

7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Guida alla lettura

I tre temi che abbiamo voluto portare all'attenzione del lettore in virtù della loro particolare rilevanza istituzionale per la nostra Azienda sono:

- **la gestione del rischio e del contenzioso nell'Azienda USL di Modena**, che ha visto la nostra Azienda come capofila in un progetto, poi esteso a livello regionale, teso alla gestione globale del rischio e degli eventi indesiderati con un approccio organico sia dal punto di vista professionale che economico;
- **la valutazione e l'accreditamento volontario nei centri per disabili della provincia di Modena**, che ha approcciato la residenzialità e la semiresidenzialità per i disabili non solo dal punto di vista quantitativo ma soprattutto dal punto di vista qualitativo con un coinvolgimento diretto dei cittadini;
- **il Centro Antidoping**, del quale abbiamo inteso raccontare l'esperienza modenese, come centro di riferimento regionale, per le problematiche legate alle attività sportive ed in particolare al fenomeno del doping.

Gli argomenti citati, in alcuni casi, assumono anche una rilevanza regionale.

7.1 La gestione del rischio e del contenzioso nell'Azienda USL di Modena

Il problema relativo al verificarsi di eventi indesiderati connessi alla produzione ed all'erogazione di prestazioni e di servizi sanitari ha ormai assunto delle dimensioni importanti e determina delle conseguenze multiple:

- sfiducia dei cittadini verso le istituzioni sanitarie, accentuata talvolta da rappresentazioni mediatiche eccessive e carenti del rigore informativo richiesto,
- disagio e demotivazione degli operatori più attenti,
- richieste crescenti di risarcimenti,
- costi crescenti in modo esponenziale per l'acquisizione delle tutele assicurative e fuga degli assicuratori dal segmento del mercato.

Per contrastare gli effetti negativi generati da questo stato di fatto, l'Azienda USL di Modena ha orientato l'azione dei propri professionisti alla prevenzione dei fenomeni negativi/indesiderati con un approccio organico alla gestione globale del rischio, privilegiando l'informazione, la comunicazione, la formazione e l'interazione positiva "cittadino-struttura" o "paziente-operatore", mettendo in rete tutti gli attori di un processo unico e di complessità straordinaria che pone il cittadino al centro del sistema dei servizi. In particolare, è nostra convinzione che una carenza di empatia nella relazione con l'utente dei servizi sia all'origine di molti problemi che accentuano le diffidenze reciproche e inducono sentimenti di rivalsa.

A partire da tali premesse, l'Azienda USL di Modena ha organizzato in proprio¹ o con la collaborazione della Regione Emilia-Romagna, segnatamente dell'Agenzia Sanitaria Regionale², diversi eventi significativi di riflessione sull'argomento, come opportunità di incontro e dialogo fra le molteplici Istituzioni coinvolte a vario titolo nel necessario processo di umanizzazione della Medicina e di evoluzione dell'assistenza sanitaria in modo realmente moderno ed adeguato alle vere esigenze del cittadino e della persona ammalata.

Analizzando perciò a fondo le cause del fenomeno, l'Azienda ha scelto di implementare un sistema di gestione del rischio complessivamente inteso, in particolare di quello clinico (anche se in maniera fortemente integrata con tutte le altre componenti),

che sia in grado di rilevare il più meticolosamente possibile gli errori umani e di sistema, imparando da essi ed evitando il ripetersi di quelli prevenibili con l'applicazione degli opportuni correttivi, così da aumentare la sicurezza del paziente.

Si è puntato ad una cura meticolosa del *consenso informato*, inteso come processo dinamico, assai più complesso del "sì o no" in calce ad un modulo, esito di una relazione fra il sanitario e il cittadino. Obiettivo dichiarato è la reale presa in carico del paziente, che lo conduca verso una maggiore consapevolezza e gestione partecipata dei trattamenti sanitari ad esso rivolti.

L'Azienda sta procedendo inoltre all'informatizzazione delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria ambulatoriale, allo scopo di ridurre gli errori e di migliorarne la completezza e la chiarezza di compilazione da parte dei professionisti: anche la documentazione sanitaria è uno straordinario mezzo di comunicazione, sia verso il cittadino, sia nei confronti dei professionisti che si avvicinano nelle cure.

Il terzo punto di forza è stato l'implementazione di linee guida, procedure e protocolli a supporto della gestione del complesso svolgersi delle vicende assistenziali e per aiutare i professionisti nella delicata fase decisionale; il tutto mantenendo ferma la necessaria personalizzazione del rapporto con il paziente e della cura. Le linee così elaborate rappresentano quindi un utile strumento per superare prassi arbitrarie e desuete, garantire omogeneità di trattamento, assicurare governabilità al sistema sanitario ed evitare accertamenti inutili e trattamenti inappropriati.

Quanto sopra descritto è stato sviluppato in un contesto che ha permesso di diffondere la cultura dell'imparare dagli errori. Il frutto di tali sforzi, dopo anni di lavoro sia sul versante della proattività, che su quello della gestione del contenzioso, ha portato alla stipula di un contratto con una Compagnia Assicuratrice nazionale, con la quale dalla fine del 2004 come da capitolato, ma già a partire dall'anno 2003, si è arrivati alla "cogestione" del contenzioso.

Si è inoltre scelto di sperimentare l'applicazione delle tecniche di mediazione dei conflitti all'ambito sanitario³, in modo strutturato, nella considerazio-

ne che il risarcimento economico del danno non sia più sufficiente alla chiusura del contenzioso con il cittadino. Prassi oggi molto diffusa è infatti la richiesta da parte del cittadino di una sorta di “risarcimento virtuale”, come equo ristoro della “ingiustizia subita”.

Infatti, né il danneggiato né l'operatore sanitario hanno modo, all'interno degli schemi, delle logiche e delle regole del procedimento giudiziario, sia esso penale o civile, di esplicitare le proprie ragioni o di chiarire le proprie istanze, finendo per restare ambedue assolutamente insoddisfatti dell'esito, sia nel caso in cui al cittadino venga riconosciuto il diritto ad un ingente risarcimento del danno in denaro sia, nell'ipotesi contraria, che questo non accada.

