 63,7% per le donne) (tabella 1).
Il Sud e le Isole presentano prevalenze più elevate per la disabilità in tutte le classi di età. Particolarmente critica risulta in quest'area la situazione delle donne più anziane: il 71,3% delle ultraottantacinquenni presenta disabilità contro il 58,4% nel Nord (tabella 2).

Tabella 2 - Persone disabili di 50 anni e più per ripartizione geografica di appartenenza, classe di età e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche), anno 2004-2005

	Classe di età				
Ripartizione geografica	50-64	65-74	75-84	85 e più	Totale
Maschi					
Nord	1,4	4,7	17,4	46,4	6,2
Centro	2,3	6,1	15,1	52,8	7,4
Sud e Isole	2,7	7,5	23,4	54,1	9,0
Italia	2,0	5,9	18,9	50,4	7,3
Femmine					
Nord	1,7	7,0	25,0	58,4	11,4
Centro	2,0	7,7	27,5	64,4	13,1
Sud e Isole	3,5	12,4	35,9	71,3	16,1
Italia	2,3	8,8	28,8	63,7	13,2
Totale					
Nord	1,5	5,9	22,1	54,9	9,0
Centro	2,1	6,9	22,6	60,7	10,5
Sud e Isole	3,1	10,1	30,8	65,7	12,9
Italia	2,2	7,5	24,9	59,6	10,6

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

5.3.2.2 Il contesto familiare

I disabili ultracinquantenni in Italia vivono per gran parte da soli o con il coniuge all'interno di coppie[4] con o senza figli. Sono soprattutto le donne a vivere da sole (43,7% contro il 17,4% degli uomini; tabella 3), mentre gli uomini vivono principalmente con il coniuge (65,9% contro il 24,5% delle donne).

Al crescere dell'età, sia per gli uomini che per le donne aumenta la percentuale di disabili che vivono da soli e si riduce quella dei disabili che vivono in coppia come conseguenza dello scioglimento del matrimonio per la morte di uno dei partners (l'83,7% dei disabili che vivono soli è costituito da vedovi/e).

Tra le donne, che, sia per la loro maggiore longevità sia per la più giovane età rispetto ai coniugi, più frequentemente degli uomini rimangono vedove, è particolarmente rilevante anche la

Tabella 3 - Persone disabili di 50 anni e più per tipologia familiare, classe di età e sesso (per 100 persone disabili della stessa età e dello stesso sesso), anno 2004-2005

Classe di età	Tipologia familiare							
	Persona sola	Coppia senza figli senza isolati	Coppia con figli senza isolati*	Monogenitore senza isolati**	Altra tipologia familiare			Totale
					Senza isolati	Con isolati		
						Membro isolato	Appartenente al nucleo	
	Maschi							
50-64	13,1	22,9	41,0	9,3	0,9	10,0	2,7	100,0
65-74	11,2	50,4	20,9	1,8	2,9	6,9	6,0	100,0
75-84	16,2	56,9	12,9	2,8	2,1	5,5	3,6	100,0
85 e più	28,4	48,2	6,2	2,8	1,6	11,8	1,0	100,0
Totale	17,4	48,7	17,2	3,5	2,0	7,9	3,4	100,0
	Femmine							
50-64	12,1	26,6	32,1	13,8	1,8	5,4	8,2	100,0
65-74	31,9	35,7	8,8	10,9	2,2	9,3	1,2	100,0
75-84	49,6	18,0	2,6	9,9	1,1	16,9	1,9	100,0
85 e più	50,8	7,3	0,8	10,8	0,6	28,7	1,0	100,0
Totale	43,7	18,9	5,6	10,7	1,2	18,0	2,0	100,0
	Totale							
50-64	12,5	25,0	36,0	11,8	1,4	7,4	5,8	100,0
65-74	24,5	41,0	13,1	7,7	2,4	8,4	2,9	100,0
75-84	39,8	29,4	5,6	7,8	1,4	13,6	2,4	100,0
85 e più	44,9	18,1	2,2	8,7	0,9	24,2	1,1	100,0
Totale	35,5	28,2	9,2	8,4	1,5	14,8	2,5	100,0

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

*Il 97,7% dei disabili che vivono all'interno di tale tipologia familiare sono membri della coppia; il 2,3% sono figli.

**Il 92,1% dei disabili che vivono all'interno di tale tipologia familiare sono genitori; il 7,9% sono figli.

[4] *Per coppia si intende sia quella coniugata che quella non coniugata.*

quota di coloro che in caso di non autosufficienza si inseriscono all'interno di un nuovo nucleo familiare, generalmente quello dei discendenti. Il 18,0% delle donne disabili ultracinquantenni vive all'interno di famiglie come "membro isolato" (ossia non appartenente al nucleo familiare[5]), contro il 7,9% degli uomini della stessa età. Tale percentuale sale al 28,7% tra le donne e all'11,8% tra gli uomini in età 85 anni e più.
I disabili membri isolati sono principalmente anziani, presumibilmente non più autonomi, che si ricongiungono con la famiglia dei figli (il 39,7% degli uomini disabili inseriti in famiglia come membri isolati e il 54,4% delle donne nelle stesse condizioni vivono all'interno di "coppie con o senza figli con isolati"; tabella 4). Una quota non trascurabile di disabili membri isolati vive con altri parenti ("insieme di parenti"), principalmente fratelli e/o sorelle, oppure è "genitore con figli non celibi o non nubili" (tabella 4).

Tabella 4 - Persone disabili di 50 anni e più membri isolati per tipologia familiare, classe di età e sesso (per 100 persone disabili della stessa età e dello stesso sesso), anno 2004-2005

Classe di età	Tipologia familiare: Coppia con o senza figli con isolati	Insieme di parenti	Genitori con figli non celibi o non nubili	Altra tipologia familiare con isolati	Totale
	Maschi				
50-64	29,4	32,0	22,3	16,3	100,0
65-74	32,3	51,7	7,5	8,5	100,0
75-84	44,3	23,3	21,9	10,5	100,0
85 e più	45,4	37,2	10,1	7,3	100,0
Totale	39,7	35,1	15,2	10,1	100,0
	Femmine				
50-64	36,4	33,5	16,4	13,7	100,0
65-74	32,9	42,3	8,5	16,2	100,0
75-84	55,1	19,1	10,1	15,7	100,0
85 e più	59,2	16,7	14,8	9,3	100,0
Totale	54,4	20,6	12,3	12,8	100,0
	Totale				
50-64	32,3	32,6	19,9	15,3	100,0
65-74	32,8	45,1	8,2	14,0	100,0
75-84	53,8	19,6	11,5	15,1	100,0
85 e più	57,4	19,3	14,2	9,1	100,0
Totale	52,0	23,0	12,7	12,3	100,0

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

[5] *Il nucleo è l'insieme delle persone che formano una coppia con figli celibi o nubili, una coppia senza figli, un genitore solo con figli celibi o nubili.*

5.3.2.3 Il ricorso all'assistenza esterna

Le quote di disabili che usufruiscono dell'assistenza domiciliare offerta dai Comuni e/o dalle Asl o di quella privata a pagamento sono molto contenute, anche in corrispondenza delle età più anziane: tra gli ultraottantacinquenni esse sono pari al 13,1% (con pochissima differenziazione di genere) per quanto riguarda l'assistenza domiciliare e al 23,5% (19,7% negli uomini e 24,9% nelle donne) per quanto riguarda l'assistenza privata (tabella 5).

Nelle classi di età più giovani (50-64 e 65-74 anni) risulta più elevata la quota di disabili che ricorrono all'assistenza domiciliare offerta dal Comune e/o dalla Asl; nelle classi di età più anziane, soprattutto tra gli ultraottantacinquenni, è invece nettamente superiore la quota di coloro che ricorrono all'assistenza privata (nelle donne è pari al 24,9%, quota quasi doppia rispetto a quella di coloro che ricorrono all'assistenza offerta da Comuni e/o Asl che è pari al 12,9%).

Soltanto il 3,0% dei disabili ultracinquantenni usufruisce di entrambi i tipi di assistenza e tale quota resta contenuta anche in corrispondenza delle età più anziane (tra gli ultraottantacinquenni essa è pari al 5,0%).

Tabella 5 - Persone disabili di 50 anni e più che ricorrono all'assistenza domiciliare offerta dal Comune e/o dalla Asl oppure all'assistenza privata per classe di età e sesso (per 100 persone disabili della stessa età e dello stesso sesso), anno 2004-2005

	Classe di età				
Assistenza	50-64	65-74	75-84	85 e più	Totale
			Maschi		
Assistenza del Comune e/o della Asl	9,0	7,1	8,2	13,8	9,3
Persona che assiste il disabile	5,2	3,8	10,2	19,7	10,2
			Femmine		
Assistenza del Comune e/o della Asl	4,8	8,7	10,9	12,9	10,6
Persona che assiste il disabile	3,7	7,4	13,9	24,9	15,1
			Totale		
Assistenza del Comune e/o della Asl	6,6	8,1	10,1	13,1	10,2
Persona che assiste il disabile	4,4	6,1	12,8	23,5	13,5

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

5.3.2.4 Le caratteristiche socio-economiche

Sono le persone di *status* sociale più basso a presentare più alti livelli di disabilità: complessivamente il 15,2% degli ultracinquantenni che non hanno un titolo di studio o che hanno la sola licenza elementare è colpito da una qualche forma di disabilità, contro il 3,7% di coloro che hanno un diploma di scuola media superiore o istruzione universitaria (tabella 6). In corrispondenza dei titoli di studio più bassi la quota di disabili è costantemente più elevata in tutte le classi di età, sia per i maschi che per le femmine.

Nella stessa direzione vanno anche i differenziali rilevati tra coloro che giudicano scarse

Tabella 6 - Persone disabili di 50 anni e più per livello di istruzione, classe di età e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche), anno 2004-2005

	Classe di età				
Livello istruzione	50-64	65-74	75-84	85 e più	Totale
			Maschi		
Laurea e diploma	1,0	3,1	13,8	41,5	3,3
Licenza media inferiore	1,6	4,0	17,8	64,3	5,1
Licenza elementare	3,4	7,4	20,3	48,5	11,0
			Femmine		
Laurea e diploma	0,9	5,3	16,9	54,1	4,3
Licenza media inferiore	2,0	7,1	25,3	56,8	8,1
Licenza elementare	3,5	9,9	30,6	65,7	17,8
			Totale		
Laurea e diploma	1,0	4,1	15,1	47,9	3,7
Licenza media inferiore	1,8	5,5	21,9	59,4	6,6
Licenza elementare	3,5	8,9	27,0	60,8	15,2

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

Tabella 7 - Persone disabili di 50 anni e più per giudizio sulle risorse economiche, classe di età e sesso (per 100 persone con le stesse caratteristiche), anno 2004-2005

	Classe di età				
Giudizio risorse economiche	50-64	65-74	75-84	85 e più	Totale
			Maschi		
Ottime	2,7	3,6	15,4	37,2	5,4
Adeguate	1,3	4,5	16,1	46,5	5,7
Scarse	2,9	8,6	22,7	56,5	10,7
Assolutamente insufficienti	6,8	10,8	36,9	62,1	14,6
			Femmine		
Ottime	1,9	3,7	28,7	69,7	10,2
Adeguate	1,7	7,1	24,0	60,9	10,7
Scarse	3,3	10,9	33,7	66,3	17,2
Assolutamente insufficienti	6,6	23,4	48,9	79,3	23,9
			Totale		
Ottime	2,3	3,7	22,7	60,9	7,8
Adeguate	1,5	5,9	20,8	56,5	8,4
Scarse	3,2	9,9	29,8	63,2	14,5
Assolutamente insufficienti	6,7	18,0	45,1	73,3	20,0

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

o insufficienti le proprie disponibilità economiche rispetto a chi le giudica positivamente (tabella 7), nonostante l'approssimazione di questa variabile come indicatore della situazione economica. Tale variabile, infatti, si presta ad essere interpretata, oltre che come possibile causa del peggiore stato di salute, anche come conseguenza, in quanto l'insoddisfazione rispetto alla propria condizione economica potrebbe essere determinata dalle maggiori risorse economiche necessarie per far fronte ad uno stato di salute compromesso.

