

**Dr. Giuseppe Galiotto**  
Health Care Researcher  
- post-degree EMMAS -  
Bocconi University in Milan  
[http://www.sdabocconi.it/it/mba\\_and\\_master/emmas](http://www.sdabocconi.it/it/mba_and_master/emmas)



## The Obama-Biden Transition Project in The United States of America (U.S.A.)



*and*



**Project for**

**Senator John D. Podesta** - Co-Chair - The Obama-Biden Transition Project  
**Senator Tom Daschle**, Secretary-designate for Health and Human Services (HHS).

*(New Deal HHS)*

**PROPOSTA PER UN NUOVO PIANO SANITARIO  
NAZIONALE IN U.S.A. PER LA PREVENZIONE  
DELL'ATTUALE DISAGIO SANITARIO E SOCIALE**

ITALIAN PRESTIGIOUS TRADE UNIVERSITY "LUIGI BOCCONI"  
IN MILAN (ITALY – European Union)

## *INDICE*

<b>1) INTRODUZIONE: PROPOSTA PER UN NUOVO PIANO SANITARIO NAZIONALE IN U.S.A. PER LA PREVENZIONE DELL'ATTUALE DISAGIO SANITARIO E SOCIALE (<i>New Deal HHS</i>)</b>	<b><i>pag. 3</i></b>
<b>2) ANALISI DELLA SITUAZIONE ATTUALE PRIMA DELL'AVVIO DEL PROGETTO (<i>ex ante</i>)</b>	
a) Analisi SWOT con valutazioni d'impatto e considerazioni di modifica dell'assetto organizzativo esistente;	<i>pag. 4</i>
b) Obiettivi Previsti	<i>pag. 7</i>
<b>3) INDIVIDUAZIONE DELLE AREE DI INTERVENTO</b>	<b><i>pag. 8</i></b>
1) Area della Copertura Assicurativa a tutti i Cittadini	<i>pag. 9</i>
2) Area dei Minori	<i>pag. 11</i>
3) Area del Disagio Giovanile, Droghe ed HIV	<i>pag. 12</i>
4) Area Handicap	<i>pag. 14</i>
5) Area degli Anziani	<i>pag. 15</i>
6) Area della Salute Mentale	<i>pag. 17</i>
7) Area degli Immigrati	<i>pag. 18</i>
8) Area dei Senza Lavoro	<i>pag. 19</i>
9) Area della Prevenzione Sanitaria Pubblica in Generale	<i>pag. 20</i>
10) Area delle Case Farmaceutiche	<i>pag. 21</i>
<b>4) MODELLI ORGANIZZATIVI TEORICI</b>	<b><i>pag. 22</i></b>
a) Studio di fattibilità e Benchmarking	<i>pag. 23</i>
b) Il Ciclo PDCA ed il Miglioramento Continuo	<i>pag. 24</i>
c) La normativa UNI EN ISO 9000	<i>pag. 28</i>
d) L'integrazione del Ciclo PDCA con le normative ISO / VISION 2000	<i>pag. 32</i>
<b>5) I CRITERI DI BASE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL NUOVO PROGETTO RIORGANIZZATIVO</b>	
a) Team Project	<i>pag. 34</i>
b) La Customer Satisfaction	<i>pag. 36</i>
c) Il "Metodo delle 4 W"	<i>pag. 38</i>
<b>6) LA DEFINIZIONE DEL PROGETTO CON GLI INDICI DI BENCHMARKING</b>	
a) Le dimensioni della Qualità Totale (TQM)	<i>pag. 41</i>
b) Considerazioni Finali	<i>pag. 44</i>
<b><i>Bibliografia</i></b>	<b><i>pag. 46</i></b>
<b><i>EQUAL</i></b>	<b><i>pag. 49</i></b>

## **1) PROPOSTA PER UN NUOVO PIANO SANITARIO NAZIONALE IN U.S.A. PER LA PREVENZIONE DELL'ATTUALE DISAGIO SANITARIO E SOCIALE (New Deal HHS)**

### **1) INTRODUZIONE**

Si è riscontrato che il disagio sociale può sfociare in forme di protesta che possono anche assumere connotati violenti ed antisociali, specie in periodi di forte crisi economica che limita la disponibilità economica del ceto medio e che tende ad espellere dal mondo del lavoro milioni di persone.

Al fine di conferire incisività alla presente proposta di miglioramento e di accoglimento dei crescenti nuovi bisogni sanitari e sociali negli Stati Uniti d'America, è necessario conferire una forza attuativa che superi quella che può derivare dalla mera indicazione di politiche sanitarie e sociali fini a se stesse e/o di semplici atti procedurali, ma si rende necessaria una diversa valorizzazione del principio della responsabilità quale etica sociale rispetto ai bisogni da soddisfare, anche come nuove scelte strategico-operative.

Le strategie sanitarie e socio-assistenziali da perseguire in un certo arco di tempo rappresentano le azioni da intraprendere per realizzare gli obiettivi di benessere prefissati e sono espresse in base a variabili quali: interventi di **diagnosi precoce, cura, riabilitazione, prevenzione e promozione dell'informazione sanitaria**. Tali azioni si qualificano strategiche rispetto alle politiche in termini di interventi che riguardano la natura, la qualità, la quantità e l'appropriatezza, specie in un momento di contrazione delle risorse finanziarie disponibili, a seguito di una grande crisi economica mondiale, ed al tendenziale progressivo continuo aumento della domanda di servizi legata all'invecchiamento della popolazione. La realizzazione di un adeguato Piano di Riassetto del Servizio Sanitario Nazionale Americano dei Servizi Sociali Statunitensi non può prescindere da una adeguata valorizzazione delle risorse umane disponibili, sia per quanto riguarda i soggetti decisori, che gli operatori, nell'ambito di una distinzione tra la responsabilità di tipo tecnico, funzionale e di quella manageriale. Infatti, sarebbe auspicabile che un Sociologo Professionista fosse chiamato a coordinare la complessità delle situazioni sottostanti.

Il raggiungimento degli obiettivi fissati non può altresì prescindere da una azione che, prioritariamente, agisca sui fattori di rischio determinanti le patologie o i malesseri relazionali del tessuto sociale.

## **2) ANALISI DELLA SITUAZIONE ATTUALE PRIMA DELL'AVVIO DEL PROGETTO (ex ante)**

A mio avviso, per una corretta collocazione sistemica del mandato ricevuto, sembra opportuno procedere con una preliminare analisi **SWOT** (punti di forza, di debolezza, opportunità e minacce) per capire almeno i punti più importanti del contesto di cui si propone l'intervento di modifica.

### **a) ANALISI SWOT (Strenghts, Weaknesseses, Opportunities, Threats) [con valutazioni d'impatto]:**

#### **SITUAZIONI AD ALTISSIMO IMPATTO:**

- i costi sanitari sono esponenzialmente in crescita costante e ciò danneggia i bilanci delle famiglie così come l'andamento generale dell'economia;
- i premi assicurativi della copertura sanitaria sono raddoppiati negli ultimi 8 anni, insieme all'aumento delle franchigie che spesso minacciano l'accesso di fatto alle cure;
- gli Stati Uniti hanno speso \$ 412 pro capite per l'assistenza sanitaria, fra gestione ed assicurazione nel 2003, quasi 6 volte tanto rispetto ad altri paesi sviluppati;
- più di quaranta-cinque milioni di americani non hanno l'assicurazione sanitaria;
- gli Stati Uniti effettuano insufficienti investimenti nella prevenzione sanitaria pubblica, portando così, ad una rapida diffusione di malattie croniche, molte delle quali potrebbero essere evitate o gestite in modo migliore

#### **SITUAZIONI AD ALTO IMPATTO:**

- l'alto costo delle fatture mediche hanno contribuito alla metà dei fallimenti e delle chiusure delle imprese;
- esistono problemi con l'assistenza sanitaria di qualità ed esiste un rifiuto amministrativo di contribuire ulteriormente a sostenere tali costi;
- gli errori medici sono causa di più di 100.000 morti all'anno negli ospedali degli Stati Uniti;
- quasi 160 milioni di americani hanno posti di lavoro con copertura sanitaria su base assicurativa, ma molti sono coloro che escono dal sistema della copertura

assicurativa. Per ogni 1 punto percentuale in aumento del tasso di disoccupazione, ben oltre un milione di persone diventano non assicurati;

- i non assicurati vittime di incidenti hanno meno probabilità di essere ammessi in ospedale ed hanno il 37 per cento in più di probabilità di morire delle lesioni;
- solo quattro centesimi per ogni dollaro di assistenza sanitaria viene speso per la prevenzione e la salute pubblica;
- il continuo aumento della spesa sanitaria genera un ulteriore onere crescente per le imprese Americane, che tentano di equilibrare il costo-beneficio della salute con un progressivo aumento di crescita e competitività. I produttori americani stanno pagando più di due volte tanto, sui benefici rilevati e percepiti per la salute, rispetto alla maggior parte dei loro concorrenti esteri (misurata in termini di costi per ora);

#### SITUAZIONI A MEDIO IMPATTO:

- la mancanza di assicurazione conduce ad una tardiva diagnosi ed a una cura ritardata specie per il cancro che viene trattato solo in fase avanzata, quando è più difficile e più costoso trattare;
- solo quattro centesimi per ogni dollaro di assistenza sanitaria viene speso per la prevenzione e la salute pubblica;
- quasi uno su cinque americani tendono a ritardare la cura od hanno bisogni di salute insoddisfatti pur avendo un'assicurazione sanitaria di base;
- Anche le persone con più di copertura assicurativa tendono a constatazione che esse sono insufficienti o semplicemente non esistono quando è necessario;

#### SITUAZIONI A BASSO IMPATTO:

- in media, solo il 55 per cento degli Americani adulti ha ricevuto raccomandazioni ed informazioni sulle cure per le principali cause di morte e di invalidità (poca o cattiva prevenzione);
- un Americano su tre, pari a circa 133 milioni di persone, rischia di avere una condizione cronica o malattie croniche, malattie cardiache, cancro, ictus, patologie polmonari ostruttive croniche, il diabete che sono la causa di più di due terzi di tutti i decessi;
- le tardive cure del diabete sono causa di prevenibili complicazioni. Inoltre la mancanza di copertura assicurativa conduce alla negazione della cura, ad esempio un bambino senza assicurazione sanitaria ha meno probabilità di ricevere cure mediche per infezioni ricorrenti all'orecchio o per l'asma;

- circa 1 bambino su 3, nato oggi, ha probabilità di sviluppare il diabete nel corso della sua vita;

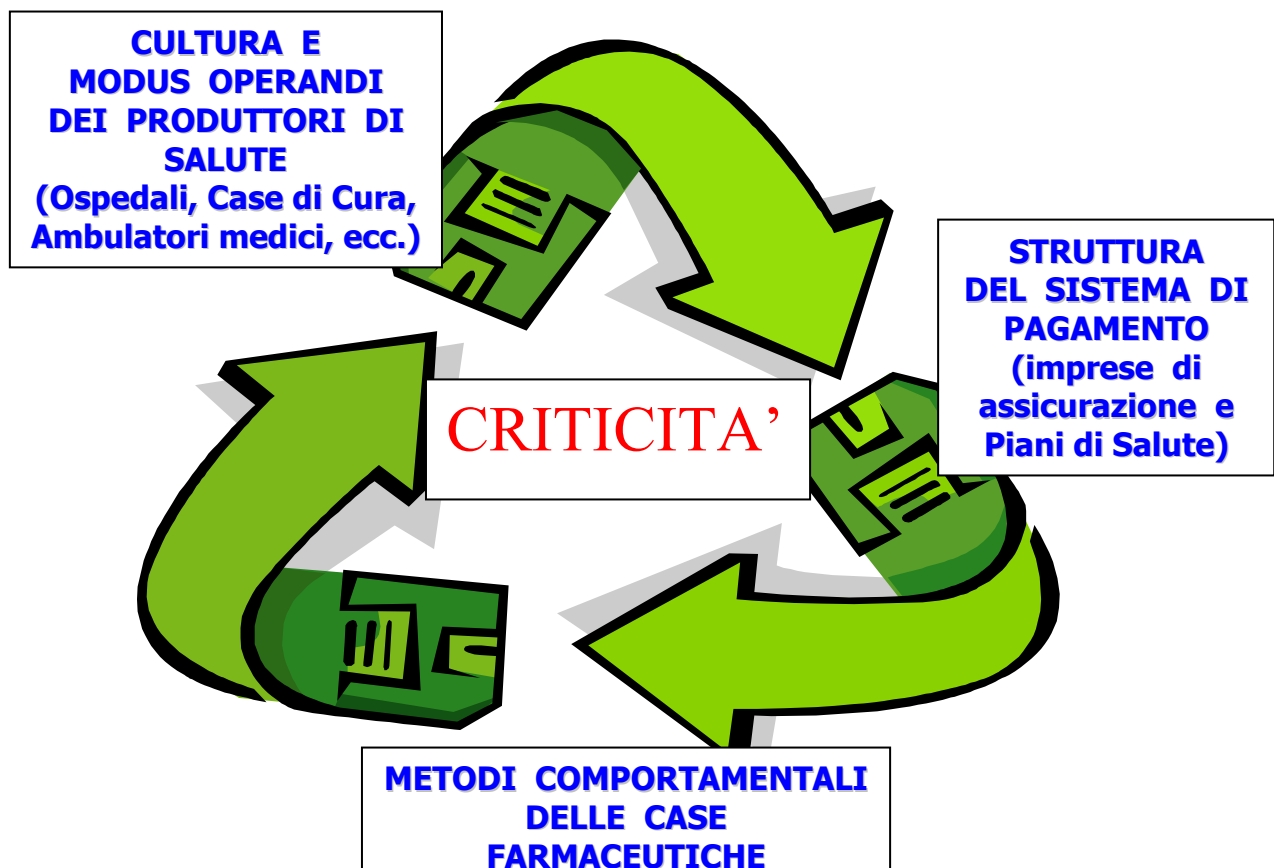
Con tutta probabilità con un'analisi più approfondita potrebbero emergere altre criticità inespresse o non considerate in questo lavoro.

In un contesto così delineato, nei suoi caratteri fondamentali, sembra arduo rispondere ad esigenze di efficienza, efficacia ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale Americano, in una realtà tanto complessa.

Ancora più ostico è l'effettivo governo della spesa che pur attuando possibili sistemi molto più stringenti e pregnanti degli attuali, non può governare tutte le variabili interessate: una catena di montaggio può fermarsi, ci saranno forti perdite economiche; un ospedale non può fermarsi, pena la perdita di vite umane (ipercomplessità strutturale).

Inoltre è da ricordare che qualsiasi intervento atto a correggere le criticità esistenti in un'organizzazione ipercomplessa deve comunque tenere ben presenti le tre componenti strutturali rappresentate nel grafico seguente che si influenzano vicendevolmente.

## MODIFICA DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO



## **b) OBIETTIVI PREVISTI:**

Il Presidente eletto Obama ha presentato un quadro per la riforma della sistema sanitario Statunitense con indicazione di raggiungere tre obiettivi principali:

### **Modernizzare il sistema di assistenza sanitaria per migliorarne la qualità e ridurre i costi:**

• •

Investire in una Sistema Informativo Tecnologico Sanitario a livello Nazionale che permetterà di coordinare le cure, di misurare la qualità, di ridurre gli errori medici, e di salvare miliardi di dollari;

• •

Rivedere ed aggiornare il sistema delle ricompense (DRG's) dovute ai fornitori di salute che sono in grado di fornire cure di alta qualità e di coordinamento delle cure;

• •

Diffondere programmi di gestione e di auto-formazione sulla gestione delle malattie in grado di aiutare i pazienti;

• •

Abbassare i costi dei farmaci, aumentando l'uso di farmaci generici al pubblico, anche tenendo conto dei programmi delle aziende farmaceutiche che bloccano farmaci generici meno costosi sul mercato, quindi meno remunerativi;

• •

Utilizzare gli ospedali ed i fornitori sanitari per la raccolta e le relazioni sui costi dell'assistenza sanitaria e la qualità dei dati.