Particolare attenzione è stata focalizzata al ripristino di una normale relazione di fiducia fra il cittadino, le strutture sanitarie ed i professionisti della salute dell'Azienda USL di Modena, perché spesso l'esperienza umana è quella che i cittadini sperimentano prevalentemente nel sistema sanitario (non potendo ovviamente porsi in un rapporto paritario dal punto di vista tecnico) ed è quella che perciò più facilmente ricordano.

In base a tale convincimento, supportato dai dati raccolti ad un'attenta disamina dei reclami classificati tramite un sistema di “triage”, secondo il codice colore rispetto alla gravità, ed un ascolto diffuso dei codici gialli e rossi (cioè dei reclami più rilevanti) che confermano come la maggioranza delle segnalazioni e delle richieste di risarcimento danni, nonché degli esposti-denuncia e delle querele in sede penale, traggono in realtà origine da un difetto di comunicazione fra professionisti e pazienti, da una scadente relazione interpersonale, tanto da sfociare sul versante tecnico-professionale, come sfogo ad un insormontabile ostacolo comunicativo-relazionale che ha portato ad una sofferenza delle persone in un momento di vulnerabilità, l'Azienda USL di Modena si è orientata a:

- promuovere una cogestione amministrativa, medico-legale ed assicurativa del contenzioso,
- creare un osservatorio aziendale dei sinistri,
- raccogliere reports tempestivi sull'accaduto,
- analizzare approfonditamente le cause degli accadimenti,
- formulare una valutazione medico-legale con garanzia di onestà verso i cittadini per una composizione equa e tempestiva della vertenza,
- promuovere iniziative di prevenzione dei conflitti con la modifica dei percorsi assistenziali e la formazione del personale,
- diffondere la cultura della sicurezza.

In questo viaggio vanno coinvolti sia i cittadini che i professionisti della salute, i quali vivono assai negativamente ogni richiesta di risarcimento avan-

zata in esito ad una prestazione da loro fornita, per non parlare di un eventuale loro coinvolgimento in ambito penale.

L'assenza di somme in franchigia, che sarebbero da imputare ai professionisti, ne consente una loro piena collaborazione ai fini della gestione del rischio, di quello clinico in particolare, indispensabile per la conoscenza del fenomeno, permettendo inoltre il coinvolgimento dei professionisti anche sotto forma di attività consulenziale, posto che la responsabilità professionale sanitaria, vera o presunta, deve essere necessariamente tagliata in forma interdisciplinare e spesso anche multiprofessionale, clinica e medico-legale.

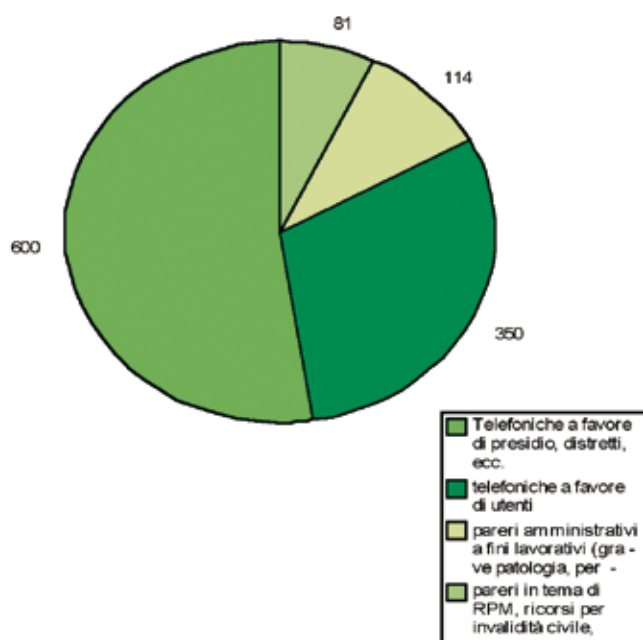
La consuetudine al lavoro di squadra ha condotto ad una conoscenza reciproca e ad un arricchimento culturale, che facilitano l'interazione interprofessionale ogniquale volta sia necessario ai fini del miglioramento delle cure.

Consulenze

L'attività di consulenza su questioni di carattere medico-legale viene svolta sia in favore di strutture aziendali (le Direzioni Sanitarie degli Stabilimenti Ospedalieri, le Direzioni dei vari Dipartimenti e dei Distretti), che verso gli utenti esterni. Complessivamente nell'anno 2006 sono state svolte circa 1.145 consulenze.

Grafico 1

Consulenze anno 2006

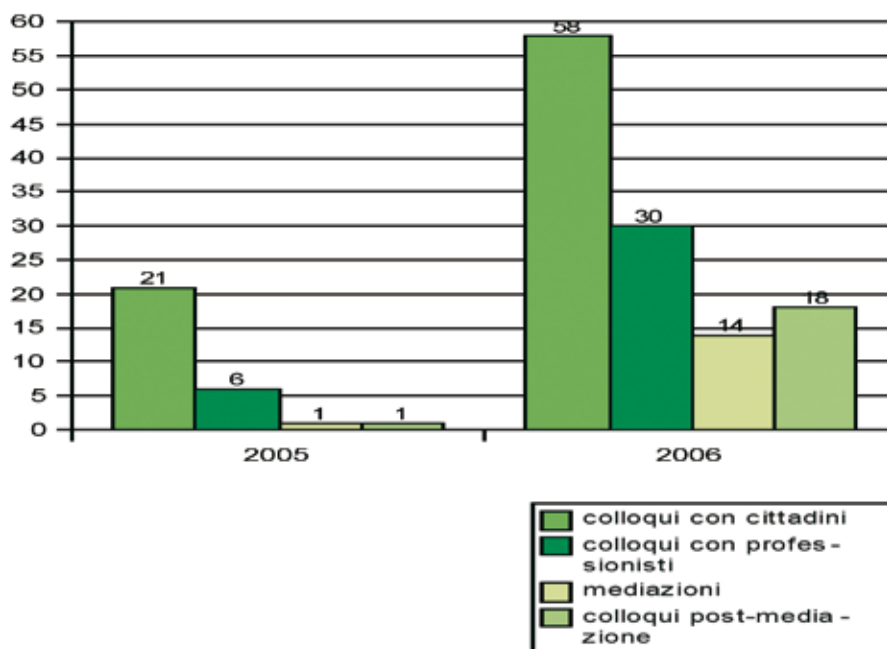


Attività di mediazione dei conflitti in sanità

Nell'ambito di una più ampia attività aziendale volta a ridurre il contenzioso giudiziale ed extragiudiziale da parte di cittadini decisi a richiedere risarcimenti in caso di eventi avversi, è stato istituito nell'anno 2005 un servizio di ascolto e mediazione dei conflitti volto a ridurre la conflittualità e la reciproca diffidenza nei rapporti con i cittadini, allo scopo di ripristinare il rapporto di fiducia.