5.3.2.5 Una rappresentazione multidimensionale

Per controllare simultaneamente i diversi fattori in gioco e sintetizzare le informazioni riguardanti le diverse dimensioni della disabilità si è fatto ricorso all'analisi delle corrispondenze multiple (ACM), che ha permesso di riassumere l'interdipendenza tra le modalità dei caratteri in un numero più ridotto di fattori indipendenti (assi fattoriali). Successivamente una *cluster analysis*[6], effettuata sui primi dieci assi fattoriali[7] dell'ACM, ha portato all'identificazione di quattro grandi gruppi omogenei[8] rispetto al contesto familiare in cui il disabile è inserito e alle sue principali caratteristiche (caratteristiche demografiche e socio-economiche, tipo di disabilità, presenza o meno di multi-disabilità) (tabella 8).

Il primo *cluster* raccoglie soprattutto disabili che vivono da soli o all'interno di coppie senza figli (oltre il 90% dei disabili che vivono all'interno di queste due tipologie familiari è contenuto in tale *cluster*) e che rappresentano complessivamente il 65,1% della popolazione totale dei disabili.

Il secondo *cluster* è quello dei disabili che vivono con figli celibi o nubili (costituendo così un nucleo monogenitore: oltre il 99% degli individui del *cluster* vive all'interno di famiglie monogenitore, quota pari a circa 12 volte quella media nella popolazione totale) e raccoglie il 7,3% dei disabili. Il 92% degli individui classificati in questo gruppo è costituito da donne; circa la metà (il 49,3%, quota di circa un quarto superiore a quella nella popolazione totale) vive nel Sud e Isole e il 62,2% (quota di circa un quarto superiore alla media) giudica adeguate le proprie disponibilità economiche. Per i disabili appartenenti a tale *cluster* le esigenze economiche si fanno meno pressanti in quanto, evidentemente, il sostegno economico necessario è assicurato dai membri più giovani della famiglia.

Il terzo *cluster*, contenente l'11,5% della popolazione disabile, è quello dei disabili capofamiglia, ossia dei disabili più giovani che vivono principalmente con coniuge e figli. In esso rientra oltre il 72% dei disabili d'età 50-64 anni (la cui proporzione nel *cluster* è 6,3 volte quella nella popolazione totale dei disabili) e l'82,9% dei disabili che vivono all'in-

[6] *Il metodo utilizzato per la cluster analysis è quello gerarchico di Ward, che utilizza la scomposizione della devianza aggregando le unità per cui è minore l'incremento di devianza interna.*

[7] *Il numero di assi fattoriali utilizzati nella cluster analysis è stato scelto in base al criterio proposto da Benzecrì, che considera significativi tutti i fattori il cui autovalore è superiore all'autovalore medio 1/K, dove K rappresenta il numero di variabili attive.*

[8] *Un residuo pari all'1,5% del totale dei disabili non è stato classificato in nessuno dei gruppi individuati.*

Tabella 8 - Profili dei *clusters* dei disabili di 50 anni e più e rapporto[9] tra le prevalenze nel cluster e nella popolazione totale per le modalità che caratterizzano i clusters

Cluster 1– Disabili che vivono soli o in coppie senza figli (65,1%)						Cluster 2 – Disabili con figli celibi o nubili (7,3%)		Cluster 3 – Disabili capofamiglia (11,5%)		Cluster 4 – Membri isolati (14,7%)	
Sottogruppo 1		Sottogruppo 2		Sottogruppo 3							
Modalità caratteristiche	Rapp.	Modalità caratteristiche	Rapp.	Modalità caratteristiche	Rapp.	Modalità caratteristiche	Rapp.	Modalità caratteristiche	Rapp.	Modalità caratteristiche	Rapp.
85 anni e più	1,42	75-84 anni	1,14	65-74 anni	1,33	Femmina	1,34	50-64 anni	6,30	Membro isolato	6,69
Persona sola	1,53	Persona sola	1,40	75-84 anni	1,20	Sud e Isole	1,26	Maschio	1,82	Altra tipologia familiare con isolati	5,79
Coppia senza figli senza isolati	1,24	Coppia senza figli senza isolati	1,49	Nord	1,10	Risorse economiche adeguate	1,23	Sud e Isole	1,21	85 anni e più	1,67
Appartenente al nucleo familiare	1,17	Appartenente al nucleo familiare	1,17	Persona sola	1,55	Monogenitore	11,79	Diploma e senza isolati	11,83	Femmina istr. universitaria	1,22
Più di due disabilità	4,36	Due disabilità	3,01	Coppia senza figli senza isolati	1,47	Appartenente al nucleo familiare	1,17	Licenza media inferiore	1,96	Diff. funzioni quotidiane	1,20
Confinato	2,02	Confinato	1,18	Appartenente al nucleo familiare	1,17			Una disabilità	1,58	Confinato	1,27
Diff. funzioni quotidiane	1,51	Diff. funzioni quotidiane	1,33	Una disabilità	2,16			Diff. funzioni quotidiane	0,61	Centro	1,45
Diff. comunicazione	2,41	Diff. movimento	1,13	Confinato	0,31			Confinato	0,62	Risorse economiche adeguate	1,20
Diff. nel movimento	1,51	no diff. comunicazione	1,25	Diff. funzioni quotidiane	0,55			Coppia con figli senza isolati	7,21	Due disabilità	1,24
Assistenza privata	2,10	Assistenza privata	1,62	Diff. movimento	0,71			Appartenente al nucleo familiare	1,16	Più di due disabilità	1,30
Assistenza domiciliare	1,76			No assistenza privata	1,09			No assistenza privata	1,14		
				No assistenza domiciliare	1,05			No assistenza domiciliare	1,07		
				Risorse economiche scarse	1,11			Risorse economiche insufficienti	1,77		

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

[9] *All'interno di ciascun cluster sono state inserite le modalità la cui prevalenza nel cluster è superiore di almeno il 5% rispetto alla media (prevalenza nella popolazione totale dei disabili).*

terno di coppie con figli (proporzione nel cluster pari a 7,2 volte quella nella popolazione totale). Si tratta principalmente di uomini e, data anche la più giovane struttura per età, le condizioni di disabilità sono meno complesse: le quote di confinati e di coloro che presentano difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane sono pari entrambe a poco più del 60% di quelle rilevate nella popolazione totale dei disabili. Appartenendo a generazioni più recenti, i disabili in questo gruppo presentano anche un più elevato livello d'istruzione: l'11,3% è in possesso di diploma di scuola media superiore o istruzione universitaria (contro il 7,2% del complesso dei disabili) e il 47,7% presenta almeno la licenza media inferiore (contro il 23,9%). Il 13,4%, circa il 77% in più rispetto alla media, dichiara che le risorse economiche di cui dispone sono assolutamente insufficienti.
I disabili del *cluster* sono, infatti, persone in età attiva con figli ancora giovani, che potrebbero non essere adeguatamente inseriti nel mondo del lavoro: questa condizione, la presenza di figli e lo stato di salute che richiede spesso spese ulteriori influiscono negativamente sul bilancio familiare attribuendo a questo *cluster* la maggiore insoddisfazione per la situazione economica della famiglia.
Il quarto *cluster*, costituito dal 14,7% della popolazione disabile totale, è quello dei membri isolati. In esso rientra, infatti, la quasi totalità (98,5%) dei membri isolati (che costituiscono il 99,4% della popolazione del cluster, quota circa 7 volte superiore a quella media nella popolazione disabile totale). Si tratta di individui molto anziani multi-disabili che, non essendo più autosufficienti, vengono accolti all'interno di un altro nucleo familiare, generalmente quello di un figlio/a o di un fratello/sorella. L'84,1% degli individui del *cluster* è costituito da donne e il 44,7% ha più di 85 anni (quota pari a 1,7 volte quella media). Il 57,9% (il 27% in più rispetto alla media) è confinato nella propria abitazione e il 77,5% (il 20% in più rispetto alla media) presenta difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane. Circa il 60% dei disabili del *cluster*, il 20% in più rispetto alla media, giudica adeguate le risorse economiche di cui dispone: anche in questo caso i disabili possono contare sul sostegno economico degli altri membri della famiglia.
Tra i quattro *cluster*, il primo (dei disabili che vivono soli o con il coniuge) che è stato descritto brevemente presenta al suo interno, data la sua grande numerosità, una maggiore eterogeneità riguardo alle caratteristiche dei disabili, tanto che è possibile suddividerlo in tre ulteriori sottogruppi distinti principalmente sulla base della severità delle condizioni di salute dei disabili.
Il primo sottogruppo è relativo ai disabili più gravi e contiene il 15,5% del totale della popolazione disabile totale. Si tratta principalmente dei disabili molto anziani (oltre l'80% ha più di 75 anni e il 38,1% ha più di 85 anni) che normalmente presentano più di due disabilità (oltre il 99%). Il 91,9% (oltre 2 volte la media rilevata nella popolazione totale dei disabili) è confinato nella propria abitazione; il 97,6% (1,5 volte la media) presenta difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane; oltre la metà sono disabili della comunicazione (quota più che doppia rispetto alla media). I disabili classificati in questo sottogruppo sono quelli che ricorrono maggiormente all'assistenza privata (vi fa ricorso il 28,5%, pari a 2,1 volte la media nella popolazione disabile totale) e all'assistenza domiciliare offerta dai Comuni e/o dalle Asl (il 17,9%, pari a 1,8 volte la media nella popolazione totale dei disabili), nonostante che, anche in questo caso, il ricorso a tali servizi

riguardi una quota molto bassa del potenziale fabbisogno.
Il secondo sottogruppo contiene il 20,1% del totale dei disabili. Si tratta di individui anch'essi con forti limitazioni di autonomia, ma mediamente più giovani del sottogruppo precedente: il 49,6% ha età 75-84 anni. Le condizioni dei disabili appartenenti a tale *cluster* continuano ad essere critiche: il 98,1% presenta due tipi di disabilità, il 53,5% è confinato nella propria abitazione, l'86,2% ha difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane. Anche questo gruppo di disabili ricorre più frequentemente all'assistenza esterna: più precisamente il 21,9% di essi (quota pari a 1,6 volte la media nella popolazione totale dei disabili) ricorre all'assistenza privata, mentre non si discosta significativamente dalla media la quota di coloro che ricorrono ai servizi offerti dai Comuni o dalle Asl.
Il terzo sottogruppo raccoglie il 29,5% dei disabili, i quali presentano una struttura per età più giovane rispetto ai due sottogruppi precedenti e un quadro di disabilità meno grave. Il 96,6% dei disabili del gruppo presenta una sola disabilità; il 14% è confinato nella propria abitazione (quota pari a un terzo di quella rilevata nella popolazione disabile totale); il 35,7% ha difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane (quota pari al 55% di quella rilevata nella popolazione totale); il 35,6% presenta difficoltà di movimento (più bassa della media di 29 punti percentuali); la percentuale dei disabili della comunicazione non si discosta significativamente dalla media.