### **Estendere la copertura assicurativa a tutti gli Americani:**

• •

Sviluppare e rafforzare la copertura assicurativa tramite i datori di lavoro;

• •

Consentire alle persone di mantenere la copertura assicurativa che già hanno e di mantenere la scelta del medico curante nella facoltà del paziente;

• •

Istituzione di un'Autorità Nazionale di scambio delle varie assicurazioni sanitarie che possa offrire una vasta gamma di opzioni di assicurazione privata, nonché un nuovo piano pubblico opzionale;

• •

Richiedere alle compagnie assicuratrici di tornare a coprire le pre-condizioni esistenti, in modo che tutti gli Americani, indipendentemente dalla loro salute o dal loro status economico o della loro storia clinica, abbia la copertura più completa possibile in modo da ottenere benefici stabili e diffusi, nonché premi ridotti;

• •

Espandere il sistema assicurativo Medicaid e Schip su ampia scala con un premio assicurativo più basso per la copertura assicurativa per le fasce di persone a basso reddito.

### **Migliorare la prevenzione e la sanità pubblica:**

• •

E' necessario prevedere la copertura dei servizi clinici di prevenzione, come quelli per la cessazione dell'uso del tabacco, l'attivazione dei servizi di screening dei tumori, sia nei programmi pubblici, sia in quelli privati, e negli altri piani di salute;

••

Investire nella prevenzione primaria e nella diffusione di massa della cultura della prevenzione che porterà a dei comportamenti più sani nelle scuole, nei cantieri, e nelle varie comunità;

••

Affrontare la carenza di forza lavoro nel settore della salute e nella sanità pubblica anche rafforzando le infrastrutture.

### **Sono stati individuati i seguenti processi in fase di start-up del nuovo piano di HHS:**

- a) Attuare un processo di definizione di "livelli minimi di assistenza garantito";
- b) Un processo di definizione di "costi standard - DRG's" per tutti i singoli atti e di diagnostica medica;
- c) Istituzione di una Autorità di Controllo Nazionale con le sue dipendenze in ogni singolo Stato dell'Unione Statunitense;
- d) Attuare un processo di gestione e valorizzazione delle risorse umane esistenti;
- e) Individuare un il processo di gestione dei fornitori o dei produttori di salute;
- f) Ridefinire il sistema di gestione, copertura e di pagamento delle Assicurazioni;
- g) Gestire un nuovo processo di controllo sulle Case Farmaceutiche o Industrie Farmaceutiche;
- h) Scioglimento dei trusts tra i Fornitori Assicurativi, dei Produttori di Salute e delle Industrie Farmaceutiche, con l'introduzione del contrasto di interessi fra questi Operatori;
- i) Promuovere i nuovi processi gestionali attraverso l'esenzione / riduzione o la modulazione delle tasse, e con l'introduzione del concetto di accreditamento presso l'Authority Nazionale;
- j) Grande uso di farmaci generici, dove questo è possibile, con riduzione di quelli coperti da brevetto;
- k) Operare degli accordi con gli Istituti Nazionali di Stato (Authorities) e le Industrie Farmaceutiche per la riduzione dei prezzi dei farmaci protetti da brevetto;
- l) Istituzione di un Fondo Nazionale di Solidarietà Socio-Salaria riservato alle persone indigenti totalmente prive di copertura sanitaria assicurativa;

- m) Avviare un Processo di Controllo di Qualità (PDCA) relativi alla conservazione dello Status di Accreditemento presso l'Authority Nazionale;
- n) Riduzione della “mal-pratiche” e degli errori medici, anche con sanzioni amministrative;
- o) Avviare un programma di comunicazione mass-mediatica di Prevenzione ed Educazione alla salute ed avviamento di una forte computerizzazione dell'intero sistema sanitario.

\*\*\*\*\*

### **3) INDIVIDUAZIONE DELLE AREE DI INTERVENTO**

In questa proposta vengono individuate nove aree di intervento che si ritiene siano da considerare di politica generale e fondamentale per un corretto sviluppo armonico della collettività Americana e che non debbono riguardare un singolo Stato della Confederazione U.S.A., ma proprio per la natura generale dei bisogni espressi dalle varie Comunità sia applicabile alla maggioranza delle situazioni locali esistenti nei differenti Stati membri.

Le aree sottoelencate sono:

- 1) AREA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA A TUTTI I CITTADINI**
- 2) AREA DEI MINORI**
- 3) AREA DEL DISAGIO GIOVANILE, DROGHE ED HIV**
- 4) AREA HANDICAP**
- 5) AREA DEGLI ANZIANI**
- 6) AREA DELLA SALUTE MENTALE**
- 7) AREA DEGLI IMMIGRATI**
- 8) AREA DEI SENZA LAVORO**
- 9) AREA DELLA PREVENZIONE SANITARIA PUBBLICA IN GENERALE**
- 10) AREA DELLE CASE FARMECEUTICHE**

Questa proposta non può non considerare quale prioritario il coinvolgimento dei soggetti Istituzionali interessati alla gestione ed erogazione di servizi socio-assistenziali quali in primis il Governo Centrale a Washington D.C., le diverse Aziende Sanitarie presenti sul territorio competente, il controllo Governativo dei Singoli Stati membri, nonché la Municipalità quale titolare della gestione dei Servizi Sanitari e Sociali, prevedendo che le funzioni relative ai servizi socio-assistenziali e socio sanitari siano esercitate localmente sotto il controllo diretto dei sindaci, perché sono i più vicini alle esigenze ed alle necessità espresse nei diversi ambiti territoriali.

Alle Aziende produttrici di Salute deve essere attribuita la gestione obbligatoria, nei limiti fissati dai livelli minimi uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale, e delle seguenti funzioni di base:

- a) prevenzione, assistenza, riabilitazione, inserimento, informazione, sostegno e ricovero delle persone handicappate;
- b) prevenzione, assistenza, recupero, informazione, sostegno e reinserimento sociale dei tossicodipendenti, degli alcoolisti e dei soggetti affetti da HIV;
- c) attività consultoriali familiari.

La delega di competenza a vigilare viene data ai Sindaci anche con competenze sulla gestione dei servizi stessi forniti dalle Aziende Sanitarie e dai Produttori di Salute in generale. Tali deleghe ed accordi vengono, rispettivamente decisi e stipulati sulla base dei contenuti del Piano Sanitario Nazionale di aggiornamento e sviluppo a carattere Nazionale.

## **1) AREA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA A TUTTI I CITTADINI**

In questo delicato settore è necessario che il Governo Nazionale Centrale, definisca un nuovo Piano di aggiornamento e di sviluppo dell'attuale Servizio Sanitario esistente negli Stati Uniti, e che detto piano Centrale venga recepito dal Congresso come Legge di interesse prioritario per la Nazione, affinché tutti gli Stati membri siano costretti a recepire ed ad adeguarsi ad un Piano Presidenziale Nazionale di Interesse Strategico per il futuro della Nazione.

Nel Piano Strategico devono essere definiti i cosiddetti "livelli minimi di assistenza garantita" in modo che le coperture assicurative non possano scendere o rifiutare i pagamenti di premi sotto tali livelli minimi definiti per Legge e resi obbligatori per tutti (Produttori di Salute Privati e Pubblici, Case Farmaceutiche ed Istituti Assicurativi Privati, ma in futuro anche a carattere Pubblico).

Infatti, l'obbligatorietà di fissare i "livelli minimi di assistenza sanitaria garantita" permette l'adeguamento a detti parametri delle Polizze Assicurative e delle Coperture minime garantite, che dovranno essere riconosciute a tutti i Cittadini. La definizione di questi livelli minimi di assistenza garantita dovrà essere anche il punto minimo di riferimento per i Produttori di Salute (Opedali, Cliniche ed Ambulatori a carattere Privato e Pubblico).

In prima battuta sono molto probabili delle resistenze da parte degli Stakeholders e di tutti gli altri portatori di interesse in materia, con la minaccia di un aumento dei costi sulle prestazioni effettuate e sui premi richiesti per le nuove coperture assicurative ampliate ed estese a tutti i Cittadini ai livelli minimi di assistenza definiti per Legge.

Sempre nel Piano Sanitario Nazionale dovranno essere definiti i costi "presunti" dei singoli interventi chirurgici (calcolati sui dati disponibili per le stesse tipologie di intervento sulla più ampia scala possibile, con il recupero del costo medio per ogni singola prestazione medica), delle cure prestate e degli altri interventi a carattere Medico e Diagnostico. Ad esempio potrebbe essere adottato il sistema dei cosiddetti Diagnosis Relatives Groups (DRG's) che definiscono il costo standard per ogni atto Clinico, salvo diversa e comprovata evidente motivazione clinica scritta.

Il recepimento per Legge Nazionale coercitiva, è l'unico modo per contenere i costi delle prestazioni mediche che, se lasciate al libero controllo del mercato, comportano una continua ed esponenziale crescita dei costi richiesti per le prestazioni erogate in salute. Attenzione, non stiamo parlando della rinuncia al libero mercato o di una sorta di prezzi vincolati al

potere dello Stato, ma solo della definizione dei costi medi minimi definiti per Legge e riveduti ogni due o tre anni, a cui dovranno far riferimento sia gli Erogatori di Salute, sia i pagatori Assicurativi.

Un altro modo di controllo della spesa è quello di mettere in diretta ed effettiva libera concorrenza, sia i Produttori di Salute (Ospedali, Cliniche ed Ambulatori), sia i differenti Piani Assicurativi per la copertura sanitaria di tipo Privato e in prospettiva anche di tipo Pubblico). Gli strumenti che possono accelerare la diretta concorrenza tra le strutture ed il loro adeguamento ad erogare le prestazioni definite nei “livelli minimi di assistenza” del Piano Nazionale sono essenzialmente: la leva della defiscalizzazione ed il riconoscimento Statale tramite “accreditamento”.

Tutti i produttori di salute e tutti i pagatori assicurativi che accettano liberamente di aderire al Nuovo Piano Sanitario Nazionale, sono molto più incentivati se in cambio Lo Stato Centrale od i Singoli Stati Membri dell’Unione, concedano delle agevolazioni fiscali variabili secondo il tipo ed il modo di adesione al Piano Nazionale. Così se da un lato vi è un leggero calo dell’incasso fiscale, dall’altro si mette in campo un forte e sempre allettante incentivo per le imprese che sono così portate a recepire velocemente i “livelli minimi di assistenza” indicati nel Piano e ad applicare il “costo standard sugli interventi” (DRG’s), riducendo, così nei fatti, sensibilmente la spesa pro-capite anche al di sotto dei \$ 412 pro capite per l’assistenza sanitaria.

Allo stesso modo, anche le imprese assicuratrici, sotto la spinta dei nuovi indici di spesa (DRG’S) ed i nuovi “livelli minimi di assistenza” da garantire in ogni caso, saranno più incentivate ad attuare il nuovo sistema, pur di ottenere un beneficio o risparmio fiscale. Ovviamente i primi ad adeguarsi innescheranno un processo di forte adeguamento delle imprese che tenderanno a farsi concorrenza ancor maggiore tra di loro, quindi un processo di adeguamento spontaneo e virtuoso al Nuovo Piano sanitario Nazionale.

Un secondo sistema di incentivo che permette di ottenere la riduzione dei costi e l’erogazione dei livelli minimi di assistenza definiti nel Piano Nazionale è il sistema dell’ “accreditamento”. Ovviamente, è anche possibile ridurre i costi, adeguandosi formalmente a quanto previsto nel Piano Nazionale, mettendo però in atto delle “furbizie” quali l’utilizzazione impropria dei DRG’s, l’impiego di materiali più scadenti o meno costosi all’origine, ecc. Tutti questi, trucchi cui sono portati i produttori possono essere posti sotto controllo con il sistema dell’accreditamento. In sostanza lo Stato Centrale o i singoli Stati Membri, devono avere la possibilità di controllare, misurare e vagliare la qualità dei servizi erogati alla popolazione.

Solo i produttori che volontariamente si sottoporranno al controllo della qualità della salute da essi erogata, potranno ottenere un “accreditamento”, ovvero, un visto Governativo di qualità a scadenza periodica, che identifica quella Struttura come conforme ai parametri fissati dal Piano Nazionale. La certificazione, il visto o l’accreditamento, sono dei sistemi che il mercato già conosce e che generalmente hanno sempre un ottimo impatto psicologico sulla popolazione in generale. Semplificando molto, possono essere considerati come dei marchi di qualità a tempo che identificano quella struttura in modo che possa ampliare la sua fascia di mercato e quindi ottenga maggiore consenso e “clientela”. I visti di accreditamento debbono essere a scadenza periodica onde mantenere sempre alta l’attenzione del management della struttura stessa, perché la qualità delle prestazioni erogate si mantenga nel tempo ed anzi tenda ad aumentare in qualità erogata. Dei sistemi di qualità da adottare parlerò in un altro punto di questa breve proposta poiché il sistema qualità in ambito sanitario è per sua natura abbastanza complesso. Il Governo centrale Nazionale può attivare un’Authority appositamente creata per controllare: il rispetto dei “livelli minimi di assistenza” indicati nel Piano, l’adeguamento ai DRG’s al costo standard per le prestazioni

sanitarie, il controllo di qualità presso i singoli produttori, così come il controllo tra i Piani assicurativi formulati dai pagatori, il sistema dell'accreditamento ed il rilascio di un marchio di qualità. L'authority Sanitaria potrà essere direttamente sotto il controllo Presidenziale ed avvalersi di sue strutture presenti territorialmente in ogni singolo Stato dell'Unione.

Sempre all'Authority Sanitaria Nazionale potranno essere anche affidati compiti di istituzione di un database generale sulla popolazione assistita e sul livello di copertura assicurativa che ogni cittadino ha scelto, nonché di presentare alla Commissione Sanitaria Nazionale annuali statistiche sui costi dell'attuazione del Piano sanitario nazionale, e sul suo andamento e gradimento presso la popolazione Americana.

## 2) AREA DEI MINORI

L'attenzione che in questi ultimi anni si è sviluppata sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, sembra rivolgersi esclusivamente a situazioni drammatiche di disagio, anziché sviluppare la prevenzione.

L'aumento delle denunce per il malessere sociale che colpisce l'area minorile pone in evidenza le carenze sul piano sociale, ma non sembra sviluppare una vera comprensione delle cause del disagio minorile tale da arrivare all'elaborazione di una serie di strategie atte a migliorare la qualità della vita dei minori.

Pare necessario investire in un Sistema di Servizi alla Persona ed alla Famiglia finalizzati a promuovere l'incontro tra diritti e doveri sociali, intervenendo nelle aree di bisogno in cui sono maggiormente concentrate le domande di salute, di socializzazione, di crescita personale ed interpersonale. Nessuna Istituzione potrà operare efficacemente per lo sviluppo dei diritti del minore se non in stretto collegamento, a rete, con le altre Istituzioni interessate, pena lo spreco di risorse.

Risulta indispensabile uno stretto raccordo anche con le risorse del privato sociale che più continuamente possono dare risposte coerenti alle esigenze dell'età evolutiva. I diritti sociali dei minori possono essere garantiti solo nel quadro di una politica coordinata dalle istituzioni locali, che sviluppi qualità di vita per tutti e garantisca una politica sociale omogenea. Ogni intervento legislativo, programmatico ed operativo dovrebbe essere inserito in una strategia globale ed omogenea di promozione dei diritti dei minori tale da stabilire una stretta correlazione con quelli delle famiglie che debbono essere consapevoli che la promozione della salute del minore è anche salute per la famiglia e che simmetricamente il sostegno del minore richiede analogo aiuto anche al suo nucleo familiare. Tuttavia, è innegabile il ruolo centrale nella tutela e nell'educazione dei minori della famiglia, quale perno e prima comunità personalizzante e socializzante per eccellenza, in seno alla quale, tramite l'esperienza della vita quotidiana il minore impara ad essere un soggetto in grado di confrontarsi correttamente con gli altri e a diventare un cittadino libero e consapevole dei suoi diritti, ma anche dei propri doveri. Qualora la famiglia di origine non sia in grado di fornire un utile ed indispensabile sostegno dal punto di vista educativo e socializzante, l'ordinamento giuridico prevede la necessità di un allontanamento del minore dalla famiglia ed il collocamento in un ambiente protetto.

Spesso i bisogni sociali dei minori si esplicano attraverso la sfera relazionale tramite i rapporti interpersonali e a volte corrispondono o sono tutt'uno con i bisogni della famiglia di origine.

Le variabili di bisogni più frequenti riferite alla fascia 0/18 anni vengono così riassunte:

a) tutela, cura ed attenzione affettiva; b) relazioni familiari; c) riconoscimento come persona, ascolto e comprensione; d) relazioni sociali; e) creatività ed autonomia; f) inserimento e relazioni lavorative; g) orientamento scolastico e formazione professionale; h) capacità economica e di gestione del denaro; i) livello informativo - educativo, accesso ai servizi socio-assistenziali e di educazione alla salute; l) prevenzione ed informazione sulle metodologie atte a prevenire forme padiverse di patologia, come l'infezione ricorrente dell'orecchio o l'asma bronchiale.