Grafico 2

Mediazioni anni 2005- 2006



¹ Si fa in particolare riferimento al convegno: "Il rapporto fra Servizio Sanitario e Cittadini: gestire il rischio clinico per prevenire i conflitti", tenutosi a Modena, presso l'Accademia Militare il 27 novembre 2003.

² Ci si riferisce al convegno: "Rischio e sicurezza in Sanità", tenutosi a Bologna il 29 novembre 2004, presso l'Aula Magna "S. Lucia" dell'Alma Mater ed al corso di formazione regionale su: "La Gestione extragiudiziale del contenzioso. La mediazione dei conflitti per la prevenzione/riduzione del contenzioso", tenutosi presso la Regione Emilia-Romagna dall'aprile al settembre 2005, alla cui organizzazione e conduzione l'Azienda USL di Modena ha attivamente collaborato assieme all'Agenzia Sanitaria Regionale e per il quale è stata responsabile del programma formativo. Di tale corso è in atto la seconda edizione, sempre a livello regionale. I formatori appartengono, per la quasi totalità, all'Associazione Me.Dia.Re di Milano e di Torino (Presidente Dott. Alberto Quattrococo, vicepresidenti Dott. Franco Marozzi e Avv. Viviana Trombini). Tale progetto formativo nasce all'interno del progetto regionale "Gestione extragiudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie", presentato al Ministero della Salute nell'ambito della ricerca finalizzata ai sensi degli artt. 12 e 12 bis, D.Lgs. 229/99, nell'anno 2004, con l'Azienda USL di Modena come capofila. Il progetto, pur essendo stato valutato positivamente, non è però stato finanziato. Si è dunque ripresentato per un cofinanziamento nell'anno 2005 e, questa volta, è stato accolto: è partito ufficialmente il 5 giugno 2006.

³ Gaddi D., Marozzi F., Quattrococo A., *Voci di danno inascoltate: mediazione dei conflitti e responsabilità professionale medica*, Riv. It. Med. Leg. XXV, 2003.

7.2 Centro Regionale Antidoping

I Principi Ispiratori

La Legge 376/2000 “Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping” e, in particolare, l’art. 5 della suddetta, attribuisce alle regioni la programmazione, nell’ambito dei Piani Sanitari Regionali, delle attività di prevenzione e di tutela della salute nelle attività sportive, nonché l’individuazione dei servizi competenti ed il coordinamento dei laboratori che effettuano controlli antidoping rientranti in specifici programmi regionali. La Regione Emilia Romagna ha dunque ritenuto opportuno attivare il **“Progetto regionale per la lotta al doping”** con le seguenti motivazioni:

1. *particolare permeabilità e fragilità del mondo giovanile* a messaggi dei media e della società rispetto all’utilizzo privilegiato di vie farmacologiche o comunque artificiali (risorse esterne) rispetto allo sviluppo di vie “naturali” (risorse interne) per affrontare i problemi, i compiti evolutivi, migliorare la propria identità corporea e le relazioni con l’esterno, compresa quella con il gruppo dei pari;
2. scarsa conoscenza, da parte della popolazione, degli *effetti negativi dell’abuso dei farmaci* e delle sostanze assunte con l’intenzione di migliorare artificialmente la propria prestazione atletica o il proprio aspetto corporeo;
3. le positività connesse con una pratica sportiva sana rischiano di venire inquinate da una *eccessiva proiezione verso il successo sportivo o nei confronti della propria immagine*: ciò può indurre ad individuare soluzioni sbagliate e/o farmacologiche agli insuccessi sportivi. La mancanza di risultati sportivi riconosciuti dall’ambiente e dal contesto può infatti portare il singolo ad abbandonare uno sport in cui non si ritiene competitivo o a cercare di migliorare artificialmente la propria prestazione per rientrare nel gruppo degli atleti competitivi;
4. *progressiva diffusione dell’uso degli integratori alimentari* che, forte di un’enorme spinta pubblicitaria e sfruttando anche il cambiamento delle relazio-

ni familiari e dell’organizzazione delle attività produttive, rende più complessa l’affermazione di una dieta sana, legata alla tradizione culturale mediterranea, funzionale anche alla maggior parte delle esigenze sportive;

5. *necessità di una intensa attività educativo-didattica nella scuola e nello sport* al fine sia di trasmettere ai giovani informazioni adeguate sia di creare occasioni di crescita sociale, umana e culturale di concerto con gli educatori e le famiglie, facendo leva anche sulle positive relazioni tra pari. Questa crescita è il migliore antidoto alla diffusione dei comportamenti a rischio (tra i quali il doping) e richiede la più alta capacità ideativa, organizzativa e di interazione tra amministratori, operatori della salute, dello sport, del volontariato, della scuola, delle famiglie e delle forze dell’ordine, realizzando una “Politica per la Salute”, la cui complessità è in funzione dei diversi terreni sui quali si può sviluppare un’efficace opera non solo di prevenzione, formazione ed informazione, ma anche di vigilanza e repressione.

La nascita del Centro

La Regione Emilia Romagna ha riconosciuto che **le competenze specifiche per la realizzazione di un Centro Antidoping fossero da attribuire alla realtà modenese**, considerato che già dal 2000 era attivo il progetto *“Il Tallone di Achille – come partecipare senza farsi male”*, ideato dal Servizio di Medicina dello Sport dell’Azienda USL di Modena e realizzato negli anni successivi anche grazie al contributo ottenuto dalla Commissione Europea ed al sostegno economico ed organizzativo della Provincia (titolare del progetto) e del Comune di Modena, dell’Università di Modena e Reggio Emilia, del Centro Servizi Amministrativi di Modena, del Ministero della Pubblica Istruzione, dell’Ospedale Psichiatrico Privato Villa Igea, dei Comitati Provinciali di CONI, CSI e UISP, del Modena Football Club; squadra testimonial è il Volley Club Modena.