5.3.3 Aumentano i disabili e diminuisce la disabilità

La forte espansione in termini assoluti e relativi della popolazione anziana e l'aumento di oltre 200.000 disabili tra gli ultracinquantenni, che si è determinato dal 1994 al 2004, si associa ad una sostanziale stabilità della prevalenza della disabilità nella popolazione ultracinquantenne e ad una riduzione del rischio di disabilità a parità di età coerentemente a quanto già evidenziato in altri paesi (Freedman et al., 2002; Peres e Barberger-Gateau, 2001). Tale riduzione emerge da un confronto tra le prevalenze specifiche della disabilità rilevate nelle tre indagini Istat sulla salute del 1994, del 1999-2000 e del 2004.
Un andamento decrescente è ben evidente negli uomini: nel 1994 l'8,3% degli ultracinquantenni è disabile, contro il 7,7% nel 1999-2000 e il 7,3% nel 2004 (tabella 9). Nelle donne l'invecchiamento è stato maggiore e la prevalenza della disabilità si mantiene pressoché costante: nel 1994 il 13,0% delle ultracinquantenni è disabile, contro il 13,6% nel 1999-2000 e il 13,2% nel 2004.
Considerando specificamente le diverse classi di età, per i giovani (50-64 e 65-74 anni), sia per gli uomini che per le donne, è individuabile, per la disabilità in generale e per tutti i tipi di disabilità, una sensibile contrazione della quota dei disabili dal 1994 al 1999-2000 e infine al 2004.
Nella classe di età 75-84 anni la prevalenza diminuisce notevolmente dal 1994 al 1999-2000, per poi subire negli anni successivi una leggera ripresa negli uomini e un calo molto più contenuto rispetto al precedente nelle donne. Il forte calo iniziale della prevalenza è interpretabile con un particolare effetto della struttura per età all'interno di questa grande classe in cui il gioco della diversa numerosità delle generazioni ha comportato un netto ringiovanimento della classe tra il 1994 e il 1999-2000 (la generazione del 1915-19, numericamente esigua essendo nata durante gli anni della Prima Guerra Mondiale, che

Tabella 9 - Persone disabili di 50 anni e più per tipo di disabilità, classe di età, genere e anno di rilevazione dell'indagine (per 100 persone della stessa età e dello stesso sesso)

	Maschi			Femmine			Totale		
	1994	1999-00	2004	1994	1999-00	2004	1994	1999-00	2004
Disabilità									
50-64	3,0	2,4	2,0	3,4	3,4	2,3	3,2	3,0	2,2
65-74	9,0	7,9	5,9	11,5	10,2	8,8	10,4	9,1	7,5
75-84	23,1	18,7	18,9	34,2	29,2	28,8	29,8	25,2	24,9
85 e più	51,8	48,0	50,4	60,1	61,5	63,7	57,4	57,3	59,6
Totale	**8,3**	**7,7**	**7,3**	**13,0**	**13,6**	**13,2**	**10,9**	**10,9**	**10,6**
Confinamento									
50-64	0,8	0,7	0,7	1,2	1,3	0,9	1,0	1,1	0,8
65-74	3,2	2,4	2,2	4,1	4,1	3,5	3,7	3,3	2,9
75-84	9,1	8,1	7,4	14,2	13,4	13,1	12,2	11,4	10,9
85 e più	29,0	25,4	25,4	29,8	34,9	37,4	29,6	31,9	33,6
Totale	**3,2**	**3,0**	**3,0**	**5,3**	**6,4**	**6,3**	**4,3**	**4,9**	**4,8**
Movimento									
50-64	1,2	1,1	0,8	1,7	1,7	1,3	1,5	1,4	1,1
65-74	4,0	3,9	2,7	6,2	5,4	4,8	5,3	4,8	3,8
75-84	11,0	8,0	9,7	16,5	14,6	15,6	14,3	12,1	13,3
85 e più	25,4	24,0	22,3	30,4	29,6	29,4	28,8	27,8	27,2
Totale	**3,8**	**3,6**	**3,5**	**6,5**	**6,8**	**6,9**	**5,3**	**5,4**	**5,3**
Funzioni									
50-64	1,7	1,0	0,9	1,3	1,3	1,1	1,5	1,2	1,0
65-74	5,4	3,9	3,6	5,4	5,0	4,3	5,4	4,5	4,0
75-84	16,4	11,5	12,3	23,3	18,7	18,3	20,6	15,9	15,9
85 e più	41,6	36,1	37,5	50,0	49,0	52,8	47,3	45,0	48,1
Totale	**5,5**	**4,4**	**4,7**	**8,0**	**8,5**	**8,6**	**6,9**	**6,6**	**6,8**
Comunicazione									
50-64	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,7	0,5
65-74	1,9	1,9	1,2	1,9	1,5	1,6	1,9	1,6	1,4
75-84	4,8	5,1	4,0	5,4	5,9	4,9	5,2	5,6	4,6
85 e più	18,0	14,5	14,7	13,3	16,0	16,7	14,8	15,6	16,1
Totale	**1,9**	**2,1**	**1,7**	**2,3**	**2,8**	**2,7**	**2,1**	**2,5**	**2,3**

Fonte: nostre elaborazioni dati Istat

nel 1994 costituisce la quota più giovane 75-79 anni della classe, si trova circa cinque anni dopo a costituire la quota più anziana 80-84 anni della classe), accentuando la diminuzione della prevalenza, che ha interessato entrambe le sottoclassi 75-79 e 80-84 anni. Sempre come un effetto della variazione della struttura per età può essere interpretato il lieve aumento della disabilità registrato nella classe di età in esame tra i maschi nel 2004 (18,9% contro il 18,7% del 1999-2000), dato che in entrambe le sottoclassi 75-79 e 80-

84 anni è rilevabile una riduzione delle prevalenze nel passare dal 1999 al 2004 (la struttura della classe 75-84 anni nel 1999 è molto più giovane anche di quella del 2004). Entrando più nello specifico dei diversi tipi di disabilità, sia nei maschi che nelle femmine di età 75-84 anni, nel passare dal 1999 al 2004 le difficoltà di movimento tendono ad aumentare soprattutto nella sottoclasse 80-84 anni, mentre tutti gli altri tipi di disabilità si riducono determinando il calo della disabilità complessiva in tale classe.
Nella classe di età aperta, che considera i molto anziani, l'invecchiamento della classe, al variare del periodo di riferimento, determina un incremento delle prevalenze.

5.3.4 Conclusioni

Il processo di invecchiamento della popolazione ha comportato, e probabilmente comporterà anche nel futuro, un aumento del numero dei disabili, nonostante la tendenza alla contrazione negli ultimi dieci anni dei rischi di disabilità a parità di età e la riduzione dell'incidenza del numero di anni trascorsi in condizioni di disabilità e di dipendenza fisica sul totale degli anni vissuti.
Anche dal punto di vista delle strutture familiari in cui vive il disabile emerge un'area di crescente fragilità rappresentata dai disabili che vivono soli, in sensibile aumento, o che vivono all'interno di coppie senza figli, dove spesso entrambi i coniugi sono anziani, e non di rado sono entrambi disabili. Dall'analisi è emerso come i disabili soli, o che vivono col coniuge, presentino molto frequentemente forti limitazioni di autonomia in condizioni di multi-disabilità e confinamento. Anche in questi casi di relativo isolamento del disabile all'interno di strutture familiari non necessariamente in grado di assicurare il supporto indispensabile, il ricorso all'assistenza esterna (pubblica o privata) è molto limitato: è dunque difficile immaginare quali soluzioni organizzative a livello micro vengano adottate per far fronte ai molteplici problemi provocati dalla mancanza di autonomia. C'è da dire, comunque, che l'indagine sulle condizioni di salute della popolazione, utilizzata in questo studio, non consente di costruire la rete familiare all'interno della quale il disabile è inserito, ma solo la parte rappresentata dalla famiglia convivente. È possibile che, anche in mancanza di coabitazione, il disabile, o la coppia di disabili anziani, siano in effetti parte di una più ampia rete che ne assicura il soddisfacimento dei bisogni fondamentali.
La bassa percentuale di disabili ultracinquantenni che ricorrono all'assistenza domiciliare offerta dal Comune e/o dalla Asl oppure all'assistenza privata può essere indice di una mancata integrazione tra le fonti di supporto. Inoltre la quota di disabili over 50 usufruenti dell'assistenza pubblica è legata alla capienza dei fondi assistenziali: un raddoppio dell'attuale livello di copertura porterebbe teoricamente la percentuale di disabili ultracinquantenni che ricevono ausili pubblici a circa il 20%.
I risultati della *cluster analisys* mettono in evidenza l'esistenza di differenti tipologie di bisogno per la soddisfazione delle quali si necessiterebbe dell'attuazione di una politica di assistenza non univoca capace di dare risposte su più fronti.
La disabilità ha caratteristiche di genere: la maggior diffusione del fenomeno tra le donne implica l'esigenza di applicare politiche sanitarie *ad hoc* per esse.
La disabilità è inoltre legata alle caratteristiche socio-economiche e in particolare al livel-

lo di istruzione; ciò sottolinea l'importanza non solo della cura e dell'assistenza delle persone con disabilità ma anche degli interventi di prevenzione indiretti.
In conclusione si può affermare che la disabilità sia un fenomeno difficile da definire in tutte le sue dimensioni. Nel presente contributo ci siamo concentrati sulla definizione di disabilità utilizzata dall'Istat, costruita sulla base del massimo grado di difficoltà rilevata in una scala a più dimensioni; sarebbe necessario, per uno studio più approfondito del fenomeno e al fine di programmare degli interventi sanitari pubblici, identificare la relazione fra disabilità, in quanto limitazione, e non autosufficienza (parziale o totale), e quindi fra questa e i costi di tutela.

Riferimenti bibliografici

- Di Bari M, Inzitari M et al. (2004). *World aging: compression of mortality, of morbidity, and of disability*. G Gerontol; 52:438-445.
- Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF (2002). *Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review*. JAMA 288:3137-46.
- Fries JF (1980). *Aging, natural death, and the compression of morbidity*. N Engl J Med 303:130-5.
- Fries JF (2003). *Measuring and monitoring success in compressing morbidity*. Annals of Internal Medicine 139:455-459.
- Istat (2007). *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari anno 2005*. Nota per la stampa.
- Istat (2002). *Le condizioni di salute della popolazione, Indagine Multiscopo sulle famiglie 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari' anno 1999-2000*, Informazioni n. 12-2002.
- Istat (1994). *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, Indagine Multiscopo sulle famiglie.
- Istat (2005). *L'integrazione sociale delle persone con disabilità anno 2004*, Statistiche in breve.
- Michel JP e Robine JM (2005). *Una nuova teoria generale dell'invecchiamento demografico*, Quaderni europei del nuovo welfare, Quaderno n. 2/005.
- Peres K, Barberger-Gateau B (2001). *Evolution de l'incapacité entre 75 et 84 ans*, Gerontol Soc, 98, pp. 49-64.

5.4 - La formazione ECM: inquadramento contestuale e definizione di un modello di analisi della qualità degli organizzatori

Bellet I.[1]*, Lapenna N.*[1]

5.4.1 Introduzione

Il presente articolo è suddiviso in due sezioni in parte distinte. Nella prima si realizza una panoramica della formazione ECM da un punto di vista normativo, considerandone l'*excursus* storico e le caratteristiche principali; nella seconda si vuole pervenire alla identificazione di alcuni elementi chiave da monitorare nella gestione degli eventi ECM.
Il legame funzionale tra le due sezioni deriva dalla necessità di contestualizzare alcune esigenze e di giustificare, in tal modo, la validità delle variabili chiave successivamente identificate.

5.4.2 La formazione ECM: dalla nascita alla regionalizzazione

L'introduzione del programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) risponde innanzitutto all'esigenza deontologica di tutte le professioni sanitarie di un aggiornamento continuo per adeguare le proprie conoscenze al progresso clinico e scientifico.
Negli Stati Uniti d'America, grazie all'iniziativa dell'American Medical Association (AMA), già nel 1906 si ispezionavano 160 scuole di medicina, classificandole in tre livelli. Successivamente nel 1923 l'AMA dettò i principi e gli standard del *training* in ambito medico. L'onere della formazione continua nasce quindi come iniziativa delle società scientifiche. Successivamete è stato riconosciuto l'interesse pubblico della formazione continua per i medici a partire dal 1956. Nel mondo anglosassone si conserva questo *imprinting* iniziale, tanto che anche in Gran Bretagna sono i Royal College of Medicine delle varie specialità cliniche ad accreditare gli eventi.