Necessitano di risoluzioni specifiche i minori in stato di abbandono o di semiabbandono; minori a rischio di abuso o di maltrattamento; minori in contesti familiari carenti, inadeguati o disturbati; minori con genitori separati, con un solo genitore o con presenza di comportamenti disturbanti nell'ambito familiare; minori con relazioni interfamiliari conflittuali o problematiche.

Le strategie socio assistenziali necessarie sono l'avvio della pronta accoglienza, il potenziamento dell'Affido Familiare e lo sviluppo del supporto a minori e/o famiglie in momentanea difficoltà, anche economica. È da rilevare che la pronta accoglienza di fatto non esiste, e le emergenze vengono soddisfatte mediante il reperimento di posti letto nei reparti di pediatria in attesa di collocamento del minore in un ambiente protetto. L'Affido Familiare è scarsamente sviluppato e spesso non rappresenta una adeguata risposta alle problematiche delle famiglie. Il supporto ai minori si realizza solo attraverso la disponibilità di altri nuclei familiari, qualora si verificano situazioni di momentanea difficoltà.

Si dovrebbero costituire strategie fondamentali lo sviluppo della solidarietà, intesa come ricerca, formazione, sensibilizzazione e coordinamento dei nuclei familiari disponibili ad accogliere e a supportare, per tempi o circostanze anche limitate, minori, e famiglie in temporanea difficoltà. Attualmente la formazione delle famiglie affidatarie viene effettuata solo dalle associazioni di volontariato e manca di un efficace collegamento con i servizi sociali di riferimento.

Molto utile sarebbe la formazione di una banca dati di famiglie disponibili all'affido e di famiglie di appoggio alle precedenti.

### **3) AREA DEL DISAGIO GIOVANILE, DROGHE e HIV**

I giovani, per il raggiungimento della propria autonomia necessitano di punti di riferimento e di adulti che possono trasmettere messaggi chiari e comprensibili, oltre che educativamente corretti.

La società consumistica considera i giovani quali terminali di spesa per centri di produzione commerciale, con la pubblicità che in parallelo propone omologhi stereotipati di passivi fruitori di modelli comportamentali e stili di vita spesso irraggiungibili o irrealistici. A ciò si aggiunge la voglia di identificazione giovanile che può trovare sfoghi in manifestazioni protagonistiche al alto contenuto di rischio quali la droga, la violenza, l'alcoolismo, o la sfida con la vita. La famiglia sta alle

spalle dei giovani ed anzichè partecipare all'incessante affermazione del sè, dovrebbe dedicarsi di più ai bisogni dei giovani, a risolvere e conoscere i loro problemi e se necessario a far scattare le necessarie misure protettive. Tuttavia, spesso si pensa che il compito educativo degli adulti verso i ragazzi sia esaurito con il concludersi dell'infanzia e si dimentica, invece, che preadolescenti ed adolescenti sono strutturalmente deboli, con un bisogno estremo dei genitori, degli adulti e di punti di riferimento autorevoli. I ragazzi vogliono adulti in grado di occuparsi di loro, non solo di preoccuparsi di loro, in modo da non trovarsi impreparati di fronte alle difficoltà, disorientati e confusi, facile preda di ciò che sembra più facile. L'intervento sui giovani risulta vanificato se non si considera attentamente l'opportunità di intervenire su tutte le componenti che formano il contesto sociale d'appartenenza, ovvero, non si può pensare al giovane se non in relazione con l'adulto. Le variabili di bisogno che emergono sono raggruppabili in sette ambiti: famiglia, scuola, lavoro, spazi e luoghi, gruppo dei pari, opportunità/alternative.

Esistono quattro macroaree di disagio socio-relazionale:

a) emarginazione affettiva; b) isolamento ed emarginazione culturale; c) isolamento produttivo ed emarginazione dal lavoro; d) esclusione dalle scelte del vivere collettivo.

Da tale valutazione sono emerse le seguenti priorità: dipendenza; comportamenti distorti e devianti; distorsione percettiva, emotiva, cognitiva della realtà; comportamenti asociali; abbandono scolastico; anoressia, bulimia; comportamenti autodistruttivi (come l'uso di droghe o di alcool); mancato sviluppo della personalità; emarginazione lavorativa; violenza e criminalità.

La prevenzione del disagio giovanile passa attraverso il riconoscimento, il rispetto, e la valorizzazione dell'identità personale del giovane da parte del mondo adulto e attraverso la trasmissione di una serie di valori fondamentali che diano la possibilità alla persona di realizzare se stessa, nel rispetto della società in cui è inserita e sentendosene parte.

La strategia è rappresentata dallo sviluppo della formazione e della informazione degli adulti, ed in particolare: la famiglia, la scuola, i centri di aggregazione giovanile, il mondo lavorativo/professionale.

I contenuti principali secondo i quali si delinea l'azione di formazione sono:

I) l'educazione alla diversità, per capire e introiettare i propri confini, al fine di comprendere l'altro, i confini dell'altro e il mondo che c'è fuori;

II) l'educazione alla libertà di pensiero e di azione; III) l'educazione alla solidarietà, per sentirsi parte e riferimento di una comunità; IV) l'educazione alla cittadinanza, intesa come insieme di diritti e di doveri dei singoli in rapporto con gli altri.

In relazione a quanto sopra esposto, sono state individuate le seguenti strategie organizzative e strumentali:

1) corsi di formazione e di prevenzione; 2) percorsi di approfondimento educativo associato (es. scuole e genitori); 3) momenti ed incontri informativi e di sensibilizzazione; 4) Campagne Statali pubblicitarie di prevenzione e di educazione comportamentale, poiché i giovani sono molto a contatto con i nuovi mass-media quali la televisione, il computer e il telefono cellulare.

#### 4) AREA HANDICAP

La persona handicappata o diversamente abile è colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. La persona con handicap non deve essere considerata solo come soggetto che necessita di sostegno rispetto a primari bisogni di autonomia, ma come soggetto cui rivolgersi secondo un approccio globale, non tralasciando alcun aspetto dell'esistenza. Negli ultimi vent'anni si è raggiunta la consapevolezza che è diritto e necessità dell'handicappato affermare anche un proprio diritto di libertà.

Nell'affrontare l'analisi dei bisogni delle persone con disabilità, sono emerse quattro aree di disagio: a) emarginazione affettiva; b) emarginazione culturale ed esclusione dalle scelte del vivere collettivo; c) emarginazione produttiva; d) incapacità di gestirsi in modo autonomo, tenendo presente, che la persona disabile molto spesso vive situazioni multiproblematiche da cui dipendono situazioni di disagio. Nell'intervento finalizzato all'handicap è necessaria una multidimensionalità che richiede una metodologia multidisciplinare ed intersettoriale, che comporta delle risposte di profilo sanitario e socio-assistenziale di prevenzione, cura e riabilitazione. La prevenzione è rivolta ad incidere sui fattori di rischio che possono essere causa di menomazioni e/o situazioni di handicap. La prevenzione si sviluppa in ambito sanitario, rivolgendosi a tutta la popolazione attraverso l'informazione sui rischi della gravidanza e sui fattori di rischio in ambienti domestici (incidenti domestici comportanti invalidità permanenti) e lavorativi (incidenti sul lavoro che comportano “morti bianche” od invalidità permanente).

Sono stati individuati sette ordini di fattori di rischio:

I) le cause di origine prenatale e in particolare di tipo genetico o malformativo; II) le cause neonatali, e in particolare la prematurità, associate a variabili socioculturali; III) la deprivazione culturale della famiglia; IV) gli incidenti domestici; V) gli incidenti della strada; VI) la patologia degli stili di vita; VII) le cause ambientali o barriere architettoniche.

Gli interventi da attivare o da potenziare riguardano i seguenti ambiti:

1) la consulenza genetica prenatale; 2) l'educazione scolastica alla prevenzione degli incidenti domestici; 3) l'incentivazione all'attività fisica; 4) l'educazione e la cultura di prevenzione dopo la scuola dell'obbligo; 5) l'educazione stradale; 6) l'adeguamento della rete dei trasporti ai flussi di traffico; 7) l'educazione alimentare (anoressia e bulimia); 8) l'educazione alla salute tramite l'uso della prevenzione; 9) la pianificazione urbana ispirata al principio della salute e del benessere.

La cura e la riabilitazione sono rivolte alla disabilità ed alla situazione di handicap, ove i disagi socio-relazionali sono molto articolati e diversificati, essendo strettamente legati ai percorsi esistenziali. Le persone diversamente abili chiedono che ogni azione nei loro confronti sia fondata il più possibile sul concetto di normalità, sulle pari opportunità di autorealizzazione. La riabilitazione non è semplicemente costruita da interventi speciali da effettuare in luoghi separati, con tecniche ed approcci orientati unicamente alla patologia e alla riparazione settoriale (riabilitazione funzionale), ma riabilitazione è anche cogliere e stimolare in modo unitario, nelle normali sedi di vita, le varie facoltà cognitive, motorie, relazionali ed affettive

dell'handicappato; offrire, cioè, un insieme di interventi che facilitino il soggetto nel suo cammino verso l'integrazione sociale. Tale integrazione è il risultato ultimo a cui devono tendere tutti gli interventi nei confronti dei portatori di handicap.

L'inserimento scolastico e lavorativo sono due dei principali itinerari attraverso cui l'integrazione può essere raggiunta. L'assistenza economica viene quantificata a seconda della categoria di minorazione (ciechi, sordomuti, invalidi civili, ecc.) e può comprendere degli aiuti quali: pensioni di inabilità, indennità di accompagnamento, assegno mensile di assistenza, indennità di frequenza, indennità al solo titolo della minorazione (per ciechi parziali e sordomuti).

Vengono prese in considerazione le seguenti microvariabili di bisogno della persona portatrice di handicap:

a) rapporti affettivi; b) rapporti culturali; c) rapporti produttivi; d) gestione della propria persona.

Tuttavia la cultura vigente e i valori da cui è sostenuta sono discriminanti, cioè non si presentano aperte ai bisogni e alle esigenze dei portatori di handicap. Scarse sono le informazioni a disposizione per chi vuole cimentarsi con occasioni di socializzazione culturale. Ci sono anche ostacoli spaziali come le barriere architettoniche o la mancanza di mezzi di trasporto adeguati per specifiche esigenze.

Sono necessarie Politiche Sociali per l'inserimento nel mondo del lavoro, con un ruolo attivo; per la realizzazione e la valorizzazione delle capacità professionali; l'inserimento sociale in tutte le fasi evolutive; la realizzazione del proprio essere; la capacità di sviluppo delle progettualità del disabile nelle scelte che lo riguardano.

Le Politiche Sociali in questione sono indispensabili per evitare che la mancata realizzazione porti ad una svalutazione della persona, ad un senso di inutilità soggettivo ed alla mancata identificazione con un ruolo produttivo attivo, visto che spesso bisogna far fronte allo stato di abbandono e al decadimento di abilità e di funzioni causati dall'incapacità della famiglia di garantire le cure primarie.

## 5) AREA DEGLI ANZIANI

L'area degli anziani fa riferimento alla popolazione di età superiore ai 65 anni. Le caratteristiche peculiari dell'invecchiamento, come emerge dagli studi di carattere gerontologico e geriatrico, sono individuabili:

I) sul piano psicofisico, dalla maggior fragilità degli organi, dalla conseguente tendenza alla cronicizzazione e, pertanto, al riscontro di polipatologie;

II) sul piano sociale, dalla perdita di ruolo, di relazioni sociali, di parentele, di amicizie, con accentuazione della solitudine, e dalla tendenza alla riduzione delle risorse, talora sino alla povertà.

In tale contesto, le scelte di Politica Sociale dei servizi rivolti alla popolazione anziana dovrebbero mirare al miglioramento ed al mantenimento della qualità di vita dell'anziano. La qualità di vita è legata alla possibilità che il soggetto ha di sviluppare al meglio le proprie capacità nella vita di ogni giorno. Ciò non significa trascurare le problematiche sanitarie ma collocarle nel contesto globale delle funzionalità di ogni persona. Parlare di funzione significa puntare sui diversi livelli delle abilità personali nel gestire il proprio quotidiano, mirare quindi alla soluzione

dei problemi, ponendo l'attenzione sugli aspetti positivi e/o sulle potenzialità residue, evitando di fare entrare obbligatoriamente l'anziano in categorie troppo schematiche di autosufficienza, non autosufficienza. In questa prospettiva, parlare di prevenzione, significa sottolineare la possibilità concreta d'intervento per poter guidare il processo di invecchiamento verso comportamenti più efficacemente salutari, mirati a mantenere il più a lungo possibile il benessere, l'autonomia e la salute. In particolare, negli ultra-sessantacinquenni i maggiori disagi socio-relazionali risultano essere: la perdita dell'autosufficienza, la dipendenza e l'emarginazione con la conseguente solitudine. Visto il notevole calo delle nascite rispetto ai decessi che si verificano nei Paesi industrializzati, la popolazione risulta in continuo costante invecchiamento che deve far prevedere un aumento percentuale delle persone che presentano bisogni di salute insoddisfatti: la terza età dovrà assistere la quarta età. Le persone invecchiano in modo diverso ed è proprio questa differenza, tra chi invecchia bene e chi invecchia male, la testimonianza diretta che è sempre possibile lavorare perchè chi sta peggio migliori la propria condizione psico-fisica. L'autonomia dell'anziano va intesa come concetto multidimensionale, che rimanda alle categorie che la compongono: fisica, mentale e sociale. La qualità della vita è, infatti, legata alla possibilità che l'anziano ha di svolgere quotidianamente al meglio le sue funzioni, e realizzare le istanze di autonomia, autosufficienza ed indipendenza.

Sono individuate cinque microvariabili nell'analisi dei bisogni della persona anziana:

a) rapporti affettivi; b) rapporti culturali; c) rapporti produttivi; d) partecipazione politica; e) l'accesso a cure infermieristiche e paliative.

I maggiori disagi socio-relazionali quali fattori di rischio e di aspettative infrante sono:

1) l'emarginazione affettiva; 2) l'isolamento e l'emarginazione culturale;  
3) l'isolamento produttivo e l'emarginazione dal lavoro; 4) l'esclusione dalle scelte del vivere collettivo.

Le possibili forme di risposta ai problemi suddetti possono essere individuate nella facilità di accesso ai servizi ed al consenso informato; la tempestività delle risposte; l'umanizzazione e la personalizzazione delle risposte assistenziali; l'informazione sui servizi e le opportunità offerte; la continuità nell'assistenza; la diffusione della cultura dell'invecchiamento come valorizzazione di vita attiva.

Costituiscono strategie organizzative e strumentali per il raggiungimento delle politiche sociali e sanitarie :

a) l'estensione dell'Assistenza Domiciliare a tutto il territorio di riferimento della presente proposta per nuovi Servizi Sociali e Sanitari;  
b) l'attivazione di posti letto per soggiorni temporanei;  
c) la costituzione di centri di prima accoglienza che facilitino le dimissioni dagli ospedali, con il coinvolgimento di una o più case di riposo;  
d) la costruzione di un centro diurno per anziani, con parziale o totale non autosufficienza, al fine di permettere contemporaneamente agli utenti di mantenere la residenza nella propria abitazione ed ai congiunti di poter continuare l'attività lavorativa necessaria alla famiglia;  
e) la formazione degli operatori finalizzata a creare una nuova visione della cultura assistenziale, rivolta agli obiettivi di vita attiva, di benessere e di salute della persona anziana e non indirizzata esclusivamente alla cura delle patologie;

- f) l'integrazione dei servizi socio assistenziali garantita dalle unità operative con metodologie di valutazione multidimensionale;
- g) la costituzione di un osservatorio epidemiologico;
- h) la concessione di aiuti economici, compatibilmente con le risorse disponibili, alle famiglie che ospitano in casa in anziano, ricercando la sua integrazione nella vita familiare.

## **6) AREA DELLA SALUTE MENTALE**

Sono diagnosticate numerose forme di disagio mentale, con diversi gradi di gravità, cioè di compromissione del rapporto del soggetto con la realtà. La patologia per eccellenza, oggetto di cura, è la psicosi che si pone quale situazione emblematica di una relazione alterata di rapporti sociali e personali, caratterizzati da parametri condivisi.