Tale progetto ha rappresentato un modello di intervento da estendere alle altre realtà della regione in quanto ha consentito di:

1. raccogliere su un campione significativo di 1.200 studenti ed atleti agonisti di varie discipline di tutta la provincia di Modena, di età dai 15 ai 20 anni, dati relativi ai comportamenti ed al modo di affrontare i problemi ed i compiti evolutivi attraverso un'analisi socio-psicologica, grafologica e nutrizionale;
2. sviluppare, a partire dai dati raccolti, una serie di interventi educativi e formativi che hanno coinvolto in vario modo insegnanti, studenti, allenatori, dirigenti sportivi, genitori (circa 5.000 persone in 3 anni), con l'inserimento tra i progetti educativi annualmente offerti alle scuole dall'Azienda USL di Modena;
3. realizzare due servizi:
 - il “**Telefono Pulito**”, linea telefonica dedicata a chi vuole ottenere gratuitamente, anche in forma anonima, informazioni sui farmaci e sulle sostanze dopanti o sospette tali, attraverso il n° 800-170001. Il servizio è gestito dalla Struttura Complessa di Tossicologia e Farmacologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia;
 - il sito web www.tallonediachille.it, attraverso il quale vengono messe a disposizione informazioni sul progetto e sui dati raccolti e si possono avere informazioni sui farmaci o sulle sostanze dopanti, partendo sia dal nome commerciale, sia dal nome farmacologico, sia dal gruppo di appartenenza della sostanza in questione.

I dati forniti dal “Tallone di Achille” evidenziano come la semplice informazione sui rischi derivanti dall'assunzione di farmaci e di sostanze, con l'intenzione di migliorare artificialmente la prestazione sportiva, non sia di per sé stessa sufficiente a creare comportamenti positivi, rendendo imprescindibile un'azione più ampia, ma nello stesso tempo più specifica, attraverso una rete di attori in grado di affrontare gli aspetti etici, comportamentali, sociologici e metodologici del fenomeno doping. Si è dunque rilevato che, per realizzare gli obiettivi sopraelencati relativi alla tutela della salute pubblica in generale e degli sportivi, in particolare amatoriali, più specificamente occorre prevedere, nell'ambito del progetto regionale per la lotta al doping, l'istituzione di un organismo deputato ad operare sul versante della promozione, elaborazione e concertazione di

strategie condivise tra istituzioni, enti di promozione sportiva pubblici e privati ed associazioni nonché sul versante tecnico-operativo, stante l'assenza, sul territorio regionale, di una struttura specializzata su tali tematiche.

Le funzioni e gli obiettivi

Le funzioni e gli obiettivi del **Centro regionale Antidoping**, così come individuati dalla Regione Emilia-Romagna, sono di seguito elencati:

- a. costruire una rete di relazioni (locali, regionali, nazionali ed internazionali) finalizzate all'approfondimento delle tematiche relative al doping ed ai comportamenti correlati, nonché alla definizione di interventi per contrastare tale fenomeno;
- b. fornire ai soggetti che assumono sostanze dopanti sia un valido supporto informativo sui rischi per la salute, sia un accesso facilitato ad eventuali programmi terapeutici e di recupero;
- c. individuare specifici parametri sia clinici che laboratoristici indicativi dell'assunzione, acuta o cronica, di sostanze dopanti;
- d. supportare la ricerca scientifica in ambito locale e nazionale, mantenendo un costante aggiornamento farmacologico-tossicologico-clinico anche attraverso il confronto con realtà simili a livello nazionale ed internazionale;
- e. costituire il centro di raccolta di dati ed informazioni sul doping e sulle iniziative di formazione e di informazione, mettendo a disposizione i servizi esistenti e creando strumenti (libri/opuscoli riportati ai diversi tipi di pubblico, servizi in rete, etc.), con particolare riferimento, quali soggetti destinatari, ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta;
- f. definire modalità tecniche ed operative per attuare, in collaborazione con le organizzazioni sportive, i controlli antidoping;
- g. diffondere l'utilizzo su scala regionale del “Telefono Pulito” e la conoscenza del sito web www.tallonediachille.it.

Per il legame interaziendale stretto tra i vari operatori del settore e per le competenze scientifiche, la Regione Emilia-Romagna ha individuato, quale laboratorio capofila della rete regionale antidoping, in possesso dei requisiti organizzativi e di funzio-

namento definiti dalle Linee guida, il Laboratorio Analisi del Servizio di Patologia Clinica dell'Azienda USL di Modena, funzionalmente collegato con il Servizio di Medicina Legale dell'Università di Modena e con il Servizio di Tossicologia e Farmacologia clinica dell'Azienda USL di Modena.

Le Professionalità ed i risultati 2006

Il centro regionale antidoping, che prevede al suo interno diverse professionalità, risulta così composto:

- dottor Ferdinando Tripi, specialista in Medicina dello Sport, Responsabile dell'Unità Operativa di Medicina dello Sport ed Educazione Motoria dell'Azienda USL di Modena, Coordinatore Tecnico del Centro;
 - dottor Gustavo Savino, specialista in Farmacologia Clinica, Dirigente Medico presso l'Unità Operativa di Medicina dello Sport ed Educazione Motoria dell'Azienda USL di Modena;
 - dottoressa Sabrina Severi, Biologa Nutrizionista Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Modena;
 - dottoressa Daniela Rebecchi, Psicologa, Direttore del Settore Psicologia Clinica, Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda USL di Modena;
 - dottor Tommaso Trenti, Specialista in Patologia Clinica, Direttore del Dipartimento di Patologia Clinica dell'Azienda USL di Modena e Direttore del Laboratorio di Patologia Clinica, Tossicologia e Diagnostica Avanzata del Nuovo Ospedale Sant'Agostino-Estense dell'Azienda USL di Modena;
 - dottoressa Annamaria Scognamiglio, Biologa, Specialista in Patologia Clinica, Laboratorio di Patologia Clinica, Tossicologia e Diagnostica Avanzata del Nuovo Ospedale Sant'Agostino-Estense dell'Azienda USL di Modena;
 - dottoressa Manuela Licata, Tossicologa Forense, Ricercatore Universitario, Responsabile Unità Operativa di Tossicologia Forense del Servizio di Medicina Legale dell'Università di Modena e Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena;
 - dottoressa Alessandra De Palma, specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, Responsabile dell'Unità Operativa di Medicina legale dell'Azienda USL di Modena.
- Nel corso *del primo anno di attività* del Centro sono stati conseguiti i seguenti risultati:
- programmazione e realizzazione di incontri con studenti, atleti ed iscritti a società sportive;
 - impostazione di un pannello di test ed esami clinici da proporre agli atleti afferenti al Centro per il controllo dello stato di salute, con particolare attenzione alla funzionalità d'organo potenzialmente compromessa in caso di assunzione di farmaci e/o sostanze dopanti;
 - preparazione del progetto **“Determinazione della presenza di sostanze ad azione dopante nei liquidi biologici di atleti non professionisti”**;
 - accreditamento del Laboratorio del Centro Regionale Antidoping da parte dell'Unione Ciclistica internazionale (UCI) per la realizzazione dei test sugli atleti professionisti in merito al programma “Suivi Medicales” per la tutela della salute dell'atleta. Il Laboratorio del Centro sta inoltre attualmente seguendo la procedura di accreditamento specifica nazionale per i LAD del Ministero della Salute – Istituto superiore di Sanità;
 - realizzazione del Convegno “Ruolo del Laboratorio Antidoping nella tutela sanitaria delle attività sportive, in data 10/07/2006, ed accreditato ECM;
 - preparazione di un volantino illustrativo del Centro Antidoping per la Festa dello Sport (giugno 2006) organizzata dal CONI, distribuito nelle piazze principali delle Province della Regione Emilia-Romagna;
 - pubblicazione del numero verde Telefono Pulito e dell'indirizzo web del sito www.tallonediacchille.it sul libretto sanitario dello sportivo, distribuito dalla Regione Emilia-Romagna;
 - preparazione del materiale da trasferire su supporto audiovisivo (CD/DVD) ed opuscolo illustrativo da inviare alle Scuole della Regione Emilia-Romagna per la realizzazione degli interventi informativi del prossimo anno;
 - collaborazione al progetto “Paesaggi di preven-

zione” della Regione Emilia-Romagna, con la realizzazione di materiale didattico multimediale interdisciplinare sugli stili di vita e promozione dell’attività fisica per docenti e studenti delle scuole medie superiori della regione;

- realizzazione di un Poster Scientifico relativo alle attività del Centro Antidoping in merito all’invito degli organizzatori del Simposio Internazionale della International Association of Athletics Federations (IAAF), (Losanna, 30/09/06-02/10/06), per la partecipazione allo stesso;
- incontro di formazione e divulgazione scientifica per gli atleti, i dirigenti e lo staff del Modena F.C. sui rischi per la salute derivanti dall’uso delle sostanze dopanti;
- programmazione di eventi scientifici e convegni, da realizzare nell’anno 2006/2007, con gli Ordini Provinciali dei Medici-Chirurghi della Regione (primo incontro tenutosi con i MMG dell’Ordine Provinciale di Modena il 20/01/07);
- aggiornamento del sito web del progetto Tallone di Achille secondo le recenti normative in merito all’antidoping e programmazione del restyling del sito per una maggiore fruibilità da parte dell’utenza;
- gestione quotidiana del Servizio di consulenza telefonica su integratori, farmaci e sostanze “Telefono Pulito”;
- elaborazione aggiornata all’anno 2007 delle statistiche relative agli accessi al Servizio “Telefono Pulito” per la redazione di un lavoro scientifico.

Il volume di attività del Centro può essere espresso, al momento, con i seguenti dati:

- circa 9.250 studenti delle scuole medie inferiori e superiori ed atleti delle Società Sportive della Provincia di Modena,
- 3.258 accessi al Servizio “Telefono Pulito”.

Prospettive future

Per il futuro, il Centro Regionale Antidoping, al fine di ottemperare ai suoi compiti a livello regionale, intende estendere e proporre su un territorio più vasto le attività già collaudate a livello provinciale (incontri con scuole, atleti, interventi di formazione,

organizzazione di convegni con ordini professionali della regione) e proporre le proprie attività con consulenze e collaborazioni a progetti anche a livello nazionale. Il Centro Regionale Antidoping, inoltre, intende sviluppare l’impegno e l’interesse nei confronti della ricerca scientifica con la produzione di lavori e pubblicazioni su studi epidemiologici e clinici con l’intento di fornire un ulteriore contributo nel campo della prevenzione dell’uso improprio, dell’abuso e della dipendenza da farmaci e sostanze, non solo in ambito sportivo professionale. Ciò potrà fornire l’opportunità di ulteriori collaborazioni tra i Servizi ed i Dipartimenti dell’Azienda USL di Modena impegnati in tal senso (Dipartimento di Salute Mentale, Ser.T., Psicologia Clinica, Centro Adolescenti).

Riportiamo di seguito, a titolo di approfondimento, anche le pubblicazioni scientifiche che derivano dall’attività svolta nel Centro.

Pubblicazioni scientifiche:

Savino G., Cuzzola D.F., Cicero A.F.G., Tripi F., Ferrari A., Bertolini A., Sternieri E.
TELEPHONE ADVICE AND INFORMATION SERVICE ON DOPING AGENTS
 (Modena-Reggio Emilia) – Italian Society of Toxicology (SITOX)
 – National Congress, Urbino 22-25/01/2003

Savino G., Tripi F., Ferrari A., Pasciullo G., Bertolini A., Sternieri E.
 “Clean Telephone”, an Italian Telephone advice and information Service on Doping Agents and frequently used substances in sport practice
 European Association for Sport Management CDrom, Sept. 2003

Tripi F., Savino G., Scognamiglio A., Gavioli C., Licata M., De Palma A., Severi S., Rebecchi D., Poggiopollini G., Beduschi G., Bertolini A., Trenti T.
A CONTROL PANEL FOR DETECTION OF SUBSTANCE’S USE, ABUSE AND MISUSE IN NON-PROFESSIONAL ATHLETES: THE PREVENTION AS A PRIMARY ROLE OF THE EMILIA ROMAGNA REGIONAL ANTIDOPING CENTER
 World Antidoping I.A.A.F. Symposium, Lausanne (CH) 30/09/06-02/10/06

Tripi F., Marzocchi G. et al. “Tallone d’Achille, indagine su giovani e doping a Modena”, edizione 2007.
 Volume presentato nella conferenza stampa del 22 marzo 2007 e distribuito presso gli Istituti Scolastici e le Società Sportive.