[1] *Partner Sidera srl.*

Le origini normative in Italia risalgono al D.Lgs. 229/99[2] che all'art. 16 introduce il concetto di Formazione Continua[3], scisso nelle sue componenti di aggiornamento professionale e formazione permanente.
Fin dall'origine la formazione ECM presenta alcuni requisiti sostanziali:
1. essa deve realizzarsi principalmente in programmi finalizzati ad obiettivi prioritari definiti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale;
2. consiste in attività come la partecipazione a convegni, corsi e seminari organizzati sia da istituzioni pubbliche che private accreditate;
3. si prevede un sistema di incentivi e sanzioni per la partecipazione alle attività formative ECM.
In merito al primo punto, la definizione degli **obiettivi formativi nazionali** verrà poi formalizzata con l'accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001. Tali obiettivi saranno poi oggetto di un acceso dibattito, ma permangono a tutt'oggi gli stessi.
Il punto 2 sancisce, tra l'altro, la possibilità di accesso al sistema di erogazione di formazione ECM anche da parte dei soggetti privati, benché a questi sia richiesta una procedura di accreditamento che ne attesti i requisiti formativi.
Al terzo punto, invece, è dedicato l'intero comma 4 dell'art. 16. In esso si stabilisce che la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in ambito sanitario. Esso prevede anche la definizione, all'interno dei contratti collettivi nazionali di lavoro, di specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non consegua il minimo numero di crediti formativi.
La formazione ECM diventa, così, requisito indispensabile per lo svolgimento dell'attività professionale. A fronte, però, di una chiara definizione iniziale, l'attuazione di un vero meccanismo sanzionatorio ha fatto fatica ad affermarsi. Le cause sono da ricondursi a elementi diversi, tra cui la disomogeneità di offerta formativa, particolarmente concentrata sui medici, alla insufficiente offerta da parte dei soggetti pubblici, al sistema di controllo adottato. Si è realizzata, nei fatti, una situazione per cui il meccanismo sanzionatorio si può intendere più come obiettivo da raggiungere che come requisito di partenza.

[2] *Ai sensi del presente decreto, la formazione continua comprende* ***l'aggiornamento professionale*** *e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.*

[3] *La* ***formazione continua*** *consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. La formazione continua di cui al comma 1 è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'art. 16-ter.*

È importante però che il legislatore abbia definito l'importanza della formazione ECM, non più solo come atto volontaristico e deontologico, ma anche quale processo continuo e obbligatorio per la realizzazione della propria attività.
L'intento del legislatore era da un lato quello di mettere a punto un sistema moderno e in linea con le tendenze internazionali, dall'altro di coinvolgere i vari soggetti istituzionali (ministero della Salute, Regioni e Province autonome) nella creazione di un sistema della formazione che avesse standard qualitativi elevati e che garantisse un aggiornamento professionale al passo con i tempi.
Le iniziali perplessità da parte degli operatori sanitari, che hanno percepito il cambiamento più come un appesantimento che come un'opportunità di miglioramento professionale, sono state gradualmente sostituite da una sostanziale accettazione. Questo si desume sia dalla nostra esperienza diretta, ove è percepibile il "valore aggiunto" connesso all'erogazione dei crediti ECM, sia dal numero di eventi accreditati e di partecipanti che è tendenzialmente crescente nel tempo.
La valutazione complessiva non può peraltro prescindere dalla considerazione che il sistema ECM presenta ancora lacune sul versante organizzativo sia interno che esterno. Sul fronte interno, ad esempio, non si è ancora realizzato l'accreditamento diretto degli eventi da parte dei provider e c'è una forte disomogeneità nella realizzazione dei sistemi ECM regionali. Sintomatica di questa situazione è la reiterata proroga della fase "sperimentale". Sul fronte esterno vi è un panorama variegato di fornitori di formazione, i cosiddetti "provider". Nell'uso comune si definiscono "provider" coloro che sono solo "organizzatori di eventi formativi". Nel prosieguo si accetterà l'accezione comune del termine, intendendo come provider gli organizzatori. Il panorama è variegato per diversi motivi. Innanzitutto per la natura giuridica dei provider, che possono essere soggetti pubblici o privati; poi per le origini e le competenze espresse. Alcuni provider nascono come agenzie di logistica e hanno acquisito l'accreditamento ECM anche come strumento per continuare a operare nell'ambito del turismo congressuale; altre invece sono società scientifiche, espressione di un particolare gruppo e specialità; altri invece sono organismi pubblici, come Aziende ospedaliere e Università; un gruppo più ristretto è costituito invece da società di formazione e consulenza, nate appositamente per la realizzazione di attività formative ECM.
Nella fase iniziale perfino alcune aziende farmaceutiche hanno acquisito il loro riferimento ECM, che è rimasto per molte del tutto inutilizzato. Ovviamente l'accreditamento diretto da parte dell'azienda farmaceutica di un evento ECM ravvisa un palese conflitto di interesse.
La disomogeneità dei provider si è tradotta in interessi diversi, organizzazioni diverse, processi diversi.
I soggetti pubblici, ad esempio, sono meno condizionati dalle logiche dei potenziali sponsor privati, ma allo stesso tempo sono anche meno appetibili perché consentono una mera sponsorizzazione passiva del programma formativo, perché sono meno *customer oriented* nei confronti degli sponsor rispetto alle strutture private, cosa peraltro giustificata dalla loro missione principale che è quella della cura delle persone.
Le agenzie di logistica, sul loro fronte, hanno ben presenti le problematiche organizzati-

ve e sono molto orientate al cliente/sponsor. D'altro canto il know how tecnico e scientifico è un elemento aggiunto, innestato in un contesto già esistente e strutturato per fare altro.
Le società private di formazione e consulenza sono sicuramente *customer oriented* nei confronti del cliente/sponsor e vedono nell'attività formativa il loro *core business*. Esse devono però conciliare gli interessi di un potenziale sponsor con quelli di una formazione imparziale e con i requisiti di eticità e correttezza della formazione ECM. Esse interagiscono anche con gli organi istituzionali al cui controllo, peraltro, sono soggette. A questa particolare categoria di soggetti è dedicata la seconda sezione del presente articolo.
Le suddette criticità devono intendersi, a nostro avviso, solo come un sintomo di un sistema in crescita, la cui esistenza e utilità sono per noi indubbie.
Per meglio comprendere lo stato dell'arte, si procederà nel seguito all'analisi dei passaggi legislativi più rilevanti che hanno caratterizzato il sistema ECM negli ultimi anni, seguito da una breve disanima della normativa e dei contesti regionali.

5.4.3 Normativa ECM nazionale

La normativa ECM è costituita fondamentalmente dal D.Lgs. 229/99 e dagli accordi sanciti in sede di Conferenza Permanente Stato-Regioni succedutisi dal 2001 al 2007. Le Regioni legiferano in tema di formazione continua perché essa rientra nel quadro della "tutela della salute" per la quale godono di una potestà legislativa concorrente con lo Stato.
La Commissione nazionale ECM nominata dal Ministro della salute e dallo stesso presieduta definisce con programmazione pluriennale:
• gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici;
• i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo;
• gli indirizzi per l'organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative;
• i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e verifica della sussistenza dei requisiti stessi.
Le Regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali, provvedono alla:
• programmazione e organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua;
• elaborazione degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale;
• accreditamento dei progetti di formazione di rilievo regionale;
• predisposizione di una relazione annuale sulle attività formative svolte, trasmessa alla Commissione nazionale, anche al fine di garantire il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua.
Il sistema ECM è partito con una prima fase sperimentale nel gennaio 2002 fino al 2006, durante la quale si è avviato l'accreditamento sperimentale regionale e/o nazionale dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative residenziali, a distanza, nonché

formazione sul campo. A seguito dell'Accordo Stato-Regioni del 14 dicembre 2006 la fase sperimentale è stata prorogata per altri sei mesi, e poi fino al dicembre 2007.
Gli accordi Stato-Regioni, Province autonome del 13/03/2003 e del 20/05/2004 sostanzialmente confermano quanto stabilito nel precedente accordo del 2001. In particolare, l'accordo del 20/05/2004 indica la necessità di stabilire congiuntamente i requisiti per l'accreditamento dei provider, di promuovere la sperimentazione di modalità efficaci di formazione che includano la formazione a distanza, la formazione sul campo e le diverse possibilità di formazione mista. Per le Regioni che abbiano deciso di procedere ad una propria attività di accreditamento, raccomanda l'elaborazione degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale. Agli operatori sanitari dipendenti o convenzionati direttamente o indirettamente con il Servizio sanitario nazionale richiede di soddisfare il proprio debito formativo annuale, attraverso attività che abbiano come obiettivi formativi quelli di specifico interesse per la Regione nella quale operano, in misura determinata dalla stessa Regione. Tutto ciò per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, nel rispetto delle peculiarità organizzative locali. Stabilisce, infine, che i crediti maturati dai singoli professionisti nell'ambito di iniziative di formazione continua accreditate dalle singole Regioni siano riconosciuti su tutto il territorio nazionale.
Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 punta sull'Educazione Continua in Medicina come strumento per garantire il mantenimento della competenza professionale degli operatori. E ciò nell'ottica della responsabilizzazione di tutte le categorie sanitarie non solo verso l'auto arricchimento e valorizzazione della propria professionalità, ma anche e soprattutto nei riguardi dell'intera collettività.
L'accordo Stato-Regioni del 23/03/2005 recepisce gli indirizzi programmatici del piano sanitario 2003-2005 indicando la necessità dell'adozione di un "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007" che garantisca:
• la ridefinizione degli obiettivi formativi;
• la fissazione delle tipologie delle attività formative;
• le modalità per l'accreditamento dei provider e le modalità della tenuta dell'albo nazionale dei provider;
• la definizione di un organico intervento formativo nazionale;
• i criteri per l'attribuzione dei crediti;
• l'armonizzazione delle regole già previste nei precedenti accordi;
• il ruolo delle società scientifiche;
• la definizione delle problematiche relative alla contribuzione alle spese da parte degli organizzatori di eventi.
In realtà, però, nei due accordi successivi, quelli del 16/03/2006 e 14/12/2006, si rinvia la predisposizione del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario, confermando quindi l'accordo del 2001 relativamente agli obiettivi formativi, alle modalità di accreditamento degli eventi formativi e alle sperimentazioni in corso.

5.4.4 Struttura del sistema ECM nazionale

Il sistema ECM nazionale funziona secondo il seguente modello semplificato:
• registrazione dei provider, organizzatori di eventi formativi (enti pubblici o privati), che

abbiano tra le proprie finalità la formazione del personale sanitario e che abbiano svolto nei tre anni precedenti alla richiesta di registrazione attività formativa;
• accreditamento e validazione dei singoli eventi formativi;
• assegnazione dell'evento ai *referee* per la valutazione e proposta del numero di crediti;
• accettazione dei crediti e pagamento tasse;
• erogazione del corso e assegnazione dei crediti ECM;
• invio reportistica sui partecipanti, *customer satisfaction* e test.

Per quanto attiene alla determinazione del numero di crediti, il processo prevede l'assegnazione dell'evento a tre *referee* distinti, scelti in base alla professione e alle discipline a cui è rivolto l'evento. Ciascun *referee* esprime una propria valutazione in base a una griglia di riferimento. La media del punteggio espresso da ciascuno determina il numero di crediti proposti.

La griglia di valutazione degli eventi privilegia quelli che hanno: parte pratica prevalente alla parte teorica; prova scritta anziché questionario; numero di partecipanti inferiore a 20. In quest'ultimo caso, infatti, il numero di crediti è maggiorato del 25% rispetto a quello risultante dalla media aritmetica. Al contrario, vi è una penalizzazione del 25% quando il numero di partecipanti è superiore a 99. In sostanza, il sistema registra gli organizzatori di eventi formativi e provvede all'assegnazione dei crediti. Il passaggio da meri "organizzatori" a veri e propri "provider" consisterà, tra l'altro, nella possibilità da parte degli stessi di attribuire direttamente il numero di crediti. Questo passaggio, peraltro già previsto nella Circolare del Ministro della Salute del 5 marzo 2002, non è stato ancora attuato a livello nazionale.

L'accreditamento dei provider può considerarsi un deciso passo in avanti della cultura della formazione. La delega ai singoli provider dell'attribuzione dei crediti passa attraverso non solo la rigida valutazione del possesso dei requisiti per erogare formazione, ma anche e soprattutto attraverso l'individuazione degli strumenti per la verifica della qualità dell'offerta formativa e della correttezza dei comportamenti. È proprio su quest'ultimo versante che il sistema ECM risulta essere più in ritardo.