Le azioni di cura si esplicano in una vasta gamma di interventi, che partono dall'analisi complessiva della vita della persona affetta da problemi psichici, per arrivare alla realizzazione di progetti che attuino cambiamenti, sia a livello della persona stessa, sia del suo ambiente sociale. Tali azioni richiedono progetti terapeutici individuali, che comprendano più interventi realizzati da una rete di strutture, aventi caratteristiche peculiari ed una precisa identità. La rete terapeutica deve garantire una gamma di interventi differenti, quali strumenti per la condivisione e l'integrazione dei progetti terapeutici individuali. L'inserimento od il reinserimento sociale si pone teoricamente quale obiettivo terapeutico ideale per ogni soggetto affetto da una patologia mentale, tale da alterarne gravemente il suo rapporto con la realtà. I luoghi terapeutici territoriali vengono ad articolarsi sulla base del loro livello di compresenza; cioè ad un maggior livello di protezione corrisponde una maggiore istanza regressiva da parte del malato, dunque un grado minore di ingerenza della realtà sociale esterna, secondo lo schema che segue:

I) minima ingerenza del reale / massimo livello regressivo:

- a) servizi psichiatrici di diagnosi e cura;
- b) comunità terapeutiche residenziali protette;
- c) comunità alloggio;
- d) day-hospital farmacoclinico;
- e) centri diurni;
- f) centri di aggregazione;
- g) gruppi appartamento;
- h) cooperative integrate.

II) massima ingerenza del reale / minimo livello regressivo:

- a) inserimento sociale;
- b) inserimento lavorativo.

Sono individuate quattro aree di bisogno: gestione della propria persona e svolgimento di un ruolo sociale; cura di sé e del proprio ambiente di vita; essere seguiti e curati; orientamento sociale.

Alle variabili di bisogno suddette corrispondono aree di disagio socio-relazionale: integrativa; organizzativa/pianificativa; di accudimento/curativa; referenziale/relazionale.

Con riferimento alle aree di disagio socio relazionale sopraindicate, sono possibili le seguenti specificazioni per quanto riguarda i disagi stessi:

- 1) la perdita/non assunzione di un ruolo produttivo/lavorativo;
- 2) il ridimensionamento dell'orizzonte delle scelte possibili (nell'ottica del soggetto);

- 3) la difficoltà e/o incapacità a progettare la propria vita (anomia);
- 4) il ridimensionamento della rete sociale ed amicale sana;
- 5) la difficoltà e/o incapacità a valutare correttamente le proprie azioni e le conseguenze di esse;
- 6) la difficoltà e/o incapacità ad osservare le regole del vivere comune;
- 7) la difficoltà e/o incapacità a finalizzare ciò che si fa;
- 8) le relazioni familiari ostacolanti un rapporto corretto con la realtà.

Le conseguenti strategie organizzative e strumentali sono:

- a) definizione e applicazione di protocolli di intervento, in grado di garantire l'integrazione tra tutti i servizi esistenti sul territorio;
- b) definizione e realizzazione di modalità di integrazione e partecipazione del volontariato;
- c) definizione, in collaborazione con le Amministrazioni Comunali, di una gestione non basata sull'emergenza della problematica psichiatrica territoriale;
- d) sviluppo della qualità rivolta a tutti i servizi;
- e) attività di collaborazione e integrazione tra tutte le agenzie sociali interessate alle problematiche connesse al disagio psichico;
- f) elaborazione di schede individuali di accesso ai servizi e di valutazione dell'applicazione del programma terapeutico definito;
- g) attivazione, delle seguenti strutture:
  - 1) centri di aggregazione;
  - 2) gruppi appartamento;
  - 3) centri di lavoro guidato;
  - 4) cooperative di lavoro integrato;
  - 5) comunità alloggio.

La risposta istituzionale si configura come insieme di situazioni terapeutiche specifiche, erogate da servizi specialistici territoriali e non, ed aspecifiche, erogate da altre agenzie sociali variamente interessate alle problematiche connesse con il disagio psichico (ad esempio Comuni, associazionismo, ecc.). Tali azioni vanno ordinate temporalmente, sequenzialmente e/o concomitantemente sulla base delle elaborazioni progettuali stabilite dai servizi sociali specialistici e concordate con agenzie sociali interessate presenti nel territorio, in funzione di un obiettivo terapeutico il quale, nella sostanza, altro non può essere se non una particolare modalità di ottenere un inserimento sociale.

## **7) AREA DEGLI IMMIGRATI**

Dalla molti anni gli Stati Uniti sono diventati meta di immigrazione internazionale, così come in generale, accade in tutta l'area dell'Unione Europea. Tale fenomeno nella U.E. è acuito dalla crisi dei Paesi dell'Est, dalla situazione nei Balcani e dalla crisi che attanaglia l'area Nord Africana del Magreb, è da considerarsi oramai componente ordinaria e strutturale e non solo una situazione di emergenza. Negli U.S.A. con le difficoltà economiche dell'America Latina e dei Regimi Repressivi del Centro-America. I flussi migratori sono molto diversificati come tipologia di provenienza, e rappresentano ognuno dei singoli progetti per una vita migliore (lavoro, studio, ricongiungimento familiare, asilo, ecc.). Tuttavia, viene richiesta dai Cittadini Americani un maggiore controllo delle proprie frontiere che per motivi

politico-geografici si trovano ad essere facile approdo per cittadini di altri Paesi che vogliono raggiungere gli Stati Uniti. A tutt'oggi sono quasi assenti strutture organizzative preposte alla lettura sistematica dei bisogni ed alla individuazione delle risposte necessarie; spesso, le risorse impiegate e gli interventi attuati risultano scoordinati e scollegati tra loro per cui le risposte appaiono limitate ed insufficienti poichè influenzate da elementi di emotività o di beneficenza e caratterizzate da spontaneità e provvisorietà. La popolazione immigrata, risulta molto difficile da censire data la sua mobilità sul territorio e per la presenza di immigrati irregolari e clandestini. I cittadini di altri Paesi vicini, anche se regolari, vanno incontro ai seguenti disagi socio-relazionali:

a) emarginazione abitativa; b) isolamento affettivo/separazione dalla famiglia di origine; c) fratture culturali tra marito e mogli e tra genitori e figli; d) emarginazione dai gruppi sociali; e) paura di esprimere se stessi; f) emarginazione culturale e religiosa; g) emarginazione politica e sociale; h) emarginazione rispetto alla lingua locale; i) disinformazione civica; l) emarginazione/incertezza lavorativa; m) pericolo di sfruttamento lavorativo; n) pericolo di collegamento alla malavita, quindi ricettacolo di violenza.

Le strategie socio assistenziali individuate sono:

1) il miglioramento della prima accoglienza; 2) l'aumento degli immobili dati in locazione di proprietà dei Comuni; 3) l'introduzione della garanzia in ordine all'affitto di immobili; 4) favorire l'avvio di strategie cooperativistiche fra il Governo Statunitense e gli altri Governi dell'area con maggior tensione immigratoria; 5) creazione di un fondo di gestione e garanzia; 6) sviluppo e miglioramento dell'educazione e dell'informazione; 7) vademecum plurilingue informativo distinto fra i vari servizi e per competenze; 8) promozione ed organizzazione di incontri informativi distinti per servizi; 9) centri di ascolto; 10) sportelli informativi; 11) integrazione politica e pari opportunità di accesso ai servizi; 12) riconoscimento e consultazione delle associazioni di immigrati; 13) corsi istituzionali di insegnamento della lingua; 14) maggiore facilità di accesso ai servizi socio-sanitari; 15) promozione della regolarità lavorativa; 16) ricongiungimento dei nuclei familiari; 17) integrazione/tolleranza culturale e religiosa; 18) maggior controllo preventivo delle frontiere marittime e terrestri.

Spesso sono le persone immigrate negli Stati Uniti, che regolarmente strutturate, in qualità di intermediari possono fornire informazione, rilevare i problemi e formulare le possibili soluzioni, raccogliere, analizzare le domande e individuare le possibili risposte, orientare verso gli ambiti correlati al bisogno espresso e costruire tramite un Osservatorio della realtà sulle problematiche e sulle risorse. Il mediatore in questione è esperto in materia di Organizzazione Istituzionale dello Stato Nazionale e dei singoli Stati membri, e delle strutture Amministrative Locali, di Legislazione Sociale (lavoro, scuola, famiglia, previdenza, pubblica sicurezza) e Sanitaria e, in particolare, di Legislazione in materia di Immigrazione.

## **8) AREA DEI SENZA LAVORO**

Se quasi 160 milioni di Americani hanno posti di lavoro con copertura sanitaria su base assicurativa, l'attuale pesante crisi economica comporta anche la forte uscita dal

mondo del lavoro di persone che, espulse dal sistema lavorativo, come prima conseguenza non rinnovano più la loro copertura assicurativa in ambito sanitario, rimanendo nei fatti, sia privi del lavoro, sia privi dell'assistenza sanitaria.

Come è già stato da Voi rilevato, la mancanza di assicurazione sanitaria aumenta la probabilità di non essere ammessi in ospedale, così come aumenta di ben il 37% la probabilità di morire dalle eventuali lesioni ricevute in assenza di copertura assicurativa. Allo stesso modo, la mancanza di una copertura assicurativa porta inevitabilmente ad una tardiva diagnosi ed ad una cura tardiva più difficile e costosa. In antitesi, la classe media che mantiene il proprio posto di lavoro ha una percezione abbastanza negativa della reale ed effettiva copertura assicurativa che riceverà in caso di reale necessità, perché spesso le compagnie assicuratrici tendono ad innalzare le franchigie sugli atti medici più diffusi e maggiormente richiesti, diminuendo, nei fatti, la reale copertura. Questo avviene perché le compagnie assicurative tendono a formare dei cartelli o dei trust, magari anche in collaborazione con i produttori di salute, mentre è indispensabile una reale e diretta concorrenza fra le diverse compagnie assicuratrici, cos' come è indispensabile una effettiva concorrenza fra i produttori di salute che devono farsi concorrenza verso il miglioramento delle prestazioni fornite, non attuando trust che aumentano i costi e deprimono la qualità della prestazione medica o diagnostica. Il connubio tra pagatori e produttori di salute dovrebbe essere recepito nel Piano Sanitario Nazionale e dovrebbe essere vietata la costituzione di trusts fra i vari pagatori, così come fra le varie aziende fornitrici di prestazioni medico-chirurgiche e diagnostiche. Il nuovo Piano Sanitario Nazionale dovrebbe quindi rendere non legale ogni commubio o cartello, tra chi produce e chi paga, ed all'interno dei produttori fra i diversi produttori, come come fra i diversi pagatori. Solo mettendo tutti questi soggetti in diretta concorrenza tra di loro sarà possibile ottenere una maggiore adesione al Piano Nazionale modulando le leve della defiscalizzazione e dell'accREDITAMENTO.

Per gli attuali 45 milioni di Americani senza copertura assicurativa è necessario distinguere fra coloro che potrebbero averla dal punto di vista meramente economico e quelli che proprio non sono in grado di permettersela. E' necessario obbligare tutti coloro che pur non lavorando sono nelle condizioni economiche di pagare un giusto premio per la loro assicurazione sanitaria. Molto più complesso è invece, dare l'assicurazione obbligatoria, a coloro che non hanno neanche di che vivere. Per queste persone, purchè cittadini Americani, debbono essere aiutati con sistemi di solidarietà Nazionale. E' possibile prevedere un piccolo contributo su coloro che già lavorano (ad esempio \$ 5 per ogni lavoratore X 160 milioni di lavoratori = \$ 800.000.000 da mettere in un fondo di solidarietà Nazionale (sempre previsto dal Piano Nazionale) per provvedere a stipulare contratti assicurativi con le imprese pagatrici basate alla copertura almeno dei "livelli minimi di assistenza sanitaria" prevista nel Piano. Possono anche essere maggiormente stimulate le associazioni di volontariato e le raccolte a contribuzione volontaria che le classi più abbienti possono contribuire in varie occasioni o cerimonie alla raccolta di ulteriori donazioni per rendere più cospicuo il Fondo di Solidarietà Nazionale.

## **9) AREA DELLA PREVENZIONE SANITARIA PUBBLICA IN GENERALE**

Dal punto di vista generale, è ormai consolidato che in tutti i Paesi sviluppati come ad esempio nella U.E., la spesa sanitaria, nonostante gli sforzi al contenimento dei

singoli Stati aderenti all'Unione, tenda inevitabilmente e costantemente a crescere esponenzialmente.

Il progresso medico e tecnologico a servizio della medicina porta quasi trimestralmente continue novità ed apparecchi sempre più costosi, aggiornati e potenti. Ovviamente, se una persona è nelle possibilità di farlo, tenderà a scegliere sempre la macchina diagnostica più moderna ed evoluta, il medico più nominato e la struttura più famosa, perché la salute dell'individuo è unica ed irripetibile così come la vita di ogni individuo è unica ed irripetibile. Ne consegue che per tanto che gli Stati più evoluti e sviluppati tendano a controllare la spesa in campo sanitario, è la spesa stessa che ha una natura tendenzialmente proiettata ad un inarrestabile aumento (legato al progresso ed al desiderio di ogni uomo di vivere al meglio e per il tempo più lungo possibile).

Per questo motivo è indispensabile che lo Stato Centrale Nazionale fissi per Legge dei parametri che gli possono permettere di valutare quale tipo di assistenza sanitaria si intende fornire e fino a che punto lo Stato decide di considerare "utile" la spesa sanitaria praticata. Si ritorna ai concetti dei "livelli minimi di assistenza sanitaria fornita" e della definizione dei "costi standard" sulle attività medico-diagnostiche.

Già un intervento di questo tipo è da considerarsi un intervento "abbastanza forte" perché obbliga produttori e pagatori ad attenersi ai parametri fissati e vieta la costituzione di ogni tipo di trust anche di tipo trasversale. Il sistema incentivante può trovare impiego nella "defiscalizzazione" e nell'"accreditamento"; mentre per la fascia più povera e debole della popolazione deve necessariamente ricorrere alla Solidarietà Nazionale con l'istituzione di un Fondo di Solidarietà Nazionale.

## **10) AREA DELLE CASE FARMACEUTICHE**

Un'altra importantissima area di spesa è data dalle case farmaceutiche. Infatti da sempre i produttori farmaceutici sostengono che nell'alto costo di ogni farmaco brevettato sono spalmati anni di investimenti nel campo della ricerca di nuove molecole attive ed efficaci. E' corretto che le case farmaceutiche difendano i loro diritti di utilizzo dei farmaci brevettati, ma è altrettanto giusto che in un Paese sviluppato come gli Stati Uniti d'America, sia data a tutti i cittadini la possibilità di accedere a determinati farmaci. Sulle specialità farmaceutiche ancora protette da brevetto, in verità, sono poche le armi da usare in seno al contenimento della spesa farmaceutica per queste specialità medicinali. Forse l'unico modo potrebbe essere quello di arrivare a degli accordi Statali con le diverse case farmaceutiche per ottenere una riduzione dei costi anche di queste tipologie di farmaci. Diverso è il discorso per quanto attiene alle specialità medico-farmaceutiche che hanno già perduto la tutela del brevetto e che, quindi, possono essere prodotte anche da altre industrie farmaceutiche, con un nome leggermente diverso, che magari ricorda solo il principio attivo, ma che è esattamente efficace come lo stesso principio attivo di marca.

Un altro modo per contenere la spesa sanitaria sotto il profilo della spesa farmaceutica è incentivare l'uso e la conoscenza dei farmaci generici, pubblicizzandoli sia presso i medici di base, sia presso tutti i produttori di salute. L'utilizzo diffuso su larga scala dei farmaci generici può portare ad una sensibile riduzione della spesa farmaceutica. Con un notevole svincolo di risorse.

### 3) MODELLI ORGANIZZATIVI TEORICI

Questo lavoro ha selezionato principalmente due modelli teorici per l'analisi del sistema organizzativo del Servizio: quello sistemico di Rugiadini e quello proposto dall'EFQM (European Foundation for Quality Management), ente europeo, internazionalmente costituito con la finalità dichiarata di "guidare e sostenere l'eccellenza manageriale nelle organizzazioni aziendali".

Nel **modello di Rugiadini (Figura A)** l'ambiente esterno viene considerato come determinante le possibilità di sopravvivenza dell'Azienda. Il modello stesso, inoltre, propone lo studio dei nessi di funzionalità e disfunzionalità tra sottosistemi costituenti l'Azienda, indaga il grado di apertura dei sistemi e specifica le relazioni tra variabili di input, di trasformazione e di output.