7.3 Valutazione ed accreditamento volontario nei centri per disabili della provincia di Modena

La costruzione del sistema di valutazione: obiettivi e percorso

Il sistema complessivo di protezione sociale che per anni ha fatto da cornice e legittimato l'operare degli Enti Pubblici e dei relativi livelli e modalità di intervento sta profondamente cambiando.

Il modello di *Welfare State* sorto in Europa nel secondo dopoguerra, secondo cui era affidato allo Stato e agli Enti Pubblici, ai rispettivi livelli di responsabilità, il ruolo di protagonisti nella definizione dei principi e delle modalità di erogazione e gestione dei servizi socio-sanitari attraversa una fase di radicale trasformazione dei principi che lo hanno retto fino ad oggi.

I motivi vanno ricondotti:

- ad un aumento e ad una maggiore complessità dei bisogni e delle richieste di servizi socio-sanitari sommati ad una maggiore personalizzazione connessa al processo di differenziazione e di aumento della complessità;
- alla consapevolezza che per rispondere a tale maggiore complessità occorre flessibilità e capacità di fornire risposte personalizzate e congruenti con una domanda sempre più differenziata;
- infine al superamento delle forme tradizionali di partecipazione e di delega da parte dei cittadini accompagnate dalla nascita di nuove forme di auto-organizzazione e di imprenditorialità sociale.

La legittimazione costituzionale del principio di sussidiarietà, attraverso l'art. 118 u.c. della Costituzione Italiana, introduce un tema di fortissima portata politico-istituzionale: il riconoscimento da parte di Stato, Regioni, Province, Città metropolitane e Comuni di un ruolo di cittadinanza attiva a cittadini, singoli ed associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale favorendone l'autonoma iniziativa.

La Legge 328/2000 di riforma dei servizi sociali, definisce le linee di indirizzo per l'evoluzione dei servizi alla persona, che rendono certamente più complesso il sistema e, soprattutto, richiedono l'adozione di meccanismi e strategie di regolazione.

Tra queste strategie rientrano l'accreditamento e la valutazione della qualità, ormai riconosciuti ampiamente anche nel sistema dei servizi alla persona come strumenti a supporto di governance e gestione della rete dei servizi.

Il sistema di welfare in provincia di Modena, fonda-

to sull'*universalità del diritto* come valore, è caratterizzato da modalità gestionali orientate alla costruzione di un sistema integrato pubblico-privato (profit e no-profit) che necessita di criteri e strumenti

di **programmazione** e **valutazione** dei servizi erogati.

Gli Enti Pubblici, responsabili nei confronti dei cittadini della qualità complessiva dei servizi loro assicurati, avvertono l'esigenza di individuare strumenti e modalità di valutazione da affiancare ai tradizionali parametri economico-organizzativi utilizzati di norma nei processi di esternalizzazione dei servizi.

Il progetto presentato, da iniziale individuazione di indicatori organizzativo-strutturali, si è progressivamente sviluppato attraverso la definizione di un **sistema di riferimento** per la valutazione della qualità nei centri residenziali e semi-residenziali per disabili, riconosciuto e condiviso dai diversi attori della rete dei servizi (Enti Pubblici, Enti Gestori, Associazioni e Familiari), con l'obiettivo di costruire attorno ai concetti di **qualità** e **valutazione** senso e significato condivisi.

Tutto ciò in anticipo rispetto alla definizione ormai prossima del sistema di accreditamento regionale, così da connotare il percorso come adesione volontaria e non normativa, con il preciso intento di creare un tessuto di condivisione, confronto e crescita comune verso la progettazione di percorsi di miglioramento del sistema complessivo dei servizi rivolti ai cittadini disabili.

Il progetto ha preso avvio da una duplice necessità:

- 1) definire **criteri e strumenti** di valutazione da utilizzare come parametri di riferimento per la programmazione e per il governo della rete dei centri residenziali e semi-residenziali per disabili in provincia di Modena;
- 2) definire un **sistema complessivo** di valutazione da utilizzare per produrre dati ed informazioni rilevanti sulla qualità offerta dai Centri per disabili, a prescindere dall'afferenza gestionale specifica



(diretta o in outsourcing).

Questi gli obiettivi:

1. dare garanzia ai cittadini circa i livelli qualitativi assicurati dal sistema di welfare provinciale;
2. definire una mappa di riferimento per la gestione dei centri per disabili nella nostra provincia, facendo una fotografia del livello qualitativo assicurato nei centri stessi;
3. definire criteri e parametri di valutazione condivisi da utilizzare come riferimenti nella gestione dei centri residenziali e semi-residenziali Socio Riabilitativi per disabili, utili anche come riferimento nelle scelte di outsourcing dei centri stessi.

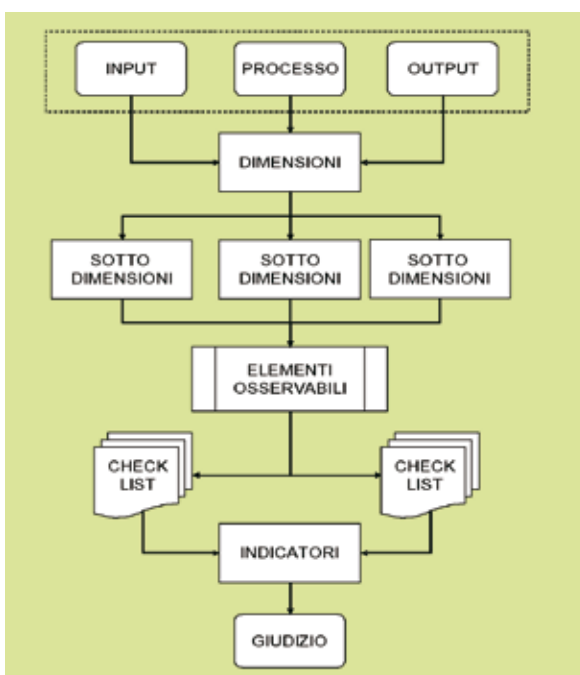
La metodologia e il percorso seguito per la costruzione del sistema di valutazione

Il percorso di costruzione del sistema complessivo di valutazione ha seguito alcuni passaggi essenziali per condividere il significato attribuito alla valutazione come occasione di riflessione ed apprendimento reciproco, di confronto sui valori e sulle prassi organizzative, di sperimentazione nell'assunzione dei diversi ruoli (valutatore – valutato), senza perdere di vista tuttavia il rigore metodologico e la scelta di strumenti pertinenti.