5.4.5 L'ECM nelle Regioni italiane

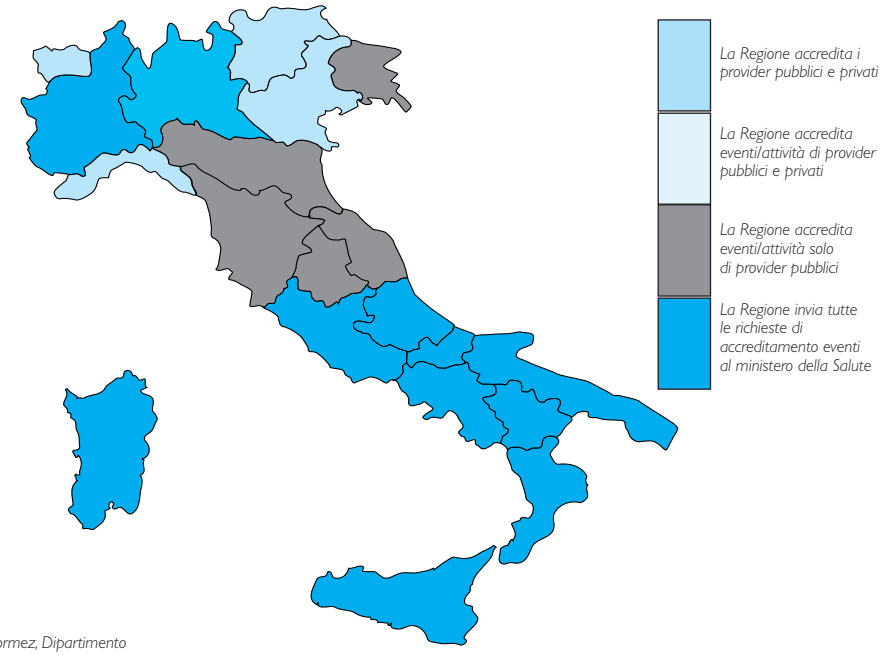
Il panorama dell'accreditamento regionale è quanto mai variegato. Nonostante le Regioni siano state fin da subito coinvolte nel processo di creazione e gestione del sistema ECM, queste hanno poi adottato politiche differenti, oppure sono rimaste sostanzialmente ferme.

L'accreditamento regionale ha raggiunto diversi livelli di sviluppo nelle Regioni italiane. In particolare si può tracciare la seguente mappa (figura 1), inerente alla tipologia di provider ammessi nelle diverse Regioni[4].

Le Regioni hanno cominciato a implementare propri sistemi di Educazione Continua in Medicina, ognuna con caratteristiche e connotazioni specifiche. Molte di esse sono deci-

[4] *Estratto da "La Formazione Continua nelle Regioni e nelle Aziende Sanitarie" – Formez, Dipartimento della Funzione Pubblica, Progetto Governance.*

Figura 1 - Tipologie di accreditamento per Regione



Fonte: Formez, Dipartimento della Funzione Pubblica, Progetto Governance

samente in ritardo o perché non hanno per nulla affrontato la tematica o perché hanno soltanto approvato linee programmatiche di sviluppo del sistema a livello puramente teorico. Si osserva che la decisione di non consentire alle strutture private l'accesso al sistema di offerta formativo ECM sembra in disaccordo con il D.Lgs. 299/99. Infatti, esso prevedeva esplicitamente la possibilità di accesso dei privati, benché questa fosse subordinata al possesso di determinati requisiti oggettivi per l'accreditamento.
Si analizzano nel seguito le diverse realtà regionali.

5.4.5.1 Emilia Romagna

La Regione Emilia Romagna istituisce con DGR N. 1072 del 17.06.02 la Commissione Regionale ECM, composta da esperti con funzione di supporto tecnico, e la Consulta regionale per l'ECM, composta da rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali. Attribuisce alle Aziende sanitarie, sulla base degli obiettivi formativi nazionali e regionali e delle analisi dei bisogni formativi, l'elaborazione, in forma singola o associata, di un Piano formativo annuale da trasmettere alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione. Il sistema attuale accredita le strutture pubbliche regionali e nazionali, gli altri enti e organizzazioni possono eventualmente concordare progetti ed eventi da far presentare agli enti accreditati dall'Emilia Romagna, così come gli enti accreditati possono collaborare con altri enti, anche non accreditati, per la presentazione di progetti ed eventi.

Con DGR n. 1217 del 28.06.04 la Regione riconosce come organizzatore di eventi formativi anche l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente dell'Emilia Romagna (ARPAER) e attribuisce all'Agenzia Sanitaria Regionale le funzioni di segreteria tecnica della Commissione e della Consulta, nonché quelle di raccordo e coordinamento funzionale con gli Uffici Formazione delle Aziende Sanitarie della Regione. Viene accreditata la formazione residenziale e sul campo.

5.4.5.2 Friuli Venezia Giulia

La Regione Friuli Venezia Giulia, con delibera n. 1091 del 17/04/2003, ha istituito il proprio sistema ECM considerando provvisoriamente autorizzati come organizzatori di attività formative le Università degli Studi, le Aziende per i Servizi Sanitari e le Aziende Ospedaliere, gli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico, il Centro Regionale di Formazione per l'Area della Medicina Generale, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Tre Venezie, l'Agenzia Regionale della Sanità e l'Agenzia Regionale Protezione Ambientale, gli altri Istituti scientifici del Servizio Sanitario Regionale, gli Ordini, i Collegi e le Associazioni professionali. Viene accreditata la formazione residenziale e la formazione sul campo.
Gli organizzatori provvisoriamente autorizzati vengono accreditati secondo i seguenti criteri:
• i soggetti fornitori che sono già accreditati dalla Commissione Nazionale ECM e operano presso sedi regionali usufruiscono della registrazione d'ufficio;
• i soggetti che non sono accreditati dalla Commissione nazionale ECM devono compilare una scheda di adesione al programma ECM e una scheda informativa da inoltrare alla Commissione Regionale che valuta in merito all'opportunità della registrazione.
Requisiti richiesti:
• documentazione che garantisca la capacità organizzativa della struttura;
• una relazione sull'attività formativa pregressa svolta negli ultimi tre anni.
Non sono ammessi i soggetti privati.

5.4.5.3 Lazio

La Regione Lazio dal 2003 ha creato Asclepion, una società consortile alla quale partecipano le 16 Aziende del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, oltre all'Agenzia Sviluppo Lazio. Asclepion è nata per rispondere all'esigenza di coordinare le iniziative e i programmi delle singole aziende regionali in tema di Educazione Continua con l'obiettivo di ridurre i costi della formazione, coordinare le proposte formative con le linee programmatiche del Piano Sanitario Regionale e gli orientamenti della Commissione Regionale per l'ECM.
Non è segnalata nessuna iniziativa riguardante l'accreditamento di altri provider da parte della Regione.

5.4.5.4 Liguria

La Regione Liguria, con le DGR n. 102 del 13/02/2004 e n. 963 del 10/09/2004, ha stabilito le regole generali del sistema ECM regionale e ha nominato i componenti della Consulta per la Formazione Sanitaria Regionale, all'interno della quale sono presenti sia

i rappresentanti di tutte le professioni sia i rappresentanti delle Aziende Sanitarie Regionali e la Commissione Regionale ECM, all'interno della quale sono presenti vari professionisti della sanità esperti in formazione. L'attuale fase di svolgimento del programma ECM viene considerata propedeutica alla fase a regime. La DGR n. 146 dell'11/02/2005 ha definito l'assetto organizzativo e funzionale del sistema regionale ECM e istituito l'elenco regionale dei soggetti accreditati come provider regionali, per l'organizzazione di eventi formativi in ECM.
Nella stessa delibera sono stati approvati gli obiettivi formativi regionali per gli anni 2005 e 2006. Con la DGR n. 1071 dell'11/10/2006 si è dato avvio alla sperimentazione preliminare per l'introduzione delle modalità formative a distanza (attualmente sospesa). Con la DGR n. 263/2007 si è emanato il bando per la presentazione delle domande per l'iscrizione nell'elenco dei provider regionali accreditati per l'organizzazione di eventi formativi residenziali ECM, fase propedeutica. Con il Decreto Dirigenziale n. 605 del 26/03/2007 è stato approvato il prospetto dei requisiti richiesti per l'accreditamento come provider regionale ECM e i relativi modelli per la presentazione della documentazione.
I soggetti ammessi sono i seguenti:
• per i provider già autorizzati alla sperimentazione nazionale residenziale è previsto l'accreditamento automatico;
• i soggetti pubblici in possesso dei requisiti richiesti per l'accreditamento a livello nazionale;
• i soggetti privati collegati a soggetti pubblici che siano in possesso dei requisiti richiesti per l'accreditamento a livello nazionale.
Per soggetti pubblici si intendono ASL, AO, IRCCS, Facoltà di area scientifica. In ogni caso, i soggetti che chiedono l'accreditamento devono avere la finalità formativa nello statuto, avere svolto attività di formazione negli ultimi tre anni, presentare affidabilità economica finanziaria, avere adeguatezza di risorse e avere almeno una sede operativa nel territorio regionale.

5.4.5.5 Lombardia

La Lombardia è l'unica Regione che ha adottato il sistema di accreditamento dei *provider* che assumono quindi l'onere dell'assegnazione dei crediti. Il "modello lombardo", come indicato nella DGR n. VII/18576 del 5/08/2004, tende a:
• semplificare il sistema in un'ottica di valorizzazione e non di sanzione dei professionisti, basandosi sul presupposto che lo sviluppo professionale continuo è una necessità del professionista, è un obbligo morale sancito dai rispettivi codici deontologici che il professionista adempie volontariamente;
• valorizzare il più possibile ai fini formativi le esperienze lavorative e l'ambito professionale nel quale quotidianamente si esercita la professione;
• avviare gradualmente un processo di valutazione delle ricadute della formazione sulle *performance* professionali e configurare nel tempo un sistema volontario di "accreditamento professionale" che riconosca, valorizzi e gratifichi l'impegno di chi decide di intraprendere la strada del "monitoraggio continuo della propria professionalità" (*clinical competence*).

In questo contesto si inserisce la procedura di accreditamento che è un'azione amministrativa attraverso la quale la Regione, ente accreditatore, costituisce un elenco di soggetti istituzionali o organismi pubblici o privati con un assetto organizzativo, risorse scientifiche e tecnologiche e un piano di formazione, congruenti con obiettivi e parametri qualitativi riferiti ad attività formative progettate a favore del personale sanitario.
La Regione Lombardia accredita soggetti che dimostrino di possedere i seguenti requisiti (Decreto Direzione Generale Sanità n. 12400 del 5.8.2005):
• sede legale o stabile organizzazione in Regione Lombardia;
• capacità organizzativa (idonea sede, strumenti e attrezzature, disponibilità finanziaria, ecc.);
• competenze clinico-assistenziali, tecniche e scientifiche;
• competenze andragogiche;
• disponibilità di strutture e strumenti didattici idonei;
• affidabilità economica;
• certificazione di qualità (o dichiarazione di impegno a conseguire la certificazione della struttura entro 1 anno dalla richiesta di accreditamento).
Al pari del sistema ECM nazionale la Regione Lombardia richiede che l'aspirante provider abbia maturato tre anni di esperienza formativa antecedenti alla richiesta di accreditamento e che si doti di un piano formativo di valenza semestrale, quest'ultimo deve essere coerente con gli obiettivi formativi regionali o nazionali e soddisfare i fabbisogni formativi che lo stesso provider rileva e analizza. Viene accreditata attività formativa residenziale, a distanza e sul campo. Gli eventi formativi, inclusi nel piano formativo, possono essere erogati, oltre che in Regione Lombardia, anche sul territorio nazionale.
La DGR n. VIII/4576 del 18.4.2007 ha introdotto per i provider il pagamento di un contributo annuale di iscrizione al sistema lombardo ECM di ammontare diverso a seconda delle caratteristiche dei provider: di € 250,00 per le ASL e per i soggetti accreditati a contratto con il Servizio Sanitario Regionale erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie; di € 2000,00 per le strutture che non erogano prestazioni sanitarie.