Il **modello dell'EFQM (Figura B)** riprende in parte i concetti del modello di Rugiadini. Ancora una volta l'ambiente esterno è visto come fondamentale per l'Azienda, infatti il modello pone al centro dell'analisi organizzativa la soddisfazione del cliente, quella del personale e l'impatto sulla società, variabili governate da un'azione di leadership, che si esprime attraverso le strategie e la pianificazione, la gestione del personale e delle risorse, il sistema qualità e i processi e che alla fine conduce all'eccellenza dei risultati aziendali, economici e non economici. Entro questa cornice di riferimento si colloca la normazione UNI EN ISO 9000 nella versione 2000.

Ogni singolo criterio componente il modello non concorre in modo egualitario al raggiungimento dell'obiettivo di eccellenza dei risultati aziendali. Pertanto i valori percentuali indicati in figura A in corrispondenza dei vari criteri rappresenta il peso di ogni criterio stesso rispetto al modello nel suo insieme.

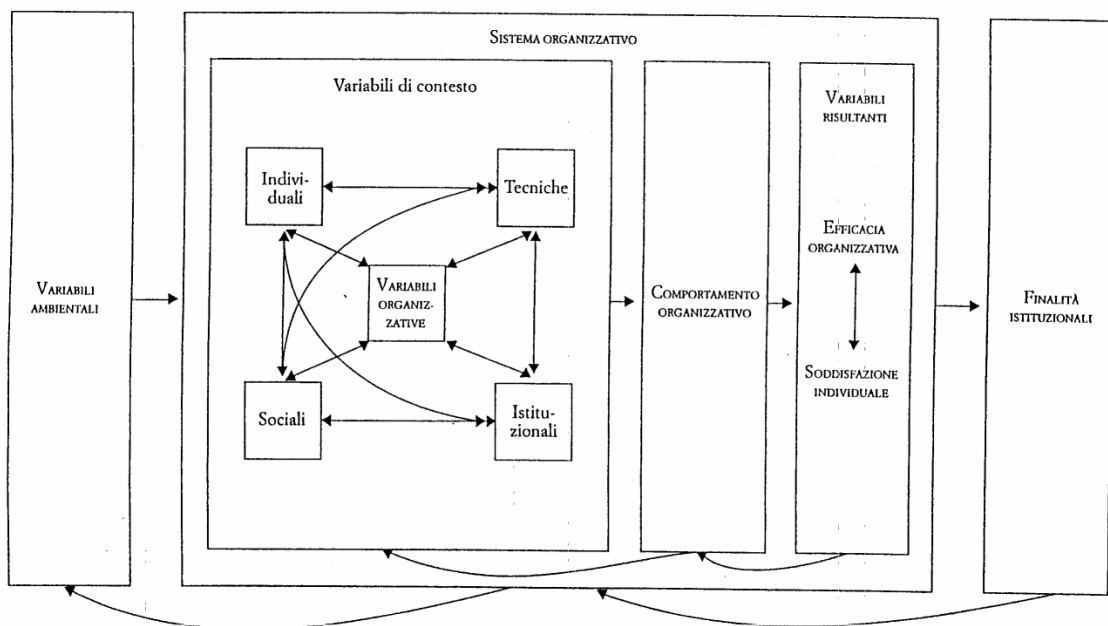
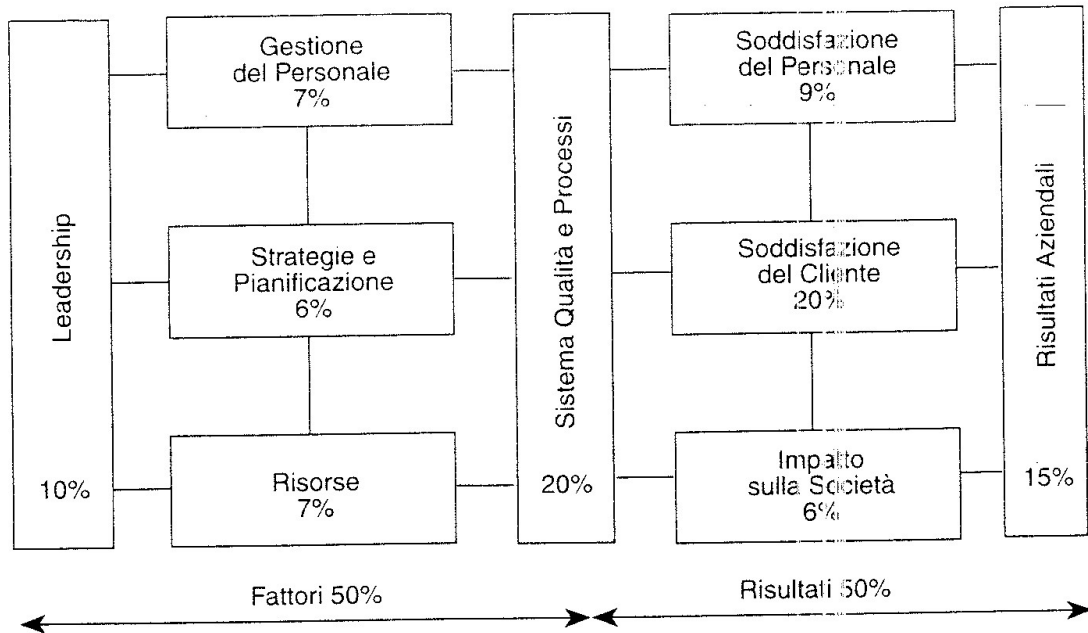


Figura A: Modello di Rugiadini



**Figura B: Modello della EFQM**

### a) Studio di fattibilità e Benchmarking

Le regole della **TQM (total quality management)** prevedono che prima dell'avvio di una modifica delle condizioni operative, gestionali e/o organizzative in una Azienda si proceda tramite uno Studio di Fattibilità che dovrà indicare in maniera univoca chi siamo, cosa vogliamo (**mission**), come intendiamo realizzare i nostri fini (**vision**). E' indispensabile che queste cose, di base, siano molto chiare e che vengano esplicitate in un documento scritto. Sembra corretto identificare anche il percorso verso la certificazione non solo perchè gli inputs Regionali sono questi, ma anche attraverso una corretta ed attenta analisi di come ed in che modo realizzare o giungere alla certificazione.

Un corretto Studio di Fattibilità (**benchmark plan**) dovrebbe essere eseguito con le tecniche del **Benchmarking**.

Per Benchmarking intendo un approccio sistemico e continuo per identificare gli standards di prestazione (**i benchmark**), confrontando la realtà esistente con questi, ed identificando le prassi (**practices**) che permettono di diventare il nuovo standard di riferimento (new best in class). Come ricordato da Robert Camp nel 1996, il Benchmarking è un confronto sistemico e continuo di misurazione dei processi attraverso il confronto con le aziende riconosciute come leader del proprio settore, finalizzato a determinare i business ed i processi lavorativi migliori e a stabilire obiettivi razionali di performance.

Bisogna evitare che non venga individuato alcun benchmark e che vi sia una "specie di frenesia" a certificarsi senza avere dei riferimenti precisi o applicando delle sovrastrutture che potrebbero rivelarsi controproducenti per la situazione in esame.

## **b) Il Ciclo PDCA ed il Miglioramento Continuo**

L'istituzione di un Ufficio quale organo in staff al Provveditore con funzioni di controllo trasversale sugli organi di linea è la novità più significativa di questa proposta.

Allo stato attuale, non sembra esistere una cultura aziendale tanto sofisticata, matura e forte da permettere la costituzione di una matrice pura con la conseguente creazione dei *Two Boss Managers*. Quindi la soluzione adottata, pur raggiungendo ugualmente l'obiettivo del controllo trasversale, è legittimata e sostenuta dal Vertice che la riempie di autorità e di consenso "indotto" tipicamente top-down.

Le funzioni principali di quest'organo sono di pianificare e monitorare lo splafonamento budgettario dei reparti con opportuni reports periodici, controllare e proporre soluzioni nelle criticità emergenti dell'intero processo su tutti i vari livelli in base ai rispettivi feedback; attuare le varie fasi di implementazione di questo progetto.

Individuati i referenti delle varie professionalità coinvolte è bene stabilire dove inizia e dove finisce il processo preso in esame. Scendendo nel dettaglio della programmazione giornaliera o settimanale, è necessario delineare le varie fasi del caso, ottimizzando gli accessi e i minuti di assistenza con gli operatori coinvolti, definendo, sin dalla fase di progettazione, i sistemi e gli strumenti di controllo del processo stesso.

Un elemento che deve comunque costituire una base comune e senza il quale non si ha una visione qualitativa, è il metodo: inteso come "modo di procedere razionale, determinato ed organicamente diretto al perseguimento di risultati chiaramente predefiniti". Mi riferisco al **metodo PDCA suggerito da E. Deming** uno dei padri storici della Qualità Totale, da cui nasce il TQM (total quality management).

Infatti, dal controllo della qualità erogata può emergere che la programmazione iniziale rispetta il processo e quindi gli standards rispondono alle aspettative identificate. Questo evidenzia una buona valutazione e un buon servizio fornito: si ha quindi un mantenimento della prestazione erogata (standardizzazione).

Nel caso contrario, in cui la programmazione fatta inizialmente non risponda alle attese e quindi il servizio erogato sia fuori standard di processo, si attuano le azioni correttive definite, appunto, azioni di miglioramento.

Per identificare le azioni di miglioramento occorre innanzitutto individuare le cause radici o cause elementari, come già evidenziato in premessa di questa proposta progettuale.

Da quanto detto si evince l'importanza è la criticità di questo Ufficio di Pianificazione e Controllo dei Processi che necessariamente deve occuparsi di *Total Quality Management*.

Da qui il processo di umanizzazione non può trovare le giuste strategie se alla base di esso non è attivo un percorso prima culturale del personale e poi organizzativo dell'U.O.

Si introduce, così, il concetto di "miglioramento continuo" espresso dalle norme UNI EN ISO 9000.

Il miglioramento continuo è lo strumento fondamentale per rendere la qualità competitiva, per togliere progressivamente dal prodotto/servizio la difettosità (qualità negativa) e suggerire nuove caratteristiche che ne aumentino il valore per il cliente.

Componente indispensabile ed efficacissimo nella gestione del miglioramento continuo è il **ciclo PDCA**, plan/do/check/act (Figura C).

Il PDCA è basato su quattro momenti dell'azione, che costituiscono, nel loro insieme, il ciclo della gestione:

- **PLAN** - *programmazione*: avviene la descrizione del processo reale, l'individuazione delle aspettative sugli inputs programmati, l'assistenza da erogare e configura il sistema di misurazione/registrazione della prestazione;
- **DO** - *realizzazione*: approvazione e realizzazione del programma progettato nei suoi vari step, con la verifica e breve-medio termine del servizio erogato;
- **CHECK** - *controllo*: periodicamente, in genere settimanalmente/mensilmente, si raccolgono e si analizzano i dati. Dall'analisi possono emergere delle criticità al servizio erogato o sullo stato di attuazione del progetto, affrontabili o discutibili nel corso della riunione settimanale, nel corso della quale si individuano le cause e le possibili azioni di miglioramento;
- **ACT** - *standardizzazione*: il processo viene progressivamente standardizzato, mantenendo attivo il controllo di processo, che a seguito di evidenti criticità può portare alla successiva identificazione di ulteriori e nuove azioni di miglioramento. E la ruota di Deming continua.

## IL CICLO PDCA

PDCA significa utilizzare una logica che si impernia su un'azione ciclica costituita da quattro fasi fondamentali:

**P = PLAN** : pianificare, preparare a fondo

**D = DO** : eseguire, sperimentare

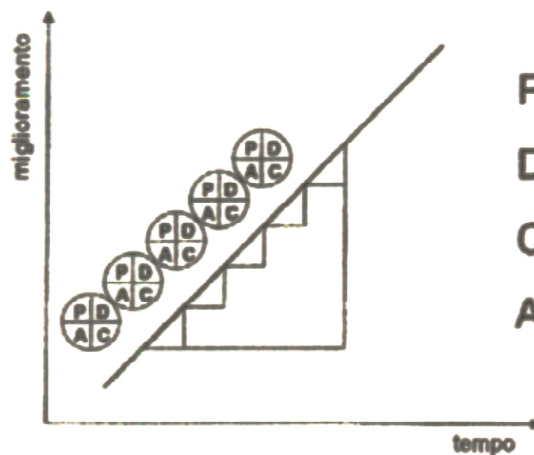
**C = CHECK**: verificare

**A = ACT** : correggere se necessario, attuare, standardizzare, consolidare



## IL CICLO PDCA

ovvero la politica dei piccoli passi



**P = Plan** (pianifica)

**D = Do** (realizza)

**C = Check** (verifica)

**A = Act** (metti in atto e mantieni)

Figura C: Ciclo PDCA

Alla luce delle riflessioni teoriche sopra evidenziate si è proceduto nell'ambito dell'analisi del Nuovo Riassetto del Servizio Sanitario Nazionale Statunitense ad identificare i processi più significativi svolti ai fini di un sistema di gestione della qualità e ad analizzarne le principali componenti.

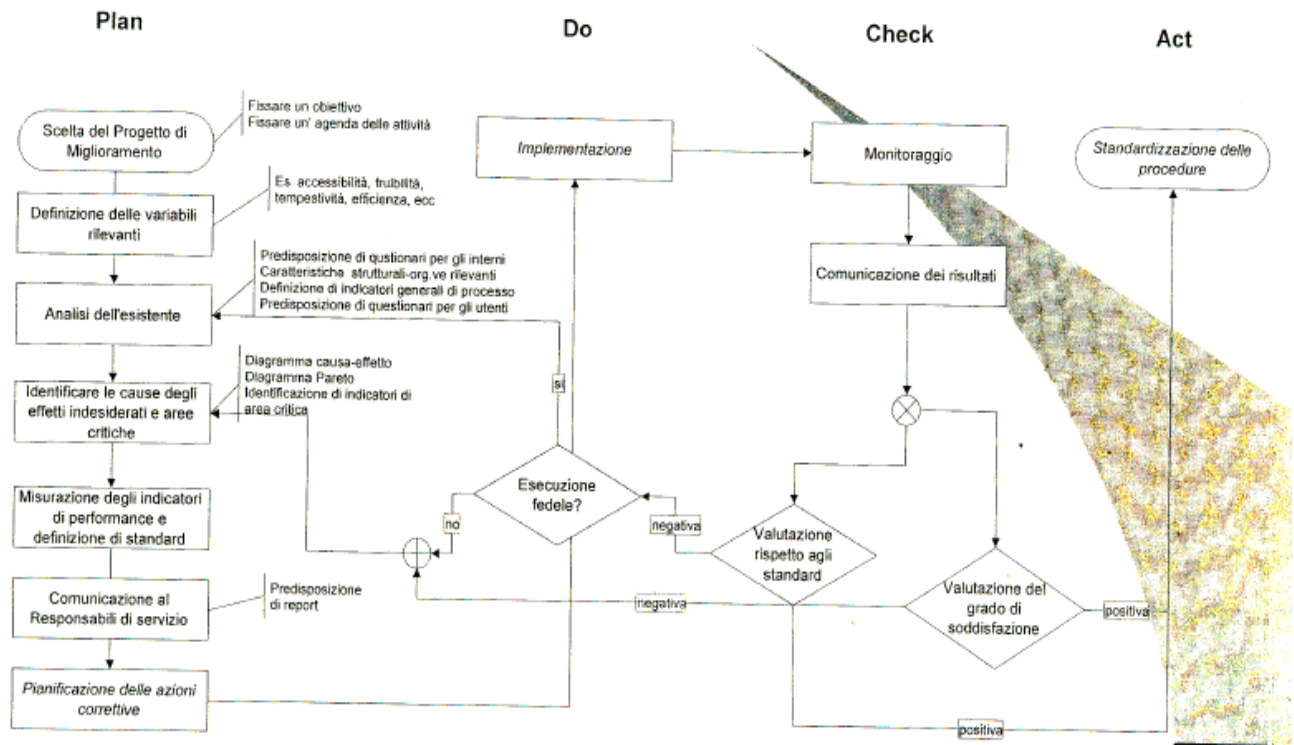
**Si sono pertanto individuati i seguenti processi:**

- Processo di definizione dei “livelli minimi di assistenza garantita” ;
- Processo di definizione dei “costi standard” per gli atti Medici e Diagnostici;
- Istituzione di un'Authority Nazionale di Controllo e di sue dipendenze in ogni Stato dell'Unione;
- Processo di gestione del personale;
- Processo di gestione dei fornitori o Produttori di Salute;
- Processo di gestione dei pagatori o del Sistema delle Coperture Assicurative;
- Processo di gestione dei produttori farmaceutici o delle Industrie Farmaceutiche;
- Progresso di incentivazione tramite la defiscalizzazione e l'accreditamento;
- Processo del controllo della qualità, legato alla permanenza dell'accreditamento;
- Processo della Comunicazione mass-mediatica della Prevenzione Sanitaria.