L'approccio metodologico seguito, orientato alla *responsive constructivist evaluation*¹ si è sviluppato

Grafico 1

Il sistema di valutazione adottato



attraverso due fasi:

- a) definizione di un sistema di giudizio **esplicito** nei presupposti, **trasparente** nei criteri utilizzati e **condiviso** dai diversi attori del sistema di welfare provinciale;
- b) costruzione di un sistema di misurazione scientificamente valido (sensibile, attendibile) attraverso cui ricercare i dati su cui applicare i criteri di giudizio in precedenza definiti e formulare così la valutazione.

La partecipazione dei familiari alla costruzione del sistema di valutazione ed alla sua applicazione concreta

L'impianto complessivo di valutazione, nei suoi aspetti teorici e concreti (metodologia, tecniche, check-list) è stato condiviso con i familiari degli utenti dei Centri (appartenenti o meno ad Associazioni), prevedendo la loro partecipazione anche agli incontri tecnici di valutazione effettuati presso i Centri socio-riabilitativi.

I familiari cioè, dopo avere partecipato alla definizione delle dimensioni e sotto-dimensioni sulle quali far convergere il processo valutativo ed alla definizione dei pesi relativi, hanno anche preso parte agli *incontri di valutazione*, divenendo così a tutti gli effetti *valutatori sul campo* insieme ai professionisti componenti inizialmente il gruppo di lavoro.

Alcuni presupposti teorici e metodologici ci hanno supportato nella sperimentazione del coinvolgimento dei familiari in questa esperienza di valutazione:

- il punto di vista dei familiari è di fondamentale importanza nella definizione della cornice valoriale su cui costruire l'impianto di valutazione, di cui anzi rappresenta il presupposto imprescindibile ed ineliminabile²;
- i familiari sono portatori di conoscenze, di sensibilità, di capacità valutative che, se sostenute metodologicamente, possono offrire un contributo fondamentale alla *valutazione* intesa come processo di *ricerca ed interpretazione di dati ai fini dell'espressione di un giudizio*, anche su aspetti organizzativi e processuali, oltre che di percezione soggettiva di out-come;
- la condivisione tra i diversi attori del sistema (Enti Pubblici, Enti Gestori e Familiari) nella costruzione del sistema di valutazione e degli strumenti a supporto delle esperienze valutative (griglia per intervista e per osservazione) e nella conduzione dell'esperienza di valutazione (quindi nell'attribuzione del giudizio), ha consentito di esplicitare i valori sottesi all'impianto di valutazione e di confrontare le diverse aspettative, credenze e, a volte, pre-giudizi condizionanti la valutazione

stessa;

- l'attivazione di un processo di **valutazione partecipata** nei servizi alla persona ha un duplice obiettivo, di **responsabilizzazione** degli attori e di **apprendimento** (*learning*)³: l'interazione che si crea nella fase di raccolta e di interpretazione dei dati, la *costruzione inter-soggettiva del giudizio* porta al confronto, alla trasmissione di conoscenze nuove e all'attivazione di processi formativi "sul campo"⁴;
- la *partecipazione* degli attori al percorso di valutazione diviene opportunità concreta di riduzione della *separazione fra momento tecnico e metodologico e momento operativo, al fine di favorire una maggiore efficacia del processo valutativo*⁵.

La partecipazione dei familiari all'esperienza di valutazione è stata preparata e supportata da un processo formativo che ha avuto inizio nella condivisione dell'impianto complessivo di valutazione e si è concretizzata nella costruzione del modello di riferimento e degli strumenti utilizzati per la rilevazione dei dati e l'attribuzione della valutazione (check-list).

In sostanza, sono stati coinvolti nella costruzione del sistema di valutazione (valori, criteri, strumenti tecnici) e nella conduzione del processo di valutazione vero e proprio (ricerca ed interpretazione dei dati) i diversi attori sociali significativi nei servizi rivolti a disabili: Enti Pubblici (regolatori del sistema), Enti Gestori (erogatori di prestazioni no-profit), Familiari (aderenti o meno ad Associazioni).

Per garantire massima oggettività nell'espressione della valutazione dei familiari, si è scelto di evitare la loro partecipazione all'esperienza di valutazione condotta nel Centro socio-riabilitativo conosciuto e frequentato dal parente.

Conclusioni

Le esperienze di valutazione condotte hanno consentito di sperimentare modalità di valutazione orientate ad obiettivi di miglioramento continuo, di dare vita ad una riflessione sulle modalità organizzative e professionali adottate e di sviluppare un confronto interno ed esterno sui valori e principi che sottendono gli stili ed i modelli agiti.

Il lavoro condotto ha consentito inoltre di mettere a disposizione un sistema di riferimento e strumenti tecnici validati, utilizzabili da singoli Centri, Enti Gestori, Enti Pubblici o altri committenti per sviluppare processi di valutazione delle modalità organizzative e gestionali adottate, nonché dei risultati evidenziati. Riconoscendo in questo processo i momenti fondamentali

1 - costruzione del modello;

2 - percorsi di conoscenza e raccolta dati;

3 - interpretazione dei dati ed attribuzione di un giudizio

in ogni fase del progetto si è sviluppata l'opportunità di confronto, di scambio e di riflessione sulle specifiche modalità professionali.

Inoltre, riteniamo non retorico accennare a questa esperienza come sviluppo di **capitale sociale**, inteso come *bene pubblico che rende disponibili nel contesto sociale risorse che facilitano l'azione individuale ma di cui il singolo non può disporre, in quanto sono insite nell'interdipendenza collettiva*.⁶

L'attivazione di situazioni di confronto dialettico, di condivisione, di valutazione con la partecipazione di Referenti istituzionali (Azienda USL ed Enti Locali), di professionisti e di familiari, ha permesso di chiarire presupposti, rendere trasparenti criteri e modalità di funzionamento, sviluppando quindi **fiducia, reciprocità e mutuo riconoscimento** a livello micro (singolo centro), meso (interlocazione rete dei servizi - Associazioni di familiari - singoli utenti nel territorio provinciale) e macro; la condivisione di progetti a valenza collettiva attiva un confronto virtuoso tra istituzioni e cittadinanza, basato sulla fiducia reciproca, sul superamento di pre-giudizi e dimensioni di tornaconto individuale in vista di un bene comune.