5.4.5.6 Marche

Nella Regione Marche è l'Agenzia Sanitaria Regionale (ARS) che si occupa di coordinare e supervisionare i programmi per l'aggiornamento del personale delle Aziende Sanitarie e coordinare il sistema regionale ECM. Realizza l'analisi dei bisogni formativi e articola la proposta relativa agli obiettivi formativi di interesse regionale; predispone il sistema regionale di accreditamento dei provider e degli eventi formativi; effettua il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua e il sistema di valutazione dei risultati. Il sistema attualmente in uso, in base al documento redatto dall'ARS (su delega della Giunta Regionale del 7.02.2005), prevede l'accreditamento di tutti gli eventi e i progetti formativi, rivolti al personale sanitario dipendente e convenzionato del Servizio Sanitario Regionale, nazionale e delle strutture private accreditate, presentati dalle istituzioni pubbliche della Regione Marche, in attesa che si proceda alla fase di accreditamento dei provider pubblici e privati, e precisamente: Aziende e Zone del Servizio Sanitario Regionale; Università; Istituto zooprofilattico; Enti del sistema sanitario nazionale e regionale; Scuola di Formazione del Personale della Regione Marche.

5.4.5.7 Provincia Autonoma di Bolzano

Il Decreto del Presidente della Provincia 22.03.02 n.8 attribuisce alla Commissione Provinciale per la Formazione Continua il compito di elaborare i criteri di riconoscimento e valutazione delle esperienze formative. La Provincia Autonoma di Bolzano accredita la formazione residenziale, sul campo e a distanza. L'accreditamento degli eventi formativi è delegato agli Ordini e Collegi professionali; viceversa per le categorie professionali non rappresentate da Ordini e Collegi professionali la Commissione individua esperti per il riconoscimento e la valutazione degli eventi formativi o in mancanza di idonee professionalità, procede direttamente. Dal 1 gennaio 2007 l'accreditamento degli eventi formativi residenziali avviene completamente per via informatica. I requisiti per l'accreditamento dei promotori di formazione sono in fase di elaborazione. Per ottenere l'accreditamento di singoli eventi l'organizzatore deve effettuare la registrazione al sistema. Per la formazione a distanza è prevista la compilazione di un modulo da spedire via posta o via e-mail con firma digitale. Non esiste il vincolo della residenza dell'organizzatore nell'ambito del territorio provinciale.

5.4.5.8 Provincia Autonoma di Trento

La Deliberazione della Giunta Provinciale n. 2847 del 29.12.2006 definisce il sistema provinciale di formazione continua. Il sistema è informatizzato e consente la registrazione degli erogatori di eventi, pubblici e privati, che abbiano la finalità formativa nel proprio statuto, si avvalgano di un Comitato scientifico con competenze anche pedagogiche, dispongano di spazi adeguati e tecnologie necessarie per l'erogazione della formazione, abbiano realizzato negli ultimi tre anni iniziative formative. Non è richiesta per gli organizzatori la sede nel territorio della provincia. Si accreditano eventi formativi residenziali e sul campo.

5.4.5.9 Sardegna

La Regione Sardegna, con Delibera n. 12/2 del 27 marzo 2007n ha attivato, a partire dal primo aprile 2007, un sistema di accreditamento dei progetti formativi aziendali, individuando come organizzatori i seguenti soggetti pubblici: le Università degli Studi di Sassari e Cagliari, le Aziende Sanitarie Locali e l'Azienda Ospedaliera "G.Brotzu", l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna, le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Cagliari e di Sassari. Per quanto riguarda il funzionamento del sistema si rimanda alle linee guida e alle procedure stabilite dal sistema ECM nazionale, del quale ricalca l'iter procedurale.

5.4.5.10 Toscana

La Regione Toscana, con delibera n. 134 del 31/1/2005, ha previsto l'avvio di un percorso sperimentale di accreditamento dei provider aperto al sistema pubblico e a quello privato. I requisiti richiesti sono comuni alle altre esperienze regionali: assetto organizzativo che garantisca la funzione di gestione economico-amministrativa e operativa e in particolare il provider deve:

- avere configurazione giuridica autonoma e democraticità dello statuto;

• presentare assenza di finalità di lucro e dell'esercizio di altre attività imprenditoriali salvo quelle necessarie per l'attività formativa;
• prevedere l'espressa esclusione di finalità sindacale;
• avere tra le finalità istituzionali l'attività di aggiornamento professionale e formazione permanente;
• operare regolarmente nel campo della formazione continua degli operatori sanitari;
• svolgere attività di formazione e informazione esclusivamente finalizzata al miglioramento dell'assistenza sanitaria e non influenzata da interessi commerciali in campo sanitario;
• avere elevate competenze nelle metodologie e nelle tecniche per la formazione degli operatori sanitari, sui contenuti scientifici oggetto delle attività formative realizzate e anche, eventualmente, sui problemi di bioetica e aspetti giuridici;
• avere le capacità di predisporre e rendere completamente fruibili eventi o programmi educazionali garantendo il supporto logistico, il tutoraggio, la valutazione.
Va segnalato però che la fase sperimentale non è stata ancora avviata.

5.4.5.11 Umbria

La Regione Umbria, con Delibera n. 1746 del 11/12/2002, ha istituito il proprio sistema ECM riconoscendo accreditati come provider le Aziende sanitarie umbre, i Dipartimenti dell'Università degli Studi di Perugia, la Scuola regionale di Sanità, l'Istituto Zooprofilattico per l'Umbria e per le Marche.
I provider accreditati sono tenuti al versamento di un contributo di € 2.000,00.
Tutti gli altri soggetti pubblici o privati non compresi nell'ambito dei provider accreditati possono richiedere l'accreditamento di un evento formativo da svolgere nell'ambito del territorio regionale solo se hanno sede legale o una propria sede distaccata in Umbria. La metodologia di accreditamento è effettuata secondo le procedure indicate dalla Commissione Nazionale ECM (DGR n. 1772 del 17/11/2004).

5.4.5.12 Valle D'Aosta

La Regione Valle d'Aosta, con DGR n. 343 del 16 febbraio 2007, ha avviato un percorso sperimentale di ECM per il periodo febbraio-dicembre 2007 aperto sia al sistema pubblico che a quello privato. Il sistema è completamente informatizzato e segue il modello della registrazione dei fornitori di formazione con accreditamento dei singoli eventi formativi.
Requisiti minimi che devono possedere i fornitori sono:
• avere la finalità formativa nel proprio statuto;
• avvalersi di un comitato scientifico con competenze formative garante della progettazione delle attività formative, della verifica degli esiti e della congruenza dell'intero processo di formazione;
• garantire spazi adeguati e tecnologie necessarie per l'erogazione della formazione;
• avere già realizzato alla data di inoltro del modulo di registrazione quali fornitori di formazione un minimo di tre iniziative formative.
Viene accreditata la formazione residenziale e la formazione sul campo.

5.4.5.13 Veneto

La Regione Veneto si è dotata di un sistema ECM praticamente uguale a quello nazionale. Infatti, gli organizzatori di eventi formativi pubblici o privati, in possesso dei soliti requisiti della finalità formativa tra gli scopi statutari e dell'erogazione di formazione nei tre anni antecedenti alla richiesta, si registrano attraverso un sistema informatico e accreditano i singoli eventi. Viene accreditata la formazione residenziale e sul campo. Non è necessario che gli organizzatori abbiano stabile residenza nella Regione Veneto, mentre è indispensabile che gli eventi si svolgano sul territorio della Regione.

5.4.5.14 Considerazioni sul modello regionale

L'analisi delle diverse realtà regionali, sintetizzata nella successiva tabella, evidenzia sostanziali difformità in merito agli elementi chiave di impostazione del sistema ECM. Infatti, alcune Regioni consentono l'accreditamento solo a strutture pubbliche o a strutture private collegate a strutture pubbliche. Altre, invece, consentono l'accesso anche a soggetti di formazione di natura privata.
Altra difformità è da ravvisarsi nel ruolo che i soggetti "organizzatori" hanno. Infatti, in alcune Regioni, Lombardia in primis, gli organizzatori sono diventati veri e propri provider in grado di attribuire autonomamente i crediti agli eventi; in tal caso il ruolo della Regione è di mero controllo formale in merito alla correttezza e adeguatezza degli elementi del corso/evento e del piano formativo.
Altra differenza sostanziale è nel grado di sviluppo del sistema ECM regionale, realtà avviata in alcune Regioni, mentre è un obiettivo ancora lontano in altre. Pur con queste difformità è possibile però rilevare degli elementi comuni. Le Regioni che hanno avviato il sistema ECM hanno recepito le indicazioni di base della normativa nazionale, considerando gli obiettivi nazionali e introducendo altri obiettivi di valenza regionale. Le Regioni che non hanno ancora avviato l'ECM sembrano comunque "guardarsi attorno", alla ricerca di un modello da seguire. Infine, si ritiene che la possibilità di convogliare alla Regione una parte delle tasse pagate dai provider per gli eventi possa costituire un elemento incentivante allo sviluppo di un sistema ECM regionale compiuto. Si può avere un'idea della valenza economica dell'ECM per le Regioni analizzando i numeri degli eventi e dei progetti formativi, nonché le relative forme di sponsorizzazione.

5.4.6 I numeri degli eventi formativi

Il legislatore distingue sostanzialmente tutti gli eventi formativi in due tipologie: i progetti formativi aziendali e gli eventi formativi.
Il progetto formativo aziendale è diretto a favorire la formazione in ambito aziendale e interessa tutte le Aziende sanitarie pubbliche (Aziende sanitarie locali e ospedaliere, policlinici universitari, IRCCS e istituti di cura pubblici o equiparati) e private (case di cura e strutture sanitarie private).
Il progetto formativo aziendale è organizzato da un'azienda pubblica o privata, o da più aziende associate, per il proprio personale dipendente o convenzionato. Il personale convenzionato delle strutture pubbliche è rappresentato dai medici di medicina generale (medici di base), dai pediatri di libera scelta e dai medici che garantiscono la continuità

Tabella 1 - Sintesi dello stato dell'accreditamento ECM nelle diverse Regioni italiane

Regione	Normativa ECM	Organismi regionali	Attività ECM	Tipologia di provider	Tipologia di formazione accreditata	Link
Abruzzo	Nessuna	ASR	in studio da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionale	Nessuno	Nessuno	www.asrabruzzo.it
Basilicata	DGR n. 215 del 17/02/03			Nessuno	Nessuno	www.basilicatanet.it www.sanitabasilicata.it
Provincia autonoma di Bolzano	L. Prov. 7/2001 art. 49 L. Prov. 14/2002 Del. Giunta (4220/2002) Decreto Prov. (8/2002)	Commissione ECM; Consulta delle Professioni Sanitarie	Sistema in attività	Pubblico e privato	Formazione Residenziale - FOR Formazione a Distanza - FAD Formazione Integrata - BLENDED	http://www.provincia.bz.it/sanita/2305/ecm/ecm_i.htm
Calabria	DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 5 ottobre 2006, n. 668 Piano di formazione e di educazione continua in medicina (E.C.M.).	Nessuna	Nessuna	Nessuno	Nessuno	
Campania	DGR n. 5148 del 20/10/00 DGR n. 2238 del 7/06/02 DGR n. del 629 del 14/02/03 DGR n. 4117 del 20/09/02 DGR n. 2126 del 20/06/03 DGR n. 480 del 25/03/04	Commissione Regionale ECM	Attività propedeutica	Nessuno	Nessuno	
Emilia Romagna	DGR n. 1072 del 17/06/02 DGR n. 1494 del 28/07/03 DGR n. 1217 del 28/06/2004 DGR n. 213 del 27/02/2006	Agenzia regionale Commissione ECM Consuta delle Professioni sanitarie	Sistema in attività	Pubblico o privato (ente del SSN)	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC Formazione a Distanza - FAD Formazione Integrata - BLENDED	http://ecm.regione.emilia-romagna.it/
Friuli Venezia Giulia	DGR n. 1091 del 17/04/03 DGR n. 1931 del 22/07/04 DGR n. 3462 del 21/12/04 DGR n. 120 del 21/01/05	Consulta delle Professioni Sanitarie Commissione Regionale ECM	Sistema in attività	Pubblico o privato (ente del SSN) con sede sul territorio	Formazione Residenziale - FOR	http://ecm.sanita.fvg.it