## **IL PDCA**

Questo metodo deve essere correttamente suggerito e descritto. Infatti il **PLAN (programmazione)** avviene tramite la descrizione del processo reale, l'individuazione delle prospettive e delle aspettative sugli inputs programmati, sull'assistenza interna da erogare e configura il sistema di misurazione/registrazione delle prestazioni (**che dovrà essere tarata nella realtà contingente [ciò che va bene in un'altra azienda non è detto che vada bene in questa realtà]**); il **DO (realizzazione)** è l'approvazione e la realizzazione del programma progettato e definito a monte nei suoi vari step, con la verifica a breve-medio termine del servizio erogato, con adeguati step di verifica e controllo; il **CHECK (controllo)** consiste nella verifica periodica in cui si raccolgono e si confrontano dati e persone. Dall'analisi possono emergere criticità al servizio erogato e/o allo stato di realizzazione del progetto, affrontabili o discutibili nel corso della riunione settimanale/quindicennale, dove si individueranno le cause e le possibili azioni di miglioramento che potranno andare a "ritarare" il plan iniziale; l'**ACT (standardizzazione)** è solo il momento finale dove mantenendo vivo il controllo di processo, possono essere standardizzati e quindi certificati i processi, senza mai tralasciare eventuali azioni di miglioramento che incideranno sulla ruota di Deming. E' necessario individuare la presenza di una figura carismatica su tutti gli operatori che dovrà rendere meno evidenti le eventuali situazioni di ingovernabilità o di non collaborazione verso il progetto. Tale figura è estremamente utile specie nella fase di CHECK.

## Il ciclo PDCA



### c) La normativa UNI EN ISO 9000

Poiché la prospettiva che guida il *Nuovo Piano Sanitario Nazionale* riguarda anche la certificazione del Sistema di Gestione della Qualità, con l'esplicito obiettivo di eliminare la mal-practice e di ridurre il più possibile gli errori medici, una particolare attenzione è stata dedicata all'esame delle norme UNI EN ISO 9000.

La nuova serie delle UNI EN ISO 9000 si fonda su 4 norme principali (di base) supportate da un certo numero di documenti normativi di appoggio, e precisamente:

- ISO 9000:2000 "Sistemi di Gestione per la Qualità - Fondamenti e Terminologia";
- ISO 9001:2000 "Sistemi di Gestione per la Qualità - Requisiti";
- ISO 9004:2000 "Sistemi di Gestione per la Qualità – Linee Guida per il Miglioramento delle Prestazioni";
- ISO 19011:2002 "Linee Guida per la valutazione dei Sistemi di Gestione per la Qualità e dei Sistemi di Gestione ambientale".

Le prime tre Norme (ISO 9000, 9001 e 9004) sono state ufficialmente promulgate, dall'ISO, in data 15 dicembre 2000.

Il quarto documento, attualmente in forma di DIS (Draft of International Standard) dell'aprile 2001 è stato pubblicato nel 2002.

Le nuove Norme comprendono tutti gli elementi essenziali dell'attuale corpo normativo, sviluppandoli ed adeguandoli all'evoluzione della cultura e della prassi in materia di qualità.

Eventuali ulteriori esigenze, anche di carattere settoriale, verranno coperte tramite specifici documenti di appoggio.

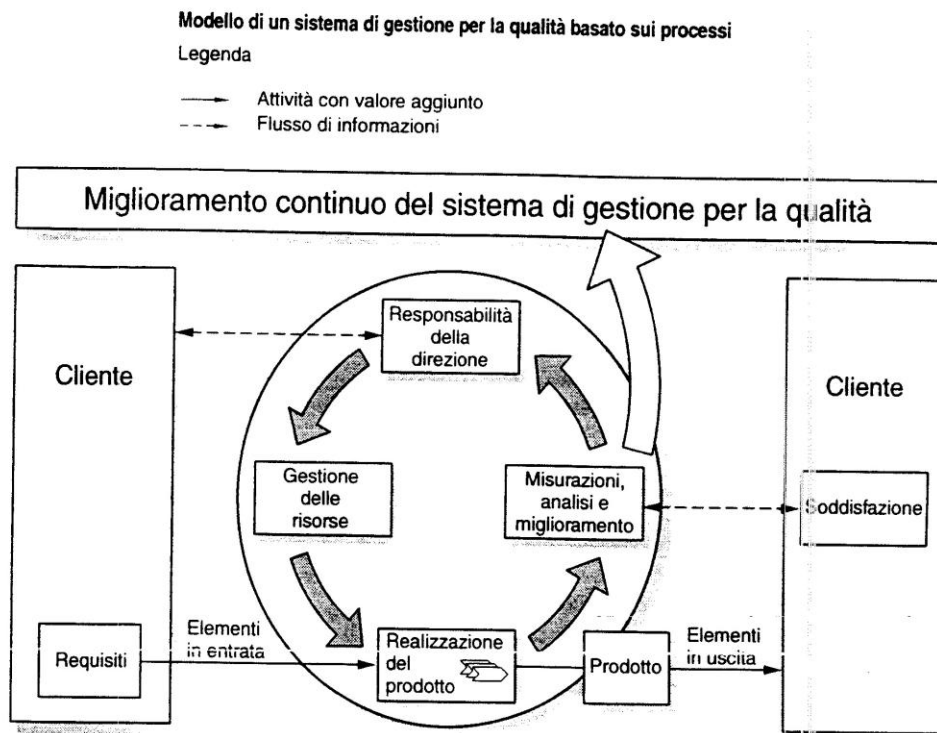
**La nuova norma ISO 9000:2000** rappresenta la revisione ed integrazione delle precedenti ISO 8402:1994 e ISO 9000-1:1994. Essa contiene i concetti e principi fondamentali attinenti ai sistemi di gestione per la qualità, l'elenco dei termini e definizioni correlati e le rappresentazioni grafiche delle relazioni tra concetti (diagrammi concettuali).

La norma ISO specifica i requisiti che un sistema di gestione per la qualità deve possedere per costituire dimostrazione della capacità di un'Azienda di fornire prodotti conformi ai requisiti dei clienti ed alle prescrizioni regolamentari applicabili ed è altresì finalizzata ad accrescere la soddisfazione del cliente.

Essa costituisce il riferimento per la valutazione e certificazione di conformità dei sistemi di gestione per la qualità aziendali, conservando, pertanto, carattere "contrattuale".

Le ISO 9000 si basano su di una "struttura per processi" il che costituisce una modifica significativa rispetto alla precedente struttura per "punti o elementi" e rappresenta un importante elemento di novità delle nuove Norme che ben riflette la filosofia alla base delle stesse (Figura D).

Tale modifica concettuale, che non comporta necessariamente cambiamenti radicali nell'impostazione operativa del sistema di gestione per la qualità ma implica un salto culturale, è stata introdotta, coerentemente con l'impostazione strategica della revisione, per promuovere l'adozione di un approccio per processi alla gestione per la qualità, per ottenere una migliore generalità e flessibilità, per assicurare la consistenza con il classico ciclo della qualità, ciclo plan/do/check/act, e per ottenere la compatibilità con altre Norme sui sistemi di gestione aziendale (es. norma ISO 14001 sui sistemi di gestione ambientale).

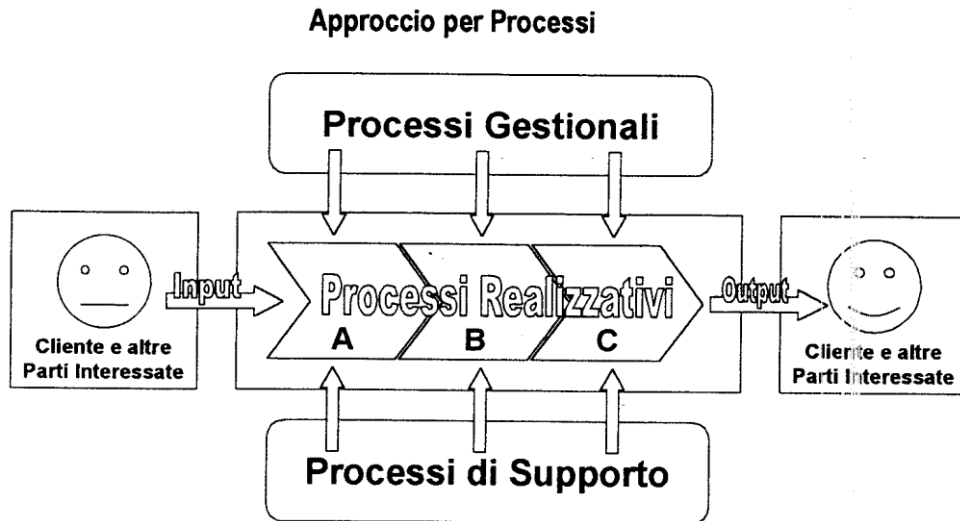


**Figura D: Modello UNI EN ISO 9000/2000**

In ogni caso, i punti o elementi tipici della precedente struttura risultano chiaramente identificabili nell'ambito della nuova struttura per processi, come evidenziato nell'apposita Appendice alla norma ISO 9001.

Concludendo, si può affermare che le nuove norme della serie ISO 9000-2000 formano, nel loro complesso, un corpo normativo coerente che, a detta dello stesso normatore, "dovrebbe facilitare i rapporti economici a livello nazionale ed internazionale e favorire lo sviluppo della prosperità della società civile".

In particolare, la corretta interpretazione ed efficace applicazione della norma ISO 9001:2000, supportata dalla conoscenza delle norme ISO 9000:2000 ed ISO 9004:2000 e verificata tramite le modalità e competenze di valutazione stabilite dalla norma ISO 19011, consentiranno di ottenere un miglioramento delle prestazioni delle Organizzazioni produttrici di beni e servizi (in termini non solo economici ma anche sociali) ed un rafforzamento dell'efficacia delle corrispondenti certificazioni di conformità.



**Figura E: Schema di una gestione per processi**

Mi permetto di riassumere brevemente alcuni concetti fondamentali della normativa ISO 9000.

L'approccio ISO 9000 definisce il processo come l'insieme di risorse ed attività tra loro interconnesse che trasformano gli elementi in ingresso in elementi in uscita, aggiungendo loro valore.

Una serie di processi in correlazione che accettano entità in ingresso dai fornitori, aggiungendo valore ad esse e producono entità in uscita per i clienti determinano una catena di fornitura.

Nell'ISO 9000 un determinato risultato si ottiene più efficacemente quando le relative risorse ed attività sono gestite come un processo (**approccio basato su processi** - Figura E).

Un'attività può essere vista come un insieme interconnesso di processi.

Questa visione è definita "**Visione Sistemica**".

L'approccio sistemico si basa sullo studio delle interrelazioni: analizza le strutture dei cambiamenti e le loro cause; si contrappone all'approccio basato sugli eventi ai quali opponiamo una reazione.

Gli step della qualità sono il ciclo di Deming PDCA.

## **d) L'integrazione del Ciclo PDCA con le normative ISO/VISION 2000 comporta le seguenti quattro fasi:**

### **1. FASE - descrizione del processo**

Predisposizione di una procedura che definisca obiettivi, ambito di applicazione, attività, responsabilità all'interno del processo analizzato.

Identificazione degli strumenti da destinare al processo: moduli, istruzioni di lavoro, formazione del personale, mezzi operativi.

Lo strumento principale in un'Azienda di servizi per il controllo del processo è l'**AUDIT** con le seguenti norme di riferimento:

- per scopi contrattuali ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003
- per scopi non contrattuali ISO 9004
- verifiche ispettive ISO 10011/1, ISO 10011/2, ISO 10011/3
- terminologia e criteri ISO 8402, ISO 9000
- conferme metrologiche ISO 10012/1, ISO 10012/2, ISO 10012/3
- normative interne : Manuale della Qualità, Procedure, Istruzioni di Lavoro.

### **2 FASE - Inizio delle attività**

La normativa ISO 9000 prevede:

- Pianificazione secondo calendario definito da norme interne;
- Documenti di riferimento: norme fondamentali, norme di supporto, norme interne;
- Definizione del gruppo di verifica;
- Programmazione di dettaglio;
- Notifica all'area da controllare e accordo sull'esecuzione della verifica.

### **3 - FASE - Audit ISO 8402**

- Esame sistematico ed indipendente per determinare se le attività svolte per la qualità ed i risultati ottenuti sono in accordo con quanto pianificato e se quanto predisposto viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi.

- ISO 9001/94 par. 4.17 : Il fornitore deve predisporre e mantenere attive procedure documentate per la pianificazione e l'esecuzione di verifiche ispettive interne della qualità allo scopo di accettare se le attività attinenti alla qualità stessa ed i relativi risultati sono in accordo con quanto pianificato e per valutare l'efficacia del sistema qualità.

Le verifiche interne devono essere programmate in relazione allo stato ed all'importanza dell'attività da sottoporre a verifica ispettiva e devono essere eseguite da personale indipendente da chi ha diretta responsabilità per le attività sottoposte a verifica ispettiva. I risultati delle verifiche devono essere registrati (4.16) e portati all'attenzione di coloro che hanno responsabilità nell'area verificata. Il personale direttivo dell'area interessata deve

intraprendere tempestive azioni correttive relativamente alle carenze evidenziate (CHECK). Successive attività di verifica ispettiva devono accertare e registrare l'attuazione e l'efficacia delle azioni correttive intraprese.

#### **4 FASE - Azioni correttive e preventive - ISO 9001/94 par. 4.14**

Ogni azione intrapresa deve essere di livello appropriato all'importanza dei problemi e commisurata ai rischi relativi. Il fornitore deve attuare tutte le modifiche derivanti dalle azioni correttive registrandole nelle procedure documentate.

Le azioni correttive devono comprendere

- Efficace gestione dei reclami dei clienti e dei rapporti alle non conformità del prodotto;
- La ricerca delle cause di non conformità relative al prodotto, ai processi ed al sistema qualità, registrando i risultati delle indagini;
- La definizione delle azioni correttive ad eliminare le cause delle non conformità;
- L'esecuzione di verifiche per verificare (la norma dice proprio così) che le azioni correttive siano messe in atto e siano efficaci.
  
- Le informazioni devono essere basate su fatti documentati da dati attendibili.

#### **Le informazioni sono utili se:**

- rispondono ad una precisa domanda;
- risultano coerenti tra loro una volta analizzate;
- forniscano un quadro di insieme utile alla ricerca della risposta.

#### **I principi della VISION 2000 in sintesi:**

- Organizzazione orientata al cliente
- Leadership
- Coinvolgimento del personale
- Approccio basato sui processi
- Visione sistematica della gestione aziendale
- Miglioramento continuo
- Decisioni basate su fatti attendibili e concreti
- Rapporto di reciproca utilità con i fornitori

## **4) I CRITERI DI BASE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL NUOVO PROGETTO RIORGANIZZATIVO**

Uno dei temi di maggior rilievo per l'implementazione di un Nuovo Piano Sanitario nazionale è quello di essere strutturato a rete e rappresentato dall'implementazione di standards di servizio uniformi e stabili. Laddove, infatti, l'erogazione di un servizio viene decentrato o demandato a strutture prima divise ed ora parte di un insieme, si può riscontrare una variabilità dei livelli di performance pur a fronte di processi di erogazione omogenei e di obiettivi aziendali uniformi.

In questo momento molte Aziende Sanitarie stanno vivendo un processo in cui la riorganizzazione e la gestione assumono un ruolo chiave nella pianificazione strategica ospedaliera e/o territoriale.

Importante è ora definire, con le risorse coinvolte nel cambiamento, il *frame* delle politiche sanitarie, i nuovi ruoli e le nuove attività gestionali, organizzative ed amministrative, con un più elevato livello di integrazione e responsabilità da parte di tutti gli operatori che si sentono impegnati a promuovere, programmare ed elaborare soluzioni aziendali.

Questo richiede quindi nuovi modelli di analisi e di valutazione multidimensionali per la cui realizzazione sono indispensabili rapporti interpersonali non tanto di dipendenza quanto finalizzati a lavorare in staff ed in progetti.