1 I modelli di valutazione cosiddetti di quarta generazione, proposti da Guba e Lincoln (1989), sono contraddistinti da:

- la verità non è corrispondenza con una realtà oggettiva, ma questione di consenso fra costruttori adeguatamente informati;
- i fatti acquistano significato all'interno di specifici contesti dotati di valore;
- la valutazione produce dati in cui fatti e valori sono inestricabilmente collegati, essendo i secondi che attribuiscono significato ai primi;
- i fenomeni sociali possono essere compresi solo all'interno dei contesti nei quali sono studiati;
- i valutatori sono compartecipi con gli altri attori coinvolti nel creare i dati oggetto di valutazione; hanno il ruolo di mediatori in quanto di fatto è richiesta una negoziazione fra le istanze in gioco, con spirito attivo-reattivo-adattivo (tratto e modificato da L. Altieri, verso una valutazione come negoziazione in un pluralismo di valori/interessi, in C. Cipolla, G. Giarelli, L. Altieri (a cura di), "Valutare la qualità in sanità", F. Angeli, Milano, 2002.

2 Cfr. C. Bezzi, Disegno della ricerca valutativa, Angeli, Milano, 2001.

3 C. Bezzi, Valutazione partecipata nei servizi, Prospettive Sociali e Sanitarie, 1 Aprile 2001.

4 Il riferimento alla valutazione come stimolo al miglioramento continuo della qualità dell'agire professionale e come occasione di apprendimento cognitivo e relazionale è sostenuto in diverse discipline, in ambito accademico e professionale.

5 C. Bezzi, La valutazione dei servizi alla persona, in www.valutazione.it, Novembre 2003.

6 D. Galesi, "Capitale sociale e salute: quali sfide per il non profit?", Salute e Società, Anno V - 1/2006.

Grafico 2

Risultati valutazione centri residenziali 2005-2006

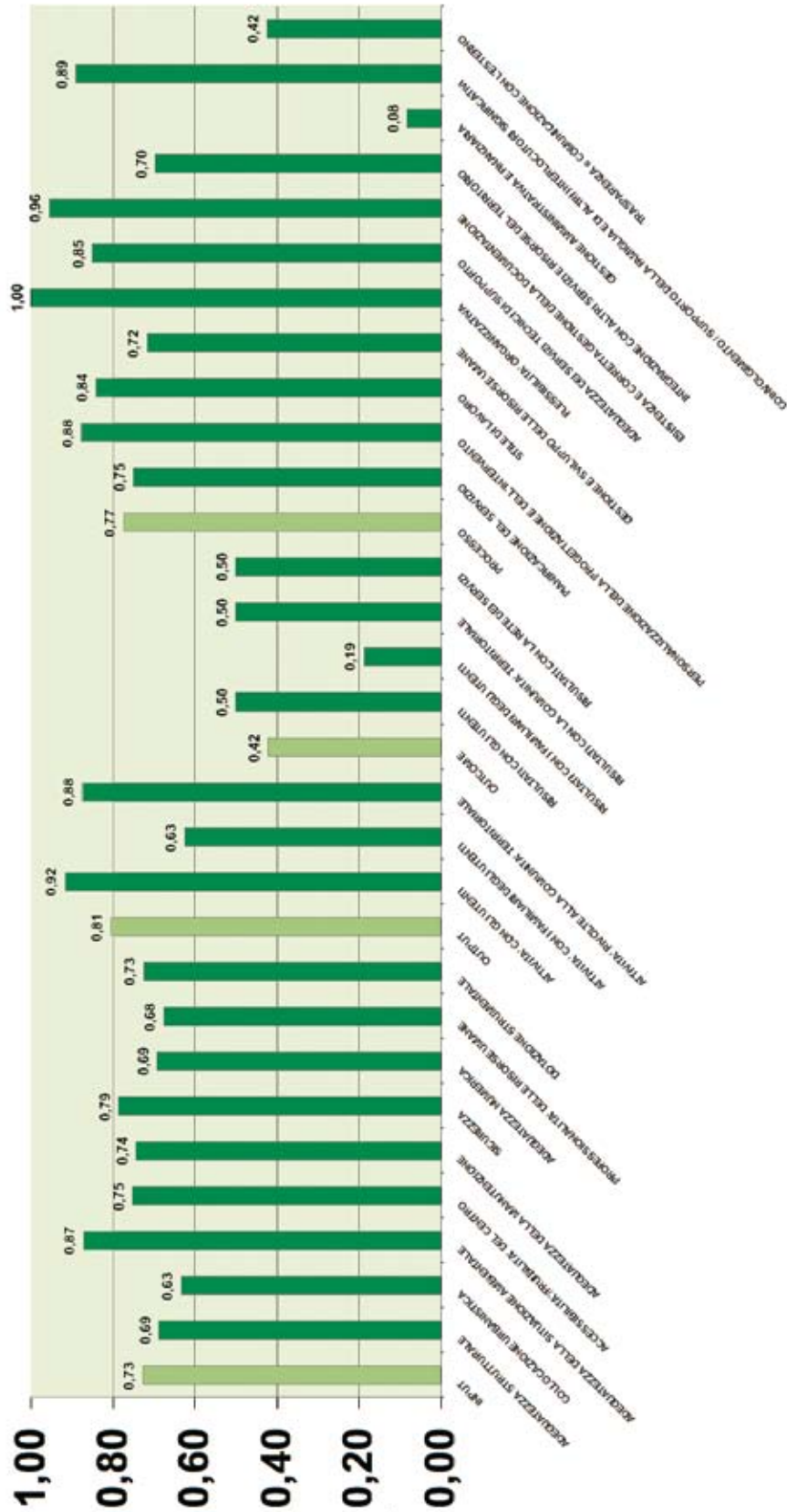


Grafico 3

Risultati valutazione centri semi-residenziali 2004-2005-2006