Segue

Regione	Normativa ECM	Organismi regionali	Attività ECM	Tipologia di provider	Tipologia di formazione accreditata	Link
Lazio	Piano formativo 2007-2009 (ASP Lazio)	Commissione Regionale	Attività propedeutica	Nessuno		http://www.asclepion.lazio.it/index.html
Liguria	Delibera di Giunta n. 102 del 2004 Bollettino Ufficiale n. 14 del 6/04/2005 DGR n. 963 del 10/09/2004 DGR n. 146 dell'11/02/2005 DGR n. 544 dell'01/06/2006 DGR n. 925 del 2007 DGR n. 1071 dell'11/10/2006 DGR n. 263 del 16/03/2007 Decreto Dirigenziale n. 605 del 26/03/2007 DGR n.783 del 13/07/2007	Commissione Regionale per l'ECM Consulta Regionale per la Formazione in Sanità	Sistema in sperimentazione	Pubblico e privato collegato al pubblico (convenzione)	Formazione Residenziale - FOR Formazione a Distanza - FAD Formazione Integrata - BLENDED	http://www.liguriainformasalute.it
Lombardia	DGR VII/20767 del 16/02/05 DGR VII/18575 del 05/08/04 DGR VII/13792 del 2003	Commissione Regionale	Sistema in attività	Pubblico e privato	Formazione Residenziale - FOR Formazione a Distanza - FAD Formazione Integrata - BLENDED	www.ecm.regione.lombardia.it
Marche	DGR n. 119 del 17/02/04 DGR n.119 del 13/01/04 Determina n. 182 del 01/12/04	Consulta Regionale ECM Agenzia Regionale Comitato Tecnico	Sistema in attività	Pubblico	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC	www.ecmmarche.it
Molise	DGR n.99 del 16/02/04 DGR n.11 del 12/01/05	Commissione regionale	Attività propedeutica	Nessuno	Nessuno	
Piemonte	Nessuna	Nessuna	Nessuna	Nessuno	Nessuno	
Puglia	DGR n. 2235 del 2002	Commissione regionale	Attività propedeutica	Nessuno	Nessuno	
Sardegna	Delibera N. 12/2 del 27 marzo 2007	Commissione regionale	Attività propedeutica	Pubblico	Nessuno	
Sicilia	D. Assessorile del 07/03/03	Commissione regionale	Attività propedeutica	Nessuno	Nessuno	
Toscana	D.G.R. 849/2002 D.G.R. 165/2003 Decreto n. 3501/2003 Decreto n. 6767/2003 Decreto n. 2407/2003 Decreto n. 4367/2003	Commissione regionale	Sistema in attività	Pubblico e Privato con sede legale in regione (previsto in delibera)	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC Formazione a Distanza - FAD	

Segue

Segue : Sintesi dello stato dell'accreditamento ECM nelle diverse Regioni italiane

Regione	Normativa ECM	Organismi regionali	Attività ECM	Tipologia di provider	Tipologia di formazione accreditata	Link
	D.G.R. 862/2003 Decreto n. 7403/2003 D.G.R. 90/2004 Decreto n. 4041/2004 D.G.R. 134/2005 Decreto n. 2614/2005 Decreto n. 4101/2005 D.G.R. 733/2005 Decreto 5136/2005 Delibera 538/2006				Formazione Integrata - BLENDED	
Trento	DGR n. 579 del 2002 DG n. 2426 del 2002 DG n. 3404 del 2002 DG n. 2982 del 17/12/04	Commissione ECM Consulta Regionale per la Formazione Continua in Medicina	Sistema in attività	Pubblico e privato	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC Formazione a Distanza - FAD	www.ecmtrento.it http://sanita.regione.umbria.it/ecm http://ecm.regione.vda.it www.ecmveneto.it
Umbria	DGR n. 1321 del 2002 DGR n. 804 del 2004 DGR n. 805 del 22/03/04	Commissione Regionale per l'ECM Consulta delle Professioni	Sistema in attività	Pubblico e privato (con sede in regione)	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC Formazione a Distanza - FAD	
Valle d'Aosta	DGR n. 1321 del 2002 DGR n. 804 del 2004 DGR n. 805 del 22/03/04 DGR n. 2305 del 05/07/2004 DGR n. 4104 del 15/11/2004	Commissione ECM Consulta regionale per la Formazione Continua in Medicina	Sistema in attività	Pubblico e privato	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC	
Veneto	D.G.R. n.2684 del 7.08.06 D.G.R. n. 357 del 11.02.05 D.G.R. n. 881 del 26.03.04 D.G.R. n. 4097 del 30.12.03 D.G.R. n. 2418 del 08.08.03 D.G.R. n. 3600 del 13.12.02	Commissione ECM Consulta regionale per la Formazione Continua in Medicina Comitato Tecnico Scientifico	Sistema in attività	Pubblico e privato	Formazione Residenziale - FOR Formazione sul Campo - FSC	

assistenziale o altro personale assimilato.
Un progetto formativo aziendale diretto a più categorie è globalmente accreditato; è quindi sufficiente effettuare un'unica richiesta di attribuzione dei crediti, a differenza di quanto previsto per eventi di altra tipologia diretti a più categorie per i quali è necessario effettuare una richiesta di accreditamento per ciascuna delle categorie coinvolte.

Gli eventi formativi, invece, consistono in tutte quelle iniziative (meeting, workshop, congressi, corsi, ecc.) che producono formazione; possono essere organizzati anche da soggetti diversi da quello pubblico e possono avere durata variabile, da poche ore a diversi giorni. Gli eventi formativi devono essere accreditati di volta in volta, e per ciascuno di essi è previsto il pagamento di una tassa, proporzionale al numero di crediti attribuiti.
Dal 2002 al 2006 in Italia sono state accreditate 252.844 edizioni di eventi formativi con un totale di 19.842.098 partecipanti previsti.
In particolare, è interessante osservare la ripartizione territoriale degli eventi, in numero di edizioni e di partecipanti.
Come è possibile notare dalla tabella 2, la ripartizione dei corsi è fortemente disomogenea. Questo è vero sebbene una valutazione più approfondita dovrebbe considerare anche altri tre dati:
• i corsi accreditati in una Regione sono aperti agli operatori di tutte le Regioni;
• alcune Regioni, quali ad esempio il Lazio e la Lombardia, sono sede di congressi nazionali e/o internazionali;
• il tasso di partecipanti previsto per Regione e per dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per quella Regione.

Tabella 2 - Tabella riassuntiva

Anno	Edizioni accreditate	Partecipanti previsti
2002	22.803	1.779.589
2003	54.849	4.306.987
2004	64.113	5.792.073
2005	59.917	5.269.021
2006[5]	51.162	2.694.428
TOTALE	252.844	19.842.098

Fonte: dati presentati al Convegno "La Formazione Continua nelle Regioni e nelle Aziende Sanitarie"

5.4.6.1 I numeri dei progetti formativi aziendali

Dal 2002 al primo semestre del 2006 in Italia sono state accreditate 78.250 edizioni di Progetti Formativi Aziendali con un totale di 2.664.998 partecipanti previsti.
Questo dato conferma una forte disparità nell'organizzazione della formazione tra le varie Regioni. Sono capofila in questa classifica il Piemonte e la Lombardia, anche per il numero di Aziende sanitarie presenti. Sarebbe altresì interessante correlare il numero di progetti al numero di personale delle Aziende sanitarie presenti.

5.4.7 Le fonti di finanziamento

La formazione ECM è stata finanziata, finora, innanzitutto (27%) da sponsor commercia-

[5] *Dati al 27 novembre 2006.*

Tabella 3 - Tabella riassuntiva

Anno	Edizioni accreditate	Partecipanti previsti
2002	9.509	370.741
2003	17.462	701.455
2004	20.745	790.423
2005	19.074	605.673
2006	11.460	196.706
TOTALE	78.250	2.664.998

Fonte: dati presentati al Convegno "La Formazione Continua nelle Regioni e nelle Aziende Sanitarie

li, cioè aziende farmaceutiche e aziende produttrici di biomedicali.
La quota di finanziamento mediante versamento diretto delle quote di iscrizione andrebbe ulteriormente distinta a seconda della tipologia di operatore sanitario. Infatti, i medici assistono in genere ad una iper offerta, mentre gli altri operatori devono ricorrere maggiormente all'autofinanziamento.
La quota di eventi con finanziamento misto si può ragionevolmente ritenere che comprenda ancora una quota rilevante di finanziamento da parte di sponsor commerciali.

5.4.8 Un modello di valutazione dei Provider ECM privati

Il conflitto di interesse

I provider privati sono soggetti di natura privata che erogano formazione accreditata ECM. Dal punto di vista degli sponsor questi sono fornitori di servizi. Infatti, il codice deontologico di Farmindustria, anche nella sua versione più recente, prevede che le riunioni scientifiche a livello locale e i corsi di aggiornamento siano sponsorizzabili dalle aziende farmaceutiche *sub conditio* che vi sia stato l'accreditamento ECM. A questa norma deontologica si affiancano vantaggi di tipo fiscale (es. deducibilità dell'IVA) nel caso in cui l'evento sia accreditato per tematiche afferenti al farmaco, mentre una condizione di sostanziale svantaggio vi è per gli eventi cosiddetti extra-farmaco, non accreditati ECM.
Le condizioni fiscali e deontologiche vanno quindi a rafforzare la realizzazione di una formazione accreditata ECM.
Immediatamente conseguente è il dibattito in merito al conflitto di interesse potenziale che si può instaurare tra l'azienda, interessata a far conoscere il proprio prodotto, e i relatori coinvolti nell'iniziativa.
Il dibattito, di non facile soluzione, è molto vivo. Vi sono posizioni più intransigenti per le quali l'intero budget delle aziende private dovrebbe essere allocato in seno alle Aziende sanitarie o a organismi regionali i quali sarebbero, a loro volta, gli unici gestori. Altre posizioni ammettono il coinvolgimento dei capitali privati a condizione di "appurare" l'assenza di conflitto di interesse.
È interessante, al riguardo, notare che una possibile definizione di conflitto di interesse è quella data dalla Federazione delle Società Medico-Scientifiche italiane nel 2004: il con-

Tabella 4 - Fonti di finanziamento

Tipologia di finanziatore	Edizioni accreditate	%
Eventi con 100 % sponsor commerciali (farmaceutiche, biomedicali, …)	68.804	27%
Eventi con 100 % sponsor non commerciali	7.964	3%
Eventi con 100 % quote di iscrizione	64.849	26%
Eventi 100 % autofinanziati	28.255	11%
Eventi con fonti di finanziamento miste	82.972	33%
TOTALE	252.844	