### **Sono stati individuati i seguenti processi in fase di start-up del nuovo piano di HHS:**

- a) Attuare un processo di definizione di "livelli minimi di assistenza garantito";
- b) Un processo di definizione di "costi standard - DRG's" per tutti i singoli atti e di diagnostica medica;
- c) Istituzione di una Autorità di Controllo Nazionale con le sue dipendenze in ogni singolo Stato dell'Unione Statunitense;
- d) Attuare un processo di gestione e valorizzazione delle risorse umane esistenti;
- e) Individuare un il processo di gestione dei fornitori o dei produttori di salute;
- f) Ridefinire il sistema di gestione, copertura e di pagamento delle Assicurazioni;
- g) Gestire un nuovo processo di controllo sulle Case Farmaceutiche o Industrie Farmaceutiche;

- h) Scioglimento dei trusts tra i Fornitori Assicurativi, dei Produttori di Salute e delle Industrie Farmaceutiche, con l'introduzione del contrasto di interessi fra questi Operatori;
- i) Promuovere i nuovi processi gestionali attraverso l'esenzione / riduzione o la modulazione delle tasse, e con l'introduzione del concetto di accreditamento presso l'Authority Nazionale;
- j) Grande uso di farmaci generici, dove questo è possibile, con riduzione di quelli coperti da brevetto;
- k) Operare degli accordi con gli Istituti Nazionali di Stato (Authorities) e le Industrie Farmaceutiche per la riduzione dei prezzi dei farmaci protetti da brevetto;
- l) Istituzione di un Fondo Nazionale di Solidarietà Socio-Salaria riservato alle persone indigenti totalmente prive di copertura sanitaria assicurativa;
- m) Avviare un Processo di Controllo di Qualità (PDCA) relativi alla conservazione dello Status di Accredimento presso l'Authority Nazionale;
- n) Riduzione della "mal-pratiche" e degli errori medici, anche con sanzioni amministrative;
- o) Avviare un programma di comunicazione mass-mediatica di Prevenzione ed Educazione alla salute ed avviamento di una forte computerizzazione dell'intero sistema sanitario.

\*\*\*\*\*

### **a) Team Project**

Le diverse competenze dovranno essere orientate allo sviluppo della rete di servizio e a formare dei **teamwork** o gruppi di cantiere con l'obiettivo di far sì che ruoli e funzioni delle diverse professionalità si fondano nelle competenze e specializzazioni lavorative, competenze che devono reciprocamente integrarsi ed interfacciarsi in un insieme nuovo.

Gli operatori del Nuovo Servizio Sanitario Nazionale può essere visto e considerato un **professional** e quindi gestore autonomo e consapevole della sua professionalità, del suo ruolo e della sua valenza operativa.

Una professionalità intesa, non solo come somma di capacità e tecnica, ma vista come l'insieme dell'arte integrata di competenze, valori e comportamenti, razionalmente orientati ad acquisire caratteristiche nuove, come:

- conoscenza del lavoro integrato e quindi confronto con altre professionalità;
- metodi di lavoro e di programmazione nuovi;

- interiorizzazione dei nuovi valori aziendali;
- sentirsi co-responsabile e parte integrante della gestione;
- interdisciplinarietà.

Le attuali incongruenze del processo di erogazione del Servizio, si riflettono negativamente nel sistema qualitativo e sui livelli di controllo della spesa.

Occorre innanzitutto progettare gli standards di erogazione del Servizio che riguardano sia i contenuti che il processo di erogazione, e quindi di controllo.

Seguendo uno schema teorico, il compito di standardizzare ed uniformare i livelli di erogazione del Servizio può essere facilitato condividendo l'utilizzo del **benchmarking** interno. Infatti, attraverso l'applicazione di questo strumento è possibile individuare le migliori modalità applicative realizzate, (**best practice**), riprodurle e adattarle nelle diverse realtà, ovviamente prendendo in esame tutti gli aspetti del processo stesso.

Nel contempo è bene valutare:

- ✓ l'attuale, ovvero la tangibilità del Servizio dalle strutture, alle attrezzature;
- ✓ le risorse aziendali: il personale, le attività, le responsabilità, i costi complessivi incluse le risorse tangibili;
- ✓ le conoscenze e le competenze degli operatori;
- ✓ le potenzialità del Servizio sia in termini di potenziali fruitori, sia in termini di massima erogazione qualitativa;
- ✓ la territorialità e le varie esigenze che possono essere diverse da Presidio a Presidio.

Una volta definito lo standard del Servizio, occorre realizzare le condizioni organizzative affinché il processo disegnato venga uniformemente attuato dalle diverse strutture, garantendo comunque la continuità del Servizio.

Per **reingegnerizzare** il processo di erogazione del Servizio, insieme all'uso del **benchmarking**, è necessario fare un'accurata analisi delle criticità presenti, dei punti di forza e di debolezza mediante un'approfondita autovalutazione, per poi impostare delle linee di sviluppo e di miglioramento.

Diviene importante quindi:

- identificare e recepire i bisogni

- identificare e recepire le attese
- tradurre bisogni ed attese con le potenzialità e specificità del Servizio
- progettare e verificare il processo idoneo a produrre output conformi alle specifiche esigenze di target.

Identificati i bisogni e le attese, diviene necessario esaminare attentamente il Servizio fino ad ora attuato controllando in sequenza i processi, valutando i risultati e creando un opportuno sistema di misura della qualità erogata, percepita ed attesa.

A tale proposito sarebbe opportuno predisporre **indicatori interni di qualità erogata**, stabilendo un controllo di processo interno, tramite le cosiddette *carte di controllo*, che permettono di verificare statisticamente quando e di quanto un servizio/prodotto è fuori dal *range* prefissato.

## **b) Customer satisfaction**

In un'ottica di *customer satisfaction* sono proprio gli indicatori esterni di qualità percepita che confrontati con gli indicatori interni, ci evidenziano il **gap** tra qualità erogata e qualità percepita. Misurando è possibile portare correttivi al processo, garantendone il presidio in un'ottica di efficienza, efficacia ed economicità.

Sarebbe ottimale far partecipare nel programma di riorganizzazione del Servizio, tutti gli operatori mediante un **empowerment** (coinvolgimento, responsabilizzazione) della persona al progetto stesso.

Nella prima fase del piano si procede alla raccolta dei dati, all'elaborazione di soluzioni e alla programmazione degli interventi, adattando i modelli di riferimento teorici alla propria realtà e alle specificità del caso.

Introduce le seguenti linee guida sul **TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TQM)**:

- ✓ I modelli di riferimento del Total Quality Management
- ✓ Il coinvolgimento delle risorse umane nel miglioramento continuo
- ✓ L'organizzazione, la gestione ed il controllo dei processi
- ✓ La gestione imprenditoriale nella P.A.
- ✓ La strategia della customer satisfaction.

Coerentemente si ribadiscono i seguenti concetti chiave: Trasparenza - Leggerezza - Qualità nella TQM, in particolare rispetto a due fronti su cui deve rispondere la P.A.:

### **a) INTERNO**

- La nuova struttura organizzativa della P.A e la creazione di nuove posizioni funzionali diverse
- La responsabilizzazione sui risultati

- La ridefinizione della macrostruttura
- La maggiore chiarezza dei compiti e delle funzioni assegnate
- La definizione degli obiettivi di benchmarking
- Il controllo - monitoraggio dei processi
- I sistemi di pianificazione e controllo budgettario
- La P.A. passa da gestore diretto di servizi a controllore e garante di servizi
- Vengono definiti le procedure ed i processi
- Viene spinta l'informatizzazione degli Uffici: è istituito un sito Internet dedicato.

**b) ESTERNO**

- Percezione della trasparenza e della migliorata qualità
- Sviluppo della visione di Cittadini-Clienti, nell'ottica della **customer satisfaction**
- Confronto con stimoli/opportunità del mercato
- Esternalizzazione: "Dare al mercato ciò che il mercato sa fare meglio"
- Alcuni servizi essenziali non sono cedibili a terzi (Funzione Pubblica)
- Creazione di realtà produttive esterne (controllate dalla prevalenza del capitale Pubblico - Aziende Speciali)
- Ottimizzazione dei processi verso l'esterno
- Sportello Unico per le imprese
- Attivazione del sistema informativo territoriale
- Cambiamento della cultura e dell'atteggiamento mentale degli Operatori.

Principalmente si può parlare di tre punti cardine:

**1) OBIETTIVI:** devono essere quelli di soddisfare i propri clienti e di anticipare e superare le loro attese - customer satisfaction

**2) RISORSE:** le principali per un Azienda Sanitaria sono le risorse umane (spesso limitate) che devono essere abituate a considerare i seguenti aspetti:

- Essere consapevoli che l'essere umano è limitato
- Realizzare le proprie aspirazioni/profezie
- Valorizzare per ottenere qualità
- Ridurre i livelli di spreco delle attività senza valore aggiunto che anche nelle aziende private è tendenzialmente molto alto (esempio della General Eletttric che nel fatturato 1998 ha calcolato livelli di spreco attestati sul 25-30%)
- Potenziare le risorse
- Passare da una gestione per controllo ad una gestione per formazione
- Fare leva sul gruppo, sui team di lavoro, superando l'autonomia delle informazioni verso il **Project Management**

**3) VALORI:** devono essere interiorizzati dal personale facendo leva sul cuore, sulla loro adattabilità e creatività.

La gestione della cosa pubblica attuata dall'Amministrazione enfatizzando la seguente visione dell'attività politica:

- Usare meglio le risorse presenti per creare valore aggiunto
- Aumentare la trasparenza, sia interna che esterna

- Formazione di un gruppo di studio delle esperienze USA già che permettono di utilizzare la Qualità come il miglior mezzo per utilizzare le risorse a disposizione.

In particolare per i Cittadini l'Amministrazione si può porre le seguenti domande:

**“Chi è il mio cliente?”; “Di che cosa ha diritto?”; “In quanto tempo?”.**

Le principali innovazioni introducibili dall'Amministrazione sono:

- L'attuazione del Bilancio Solidale
- Nei contratti di fornitura, l'introduzione di “patti di integrità” con i fornitori sulla qualità
- La Carta dei Servizi, che deve superare l'autoreferenzialità, ma costituire un patto d'onore degli Uffici della P.A. verso la customer satisfaction
- La certificazione ISO 9000 - ISO 14000 e VISION 2000.

### **c) Il “Metodo delle 4 W”**

La stesura documentata del piano di riassetto deve descrivere con chiarezza il processo utilizzando il **“metodo delle 4 W”**:

**Chi fa** (*who*)

**Che cosa/come** (*what*)

**Quando** (*when*)

**Perché** (*why*)

Individuati i referenti delle varie professionalità coinvolte è bene stabilire dove inizia e dove finisce il processo preso in esame.

Per identificare le azioni di miglioramento occorre innanzitutto individuare le cause radici (o cause elementari) di ciascun problema, relativo a ciascuna criticità considerata.

Generalmente esse sono da imputare a **4 macro-cause**:

**Men:** operatori

**Machine:** macchine/presidi

**Method:** metodo o processo di erogazione del Servizio

**Material:** materiali

Dalla raccolta dei dati e dalle analisi, può emergere che si debbono individuare le cause elementari che determinano le problematiche attuali:

- cronica scarsa managerialità nella conduzione del Servizio;
- scarsa cultura e formazione del personale;
- scarsa conoscenza del sistema informatico;
- scarsa informazione del personale sui piani aziendali in atto;
- parziale o carente visione dei processi;
- parziale integrazione tra il Servizio e le esigenze delle singole Aziende di Salute;
- mancata integrazione tra le diverse professionalità (la non capacità di lavorare per progetti-obiettivi).

Il tipo di miglioramento previsto, i costi aggiuntivi, i tempi e le risorse da prevedere, la fattibilità dell'azione, la probabilità di successo ed i benefici finali. L'azione di miglioramento entra nella ruota di Deming, si standardizza e viene anch'essa posta sotto controllo con il ciclo *PDCA*.

Con questo atto si concretizza una fase importante del processo iniziato dal Team di Transizione Obama-Biden per l'elaborazione degli indirizzi strategici per il 2009 – 12, per il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

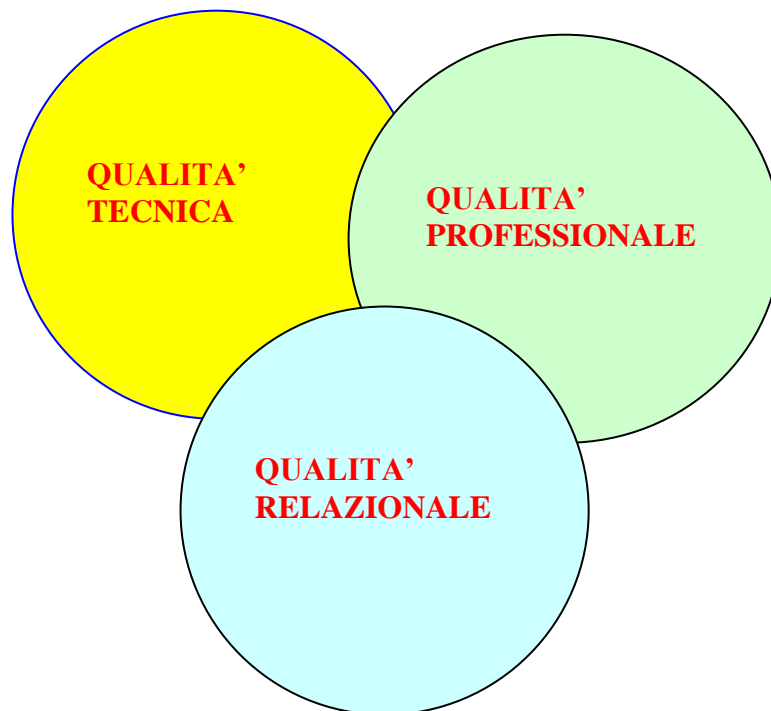
## **5) LA DEFINIZIONE DEL PROGETTO CON GLI INDICI DI BENCHMARKING**

*“ Dal grande professionista alle grandi Organizzazioni professionali formate da professionisti “*

*(Antonello Zangrandi)*

La realizzazione di una politica di miglioramento di un Nuovo Piano Sanitario Nazionale è decisione strategica Nazionale, che richiede un comportamento etico, corretto e credibile, con una professionalità che sia ispirata all’immagine generale della Nazione.

### **a) LE DIMENSIONI DELLA QUALITA’ TOTALE**



Il benchmarking quale confronto, condivisione e la diffusione delle migliori prassi di gestione.

Gli elementi della qualità totale TQM sono:

- Miglioramento continuo
- Supporto sistemico
- Rilevazione e misurazione dei processi
- Coinvolgimento totale
- Focalizzazione sul cliente

- **TEMPESTIVITA'** = è la capacità di rispondere al bisogno al momento giusto o di espletare le attività in tempi idonei
- **ACCESSIBILITA'** = è la facilità con cui è possibile accedere al servizio
- **FRUIBILITA'** = è la facilità con cui è possibile usufruire del servizio
- **APPROPRIATEZZA** = è la capacità di svolgere le attività in maniera congrua con gli obiettivi
- **PRODUTTIVITA'** = è il rapporto tra quantità impiegate e volumi prodotti
- **SODDISFAZIONE DEL CLIENTE** = è la valutazione del servizio dal punto di vista dell'utente: differenza tra qualità attesa e qualità percepita

Il benchmarking intuitivamente è un approccio sistemico e continuo per identificare gli standards di prestazione (i benchmark), confrontare se stessi con questi ed identificare le prassi (practices) che permettono di diventare il nuovo standard di riferimento (new best in class).

#### Le Caratteristiche:

- E' un approccio sistemico e continuo
- Suggerisce strategie per conseguire un miglioramento delle performance
- Contribuisce a stabilire degli obiettivi (standard di prestazione)
- Fornisce informazioni di tipo qualitativo (prassi)
- Spinge al cambiamento e orienta verso la Qualità Totale

E' proprio Robert Camp nel 1996 che definisce il benchmarking: "Come il confronto sistematico e continuo di misurazione dei processi attraverso il confronto con le aziende riconosciute come leader del proprio settore, finalizzato a determinare i business ed i processi lavorativi migliori e a stabilire obiettivi razionali di performance".

Il benchmarking in Sanità può consentire i seguenti **vantaggi**:

- ❖ Assimilare creativamente le prassi operative migliori al fine di migliorare le performance
- ❖ Dare stimolo e motivazione al personale riducendo la resistenza al cambiamento
- ❖ Determinare traguardi oggettivi in quanto basati su una visione comparata delle condizioni esterne
- ❖ Cercare preventivamente delle modifiche e di ridurre i costi della sperimentazione di nuove procedure
- ❖ Migliorare la conoscenza dei propri processi
- ❖ Analizzare processi trasversali all'organizzazione
- ❖ Migliorare la comunicazione interna
- ❖ Indurre a un cambiamento del sistema informativo
- ❖ Creare un clima collaborativi

I **vincoli** possono essere così identificati:

- ❖ Esistenza e facilità di accesso ai dati per lo sviluppo di sistemiche misurazioni di performance
- ❖ Applicabilità di prassi innovative in funzione del grado di variabilità delle prassi esistenti
- ❖ Effettivo coinvolgimento degli operatori nelle nuove prassi.