Fonte: dati presentati al Convegno "La Formazione Continua nelle Regioni e nelle Aziende Sanitarie

flitto di interessi è quella condizione in cui un professionista occupa due ruoli differenti contemporaneamente, con possibilità di interferenza di un ruolo sull'altro"[6]. In questa definizione manca però un orizzonte temporale di riferimento, poiché sembrerebbe che le condizioni interferenti debbano essere contemporanee. Secondo alcuni autori sussiste un conflitto di interesse ogni volta che il professionista abbia intrattenuto negli ultimi 18 mesi rapporti finanziari diretti e/o indiretti con aziende produttrici di beni e/o servizi del mondo sanitario, quando svolgano il ruolo di componente del comitato scientifico, di docente, di direttore scientifico o referente.
Il conflitto di interesse è potenzialmente pericoloso quando porta a una informazione fuorviata o non oggettiva. La semplice condizione di aver intrattenuto rapporti economici diretti e/o indiretti non ci sembra, di per sé, elemento necessario e sufficiente per dedurne una informazione errata. Sarebbe poi da valutare se la semplice prescrizione di un farmaco non costituisca, per sua natura, una forma di rapporto economico con l'azienda produttrice.
Altro elemento di valutazione è che, soprattutto nel caso di farmaci innovativi, solo i professionisti coinvolti nella ricerca possono realmente divulgare i contenuti scientifici. In base alla teoria precedente, però, tali professionisti andrebbero esclusi dall'attività divulgativa. Con questo non si vuol dire che il conflitto di interesse non esista, ma solo che non vale l'equazione rapporto economico-informazione fuorviata. D'altro canto è giusto, e ci sembra anche responsabilità del *provider*, tutelare gli aspetti di oggettività e corretta informazione, evitando quelle connotazioni esclusivamente pubblicitarie che non afferiscono ai contenuti scientifici. In tal senso è da intendersi l'utilizzo del nome del principio attivo e non del nome commerciale del farmaco; così come il divieto al personale dell'azienda sponsor di intervenire direttamente al dibattito in aula. Si inquadra in questa linea, peraltro, anche il divieto esposto dalla Commissione Nazionale ECM di organizzazione diretta degli eventi. Infatti, in sede di validazione, ogni *provider* si assume la respon-

[6] *Vedasi al riguardo G. Perilli, Autodiagnosi organizzativa di un Provider ECM, al capitolo Sostegno economico esterno, IlSole24Ore Sanità, Milano, 2007.*

sabilità di sapere che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in occasione della seduta del 28 febbraio 2006 ha ribadito che: *"Non è consentito all'industria farmaceutica organizzare eventi (ai quali non debbono direttamente partecipare) né determinare gli argomenti, i relatori e le modalità con cui si svolge l'attività formativa sponsorizzata dalla stessa industria. L'industria farmaceutica può, invece, svolgere il suo ruolo di sponsor in modo trasparente e pubblicizzato".*

Il ruolo del *provider*, quindi, è anche quello di garante della oggettività dei contenuti scientifici.

Fatto salvo, quindi, il dovere delle aziende di non intervenire nella organizzazione dell'evento e definizione dei contenuti scientifici, è a maggior ragione necessario che queste vengano tutelate nel momento in cui sponsorizzano un evento. Infatti, è anche interesse dello *sponsor* far sì che l'iniziativa abbia una riuscita ottimale e che la gestione complessiva dell'evento sia fatta nel modo migliore possibile. Non sembra, pertanto, contrario alla norma l'intento di definire un flusso informativo che possa dare allo sponsor percezione della qualità dell'evento e del servizio effettuato dal *provider*. Se l'azienda, infatti, non deve intervenire nella parte scientifica, è pur vero che essa deve essere tutelata da un punto di vista amministrativo e organizzativo.

Nel seguito si vuole, pertanto, identificare una serie di variabili chiave, tradotte in informazioni, che dovrebbero essere oggetto di monitoraggio da parte dello sponsor e che dovrebbero servire a una migliore selezione di *provider* privati qualificati.

La definizione del programma scientifico

Il primo compito del provider è quello di definire il programma scientifico, assunto il quale può partire la ricerca degli sponsor.

La definizione del programma scientifico è oltremodo importante e ad essa dovrebbe sottendere una serie di analisi dei fabbisogni e altre azioni descritte ampiamente nei testi di progettazione della formazione. Il punto che ci interessa sottolineare è che il *provider* può influenzare l'ottimale riuscita di un evento, quindi la migliore allocazione dei *budget* degli sponsor, proponendo programmi innovativi e validi da un punto di vista didattico.

Ad esempio, la tendenza attuale è quella di non realizzare convegni dai contenuti solo ed esclusivamente clinici. I medici e le altre figure sanitarie sono chiamati sempre più a funzioni di tipo manageriale e amministrativo. Pertanto, è opportuno affiancare ai contenuti clinici anche elementi innovativi, che riguardino questi aspetti diversi.

La validità del progetto formativo andrebbe monitorata realizzando una analisi di *customer satisfaction*, anche a campione per tipologia di eventi, in grado di monitorare alcuni elementi chiave come:

- giudizio complessivo sull'evento;
- valutazione dell'aspetto didattico e dell'aspetto logistico/organizzativo;
- rilevazione dei fabbisogni formativi.

L'analisi di *customer satisfaction* dovrebbe considerare anche alcuni elementi indiretti come il numero di partecipanti presenti sul numero di partecipanti accreditati. Maggiore è questo rapporto, più elevata si può ritenere la capacità di attrazione dell'evento. In ogni caso, questo è anche un indicatore del corretto dimensionamento dei servizi e della efficacia di diffusione dell'informazione sul territorio.

L'accreditamento dell'evento

Una volta definito il programma scientifico, il *provider* deve provvedere all'accreditamento dell'evento. Esso è da ritenersi direttamente responsabile sia del programma che della procedura di accreditamento, quindi l'onere di rispondere a eventuali non conformità deve risiedere in capo al provider stesso.

Un indicatore dell'efficacia e della validità dell'accreditamento non è, come generalmente si crede, il numero di crediti ottenuti. Infatti, questi dipendono da alcuni elementi anche oggettivi che sono stati esposti in precedenza, sui quali il *provider* così come i *referee* hanno una possibilità di azione limitata.

In tal senso riteniamo che un indicatore di efficacia dell'accreditamento sia piuttosto l'aver ottenuto i crediti entro il giorno dell'evento.

Un contratto di sponsorizzazione dovrebbe considerare questo elemento prevedendo delle apposite penali nel caso i crediti non siano erogabili entro il giorno di erogazione/chiusura del progetto formativo.

Erogare i crediti "in tempo" presuppone infatti:

- un corretto inserimento (requisiti di validità formale);
- un'esauriente costruzione e descrizione del progetto formativo (requisiti di validità didattica);
- una corretta gestione del processo di accreditamento, rispondendo esaurientemente alle eventuali non conformità, procedendo in tempo al pagamento delle tasse ECM, sollecitando, quando opportuno, la valutazione dei *referee* (requisiti di validità organizzativa e gestionale).

La reportistica ECM

Benché tecnicamente faccia parte del processo di accreditamento, un elemento di particolare importanza è la redazione e l'inserimento della reportistica ECM, così come richiesto dal ministero della Salute. Questo passaggio di "chiusura" dell'evento è di fondamentale importanza poiché se non avviene entro 90 giorni dalla data dell'evento o dal momento di conferimento dei crediti da parte dei *referee*, l'evento viene annullato. In termini sostanziali, quindi, è come se esso non fosse mai avvenuto.

Recentemente il progetto di creazione di una anagrafe informatizzata dei crediti formativi ha fatto emergere il problema della reportistica ECM in modo importante. Infatti, si sono riscontrati diversi errori formali e sostanziali nei report inviati al ministero. Errori formali come:

- numero di partecipanti rapportati superiore al numero di partecipanti previsto;
- professioni definite dall'utente;
- file corrotto o inadeguato;

ed errori sostanziali come l'errato inserimento di dati non coerenti, incompleti o errati.

Ai provider è stato imposto dapprima il limite del 30 giugno per l'adeguamento della reportistica, successivamente prorogato al 30 settembre 2007.

Data l'importanza di un corretto inserimento del report ECM, lo sponsor deve monitorare il suo inserimento. Questo può essere fatto facilmente vincolando il pagamento dell'ultima tranche della sponsorizzazione alla presentazione di una autocertificazione in merito al corretto inserimento del rapporto ECM.

La gestione dei relatori

La gestione dei relatori da un punto di vista didattico e scientifico rientra tra i compiti principali dei *provider* ECM. In realtà a questa attività si accompagna spesso anche la gestione amministrativa dei relatori. Questo stato di fatto è condivisibile e giustificabile, poiché si può presumere che i *provider*, proprio in quanto deputati alla gestione dei relatori, conoscano le peculiarietà che disciplinano il rapporto di lavoro dipendente (fattispecie più ricorrente).

Alla luce di quanto espresso in tema di conflitto di interesse è oltremodo importante che la gestione formale e sostanziale dei relatori sia fatta nel modo migliore possibile. Sebbene taluni di questi compiti possano essere delegati a un commercialista esterno, è indispensabile che alcuni elementi base siano compresi e gestiti internamente alla struttura del *provider*. Solo in questo modo, infatti, è possibile da un lato dare le risposte appropriate e corrette ai relatori e dall'altro assicurare la gestione affidabile di tutti gli aspetti contrattuali e normativi. Questo aspetto interessa lo sponsor per diversi motivi deontologici, giuridici, fiscali e anche perché una inefficace gestione amministrativa può tradursi in una cattiva percezione dell'evento (e dello sponsor) da parte dei relatori. Naturalmente lo sponsor non può e non deve farsi carico di questa gestione, ma è opportuno che prima di avviare un contratto di sponsorizzazione con un determinato soggetto, effettui un controllo formale della modulistica adottata, esaminando le casistiche più ricorrenti. Tra queste sicuramente è opportuno valutare:

- come la modulistica gestisce il tema della richiesta di autorizzazione allo svolgimento dell'incarico per i dipendenti pubblici;
- se vi sono dei tempi massimi di pagamento garantiti;
- se vi è un termine di invio per la modulistica;
- come vengono gestiti i titolari di partita Iva e il regime previdenziale (INPS ed ENPAM);
- come viene gestita la privacy sui dati acquisiti.

La modulistica fornisce un insieme di dati poco o per nulla variabili (es. i dati anagrafici, il domicilio, ecc.) che sarebbe opportuno inserire in un database interno alla struttura del provider, in modo che si possa evitare di chiederli nuovamente quando lo stesso relatore parteciperà a un altro evento con lo stesso organizzatore.

5.4.9 Conclusioni

La formazione accreditata ECM è divenuta un elemento portante per l'aggiornamento dei medici. Pur con questioni ancora aperte, quali il conflitto di interesse, l'ECM è una realtà ormai entrata a far parte del contesto sanitario in senso lato.

Le peculiarità regionali dimostrano un andamento a velocità diverse tra i diversi contesti territoriali. Ciononostante è tracciato il cammino verso un ECM regionale di maggior peso, sotto il coordinamento e la supervisione dell'ECM nazionale.

Le disomogeneità tuttora presenti nei criteri per l'accreditamento regionale sono da intendersi come correlati alla prima fase di nascita e sviluppo. Un ruolo chiave lo hanno in questo ambito le Regioni che hanno già portato a regime, in modo sostanzialmente compiuto, il sistema ECM regionale. Si auspica che un passo successivo vada nella direzione di una maggiore omogeneità, nei criteri e nelle modalità di accreditamento, nonché

nei requisiti di accesso.
In conclusione, la valutazione dei provider è oggi un elemento chiave per l'ottimizzazione dell'investimento in formazione. Se da un lato questi possono essere validi *partner* per l'ottimale riuscita dell'evento, dall'altro è necessario monitorare alcuni aspetti del loro operato che possono impattare anche sullo sponsor, in termine di immagine o di irregolarità procedurale.
Occorre, quindi, che gli *sponsor* che investono pesantemente in formazione accreditata sviluppino al proprio interno un processo costante di monitoraggio della qualità del servizio erogato dal *provider*; un processo che deve essere validato da regole chiare e condivise, da premi correlati al raggiungimento degli obiettivi e da penali connesse a un operato inefficace o, in parte, carente. Questo processo porterebbe a una selezione tra i fornitori premiando i più efficienti e organizzati, in grado di garantire una ottimale gestione di tutti gli aspetti dell'evento. È ovvio che questo processo ha un costo aggiuntivo, per lo *sponsor* e per il *provider*, quindi mal si concilia con una gestione dei fornitori impostata solo sul prezzo. È anche vero, però, che una valutazione più allargata di costo/beneficio dimostra la convenienza a investire in qualità, evitando le ripercussioni, potenzialmente anche importanti, derivanti da un servizio di modesta qualità.