## **b) Considerazioni Finali**

I think it proper to address a new reform of the U.S. National Health Service, it is necessary to consider and evaluate specific situations in various countries: immigration, warmer climates or cold, any risk of natural disasters, statistics exist on more widespread diseases, etc. .

It's needs to be made more accessible and strengthen preventive medicine and medicine basic forms of preventable disease before its clinical event. At the same time, is the basic medicine can perform a screening of access to hospitals and avoid the improper use of a specialized care when it is not necessary.

The implementation of these only two solutions would be a more appropriate use of medical resources, technological and economic used, with considerable savings on the budget allocated in this area.

It's important to understand the stance of the Government if it wants to improve a National Health System (NHS) similar to that existing in UK and Italy, or a system based on mutual (AOK) forms as in Germany, or even on hybrid forms as in France, which is developing the past debate.

In my opinion U.S.A. must develop a his own National Health System with the enhancement of what already exists.

At the same time you must consider the role of systems based on insurance arrangements as Medicare and Medicaid. What should be their role and how they can make them more accessible to the population coverage also strips economical most disadvantaged. Another important thing is whether the new system will be managed by the Central Government, or by individual state governments or even shared in the form: who will put the resources, how and in what shares.

In this area are years that the Europeans are implementing and experimenting with different ways to make more effective their methods of giving health to the public.

In recent years the European health spending is constantly growing, because now Europe's citizens feel their right to health as a constitutional right, one thing for civilization and progress that the new Interstate Organizations such as the European Union consider now a absolute priority.

In this sense, it would be a shame not to disperse or take into account the experience gained in several European countries in the health sector, because the difficulties or the virtues found over the years may suggest the new systems and methodologies for the United States of America.

However, it is considered that no one has the right method in an absolute sense, there is no perfect system, but a serious political debate on the basic guidelines that are to implement, considering the cost of transformation and transition, resources for the maintenance of the system, the primary objectives that the new system is to reach and the fallout in terms of health benefits and the welfare for American population.

I am a researcher in this area and perhaps as exposed in these lines may seem scattered, obviously it is easier to explain a series of individual cases, but in terms of research and effective implementation of a health care system, what are only some of the most important aspects to consider while keeping a level of possibility and feasibility of possible, then when you switch to the implementation of the variables are really many more (stakeholders, pharmaceutical, medical associations, etc.).

There would be much more to say about the role of medicine specialist and the big generalists Hospitals who should implement forms of internal work by processes such as (PDT) Diagnostic and Therapeutic routes, access through triage and Check-Up to the emergency room (which presupposes good screening by base medicine), looking not only to DRG'S (Diagnosis Relatives Groups) not only as possible form of repayment.

Thank you for your attention and to all those who want to respond to scientific and research in this strategic sector, which now describes the strength and the civilization achieved by Western Democracies. According to WHO guidelines.

Best Regards

Dr. Giuseppe Galiotto  
Health Care Researcher

### ***RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI***

- Regio Decreto 23 maggio 1924, n° 827: Regolamento per l'amministrazione del patrimonio e per la contabilità generale dello Stato;
- Decreto Legislativo 24 luglio 1992, n° 358; Testo Unico delle disposizioni in materia di appalti pubblici di forniture, in attuazione delle Direttive 77/62/CEE, 80/295/CEE e 88/295/CEE;
- Decreto Legislativo 20 ottobre 1998, n° 402; G.U. 24 novembre 1998, n° 275;
- D.P.R. 18 aprile 1994, n° 573; Regolamento recante norme per la semplificazione dei procedimenti di aggiudicazione di pubbliche forniture di valore inferiore alla soglia di rilievo Comunitario;
- Legge Regione Veneto del 20 marzo 1980, n° 18 (circolare n° 68 del 22.10.1984 della Giunta Regionale del Veneto); Regolamento per l'acquisto in economia di lavori, provviste e forniture di cui all'art. 69;
- Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n° 157; Attuazione della Direttiva 92/50/CEE in materia di appalti pubblici di servizi;
- Direttiva CEE, 92/50/CEE, art. 36 sugli appalti dei lavori pubblici;
- Direttiva CEE, 93/36/CEE, art. 16 sugli appalti pubblici di forniture di beni;
- Decreto Legislativo n° 229/99; Decreti Legislativi n° 502/92 e n° 517/93;
- Legge 16 novembre 2001, n° 405; Prevede che ogni Regione sia chiamata a garantire il rispetto del Patto di Stabilità interno e ad adottare iniziative e disposizioni per ridurre la spesa di beni e servizi;
- Circolare Regione Veneto n° 21201/20511/5002 del 08 novembre 2001; e Circolare R.V. Prot. n° 7003/500211 del 07 gennaio 2002;
- AA.VV. (1997), Rapporto Certificazione. Il Sole 24-Ore;
- AIOP - Laboratorio di Scienze della Cittadinanza, Tribunale per i Diritti del Malato (1996), Indagine sullo stato dei diritti dei cittadini e sulla Qualità dei servizi nella ospedalità privata;
- AIOP - (1995), La Qualità del Servizio nelle case di cura, Trademark Italia;
- AIOP (1996), Manuale dell'emergenza delle case di cura private italiane, GMPRgroup;
- AIOP (1997), Manuale di comunicazione integrata ed organizzativa in sanità, GMPRgroup;
- Ashby W.R., Design for a Brain, New York, Wiley, 1952;
- Brugger G., Trattato di Economia delle Aziende Industriali e Commerciali, EGEA, 1998;
- Churchmen C. W., The Design of Inquiring Systems, New York, Basic Books, 1971, pp. 42-78;
- Grippando G. (2001), In pista le economie targate Consip, Il Sole 24-Ore sanità, 12 novembre 2001;
- ISO 9000 News (1996), vol. 5, n. 1, January/February;
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Accreditation Manual for Hospitals, vol. 1, Standards, vol. 2 Scoring Guidelines;

- Marschak J., Information Economics Reconsidered, Working Paper No. 149, Western Management Science Institute, University of California, Los Angeles, June 1969;
- Marschak J., Economics of Inquiring, Communicating, Deciding, American Economy Review, Proceedings, May 1968, pp. 1-18;
- Mason R.O. e Swatnson E.B.: Problemi di gestione, anno XI, n° 10 Formez, pp. 2-27 (Measurement for Management Decision: A Perspective) - Spring 1979 University of California U.S.A.;
- Mattana G. (1992), Qualità, affidabilità, certificazione, Franco Angeli;
- Montefusco R. (1995), Certificare il Sistema qualità, ISEDI;
- Peach R. (1994), The ISO 9000 Handbook, CEEM Information System;
- Sonetti Paolo, (1994) *La condizione giuridica del cittadino extracomunitario*, Maggioli Editore, Rimini;
- UNI EN ISO 8402 (1995), Gestione per la qualità ed assicurazione della qualità. Termini e definizioni;
- UNI EN ISO 9000/1 (1994), Norme di gestione per la qualità e di assicurazione della qualità. Guida per la scelta e l'utilizzazione;
- UNI EN ISO 9001 (1994), Modello per l'assicurazione della qualità nella progettazione, sviluppo, fabbricazione, installazione ed assistenza;
- UNI EN ISO 9004/1 (1994), Gestione per la qualità ed elementi del Sistema qualità. Guida generale;
- UNI EN ISO 9004/2 (1995), Elementi di gestione per la qualità e del Sistema qualità. Guida per i servizi;
- Uzumeri M.V. (1997), ISO 9000 and other metastandards: Principles for Management Practice?, Academy of Management Executive, vol. 11, n. 1;
- Vagnoni E. (1996), La misurazione della qualità nelle Aziende Sanitarie, Economia & Management, 4;
- Valdani E. (1997), Dalla concorrenza all'ipercompetizione, dall'evoluzione alla coevoluzione, Economia & Management, marzo n° 3;
- Valdani E. (1995), Marketing strategico. Un'impresa proattiva per sviluppare capacità di market driving e valore. Etas Libri, Milano.
- Venturi P. (1997), Guida alla preparazione del Manuale della qualità. Il Sole 24-Ore libri;
- Verona G. (1999), Il Marketing alle soglie del Nuovo Millennio, Economia e Management, novembre n° 6;
  
- AA.VV. - Schemi, video, proiezioni in PPT, Insegnamenti in aula di Professori e Docenti della Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Commerciale "Luigi Bocconi", 1998-2002, Milano;

## English References

- Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, “Employer Health Benefits 2008” (Menlo Park, CA), Kaiser Family Foundation (2008), available at <http://ehbs.kff.org/pdf/7790.pdf>;
- C.T. Robertson, R. Egelhof, and M. Hoke, “Get Sick, Get Out: The Medical Causes of Home Foreclosures,” *Health Matrix*, 18 (2008): 65-105, available at [http://works.bepress.com/christopher\\_robertson/2](http://works.bepress.com/christopher_robertson/2);
- Len M. Nichols and Sarah Axeen, “Employer Health Costs in a Global Economy: A Competitive Disadvantage for U.S. Firms,” New American Foundation (May 2008);
- Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, *To Err is Human*, Washington, DC: National Academy Press (2000);
- Elizabeth A. McGlynn *et al.* “The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States,” *NEJM* 348 (26): 2635-2645 (June 26, 2003);
- McKinsey & Company, “Accounting for the Cost of Health Care in the United States” (January 2007);
- Stan Dorn *et al.*, “Medicaid, SCHIP, and Economic Downturn: Policy Challenges and Policy Responses,” Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (April 2008), <http://www.kff.org/medicaid/upload/7770.pdf> ;
- Institute of Medicine, “Care Without Coverage: Too Little, Too Late - Report Brief,” Washington, DC: National Academy Press (2002), available at <http://books.nap.edu/books/0309083435/html/73.html#pagetop> ;
- P.J. Cunningham, L.E. Felland, “Falling Behind: Americans’ Access to Medical Care Deteriorates, 2003-07,” Center for Studying Health System Change, Tracking Report No. 19 (June 2008);
- Gerard Anderson, Robert Herbert, Timothy Zeffiro, and Nikia Johnson, “Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care,” Partnership for Solutions, Johns Hopkins and Robert Wood Johnson Foundation (2004);
- Center for Disease Control and Prevention, “Chronic Disease Overview,” <http://www.cdc.gov/nccdphp/overview.htm> ;
- Center for Disease Control and Prevention, “Preventing Chronic Diseases: Investing Wisely in Health,” <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/Prevention/pdf/diabetes.pdf>;
- Jeanne M. Lambrew, “A Wellness Trust to Prioritize Disease Prevention,” The Hamilton Project, Brookings Institution (2007), available at <http://www3.brookings.edu/views/papers/200704lambrew.pdf>.
- Agency for Health Care Research and Quality, “Screening for Breast Cancer: US Preventive Services Task Force” (February 2002), available at <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsbrca.htm>; American Academy of Family Physicians, “Periodic Health Examinations: Summary of AAFP Policy Recommendations & Age Charts,” available at [www.aafp.org/exam.xml](http://www.aafp.org/exam.xml); Feig, SA, D’Orsi, CJ, Hendrick, RE, *et al.*, “American College of Radiology Guidelines for Breast Cancer Screening,” *American Journal Roentgenology*, 171:29, 1998; Amir Qaseem *et al.*, “Screening Mammography” for Women 40 to 49 Years of Age: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians,” *Annals of Internal Medicine* (April 2007) Volume 146, Issue 7, Pages 511-515, available at <http://www.annals.org/cgi/content/full/146/7/511> ;

- National Center for Health Statistics, “National Health Interview Survey in Health, United States, 2007 with Chartbook on Trends in the Health of Americans,” Table 87, available at <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus07.pdf> ;
- Centers for Disease Control and Prevention, “2008-09 Influenza Prevention and Control Recommendations,” available at [http://www.cdc.gov/flu/professionals/acip/flu\\_vax\\_adults0809.htm#box2](http://www.cdc.gov/flu/professionals/acip/flu_vax_adults0809.htm#box2) ;
- 17 National Center for Health Statistics, “National Health Interview Survey in Health, United States, 2007 with Chartbook on Trends in the Health of Americans,” Table 85, available at <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus07.pdf> ;
- Agency for Health Care Research and Quality, U.S. Preventive Services Task Force, “Guide to Clinical Preventive Services,” (2008), available at [www.ahrq.gov/clinic/prevnew.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/prevnew.htm) ;
- National Center for Chronic Disease Prevention & Health Promotion, “Behavioral Risk Factor Surveillance System: Cholesterol Awareness 2007,” (2007), available at <http://apps.nccd.cdc.gov/brfss/list.asp?cat=CA&yr=2007&qkey=1487&state=All>.

## European Quality Link (EQUAL)

### EUROPEAN MBA GUIDELINES

#### Preamble

**The European Quality Link (EQUAL), the European association of national accrediting bodies, has as its main objective the continued improvement of quality in business schools. As part of this activity, EQUAL aims to agree common standards for programmes, where appropriate, and to establish benchmarks.**

**The Master of Business Administration (MBA) is the first widely accepted international degree, but there are variable interpretations of the nature of this degree. The members of EQUAL have therefore agreed unanimously on a European MBA framework. The following guidelines are intended to assist business schools, inform participants and employers, and also contribute to the European Quality Improvement System (EQUIS) process. They reflect a common interest in creating transparency in the market and encouraging the convergence of such degrees. In addition, these guidelines may be used to influence governmental regulatory initiatives.**

#### Guidelines

1. The MBA is a postgraduate degree at the Master's level and must correspond to minimum intellectual and academic standards for such degrees. Admission to an MBA programme will normally require a first degree or equivalent. This requirement can only be lowered exceptionally in the case of candidates with substantial and proven professional experience.
2. The MBA is a postexperience degree seen as a career accelerator or a means to make a career shift after a minimum of 2 or 3 years' professional experience. Programmes designed to help young graduates prepare for their entry into professional life should normally carry an alternative title.
3. The MBA is a generalist degree in business administration. In line with the previous guideline it is a broadening programme. As a result a specialized Master's degree should not be called an MBA.
4. It is important that the MBA be clearly identified with a certain type of content. The MBA curriculum provides broad coverage of the main functional areas in management, namely accounting, finance, marketing and sales, operations management, information systems management, law, human resource management. It is also expected to provide basic instruction in economics and quantitative analysis. The Curriculum will normally be highly integrative and will include courses in business policy and strategy. Beyond the mere acquisition of knowledge

and technical skills the curriculum is expected to put theory into practice by focusing on the personal development of participants through such competencies as decision-making, team work, leadership skills, entrepreneurial potential, negotiation skills, communication and presentation skills. The later part of the programme should make provision for electives and may include the possibility for participants to choose a major area of study.

5. The MBA has a minimum length of one academic year of full-time study or the equivalent when the programme is offered on a part-time basis.
6. The MBA will require a minimum of 400 hours of classroom study or structured contact. In all the programme should require a minimum of 1200 hours of personal work.
7. An MBA programme should be intellectually demanding and require a substantial personal investment in terms of commitment and effort
8. Admission to an MBA programme should be through a rigorous process of selection to ensure that only qualified participants are given access to the degree.
9. Participants in an MBA programme should be rigorously assessed through a regime of examinations and graded work in order to ensure that learning objectives are being met up to Master's degree standards.

## **Implementation**

**It should be stressed that these are merely guidelines and have no formal basis in law. However, the supporting national associations' aim is that they become widely used across Europe over time as a minimum standard. It is anticipated that schools and countries which do not yet meet these guidelines will evolve towards them, or superior, thus resulting in a common European understanding of the MBA.**

**To date these guidelines have been accepted by:**

**ABS (Association of Business Schools), UK; AEEDE (Asociación Española de Representantes de Escuelas de Dirección de Empresa), E; ASFOR (Associazione per la Formazione alla Direzione Aziendale), I; CEEMAN (Central and Eastern European Management Development Association); efmd (European Foundation for Management Development); FIBAA (Foundation for International Business Administration Accreditation) D; FORUM (Association for Management Education) PL; RABE (Russian Association for Business Education), RUSS; VSNU (Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten), NL**

Ringrazio sinceramente mia sorella Dott.ssa Luisanna per la cortese e fattiva collaborazione prestata nella ricerca e nella stesura del presente lavoro.

Bussolengo (Verona), December 27, 2008

Yours Greetings.

Thank You very much.